

T  
614  
LIT.p  
III PROM. 98

**ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL**

**ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACION DE  
EMPRESAS  
PROGRAMA DE GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**TERCERA PROMOCION**

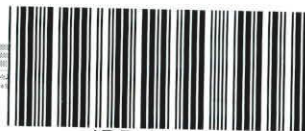
**TRABAJO DE GRADUACION**

**PROPUESTA DE MODERNIZACION  
DEL HOSPITAL "SAN LUIS" DE OTAVALO**

**REALIZADO POR:**

**Dr. José Litardo Barzola  
Dr. Luis Trujillo Castro**

**DIRIGIDO POR: Dr. Ernesto Torres**



\*DP-01379\*

**GUAYAQUIL, DICIEMBRE DE 1998**

**Nunca pongas en duda que un pequeño grupo de ciudadanos preocupados y comprometidos puedan cambiar el mundo; de hecho, es lo único que lo ha cambiado.**

**MARGARET MEAD**

**El hombre no es la suma de lo que tiene, sino la totalidad de lo que todavía no tiene y podría tener.**

**JEAN – PAUL SARTRE**

**La gran finalidad de la vida no es el conocimiento, sino la acción.**

**THOMAS HENRY HUXLEY**

## **AGRADECIMIENTO**

**Expresamos nuestro profundo agradecimiento a todas aquellas personas e instituciones que han hecho posible que esta nueva etapa formativa se concrete en la estructuración del presente trabajo. En especial nuestro agradecimiento al Dr. Ernesto Torres Terán, Coordinador y docente del Postgrado de Gerencia en Servicios de Salud, además de amigo y compañero, por su persistencia en motivarnos a cumplir nuestra visión sobre el fenómeno Salud - Enfermedad, el Sector Salud y sus Instituciones.**

**Igualmente, agradecemos del Hospital "San Luis" de Otavalo en las personas de su Director, Dr. José Jaramillo y los diferentes jefes departamentales, trabajadores y empleados, quienes han facilitado el acceso a toda la información necesaria para la fundamentación de nuestra propuesta.**

**Finalmente nuestro agradecimiento al Ministerio de Salud Pública - Proyecto MODERSA y Proyecto FASBASE.**

## **DEDICATORIA**

**A Pedro Pablo (+ ) y Rosita América, a mis hermanos, a Sandra y María Fernanda y a toda la familia, por el permanente apoyo en todas las etapas de mi vida y en especial la actual, que ha permitido llegar a un nuevo sitio en mi superación personal para beneficio del bienestar de la comunidad a quién tanto respeto y quiero.**

**José V. Francisco**

**A Luis Eduardo y Esther Lucita (+), Naty, Tania, Damián y Daniel, por ser los motivadores permanentes de mi superación y mi búsqueda de la verdad.**

**Luis Adolfo**

# I N D I C E

## **RESUMEN EJECUTIVO**

### **PARTE I CONTEXTO GENERAL**

1. Introducción
2. El Sistema Hospitalario en el Ecuador
3. El M.S.P. y el proceso de Modernización - Proyecto MODERSA
4. Componente de Modernización Hospitalaria

### **PARTE II CONTEXTO INSTITUCIONAL**

1. Datos Generales del Area de Salud de Otavalo
2. Hospital "San Luis" de Otavalo:
  - 2.1 Generalidades
  - 2.2 Base legal y Antecedentes históricos
  - 2.3 Reglamento orgánico funcional
  - 2.4 Concepto de hospital
  - 2.5 Objetivo de hospital
  - 2.6 Funciones de hospital
  - 2.7 De la organización del hospital.
  - 2.8 Intervención del Proyecto FASBASE
3. Descripción de los Servicios del Hospital
4. Producción de los Servicios
  - 4.1 AREA MEDICA
    - 4.1.1 Consulta Externa
    - 4.1.2 Hospitalización
    - 4.1.3 Emergencia
  - 4.2 AREA ADMINISTRATIVA
    - 4.2.1 Recursos Humanos
    - 4.2.2 Sistema Financiero
    - 4.2.3 Estadísticas y Archivo
    - 4.2.4 Servicios Generales

### **PARTE III**

## **PROPUESTA DE MODERNIZACION DEL HOSPITAL DE OTAVALO**

1. ¿Porqué un Análisis Estratégico del Hospital?
2. Análisis Institucional (Interno)
  - 2.1 Análisis de la Direccionalidad
  - 2.2 Debilidades
  - 2.3 Fortalezas
3. Análisis del Entorno (Externo)
  - 3.1 Amenazas
  - 3.2 Oportunidades
4. Determinación de Problemas

### **PARTE IV**

## **PROPUESTA DE MODERNIZACION**

1. Introducción
2. Planificación Estratégica
3. Rediseño y Fortalecimiento Organizativo
4. Gestión del Recurso Humano
5. Sistemas de Información Gerencial
6. Disminución y Recuperación de Costos
7. Propuesta de Modernización del Hospital "San Luis". Plan Operativo

## **CONCLUSIONES**

## **RECOMENDACIONES**

## **BIBLIOGRAFÍA**

## **ANEXOS**

1. Historia de la Modernización en el país y Ley de Descentralización
2. Referencia de cuadros estadísticos
3. Encuesta de Proyecto MODERSA

# RESUMEN EJECUTIVO

La crisis que experimentan nuestros hospitales, hace imprescindible el análisis y desarrollo de nuevos enfoques para enfrentar los desafíos presentes y futuros en el marco de una perspectiva más amplia en salud, que considere los cambios en el rol de la modernización, los procesos de descentralización y la participación ciudadana (18).

Está ampliamente aceptado que los hospitales públicos son administrados deficientemente y la calidad de sus cuidados necesita ser mejorada (1).

El problema más importante del sector de la salud, ha sido la falta de poder político y la ausencia de un efectivo liderazgo sectorial, que han impedido contar con políticas de Estado en Salud. El sector Salud, en estas condiciones, ha desarrollado avances erráticos y discontinuos, condicionados por un inadecuado modelo de atención, orientado más a curar que prevenir, un escaso y mal distribuido gasto en salud, una severa debilidad de gestión y una perniciosa fragmentación institucional (2).

Mención particular merecen las deficiencias en la formación, utilización y distribución de los recursos humanos y la persistencia de condiciones de trabajo que no favorecen su desarrollo, lo que incide en la baja calidad de la prestación de servicios de salud a la población.

Con el propósito de apoyar el desarrollo del hospital de Otavalo, se sugiere la presente PROPUESTA DE MODERNIZACION DEL HOSPITAL "SAN LUIS" DE OTAVALO.

El trabajo se divide en cuatro partes.

La Parte Primera corresponde al CONTEXTO GENERAL en el que incluye al sistema hospitalario en el Ecuador, el proceso de modernización en el país, el MSP y el proceso de modernización y el componente de modernización hospitalaria.

En la Parte Segunda se analiza el CONTEXTO INSTITUCIONAL, se presenta la reseña histórica del hospital "San Luis", generalidades de los datos del área, organización funcional, nivel de complejidad, aplicación de encuesta a funcionarios del hospital, obtención de información TÉCNICO MÉDICO de producción de hospitalización; consulta externa; emergencia; odontología; alimentación. Sistemas de información de ADMINISTRATIVA sobre recursos humanos; financiero; contabilidad; estadística.

En la Parte Tercera se procede con el ANALISIS ESTRATEGICO, en este ítem se hacen observaciones sobre elementos sobre la **direccionalidad institucional, determinación de problemas y análisis FODA**. Aquí planteamos principalmente la redefinición de la MISION de la institución, o la direccionalidad de la misma, la misión debe incluir la definición de la razón de ser (negocio) de la institución, determinar el futuro de la institución para sí y para su entorno, y la determinación de un cuadro de valores filosóficos

que deberán guiar el desarrollo y la proyección al futuro. La problemática hospitalaria encontrada se la agrupo según las Areas Estratégicas planteadas; por el estudio de la Universidad John Hopkins: DIRECCION Y LIDERAZGO; GESTION DE RECURSOS HUMANOS; SISTEMAS DE INFORMACIÓN; GESTION FINANCIERA Y GESTION DE PROCESOS.

La Parte Cuarta presenta la propuesta de la Modernización del Hospital "San Luis". Se proponen varios parámetros de acción: **ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA:** La propuesta gira básicamente en torno a la conformación de una Junta Directiva que se constituya en el máximo nivel de autoridad en la institución, asumiendo el Director las funciones de Gerente de Responsabilidades ante la Junta Directiva. **PLANIFICACION Y TOMA DE DECISIONES:** Se propone a que la institución se someta a un proceso de planificación estratégica, que involucre a actores sociales de la localidad e institución. **SISTEMA DE INFORMACIÓN:** El Hospital debe optimizar la capacidad instalada para generar sistemas adecuados de Información Gerencial, al mismo tiempo debe implantar un plan de educación al personal y comunidad para la estructuración de una red oportuna y publicación de calidad de acuerdo al momento. **RECUPERACION DE COSTOS:** Se debe desarrollar estudios sobre los verdaderos costos en que incurre la institución para la prestación de servicios para implementar un Sistema de Recuperación de Costos, así como manejar el presupuesto de acuerdo a objetivos y producción. **RECURSOS HUMANOS:** Proponemos el diseño e implementación de un Sistema de Reclutamiento, Selección e Inserción, Desarrollo y Evaluación del personal sobre la base de un estudio de necesidades, a través de mecanismos de reingeniería de procesos, incentivos y estímulos adecuados en razón de su productividad y desempeño.

Los autores creemos que el propósito central del presente trabajo tiene la característica de que el Hospital "San Luis" de Otavalo, sea una organización exitosa (15), con un alto nivel de consenso interno acerca de su misión, visión, con una adecuada relación de las estrategias centrales, se emplee tiempo y esfuerzos válidos a los cambios que se generan en el entorno, se ponga un mayor énfasis en servir al consumidor, se defina el mercado y que la satisfacción con los servicios prestados sean esenciales para el futuro de la institución(2).

**PARTE I**

**CONTEXTO**

**GENERAL**

# 1. Introducción

En el Ecuador, los diagnósticos de la situación de salud demuestran una crisis severa.

En el marco de persistentes déficit en ámbitos directamente relacionados con la salud de la colectividad ecuatoriana (empleo, alimentación, saneamiento y educación, determinados a su vez por una organización social desigual, fuertemente concentradora y excluyente) la atención de la salud se deteriora progresiva e inexorablemente, muy particularmente en los servicios públicos y de la seguridad social. (21)

Tres vertientes de la crisis podrían situarse en los ámbitos de la cobertura, la calidad y los costos. La inexistencia de políticas de salud de Estado, determinados por la ausencia de liderazgo y poder político en el sector ha condicionado el mantenimiento de 4 factores que podrían ser señalados como corresponsables de la crisis que hoy amenaza la supervivencia misma de servicios e instituciones: Inadecuado modelo de atención, escaso y mal distribuido gasto en salud, fragmentación institucional y limitada capacidad de gestión.

Esta visión de los principales problemas de la atención de salud en el Ecuador perdería objetividad si no se mencionan también las potencialidades que, a pesar del desfavorable entorno reseñado, se han generado, sobre todo a partir de experiencias locales con clara orientación de cambio, por ejemplo la conformación y desarrollo del nivel de área de salud que en el marco del Proyecto FASBASE, así como de otras intervenciones con asistencia internacional y nacional especialmente liderados por ONG's han alcanzado un notable

progreso generando iniciativas en ámbitos de calidad y calidez de la atención, igualmente el Proyecto MODERSA está impulsando acciones innovadoras en el campo de la salud que permitirán una sostenibilidad en los procesos de la atención a través de acciones conjuntas con participación de los gobiernos locales.

El presente trabajo tiene por objeto, aportar al mejoramiento de la calidad en la atención de la comunidad otavaleña a través de una propuesta de modernización del Hospital “San Luis”.

El Proyecto de Modernización de Servicios de Salud (MODERSA), en el marco de las políticas nacionales de modernizar la gestión pública busca mejorar la salud de poblaciones marginales garantizándoles el acceso a prestaciones integrales de salud provistas por una red plural de servicios locales de salud. En tal sentido, el MODERSA ha elaborado una guía metodológica para la presentación de propuestas de Modernización Hospitalaria. Las propuestas de cambio deben estructurarse en el contexto de la red de servicios de salud, como criterios adicionales para calificar la participación del hospital en el proyecto se consideran los mecanismos innovadores en la gestión, como la subcontratación de servicios, la concesión en administración, la creación de formas de incentivos a la productividad del personal. (19)

Para que la propuesta del Hospital “San Luis” sea aceptada por el MODERSA, se presentarán las variables principales de calificación a través de una guía preparada por el Proyecto.

## 2. El Sistema Hospitalario en el Ecuador

### DESARROLLO DE LOS HOSPITALES

El Hospital, que en un principio fue solamente un lugar de aislamiento en donde la caridad se ejercía como uno de los tantos aspectos del cristianismo, situado alrededor de las iglesias como asilo para los pobres, mujeres desamparadas, ancianos, enfermos crónicos, fue convirtiéndose en una institución con características de ejercicio profesional para la ciencia médica.

Se ha visto que el hospital es una institución que ha tenido un desarrollo histórico a través de los tiempos y que de un lugar de segregación y de asilo se ha convertido en la principal institución de salud integral y de atención médica. (4)

Con el transcurrir del tiempo, los cambios económicos, sociales, científicos y tecnológicos han impuesto profundas transformaciones en el concepto y funcionamiento del hospital. Hoy, por ejemplo, los hospitales ya no se crean con criterios de beneficencia o caridad, sino como respuestas a necesidades y derechos de la salud de la población. En realidad, el hospital se ha convertido en la principal institución de salud integral y de atención médica. La salud integral no solo es la falta de enfermedad, sino el correcto y armonioso funcionamiento del organismo que conduce a un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. Esto, naturalmente, es la preocupación fundamental de la atención médica. Así entonces, el hospital actual se justifica en términos de las funciones sociales que presta. A este respecto, conviene resaltar que la función social del hospital en lo que se refiere a

protección de una salud integral abarca tres aspectos diferentes que vistos coyunturalmente constituyen el concepto de atención médica. Estos son (7):

1. Medicina Preventiva.
2. Medicina Curativa.
3. Rehabilitación Médica.

### **Red Integral de Servicios.**

Es válido reconocer que en la atención médica moderna ya no se concibe que los hospitales trabajen aislados uno de otros. Ahora se requiere de una integración entre ellos denominada "Sistema coordinado de unidades médicas" a los cuales se les agregan dos funciones más, una relacionada con la enseñanza y otra con la investigación médica. (3)

Así entonces, los hospitales y las unidades médicas se deben relacionar permanentemente para garantizar una verdadera atención a la colectividad, aunque en el camino de estos elementos finales se encuentre una diversidad de funciones intermedias que reúnen las características propias de instituciones diversas; es decir, el hospital en sí mismo, es un gran hotel, un restaurante, un edificio de oficinas, un gran almacén, una lavandería, un conjunto de laboratorios, una farmacia, talleres de diversos oficios, un grupo de consultorios, un servicio de emergencia, un conjunto de salas de hospitalización, de cirugía, una hemeroteca, una serie de aulas, etc. (9)

Con este perfil, el Hospital se ha convertido paulatinamente en uno de los diseños técnicos y administrativos más complejos de un sistema de salud. (10)

Por otro lado y a medida que el Estado ha ido interviniendo más y más en las funciones sociales de las comunidades, la gestión hospitalaria fue quedando en manos de los médicos. En la actualidad, examinando las estadísticas de los responsables de la dirección de los hospitales, se puede visualizar que, en términos generales, hay tres grupos de personas que dirigen y administran hospitales sin que tengan necesariamente estudios previos relacionados con la profesión médica. (14)

A este respecto, la intervención estatal en la gestión hospitalaria pública, ha institucionalizado un paternalismo tal, que analizado gerencialmente, ha generado desperdicio de recursos, baja productividad y una insatisfacción creciente en los usuarios del servicio.

En suma, aunque se propenda por integrar los servicios hospitalarios, aún dista mucho camino por recorrer. La centralización de las decisiones y el carácter político que en la mayoría de casos se presenta, condiciona las estrategias de desarrollo de los hospitales.

### **En Ecuador.**

En el Ecuador existen diferentes instituciones dedicadas al cuidado de la salud de la población, cada una con sus propios objetivos y sus modalidades de atención. Los esfuerzos porque los recursos disponibles desarrollen actividades sinérgicas o al menos coordinadas, hasta el momento han tenido poco éxito y la presencia de instancias creadas para articular las iniciativas de salud como el Consejo Nacional de Salud son poco relevantes.

Dentro del ámbito del Ministerio de Salud, las deficiencias son claramente evidentes:

- Cobertura insuficiente.
- Marginación de los más necesitados.
- Atención inoportuna y carente de calidad.

A pesar de ello, en los últimos años se han desarrollado iniciativas para cambiar este modelo. Las acciones han necesitado, en primera instancia, reformular la organización y las estructuras de las unidades operativas consideradas como red. Estas unidades están constituidas o caracterizadas por ser organizaciones de distinta complejidad, las cuales urge articularlas en diversos niveles de atención. En principio la definición de estos niveles surge del criterio de optimizar el uso social de los recursos y garantizar así su productividad.

Para establecer los niveles de atención, a su vez, es necesario partir de la aceptación que existe una necesidad de servicios originada en una situación o problema de salud y el grado de complejidad necesario para lograr una capacidad de resolución adecuada.

Con el transcurrir del tiempo, los cambios sociales y tecnológicos han impuesto profundas transformaciones en el concepto mismo del hospital, su organización, manejo y funcionamiento. A pesar de ello y por múltiples motivos, el primer nivel ha sido deficitario en recursos y calidad, lo que ha estimulado que los usuarios continúen concurriendo, como secularmente lo han hecho, a las consultas externas y emergencias de los Hospitales por patologías que pueden y debieron ser tratadas en su nivel

Por otro lado, la regionalización y centralización de los servicios, ha limitado seriamente la

toma de decisiones eficientes y oportunas, así como la ausencia de autonomía y delegación de autoridad en el nivel primario, mermando su funcionalidad.

Otra situación negativa digna de mencionar, la constituyen los sistemas de referencia y contrareferencia, verdadera estrategia de coordinación entre los niveles, los cuales, por lo menos en el Ecuador, no son ni lo han sido efectivos. Estos casi no han existido o se ha dado en un solo sentido (desde el primer nivel a los superiores), con lo que se ha aumentado la demanda de los servicios hospitalarios. El fracaso de este flujo bidireccional puede ser atribuido, en la mayoría de los casos, a la inexistencia o pobreza de una base material de articulación entre los diferentes niveles conformada por sistemas de comunicación, transporte e información y también a la concepción limitada del personal médico y paramédico en cuanto a la importancia de las interrelaciones que deben mantenerse entre los niveles. (21)

Así las cosas, los hospitales desarrollan una fuerza centrípeta que concentra y centraliza y que difícilmente, dado los diversos factores endógenos y exógenos que inciden en ellos, permiten que los mismos se transformen en organizaciones eficientes.

