

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**



**FACULTAD DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA**

**CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN AUDITORÍA GUBERNAMENTAL**

---

***TEMA: “LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y SU  
INCIDENCIA FINANCIERA EN LA PRESTACIÓN  
DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL IESS  
HOSPITAL DE LATACUNGA EN EL PERÍODO  
2010”***

---

**Trabajo de Investigación**

**Previa a la obtención del Grado Académico de Magíster  
en Auditoría Gubernamental**

**Autor: Dra. Paola Alejandra Fiallos Punina**

**Director: Dra. Mg. Lucía Parra Miño**

**AMBATO – ECUADOR**

**2012**

## **Al Consejo de Posgrado de la UTA.**

El tribunal receptor de la defensa del trabajo de investigación con el tema: “La planificación estratégica y su incidencia financiera en la prestación de los servicios médicos del IESS Hospital de Latacunga en el período 2010” presentado por: Dra. Paola Alejandra Fiallos Punina y conformado por: Dr. Mg. Marcelo Mantilla Falcón, Ing. Mg. Mario Rubio Sánchez, Dr. Mg. Esteban Caiza Lizano, Miembros del Tribunal, Dra. Mg. Lucía Parra Miño - Directora del trabajo de investigación y presidido por: Dr. Mg. Guido Tobar Vasco, Presidente del Tribunal; Ing. Juan Garcés Chávez Director del CEPOS – UTA, una vez escuchada la defensa oral el Tribunal aprueba y remite el trabajo de investigación para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

-----  
Dr. Mg. Guido Tobar Vasco  
Presidente del Tribunal de Defensa

-----  
Ing. Mg. Juan Garcés Chávez  
DIRECTOR CEPOS

-----  
Dra. Mg. Lucía Parra Miño  
Director de Trabajo de Investigación

-----  
Dr. Mg. Marcelo Mantilla Falcón  
Miembro del Tribunal

-----  
Ing. Mg. Mario Rubio Sánchez  
Miembro del Tribunal

-----  
Dr. Mg. Esteban Caiza Lizano  
Miembro del Tribunal

## **AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el trabajo de investigación con el tema: “La Planificación Estratégica y su Incidencia Financiera en la Prestación de los Servicios Médicos del IESS Hospital de Latacunga en el Período 2010”, nos corresponde exclusivamente a: Dra. Paola Alejandra Fiallos Punina, Autor y Dra Mg. Lucía Parra Miño, Directora del trabajo de investigación; y el patrimonio intelectual del mismo a la Universidad Técnica de Ambato.

-----  
Dra. Paola Alejandra Fiallos Punina

Autor

-----  
Dra. Mg. Lucía Parra Miño

Directora

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este trabajo de investigación o parte de él un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de ésta, dentro de las regulaciones de la Universidad.

.....

Dra. Paola Alejandra Fiallos Punina

## **APROBACIÓN DEL DIRECTOR**

En mi calidad de Director del trabajo de investigación sobre el tema: **“La Planificación Estratégica y su Incidencia Financiera en la Prestación de los Servicios Médicos del IESS Hospital de Latacunga en el Período 2010”**, presentado por la estudiante Dra. Paola Alejandra Fiallos Punina, para optar por el título de Magister en Auditoría Gubernamental, CERTIFICO, que dicho proyecto ha sido revisado en todas sus partes y considero que reúne los requisitos y méritos suficientes, para ser sometido a la presentación pública y evaluación del tribunal examinador que se le designe.

Ambato, Marzo del 2012

-----  
Dra. Mg. Lucía Parra Miño  
Directora del Trabajo de Investigación

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme el don de la vida y brindarme los medios necesarios para continuar mi formación como profesional.

A mi familia, quienes me han apoyado en la consecución de este objetivo

A Juan Carlos, quién con su amor, comprensión y ayuda a hecho que cada día sea un sueño y que este proyecto de estudio se haga realidad.

Para ellos que diariamente se sacrifican, éste, mi esfuerzo.

**Paola Alejandra Fiallos Punina**

## **AGRADECIMIENTO**

Dejo constancia de mi más profundo agradecimiento, a la Universidad Técnica de Ambato, al Centro de Posgrado, a la Facultad de Contabilidad y Auditoría, y, a cada uno de los señores Maestros que supieron impartir sus conocimientos y experiencias a lo largo del Curso.

**Paola Alejandra Fiallos Punina**

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
APROBACIÓN TRIBUNAL RECEPTOR DE LA DEFENSA DE TESIS.....	ii
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL DIRECTOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
RESUMEN EJECUTIVO.....	xii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1

### CAPÍTULO I

#### EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2.1 Contextualización.....	4
1.2.1.1 Contextualización Macro.....	4
1.2.1.2 Contextualización Meso.....	7
1.2.1.3 Contextualización Micro.....	9
1.2.2 Análisis Crítico.....	11
1.2.3 Prognosis.....	13
1.2.4 Formulación del Problema.....	13
1.2.5 Preguntas Directrices.....	14
1.2.6 Delimitación.....	14
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	14
1.4 OBJETIVOS.....	16
1.4.1 Objetivo General.....	16
1.4.2 Objetivos Específicos.....	17



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	18
2.2 FUNDAMENTACION FILOSÓFICA.....	21
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	21
2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	43
2.4.1 Visión Dialéctica de Conceptualizaciones que Sustentan la Investigación..	43
2.4.1.1 Marco Conceptual Variable Independiente.....	43
2.4.1.2 Marco Conceptual Variable Dependiente.....	54
2.4.2 Gráficos de Inclusión Interrelacionados.....	57
2.5 HIPÓTESIS.....	60
2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS.....	60

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

3.1 ENFOQUE.....	61
3.2 MODALIDAD BASICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	62
3.2.1 De Campo.....	62
3.2.2 Bibliográfica – Documental.....	62
3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	63
3.3.1 Investigación Exploratoria.....	63
3.3.2 Investigación Descriptiva.....	63
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	64
3.4.1 Población.....	64
3.4.2 Muestra.....	64
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	65
3.5.1 Operacionalización de Variable Independiente.....	66
3.5.2 Operacionalización de Variable Dependiente.....	67
3.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	68
3.6.1 Plan Para la Recolección de Información.....	68

3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.....	70
3.7.1 Plan de Procesamiento de Información.....	70
3.7.2 Plan de Análisis e Interpretación de Resultados.....	71

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	73
4.2 INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	91
4.3 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	99

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 CONCLUSIONES.....	105
5.2 RECOMENDACIONES.....	106

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

6.1 DATOS INFORMATIVOS.....	108
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	108
6.3 JUSTIFICACION.....	109
6.4 OBJETIVOS.....	109
6.4.1 Objetivo General.....	109
6.4.2 Objetivos Específicos.....	110
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	110
6.5.1 Procesos Estratégicos o de Gestión.....	111
6.5.2 Marco Legal.....	115
6.5.3 Formulación de los Lineamientos de Política de Gestión Hospitalaria.....	115
6.6 FUNDAMENTACIÓN.....	118
6.7 MODELO OPERATIVO.....	118

6.7.1 Niveles del Modelo de Gestión Hospitalaria.....	118
6.7.2 Diseño de centros de Responsabilidad.....	119
6.7.3 Componentes del Modelo de Gestión Hospitalaria.....	122
6.8 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA.....	182
6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA.....	185
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>187</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Marco muestral de los servidores y servidoras del IESS Hospital Latacunga.....	65
Tabla 2. Planificación Estratégica.....	66
Tabla 3. Déficit Económico.....	67
Tabla 4. Cuantificación de resultados.....	70
Tabla 5. Orientación al personal por parte de los directivos.....	75
Tabla 6. Difusión del Plan Estratégico al Personal por parte de los directivos....	76
Tabla 7. Información sobre el cumplimiento de las políticas.....	77
Tabla 8. Autoridad de delegación y responsabilidad.....	78
Tabla 9. Comunicación de Sistemas, normas y políticas hacia el personal.....	79
Tabla 10. Establecimiento de cultura hospitalaria.....	80
Tabla 11. Rotación del personal para garantizar un funcionamiento apropiado....	81
Tabla 12. Relaciones honestas y equitativas.....	82
Tabla 13. Incorporación de código de ética en los procesos y el personal.....	83
Tabla 14. Incentivo y compromisos a los servidores.....	84
Tabla 15. Comunicación interna y externa por parte personal administrativo.....	85
Tabla 16. Normas y Procedimientos con control y descripciones del puesto.....	86
Tabla 17. Aumento progresivo del déficit económico.....	87
Tabla 18. Sistema de Gestión por parte de Recursos Humanos.....	88
Tabla 19. Establecimiento de objetivos con indicadores de rendimiento.....	89
Tabla 20. Existencia de informes comparativos.....	90
Tabla 21. Matriz de Recursos Humanos.....	184

Tabla 22.Matriz de Recursos Materiales.....	184
Tabla 23.Matriz de Presupuesto.....	185

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Árbol de Problemas.....	11
Gráfico 2. Superordinación Conceptual.....	58
Gráfico 3. Subordinación Conceptual.....	59
Gráfico 4. Representación gráfica de resultados.....	71
Gráfico 5. Orientación al personal por parte de los directivos.....	75
Gráfico 6. Difusión del Plan Estratégico al Personal por los directivos.....	76
Gráfico 7. Información sobre el cumplimiento de políticas.....	77
Gráfico 8. Autoridad de delegación y responsabilidad.....	78
Gráfico 9. Comunicación de Sistemas, normas y políticas hacia el personal.....	79
Gráfico 10. Establecimiento de la cultura hospitalaria.....	80
Gráfico 11. Rotación del personal para garantizar funcionamiento apropiado....	81
Gráfico 12. Relaciones honestas y equitativas.....	82
Gráfico 13. Incorporación de código de ética en los procesos y el personal.....	83
Gráfico 14. Incentivo y compromisos a los servidores.....	84
Gráfico 15. Comunicación interna y externa por parte personal administrativo..	85
Gráfico 16. Normas y Procedimientos el control y descripciones del puesto.....	86
Gráfico 17. Aumento progresivo del déficit económico.....	87
Gráfico 18. Sistema de Gestión por parte de Recursos Humanos.....	88
Gráfico 19. Establecimiento de objetivos con indicadores de rendimiento.....	89
Gráfico 20. Existencia de informes comparativos.....	90

## RESUMEN EJECUTIVO

El presente proyecto de investigación presentado como requisito para optar el título de Magister en Auditoría de Gestión está orientado a analizar la planificación estratégica y su incidencia financiera en la prestación de los servicios médicos del IESS Hospital de Latacunga en el período 2010, me he interesado en hacer el presente proyecto de investigación con el objeto de Proponer un modelo de gestión para mejorar la productividad de las Unidades médicas del IESS. A continuación en cuatro capítulos se describe el contenido.

La Planificación Estratégica tiene por finalidad producir cambios profundos en los mercados de la organización y en la cultura interna. La esencia de la Planeación estratégica consiste en la identificación sistemática de las oportunidades y peligros que surgen en el futuro, los cuales combinados con otros datos importantes proporcionan la base para que una empresa tome mejores decisiones en el presente para explotar las oportunidades y evitar los peligros.

Actualmente los afiliados y jubilados tienen derecho a los siguientes servicios: Tratamiento de enfermedades catastróficas: como cáncer, VIH, enfermedades renales, del corazón, cuyos índices son muy altos en el país y cuyos costos son excesivos para las capas sociales medias y bajas. Sin duda, muy pocos ecuatorianos podrán pagar seguros complementarios privados para cubrir estas contingencias y el Estado tampoco podrá otorgarlos para sustituir el servicio del IESS.

## **ABSTRACT**

The present research project presented as requirement to qualify the title of Magister in management audit is designed to analyze the strategic planning and its financial impact on the provision of medical services of the IESS Latacunga Hospital in 2010, I have been interested in making the present research project with the aim of proposing a management model to improve the productivity of the medical units of IESS. The content is described below in four chapters.

The strategic planning aims to produce deep changes in the markets of the Organization and the internal culture. The essence of strategic planning is the systematic identification of opportunities and dangers that arise in the future, which combined with other important data provide the basis for a company take better decisions at present to exploit the opportunities and avoid the dangers.

Currently members and retirees are entitled to the following services: treatment of catastrophic diseases: cancer, HIV, renal, heart disease, whose rates are very high in the country and whose costs without excessive for the strata media and low. Certainly very few Ecuadorians will pay private supplementary insurance to cover these contingencies and the State may not grant them to replace the service of the IESS.

## INTRODUCCIÓN

La Constitución Política del Ecuador, publicada mediante Registro Oficial 449 del veinte de octubre del 2008, al tenor del **Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

**Art. 34.-** El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas.

El Estado garantizará y hará efectivo el ejercicio pleno del derecho a la seguridad social, que incluye a las personas que realizan trabajo no remunerado en los hogares, actividades para el auto sustento en el campo, toda forma de trabajo autónomo y a quienes se encuentran en situación de desempleo.

A diferencia del primer mundo (Estados Unidos, Europa, etc.), donde el sector público es eficiente y efectivo, prestando los mejores servicios a la población; en el tercer mundo y especialmente en nuestro país, sucede

exactamente lo contrario; es decir el sector público es acusado de deficiente, antieconómico y de falta de efectividad; todo lo cual, en la práctica esta situación es aceptada por la comunidad como algo normal. Cuando esto sucede en las dependencias administrativas, no hay mayores problemas, generalmente no repercute contra la salud ni contra la vida; sin embargo cuando esto se refiere a los servicios públicos de salud, ya no es una situación cualquiera, sino que se convierte en una problemática preocupante para los responsables del Sector de Salud y especialmente para la población que hace uso de los servicios médicos.

Si bien es cierto los recursos humanos, financieros, materiales, tecnológicos y de otro tipo de las unidades médicas del IESS no tienen la suficiencia ni competencia que se requiere para prestar los mejores servicios médicos; sin embargo, esto se complica cuando no se cuenta con una dirección y gestión efectivas para sacar adelante a estas entidades, todo lo cual repercute en contra de la población.

El presente trabajo está orientado a mejorar la prestación de los servicios médicos brindados en el IESS Hospital del Latacunga como producto de la adecuada ejecución de la planificación estratégica institucional, el interés de esta investigación es con el objeto de mejorar la eficiencia, eficacia y efectividad a fin de alcanzar el equilibrio financiero y de esta manera seguir brindando los servicios de salud a la clase afiliada y población en general.

A continuación se describe el contenido de los diferentes capítulos del presente trabajo de investigación.

**Capítulo I.-** Consta del problema y tema de investigación, su planteamiento básicamente por la deficiente aplicación del plan estratégico institucional del IESS Hospital de Latacunga, lo que produce una improductividad de los servicios médicos ocasionando un aumento



progresivo del déficit económico durante el período 2010. Seguidamente se encuentra la contextualización macro, meso y micro; análisis crítico y su árbol de problemas; pronóstico; formulación del problema; preguntas directrices, delimitación; justificación y objetivos.

**Capítulo II.-** Abarca el marco teórico, antecedentes investigativos, fundamentación filosófica y legal, categorías fundamentales, marco conceptual de la variable independiente y dependiente; gráficos de inclusión interrelacionados, Superordinación y subordinación conceptual; hipótesis y señalamiento de las variables de la hipótesis.

**Capítulo III.-** Corresponde a la metodología aplicada en la investigación, con una lógica general de la misma; enfoque; modalidad básica de la investigación, de campo y bibliográfica – documental; nivel o tipo de investigación, exploratorio, descriptivo; población y muestra, definir la población, determinar la muestra; Operacionalización de las variables tanto independiente como dependiente; recolección de información; procesamiento y análisis, plan de procesamiento de información; análisis e interpretación de resultados; y en base a los objetivos se harán las conclusiones y recomendaciones necesarias.

**Capítulo IV.-** Consta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos de la encuesta, además corresponde realizar la verificación de la hipótesis.

**Capítulo V.-** En base a los objetivos y resultados de la encuesta se formularon las conclusiones y recomendaciones necesarias.

**Capítulo VI.-** Este capítulo consta de la Propuesta, en la cual se detalla los datos informativos, antecedentes de la propuesta, su justificación, objetivos, análisis de factibilidad, fundamentación, modelo operativo, la administración y previsión de la evaluación de la propuesta.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN**

**“La planificación estratégica y su incidencia financiera en la prestación de los servicios médicos del IESS Hospital de Latacunga en el período 2010”**

### **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.2.1. Contextualización**

##### **1.2.1.1. Contextualización Macro**

Mediante Decreto Supremo N° 40 del 25 de julio de 1970 y publicado en el Registro Oficial N° 15 del 10 de julio de 1970 se transformó la Caja Nacional del Seguro Social en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social .

El 20 de noviembre de 1981, por Decreto Legislativo se dictó la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino.

En 1986 se estableció el Seguro Obligatorio del Trabajador Agrícola, el Seguro Voluntario y el Fondo de Seguridad Social Marginal a favor de la población con ingresos inferiores al salario mínimo vital.

El Congreso Nacional, en 1987, integró el Consejo Superior en forma tripartita y paritaria, con representación del Ejecutivo, empleadores y asegurados; estableció la obligación de que consten en el Presupuesto General del Estado las partidas correspondientes al pago de las obligaciones del Estado.

En 1991, el Banco Interamericano de Desarrollo, en un informe especial sobre Seguridad Social, propuso la separación de los seguros de salud y de pensiones y el manejo privado de estos fondos.

Los resultados de la Consulta Popular de 1995 negaron la participación del sector privado en el Seguro Social y de cualquier otra institución en la administración de sus recursos.

La Asamblea Nacional, reunida en 1998 para reformar la Constitución Política de la República, consagró la permanencia del IESS como única institución autónoma, responsable de la aplicación del Seguro General Obligatorio.

El IESS, según lo determina la vigente Ley del Seguro Social Obligatorio, se mantiene como entidad autónoma, con personería jurídica, recursos propios y distintos de los del Fisco.

El 30 de noviembre del 2001, en el Registro Oficial N° 465 se publica la LEY DE SEGURIDAD SOCIAL, que contiene 308 artículos, 23 disposiciones transitorias, una disposición especial única, una disposición general.

Dentro del nivel de dirección especializada se encuentran las direcciones **del Seguro General de Salud Individual y Familiar**, el Sistema de Pensiones, el Seguro General de Riesgos del Trabajo, el Seguro Social Campesino y las Direcciones Provinciales, encargadas del aseguramiento de las contingencias y la calificación del derecho a las prestaciones que otorga el Seguro General Obligatorio.

El Seguro de Salud Individual y Familiar que administra el IESS, forma parte de un sistema nacional de protección social en salud donde intervienen otras instituciones tales como el Ministerio de Salud Pública, la Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Sanidad de la Policía, los programas de salud local a cargo de los municipios.

**Seguro General de Salud Individual y Familiar (SSIF).**- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar es el órgano ejecutivo encargado del aseguramiento colectivo de los afiliados y jubilados contra las contingencias amparadas en la Ley de Seguridad Social. Comprará servicios de salud a las unidades médicas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y otros prestadores, públicos o privados, debidamente acreditados.

Administra los programas de fomento y promoción de la salud; medicina y atención odontológica. Preventivas y de recuperación; asistencia médica curativa integral y de maternidad; tratamiento de enfermedades crónicas degenerativas y catastróficas; asistencia médica quirúrgica, farmacéutica y de rehabilitación.

En términos de la prestación, la ley establece que los asegurados pueden acceder a las prestaciones de salud del Seguro General de Salud en condiciones de libre elección del prestador de servicios de salud, público o privado, con las limitaciones que establece la ley. Para ello, se definen como prestadores de los servicios de salud "...a los asegurados, las unidades médicas del IESS, las entidades médico-asistenciales, públicas y privadas, y los profesionales de la salud en libre ejercicio, acreditados y contratados por la Dirección del Seguro de Salud Individual y Familiar Individual y Familiar..."

Sin lugar a dudas el principal problema que enfrenta el sistema de seguridad social del Ecuador es la baja cobertura. La población nacional estimada para el Ecuador en el año 2010 es 16,289,987 personas, de las cuales solo cerca del 25.% cuenta con cobertura de aseguramiento en algún programa de seguro social, de modo que más de 4 millones de ecuatorianos y ecuatorianas están desprotegidos por la seguridad social. En términos contributivos, cuando la cobertura se mide con respecto a la población económicamente activa (PEA), el índice de cotizantes se ha

mantenido en un valor del orden del 60%; esto significa que de cada 100 personas en actividad económica, 40 no cotizan a la seguridad social, y hacia el futuro, es muy posible que el índice de personas que no logren consolidar derechos jubilatorios sea mucho mayor.

La falta de acceso a cobertura de la seguridad social representa para millones de ecuatorianos una pesada carga económica y social que retroalimenta la marginación y la pobreza.

En términos prácticos y cotidianos, este problema tiene manifestaciones que afectan los derechos humanos de diversas maneras: desprotección frente a los riesgos de enfermedad (incluidas las pérdidas temporales de ingresos que supone la enfermedad y falta de acceso a atención integral en salud), condiciones inadecuadas de seguridad y salud en el trabajo que se reflejan en altos índices de accidentes, enfermedades y muertes por causas laborales, mortalidad infantil y juvenil; en general, condiciones de incertidumbre económica que afectan directamente el bienestar familiar.

#### **1.2.1.2. Contextualización Meso**

La Jefatura Provincial del SSIF Tungurahua tiene las siguientes responsabilidades:

-La recepción, verificación y consolidación de la facturación de las prestaciones del Seguro General de Salud Individual y Familiar, en servicios de salud y subsidios monetarios, entregadas por las Unidades Médicas del IESS, los Dispensarios Anexos y otros prestadores de salud, con sujeción al Tarifario de Atención Médica, los Cuadros Básicos de Fármacos, Material Quirúrgico e Insumos Médicos, y los protocolos y procedimientos médicos vigentes;

El Artículo 121 de la Ley de Seguridad Social prevee el mecanismo de financiamiento de los proveedores de servicios de salud, propios o contratados por el IESS, los cuales aparecen bajo la denominación de “unidades médicas”. El mecanismo de asignación de recursos previsto para las unidades médicas es el de los “*presupuestos anuales por actividad*”, el cual debe funcionar bajo responsabilidad del respectivo Director de la unidad médica.

La ley establece que la entrega de los recursos presupuestarios asignados en el contrato de cada unidad, será responsabilidad del Jefe Provincial de la Administradora, contra la facturación de la actividad médica producida

Tácitamente, la ley vigente establece la “contratación” de servicios de salud como el marco de actuación para la asignación de recursos a la red de servicios de salud, lo cual es razonable y además se adecua a las tendencias internacionales recientes, en el sentido de que permite a la administración central del IESS establecer contratos entre el financiador (IESS como asegurador) y los proveedores de servicios de salud; estos contratos pueden ser virtuales (cuando se “contrata” con un proveedor propio) o pueden ser contratos puros cuando se compran servicios a otras entidades públicas o privadas. Pese a sus bondades y resultados exitosos en otros países, la introducción de la contratación no ha avanzado en el IESS; junto a ello, los mecanismos de asignación de recursos a los establecimientos de salud del IESS, continúan funcionando sobre una base histórica, los cuales han demostrado que tienen como desventaja que perpetúan las ineficiencias en la producción de servicios de salud.

En conclusión, hay dos elementos de la gestión y el financiamiento de la red de servicios de salud que van de la mano, y que requieren ser abordados en el IESS de una manera integral, y que están vigentes según la ley, aunque sin aplicación práctica: a) la introducción de contratos para

separar las funciones entre financiador (administradora del Seguro Familiar de Salud) y los proveedores de servicios de salud (hospitales y otros proveedores), de manera que éstos puedan actuar dentro de un marco de mayor autonomía local de gestión; y b) la instauración de los nuevos mecanismos de asignación de recursos contemplados en la ley, con el fin de sustituir la “asignación histórica” por mecanismos más eficaces y eficientes de asignación “prospectiva”.

### **1.2.1.3. Contextualización Micro**

Las unidades médicas representan un componente sumamente importante de la estructura del IESS, tanto en número como en términos económico-financieros; estas dependen directamente de la Dirección del Seguro de Salud Individual y Familiar, y coordinan a través de la Unidad Provincial de dicho Seguro.

Producto de los avances y en estrecha relación con diversas resoluciones del Consejo Directivo, se han venido generando indicadores de producción, rendimiento y costos de las unidades asistenciales, con avances importantes en la descentralización de la ejecución presupuestaria.

Uno de los objetivos que se han venido persiguiendo es invertir el modelo asistencial, dotando de mayor cantidad de recursos a las actividades de primer nivel de atención. Actualmente cada unidad médica posee su propio presupuesto, cuenta con un ordenador de gasto, un ordenador de pago y contabilidad. La idea es cumplir con la ley, en el sentido de que funcionen como una empresa independiente, con personería jurídica, administrativa y financiera-contable.

Independientemente de los recientes cambios, tendientes a desconcentrar la gestión administrativa y financiera, la forma en que el IESS opera la

distribución de los recursos hacia su red de servicios en salud, sigue todavía un modelo centralista y poco eficaz, que compromete tanto la eficiencia de la función de aseguramiento, como la eficiencia en la gestión de la red de servicios de salud.

El presupuesto de la red de servicios se formula sobre una base histórica, con ajustes anuales globales en función de la evolución reciente de los ingresos. Pese a evidentes esfuerzos recientes por acatar la disposición normativa de establecer presupuestos por actividad, con el fin de avanzar hacia un esquema de *asignación prospectiva* basado en producción y demanda efectiva, los resultados son aún incipientes y no generalizados, de modo que prevalece un esquema de asignación histórico y centralista en su ejecución y control.

La experiencia demuestra que cuando la gestión presupuestaria del abastecimiento se controla centralizadamente, se tienden a generar retrasos en los procesos clínicos, que se traducen en atención ineficiente y poco satisfactoria para los gestores y asegurados.

Los numerales 16 y 17 del artículo 149 del Reglamento General de las Unidades Médicas del IESS, expedido mediante Resolución CI 056 de 26 de enero del 2000, establecen como responsabilidad de la Unidad Financiera, el registro de gastos y la consolidación de las cuentas por paciente y la preparación de informes sobre costos.

La falta de facturación en los términos establecidos en la Resolución CI 056, hace que el IESS Hospital de Latacunga desconozca los costos de atención por paciente; que no se lleve control del consumo de insumos, fármacos y materiales; y, no se tomen decisiones adecuadas tanto para programar sus actividades como para conocer su situación administrativa y financiera y de esta manera lograr el cumplimiento del plan estratégico institucional.



