



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
CARRERA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

**TÍTULO:**

**DISEÑO DE UN MODELO DE CONTROL DE GESTIÓN BASADO  
EN LA METODOLOGÍA CUADRO DE MANDO INTEGRAL PARA  
SOPORTAR LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA HOSPITAL  
NIVEL III DEL IESS “DR. TEODORO MALDONADO CARBO” EN  
LA CIUDAD DE GUAYAQUIL PARA LOS AÑOS 2014 AL 2017.**

**AUTOR:**

**VÉLEZ FLORES CHRISTIAN ROBERTO**

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de  
Ingeniero Comercial.**

**TUTOR:**

**Econ. Caro Bermúdez Erick Joel, Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador**

**2015**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
CARRERA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

## **CERTIFICACIÓN**

Certifico que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el Sr. Christian Roberto Vélez Flores, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Ingeniero Comercial**.

### **TUTOR**

\_\_\_\_\_  
**Econ. Caro Bermúdez Erick Joel, Mgs.**

### **DIRECTOR DE LA CARRERA**

\_\_\_\_\_  
**Ing. Vergara Pereira Darío Marcelo, Mgs.**

**Guayaquil, marzo del 2015**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
CARRERA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Christian Roberto Vélez Flores**

### **DECLARO QUE:**

El trabajo de titulación del Diseño de un Modelo de Control de Gestión basado en la Metodología Cuadro de Mando Integral para soportar la Planificación Estrategia Hospital Nivel III del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” en la Ciudad de Guayaquil para los años 2014 al 2017, previa a la obtención del Título **de Ingeniero Comercial**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del trabajo de titulación referido.

**Guayaquil, marzo del 2015**

**EL AUTOR**

---

**Christian Roberto Vélez Flores**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
CARRERA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

## **AUTORIZACIÓN**

**Yo, Christian Roberto Vélez Flores**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Diseño de un Modelo de Control de Gestión Basado en la Metodología Cuadro de Mando Integral para soportar la Planificación Estrategia Hospital Nivel III del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” en la ciudad de Guayaquil para los años 2014 al 2017**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, marzo del 2015**

**EL AUTOR:**

---

**Christian Roberto Vélez Flores**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios, pilar fundamental de mi vida por sus bendiciones recibidas durante mi carrera estudiantil y dándome fuerza para culminar mis estudios, logrando un objetivo trazado tan anhelado en mi vida.

A mi esposa, a mis padres y a mis hermanos, por ser una gran parte de mi vida que me han apoyado incondicional, dándome ánimos para seguir adelante y no tropezarme y caer en el camino que he llevado, por su buenos consejos, y contar siempre a mi lado.

A mis maestros, por brindarme esos conocimientos tan valaderos, sus experiencias que fueron conjuntamente con las mías, porque sin duda la presencia de aquellos que estuvieron y están, tuvieron en la construcción de quien soy ahora.

**Christian Roberto Vélez Flores**

## **DEDICATORIA**

Dedico este proyecto a mi familia (esposa, padres, hermanos y sobrinos), por darme la fuerza de continuar en mis estudios poco a poco, he llegado a culminar esta parte que desde hace muchos años había dejado, en aquel tiempo me había dado cuenta que el saber está la creación de nuevas oportunidades y los estudios serán el mejor regalo que dejaré a las próximas generaciones que vinieren.

A la institución en la que trabajo, el IESS, que me dió la oportunidad de culminar esta etapa de mi vida trazada hace mucho tiempo y las áreas donde he trabajado, donde aprendí que hay que avanzar hacia la meta y cumplir con los objetivos de llegar a un fin tan anhelado.

**Christian Roberto Vélez Flores**

## ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN .....	2
CAPÍTULO 1 .....	4
1. Planteamiento del problema.....	4
1.1. Antecedentes.....	4
1.2. Generalidades.....	12
1.3. Objetivos.....	15
1.3.1. Objetivo general:.....	15
1.3.2. Objetivos específicos:.....	15
1.4. Justificación.....	16
1.5. Impacto social.....	17
1.6. Impacto Político Institucional .....	18
CAPÍTULO 2 .....	19
2. Marco teórico .....	19
2.1. Fundamentación teórica de la propuesta.....	19
2.1.1. Introducción.....	19
2.2. Planeación estratégica .....	20
2.2.1. Definición: .....	21
2.2.2. Etapas de planeación estratégica.....	23
2.3. Control de gestión estratégica .....	26
2.4. La organización hospitalaria .....	28
2.5. Gestión hospitalaria .....	29
2.6. Balanced Scorecard. ....	35

2.6.1.	Generalidades.....	35
2.6.2.	Concepto .....	36
2.6.3.	Importancia del cuadro de mando integral (Balanced Scorecard).....	37
2.6.4.	Elementos que integran el cuadro de mando integral .....	38
2.7.	Perspectivas del cuadro de control de mando (BSC). .....	41
2.7.1.	La perspectiva cliente o ciudadanía .....	42
2.7.2.	La perspectiva financiera o finanzas .....	43
2.7.3.	La perspectiva procesos internos .....	44
2.7.4.	La perspectiva aprendizaje y desarrollo. ....	45
2.8.	Marco conceptual .....	46
2.9.	Marco legal.....	47
2.9.1.	Plan Nacional del Buen Vivir. ....	47
2.9.1.1.	Objetivos Nacional con el Plan del Buen Vivir.....	48
2.9.2.	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.....	49
2.9.3.	Ley de Seguridad Social, IESS – año 2001.....	50
CAPÍTULO 3 .....		52
3.	Análisis de la situación del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.....	52
3.1.	Descripción de la metodología.....	52
3.2.	Area de apoyo a la planificacion estratégica sus funciones de la unidad planificación con respecto al seguimiento y monitoreo de la planeación del hospital.....	71
3.3.	Diagnóstico del hospital.-.....	71
3.3.1.	Análisis de producción del hospital.....	72
3.3.2.	Informacion general de las estadísticas de los servicios.....	77



CAPÍTULO 4.....	98
4. Diseño de un modelo de control de gestión basado en la metodología cuadro de mando Integral o Balanced ScoreCard.....	98
4.1. Soluciones integrales de la gestión.....	98
4.2. Misión y Visión.....	98
4.3. Objetivos de la unidad médica.....	100
4.3.1. Alineación de objetivos estratégicos, específicos y operativos.....	100
4.3.2. Perspectivas del Balance Score Card para el hospital.....	101
4.3.2.1. Perspectiva de beneficiarios.....	101
4.3.2.2. Perspectiva financiera.....	101
4.3.2.3. Perspectiva de procesos internos.....	102
4.3.2.4. Perspectiva de aprendizaje y crecimiento.....	102
4.4. Mapa estratégico y rutas de causa – efecto.....	102
4.5. Propuesta de Formularios para seguimientos de Objetivos operativos.	103
4.6. Indicadores de los objetivos estratégicos para el hospital de tercer nivel	104
4.7. Análisis costo – beneficio.....	115
4.8. Iniciativas estratégicas de control.....	120
4.9. Conclusiones y recomendaciones.....	121
4.9.1. Conclusiones.....	121
4.9.2. Recomendaciones.....	123
FUENTES BIBLIOGRAFÍA.....	125

## ÍNDICE DE TABLAS

### CAPÍTULO 1

Tabla 1.1 Población de las provincias vs. asegurada del IESS (Zona 5 y 8) ..... 8

**Tabla 1.2** Población afiliada estimada por unidad médica del IESS..... 9

### CAPÍTULO 2

Tabla 2.1 Planificación normativa vs Estratégica..... 22

Tabla 2.2 Políticas y metas relativas a la salud - Objetivo 3 del PNBV..... 48

### CAPÍTULO 3

Tabla 3.1 Número de encuestas realizadas en las dos diferentes áreas ..... 55

Tabla 3.2 Resultado por edades agrupadas ..... 56

Tabla 3.3 Genero encuestado en las dos áreas ..... 57

Tabla 3.4 Resultado Es Asegurado ..... 58

Tabla 3.5 Pregunta de los Horarios asignados ..... 59

Tabla 3.6 Interés de los empleados en solucionar los problemas a los usuarios  
..... 60

Tabla 3.7 Pregunta al asistir al hospital ha mejorado el estado de salud ..... 61

Tabla 3.8 Información y orientación dada en el hospital, en cuanto a ubicación y  
trámites ..... 62

Tabla 3.9 Las instalaciones físicas ..... 63

Tabla 3.10 Las carteleras, anuncios, folletos, avisos de señalización u hojas  
informativas del hospital, son agradables ..... 64

Tabla 3.11 La presentación personal de los empleados del Hospital, es  
adecuada ..... 65

Tabla 3.12 Califique el aseo y orden del Hospital..... 66

Tabla 3.13 Califique la atención que le brindo el Dr. (actitud/amabilidad). .....	67
Tabla 3.14 Díganos sus comentarios.....	68
Tabla 3.15 Matriz FODA del hospital .....	70
Tabla 3.16 Información general de la unidad hospitalaria.....	72
Tabla 3.17 Total de servidores que laboran el Hospital .....	72
Tabla 3.18 Remuneración consolidada mensual por Gerencias.....	73
Tabla 3.19 Capacitaciones (año 2014) .....	74
Tabla 3.20 Tipos de derivaciones por servicios (2014).....	75
Tabla 3.21 Servicios consultados por los afiliados (2014) .....	76
Tabla 3.22 Derivaciones por prestadores externos (clínicas) .....	77
Tabla 3.23 Producción de consulta externa (años 2012, 2013, 2014) .....	77
Tabla 3.24 Demanda de atenciones por hora y mes en consulta externa (año 2014).....	81
Tabla 3.25 Tiempo de atención - consulta externa (2014).....	82
Tabla 3.26 Egresos hospitalarios (año 2014) .....	86
Tabla 3.27 Intervenciones quirúrgicas por especialidad (año 2014) .....	88
Tabla 3.28 Atenciones por tipo de asegurado (años 2012, 2013, 2014).....	89
Tabla 3.29 Producción del servicio de imagenología (años 2010, 2011, 2012, 2013, 2014).....	90
Tabla 3.30 Producción del servicio de laboratorio (años 2010, 2011, 2012, 2013, 2014).....	92
Tabla 3.31 Presupuestos asignados codificado vs. Gastos acumulados.....	93
Tabla 3.32 Presupuesto asignado codificado (años 2013 y 2014).....	94
Tabla 3.33 Presupuesto gastos acumulados (años 2013 y 2014) .....	95

## CAPÍTULO 4

Tabla 4.1 Dimensiones del Hospital de tercer nivel de atención.....	100
Tabla 4.2 Propuesta de Formularios de seguimiento y control de las metas trazadas por los servicios. ....	104
Tabla 4.3 Ficha del Indicador de Índice de Satisfacción del Usuario .....	105
Tabla 4.4 Ficha del Tiempo de espera de atención médica.....	105
Tabla 4.5 Ficha de porcentaje de ocupación de camas.....	106
Tabla 4.6 Ficha de porcentaje de protocolos aplicados correctamente en la Unidad Médica .....	107
Tabla 4.7 Ficha de porcentaje de disponibilidad de fármacos e insumos médicos .....	107
Tabla 4.8 Tasa hospitalaria de mortalidad .....	108
Tabla 4.9 Ficha de porcentaje de ejecución presupuestaria.....	108
Tabla 4.10 Porcentaje de ejecución de gasto planificado .....	109
Tabla 4.11 Ficha de porcentaje de unidades médicas que cumplen el punto de equilibrio. ....	110
Tabla 4.12 Ficha de número de procesos sustantivos mejorados .....	110
Tabla 4.13 Ficha de número de procesos automatizados .....	111
Tabla 4.14 Ficha de número de procesos sistematizados .....	111
Tabla 4.15 Ficha de número de procesos adjetivos mejorados .....	112
Tabla 4.16 Ficha de porcentaje de colaboradores que cumplen el perfil del cargo.....	113
Tabla 4.17 Ficha de Índice de Ausentismo .....	113
Tabla 4.18 Ficha de número de médicos especialistas formados en el HTMC .....	114

Tabla 4.19 Ficha de calificación promedio de evaluación de desempeño .....	115
Tabla 4.20 Consolidación de producción e información del Hospital de los años 2013 - 2014 y proyección.....	116
Tabla 4.21 Consolidación de gastos de personal y gasto de compras años 2013 y 2014.....	117
Tabla 4.22 Indicador de la necesidad ideal de Camas Censables:.....	117
Tabla 4.23 Resultados del indicador ideal de camas para el 2015.....	118
Tabla 4.24 Indicador de la eficacia ideal con los egresos hospitalarios.....	118
Tabla 4.25 Resultados de la eficacia en lo egresos hospitalarios.....	119
Tabla 4.26 Indicador de eficiencia de gestión.....	119
Tabla 4.27 Resultado del indicador de eficiencia.....	120

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

### CAPÍTULO 1

Gráfico 1.1- Ubicación del Hospital Regional.....	6
Gráfico 1.2.- MSP: Distrito 2 - Coordinación Zonal 8 .....	7
Gráfico 1.3 Organigrama actual de hospital del IESS - nivel III (Junio 2014) ...	11

### CAPÍTULO 2

Gráfico 2.1 Diamante Excelencia Organizacional.....	25
Gráfico 2.2 Las Cuadro etapas de Control de Gestión .....	27
Gráfico 2.3 Gestión clínica y atención al paciente por procesos.....	28
Gráfico 2.4 Alineación de acuerdo al Balance Scorecard .....	29
Gráfico 2.5 Para el análisis de Misión.....	31
Gráfico 2.6 Cuadro de mando integral (CMI) como dirección estratégica focalizada a la creación de valor.....	37
Gráfico 2.7 Paso a paso del cuadro de mando integral .....	40
Gráfico 2.8 Mapa de estratégico de las perspectivas del BSC. ....	41

### CAPÍTULO 3

Gráfico 3.1: Encuestas Elaboradas para la investigación .....	54
Gráfico 3.2 Encuestas realizadas a los servicios.....	55
Gráfico 3.3 Resultado por edades agrupadas .....	56
Gráfico 3.4 Genero encuestado en las dos áreas.....	57
Gráfico 3.5 Resultado Es Asegurado.....	58
Gráfico 3.6 Pregunta de los Horarios asignados.....	59

Gráfico 3.7 Interés de los empleados en solucionar los problemas a los usuarios .....	60
Gráfico 3.8 Pregunta Al asistir al hospital ha mejorado el estado de salud .....	61
Gráfico 3.9 Información y orientación dada en el hospital, en cuanto a ubicación y trámites .....	62
Gráfico 3.10 Las instalaciones físicas.....	63
Gráfico 3.11 Las carteleras, anuncios, folletos, avisos de señalización u hojas informativas del hospital, son agradables. ....	64
Gráfico 3.12 La presentación personal de los empleados del Hospital, es adecuada .....	65
Gráfico 3.13 Califique el aseo y orden del Hospital. ....	66
Gráfico 3.14 Califique la atención que le brindo el Dr. (actitud/amabilidad).....	67
Gráfico 3.15 Díganos sus comentarios. ....	68
Gráfico 3.16 Pacientes en consulta externa (año 2012 – 2014) .....	79
Gráfico 3.17 Evolución de la atención en consulta externa 2013 y 2104 .....	79
Gráfico 3.18 Producción por especialidades en la consulta externa (año 2014)80	
Gráfico 3.19 Atenciones por hora y mes – consulta externa - año 2014.....	82
Gráfico 3.20 Total de atenciones vs Médicos - consulta externa 2014 .....	83
Gráfico 3.21 Población vs Sexo – Consulta Externa Año (2014).....	83
Gráfico 3.22 Pirámide poblacional de atención de consulta externa (año 2014) .....	84
Gráfico 3.23 Tipo de consulta externa (año 2014) .....	85
Gráfico 3.24 Atenciones por el área de emergencia (años 2013 y 2014) .....	85
Gráfico 3.25 Evolución de las atenciones de emergencia por mes: (años 2013 - 2014).....	86

Gráfico 3.26 Egresos hospitalarios (año 2014) .....	87
Gráfico 3.27 Intervenciones quirúrgicas por servicio (año 2014) .....	89
Gráfico 3.28 Producción del servicio de imageneología (2010, 2011, 2012, 2013,2014).....	91
Gráfico 3.29 Producción del servicio de laboratorio 2010, 2011, 2012, 2013,2014.....	93
Gráfico 3.30 Presupuesto ejecutado - Ejecución año 2013 vs. 2014.....	96
Gráfico 3.31 Facturación aprobada (años 2012, 2013, 2014).....	96
Gráfico 3.32 Facturación Vs. Costos (año 2014) .....	97
<b>CAPÍTULO 4</b>	
Gráfico 4.1 Mapeo de las perspectivas .....	103



## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1.- Carta del tutor .....	128
Anexo 2.- Oficio del Coordinador General de Planificación y Estadística del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo. ....	129
Anexo 3.- Certificado de revisión de la redacción y ortografía .....	130
Anexo 4.- Entrevistas a los gerentes y directores .....	131
Anexo 5.- Planificación estratégica del IESS y alineamientos para las unidades operativas .....	134
Anexo 6.- Indicadores estándares para hospitales de tercer nivel.....	140

## **RESUMEN**

En el presente trabajo se realiza un análisis de la actual situación del Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

De acuerdo a esta herramienta de trabajo, la misión y visión están enfocada al direccionamiento que debe tener la unidad médica con lo cual cumpliría los objetivos nacionales.

De manera conjunta se trabaja con lineamientos de los objetivos estratégicos, específicos y operativos en organizaciones muy complejas. Como es un hospital de tercer nivel de atención médica, que maneja indicadores de gestión, producción, eficiencia y efectividad, se proyecta hacia un mejoramiento tanto en sus funciones específicas, como en su facturación y disminución de costos.

Además, la metodología, cuadro de mando integral, permitirá tener servidores o funcionarios bien capacitados, con la finalidad de ofrecer un servicio de calidad y calidez a los pacientes y a toda persona que así lo requiera.

Concluyendo, la implementación de control de mando integral proporcionada a la Gerencia General, Direcciones Administrativas y Direcciones Técnicas, ayudará a la toma de decisiones, fortaleciendo el control interno, mejorando los procesos y enfocando los proyectos hasta su término.

### **Palabras Claves:**

Balanced Scorecard, perspectivas, indicadores de desempeño, objetivos estratégicos, ventaja competitiva, planeación, objetivos operativos

## **(ABSTRACT)**

In this paper an analysis of the current situation of the Hospital "is performed Dr. Teodoro Maldonado Carbo ".

According to this tool, the mission and vision are more focused on addressing that must have medical unit which meet national objectives.

Jointly working with guidelines of the strategic, specific and operational objectives in complex organizations, as is a tertiary level of care, which handles indicators, production, efficiency and effectiveness, which is projected toward an improvement both in their specific functions, such as billing and cost savings.

Besides the balanced scorecard methodology will allow servers have either trained staff with the aim of providing a quality service and warmth to patients and anyone who requires it.

In conclusion, implementing balanced scorecard provided to the General Manager, Administrative Addresses and Directions Technical help decision making, strengthening internal control, improving processes and focusing projects to completion.

### **Key words:**

Balanced Scorecard, prospects, performance indicators, strategies, objectives, competitive advantage, planning, operational objectives.

## INTRODUCCIÓN

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), con sus unidades médicas, tiene nuevos retos que cumplir en lo referente a la ampliación de la cobertura de salud de los hijos mayores de 18 años, atención para los hijos de los jubilados, amas de casa, extensión de cobertura a los cónyuges; así como la atención integral en la salud para los discapacitados. El hospital se ha obligado a mejorar sus estrategias, para obtener así, una ventaja competitiva.

Los objetivos deben de ser formulados con los lineamientos del organismo rector en la salud y el plan de desarrollo con la finalidad cumplir con los objetivos nacionales y alcanzar las metas a mediano y largo plazo, para lo cual es necesario que la estructura organizacional se distribuya y cumplan sus objetivos, para de esta manera elevar la eficiencia y eficacia en los servicios prestacionales que brindan a los pacientes, con lo cual debe contar con servidores o funcionarios altamente motivados y capacitados.

Con la finalidad de alinear las estrategias y que estas sean ejecutadas, mediante la utilización de indicadores y objetivos, deberán hacer uso de la metodología del cuadro de mando integral, evaluando al hospital desde las cuatro perspectivas.

- Financiera
- Cliente
- Procesos
- Crecimiento y aprendizaje

El diseño del control de mando integral para el Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de la ciudad de Guayaquil, es el que va a permitir estructurar y definir los objetivos generales para luego evaluar los objetivos estratégicos en cada una de las perspectivas mencionadas anteriormente.

En el Capítulo 1: Están los antecedentes de la investigación, así como los objetivos generales y específicos que se desea lograr con el proyecto, de acuerdo a la justificación y al impacto que tuviera.

En el Capítulo 2: Se muestra el marco teórico, donde se presentan los conceptos y temas de mayor relevancia para el análisis y propuestas de la unidad médica.

En el Capítulo 3: Se encuentra precisamente la propuesta del modelo de gestión, para los niveles, lo cual se efectúa con la encuestas un diagnóstico del hospital.

En el Capítulo 4: Está el estudio de la información, la presentación de la propuesta y las conclusiones y recomendaciones, con una idea de mejoramiento para los temas de mayor urgencia.

# CAPÍTULO 1

## 1. Planteamiento del problema

### 1.1. Antecedentes

En el año 1960, con la insuficiencia para la demanda de atención y de hospitalización en los dispensarios médicos creados en ese entonces, para la población afiliada, funcionarios de la regional de salud concibieron la idea de construir hospitales regionales en las principales ciudades del país como Quito, Guayaquil y Cuenca. En el caso de Guayaquil, iniciaron la búsqueda de un lugar apropiado para tal fin, optando por un terreno ubicado al suroeste de la ciudad, vía al Puerto Nuevo donde se encuentra en la actualidad.

El siguiente paso, era buscar los recursos necesarios para financiar la construcción, el equipamiento y además seleccionar e instruir al nuevo personal técnico y administrativo. Luego de varias prolongaciones, el hospital regional se inauguró el 7 de Octubre de 1970 que en la actualidad tiene por nombre **Dr. Teodoro Maldonado Carbo**, fue cuando ejercía la Presidencia de la República el Dr. José María Velasco Ibarra y la cartera de Previsión Social, el licenciado Luis Eduardo Robles Plaza, quienes estuvieron presentes en tan recordado momento.

El Arzobispo Bernardino Echeverría, al bendecir a la gran Infraestructura, recordó que el principio de un médico es el de servir al paciente y evocó el alivio del dolor como símbolo de su misión. Asimismo, en su interposición, el Ministro Robles recordó que la obra asentaba la cristalización de un sueño para los afiliados, pero aquella época exigía del trabajo anual. La salud es un beneficio fuera de esa patente por lo cual, era necesario enmendar procesos administrativos a favor de los afiliados, comprometiendo el apoyo del

gobierno para dotar de los recursos financieros y económicos necesarios para cumplir los objetivos de dar bienestar a los asegurados.

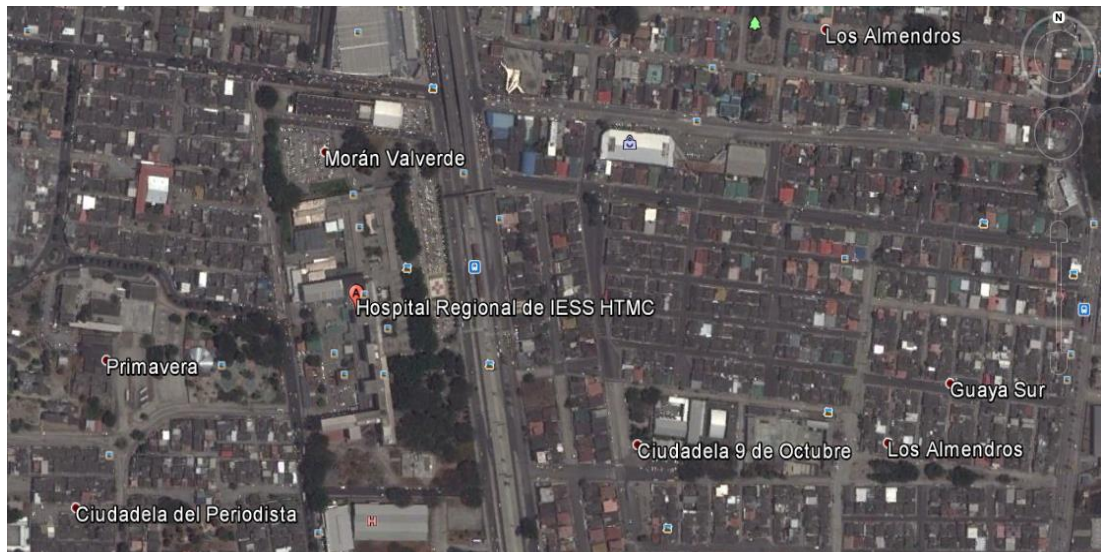
Después de algunos años de su inauguración, los hospitales regionales del IESS marcaron un hito en la atención médica y más aún en la región costa, donde se incorporó a la atención de centros de gran prestancia como la Sociedad de lucha contra el cáncer (SOLCA) y el Hospital Luis Vernaza.

En el décimo aniversario del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, fue invitado el Dr. Alfonso Roidos Garcés, ex Director del Departamento de Medicina, el cual mencionó las siguientes palabras: “en este hospital se han atendido cientos de miles de personas y se han salvado miles de vidas humanas... El hospital en su comunidad médica, ha tenido personalidades reconocidas, quienes en la parte clínica-quirúrgica aportaron su esfuerzo, su abnegación y sus conocimientos con amor y fe..., los más valiosos de la ciudad trabajaron y algunos aún siguen laborando en el hospital regional. Se consideró hospital moderno, en donde practicaban todas las disciplinas y se agotaban los mejores esfuerzos, con las limitaciones propias del medio, lo cual constituyó el entender de qué era lo máspreciado que se tenía en lo que se refiere a la seguridad social en Guayaquil y el adelanto más significativo desde su creación, como lo expresó el Dr. Garcés en 1980.

El hospital se mantuvo en la vanguardia por varios años en la medicina ecuatoriana, incorporando equipamientos médicos de alta innovación y a su vez con nuevos especialistas médicos para el servicio de los afiliados y a pesar de los avatares políticos que cíclicamente han sacudido a la Institución, ha logrado defenderse con estándares aceptables de atención.

A continuación se presenta una imagen de la ubicación del hospital:

### Gráfico 1.1- Ubicación del Hospital Regional



**Fuente:** Google Earth 2015

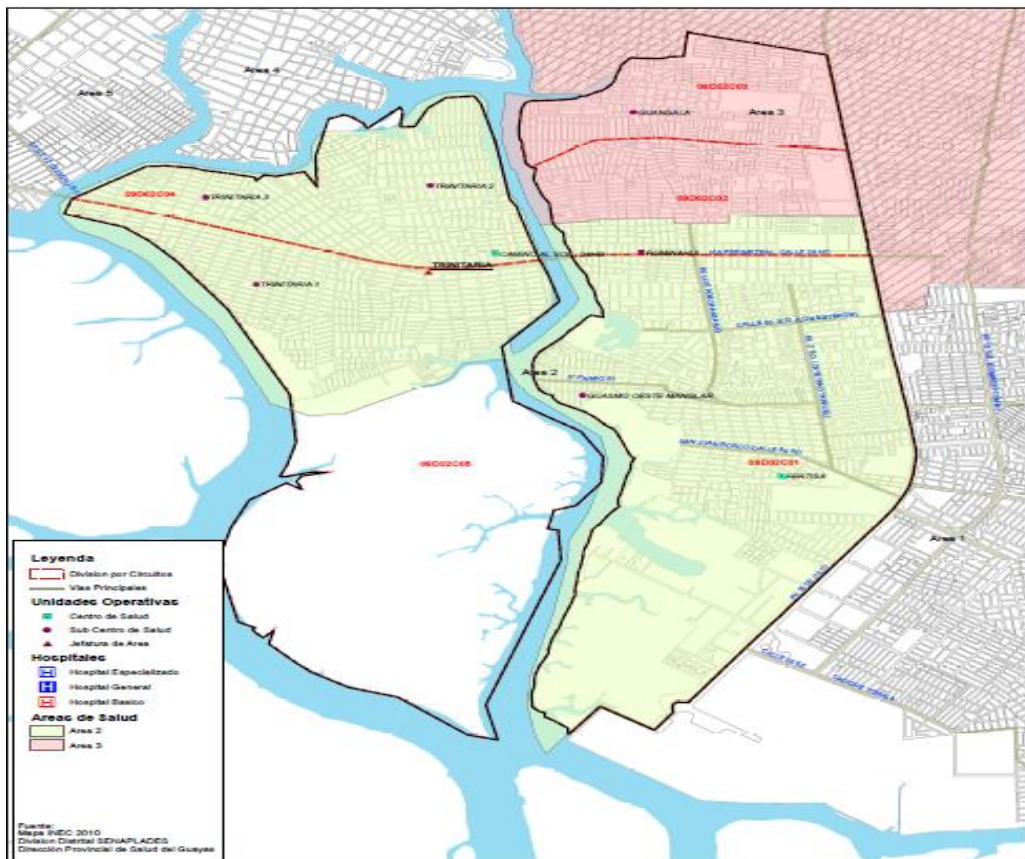
Hospital ubicado en la provincia del Guayas, cantón Guayaquil, situado en la parroquia Ximena, la dirección Av. 25 de Julio y Leónidas Ortega, Código del Área 09A03

La Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) con el Ministerio de Salud Pública (MSP), han distribuido por distrito al país en varias zonas, en la cual el hospital pertenece a la zona 8 y está ubicado con el Distrito 2. En la gráfica 1.2 se pueden identificar sus distritos y sus áreas de Salud.

A continuación se presenta un gráfico, es la zonificación del Distrito en donde se encuentra el hospital.



**Gráfico 1.2.- MSP: Distrito 2 - Coordinación Zonal 8**



**Fuente:** Distritos - Ministerio de Salud Pública 2014

Durante largos años, específicamente en el año 2010, el hospital lideró las acciones médicas con la incorporación de nuevas especialidades como la nefrología, trasplantes, cirugía cardiovascular, el laboratorio citogenética y hormonal, así como en las áreas de gineco-obstetricia, oftalmología, rehabilitación y fisioterapia.

Con las nuevas distribuciones de territorio dirigidas por la SENPLADES, los sectores donde dirige su atención son los siguientes:

- **Zona 5** en la Provincia de Guayas cuenta con 1 hospital (Nivel 1), 5 dispensarios (Nivel 1 básico), Santa Elena (1 hospital y 1 dispensario Nivel 1 especializado), Los Ríos (1 hospital, 1 dispensario nivel 1

especializado, 1 dispensario nivel 1 básico), Bolívar (1 hospital, 1 dispensario nivel 1 básico), Galápagos (2 dispensarios nivel 1 básico).

- **Zona 8** en el cantón de Guayaquil, Durán, Samborondón cuentan con lo siguiente; (1 hospital nivel 3 especialidades), 1 hospital del día (nivel 1 especializado), 1 hospital (nivel 1 especializado), 4 dispensarios (nivel 1 especializado).

La población asegurada se ha incrementado según datos estadísticos del IESS y las cuales las leyes lo acompañan con el seguro obligatorio.

Con lo cual es importante describir la población estimada para la atención médica que en la actualidad es mayor, comparando con la de hace veinte años, el área de influencia es zona 5 y 8, lo cual se representa a continuación con la siguiente Tabla 1.1 con información de los últimos 4 años.

**Tabla 1.1** Población de las provincias vs. asegurada del IESS (Zona 5 y 8)

Provincia	Años	Población *	Población Asegurada	Cobertura	Cobertura Actual
Guayas	2011	3.744.351	1.119.832	30%	56%
	2012	3.901.981	1.214.930	31%	
	2013	3.963.541	1.290.220	33%	
	2014	4.024.929	2.253.325	56%	
Los Ríos	2011	780.443	136.932	18%	39%
	2012	829.779	152.681	18%	
	2013	841.767	164.414	20%	
	2014	853.622	335.477	39%	
Bolívar	2011	185.049	49.013	26%	48%
	2012	195.719	53.562	27%	
	2013	197.708	51.843	26%	
	2014	199.646	95.507	48%	
Santa Elena	2011	301.168	65.348	22%	39%
	2012	334.276	66.721	20%	
	2013	342.408	68.682	20%	
	2014	350.624	137.333	39%	

<b>Galápagos</b>	2011	24.366	9.326	38%	71%
	2012	27.284	10.306	38%	
	2013	28.000	10.896	39%	
	2014	28.726	20.384	71%	
Total para el 2015		5.457.547	2.842.026	51%	2,53

\* Proyecciones de Población a partir del Censo 2010

**Fuente:** Plataforma Cognos BI del IESS

En las reglamentaciones del Consejo Directivo del IESS No. 308 del año 2014, la red de salud, establece cómo se debe acceder a los servicios de salud desde el primer nivel de atención médica, como puerta de entrada hasta los hospitales de tercer nivel, y luego a los demás niveles de atención a través del sistema de referencia y contra referencia del MSP. De igual manera se establece como deben ir los pacientes a los diferentes niveles de atención en cada red, y distribuidas por zonas geográficas y territoriales. La población derecho habiente se describe por cada unidad médica de la zona 5 y 8. Vemos en la tabla 1.2, donde cada uno de estos territorios contará con un diagnóstico de la situación de salud realizado y coordinado con todos los actores del sistema nacional de salud.