Las alternativas de mejora no son fáciles y estas no se circunscriben solamente al replanteamiento del rol de los Hospitales dentro de un sistema escalonado de atención médica. Se plantea la necesidad de redefinir la estructura interna y tamaño de los mismos y de sus funciones externas, con el propósito de apoyar y fortalecer y no centralizar los recursos de los otros niveles.

Por lo señalado, los esfuerzos por cambiar el modelo de atención inequitativo e ineficiente empieza por fortalecer el primer nivel, propendiendo correlativamente al mejoramiento de la capacidad resolutive de los hospitales de los hospitales de segundo y tercer nivel.

Estos esfuerzos justifican en estudio que permita considerar alternativas válidas para la modernización administrativa y financiera así como la rehabilitación de la red hospitalaria, convirtiéndola en eficiente productora de servicios.

En el Ecuador, en todas las provincias además de los hospitales del Ministerio de Salud Pública, Junta de Beneficencias, SOLCA, especialmente, y otras instituciones, mantienen una importante red de hospitales, cuyas relaciones técnicas y funcionales entre sí empíricamente asoman endebles.

## Cuadro # 1

### UNIDADES HOSPITALARIAS DE REFERENCIA NACIONAL

<i>TIPO DE UNIDAD</i>	<i>NOMBRE</i>	<i>LUGAR</i>
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	EUGENIO ESPEJO	QUITO
HOSPITAL PEDIATRICO	BACA ORTIZ	QUITO
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO	ISIDRO AYORA	QUITO
HOSPITAL PSIQUIATRICO	JULIO ENDARA	QUITO
HOSPITAL PSIQUIATRICO	SAN LAZARO	QUITO
HOSPITAL DERMATOLOGICO	GONZALO GONZALES	QUITO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	ABEL GILBERT	GUAYAQUIL
HOSPITAL PEDIATRICO	FRANCISCO ICAZA	GUAYAQUIL
HOSPITAL NEMOLOGICO	ALFREDO J. VALENZUELA	GUAYAQUIL
HOSPITAL DE INFECTOLOGIA	J. RODRIGUEZ M.	GUAYAQUIL

Fuente: Manual de Areas de Salud

Elaboración: Autores de Trabajo

## Cuadro # 2

### HOSPITALES DE REFERENCIA, AREAS Y UNIDADES OPERATIVAS

<i>PROVINCIA</i>	<i>HOSP. DE REF. PROVINCIAL</i>	<i>No. DE AREAS</i>	<i>No. DE C.S.H.</i>	<i>No. DE C.S.</i>
AZUAY	3	13	5	9
BOLIVAR	1	4	1	5
CAÑAR	1	5	1	3
CARCHI	1	4	2	2
COTOPAXI	1	7	4	3
CHIMBORAZO	2	5	4	4
EL ORO	2	9	6	5
ESMERALDAS	2	9	5	4
GUAYAS	1	40	17	32
IMBABURA	1	4	3	1
LOJA	1	13	7	6
LOS RIOS	1	7	5	1
MANABI	5	12	4	25
MORONA	1	7	5	2
NAPO	1	3	3	1
PASTAZA	1	2	1	2
PICHINCHA	4	18	5	14
TUNGURAHUA	1	10	3	7
ZAMORA	1	3	2	
GALAPAGOS	1	2	1	
SUCUMBIOS	1	3		1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>180</b>	<b>84</b>	<b>127</b>

Fuente: Manual de Areas de Salud

Elaboración: Autores de Trabajo

### **3. El M. S. P. Y el Proceso de Modernización – Proyecto**

#### **MODERSA**

##### ANTECEDENTES (18)

En el Ecuador se han registrado, sin duda, progresos significativos en el campo de la salud, por ejemplo, en la reducción de enfermedades inmunoprevenibles y el mejoramiento de las actividades de salud pública, que han contribuido a disminuir los índices de mortalidad y morbilidad; los avances, sin embargo, han estado limitados por la inexistencia de políticas de salud de Estado; el sector se ha desenvuelto en medio de permanentes indefiniciones y una marcada discontinuidad de acciones.

El Ministerio de Salud Pública empeñado en constituirse una real entidad rectora del sector salud, se halla comprometido en construir procesos trascendentes en torno a Políticas de Salud de Estado, que se orienten a asegurar servicios de salud de calidad, sostenibles social y económicamente para toda la población, priorizando en los más pobres.

El M S P parte del reconocimiento de que emprender en tan compleja e inaplazable tarea, sólo puede obtenerse en trabajo conjunto con nuevos actores, de gobiernos locales, sociedad civil y sector privado, con clara responsabilidad sobre la salud de la población.

En este contexto se inscribe el aporte del Proyecto de Modernización de Servicios de Salud (MODERSA) concebido como una herramienta de trabajo para la construcción de modelos operacionales aplicativos de políticas generales de salud.

## PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EN EL ECUADOR

Pese a los avances en las últimas décadas, la tasa de mortalidad infantil de 40 por 1.000 nacidos vivos es cerca de cuatro veces más alta que en Cuba (10.2/1.000), Costa Rica (13/1.000) y Chile (14/1.000), y varía de 30 por mil en ciudades a 52 por mil en áreas rurales.

La mortalidad en niños de 1 a 4 años es 51 por mil, tasa tres veces más alta que en Chile o Costa Rica. La mortalidad materna, de 160 por mil nacidos vivos, es más de 20 veces superior a la tasa de Canadá o Estados Unidos.

El perfil de salud se caracteriza por la coexistencia de enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas: las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias contribuyen a más de la mitad de la mortalidad infantil; al mismo tiempo la incidencia de los problemas de salud no transmisibles y accidentes, asociados con el envejecimiento de la población y con los efectos de la “modernización”, contribuyen significativamente a una pérdida de años potencialmente productivos entre los adultos.

En lo que respecta al funcionamiento del sector salud, problemas organizacionales y operacionales impiden una adecuada provisión de servicios.

Algunos aspectos particulares de las debilidades de gestión, especialmente pública, son:

1. Decisiones de dirección centralizadas.

2. Administración reactiva antes que proactiva
3. No existe esfuerzo por entrenar y desarrollar el talento humano
4. No existe una información sistemática sobre la calidad de atención
5. No hay aplicación de estándares mínimos de atención médica
6. El medio financiero en el que operan los servicios de salud es inseguro
7. No hay sistemas efectivos de contabilidad y presupuesto
8. No hay estructura de incentivos y los recursos financieros son asignados sin importar el desempeño de los funcionarios ni la calidad de los servicios prestados.

Como consecuencia, el acceso a los servicios de salud está severamente limitado a cerca de 3 millones y medio de ecuatorianos o cerca del 30% de la población.

#### DESCRIPCION GENERAL DE LA MODERNIZACION

El **objetivo general** es el de contribuir a expandir acceso y mejorar la calidad y eficiencia de los servicios ambulatorios y hospitalarios, desarrollando nuevos modelos en la organización, financiamiento y gestión de los servicios de salud en provincias y municipios seleccionados.

Para alcanzar el objetivo se apoyará en el desarrollo de **modelos demostrativos** descentralizados, integrados por proveedores públicos y privados dentro de una red de cuidados de salud, que opere bajo acuerdos de desempeño o contratos para la entrega de servicios.

El proceso de modernización proveerá de asistencia para integrar las redes locales con los

hospitales provinciales o nacionales como centros de referencia semiautónomos.

El proyecto de modernización apoyará al Ministerio de Salud en procesos de fortalecimiento institucional para que asuma su papel regulatorio y de generador de políticas; se fortalecerá al Consejo Nacional de Salud; el desarrollo de recursos humanos en salud; y, la construcción de consensos en torno a la Reforma

Facilitará la descentralización de las decisiones y la administración de recursos delegando a Entidades Locales de Gestión en Salud (**ELEGES**), Areas de Salud y hospitales involucrados, el análisis de necesidades y la programación y utilización de recursos para mejorar la organización y entrega de prestaciones de salud.

### **El Proyecto de Modernización esta compuesto por los siguientes componentes**

1. Organización de Sistemas Descentralizados de Cobertura Universal de Servicios de Salud (**SIDCUSS**);
2. Modernización Hospitalaria; y,
3. Política Sectorial/Desarrollo de Recursos Humanos.

### **Líneas cardinales del Proyecto de Modernización**

1. Reforzar el papel del MSP en la elaboración de políticas, regulación y redifinición de prioridades sectoriales.

2. Descentralizar la responsabilidad para la toma de decisiones de la atención de salud en el sector público a corporaciones locales de concertación ciudadana y de actores públicos y privados relacionados con la salud.
3. Transformar hospitales públicos y centros ambulatorios en organizaciones semiautónomas que operen como redes integradas de atención de salud.
4. Establecer convenios o contratos con instituciones públicas y privadas para la provisión de servicios de salud, incentivando la competencia y libre elección de usuarios.
5. Adoptar mecanismos regulatorios y promover la estandarización de planes de beneficios para asegurar una calidad homogénea de prestaciones de los proveedores plurales.
6. Desarrollar mecanismos de aseguramiento de calidad, incluyendo un sistema de acreditación de servicios de salud.

### **Ambitos y población beneficiaria**

El Proyecto de Modernización incluye:

- a) Un ámbito geográfico específico, por ejemplo, provincias, municipios y hospitales seleccionados, para el desarrollo de experiencias demostrativas de organización y funcionamiento de Sistemas Descentralizados de Salud, y de Modernización Hospitalaria, respectivamente; y
- b) Un ámbito nacional para el desarrollo de las políticas del sector, leyes y regulaciones conexas, así también como actividades de construcción de consensos en torno a la Reforma del Sector Salud.

La población beneficiaria está estimada en cerca de 2 millones de personas (aproximadamente el 20% de la población total del país). El proyecto apoyará el desarrollo de 10 Sistemas Descentralizados de Salud y 8 procesos de modernización hospitalaria, seleccionados según criterios específicos.

## **COSTO DEL PROYECTO (18)**

**Cuadro # 3**

<b>ESTIMACION GENERAL DE COSTO</b> (en Millones de Dólares)				
<b>COMPONENTES</b>	<b>Total</b>	<b>BIRF</b>	<b>Gob. Central</b>	<b>Gob. Local</b>
Sistema Descentralizado de Salud	<b>40.6</b>	<b>26.8</b>	<b>3.8</b>	<b>10.0</b>
Modernización de Hospitales	<b>18.3</b>	<b>12.8</b>	<b>3.5</b>	<b>2.0</b>
Política de Salud, desarrollo de RR HH	<b>2.2</b>	<b>1.8</b>	<b>0.4</b>	
Administración del Proyecto	<b>3.9</b>	<b>3.6</b>	<b>0.3</b>	
<b>Costo total del Proyecto</b>	<b>65.0</b>	<b>45.0</b>	<b>8.0</b>	<b>12.0</b>
<b>Porcentaje de Financiamiento</b>		<b>69.24</b>	<b>12.3</b>	<b>18.52</b>

**FUENTE:** Proyecto Modersa, Documento de presentación  
**ELABORACION:** Autores del Documento

## 4. COMPONENTE DE MODERNIZACION HOSPITALARIA

Está ampliamente aceptado que los hospitales públicos son administrados deficientemente y la calidad de sus cuidados necesita ser mejorada

Aunque un gran número de hospitales públicos requiere mejoramiento sustancial, el proyecto debería ser capaz de establecer modelos de demostración semiautónomos solo en unos pocos hospitales seleccionados de acuerdo a criterios específicos, para una eventual réplica futura a lo largo del país.

En la fase inicial de implementación del proyecto el objetivo será fortalecer la gestión hospitalaria en orden a mejorar la eficiencia técnica y la calidad del cuidado. Con este objeto el componente asistirá a hospitales seleccionados para modernizar su organización y estructura de gobierno, prácticas administrativas, y mejoramiento de la calidad de los cuidados de salud:

- Implementando una organización administrativa semiautónoma que incluya la participación de los usuarios;
- Fortaleciendo la planificación y la toma de decisiones;
- Desarrollando los recursos humanos a través de un entrenamiento selectivo y educación continua, incentivos al desempeño, y desarrollo de carrera;
- Implementando sistemas de administración financiera y sistemas de información gerencial;

- Corrigiendo políticas de recuperación de costos y desarrollando nuevos mecanismos de asignación de recursos para el cuidado en hospitales; y,
- Financiando obras civiles, equipamiento, mantenimiento y suministro para renovar y mejorar los servicios existentes.

## **CRITERIOS PARA SELECCIONAR HOSPITALES**

Para modernizar instituciones con contradicciones fuertemente enraizadas, se requiere experimentación y una cuidadosa selección de candidatos para el cambio.

- El MSP podrá evaluar ocho hospitales en 7 áreas claves:
- Capacidad en la dirección general
- Planeación estratégica
- Sistemas de información
- Contabilidad y gestión financiera
- Recursos humanos y relaciones laborales;
- Servicios y equipamiento
- Relacionamiento con la comunidad y otros proveedores.

Adicionalmente, para seleccionar los hospitales, se utilizarán los siguientes criterios:

- a) El personal del hospital, con su Director a la cabeza, deben estar motivados para aceptar cambios en la organización, estructura de los equipos, administración financiera, y mejoramiento de calidad del establecimiento.

- b) El hospital debe tener fuerte influencia en su región y credibilidad para servir como un modelo de prueba y adopción de cambios en la administración de un hospital autónomo, en la entrega de servicios, en la calidad del cuidado y en la eficiencia asignativa;
- c) El hospital debe organizar un equipo para discutir y buscar acuerdo en proponer cambio;
- d) El hospital debe firmar un acuerdo con el MSP, con un respaldo de la perspectiva de las autoridades municipales y provinciales respectivas, cuando sea requerido para emprender los cambios modernizadores (con específico monitoreo e indicadores de evaluación de impacto) y tener acceso al financiamiento del proyecto; y,
- e) El hospital debe reconocerse como parte de una “red de aprendizaje” organizada con otros hospitales incluidos en similar proceso de cambio.

Una vez que el hospital ha sido seleccionado se nombrará un comité de gestión/administrativo el cual puede incluir los mismos miembros del equipo que discute las propuestas de cambio.

Con asistencia del proyecto, el comité de gestión podrá efectuar talleres para informar a todo el personal del hospital sobre los objetivos y estrategias de la reforma propuesta; y analizar el resultado de la administración hospitalaria valorando resultados.

El comité entonces definirá la visión, misión, valores culturales y objetivos del hospital, y desarrollará un plan de reforma incluyendo administración descentralizada autónoma, mejoramiento de eficiencia distributiva y técnica, estrategia de aseguramiento de calidad, y acuerdos sobre objetivos para todos los departamentos del hospital.

## PLAN DE CAMBIO ORGANIZACIONAL

### **Gestión Hospitalaria y mejoramiento de calidad**

Hay acuerdo entre los actores sociales claves que las decisiones hospitalarias importantes deben ser adoptadas cerca de la población beneficiaria, para mejorar la flexibilidad y respuesta a las específicas necesidades de las diversas áreas geográficas y grupos poblacionales en el Ecuador (18).

Para el efecto el componente apoyará las siguientes acciones:

- Desarrollo de un marco para la toma de decisiones que apoye una autonomía mayor de los hospitales públicos seleccionados con respecto a decisiones claves tales como el desarrollo de presupuestos operacionales y de capital, planeación estratégica, administración y contratación de recursos humanos.
- Implementación de uno o más modelos de gobierno que permita a autoridades, y líderes regionales y locales compartir una mayor responsabilidad en la administración de los hospitales seleccionados. Específicamente, el establecimiento de instancias autónomas para hospitales tales como Consejos Asesores o de Gobierno. Miembros de esos consejos podrían incluir representantes de los actores sociales claves (por ejemplo: autoridades ciudadanas, representantes de la comunidad, de organización de mujeres, de grupos profesionales y laborales, entre otros).
- Diseño e implementación de sistemas de administración/gestión mejorada, incluyendo administración de calidad total, que apoyaría el fortalecimiento de contabilidad de

costos, mejoramiento del desempeño y medición, y reporte de los sistemas en los hospitales pilotos.

Los sistemas de gestión clave a ser mejorados incluirán:

- recursos humanos,
  - administración de materiales,
  - medidas y reportes de desempeño,
  - contabilidad de costos,
  - presupuestación,
  - sistemas de información y gerencia de calidad.
- 
- La primera prioridad será definir el conjunto de procedimientos que el hospital, a diferentes niveles, está esperando desempeñar. Para cada procedimiento deben desarrollarse los correspondientes estándares, especificando los equipos y suministros requeridos y definiendo las competencias del personal. Los estándares deben encausar el cuidado del paciente y la eficiente gestión del hospital en el contexto de funcionamiento de la Red, en su conjunto.
  - Diseño y establecimiento de programas de educación permanente para manejo clínico quirúrgico de casos, así como sobre administración y gestión hospitalaria para directores hospitalarios y líderes en el sistema de salud, administradores de departamentos clínicos y administrativos, y personal de apoyo técnico.
  - Fortalecimiento de un programa de infraestructura educacional en gerencia de

hospitales y sistemas de salud.

### **Plan de Inversiones**

El subproyecto podrá financiar las inversiones prioritarias para mejorar la infraestructura y el equipamiento hospitalario en los hospitales demostrativos,

- Reducción del riesgo para pacientes y personal.
- Proceso de mejoramiento en tiempo o estadía de paciente.
- Reducción de los costos de intervención
- Mejoramiento significativo de la calidad de los servicios.
- Clara economía de escala.

**PARTE II**

**CONTEXTO  
INSTITUCIONAL**

## 1. Datos Generales del Area de Salud de Otavalo (23)

El Area de Salud de Otavalo corresponde territorialmente al cantón Otavalo, en cuya cabeceraume la responsabilidad de Jefatura de Area a la cual pertenecen otras trece unidades de atencion basica.

Los datos principales son los siguientes:

Superficie Km2:	499
Población:	71.917
Densidad poblacional:	144 (hbt x km2)
Tasa de natalidad:	24.8
Población urbana	36.1%
Población rural	63.9%
Analfabetismo	26%
Establecimientos de Salud	24
Unidades del MSP	13 (Hospital 1, SCS 10. P de S 2)

El Proyecto FASBASE ha apoyado el desarrollo del Area con intervenciones en infraestructura física, equipamiento, recursos humanos y educación continuada.

El informe de consultoría realizado en Otavalo encontró que para las unidades de salud del Area las consultas habitantes año fue de 0.43, para la Jefatura de Area de 0.8, que

relacionada con el promedio nacional de 0.95 es bajo, con la recomendación de la OPS/OMS de 2 consultas/hab/año, son francamente bajas.