### 1.2.2. Análisis crítico

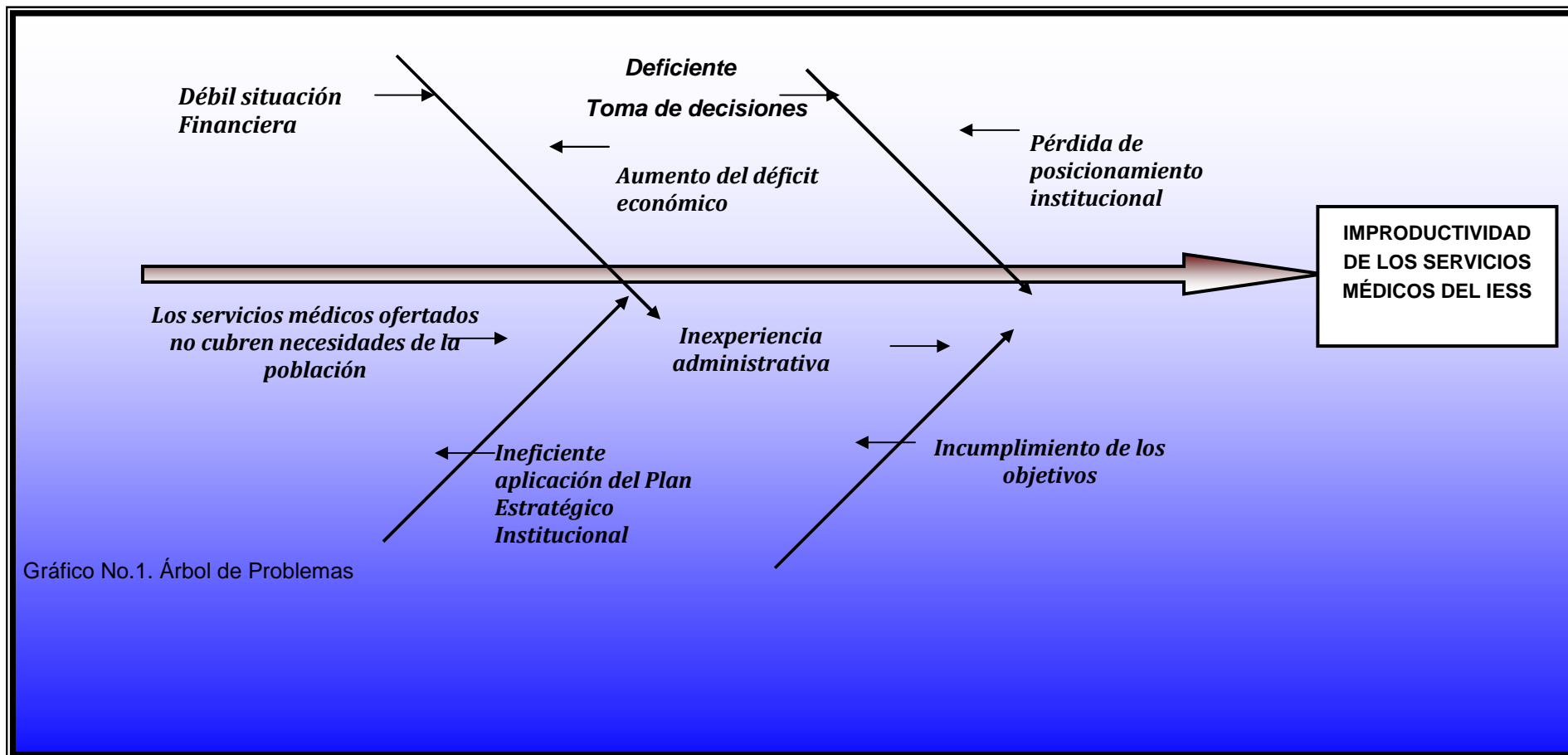


Gráfico No.1. Árbol de Problemas

## CAUSAS

La improductividad de los servicios médicos del IESS se debe a la ineficiente aplicación del plan estratégico institucional, al tener esta causa el IESS Hospital de Latacunga produce un aumento progresivo del déficit económico, lo cual ocasiona problemas para asegurar la continuidad y oportunidad de la atención de salud.

El Comité ejecutivo y demás jefaturas, de acuerdo a su estructura piramidal tienen a su cargo un gran número de centros de responsabilidad y por ende la relación con sus subordinados es escasa lo que dificulta ejercer el control de la gestión de las unidades a su cargo es decir que existe un liderazgo débil, en donde una autoridad ejerce pero no alcanza a liderar, esto es motivar, involucrar, comunicarse y reforzar permanentemente en los subordinados inmediatos y en el resto del personal, la Misión, Visión, Valores, metas y planes de largo, mediano y corto plazo de esta Unidad Médica.

En cuanto a la gestión administrativa, se caracteriza por ser una estructura rígida y burocrática, con limitantes legales y centralistas en la gestión de los recursos financieros y humanos, y con una cultura organizacional muy fuerte y poco accesible a los cambios del entorno.

En lo que se refiere a la gestión clínica, predomina un modelo de atención de primer nivel y una organización centrada en la burocracia administrativa, insuficiente control de la gestión clínica, inflexibilidad en el uso de los recursos.

En las últimas décadas, las unidades médicas del IESS, principalmente por la baja inversión realizada, han experimentado un proceso de deterioro que han comprometido el cumplimiento de su misión institucional.

## **Prognosis**

El IESS Hospital de Latacunga durante el período económico 2010 alcanzó una utilidad de ciento veinte y ocho mil dólares y un déficit económico de ejercicios años anteriores de seis millones de dólares a pesar de que se ha incrementado el Tarifario Institucional en un 40% y la cartera de servicios en un 15%.

Las empresas privadas a nivel mundial han alcanzado posicionarse en el mercado comercial y de servicios gracias a las estructuras de innovación empresarial que han emprendido. En tal virtud se plantea una posible solución para la problemática existente en el IESS Hospital de Latacunga, sobre el desarrollo de un sistema alternativo para la gestión productiva, considerando esta una herramienta primordial para mejorar la calidad en el servicio y por lo tanto la productividad.

Además en el IESS sigue prevaleciendo un enfoque en salud de carácter curativo-asistencial, que por su naturaleza tiende a ser económicamente costoso e ineficaz para mejorar la salud de los asegurados desde el punto de vista de gestión de riesgos en salud y logro de resultados. La mayor parte de los recursos del Seguro de Salud Individual y Familiar se destinan a financiar atenciones curativas a través de una oferta de servicios con alta concentración de recursos en el nivel hospitalario; así, del total de consultas médicas, solo el 7% aproximadamente, se refieren a atenciones de fomento y protección de la salud.

### **1.2.3. Formulación del problema**

¿Es la deficiente aplicación del plan estratégico institucional del IESS Hospital de Latacunga, lo que ocasiona improductividad de los servicios médicos ocasionando un aumento progresivo del déficit económico durante el período 2010?

#### 1.2.4. Preguntas directrices

- ¿Cuál es la incidencia del cumplimiento del Plan Estratégico Institucional?
- ¿Cuáles son los motivos que originan una débil situación financiera institucional?
- ¿Determinar si los servicios médicos ofertados cubren las necesidades de la población?

#### 1.2.5. Delimitación

- **Campo:** Contabilidad y Auditoría
- **Área:** Auditoría de Gestión
- **Aspecto:** Planificación Estratégica
- **Temporal:** La presente investigación tiene como referencia el ejercicio económico 2010.
- **Espacial:** El IESS Hospital de Latacunga se encuentra ubicado en la Calle Quito S/N y Leopoldo Pino Sector El Loreto, Parroquia Ignacio Flores Cantón Latacunga Provincia Cotopaxi, tal como se señala en el RUC (Ver Anexo 1)

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

Las unidades médico-asistenciales de propiedad del IESS serán empresas prestadoras de servicios de salud, dotadas de autonomía administrativa y financiera, integradas en sistemas regionales de atención médica organizados por nivel de complejidad, de conformidad con la reglamentación interna que, para este efecto, dictará el Consejo Directivo. Las unidades médicas del IESS se financiarán sobre la base de presupuestos anuales por actividad, con sujeción a las condiciones estipuladas en el respectivo contrato de venta de servicios de salud a la Administradora.

La formulación y la ejecución del presupuesto de cada unidad médica del IESS serán responsabilidad de su respectivo Director.

La entrega de los recursos presupuestarios asignados en el contrato de cada unidad, será responsabilidad del Director de la Administradora, contra la facturación de la actividad médica producida.

El contrato de compra de servicios con la respectiva unidad médica se sujetará a las tarifas vigentes en cada ejercicio económico, que incluirán los costos directos e indirectos de la prestación. Con cargo a los recursos del Fondo Presupuestario de Salud, la Administradora de este seguro contratará un reaseguro contra riesgos catastróficos para cubrir los excesos de gasto que se originen en contingencias extraordinarias.

Dentro de este procedimiento de asignación de recursos por actividad, que garantiza el pago de servicios prestados sobre la base de la actividad asistencial producida, las unidades médicas del IESS de cualquier nivel de complejidad deberán alcanzar el equilibrio financiero en cada ejercicio anual. Se prohíbe al Consejo Directivo y demás autoridades del IESS, por sí o por medio de la Administradora del Seguro General de Salud, la entrega de fondos de otros seguros para cubrir el déficit operacional de las unidades médicas institucionales.

Bajo estos lineamientos el sistema de salud del IESS Hospital de Latacunga deberá ser más eficiente, efectivo, cálido, oportuno y de costos razonables, ya que la visión de salud es construir un modelo de base familiar, con acento en las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización, en un proceso integrado: de salud familiar, preventiva y curativa, lo que responde a un modelo participativo y consensuado, acorde con una administración moderna y descentralizada.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, requiere una urgente reestructura administrativa para que en el campo de la salud agilice, modernice sus servicios a los trabajadores afiliados que necesitan asistencia médica, optimice sus activos ociosos, invierta bien los aportes laborales y patronales mediante una gerencia eficiente, contratada y no politizada.

También deberá implementar un modelo de asignación de recursos en salud a través del cual se diseñará los mecanismos y criterios para hacer llegar los recursos de las cotizaciones a los proveedores de servicios de salud (hospitales, clínicas, etc.)

El modelo de asignación de recursos es una pieza clave en la determinación de dos elementos: a) la eficiencia asignativa, y b) la equidad asignativa; si alguna de las dos fallase, los recursos no irán a los mejores usos, se comprometerá la eficiencia y la distribución de las prestaciones no será equitativa entre los asegurados.

Idealmente, un modelo que garantice cierta eficiencia asignativa, no solo premiará a los proveedores más eficientes y eficaces, sino que impulsará un adecuado equilibrio entre la promoción/prevención en salud y la reparación del daño; esto se conoce como enfoque de gestión de riesgos en salud. Así también, el modelo de asignación de recursos debe constituir un instrumento para la gestión de incentivos a la eficiencia.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo general**

- Estudiar el grado de cumplimiento del plan estratégico institucional y su impacto en la situación financiera para el logro de una eficiente prestación de los servicios médicos del IESS Hospital de Latacunga

#### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Analizar el incumplimiento del plan estratégico institucional para establecer hallazgos que afecten al desempeño efectivo de los servicios médicos del IESS Hospital de Latacunga.
- Demostrar que el déficit económico de ejercicios años anteriores presentado en los estados financieros al 31/12/2010 se debe a la improductividad de los servicios médicos prestados por el IESS Hospital de Latacunga
- Proponer un modelo de gestión para mejorar la productividad de las Unidades médicas del IESS.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En la tesis de **Cruz (2006: Internet)**, se señala que la auto-eficacia es tema de estudio desde hace décadas y actualmente continúa interesando a investigadores y profesionales de la conducta. En este trabajo se pretende analizar el impacto que la autoeficacia tiene sobre las poblaciones, principalmente en la educación y en la salud, así como su aplicabilidad a los aspectos de bienestar social de Puerto Rico. Es importante estudiar la contribución que estos constructos pueden aportar en la solución de los problemas psicológicos, sociales y económicos, que afectan al individuo, la familia y la comunidad, y se manifiestan en las escuelas, las familias y la salud de la población. Esta investigación está centrada en:

1. Identificar los problemas sociales y económicos de Puerto Rico;
2. Describir las tendencias históricas desde el año 1493 hasta el año 2004;
3. Describir las estrategias utilizadas por las entidades gubernamentales para resolver los problemas, basadas en las tendencias históricas;
4. Evaluar los constructos de autoeficacia utilizados por teóricos expertos en la materia, tomando como base principal la Triada Cognitiva de Bandura;
5. Comparar esta teoría de Bandura con otras de gran similitud, como por ejemplo: Seligman, Sternberg, Goleman y otros;
6. Aplicar a una muestra piloto y una muestra poblacional cuatro instrumentos de solución de problemas;



7. Analizar los hallazgos encontrados en las muestras;
8. Llegar a conclusiones basadas en métodos científicos como el SPSS, instrumento de análisis social debidamente probado y
9. De acuerdo a las conclusiones recomendar la implantación de proyectos basados en constructos de autoeficacia que sirvan para definir la política pública, lo cual redundará en mejorar la toma de decisiones en las entidades públicas que tienen la responsabilidad de las estructuras de educación y de orientar los servicios relacionados a la salud en las familias puertorriqueñas.

Según la información presentada en la **Publicación virtual, Innovaciones en gestión hospitalaria en México (2011: Internet)**, señala la concepción del modelo de gestión de unidades médicas se sustenta en los objetivos establecidos en el Programa Nacional de Salud 2001- 2006, en particular en las estrategias asociadas al Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), y en el Plan Maestro de Infraestructura y Equipamiento (PMIE), así como en el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), vehículo de protección financiera puesto en operación como parte de dicho Programa.

El modelo de gestión es una propuesta para dirigir y administrar unidades de servicios médicos que tiene como premisas para su diseño, por un lado, la definición rigurosa de las funciones de rectoría, financiamiento y provisión de servicios que caracterizan a todo sistema de salud y por el otro, la identificación de los diferentes actores que interactúan para realizar precisamente esas funciones.

Todo ello a través de un enfoque innovador que se propone mejorar el desempeño de las unidades en la prestación de servicios de alta calidad y eficiencia.

En el modelo se plantea la función rectora que ejerce la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, a través de la junta de gobierno de cada unidad, en la cual, en el caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE), están representadas, además de las autoridades federales competentes, las autoridades de salud que conforman la región que integra la red de alta especialidad que tiene como núcleo la unidad hospitalaria en cuestión.

La conducción cotidiana de la unidad se realiza por personal directivo seleccionado mediante concurso, el cual cuenta para su tarea con lineamientos y manuales de alta dirección, así como con un conjunto de herramientas gerenciales seleccionadas ex profeso. La conducción de la unidad parte de una definición de servicios de concentración especializada, así como de un plan estratégico de desarrollo de la misma. Un componente indispensable de ese plan estratégico es el programa anual de producción de servicios, el cual establece metas claras y rigurosas, así como los presupuestos de ingresos y egresos que garanticen su sustentabilidad financiera y su rentabilidad social.

El modelo destaca premisas para la operación que buscan hacer eficiente la utilización de espacios y recursos, ampliando los horarios de atención y acceso a los servicios y alentando la racionalidad en el diseño arquitectónico y funcional de las unidades.

En el modelo se asocia la función de financiamiento con los denominados terceros pagadores. Con una visión de prestación universal de servicios, se reconoce al SPSS, a las instituciones de seguridad social federales y estatales y a las aseguradoras y corporaciones privadas como entidades financieras que cubren por cuenta de sus afiliados los servicios ofrecidos por la unidad. Esta relación se formaliza mediante acuerdos de gestión o contratos de prestación de servicios.

## **2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

Según la información presentada en la **Revista Virtual, Matemática Educación e Internet (2011: Internet)**, señala que para el paradigma positivista la realidad es única, puede ser fragmentada para su análisis y las partes pueden ser manipuladas independientemente. De acuerdo con la concepción dialéctica del conocimiento existen múltiples realidades construidas por cada persona, por lo tanto, el estudio de una parte está influido por el estudio de las otras partes de esa realidad.

El paradigma positivista en la presente investigación se fundamenta por las siguientes razones:

Porque al estar inmerso en un mercado globalizado con características dinámicas las instituciones se enfrentan a nuevos retos cada día, lo cual es indispensable contribuir con el cambio hacia un desarrollo competitivo de las instituciones públicas que permitan la reactivación de la economía del país.

Al interactuar con la institución objeto del estudio se formulará soluciones como son la evaluación de la aplicación eficiente de la visión, misión y objetivos, metas y estrategias a través de la ejecución de una Auditoría de Gestión a fin de mejorar la prestación de los servicios médicos.

Además se pretende trabajar con principios y valores que contribuyan al mejoramiento del entorno de trabajo.

## **2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

Para el desarrollo de la presente investigación se tomó como respaldo los siguientes fundamentos legales:

**Constitución del Ecuador, Registro Oficial 449, del 20 de octubre del 2008.** En el Título Segundo, Capítulo II Derechos del Buen Vivir, Sección Séptima Salud, Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Sección segunda

Administración pública

Art. 227.-La administración pública constituye un servicio a la colectividad que se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación.

Art. 278.-Para la consecución del buen vivir, a las personas y a las colectividades, y sus diversas formas organizativas, les corresponde:

1. Participar en todas las fases y espacios de la gestión pública y de la planificación del desarrollo nacional y local, y en la ejecución y control del cumplimiento de los planes de desarrollo en todos sus niveles.
2. Producir, intercambiar y consumir bienes y servicios con responsabilidad social y ambiental.

### Sección tercera

#### Seguridad social

Art. 367.-El sistema de seguridad social es público y universal, no podrá privatizarse y atenderá las necesidades contingentes de la población. La protección de las contingencias se hará efectiva a través del seguro universal obligatorio y de sus regímenes especiales.

El sistema se guiará por los principios del sistema nacional de inclusión y equidad social y por los de obligatoriedad, suficiencia, integración, solidaridad y subsidiaridad.

Art. 368.-El sistema de seguridad social comprenderá las entidades públicas, normas, políticas, recursos, servicios y prestaciones de seguridad social, y funcionará con base en criterios de sostenibilidad, eficiencia, celeridad y transparencia. El Estado normará, regulará y controlará las actividades relacionadas con la seguridad social.

Art. 369.-El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley. Las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la red pública integral de salud.

**Ley de Seguridad Social, Registro Oficial 465, del 30 de noviembre del 2001.** En el Capítulo III Del financiamiento, Art. 121.- Financiamiento de las Unidades Médicas del IESS.- Las unidades médicas del IESS se financiarán sobre la base de presupuestos anuales por actividad, con sujeción a las condiciones estipuladas en el respectivo contrato de venta de servicios de salud a la Administradora.

La formulación y la ejecución del presupuesto de cada unidad médica del IESS serán responsabilidad de su respectivo Director. La entrega de los recursos presupuestarios asignados en el contrato de cada unidad, será

responsabilidad del Director de la Administradora, contra la facturación de la actividad médica producida.

El contrato de compra de servicios con la respectiva unidad médica se sujetará a las tarifas vigentes en cada ejercicio económico, que incluirán los costos directos e indirectos de la prestación. Con cargo a los recursos del Fondo Presupuestario de Salud, la Administradora de este seguro contratará un reaseguro contra riesgos catastróficos para cubrir los excesos de gasto que se originen en contingencias extraordinarias.

Dentro de este procedimiento de asignación de recursos por actividad, que garantiza el pago de servicios prestados sobre la base de la actividad asistencial producida, las unidades médicas del IESS de cualquier nivel de complejidad deberán alcanzar el equilibrio financiero en cada ejercicio anual.

**Resolución C.I. 056 Reglamento General de las Unidades Médicas del IESS, Registro Oficial No. 58, del 14 de abril del 2000**

**CAPITULO 2**

**RESPONSABILIDADES.**

**Sección Primera**

De la Gerencia del Hospital y sus Dependencias

**ART. 77 De la Gerencia del Hospital.-** La Gerencia del Hospital tendrá las siguientes responsabilidades:

1. La organización y dirección del Hospital y la supervisión de la ejecución de los planes, programas y actividades de cada uno de sus órganos y dependencias;
2. El cumplimiento de los programas anuales de prestación de servicios médicos a la población asegurada, de conformidad con el compromiso de gestión suscrito con la Subdirección de Prestaciones de Salud de la respectiva circunscripción, el cual se sujetará a los límites presupuestarios del seguro de Enfermedad y Maternidad;

3. La autorización, organización y supervisión del cumplimiento de los programas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación, orientados hacia el afiliado la familia, el derecho habiente y la población en general;
4. La autorización y supervisión de los programas de educación, docencia e investigación médica del Hospital elaborados por la gerencia de Investigación y Docencia del Hospital III para las unidades médicas del Subsistema Zonal;
5. La organización de las Clínicas de Especialidades del Hospital, debidamente fundamentadas en los protocolos respectivos, según el desarrollo científico tecnológico, las necesidades de los pacientes y la disponibilidad de recursos;
6. La organización, el establecimiento, la actualización y el control de un sistema obligatorio de archivo de los informes, diagnósticos y exámenes, de acuerdo al Código Internacional de Enfermedades;
7. La formulación de la proforma presupuestaria anual del Hospital, que será sometida a conocimiento del Director general del IESS, por medio del Supervisor de Unidades Médicas del IESS, en la fecha señalada en la ley;
8. La contratación de la compra de bienes y servicios de uso hospitalario, con sujeción a los procedimientos y límites de cuantía señalados en las disposiciones generales del presupuesto del IESS y las directrices de la Dirección Nacional Médico Social;
9. La calidad, eficiencia y eficacia de los servicios médicos y asistencias del Hospital, ante la Supervisora de las Unidades Médicas del IESS;
10. La satisfacción de los afiliados, jubilados y derechos habientes protegidos por los seguros de enfermedad y maternidad, respecto de los servicios médicos y asistenciales del hospital, ante el Subdirector de Prestaciones de Salud de la respectiva circunscripción;
11. El control de la calidad y costos de la prescripción Farmacológica a los pacientes del Hospital;

12. La autorización de la facturación de los servicios prestados por el Hospital sobre la base de las actividades producidas y con sujeción a los aranceles aprobados por el órgano máximo del IESS, y su prestación y entrega a la Subdirección del Prestaciones de Salud de la respectiva circunscripción;
13. El establecimiento de los sistemas de control previo y concurrente de los ingresos y egresos del Hospital;
14. El establecimiento, mediante reglamento interno, de las normas conducentes a utilizar con economía y eficacia los recursos humanos financieros, tecnológicos y materiales del Hospital;
15. La contratación de la venta de servicios hospitalarios con sujeción a las políticas y normas del Consejo Superior sobre la materia, previa autorización de la Supervisaría de Unidades Medicas del IESS;
16. La conformación de un Comité Consultivo en organización hospitalaria con especialistas en recursos humanos, informática y tecnología de gestión;
17. La supervisión del cumplimiento de las políticas, estratégicas, normas y procesos de reclutamiento, selección, contratación, inducción, entrenamiento, capacitación, evaluación del desempeño, promoción, remoción del personal, remuneraciones y estímulos, conforme a las políticas, normas y procedimientos aprobados por la Dirección General del IESS.
18. La aprobación y el control del cumplimiento de las normas y los planes de Bioseguridad, prevención de riesgos, seguridad hospitalaria, defensa civil y contingencias para casos de desastres o epidemias.
19. El conocimiento de los informes de los comités de coordinación y asesoría del Hospital, la resolución sobre ellos y su traslado al órgano superior competente, según el caso; y,
20. Los informes de resultados de la gestión administrativa y financiera del Hospital, ante la Supervisión de las Unidades Medicas del IESS, y sobre la evaluación del impacto de los servicios producidos en el perfil



epidemiológico de la población asegurada, ante la Subdirección de Prestaciones de Salud de la respectiva circunscripción.

**ART. 78 De la Unidad de Servicios al Asegurado.-** La Unidad de Servicios al Asegurado tendrá las siguientes responsabilidades:

1. La divulgación y promoción de los servicios brindados por el Hospital;
2. La evaluación de la condición económica del usuario y la calificación de su derecho a subsidio.
3. La consolidación de registros estadísticos de los servicios prestados por cada una de las Subgerencias del Hospital,
4. La protección de los derechos y la supervisión del cumplimiento de los deberes del paciente;
5. La actualización, consolidación y control de la información sobre el sistema de provisión de fármacos al paciente;
6. El control de la dispensación de medicamentos, psicotrópicos y otras sustancias que causan dependencia o adicción física o síquica,
7. La organización y supervisión de los servicios religiosos requeridos por el usuario o sus familiares,
8. La coordinación de los certificados y demás formalidades de nacimientos, defunciones y servicios funerarios,
9. La atención de los reclamos del usuario,
10. La preparación de indicadores de satisfacción del usuario con la calidad, eficiencia y oportunidad de los servicios del Hospital,
11. El cumplimiento de normas y planes de prevención de riesgos , higiene en el trabajo, seguridad hospitalaria, defensa civil y contingencias para casos de desastres o epidemias,
12. La evaluación del desempeño del personal y del rendimiento de los servicios a su cargo, de acuerdo con los indicadores vigentes, y la aplicación de los correctivos para su mejoramiento,
13. El cuidado, buen uso y adecuado funcionamiento de las instalaciones, equipos y materiales a su cargo; y,

14. Los informes de resultados sobre la organización y gestión de la producción, productividad y calidad del servicio, ante la Gerencia del Hospital.

**ART. 79 De la Subgerencia Financiera.-** La Subgerencia Financiera tendrá las siguientes responsabilidades:

1. La ejecución de las políticas, estrategias, normas y procedimientos sobre presupuesto y contabilidad, facturación, recaudaciones, pagos y control de costos, establecidos por la Superintendencia de Unidades Médicas del IESS.
2. La dirección y evaluación de la gestión financiera y la contabilidad del Hospital,
3. La organización y dirección de la planificación, programación, valoración, formulación, consolidación, control y liquidación del presupuesto del Hospital, por órganos de gestión,
4. La certificación de las partidas presupuestarias y la disponibilidad de fondos, previas a la adquisición de bienes y servicios para el Hospital,
5. La elaboración, supervisión y evaluación de la gestión de los programas de contabilidad, facturación, recaudación y pagos del Hospital,
6. El cumplimiento de las normas e instrucciones sobre gastos e inversiones, establecidas en el Presupuesto General del IESS,
7. La elaboración y presentación a la Gerencia, para su aprobación, del Catálogo de Firmas Autorizadas para la movilización de fondos en el Hospital,
8. La aplicación y mantenimiento de un sistema de documentación y archivo de registros e informes de la actividad financiera del Hospital,
9. La evaluación del costo / beneficio de los servicios proporcionados por la Subgerencia, las acciones necesarias para elevar su productividad y calidad,

10. La evaluación del desempeño del personal a su cargo, de acuerdo con los indicadores de gestión, y la aplicación de los correctivos necesarios,
11. El cumplimiento de normas y planes de prevención de riesgos, higiene en el trabajo, seguridad hospitalaria, defensa civil y contingencias para casos de desastres o epidemias,
12. El cuidado , buen uso y adecuado funcionamiento de las instalaciones, equipos y materiales a su cargo,
13. La revisión, aprobación u observación de los informes periódicos u ocasionales de las unidades subordinadas; y,
14. Los informes de resultados sobre la organización y gestión de la producción, productividad y calidad de los servicios de la Subgerencia, ante la Gerencia.