**Tabla 1.2** Población afiliada estimada por unidad médica del IESS

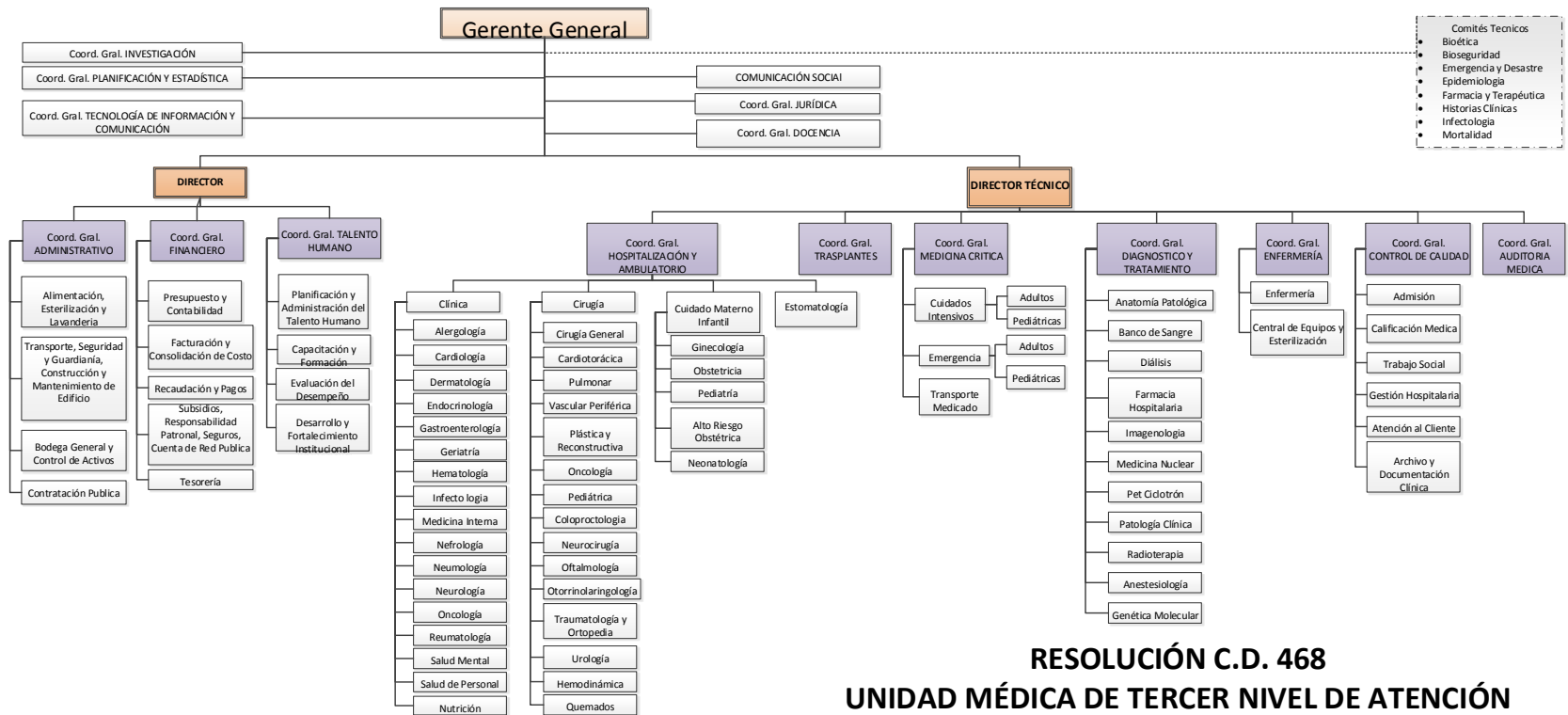
Zona	Provincia	Unidad médica	Población estimada IESS
Zona 5	Guayas	HOSPITAL MILAGRO	34.798
		U.A.A BALZAR	1.926
		U.A.A BUCAY	4.115
		U.A.A DAULE	4.968
		U.A.A NARANJAL	11.320
		U.A.A EL EMPALME	3.002
	Santa Elena	HOSPITAL ANCÓN	12.835
		C.A.A. LA LIBERTAD	9.213
	Los Ríos	HOSPITAL BABAHOYO	38.697
		C.A.A QUEVEDO	13.790
		U.A.A VENTANAS	3.058
U.A.A VINCES		2.417	

	Bolívar	HOSPITAL DE GUARANDA	9.466
		U.A.A SAN MIGUEL DE BOLÍVAR	4.891
	Galápagos	U.A.A SAN CRISTÓBAL	3.617
		U.A.A SANTA CRUZ	2.817
<b>Subtotal de la Zona 5</b>			<b>160.930</b>
Zona 8	Guayaquil, Durán, Samborondón	HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO	165.000
		HOSPITAL DR. EFRÉN JURADO LÓPEZ	92.596
		HOSPITAL DURÁN	51.019
		C.A.A CENTRAL GUAYAQUIL 6	64.367
		C.A.A NORTE TARQUI	91.679
		C.A.A LETAMENDI	60.431
		C.A.A SUR VALDIVIA	94.576
<b>Subtotal de la Zona 8</b>			<b>619.668</b>
<b>Total de la Zonas 5 y 8</b>			<b>780.598</b>

Con las promulgaciones en el nuevo Código Orgánico Integral Penal en el año 2014, que discurre un perjuicio para el trabajador que labora y no aporta, se considera penado por las leyes, porque pierde el derecho y su atención integral a todos los servicios. Debido a esta creación se ha incrementado la población asegurada y beneficiaria del IESS y adicionalmente el trabajo en red con los prestadores externos para cubrir la demanda insatisfecha

A continuación se presenta en el Gráfico 1.3. la estructura orgánica para hospitales de tercer nivel dividido en la gerencia general, la gestión administrativa/financiera, gestión médica, la de gestión de apoyo gerencial y por último la gestión de comités.

**Gráfico 1.3** Organigrama actual de hospital del IESS - nivel III (Junio 2014)



**RESOLUCIÓN C.D. 468**  
**UNIDAD MÉDICA DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

**Fuente:** Resolución No. 468 del Consejo Directivo del IESS

**Elaborado:** por Autor.

Finalmente en los años 2010 y 2011 adoptaron cambios en la estructura en los hospitales de tercer nivel con la finalidad de segregar las funciones y cumplir con las nuevas normas de atención en los servicios administrativos y médicos. Luego de varias convocatorias de trabajo sobre la estructura organizacional y avances en herramientas tecnológicas, equipamientos avanzados, y amplios perfiles epidemiológicos, en junio del 2014 se da la reestructuración orgánica funcional para hospitales de tercer nivel con las resoluciones internas del IESS, en donde se establecen las competencias y atribuciones de la Gerencia General, Apoyo Gerencial, Director Administrativo, Director Técnico y Coordinadores Generales, Jefaturas Técnicas y Jefaturas Administrativas.

## **1.2. Generalidades.**

De acuerdo a la página web del Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, encontramos, después de la introducción, lo siguiente:

**MISIÓN.-** *Es ser una unidad de salud del III nivel, que preste servicios integrales y especializados, enmarcados en la calidez humana y el sentido social de la seguridad social...Ofrecer servicios de calidad en función de la satisfacción de nuestros usuarios de la Red...Contribuir a garantizar la excelencia académica en la formación de profesionales en el área de la salud, y fomentar la investigación científica... La salud es nuestro compromiso de vida.*

**VISIÓN.-** *Es ser una unidad médica líder del seguro de salud del IESS, cumpliendo con la responsabilidad social en materia de prestación de servicios de salud oportunos, con calidez y eficiencia:... Otorgando servicios médicos de alta calidad a través del desarrollo de nuestro talento humano....Impulsando la investigación científica y el desarrollo tecnológico dentro de las políticas de mejoramiento continuo...Siendo una organización auto-sustentada que mide permanentemente su desempeño mediante indicadores de gestión, de productividad y de calidad previamente definidos y conocidos por todos sus miembros.*

## **Los principios y valores institucionales del IESS, año 2001**

De acuerdo a la Constitución de la República del Ecuador, con respecto a la seguridad social y a lo establecido en la Ley de Seguridad Social, en el Art. 1 se dispone principios rectores para el IESS, entre los cuales se mencionan:

La solidaridad: se fundamenta en brindar la ayuda necesaria a las personas aseguradas.

Es obligatorio: atender a la población rural y urbana. Debe cubrir la contingencia de maternidad, enfermedad y aquella que lo define la ley.

La suficiencia: entregarán prestaciones de salud adecuada y suficiente para garantizar la atención oportuna al asegurado.

Equidad: deberá de conceder las prestaciones del Seguro General Obligatorio en equilibrio al esfuerzo y a la necesidad a los beneficiarios.

La universalidad: es la igualdad de oportunidades a toda la población asegurada en acceder a los beneficios de la prestación de los seguros, sin distinción.

La eficiencia: es mejorar la utilización financiera del asegurado y sus demás seguros, deberá garantizar la entrega oportuna de prestaciones a sus beneficiarios.

La integralidad y continuidad: es la atención integral de la salud desde que nace hasta su muerte digna.

Asociación en red: debe articular a los prestadores internos y externos tanto públicos y privados, con la finalidad de asegurar a los afiliados y sus beneficiarios sean atendidos por los profesionales de la salud para una atención integral.

La Inclusión social: inter- actualidad, respetar la diversidad, con enfoque generacional y género.

Participación social: es optimizar la responsabilidad social sobre la salud colectiva, como instrumento de monitoreo de control y satisfacción para de esta manera mejorar la participación de grupos organizadores de usuarios del IESS.

### **DENOMINACIÓN, FINALIDAD Y FUNCIONES DE LA UNIDAD**

La denominación es: Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, que tiene como finalidad la prestación de servicios de salud de tercer nivel de complejidad - emergencia, hospitalización, consulta externa y servicios complementarios a la población afiliada al IESS -incluyendo hijos menores de 18 años, cónyuges y afiliados como beneficiarios del Seguro Social Campesino, accidentes de trabajo y riesgos profesionales.

Entre las funciones de la unidad, tienen prestación de servicios de salud, consulta externa, hospitalización y emergencia; apoyo en el sistema de referencia y contrareferencia del IESS.

Las políticas de calidad del hospital son las siguientes:

- Política de calidad enfocada en satisfacer las necesidades de los clientes,
- Tener procesos estandarizados y orientados a cumplir con las expectativas del cliente;
- Alinear los conceptos de responsabilidad social, ambiental y mejoramiento continuo;
- Contar con personal competente,



- Involucrar la consecución de objetivos y comprometido con la sociedad;
- Generar propuesta innovadoras; utilizando mayores y mejores medios tecnológicos; e instituyendo consciencia productiva en el servicio.

### **1.3. Objetivos.**

Optimizar las prestaciones de salud que brinda el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, Zona 5 y 8 del IESS, con metodologías en sus atribuciones o actividades que se encuentran en marcadas en las resoluciones aplicando proyectos y procesos.

#### **1.3.1. Objetivo general:**

Diseñar un modelo de control de gestión basado en metodología cuadro de mando integral para soportar la planificación estratégica con sus cuatros perspectivas en el Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo del IESS, mediante una evaluación de indicadores, para de esta manera dar a la entidad una visión basada en objetivos estratégicos, que deberán ser alineados al buen vivir y al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de los asegurados, con lo cual se garantice la sostenibilidad, eficiencia, eficacia y celeridad del hospital.

#### **1.3.2. Objetivos específicos:**

- Identificar información que genera el hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.
- Construir, analizar y evaluar información a indicadores de producción y productividad.
- Realizar propuestas para los objetivos estratégicos de la unidad médica.
- Redefinir los indicadores específicos para las perspectivas del cuadro de mando integral para la gerencia general del hospital.

## **1.4. Justificación**

En cumplimiento al concepto de la seguridad social y protección social, el carácter puede ser contributivo y no contributivo debe abarcar todas las medidas en relación a las prestaciones y estar encaminadas a garantizar una protección como es el caso del acceso a la atención médica integral con sus excepciones, lo cual se encuentra normado en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador.

Los servicios de la seguridad social deben brindarse con eficiencia y eficacia con lo cual tienen que alcanzar los objetivos estratégicos de la institución y llegar al desarrollo de los objetivos nacionales del BUEN VIVIR.

La Red Pública Integral de Salud del Ecuador, tiene la facturación como herramienta de gestión que estandariza y norma la relación monetaria de los servicios y procedimientos de atención, lo proporciona el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA para la función de compra y dar garantía al derecho de la población.

El Hospital del IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo, es de tercer nivel de atención médica de referencia zonales, por lo cual vienen derivados pacientes crónicos y agudos para una atención integral en la salud, situación que dio lugar, años atrás, a varios problemas entre ellos, es el desconocimiento por parte de la gerencia general que en la toma de decisiones es necesario alinear las acciones inmediatas, recursos necesarios y presupuestos con cada estrategia para el desarrollo de los objetivos que se propongan.

La idea principal es ayudar con herramientas de gestión como es el uso de la Metodología Balance Scorecard o Control de Mando Integral, con lo cual llegarían a optimizar los recursos, logrando obtener un impacto positivo en la

productividad y finalmente en los usuarios que utilicen los servicios del IESS en lo que respecta a salud.

## **1.5. Impacto social**

Con esta metodología o herramientas contribuiría al mejoramiento continuo que tiene la institución con procesos que se definen en el diseño del Balanced Scorecard en cada perspectiva (financiera, cliente, procesos, aprendizaje y crecimiento) que se establece en el modelo de atención integral de salud con el Plan Nacional del Buen Vivir.

El control, seguimiento y ejecución de los planes nacionales establecidos por los organismos rectores serán de gran ayuda al Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo para establecer objetivos estratégicos para su alcance y llegar a cumplir las normas de atención integral de la salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, lo cuales van alineados al Plan Nacional del Buen Vivir y la SENPLADES donde se consideran los siguientes:

- ✓ Dar la Igualdad, integración social e cohesión y territorial en la diversidad.
- ✓ Mejorar las potencialidades y capacidades de la ciudadanía
- ✓ Mejorar la calidad de vida de la población.
- ✓ Garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable.
- ✓ Garantizar el trabajo estable, justo y digno en su diversidad de formas.
- ✓ Afirmar y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad.
- ✓ Garantizar la vigencia de los derechos y la justicia

- ✓ Construir un Estado democrático para el Buen Vivir.

Con lo antes dicho se establece que debe contribuir al desarrollo y crecimiento nacional con las organizaciones; dando servicios de calidad y calidez a las personas que tienen enfermedades crónicas y degenerativas.

## **1.6. Impacto Político Institucional**

La institución o la unidad médica cambiarán sus procesos de una manera positiva ya que actualmente carecen de lineamientos tales como un manual de funciones y políticas o indicadores que permitan medir la eficiencia, eficacia y la calidad en los procesos y servicios que ofrecen. La implementación de procesos ayudará a los organismos rectores y a la parte gerencia general cumplir con los objetivos y con los indicadores propuestos para una mejor toma de decisiones y con la finalidad de ajustar con las estrategias futuras de mejora la calidad en la atención y optimizando los recursos financieros para su población objetivo de cerca de 165.000 afiliados según datos de la institución.

## **CAPÍTULO 2**

### **2. Marco teórico**

#### **2.1. Fundamentación teórica de la propuesta**

##### **2.1.1. Introducción**

La entidad se encuentra en la integración a los servicios de la red pública de salud, en donde brindará atención por referencia y contra - referencia de sus unidades médicas adscritas, de acuerdo a la georeferencia y de esta manera dependerá su expansión para brindar atención médica a los pacientes asegurados y no asegurados, y los recursos serán retribuidos con el tarifario Ministerio de Salud Pública con la facturación; con esto se podrá incrementar equipos de alta especialización, infraestructura y recursos humanos que son la fórmula esencial para garantizar la atención integral a los derecho habientes.

Es necesario tener claro la definición de lo que se quiere alcanzar a corto y largo plazo, con objetivos y metas para la organización lo cual es debe ser exacto en constituir acciones y procedimientos, para que sean ejecutados y permitan alcanzar los valores de la institución, a esto se lo denominaría estrategias para la gerencia general de la Unidad Médica.

La Planificación Estratégica proporciona un camino estructurado, proyectado estratégicamente y con prospectiva para asegurar la gestión eficaz y productiva de la organización, en tal virtud, se considera la implementación de la metodologías Balanced Scorecard (Kaplan/Norton), Management by Objectives (Peter Drucker), Quinto Disciplina (Peter Senge) , Ejecución (Bossidy & Charan).

Las metodologías permiten planear, monitorear y gestionar objetivos, indicadores, procesos y proyectos.

## 2.2. Planeación estratégica

La planeación estratégica es una serie de acciones conscientes para abordar una situación específica. En las definiciones de estrategias tienen dos características esenciales las cuales se elaborarán antes de las acciones en las que se implementarán y así mismo se desarrollarán con los ejecutivos, bajo un mismo propósito institucional, según H.Mintzberg y James B. Quinn, año 2013.

- **En las estrategias en el campo militar lo que se involucra**, es “trazar el plan de guerra... dirigir las campañas individuales y, a partir de ello, decidir acerca de los compromisos individuales” de acuerdo a Von Clausewitz, 1976 - 1977)
- **En las estrategias en la teoría del juego**, es “un plan completo”, que especifica las elecciones que el jugador hará en cada situación posible”, según Von Newman y Morgenstem 1944 - 1979).
- **En las estrategias en la administración, es** “la estrategia es un plan unificado, comprensible e integral... diseñado para asegurar que los objetivos básicos de la empresa sean alcanzados”, Glueck, 1980 - 1989).

Con lo cual en la actualidad las estrategias son lineamientos generales de acción que establecen una dirección e indican el cómo lograr el objetivo con las atribuciones o actividades de la parte operativa y que de esta manera se logre cumplir con la institución.

La planeación estratégica incorpora el enfoque técnico, con el objeto de conocer las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de la organización. Con lo antes mencionado se debe definir un plan de acción

basándonos en estrategias que permitan cumplir con las metas y objetivos de la unidad médica. De esta manera proyectar a largo plazo.

Es necesario que la organización entienda sobre la misión y visión, sea la partida de direccionamiento de los esfuerzos de toda la organización y cumpliendo con las políticas valores institucional.

### **2.2.1. Definición:**

La planificación estratégica, en su concepción involucra varios elementos que antes no fueron considerados en los modelos anteriores, tales como la búsqueda de la eficiencia en los recursos disponibles, la consideración permanente del entorno en que se desempeña la estructura orgánica como condicionante básico del desarrollo del comportamiento y del plan de los distintos actores que influyen en él, la influencia que tiene una decisión sobre varias consecuencias y, factores, la necesidad de reconocer el carácter sistémico en los procesos en los que se desempeña la organización.

De acuerdo a lo que dijo Ander-Egg, en la planificación estratégica, lo de manera en particular, es el direccionamientos de los procesos (mantener el arco direccional para alcanzar metas y objetivos) y ajustarse en tanto sea necesario y según la intervención de los diferentes sectores sociales, la trayectoria del proceso de planificación en su realización concreta.

Sin embargo, el diagnóstico inicial que implica el proceso, es considerado en los factores internos (de la organización), como externos (ambiente en el que se desenvuelve la institución); con las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas que cada uno involucra, permite generar un plan acción acorde con los objetivos que se persiguen de acuerdo con el esquema que el diagnóstico se plante. Por lo tanto, y como ya se ha señalado, a pesar que el diagnóstico

involucra variados factores, éstos nunca son absolutos ni suficientes, por lo que la inseguridad es el ambiente base en el que el plan se debe realizar, lo que lo obliga a ser adaptable y flexible. A partir de estas distinciones, es posible entender las diferencias existentes entre la planificación normativa, que marcó una importante etapa del desarrollo de esta herramienta, y la planificación estratégica, las cuales Ander-Egg – año 1996 sintetiza en la siguiente tabla 2.1:

**Tabla 2.1** Planificación normativa vs Estratégica

<b>PLANIFICACIÓN NORMATIVA</b>	<b>PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA</b>
1. Básicamente es un problema técnico.	1. Básicamente es un problema entre personas.
2. Centrado en la “lógica de la formulación”.	2. Centrado en la “lógica de la realización”.
3. Los planes, programas y proyectos expresan “lo deseable”.	3. Los planes, programas y proyectos expresan “lo posible”.
4. Enfatiza lo tecnocrático, haciendo de la planificación una tecnología que orienta las formas de intervención social.	4. Destaca la importancia de la política y la intervención de los diferentes actores sociales.
5. Importancia del papel de los expertos.	5. Importancia de integrar el aporte metodológico de los expertos y las personas involucradas.
6. El centro de la planificación es el “diseño “y suele expresarse en un “plan libro”.	6. El centro de la planificación es la “dinámica de conducción”; no se cristaliza en un plan; permanente seguimiento de la coyuntura política, económica y social.
7. La definición de objetivos resulta del diagnóstico.	7. La definición de objetivo resulta del consenso social entre los diferentes actores sociales implicados.
8. Importan las decisiones del sujeto planificador que está “fuera” de la realidad, considerada como objeto planificable.	8. Importa la confluencia de las decisiones de los diferentes actores sociales que, de una u otra forma, están interesados o implicados; el sujeto planificador “está dentro” de la realidad y coexiste con otros “actores” sociales.
9. No tiene en cuenta, de manera significativa, los oponentes, los obstáculos y dificultades que condicionan la factibilidad del plan.	9. Procura conciliar el conflicto y el consenso como dos factores actuantes en los procesos sociales y que condicionan la realización del plan.
10. El punto de partida es el “modelo analítico” que explica la situación problema, expresada en un diagnóstico.	10. El punto de partida es la “situación inicial”, que explica la situación problema, expresada en un diagnóstico.
11. El punto de llegada es el “modelo normativo” que expresa el diseño del “deber ser”.	11. El punto de llegada es la “situación objetivo” que expresa la realización en el tiempo de la “imagen objetivo” que configura el “horizonte utópico”.
12. Se parte del supuesto de que el sistema social puede ser objeto de orientación por parte del planificador.	12. Se parte del supuesto de que el sistema social está integrado por personas que tienen su propia escala de valores y establecen lo que es conveniente e inconveniente, bueno o malo, como objetivo a alcanzar.
13. El sujeto que planifica está “sobre” o “fuera” de la realidad planificada.	
14. El sujeto que planifica tiene el monopolio del plan.	
15. El sujeto planificador tiene capacidad de controlar la realidad.	

Otros autores, Hax y Majluf, año 1996, hacen énfasis en la importancia que tiene el contar con el apoyo de las diversas partes que se verán involucradas en



el proceso de generación e implementación del plan; razón por la cual la planificación estratégica recalca la importancia de la participación en todo momento como método de involucramiento y de generación de identificación, compromisos y voluntades que en su conjunto permitirán el éxito de la iniciativa, según Hax y Mailuf - año 1996.

Además, estos autores señalan que *“el proceso de planificación estratégica es un esfuerzo organizacional bien definido y disciplinado, que apunta a la total especificación de la estrategia de una firma y la asignación de responsabilidades para su ejecución”* (Hax y Mailuf) (1996), esto demuestra el carácter principal que se debe tener en la planificación como eje en la estrategia que se tiene que implementar, ya que debe entregar los lineamientos fundamentales para la definición de la misión, visión y objetivos que la institución, de acuerdo a la metodología que se quiera lograr.

Nuevamente, Hax y Majluf definen los distintos niveles jerárquicos dentro de la organización que participa en el proceso de planificación, diferenciándose unos de otros en el grado de importancia y responsabilidad que cada uno tiene; además de, obviamente, las funciones que cada uno desempeña.

### **2.2.2. Etapas de planeación estratégica**

En las formulaciones de las estrategias para su implantación en los diferentes planos, en el momento de implementar o poner en marcha una estrategia, es necesario analizar:

- Recursos financieros
- Talento Humano: de equipo polivalente y homologación de capacidades y recursos.
- Medicamentos e insumos médico-quirúrgicos

- Inversiones: para homologar y/o estandarizar el recurso físico y tecnológico
- Información sanitaria
- Formación continua
- Investigación en salud

Finalidad de obtener una eficiencia en la implantación de la estrategia, dependiendo de la colaboración y el trabajo en equipo de todos y cada uno de los departamentos de la entidad.

La implementa estrategias para mejorar la prestación de servicios en la salud, con lo cual mejore, en disminuir los costos y riesgos de cumplimiento de los proyectos y procesos la unidad médica y el manejo de los recursos, deberá enfocarse en aumentar la calidad y calidez de los servicios al paciente o la ciudadanía.

Los planes de acción recaerán en las diferentes áreas de las direcciones administrativas y médicas que se trabaje de una manera conjunta con la gerencia general y las áreas de apoyo de la misma, para obtener resultados positivos, localizando las brechas dentro de la entidad.- David, Administración Estratégica, 2003).

Los elementos para la planeación estratégica en el servicio de la salud lo cual Malagón – Londoño, Galón Morera, & Pontón Laverde en el año 2008 establecen cuatro elementos indispensables en el proceso de planeación estratégica para los servicios de Salud, y que son;

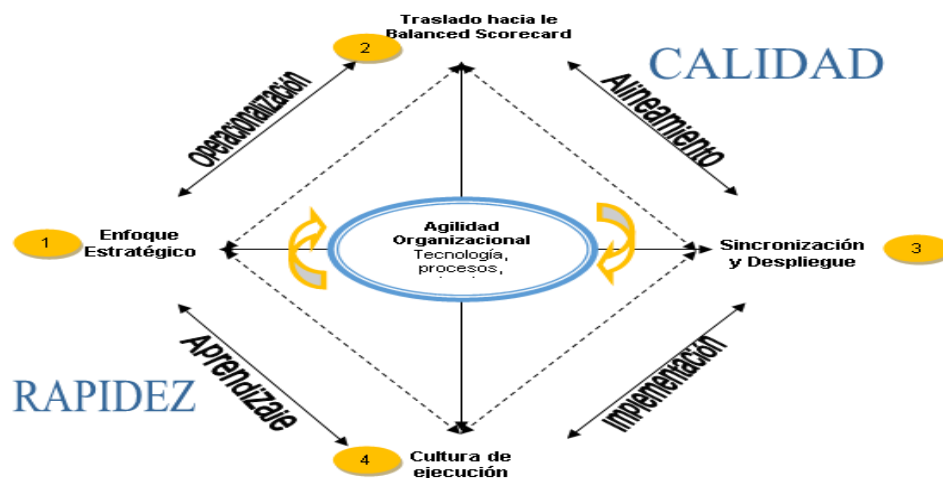
- El tiempo.- referencia es el período de que establece el proceso para la planificación, que ser tomada como decisión política de planificar.

- El espacio.- la demarcación geográfica – poblacional, cubre el servicio de salud, como por ejemplo el país, un departamento, un municipio, etc., hospital puede ser de referencia nacional, regional o local.
- El modo.- es de acuerdo a los niveles de establecimientos que dicta el organismo rector en la salud.
- La satisfacción de las necesidades de salud de la población.- Se refiere a como definen el proceso para cumplir su objetivo en el campo de acción.

De acuerdo al modelo estratégico, se definen el sistema de servicios de salud que opten.

En la excelencia organizacional se indica cómo construir y vincular la planificación estratégica con la gestión operativa mediante una conexión sistémica entre las diferentes metodologías y prácticas. En el contexto se logra el desarrollo, el despliegue y la ejecución de las estrategias de la organización.

**Gráfico 2.1** Diamante Excelencia Organizacional



**Fuente:** Diamante de la Excelencia Organizacional. Prof. Antonio Kovacevic y Prof. Álvaro Reinoso, año 2013.

### **2.3. Control de gestión estratégica**

En el control de la gestión como el sistema de medición basado en las estrategias que permitirán conocer y dar soluciones a las brechas para mantener a una organización interrelacionado y a su vez reconocer los riesgos y de esta manera cumplir con los hitos o logros alcanzables.

Las acciones que la unidad médica tome serán para llegar a la misión y objetivos que se propongan al nivel gerencial, cumpliendo con los objetivos del Buen Vivir que se encuentra como plan de desarrollo nacional.

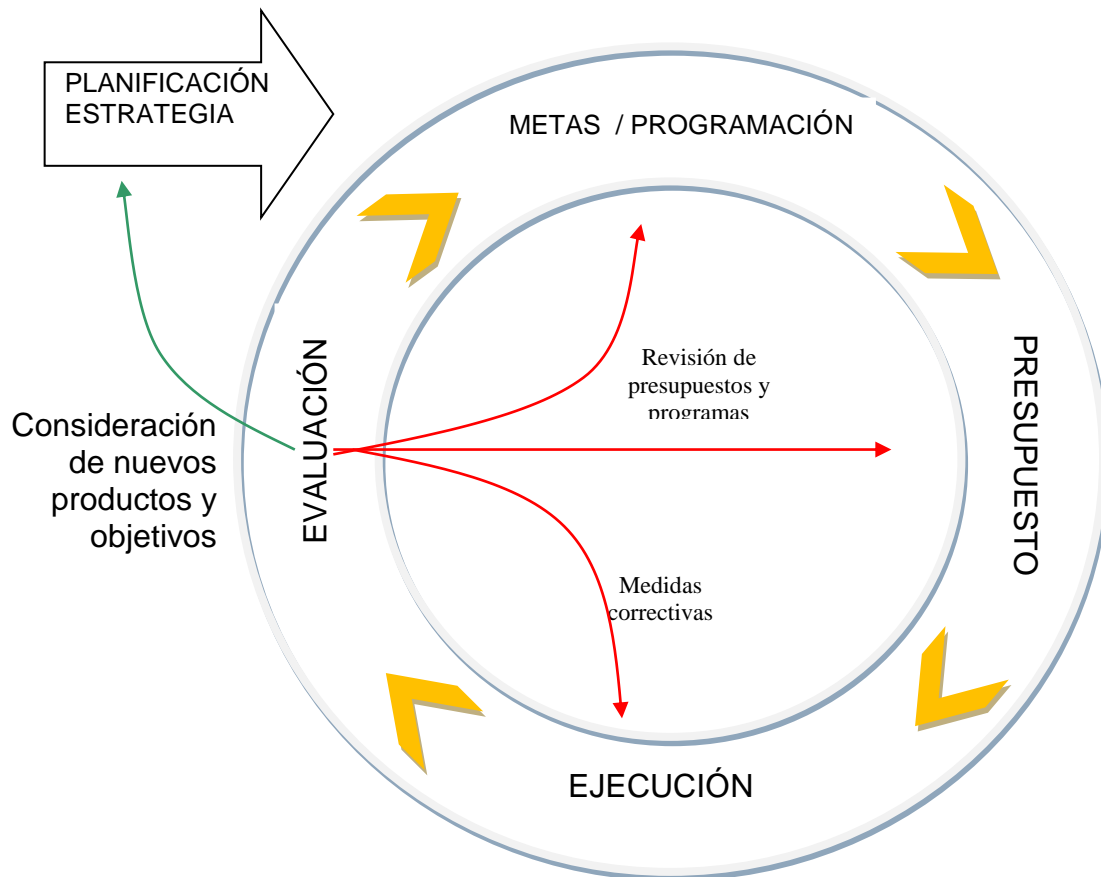
La Gerencia General, Direcciones Administrativa Financiera, Dirección Médica y las de apoyo gerencial y personal involucrado, a identificar y analizar la misión, visión, objetivos y procesos de trabajo que tienen la unidad médica.

En los indicadores o en la medición del desempeño deberán de ser consistentes y correctos porque será vital para la unidad médica, lo cual tendrán que ser específicos, medibles, alcanzables, realistas y a tiempo porque tendrán una gran importancia o relevancia, permita lograr lo siguiente;

- Les permita alcanzar un 100% de rendimiento en toda la institución en cuanto a objetivos y plazos.
- Lograr éxito y mantener buena evaluación del desempeño es fundamental el involucramiento de las autoridades y líderes de los proyectos.
- La medición ayuda a la conducta de la organización en el día a día porque cuando hay medición cambia el comportamiento de las personas.
- Los indicadores de desempeño de la unidad médica reflejan sus objetivos reales.

En el ciclo del control de gestión se encuentran definidas las metas y su programación con los programas y proyectos que se considere la organización esto generaría un presupuesto hasta llegar a su ejecución de acuerdo al plan de acción, luego se evaluarán con indicadores, los objetivos estratégicos.

**Gráfico 2.2** Las Cuadro etapas de Control de Gestión



**Fuente:** Las cuatro etapas del control de gestión.

Los Key Performance Indicators en sus siglas en inglés (KPI), los cuales serían indicadores claves de desempeño o actuación es usado gerentes y directivos de grandes compañías dice que no debe haber más de 30 indicadores, por lo

que complicaría al hacer un análisis aun problema para actuar en la toma de decisiones de una forma rápida.

## 2.4. La organización hospitalaria

Un hospital es considerado como una organización o unidad de negocio que presta servicios médicos. Se considera de tercer nivel por las especialidades. Este servicio se lo toma como complejo por las diferentes especialidades médicas que se cuenta. El producto que se ofrece es intangible, ya que los pacientes perciben producto y proceso de forma indistinguible.

**Gráfico 2.3** Gestión clínica y atención al paciente por procesos



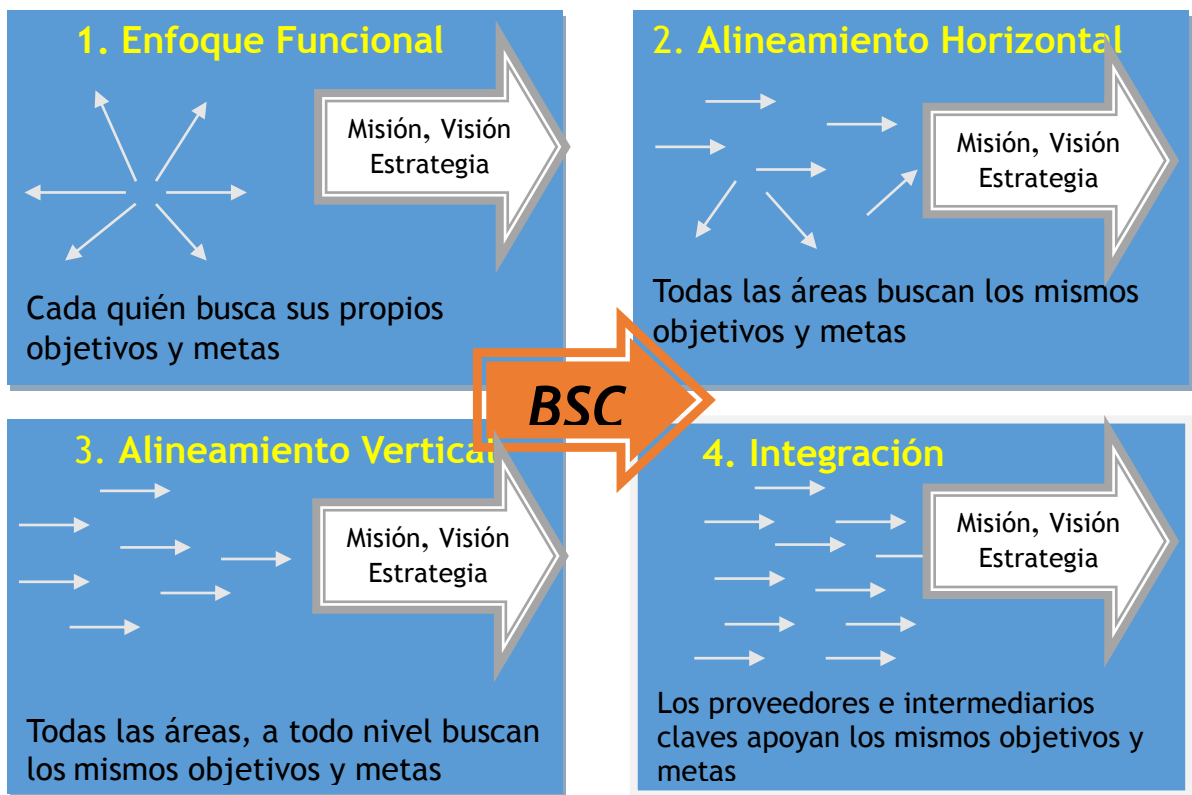
**Fuente:** Innovaciones en Gestión Hospitalaria en México. Primera Edición /Octubre de 2006

La alineación estratégica en la organización es desempeñar actividades de diferentes a los competidores, desempeñar actividades similares en forma diferente con una ventaja competitiva única.

La alineación operacional en la organización es de desempeñar actividades similares a los competidores en forma eficiente en sus costos y con mayor efectividad en sus procesos.

Los alineamientos de acuerdo al Balance Scorecard, los directivos son para informar hacia debajo de objetivos estratégicos y específicos, de tal modo que transformen sus objetivos operativos para cada unidad o servicios en búsqueda de la sinergia área.