## **2. Hospital “San Luis” de Otavalo**

### 2.1 GENERALIDADES

De acuerdo a la categorización de las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública, que toma en cuenta la regionalización y la utilización eficiente de los recursos, el Hospital San Luis de Otavalo se encuentra en la categoría 2 que corresponde al Hospital Cantonal (17)

El Hospital no tiene un documento en el que conste la misión, el único documento oficial de referencia es el Manual de Organización Funcional Interno de abril de 1987, en el mismo se indica en el concepto de hospital que es **“Una entidad del Sistema de Servicios de Salud Pública, que se halla ubicado en la cabecera cantonal y que brinda Atención de Salud Integral de tipo Ambulatorio y de internamiento a la población, dentro del área de influencia.”**

Su estructura organizacional se encuentra en el organigrama y está encabezada por el Director que generalmente es un médico de libre remoción nombrado por la Dirección Provincial de Salud de Imbabura. Se encuentra dividida en dos estructuras: la médica y la administrativa de las cuales dependen diferentes departamentos (23)

Paralelamente constan como entes asesores el Consejo Técnico y los Comités de Adquisiciones, Farmacología y Medicamentos. De la misma manera está establecido en el organigrama la secretaría y central de archivo.

El Hospital tiene una dotación de 75 camas para hospitalización, con un recurso humano de 169 personas.

En el año de 1997, año del estudio, se registraron dos paros, uno duró un mes y el segundo tres días. La producción durante este período reflejó una baja cobertura, las actividades de vigilancia epidemiológica no se verificaron porque la UCA no tenía ninguna curva de frecuencia de las enfermedades reportadas. El funcionamiento de la UCA como equipo, se determinó que cada uno conoce las funciones de sí mismo, pero las de los otros no, o de manera parcial, y por lo tanto no hay intercambio de funciones cuando alguien falta en el equipo, lo que da una idea de que no hay intentos de un funcionamiento formal.

El Hospital San Luis de Otavalo a pesar de estar considerado como de mediana magnitud, representa niveles administrativos complejos; por esta circunstancia los requerimientos de tiempo del personal integrante de la UCA se ven absorbidos por las exigencias del hospital quedando poco para enfrentar las responsabilidades como UCA.

## 2.2 BASE LEGAL Y ANTECEDENTES HISTORICOS

La creación del Hospital “San Luis” de Otavalo, de la provincia de Imbabura, se fundamenta a través de las siguientes acciones:

El 2 de abril de 1922, se forma un Comité Patriótico llamado “Liga de la Caridad”, quién con fondos de la ciudadanía se compra un terreno de dos hectáreas al norte de la ciudad, junto al riachuelo El Tejar, sitio en el cual se construiría el Hospital.

En el año de 1942, en el Gobierno del Doctor Carlos Arroyo se construye un Hospital más moderno, de acuerdo a la época, pero con la dirección técnica y con fondos de estado y pequeñas contribuciones del Municipio de Otavalo, mediante un contrato con el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública de los Estados Unidos de América que estaba colaborando con el país.

El 30 de Mayo de 1947, se adquirió por escritura pública el Hospital. A pesar de oposiciones del Gobierno de Plaza Lasso para su equipamiento, los legisladores Otavaleños en los Congresos de 1951 y 1952, se lo equipo y se lo puso en funcionamiento.

El Hospital “San Luis” de Otavalo es inaugurado el 6 de septiembre de 1953, siendo Presidente de la República el Señor Doctor José María Velasco Ibarra.

La primera Junta Administrativa del Hospital, formada con carácter de autónomo, nombró al señor Doctor Germánico Endara Miño, como el primer Director de esta Casa de Salud

inaugurada con los cuatro servicios médicos básicos: Medicina Interna, Cirugía General y Traumatología, Gineco - Obstetricia y Pediatría. Además funcionaron los departamentos de Estadística, Farmacia, Laboratorio y Rayos X.

El personal administrativo se conformó por el Director, un secretario, un contador - pagador y un Jefe de Estadística.

El Hospital "San Luis" de Otavalo funcionó bajo la supervisión de la Junta Administrativa, hasta la creación del ministerio de Salud Pública en el año de 1967 y que posteriormente por Decreto Supremo del 14 de abril de 1972, se suprime las Juntas de Asistencias Sociales del país y los Hospitales pasan a depender del Ministerio de Salud Pública.

El Gobierno Nacional luego de los estudios realizados sobre la problemática de la atención médica de la comunidad Otavaleña, decide ampliar sus servicios de 80 a 120 camas para cubrir la demanda de salud. La obra la ejecuta el IEOS, por administración directa, el mismo que es puesto en servicio el 13 de marzo de 1987.

## 2.3 REGLAMENTO ORGANICO FUNCIONAL

El Art. 134 del Reglamento Orgánico Funcional General de Hospitales, faculta a cada unidad hospitalaria, elaborar el reglamento orgánico Funcional Interno de cada unidad operativa, de acuerdo a los recursos que dispone, el nivel de complejidad y el servicio que presta.

## 2.4 CONCEPTO DEL HOSPITAL

Es una entidad del Sistema de Servicios de Salud Pública, que se halla ubicado en la cabecera cantonal de Otavalo en la provincia de Imbabura, que brinda atención de Salud Integral de tipo ambulatorio y de internamiento a la población, dentro del área de su influencia.

## 2.5 OBJETIVO DEL HOSPITAL

Los principales objetivos son:

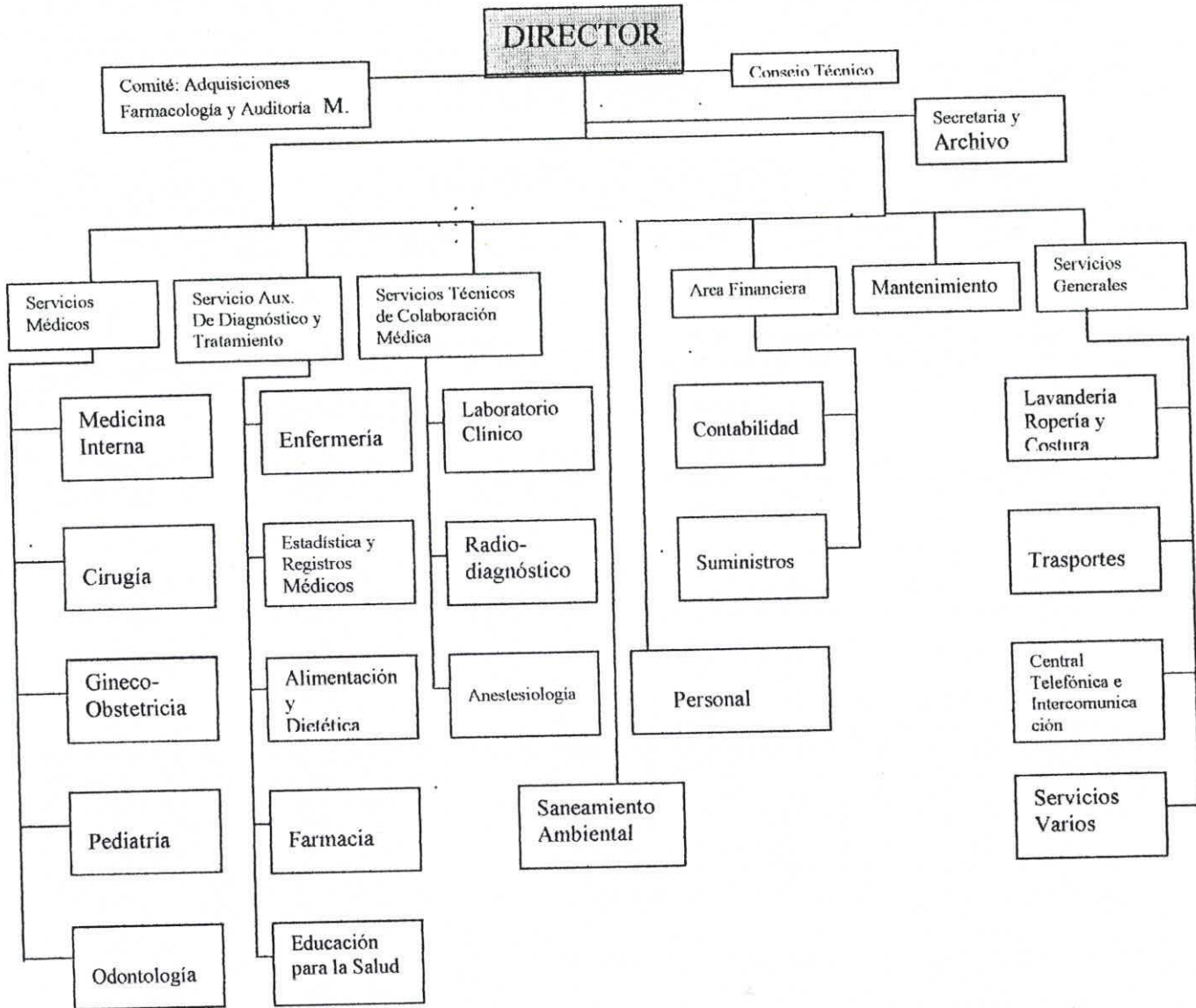
- a) Contribuir al mejoramiento del nivel de salud y vida de la población.
- b) Brindar atención médica integral, eficiente y eficaz a la población que solicita servicio de salud.
- c) Colaborar al desarrollo técnico administrativo y científico en la prestación de salud y de la ciencia de la salud.

## 2.6 FUNCIONES DEL HOSPITAL

- a) Planificar, ejecutar y controlar las actividades de salud en su área de influencia.
- b) Desarrollar acciones encaminadas al Fomento de la Salud.
- c) Ejercer actividades de protección específica de salud.
- d) Brindar atención de recuperación de salud.
- e) Efectuar capacitación y adiestramiento en servicio de personal.
- f) Realizar investigaciones en áreas médicas y administrativas.
- g) Prestar asistencia técnica a las unidades operativas de menor complejidad en su área de influencia
- h) Efectuar docencia intra y extra hospitalaria e interinstitucional.

# ORGANIGRAMA

## HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO



## 2.7 DE LA ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL

### **ESTRUCTURA ORGANICA**

El Hospital Cantonal “San Luis” de Otavalo depende jerárquicamente de la Dirección Provincial de Salud de Imbabura, y se encuentra conformado por los siguientes servicios, bajo la responsabilidad de la Dirección del Hospital:

- Dirección del Hospital
- Secretaría y Archivo

La Dirección del Hospital contará con los siguientes organismos y áreas técnicas, médico y administrativos:

#### a) ORGANISMOS ASESORES Y DE APOYO

- Consejo Técnico
- Comité de Adquisiciones
- Comité de Farmacología
- Auditoría Médica

#### b) AREA MEDICA: Integrada por:

##### **SERVICIOS MEDICOS**

- Medicina Interna
- Cirugía
- Gineco - Onstetricia
- Pediatría
- Odontología

##### **SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**

- Laboratorio Clínico
- Radiología
- Anestesiología

#### **SERVICIOS TECNICOS DE COLABORACION MEDICA**

- Enfermería
- Estadísticas y Registros Médicos
- Alimentación y Dietética
- Farmacia
- Educación para la Salud

#### **c) SANEAMIENTO AMBIENTAL**

#### **d) AREA ADMINISTRATIVA**

- Administración Hospitalaria
- Personal
- Contabilidad
- Suministros
- Mantenimiento
- Servicios Generales:

Lavandería, ropería y costura

Transporte

Central telefónica e intercomunicación

Servicios varios (Limpieza, guardianía y conserje)

La capacidad de camas del hospital en sus inicios fue de 120. La característica de la atención permitió una alta confiabilidad de la población del cantón como de la provincia y finalmente del resto del país. Por referencia histórica, se conoce que acudían a la atención, pobladores de las provincias de Carchi, Esmeraldas, Pichincha y Cotopaxi (23).

La atención y administración fue hasta los años sesenta de tipo fisco misional, es decir compartida por una orden religiosa y el Estado. Los Recursos Humanos respondían a la estructura centralizada sólo en el hospital, las unidades de referencia del cantón se administraban técnica y financieramente desde la Dirección Provincial de Salud de Imbabura. El número de personal era mínimo en relación a la estructura actual, la capacidad se amplió en los años setenta, por lo tanto a partir de esa década el número de camas llegó a setenta y cinco, por lo que se incrementó el recurso humano. En los años ochenta la capacidad se aumento a ciento veinte. Al momento la capacidad física del hospital es para ciento veinte, pero sólo está habilitada para setenta y cinco, a inicios de los años noventa se cerró un ala del hospital (23).

Los sistemas de capacitación al personal de salud han variado a través del tiempo, hasta hace pocos años quién determinaba las necesidades de formación del recurso era directamente el Ministerio de Salud y canalizado por la Dirección Provincial de Salud, muchas veces sin guardar relación con las necesidades reales de los servicios.

El surgimiento de los sistemas de organización laboral trastocó el sistema de trabajo que tradicionalmente se aplicó en la institución, un trabajador podía apoyar simultáneamente

diversas áreas de trabajo, en razón de la necesidad de la atención a la comunidad. Actualmente el sistema laboral no permite cambios, lo que conlleva a una subutilización del recurso. El Hospital cuenta en la actualidad con dos sindicatos, dos asociaciones y una cooperativa.

## 2.8 INTERVENCIÓN DEL PROYECTO FASBASE EN EL HOSPITAL

A partir de diciembre de 1996, el Ministerio de Salud Pública a través del Proyecto FASBASE inicia su intervención en el Area de Salud de Otavalo y en el hospital "San Luis". Los objetivos principales son los de mejorar la calidad en la atención y extender las coberturas de atención para toda la población otavaleña.

Las acciones principales cumplidas directamente con el hospital son:

**Infraestructura Física.-** Ampliación y mantenimiento del Area física de hospitalización, emergencia, pediatría y quirófanos.

**Equipamiento.-** Dotación de equipos médicos con tecnología moderna, ej. electrocardiógrafo, equipos de laboratorio, equipos odontológicos, etc. además instrumental médico y odontológico, mobiliario y electrodomésticos.

**Recurso Humano.-** Contratación de médico, odontólogo, enfermera y personal administrativo.

**Capacitación.-** El Proyecto ha apoyado el nivel de desarrollo técnico administrativo del hospital, para lo cual se han realizado pasantías inter-áreas e inter-hospitales, cursos de actualización para el personal del hospital, actualización sobre normas AIEPI, etc. Una actividad de mayor jerarquía es la que será la intervención de una Institución Superior de gran experiencia para el desarrollo del personal Técnico administrativo financiero del Hospital. Propuesta de apoyo es que al término del año 99, tenga la unidad un excelente nivel resolutivo, que los Modelos de Atención y Gestión se manejen con solvencia, que el personal técnico maneje con calidad los criterios clínicos y epidemiológicos, entre otros.

**Medicamentos.-** El Proyecto FASBASE a través del PNUD, entregó durante cuatro trimestres, medicamentos necesarios en base a las patologías del sector.

**Red de Emergencias.-** Este componente del Proyecto está impulsando la infraestructura, equipamiento y conocimientos para el desarrollo del Hospital.

El Proyecto FASBASE, continuará apoyando el Area de Otavalo y Hospital hasta finales de 1999.

### **3. Descripción de los Servicios del Hospital**

Los servicios que presta la institución están destinados a Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia y son:

#### **AREA MEDICA**

**Areas Médicas:** Consulta Externa; Emergencia y Hospitalización.

**Especialidades Médicas:** Medicina Interna, Cirugía, Gineco Obstetricia, Pediatría, Odontología.

**Servicios Auxiliares de Dg. y Tratamiento:** Enfermería, Estadística, Alimentación, Farmacia y Educación para la Salud.

**Servicios Técnicos de colaboración Médica:** Laboratorio Clínico, Radiodiagnóstico y Anestesiología.

#### **Saneamiento Ambiental**

#### **AREA ADMINISTRATIVA**

##### **Personal**

**Area Financiera:** Contabilidad y Suministros

**Servicios Generales:** Lavandería, Ropería y Costura; Transporte, Central telefónica y Servicios Varios.

##### **Mantenimiento**

## **ESTADÍSTICAS**

Esta área se encarga de seleccionar a los pacientes que requieren el tipo de atención en Consulta Externa de acuerdo a la sintomatología. No hay normatización en cuanto al ingreso de los pacientes. El recurso humano está conformado por un jefe de servicio y cuatro asistentes. Laboran durante ocho horas diarias.

## **CONSULTA EXTERNA**

Atiende las cuatro especialidades básicas con profesionales de planta, con dos turnos: de 08:00 horas a 12:00 y de 14:00 a 18:00 horas. En Odontología atienden dos profesionales, uno de planta y otro contratado, el horario de atención es similar. La atención de la Consulta Externa es apoyada con Licenciadas en Enfermería, Auxiliares de Enfermería y Odontología. Por otra parte adjunto a la Consulta Externa funciona el Banco de Vacunas.

## **HOSPITALIZACION**

El hospital cuenta con las 4 especialidades, la dotación de camas es de 75 distribuidas de la siguiente manera:

<b>Medicina Interna</b>	21
<b>Cirugía</b>	14
<b>Pediatría</b>	23
<b>Gineco - Obstetricia</b>	17

## **4. Producción de los Servicios**

La información obtenida se basó en la aplicación de la guía de modernización propuesta por el Proyecto MODERSA. La encuesta y la investigación retrospectiva de producción fue del año 97.

### **4.1 AREA MEDICA**

La accesibilidad geográfica al Hospital es adecuada para la ciudad y poblaciones rurales concentradas, para las dispersas el tiempo para acceder puede llegar a ser de hasta tres horas. Las referencias se realizan pero no se registran y las contrareferencias no existen. El Hospital concentra la mayoría de las actividades en curativas y preventivas en la atención infantil y en menor escala en la materna.

Todos los datos reflejan tanto procesos cuanto resultados como coberturas, concentración, utilización, eficacia, etc., estos indicadores son bajos en relación con las exigencias de cumplimiento de estándares del propio MSP.

De acuerdo a un estudio realizado en el año 1996 – 1997 (23) una consulta en el hospital le cuesta al Estado Ecuatoriano igual que una consulta de especialista en el hospital privado más caro de la capital.

La información estadística en relación a producción de Servicios Médicos ha sido organizada en función de las siguientes Areas:

⇒ 4.1.1 Consulta Externa

⇒ 4.1.2 Hospitalización, y

⇒ 4.1.3 Emergencia

#### 4.1.1 CONSULTA EXTERNA

En este componente se consideró la producción total de consultas proporcionadas por cada especialidad médica durante los años 1995, 1996 y 1997. (Las especialidades con que cuenta el hospital son las básicas: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Gineco Obstetricia). Se consideran en estas estadísticas las consultas de Medicina General proporcionadas por los médicos residentes. (ver cuadro # 5). Además es válido indicar que Odontología es un servicio que se presta en el hospital y que no está cumpliendo los planes operativos propuestos para el año. Es importante que se realice una planificación real y que se cumplan las actividades de acuerdo a los grupos de atención.