**ART. 80 De la Unidad de Presupuesto y Contabilidad.-** la Unidad de Presupuesto y Contabilidad tendrá las siguientes responsabilidades:

1. En lo concerniente a Presupuesto.
  - a) La realización y coordinación de los procesos presupuestarios del Hospital.
  - b) La difusión entre las Subgerencias del Hospital de los procedimientos y técnicas para el cumplimiento de sus funciones como Centros de Responsabilidad Presupuestaria.
  - c) El asesoramiento a las Subgerencias del Hospital en la formulación de la proforma presupuestaria y la consolidación de su información.
  - d) La organización, mantenimiento y consolidación de los riesgos y archivos sobre la ejecución y control presupuestarios del Hospital y la elaboración de informes periódicos sobre la materia.
  - e) La actualización y distribución del Catalogo de Firmas Autorizadas para la movilización de fondos.
  - f) El cruce de información con los Centros de Responsabilidad Presupuestaria del Hospital sobre los saldos presupuestarios, y la certificación de disponibilidad de fondos para gastos e inversiones.

- g) El análisis de los desvíos entre lo presupuestado y lo ejecutado y, la recomendación de las medidas correctivas.
  - h) La elaboración de previsiones económicas e informes periódicos sobre los controles presupuestarios.
2. En lo concerniente a Contabilidad:
- a) La ejecución de las políticas, estrategias, normas y procedimientos sobre contabilidad.
  - b) La programación, organización y ejecución de los procesos y actividades de registro, manejo, consolidación de las cuentas, corrección de errores, manejo de archivos e información contable del Hospital, de acuerdo con las exigencias legales y las normas administrativas vigentes.
  - c) El registro de las operaciones contables del Hospital de acuerdo con el Manual, Plan o Catálogo de Cuentas y con las disposiciones legales y reglamentarias.
  - d) La presentación oportuna de balances y estados financieros a la Subgerencia Financiera para la aprobación de la Gerencia del Hospital.
  - e) Los análisis e informes contables y financieros sobre la situación económica del Hospital.
  - f) El asesoramiento a la Asistencia Administrativa de las Subgerencias del Hospital sobre la aplicación de normas, técnicas y procedimientos contables.
  - g) La entrega de informes, a la Subgerencia Financiera, sobre desviaciones de gasto y errores contables, y la aplicación de los correctivos dispuestos por autoridad competente.

**ART. 81 De la Unidad de Facturación y Consolidación de Costos.-** La Unidad de Facturación y Consolidación de Costos tendrá las siguientes responsabilidades:

1. En lo concerniente a Facturación.

- a) La ejecución de las políticas, estrategias, normas y procedimientos sobre facturación y consolidación de costos.
  - b) El registro, por paciente, de los gastos incurridos por atención profesional, exámenes, medicamentos, insumos y uso de los servicios ofrecidos por el Hospital.
  - c) La aplicación de las tarifas aprobadas para el Hospital en la facturación de los servicios.
  - d) La consolidación de las cuentas del paciente y la emisión de la factura para su cobro o aplicación a los respectivos seguros.
  - e) El registro, archivo y preparación de informes sobre la facturación realizada.
2. En lo concerniente a la Consolidación de Costos.
- a) La generación de criterios, principios y procedimientos a ser utilizados por la Asistencia Administrativa de cada Subgerencia en el cálculo de costos de los productos y servicios del Hospital.
  - b) La metodología para la aplicación de los estándares de costos, la elaboración de los indicadores de costos, y el cálculo de tarifas de los servicios.
  - c) La difusión de las normas, procedimientos, estándares y técnicas para la programación, ejecución y control del sistema de costos del Hospital, entre los responsables de la Asistencia Administrativa de cada Subgerencia.
  - d) La recopilación de la información contable de los costos de cada Subgerencia, Área o Centro, para su análisis y consolidación.
  - e) La comparación de los costos de los servicios con los de otros hospitales, la determinación de las causas de las diferencias y el planteamiento a la Subgerencia Financiera de las recomendaciones para la optimización de costos; y,
  - f) La preparación de los informes sobre costos directos e indirectos, fijos y variables, por productos y servicios, y al análisis de los márgenes de beneficio en relación con el Tarifario.

## **Sección Segunda**

### **De los Órganos, Aéreas y Centros de Gestión**

**ART. 84 De la Subgerencia de Hospitalización y Ambulatorio.-** La Subgerencia de Hospitalización y Ambulatorio tendrá las siguientes responsabilidades:

1. La planificación, organización, dirección, control y evaluación de los procesos y productos de prestación médica.
2. La supervisión y evaluación de la gestión de los programas de atención ambulatoria y hospitalización.
3. La programación, organización, dirección, control y evaluación de las áreas clínica, quirúrgica, cuidado materno infantil, odontología y de los centros de rehabilitación, quirúrgico y de cirugía del día, obstétrico y de neonatología, en régimen de atención ambulatoria o de hospitalización.
4. La difusión de los protocolos, guías y algoritmos de diagnóstico y tratamiento elaborados por cada una de las áreas de especialidad y de los centros de la Subgerencia y aprobados por la Dirección nacional Médico Social, y el control y evaluación de su aplicación.
5. La autorización de los requerimientos de insumos, materiales, equipos y fármacos de uso hospitalario para el funcionamiento de las Áreas y Centros a su cargo, previo a su traslado ante la Gerencia del Hospital.
6. La calificación del derecho del asegurado a la prestación de salud.
7. La admisión y la coordinación con los responsables de las Áreas y Centros del Hospital para la atención del paciente.
8. La asistencia clínica, quirúrgica o materno – infantil al paciente, en régimen ambulatorio o de internación.
9. La realización de actividades clínicas y/o quirúrgicas ambulatorias para el diagnóstico y tratamiento de rutina, mediante procedimientos invasivos y no invasivos, así como de acciones de recuperación post anestésica inmediata y su encaminamiento domiciliario.
10. La organización, aplicación, control y evaluación del sistema de referencia y contra referencia del paciente, de conformidad con el nivel

de complejidad de las demás Unidades Médicas del Subsistema Zonal.

11. La coordinación de acciones con la Subgerencia de Medicina Crítica, la Subgerencia de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y la Unidad de Servicios Generales, para la atención integral del paciente.
12. La aplicación y actualización del sistema de archivo de los informes, diagnósticos y exámenes, de acuerdo a la codificación internacional y a las políticas definidas por la Dirección Nacional Médico Social.
13. La elaboración del registro estadístico de las prestaciones de salud producidas por las Áreas y Centros a su cargo.
14. La evaluación del costo / beneficio de las áreas y centros a su cargo, y las acciones necesarias para elevar su productividad y calidad.
15. La preparación de las especificaciones técnicas para la celebración de contratos de adquisición de bienes o de provisión de servicios destinados al área de su competencia, y la supervisión de su cumplimiento.
16. La evaluación del desempeño del personal y del rendimiento de las Áreas y Centros a su cargo, de acuerdo con los indicadores vigentes; y la aplicación de los correctivos necesarios para su mejoramiento.
17. La autorización de la información contable sobre las actividades producidas por las Áreas y Centros a su cargo, para la respectiva facturación por parte de la Subgerencia Financiera del Hospital.
18. La dirección y coordinación de las actividades de reclutamiento, selección, contratación, inducción, entrenamiento, capacitación, evaluación de desempeño, promoción y remoción del personal, conforme a las políticas, normas y procedimientos aprobados por la Dirección Nacional Médico Social del IESS.
19. La participación en la formulación y ejecución de planes de bioseguridad, prevención de riesgos, higiene de trabajo, seguridad hospitalaria, defensa civil y contingencias para casos de desastres o epidemias.

20. La aprobación u observación de los informes de gestión de las áreas de especialidad a su cargo; y,
3. Los informes de resultados de la organización y gestión de la producción, productividad y calidad de la atención médica, ante la Gerencia del Hospital.

**ART. 93 De la Subgerencia de la Medicina Crítica.-** La Subgerencia de Medicina Crítica tendrá las siguientes responsabilidades:

1. La planificación, organización, dirección, control y evaluación de los procesos y productos de las Áreas de Urgencias, Anestesiología, Cuidados Intensivos y del Centro de Recuperación Post Anestésica.
2. La difusión de los protocolos, guías y algoritmos de diagnóstico y tratamiento, elaborados por cada una de las áreas de especialidad de la Subgerencia y aprobados por la Dirección Nacional Médico Social, y el control y la evaluación de su aplicación.
3. La elaboración, supervisión y evaluación de la gestión de los programas de urgencias, anestesiología y cuidados intensivos.
4. La autorización de los requerimientos de insumos, materiales, equipos y fármacos de uso hospitalario para la prestación de salud a su cargo, previo a su traslado ante la Gerencia del Hospital.
5. El cuidado del paciente que necesita atención urgente, con los elementos y las acciones necesarios para preservar su vida y posibilitar su recuperación y rehabilitación.
6. La aplicación y actualización del sistema de archivo de los informes, de los diagnósticos y exámenes, de acuerdo a la codificación internacional y a las políticas definidas por la Dirección Nacional Médico Social.
7. La elaboración del registro estadístico de las prestaciones de salud producidas por las Áreas a su cargo.
8. La coordinación de acciones con la Subgerencia de Hospitalización y Ambulatorio, la Subgerencia de Auxiliares de Diagnóstico y



Tratamiento, y la Unidad de Servicios Generales, para la atención integral del paciente.

9. La evaluación del costo / beneficio de las actividades a su cargo y las acciones necesarias para elevar su productividad y calidad.
10. La preparación de las especificaciones técnicas para la celebración de contratos de adquisición de bienes o provisión de servicios destinados a las áreas de su competencia y la supervisión de su cumplimiento.
11. La evaluación del desempeño del personal y del rendimiento de las Áreas a su cargo, de acuerdo con los indicadores vigentes; y la aplicación de los correctivos necesarios para su mejoramiento.
12. La autorización de la información contable sobre las actividades producidas por las áreas a su cargo, para la respectiva facturación por parte de la Unidad Financiera del Hospital.
13. La dirección y coordinación de las actividades de reclutamiento, selección, contratación, inducción, entrenamiento, capacitación, evaluación de desempeño, promoción y remoción del personal, conforme a las políticas, normas y procedimientos aprobados por la Dirección Nacional Médico Social del IESS.
14. La participación en la formulación y ejecución de planes de bioseguridad, prevención de riesgos, higiene del trabajo, seguridad hospitalaria, defensa civil y contingencias para casos de desastres o epidemias.
15. La aprobación u observación de los informes de gestión de las Areas y del Centro a su cargo; y,
16. Los informes de resultados sobre la organización y gestión de la producción, productividad y calidad de la atención en medicina crítica, ante la Gerencia del Hospital.

**ART. 98 De la Subgerencia de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.-** La Subgerencia de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento tendrá las siguientes responsabilidades:

1. La planificación, organización, control y evaluación de los procesos y productos de auxiliares de diagnóstico y tratamiento médico referentes a las Áreas de Anatomía Patológica, Patología Clínica, Imagenología, y el Centro de Diálisis.
2. La difusión de los protocolos, guías y algoritmos de diagnóstico y tratamiento, elaborados por cada una de las áreas de especialidad de la Subgerencia y aprobados por la Dirección Nacional Médico Social, y el control y evaluación de su aplicación.
3. La elaboración, supervisión y evaluación de la gestión de los programas de patología, patología clínica, Imagenología, y diálisis.
4. La autorización de los requerimientos de insumos, materiales, equipos y fármacos de uso hospitalario para el funcionamiento de las Áreas y del centro a su cargo, previo a su traslado ante la Gerencia del Hospital.
5. La aplicación y actualización del sistema de archivo de los informes, diagnósticos y exámenes, de acuerdo a la codificación internacional y a las políticas definidas por la Dirección Nacional Médico Social.
6. La elaboración del registro estadístico de las prestaciones de salud producidas por las Áreas y el centro a su cargo.
7. La coordinación de acciones con la Subgerencia de Hospitalización y ambulatorio, la Subgerencia de Medicina Crítica, y la Unidad de Servicios Generales, para la atención integral del paciente.
8. La evaluación del costo / beneficio de las actividades a su cargo y las acciones necesarias para elevar su productividad y calidad.
9. La preparación de las especificaciones técnicas para la celebración de contratos de adquisición de bienes o provisión de servicios destinados al área de su competencia, y la supervisión de su cumplimiento.
10. La evaluación de los indicadores de desempeño del personal y de rendimiento de las Áreas y del centro a su cargo, y la aplicación de los correctivos necesarios para su mejoramiento.

11. La autorización de la información contable sobre las actividades producidas por las Áreas y el Centro a su cargo, para la respectiva facturación por parte de la Unidad Financiera del Hospital.
12. La dirección y coordinación de las actividades de reclutamiento, selección, contratación, inducción, entrenamiento, capacitación, evaluación de desempeño, promoción y remoción del personal, conforme a las políticas, normas y procedimientos aprobados por la Dirección Nacional Médico Social del IESS.
13. La participación en la formulación y ejecución de planes y bioseguridad, prevención de riesgos, higiene del trabajo, seguridad hospitalaria, defensa civil y contingencias para casos de desastres o epidemias.
14. La aprobación u observación de los informes de gestión de las Áreas y del centro a su cargo; y,
15. Los informes de resultados sobre la organización y gestión de la producción, productividad y calidad de la atención de auxiliares de diagnóstico y tratamiento, ante la Gerencia del Hospital.

**Resolución C.D. 021 Reglamento Orgánico Funcional del IESS, Registro Oficial No. 222, del 01 de diciembre del 2003.** En el Capítulo IV De la competencia, responsabilidades y organización de los órganos de Dirección Especializada, Sección Primera De la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar (SIF), Art. 34.- Responsabilidades de las Unidades Provinciales de Salud Individual y Familiar.- Dependiendo del nivel de complejidad de la respectiva Dirección Provincial, las unidades provinciales de Salud Individual y Familiar, podrán ser subdirecciones, departamentos o grupos de trabajo; y, tienen las siguientes responsabilidades: (...)

7. La suscripción y ejecución presupuestaria de los contratos y convenios con los prestadores de salud del subsistema zonal de atención médica

integrada acreditados por la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

8. La aplicación y el control del cumplimiento de las normas técnicas para el otorgamiento de los beneficios al asegurado, en servicios de salud y subsidios monetarios.

9. La supervisión del cumplimiento de los contratos de seguro colectivo de asistencia médica, suscritos por la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, para la protección de los asegurados residentes en la circunscripción, y la coordinación de las auditorías médicas realizadas a los prestadores de salud.

10. La recepción, verificación y consolidación de la facturación de las prestaciones del Seguro General de Salud Individual y Familiar, en servicios de salud y subsidios monetarios, entregadas por las unidades médicas del IESS, los dispensarios anexos y otros prestadores de salud, con sujeción al tarifario de atención médica, los cuadros básicos de fármacos, material quirúrgico e insumos médicos, y los protocolos y procedimientos médicos, vigentes.

11. La comprobación del derecho a las prestaciones de salud de los asegurados que constan en los justificativos de la facturación, en concordancia con los registros actualizados de la Dirección Provincial del IESS, antes de autorizar la compensación o pago.

12. El conocimiento y la resolución de los casos de insatisfacción de los usuarios respecto de la calidad y oportunidad de los servicios de salud entregados por las unidades médicas del IESS y otros prestadores.

14. La aprobación u observación de las facturaciones presentadas por las unidades médicas del IESS.

**Resolución C.D. 308 Reglamento para la atención de salud integral y en red de los asegurados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Registro Oficial No. 173, del 16 de abril del 2010** .

En el Capítulo II Del Seguro General de Salud Individual y Familiar,

Art. 4.- Responsabilidades y atribuciones.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar es el órgano ejecutivo encargado del aseguramiento de salud. Esta unidad especializada comprará servicios, regulará y controlará las prestaciones de salud brindadas por las unidades de servicios de salud del IESS y a otros prestadores calificados / acreditados mediante convenios, que serán pagados con cargo al Fondo Presupuestario de Salud.

La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar implementará los mecanismos administrativos, financieros y contables necesarios, para la formulación, evaluación médica y liquidación de los pagos por los servicios de salud prestados.

Art. 9.- Garantías.- De conformidad con lo establecido por los artículos 102 inciso tercero y 116 de la Ley de Seguridad Social, se garantiza el acceso a las prestaciones de salud de los asegurados al Seguro General en condiciones de libre elección regulada del prestador de servicios de salud, en el primer nivel de atención, de acuerdo a adscripción por zona geográfica definida.

Se garantiza la calidad de las prestaciones de salud a través de:

- a) Un conjunto de unidades propias y externas, públicas y privadas de diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutive, debidamente acreditadas / calificadas; y que estarán organizadas en red plural;
- b) Un proceso de evaluación / auditoría médica y de liquidación aplicado a todos los prestadores propios y externos, públicos y privados;

- c) La definición de perfiles para cargos técnicos y de dirección con énfasis en la gestión de los servicios de salud, que deberán asignarse por concurso de oposición y merecimiento en las unidades de salud prestadoras propias de la Seguridad Social;
- d) El levantamiento de procesos para la gestión de los servicios de salud y de apoyo administrativo para las unidades de salud prestadoras propias de la Seguridad Social;
- e) La formulación y revisión periódica de guías de práctica clínica y terapéutica basada en evidencia científica y el estado del arte de la práctica médica;
- f) Un sistema de capacitación continuada en gestión y gerencia de servicios de salud y en gestión clínica para el recurso humano de las unidades de salud prestadoras propias de la Seguridad Social, financiado (parcial o totalmente, según merecimiento de el / la funcionaria) y coordinado con instituciones académicas;
- g) Mecanismos de gestión desconcentrados de los servicios de salud, para las unidades de salud prestadoras propias de la Seguridad Social, que le garanticen funcionar eficientemente; y,
- h) Participación Social constructiva de los sectores de la comunidad beneficiaria en cada zona geográfica.

Art. 10.- Facturación: Las unidades médicas del IESS y los demás prestadores de servicios de salud que atendieren al asegurado, facturarán a la Administradora de este Seguro, de acuerdo con el Tarifario institucional vigente, valores que serán cancelados dentro del plazo establecido en las regulaciones y conforme conste en los respectivos convenios. Las unidades médicas propias, presentarán sus costos de producción. El prestador no exigirá pagos al asegurado ni condicionará sus servicios.

Art. 12.- Acceso a la atención de salud: El afiliado o beneficiario con derecho podrá elegir libremente un prestador del primer nivel calificado / acreditado de entre la Red Plural, en su zona de adscripción geográfica,

que será la entrada obligada al sistema de servicios de salud con base territorial.

La calificación / acreditación estará a cargo del Seguro de Salud Individual y Familiar y se hará en base al manual de acreditación / calificación actualizado.

La elección se efectuará de acuerdo con los siguientes criterios:

- a) Para el afiliado bajo relación de dependencia y voluntario, de acuerdo a su domicilio, residencia o lugar de trabajo; y,
- b) Para los asegurados y beneficiarios, jubilados, pensionistas, o afiliados sin relación de dependencia, de conformidad con su domicilio.

Artículo 17.- Obligaciones y prohibiciones de los prestadores de salud.-  
Son obligaciones de los prestadores de salud:

- a) Atender a los sujetos protegidos que soliciten atención de primer nivel, perteneciente a su zona geográfica de adscripción;
- b) Garantizar la continuidad de la atención cuando sea necesario en otros niveles de complejidad, a través del sistema informatizado de referencia y contrarreferencia; y,
- c) Establecer costos de producción de atención médica del servicio y facturar al Seguro General de Salud Individual y Familiar, con sujeción al Tarifario aprobado por el IESS.

A los prestadores de salud les está prohibido:

- a) Negar la prestación de salud o restringir su alcance; y,
- b) Exigir pagos directos al asegurado por la prestación otorgada.

**Resolución C.D. 311 Reglamento General de las Unidades Médicas del IESS, Registro Oficial No. 180, del 27 de abril del 2010**

. En el Art. 10.- Sustitúyase el artículo 77, reformado por la Resolución C.D. 114 de 29 de mayo de 2009, por el siguiente:

“Art. ....- El Director del Hospital Nivel II, tendrá las siguientes responsabilidades:

- 1.- La organización y dirección del hospital y la supervisión de la ejecución de los planes, programas y actividades de cada uno de sus órganos y dependencias;
- 2.- La formulación de la pro-forma presupuestaria anual del hospital, que será sometida a conocimiento del Director General del IESS, en la fecha señalada conforme a la Ley;
- 3.- La contratación de la compra de bienes y servicios de uso hospitalario, con sujeción a los procedimientos y límites de cuantía señalados en la ley, conforme las disposiciones generales del presupuesto del IESS y las directrices de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar.
- 4.- La autorización de la facturación de los servicios prestados por el hospital, sobre la base de las actividades producidas y con sujeción a los aranceles aprobados por el Consejo Directivo del IESS, y su presentación y entrega al Seguro General de Salud Individual y Familiar de la respectiva jurisdicción;
- 5.- El establecimiento, de los sistemas de control previo y concurrente de los ingresos y egresos del hospital;
- 6.- El establecimiento, mediante reglamento interno, de las normas conducentes a utilizar con economía y eficacia los recursos humanos, financieros, tecnológicos y materiales del hospital;
- 7.- La contratación de la venta de servicios hospitalarios con sujeción a las políticas y normas expedidas por el Consejo Directivo del IESS;
- 8.- La conformación de un comité consultivo en organización hospitalaria con especialistas en recursos humanos, informática y tecnología de gestión;
- 9.- La supervisión del cumplimiento de las políticas, estrategias, normas y procesos de reclutamiento, selección, contratación, inducción, entrenamiento, capacitación, evaluación del desempeño, promoción, remoción del personal, remuneraciones y estímulos, conforme a las políticas, normas y procedimientos aprobados por la Dirección General, observando las regulaciones legales correspondientes;



10.- La aprobación y el control del cumplimiento de las normas y los planes de bioseguridad, prevención de riesgos, seguridad hospitalaria, defensa civil y contingencias para casos de desastres o epidemias;

11.- El conocimiento de los informes de los Comités de Coordinación y Asesoría del hospital, la resolución sobre ellos y su traslado al órgano superior competente; y,

12.- Los informes de resultados de la gestión administrativa y financiera del hospital ante la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, así como de la evaluación del impacto de los servicios producidos y el perfil epidemiológico de la población asegurada ante la respectiva Subdirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar”.

## **2.4. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES**

### **2.4.1. Visión dialéctica de conceptualizaciones que sustentan la investigación**

#### **2.4.1.1. Marco conceptual variable independiente**

##### **Planificación Estratégica**

Basándose en los estudios de **Lambin, (2000: 569)** señala que toda empresa diseña planes estratégicos para el logro de sus objetivos y metas planteadas, estos planes pueden ser a corto, mediano y largo plazo, según la amplitud de la empresa.

Es importante señalar que la empresa debe precisar con exactitud y cuidado la misión que va a regir a la empresa, ésta es fundamental, ya que esta representa las funciones operativas que va a ejecutar en el mercado y va a suministrar a los consumidores.

- La planeación estratégica constituye un sistema gerencial que desplaza el énfasis en el “que lograr” (objetivos) al “qué hacer” (estrategias). Con la planificación estratégica se busca

concentrarse en aquellos objetivos factibles de logara y en qué negocio o área competir, en correspondencia con las oportunidades y amenazas que ofrece el entorno.

- La Planeación Estratégica es un proceso de evaluación sistemática de la naturaleza de un negocio, definiendo los objetivos a largo plazo, identificando metas y objetivos cuantitativos, desarrollando estrategias para alcanzar dichos objetivos y localizando recursos para llevar a cabo dichas estrategias.
- Es una poderosa herramienta de diagnóstico, análisis reflexión y toma de decisiones colectivas, en torno al que hacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro las organizaciones e instituciones, para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr el máximo de eficiencia y calidad de sus prestaciones.

La Planificación Estratégica tiene por finalidad producir cambios profundos en los mercados de la organización y en la cultura interna. La esencia de la Planeación estratégica consiste en la identificación sistemática de las oportunidades y peligros que surgen en el futuro, los cuales combinados con otros datos importantes proporcionan la base para que una empresa tome mejores decisiones en el presente para explotar las oportunidades y evitar los peligros.

En la tesis de **Rocha, (2007: 1-2)** señala que en el turbulento ambiente competitivo y altas velocidades en los cambios, han creado un mundo más complejo y exigente para todo tipo de organización, generando nuevos retos con respecto a las perspectivas y propuestas, dando lugar a que la Planificación Estratégica hoy en día sea considerada uno de los instrumentos más importantes para que las organizaciones puedan proyectar en el tiempo el cumplimiento de sus objetivos de largo plazo, mediante el aprovechamiento de sus capacidades para influenciar el

entorno asimilar-hasta crear – las oportunidades del ambiente en beneficio de éstas.

Sin embargo la planificación estratégica no es un fin en sí misma, al contrario es el medio para concertar esfuerzos bajo un marco referencial consensuado, que motive y movilice a todos los integrantes de la organización.

En la actualidad muchas empresas que se manejan en el entorno de la competitividad tienden a planificar sus estrategias para el futuro, ya que una acción sin visión es una pérdida de tiempo.

Su definición más completa debe describirse desde varios puntos de vista:

- El porvenir de las decisiones actuales
- Proceso
- Filosofía
- Estructura

En la tesis de **Aldáz, (2008: 21-31)** señala que la Planificación Estratégica son planes aplicables en toda la organización, en donde se establecen objetivos generales y posicionan a la organización en términos de su entorno.

**Planificación.-** La planificación está definida como una herramienta administrativa que permite determinar y establecer actividades necesarias para alcanzar un objetivo planteado.

Antes de iniciar una planificación se debe responder a las siguientes preguntas: ¿Qué se va hacer? ¿Por qué se va hacer? ¿Cómo se va hacer? ¿Cuándo se va hacer? ¿Quién lo va hacer? ¿Con qué recursos cuento? ¿Dónde se va hacer?

## **Importancia de la Planificación**

¿Por qué es importante la planificación?

- Propicia el desarrollo de la empresa
- Reduce al máximo los riesgos
- Da la estabilidad como organización para que se cumpla la misión por la cual fue creada la empresa.
- Se puede desarrollar los tres tipos de control según lo planeado (control antes de planificar, control al momento de desarrollar la planificación, y control después de planificar – retroalimentación).
- Da la dirección de las actividades de la empresa.
- Reduce la incertidumbre.
- Minimiza el desperdicio y la redundancia.
- Reduce el impacto del cambio.

## **Características de la Planificación**

- Los planes tienen la naturaleza de ser flexibles.
- La planificación indica un enfoque de sistema abierto
- La planificación se concreta en planes
- Fija estándares para facilitar el control y desarrolla respuestas apropiadas.
- Se busca optimizar el empleo de los recursos organizacionales.
- Se planea buscando eficiencia en el logro de los objetivos del negocio.
- Establece un esfuerzo coordinado.