**Gráfico 2.4** Alineación de acuerdo al Balance Scorecard



## 2.5. Gestión hospitalaria

El hospital pertenece al sistema de salud del IESS, hospital de cabecera en la Zona 5 y 8 pertenece al tercer nivel de la atención media. Como hospital de especialidades se maneja con el sistema de referencia y geo referencia en donde los autores vienen derivados desde el segundo nivel o primer nivel de atención si el caso lo amerita, para brindar la atención integral en la salud.

## **Análisis de la Misión**

En la formulación la misión es identificar el alcance de las operaciones del hospital en los aspectos del producto o servicio que brinda para la población. La cual tiene que quedar explícitas en diez características que se enumera a continuación:

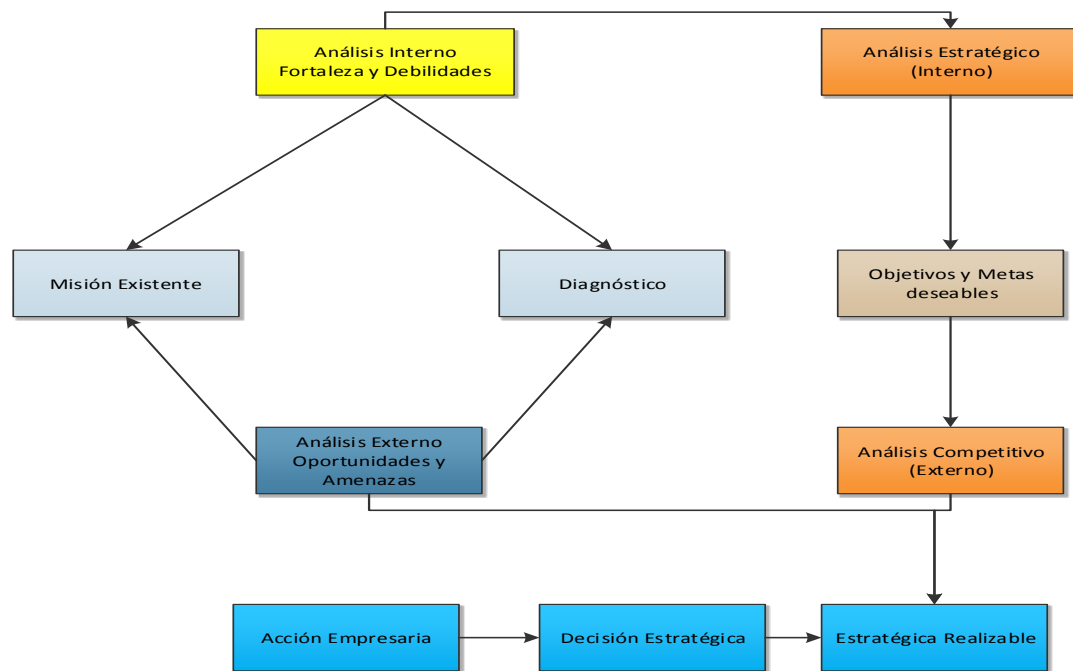
1. Clientes. ¿Quiénes son los clientes de la empresa?
2. Productos o servicios. ¿Cuáles son los productos o servicios más importantes)
3. Mercados. ¿Compite el hospital geográficamente?
4. Tecnología. ¿Cuál es la tecnología que se tiene?
5. Preocupación por supervivencia, crecimiento y rentabilidad, ¿Cuál es la actitud de la empresa con relación a metas económicas?
6. Filosofía. ¿Cuáles son los valores, creencias y aspiraciones fundamentales de la firma y sus prioridades filosóficas?
7. Concepto de sí misma ¿Cuáles son las fortalezas y ventajas competitivas claves de la empresa?
8. Preocupación por imagen pública. ¿Cuál es la imagen pública a que aspira la empresa?
9. Efectividad reconciliatoria. ¿Pone la firme atención a los deseos de las personas claves relacionadas con la empresa?
10. Calidad inspiradora ¿Motiva y estimula a la acción la lectura de la misión?

De esta manera se debe mejorar y cumplir con los requisitos en el licenciamiento o acreditación como tercer nivel para la obtención a largo plazo



de un hospital moderno enmarcado en la estrategia de la calidad para generar nuevas y mejores técnicas.

**Gráfico 2.5** Para el análisis de Misión



**Fuente:** Malagón- Londoño, Galán Morera. Pontón Laverde (2008)

### **Análisis interno de la organización (fortaleza y debilidades)**

Es el proceso los gerentes se concentran en el análisis de la capacidad gerencia, de servicio, financiera y tecnológica mediante la identificación y evaluación de sus aspectos internos básicos. Lo cual se organizara con equipos de trabajos para el análisis de las diferentes categorías, según el interés y nivel de capacitación en el área específica de los planificadores con algunas metodologías adoptadas por otras empresas como:

1. La capacidad gerencial organizativa.- La atribuciones y actividades de las diferentes áreas, la asignación de recursos en base a los objetivos, Estructura organizativa (flexible, no burocrática), autonomías, clima y cultura

organizativa, El trabajo en equipo, la calidad total, procesos internos, sistema de salarios, estímulos e incentivos, sistema de información y comunicación, administración y desarrollo de personal, adaptabilidad a los cambios y propuestas de mejoramiento de la imagen corporativa

2. La capacidad competitiva y de mercados.- La mezcla apropiada de productos y servicios, atención a clientes y evaluación de los diferentes servicios, la segmentación de clientes, programas de promoción y publicidad, presupuesto y cumplimiento, evaluación de costos, coordinación de producción con las estadísticas y facturación, estructuras de prestaciones de servicios, personal entrenado y actualizado.
3. La capacidad financiera.- Sistema de información contable, sistema de análisis financiero, sistema de controles internos y auditorías, procesos de cobro y recaudaciones, sistemas de compras e inventarios, estructura de costos por áreas y procesos, nivel de liquidez, margen de contribución (% de ingresos para cubrir gastos fijos), capacidad de endeudamiento, manejo de tesorería, administración del presupuesto, capacidad de inversión en nuevos proyectos.
4. La capacidad tecnológica.- Sistemas apropiados de producción, actualidad de equipos y software administrativos, investigación y desarrollo para nuevos productos/servicios, instalaciones apropiadas para prestación de servicios, actualidad tecnológica frente al sector, flujo de operaciones en la prestación de servicios, círculos de calidad – equipos de mejoramiento y rediseño, distribución geográfica de dependencias y plantas, flexibilidad de adaptación al cambio tecnológico, acceso a nuevas tecnologías, nivel de costos subcontratación, uso de indicadores de productividad, proveedores de la empresa, sistema de seguridad industrial.

5. La capacidad de talento humano.- nivel académico del talento humano, experiencia técnica, estabilidad, rotación, ausentismo, pertenencia, motivación, nivel de remuneración, accidentalidad, retiros, índices de desempeño, otros.

### **Análisis externo de la organización (oportunidades y amenazas)**

El análisis externo de la organización se ha llamado análisis ambiental y análisis del entorno, como manera de introducir en las auditorías externas de la empresa. Para el análisis del entorno se utilizan los grupos de variables denominadas: amenazas y oportunidades. La cual se presentas categorías que deben ser analizadas son:

- Económicas.- Inflación, devaluación, PIB e inversión política, apertura económica: Ofertas de servicios a más bajo costo y mayor a calidad, tasa de desempleo.
- Políticas legales.- Constitución política, normas impositivas, estabilidad política, la asamblea, reformas al sistema de la seguridad social, descentralización, fortalecimiento del sistema de salud, mayor participación comunitaria, prioridad al gasto social,
- Socio-Culturales.- Mayor nivel de educación, mayor exigencia de los usuarios, alto índice de violencia, cambio de los hábitos de vida, auge de la responsabilidad civil médica, responsabilidad ambiental y distribución del ingreso.
- Tecnológicas.- Nivel de tecnología, flexibilidad de procesos, automatización, auge de la medicina ambulatoria, Nuevos riesgos del uso de la tecnología.

- Demográficas y estado de Salud.- Tendencias nacionales y regionales de crecimientos poblacional general y por grupos de edad, esperanza de vida al nacer, fecundidad global, tasa bruta de mortalidad, tasa de mortalidad infantil, tasa bruta de natalidad, mortalidad por causas: Por ejemplo, podemos analizar las proporciones de las patologías más frecuente y sus tendencias son diferencias en cada región; proporción de edad: 1,5%, proporción de ira: 7,9%, proporción de afecciones perinatales: 3,4%, tendencias de morbilidad, aparición de nuevas patologías como el sida y el cólera, tendencia de la morbilidad oral: si hay disminución o aumento en el índice COP.
- Competitivas.- Organización gerenciales como verdaderas empresas aventajan a aquellas que siguen con modelos conservadores antiguos de administración, Qué tan vulnerables son nuestros competidores a nuestras estrategias corporativas, Qué tan vulnerables son nuestras estrategias corporativas a sufrir el contra ataque exitoso de nuestra competencia, Cuál es la relación de nuestros servicios con respecto a los de nuestros competidores, hasta qué punto entran al mercado nuevas organizaciones en nuestro negocio, Cómo han cambiado las posiciones de nuestros competidores en el mercado en los últimos dos años.

En el proceso de la matriz FODA, (herramienta, cuyo término es una sigla conformada por las primeras letras de las palabras Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) y de entre estas cuatro variables, se tiene que tanto fortalezas como debilidades son internas de la organización, por lo que es posible actuar directamente sobre ellas. En cambio las oportunidades y las amenazas son externas, por lo que en general resulta muy difícil poder modificarlas, se tiene que comparar con los factores internos y externos y de esta manera generar las estrategias apropiadas que permitan a la

competitividad esta información de diagnóstico, ya que da claridad de la situación del hospital para redefinir los diferentes componentes de nuestro plan estratégico, como principios corporativos, la visión, la misión, los objetivos, las estrategias y sus metas.

## **2.6. Balanced Scorecard.**

### **2.6.1.Generalidades**

El Balanced Scorecard en sus siglas en inglés (BSC) sus creadores de la metodología Robert Kaplan (profesor de contabilidad de la Escuela de Negocios de Harvard) y David Norton (consultor especializado en gerencia de intangibles y estrategia) cuando trabajaron en un proyecto patrocinado por la división de investigación de KPMG2 y Nolan, Norton & Co., buscaban de cómo medir el desempeño organizacional, ser más competitivos para Analog Devices en enero de 1992, una empresa del sector de semiconductores, Ines – 2010.

En los primeros artículos escritos por Robert Kaplan y el consultor David Norton de la firma Nolan & Norton para el “Harvard Business Review” se indicó por primera vez el concepto del “Balanced Scorecard –Measures that Drive Performance”.

La metodología es la de evaluar el desempeño empresarial que se ha convertido en pieza fundamental del sistema estratégico de gestión de las firmas alrededor del mundo.

“Conforme las compañías de todo el mundo se transforman, para competir en la era de la información, su capacidad para explotar sus activos INTANGIBLES, se ha vuelto más importante que su capacidad de invertir y administrar sus activos tangibles. Como reconocimiento a este cambio, hace algunos años introdujimos un concepto llamado anotador balanceado, el cual complementa las medidas

financieras tradicionales con criterios que evalúan el desempeño desde otras tres perspectivas: la de los clientes, la de los procesos y la del aprendizaje y mejoramiento”.

El objetivo era de implantar de una forma mensual y bien necesaria las actividades de una compañía en términos de su visión y estrategia de largo plazo, proporcionando a los gerentes o gestores empresariales una visión global sobre la estrategia y evolución de la compañía.

La técnica de trabajo es una herramienta que nació como un simple tablero de comandos, cuyo objetivo se estableció en el diagnóstico de las funciones más sencillas. Ha ido desarrollándose hasta convertirse en una herramienta concreta para la dirección estratégica con el fin de conceder a líderes y ejecutivos la información necesaria para la toma de decisiones acertadas.

El tablero de mando integral o control de mando integral, es más que una herramienta para la medición factores no financieros y financieros con una particularidad esencial, según fue planteado por sus creadores. Con la globalización que atraviesa el mundo de hoy, el cuadro de mando integral (CMI) no escapa a los cambios que la dinámica del entorno impone. Debe ser una herramienta perfectamente adaptable a las circunstancias y condiciones concretas de cada empresa, ya sea industria de producción de servicios o de bienes aplicable al momento histórico, al país o sistema social que la contenga. Ha sido implementada por miles de organizaciones sin ánimo de lucro, corporaciones y dependencias de los gobiernos, en todo el mundo.

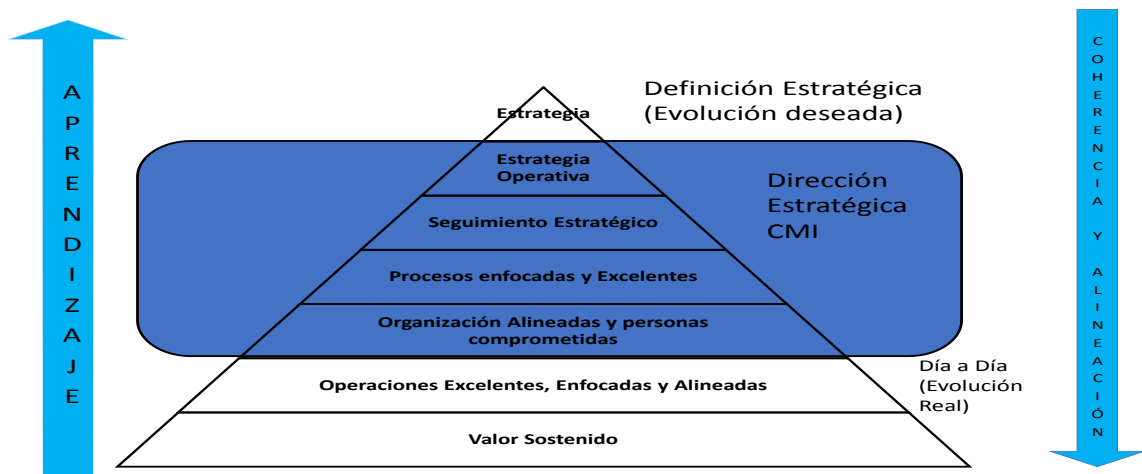
### **2.6.2. Concepto**

La definición en el cuadro de mando integral, como una técnica de gestión o metodología, que apoya a las organizaciones a transfigurar su estrategia en objetivos específicos, objetivos operativos medibles y relacionados entre sí,

facilitando las tácticas de las personas clave en la organización y sus recursos se encuentre estratégicamente alineados.

De una manera más sintética podemos definirlo como la dirección estratégica focalizada a la creación de valor, representándola de la siguiente manera:

**Gráfico 2.6 Cuadro de mando integral (CMI) como dirección estratégica focalizada a la creación de valor.**



### 2.6.3. Importancia del cuadro de mando integral (Balanced Scorecard).

El Balanced Scorecard, tiene la finalidad de facilitar la ejecución de las estrategias. Las dificultades de la gestión estratégica están en el paso que va desde la definición y determinación de la estrategia así como en su ejecución.

Sirve de vínculo entre la estrategia y la ejecución, al conectar los objetivos operativos y acciones específicas a las estrategias asociadas y a los mismo además de priorizar los más importantes, favoreciendo a su consecución y medición.

#### **2.6.4. Elementos que integran el cuadro de mando integral**

Objetivos estratégicos: Son los resultados que la entidad desea alcanzar a largo plazo mediante la definición de estrategias, de las acciones a cumplirse en lo propuesto, reflejan aspectos prioritarios para la organización. Es importante distinguirlos de aquellos otros objetivos operativos. Los objetivos estratégicos se caracterizan por su elevada necesidad de actuación y su relevancia para la competitividad. Entre los objetivos deben establecer relaciones causas/ efecto que garanticen la consistencia de los mismos, ya que de esta forma se puede determinar qué objetivos son impulsores que ayudan a la consecución de otros objetivos resultantes.

**Las perspectivas.-** Es la metodología que agrupa a los objetivos para de esta manera asegurar el equilibrio de la estrategia. En el cuadro control de mando se basan en cuatro perspectivas que son; clientes o ciudadanía, financiera o finanzas, procesos internos así como aprendizaje y crecimiento. Las perspectivas realizarán los objetivos a largo plazo, sin embargo es de relevancia que las organizaciones definan las mismas que se adecuen a las estrategias que sean adoptadas.

**Los indicadores.-** Es un instrumento de medición cada uno de los objetivos que ayudan a monitorear, predecir y administrar el desempeño necesario para alcanzar una meta determinada.

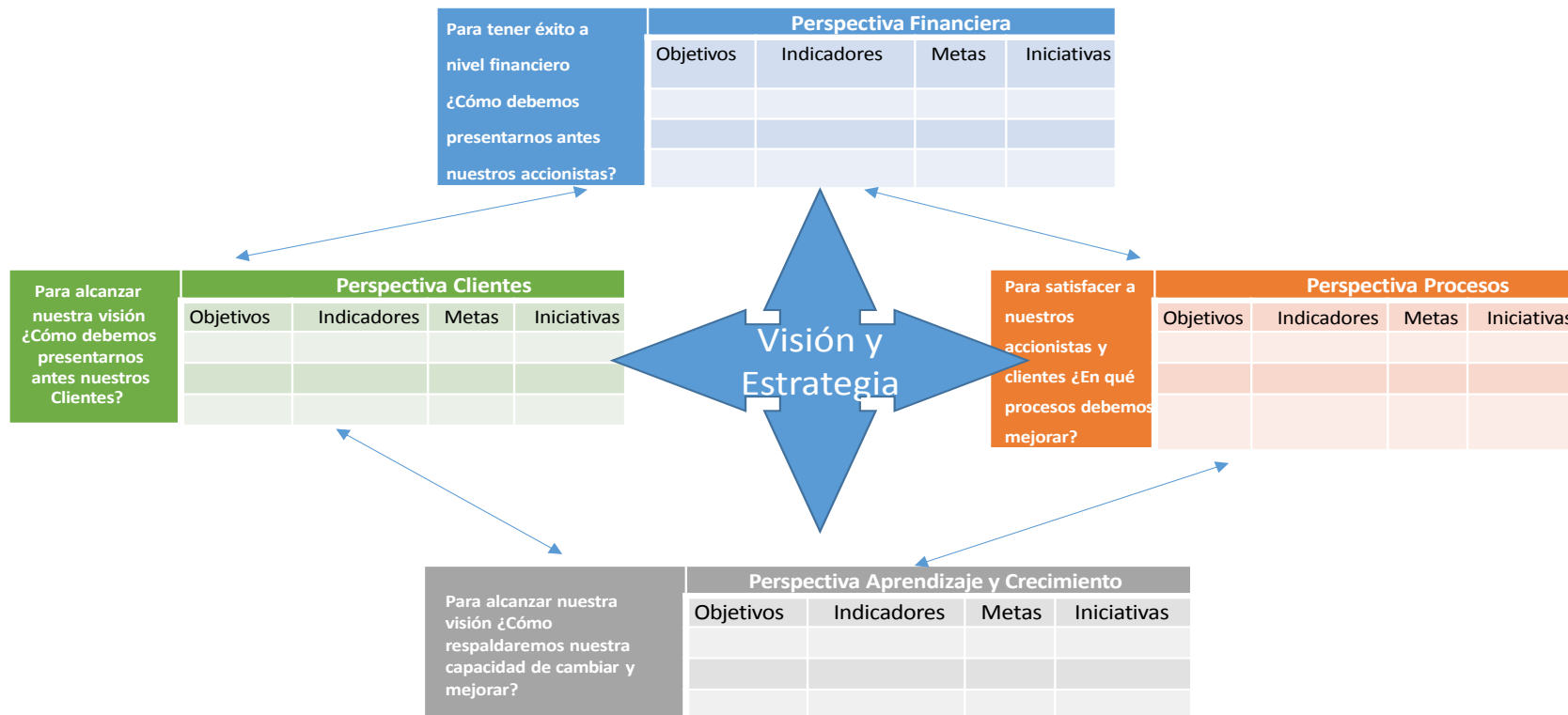
**Los valores de objetivos:** Son las metas cuantificables para cada indicador. Los valores de objetivos son un elemento importante para determinar las prioridades entre los objetivos, ya que dependiendo de a qué objetivos se asignan los valores más exigentes, se produce una mayor atención a los mismos



**Las acciones estratégicas:** Iniciativas, acciones y proyectos claves que se llevarán a cabo para la consecución de los objetivos estratégicos; por tanto, en la práctica, es la ejecución de las acciones estratégicas lo que muestra la verdadera vida y utilidad del CMI. (Ramos, 2004)

**Riesgos.-** Es un evento o una condición con incertidumbre que, si ocurre, tiene un efecto negativo y amenaza el logro de un resultado. Con lo cual se cumpliría de los objetivos en los planes estratégicos/operativos y los riesgos al cumplimiento de los hitos de un proyecto.

**Gráfico 2.7 Paso a paso del cuadro de mando integral**



**Fuente:** Kaplan y Norton (1993)

## 2.7. Perspectivas del cuadro de control de mando (BSC).

Las cuatro perspectivas en el cuadro de mando integral le permitirán mantener un equilibrio entre los objetivos a corto y largo plazo, entre los resultados y los inductores de actuación de esos resultados, y entre las medidas objetivas, más duras y las más suaves y subjetivas. Aunque la multiplicidad de indicadores en un cuadro de mando integral, aparentemente puede confundir, los cuadros de mando construidos adecuadamente, que contienen una unidad de propósito, ya que todas las medidas están dirigidas hacia la consecución de una estrategia integrada.

El mapa de valor de acuerdo a las perspectivas del (BSC).

**Gráfico 2.8** Mapa de estratégico de las perspectivas del BSC.



### **2.7.1. La perspectiva cliente o ciudadanía**

Es la satisfacción del ciudadano la que debe ser considerada crítica en las prestaciones médicas. Si los usuarios no se encuentran satisfechos buscarán otro prestador en la red o buscarán estancias superiores. Los ciudadanos deberán ser analizados para caracterizar e identificar las actividades que corresponden mejorar para brindar los servicios que ellos desean. Lo cual conlleva a alcanzar la visión que ellos mantienen, naciendo la interrogante sobre lo siguiente: ¿Cómo se deben presentar ante los ciudadanos o clientes? ¿Cómo los ven sus clientes?

Los objetivos más relevantes deben estar orientado a los productos, servicios y resultados esperados para el beneficio de la ciudadanía y la sociedad como:

- Aumentar la cuota de mercado en el segmento de mercado de cambio de valores (ABC).
- Incrementar la satisfacción de los clientes
- Crear una imagen de marca
- Reducir los plazos de entrega
- Incrementar la retención y fidelidad de clientes

Indicadores.-

Qué afectan los resultados financieros

Miden si se está satisfaciendo las expectativas de sus clientes, brindando productos y servicios diferenciados, en relación al tiempo, la calidad, la eficiencia y los costos.

Indicadores genéricos incluyen: satisfacción de clientes, retención de clientes, número de reclamos, número de devoluciones, etc.

### **2.7.2. La perspectiva financiera o finanzas**

Es el área neurálgica y muy tradicional la preocupación de las autoridades. No obstante, este énfasis puede establecer desequilibrio, por lo cual es necesario crear indicadores que permitan costos beneficios y valoración de riesgos. Con la finalidad de asegurar la responsabilidad fiscal de esta manera se hace la siguiente pregunta: ¿Cómo deben gestionar sus recursos financieros? ¿Cómo son sus resultados financieros?

Los objetivos más relevantes deben de estar orientados al uso eficiente y transparente del presupuesto y recursos materiales como:

- Aumentar el valor para el accionista
- Incrementar el cash-flow
- Incrementar la rentabilidad
- Aumentar los ingresos
- Reducir la financiación externa

Indicadores.-

Que midan los resultados de acciones tomadas en un ejercicio anterior

Por lo general tienen que ver o con el crecimiento de ingresos o con la reducción de costos o mejoras en la producción.

Los indicadores se refieren entre otros a: costos, utilidades, plan, ejecución y evolución presupuestaria, reconocimiento, etc.

### **2.7.3. La perspectiva procesos internos**

En la matriz de los procesos internos se determina cómo funciona la unidad médica y si las prestaciones responden a las necesidades de los ciudadanos, las cuales deben ser diseñadas por los que conocen más profundamente el sistema de atención. Los procesos pueden dividirse en los básicos y de apoyo, mas repetitivos y más fáciles adquirir. De aquí se hace la siguiente pregunta; ¿En qué procesos deben destacarse?

Los objetivos más deben ser orientados a la eficiencia como dictan las leyes institucionales, mejoras de procesos, normas, procedimientos y prácticas de trabajo eficiente como:

- Incrementar la eficiencia en el proceso de comercialización
- Eliminar un diseño excesivo
- Incrementar la flexibilidad de los procesos
- Acortar los tiempos de desarrollo
- Crear las ofertas con mayor rapidez
- Mejorar la cooperación con proveedores
- Reducir los Gastos generales

#### **Indicadores**

Que mide la calidad de los procesos críticos e identifican los atributos básicos: productividad, calidad, tiempos del ciclo de los procesos, costos de los procesos.

#### **2.7.4. La perspectiva aprendizaje y desarrollo.**

Es el desarrollo del capital humano, gerencia del conocimiento y la cultura organizacional, el recurso humano es el recurso principal en la estructura organizacional en la salud. Con el cambio acelerado de la tecnología e innovaciones, debe estar en continuo aprendizaje y la estructura y una capacitación continua que incluya: tutoría; designación de mentores; y apoyos de Intranet e Internet. Con lo cual se hace la siguiente pregunta: ¿Qué deben aprender y cómo debe mejorar para crear valor?

Los objetivos más relevantes de estar orientados al aprendizaje, formación institucional y crecimiento de las capacidades, es incrementar la calificación de los empleados en:

- Desarrollar modelos de promoción
- Implantar sistemas de información para la dirección
- Implantar modelo de gestión de las relaciones con los clientes
- Potenciar el departamento de marketing.

Indicadores.-

Identifica el capital intangible que se debe construir para apoyar los procesos críticos. Es decir, se refiere a las inversiones que debe hacer para poder lograr los resultados deseados.

Proviene de 3 fuentes:

- Competencias (capacitación, satisfacción, retención)
- Tecnología en la información (disponibilidad y oportunidad de información)

- Cultura (clima organizacional, estructura, alineamientos con incentivos, etc.).

## **2.8. Marco conceptual**

**Estrategia:** Es un conjunto de elementos que hacen que una empresa sea como es, estar donde está e ir a donde va. Es la incorporación de metas, objetivos y de las principales políticas de acción que van a conducir al logro de dichas metas, definiendo así el negocio en el cual va a estar la compañía y qué clase de compañía es en el presente y qué será en el futuro. (Gómez, 1997)

**Objetivos Estratégicos:** Son aquellos que definen la misión y la filosofía de la empresa, además de establecer los objetivos a corto y largo plazo con los cuales lograrán cumplir la misión de la organización y definir las actividades presentes y futuras de la misma, cabe recalcar que dichos objetivos deben ser alcanzables, fáciles de comprender y concretos para que puedan ser convertibles en tareas u objetivos específicos. (Villaverde, 2006)

**Presupuesto:** Documento en el que se contiene una previsión generalmente anual de los ingresos y gastos relativos a una determinada actividad económica. El presupuesto constituye, por lo regular, un plan financiero anual. (Papadakis, 2008)

**Costos:** es la conclusión del estudio técnico en el cual se incluyen conceptos por erogaciones o desembolsos que son necesarios para llevar a cabo un proyecto, que va desde los conceptos que componen la inversión inicial para la compra de maquinaria, equipo, construcción de edificios, gastos legales, entre otros. En sí el costo es la suma de esfuerzos y recursos monetarios que son empleados dentro de un proceso productivo. (Álvarez, 2000)



Ingresos: son incrementos en el patrimonio neto de la empresa durante el ejercicio, ya sea en forma de entradas o aumentos en el valor de los activos; o disminución en sus pasivos, siempre y cuando no tengan su origen en aportaciones, monetarias o no, de los socios o propietarios. (Ramírez, 2008)

## **2.9. Marco legal.**

### **2.9.1. Plan Nacional del Buen Vivir.**

Toda organización posee una plataforma jurídica legal, que se encarga de regular y velar por el cumplimiento de los deberes y derechos de los principales usuarios o beneficiarios que se encuentran ligados directa o indirectamente con la institución.

Para garantizar una buena ejecución del proyecto planteado en esta investigación debe estar acorde con los requisitos legales y las normativas en la actualidad.

El Plan Nacional de Desarrollo, denominado Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013, es el instrumento que deberán usar para articular las políticas y estándares en los que deben basarse y regirse para la implementación de procesos que se hayan propuesto alcanzar.

El plan fue elaborado por la SENPLADES en su condición de Secretaría Técnica del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa, conforme el Decreto Ejecutivo 1577 de febrero de 2009 y presentado por el Presidente Rafael Correa Delgado, para conocimiento y aprobación en el Consejo Nacional de Planificación. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013), párrafo 3.

El objetivo tres del Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV) - 2009-2013 y las políticas del sector de la salud son las que presiden este anteproyecto, debido a

que garantizan la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para los usuarios en general, con calidad, calidez y equidad.

Estas políticas del plan aluden directamente a la calidad de vida de la población en todas las facetas de las personas, pues se vincula con la creación de condiciones para satisfacer sus necesidades materiales, psicológicas, sociales y ecológicas.

Este concepto integra factores asociados con el bienestar, la felicidad y la satisfacción individual y colectiva, que dependen de relaciones sociales y económicas solidarias, sustentables y respetuosas de los derechos de las personas y de la naturaleza, en el contexto de las culturas y del sistema de valores en los que dichas personas viven, y en relación con sus expectativas, normas y demandas.

El mejoramiento de la calidad de vida es un proceso complejo y multidimensional, rotundo aspectos decisivos relacionados con la calidad ambiental, los derechos a la educación, alimentación, vivienda, salud, ocio, deporte y recreación, política y participación social, seguridad social, trabajo, familiares y relaciones personales.

### **2.9.1.1. Objetivos Nacional con el Plan del Buen Vivir**

**Tabla 2.2** Políticas y metas relativas a la salud - Objetivo 3 del PNBV.

<b>Políticas</b>	<b>Metas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas</li> <li>• Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir la tasa del 29,0% de la razón de mortalidad materna</li> <li>• Reducir la tasa del 41,0% de mortalidad infantil</li> <li>• Revertir la tendencia de la incidencia de obesidad y sobrepeso en</li> </ul>

	niños/as de 5 a 11 años y alcanzar el 26,0 % <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erradicar la desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años</li> <li>• Aumentar al 64,0% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida</li> <li>• Eliminar las infecciones por VIH en recién nacidos.</li> </ul>
--	--

### **2.9.2. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud**

La ley orgánica del Sistema Nacional de Salud, tiene como objeto establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que regirá en todo el territorio nacional. Adicionalmente se toma como referencia el acuerdo N° 725 (03 de mayo 2012) – 1162 (8 de Diciembre del 2011) el cual aprueba el documento denominado “Manual del modelo de atención integral de Salud, (MAIS), y en Octubre del 2013 se presentan los lineamientos operativos del modelo de atención integral de salud de la Red Pública Integral de Salud por la Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, MSP, 1era Edición, Quito - Ecuador, 2013, con el cual presenta enfoque estratégico y participativo, constituyéndose como una herramienta de apoyo para la gestión, el mismo que contribuirá a la satisfacción de las necesidades de los usuarios internos y externos y al mejoramiento del desempeño de las organizaciones de salud, con el liderazgo efectivo que integra el proceso de gerenciamiento, el óptimo manejo integral de los procesos de la planificación estratégica, el apoyo de la gerencia de talento humano y del conocimiento (capacitación), las estrategias de la gerencia de procesos y económico - financiera, todos, apoyados por el sistema de comunicación, información y tecnología, y por supuesto con la retro-información permanente.

### **2.9.3. Ley de Seguridad Social, IESS – año 2001.**

En el artículo 18 determina los principios de la organización del IESS, que estará sujeto a las normas del derecho público, y funcionamiento por los principios de división de negocios, autonomía, y que regirá la organización, descentralización operativa, desconcentración geográfica, jerárquico control interno y descentralizado, hechos de sus autoridades y rendición de cuentas por los actos, y garantía de buen gobierno, como establecen la ley y su reglamento general.

La Autonomía.- Es normativa, técnica, financiera, administrativa y presupuestaria, la cual ejercerá el IESS con el Consejo Directivo, para la aprobación de expedición de resoluciones y las normas técnicas y reglamentos que serán de aplicación obligatoria para la organización y sus dependencias.

La División de los seguros.- La institución deberá dividir administración de los seguros en unidades básicas de negocios, de acuerdo a la naturaleza de los riesgos y el proceso de las prestaciones.

La Desconcentración geográfica.- Las actividades de afiliación y recaudación de los aportes y contribuciones por circunscripciones territoriales, que estará bajo la responsabilidad de las direcciones provinciales subordinadas a la Dirección General.

La Descentralización operativa.- Integrará a las unidades médicas de su propiedad en entidades zonales de prestación de salud, se constituirán como empresas de negocios con personería jurídica.

La institución puede contratar con empresas públicas, privadas o mixtas, la prestación de los servicios auxiliares respecto del cumplimiento de sus objetivos

primordiales, así como las tareas de pago de prestaciones y recaudación de ingresos.

El Control Interno Jerárquico y Descentralizado.- El control administrativo, presupuestario y financiero de los recursos administrados por el IESS por cada uno de los ordenadores de ingresos y egresos.

## CAPÍTULO 3

### 3. Análisis de la situación del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

#### 3.1. Descripción de la metodología.

En las perspectivas que permite analizar la unidad médica, es de mejorar las prestaciones de servicio que brinda a la clase asegurada que da un mayor impacto a las variables exógenas que afectan positiva o negativamente en la operatividad de la organización.

Definir los problemas con los factores estructurales como es la organización y cultura, personas y conocimiento, ejecución, información y tecnología de esta manera se definen las debilidades y fortalezas de la organización, lo cual se hace una recolección de información con la metodología de información mediante un enfoque lógico y de esta manera encontrar el objeto de estudio, y de tener un conocimiento amplio y actualizado del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo lo cual ha experimentado en los últimos años, modificaciones en su estructura orgánica para remediar las dificultades.

A continuación se va realizar el FODA de la organización en base a la investigación cuantitativa y cualitativa de encuestas con un muestreo estratificado en las áreas de primer ingreso a la atención

Para el cálculo del número de encuesta que debemos realizar se realizar con la muestra poblaciones finitas por tipos de categorías, se conocerá a cuantos tendremos que encuestar con la siguiente formula detallada;

N= Total de población

Z<sup>2</sup>= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.5)

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

$q = 1-p$  (en este caso  $1 - 0.05 = 0.95$ )

$d$  = precisión (en su investigación use un 5%)

**Resultados:**

Consulta Externa: 1400 pacientes atendidos diarios

Emergencia: 1.000 pacientes atendidos diarios

$N = (1400 + 1000) = 2400 * 30 = 72000$

Seguridad = 95%

$Z^2 = 1.96^2$

$p = 5\% = 0.5$

$q = 5\% = 0.5$

$d = 0.3\% = 0.03$

Formula:

$$n = \frac{72,00 * 1.96^2 (0.5 * 0.5)}{0.03^2 * (72,000 - 1) + 1.96^2 * (0.5) * (0.5)}$$

$$n = \frac{69,148.80}{65.76}$$

$n = 1,052$

Consulta Externa: población a encuestar (58%)

Emergencia: población a encuestar (42%)

Para la población a encuestar se elaboró la siguiente encuesta de satisfacción al usuario lo cual comprende de 10 preguntas 9 cerradas y 1 abierta.