#### 4.1.2 HOSPITALIZACION

La Hospitalización fue considerada en el estudio en relación a la producción por servicios de especialidad. Existe una baja cobertura a pesar de los recursos humanos existentes. Un factor crítico fue la falta de profesionales médicos que no contó la unidad por los elementos burocráticos centralistas. (no se permitía la contratación localmente).

#### 4.1.3 EMERGENCIA

La información obtenida permite clasificar las principales causas de atención, las Infecciones Respiratorias, los politraumatismos, las Infecciones de las Vías Urinarias y las EDAs son las principales causas de Atención. En total representan el 43% de la atención.

#### 4.2 AREA ADMINISTRATIVA

El estudio obtuvo información en relación a:

- ⇒ 4.2.1 Recursos Humanos
- ⇒ 4.2.2 Sistema Financiero
- ⇒ 4.2.3 Estadísticas y Archivo, y
- ⇒ 4.2.4 Servicios Generales

#### 4.2.1 RECURSOS HUMANOS

Las principales referencias obtenidas (datos y observación directa) sobre el componente de recursos humanos nos presenta como característica una subutilización del personal técnico, administrativo y de servicios, tanto en razón de producción de los servicios como de cumplimiento de funciones asignadas. Los cambios directivos en los últimos años es otra de las causas para la continuidad de los procesos. No hay planes operativos por cada departamento, las actividades se realizan por las funciones asignadas pero sin un patrón meta anual, trimestral, mensual, etc. La baja producción se refleja en el número similar de actividades comparadas en los últimos tres años.

El estudio no presenta un análisis de cada departamento o ambiente, sin embargo fue observado el comportamiento en cada uno de ellos. El comportamiento del recurso humano del hospital fue similar en la mayoría de los

Es necesario mencionar que el personal está dispuesto a participar en un proceso de planificación de actividades en relación a los recursos humanos existentes para que el rendimiento sea acorde a la población real de atención. Existe un sólo recurso en el departamento, se requiere un apoyo de mínimo otro funcionario así como el fortalecimiento del conocimiento dentro de los procesos de información gerencial, actualmente las actividades sólo se centran en actividades de control, no hay un sistema de incentivos para los recursos que mejor se desempeñan

Los autores proponen una reingeniería de procesos para la optimar el recurso humano existente en el hospital **en base a la calidad** de acuerdo a cuatro variables:

- ⇒ **Integralidad:** es decir satisfacer todas las necesidades de la población a atender
- ⇒ **Contenidos:** hacer todo lo que se debe hacer en cada servicio bajo una planificación
- ⇒ **Destreza:** hacer bien lo que se debe hacer y
- ⇒ **Oportunidad:** hacer a tiempo y en la secuencia adecuada lo que se debe hacer

Se sugiere el plantear alternativas de financiamiento para personal que requiere el hospital de acuerdo a su nivel. También se sugiere dentro del proceso de modernización optar por alternativas para el personal que no se requiere en la unidad y que está dentro del personal de planta.

#### 4.2.2 SISTEMA FINANCIERO

Realiza sus actividades de acuerdo a las normas de ley, se requiere de una mejor adiestramiento al personal para que la información sea optimizada. Se necesita un estudio de costos de las atenciones de consulta externa, hospitalización emergencia y por departamentos.

El presupuesto llega para el área y no directamente para el hospital por lo que no hay una información diferenciada para la unidad, los presupuestos son compartidos con otras doce

unidades. Existe responsabilidad del personal en el departamento financiero, sin embargo se requiere de una definición de el personal de planta y contratado para la participación en el cofinanciamiento de la unidad en razón de su existencia futura y con calidad. La información se obtuvo a través de la observación directa, estadísticas y la aplicación de una guía propuesta por el Proyecto MODERSA.

## ESTADÍSTICAS

El departamento de estadísticas es una unidad que obtiene información del Hospital y del Area. Existe el personal y los equipos adecuados para manejar la información, sin embargo existe una falta de planificación de actividades, falta de capacitación al personal y por lo tanto una subutilización de los equipos. Todo lo indicado redundando en la falta de datos que permitan un BENCHMARKING con otras unidades hospitalarias de similar nivel.

Los autores sugieren que los departamentos técnicos, administrativos y el de estadísticas establezcan reuniones para definir los indicadores que deben utilizarse para cada servicio y establecer parámetros de evaluación con los estándares nacionales, regionales y provinciales.

## SERVICIOS GENERALES, MANTENIMIENTO Y ALIMENTACION

La información de los departamentos de: Lavandería, Ropería y Costura; Transportes;, Central Telefónica; Servicios Varios y Mantenimiento, presenta una diversidad de en su accionar.

Mantenimiento es un departamento que requiere una reestructuración en la definición de sus funciones, de sus recursos humanos reales de intervención, recursos materiales y recursos físicos. Se sugiere una planificación estratégica, una programación de actividades con los departamentos técnico - administrativo que requieren su intervención bajo una participación preventiva y correctiva acorde con las necesidades de la unidad.

Lavandería, Guardianía y Alimentación cumplen sus actividades de acuerdo a las actividades que se planifican organizadamente, sin embargo se debe coordinar con todos los recursos una normatización.

El Departamento de Alimentación y Dietética presentaron una información en donde las raciones que se sirve tanto el personal como los pacientes es del 48% y 52% respectivamente en 1997. En 1998 se efectuaron correctivos al respecto, sin embargo se sugiere se establezca una reingeniería en el departamento y se establezcan patrones definidos al respecto.

## **PRODUCCIÓN HOSPITALARIA**

La información obtenida sobre las Areas de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia, se recopiló a través del Departamento de Estadísticas del Hospital San Luis de Otavalo. Se trató de recopilar y cruzar la información del año 1997 con las Areas descritas y el departamento de Estadísticas, pero no fue factible por la falta de datos en los servicios.

Los cuadros del número 5 hasta el 17 que a continuación se presentan, describen las actividades del año 1997 a excepción del cuadro 7 y 8 que hacen referencia a los años 1995, 1996 y 1997.

El Hospital San Luis de Otavalo no realiza una programación anual de actividades por cada departamento o ambiente, enfermería realiza programación en base a turnos, la programación que si se realiza es la de fomento en relación a vacunas. El departamento de Estadísticas remite información en forma mensual, sin embargo no se realiza normalmente un análisis de los indicadores que permitan un BENCHMARKING con otros hospitales del mismo nivel.

Varios de los informes obtenidos tuvieron que ser analizados con los departamentos, especialmente estadísticas por la falta de unificación de los datos.

En los capítulos 2 y 3 del presente trabajo se presenta de manera más profunda las propuestas para el Hospital en razón de las producciones y desempeño del personal.

CUADRO # 5

INDICADORES DE HOSPITALIZACION 1997

INDICADOR / SERVICIO	MEDICINA INTERNA	CIRUGIA	PEDIATRIA	GINECO OBSTET.	TOTAL
Altas	307	147	326	1,116	1,896
Defunción - 24 horas	7	1	6	0	14
Defunción + 24 horas	7	1	5	0	13
Total de egresos	321	149	337	1,116	1,923
Total de días estada	2,078	833	1,716	1,963	6,599
Total de días paciente	2608	947	2,055	3,026	8,636
Días cama disponible	7213	4,914	5,341	6,189	23,657
Giro de Camas	16	11	23	66	30
Intervalo de giro	14	26	10	3	8
X diario de paciente	7	3	6	8	24
Porcentaje ocupacional	36	19	39	50	37
X Días de estada	7	6	5	2	3
X Diario de camas disponible	20	14	15	17	65
X Días de egresos	1	0.4	1	3	5
Tasa de mortalidad - 48 horas	2.2	0.7	1.5	0	0.7
Dotación normal camas	21	14	23	17	75

FUENTE: Estadísticas del Hospital San Luis 1997  
 ELABORACION: Dpto. de Estadísticas

## CUADRO # 6

### CONSULTA EXTERNA MEDICO 1997

FOMENTO Y PROTECCION			
<b>MUJERES</b>	<b>PRENATAL</b>	PRIMERAS	821
		SUBSECUENTES	1,625
		<b>TOTAL</b>	<b>2,446</b>
	<b>POSTPARTO</b>	PRIMERAS	70
		SUBSECUENTES	27
		<b>TOTAL</b>	<b>97</b>
<b>REGULACION FECUNDIDAD</b>	PRIMERAS	158	
	SUBSECUENTES	215	
	<b>TOTAL</b>	<b>373</b>	
	<b>D. O. C.</b>		148
	<b>SUBTOTAL</b>		<b>3,064</b>
<b>NIÑOS</b>	<b>MENORES De 1 AÑO</b>	PRIMERAS: - 28 Días	60
		28 a 364 Días	297
		SUBSECUENTES	310
		<b>TOTAL</b>	<b>667</b>
	<b>De 1 a 4 AÑOS</b>	PRIMERAS	81
SUBSECUENTES		181	
	<b>TOTAL</b>	<b>262</b>	
<b>De 5 - 14 AÑOS</b>	ESCUELA	294	
	ESTABLECIMIENTO	0	
	<b>TOTAL</b>	<b>294</b>	
	<b>SUBTOTAL</b>		<b>1,223</b>
<b>SUBTOTAL FOMENTO Y PROTECCION</b>			<b>4,287</b>
MORBILIDAD			
<b>PRIMERAS</b>	<b>MENORES DE 1 AÑO</b>		908
	DE 1 A 4 AÑOS		1,324
	DE 5 A 14 AÑOS		924
	DE 15 A 44 AÑOS		2,056
	DE 45 y MAS AÑOS		649
	<b>SUBTOTAL</b>		<b>5,861</b>
<b>SUBSECUENTES</b>	<b>MENORES DE 1 AÑO</b>		138
	DE 1 A 4 AÑOS		174
	DE 5 A 14 AÑOS		228
	DE 15 A 44 AÑOS		1,922
	DE 45 y MAS AÑOS		954
	<b>SUBTOTAL</b>		<b>3,416</b>
<b>SUBTOTAL MORBILIDAD</b>			<b>9,277</b>
EMERGENCIAS			
ATENCIONES			5,999
INGRESOS			1,348
<b>SUBTOTAL EMERGENCIAS</b>			<b>7,347</b>
OTROS CERTIFICADOS DE SALUD			206
HORAS TRABAJADAS			2,744
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>21,117</b>

## CUADRO # 7

### PRODUCCION DE SERVICIOS DURANTE LOS ULTIMOS TRES AÑOS

EGRESOS POR ESPECIALIDAD			
SERVICIO / AÑO	1997	1996	1995
MEDICINA INTERNA	320	540	399
CIRUGIA	149	158	141
PEDIATRIA	337	411	442
GINECO - OBSTETRICIA	1,116	1,415	1,314
<b>TOTAL</b>	1922	2524	2296

## CUADRO # 8

CONSULTAS POR ESPECIALIDAD			
SERVICIO / AÑO	1997	1996	1995
MEDICINA INTERNA	3,103	2,931	1,947
CIRUGIA	1,051	653	709
PEDIATRIA	3,539	2,506	5,029
GINECO - OBSTETRICIA	4,342	6,034	5,430
MEDICINA GENERAL (RESIDENTES)	737	3,005	2,265
EMERGENCIAS	7,959	8,417	7,958
<b>TOTAL</b>	20,731	23,546	23,338

### CUADRO # 9

<b>CONSULTAS DE EMERGENCIA SEGÚN CAUSA</b>		
<b>ENE - DIC 1997</b>		
<b>PATOLOGIA</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Infecciones Respiratorias	1560	21.2
Politraumatismos	750	10.2
Infección de Vías Urinarias	475	6.4
Enfermedad Diarréica Aguda	310	4.2
Gastroenteritis Bacteriana	282	3.8
Colecistitis	275	3.7
Enfermedad Séptica	265	3.6
Enfermedades de la Piel	225	3.2
Intoxicación Alcohólica	195	2.7
Parasitosis	175	2.3
Otros	2835	38.6
<b>TOTAL</b>	<b>7347</b>	<b>99.9</b>

### CUADRO # 10

<b>EGRESOS HOSPITALARIOS SEGUN CAUSA de</b>		
<b>MORBILIDAD ENE - DIC 1997</b>		
<b>PATOLOGIA</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Infecciones Respiratorias	139	7.3
Legrados	117	6.1
Sepsis	70	3.6
Colelitiasis - Colecistitis	67	3.5
Fibromatosis - Histerectomia	65	3.4
Infecciones Renales I.V.U.	61	3.2
Complicaciones del Embarazo	52	2.7
Enfermedad Diarréica Aguda	51	2.6
Hernias	41	2.1
Insuficiencia Cardíaca	31	1.6
Otras	399	20.8
Partos	819	42.8
<b>TOTAL</b>	<b>1912</b>	<b>100</b>

## CUADRO # 11

EGRESOS HOSPITALARIOS SEGUN CAUSA de MORTALIDAD ENE - DIC 1997		
PATOLOGIA	No.	%
I.R.A. Infecciones Respiratorias	6	22.2
E.D.A. Infecciones Intestinales	3	11.1
Enfermedades Hepáticas	2	7.4
Colecistitis Colelitiasis	2	7.4
Intoxicación de químicos	2	7.4
Desnutrición	2	7.4
Insuficiencia Cardíaca	2	7.4
Sepsis	1	3.7
Quemaduras	1	3.7
Catabolismo Senil	1	3.7
Cor Pulmonar	1	3.7
Infarto Cerebral	1	3.7
TB. Pulmonar	1	3.7
Cancer de Pulmón	1	3.7
Sangrado Intestinal	1	3.7
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>99.9</b>

## CUADRO # 12

### PARTOS Y CESAREAS

1997

MES	P. NORMALES	CESAREAS	TOTAL
ENERO	60	11	72
FEBRERO	57	9	66
MARZO	55	7	63
ABRIL	54	0	55
MAYO	39	1	40
JUNIO	52	0	52
JULIO	70	1	71
AGOSTO	66	10	76
SEPTIEMBRE	78	8	86
OCTUBRE	68	6	74
NOVIEMBRE	76	10	86
DICIEMBRE	76	5	81
<b>TOTAL</b>	751	68	822
<b>PORCENTAJE DE CESAREAS</b>		<b>8.3%</b>	

## CUADRO # 13

### SERVICIO DE EMERGENCIA

SERVICIO	ING. HOSP.	NO INGRESA	TOTAL
Medicina Interna	128	2137	2265
Cirugia	41	1135	1176
Pediatría	144	1760	1904
Gineco - Obstetricia	1104	86	1190
Accidentes - enven.	11	801	812
TOTAL	1322	6,025	7347

## CUADRO # 14

### ANESTESIAS E INT. QUIRURGICAS

Actividad	tipo	número
Anestias	General	280
	Conductiva	105
	Otras	3
Intervenciones	Electivas	204
	Selectivas	184

## CUADRO # 15

MORTALIDAD 1997			
<i>Menores de 1 año</i>	<i>Número</i>	<i>Menores de 5 años</i>	<i>Número</i>
Sepsis - prob. Metabólicos	1	E.D.A	3
I.R.A	1	I.R.A.	2
E.D.A	1	Quemaduras	1
		Insuficiencia Hepática	1
<b>TOTAL</b>	1322		6,025 7347

## CUADRO # 16

MORBILIDAD 1997			
<i>Menores 1 año / Eg. Hosp.</i>	<i>Número</i>	<i>Menores 1 -4 E. Hosp</i>	<i>Número</i>
I.R.A.	51	I.R.A	30
Prematuros sepsis asfixia	47	E.D.A	27
E.D.A	26	Deshidratación	12
Desnutrición	12	Desnutrición	8
I.V.U.	6	I.V.U.	8
Labio Leporino	6	Sepsis convulsiones asfixia	8
Deshidratación	5	Piodermatitis	3
Meningitis	4	Quemaduras	3
Enfermedades de la piel	4	Epilepsia	1
Tosferina	2	Hepatitis	1
<b>TOTAL</b>	163	<b>TOTAL</b>	101

## CUADRO # 17

### FICHA DE MONITOREO DE ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS AÑO 1997

GRUPOS	ACTIVIDADES	PROPUESTA				EJECUTADO	
		anual	trimestral	mensual	%	TOTAL	%
1 A 4 AÑOS	Primera Consulta	146	37	12	100	50	34
	Prevención	292	73	24	100	2	0.6
	Obturación Provisional	146	37	12	100	27	18
	Obturación definitiva	146	37	12	100	163	111
	Endodoncia	146	37	12	100	4	3
	Exodoncia	146	37	12	100	16	11
SISTEMA INCREMENTAL	Primera Consulta	1160	386	96	100	678	58
	Prevención	9280	3093	773	100	24	0.2
	Obturación Provisional	4640	1160	886	100	0	0
	Obturación definitiva	4640	1160	886	100	1343	30
	Endodoncia	1160	386	96	100	0	0
	Exodoncia	1160	386	96	100	171	15
	T O I T	1160	386	96	100	0	0
GESTANTES	Primera Consulta	160	40	13	100	107	67
	Profilaxis	160	40	13	100	35	22
	Obturación Provisional	160	40	13	100	33	21
	Obturación definitiva	160	40	13	100	282	176
	Endodoncia	160	40	13	100	1	0.6
	Exodoncia	160	40	13	100	17	11
	T O I T	160	40	13	100	51	39
DEMANDA EXPONTANEA	Primera Consulta	600	150	50	100	1'506.285 *	251
	Profilaxis	600	150	50	100	278	40
	Obturación Provisional	600	150	50	100	928	154
	Obturación definitiva	600	150	50	100	1,027	171
	Endodoncia	600	150	50	100	55	9.1
	Exodoncia	600	150	50	100	1367	227
	Cirugía	600	150	50	100	6	1

FUENTE: Estadística del Departamento de Odontología  
ELABORACION: Autores del Estudio

(\*) En el registro del Hospital se incluye para el mes de septiembre 939 actividades. El mismo supera a los acumulados del primero y segundo trimestre.

El cuadro original presenta errores en la tabulación de la información. Los autores han realizado la corrección respectiva

## **CUADROS DEL AREA ADMINISTRATIVA**

Los cuadros del número 18 al 28 presentan la información de las Areas de Recursos Humanos, Financiera, Estadísticas y Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.

En relación a Recursos Humanos se presenta información sobre los años de Servicio y Régimen Laboral, la Plantilla de personal que labora en el Hospital en relación a personal técnico, administrativo y de Servicios, de igual forma en la función de Directivos del Hospital se incluye una panorámica sobre los meses en los cargos, los años de experiencia, la formación y capacitación en el último año. Vale destacar que en relación a la producción del hospital, el número de funcionarios que laboran en la unidad no es justificada por lo que se requiere una reorganización urgente en beneficio del mismo personal y de la comunidad.

La información del Area Administrativa: Recursos Humanos, Finanzas, Estadísticas, y Servicios Generales, fue recopilada en base a la guía del Proyecto MODERSA.