## **Elementos de la Planificación**

Los elementos de la planificación son:

- **Propósito.-** Aspiraciones o finalidades de tipo cualitativo. Descripción genérica que justifica nuestra existencia. Aspiraciones medibles y expresadas en términos de calidad.

- **Investigación y/o Diagnóstico.-** Es el estudio detallado de los factores que se relacionan con la empresa u organización. Este paso nos permite recopilar datos y obtener la información necesaria sobre la base de un análisis (interno y externo de la empresa).

- **Misión.-** Es la razón de ser de la empresa. Responde a preguntas: ¿Qué tengo que hacer todos los días para concretar la perspectiva de futuro? ¿Para qué y por qué existimos como organización?

La misión debe evidenciar los aspectos y atributos que particularizan a la organización (y por tanto también diferencia de otras organizaciones).

La determinación de la misión, debe reflejar las expectativas y los intereses de la gente a la que la organización sirve y por la cual existe como tal.

- **Visión.-** ¿Hacia dónde quiero ir? ¿Qué quiero ser?, señala el rumbo, la dirección, entrelaza el presente y el futuro de la organización.

- **Objetivos.-** Son los fines para alcanzar las metas en un tiempo determinado y en forma cuantitativa. Es el punto final al cual se orienta todas nuestras acciones. Un objetivo debe ser expresado en términos de tiempo y calidad.

Las organizaciones tienen diversos propósitos por lo tanto tienen multiplicidad de objetivos, si se cumplen con los objetivos simultáneamente se está logrando el propósito y con ello se justifica la existencia de la organización.

- **Programas.-** Secuencia de actividades a realizarse, para lograr los objetivos en un tiempo determinado. Es la armonización de las políticas, procedimientos, presupuestos, estrategias, normas. Son los planes de

operación/ ejecución, en los que relacionan dos variables: tiempo y actividades.

- **Presupuesto.-** Expresión de los planes o programas en términos monetarios. Establecimiento formal y cuantitativo de los recursos asignados para determinada actividad. Detalla como se conseguirá y gastarán los fondos en un periodo determinado.

### **Plan Estratégico**

Para definir adecuadamente la planificación se debe considerar que la organización no se trabaja en forma independiente, cada área en busca de su mismo resultado sino mirar la organización como un todo, en la cual se integre cada área cada departamento como un sistema, y que cada integrante y su entorno van a ser importante dentro de ella. El proveedor, el cliente, la competencia, cada una aporta un granito de arena para que la empresa funcione y desarrolle sus estrategias para crecer en el mercado.

Teniendo de base estos argumentos, ahora se puede definir la planificación estratégica “Es un documento formal elaborado por escrito que sigue un proceso lógico, progresivo, realista, coherente, orientado a las acciones futuras que habrán de ejecutarse en una empresa, utilizándose los recursos disponibles, procurando el logro de sus objetivos y que, al mismo tiempo, establezca los mecanismos de control de dichos logros”.

Son pasos secuenciales que hay que seguir para cumplir un objetivo general y que debe cumplirse por el periodo de 5 a más años.

Es una herramienta en la que me permite establecer estrategias para llegar a cumplir una visión tomando en cuenta la misión de la empresa.

Es definir líneas de acción para un periodo de 5 años, en donde tomando en cuenta la misión y la situación actual permita desarrollar objetivos y estrategias que pueda cumplir el sueño a futuro de una organización.

Su definición más completa debe describirse desde varios ángulos: La proyección de las decisiones actuales, proceso, filosofía y estructura

**La proyección de las decisiones actuales:** La Planificación Estratégica delinea y establece las posibles alternativas de los cursos de acción en el futuro, y al escoger unas alternativas, estas se transforman en la base para la toma de decisiones presentes.

**Proceso:** Se inicia con el establecimiento de metas organizacionales, define estrategias y políticas para lograr estas metas y desarrolla planes detallados para asegurar la implantación exitosa de las estrategias. Es continuo, tomando en cuenta los cambios en el ambiente.

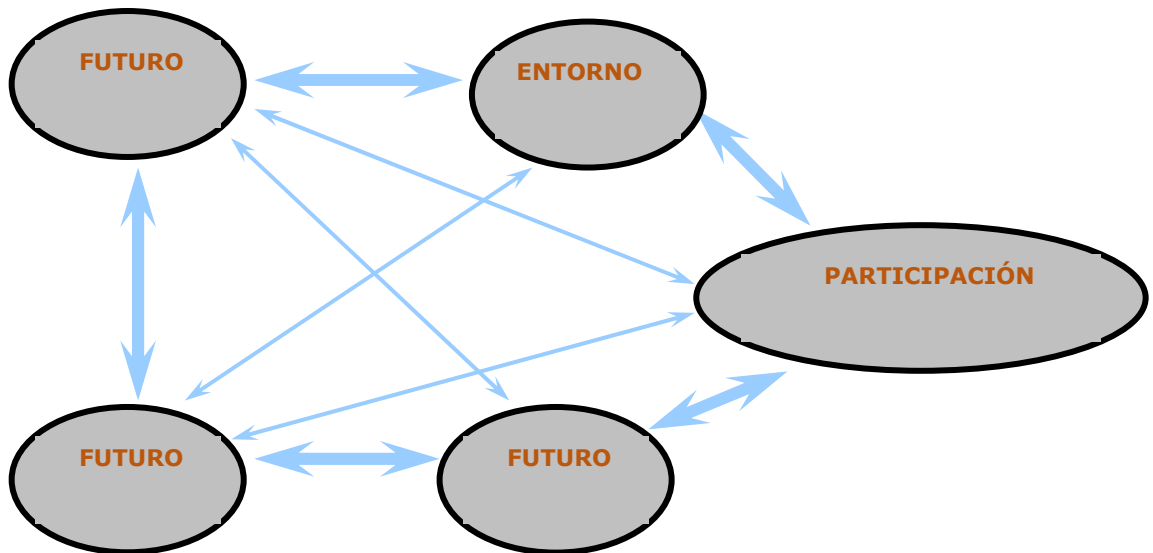
**Filosofía:** Es una actitud, una forma de vida; requiere dedicación para actuar con base en la observación del futuro y una determinación para planear constante y sistemáticamente como parte integral de la dirección.

**Estructura:** Une varios tipos de planes estratégicos de largo plazo y planes operativos, entre estos los programas a mediano plazo y presupuestos a corto plazo.

Entonces se puede concluir que la planificación estratégica es definir pasos determinando primero ¿dónde estamos? a través de un diagnóstico, contando con quienes estamos, para luego definir con estrategias hacia donde queremos llegar.

## Elementos del Enfoque Estratégico

Para iniciar una planificación estratégica adecuada se debe considerar los siguientes elementos:



Como se puede observar en el gráfico, son cinco los elementos que contiene el enfoque estratégico, sin uno de ellos no se puede desarrollar en perfectas condiciones la planificación estratégica. Ahora si se tiene todos los elementos y no existe la gestión o toma de decisión adecuada no puede haber la implantación de la planificación. Por lo tanto, no solamente al inicio de hacer la planificación estratégica sino al implementarla y evaluarla se debe identificar cada uno de los elementos del enfoque estratégico. Que se enumera a continuación:

**ENTORNO.-** El entorno dentro del plan estratégico, es el punto de partida pues al iniciar la planificación se debe enfatizar como importancia los factores externos que existen en la organización, mirar como están las necesidades dentro del mercado, identificando quienes contribuyen a los procesos que generan valor en la empresa. La toma de decisión va depender mucho en cómo cambia el entorno.



**PARTICIPACIÓN.-** Todos los miembros de la organización deben participar en la elaboración y desarrollo del plan estratégico. Inclusive se debe contar con la participación de clientes, proveedores y socios para que se pueda cumplir a cabalidad el plan. Con el plan estratégico se establece una cultura de participación en la organización. Crea desafíos y premia la innovación colectiva.

**ESTRATEGIA.-** La estrategia debe ser enfocada al mejoramiento de la organización como tal. Define el objetivo a ser logrado. Identifica el ambiente interno y externo donde el objetivo será logrado. Identifica actores, factores y acciones. Es donde se administra adecuadamente los recursos de una organización.

**GESTIÓN.-** La gestión es la manera como se toma las decisiones en la organización. Se enfoca directamente que la persona que dirige la organización este de acuerdo con el plan estratégico que se está elaborando, sino existe la apropiación de los gerentes o de los dueños el plan queda como documento de biblioteca.

**FUTURO.-** Es uno de los elementos del enfoque estratégico que permite determinar hacia dónde queremos llegar. Con el futuro se construye escenarios, tendencias y desafíos. Se asume compromisos mirando hacia el futuro en un largo plazo. Se identifica problemas actuales para desarrollar la solución en el futuro.

### **Etapas de la Planificación Estratégica**

Como se había identificado anteriormente en la estructura de esta guía, la planificación estratégica se desarrolla en las siguientes etapas:

- Etapa 1: Bases para el inicio de la Planificación Estratégica.
- Etapa 2: Diagnóstico Estratégico.
- Etapa 3: Direccionamiento Estratégico.
- Etapa 4: Plan Táctico, Planes Operativos e Indicadores Gestión.

➤ Etapa 5: Evaluación del Plan Estratégico.

En lo que respecta a la primera etapa, esta corresponde a la preparación que debe tener la organización para iniciar el proceso de planificación, en esta se puede tomar como punto de referencia que todos los integrantes estén de acuerdo y comunicados en la realización de este tipo de planificación, y que del desarrollo y aplicación de ésta va depender el futuro de la compañía, otro punto importante que hay que recalcar es que se debe mirar que recursos tengo, iniciando con la formación de un grupo que dirija el proceso, para después tener en cuenta si se tienen los elementos del enfoque estratégico,

No hay que olvidar que si la persona que está al mando de la organización no está de acuerdo con la realización de este proceso, no se puede aplicar la planificación estratégica, y quedaría como un documento más de la biblioteca de la institución.

**Diagnóstico Estratégico:** Es una herramienta que se utiliza para analizar la situación interna y externa de una organización. En esta etapa se puede desarrollar mediante varios enfoques, entre los cuales:

- ◆ Análisis FODA
- ◆ Marco Lógico
- ◆ Análisis de las 5 Fuerzas de Michael Porter

**Direccionamiento Estratégico:** Es definir hacia donde queremos ir tomando como punto de partida la misión por la cual fue creada la organización y donde estamos ahora. Esta etapa se divide en los siguientes elementos:

- ◆ Matriz Axiológica (Principios y Valores)
- ◆ Misión

- ◆ Visión
- ◆ Objetivo General
- ◆ Objetivos Específicos
- ◆ Estrategias
- ◆ Políticas
- ◆ Normas- Reglamentos
- ◆ Procedimientos
- ◆ Programas
- ◆ Mapa Estratégico

Plan Táctico, Planes Operativos e Indicadores de Gestión: Para mencionar a los tres elementos, se va dar una definición por cada uno de ellos:

**La Planeación Táctica:** Es el desarrollar estrategias a mediano plazo que al enfrascarlos en un plan permitirá la consecución de los objetivos. El plan táctico realiza planes en áreas específicas de la organización, ejemplos, (planes de marketing, plan de ventas, plan de producción, plan financiero)

**Planes Operativos o Planes de Acción:** Son planes a corto plazo, que desglosa el desarrollo de las estrategias y actividades de una organización.

**Indicadores de Gestión:** Son unidades de medidas en donde se busca medir el rendimiento de una organización frente a sus metas, objetivos y resultados. Para desarrollar este estudio se verán los tres tipos de indicadores que son: Indicadores de Gestión Corporativos, Indicadores de Gestión por unidades estratégicas de negocio y los Indicadores de Gestión por unidad operativa. Todos ellos transforman la gestión que se lleve a cabo al aplicar la planificación estratégica

#### **2.4.1.2. Marco conceptual variable dependiente**

Según **Chuji (2011: Internet)**, señala que la seguridad social es tema central en la Campaña hacia la Presidencia de los EEUU. McCain y Obama lo discuten y la balanza política se inclina de acuerdo a como el primero afronta y el segundo evita, el tema de la privatización total del sistema, camino iniciado por el régimen Bush, que propone que los trabajadores jóvenes inviertan hasta el 4% de sus impuestos en el sistema de cuentas privadas.

Para algunos analistas la crisis fiscal es una estrategia mediática que crea una percepción de temor en 56% de la población. El objetivo sería desmantelar definitivamente el sistema mixto de seguridad social, logrando que los aportantes decidan invertir en cuentas privadas, antes que tener su ahorro en el sistema previsional estatal.

EEUU esgrime el fantasma del alto costo y la ineficiencia del sistema de seguridad social para conducir lo que falta del sistema (ahorro de jubilaciones) hacia la privatización. Pero el alto costo y la ineficiencia se deben precisamente a su parte privada, pues como régimen mixto, pensiones es manejado por el Estado y salud, por aseguradoras privadas.

Nadie y menos el gobierno se atreve a tocar el costoso sistema, controlado por las compañías de seguros y las empresas farmacéuticas. "Ese sistema es inmune, aún cuando esté causando tremendos problemas financieros, además del costo humano. Cerca de la mitad de las quiebras en Estados Unidos son resultados de gastos médicos" dice Naomi Klein, investigadora que visitó la Asamblea en meses pasados.

Y es que la seguridad social es de poco valor para los ricos, pero es crucial para la supervivencia de los trabajadores, de los pobres, de los viejos, de quienes dependen de otros, de los incapacitados. Es un

sistema de protección, que sin embargo está en la mira del mercado. Klein comenta: "La seguridad social se basa en un principio extremadamente peligroso: preocuparse por otra gente y asumir responsabilidades comunitarias por cosas tales como salud y jubilación es algo profundamente subversivo". Por lo que al respecto se puede decir que guardando las distancias por las dimensiones de la economía, en el Ecuador se han producido reiterados intentos de desmantelamiento de la seguridad social iniciados en 1995, desde la implantación de políticas neoliberales. Pese a la negativa en referéndum a la pretendida "modernización del IESS, se desarrolló un proceso de intervención contemplado en la Constitución del 98 y continuó el plan en marzo del 2003.

Pero en nuestro país no existe el grado de bienestar económico de otras economías, ni el Estado tiene el asidero argumental de una generación que envejece, por lo que se transparentan las intenciones de abordar como negocio los servicios de este Sistema de Protección para la sociedad.

Los ecuatorianos se han pronunciado reiteradamente en contra de una privatización del sistema de Seguridad Social, a lo largo de trece años. Pretender hacerlo vía debilitamiento desde el propio Estado es un riesgo político muy alto, incluso para el propio proceso constituyente. No se pueden socavar los derechos adquiridos de los afiliados al Seguro Social. 3.700 millones en bienes, una deuda del Estado calculada en 3.394 millones (según el método valorista) o 880 (según el método de desagio) y un presupuesto anual de 2.300 millones de dólares, son el dinero del ahorro interno de los ecuatorianos, dinero que los bancos siempre han querido circulando en su sistema. Para eso han creado aseguradoras privadas.

Pero este dinero tiene unos dueños que son los afiliados y jubilados del IESS. No son fondos del Estado de los que puede disponer libremente. Y los dueños del IESS no se oponen al aseguramiento universal, ni a la conformación del Banco del Afiliado. De hecho estas han sido sus propias propuestas ignoradas por los gobiernos de turno. Pero siempre y cuando no implique un traspaso al Estado de sus fondos, siempre y cuando, además, se trabaje con reglas claras y sin perder sus derechos.

Actualmente los afiliados y jubilados tienen derecho a los siguientes servicios: Tratamiento de enfermedades catastróficas: como cáncer, VIH, enfermedades renales, del corazón, cuyos índices son muy altos en el país y cuyos costos son excesivos para las capas sociales medias y bajas. Sin duda, muy pocos ecuatorianos podrán pagar seguros complementarios privados para cubrir estas contingencias y el Estado tampoco podrá otorgarlos para sustituir el servicio del IESS.

Otros beneficios que tienen actualmente los afiliados al IESS son: entrega de fármacos, atención de embarazo, parto y puerperio, tratamiento de enfermedades crónico degenerativas, medicina curativa al recién nacido hasta los seis años de edad, implantes corporales, entrega de oxígeno a domicilio, subsidio en dinero por maternidad hasta doce semanas, subsidio especial para población insular de Galápagos, hospitalización, cirugías, servicio de laboratorio, fisioterapia y rehabilitación, atención odontológica, prótesis completa y otras prestaciones que suman alrededor de 50.

Estas son buenas razones para que los afiliados no quieran que se saque la atención de salud del Seguro Social. Si vamos a forzar a los afiliados de clase media a tener seguros privados complementarios y si vamos a dejar de atender a los enfermos pobres, a las madres pobres, a las personas con enfermedades catastróficas, a los ancianos en manos de la red de salud, habiendo tenido acceso a la red del IESS, habremos

cometido una injusticia, una ilegalidad puesto que se trata de derechos adquiridos.

La precaria atención de la red de salud del Estado que además, según esta misma constitución, será la atención básica, no es la que merecen quienes han aportado y tienen derecho a los servicios de que gozan en la actualidad.

No existe nada más afín al *alli kawsay* que el sistema de la seguridad social. Al menos el 40% de la población ecuatoriana tiene casa propia gracias al Seguro. En ellas habitan hasta tres generaciones de familias ampliadas, estrategia de sobrevivencia de capas medias y bajas. Sin los préstamos hipotecarios, muchos ecuatorianos no tendrían vivienda propia. El buen vivir, comprendido como la visión holística de la cosmovisión indígena, que entiende como misión del esfuerzo humano la creación de condiciones materiales y espirituales para construir la vida armónica, a partir de códigos de conducta éticos y espirituales, los valores humanos y la visión de futuro, se cumple en la forma como se organizó el IESS.

Solidaridad, reciprocidad y complementariedad son principios del *alli kawsay* que se cumplen en el sistema de la seguridad social. El principio de solidaridad se cumple entre seguros: pensiones por mucho tiempo financió a salud, que siempre ha sido el seguro más costoso de cubrir. Los fondos se complementaron.

Del mismo modo, la solidaridad y la complementariedad se expresan en el sistema que cubre a los más pobres del sistema: los campesinos son subsidiados por quienes más dinero aportan y la reciprocidad se produce cuando son éstos, los principales defensores del sistema, los guardianes de la seguridad social, del IESS, una base social importante que permite que el jubilado pueda descansar en ellos y su capacidad de respuesta, cuando se pretende socavar sus derechos.

## 2.4.2. Gráficos de inclusión interrelacionados

- **Superordinación conceptual**

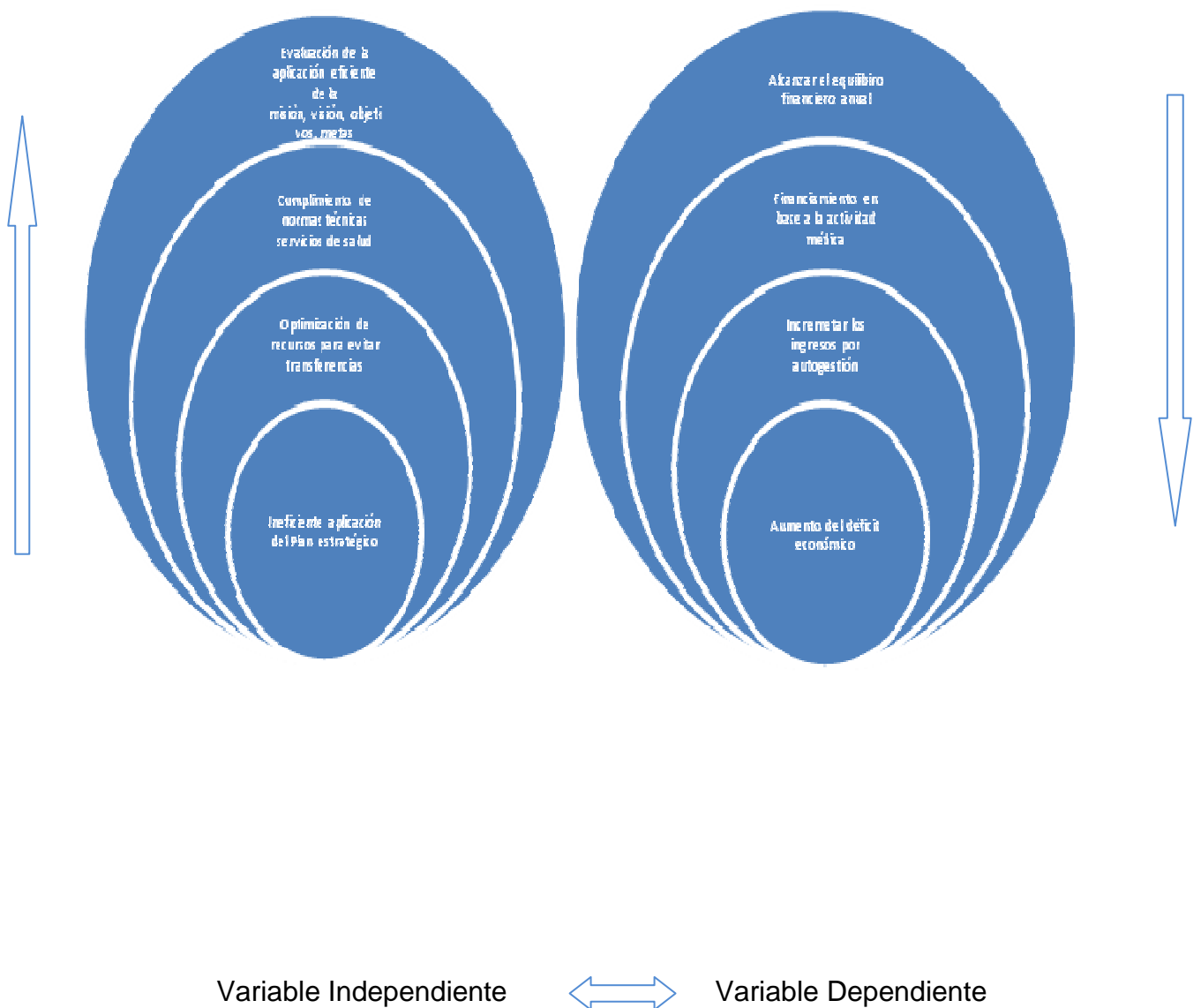
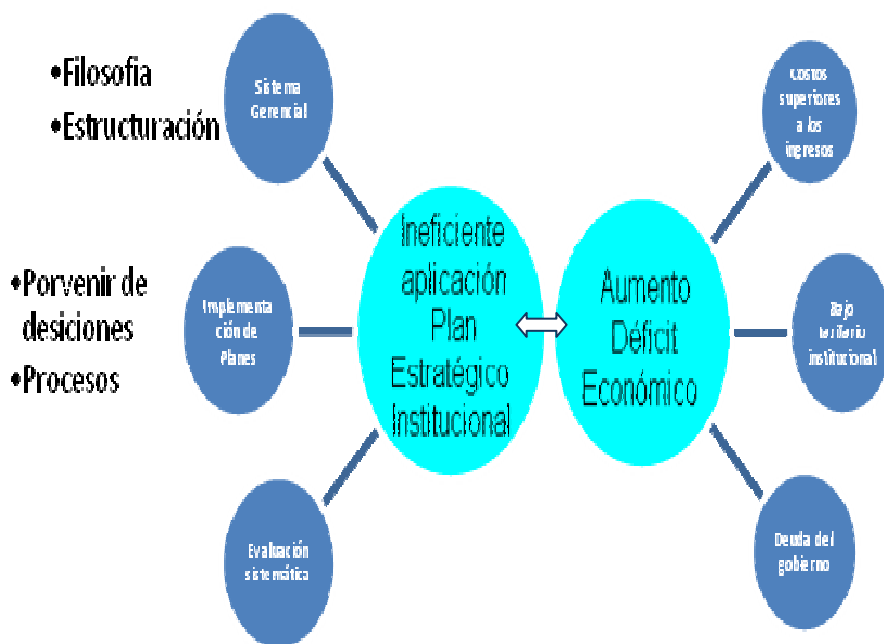


Gráfico No. 2. Superordinación Conceptual



- **Subordinación conceptual**



Variable Independiente ↔ Variable Dependiente

Gráfico No. 3. Subordinación Conceptual

## 2.5. HIPÓTESIS

Es el supuesto a ser demostrado con la investigación. La hipótesis es la respuesta a la formulación del problema planteado en el capítulo I, relacionando a las variables de estudio con la unidad de observación. Las variables pueden coincidir con las de la formulación del problema o pueden ser mejoradas. La hipótesis también puede ser la solución tentativa al problema de estudio; en este caso, la demostración requiere de la aplicación o puesta en marcha de la propuesta para poder determinar si se cumple o no.

¿Es la deficiente aplicación del plan estratégico institucional del IESS Hospital de Latacunga, lo que produce una improductividad de los servicios médicos ocasionando a un aumento progresivo del déficit económico durante el período 2010?

**HIPÓTESIS:** La deficiente aplicación del plan estratégico institucional es lo que produce un aumento progresivo del déficit económico en el IESS Hospital de Latacunga

## 2.6. SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES

- **Variable Independiente:** Plan estratégico institucional
- **Variable Dependiente:** Déficit económico institucional (Situación Financiera)
- **Unidad de observación:** IESS Hospital de Latacunga
- **Términos de relación:** Produce baja productividad de los servicios médicos

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1 ENFOQUE

La presente investigación es predominantemente cuantitativa. Según información presentada en la **Enciclopedia Libre Wikipedia (2011: Internet)**, señala que la investigación cuantitativa es un método de investigación basado en los principios metodológicos de positivismo y neopositivismo y que adhiere al desarrollo de estándares de diseño estrictos antes de iniciar la investigación. El objetivo de este tipo de investigación es el estudiar las propiedades y fenómenos cuantitativos y sus relaciones para proporcionar la manera de establecer, formular, fortalecer y revisar la teoría existente. La investigación cuantitativa desarrolla y emplea modelos matemáticos, teorías e hipótesis que competen a los fenómenos naturales.

Se utilizó el enfoque cuantitativo por las siguientes razones:

- Los procesos de análisis cuantitativo ayudan a construir racionalmente los problemas, a determinar racionalmente las alternativas más idóneas y, sobre todo, a evaluar las opciones más relevantes, de modo que en áreas como la administración de la producción, financiera.
- El enfoque matemático o cuantitativo en la administración constituye un desarrollo de la racionalidad aplicada a la toma de decisiones, la cual se asume guiada por la optimización de recursos.

## **3.2 MODALIDAD BASICA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.2.1 De campo**

Según **Abril (2011: Internet)**, señala que investigación de campo es el estudio sistemático de los hechos en el lugar en que se producen los acontecimientos. En esta modalidad el investigador toma contacto en forma directa con la realidad, para obtener información de acuerdo con los objetivos del proyecto.