### Gráfico 3.1: Encuestas Elaboradas para la investigación

ÁREA DE CONSULTA EXTERNA  Y EMERGENCIA   
 ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN DE LOS SERVICIOS QUE BRINDA EL HOSPITAL FEBRERO 2015  
 HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

Edad  Es Asegurado  SI  NO   
 Género (M/F)

1. Cumplimiento de los horarios asignados
  - a. Muy Satisfecho
  - b. Extremadamente Satisfecho
  - c. Satisfecho
  - d. Extremadamente Insatisfecho
  - e. Muy Insatisfecho
2. Interés de los empleados del hospital en solucionar problemas de usuarios?
  - a. Muy Satisfecho
  - b. Extremadamente Satisfecho
  - c. Satisfecho
  - d. Extremadamente Insatisfecho
  - e. Muy Insatisfecho
3. Al asistir al Hospital sintió que lo ayudó a mejorar su estado de salud
  - a. Muy Satisfecho
  - b. Extremadamente Satisfecho
  - c. Satisfecho
  - d. Extremadamente Insatisfecho
  - e. Muy Insatisfecho
4. Información y orientación dada en el hospital, en cuanto a ubicación y trámites
  - a. Muy Satisfecho
  - b. Extremadamente Satisfecho
  - c. Satisfecho
  - d. Extremadamente Insatisfecho
  - e. Muy Insatisfecho
5. Las instalaciones físicas (edificio en general paredes, puertas, ventanas de salas de espera, consultorios, pasillos, etc.) del hospital, están bien cuidadas?.
  - a. Muy Satisfecho
  - b. Extremadamente Satisfecho
  - c. Satisfecho
  - d. Extremadamente Insatisfecho
  - e. Muy Insatisfecho
6. Las carteleras, anuncios, folletos, avisos de señalización u hojas informativas del hospital, son agradables?
  - a. Muy Satisfecho
  - b. Extremadamente Satisfecho
  - c. Satisfecho
  - d. Extremadamente Insatisfecho
  - e. Muy Insatisfecho
7. La presentación personal de los empleados del Hospital, es adecuada
  - a. Muy Satisfecho
  - b. Extremadamente Satisfecho
  - c. Satisfecho
  - d. Extremadamente Insatisfecho
  - e. Muy Insatisfecho
8. Califique de 1 al 5 el aseo y orden del Hospital.
  1. Absoluto Desorden y Desaseo
  2. Muy desaseado y Desordenado
  3. Poco Limpio y Ordenado
  4. Limpio y Ordenado
  5. Muy Limpio y Ordenado
9. Califique del 1 al 5 la atención que le brindo el Dr. (actitud/amabilidad)
  1. Muy Malo
  2. Malo
  3. Bueno
  4. Muy Bueno
  5. Excelente
10. Díganos sus comentarios.
 

.....

.....

.....

**Fuente:** Estadísticas de la Unidad medica

**Elaborado por:** Autor



Con el resultado que se encuentra a continuación se ha tabulado para el diseño del cuadro de mando integral para la planificación estratégica se debe de enmarcar en la satisfacción al usuario o ciudadano, que guiaran a los objetivos estratégico por ser una empresa sin fines de lucro se elaboró una encuesta para las dos áreas que son Consulta externa y emergencia para estructurar o plantear objetivos que encaminen a la excelencia hospitalaria:

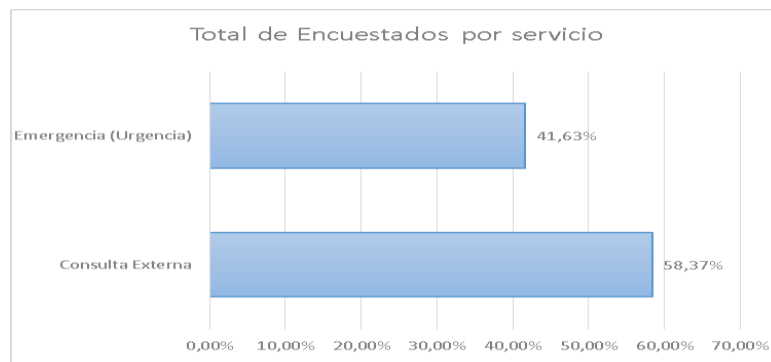
En la tabla 3.1 y 3.2 el grafico las encuestas que se realizaron bajo el análisis de la población finita van que fue el 58.37% a la consulta externa y 41.63% a la emergencia (urgencia) para el análisis de satisfacción.

**Tabla 3.1 Número de encuestas realizadas en las dos diferentes áreas**

Servicio	Cantidad	% Encuestados
Consulta Externa	614	58,37%
Emergencia (Urgencia)	438	41,63%
Total general	1.052	100,00%

Fuente: Entrevista a pacientes  
Elaborado por: Autor

**Gráfico 3.2 Encuetas realizadas a los servicios**



**Fuente:** Entrevista a pacientes  
**Elaborado por:** Autor

La información nos ayuda a encaminar la satisfacción del usuario en las dos diferentes áreas.

En la tabla 3.2 y gráfico 3.3 de las edades que fueron encuestas son de 55% mayores de 40 años en la consulta externa de 614 pacientes y 57% en la emergencia de 438 pacientes.

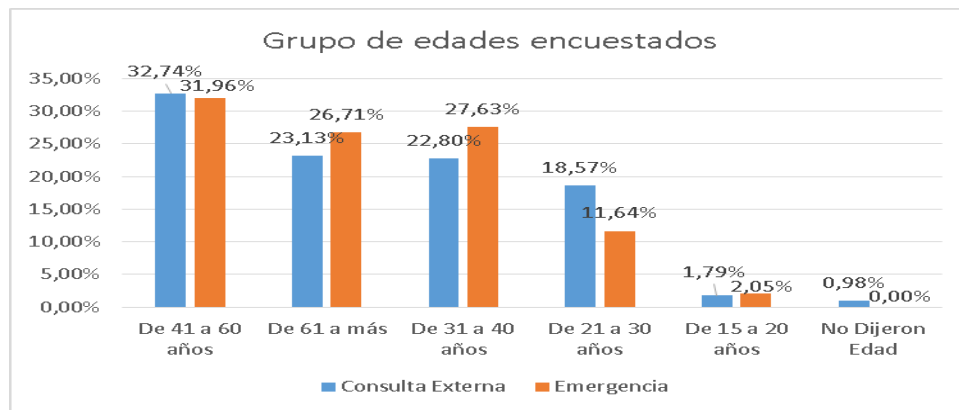
Tabla 3.2 Resultado por edades agrupadas

Grupo Etareo	Consulta Externa		Emergencia		% Acumulado	Total Encuestados
	%	Cantidad	%	Cantidad		
De 41 a 60 años	32,74%	201	31,96%	140	32,41%	341
De 61 a más	23,13%	142	26,71%	117	24,62%	259
De 31 a 40 años	22,80%	140	27,63%	121	24,81%	261
De 21 a 30 años	18,57%	114	11,64%	51	15,68%	165
De 15 a 20 años	1,79%	11	2,05%	9	1,90%	20
No Dijeron Edad	0,98%	6	0,00%		0,57%	6
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>614</b>	<b>100,00%</b>	<b>438</b>	<b>100,00%</b>	<b>1052</b>

Fuente: Entrevista a pacientes

Elaborado por: Autor

Gráfico 3.3 Resultado por edades agrupadas



Fuente: Entrevista a pacientes

Elaborado por: Autor

En la tabla 3.3 y grafico 3.4 por género en la consulta externa que fue encuestado más es el femenino con un 57.17% en cambio en la emergencia es el masculino 50.91%.

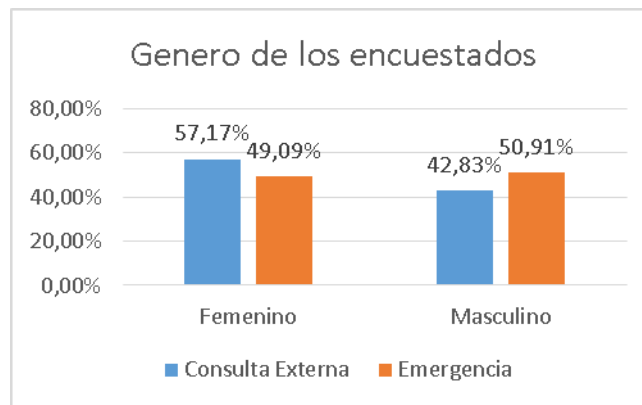
**Tabla 3.3 Genero encuestado en las dos áreas**

Genero	Consulta Externa		Emergencia		% Acumulado	Total Encuestados
	%	Cantida d	%	Cantida d		
Femenino	57,17%	351	49,09%	215	53,80%	566
Masculino	42,83%	263	50,91%	223	46,20%	486
Total general	100,00%	614	100,00%	438	100,00%	1052

Fuente: Entrevista a pacientes

Elaborado por: Autor

**Gráfico 3.4 Genero encuestado en las dos áreas**



Fuente: Entrevista a pacientes

Elaborado por: Autor

En la tabla 3.4 y grafico 3.5, se preguntó si es asegurado contesto el 82% índice que si en la consulta externa pero en cambio el área de emergencia el 71% y menos de 1% no índice.

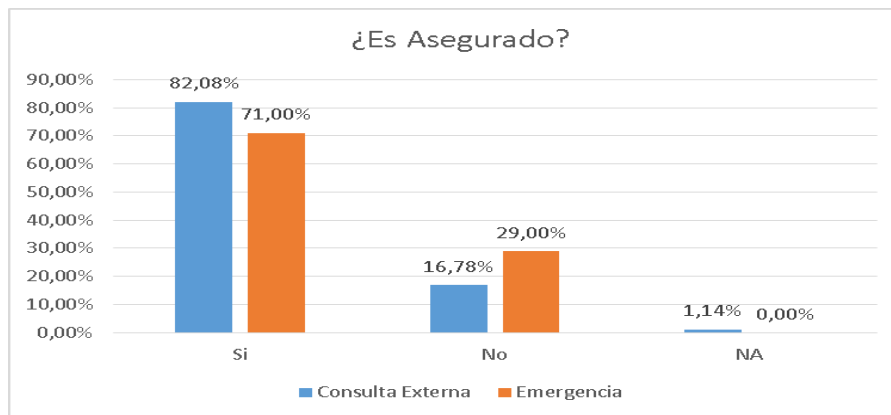
Tabla 3.4 Resultado Es Asegurado

¿Es Asegurado?	Consulta Externa		Emergencia		% Acumulado	Total Encuestados
	%	Cantidad	%	Cantidad		
Si	82,08%	504	71,00%	311	77,47%	815
No	16,78%	103	29,00%	127	21,86%	230
NA	1,14%	7	0,00%		0,67%	7
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>614</b>	<b>100,00%</b>	<b>438</b>	<b>100,00%</b>	<b>1052</b>

Fuente: Entrevista a pacientes

Elaborado por: Autor

Gráfico 3.5 Resultado Es Asegurado



Fuente: Entrevista a pacientes

Elaborado por: Autor

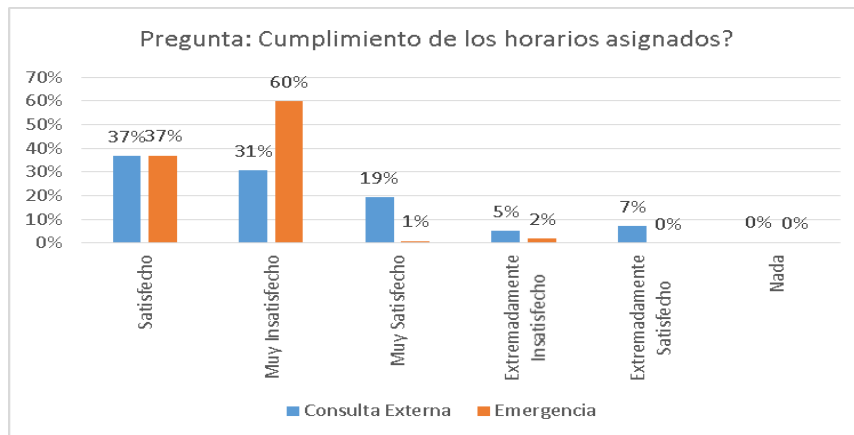
En la tabla 3.5 y grafico 3.6 de la Pregunta 1 se indicó sí que se están cumpliendo con los horarios asignados, el 37% está satisfecho y el 31% muy insatisfecho en la consulta externa y en la emergencia indican están muy insatisfecho con 60%.

Tabla 3.5 Pregunta de los Horarios asignados

1. Cumplimiento de los horarios asignados?	Consulta Externa		Emergencia		% Acumulado	Total Encuestados
	%	Cantidad	%	Cantidad		
Satisfecho	37%	226	37%	162	37%	388
Muy Insatisfecho	31%	189	60%	262	43%	451
Muy Satisfecho	19%	119	1%	4	12%	123
Extremadamente Insatisfecho	5%	32	2%	9	4%	41
Extremadamente Satisfecho	7%	45	0%		4%	45
Nada	0%	3	0%	1	0%	4
<b>Total general</b>	<b>100%</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>	<b>438</b>	<b>100%</b>	<b>1052</b>

Fuente: Entrevista a pacientes  
Elaborado por: Autor

Gráfico 3.6 Pregunta de los Horarios asignados



Fuente: Entrevista a pacientes  
Elaborado por: Autor

En la pregunta 2 en la tabla 3.6 y grafico 3.7 es sobre el **Interés de los empleados en solucionar los problemas a los usuarios** el 45% indica que

está satisfecho y 24% muy insatisfecho en la consulta externa y en la emergencia indica que está satisfecho con un 61% y muy insatisfecho con un 35%.

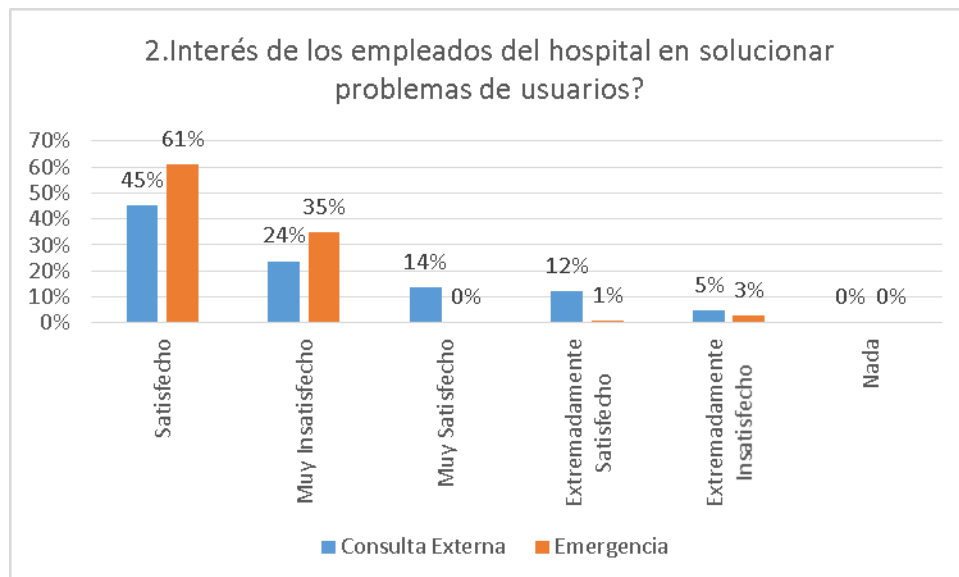
Tabla 3.6 Interés de los empleados en solucionar los problemas a los usuarios

2 Interés de los empleados del hospital en solucionar problemas de usuarios?	Consulta Externa		Emergencia		Acumulado %	Total Encuestados
	%	Cantidad	%	Cantidad		
Satisfecho	45%	278	61%	267	52%	545
Muy Insatisfecho	24%	146	35%	153	28%	299
Muy Satisfecho	14%	83	0%	2	8%	85
Extremadamente Satisfecho	12%	75	1%	3	7%	78
Extremadamente Insatisfecho	5%	30	3%	12	4%	42
Nada	0%	2	0%	1	0%	3
<b>Total general</b>	<b>100%</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>	<b>438</b>	<b>100%</b>	<b>1052</b>

Fuente: Entrevista a pacientes

Elaborado por: Autor

Gráfico 3.7 Interés de los empleados en solucionar los problemas a los usuarios



Fuente: Entrevista a pacientes

Elaborado por: Autor

En la tabla 3.7 y grafico 3.8 en la pregunta 3 en donde se pide que digan si el hospital ayudo a mejorar el estado de salud el 60% se encuentra satisfecho en la consulta externa y en la emergencia el 80%.

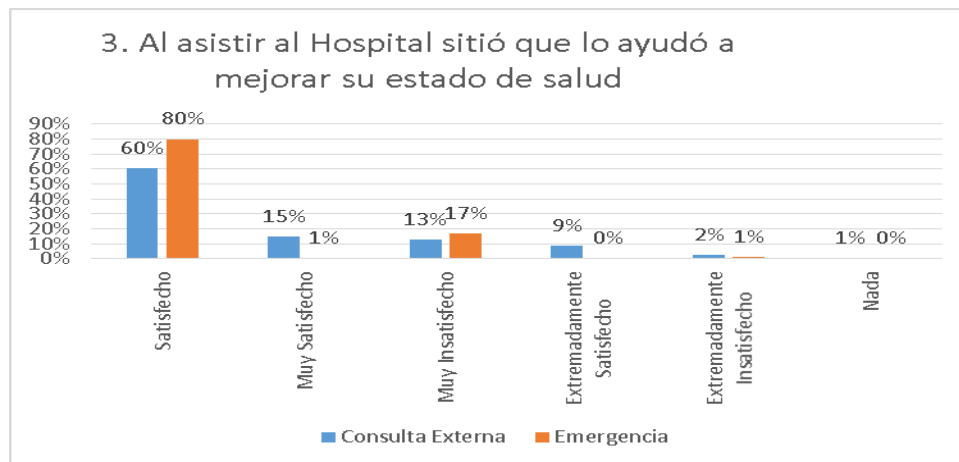
Tabla 3.7 Pregunta al asistir al hospital ha mejorado el estado de salud

3. Al asistir al Hospital sitió que lo ayudó a mejorar su estado de salud	Consulta Externa		Emergencia		% Acumulado	Total Encuestado
	%	Cantidad	%	Cantidad		
Satisfecho	60%	371	80%	350	69%	721
Muy Satisfecho	15%	92	1%	3	9%	95
Muy Insatisfecho	13%	78	17%	75	15%	153
Extremadamente Satisfecho	9%	54	0%	2	5%	56
Extremadamente Insatisfecho	2%	15	1%	6	2%	21
Nada	1%	4	0%	2	1%	6
<b>Total general</b>	<b>100%</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>	<b>438</b>	<b>100%</b>	<b>1052</b>

Fuente: Entrevista a pacientes

Elaborado por: Autor

Gráfico 3.8 Pregunta Al asistir al hospital ha mejorado el estado de salud



Fuente: Entrevista a pacientes

Elaborado por: Autor

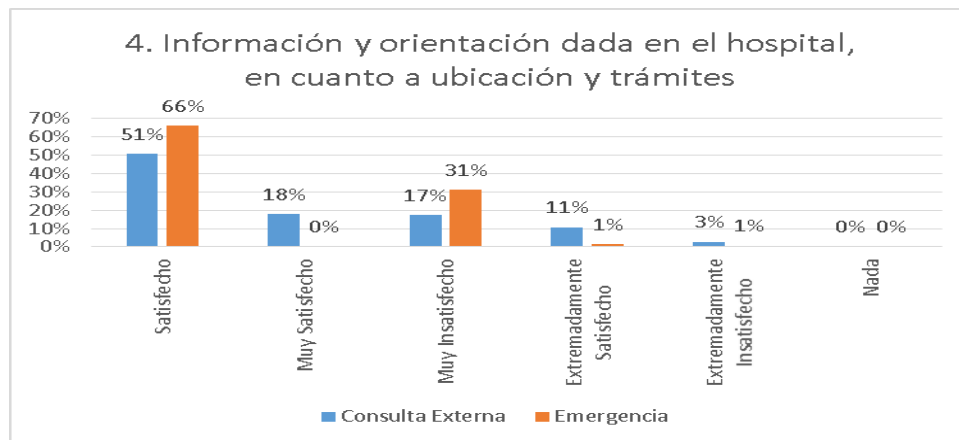
En la tabla 3.8 y gráfico 3.9 en la pregunta 4 si la Información y orientación dada en el hospital, en cuanto a ubicación y trámites como se encuentra en el área de consulta externa es del 51% y el 66% en la emergencia.

Tabla 3.8 Información y orientación dada en el hospital, en cuanto a ubicación y trámites

4. Información y orientación dada en el hospital, en cuanto a ubicación y trámites	Consulta Externa		Emergencia		% Acumulado	Total Encuestados
	%	Cantidad	%	Cantidad		
Satisfecho	51%	312	66%	290	57%	602
Muy Satisfecho	18%	110	0%	2	11%	112
Muy Insatisfecho	17%	107	31%	136	23%	243
Extremadamente Satisfecho	11%	66	1%	6	7%	72
Extremadamente Insatisfecho	3%	17	1%	3	2%	20
Nada	0%	2	0%	1	0%	3
<b>Total general</b>	<b>100%</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>	<b>438</b>	<b>100%</b>	<b>1052</b>

Fuente: Entrevista a pacientes  
Elaborado por: Autor

Gráfico 3.9 Información y orientación dada en el hospital, en cuanto a ubicación y trámites



Fuente: Entrevista a pacientes  
Elaborado por: Autor



En la tabla 3.9 y grafico 3.10 en la pregunta 5 de las instalaciones físicas (edificio en general paredes, puertas, ventanas de salas de espera, consultorios, pasillos, etc.) del hospital, están bien cuidadas se encuentran satisfecho el 46% en la consulta externa y en el área de la emergencia con el 64%.

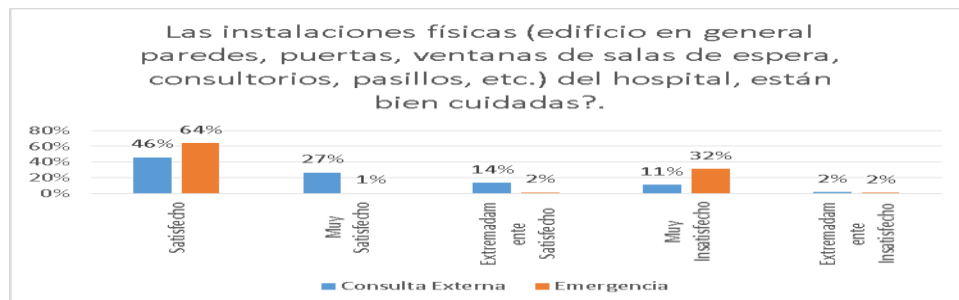
Tabla 3.9 Las instalaciones físicas

5 Las instalaciones físicas (edificio en general paredes, puertas, ventanas de salas de espera, consultorios, pasillos, etc.) del hospital, están bien cuidadas?	Consulta Externa		Emergencia		% Acumulado	Total Encuestados
	%	Cantidad	%	Cantidad		
Satisfecho	46%	283	64%	280	54%	563
Muy Satisfecho	27%	165	1%	4	16%	169
Extremadamente Satisfecho	14%	84	2%	8	9%	92
Muy Insatisfecho	11%	68	32%	139	20%	207
Extremadamente Insatisfecho	2%	14	2%	7	2%	21
<b>Total general</b>	<b>100%</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>	<b>438</b>	<b>100%</b>	<b>1052</b>

Fuente: Entrevista a pacientes

Elaborado por: Autor

Gráfico 3.10 Las instalaciones físicas



Fuente: Entrevista a pacientes

Elaborado por: Autor

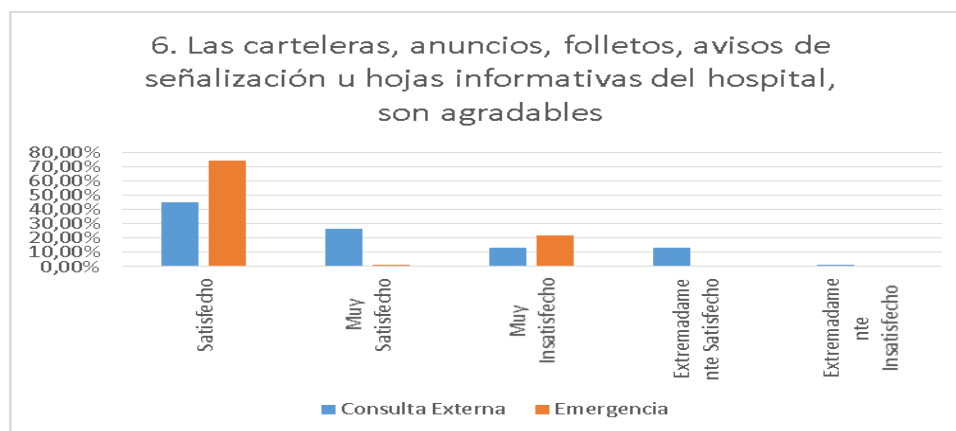
En la tabla 3.10 y grafico 3.11 en la pregunta 6 indica de las carteleras, anuncios, folletos, avisos de señalización u hojas informativas del hospital, son agradables se encuentran 45% satisfecho en la consulta externa y el 74% satisfecho en la emergencia.

Tabla 3.10 Las carteleras, anuncios, folletos, avisos de señalización u hojas informativas del hospital, son agradables

6 Las carteleras, anuncios, folletos, avisos de señalización u hojas informativas del hospital, son agradables?	Consulta Externa		Emergencia		% Acumulado	Total Encuestados
	%	Cantidad	%	Cantidad		
Satisfecho	45,28%	278	74,66%	327	57,51%	605
Muy Satisfecho	26,55%	163	1,37%	6	16,06%	169
Muy Insatisfecho	13,52%	83	22,15%	97	17,11%	180
Extremadamente Satisfecho	13,19%	81	0,91%	4	8,08%	85
Extremadamente Insatisfecho	1,47%	9	0,91%	4	1,24%	13
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>614</b>	<b>100,00%</b>	<b>438</b>	<b>100,00%</b>	<b>1052</b>

Fuente: Entrevista a pacientes  
Elaborado por: Autor

Gráfico 3.11 Las carteleras, anuncios, folletos, avisos de señalización u hojas informativas del hospital, son agradables.



Fuente: Entrevista a pacientes  
Elaborado por: Autor

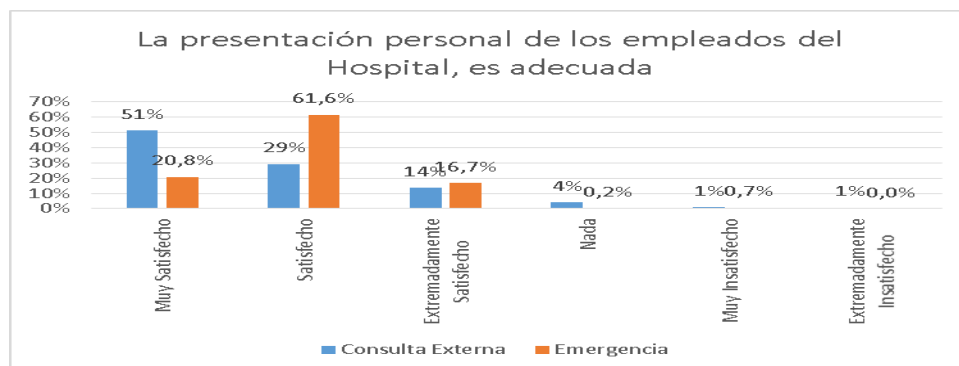
En la tabla 3.11 y gráfico 3.12 en la pregunta 7 en la presentación personal de los empleados del Hospital, es adecuada indica que el 51% se encuentra satisfecho en la consulta externa y en la emergencia está satisfecha con el 61.6%

Tabla 3.11 La presentación personal de los empleados del Hospital, es adecuada

7 La presentación personal de los empleados del Hospital, es adecuada	Consulta Externa		Emergencia			Total Encuestados
	%	Cantidad	%	Cantidad	% Acumulado	
Muy Satisfecho	51%	314	20,8%	91	38%	405
Satisfecho	29%	180	61,6%	270	43%	450
Extremadamente Satisfecho	14%	85	16,7%	73	15%	158
Nada	4%	26	0,2%	1	3%	27
Muy Insatisfecho	1%	5	0,7%	3	1%	8
Extremadamente Insatisfecho	1%	4	0,0%		0%	4
<b>Total general</b>	<b>100%</b>	<b>614</b>	<b>100,0%</b>	<b>438</b>	<b>100%</b>	<b>1052</b>

Fuente: Entrevista a pacientes  
Elaborado por: Autor

Gráfico 3.12 La presentación personal de los empleados del Hospital, es adecuada



Fuente: Entrevista a pacientes  
Elaborado por: Autor

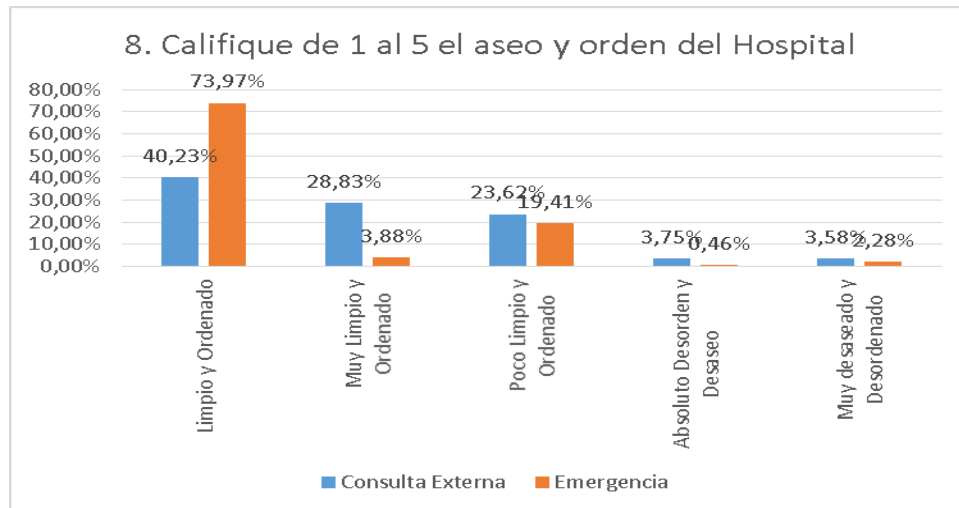
En la tabla 3.12 y grafico 3.13 en la pregunta 8 que califique de 1 al 5 el aseo y orden del Hospital el 40% indico que está limpio y ordenado en la consulta externa y en la emergencia indicaron 73.97% que se encuentra limpio y ordenado.

Tabla 3.12 Califique el aseo y orden del Hospital.

8 Califique de 1 al 5 el aseo y orden del Hospital.	Consulta Externa		Emergencia		% Acumulado	Total Encuestados
	%	Cantidad	%	Cantidad		
Limpio y Ordenado	40,23%	247	73,97%	324	54,28%	571
Muy Limpio y Ordenado	28,83%	177	3,88%	17	18,44%	194
Poco Limpio y Ordenado	23,62%	145	19,41%	85	21,86%	230
Absoluto Desorden y Desaseo	3,75%	23	0,46%	2	2,38%	25
Muy desaseado y Desordenado	3,58%	22	2,28%	10	3,04%	32
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>614</b>	<b>100,00%</b>	<b>438</b>	<b>100,00%</b>	<b>1052</b>

Fuente: Entrevista a pacientes  
Elaborado por: Autor

Gráfico 3.13 Califique el aseo y orden del Hospital.



Fuente: Entrevista a pacientes  
Elaborado por: Autor

En la tabla 3.13 y grafico 3.14 en la pregunta 9 se indica que califique del 1 al 5 la atención que le brindo el Dr. (actitud/amabilidad) 67% indica excelente y bueno en la consulta externa y en la emergencia indica 68% es bueno.

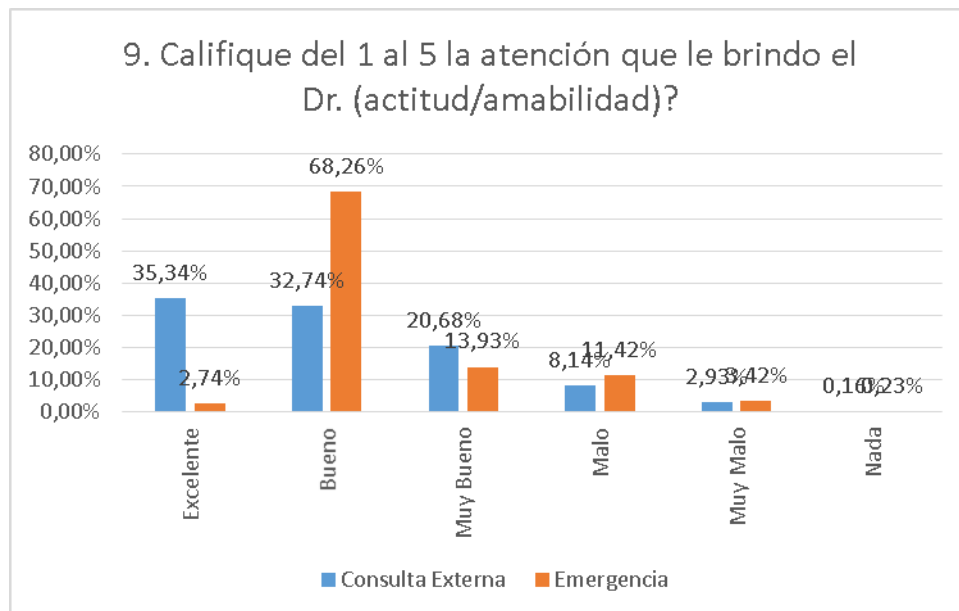
Tabla 3.13 Califique la atención que le brindo el Dr. (actitud/amabilidad).

9 Califique del 1 al 5 la atención que le brindo el Dr. (actitud/amabilidad)	Consulta Externa		Emergencia		% Acumulado	Total Encuestados
	%	Cantidad	%	Cantidad		
Excelente	35,34%	217	2,74%	12	21,77%	229
Bueno	32,74%	201	68,26%	299	47,53%	500
Muy Bueno	20,68%	127	13,93%	61	17,87%	188
Malo	8,14%	50	11,42%	50	9,51%	100
Muy Malo	2,93%	18	3,42%	15	3,14%	33
Nada	0,16%	1	0,23%	1	0,19%	2
<b>Total general</b>	<b>100,00%</b>	<b>614</b>	<b>100,00%</b>	<b>438</b>	<b>100,00%</b>	<b>1052</b>

Fuente: Entrevista a pacientes

Elaborado por: Autor

Gráfico 3.14 Califique la atención que le brindo el Dr. (actitud/amabilidad).