## CUADRO # 18

### RECURSO HUMANO

<b>SEGÚN AÑOS DE SERVICIO Y REGIMEN LABORAL</b>		
AÑOS DE SERVICIO	LEY DE SERVICIO CIVIL	CONTRATO COLECTIVO
0    5	13	5
6    10	23	21
11   15	14	35
16   20	5	15
21   25	3	19
26   30	1	9
31   35	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>108</b>

## CUADRO # 19

<b>SEGÚN REGIMEN LABORAL Y DENOMINACION DE PUESTOS</b>			
LEY DE SERVICIO CIVIL Y CARRERA ADMINISTRATIVA		CODIGO DEL TRABAJO	
DENOMINACION	RECURSO	DENOMINACION	RECURSO
Director	1	Auxiliar de Farmacia	3
Asistente Técnico Administrativo	5	Auxiliar administrativo de Salud	35
Educador para la Salud	1	Auxiliar de Laboratorio	2
Enfermera	18	Técnico de Radiología	1
Obstetrix	1	Auxiliar de Enfermería	50
Estadístico	1	Auxiliar de Alimentación	4
Nutricionista	1	Inspector Sanitario	1
Químico Farmacéutico	2	Empleado Sanitario	2
Odontólogo	1	Técnico de Mantenimiento	7
Médico tratante: 8HD *	4	Chofer profesional	2
4HD	7	Auxiliar de Odontología	1
Médico residente	4		
Tecnólogo Médico en Salud	5		
Ingeniero Eléctrico	1		
Técnico Administrativo	3		
Asistente de Profesional	1		
Administrador Hospitalario	1		
Técnico Financiero	3		
Analista de Recursos Humanos	1		
<b>SUBTOTAL</b>	<b>61</b>		<b>108</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>169</b>

(\*) 4 médicos tratantes están sujetos a la Ley de Escalafón Médico

## CUADRO # 20

<b>SEGÚN REGIMEN LABORAL</b>		
TIPO	# DE SERVIDORES	PORCENTAJE
Ley de Escalafón Médico	4	2
Ley de Servicio Civil y C.A.	57	34
Código del Trabajo	108	64
<b>TOTAL</b>	<b>169</b>	<b>100</b>

## CUADRO # 21

### HORAS DE TRABAJO SEMANALES POR NIVELES JERARQUICOS

FUNCIONARIO	HORAS DIARIAS	HORAS SEMANALES
DIRECTOR	8	40
ADMINISTRADOR	8	40
COORDINADOR	8	40
JEFES DE SERVICIO	8	40
ODONTOLOGA	4	20
MEDICO TRATANTE	4	20

## CUADRO # 22

### HORARIOS NOCTURNOS

SERVICIO	# de turnos	hora / mes	hora / año	PERSONAL
RESIDENCIA	31	744	8920	Médicos
GINECO OBSTETRICIA	38	912	10944	Enfermeras y auxiliares
EMERGENCIA	37	888	10665	Enfermeras y auxiliares
CENTRAL QUIROFANOS	31	744	8928	Enfermeras y auxiliares
MEDICINA INTERNA	25	600	7200	Enfermeras y auxiliares
PEDIATRIA	63	1512	18144	Enfermeras y auxiliares
<b>T O T A L</b>	225	5400	64801	

## CUADRO # 23

### PLANTILLA DE PERSONAL QUE LABORA EN EL HOSPITAL

PERSONAL TECNICO	TIPO	NUMERO
	Médico Tratante 3 8HD	4
	Médico Tratante 4HD	5
	Médico Residente	4
	Obstetriz	1
	Odontólogo 4HD	2
	Tecnólogo Médico	7
	Enfermeras 3	3
	Enfermeras 2	18
	Ingeniero Eléctrico	1
	Químico Farmacéutico	2
	Técnico de Mantenimiento	7
	Técnico de Radiología	1
<b>S U B T O T A L</b>		<b>55</b>
<b>ADMINISTRATIVO</b>	Asistente Técnico Administrativo	8
	Profesional 2	2
	Profesional 1	1
	Técnico Administrativo	5
	Técnico Financiero 3	1
	Técnico Financiero 1	2
	Administrador Hospitalaro	1
	Asistente de Profesional	1
<b>S U B T O T A L</b>		<b>21</b>
<b>SERVICIOS</b>	Auxiliar Administrativo de Salud	35
	Auxiliar de Farmacia	3
	Auxiliar de Odontología	1
	Auxiliar de Laboratorio	2
	Auxiliar de Enfermería	50
	Chofer	3
	Auxiliar de alimentación	4
<b>S U B T O T A L</b>		<b>98</b>

## CUADRO # 24

### INTEGRANTES DE LA FUNCION DE DIRECCION DEL HOSPITAL

POSICION	Meses en el cargo actual	Años de experiencia en similares	Formación en gerencia	Capacitación en el último año
DIRECTOR	18 MESES	2 AÑOS	SI	0 HORAS
ADMINISTRADOR	240 MESES	0 AÑOS	NO	0 HORAS
FINANCIERO	192 MESES	0 AÑOS	NO	0 HORAS
RECURSOS HUMANOS	139 MESES	0 AÑOS	NO	0 HORAS
ESTADISTICO	86 MESES	0 AÑOS	NO	0 HORAS
JEFE DE ENFERMERIA	22 MESES	0 AÑOS	NO	128 HORAS

# CUADRO # 25

## ALIMENTACION 1997

### ENFERMOS

### PERSONAL

SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGT	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
DESAYUNO	667	547	585	306	298	350	391	701	692	777	775	835	6924
ALMUERZO	616	501	528	288	295	392	371	613	644	728	812	746	6,534
MERIENDA	560	469	474	247	266	308	342	558	591	667	685	698	5,865
CENA													
<b>TOTAL</b>	<b>1,843</b>	<b>1,517</b>	<b>1,587</b>	<b>841</b>	<b>859</b>	<b>1,050</b>	<b>1,104</b>	<b>1,872</b>	<b>1,927</b>	<b>2,172</b>	<b>2,272</b>	<b>2,279</b>	<b>19,323</b>
DESAYUNOS	6,924	X	0.2	:	1,385 RACIONES								
ALMUERZOS	6,534	X	0.4	:	2,614 RACIONES								
MERIENDAS	5,865	X	0.4	:	2,346 RACIONES								
CENAS													
<b>TOTAL</b>					<b>6,345 RACIONES</b>								

SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGT	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
DESAYUNO	340	337	348	335	381	268	305	371	347	313	339	345	4029
ALMUERZO	749	597	709	601	609	504	598	734	682	670	606	653	7,712
MERIENDA	460	411	478	416	425	327	411	499	473	457	427	482	5,266
CENA	380	319	343	332	345	245	266	318	314	316	305	338	3,821
<b>TOTAL</b>	<b>1,929</b>	<b>1,664</b>	<b>1,878</b>	<b>1,684</b>	<b>1,760</b>	<b>1,344</b>	<b>1,580</b>	<b>1,922</b>	<b>1,816</b>	<b>1,756</b>	<b>1,677</b>	<b>1,818</b>	<b>20,828</b>
DESAYUNOS	4,029	X	0.2	:	806 RACIONES								
ALMUERZOS	7,712	X	0.4	:	3,985 RACIONES								
MERIENDAS	5,266	X	0.3	:	1,580 RACIONES								
CENAS	3,821	X	0.1	:	382 RACIONES								
<b>TOTAL</b>					<b>5853 RACIONES</b>								

## CUADRO # 26

### ALIMENTACION 1997

#### SERVICIO DE ALIMENTACION SEGÚN TIPO DE SERVICIO Y USUARIO

TIPO DE SERVICIO	PACIENTES		PERSONAL	
	# de Servicios	Raciones	# de Servicios	Raciones
DESAYUNO	6,924	1,385	4,029	806
ALMUERZO	6,534	2,614	7,712	3,985
MERIENDA	5,865	2,346	5,266	1,580
CENA			3,821	382
<b>SUBTOTAL</b>	<b>19,323</b>	<b>6,345</b>	<b>20,828</b>	<b>5,853</b>
<b>TOTAL DE RACIONES ALIMENTARIAS</b>			<b>12,198</b>	

## CUADRO # 27

### DISTRIBUCION DE RACIONES ALIMENTARIAS SEGÚN USUARIOS

TIPO DE USUARIO	# DE RACIONES	%
PACIENTES	6,345	52
PERSONAL	5,853	48
<b>TOTAL</b>	<b>12,198</b>	<b>100</b>



**P A R T E     I I I**

**ANALISIS ESTRATEGICO DEL  
HOSPITAL "SAN LUIS" DE  
OTAVALO**

## 1. ¿Porqué un Análisis Estratégico del Hospital?

“Nos adentramos en una época en que las organizaciones de Salud deben rendir cuentas con creciente frecuencia. La determinación de prioridades y la toma de decisiones sobre bases políticas o acatando el consejo intuitivo de asesores respetados y bien intencionados, va dando paso gradualmente a una era que valora la demostración de efectividad y eficiencia. Las decisiones relativas a las prioridades y a los programas deben basarse firmemente en conocimientos probados y someterse a una evaluación continua”. (24)

Esta transición requiere promover el pensamiento crítico en todos los ámbitos institucionales y en primer paso consiste en entender *qué es el hospital y lo que ha sido*, para así poder determinar a donde va o donde debería ir. Un análisis de este tipo, necesariamente debe considerar además otros cuestionamientos fundamentales tales como:

- ¿Cómo ha llegado hasta aquí la Institución?
- ¿Hacia dónde va o quiere ir?
- ¿Hacia dónde debería ir?
- ¿Con qué cuenta para llegar allá?
- ¿Cuáles son sus debilidades y fortalezas?
- ¿Qué amenazas y oportunidades existen en el entorno?
- ¿Qué obstáculos encuentra en el camino hacia sus objetivos?

La respuesta que se dé a estas interrogantes serán fundamentales para definir la direccionalidad de la institución, para ubicar a la institución en entorno complejo y competitivo y le permitirán construir escenarios probables a mediano y largo plazo.

## **2. Análisis Institucional. (Interno)**

El “auto análisis” al que se somete la institución, constituye momento de sinceridad y exige una actitud de apertura. Es en esta fecha donde se definen tanto la direccionalidad de la institución (MISION y VISION), así como sus debilidades y fortalezas en funciones tales como gerencia, mercadeo, finanzas, producción e investigación y desarrollo (8)

### 2.1 ANALISIS DE DIRECCIONALIDAD

La Direccionalidad de una institución, en éste caso la del Hospital San Luis de Otavalo, está determinada en su MISION, la cual constituye un punto de partida predeterminada para iniciar la planeación institucional (25)

Una formulación de MISION clara y significativa identifica el alcance de las operaciones de una institución, incorpora la filosofía de ésta; revela el concepto de la organización, su principal producto o servicio y las necesidades principales del cliente que se busca satisfacer. Describe además los valores y prioridades de una organización (8)

## ¿Cuál es la MISIÓN del Hospital San Luis de Otavalo?

La única alusión a lo que sería su misión, se la encuentra en el Manual de Organización Interno de 1987, cuyo artículo 2 dice:

“Es una entidad del Sistema de Servicios de Salud Pública,... que brinda atención de Salud Integral de tipo ambulatorio y de Internamiento a la población dentro del Area de Influencia” (12).

El artículo 3 establece: Sus principales objetivos son:

- a) Contribuir al mejoramiento del nivel de Salud y vida de la población.
- b) Brindar atención médica integral, eficiente y eficaz a la población que solicita servicio de salud.
- c) Colaborar al desarrollo técnico administrativo y científico en la prestación de salud y de la ciencia de la salud. (12).

Aunque lo enunciado anteriormente no se encuentra explícitamente planteado como MISIÓN Institucional, queda claramente establecido que el Hospital San Luis de Otavalo es una entidad pública que brinda atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento a la población de su área de influencia.

Este enunciado genera algunas interrogantes y observaciones:

¿Qué alcance se le da al término de Salud Integral, si se la cataloga de tipo ambulatoria y de internación?

¿Cuenta el Hospital con todos los servicios y recursos necesarios para brindar Atención Integral de Salud?

¿Cuál es su Area de Influencia?. Dado que el citado documento no la define en ningún momento, ¿deberá asumirse que es el cantón Otavalo?

¿La Atención Integral que se ofrece será solamente de tipo médico como lo establecen los objetivos?

En sus objetivos se establece además que la atención se brindará únicamente a quien solicite dicho servicio. ¿Es compatible esta política con el hecho de tener un área de influencia – responsabilidad?

¿Cómo contribuirá la Institución al mejoramiento del nivel de salud y de vida de la población?

¿En qué forma colaborará la Institución al desarrollo técnico administrativo y científico de la prestación de servicios de salud?

¿Qué se plantea la Institución como futuro deseable (VISION) y metas principales que le permitan orientar la selección de estrategias?

¿Cuáles son los valores que guiarán el desarrollo de la Institución?

Resulta evidente que la MISION Institucional debe ser replanteada, sino para redefinir la direccionalidad de la Institución, sí por lo menos para eliminar elementos contradictorios que son evidentes en la misma. El replanteamiento deberá considerar aspectos fundamentales como son (25):

a) Definir la razón de ser (negocio) de la Institución. Esto a su vez implica contestar a interrogantes tales como:

- ¿Cuál es la razón de ser de la Institución?
- ¿Cuál será realmente?
- ¿Cuál debería ser la razón de ser de la Institución?

*La primera pregunta* podrá ser contestada si a su vez encontramos respuesta a los siguientes cuestionamientos:

¿A qué grupos poblacionales (clientes) estamos satisfaciendo con los servicios que presta la Institución?. Esto implica además identificar a otros grupos de interés tales como proveedores, competidores, competidores, comunidad, gobierno, etc. (clientes externos) y a grupos de empleados, directivos, etc. (clientes internos).

¿Qué necesidades de estos grupos estamos satisfaciendo?

¿Cómo estamos satisfaciendo dichas necesidades?

*La segunda pregunta* hace relación al replanteamiento de la razón de ser de la Institución que se origina del análisis anterior, la cual debe estar dirigida en razón del usuario o cliente.

*La tercera pregunta* hace referencia al posible descubrimiento de nuevas oportunidades en el entorno que podrían llevar a la institución a incursionar en nuevos ámbitos relacionados, obligándole así a replantear su MISIÓN (25).

- b) Determinar el futuro que desea la Institución para sí y para su entorno (VISION), y el planteamiento de metas.
  
- c) Determinar un cuadro básico de valores filosóficos que guíen el desarrollo y proyección de la Institución, es decir determinar su filosofía corporativa, que deberá incluir principios, valores, aspiraciones, prioridades e ideales con los cuales se compromete y que serán la base de su cultura organizacional.

## 2.2 DEBILIDADES

El término Debilidades hace referencia a actividades de gerencia, mercadeo, finanzas, producción, investigación y desarrollo que limitan o inhiben el éxito general de una organización. En relación al Hospital San Luis de Otavalo hemos identificado las siguientes debilidades:

- \* Tipo de estructura organizativa que determina que el máximo nivel de decisión corresponda a una sola persona (Director del hospital)
- \* Sistema de evaluación, incentivos y desarrollo de recursos humanos prácticamente inexistente y con instrumentos desactualizados y poco objetivos.
- \* Designación política del Director de la Institución que no contempla perfiles adecuados para el cargo
- \* Cambios frecuentes del nivel directivo
- \* Inadecuado sistema de información
- \* Recuperación de costos sin bases técnicas
- \* Manejo de presupuesto histórico
- \* Ausencia de sistema de evaluación de resultados
- \* Falta de un sistema de investigación y capacitación
- \* Ausencia de un plan de mercadeo
- \* Director con múltiples funciones

- \* Existencia de cuatro organismos gremiales

## 2.3 FORTALEZAS

Este componente de refiere actividades internas de la institución que constituyen aspectos positivos en los ámbitos de la gerencia, mercadeo, finanzas, producción, investigación y desarrollo. En el Hospital San Luis de Otavalo hemos identificado las siguientes:

- \* Unica Unidad de Salud en el cantón Otavalo con servicios de internación en las cuatro especialidades básicas
- \* Personal especializado en las diferentes especialidades
- \* Adecuada dotación de equipos e instrumentos
- \* Infraestructura física e instalaciones en buen estado
- \* Predisposición al cambio en ciertos sectores del personal
- \* En los últimos meses de 1998 se completó la plantilla de recursos humanos, tanto técnico como administrativo, aspecto que no consta en las tablas estadísticas respectivas (estudio en el año de 1997)

### 3. Análisis del Entorno (Externo)

El análisis del ambiente es un paso fundamental para el desarrollo de un plan estratégico en el Hospital San Luis de Otavalo, y su objetivo es identificar las diferentes fuerzas que existen en el mismo y que afecta directa o indirectamente la forma en que la institución de proyecta a la comunidad, además analizar el grado de control que ésta puede tener sobre aquellas. Estas fuerzas externas - que pueden constituir oportunidades o amenazas según repercutan positiva o negativamente sobre la institución - obligan a que el hospital cambie radicalmente la forma de su administración. Ya no es posible dirigir la institución improvisadamente, es necesario estar preparados para tomar diferentes cursos de acción en función de los cambios que se presenten en el entorno (25).

Dichas OPORTUNIDADES Y AMENAZAS, hacen referencia a tendencias económicas, políticas, sociales, demográficas, tecnológicas o competitivas observadas en el entorno, así como a hechos que podrían beneficiar a afectar respectivamente a la institución.

#### 3.1 AMENAZAS

En relación al Hospital San Luis hemos identificado las siguientes amenazas:

- \* Legislación laboral vigente que presenta un marco excesivamente rígido

- \* Nivel inflacionario del país
- \* Incremento general de costos en el mercado
- \* Denuncias locales de mala práctica médica
- \* Crecimiento de otras instituciones prestadoras de servicios de salud locales
- \* Próxima culminación del Proyecto FASBASE
- \* Fenómeno de racismo local (indígena - mestizo)

### 3.2 OPORTUNIDADES

Existen varios factores tanto en nivel local o nacional con repercusión local que desde ya constituyen valiosas oportunidades que la institución deberá tener en cuenta y aprovechar al máximo para consolidar su desarrollo. Entre las principales tenemos las siguientes:

- \* Promulgación de la Ley de Descentralización y Participación Social
- \* Proceso de Reforma en Salud en marcha
- \* Emisión del Acuerdo Ministerial que desconcentra a la provincia de Imbabura en los aspectos administrativos y de recursos humanos
- \* Actual apoyo del Proyecto FASBASE
- \* Probable internación del Proyecto MODERSA en el Hospital San Luis de Otavalo a través de su componente de Modernización Hospitalaria, si la presente propuesta es acogida por la institución
- \* Coordinación institucional en proceso de desarrollo

- \* Ausencia de Unidades de Salud de complejidad comparable al Hospital San Luis en el cantón Otavalo
- \* Proyecto de Ley del Sistema Nacional de Salud en análisis en el seno del Congreso, que de ser aprobado consolidaría muchos aspectos de la gestión institucional

#### **4. Determinación de Problemas**

##### **¿Qué obstáculos encuentra la institución en el camino hacia el logro de sus objetivos?**

Tanto los resultados del análisis interno como de la encuesta de Información Diagnóstica aplicada al personal de la institución, nos permiten detectar múltiples situaciones anómalas (problemas) que evidentemente constituyen obstáculos que dificultarán y aún impedirán que la institución alcance aun los objetivos planteados en 1987 en su Manual de Organización Interna.