En el presente informe se utilizó la investigación de campo para analizar la certeza de las hipótesis formuladas en un contexto en particular y para aportar evidencia respecto a los lineamientos de la investigación.

### **3.2.2 Bibliográfica – Documental**

Según **Abril (2011 : Internet)**, señala que la investigación bibliográfica – documental tiene el propósito de conocer, comparar, ampliar, profundizar y deducir diferentes enfoques, teorías, conceptualizaciones y criterios de diversos autores sobre una cuestión determinada, basándose en documentos (fuentes primarias), o en libros, revistas, periódicos y otras publicaciones (fuentes secundarias).

Es la que únicamente utiliza información que ya ha sido registrada por otras personas es decir se encuentra en libros, prensa, internet

En el presente proyecto se utilizó la investigación bibliográfica – documental durante toda la investigación, especialmente en el Capítulo II Marco Teórico.

### **3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.3.1 Investigación exploratoria**

Según **Lambin, (2000: 569)**, señala que esta investigación tiene por objeto ayudar a que el investigador se familiarice con la situación problema, identifique las variables más importantes, reconozca otros cursos de acción, proponga pistas idóneas para trabajos posteriores y puntualice cuál de esas posibilidades tiene la máxima prioridad en la asignación de los escasos recursos presupuestarios de la empresa.

En esta investigación la finalidad de los estudios exploratorios es ayudar a obtener, con relativa rapidez, ideas y conocimientos en una situación ya que es un tipo de investigación extremadamente útil como paso inicial en los procesos de investigación.

#### **3.3.2 Investigación descriptiva**

Según información presentada en la **Enciclopedia Libre Wikipedia (2011: Internet)**, señala que la Investigación descriptiva, también conocida como la investigación estadística, se describen los datos y características de la población o fenómeno en estudio. La Investigación descriptiva responde a las preguntas: quién, qué, dónde, cuándo y cómo. Aunque la descripción de datos es real, precisa y sistemática, la investigación no puede describir lo que provocó una situación.

La investigación es de forma aplicada porque se debe enlazar los fundamentos teóricos con la aplicación en el medio; es de tipo descriptiva porque permitirá obtener un mayor nivel de profundidad, además se ocupa de describir delimitando los distintos elementos del problema de investigación relacionada a la Planificación Estratégica Institucional.

### **3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.4.1 Población**

Para **Herrera. et. al. (2002: 142-143)**, la población o universo es la totalidad de elementos a investigar.

En la presente investigación la población es interna y está delimitada por ciento treinta y nueve funcionarios que laboran en el IESS Hospital de Latacunga. (Anexo 6).

#### **3.4.2 Muestra**

Siguiendo a **Herrera. et. al (2002: 144-153)**, señala que el Muestreo probabilístico es cuando los elementos son seleccionados en forma individual y directa. Todos los integrantes de la población tienen la misma probabilidad de ser parte de la muestra. Es el más adecuado ya que sus procedimientos son más científicos debido a que se basan en la ley de los grandes números y el cálculo de probabilidades. Este puede ser: regulado, al azar, sistemático, aleatorio y estratificado

En el muestreo regulado Forman parte de la muestra los elementos del universo o población en los cuales se hace presente el problema de investigación.

En la presente investigación se aplicará el muestreo probabilístico regulado ya que forman parte de la muestra los integrantes del Área Administrativa del IESS Hospital de Latacunga en los cuales se hace presente el problema de investigación. En dicha área laboran cuatro directivos (un Director General, dos Directores Técnicos y un Subgerente Financiero), tres ejecutivos (Jefe del Servicio al Asegurado y Jefe de Servicios Generales y Responsable de Recursos Humanos), personal operativo del Área Administrativa que son 17 Servidores Públicos.

**TABLA 1. Marco muestral de servidores IESS Hospital de Latacunga**

No.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO
1	HERRERA GAIBOR MARIO ANIBAL	ADMINISTRADOR
2	LOPEZ MERA HERNAN GONZALO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO
3	SINGAUCHO MARIA ISABEL	
4	LESCANO CARRASCO EDILMA GEORGINA	ASISTENTE DE NUTRICION
5	TERAN NARANJO BEATRIZ ELENA	AUXILIAR DE ADMINIST HOSP
6	FIALLOS PUNINA PAOLA ALEJANDRA	CONTADOR PROFESIONAL
7	ARGUELLO NAVARRO HUGO ENRIQUE	DIRECTOR
8	ARROYO AMORES LUCIA JULIETA	DIRECTORES TECNICOS
9	FIERRO RAMIREZ FABIAN MARCELO	
10	AULESTIA VACA PABLO GERMANICO	EDUCADOR PARA LA SALUD
11	CALERO MOLINA VERONICA DE LOURDES	GUARDALMACEN
12	CHIMBORAZO TIXELEMA MARIA EUFEMIA	
13	CAMPAÑA PENAHERRERA DOLORES RAQUEL	INGENIERO CIVIL
14	HIDROVO PACHECO TATIANA	INVESTIGADOR SOCIAL
15	AISPUR PENAHERRERA GLORIA MARLENE	JEFE FINANCIERO
16	HEREDIA LOZANO LAURA AURORA	NUTRICIONISTA
17	HERVAS TOVAR EMMA VIRGINIA	OFICINISTAS
18	IMBACUAN GOROSTIZA ELOY	
19	PASTOR VARGAS BEATRIZ S	
20	PRUNA CARRERA MANUEL MARIA	
21	REINOSO PEÑAHERRERA SOFIA MARI	
22	TAIPE PILATASIG MARIA ESTHER	
23	TAPIA PRUNA LOURDES ELENA	
24	TORO LOGROÑO BERTHA MILA	SECRETARIA

Fuente: Recursos Humanos (2011)

Elaborado por: La Investigadora

### 3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Siguiendo a **Herrera. et. al. (2002: 166-170)**, la Operacionalización de hipótesis es un procedimiento por el cual se pasa del plano abstracto de la investigación a un plano concreto, traduciendo cada variable de la hipótesis a manifestaciones directamente observables y medibles, en el contexto en que se ubica el objeto de estudio, de manera que oriente la recolección de información.

### 3.5.1 Operacionalización de variable independiente

TABLA 2. Planificación Estratégica

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas e instrumentos de recolección de información
La Planeación Estratégica es un proceso de evaluación sistemática de la naturaleza de un negocio, definiendo los objetivos a largo plazo, identificando metas y objetivos cuantitativos, desarrollando estrategias para alcanzar dichos objetivos y localizando recursos para llevar a cabo dichas estrategias.	Plan Estratégico Institucional	30% de cumplimiento de la misión y visión de la empresa	¿Cuenta la institución con misión y visión que oriente su camino?	Entrevista al Director del IESS Hospital de Latacunga con cuestionario (Ver Anexo 2)
		10% de cumplimiento de objetivos estratégicos	¿Están definidos los objetivos estratégicos?	
	Plan Operativo Anual	5 millones de déficit del Seguro General de Salud Individual y Familiar	¿Qué influye para que la gestión institucional no cumpla sus metas financieras?	Encuesta a Jefes de Área con cuestionario (Ver Anexo 4) Encuesta a Personal Operativo con encuesta ( Ver Anexo 5)
		5 Planes de Acción	¿Cuenta la institución con planes de acción?	
	Plan Anual de Compras	30% ejecutado por partida presupuestaria	¿Aplica indicadores para medir el grado de ejecución presupuestaria?	Entrevista al Subgerente Financiero del IESS Hospital de Latacunga con cuestionario (Ver Anexo 3)
		50% de cumplimiento de metas propuestas	¿Se realizan evaluaciones periódicas del grado de cumplimiento de metas propuestas?	



### 3.5.2 Operacionalización de variable dependiente

TABLA 3. Déficit Económico

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Items Básicos	Técnicas e instrumentos de recolección de información
El déficit económico es el faltante en que incurre el Estado al intervenir, mediante el gasto público, en la actividad económica en forma directa. Representa el resultado negativo de la diferencia entre los ingresos y egresos, tanto del Gobierno Federal como de las entidades estatales de control presupuestario directo e indirecto. El déficit económico se obtiene sumando al déficit presupuestario el no presupuestario.	Procesos Administrativos	45% Eficacia	¿Se evalúa el cumplimiento de metas propuestas?	Entrevista al Subgerente Financiero con cuestionario (Ver Anexo 3)
		75% de cumplimiento del manual de funciones	¿El personal cumple sus actividades de acuerdo con su nombramiento?	
	Financieros	50% Eficiencia	¿Se aplican indicadores de gestión para evaluar la eficiencia?	
		3 millones de recursos económicos	¿Se realiza análisis financiero?	

### 3.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Metodológicamente para **Herrera. et. al. (2002: 174-178 y 183-185)**, la construcción de la información se opera en dos fases: plan para la recolección de información y plan para el procesamiento de información.

#### 3.6.1. Plan para la recolección de información

Este plan contempla estrategias metodológicas requeridas por los objetivos e hipótesis de investigación, de acuerdo con el enfoque escogido, considerando los siguientes elementos:

- **Definición de los sujetos: personas u objetos que van a ser investigados.**

<b>SUJETO</b>	<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	<b>FUNCION</b>
Director	Dr. Hugo Arguello	Toma de decisiones a nivel directivo
Director Técnico	Dra. Lucia Arroyo	Dirigir el área de medicina crítica
Director Técnico	Dr. Marcelo Fierro	Dirigir el área de auxiliares de diagnóstico y tratamiento
Subgerente Financiero	Dra. Gloria Aispur	Asesorar a la dirección en la toma de decisiones sobre el área económica
Jefe de la unidad de servicio al asegurado	Dr. Pablo Aulestia	Dirigir el área de consulta externa
Responsable de la unidad de recursos humanos	Ing. Hernán López	Mantener el control sobre el personal de planta y contratado de la unidad médica.
Jefe de la unidad de servicios generales	Ing. Patricio Lomas	Dirigir las actividades de mantenimiento del Hospital
Personal Operativo		Cumplir con los procedimientos, actividades y tareas encomendadas para cumplir con los objetivos establecidos por el Seguro General de Salud Individual y Familiar.

- **Selección de las técnicas a emplear en el proceso de recolección de información.**

En el presente estudio se realizó dos entrevistas y dos encuestas.

- **Instrumentos seleccionados o diseñados de acuerdo con la técnica escogida para la investigación.**

Los instrumentos fueron aplicados de acuerdo al diseño realizado por el investigador: Dos entrevistas (ver anexos 2 y 3) y dos encuestas (ver anexos 4 y 5)

- **Selección de recursos de apoyo (equipos de trabajo).**
- **Explicitación de procedimientos para la recolección de información, cómo se va a aplicar los instrumentos, condiciones de tiempo y espacio, etc.**

<b>TECNICAS</b>	<b>PROCEDIMIENTOS</b>
Entrevista 1	Método científico
	Predios institucionales
	15 de septiembre del 2011 a las 14:30
Entrevista 2	Método científico
	Predios institucionales
	16 de septiembre del 2011 a las 11:00
Encuesta 1	Método científico
	Predios institucionales
	18 de septiembre del 2011 a las 08:30
Encuesta 2	Método científico
	Predios institucionales
	17 de octubre del 2011 a las 15:00

### 3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

#### 3.7.1 Plan de procesamiento de información

- **Revisión crítica de la información recogida.** Es decir limpieza de información defectuosa: contradictoria, incompleta, no pertinente.
- **Repetición de la recolección** En ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación.
- **Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis: manejo de información, estudio estadístico de datos para presentación de resultados.** Ejemplo de la tabla a ser utilizada para la cuantificación de los resultados obtenidos con los instrumentos de recolección de información primaria (de campo).

**TABLA 4. Cuantificación de resultados**  
**Encuesta 2**

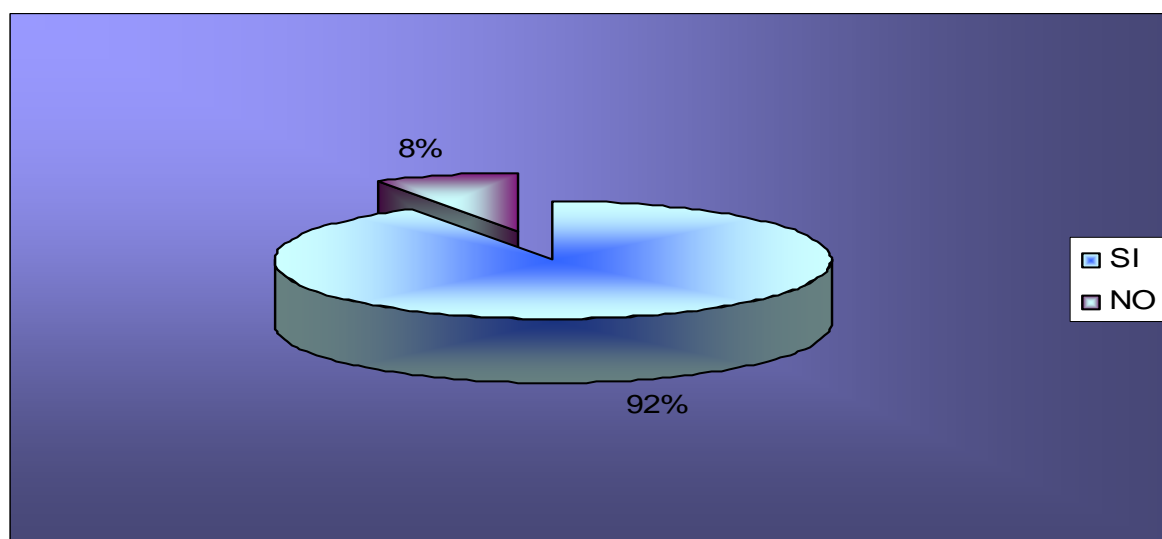
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	22	92%
NO	2	8%
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta 2 (2012)

Elaborado por: La autora

- **Representaciones gráficas.** Ejemplo de figura a ser utilizada para la presentación visual porcentual de los resultados cuantificados en la tabla anterior.

**GRÁFICO 4. Representación gráfica de resultados**



Fuente: Encuesta 2 (2012)

Elaborado por: La autora

### 3.7.2 Plan de análisis e interpretación de resultados

- **Análisis de los resultados estadísticos.** Destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos e hipótesis.
- **Interpretación de los resultados.** Con apoyo del marco teórico, en el aspecto pertinente.

De las encuestas realizadas se observó que la deficiente aplicación del plan estratégico institucional es lo que produce un aumento progresivo del déficit económico en el IESS Hospital Latacunga; por lo que es de suma importancia implementar un Modelo de Gestión Hospitalario a fin de mantener el equilibrio financiero.

- **Comprobación de hipótesis.**

La presente investigación de la hipótesis fué comprobada, mediante el modelo estadístico **Chi - cuadrado**, en base a la información que se obtuvo de la encuesta realizada a veinte y cuatro servidores y servidoras que laboran en el IESS Hospital de Latacunga.

De acuerdo a los Economistas expertos, el modelo estadístico para comprobar la hipótesis, es mediante la distribución **Chi – Cuadrado** en base a los resultados que se obtuvieron de la encuesta que se realizó oportunamente a veinte y cuatro servidores y servidoras que laboran en el IESS Hospital de Latacunga

### **Modelo Estadístico**

#### **Fórmula**

$$X^2 = \sum \frac{(ni - ni^*)^2}{ni^*}$$

$X^2$  = Chi Cuadrado

$\sum$  = Sumatoria

$ni$  = Frecuencia Observada

$ni^*$  = Frecuencia Esperada

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### RESULTADOS PARA ENTREVISTA (1)

La presente entrevista se realizó al Director del IESS hospital de Latacunga

**Objetivo:** Evaluar el grado de ejecución del Plan Estratégico Institucional a fin de establecer su impacto económico y social.

PREGUNTAS	SI	NO	TOTALES
1. ¿La visión y misión institucional están desarrolladas de acuerdo a la realidad actual de los afiliados?	X		
2. ¿El personal que labora en la institución conoce los objetivos estratégicos que deberán alcanzarse en el año 2012?		X	
3. ¿Existen sistemas de planeación e información (tales como planeación de negocios; presupuestos, pronósticos y planeación de utilidades y contabilización de obligaciones) que revelan adecuadamente los planes de la administración y los resultados actuales del desempeño?		X	
4. ¿Existen procedimientos que permiten mejorar la difusión de la información y facilitar el acceso a la misma?		X	
5. ¿Se realizan evaluaciones trimestrales de las metas alcanzadas a fin de dar cumplimiento al lo propuesto en el plan estratégico institucional?		X	

## RESULTADOS PARA ENTREVISTA (2)

La presente entrevista se realizó a la Jefe Financiera IESS hospital de Latacunga

**Objetivo:** Determinar el grado de responsabilidad y transparencia del área financiera y su incidencia en la ejecución del Plan Estratégico Institucional.

PREGUNTAS	SI	NO	TOTALES
1.- ¿El Director del Hospital y los jefes departamentales orientan al personal sobre la misión, visión institucional para alcanzar los objetivos del plan estratégico y operativo, en base de un plan de motivación?	<b>X</b>		
2.- ¿La Subgerencia Financiera evalúa periódicamente la posición estratégica de la sociedad de acuerdo a lo estipulado en el plan estratégico?	<b>X</b>		
3.-¿La Subgerencia Financiera suministra la información a las personas adecuadas, permitiéndoles cumplir con sus responsabilidades de forma eficaz y eficiente?	<b>X</b>		
4.- ¿El área financiera presenta oportunamente información financiera y de gestión?	<b>X</b>		
5.- ¿Se revisan periódicamente en forma interna y externa los informes financieros y de gestión?	<b>X</b>		
6.- ¿El IESS hospital de Latacunga ha realizado reportes periódicos sobre los resultados de ejecución del POA, evaluando el avance físico de las metas y objetivos programados por cada área de operación?		<b>X</b>	
7.- ¿Se evalúa y supervisa en forma continua la calidad y rendimiento del sistema de control interno, su alcance y la frecuencia, en función de la evaluación de los riesgos?		<b>X</b>	



## **RESULTADOS PARA ENCUESTA (1)**

PREGUNTA 1. ¿El Director del Hospital y los jefes departamentales orientan al personal sobre la misión, visión institucional para alcanzar los objetivos del plan estratégico y operativo, en base de un plan de motivación?

Tabla N.5 Orientación al Personal por parte de los directivos

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	83%
NO	1	17%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

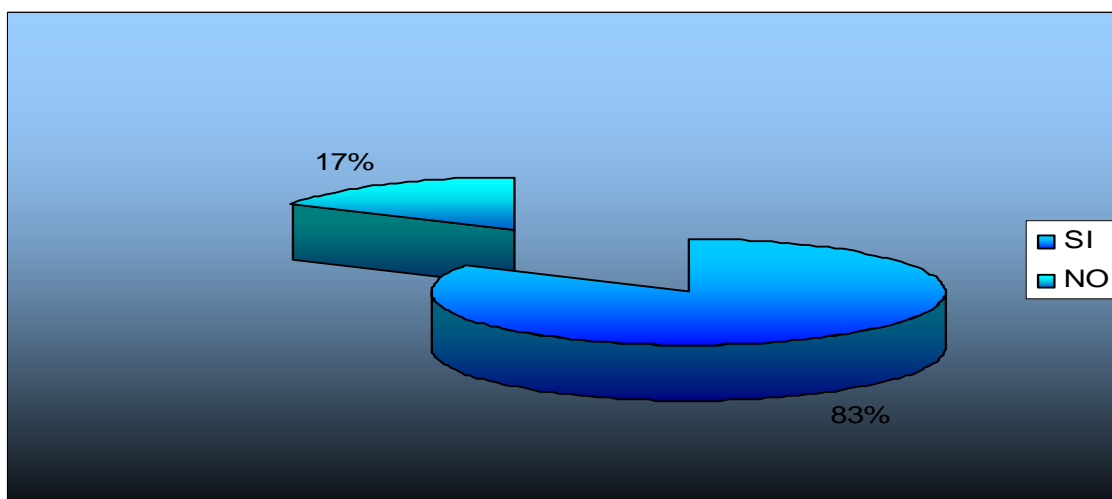


Gráfico N. 5  
Elaborado por: La Investigadora

### **ANÁLISIS**

En base a los resultados de un total de 6 personas: el 83% responden que si orientan al personal sobre la misión, visión institucional para alcanzar los objetivos del plan estratégico y operativo, en base de un plan de motivación y el 17 % que no.

PREGUNTA 2. ¿El IESS Hospital de Latacunga cuenta con un plan estratégico difundido interna y externamente, en concordancia con el plan institucional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social?

Tabla N.6 Difusión del Plan Estratégico al Personal por parte de los directivos

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	2	33%
NO	4	67%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

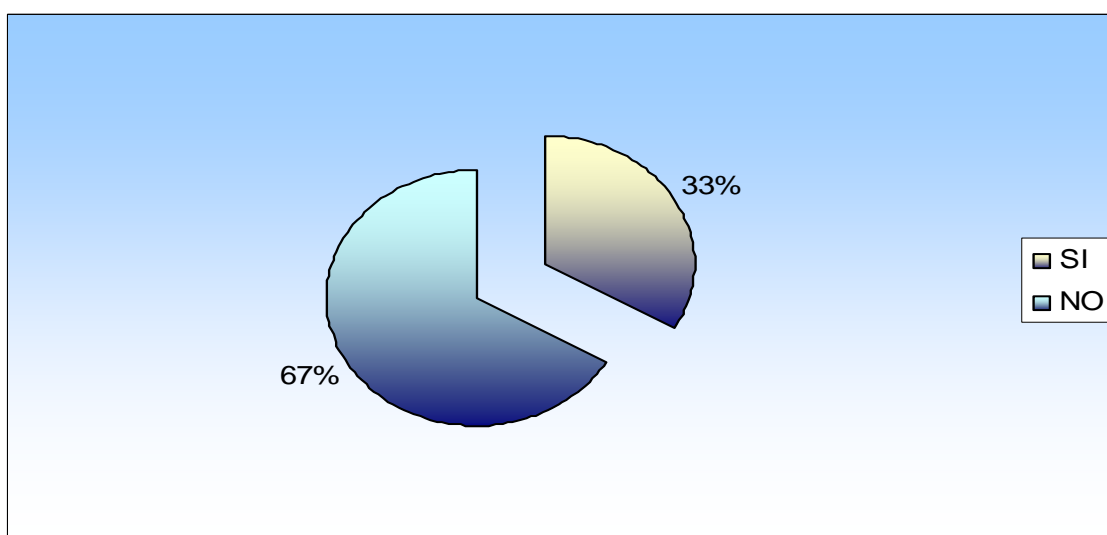


Gráfico N. 6  
Elaborado por: La Investigadora

## ANÁLISIS

En base a los resultados de un total de 6 personas: el 33% responden que si cuenta con un plan estratégico difundido interna y externamente, en concordancia con el plan institucional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el 67% responde que no.

PREGUNTA 3. ¿La filosofía y estilo de Administración se reflejan en la forma en que establece las políticas, objetivos, estrategias su difusión y la responsabilidad de informar sobre su cumplimiento?

Tabla N.7 Información sobre el cumplimiento de las políticas, objetivos y estrategias

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	50%
NO	3	50%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

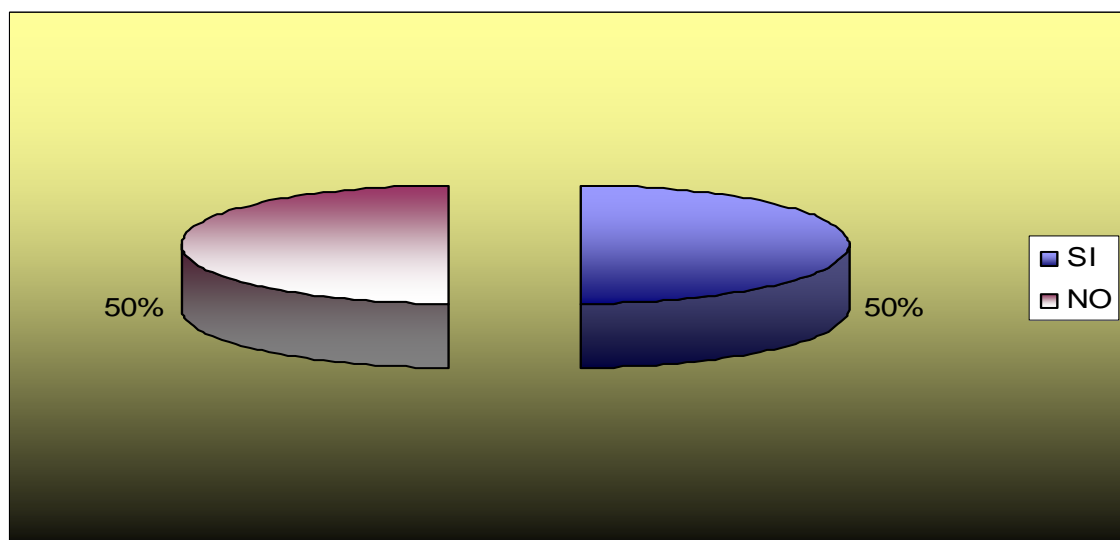


Gráfico N. 7  
Elaborado por: La Investigadora

### ANÁLISIS

En base a los resultados de un total de 6 personas: el 50% responden que La filosofía y estilo de la Administración si se reflejan en la forma en que establece las políticas, objetivos, estrategias 50% responde que no.

#### PREGUNTA 4. ¿Existe responsabilidad y delegación de autoridad?

Tabla N.8 Autoridad de delegación y responsabilidad

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	67%
NO	2	33%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

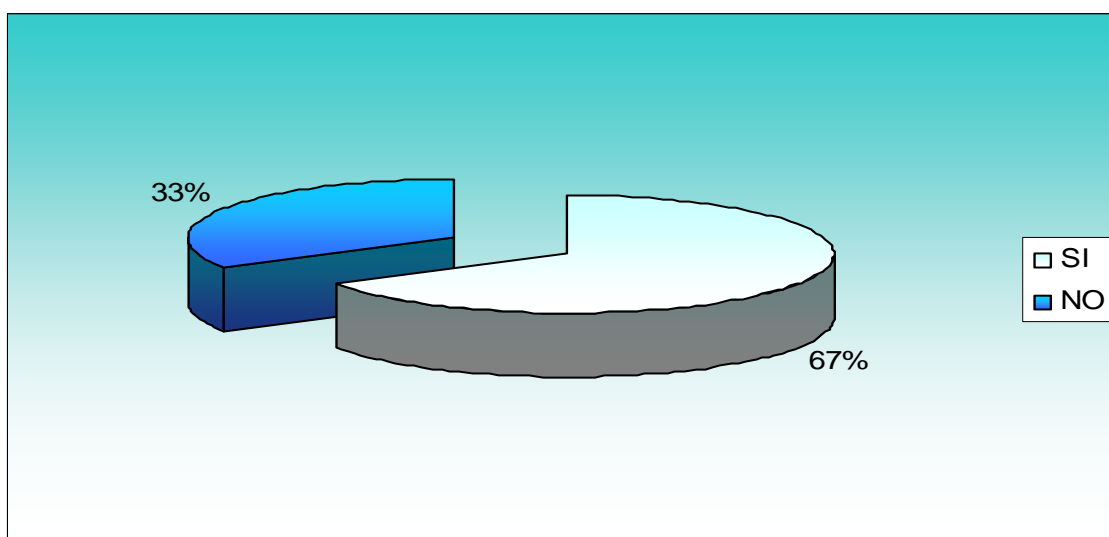


Gráfico N. 8  
Elaborado por: La Investigadora

#### ANÁLISIS

En base a los resultados de un total de 6 personas: el 67% responden que si Existe responsabilidad y delegación de autoridad mientras que el 33% responde que no existe responsabilidad y delegación de autoridad.