Fuente: Entrevista a pacientes

Elaborado por: Autor

En la tabla 3.14 y grafico 3.15 de la pregunta 10 es abierta que indique o digan los comentarios en la consulta externa 19% la falta de medicamento especializados y en la emergencia el 13% las enfermeras no tratan bien a los pacientes.

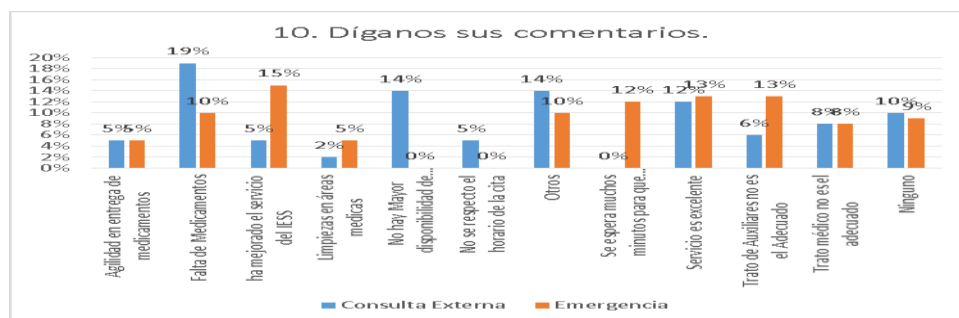
Tabla 3.14 Díganos sus comentarios.

10. Díganos sus comentarios.	Consulta Externa		Emergencia		% Acumulado	Total Encuestados
	%	Cantidad	%	Cantidad		
Agilidad en entrega de medicamentos	5%	31	5%	22	4%	53
Falta de Medicamentos	19%	117	10%	44	16%	160
ha mejorado el servicio del IESS	5%	31	15%	66	9%	96
Limpiezas en áreas medicas	2%	12	5%	22	3%	34
No hay Mayor disponibilidad de turnos médicos	14%	86	0%	0	8%	86
No se respecto el horario de la cita	5%	31	0%	0	3%	31
Otros	14%	86	10%	44	12%	130
Se espera muchos minutos para que atiendan en la emergencia	0%	0	12%	53	5%	53
Servicio es excelente	12%	74	13%	57	13%	131
Trato de Auxiliares no es el Adecuado	6%	37	13%	57	9%	94
Trato médico no es el adecuado	8%	49	8%	35	8%	84
Ninguno	10%	61	9%	39	10%	101
<b>Total general</b>	<b>100%</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>	<b>438</b>	<b>100%</b>	<b>1052</b>

Fuente: Entrevista a pacientes

Elaborado por: Autor

Gráfico 3.15 Díganos sus comentarios.



Fuente: Entrevista a pacientes

Elaborado por: Autor

En las encuestas realizadas y la información obtenida de la unidad de planificación y estadística se analiza las causas internas y externas con la combinación de las fortalezas con las oportunidades las cuales marcan líneas de acción para la institución, que se deberán de continuar potenciando a largo plazo, basado principalmente en las competencias de su personal, con la innovación tecnológica y biomédico con una política de inversión para la salud.

En las debilidades y amenazas, se sitúan una seria advertencia para la institución, lo cual representa riesgos y desafíos, determinados por su correspondiente combinación de factores, que requerirán de una atención minuciosa en el momento de tomar el rumbo que la organización tendrá que asumir. Lo esencial es obtener la satisfacción de los usuarios a quienes brindan los servicios, cumplir con licenciamientos en infraestructura, los recursos humanos, la adquisición de insumos a la demanda en los servicios de salud y el reclutamiento del talento humano debe estar relacionados con los objetivos institucionales.

El análisis FODA ayuda a identificar las potencialidades y limitaciones, aprovechar los desafíos y encarar los riesgos. Deberán ser hoy las decisiones pertinentes para que ese futuro ocurra.

**Tabla 3.15 Matriz FODA del hospital**

<p style="text-align: center;"><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•F1. Personal técnico experimentado y de capacidad reconocida, con especialización en diferentes ramas de la salud.</li> <li>•F2. Experiencia institucional acumulada durante 44 años de funcionamiento como hospital de tercer nivel.</li> <li>•F3. Identificación y compromiso del personal con la institución.</li> <li>•F4. Soporte tecnológico biomédico actualizado.</li> <li>•F5. Mejoras en los servicios ofertados.</li> <li>•F6. Clientela cautiva.</li> <li>•F7. Planta física ubicada en un lugar de fácil acceso</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>OPORTUNIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•O1. Política del IESS en inversiones en salud</li> <li>•O2. Solvencia del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social</li> <li>•O3. Planificación integral de las unidades prestadoras de salud del IESS.</li> <li>•O4. Posibilidad de asumir el liderazgo en la definición de una política de estado en la problemática de salud del país, debido a la infraestructura, capacidad instalada, talento humano y experiencia institucional.</li> <li>•O5. Liderar soluciones nacionales como producto de la investigación epidemiológica a nivel institucional con la participación de los profesionales y técnicos de los diferentes servicios</li> </ul>
<p><b>FODA</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>DEBILIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•D1. Falta de una planificación estratégica institucional mediano y largo plazo.</li> <li>•D2. Insatisfacción de los usuarios por los servicios brindados.</li> <li>•D3. Infraestructura, recursos humanos e insumos insuficientes en relación a la demanda en los servicios de salud.</li> <li>•D4. Inadecuada selección y reclutamiento del talento humano en relación con los objetivos institucionales.</li> <li>•D5. Insuficiente aplicación de los Protocolos Terapéuticos.</li> <li>•D6. Proceso de facturación insuficiente.</li> <li>•D7. Falta de incentivos para la investigación médica.</li> <li>•D8. Insuficiente información al usuario de los servicios que ofrece el Hospital.</li> <li>•D.9 Inadecuado sistema de incentivos en relación al desempeño laboral que estimule y motive al personal.</li> <li>•D.10 Falta de un Plan de Contingencias Urgentes.</li> <li>•D.11. No se cumple con los parametros para el licenciamiento de Hospitales</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>AMENAZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•A1. Aumento de la población con derecho a la atención medica sin un incremento equivalente de la oferta de servicios.</li> <li>•A2. Incremento de la población no aportante con derecho a la atención en salud.</li> <li>•A3. Relacionar el presupuesto con la facturación sin que esta se encuentre totalmente implementada.</li> <li>•A4. Presupuesto insuficiente que no permite atender adecuadamente sus requerimiento.</li> <li>•A5. Insuficientes implementación en la ciudad de hospitales de primer y segundo nivel de atención, que permita al HTMC ser una unidad de tercer nivel</li> <li>•A6. Administración del Talento Humano Centralizado.</li> <li>•A7. Contratos con carga horaria poco atractiva para profesionales de calidad.</li> <li>•A8. Insuficientes convenios con las Universidades del País para los postgrados de especialidades médicas.</li> <li>•A9. Integración a la Red Publica Integral de Salud</li> </ul>

**Fuente:** Ficha técnica del Plan anual programación institucional del año 2014

En las entrevista de acuerdo al anexo 4 donde se realizó al gerente, Directivos de la unidad médica y expertos en el sistema de salud lo cual indican la falta de seguimiento y monitoreo en la organización son las causales de desmejora en la atención médica, ya que sus necesidades están plasmada en el requerimientos económico como de insumos médicos y fármacos para brindar la atención oportuna y eficaz.

En el anexo 5 en donde se encuentra la planificación estratégica del IESS en la cual se debe alinear el hospital para dar cumplimientos a las estrategias que opta la institución como subordinado y se efectúa el mapeo de las estrategias de la organización.



### **3.2. Area de apoyo a la planificación estratégica sus funciones de la unidad planificación con respecto al seguimiento y monitoreo de la planeación del hospital.**

La Coordinación General de Planificación y Estadística es un área recientemente creada con la Resolución C.D. 468 de la Estructura Orgánica para hospitales de tercer nivel de atención con las siguientes responsabilidades o atribuciones:

- Área de Estadística.- Elaborar análisis de la producción de diferentes servicios de la Unidad.
- Planificación.- Realizar seguimiento y control de la planificación mediante los planes, proyectos y actividades de los servicios que otorga.
- Área de Procesos.- Apoyar el mejoramiento continuo de los servicios que ofrece el hospital con la finalidad de que los mejoren con eficiencia.

Con lo antes mencionado, ésta área involucra una nueva programación de control y seguimiento de la planificación estratégica, específica y operativa, con la finalidad de medir y lograr que cumplan los hitos trazados por cada una de las Coordinaciones Generales y Jefaturas.

### **3.3. Diagnóstico del hospital.-**

La unidad médica desde su creación, tuvo el objetivo de tener 500 camas pero en el transcurso de los tiempos hubo un decrecimiento de camas en la actualidad cuenta 429 camas, 22 quirófanos divididos en cada especialidad y otras áreas de atención, mantiene 98 consultorios a nivel general.

**Tabla 3.16** Información general de la unidad hospitalaria

No. de Camas	No. de Quirófanos	No. de Consultorios	No. de Laboratorio	Áreas de Atención		
				Diálisis	Quimioterapias	Radioterapias
429	22	98	2	2	1	1

**Fuente:** Informe del Sistema disponible de camas (MSP) HTMC/Jefatura de Cirugía/ Jefatura Clínica.

**Elaborado por:** Autor

### 3.3.1. Análisis de producción del hospital

#### Recurso Humano

En lo referente a recursos humanos en el hospital es de 2.261 servidores públicos bajo dos regímenes laborales: Del código de trabajo son 32% y de la Ley Orgánica de Servicio Público (LOSEP) el 68%. Del total, el 75% pertenece a la parte médica y el 25% pertenece a la parte administrativa.

**Tabla 3.17** Total de servidores que laboran el Hospital

RÉGIMEN LABORAL	Tipo De Contrato	DIRECCIÓN HTMC	DIRECCIÓN TÉCNICA	ÓRGANOS DE APOYO	Total general
<b>CÓDIGO DE TRABAJO</b>	Contrato indefinido	204	310	4	518
	Contrato de servicios eventuales	110	56	2	168
	Contrato cargo vacante	11	21		32
	<b>Total Código De Trabajo</b>	<b>325</b>	<b>387</b>	<b>6</b>	<b>718</b>
<b>LOSEP</b>	Nombramiento provisional	10	347	6	363
	Contrato servicios ocasionales	73	358	54	485
	Nombramiento	59	555	25	639
	Nombramiento libre remoción	6	9	1	16
	Contrato cargo vacante	2	30	5	37
	Nombramiento de libre remoción	1	2		3
	<b>Total LOSEP</b>	<b>151</b>	<b>1.301</b>	<b>91</b>	<b>1.543</b>
	<b>Total general</b>	<b>476</b>	<b>1.688</b>	<b>97</b>	<b>2.261</b>

**Fuente:** Talento Humano 2015

**Elaborado por:** Autor

**Presupuesto de la nómina mensual.**

En lo que respecta a Recursos Humanos el IESS tiene dos regímenes Laborales el Código de Trabajo y la Ley Orgánica del Servidor Público; en la Tabla 3.4 muestra cómo están divididos estos dos segmentos laborales que son los Órganos de Apoyo a la Gerencia, Dirección Administrativa y Dirección Técnica. El presupuesto mensual del personal que labora en el hospital del 100% va destinado el 82% a la parte técnica y los otros 18 % a la parte administrativa y de apoyo.

**Tabla 3.18** Remuneración consolidada mensual por Gerencias

RÉGIMEN LABORAL	TIPO DE CONTRATO	DIRECCIÓN HTMC	DIRECCIÓN TÉCNICA	ÓRGANOS DE APOYO	Total general
<b>CÓDIGO DE TRABAJO</b>	Contrato Cargo Vacante	5.841,00	11.151,00		16.992,00
	Contrato De Servicios Eventuales	58.410,00	29.736,00	1.062,00	89.208,00
	Contrato Indefinido	173.465,00	288.354,00	3.875,00	465.694,00
<b>Total CÓDIGO DE TRABAJO</b>		<b>237.716,00</b>	<b>329.241,00</b>	<b>4.937,00</b>	<b>571.894,00</b>
<b>LOSEP</b>	Contrato Cargo Vacante	1.634,00	51.978,00	4.480,00	58.092,00
	Contrato Servicios Ocasionales	88.828,00	612.459,00	88.033,00	789.320,00
	Nombramiento	69.128,00	1.154.477,00	39.442,00	1.263.047,00
	Nombramiento De Libre Remoción	2.656,00	7.445,00		10.101,00
	Nombramiento Libre Remoción	15.936,00	30.279,00	3.064,00	49.279,00
	Nombramiento Provisional	24.870,00	607.248,00	20.862,00	652.980,00
<b>Total LOSEP</b>		<b>203.052,00</b>	<b>2.463.886,00</b>	<b>155.881,00</b>	<b>2.822.819,00</b>
<b>Total general</b>		<b>440.768,00</b>	<b>2.793.127,00</b>	<b>160.818,00</b>	<b>3.394.713,00</b>

**Fuente:** Talento Humano 2015

**Elaborado por:** Autor

### Capacitaciones en el año 2014

En las capacitaciones del año 2014, se dieron 17 temas de capacitaciones como mínimo de 8 horas con un total 1091 participantes que estuvieron en diferentes disciplinas para el mejoramiento continuo en su trabajo diario, fueron dirigidos de acuerdo a sus cargas de trabajo.

**Tabla 3.19** Capacitaciones (año 2014)

No.	TEMAS DE CAPACITACIÓN	HORAS	PARTICIPANTES
1	Outdoor Training - Desarrollando Relaciones Humanas	8	100
2	Outdoor Training - Desarrollando El Clima Organizacional	8	100
3	Administración De RRHH	16	11
4	Programa Seguridad Industrial Y Salud Ocupacional	40	25
5	Sistema Nacional De Contratación Publica	16	25
6	Taller Excelencia Laboral	8	100
7	Curso Train The Trainers	8	80
8	Taller Liderazgo Y Manejo De Conflictos	8	65
9	Taller Motivación	8	200
10	Taller Trabajo En Equipo	8	80
11	Seminario - Taller La Excelencia En El Servicio Hospitalario	12	100
12	Taller Comunicación	8	80
13	Instrumentación Quirúrgica Para Enfermeras	40	25

<b>14</b>	Metodología De La Investigación	32	30
<b>15</b>	Curso De Farmacovigilancia	16	20
<b>16</b>	Traslado De Pacientes	32	20
<b>17</b>	Bioética Epidemiología Y Salud Publica	32	30
<b>FUNCIONARIOS CAPACITADOS</b>			<b>1091</b>

**Fuente:** Talento Humano HTMC 2015

**Elaborado por:** Autor

### **Derivaciones del hospital**

En la tabla 3.20 se indica cuántas derivaciones hubo de diferentes servicios y se demuestra que en la parte de imagenología es del 53% y la valoración por subespecialista es del 26.26%.

**Tabla 3.20** Tipos de derivaciones por servicios (2014)

<b>TIPO DE SERVICIO DERIVADO</b>	<b>No. ATENCIONES</b>	<b>%</b>
Imagenología	1566	53,48%
Valoración Por Subespecialista	769	26,26%
Laboratorio	463	15,81%
Procedimiento	68	2,32%
Cirugía	53	1,81%
Medicación	3	0,10%
Medicina Hiperbárica	3	0,10%
Diálisis	1	0,03%
Hospitalización	1	0,03%
Terapia	1	0,03%
<b>Total general</b>	<b>2.928</b>	

**Fuente:** HTMC Atención al Asegurado 20-01-2014

**Elaborado por:** Autor

En la tabla 3.21 de los servicios de especialidades que maneja el 16.26% que se derivan es el de pediatría, ya que el hospital no maneja internación de esa especialidad y todos deberán de ser derivados a un hospital pediátrico, el 11.61% es por el área de oncología esto se debe a que el hospital de la alta demanda a este servicio se debe derivar.

**Tabla 3.21** Servicios consultados por los afiliados (2014)

<b>SERVICIO CONSULTADO POR EL AFILIADO</b>	<b>No. ATENCIONES</b>	<b>%</b>
Pediatría	476	16,26%
Oncología	340	11,61%
Neurología	308	10,52%
Endocrinología	176	6,01%
Estomatología	173	5,91%
Reumatología	167	5,70%
Ginecología	138	4,71%
Cardiología	111	3,79%
Neurocirugía	90	3,07%
Hematología	84	2,87%
Otros	865	
<b>TOTAL</b>	<b>2.928</b>	

**Fuente:** SDPSSG – HTMC Estadísticas de 01-10-14 A 16-01-15

**Elaborado por:** Autor

### **Derivaciones a prestadores externos**

En la tabla 3.22 de la derivaciones al Hospital Roberto Gilbert es el más alto con 18% ya que el hospital no cuenta con una atención integral en la especialidad de pediatría, el 26% en el Centro de Estudios Radiológicos (CERID) y la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) es por la falta de equipamiento o mantenimiento en el área de imagenología.

**Tabla 3.22** Derivaciones por prestadores externos (clínicas)

PRESTADOR	No. DERIVACIONES	%
HOSPITAL ROBERTO GILBERT	527	18,00%
CERID	504	17,21%
SOLCA	268	9,15%
INTERLAB	254	8,67%
CLÍNICA ALCÍVAR	245	8,37%
CAA CENTRAL	159	5,43%
OMNIHOSPITAL	153	5,23%
CLÍNICA PANAMERICANA	146	4,99%
INTERHOSPITAL	108	3,69%
LINTERA	95	3,24%
OTROS	469	
<b>TOTAL</b>	<b>2.928</b>	

**Fuente:** SDPSSG – HTMC ESTADÍSTICAS DE 01-10-14 A 16-01-15

**Elaborado por:** Autor

### 3.3.2. Información general de las estadísticas de los servicios.

En esta información se demuestra el crecimiento de la atención por primera vez y subsecuente en los últimos años, ha mantenido altos índice de crecimiento en la atención médica. Desde octubre del año 2013, el hospital no se encuentra en el Sistema de Call Center, ya que los pacientes son referidos por el Sistema Hospitalario AS/400 para su atención con un especialista de la unidad médica.

**Tabla 3.23** Producción de consulta externa (años 2012, 2013, 2014)

ESPECIALIDADES DE CONSULTA EXTERNA	Total Pacientes por especialidad - consulta externa		
	Años		
	2012	2013	2014
ALERGOLOGÍA	2750	1.965	3.385
CARDIOLOGÍA	8277	9.778	13.318
CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA	749	1.012	1.058
CIRUGÍA GENERAL	5115	6.838	9.910

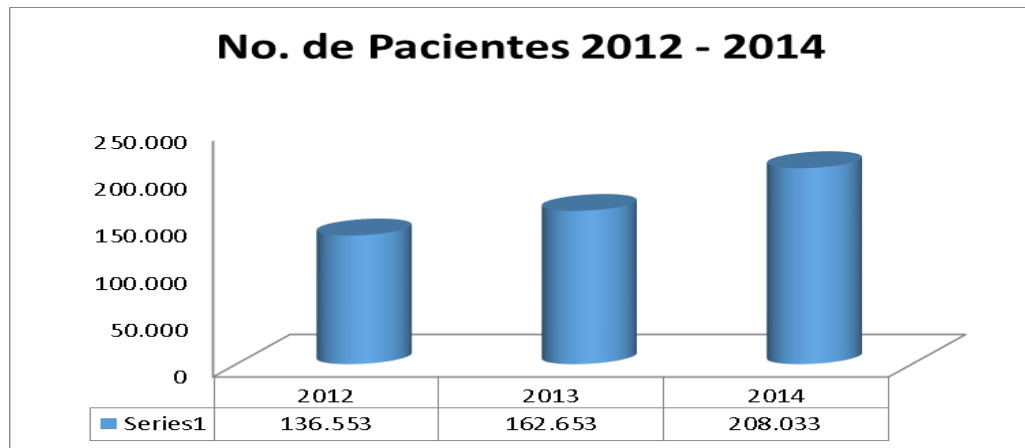
CIRUGÍA MAXILOFACIAL	327	772	880
CIRUGÍA PLÁSTICA	2396	3.336	4.363
CIRUGÍA VASCULAR	5085	6.030	6.330
COLOPROCTOLOGÍA	2486	3.281	3.846
DERMATOLOGÍA	7091	7.788	10.657
ENDOCRINOLOGÍA	7584	8.565	11.206
ESTOMATOLOGÍA	2216	1.753	1.454
FISIATRÍA	4803	5.888	7.067
GASTROENTEROLOGÍA	3954	4.547	6.494
GINECOLOGÍA	9535	7.739	9.924
HEMATOLOGÍA	3284	3.869	4.361
HEMODINÁMICA	91	438	671
MEDICINA GENERAL	2383	1.731	3.942
MEDICINA INTERNA	7498	8.784	10.665
NEFROLOGÍA	2569	3.410	4.227
NEONATOLOGÍA	84	348	735
NEUMOLOGÍA	2138	3.084	3.114
NEUROCIRUGÍA	1385	2.098	1.831
NEUROLOGÍA	2908	5.817	6.760
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	3342	6.296	9.777
OBSTETRICIA	3158	5.269	6.156
OFTALMOLOGÍA	4276	5.491	6.473
ONCOLOGÍA	3328	3.767	4.088
OTORRINOLARINGOLOGÍA	4297	4.716	4.337
MÉDICO DE PERSONAL	2065	1.858	2.036
ANESTESIOLOGÍA (TERAPIA DEL DOLOR)	1082	1.591	2.522
PEDIATRÍA	5228	6.984	9.286
PSICOLOGÍA	2470	2.882	2.876
PSIQUIATRÍA	3408	3.961	6.571
REUMATOLOGÍA	1720	1.739	3.036
TRAUMATOLOGÍA ORTOPEDIA	11748	11.805	14.902
UROLOGÍA	5723	7.423	9.775
<b>Total pacientes</b>	<b>136.553</b>	<b>162.653</b>	<b>208.033</b>

**Fuente:** Producción de estadística de atenciones médicas de diferentes años del área de estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.



En la información de los años 2012, 2013, 2014 ha mantenido un índice de crecimiento del 20% llegando a atender a 208.033 pacientes en la consulta externa en el año 2014.

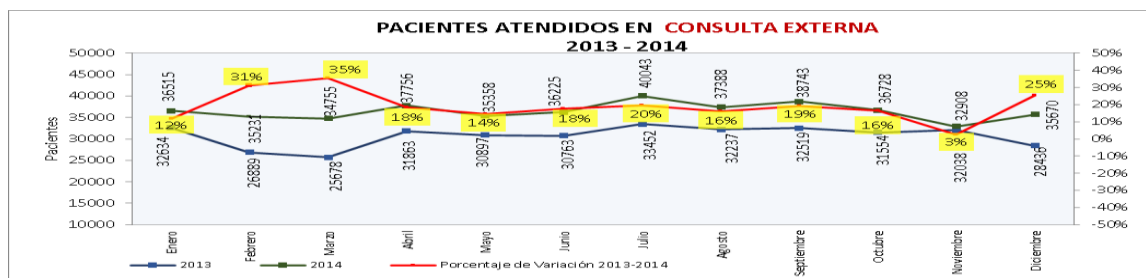
**Gráfico 3.16** Pacientes en consulta externa (año 2012 – 2014)



**Fuente:** Producción de estadística atenciones médicas de diferentes años del área de estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

En el gráfico 3.17 se demuestra el porcentaje de variación entre los años 2013 y 2014, el cual está entre el 31% y 35% son altos en los meses de febrero y marzo respectivamente, pero en el mes noviembre se encuentra decreciente con un 3% de variación en la atención de pacientes.

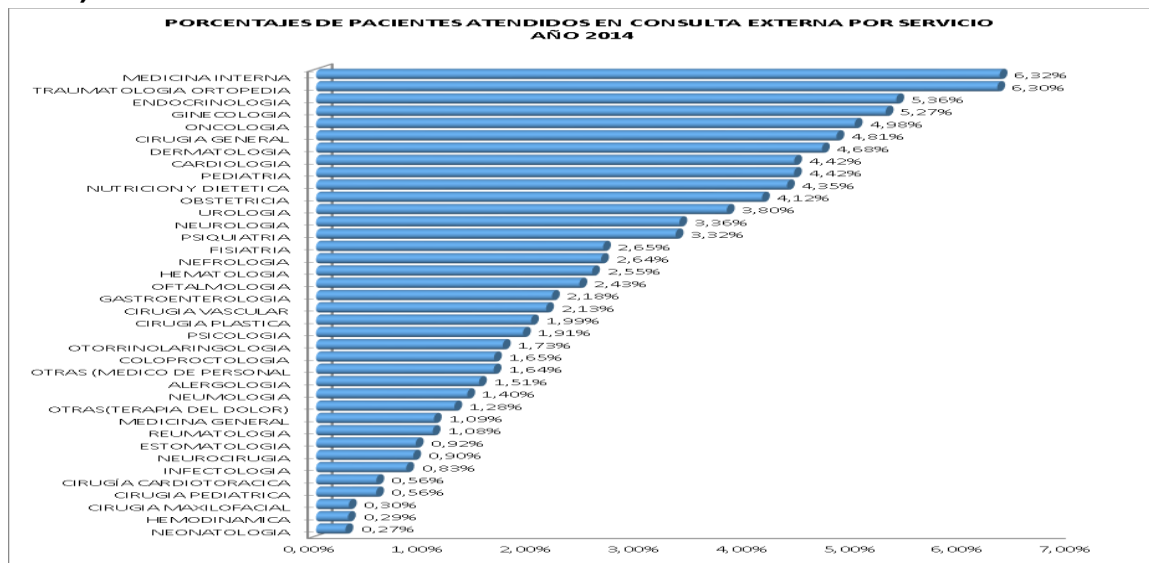
**Gráfico 3.17** Evolución de la atención en consulta externa 2013 y 2014



**Fuente:** Sistema AS/400 Hospital Teodoro Maldonado Carbo

En la producción por especialidades por la consulta externa del año 2014 demuestra cuales son los servicios de mayor demanda que manejan un alto nivel de atención 12% son las áreas de medicina interna y traumatología, con 10% la áreas de endocrinología y ginecología; el 9% las áreas de cirugía general y dermatología.

**Gráfico 3.18 Producción por especialidades en la consulta externa (año 2014)**



**Fuente:** Sistema AS/400 Hospital Teodoro Maldonado Carbo

**Demanda de atenciones por hora y mes en consulta externa – año 2014**

Durante el año 2014, en consulta externa los médicos atendieron a los pacientes en horario de 6:00 am a 22:00; realizando un breve análisis entre los meses de enero y agosto la mayor cantidad de consultas se las realiza en horas de 10:00 am a 11:00 am con un promedio mensual de 5.025 consultas, para el mes de septiembre a noviembre en horas de 11:00 a 12:00 con un promedio mensual de 4.962 y para diciembre la máxima cantidad de consultas a las 10:00 am de 5.178. Dándose así por el año un promedio de 60.089 consultas que son atendidas con mayor frecuencia a las 10:00 am.

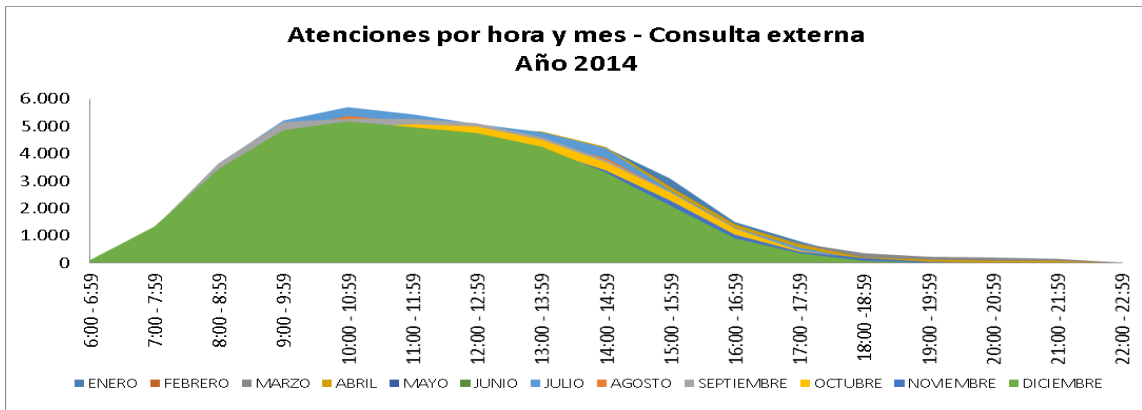
**Tabla 3.24 Demanda de atenciones por hora y mes en consulta externa (año 2014)**

Hora de atención	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Total general
6:00 - 6:59	27	7	50	29	52	72	87	80	92	88	94	108	786
7:00 - 7:59	652	858	983	1,011	1,028	1,150	1,256	1,239	1,277	1,141	1,058	1,334	12,987
8:00 - 8:59	2,840	2,856	2,867	3,155	3,191	3,454	3,630	3,397	3,653	3,262	2,786	3,439	38,530
9:00 - 9:59	4,406	4,295	4,007	4,446	4,553	4,895	5,206	4,873	5,152	4,573	4,048	4,853	55,307
10:00 - 10:59	4,827	4,831	4,460	4,918	4,817	5,281	5,694	5,368	5,263	4,917	4,535	5,178	60,089
11:00 - 11:59	4,747	4,731	4,459	4,868	4,691	4,959	5,433	5,163	5,269	5,076	4,540	4,960	58,896
12:00 - 12:59	4,661	4,573	4,460	4,868	4,519	4,673	5,077	4,637	5,106	4,987	4,324	4,747	56,632
13:00 - 13:59	4,549	4,390	4,096	4,812	4,303	4,257	4,784	4,410	4,603	4,506	4,142	4,250	53,102
14:00 - 14:59	4,217	4,021	3,711	4,242	3,850	3,585	4,199	3,834	3,760	3,681	3,386	3,308	45,794
15:00 - 15:59	3,084	2,672	2,548	2,782	2,568	2,222	2,650	2,595	2,602	2,579	2,283	2,099	30,684
16:00 - 16:59	1,501	1,262	1,399	1,421	1,152	1,075	1,302	1,151	1,294	1,256	1,039	907	14,759
17:00 - 17:59	802	537	731	682	502	462	575	453	481	452	421	364	6,462
18:00 - 18:59	177	160	363	207	99	101	115	134	144	141	181	86	1,908
19:00 - 19:59	20	33	235	131	27	36	32	52	35	57	53	22	733
20:00 - 20:59	5	4	206	89	7	3	2	2	12	12	16	13	371
21:00 - 21:59		1	158	85			1				2	2	249
22:00 - 22:59			22	10									32
<b>Total general</b>	<b>36,515</b>	<b>35,231</b>	<b>34,755</b>	<b>37,756</b>	<b>35,359</b>	<b>36,225</b>	<b>40,043</b>	<b>37,388</b>	<b>38,743</b>	<b>36,728</b>	<b>32,908</b>	<b>35,670</b>	<b>437,321</b>

**Fuente:** Sistema Hospitalario AS/400 del área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

El gráfico 3.19 muestra que la producción de consultas en cada mes es decreciente en horas de la noche a partir de las 19:00 con un promedio de 61 atenciones en el año

**Gráfico 3.19** Atenciones por hora y mes – consulta externa - año 2014



**Fuente:** Sistema Hospitalario AS/400 del área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

A continuación el gráfico de la producción en las consultas médicas y apoyo médico:

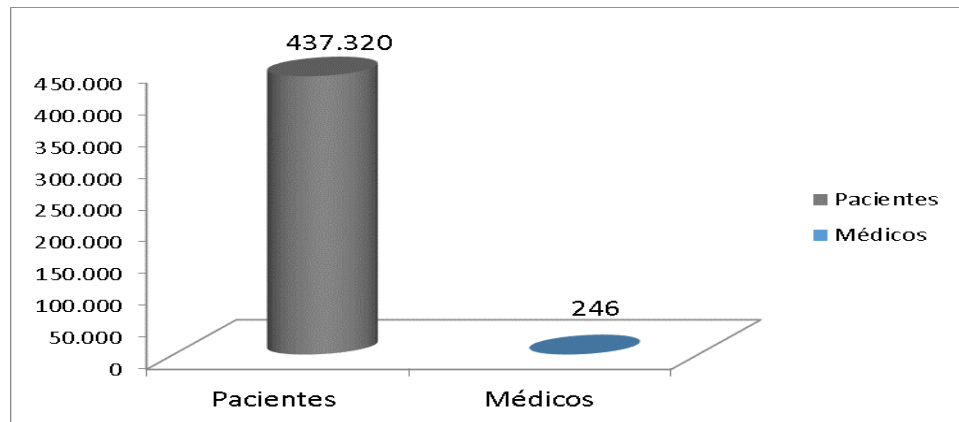
**Tabla 3.25** Tiempo de atención - consulta externa (2014)

Pacientes	Médicos	Tiempo minutos en (año 2014)	Promedio de min. atendidos por paciente
437.320	246	5.716.977	13,07

**Fuente:** Sistema Hospitalario AS/400 del área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

A continuación la cantidad de médicos que atienden en la consulta externa con las atenciones por primera vez y subsecuentes en el año 2014.

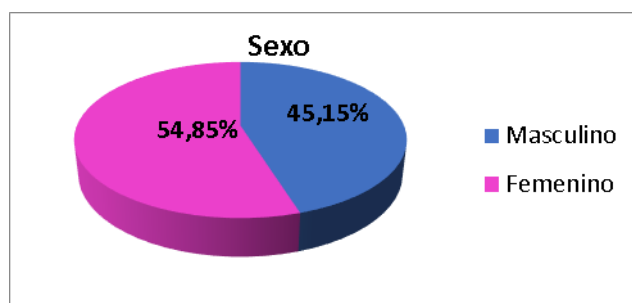
**Gráfico 3.20** Total de atenciones vs Médicos - consulta externa 2014



**Fuente:** Sistema Hospitalario AS/400 del área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

A continuación se representa el género que más se atiende que es el femenino con el 54.85%

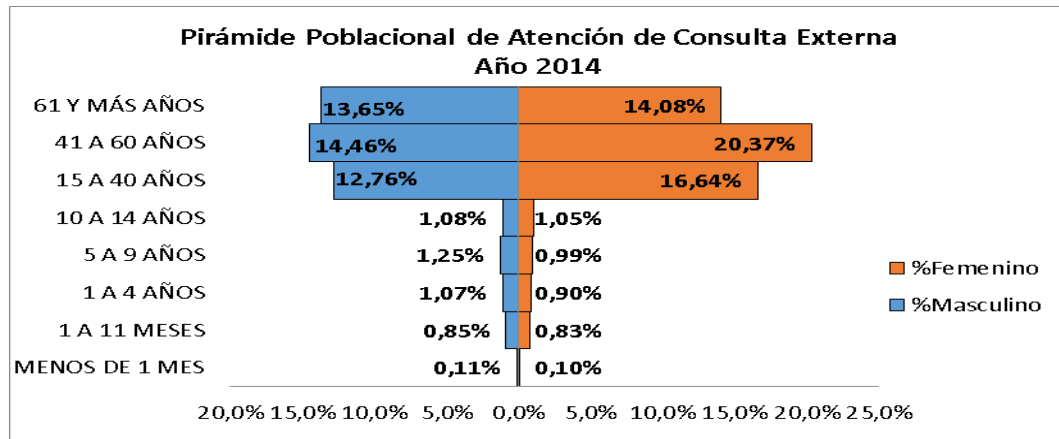
**Gráfico 3.21** Población vs Sexo – Consulta Externa Año (2014)



**Fuente:** Sistema Hospitalario AS/400 del área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

En la gráfica 3.22 a continuación demuestra que el promedio de años que asisten a la consulta es de 41 a 60 años de sexo femenino, seguido por el sexo masculino.