Relacionando y haciendo confluir las diferentes anomalías detectadas hacia Areas o Componentes estratégicos, logramos determinar que éstas coinciden con las identificadas en el estudio realizado por la Universidad de Jhon Hopkins en el Ecuador en 1996 (19), el que buscaba determinar los principales factores que afectan la baja calidad y el alto costo de los servicios hospitalarios en el país. Aquellas Areas identificadas corresponden a:

1. Dirección y Liderazgo
  2. Gestión de Recursos Humanos
-

3. Sistema de Información

4. Gestión Financiera

5. Gestión de Procesos

Es preocupante constatar que dichas Areas constituyen precisamente los pilares fundamentales sobre los que se consolidan cualquier institución o empresa, y que para el caso del Hospital San Luis de Otavalo, éstas se encuentran bastante debilitadas. El cuadro siguiente nos resume los diferentes problemas encontrados en la institución y su correlación y convergencia hacia las Areas comprometidas:

<b>PROBLEMAS DETECTADOS</b>	<b>AREAS COMPROMETIDAS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>* Las decisiones no son adecuadamente compartidas con otros niveles directivos.</li><li>* Falta de formación gerencial en niveles directivos</li><li>* Máximo nivel de decisión en una sola personal</li><li>* Alto nivel de rotación de Directores (4 en 3 años)</li><li>* Cargo de Director de designación política</li><li>* Ausencia de evaluación de la gestión de directivos</li><li>* Director Hospitalario con múltiples funciones</li></ul>	<b>DIRECCION Y LIDERAZGO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>* Ausencia de un sistema de evaluación de desempeño ligado a remuneraciones.</li><li>* Falta de un sistema de incentivos y desarrollo del talento humano</li></ul>	<b>GESTION DE RECURSOS HUMANOS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>* La información general de la institución no es utilizada adecuadamente en la toma de decisiones</li><li>* Los sistemas de información no incorporan toda la capacidad instalada en los equipos de computación</li><li>* Los niveles alimentables con información son básicamente la Dirección del Hospital y la Dirección Provincial de Salud, no así los usuarios internos y externos</li><li>* Ausencia de sistemas de medición de resultados</li></ul>	<b>SISTEMAS DE INFORMACION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>* Manejo de presupuesto histórico que no responde a un plan estratégico</li><li>* Ausencia de estudios de costos</li><li>* Elevada proporción presupuestaria destinado al pago de recursos humanos</li></ul>	<b>GESTION FINANCIERA</b>

- \* Ausencia de mecanismos de control de calidad
- \* Se carece de orientación y capacitación para realizar actividades de mejoramiento o de reingeniería.
- \* Ausencia de planes operativos por servicio

**GESTION DE  
PROCESOS**

**P A R T E     I V**

**PROPUESTA DE MODERNIZACION**

# 1. Introducción

El análisis de la situación actual del Hospital San Luis de Otavalo en sus principales indicadores de producción, la determinación de problemas básicos en determinadas áreas estratégicas, el análisis de la direccionalidad institucional junto a la determinación de sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, y el cambiante aspecto del entorno especialmente en lo referente a las necesidades de salud, exige a su vez, el planteamiento de una propuesta que busque modernizar su organización, estructura de gobierno y mejoramiento de la calidad de los cuidados de salud, mediante:

- El fortalecimiento de la planificación y toma de decisiones.
- La implementación de una organización administrativa semiautónoma que incluya la participación de usuarios internos y externos.
- El desarrollo de los recursos humanos a través de un entrenamiento selectivo y educación continua, incentivos al desempeño, y desarrollo de carrera.
- La implementación de sistemas de administración financiera y sistemas de información gerencial y,
- La corrección de políticas de recuperación de costos y desarrollo de nuevos mecanismos de asignación de recursos.

Es en función de estos planteamientos, que nuestra **PROPUESTA DE MODERNIZACION DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO**, se estructura sobre los siguientes objetivos:

- a) Desarrollar un proceso de planificación estratégica que redefina la direccionalidad institucional.
- b) Rediseñar y fortalecer la estructura organizativa del Hospital mediante la implementación de un modelo de gobierno semiautónomo y estable.
- c) Mejorar la gestión del recurso humano institucional mediante la implementación de un sistema de selección y desarrollo actualizado y basado en necesidades reales del recurso.
- d) Desarrollar e implementar sistemas de información gerencial que permitan mejorar la toma de decisiones.
- e) Disminuir los costos de la presentación de servicios y establecer un sistema de recuperación parcial de costos en áreas piloto del Hospital

## 2. Planificación Estratégica

No cabe aquí, definir la nueva MISION que debe tener el Hospital San Luis de Otavalo, ya que ello deberá ser el resultado de la participación activa de los diferentes sectores institucionales (técnicos, administrativos, trabajadores, nivel directivo, etc.) sino más bien analizar detenidamente los cuestionamientos a que da lugar la MISION y los OBJETIVOS que constan en el Manual de Organización Interno (12), para así generar elementos que aporten a la estructuración de la NUEVA MISION del Hospital:

- La concepción actual de la salud, nos lleva necesariamente a considerar sus determinantes fundamentales (biología, medio ambiente, estilo de vida y servicios de salud), los mismos que a su vez determinan los vastos aspectos sobre los que se puede intervenir para lograr un buen estado de salud de la población. Al respecto, el Hospital San Luis de Otavalo debe redefinir que tipo de servicios va a seguir ofreciendo, a quiénes estará enfocado su accionar a qué necesidades de este grupo buscará satisfacer.
  
- La nueva concepción de redes integradas de servicios (19), con el Hospital como su unidad de máxima complejidad y responsable del nivel resolutivo total de la red, hace que este deba desarrollar actividades tanto de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Esta circunstancia obliga a reconocer para el Hospital una unidad demográfica – poblacional específica para fines estadísticos, gerenciales, financieros, etc., la cual debe ser establecida tomando en consideración la presencia de otras instituciones prestadoras de servicios de salud (19) (IESS – Seguro Social Campesino, CEMOPLAF, Jambi Huasi) que intervienen tanto a nivel

urbano como rural. Esto permitirá disponer de información estadística (cobertura) más realistas y que faciliten la evaluación de resultados.

### **3. Rediseño y Fortalecimiento Organizativo**

La estructura organizativa del Hospital San Luis de Otavalo (ver organigrama) es poco compatible con las actuales exigencias y tendencias gerenciales modernas, ya que al ser una institución en proceso de descentralización (20), decisiones de tan diverso tipo y tal magnitud no deben tener su nivel resolutivo máximo en una persona, por lo que proponemos:

- La conformación de una JUNTA DIRECTIVA HOSPITALARIA (19) que debería contar entre sus integrantes con representantes de los profesionales de la salud de la Institución, representantes de los trabajadores, representantes de gobierno local, etc. El Director de la Institución, asumiría funciones de gerente de la Institución, cuya gestión estaría sujeta a evaluación por la Junta Directiva.
- La nominación de un Subdirector Administrativo y un Subdirector Técnico quienes asumirían la responsabilidad de las áreas específicas correspondientes.
- Generar mecanismos legales tendientes a establecer un sistema de selección previo concurso del Director de la Institución, funcionario que estaría sujeto a un sistema de evaluación de su gestión por parte de la Junta Directiva, con relación a los resultados obtenidos en un período determinado, lo que establecería criterios para definir su permanencia o no en las funciones.

## 4. Gestión del Recurso Humano

- La alta proporción del presupuesto institucional (aproximadamente 89%) que destina a pago por concepto de sueldos y salarios del personal, en una institución cuyo índice de ocupación es inferior al 40%, exige un estudio detenido de las reales necesidades del recurso humano, el cual deberá incorporar la reingeniería de procesos como herramienta básica.
- Igualmente debe incorporarse un actualizado sistema de reclutamiento y selección del recurso sobre la base de perfiles de puesto elaborados con relación a las necesidades de la Institución.
- Se debe establecer una política institucional definida del desarrollo del recurso humano sobre la base de una capacitación permanente en base a necesidades específicas y dentro de un sistema de evaluación del desempeño y de estímulos según producción (2).

## 5. Sistemas de Información Gerencial

- El manejo inadecuado de formularios observado en diversos servicios y departamentos, es uno de los factores determinantes para la circulación de información “defectuosa” entre los diferentes niveles; se suma a esto que además, los canales de comunicación no están establecidos adecuadamente lo que genera un “flujo defectuoso” de “información defectuosa” con duplicación innecesaria de información.
  
- Otro factor importante es la subutilización del componente automatizado de los sistemas de información, en ciertos casos por la falta de dominio en el uso de diversos programas de computación específicos para las funciones del Departamento.
  
- A lo anterior, se suma el hecho de que la información así generada, no es optimizada por el nivel directivo en la toma de decisiones, y muchas veces desconocida por este. Las estrategias básicas a implementarse, deberán incluir:
  - a) Revisión y rediseño de todos los formularios utilizados en la institución para evitar recolectar información repetitiva e innecesaria.
  - b) Mecanismos de seguimiento y control del manejo de formularios.
  - c) Capacitación y seguimiento del personal a cargo de equipos de computación.
  - d) Evaluación del nivel de utilización de los equipos de computación en relación a su capacidad
  - e) Incorporación de información relevante al proceso de toma de decisiones en los diferentes niveles

- f) Implementación de un sistema de información oportuna al usuario interno y externo

## **6. Disminución y Recuperación de Costos**

El desconocimiento total de los costos en los que incurre la Institución al prestar servicios a la población, se refleja, en el establecimiento de tarifas “a simple vista” en diversos Servicios, sin las bases técnicas que debería aportar un estudio de costos y sin la reglamentación necesaria para el cobro de las mismas. Ningún Servicio conoce los costos en los que incurre consecuentemente no hay los parámetros necesarios para establecer estrategias tendientes a disminuirlos. Estas estrategias deben contemplar:

- Realización de estudios de costos en ciertos Servicios Básicos que podrían ser: Radiología, Odontología y Laboratorio, los cuales funcionarían como áreas demostrativas en las cuales se evaluaría la efectividad de la estrategia y con proyección a extenderla paulatinamente a otros Servicios en función de los resultados obtenidos.
- Establecer la reglamentación necesaria para implementar la recuperación de costos, una vez hechos los estudios correspondientes, la cual debe incluir necesariamente especificaciones sobre el proceso de exoneraciones para los casos que así lo ameriten.





## CONCLUSIONES

1. El Proceso de Modernización Hospitalaria constituye un paso inevitable y al mismo tiempo, quizá la única vía que posibilite la permanencia de muchas instituciones públicas que prestan servicios de salud, en un entorno cada vez más complejo, exigente y competitivo. Dentro de este contexto, resulta inaplazable que el Hospital San Luis de Otavalo dé este paso, ahora que la complejidad y la magnitud de sus conflictos son relativamente manejables.
2. Los cambios que se introduzcan en el sistema de gobierno de la institución constituyen factores críticos para la viabilidad de esta **PROPUESTA DE MODERNIZACION**, sin las cuales, el futuro de la Institución se presenta incierto y muy probablemente se circunscriba a sobrevivir en un entorno asfixiante por la profunda crisis del Sector Público.
3. Los elevados costos en que incurre la Institución, especialmente en lo relacionado a personal no guardan una relación coherente con el comportamiento de sus principales indicadores de productividad y calidad especialmente.
4. La flexibilidad que al momento presenta el marco legal relacionado con el sistema de financiamiento del Hospital, constituye un mecanismo valiosos para la generación de recursos que reviertan en el mejoramiento de la calidad de los servicios y de las condiciones laborales y económicas del recurso humano

5. Una adecuada política de recursos humanos que integre la determinación del personal estrictamente necesario con un sistema de desarrollo y estímulos del mismo es otro de los factores que a la larga generarán una estructura institucional sólida y una cultura organizacional de la calidad y los valores, de la cual el nivel directivo debe ser el principal promotor y ejemplarizador ante todos los demás niveles institucionales.

## RECOMENDACIONES

1. La presente propuesta constituye un documento para un análisis y el debate, no es un esquema que la institución necesariamente debe incorporar, por lo que enfatizamos en el conocimiento del mismo por parte de los diferentes sectores institucionales con el afán de conocer sus comentarios y aportes al mismo para así perfeccionarlo.
2. En concordancia con lo anteriormente indicado, sugerimos al nivel directivo del Hospital “San Luis” de Otavalo, considerar esta propuesta con el objeto de presentarla ante el Proyecto de Modernización de los Servicios de Salud – MODERSA, quién a través de su Componente de Modernización Hospitalaria podría viabilizar el contenido de la misma.
3. Para efectos de establecer el contexto legal que determinaría la viabilidad de la Propuesta en sus diversos componentes, recomendamos al nivel directivo del Hospital iniciar un estudio exhaustivo de toda la legislación relacionada, así como promover un intercambio de experiencias con instituciones que ya han efectivizado transformaciones similares a las planteadas y que podrían proporcionar valiosa asesoría.
4. Como mecanismo inicial para operativizar la Propuesta, proponemos la conformación de un Comité de Modernización del Hospital “San Luis” de Otavalo con representantes de los diversos sectores institucionales, que sobre la base de una

gran motivación por el cambio institucional, lidere el proceso e implemente las primeras medidas tendientes a viabilizar la propuesta.

## BIBLIOGRAFIA

1. Acosta R. y varios.: *Mejoramiento del proceso de Atención en la Consulta Externa del Hospital Francisco Icaza Bustamante*. Guayaquil, diciembre de 1996
2. Avedis Donabedian. Salud Pública de México. *Continuidad y cambio en la búsqueda de la Calidad*. Artículo publicado volumen 35, mayo – junio 1993
3. Barco, Virgilio.: *El Problema de hospitales. Análisis y evaluación de la situación*. La Previsora S.A. Bogota Colombia 1994
4. Bergonzoli, Gustavo, Vilma, Diego.: *Rectoría y visualización en Salud*. Serie Salud y Desarrollo de Servicios de Salud. San José Costa Rica 1994
5. Brahimí, M.: and Worthing, D.J. *Queveny Models for out patient appointment Systems A case study*. Journal of the Operational Research Society vol 42 1991
6. Caroline J. Chang Campos y otros.: *Análisis Estratégico del Hospital Neumológico de Guayaquil*. Diciembre de 1997

7. Codman, E.A.: El producto de los hospitales: *Investigaciones sobre Servicios de Salud*: Edito. Kern L. White. Washington D.C. 1992
8. Davis, Fred.: *El proceso de Gerencia Estratégica*. Editorial Legis Editores S.A.; Colombia, 1991.
9. Díaz Fernández, J.L.: Area, Mateo F: *Manual de Gestión Hospitalaria el papel del Servicio Médico*. México D. F. Interamericana 1989
10. Duran, M, Hernán.: *Aspectos conceptuales y operativos del proceso de Planificación O.N.U.* Santiago de Chile 1989
11. Gluck, Frederick. Gerencia Estratégica.: *Una perspectiva general*. Escuela de Administración de negocios para graduados (ESAN). Documento del Postgrado.
12. Hospital "San Luis" de Otavalo.: *Manual de Organización Funcional Interno*. Otavalo, abril de 1987
13. José Litardo, Proyecto FASBASE.: Informe de actividades, Area Otavalo. Marzo 1998
14. Kerr, L. White.: Organización de la Atención en Salud: *Perspectiva Epidemiológica, Investigaciones sobre Servicios de Salud una antología*. Editorial Kernan, L. White. Washington D.C. 1992

15. Manual of Health Management. AUPHA.: *La Planeación Estratégica*, Aspen Publicación. Gaithersburg, Maryland, 1994
16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Banco Mundial.: *Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud*. FASBASE, Quito 1993
17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Areas.: *Manual de Organización de Areas de Salud*. Quito, Ecuador 1994.
18. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Banco Mundial.: *Proyecto de Modernización de los Servicios de Salud*. MODERSA, Folleto de presentación. Quito 1998
19. Proyecto MODERSA.: *Guía Metodológica para la presentación de propuestas de Modernización Hospitalaria*. Quito 1998
20. Registro Oficial # 169.: *Ley de Modernización del Estado*. Quito, noviembre 1998
21. Sacoto, A.F.; Terán. P.C.; Andrade, L.F.: *La atención de Salud en el Ecuador*. Editorial Movimientos Laicos Para América Latina . Quito - Ecuador 1992.
22. White, Franklin.: *De la evidencia al Desempeño.: Como fijar prioridades y tomar buenas decisiones*. Rev. Panam Salud Pública. Enero 1998.

23. Ximena Abarca. Informe de Consultoría FASBASE. *Evaluación de medio Término del Area de Otavalo*. Quito, septiembre 1997

24 Material Postgrado Módulo de Gerencia. *Gerencia Estratégica*. ESPOL/ESPAE 1998

# **A N E X O S**

# EL PROCESO DE MODERNIZACION EN EL PAIS

## ANTECEDENTES

La crisis económica que agobia al país desde los inicios de la década de los ochenta no encuentra una solución definitiva que permita superar las injusticias sociales que han prevalecido en desmedro de los intereses de las clases necesitadas.

El Estado Ecuatoriano ha auxiliado a la empresa privada cuando ésta se ha visto imposibilitada de continuar en la explotación de actividades, convirtiéndose estas empresas en duras cargas económicas para todos los ecuatorianos.

El Ecuador no ha encontrado un modelo económico estable y duradero, motivo por el cual ha debido entrar en proceso de ajuste que en lugar de mejorar el nivel de vida de los ecuatorianos lo ha empeorado creando serias distorsiones sociales.

Se torna ineludible entrar en un proceso de privatización y concesión de servicios, con la finalidad de atenuar las cargas económicas que soporta el Presupuesto General del Estado y con el propósito de contar con recursos financieros que permitan atender las más apremiantes demandas de los sectores sociales más postergados.

Este proceso debe caracterizarse por la transparencia, de suerte que garantice el interés público y la equidad social mediante la dotación de normas claras y precisas, evitándose el ejercicio de facultades discrecionales.

Es necesario librar al país de criterios economicistas y tener presente que las actividades empresariales que el estado tiene a su cargo no sólo deben medirse en términos de rentabilidad financiera sino que por el contrario debe alentarse el concepto de rentabilidad social caracterizado por una amplia cobertura para garantizar el acceso del mayor número de ecuatorianos a los servicios públicos básicos.

La Constitución Política de la República, con sabiduría, ha fijado las actividades económicas reservadas al Estado, constituyendo éstas el único patrimonio tangible de todos los ecuatorianos, es deber de los legisladores preservar dicho patrimonio pero facilitando la intervención de los sectores privados, privados, comunitario y de autogestión en la prestación de dichos servicios en un régimen legal de concesión.