PREGUNTA 5. ¿Existe comunicación de políticas, normas y sistemas al personal?

Tabla N.9 Comunicación de Sistemas, normas y políticas hacia el personal

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	1	17%
NO	5	83%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

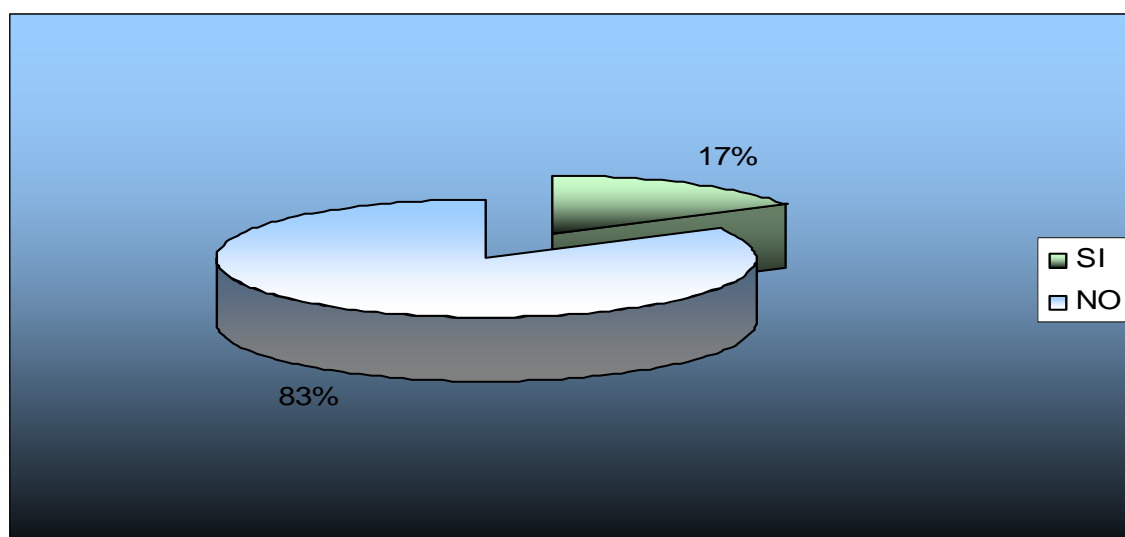


Gráfico N. 9  
Elaborado por: La Investigadora

## ANÁLISIS

En base a los resultados de un total de 6 personas: el 17% responden que si existe comunicación de políticas, normas y sistemas al personal mientras que el 83% responde que no.

PREGUNTA 6. ¿Se ha instaurado una cultura hospitalaria dirigida a la responsabilidad?

Tabla N.10 Establecimiento de la cultura hospitalaria

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	1	17%
NO	5	83%
TOTAL	6	100%

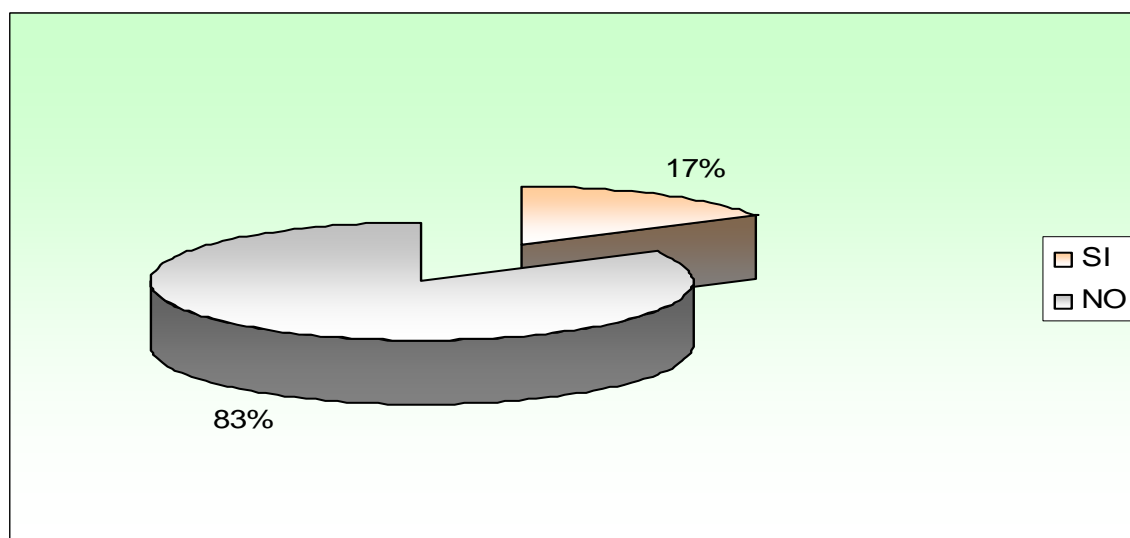


Gráfico N. 10  
Elaborado por: La Investigadora

## ANÁLISIS

En base a los resultados de un total de 6 personas: el 17% responden que si se ha instaurado una cultura hospitalaria dirigida a la responsabilidad mientras que el 83% responde que no.

PREGUNTA 7. ¿Existe rotación de personal asignado a operaciones en funciones clave que garanticen el funcionamiento apropiado del hospital en la prestación de sus servicios?

Tabla N.11 Rotación del personal para garantizar un funcionamiento apropiado

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	2	33%
NO	4	67%
TOTAL	6	100%

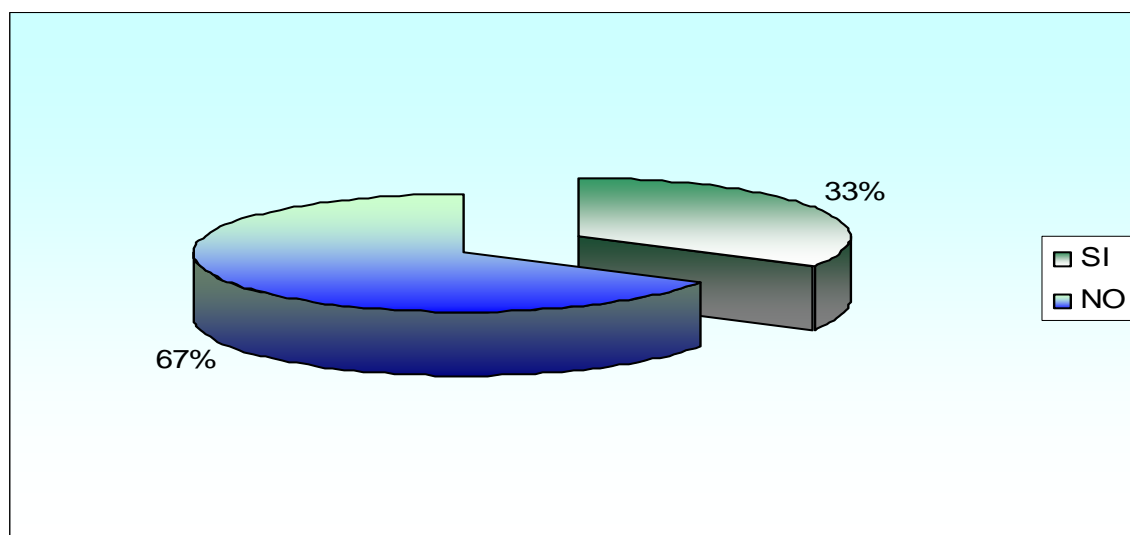


Gráfico N. 11  
Elaborado por: La Investigadora

## ANÁLISIS

En base a los resultados de un total de 6 personas: el 33% responden que si Existe rotación de personal asignado a operaciones en funciones clave que garanticen el funcionamiento apropiado del hospital en la prestación de sus servicios mientras que el 67% responde que no.

## **RESULTADOS PARA ENCUESTA (2)**

PREGUNTA 1. ¿Las relaciones con los empleados, proveedores, afiliados, aseguradora se basan en la honestidad y equidad?

Tabla N.12 Relaciones honestas y equitativas con empleados, proveedores y afiliados

<b>INDICADOR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	22	92%
NO	2	8%
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

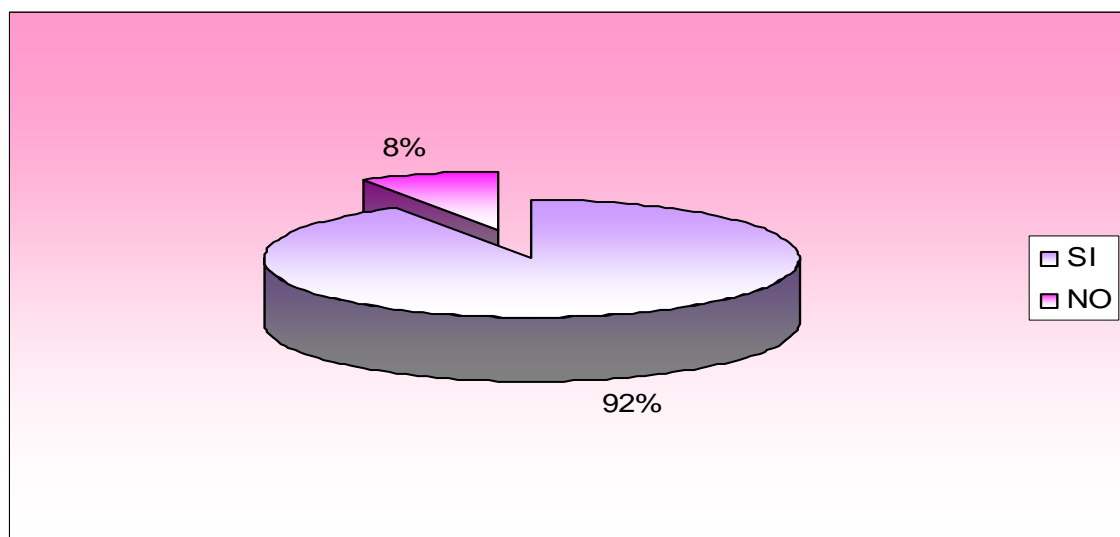


Gráfico N. 12  
Elaborado por: La Investigadora

### **ANÁLISIS**

En base a los resultados de un total de 24 personas: el 92% responden que las relaciones con los empleados, proveedores, afiliados, aseguradora si se basan en la honestidad y equidad mientras que el 8% responden que no.



PREGUNTA 2. ¿Se incorporan los códigos de ética en los procesos y en el personal?

Tabla N.13 Incorporación de código de ética en los procesos y el personal

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	71%
NO	7	29%
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

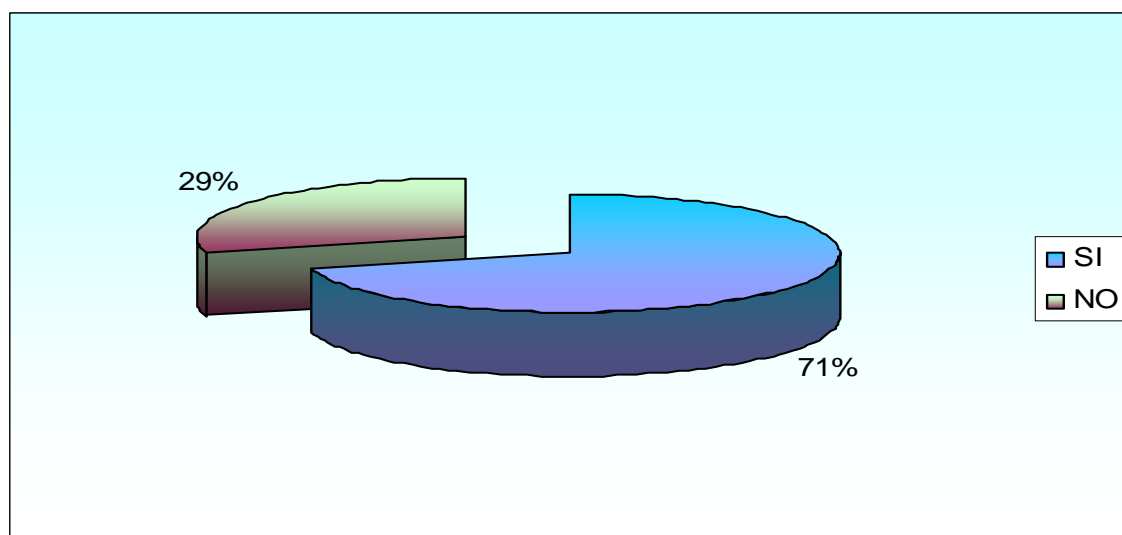


Gráfico N. 13  
Elaborado por: La Investigadora

## ANÁLISIS

En base a los resultados de un total de 24 personas: el 71% responden que si se incorporan los códigos de ética en los procesos y en el personal mientras que el 29% responden que no.

PREGUNTA 3. ¿El Director del Hospital incentiva y compromete a sus servidores en el cumplimiento de las leyes, resoluciones y otras disposiciones?

Tabla N.14 Incentivo y compromisos a los servidores

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	13	54%
NO	11	46%
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

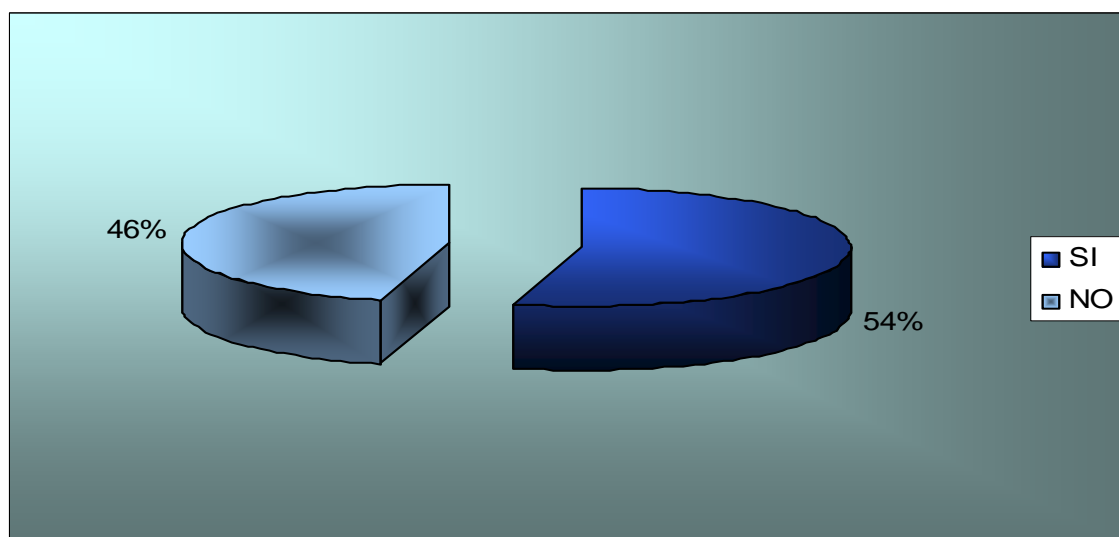


Gráfico N. 14  
Elaborado por: La Investigadora

## ANÁLISIS

En base a los resultados de un total de 24 personas: el 54% responden que el Director del Hospital incentiva y compromete a sus servidores en el cumplimiento de las leyes, resoluciones y otras disposiciones mientras tanto que el 46% responden que no.

#### PREGUNTA 4. ¿Existe comunicación interna y externa?

Tabla N.15 Comunicación interna y externa por parte del personal administrativo

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	20	83%
NO	4	17%
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

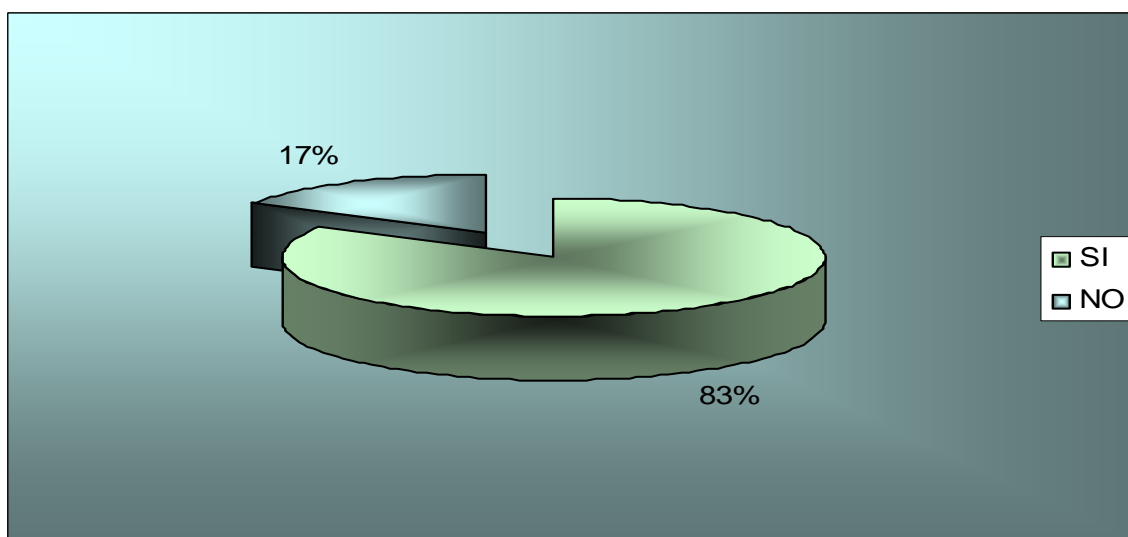


Gráfico N. 15  
Elaborado por: La Investigadora

#### ANÁLISIS

En base a los resultados de un total de 24 personas: el 83% responden que si existe comunicación interna y externa mientras tanto que el 17% responden que no.

PREGUNTA 5. ¿Existen normas y procedimientos relacionados con el control y descripciones de puestos de trabajo?

Tabla N.16 Normas y Procedimientos con el control y descripciones del puesto

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	14	58%
NO	10	42%
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

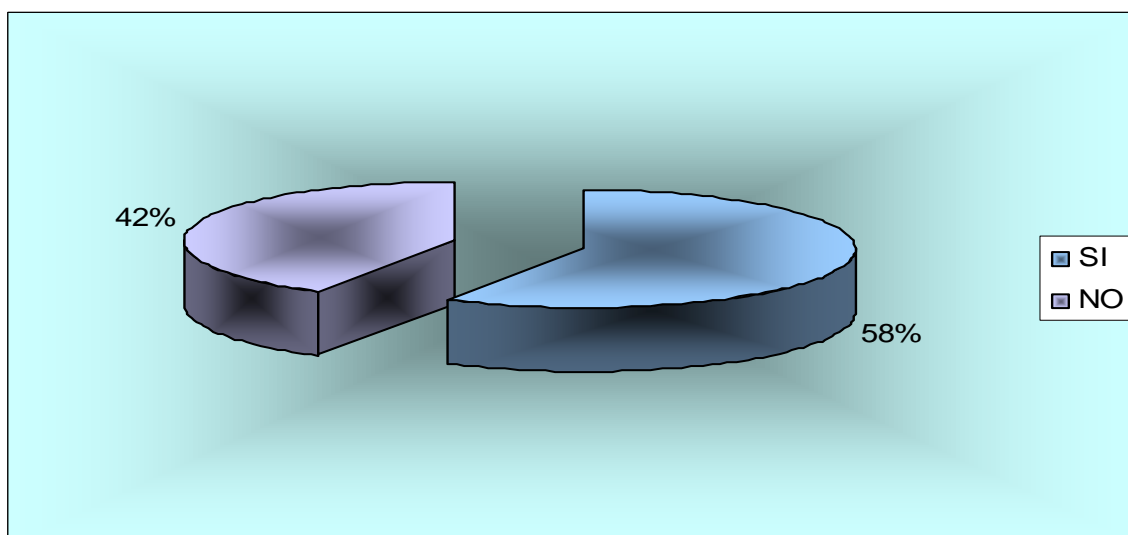


Gráfico N. 16  
Elaborado por: La Investigadora

## ANÁLISIS

En base a los resultados de un total de 24 personas: el 58% responden que si Existen normas y procedimientos relacionados con el control y descripciones de puestos de trabajo mientras tanto que el 42% responden que no.

PREGUNTA 6. ¿Es la deficiente aplicación del plan estratégico institucional lo que produce un aumento progresivo del déficit económico en el I.E.S.S Hospital Latacunga?

Tabla N.17 Aumento progresivo del déficit económico por la deficiente aplicación del plan estratégico

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	22	92%
NO	2	8%
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

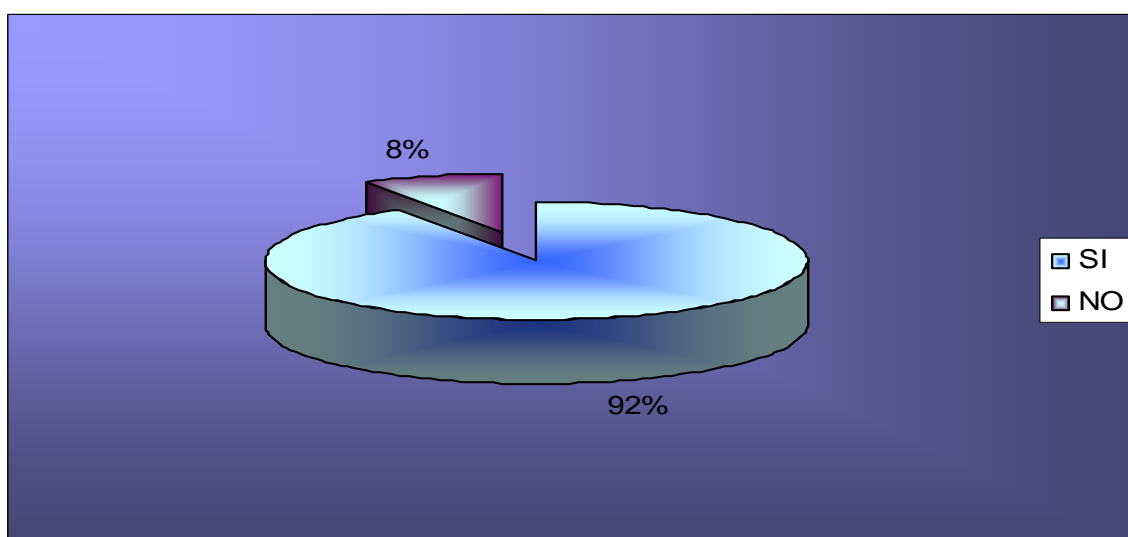


Gráfico N. 17  
Elaborado por: La Investigadora

## ANÁLISIS

En base a los resultados de un total de 24 personas: el 92% responden que la deficiente aplicación del plan estratégico institucional es lo que produce un aumento progresivo del déficit económico en el I.E.S.S Hospital Latacunga mientras tanto que el 8% responden que no.

## PREGUNTA 7. ¿Existe un sistema de gestión del recurso humano?

Tabla N.18 Sistema de Gestión por parte de Recursos Humanos

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	42%
NO	14	58%
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

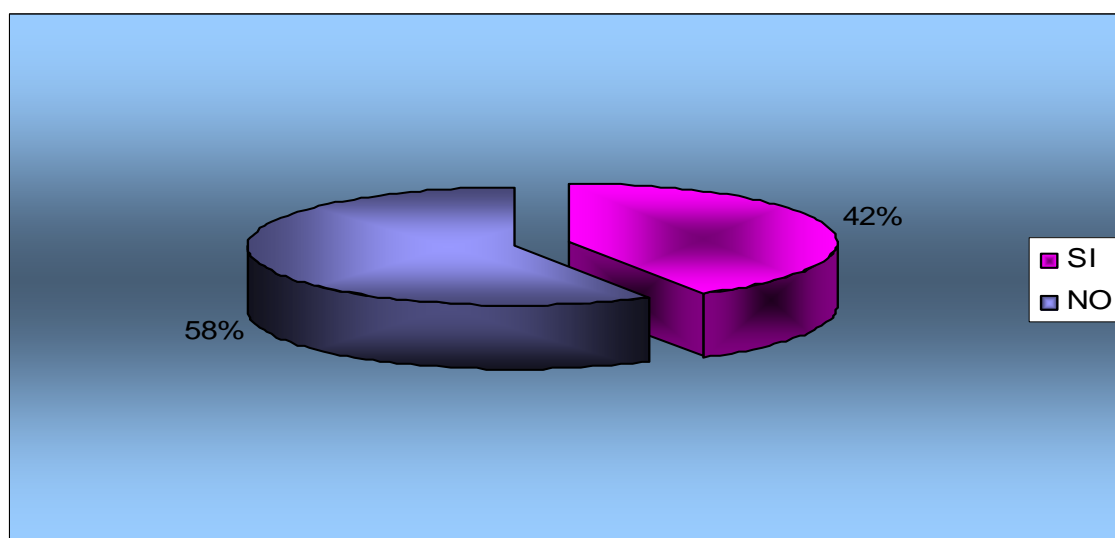


Gráfico N. 18  
Elaborado por: La Investigadora

## ANÁLISIS

En base a los resultados de un total de 24 personas: el 42% responden que si Existe un sistema de gestión del recurso humano mientras tanto que el 58% responden que no.