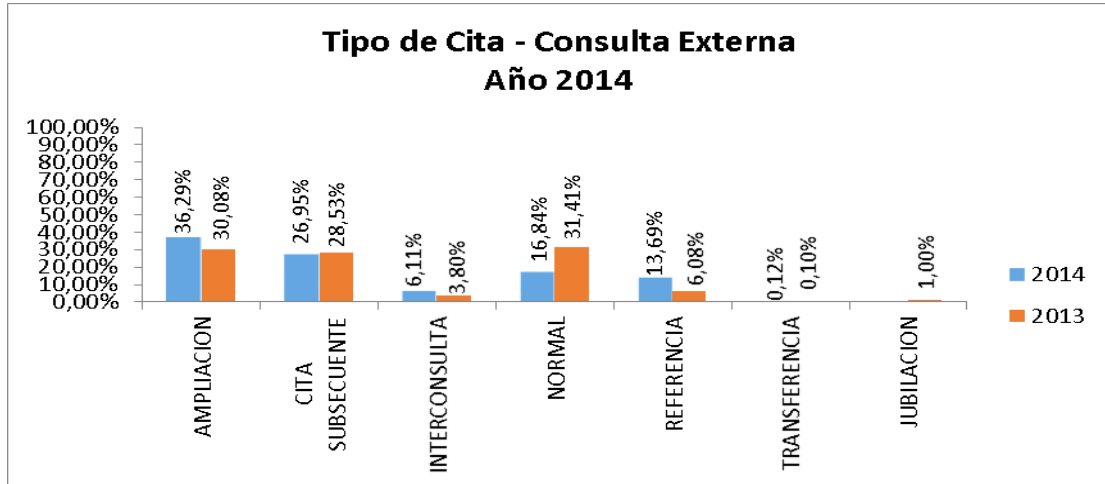
**Gráfico 3.22** Pirámide poblacional de atención de consulta externa (año 2014)



**Fuente:** Sistema Hospitalario AS/400 del área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

En el gráfico 3.23 se demuestra los tipos de consulta que existen en la atención médica en la consulta externa como la ampliación de es cuando el médico otorga un turno para atender, sea por primera vez o subsecuente, Las citas, programas o subsecuentes son generadas por los médicos a través del sistema hospitalario, las citas de interconsultas son solicitadas por los especialistas, citas por ventanillas ubican al paciente o reprograman para otro día posterior a la cita anterior que no haya asistido el médico o cualquier eventualidad, Jubilación en trámite son pacientes que se encuentran en la etapa de evaluación para su jubilación por invalidez, referencia o transferencia son otorgadas por las unidades médicas internas o externas que se encuentren integradas en el Sistema Hospitalario del IESS.

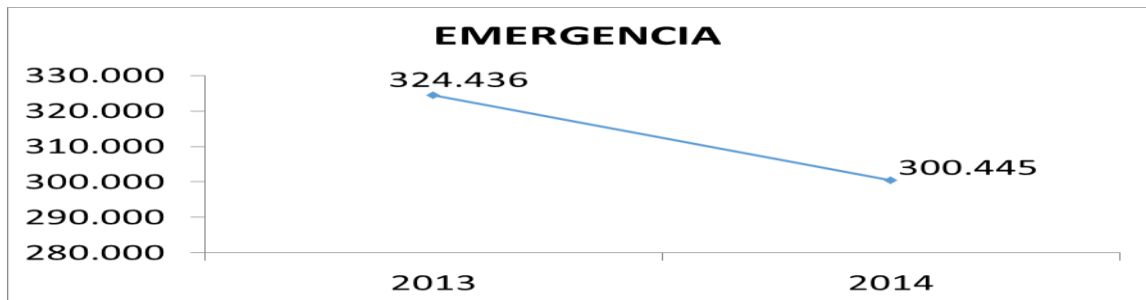
**Gráfico 3.23** Tipo de consulta externa (año 2014)



**Fuente:** Sistema Hospitalario AS/400 del área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

En emergencia en el 2013 se realizó 324,436 atenciones, la diferencia del 2014 con un total de 302,459; es decir, que se ha decrecido el 7.39% de consultas en esta área.

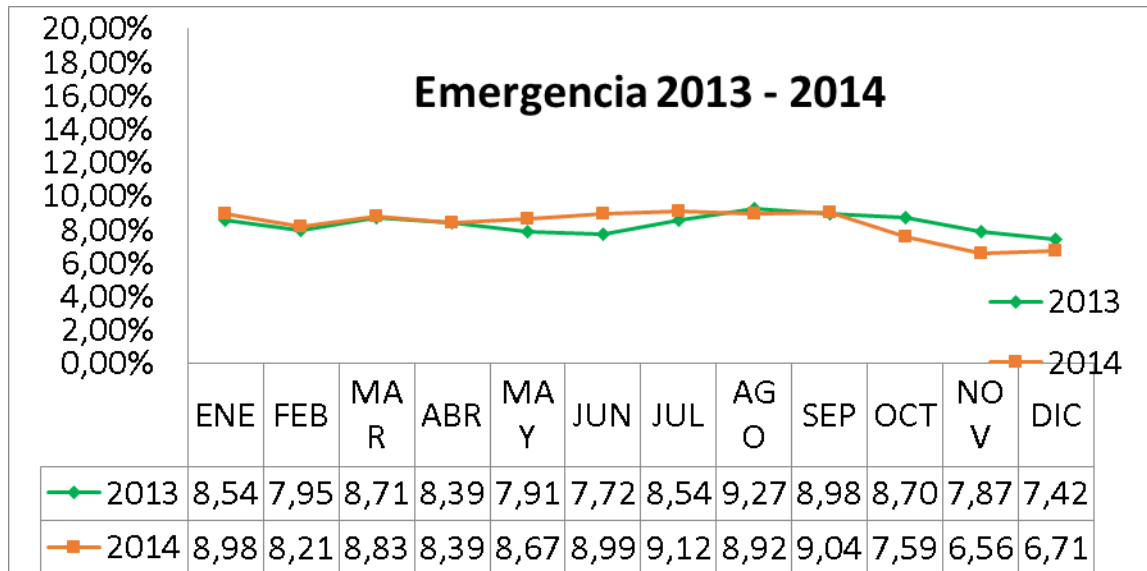
**Gráfico 3.24** Atenciones por el área de emergencia (años 2013 y 2014)



**Fuente:** Sistema Hospitalario AS/400 del área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

En la gráfica 3.25 a continuación se demuestra que ha ido disminuyendo la tendencia en el año 2014, comparado con el año 2013 por lo que se comenzó a utilizar el tiraje Manchester.

**Gráfico 3.25** Evolución de las atenciones de emergencia por mes: (años 2013 - 2014)



**Fuente:** Sistema Hospitalario AS/400 del área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

En la tabla 3.26 egresos hospitalarios existe un promedio mensual de 2.500 con promedio de días de estancia de 13.000.

**Tabla 3.26** Egresos hospitalarios (año 2014)

AÑO 2014		
Egresos hospitalarios		
Total camas censables 428 camas		
Meses	Total de egresos	Total de dias de estancia
Enero	2.516	13.995
Febrero	2.768	12.800
Marzo	2.492	12.874
Abril	2.657	13.817



<b>Mayo</b>	<b>2.764</b>	<b>15.154</b>
<b>Junio</b>	<b>2.500</b>	<b>13.929</b>
<b>Julio</b>	<b>2.775</b>	<b>15.004</b>
<b>Agosto</b>	<b>2.514</b>	<b>14.060</b>
<b>Septiembre</b>	<b>2.613</b>	<b>15.852</b>
<b>Octubre</b>	<b>2.550</b>	<b>15.408</b>
<b>Noviembre</b>	<b>2.230</b>	<b>12.805</b>
<b>Diciembre</b>	<b>2.403</b>	<b>14.367</b>
<b>Total Meses</b>	<b>30.782</b>	<b>170.065</b>

**Fuente:** Producción de Egresos Hospitalario del área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

En la gráfica 3.26 a continuación se encuentra que los meses que han tenido más actividad fueron febrero y julio del año 2014

**Gráfico 3.26** Egresos hospitalarios (año 2014)



**Fuente:** Produccion de Egresos Hospitalario del área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

En la gráfica 3.27 se representan las intervenciones quirúrgicas que tiene el hospital, en donde se demuestra que el área de cirugía general es la que mayor tiene la producción.

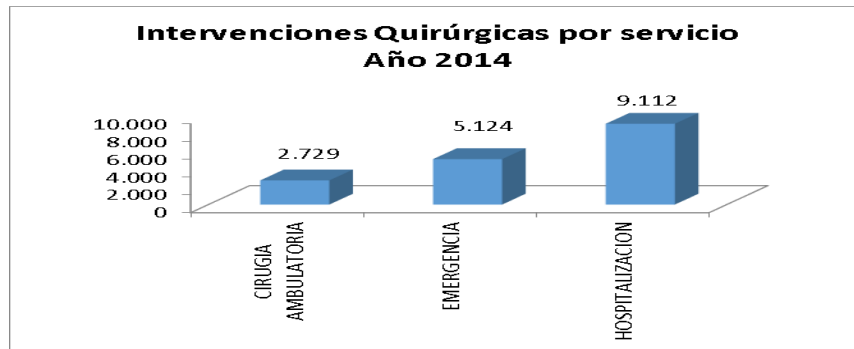
**Tabla 3.27** Intervenciones quirúrgicas por especialidad (año 2014)

Intervenciones Quirúrgicas Por Especialidad	Total Cirugías
1 Cirugía Oncológica	32
2 Cirugía Cardiorácica	352
3 Cirugía General	6055
4 Cirugía Pediátrica	407
5 Cirugía Plástica	641
6 Cirugía Vascular	613
7 Ginecología	475
8 Neurocirugía	186
9 Obstetricia	524
10 Oftalmología	1228
11 Traumatología Y Ortopedia	3817
12 Otorrinolaringología	580
13 Proctología	492
14 Urología	1511
16 Gastroenterología	52
<b>TOTAL</b>	<b>16.965</b>

**Fuente:** Producción de Egresos Hospitalario del área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

La gráfica 3.27 demuestra qué área maneja mayores cirugías, sería las programadas con cirugías complejas que necesitan hospitalización luego de la operación.

**Gráfico 3.27** Intervenciones quirúrgicas por servicio (año 2014)



**Fuente:** Producción de Egresos Hospitalario del área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

La gráfica a continuación indica cuales son los tipos de seguros que más se atienden en el hospital, los del seguro obligatorio y los jubilados.

**Tabla 3.28** Atenciones por tipo de asegurado (años 2012, 2013, 2014)

Tipos de Asegurados	Años			Total
	2012	2013	2014	
<b>Seguro General</b>	85.075	100.033	135.523	320.631
<b>Jubilados</b>	25.600	27.898	27.313	80.811
<b>Hijos Dependiente Hasta 18 años de Edad</b>	11.479	15.221	23.757	50.457
<b>Campesino</b>	7.463	10.488	11.605	29.556
<b>Montepío</b>	3.495	4.275	5.465	13.235
<b>Voluntaria</b>	2.832	3.622	4.519	10.973
<b>Extensión Cobertura a Cónyuge</b>	41	645	2.388	3.074
<b>Pacientes Particulares</b>	546	452	400	1.398
<b>Convenios</b>	19	18	28	65

<b>Internacionales</b>				
<b>Ministerio de Salud Red</b>	-	-	13	13
<b>Becarios</b>	3	1	-	4
<b>Caso Científico</b>	-	1	2	3
<b>Hijo de Pensionista</b>	-	-	3	3
<b>Donante</b>	-	2	-	2
<b>Isspol Red</b>	-	-	-	-
<b>Issfa Red</b>	-	-	-	-
<b>Total Pacientes</b>	136.553	162.656	211.016	510.225

**Fuente:** Producción Hospitalario del área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

### Servicio de imagenología y laboratorio

En el servicio de imagenología entre los exámenes que más se realizan es de radiología convencional y ha tenido un incremento del 8% anual.

**Tabla 3.29** Producción del servicio de imagenología (años 2010, 2011, 2012, 2013, 2014)

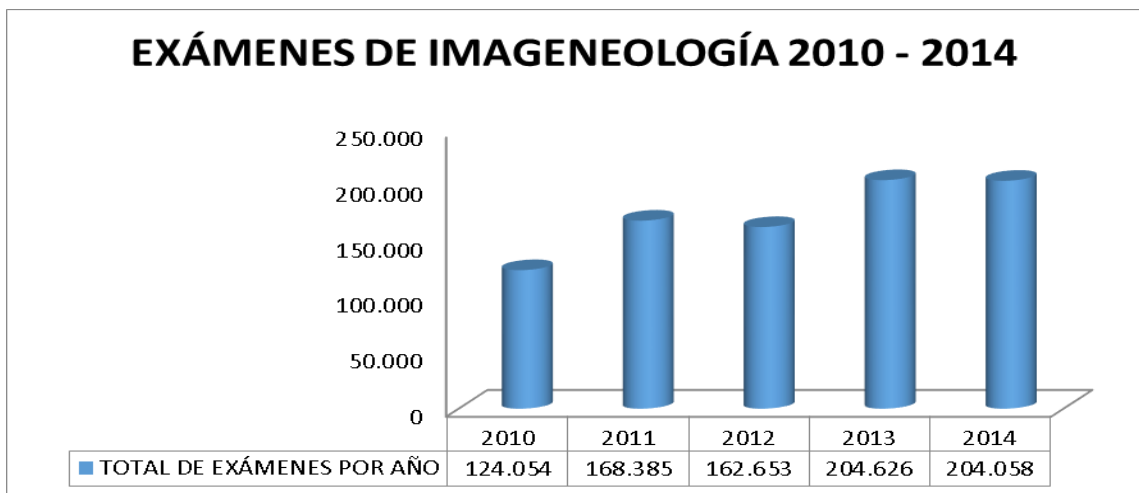
<b>IMAGENEOLÓGÍA</b>					
<b>Exámenes</b>	<b>AÑOS</b>				
	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Radiología Convencional</b>	83453	91498	79588	109.185	113018
<b>Mamografía</b>	3401	3582	2839	3.712	3769
<b>Tomografía Axial Computarizada</b>	11555	21242	22804	28.632	33841
<b>Ecografía General – Doppler</b>	19788	42377	45628	47.590	38315
<b>Ecografía Obstétrica</b>	0	0	0	626	0
<b>Ecocardiografía</b>	0	0	0	0	
<b>Angiografía General</b>	0	230	528	1.842	2107
<b>Serie Ósea</b>	102	389	378	558	167
<b>Radiografías Constatadas</b>	1766	2675	2274	2.090	1371
<b>Resonancia Magnética Nuclear</b>	638	2888	4417	5.889	7257

<b>Medicina Nuclear</b>	0	0	0	139	30
<b>Densitometría Ósea</b>	3351	3504	4197	4.363	4183
<b>Total De Exámenes Por Año</b>	<b>124.054</b>	<b>168.385</b>	<b>162.653</b>	<b>204.626</b>	<b>204.058</b>

**Fuente:** Producción de Egresos Hospitalario del área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

En el gráfico 3.28 a continuación se muestra el servicio de imageneología; entre los cinco años se establece un aumento en la producción en los dos últimos años 2013 y 2014.

**Gráfico 3.28** Producción del servicio de imageneología (2010, 2011, 2012, 2013,2014)



**Fuente:** Producción de Egresos Hospitalario del área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

En la tabla 3.30 a continuación en la producción en los cinco últimos años se ve un leve incremento de los servicios de laboratorio.

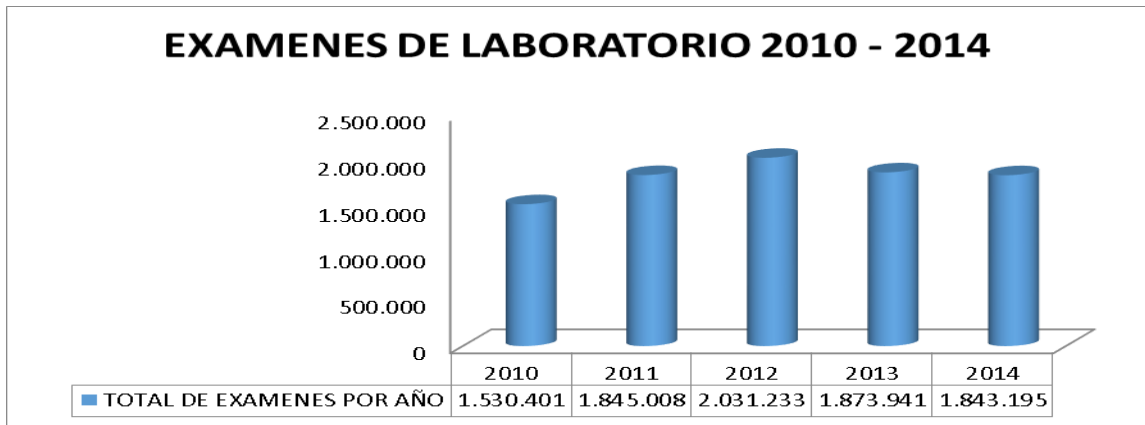
**Tabla 3.30 Producción del servicio de laboratorio (años 2010, 2011, 2012, 2013, 2014)**

<b>LABORATORIO</b>						
<b>Exámenes</b>		<b>AÑOS</b>				
		<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Hematología</b>	<b>Y</b>	217.494	244.292	268.862	278.845	254.289
<b>Coagulación</b>						
<b>Química Sanguínea</b>		1.118.228	1.365.912	1.531.053	1.395.592	1.378.068
<b>Ionograma</b>	<b>Y</b>	7.663	9.503	7.367	10.427	11.631
<b>Gasometrías</b>						
<b>Urianálisis</b>		54.036	59.968	69.142	72.161	73.530
<b>Coprología</b>		2.011	2.592	4.374	4.071	5.861
<b>Microbiología</b>		16.438	13.686	20.702	23.272	25.079
<b>Hormonal</b>		58.814	74.248	66.430	40.234	41.298
<b>Inmunología</b>		26.471	11.275	3.640	1.978	0
<b>Cito química</b>		0	0	0		0
<b>Histoquímica</b>		0	4.809	2.915	2.369	4.400
<b>Biología Molecular</b>		4.050	34.079	25.569	24.497	20.904
<b>Citología</b>		9.484	9.595	14.084	8.972	12.330
<b>Citogenética</b>		0	0	0		0
<b>Histopatología</b>		15.269	14.355	15.982	10.452	14.561
<b>Microscopia Electrónica</b>		0				
<b>Citología Fase Líquida</b>				0		
<b>Inmunohistoquímica</b>		0	197	605	448	709
<b>Otros Exámenes</b>		443	497	508	623	535
<b>Total De Exámenes Por Año</b>		<b>1.530.401</b>	<b>1.845.008</b>	<b>2.031.233</b>	<b>1.873.941</b>	<b>1.843.195</b>

**Fuente:** Producción de Egresos Hospitalario del área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

El gráfico 3.29 a continuación indica que en año 2012 se tuvo una mayor producción con la comparación con los últimos cinco años.

**Gráfico 3.29** Producción del servicio de laboratorio 2010, 2011, 2012, 2013,2014



**Fuente:** Producción de Egresos Hospitalario del área de Estadística del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

**Elaborado por:** Autor

### Información de presupuesto vs. Gastos acumulados

Informes financieros de años anteriores sobre las asignaciones presupuestarias y los gastos acumulados. En la tabla 3.31 se demuestra que el hospital ha mantenido un promedio de un 90% en ejecución en los últimos 5 años.

**Tabla 3.31** Presupuestos asignados codificado vs. Gastos acumulados

Años	Asignación codificada	Gasto acumulado	% de ejecución
2009	99.041.480,11	89.255.459,78	<b>90%</b>
2010	133.612.592,05	93.798.488,74	<b>70%</b>
2011	116.145.793,23	122.378.861,17	<b>105%</b>
2013	175.455.748,59	157.448.743,81	<b>90%</b>
2014	190.253.426,88	115.534.021,37	<b>61%</b>

**Fuente:** Área financiera - informes financieros del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

**Elaborado por:** Autor

En la tabla 3.32 y 3.33 del presupuesto asignado codificado en los años 2013 y 2014, es de los Balances Presupuestarios de Compromiso de Gasto, en los Gastos de Personal existe un Incremento del 12% con respecto al año 2013. En los otros gastos directos no hubo incremento sino una disminución de un 4%, en los otros Gastos Corrientes Prestacional hubo un incremento de 7948%, en las transferencias hubo un incremento de 184% con relación al año anterior, Obras de Infraestructura tuvo un incremento de 49999900% con relación al año anterior, Activos Fijos y Circulante tuvo un incremento de 182%, y los pasivos circulantes no fueron asignados con presupuesto alguno, con lo cual entre el año 2013 y 2104 tuvo un incremento del 8%.

**Tabla 3.32 Presupuesto asignado codificado (años 2013 y 2014)**

Descripción	ASIGNACIÓN. CODIFICADA		Dif. Año Base
	2013	2014	
Gasto Personal	47.733.809,41	53.348.876,99	12%
Otros Gastos Directos	120.651.544,11	115.237.465,61	-4%
Otros Gastos Corrientes Prestacional	51.760,00	4.165.389,00	7948%
Transferencias Y Donaciones	499.078,24	1.415.190,66	184%
Obras De Infraestructura	10,00	500.000,00	4999900%
Activos Fijos	5.523.518,78	15.586.504,62	182%
Pasivo Circulante	996.028,05	0,00	-100%
<b>Totales</b>	<b>175.455.748,59</b>	<b>190.253.426,88</b>	<b>8%</b>

**Fuente:** Área Financiera Informes Financieros del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.



Se observa una tendencia decreciente en los gastos acumulados en comparación con el año 2013, porque lo que hubo se considera un bajo índice de ejecución del presupuesto.

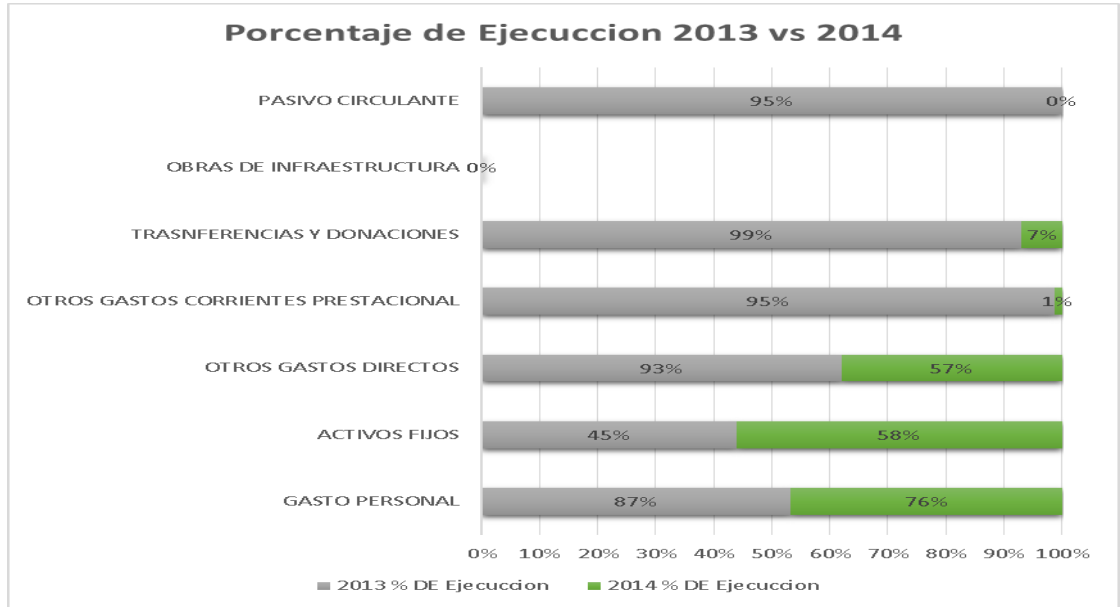
**Tabla 3.33** Presupuesto gastos acumulados (años 2013 y 2014)

Descripción	Gasto Acumulado		Dif. Año Base
	2013	2014	
Gasto Personal	41.316.383,26	40.660.694,72	-2%
Otros Gastos Directos	112.154.594,44	65.715.305,85	-41%
Otros Gastos Corrientes Prestacional	49.345,38	55.054,50	12%
Transferencias Y Donaciones	493.712,59	104.550,55	-79%
Obras De Infraestructura		0,00	0%
Activos Fijos	2.488.851,94	8.998.415,75	262%
Pasivo Circulante	945.856,20	0,00	-100%
<b>Totales</b>	<b>157.448.743,81</b>	<b>115.534.021,37</b>	<b>-27%</b>

**Fuente:** Área Financiera Informes Financieros del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

A continuación la gráfica 3.30 del presupuesto ejecutado de los años 2013 y 2014.

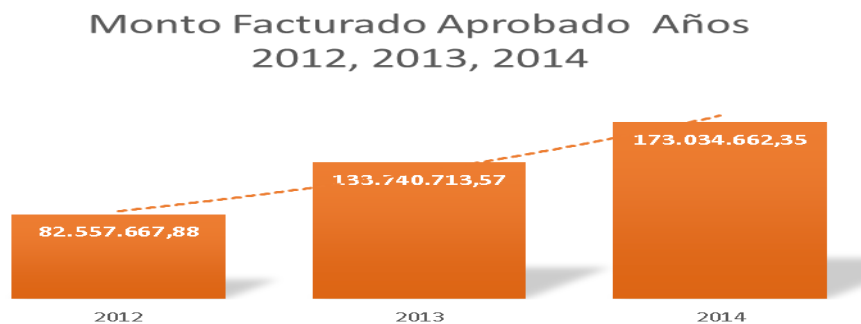
**Gráfico 3.30** Presupuesto ejecutado - Ejecución año 2013 vs. 2014



**Fuente:** Área Financiera informes financieros del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

En la gráfica 3.31 de las facturaciones aprobadas en los años 2012, 2013, 2014 se mantiene creciente con un promedio del 20% incrementado hasta llegar a punto de equilibrio económico de la unidad que sería Gastos vs. Costos.

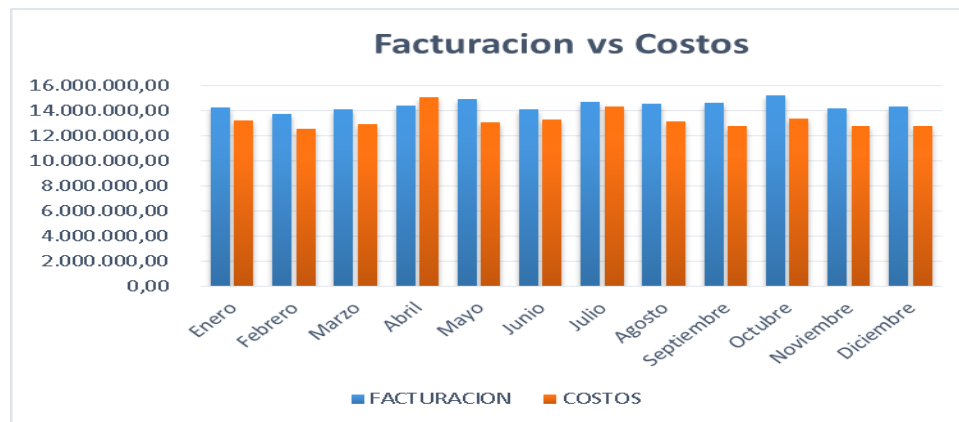
**Gráfico 3.31** Facturación aprobada (años 2012, 2013, 2014)



**Fuente:** Área Financiera Informes Financieros del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

La gráfica 3.32 a continuación es de la facturación vs. costos del 2014 en donde se va a llegar al punto de equilibrio como se lo demuestra a continuación.

**Gráfico 3.32** Facturación Vs. Costos (año 2014)



**Fuente:** Área Financiera Informes Financieros del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

## **CAPÍTULO 4**

### **4. Diseño de un modelo de control de gestión basado en la metodología cuadro de mando Integral o Balanced ScoreCard.**

#### **4.1. Soluciones integrales de la gestión.**

La unidad médica debe contener un sistema integrado en donde se encuentren los objetivos estratégicos a nivel nacional para de esta manera alinearlos con los del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo que maneja varias especialidades médicas, donde se deben cumplir varios lineamientos nacionales.

Sin embargo en su estructura debe contener direccionamientos o estrategias desde el nivel gerencial hasta el nivel operativo para de esta manera llevar los planes e indicadores.

A su vez se debe utilizar la metodología cuadro integral de mando o Balanced Scorecard que se integren a un mismo sistema de esta manera los ejecutivos puedan ser observadores con tableros gráficos para dar seguimiento y control de cambios a los procesos que se encontraren en estado crítico.

#### **4.2. Misión y Visión**

Alineación de la Misión y Visión con organismos rectores en la salud para el trabajo en red pública integral de salud.

<b>Misión</b>		<b>Visión</b>	
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ECUADOR	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  (Ente Rector)	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ECUADOR	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  (Ente Rector)

Las Misiones y Visiones se homologarán de los tipos de tercer nivel de atención de especialidades con la finalidad de cumplir con las metas y objetivos nacionales.

Homologación de la **Misión** de las unidades del Ministerio de Salud Pública.-  
*“Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social”.*

Homologación de la **Visión** de las unidades del Ministerio de Salud Pública.-  
*“Ser reconocidos por la ciudadanía como hospital accesible, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente”.*

Con los lineamientos del modelo de atención de salud integral y el trabajo en la red pública integral de salud en donde participan el ISFA, ISPOL, MSP y IESS con la finalidad de trabajar en referencia y contrareferencia de acuerdo a los niveles de atención médica.

### 4.3. Objetivos de la unidad médica

#### 4.3.1. Alineación de objetivos estratégicos, específicos y operativos

La estructura orgánica funcional, alinear las atribuciones y proyectos de cada dependencia desde el nivel operativo hasta el nivel ejecutivo.

En el nivel 1; estaría el Gerente General con sus objetivos estratégicos y sus estrategias, nivel 2; estarían las Direcciones Administrativas y Técnicas con sus objetivos específicos y estrategias, nivel 3; estarían las Coordinaciones Generales del área técnica con sus objetivos específicos y estrategias, nivel 4; estarían las unidades operativas con las de apoyo gerencial con sus objetivos operativos.

**Tabla 4.1** Dimensiones del Hospital de tercer nivel de atención

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4		
GERENTE GENERAL	Director Técnico	Hospitalización y Ambulatorio	Clinica		
			Cirugía		
			Cuidado Materno Infantil		
			Estomatología		
		Medicina Crítica	Cuidados Intensivos		
			Emergencia		
			Transporte Medicado		
			Diagnóstico y Tratamiento		
	Director Administrativo y Financiero	Control de Calidad	Diagnóstico y Tratamiento		
		Transplantes	Control de Calidad		
		Enfermería	Transplantes		
		Auditoría Médica	Enfermería		
		←	Auditoría Médica	Administrativo	
			←	Administrativo	Financiero
				Financiero	Talento Humano
				Talento Humano	Investigación
←	Investigación	Planificación y Estadística			
←	Planificación y Estadística	Tecnología de Información y Comunicación			
←	Tecnología de Información y Comunicación	Comunicación Social			
←	Comunicación Social	Jurídica			
←	Jurídica	Docencia			
←	Docencia				

**Fuente:** Niveles Jerárquicos y Funcionales

Elaborado por: Autor

### **4.3.2. Perspectivas del Balance Score Card para el hospital.**

De acuerdo a lo analizado se proponen cuadros con perspectivas de sus objetivos estratégicos homologados con otras unidades médicas del Ministerio de Salud Pública, organismo rector del sistema de Salud Pública del Ecuador, con la finalidad de causar efectos en todos los ámbitos para de esta manera mejorar el desempeño que se propongan las unidades operativas y así se puedan alinear a la mismas.

#### **4.3.2.1. *Perspectiva de beneficiarios***

**Objetivo estratégico: 1.** Incrementar la calidad, calidez y oportunidad en la prestación de servicios de salud.

Estrategias

- Implementar protocolos de atención al usuario
- Mejorar la red integral de salud
- Mejorar la infraestructura hospitalaria
- Mejorar el sistema de compras, almacenamiento, abastecimiento y entrega de fármacos e insumos médicos

#### **4.3.2.2. *Perspectiva financiera***

**Objetivo estratégico: 2.** Incrementar el uso eficiente del presupuesto del HTMC.

Estrategias

- Automatización integral de los procesos presupuestarios, contable y de tesorería.
- Implementar un sistema de control de costos
- Implementar mecanismos de control, monitoreo y seguimiento.

### **4.3.2.3. Perspectiva de procesos internos**

**Objetivo estratégico: 3.** Incrementar la eficiencia operacional del HTMC

Estrategias.

- Automatizar los procesos médicos y administrativos
- Reingeniería de la infraestructura tecnológica
- Mejorar la planificación.

### **4.3.2.4. Perspectiva de aprendizaje y crecimiento**

**Objetivo estratégico: 4.** Incrementar el desarrollo del Talento Humano del HTMC

Estrategias

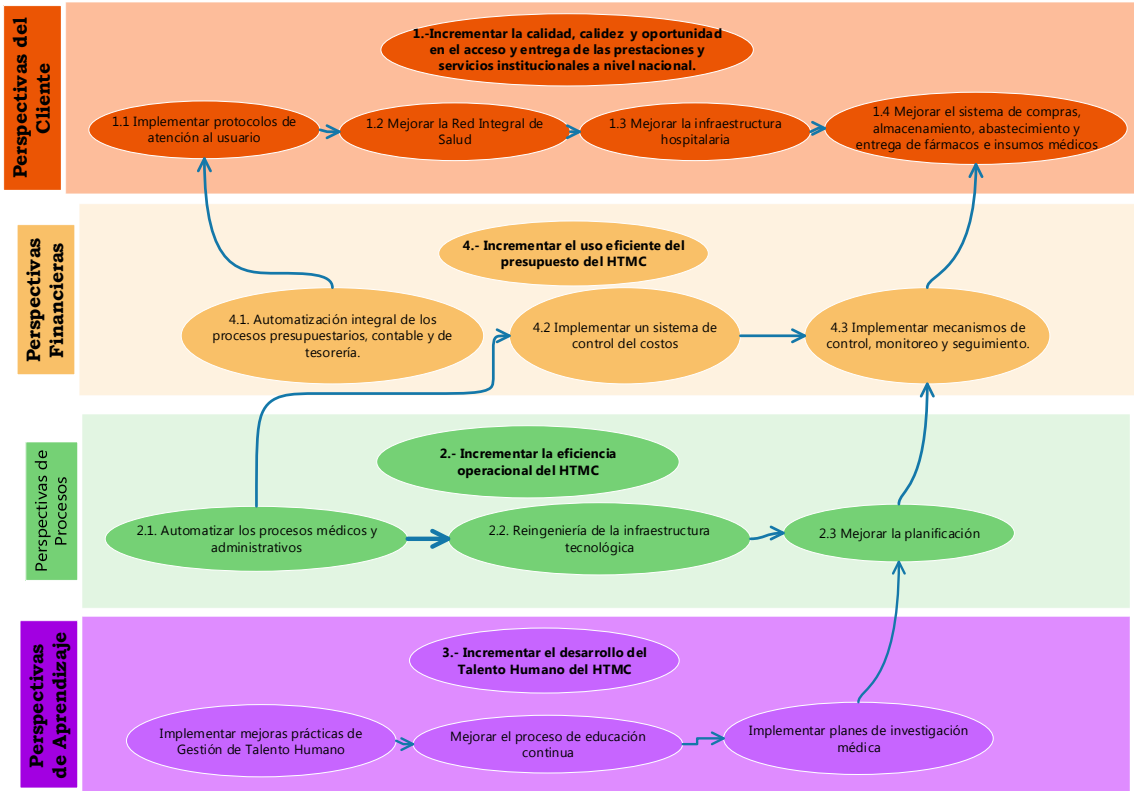
- Implementar mejoras prácticas de Gestión de Talento Humano
- Mejorar el proceso de educación continua
- Implementar planes de investigación médica.