Existen actividades empresariales actualmente asumidas por el Estado que bien pueden ser transferidas al sector privado, comunitario y de autogestión preservando los derechos de los trabajadores, empleados y funcionarios del sector público.

El proceso de privatización y concesiones de servicios debe tender a buscar la eficiencia de las entidades y empresas públicas y sólo por excepción transferirse al sector privado, comunitario y de autogestión

# HISTORIA DE LOS PROCESOS HACIA LA MODERNIZACION

1. Registro oficial 349 del 31 de diciembre de 1993

## *LEY DE MODERNIZACIÓN DEL ESTADO, PRIVATIZACIONES Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS POR PARTE DE LA INICIATIVA PRIVADA*

La ley de Modernización está compuesta por siete capítulos más las disposiciones transitorias y disposiciones finales.

<b>CAPITULO</b>	<b>I Disposiciones y principios generales</b>
<b>CAPITULO</b>	<b>II Del Consejo Nacional de Modernización del Estado (CONAM)</b>
<b>CAPITULO</b>	<b>III De la racionalización y eficiencia administrativa</b>
<b>CAPITULO</b>	<b>IV De la descentralización y desconcentración</b>
<b>CAPITULO</b>	<b>V De la desmonopolización, delegación de servicios públicos a la iniciativa privada y privatización</b>
<b>CAPITULO</b>	<b>VI De los participantes</b>
<b>CAPITULO</b>	<b>VII De los procedimientos y controles</b>

2. Registro oficial 402 del 18 de marzo de 1994

RACIONALIZACION DE FUNCIONES DEL GOBIERNO CENTRAL

3. Registro oficial 411 del 31 de marzo de 1994

ESTATUTO DEL REGIMEN JURIDICO ADMINISTRATIVO DE LA  
FUNCION EJECUTIVA

4. Registro oficial 542 del 6 de octubre de 1994

REGLAMENTO ORGANICO FUNCIONAL DEL CONSEJO NACIONAL DE  
MODERNIZACION DEL ESTADO (CONAM)

5. Registro oficial 581 del 2 de diciembre de 1994

REGLAMENTO SUSTITUTIVO DEL REGLAMENTO GENERAL DE LA LEY DE  
MODERNIZACION DEL ESTADO, PRIVATIZACIONES Y PRESTACIONES DE  
SERVICIOS PUBLICOS POR PARTE DE LA INICIATIVA PRIVADA

**TITULO I**

Capítulo I            Generalidades

Capítulo II           Del Consejo Nacional de Modernización del Estado

Capítulo III	De la eficiencia administrativa
Capítulo IV	De las renunciaciones voluntarias
Capítulo V	De la descentralización y desconcentración

**TITULO II De la desmonopolización y privatización**

Capítulo I	De la desmonopolización y privatización
Capítulo II	De la privatización
Capítulo III	De los participantes
Capítulo IV	De los procedimientos de privatización

**TITULO III De la delegación al sector privado**

Capítulo I	De las formas de delegación
Capítulo II	De las concesiones
Capítulo III	De la concesión de obra pública
Capítulo IV	De la concesión de uso o servicio público
Capítulo V	De las concesiones en el sector eléctrico
Capítulo VI	De las concesiones de agua potable y saneamiento ambiental
Capítulo VII	De las concesiones de obras o servicios portuarios
Capítulo VIII	Del procedimiento

6. Registro oficial 661 del 24 de marzo de 1995

LEY DE CREACION DEL FONDO DE SOLIDARIDAD

7. Registro oficial 864 del 17 de enero de 1996

REGLAMENTO A LA LEY DE CREACION DEL FONDO DE SOLIDARIDAD

8. Registro oficial 665 del 30 de marzo de 1996

REGIMEN DE ADMINISTRACION PARA EL CONSEJO NACIONAL DE  
MODERNIZACION DEL ESTADO (CONAM)

# REGLAMENTO SUSTITUTIVO DEL REGLAMENTO GENERAL DE LA LEY DE MODERNIZACIÓN DEL ESTADO

## Generalidades

El presente reglamento tiene por objeto establecer los procedimientos para llevar a efecto el proceso de modernización del Estado el mismo que comprende las siguientes áreas:

- a) Descentralización y Desconcentración Administrativa;
- b) Desburocratización, Eficiencia Administrativa y Económica y Racionalidad Administrativa; y
- c) Desmonopolización, Privatización y Delegación de Servicios Públicos a la Iniciativa Privada.

La Ley de Modernización del Estado, Privatizaciones y Prestaciones de Servicios Públicos por parte de la Iniciativa Privada, cuya ejecución se reglamenta por medio de este instrumento podrá en adelante denominarse también como “Ley de Modernización”.

## De la eficiencia administrativa

El proceso de eficiencia administrativa se traduce en la capacidad para optimizar la utilización de recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos, mediante el uso racional de los sistemas administrativos en los que se de una acertada correlación entre los objetivos, funciones, instancias y decisiones para mejorar el nivel de gestión de la Administración Pública, a fin de responder a los requerimientos y demandas nacionales.

La desregulación, por su parte, es un proceso de eliminación de normas que obstaculizan o limitan las actividades productivas y la prestación ágil y oportuna de los servicios a la colectividad.

La eficiencia administrativa del sector público se llevará a efecto a través de procesos de racionalización, desregulación y simplificación de la estructura administrativa y económica del sector público, mediante la definición o redefinición de competencias, finalidades, funciones y responsabilidades de las entidades y organismos del sector público.

9. Registro oficial 169 del 8 de octubre de 1997

*LEY ESPECIAL DE DESCENTRALIZACION DEL ESTADO Y DE PARTICIPACION SOCIAL*

**El Congreso Nacional, considerando:**

Que el artículo 1 de la Constitución Política de la República establece que “El Ecuador es un Estado soberano, independiente, democrático, unitario, descentralizado, pluricultural y multiétnico”;

Que el artículo 149 de la Constitución señala que “Mediante la descentralización administrativa del Estado se propende al desarrollo armónico de todo su territorio, al estímulo de las áreas deprimidas, la distribución de los recursos y servicios de acuerdo con las necesidades de las respectivas circunscripciones territoriales”;

Que el inciso segundo del artículo 153 de la Constitución señala que “Solo en virtud de la Ley podrá imponerse deberes y regulaciones a los consejos provinciales o a los concejos municipales”;

Que el literal e) del artículo 159 de la Constitución señala que como deber del concejo municipal “Incentivar el desarrollo comunitario a través de las organizaciones barriales”;

Que la Disposición Transitoria Segunda de la Ley Especial de Distribución del 15% del Presupuesto del Gobierno Central para los Gobiernos Seccionales establece que “La descentralización de las funciones, recursos humanos, materiales y financieros, se realizará a partir de enero de 1998, de acuerdo a la Ley de Descentralización que en el plazo máximo de 180 días será expedida por las funciones Legislativa y Ejecutiva”; y,

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, expide la siguiente, **Ley especial de descentralización del Estado y participación social**

## **CAPITULO I**

### **Objeto, ámbito de aplicación, finalidades principales**

Art. 1.- **Objeto.-** La presente Ley tiene por objeto impulsar la ejecución de la descentralización y desconcentración administrativa financiera del Estado, la participación social en la gestión pública, así como poner en práctica la categoría del Estado descentralizado.

Art. 2.- **Ámbito de aplicación.-** Las disposiciones contenidas en esta Ley se aplicarán a las entidades, organismos, dependencias del Estado y otras del Sector Público; las que integran el Régimen Seccional Autónomo; y, las personas jurídicas creadas por Ley para el ejercicio de la potestad estatal o para la prestación de servicios públicos descentralizados o para desarrollar actividades económicas de responsabilidad del Estado.

Art. 3.- **Definiciones.**- La descentralización del Estado consiste en la transferencia definitiva de funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, de que son titulares las entidades de la Función Ejecutiva hacia los Gobiernos Seccionales Autónomos a efectos de distribuir los recursos y los servicios de acuerdo con las necesidades de las respectivas circunscripciones territoriales.

La **desconcentración** del Estado es el mecanismo mediante el cual los niveles superiores de un ente u organismo público delegan en forma permanente el ejercicio de una o más de sus atribuciones así como los recursos necesarios para su cumplimiento, a otros órganos dependientes, provinciales o no, que forman parte del mismo ente u organismo.

La participación social es el sistema por el cual se involucra activamente a todos los sectores sociales en la vida jurídica, política, cultural y económico social del país, con la finalidad de mejorar las condiciones de vida del habitante ecuatoriano, con miras a una más justa distribución de los servicios y recursos públicos.

Art. 4.- **Finalidades principales.**- La descentralización del Estado y la participación social tienen como finalidades principales:

- a) Lograr equidad en la participación y distribución de los recursos financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero del Estado y especialmente de la Función Ejecutiva hacia los gobiernos seccionales autónomos, organismos de desarrollo regional

y organismos seccionales dependientes, contribuyendo así a la eficiencia en la prestación de servicios públicos en favor de la comunidad;

- b) Incentivar las iniciativas y fortalecer las capacidades locales para consolidar una gestión autónoma eficiente, entre otros medios, a través de la planificación y la prestación adecuada de servicios públicos a la comunidad respectiva.
- c) Definir las relaciones y responsabilidades entre la Función Ejecutiva Y LOS Gobiernos Seccionales Autónomos, en cuanto a las áreas de servicio a la comunidad, a fin de optimizar la utilización de los recursos y servicios, y evitar la superposición de funciones;
- d) Fomentar y ampliar la participación social en la gestión pública así como promover la autogestión de las fuerzas sociales comunitarias;
- e) Transformar integralmente la organización administrativa y financiera del Estado y de las instituciones del sector público; así como redistribuir con justicia sus servicios y recursos financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, a efectos de incrementar los niveles de eficacia, agilidad y productividad en la administración de las funciones a su cargo; y,
- f) Fortalecer prioritariamente a las instituciones del régimen seccional autónomo, a través de la transferencia definitiva de funciones, facultades, atribuciones, responsabilidades y recursos que le permitan satisfacer de manera próxima y eficiente las demandas de la comunidad, sobre todo en la prestación de los servicios públicos.

Art. 5.- **Principios de la descentralización.**- La Descentralización del Estado se sustentará en los principios de autonomía, progresividad, eficiencia, agilidad, coparticipación en la gestión pública y solidaridad social.

Art. 6.- **Principios de la participación social.**- La participación social se sustentará en los principios de democracia, equidad social y de género, pluralismo, respeto y reconocimiento a los valores de los pueblos indígenas, negros y más grupos étnicos.

Art. 7.- **Responsabilidad.**- Será de responsabilidad del Presidente de la República y de los ministros de Estado el cumplimiento de las transferencias establecidas en la presente Ley, así como las previstas en la Constitución Política, la Ley Especial de Distribución del 15% del Presupuesto del Gobierno Central para los Gobiernos Seccionales y demás normas legales y reglamentarias pertinentes.

La responsabilidad del Ministro de Finanzas se referirá especialmente a las transferencias efectivas de recursos previstos en la Constitución Política y más normativas antes señaladas.

Los ministros de Estado actuarán con toda la diligencia y cuidados necesarios para dar cumplimiento a las transferencias antes indicadas, en favor de las entidades del régimen seccional autónomo y de las personas jurídicas creadas por Ley para la prestación de servicios públicos descentralizados.

Art. 8.- **Sanciones.**- El incumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Ley dará lugar a las sanciones previstas en el literal g) del artículo 82 de la Constitución Política de la República, sin perjuicio de las demás a que haya lugar según corresponda, trátase o no de ministros de Estado.

## CAPITULO II

### De las transferencias y del fortalecimiento del régimen seccional autónomo

Art. 9.- **Municipios.**- La Función ejecutiva transferirá definitivamente a los municipios las funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, para el cumplimiento de las atribuciones y responsabilidades que se detallan a continuación:

- a) Planificar, coordinar, ejecutar y evaluar programas integrales de **salud, nutrición y seguridad alimentaria** para su población, con énfasis en los grupos de mayor riesgo social, garantizando la participación activa de la comunidad, de las organizaciones de salud formales y tradicionales, y de otros sectores relacionados;
- b) Construir, dotar, equipar y mantener la infraestructura física de los servicios de atención primaria de salud garantizando la aplicación de las normas de bioseguridad;
- c) Construir, dotar, equipar y mantener la infraestructura física en los establecimientos educativos en los niveles preescolar, primario y medio;

- d) Coadyuvar a la preservación y conservación de los bienes patrimoniales culturales y naturales en coordinación con los organismos competentes y en función de las políticas correspondientes y de acuerdo con la Ley de Patrimonio Cultural;
- e) Construir, dotar, mantener y equipar instalaciones deportivas, de educación física y recreación;
- f) Controlar, conservar y administrar puertos y muelles fluviales no fronterizos;
- g) En coordinación con el respectivo Consejo Provincial de Tránsito, los municipios podrán planificar, regular, supervisar y tomar acciones correctivas, respecto de la calidad de servicio que prestan los medios de transporte público de carácter cantonal e intercantonal, con excepción de las competencias previstas en leyes especiales que se refieren a esta materia. La Policía Nacional ejercerá el control del Tránsito vehicular y el transporte terrestre de conformidad con la Ley de Tránsito y Transporte Terrestres y su Reglamento, con la misma excepción antes señalada;
- h) Planificar, ejecutar y administrar programas de vivienda de interés social urbano marginal y rural, de acuerdo con las políticas nacionales que se dicten al respecto;
- i) Controlar, preservar y defender el medio ambiente. Los municipios exigirán los estudios de impacto ambiental necesarios para la ejecución de las obras de infraestructura que se realicen en su circunscripción territorial;
- j) Velar y tomar acción para proteger la inviolabilidad de las áreas naturales delimitadas como de conservación y reserva ecológica
- k) Administrar el catastro rural cantonal con sujeción a las disposiciones legales vigentes;
- l) Fortalecer la planificación, ejecución, control y evaluación de proyectos y obras de saneamiento básico;

- m) Construir, mantener y administrar caminos vecinales al interior de los respectivos cantones;
- n) Planificar, coordinar, ejecutar y evaluar en el respectivo cantón las actividades relacionadas con el turismo; y,
- o) Las demás que le correspondan conforme a la Ley.

Art. 10.- **Consejos Provinciales.**- La Función Ejecutiva transferirá definitivamente a los consejos provinciales funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, para el cumplimiento de las atribuciones y responsabilidades que se detallan a continuación:

- a) Construir, mantener y administrar caminos vecinales y carreteras en el ámbito provincial;
- b) Coordinar las gestiones de los diferentes municipios y mancomunidades en cada provincia y dirimir las controversias entre éstos en los casos que señale la Ley;
- c) Los consejos provinciales conjuntamente con las empresas eléctricas promoverán el desarrollo de proyectos hidroeléctricos;
- d) Planificar, ejecutar y coordinar con la comunidad programas de desarrollo rural integral en el ámbito de su competencia;
- e) Prevenir, evitar y solucionar los impactos ambientales negativos que se puedan producir o se produzcan por la ejecución de proyectos de vialidad llevados a cabo en el ámbito provincial respectivo;
- f) Construir, mantener y operar canales de riego en coordinación con las entidades competentes en función de la materia así como desarrollar proyectos productivos en

aquellas provincias en que no cumplan estas actividades los organismos de desarrollo regional;

- g) Construir locales escolares, excepto en la zona urbana de la capital de la provincia; y,
- h) Las demás que le correspondan conforme a la Ley.

Art. 11.- Los recursos asignados a los consejos provinciales y municipales establecidos en la Ley Especial de Distribución del 15% del Presupuesto del Gobierno Central para los Gobiernos Seccionales se invertirán en base a la siguiente fórmula:

- a) 50% del monto proporcional a la población con necesidades básicas insatisfechas; y,
- b) 50% en relación a la población

El monto a distribuirse por parte de los consejos provinciales serán en relación a las necesidades básicas insatisfechas y población en referencia al cantón con la provincia y los municipios de las parroquias con el cantón.

**Art. 12.- Suscripción de convenios para la transferencia de funciones.-**

Para la transferencia de las atribuciones, funciones y responsabilidades señaladas en esta Ley, el Presidente de la República conjuntamente con el Ministro de Finanzas y Crédito Público y con los demás ministros que correspondan según la materia suscribirán con los representantes legales de los municipios y consejos provinciales, según el caso, los convenios respectivos en los que deberán señalarse con precisión absoluta los recursos financieros, materiales y tecnológicos necesarios que serán obligatoriamente transferidos para atender las nuevas atribuciones, funciones y responsabilidades. Los recursos a los que

se refiere este artículo no podrán ser inferiores a los que las entidades de la Función Ejecutiva dedican para el financiamiento de la prestación de los servicios públicos a transferirse.

Será obligatorio para la Función Ejecutiva las transferencias definitivas a las que se refieren los artículos 9 y 10 de esta Ley que le sean solicitadas por el respectivo municipio y consejo provincial que cuenten con las condiciones para ello.

**Art. 13.- Suscripción de convenciones para la delegación de funciones.-**

Sin perjuicio de las transferencias dispuestas en esta Ley, la Función Ejecutiva podrá, mediante convenio con la respectiva institución del Régimen Social Autónomo o persona jurídica creada por Ley para la prestación de servicios públicos descentralizados, delegar por el tiempo que fije el convenio y en las condiciones que éste determine, la responsabilidad y las atribuciones inherentes al cumplimiento de determinadas actividades y funciones, así como la prestación de servicios públicos específicos.

En el convenio en cuya virtud se concrete la delegación, se determinarán los recursos financieros, materiales y tecnológicos que se asignen para la ejecución de las actividades, funciones y servicios delegados.

Las municipalidades, consejos provinciales y personas jurídicas creadas por Ley para la prestación de servicios públicos descentralizados, podrán dar por terminado el convenio por

resolución unilateral, en el caso de que no se haga efectiva la entrega de los recursos determinados para la delegación respectiva.

**Art. 14.- Convenios de mancomunidad.-** El Presidente de la República y los ministros de Estado competentes en función de la materia, procurarán firmar convenios con dos o más entidades del régimen seccional autónomo con el objeto de establecer la gestión común de programas, proyectos y servicios a ejecutarse en forma conjunta.

En todos los casos, siempre que haya que ejecutarse una obra o prestar un servicio en ñla circunscripción territorial de los organismos del régimen seccional autónomo, corresponderá a la Función Ejecutiva a través de la respectiva entidad, coordinar con tales instituciones así como con las demás competentes en función de la materia la ejecución de tales actividades.

**Art. 15.- Fortalecimiento institucional.-** La Función Ejecutiva contribuirá para una efectiva y apropiada capacitación y asistencia técnica a los funcionarios y empleados de las entidades del régimen seccional autónomo, a efectos de lograr su fortalecimiento institucional.

Los planes y programas de capacitación serán preferentemente formulados por las entidades del régimen seccional autónomo, en coordinación con sus respectivas asociaciones nacionales, provinciales, universidades u otras organizaciones que demuestren experiencia

en estas áreas. Para su ejecución se contará con los recursos que la Función Ejecutiva destine a esta actividad.