## PREGUNTA 8. ¿Se establecen objetivos con indicadores de rendimiento?

Tabla N.19 Establecimiento de objetivos con indicadores de rendimiento

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	9	38%
NO	15	62%
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

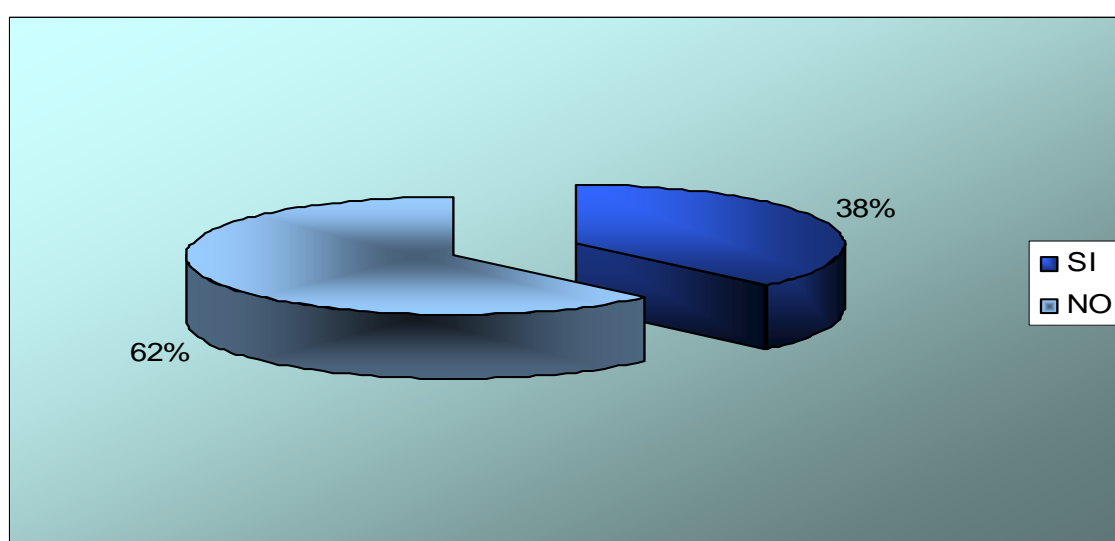


Gráfico N. 19  
Elaborado por: La Investigadora

## ANÁLISIS

En base a los resultados de un total de 24 personas: el 38% responden que si se establecen objetivos con indicadores de rendimiento mientras tanto que el 62% responde que no.

PREGUNTA 9. ¿Existen informes comparativos entre lo planificado y lo ejecutado?

Tabla N .20 Existencia de informes comparativos entre lo planificado y lo ejecutado

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	14	58%
NO	10	42%
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

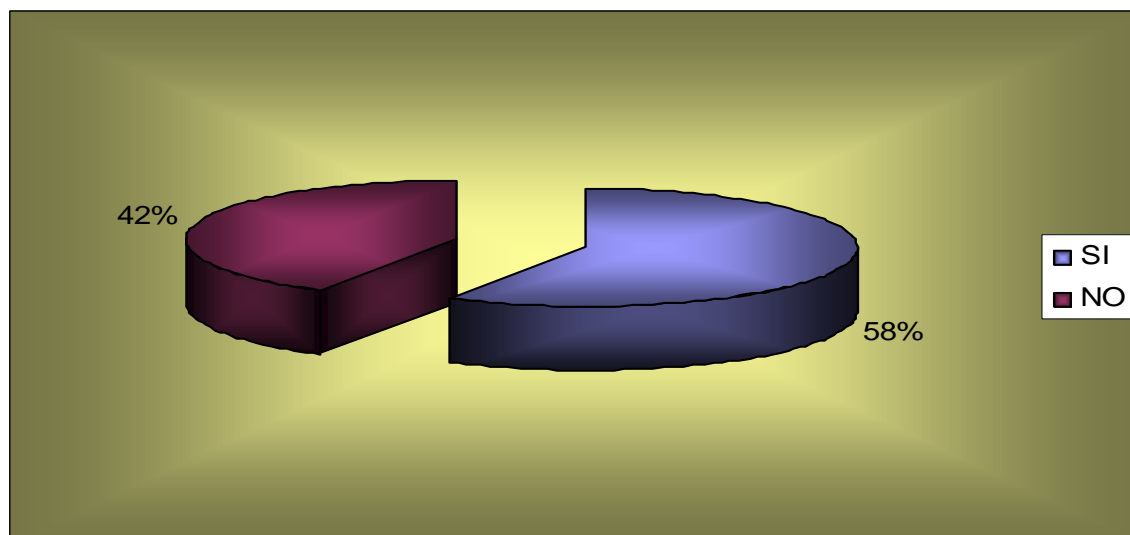


Gráfico N. 20  
Elaborado por: La Investigadora

## ANÁLISIS

En base a los resultados de un total de 24 personas: el 58% responde que si existen informes comparativos entre lo planificado y lo ejecutado mientras tanto que el 42% responden que no.



## 4.2. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

De las entrevistas y encuestas realizadas se desprenden los siguientes resultados.

- **En la Entrevista número (1)** cuyo objetivo es: Evaluar el grado de ejecución del Plan Estratégico Institucional a fin de establecer su impacto económico y social se desprende los siguientes resultados.

### **PREGUNTA 1**

**¿La visión y misión institucional están desarrolladas de acuerdo a la realidad actual de los afiliados?**

La respuesta fue que la visión y misión institucional **si** están desarrolladas de acuerdo a la realidad actual de los afiliados es decir que la Institución está enfocada hacia qué, cómo, cuándo y cómo realizar los proyectos establecidos en los tiempos oportunos.

### **PREGUNTA 2**

**¿El personal que labora en la institución conoce los objetivos estratégicos que deberán alcanzarse en el año 2012?**

La respuesta fue que el personal que labora en la institución **no** conoce los objetivos estratégicos que deberán alcanzarse en el año 2012, por lo que se deberá realizar charlas con el fin de de que todo el personal conozca los adelantos de dicha Institución

### **PREGUNTA 3**

**¿Existen sistemas de planeación e información que revelan adecuadamente los planes de la administración y los resultados actuales del desempeño?**

La respuesta fue que **no** Existen sistemas de planeación e información (tales como planeación de negocios; presupuestos, pronósticos y planeación de utilidades y contabilización de obligaciones) que revelan adecuadamente los planes de la administración y los resultados actuales del desempeño es decir

en este caso se realizará todos estos parámetros con el objeto principal de que sea una Institución en la cual piensen como primera opción

#### **PREGUNTA 4**

**¿Existen procedimientos que permiten mejorar la difusión de la información y facilitar el acceso a la misma?**

La respuesta fue que **no** existen procedimientos que permiten mejorar la difusión de la información y facilitar el acceso a la misma es decir se encuentra con una amenaza alta la cual se tiene que implementar procedimientos de difusión a fin de tomar decisiones oportunas.

#### **PREGUNTA 5**

**¿Se realizan evaluaciones trimestrales de las metas alcanzadas a fin de dar cumplimiento al lo propuesto en el plan estratégico institucional?**

La respuesta fue que **no** se realizan evaluaciones trimestrales de las metas alcanzadas a fin de dar cumplimiento al lo propuesto en el plan estratégico institucional por consiguiente uno de los principales parámetros es realizar evaluaciones seguida de acuerdo a la necesidad institucional

- **En la Entrevista número (2)** cuyo objetivo es: Determinar el grado de responsabilidad y transparencia del área financiera y su incidencia en la ejecución del Plan Estratégico Institucional.

#### **PREGUNTA 1**

**¿El Director del Hospital y los jefes departamentales orientan al personal sobre la misión, visión institucional para alcanzar los objetivos del plan estratégico y operativo, en base de un plan de motivación?**

La respuesta fue que el Director del Hospital y los jefes departamentales **SI** orientan al personal sobre la misión, visión institucional para alcanzar los objetivos del plan estratégico y operativo, en base de un plan de motivación en conclusión se encuentra con una oportunidad alta mantener el mismo seguimiento.

## **PREGUNTA 2**

**¿La Subgerencia Financiera evalúa periódicamente la posición estratégica de la sociedad de acuerdo a lo estipulado en el plan estratégico?**

La respuesta fue que la Subgerencia Financiera **SI** evalúa periódicamente la posición estratégica de la sociedad de acuerdo a lo estipulado en el plan estratégico por consiguiente como se encuentra con una oportunidad alta en este tema continuar con la misma estrategia con el fin de profundizar y mantener siempre con gran desempeño

## **PREGUNTA 3**

**¿La Subgerencia Financiera suministra la información a las personas adecuadas, permitiéndoles cumplir con sus responsabilidades de forma eficaz y eficiente?**

La respuesta fue que la Subgerencia Financiera **SI** suministra la información a las personas adecuadas, permitiéndoles cumplir con sus responsabilidades de forma eficaz y eficiente se recomienda continuar de una forma ordenada todas las cuentas de Institución mensualmente con el fin de obtener un plan de presupuesto anual bien elaborado en cualquier campo laboral.

## **PREGUNTA 4**

**¿El área financiera presenta oportunamente información financiera y de gestión?**

La respuesta fue que El área financiera **SI** presenta oportunamente información financiera y de gestión como estrategia obtener Recursos Financieros suficientes y bien administrados

## **PREGUNTA 5**

**¿Se revisan periódicamente en forma interna y externa los informes financieros y de gestión?**

La respuesta fue que El área financiera **SI** se revisan periódicamente en forma interna y externa los informes financieros y de gestión Contar con un plan de actividades tanto semanales como anuales para una mejor asignación de tareas con el objeto de cumplir con lo planificado.

### **PREGUNTA 6**

**¿El IESS hospital de Latacunga ha realizado reportes periódicos sobre los resultados de ejecución del POA, evaluando el avance físico de las metas y objetivos programados por cada área de operación?**

La respuesta fue que el IESS hospital de Latacunga **NO** ha realizado reportes periódicos sobre los resultados de ejecución del POA, evaluando el avance físico de las metas y objetivos programados por cada área de operación.

### **PREGUNTA 7**

**¿Se evalúa y supervisa en forma continua la calidad y rendimiento del sistema de control interno, su alcance y la frecuencia, en función de la evaluación de los riesgos?**

La respuesta fue que **NO** se evalúa y supervisa en forma continua la calidad y rendimiento del sistema de control interno, su alcance y la frecuencia, en función de la evaluación de los riesgos se recomienda evaluar y supervisar el rendimiento del sistema de control interno con el fin de no obtener riesgos posteriores

- **En la Encuesta número (1)** cuyo objetivo es: Determinar el grado de compromiso por parte de los servidores de la institución para alcanzar las metas y objetivos estratégicos del IESS Hospital de Latacunga se obtuvo los siguientes resultados.

### **PREGUNTA 1**

**¿El Director del Hospital y los jefes departamentales orientan al personal sobre la misión, visión institucional para alcanzar los objetivos del plan estratégico y operativo, en base de un plan de motivación?**

#### **Interpretación:**

De 6 personas encuestadas se desprenden que 5 personas correspondientes al 83% respondieron que el Director del Hospital si orientan al personal sobre la misión, visión institucional para alcanzar los objetivos del plan estratégico y operativo, en base de un plan de motivación mientras que 1 sola persona correspondiente al 17% respondieron que no.

## **PREGUNTA 2**

**¿El IESS Hospital de Latacunga cuenta con un plan estratégico difundido interna y externamente, en concordancia con el plan institucional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social?**

### **Interpretación:**

De 6 personas encuestadas se desprenden que 2 personas correspondientes al 33% respondieron que si cuenta con un plan estratégico difundido interna y externamente, en concordancia con el plan institucional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social mientras que 4 personas correspondiente al 67% respondieron que no.

## **PREGUNTA 3**

**¿La filosofía y estilo de la Administración se reflejan en la forma en que establece las políticas, objetivos, estrategias su difusión y la responsabilidad de informar sobre su cumplimiento?**

### **Interpretación:**

De 6 personas encuestadas se desprenden que 3 personas correspondientes al 50% respondieron que La filosofía y estilo de la Administración si se reflejan en la forma en que establece las políticas, objetivos, estrategias mientras que 3 personas correspondiente al 50% respondieron que no.

## **PREGUNTA 4**

**¿Existe responsabilidad y delegación de autoridad?**

### **Interpretación:**

De 6 personas encuestadas se desprenden que 4 personas correspondientes al 67% respondieron que si existe responsabilidad y delegación de autoridad mientras que 2 personas correspondiente al 33% respondieron que no.

### **PREGUNTA 5**

**¿Existe comunicación de políticas, normas y sistemas al personal?**

#### **Interpretación:**

De 6 personas encuestadas se desprenden que 1 personas correspondientes al 17% respondieron responden que si existe comunicación de políticas, normas y sistemas al personal mientras que 5 personas correspondiente al 83% respondieron que no.

### **PREGUNTA 6**

**¿Se ha instaurado una cultura hospitalaria dirigida a la responsabilidad?**

#### **Interpretación:**

De 6 personas encuestadas se desprenden que 1 personas correspondientes al 17% respondieron responden que si se ha instaurado una cultura hospitalaria dirigida a la responsabilidad mientras que 5 personas correspondiente al 83% respondieron que no.

### **PREGUNTA 7**

**¿Existe rotación de personal asignado a operaciones en funciones clave que garanticen el funcionamiento apropiado del hospital en la prestación de sus servicios?**

#### **Interpretación:**

De 6 personas encuestadas se desprenden que 2 personas correspondientes al 33% respondieron que si existe rotación de personal asignado a operaciones en funciones clave que garanticen el funcionamiento apropiado del hospital en la prestación de sus servicios mientras que 4 personas correspondiente al 67% respondieron que no.

- **En la Encuesta número (2)** cuyo objetivo es: Obtener evidencia suficiente y competente sobre el cumplimiento de la eficiencia, eficacia y economía de las funciones realizadas por el personal administrativo del

IESS Hospital de Latacunga a fin de cumplir con los objetivos estratégicos institucionales.

### **PREGUNTA 1**

**¿Las relaciones con los empleados, proveedores, afiliados, aseguradora se basan en la honestidad y equidad?**

#### **Interpretación:**

De 24 personas encuestadas se desprenden que 22 personas correspondientes al 92% respondieron que las relaciones con los empleados, proveedores, afiliados, aseguradora si se basan en la honestidad y equidad mientras que 2 personas correspondiente al 8% respondieron que no.

### **PREGUNTA 2**

**¿Se incorporan los códigos de ética en los procesos y en el personal?**

#### **Interpretación:**

De 24 personas encuestadas se desprenden que 17 personas correspondientes al 71% respondieron que si Se incorporan los códigos de ética en los procesos y en el personal mientras que 7 personas correspondiente al 29% respondieron que no.

### **PREGUNTA 3**

**¿El Director del Hospital incentiva y compromete a sus servidores en el cumplimiento de las leyes, resoluciones y otras disposiciones?**

#### **Interpretación:**

De 24 personas encuestadas se desprenden que 13 personas correspondientes al 54% respondieron que el Director del Hospital incentiva y compromete a sus servidores en el cumplimiento de las leyes, resoluciones y otras disposiciones mientras que 11 personas correspondiente al 46% respondieron que no.

#### **PREGUNTA 4**

**¿Existe comunicación interna y externa?**

##### **Interpretación:**

De 24 personas encuestadas se desprenden que 20 personas correspondientes al 83% respondieron que si existe comunicación interna y externa mientras que 4 personas correspondiente al 17% respondieron que no.

#### **PREGUNTA 5**

**¿Existen normas y procedimientos relacionados con el control y descripciones de puestos de trabajo?**

##### **Interpretación:**

De 24 personas encuestadas se desprenden que 14 personas correspondientes al 58% respondieron que si existen normas y procedimientos relacionados con el control y descripciones de puestos de trabajo mientras que 10 personas correspondiente al 42% respondieron que no.

#### **PREGUNTA 6**

**¿Es la deficiente aplicación del plan estratégico institucional lo que produce un aumento progresivo del déficit económico en el I.E.S.S Hospital Latacunga?**

##### **Interpretación:**

De 24 personas encuestadas se desprenden que 22 personas correspondientes al 92% respondieron que la deficiente aplicación del plan estratégico institucional si es lo que produce un aumento progresivo del déficit económico en el I.E.S.S Hospital Latacunga mientras que 2 personas correspondiente al 8% respondieron que no.

#### **PREGUNTA 7**

**¿Existe un sistema de gestión del recurso humano?**



**Interpretación:**

De 24 personas encuestadas se desprenden que 10 personas correspondientes al 42% respondieron que si Existe un sistema de gestión del recurso humano mientras que 14 personas correspondiente al 58% respondieron que no.

**PREGUNTA 8**

**¿Se establecen objetivos con indicadores de rendimiento?**

**Interpretación:**

De 24 personas encuestadas se desprenden que 9 personas correspondientes al 38% respondieron que si establecen objetivos con indicadores de rendimiento mientras que 15 personas correspondiente al 62% respondieron que no.

**PREGUNTA 9**

**¿Existen informes comparativos entre lo planificado y lo ejecutado?**

**Interpretación:**

De 24 personas encuestadas se desprenden que 14 personas correspondientes al 58% respondieron que si existen informes comparativos entre lo planificado y lo ejecutado mientras que 10 personas correspondiente al 42% respondieron que no.

**4.3. VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

Para la comprobación de la Hipótesis se utiliza 2 métodos el primero se realiza teóricamente de los resultados obtenidos de la tabulación o resultados de la pregunta directriz que en el caso es la **pregunta 6** de la encuesta número dos en donde se calculó que el 92% de las personas encuestadas respondieron que la deficiente aplicación del plan estratégico institucional es lo que produce un aumento progresivo del déficit económico en el I.E.S.S Hospital Latacunga.

## **Hipótesis**

La deficiente aplicación del plan estratégico institucional es lo que produce un aumento progresivo del déficit económico en el IESS Hospital de Latacunga.

## **Planteamiento de la Hipótesis Nula y la Hipótesis Alternativa**

### **Modelo Lógico**

**Ho:** La deficiente aplicación del plan estratégico institucional no es lo que produce un aumento progresivo del déficit económico en el IESS Hospital de Latacunga.

**H1:** La deficiente aplicación del plan estratégico institucional produce un aumento progresivo del déficit económico en el IESS Hospital de Latacunga.

### **Modelo Estadístico:**

#### **Fórmula**

$$X^2 = \sum \frac{(ni - ni^*)^2}{ni^*}$$

$X^2$  = Chi Cuadrado

$\sum$  = Sumatoria

$ni$  = Frecuencia Observada

$ni^*$  = Frecuencia Esperada

## **2. Nivel de Significación**

Para la comprobación de la Hipótesis se calcula con un nivel de significación del 5%.

## 2. Estadístico o de Prueba

La comprobación estadística se lo realiza a través del Chi Cuadrado en base a la información obtenida de un tamaño de la muestra de 24 personas que permite determinar si el conjunto de frecuencias observadas se ajustan a un conjunto de frecuencias esperadas o teóricas.

Para realizar la comprobación de la hipótesis se escogió la pregunta No. 6 que dice: ¿Es la deficiente aplicación del plan estratégico institucional lo que produce un aumento progresivo del déficit económico en el IESS Hospital Latacunga?

### TABLA DE FRECUENCIAS

TABLA 4

ÍNDICE	FRECUENCIA OBSERVADA	FRECUENCIA ESPERADA
SI	22	12
NO	2	12
TOTAL	24	24

ELABORADO POR: PAOLA FIALLOS (2012)

$N_i^* = 24/2$  por tener la misma posibilidad de respuesta (2)

$$X^2 = \sum \frac{(ni - ni^*)^2}{ni^*}$$

$$X^2 = \sum \frac{(22-12)^2}{12} + \frac{(2-12)^2}{12}$$

$$X^2 = \sum \frac{100}{12} + \frac{100}{12}$$

$$X^2 = 8.33 + 8.33$$

$$X^2 = 16.66$$

#### 4.- Regla de decisión

En base a la matriz de la frecuencia observada se procedió a obtener los grados de libertad, con el nivel de significación del 5 %.

Grados de libertad = (K - 1)

Grados de libertad = (2 - 1)

Grados de libertad = 1

¿Cómo se usa la tabla de la distribución CHI CUADRADO?

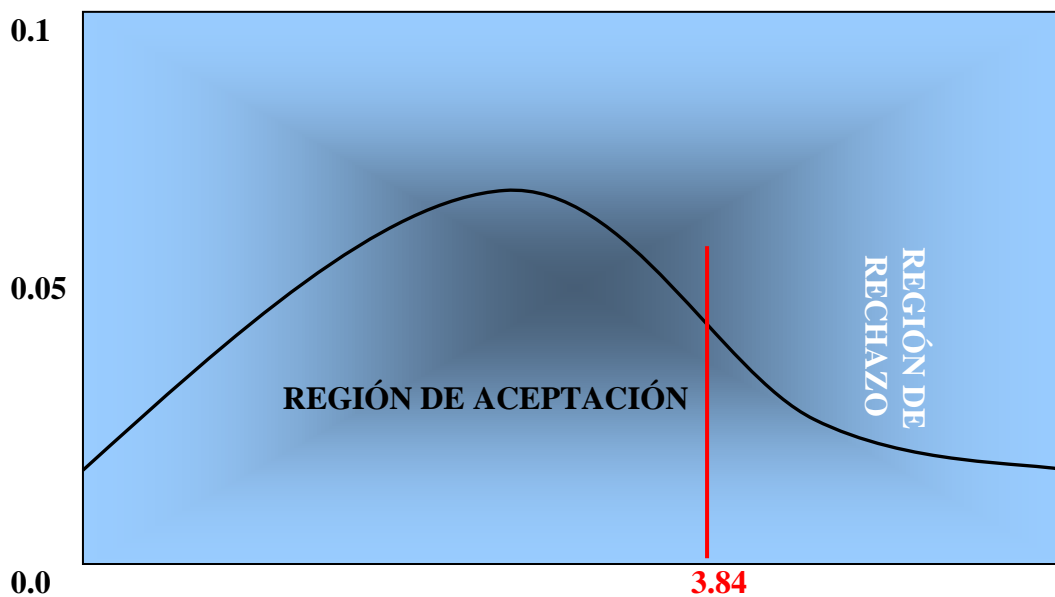
Suponiendo un riesgo del 5% o un nivel de confianza del 95%, (0.05, y grados de libertad = 1

¿Cuál es el valor de  $X^2$  0,95; 1?: Se busca la intersección en la tabla del Chi Cuadrado y el resultado es 3.84

Chi Cuadrado tabulado 3.84

Chi Cuadrado calculado 16.66

## REGIONES DE ACEPTACIÓN Y RECHAZO EN LA $\chi^2$



### 5.- Interpretación

El Chi cuadrado calculado debe ser mayor que el Chi cuadrado tabulado para rechazar la hipótesis nula.

Entonces  $16,66 (17) > 3,84$  se rechaza la hipótesis nula, por tanto se confirma la hipótesis alternativa, es decir que la planificación estratégica incide en el aumento progresivo del déficit en el IESS Hospital de Latacunga.

**TABLA VALORES DE CHI CUADRADO**

Grados libertad	Probabilidad de un valor superior - Alfa ( $\alpha$ )				
	0,1	0,05	0,025	0,01	0,005
1	2,71	3,84	5,02	6,63	7,88
2	4,61	5,99	7,38	9,21	10,60
3	6,25	7,81	9,35	11,34	12,84
4	7,78	9,49	11,14	13,28	14,86
5	9,24	11,07	12,83	15,09	16,75
6	10,64	12,59	14,45	16,81	18,55
7	12,02	14,07	16,01	18,48	20,28
8	13,36	15,51	17,53	20,09	21,95
9	14,68	16,92	19,02	21,67	23,59
10	15,99	18,31	20,48	23,21	25,19
11	17,28	19,68	21,92	24,73	26,76
12	18,55	21,03	23,34	26,22	28,30
13	19,81	22,36	24,74	27,69	29,82
14	21,06	23,68	26,12	29,14	31,32
15	22,31	25,00	27,49	30,58	32,80
16	23,54	26,30	28,85	32,00	34,27
17	24,77	27,59	30,19	33,41	35,72
18	25,99	28,87	31,53	34,81	37,16
19	27,20	30,14	32,85	36,19	38,58
20	28,41	31,41	34,17	37,57	40,00
21	29,62	32,67	35,48	38,93	41,40
22	30,81	33,92	36,78	40,29	42,80
23	32,01	35,17	38,08	41,64	44,18
24	33,20	36,42	39,36	42,98	45,56
25	34,38	37,65	40,65	44,31	46,93
26	35,56	38,89	41,92	45,64	48,29
27	36,74	40,11	43,19	46,96	49,65
28	37,92	41,34	44,46	48,28	50,99
29	39,09	42,56	45,72	49,59	52,34
30	40,26	43,77	46,98	50,89	53,67
40	51,81	55,76	59,34	63,69	66,77
50	63,17	67,50	71,42	76,15	79,49
60	74,40	79,08	83,30	88,38	91,95
70	85,53	90,53	95,02	100,43	104,21
80	96,58	101,88	106,63	112,33	116,32
90	107,57	113,15	118,14	124,12	128,30
100	118,50	124,34	129,56	135,81	140,17

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. CONCLUSIONES

Una vez que se ha terminado la tabulación, análisis e interpretación de resultados de las encuestas, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Después de las encuestas realizadas se observó que la deficiente aplicación del plan estratégico institucional es lo que produce un aumento progresivo del déficit económico en el IESS Hospital Latacunga.
- Las relaciones con los empleados, proveedores, afiliados, aseguradora se basan en la honestidad y equidad
- **Especialmente estas encuestas se lo elabora con el fin de ser más eficientes, eficaces y efectivos en la aplicación de la Planificación Estratégica en el Hospital IESS Latacunga**
- El Director del Hospital y los jefes departamentales orientan al personal sobre la misión, visión institucional para alcanzar los objetivos del plan estratégico y operativo, en base de un plan de motivación.
- La mayor parte de los encuestados respondieron que existen normas y procedimientos relacionados con el control y descripciones de puestos de trabajo y una buena comunicación interna y externa
- El IESS Hospital Latacunga tiene poca comunicación de políticas, normas y sistemas al personal.

- No se evalúa y supervisa en forma continua la calidad y rendimiento del sistema de control interno, su alcance y la frecuencia, en función de la evaluación de los riesgos

## **5.1. RECOMENDACIONES**

Una vez que se ha terminado la tabulación, análisis e interpretación de resultados de las encuestas, se ha llegado a las siguientes recomendaciones:

- Elaborar un modelo de Gestión Hospitalaria con el fin de que la planificación estratégica institucional sea eficiente y de esta manera no se vuelva a producir un aumento progresivo en el déficit económico en el IESS Hospital Latacunga.
- Seguir Manteniendo las relaciones con los empleados, proveedores, afiliados, aseguradora con honestidad y equidad
- Realizar evaluaciones trimestrales de las metas alcanzadas a fin de dar cumplimiento eficiente, eficaz y efectivo con lo propuesto en el plan estratégico institucional.
- Velar por el seguimiento de los Objetivos Estratégicos por parte de todo el personal, ya que esto ayudará a la ejecución y control de las actividades diarias de la Institución.
- Capacitar y motivar al personal semestralmente para de esta manera reducir errores y lograr un personal comprometido con los objetivos estratégicos de la Institución.
- Aplicar un proceso de Planificación Estratégica, que le permita enrumbarse en el camino para atacar su problemática actual y alcanzar sus objetivos en el corto, mediano y largo plazos.



- Investigar permanentemente nuevas teorías, métodos, técnicas y herramientas administrativas; que apoyen de manera directa al desarrollo y crecimiento de la Institución.
- Se recomienda permanentemente controlar que el direccionamiento estratégico se esté cumpliendo de acuerdo a lo planificado.
- Promover el incentivo y compromiso con sus servidores en el cumplimiento de las leyes, resoluciones y otras disposiciones
- Instaurar una cultura organizacional hospitalaria dirigida a la responsabilidad con el fin de ser reconocidos como primera opción en el cumplimiento y atención de afiliados.