## **4.4. *Mapa estratégico y rutas de causa – efecto***

El mapa estratégico es donde se alinearan los objetivos estratégicos con las estrategias y sus indicadores respectivos que realizara el hospital para cumplir con la meta. Los planes de acción seria los objetivos operativos que tendrán indicadores de gestión.



**Gráfico 4.1 Mapeo de las perspectivas**



#### **4.5. Propuesta de Formularios para seguimientos de Objetivos operativos.**

En la tabla 4.2 se encuentran la propuesta de los formularios que pueden ser utilizados para dar seguimientos y control a cumplimiento de los objetivos operativos lo cual se encuentran mes a mes por cada uno de los servicios con la finalidad de que se alineen objetivos estratégicos como ejemplo lo siguiente:

**Tabla 4.2** Propuesta de Formularios de seguimiento y control de las metas trazadas por los servicios.

<b>MISIÓN:</b>	Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social		
<b>VISIÓN:</b>	Ser reconocidos por la ciudadanía como hospital accesible, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente		
<b>N1 - OBJETIVOS ESTRATEGICOS</b>			
Incrementar la calidad, calidez y oportunidad en la prestación de servicios de salud			
Incrementar la eficiencia operacional del HTMC			
Incrementar el desarrollo del Talento Humano del HTMC			
Incrementar el uso eficiente del presupuesto del HTMC			
<b>N2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>			
Automatización integral de los procesos presupuestarios, contable y de tesorería.			
Implementar un sistema de control de costos			
Implementar mecanismos de control, monitoreo y seguimiento.			
Automatizar los procesos médicos y administrativos			
Reingeniería de la infraestructura tecnológica			
Mejorar la planificación			
Implementar protocolos de atención al usuario			
Mejorar la Red Integral de Salud			
Mejorar la infraestructura hospitalaria			
Mejorar el sistema de compras, almacenamiento, abastecimiento y entrega de fármacos e insumos médicos			
Implementar mejoras prácticas de Gestión de Talento Humano			
Mejorar el proceso de educación continua			
Implementar planes de investigación médica			
<b>N3 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>			
<b>N4 - OBJETIVOS OPERATIVOS</b>			
<b>GERENTE GENERAL</b>			
<b>COORDINACIÓN GENERAL</b>			
<b>DOCENCIA</b>			
<b>Objetivos Operativos (N4)</b>	Incrementar los programas de postgrados y de Internado rotativo en ciencias de la salud MEDIANTE La implementación de un Plan para cubrir la formación de Médicos Especialistas en 23 especialidades.		
<b>Indicador de gestión</b>	<b>Número de Programas de Postgrados en ejecución</b>		
<b>Descripción del Indicador</b>		<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Jerarquía del Indicador</b>		<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje
<b>Responsable</b>		<b>Método de Cálculo</b>	
<b>Fuente</b>		<b>Línea Base</b>	35%
		<b>Meta de Gestión 2014</b>	
		<b>Meta</b>	
<b>Programación</b>	<b>Meta</b>	<b>Avance</b>	
Enero			
Febrero			
Marzo			
Abril			
Mayo			
Junio			
Julio			
Agosto			
Septiembre			
Octubre			
Noviembre			
Diciembre			

**Fuente:** Diseño de control para seguimiento y monitoreo

**Elaborado por:** Autor

#### 4.6. Indicadores de los objetivos estratégicos para el hospital de tercer nivel

Para que un hospital de tercer nivel, pueda dar atención médica a las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitación de pacientes referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas,

quirúrgicas o médico-quirúrgicas, debe cumplir con indicadores estratégicos , específicos y operativos.

En la **perspectiva de la ciudadanía** el indicador 1.1 del índice de Satisfacción del usuario indican varios puntos a continuación:

**Tabla 4.3** Ficha del Indicador de Índice de Satisfacción del Usuario

Indicador y Formula	
Índice de Satisfacción del usuario	
Jerarquía del Indicador	Resultado
Unidad de Medida	Índice
Método Calculo	Numero de encuestas satisfactorias/ total de la muestra en consulta externa y emergencia
Línea Base	72000
Corto Plazo	1052
Largo Plazo	5000
Forma de Capturar los Datos	Encuestas realizadas
Frecuencia de Medición	Mensual
Características del Indicador	Apoya a la mejorar los servicios mediante la perspectivas del usuario

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC.

**Elaborado por:** Autor

En la **perspectiva de la ciudadanía** el indicador 1.2 del Tiempo de espera de atención médica indican varios puntos a continuación:

**Tabla 4.4** Ficha del Tiempo de espera de atención médica

Indicador y Formula	
Tiempo de espera de atención médica	
Jerarquía del Indicador	Resultado
Unidad de Medida	Tiempo
Método Calculo	Suma de los tiempos(en minutos) que transcurren desde que el paciente solicito la atención, hasta el momento en que se inició, en el mes/ total de usuarios en el mes

Línea Base	30 minutos
Corto Plazo	60 minutos
Largo Plazo	40
Forma de Capturar los Datos	Información de sistema hospitalario AS/400
Frecuencia de Medición	Mensual
Características del Indicador	Evalúa a través de registros con la finalidad de identificar las oportunidades de mejorar la reducción del tiempo de espera

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC.

**Elaborado por:** Autor

En la **perspectiva de la ciudadanía** el indicador 1.3 del porcentaje de ocupación de camas indican varios puntos a continuación:

**Tabla 4.5 Ficha de porcentaje de ocupación de camas**

Indicador y Formula	
Porcentaje de ocupación de camas	
Jerarquía del Indicador	Resultado
Unidad de Medida	Porcentual
Método Calculo	(Total día paciente en el hospital en el mes/ Total de camas censables de ese mes x días hábiles) x 100
Línea Base	90%
Corto Plazo	95%
Largo Plazo	85%
Forma de Capturar los Datos	Informes de Egresos Hospitalarios
Frecuencia de Medición	Mensual
Características del Indicador	Mide el grado de utilización de las camas censables del hospital

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC.

**Elaborado por:** Autor

En la **perspectiva de la ciudadanía** el indicador 1.4 del porcentaje de protocolos aplicados correctamente en la unidad médica indican varios puntos a continuación:

**Tabla 4.6** Ficha de porcentaje de protocolos aplicados correctamente en la Unidad Médica

<b>Indicador y Formula</b>	
<b>Porcentaje de protocolos aplicados correctamente en la Unidad Médica</b>	
Jerarquía del Indicador	Resultado
Unidad de Medida	Porcentaje
Método Calculo	Total protocolos aplicados/total de protocolos del MSP para hospitales de tercer nivel
Línea Base	32
Corto Plazo	20
Largo Plazo	32
Forma de Capturar los Datos	Informes de la Dirección Técnica del Hospital
Frecuencia de Medición	Mensual
Características del Indicador	Mide el grado de atención por protocolos normados por el Ministerio de Salud Publica

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC.

**Elaborado por:** Autor

En la **perspectiva de la ciudadanía** el indicador 1.5 del porcentaje de disponibilidad de fármacos e insumos médicos indican varios puntos a continuación:

**Tabla 4.7** Ficha de porcentaje de disponibilidad de fármacos e insumos médicos

<b>Indicador y Formula</b>	
<b>Porcentaje de disponibilidad de fármacos e insumos médicos</b>	
Jerarquía del Indicador	Resultado
Unidad de Medida	Porcentaje
Método Calculo	Línea base critica de stock /Total de Stock en bodega de fármacos e insumos
Línea Base	60
Corto Plazo	50
Largo Plazo	60
Forma de Capturar los Datos	En el sistema hospitalarios AS/400

	por los stock críticos que dan como línea base
Frecuencia de Medición	Mensual
Características del Indicador	Apoya a la gestión de la bodega a indicar cuando una fármaco o insumo no se encuentra con un stock disponible

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC.

**Elaborado por:** Autor

En la **perspectiva de la ciudadanía** el indicador 1.6 de la tasa hospitalaria de mortalidad indican varios puntos a continuación:

**Tabla 4.8** Tasa hospitalaria de mortalidad

1.6	Tasa hospitalaria de mortalidad
-----	---------------------------------

<b>Indicador y Formula</b>	
<b>Tasa hospitalaria de mortalidad</b>	
Jerarquía del Indicador	Resultado
Unidad de Medida	Índice
Método Calculo	(No defunciones/total egresos)*100
Línea Base	4%
Corto Plazo	3%
Largo Plazo	2,50%
Forma de Capturar los Datos	Informes de egresos hospitalarios
Frecuencia de Medición	Mensual
Características del Indicador	Riesgo de fallecimiento en el mes

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC.

**Elaborado por:** Autor

En la **perspectiva de la financiera** el indicador 2.1 del porcentaje de ejecución presupuestaria indican varios puntos a continuación:

**Tabla 4.9** Ficha de porcentaje de ejecución presupuestaria

<b>Indicador y Formula</b>	
<b>Porcentaje de ejecución presupuestaria</b>	
Jerarquía del Indicador	Resultado

Unidad de Medida	Porcentaje
Método Calculo	Total presupuesto ejecutado/Total Presupuesto Asignado
Línea Base	90%
Corto Plazo	95%
Largo Plazo	98%
Forma de Capturar los Datos	Informe de financiero
Frecuencia de Medición	Mensual
Características del Indicador	Mide % Ejecución presupuestaria

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC.

**Elaborado por:** Autor

En la **perspectiva de la financiera** el indicador 2.2 del porcentaje de ejecución de gasto planificado indican varios puntos a continuación:

**Tabla 4.10** Porcentaje de ejecución de gasto planificado

Indicador y Formula	
Porcentaje de ejecución de gasto planificado	
Jerarquía del Indicador	Resultado
Unidad de Medida	Porcentaje
Método Calculo	Total gasto planificado/total presupuesto asignado
Línea Base	40%
Corto Plazo	70%
Largo Plazo	100%
Forma de Capturar los Datos	Informe de Planificación
Frecuencia de Medición	Mensual
Características del Indicador	Mide % Ejecución planificada

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC.

**Elaborado por:** Autor

En la **perspectiva de la financiera** el indicador 2.3 del porcentaje de unidades médicas que cumplen el punto de equilibrio indican varios puntos a continuación:

**Tabla 4.11** Ficha de porcentaje de unidades médicas que cumplen el punto de equilibrio.

<b>Indicador y Formula</b>	
<b>Porcentaje de unidades médicas que cumplen el punto de equilibrio.</b>	
Jerarquía del Indicador	Resultado
Unidad de Medida	Porcentaje
Método Calculo	Costos fijos/ Facturación - costos variables
Línea Base	80%
Corto Plazo	85%
Largo Plazo	100%
Forma de Capturar los Datos	Informes de financiero por el área de facturación y consolidación de costos
Frecuencia de Medición	Mensual
Características del Indicador	Es facturación que debe cubrir la totalidad de los costos

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC.

**Elaborado por:** Autor

En la **perspectiva de proceso** el indicador 3.1 del número de procesos sustantivos mejorados indica varios puntos a continuación:

**Tabla 4.12** Ficha de número de procesos sustantivos mejorados

<b>Indicador y Formula</b>	
<b>Número de procesos sustantivos mejorados</b>	
Jerarquía del Indicador	Resultado
Unidad de Medida	numero
Método Calculo	Total de números de procesos sustantivos identificados - Números de procesos sustantivos no mejorados
Línea Base	2
Corto Plazo	10
Largo Plazo	26
Forma de Capturar los Datos	Informes del área de planificación y dirección técnica
Frecuencia de Medición	trimestral
Características del Indicador	Apoya al mejoramiento continuo de los procesos sustantivos

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC.



**Elaborado por:** Autor

En la **perspectiva de proceso** el indicador 3.2 del número de procesos automatizados indica varios puntos a continuación:

**Tabla 4.13** Ficha de número de procesos automatizados

<b>Indicador y Formula</b>	
<b>Número de procesos automatizados</b>	
Jerarquía del Indicador	Resultado
Unidad de Medida	numero
Método Calculo	Total de números de procesos automatizados - Números de procesos no automatizados
Línea Base	4
Corto Plazo	10
Largo Plazo	20
Forma de Capturar los Datos	Informes del área de tecnología y planificación
Frecuencia de Medición	trimestral
Características del Indicador	Apoya al mejoramiento continuo de los servicios que brinda el hospital

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC.

**Elaborado por:** Autor

En la **perspectiva de proceso** el indicador 3.3 del número de procesos sistematizados indica varios puntos a continuación:

**Tabla 4.14** Ficha de número de procesos sistematizados

<b>Indicador y Formula</b>	
<b>Número de procesos sistematizados</b>	
Jerarquía del Indicador	Resultado
Unidad de Medida	numero
Método Calculo	Total de números de procesos sistematizados - Números de procesos no Sistematizados
Línea Base	4
Corto Plazo	10
Largo Plazo	20
Forma de Capturar los Datos	Informes del área de tecnología
Frecuencia de Medición	Mensual
Características del Indicador	Apoya al mejoramiento continuo de los servicios que brinda el hospital

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC.  
**Elaborado por:** Autor

En la **perspectiva de proceso** el indicador 3.4 del número de procesos adjetivos mejorados indica varios puntos a continuación:

**Tabla 4.15** Ficha de número de procesos adjetivos mejorados

<b>Indicador y Formula</b>	
<b>Número de procesos adjetivos mejorados</b>	
Jerarquía del Indicador	Resultado
Unidad de Medida	numero
Método Calculo	Total de números de procesos adjetivos - Números de procesos adjetivos no mejorados
Línea Base	10
Corto Plazo	12
Largo Plazo	26
Forma de Capturar los Datos	Informes del área de tecnología
Frecuencia de Medición	Mensual
Características del Indicador	Apoya al mejoramiento continuo de los servicios que brinda el hospital

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC.  
**Elaborado por:** Autor

En la **perspectiva de aprendizaje y desarrollo** el indicador 4.1 del Porcentaje de colaboradores que cumplen el perfil del cargo indica varios puntos a continuación:

**Tabla 4.16** Ficha de porcentaje de colaboradores que cumplen el perfil del cargo

<b>Indicador y Formula</b>	
<b>Porcentaje de colaboradores que cumplen el perfil del cargo</b>	
Jerarquía del Indicador	Resultado
Unidad de Medida	Porcentaje
Método Calculo	Total de denominación que no cumplen con el perfil de la denominación/Total de Denominación
Línea Base	2261
Corto Plazo	1000
Largo Plazo	1500
Forma de Capturar los Datos	Informes de recursos humanos
Frecuencia de Medición	trimestral
Características del Indicador	Apoyaría a mejora continua de los servicios con los perfiles idóneos para los cargos o denominaciones

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC.

**Elaborado por:** Autor

En la **perspectiva de aprendizaje y desarrollo** el indicador 4.2 del Índice de Ausentismo indica varios puntos a continuación:

**Tabla 4.17** Ficha de Índice de Ausentismo

<b>Indicador y Formula</b>	
<b>Índice de Ausentismo</b>	
Jerarquía del Indicador	Resultado
Unidad de Medida	Índice
Método Calculo	(Horas perdidas/Jornada laboral x total de trabajadores) x 100
Línea Base	3,0%
Corto Plazo	2,5%
Largo Plazo	1,5%
Forma de Capturar los Datos	Informes de Talento Humano
Frecuencia de Medición	Mensual

Características del Indicador	El ausentismo laboral nos reflejará, de una manera porcentual, cual ha sido el tiempo que los trabajadores se han ausentado de su puesto de trabajo en relación al tiempo que se esperaba que estuviesen.
-------------------------------	---

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC.

**Elaborado por:** Autor

En la **perspectiva de aprendizaje y desarrollo** el indicador 4.3 del Número de médicos especialistas formados en el HTMC indica varios puntos a continuación:

**Tabla 4.18** Ficha de número de médicos especialistas formados en el HTMC

Indicador y Formula	
Número de médicos especialistas formados en el HTMC	
Jerarquía del Indicador	Resultado
Unidad de Medida	numero
Método Calculo	Total Medico Especialistas - Total de médicos que no han tenido capacitación, taller o seminarios
Línea Base	40
Corto Plazo	100
Largo Plazo	300
Forma de Capturar los Datos	Informe de docencia y investigación
Frecuencia de Medición	Mensual
Características del Indicador	Apoyaría a médicos especialistas más capacitados

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC.

**Elaborado por:** Autor

En la **perspectiva de aprendizaje y desarrollo** el indicador 4.5 del Calificación promedio de evaluación de desempeño indica varios puntos a continuación:

**Tabla 4.19** Ficha de calificación promedio de evaluación de desempeño

Indicador y Formula	
Calificación promedio de evaluación de desempeño	
Jerarquía del Indicador	Resultado
Unidad de Medida	porcentaje
Método Calculo	Sumatoria de evaluación enviada/total de servidores en la unida medica
Línea Base	90%
Corto Plazo	92%
Largo Plazo	95%
Forma de Capturar los Datos	informes de talento humano
Frecuencia de Medición	anual
Características del Indicador	Mejorar el desempeño laboral a los servidores de la unidad medica

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC.

**Elaborado por:** Autor

#### **4.7. Análisis costo – beneficio**

En Hospital Teodoro Maldonado Carbo no ha tenido un área dedicada al control y seguimientos de la gestión. Con las nuevas reglamentaciones existe un área de reciente creación que es el área de planificación.

El departamento de planificación comenzará a realizar el monitoreo de la ejecución de planes y proyectos que viene solicitando al gerente general a los diferentes servicios de la unidad médica, lo cual se elabora un análisis en los indicadores de gestión en la producción del hospital.

A continuación en la tabla 4.20, se escogieron los datos básicos y los indicadores de gestión más relevantes para la unidad médica para realizar un análisis costo y beneficio.

**Tabla 4.20** Consolidación de producción e información del Hospital de los años 2013 - 2014 y proyección.

Descripción		2013	2014	Proyectado
No. de camas censables		416	428	*551
Índice de Ocupación		98,15	111,90	90,00
Estancia Media		5,32	7,30	6.20
Número de Egresos Hospitalarios		26.526	30.782	31.321
No. Consultas Externas	Prim y Subsecuente	334.778	402.534	De acuerdo a referidos
Número de Cirugías	Ambulatorio	4.796	3.293	De Acuerdo a demanda
	Emergencia	6.180	6.766	
	Programadas	9.225	12.558	
No. Urgencias		292.834	300.445	De acuerdo a demanda
No. Estudios de Imagen		204.626	253.531	De acuerdo a demanda
No. Estudios de Laboratorio		1.873.922	1.952.529	De acuerdo a demanda
No. Procedimientos Invasivos con anestesia		-	-	

**Fuente:** Unidad de Estadísticas del HTMC (2013 y 2014)

A continuación la consolidación de gastos de personal y gasto de compras de los años 2013 y 2014

**Tabla 4.21** Consolidación de gastos de personal y gasto de compras años 2013 y 2014

<b>Gasto Personal + Gasto Compras</b>	
<b>Años</b>	<b>Valor</b>
2013	\$ 153.470.977,70
2014	\$ 73.821.827,66

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC.

**Elaborado por:** Autor

Luego de describir las informaciones anteriores se ha elaborado el cálculo de las siguientes necesidades ideales para el hospital que son las siguientes;

**Tabla 4.22** Indicador de la necesidad ideal de Camas Censables:

Indicador:	
Necesidad ideal de Camas Censables =	$\frac{\text{Número de egresos Año 2014} * \text{Estancia de Media Año 2014}}{\text{Días de Labores en año} * \text{índice de ocupación del 2014}} * 100$

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC.

**Elaborado por:** Autor

En la tabla 4.6 indica que la situación actual se encuentra con déficit de 123 camas con la producción del año anterior con la información en los egresos y las estancias.

**Tabla 4.23** Resultados del indicador ideal de camas para el 2015

Necesidad de Camas Censables	
Años	Camas
2013	416
2014	428
Ideal (Proyectado)	551

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC. (2013 y 2014)

Es recomendable tomar en cuenta el crecimiento poblacional como un beneficio primordial al asegurado del IESS.

A continuación de la eficacia ideal en los egresos hospitalarios.

**Tabla 4.24** Indicador de la eficacia ideal con los egresos hospitalarios

Indicador	
Eficacia ideal=	$\frac{\text{Camas x Tiempo (días laborables año) x Índice de Ocupación}}{\text{Estancia Media}} * 100$

En la tabla 4.8 se demuestra con los indicadores de eficacia de egreso hospitalario del hospital, como resultante es el número ideal del egreso.

El resultado la producción ideal en egresos 23.930 y 29.471 del año 2014 es mayor con un 23%, es decir que no están siendo considerados algunas camas no censables del área de emergencia. Lo cual se consideran pasado a las 24 horas de estancias camas censables.



**Tabla 4.25 Resultados de la eficacia en lo egresos hospitalarios**

Eficacia en la egresos hospitalarios		Observaciones
Años	Camas	
2013	26.526	416 camas
2014	29.471	428 camas
Ideal (Proyectado)	23.930	Con 428 camas censables
Ideal (Proyectado)	31.321	Con 551 camas censables

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC (2013 y 2014)

**Elaborado por:** Autor

Fuente: Unidad de Estadística (HTMC)

A continuación, el indicador de eficiencia analiza la utilización de los servicios de los asegurados.

**Tabla 4.26 Indicador de eficiencia de gestión**

Indicador:	
Eficiencia de gestión	$\frac{\text{Consultas Externa+ Urgencias + Cirugías + Laboratorio + Imagen}}{\text{Gasto Personal + Gasto Compras}} *100$
=	

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC (2013 y 2014)

**Elaborado por:** Autor

A continuación, en la tabla 4.10 del resultado de eficiencia con respecto al año 2013. Se demuestra que se duplicó en la producción en comparación por incremento de gasto de personal y de compras.

Tabla 4.27 Resultado del indicador de eficiencia

Índice de Eficiencia	
Años	Índice
2013	1,794
2014	4,013

**Fuente:** Información de la unidad de estadísticas del HTMC (2013 y 2014)

**Elaborado por:** Autor

Luego del análisis de las proyecciones en la tabla 4.15, con los indicadores la Organización Mundial para la Salud (OMS) y Organización Panamericana para la Salud (OPS), dan el principio básico de índices internacionales en la atención: como el porcentaje de estancia para un hospital de tercer nivel pacientes con enfermedades crónicas y agudas, tiene que ser del 90%, el índice de estancia debe ser el 6,20. Resultado en el análisis encontramos con un déficit de 123 camas censables, entonces tenemos una proyección de un 551 camas para la población estimada para la Zona 5 y 8 en la unidad médica con un total de 31.321 en egresos hospitalarios de esta manera cumplir con la atención de calidad y calidez.

#### **4.8. Iniciativas estratégicas de control.**

Con la implementación de las estrategias se desea administrar los riesgos al objetivo y proyectos que pueden ser internos, externos, interinstitucionales, organización, generales y de carácter administrativos para de esta manera obtener el mejor desempeño con los objetivos operativos.

1. De esta manera se comience a evaluar y tratar los riesgos como:

- Identificar los riesgos

- Calificar la probabilidad de ocurrencia
  - Calificar el impacto potencial
  - Definir un plan de acción
2. Es decir en el monitoreo y control de riesgos de:
- Detectar cambios en el entorno
  - Gestionar el plan de acción
  - Identificar nuevos riesgos
  - Cerrar los riesgos

En la evaluación se tiene que determinar el grado de riesgos posibles que podrían impedir la consecución de los objetivos y metas del plan.

## **4.9. Conclusiones y recomendaciones**

### **4.9.1. Conclusiones**

Con el diseño de un modelo de control de gestión basado en la metodología cuadro de mando integral para soportar la planificación estratégica hospital, con la recolección de información, las entrevistas, el trabajo en grupos, revisiones de las atribuciones, se ha identificado las situaciones que tiene la institución y se ha obtenido las siguientes conclusiones:

No hay diferenciación por niveles jerárquicos en los objetivos operativos desde el más alto hasta el más bajo se ha revisado la información obtenidas de las sesiones ejecutivas de la unidad médica, adicional se ha evidenciado que algunas áreas no tienen manuales de funciones.

Las unidades técnicas operativas no mantienen seguimientos ni control de los proyectos que fueron solicitados con la programación operativa anual (POA).

El sistema hospitalario AS/400 del IESS no está de acuerdo a los avances tecnológicos del Siglo 21 el área financiera realiza reformas presupuestarias sin contemplar las programaciones existentes que fueron solicitadas con anterioridad, no existen indicadores para las áreas operativas.

En la revisión de la información estadística se utiliza una hoja de Excel donde ingresan la información estadística de varias áreas, con lo que existe riesgo operativo.

En el sistema hospitalario del IESS AS/400 no hay un módulo de reportes. Las personas de estadística tienen una herramienta en donde pueden bajar la información en bruto a Excel para luego procesarla y convalidar la información y finalmente reportarla a la hoja de producción del hospital.

Por lo consiguiente, se ha planteado varios indicadores para cuantificar y medir los objetivos estratégicos, específicos y operativos, entre los cuales se puede mencionar:

En la Estructura por niveles jerárquicos para los objetivos estratégicos, específicos y operativos. En el modelo de atención integral en la salud y sus lineamientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se indican varios puntos como la misión y visión del trabajo en red de atención.

Se sugiere implementar los cuadros objetivos estratégicos que son alcanzables y medibles en el diseño por lo que se utilizaron verbos activos para estrategias.

Se propone la utilización de los formularios de la Dirección Administrativa, Técnica y de apoyo a la gerencia con sus respectivos lineamientos operativos para las coordinaciones general y jefaturas.

Con lo cual es un indicador de accesibilidad, disponibilidad, calidad, extensión de uso, indicador de intensidad de uso, productividad y rendimiento, utilización, efectividad, eficacia, eficiencia, morbilidad y otros de gestión.

En conclusión, en el diseño de control de mando integral o Balanced Scorecard, los objetivos estratégicos van alineados con las normas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador como rector en el sistema de salud. Las perspectivas financieras, ciudadanía, procesos internos, aprendizaje y crecimiento, se tomaron de los puntos críticos del hospital, logrando una propuesta a corto y largo plazo para que se logre la excelencia hospitalaria.

#### ***4.9.2.Recomendaciones***

El Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo en sus múltiples prioridades, debe encaminarse con una herramienta de informática que tenga todas las funcionalidades que se requieren para el seguimiento y control de la planificación debido a esto se recomienda lo siguiente:

La Dirección Nacional de Planificación del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se encuentra en la etapa de despliegue de una herramienta informática para la planificación que vienen utilizando algunas instituciones del Estado bajo Decreto Ejecutivo No. 555 de 10-11-2010, en implementar el gobierno por resultado

Utilizar de manera responsable la herramienta informática que se encuentra en la etapa de despliegue y con información contundente y realista para la toma de decisiones de la gerencia.

El hospital debe contar con manuales de procedimientos y funciones para que pueda cumplir de esta manera con los roles de puestos y sus perfiles.

El Sistema Hospitalario AS/400 debe ser renovado o comenzar a trabajar en los manuales de utilización de cada módulo de servicio.

Reducir las reformas presupuestarias y verificar los planes y proyectos que se encuentran en las asignaciones presupuestarias.

Disminuir el tiempo de espera en las cirugías programadas y mejorar las programaciones en las cirugías ambulatorias, asignar horarios a los médicos en el área ambulatoria para cumplir con la atención de 12 horas como finalidad incrementa la facturación de los servicios.

Realizar un análisis de ingresos vs. costos para mejorar el equilibrio financiero. El área de Planificación debería tener a su cargo el área presupuestaria para de esta manera puedan ejecutar con todos los proyectos y actividades. Establecer y cumplir con los objetivos estratégicos, específicos y operativos.

## FUENTES BIBLIOGRAFÍA

ALTAIR. (2005). *Cuadro de Mando Integral*. ECO Tercer Colección.

Ander-Egg. (1995). *Planificación Estratégica*.

Anthony Robert N. (1998). *Las cuatro etapas del control de gestión*. Ed. Deusto Harvard Business School.

Cuadro de Mando Retail - Indicadores Clave (KPI). (2013). En M. A. S.L.. Barcelona.

Cultos, C. M. (10 de 02 de 2014). *Código Orgánico Integral Penal. Contravención contra el derecho al Trabajo*.

Garcés, A. R. (1980). *Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo*. Obtenido de <http://www.htmc.gob.ec/>

H. Mintzberg y James B. Quinn. (1993). Segunda Edición.

Hax y Mailuf. (1996).

HTMC. (2010). *Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo*. Obtenido de [http://www.htmc.gob.ec/mision\\_vision.php](http://www.htmc.gob.ec/mision_vision.php)

HTMC, I. (10 de 10 de 2014). *Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo*. Obtenido de [www.iess.gob.ec](http://www.iess.gob.ec)

IESS Dirección General de Salud Individual y Familiar. (2014). *Población Estimada por Zona*. Quito: Ing. Jorge Rodríguez.

Ines, L. (14 de 6 de 2010). *Historia y Evolución del Cuadro de Control de Mando o Balanced Score Card*. Obtenido de <http://blog.iedge.eu/programas/emba11/balanced-scorecard-0111/ines-lasanta-historia-evolucion-del-cuadro-de-mando-integral-cmi-balanced-scorecard/>

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (12 de 03 de 2001). *Ley de Seguridad Social del Ecuador*. Obtenido de [http://www.iess.gob.ec/es/normativa-navegador/-/document\\_library\\_display/Qcm2/view/33701?\\_110\\_INSTANCE\\_Qcm2\\_rredirect=http%3A%2F%2Fwww.iess.gob.ec%2Fes%2Fnormativa-](http://www.iess.gob.ec/es/normativa-navegador/-/document_library_display/Qcm2/view/33701?_110_INSTANCE_Qcm2_rredirect=http%3A%2F%2Fwww.iess.gob.ec%2Fes%2Fnormativa-)

navegador%3Fp\_p\_id%3D110\_INSTANCE\_Qcm2%26p\_p\_lifecycle%3D0%26p\_p\_state%3Dnormal%26p\_p\_mode%3

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2010). *Reglamento para la atención integral y en Red de Asegurados*. Obtenido de <http://www.iess.gob.ec/documents/10162/33703/CD.308.pdf>

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (14 de 06 de 2014). *Resolución de Esctructura Orgánica para Hospitales de tercer nivel de atención médica*. Obtenido de <http://www.iess.gob.ec/documents/10162/33703/C.D.468>

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2014). *Resoluciones C.D.474 Aprobación del Plan Estratégico*. Obtenido de <http://www.iess.gob.ec/documents/10162/33703/C.D.474>

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (01 de 12 de 2014). *Sitio business intelligence*. Obtenido de [http://bi.iess.gob.ec/cognos8/cgi-bin/cognos.cgi?b\\_action=xts.run&m=portal/main.xts&startwel=yes](http://bi.iess.gob.ec/cognos8/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=xts.run&m=portal/main.xts&startwel=yes)

Kaplan y Norton . (2004). *Mapas Estratégicos*. Barcelona.

Kaplan y Norton. (1993). *Cuadro de Mando Integral*. Barcelon: Gestión 2000.

Kaplan, D. P. (2009). *El Cuadro de Mando Integral Tercera Edición*. Barcelona: Gestión 200. Obtenido de [http://books.google.es/books?id=LuWJnzcagCMC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.es/books?id=LuWJnzcagCMC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Mailuf, H. y. (1996).

Malagon - Londoño, Galo Morera, & Pontón Laverde. (2008).

Malagón- Londoño, Galán Morera. Pontón Laverde. (2008). *Administración Hospitalaria*. Tercera Edición.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2002). *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de <http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nac-salud.pdf>

Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (2012). *Estructura Orgánica de Hospitales*. Obtenido de



[http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/guia/documentos/esta\\_tuto\\_de\\_hosp\\_acuerdo.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/guia/documentos/esta_tuto_de_hosp_acuerdo.pdf)

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). Lineamientos Modelo de Atención Integral Salud . <http://www.msp.gob.ec/>.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Manual del Modelo de Atención de Salud*. Obtenido de [http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/subse\\_gobernanza/1.MANUAL%20DEL%20MODELO%20DE%20ATENCION%20DE%20SALUD.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/subse_gobernanza/1.MANUAL%20DEL%20MODELO%20DE%20ATENCION%20DE%20SALUD.pdf)

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (9 de 2013). *Subsecretaría Nacional de Gobernanza de Salud Pública*. Obtenido de [http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/subse\\_gobernanza/5.NORMA%20DEL%20SUBSISTEMA%20DE%20REFERENCIA,%20DERIVACION%20CONTRAREFERENCIA,%20REFERENCIA%20INVERSA%20Y%20TRANSFERENC.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/subse_gobernanza/5.NORMA%20DEL%20SUBSISTEMA%20DE%20REFERENCIA,%20DERIVACION%20CONTRAREFERENCIA,%20REFERENCIA%20INVERSA%20Y%20TRANSFERENC.pdf)

Robert S. Kaplan, David P Norton. (2004). *Mapas Estratégicos*.

S.P., J. G. (2013). *Repositorio Institucional recuperado el 10 de noviembre del 2014 Universidad de Politécnica Salesiana*. Obtenido de Diseño de un Sistema de control de gestión basado en la metodología del Balanced Scorecard en Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil 2013: Perspectiva Financiera: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/6623/1/UPS-UGT000614.pdf>

Salud México. (2006). *Innovaciones en Gestión Hospitalaria*.

Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Agenda Regional de Población y Desarrollo después del 2014*. Obtenido de <http://www.planificacion.gob.ec/>

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan del Buen Vivir 2013 - 2017*. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/>

Vern McGinnis. (1981).