Para la ejecución de los indicados planes y programas de capacitación se contará con los recursos que las dependencias y unidades administrativas dedican a las finalidades de capacitación y asistencia técnica a las que se refiere este artículo y los que se destinen en el futuro para tales actividades, así como, con los que provengan de créditos externos e internos, reembolsables o no reembolsables, de origen nacional o extranjero, en los términos que establezcan los convenios de los préstamos respectivos.

**Art. 19.- Políticas y lineamientos nacionales.-** Las políticas y lineamientos generales que fija el Presidente de la República en lo concerniente a los sectores de la educación, salud, bienestar social, vivienda, medio ambiente, vialidad, turismo y otros, deberán observar obligatoriamente los gobiernos seccionales autónomos y las personas jurídicas creadas por Ley para la prestación de los servicios públicos descentralizados.

**Art. 20.- Canalización de los planteamientos seccionales.-** Los gobernadores de las respectivas provincias, darán especial atención a la canalización de los requerimientos de los municipios y del respectivo consejo provincial en materia de descentralización administrativa y financiera.

La canalización antes dicha comprenderá la gestión personal y diligente ante el Presidente de la República o el respectivo ministro de Estado

## CAPITULO III

### Del Comité Permanente de Desarrollo Provincial.

Art. 21.- **Creación.**- Créase en cada provincia un Comité Permanente de Desarrollo Provincial, como un órgano orientador y coordinador del desarrollo provincial, de conformación representativa del régimen seccional autónomo y del dependiente, así como de los sectores campesino, productivo y académico.

Art. 22.- **Constitución.**- El Comité Permanente de Desarrollo Provincial estará constituido, excepto en la provincia de Galápagos, de la siguiente manera:

- a) El Prefecto Provincial;
- b) Tres alcaldes en funciones, elegidos de la respectiva asociación municipal provincial en aquellas provincias en que tengan hasta diez cantones, incrementándose por cada cinco municipios un representante adicional;
- c) El Gobernador de la provincia;
- d) Dos representantes elegidos por las cámaras de la producción de la provincia;
- e) Un representante elegido por las universidades y escuelas politécnicas de la provincia o sus extensiones;
- f) Un representante elegido por las organizaciones campesinas de la provincia;
- g) Un representante elegido por los medios de comunicación social;

- h) Un representante de los colegios profesionales de la provincia; e
- i) Un representante de los organismos de desarrollo regional.

Los representantes del régimen seccional autónomo y el gobernador de la provincia conformarán el Comité durante el tiempo en que ostenten las calidades respectivas. Los demás durarán dos años en el ejercicio de su representación, pudiendo ser reelegidos.

La designación de los representantes señalados en las letras d), e), f), g), h) e i), se sujetarán a lo previsto en el Reglamento de la presente Ley.

El Comité Permanente de Desarrollo Provincial será presidido por quien sea designado mediante votación de la mayoría absoluta de sus miembros en la primera sesión del Comité, que será convocada por el Prefecto Provincial.

Art.- 24.- **Áreas de inversión.**- Los planes de inversión de la provincia deberán referirse a áreas de trabajo prioritarias, que serán determinadas por cada una de las entidades respectivas tomando en cuenta las orientaciones del Comité Permanente de Desarrollo Provincial.

El Consejo Nacional de Desarrollo, CONADE, ni organismo alguno del mismo, tendrán atribución para condicionar, limitar, suspender, ni oponerse en forma alguna, total ni parcialmente, a la formulación, programación, ejecución y evaluación de los planes de

inversión de las entidades del régimen seccional autónomo y de las demás instituciones con ámbito de actividad provincial.

Art. 25.- **Funcionamiento.**- El Comité Permanente de Desarrollo Provincial para su funcionamiento dictará el correspondiente orgánico funcional.

Su desenvolvimiento se financiará con los aportes de las instituciones que lo conforman, así como con los que se obtengan por la gestión de su presidente.

## CAPITULO IV

### De la desconcentración de funciones

Art. 26.- **Desconcentración de funciones.**- Además de las transferencias previstas en la presente Ley, es obligación de cada entidad y organismo del sector público, sin perjuicio de lo que dispongan sus leyes constitutivas o las que rijan sus actividades, establecer e implementar programas permanentes de desconcentración de funciones y recursos, en los términos previstos en la Ley de Modernización del Estado, Privatizaciones y Prestación de Servicios Públicos por parte de la Iniciativa Privada y su reglamento.

El delegado será personalmente responsable por sus acciones y omisiones en el cumplimiento de la delegación.

Las autoridades responsables de la formulación y ejecución de los respectivos programas de desconcentración, informarán al Consejo Nacional de Modernización, CONAM, sobre el particular.

Art. 27.- **Programas de desconcentración.**- Los programas de desconcentración previstos en el artículo anterior contemplarán el fortalecimiento de los órganos regionales respectivos a través de la reorganización de la entidad; la redistribución de los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de origen nacional y extranjero; la capacitación del recurso humano;

la normatividad que permita aplicar la desconcentración y, el plazo para el cumplimiento integral del programa respectivo.

Art. 28.- **Competencia directa de los órganos desconcentrados.**- Los subsecretarios regionales o jefes provinciales, o su equivalente con la misma competencia, de los diferentes Ministerios, entidades y órganos de la Función Ejecutiva tendrán competencia para:

- a) Ejecutar íntegramente los procesos previstos en la Ley de Contratación Pública;
- b) Celebrar todo tipo de contratos en el ámbito de su competencia;
- c) Aprobar las plantillas para el pago de los correspondientes contratos y demás compromisos legítimamente adquiridos, y disponer directamente de los fondos públicos previstos en las correspondientes partidas presupuestarias para el pago directo e inmediato de las plantillas y compromisos respectivos; y,

d) Nombrar y posesionar a todos los funcionarios y empleados que deban actuar bajo su dependencia.

**Art. 29.- De la Contraloría y Procuraduría General del Estado.-** Las funciones que por Ley corresponden a la Contraloría y Procuraduría General del Estado, serán ejercitadas por sus delegaciones u oficinas regionales o provinciales.

Para los fines previstos en el inciso anterior, el Contralor y Procurador General del Estado crearán delegaciones u oficinas regionales o provinciales donde no haya, en función de los requerimientos de la respectiva localidad.

Los informes, dictámenes, asesorías y resoluciones que por Ley corresponda emitir a la Contraloría y Procuraduría General del Estado, a solicitud de parte interesada, serán emitidos desde esas oficinas con los mismos efectos jurídicos como si fuesen dictados o proporcionados desde la sede provincial de dichos organismos.

**Art. 32.- Creación y apoyo a órganos desconcentrados.-** Establécese la obligación de las entidades y organismos del sector público de instituir órganos regionales, provinciales o cantonales, para atender las necesidades de la respectiva localidad.

Las entidades y órganos que conforman la Función Ejecutiva prestarán especial colaboración y apoyo a los órganos desconcentrados, aunque no pertenezcan a la misma institución u órgano.

Los órganos desconcentrados deben apoyarse en todo lo que sea menester para el cumplimiento de sus funciones y atribuciones.

**Art. 33.- Fortalecimiento de los organismos regionales de desarrollo.-** La Función Ejecutiva a través de los respectivos ministerios de Estado fortalecerá los organismos regionales de desarrollo mediante la delegación de funciones. La delegación comprenderá la simultánea transferencia de recursos para el cumplimiento de la delegación.

Lo establecido en el inciso anterior se entenderá sin perjuicio del ejercicio de las funciones que por sus leyes constitutivas correspondan a los respectivos organismos regionales.

**Art. 35.- De las sanciones.-** El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente Capítulo causará la destitución del Representante legal o del principal de la institución respectiva.

## **CAPITULO V**

### **De la participación social**

**Art. 36.- Formas de participación local y comunitaria.-** Sin perjuicio de otras formas de participación reconocidas en la Constitución Política y las leyes de la República, los alcaldes, prefectos provinciales y organismos de desarrollo regional, con la finalidad de

lograr el desarrollo de la comunidad y mejorar las condiciones de vida de los habitantes de las respectivas circunscripciones, promoverán e impulsarán la participación social e iniciativa popular a través de las siguientes entidades sociales territoriales:

- a) Comités Barriales;
- b) Federaciones Barriales; y,
- c) Juntas Parroquiales.

**Art. 37.- De los Comités Barriales.-** Son organizaciones con personería jurídica. Su ámbito de acción estará delimitado físicamente por el concejo municipal dentro del territorio de su circunscripción parroquial. Su desenvolvimiento administrativo se sujetará a lo dispuesto en sus estatutos y reglamentos. Corresponde a los comités barriales:

- a) Identificar, priorizar y cooperar en la planificación y ejecución de las obras de interés barrial;
- b) Cuidar con eficaz funcionamiento, mantenimiento, conservación y el más adecuado aprovechamiento de las obras y servicios públicos barriales;
- c) Coparticipar en la evaluación de las obras y proyectos que beneficien al barrio;
- d) Velar por la correcta, oportuna y eficiente ejecución de las obras públicas que se desarrollen en el barrio;
- e) Impulsar modalidades de cogestión para el desarrollo de la comunidad barrial;

- f) Informar periódicamente a su comunidad sobre las acciones que se desarrollen en su representación;
- g) Promocionar y fomentar la autogestión comunitaria enfocada a proyectos económicos productivos como los de servicio, comercialización, consumo al trabajo comunitario, a través de mingas y otros; y,
- h) Las demás que le atribuya la Ley.

En cada barrio se reconocerá una sola representación. En caso de que surja más de un comité barrial, la junta parroquial dirimirá sobre la legitimidad del comité e informará al municipio respectivo.

**Art. 38.- De las federaciones barriales.-** Son asociaciones de derechos privados sin fines de lucro, con personería jurídica, integradas por los representantes de los comités barriales. Su desenvolvimiento administrativo se sujetará a lo dispuesto en sus estatutos y reglamentos.

Las federaciones barriales cumplirán gestiones de apoyo y coordinación entre los comités barriales que las componen. Las federaciones barriales cumplirán gestiones ante las entidades estatales, seccionales y privadas que fueren del caso, a efectos de apoyar las iniciativas de los comités barriales respectivos.

**Art. 39.- De las juntas parroquiales.-** En cada parroquia urbana o rural habrá una junta parroquial integrada por no menos de cinco ni más de nueve miembros, en

proporción al número de habitantes, elegidos por los ciudadanos empadronados en la parroquia respectiva, en la forma y época que establezca la Ley de Elecciones.

Los vocales de las juntas parroquiales durarán en sus funciones y se renovarán al mismo tiempo y en la misma forma que los concejales, pudiendo ser reelegidos. Para ser miembro de una junta parroquial es necesario estar en ejercicio de los derechos de ciudadanía y tener residencia habitual en la respectiva circunscripción parroquial.

Cada junta parroquial elegirá de entre sus miembros un presidente y un vicepresidente.

**Art. 40.- Atribuciones de las juntas parroquiales.-** Corresponden a las juntas parroquiales las siguientes atribuciones:

- a) Plantear al municipio, luego de receptar las propuestas de los comités o federaciones barriales, las obras y proyectos de trascendencia para la parroquia, con la finalidad de que sean incluidos, de acuerdo a su prioridad, en el Plan de Desarrollo Municipal. Las solicitudes para la realización de obras o la prestación de servicios en la parroquia podrán ser canalizadas a través de las juntas parroquiales, las que describirán el proyecto u obra y proporcionarán al municipio los datos básicos para su estudio y posterior ejecución;
- b) Designar de entre sus miembros, comités de gestión y vigilancia encargados de evaluar la eficiencia, oportunidad y calidad de las obras y servicios en ejecución o a ejecutarse en la respectiva parroquia;

- c) Formular sugerencias respecto de los programas de obras, de la respectiva administración municipal o provincial, según el caso;
- d) Evaluar el cumplimiento de las obras que se ejecuten en la parroquia, en función del cronograma de ejecución respectivo y formular las propuestas del caso para su finalización;
- e) Informar periódicamente a su comunidad sobre las acciones que desarrollen en su representación;
- f) Plantear reclamos y solicitudes ante los órganos de la administración respectiva, a nombre de la parroquia, sobre cuestiones de interés de la comunidad los cuales deberán tener respuesta en el plazo de 15 días;
- g) Sesionar ordinariamente cada quince días y extraordinariamente cuando lo convoque el presidente o las dos terceras partes de sus miembros, para tratar asuntos considerados de prioridad;
- h) Presentar proyectos de ordenanzas a los municipios respectivos; e,
- i) Las demás que le asignen en las respectivas ordenanzas municipales.

Las juntas parroquiales tendrán personería jurídica.

Art. 44.- **Contratación comunitaria.**- Los municipios y consejos provinciales procurarán contratar con las organizaciones sociales capacitadas señaladas en esta Ley, la realización de proyectos y obras de desarrollo comunitario susceptible de ser ejecutadas por dichas organizaciones en sus respectivas circunscripciones.

Art. 46.- **Ley especial.**- La presente Ley tiene el carácter de especial, por consiguiente prevalecerá sobre toda otra disposición legal que se le oponga.

### **Disposición general**

Art. 47.- **Única.**- En el plazo de noventa días a partir de la presente publicación de esta Ley de Registro Oficial, cada entidad y organismo del sector público establecerá los programas de desconcentración de funciones y demás acciones previstas en el Capítulo IV de la presente Ley.

Los programas de desconcentración de funciones se entenderán establecidos desde que sean íntegramente ejecutables. Será responsabilidad del representante legal o del principal de cada entidad y organismo del sector público obtener las aprobaciones respectivas para la íntegra implementación del programa respectivo.

**Artículo final.**- La presente Ley entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial.

Dado en la ciudad de San Francisco de Quito, Distrito Metropolitano, en la Sala de Sesiones del Congreso Nacional del Ecuador, a los veinte y cinco días del mes de septiembre de mil novecientos noventa y siete.

**CONGRESO NACIONAL.- CERTIFICO:** Que la copia que antecede es igual a su original que reposa en los archivos de la Secretaría General.

Día: 1 de octubre de 1997

Registro Oficial 169 del 8 de octubre de 1997.



# GUIA PARA EL DIAGNOSTICO HOSPITALARIO INICIAL 1

## 1. INTEGRANTES DE LA FUNCION DE DIRECCION DEL HOSPITAL

POSICION	Meses en el cargo actual	Años de experiencia similares	Formación formal en gerencia		Capacitación en el último año
			SI	NO	
	..... MESES	..... AÑOS	SI	NO	..... HORAS
	..... MESES	..... AÑOS	SI	NO	..... HORAS
	..... MESES	..... AÑOS	SI	NO	..... HORAS
	..... MESES	..... AÑOS	SI	NO	..... HORAS
	..... MESES	..... AÑOS	SI	NO	..... HORAS
	..... MESES	..... AÑOS	SI	NO	..... HORAS
	..... MESES	..... AÑOS	SI	NO	..... HORAS

## 2. ¿LAS DECISIONES SON ADECUADAMENTE COMPARTIDAS? SI NO

En caso afirmativo señale cuales son y la forma de participación en ellas.

DECISIONES GERENCIALES	FORMA DE PARTICIPACION

## 3. EVALUACION DE LA GESTION

¿Se realiza un evaluación de la gestión de lo miembros del equipo de dirección?	SI	NO
¿Se usan comparaciones de indicadores estadísticos entre hospitales	SI	NO
La información estadística, ¿se usa normalmente para decisiones de cambio?	SI	NO

## 4. PLANIFICACION ESTRATEGICA

¿Tiene el hospital un plan estratégico publicado?	SI	NO
En caso afirmativo:		
¿Cuándo fue desarrollado el último plan?	Año	.....
¿Se dispone de planes operativos por departamentos?	SI	NO

## 7. GESTION DE RECURSOS HUMANOS

Número de personas que trabajan actualmente adscritas al hospital y su tiempo de dedicación: (8HD= 8 horas - día, 6HD= 6 horas - día, 4HD= 4 horas - día, PHL = por horas o llamada). En la última columna señale el nivel de ausentismo justificado (AUSJ) durante el mes anterior (= N° de horas no trabajadas por vacaciones, licencias, permisos, calamidad domésticas y otras dividido para el número total de horas contratadas en ese grupo profesional durante ese período)

PERSONAL	8HD	6HD	4HD	PHL	AUSJ
MEDICOS TRATANTES					
MEDICOS RESIDENTES DE POSTGRADO					
MEDICOS RESIDENTES ASISTENCIALES					
MEDICOS AD - HONOREN					
ENFERMERAS					
OTROS PROFESIONALES TITULADOS					
TECNOLOGOS					
ESTUDIANTES INTERNOS					
AUXILIARES DE ENFERMERIA					
OTROS AUXILIARES					
PERSONAL ADMINISTRATIVO					
PERSONAL DE SERVICIO					

¿Número de directores generales del hospital en los últimos tres años? .....

Número de días de cierre del hospital por huelgas en los últimos 24 meses .....

Lista de gremios sindicales existentes en el hospital y número de miembros

GREMIOS SINDICALES	Nº MIEMBROS

Número de horas de capacitación financiadas o auspiciadas por el Hospital *en los últimos doce meses* para:

• médicos .....	• enfermeras .....	• administrativos .....
• auxiliares .....	• personal de servicio .....	• otros .....

¿Se dispone de indicadores de ausentismo o atrasos injustificados del personal?	SI	NO
¿Se evalúa sistemáticamente el desempeño del personal en forma periódica?	SI	NO
¿Se dispone de un normativo de medidas disciplinarias por incumplimientos?	SI	NO
¿Se usan incentivos y reconocimientos a destacados desempeños?	SI	NO

### 8. RECURSOS FISICOS Y TECNOLOGICOS (Adjuntar listas)

- Listar las especialidades del hospital y el número de camas por especialidad en hoja adjunta.
- Listar el equipamiento disponible en el hospital, por tipos de servicios y su estado de funcionamiento.

### 9. PRODUCCION DE SERVICIOS DURANTE LOS ULTIMOS TRES AÑOS (Adjuntar listas)

Listar los servicios del hospital, con los tipos de intervenciones (egresos hospitalarios y consultas externas) que realiza cada servicio y el número de estas realizadas en los últimos tres años.

EGRESOS POR ESPECIALIDAD	1997	1996	1995

CONSULTAS POR ESPECIALIDAD	1997	1996	1995

### 10. ANALISIS PRESUPUESTARIO

Monto de los principales rubros de gasto en los últimos tres años:

CONCEPTO DE GASTO	1997	1996	1995
Médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería			
Personal administrativo y de servicios			
Tecnólogos y personal técnico			
Personal de servicios básicos			
Otros gastos de personal			
<i>subtotal gastos de personal</i>			
Insumos y medicamentos			
Servicios generales y básicos			
Mantenimiento			
Inversiones			
Otros			
<i>Total del presupuesto</i>			