## **Anexo 1.- Carta del tutor**

**Anexo 2.- Oficio del Coordinador General de Planificación y Estadística del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.**

**Anexo 3.- Certificado de revisión de la redacción y ortografía**

## **Anexo 4.- Entrevistas a los gerentes y directores**

**1.** En la entrevista que se realizó el Ex gerente general del HTMC el ingeniero Adrián Sandoya, indica que entre sus principales funciones son:

- Cumplir las resoluciones del Consejo Directivo y de la Dirección General del IESS.
- Asegurar el cumplimiento de las políticas de administración pública a su cargo.
- Elaborar la proforma presupuestaria anual de la unidad médica.
- Planificar, organizar, controlar y gestionar las actividades institucionales, bajo los principios de eficacia, eficiencia, equidad y calidad, con la finalidad de que se cumplan los objetivos establecidos en el plan operativo anual.
- Proponer y ejecutar el plan anual de compras de insumos médicos, medicamentos, equipamientos de la unidad médica, activos fijos en general, construcciones, inversiones y demás requerimientos, y cumplir con las normas y límites de cuantía del Consejo Directivo del IESS y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública.
- Aprobar planes, programas y proyectos del hospital.
- Desarrollar un sistema de evaluación interna para el cumplimiento de los objetivos y metas del hospital y tomar acciones correctivas.

Con lo cual: indicó que en el seguimiento y control de los indicadores no se llevan a cabalidad al no existir una herramienta de seguimiento y cumplimientos de objetivos operativos, ni indicadores de desempeño.

**2.** En la entrevista que se realizó el Ex Director Administrativo el Doctor Álvaro Durini, indica que entre sus principales funciones son:

- Establecer y controlar el cumplimiento de políticas y procedimientos para el uso adecuado de los insumos, bienes muebles e inmuebles del hospital;

- Supervisar la información, las bases de datos y las redes computacionales del hospital.
- Registrar y actualizar las estadísticas administrativas y contables de los servicios producidos del hospital.
- Velar por el adecuado desempeño de los procesos de contratación pública del hospital,
- Asegurar la dotación de los servicios básicos, bienes muebles e inmuebles del hospital,
- Coordinar la ejecución de obras y adecuaciones de acuerdo a los requerimientos y necesidades, en lo relacionado con los aspectos técnicos y administrativos del hospital.
- Disponer la elaboración de las especificaciones técnicas, informes técnicos, planos arquitectónicos y de ingeniería, presupuesto, cronogramas valorados.
- Supervisar y consolidar la elaboración del plan anual del hospital,

Con lo cual: indicó que en el seguimiento y control de los indicadores no se llevan a cabalidad al no existir una herramienta de seguimiento y cumplimiento de objetivos operativos, ni indicadores de desempeño.

**4.** En la entrevista que se realizó el Ex Director Técnica la Doctora Johanna Alcívar, indica que entre sus principales funciones son:

- 4.1.** Dirigir y evaluar la actividad y calidad del servicio médico, gestión del conocimiento, e investigación del hospital,
- Vigilar la integralidad, eficacia, oportunidad, eficiencia y calidad de los servicios en las coordinaciones a su cargo, conforme a principios éticos y conocimientos médicos actualizados para la adecuada atención a las necesidades de los ciudadanos.
  - Definir los procesos de cuidado del paciente y atención, con visión integral y de acuerdo a los estándares establecidos por la Gerencia General,

- Implementar los guías y protocolos clínicos de actuación para la adecuada atención al paciente,
- Supervisar la costos y calidad de la prescripción farmacológica a los pacientes del Hospital,
- Proponer y liderar acciones de mejoramiento continuo en las coordinaciones bajo su responsabilidad,
- Coordinar la actualización de perfiles epidemiológicos y realizar el seguimiento planes de acciones correspondientes,
- Coordinar y supervisar las normas y procedimientos técnicos de uso y manejo de las instalaciones, medicamentos, equipos, instrumental e insumos médicos.

Con lo cual: indicó que en el seguimiento y control de los indicadores no se llevan a cabalidad al no existir una herramienta de seguimiento y cumplimientos de objetivos operativos, ni indicadores de desempeño.

## **Anexo 5.- Planificación estratégica del IESS y alineamientos para las unidades operativas**

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social recientemente tiene un plan estratégico para el período 2014 – 2017, lo cual se encuentra aprobado en la Resolución C.D. 474 del 12 de Noviembre del 2014, incluyendo los objetivos de cada una de las Direcciones Nacionales y Provinciales en donde se deben alinear las Direcciones Nacionales, Subdirecciones Nacionales, Direcciones Provinciales y Unidades Médicas como:

### **LA MISIÓN del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social**

Proteger a la población asegurada por el IESS, contra las contingencias que determina la normativa vigente, garantizando el derecho al buen vivir.

### **LA VISIÓN del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social**

Ser una institución referente en Latinoamérica, permanente, dinámica, innovadora, efectiva y sostenible, que asegura y entrega prestaciones de seguridad social con altos estándares de calidad y calidez, bajo sus principios y valores rectores.

Objetivos estratégicos que debe alinear la organización bajo las cuatro perspectivas de acuerdo a la metodología Balanced Scorecard son:

#### **1. En la perspectiva de la ciudadanía se determina en incrementar la calidez, calidad y oportunidad en la entrega y el acceso de las prestaciones y servicios a nivel institucional con las estrategias son:**

1.1. Implementar un sistema de gestión prestacional articulado en todos sus niveles.



- 1.2. Desarrollar productos prestacionales para los diferentes segmentos poblacionales
- 1.3. Mejorar la calidad de los servicios
- 1.4. Promover el acceso del afiliado a su información personal
- 1.5. Implementar sistemas de medición de la calidad, calidez y oportunidad por parte del usuario
- 1.6. Difundir las prestaciones y los servicios institucionales y accesos por parte del usuario

**Indicador**

- Nivel de satisfacción del usuario en la entrega de prestaciones y servicios.

**2. En la perspectiva de la ciudadanía se considera en incrementar el acceso al aseguramiento universal obligatorio de la población ecuatoriana urbana, rural y en el exterior con las estrategias de:**

- 2.1. Promover la afiliación de la población económicamente activa y la población susceptible de protección en el país y en el exterior.
- 2.2. Mejorar los niveles de afiliación.

**Indicador**

- Número de afiliados con respecto a la población económicamente activa (PEA) nacional.
- Porcentaje de afiliados en el exterior (número de afiliados en el exterior en relación al total de ecuatorianos registrados en el exterior.)

**3. En la perspectiva de la finanza determinan en mantener el equilibrio financiero actuarial con las estrategias de:**

3.1. Implementar políticas de sostenibilidad actuarial por cada fondo, a través de la incorporación progresiva de nuevos afiliados, la administración correcta del fondo y la regulación de las prestaciones.

3.2. Desarrollar e implementar el modelo de gestión de cada seguro especializado.

3.3. Controlar el rendimiento de los fondos administrados que cubran al menos la tasa actuarial revalorizada en relación a la inflación.

Indicador

- Porcentaje de variación de la probabilidad del equilibrio actuarial en el sistema de pensiones
- Porcentaje de variación de la probabilidad del equilibrio actuarial en el Seguro General de Riesgos del Trabajo
- Porcentaje de variación de la probabilidad del equilibrio actuarial en el Seguro Social Campesino
- Porcentaje de variación de la probabilidad del equilibrio actuarial en el Seguro General de Salud Individual y Familiar

**4. En la perspectiva de la finanzas se determinan con incrementar el uso eficiente de los recursos financieros y fondos prestacionales con las estrategias de:**

4.1. Mejorar la gestión de recaudación de los ingresos.

4.2. Promover políticas para: mitigar la evasión y elusión

4.3. Promover la sostenibilidad de la tasa de rendimiento

4.4. Realizar seguimiento permanente a las inversiones realizadas por el BIESS

4.5. Incorporar progresivamente a nuevos grupos de afiliados.

4.6. Generar incentivos para promover el pago oportuno.

4.7. Simplificación de trámites y procesos para agilizar la recaudación.

4.8. Promover el intercambio de información con otras entidades del Estado a fin de generar políticas institucionales para la cobertura.

Indicador

- Porcentaje de recaudación de ingresos por aportes
- Tasa de rendimiento de las inversiones
- Porcentaje de recuperación de cartera
- Porcentaje de contribuciones del Estado recibidas

**5. En la perspectiva de las finanzas determina en incrementar los ingresos financieros del IESS con la estrategia de:**

5.1. Optimizar la gestión y calidad del gasto.

**Indicador**

- Porcentaje de ejecución presupuestaria de gasto corriente.
- Porcentaje de ejecución presupuestaria de gasto de inversión.
- Porcentaje de ejecución presupuestaria de gasto de capital.

**6. En la perspectiva procesos internos se determina en incrementar la eficiencia del instituto ecuatoriano de seguridad social con las estrategias de:**

**6.1.** Optimizar y automatizar los procesos institucionales, priorizando la historia laboral y prestacional.

**6.2.** Mejorar los niveles de gestión para la entrega de los servicios que brinda el IESS.

**6.3.** Mejorar y asegurar la disponibilidad, oportunidad y calidad de los servicios.

**6.4.** Fortalecer la infraestructura tecnológica institucional a la vanguardia, alineándolos con la evolución tecnológica, a fin de generar información de calidad.

**6.5.** Implementar la administración integral de riesgos.

**6.6.** Implementar un sistema de gestión de calidad e innovación.

**6.7.** Implementar el Sistema del buen gobierno corporativo.

**6.8.** Implementar un sistema de gestión del conocimiento.

**6.9.** Alcanzar las certificaciones de buenas prácticas especialmente en las unidades médicas.

**6.10.** Propender la aprobación del Plan de innovación y modernización.

**6.11.** Depuración y actualización permanente de la normativa interna.

Indicador

- Porcentaje de cumplimiento de las cartas de servicios.

- Porcentaje de subprocesos comatosos mejorados.
- Porcentaje de proyectos de inversión en riesgo.
- Porcentaje de desempeño institucional.

**7. En la perspectiva de talento humano se determina en incrementar el desarrollo del talento humano del instituto ecuatoriano de seguridad social con las estrategias de:**

7.1. Implementar la política y subsistemas de recursos humanos, basados en el modelo de competencias gestión del cambio de la cultura organizacional.

7.2. Implementar un sistema de gestión en seguridad y salud ocupacional.

Indicador.

- Porcentaje de personal con nombramiento.
- Índice de rotación del nivel directivo.
- Porcentaje de directivos vinculados por meritocracia.
- Porcentaje de servidores participando en procesos formativos (incentivo).
- Nivel de cumplimiento de la normativa vigente en el ámbito de la gestión del talento humano.
- Porcentaje de cumplimiento del sistema de evaluación

## Anexo 6.- Indicadores estándares para hospitales de tercer nivel

Los indicadores fueron elaborados por la Dirección Nacional de Salud Individual y Familiar del IESS para los hospitales de Segundo y Tercer Nivel en la atención médica como:

### 1. Indicador de estructura

#### 1.1. Indicadores de accesibilidad

El Indicador de accesibilidad describe a la no existencia de obstáculos o barreras para acceder a las prestaciones de salud.

**Tabla 1.1.** Indicadores de accesibilidad

Indicador	Fórmula	Que Mide
% Efectivización de exámenes Imagen	$(\text{No exámenes realizados}/\text{No. exámenes solicitados}) * 100$	Acceso e integralidad atención Imagenología
% Efectivización de exámenes Laboratorio	$(\text{No determinaciones realizadas}/\text{No. determinaciones solicitadas}) * 100$	Acceso e integralidad atención laboratorio
% Efectivización interconsultas dentro de la unidad	$(\text{No ínter consultas realizadas}/\text{No. interconsultas solicitadas}) * 100$	Acceso e integralidad atención consulta
% Efectivización recetas	$(\text{No recetas despachadas}/\text{No recetas prescrita}) * 100$	Acceso e integralidad atención farmacológica en consulta
Horas espera cirugía de emergencia	$(\text{Hora cirugía-Hora de llegada})/\text{No cirugías de emergencia}$	Acceso oportuno a cirugías de emergencia
Oportunidad citas medicas	$(\text{No. citas asistidas} / \text{No. citas solicitadas})$	Acceso a citas afectivas
Tiempo de espera para atención en Emergencia	$(\text{Hora atención-Hora de llegada})/\text{total pacientes atendidos en emergencia}$	Capacidad de respuesta del servicio de emergencia
Tiempo de espera en atención de interconsulta	$(\text{Hora de atención interc-Hora de pedido interc})/\text{No.}$	Oportunidad en atención de

	interconsultas_	interconsultas
Tiempo de espera en atención de procedimientos	(Fecha de entrega de resultados-Fecha de pedido)/No de procedimientos	Oportunidad en entrega de resultados
Tiempo de espera en Observación para ingreso a Hospitalización	(Fecha ingreso hospitalización-Fecha de orden de hospital)/No de pacientes transferidos	Acceso oportuno a hospitalización, desde observación
Tiempo de espera en resultados de exámenes de imagen	( fecha de resultados-Fecha de solicitud de exámenes)/No exámenes	Oportunidad en entrega de resultados
Tiempo de espera en resultados de exámenes de laboratorio	( fecha de resultados-Fecha de solicitud de exámenes)/No exámenes	Oportunidad en entrega de resultados
Tiempo de espera hasta cirugía	(fecha cirugía-Fecha de ingreso)/No. cirugías	Acceso a servicios quirúrgicos
Tiempo de espera para atención en Consulta	(Hora atención-Hora asignada en turno)No de consultas	Oportunidad en atención en consulta externa
Tiempo espera para ingreso hospitalario	(fecha ingreso-Fecha de orden ingreso)/egreso	Acceso a camas hospitalarias

## 1.2. Indicadores de disponibilidad

El indicador de disponibilidad define los recursos existentes en función a la necesidad de la población estimada por cubrir.

**Tabla:** Indicadores de disponibilidad

Indicador	Fórmula	Que Mide
Disponibilidad financiera	Presupuesto de la unidad/Población afiliada	Disponibilidad de recursos financieros por afiliado
Razón camas x 1000 afiliados	(No. Camas disponibles/población afiliada)*1000	Disponibilidad de camas por 1000 afiliados
Razón horas auxiliares contratadas año x egreso	No horas auxiliares contratadas/población afiliada	Disponibilidad de horas auxiliares por afiliado
Razón horas enfermera	No horas enfermera	Disponibilidad de

contratadas al año x egreso	contratadas/población afiliada	horas enfermera por afiliado
Razón horas médico contratadas x egreso	No horas médico contratadas/población afiliada	Disponibilidad de horas medico por afiliado
Razón horas odontólogo contratadas x egreso	No horas odontólogo contratadas/población afiliada	Disponibilidad de horas odontólogo por afiliado

## 2. Indicadores de procesos

### 2.1. Indicadores de calidad

El Indicador de calidad a la unidad médica o infraestructura, servicios y bienes de salud estén apropiadamente a la necesidad del paciente como; personal suficiente, fármacos apropiados y suficientes, equipos adecuados.

**Tabla:** Indicadores de calidad

Indicador	Fórmula	Que Mide
% Complicaciones hospitalaria	$(\text{No. complicaciones hosp/egresos}) * 100$	Mide % de complicaciones hospitalarias
% Exámenes imagen no reclamados	$(\text{Total exámenes no reclamados} / \text{total exámenes}) * 100$	% exámenes innecesarios de imagen
% Exámenes laboratorio no reclamados	$(\text{Total exámenes no reclamados} / \text{total exámenes}) * 100$	% exámenes innecesarios de laboratorio
% Exámenes de imagen reportados como normal	$(\text{Total exámenes reportados normales} / \text{total examen}) * 101$	% exámenes innecesarios imagen
% Infecciones hospitalarias	$(\text{No. Infecciones} / \text{Total egresos}) * 100$	% de Infecciones adquiridas en hospital
% Pacientes remitidos con contrarreferencia	$(\text{Total de pacientes con hoja de contrarreferencia} / \text{total de paciente que han requerido contrarreferencia}) * 100$	funcionalidad del sistema de contrarreferencia
% Pacientes transferidos con hoja de referencia	$(\text{Total de pacientes con hoja de referencia} / \text{total de paciente que han requerido referencia}) * 100$	funcionalidad del sistema de referencia



% Satisfacción por atención en Consulta.	(Total pacientes satisfechos en consulta/consultas)*100	% de satisfacción por atención de consulta
% Satisfacción por atención en Emergencia	(Total pacientes satisfechos en emergencia/emergencias)*100	% de satisfacción por atención en servicio de emergencia
% Satisfacción por de atención de Hospitalización	(Total pacientes satisfechos por atención en hospitalización / egresos)*100	% de satisfacción por atención en hospitalización

## 2.2. Indicadores de extensión de uso

El indicador de extensión de uso es el número de afiliados que utilizan un servicio determinado en un periodo de tiempo.

**Tabla: Indicadores de extensión de uso**

Indicador	Fórmula	Que Mide
Uso de consulta externa de activos, jubilados, montepío, voluntarios, seguro campesino x edad y sexo	No consultas a Jubilados y montepío /población jubilada y de montepío	Uso de la consulta por parte de la población jubilada
Uso de consulta externa en hospitales	No primeras consultas / población afiliada	Uso de consulta externa por afiliado en el año
Uso de consulta externa en Seguro General	No consultas / población afiliada	Uso de consulta externa por afiliado en el año
Uso de consulta odontológica	No de primeras consultas odontológicas /población afiliada	Uso de consulta odontológica por afiliado en el año

## 2.3. Indicadores de intensidad de uso o concentración

El indicador de uso o concentración es el promedio de los servicios entregados a cada paciente o el número de actividades que se realizaron sobre cada asegurado en un periodo de tiempo.

**Tabla:** Indicadores de intensidad de uso o concentración

Indicador	Fórmula	Que Mide
Concentración de consultas	Total de consultas/total primeras consultas	Veces que un paciente acudió a la unidad por la misma enfermedad, intensidad de uso de la consulta
Egreso obstétrico/partos	Días cama ocupada en obstetricia / No partos	Intensidad de uso de camas obstétricas
Primeras consultas	Total primeras consultas/ total consultas	Primera consulta que se otorga en el año y en el establecimiento al afiliado
Promedio de camas disponibles	Días cama disponible mes / No. días mes	No. camas mensuales en condiciones de uso
Promedio estada por egreso	Días estada/total egresos	No de días en promedio que paciente permanece hospitalizado, intensidad de uso de la cama

#### 2.4. Indicadores de productividad y rendimiento

El indicador de productividad y rendimiento identifica alguna imperfección o defecto que exista en las labores diarias que ofrecen los servicios, y tienen la finalidad de reflejar la eficiencia y el uso de los recursos económicos y del talento humano, y pueden ser cualitativos y cuantitativos.

**Tabla:** Indicadores de productividad y rendimiento

Indicador	Fórmula	Que Mide
% Cumplimiento de cirugías programadas	No. cirugías realizadas/ No cirugías programadas X 100	% de Cumplimiento de las actividades quirúrgicas programadas

% de operaciones suspendidas	(No de intervenciones quirúrgicas suspendidas/Total cirugías programadas x 100	% de Incumplimiento de las actividades quirúrgicas programadas
% Productividad en servicio consulta	(Consulta externas realizadas / Consultas esperadas o potenciales)*100	Productividad del servicio de consulta
Giro de cama, o rendimiento de cama hospitalaria	No. egresos hospitalarios / No camas disponibles	Rendimiento y utilización de cada cama hospitalaria
Intervalo de giro	( Días cama disponible-días estada)/egresos	Días que una cama permanece desocupa
No determinaciones por examen	(No determinaciones/total exámenes)	Cuantas determinaciones se hacen por examen
Número de placas por estudio	Número de placas radiológicas/total estudios	Número de placas usadas por cada estudio
Productividad de equipos de Imagenología	No. placas radiológicas / No. horas equipo disponible	Productividad de los equipos RX por hora
Productividad de servicio de Laboratorio	No de exámenes/No horas recurso disponibles	Productividad de servicios de laboratorio por hora
Productividad del Quirófano	(No cirugías quirúrgicas efectivas/ No cirugías potenciales)*100	Productividad del servicio de quirófano
Productividad en consulta	No consultas/ horas contratadas para consulta	Productividad de consulta por hora contratada
Productividad en consulta odontológica por hora	No consultas odontológicas/ horas contratadas para consulta odontológicas	Productividad de consulta odontológica por hora contratada
Productividad en servicio de odontología	(Consulta odontológica realizada/consulta odontológica esperada)*100	Productividad del servicio de odontología
Productividad personal administrativo	(No procedimientos realizados/horas contratadas	Productividad del personal administrativo

Promedio de estudios Imagen por día	(Total estudios mensuales)/No. días laborados	No estudios de imagen realizados por día
Promedio de exámenes de laboratorio por día	(Total de exámenes de laboratorio mensuales / No. días laborados	No. exámenes realizados por día en laboratorio
Promedio de kilos lavados por día	(Total libras ropa lavadas/total días laborados)	No. libras lavadas por día
Promedio diario de Consultas	(No. consultas realizadas/total días laborados en consulta)	No. de consultas realizadas por día en la unidad
Promedio diario de Egresos	(No.de egresos durante un período dado/No. de días del mismo período).	El número promedio de egresos diarios de los pacientes hospitalizados en un período.
Promedio diario de intervenciones Quirúrgicas	(No intervenciones quirúrgicas/Total días laborados	No. de cirugías realizadas por día
Rendimiento de cada sala de Operaciones	No intervenciones quirúrgicas ejecutadas/No salas de operaciones	Promedio de intervenciones realizadas por cada sala de operaciones
Rendimiento hora médico	(No. consultas/Total horas laboradas mes	No. de consultas realizadas por cada hora efectiva de trabajo
Rendimiento hora odontólogo	Total pacientes atendidos/total horas laboradas	No. atenciones por hora odontólogo
Rendimiento hora Tecnólogos	(No. Procedimientos realizados/total horas laboradas mes	No. de exámenes o procedimientos realizadas por cada hora efectiva de trabajo
Utilización de Quirófanos en cirugías programadas	No horas quirófano ocupadas / No horas Quirófano disponible	Utilización real del Quirófano

## 2.5. Indicadores de utilización

El Indicador de utilización describe a la utilización de los pacientes a la unidad médica u hospital, servicios y bienes de salud.

**Tabla:** Indicadores de utilización

Indicador	Fórmula	Que Mide
% atención emergencia /consulta	$(\text{Total consultas emergencia} / \text{Total consultas externas}) * 100$	Mide No. pacientes de emerg*100 consultas
% ocupación de cama	$\text{No días cama ocupada} / \text{No. días cama disponibles} * 1000$	Grado de ocupación de camas
% Uso de servicios hospitalización SSC	$(\text{Egresos hospitalarios SSC} / \text{total egresos}) * 100$	Demanda de servicios hospitalización del SSC
% Utilización de servicios consulta por activos, jubilados, montepío, voluntarios, seguro campesino x edad y sexo	$(\text{No consultas activos, jubilados, montepío, voluntarios, seguro campesino x edad y sexo atendidos} / \text{total consultas}) * 100$	Demanda de consulta por parte de jubilados
No exámenes de laboratorio por egresos	$(\text{Total exámenes hospitalización} / \text{egresos})$	No de exámenes de laboratorio por cada egreso
No exámenes de laboratorio x consulta en anexo	$(\text{Total de exámenes de Laboratorio en anexo} / \text{consulta en anexo})$	No de exámenes de laboratorio por cada consulta en anexo
No. exámenes de laboratorio por emergencias	$(\text{Total exámenes emergencia} / \text{emergencias})$	No. exámenes por cada emergencia
No. exámenes de laboratorio por consultas	$(\text{Total de exámenes consulta} / \text{consultas})$	No. Exámenes de laboratorio por cada consulta
Promedio de recetas en consulta	$\text{Total recetas despachada en consulta} / \text{No consultas}$	No. recetas recibidas por cada consulta
Promedio de recetas	$\text{Total recetas despachadas}$	No. recetas

en emergencia	emergencia/cons.emergencia	recibidas por emergencia
Promedio de recetas en hospitalización	Total recetas despachadas hospitalización /egresos	No. recetas recibidas por cada egreso
Promedio de recetas por consulta en anexos	Total recetas despachadas anexos/consultas anexo	No. recetas recibidas por cons. en anexo
Promedio de recetas por día estada	Total recetas despachadas hospitalización/total días estada	No. recetas recibidas por día estada
Promedio de sesiones de rehabilitación por paciente	(Total de sesiones fisioterapia/total pacientes)	No. de sesiones de rehabilitación por paciente
Razón abortos -partos hospitalarios	(No. abortos / No partos normales+cesareas)	Abortos por cada parto
Razón cesáreas-partos normales	(No cesáreas/total parto normal)	Cuantos partos cuantos terminan en cesárea, es también indicador de calidad
Uso de estudios de RX * emergencias	(Total de estudios RX emergencia/total emergencia.)	No. Estudios* cada emergencia
Uso de estudios de RX por consulta	(Total de estudios RX en consulta/total consultas)	No. estudios por cada consulta
Uso de estudios de RX en anexos	( Total de estudios RX en anexos/ consultas de anexos	No estudios por cada consulta en anexo
Uso de estudios de RX por egresos	(Total de estudios RX hospitalización / egresos)	No. estudios* cada egreso
Uso de quirófano por egreso	No de pacientes intervenidos/No de egresos*100	% de Pacientes hospitalizados que demandaron uso de Quirófano
Uso de Terapia Intensiva por egreso	(No de pacientes transferidos a Terapia)/ No egresos	%de pacientes hospitalizados que demandaron uso de Terapia Intensiva
Utilización de horas de anestesia	No. De horas efectivas de anestesia/No. De horas contratadas*100	Utilización del tiempo real de anestesia

### 3. Indicadores de resultados

El indicador refleja los servicios y bienes cuantificables producidos y/o entregados por el la unidad médica.

#### 3.1. Indicadores de efectividad

El indicador de efectividad es el impacto final en la población estimada como objetivo con resultados reales producidos.

**Tabla:** Indicadores de efectividad

Indicador	Fórmula	Que Mide
Tasa cruda de mortalidad	Total defunciones menores a 48 horas/total egresos*100	Riesgo de fallecimiento en menos de 48h
Tasa de mortalidad en Centro Quirúrgico	No de muertes en Quirófano/No pacientes intervenidos *5000	Fallecimiento en Quirófano por 5.000 pacientes
Tasa de mortalidad en Terapia Intensiva	No de muertes en Terapia Intensiva/No pacientes transf. Terapia *100	% de Pacientes fallecidos en Terapia Intensiva
Tasa de mortalidad fetal	No. nacidos muertos/total nacidos vivos*1000	Niños nacen muertos *1000 nacidos vivos
Tasa de mortalidad materna	No. defunciones maternas / No. nacidos vivos*1000	No. defunciones maternas por 1000 nacidos vivos
Tasa de mortalidad neonatal	No defunciones de 29 días de nacidos/total nacidos vivos*1000	Cuantos niños fallecen antes del mes
Tasa de mortalidad obstetricia Hosp.	No defunciones obstétricas /egresos obstétricos*1000	Fallecimientos por cada 100 egresos obstétricos
Tasa de mortalidad por anestesia	(Defunciones por anestesia/Pacientes que recibieron anestesia) x 1000	Es el número de defunciones por causa de la anestesia.
Tasa de mortalidad post-operatoria	(Defunciones durante los primeros 10 días post-	Es la relación entre el número de

	operatorios/ Operaciones en el período) x 1000	defunciones ocurridas a pacientes operados dentro de los primeros 10 días post – operatorios
Tasa de mortalidad precoz	(Defunciones menores de siete días / Nacidos Vivos) x 100	Relación entre defunciones de recién nacidos ocurridos en los primeros 7 días de vida en un período, y los nacidos vivos en el hospital en ese período.
Tasa de mortalidad total	(Total de defunciones/ No egresos)*1000	Fallecimientos por 100 egresos
Tasa neta de autopsias	(No de autopsias en pac. fallecidos en Hosp/No. Defunciones ocurridas) x 100	Veces que un paciente acudió a la unidad por la misma enfermedad, intensidad de uso de la consulta
Tasa neta de mortalidad	No defunciones de más de 48 horas/total egresos*100	Riesgo de fallecimiento en más de 48h

### 3.2. Indicadores de eficacia

El indicador de eficacia es el grado de cumplimiento de los objetivos y resultados planificados.

**Tabla:** Indicadores de eficacia

Indicador	Fórmula	Que Mide
% de reingresos a emergencia	No reingresos menores 24 horas/No egresos de emergencia X100	% Eficacia y Calidad de atención en emergencia.
% Altas en saneamiento básico	(No tratamientos terminados / primera atención en el mes) X	Eficacia de atención



T.O.T	100	odontológica
% de cirugías laparoscópicas terminadas de manera abierta	No. Laparoscópicas terminadas abiertas/ No. De laparoscopías X100	% Eficiencia y calidad de atención en cirugías laparoscópicas
% de pacientes re intervenidos	No pacientes re intervenidos / No pacientes intervenidos * 100	Evaluar la calidad de la intervención quirúrgica efectuada
% de personas diabéticas atendidas con calidad en la consulta médica especializada	Total de pacientes diabéticos atendidos con HB menor a 7 %/ total de pacientes atendidos por Diabetes Mellitus en la unidad	% de personas con hemoglobina aplicada menor o igual al 7% controladas en cualquier consulta externa de la unidad médica durante un año
% de reingresos a hospitalización	No. Reingresos menores a 7 días/No egresos	% Eficiencia y calidad de atención en hospitalización
% de usuarias en edad fértil mayor de 20 años con PAP realizado e informado	# de mujeres en edad fértil mayores de 20 años con PAP realizado e informado en período determinado / # total de mujeres en edad fértil mayores de 20 años que acuden a los servicios en el mismo período	Determinar si dentro de los servicios ofertados se brindan atenciones preventiva para la detección precoz de las neoplasias cervicales en las usuarias que acuden a los establecimientos de salud
% Pacientes de observación con estancias superiores a 24 horas	No. Pacientes de observación con más de 24 horas/Pacientes de observación X 100	% Eficacia y calidad de atención en emergencia, interrelación con los servicios de apoyo y hospitalización

Manejo de desechos biopeligrosos en unidades de salud	% de calificación de manejo de desechos dado por el MSP	Condiciones de saneamiento básico generales y el cumplimiento de normativas para la gestión de desechos peligrosos
No. altas en consulta	(No. de altas/total consultas)*100	Eficacia de consulta y nivel de solución
Porcentaje de quejas resueltas por la organización.	# de quejas resueltas/ total de quejas recibidas	Establecer la capacidad del establecimiento de salud para resolver las quejas de sus usuarios
Prevención de complicaciones crónicas en pacientes con diabetes Mellitus	Total de pacientes que recibieron el programa de educación/ Total de pacientes con diagnósticos de diabetes mellitus que se atienden en el centro x 99	Diseño y ejecución de un programa de educación al paciente diabético en la prevención de lesiones en el pie asociadas a su diabetes
Proporción de usuarios que perciben trato adecuado por el proveedor externo de salud	Número de usuarios que recibieron atención con proveedor externo / número de usuarios encuestados	Determinar la percepción del trato recibido, por los usuarios que recibieron atención por proveedores externos
Razón Extracciones/Restauraciones	(total restauraciones )/total extracciones	Eficacia de la restauración

### 3.3. Indicador de eficiencia

El indicador de eficiencia es más de lo económico en el balance del costo de la implantación que sea una relación porcentual que vincule el presupuesto asignado y el presupuesto ejecutado en las cuentas.

**Tabla:** Indicador de eficiencia

<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Que Mide</b>
Costo acción social	Gastos en Servicio Social/Total acciones sociales	Establece costo por acción social
Costo administrativo	Gastos en Administración / No. pacientes atendidos en productos finales	Establece costo administrativo por paciente
Costo atención Odontológica	Gastos en Odontología / No pacientes atendidos	Establece costo por paciente atendido
Costo Consulta	Gastos en Consulta / No consultas	Establece costo por consulta
Costo consulta Emergencia	Gastos en Emergencia / No consultas de Emergencia	Establece costo por consulta emergencia
Costo día cama en observación	Gastos en observación/No de egresos de observación	Establece costo por egreso en observación
Costo día cama ocupada	Gastos Hospitalización / No. días cama ocupada	Establece costo por paciente día
Costo egreso	Gastos Hospitalización / No. egresos	Establece costo por egreso
Costo egreso en Neonatología	Gastos en Neonatología/No pacientes atendidos en Neonatología	Establece costo por paciente atendido en neonatología
Costo egreso en Terapia Intensiva	Gastos Terapia /No egresos en Terapia	Establece costo por egreso en terapia intensiva
Costo examen de Laboratorio	Gastos Laboratorio / No. de exámenes	Establece costo por examen
Costo examen radiológico	Gastos en Imagenología/No. de exámenes realizados	Establece costo por examen
Costo Intervención Quirúrgica	Gastos en Quirófano / No cirugías	Establece costo por cirugía
Costo libra ropa lavada	Gasto en Lavandería/ No libras ropa lavada	Establece costo por lavandería
Costo paquete estéril	Gasto en Esterilización / No. paquetes esterilizados	Establece costo por paquete esterilizado
Costo placa radiográfica	Gastos en Imagenología/ No de placas radiográficas	Establece costo por placa radiográfica
Costo por paciente atendido en	Gastos en Fisioterapia / No. pacientes	Establece costo por paciente

Fisioterapia		
Costo promedio determinación	Gastos Laboratorio/No. De determinaciones	Establece costo por determinación
Costo receta	Gasto total de Farmacia/No recetas despachadas	Establece costo por receta ( incluye medicación y despacho)
Costo sesión de fisioterapia	Gastos en Fisioterapia / No. Sesiones	Establece costo por sesión
Costo tratamiento terminado de odontología	Gastos en Odontología/No tratamientos terminados	Establece costo por tratamiento odontológico terminado

### 3.4. Indicador de morbilidad y mortalidad

El indicador de morbilidad es el que intenta estimar el riesgo de enfermedad (Perfiles de morbilidad), para cuantificar el impacto.

**Tabla:** Indicador de morbilidad y mortalidad

Indicador	Fórmula	Que Mide
20 primeras causas de mortalidad	20 diagnósticos más frecuentes	Causas de mortalidad
20 primeras causas de morbilidad	20 diagnósticos más frecuentes	Causas de morbilidad

### 4. Otros indicadores de gestión

Indicador de gestión permite evaluar el grado de cumplimiento de las actividades y utilización de los recursos necesarios para conseguir: Eficacia, Eficiencia y Efectividad.

**Tabla:** Otros indicadores de gestión

Indicador	Fórmula	Que Mide
Costos/ejecución presupuestaria	Total de costos sobre presupuesto ejecutado anual	coherencia entre ejecución y costos
Facturación/costos	Total de Ingresos facturados/Total de costos	% de costos financiados a través

	unidad	de la facturación
Facturación/ejecución presupuestaria	Total de facturación sobre presupuesto ejecutado	coherencia entre ejecución y facturación
Gestión presupuestaria	$(\text{Presupuesto ejecutado} / \text{presupuesto asignado}) * 100$	Mide % Ejecución presupuestaria
Gestión Recurso Humanos	$(\text{Horas ausentismo por causa justificada} / \text{total horas contratadas}) * 100$	% Ausentismo por causa justificada
Porcentaje de gastos administrativos.	Total del gasto administrativo en el período correspondiente / total del gastos corrientes en el mismo período	Conocer el gasto administrativo que incurre la institución
Razón de gastos administrativos/gastos operativos	Total del gasto administrativo en el período correspondiente / total del gastos operativos en el mismo período	Relación entre administración y operación de una Unidad Médico