## CAPÍTULO VI

### PROPUESTA

#### 6.1. DATOS INFORMATIVOS

<b>Título:</b>	Modelo de gestión administrativa para mejorar la productividad de las Unidades médicas del IESS.
<b>Maestrante:</b>	Paola Alejandra Fiallos Punina
<b>Tutor:</b>	Dra. Mg. Lucía Parra
<b>Institución:</b>	Universidad Técnica de Ambato
<b>Cantón:</b>	Latacunga
<b>Provincia:</b>	Cotopaxi
<b>Beneficiarios:</b>	Habitantes de la Provincia de Cotopaxi
<b>Responsables:</b>	IESS Hospital de Latacunga
<b>Tiempo:</b>	Segundo cuatrimestre del año fiscal 2012
<b>Costo:</b>	2.761,22 Dólares americanos

#### 6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

En las últimas décadas, las unidades médicas propias del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, principalmente por la baja inversión realizada, han experimentado un proceso de deterioro que ha comprometido el cumplimiento de su misión institucional.

Actualmente los esquemas de descentralización y desconcentración que vienen desarrollándose en el Ecuador, están enmarcados en la estructura de un nuevo Estado, por lo que se requiere realizar cambios, para que los hospitales sean más eficaces y eficientes; más cercanos a las personas que sirven; más abiertos a la participación ciudadana y al control social.

En el contexto de la reforma de la salud, el modelo propuesto señala que el modelo de atención debe tener una fuerte orientación a la promoción de la

salud; a la prevención de las enfermedades; a la atención oportuna y permanente de las enfermedades en los niveles de complejidad más adecuados; al trabajo en redes asistenciales, superando la fragmentación y descoordinación existente y en particular en el caso del IESS Hospital de Latacunga avanzar en el modelo de Unidad Médica auto gestionada.

### **6.3. JUSTIFICACIÓN**

Un hospital se constituye en una organización que produce servicios de salud en el que se desarrollan procesos múltiples y complejos, sumado a la problemática que atraviesan actualmente las unidades médicas propias del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, igualmente compleja, y a las importantes deficiencias que se procesan en la gestión de estas casa de salud, se hace necesario generar acciones para fortalecer y mejorar estructuras y procesos gerenciales hospitalarios, con énfasis en el proceso de toma de decisiones.

Por lo anterior, se requiere realizar cambios, para que las unidades médicas del IESS sean más eficaces y eficientes; más cercanos a los afiliados y población en general; más abiertos a la participación ciudadana; al control social y más sensibles, flexibles y dinámicos en adaptarse a las necesidades del país.

El resultado del análisis del Modelo de Gestión aportará información para el tamaño, localización, distribución y relación óptima de los centros de responsabilidad y de los recursos necesarios para su adecuado funcionamiento, dando como resultado un equilibrio financiero.

### **6.4. OBJETIVOS**

#### **6.4.1. Objetivo General**

Proponer la implementación de un modelo de gestión para contribuir en el mejoramiento de la calidad de atención en el IESS Hospital de Latacunga a través de una gestión que genere condiciones para el desarrollo eficiente, eficaz y efectivo de los procesos clínicos y administrativos

#### **6.4.2. Objetivos Específicos**

- Fortalecer y mejorar estructuras y procesos gerenciales hospitalarios, con énfasis en el proceso de toma de decisiones para alcanzar un equilibrio financiero.
- Determinar componentes de desarrollo que fortalezcan la gestión clínica y el cumplimiento eficaz de las metas de producción, a través de la implementación de Centros de Responsabilidad.
- Mejorar la calidad de los procesos prestacionales a fin de satisfacer las necesidades de salud de la población en general
- Incrementar la eficiencia y eficacia de los servicios hospitalarios con el propósito de ampliar la cobertura sanitaria

#### **6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD**

A partir del año 2010, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ha definido su nuevo rol en el sector de salud del país, para lo cual inició la elaboración e implementación de un Modelo de Gestión Hospitalaria mediante el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud Pública, organizando y racionalizando la distribución de funciones institucionales. Además se establecieron 9 Coordinaciones Zonales que realizarán, en todo el territorio nacional el control del cumplimiento de las políticas y normativas del sector salud.

El Modelo de Gestión Hospitalaria viene a ser el marco conceptual y operativo de referencia que define la forma de regular la gestión hospitalaria por el estado, a través de un conjunto de políticas, sistemas, componentes, procesos e instrumentos para que al operar coherentemente se establezca la forma de conducir los servicios de salud, permitiendo una adecuada y oportuna toma de decisiones para el logro de los objetivos sanitarios y económicos en el marco de una red de servicios de salud, en el caso de investigación, el modelo de gestión definido para el IESS Hospital de Latacunga, tiene como objetivo dar

satisfacción a las necesidades de salud de la población de la provincia de Cotopaxi, determinando los recursos físicos, humanos, financieros y los procesos asociados a la cartera de servicio y de esta manera alcanzar un equilibrio financiero.

### **6.5.1. Procesos Estratégicos o de Gestión**

#### **a) Plan Operativo Anual**

El IESS Hospital de Latacunga realizó en el cuarto trimestre del año 2009, un proceso de actualización de la planificación estratégica realizada en el año 2007. El trabajo realizado permitió consensuar los valores, la visión, la misión y los objetivos estratégicos de la institución.

Los principios relacionados con la organización son:

- La solidaridad es el camino
- La universalización del acceso a la salud es nuestra legítima aspiración
- La familia es la unidad básica de salud con la cual trabajar
- La integridad de la persona y de la atención se corresponden
- La eficacia y la eficiencia son exigencias irrenunciables
- La calidad de la atención es un derecho ciudadano
- La equidad es un principio elemental de la justicia social.
- Buscar constantemente la excelencia de nuestro accionar

En cuanto a la visión y misión del IESS Hospital de Latacunga; se realizó un análisis y actualización de ellas en forma participativa. Las definiciones adoptadas por el IESS Hospital de Latacunga son las siguientes:

## **VISIÓN**

**EN EL AÑO 2015 SEREMOS UN HOSPITAL ACREDITADO EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, CON EL CUARTO NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LA CATEGORÍA II – IV, QUE FORME PARTE DE LA RED PUBLICA DE SALUD, Y SEA EL LUGAR DE REFERENCIA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y DE OTROS PRESTADORES PÚBLICOS DE SALUD QUE PRESTE UN SERVICIO QUE SE ENMARQUE EN PARÁMETROS DE CALIDAD, CON UNA PRODUCCIÓN QUE ASEGURE LA TRANSFORMACIÓN EN EMPRESA PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, CON UN TALENTO HUMANO PLENAMENTE CAPACITADO Y MOTIVADO, Y UNA PRODUCTIVIDAD ACORDE A ESTÁNDARES ESTABLECIDOS, QUE CUENTE CON TECNOLOGÍA MODERNA, QUE SATISFAGA LAS EXPECTATIVAS DE LOS AFILIADOS, JUBILADOS Y PENSIONISTAS Y DE LOS PARTICULARES QUE PERTENECEN A OTROS SISTEMAS DE SALUD PÚBLICOS.**

## **MISIÓN**

**PROTEGER A LA POBLACIÓN URBANA Y RURAL CON RELACIÓN DE DEPENDENCIA LABORAL O SIN ELLA, CONTRA LAS CONTINGENCIAS DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD, ES DECIR A LOS AFILIADOS, SU CONYUGUE O CONVIVIENTE CON DERECHOS, Y SUS HIJOS MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD, ASÍ COMO AL JUBILADO, CON ACCIONES INTEGRALES DE FOMENTO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD INDIVIDUAL, MEDIANTE UNA RED DE PRESTADORES, PARA UNA POBLACIÓN ADSCRITA, CON PROCEDIMIENTOS ADECUADOS QUE GARANTICEN LA UNIVERSALIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA ATENCIÓN EN SALUD CON ENFOQUE INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO, CON ACCIONES DE MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA Y CON LA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS CLÍNICOS, EJECUTANDO ACCIONES DE SALUD COSTO-EFECTIVAS Y COSTO-BENEFICIOSA CON CRITERIO DE SOSTENIBILIDAD.**

Así mismo, se delinearon 10 objetivos estratégicos de la institución en las áreas de gestión de usuarios pacientes; usuarios institucionales; gestión clínica; gestión de recursos humanos; y gestión directiva que son:

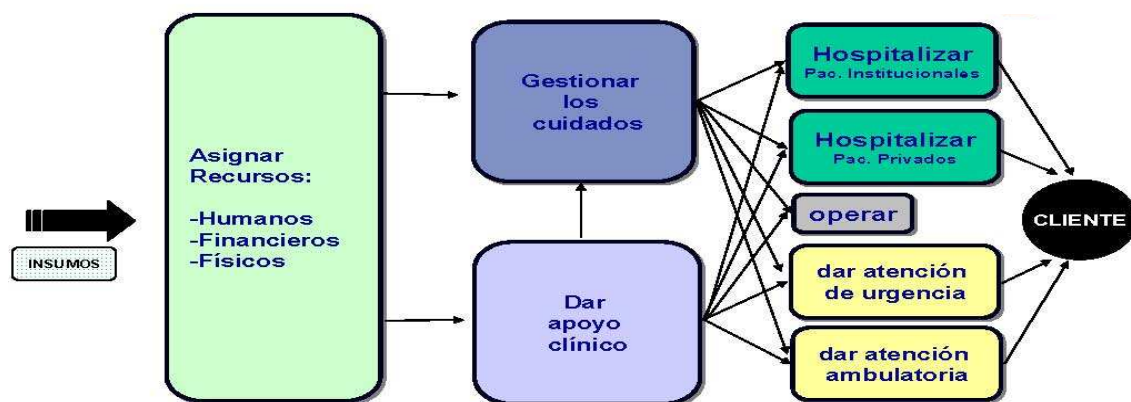
- 1) Otorgar una atención de calidad centrada en la satisfacción del usuario
- 2) Dar cumplimiento a las metas sanitarias
- 3) Dar cumplimiento a las metas financieras
- 4) Asegurar la calidad técnica de los procesos clínicos
- 5) Mejorar la oportunidad de las prestaciones de salud
- 6) Optimizar el uso de los recursos
- 7) Disponer de recurso humano competente
- 8) Crear las condiciones para el mantenimiento del personal motivado y comprometido
- 9) Mejorar la gestión del recurso humano
- 10) Implementar el modelo de hospital auto gestionado



### b) Diseño Estructural

Entre los insumos para identificar los centros de responsabilidad se revisó el encadenamiento productivo y la identificación de los macro procesos claves.

### Procesos Claves





### **6.5.2. Marco Legal**

La Constitución de la República en el capítulo II, Derechos del Buen Vivir, señala la salud como un derecho que garantiza el Estado, cuya realización está vinculado a otro derecho como la seguridad social, con un acceso permanente, oportuno a los servicios de salud, dentro del buen vivir, el derecho a la seguridad social, es un derecho irrenunciable de todas las personas, este se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, transparencia, participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas.

La Constitución de la República dispone que el Sistema Nacional de Planificación (SNP) fije los objetivos nacionales permanentes en materia económica y social, determine -en forma descentralizada- las metas de desarrollo a corto, mediano y largo plazo, y oriente la inversión con carácter obligatorio para el sector público y referencial para el sector privado.

Para el Hospital IESS de Latacunga, el Modelo de Gestión se constituye en un reto de continuar avanzando en el cambio para lograr una mejor calidad en la atención y en el servicio que presta esta Unidad Médica, para cumplir con el mandato de la nueva Constitución Ecuatoriana, generando un sistema de salud acorde a los grandes objetivos del Gobierno Nacional y de la Seguridad Social Ecuatoriana en particular, esta planificación debe ser participativa, que permita recoger la realidad de cada unidad médica y se logre elaborar un presupuesto real que lleve a optimizar el gasto y alcanzar resultados esperados.

### **6.5.3. Formulación de los Lineamientos de Política de Gestión Hospitalaria**

El Modelo de Gestión Hospitalaria se encuentra en concordancia con los Lineamientos de la Política de Salud, por lo que en forma específica se consideran los siguientes:

**a) La orientación al usuario**

Los procesos desarrollados en el IESS hospital de Latacunga deben centrarse en las necesidades de los usuarios, así como la organización de la oferta hospitalaria y su estructura organizativa. La organización debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a los efectos de los cambios sociales y culturales de los usuarios, así como los cambios en los perfiles epidemiológicos de la población. El hospital debe ser capaz de dar respuestas flexibles y claras a las necesidades de salud de la población.

**b) La productividad social de la gestión hospitalaria basada en la excelencia**

El objetivo de productividad que el hospital debe alcanzar, supone desarrollar actividades que tiendan a mejorar los resultados clínicos, aumentar el impacto social de éstos y hacer el mejor uso de los recursos disponibles. La búsqueda de la excelencia institucional exige que los profesionales de la salud participen decididamente en la gestión eficiente de los recursos hospitalarios y se preocupen al mismo tiempo por la calidad de la gestión clínica

**c) Autonomía responsable en el contexto de coordinación e integración en redes**

La mayor autonomía hospitalaria es con el fin de disminuir rigidez y lograr mayor capacidad de respuesta a las necesidades de los usuarios sin desintegrar el sistema de atención. El objetivo central es lograr mayores competencias para ajustar la oferta de servicios hospitalarios en el marco de servicios integrados y cooperativos de atención en redes de servicios de salud en el sistema de salud.

Lo esencial de la autonomía hospitalaria es que esta incluya las competencias y la responsabilidad para que el equipo de gestión del hospital pueda gozar de capacidad de maniobrar para disponer sus recursos del modo más conveniente para el cumplimiento de su misión.

**d) Gestión contractual**

El concepto de autonomía no puede estar fuera del concepto de compromisos de gestión entre niveles o actores involucrados en la gestión de hospitales.

La lógica de contratos y de la negociación entre partes, debe a su vez comprenderse en el contexto de instrumentos concebidos para evaluar el desempeño de la gestión, centrándose en evaluar la eficiencia de los mecanismos de asignación de recursos, los resultados de la gestión financiera y de la gestión clínica y la calidad de atención. Así mismo, la gestión contractual debe entenderse en un flujo bidireccional entre niveles o partes como el nivel nacional (Seguro de Salud Individual y Familiar) y nivel regional (Departamento Provincial SSIF Tungurahua) con la dirección del hospital y ésta a su vez con las unidades médicas propias del IESS.

**e) Participación social**

La participación ciudadana constituye una forma de acercar al IESS Hospital de Latacunga a la comunidad y una vía para que esta pueda hacer valer sus derechos y deberes en salud.

**f) Transparencia y responsabilidad**

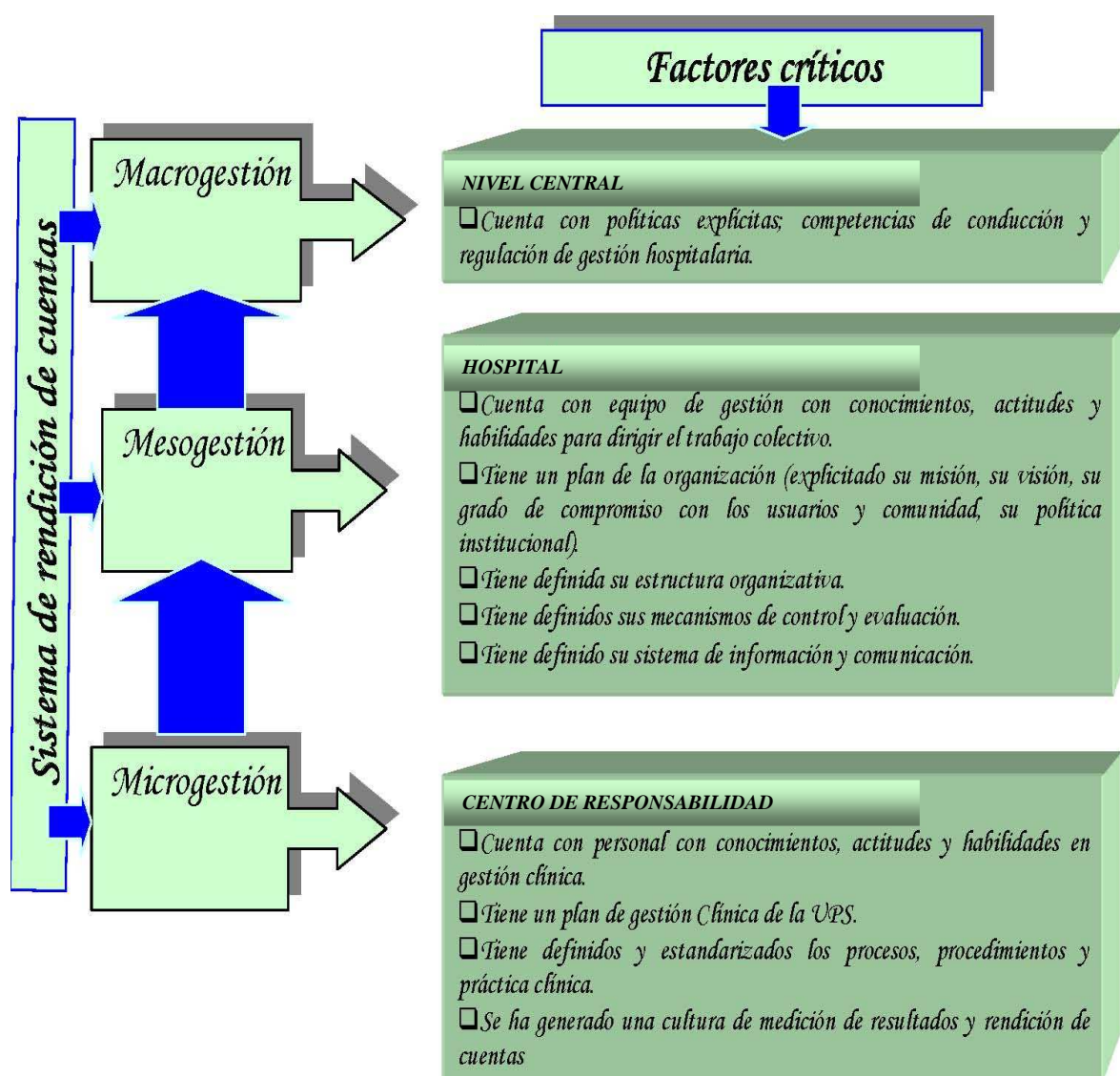
La responsabilidad se entiende como la acogida libre y consciente de las consecuencias de nuestras acciones frente a los usuarios y a quienes entregan recursos para atender las demandas. La responsabilidad del hospital se entiende ante la red de servicios de salud y ante los órganos de control y poderes administrativos o judiciales.

## 6.6. FUNDAMENTACIÓN

En el diagnóstico de la incidencia de la planificación estratégica y su incidencia en la prestación de los servicios médicos otorgados en el IESS Hospital de Latacunga, durante el ejercicio económico 2010, se determinó que el

## 6.7. MODELO OPERATIVO

### 6.7.1. Niveles del Modelo de Gestión Hospitalaria



### **6.7.2. Diseño de Centros de Responsabilidad**

Se entenderá como Centro de Responsabilidad, una organización que realiza y presta uno o varios servicios, de carácter final o de apoyo, dirigido por un responsable en quién se ha delegado un determinado nivel de decisión, sobre el uso de los recursos financieros, humanos y organizacionales, físicos y tecnológicos, para el logro de los objetivos del centro y del establecimiento.

#### **Los objetivos de los Centros de Responsabilidad son:**

- a) Transparentar la utilización de los recursos
- b) Facilitar la planificación global del establecimiento.
- c) Descentralizar las decisiones de uso de recursos del establecimiento.
- d) Incorporar una herramienta de gestión que apoye el modelo de atención adoptado por el establecimiento.
- e) Crear una estructura organizacional que facilite el control de gestión, la gestión de procesos y una orientación hacia el usuario del establecimiento.

#### **Las características de estos Centros de Responsabilidad son:**

- a) Contar con un jefe de equipo que asuma la responsabilidad de liderar este proceso, explicitando compromisos de desempeño anual, con informes de evaluación y monitoreo periódicos.
- b) Realizar actividades y funciones homogéneas, claramente identificables.
- c) Generar un producto final o de apoyo susceptible de ser medido.
- d) Identificar su demanda, oferta y a sus usuarios.
- e) Formar parte de la estructura funcional del establecimiento
- f) Ajustarse al modelo de producción y cadena de procesos del establecimiento
- g) Tener un grado autonomía y flexibilidad en el uso de los recursos
- h) Constituirse en una unidad básica de análisis y tratamiento de la información.

La administración del hospital a través de centros de responsabilidad significa cambiar el actual modelo de gestión de administración vertical donde la responsabilidad y el control se concentra en los niveles superiores, por uno donde se descentraliza la responsabilidad y el control, evaluándose la gestión

de cada unidad, a través de indicadores que muestran los resultados objetivos en distintas áreas: producción (atención abierta y cerrada), gasto, calidad y satisfacción usuaria.

A continuación se detalla, los centros de responsabilidad con los centros de costos asignados:

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>
10001	H. Clínica
11001	H. Cirugía
12001	H. Materno Infantil
20401	C. Cardiología
20801	C. Cirugía General
21401	C. Dermatología
21801	C. Fisiatría
22001	C. Gastroenterología
22401	C. Ginecología
23001	Consulta Curativa
23002	Atención a Domicilio
23201	C. Medicina Familiar
23401	C. Medicina Interna
24001	C. Neurocirugía
24401	C. Oftalmología
24801	C. Otorrinolaringología
25001	C. Pediatría
25401	C. Psiquiatría
25601	C. Traumatología
25801	C. Urología
31001	Odontología
41001	Urgencias
42001	Observación
70901	Centro Obstétrico
71501	Densitometría Osea
71503	Ultrasonido

71506	Tomografías
71601	Mamografías
71602	Radiología Convencional
71801	Laboratorio Clínico
71901	Laboratorio Patología
72404	Electrocardiograma
72408	Ecocardiografía
72701	Reparación de Heridas
72702	Inyecciones
72704	Control de Signos Vitales
72706	Otros Procedimientos de Enfermería
73301	Endoscopia Digestiva
73302	Colonoscopia
73304	Colposcopia
74801	Quirófano
75101	Rehabilitación
76001	Farmacia
76301	Dietética
76400	Ambulancia

En relación con la disponibilidad de recursos humanos para los centros de responsabilidad, es necesario homologar los puestos de trabajos similares a través de la definición de perfiles por competencias. El trabajo consiste en definir y mantener actualizado el número de cargos por cada Centro de Responsabilidad y la definición de perfiles para cada uno de ellos, esto permitirá mejorar la relación entre funciones al dejar de manifiesto las brechas existentes entre lo que se quiere y se tiene de los funcionarios.

Las brechas existentes permitirán dirigir en forma mucho más eficiente los recursos destinados a la capacitación con el fin de uniformar los elementos que debe poseer un funcionario para desempeñar una determinada función.

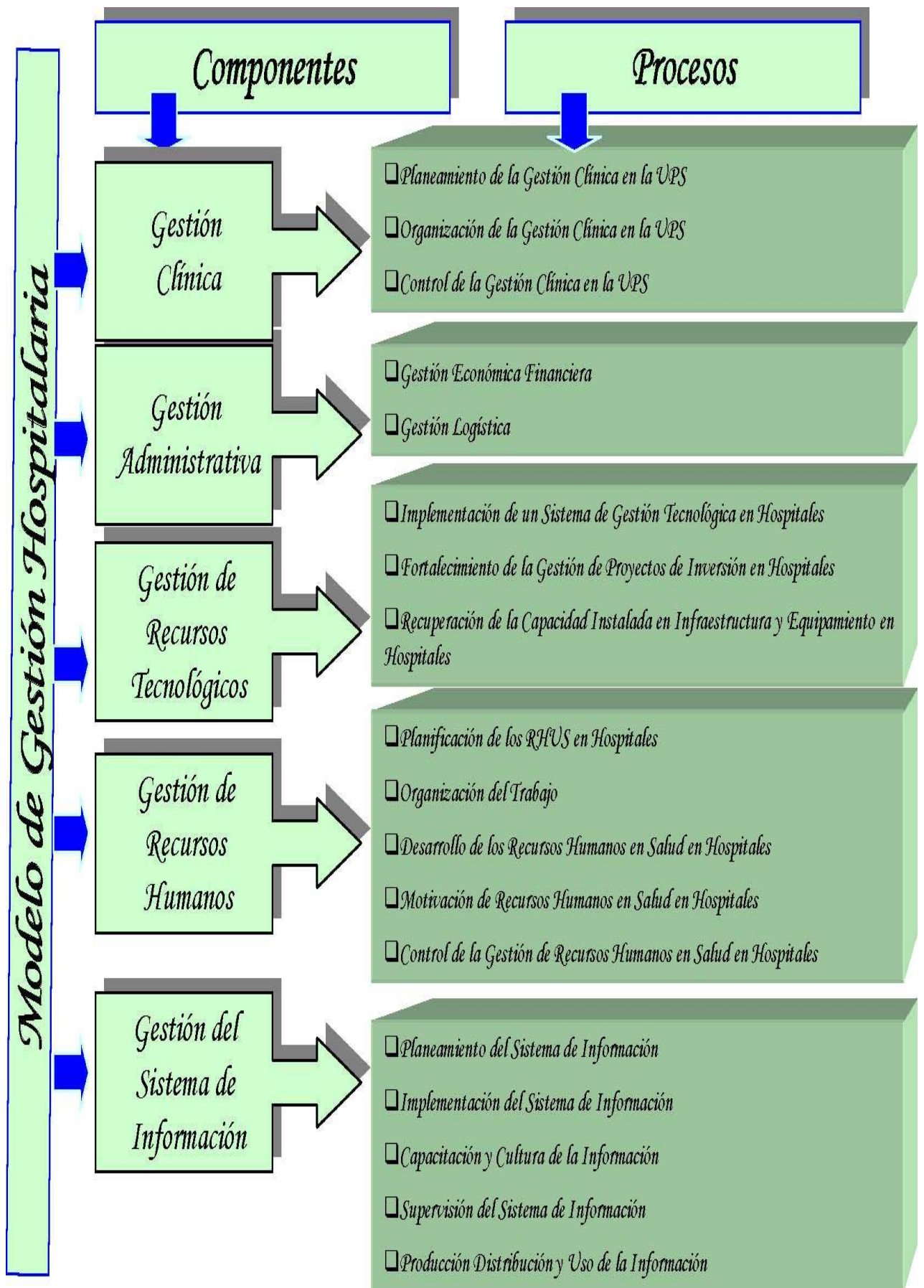
### **6.7.3. Componentes del Modelo de Gestión Hospitalaria**

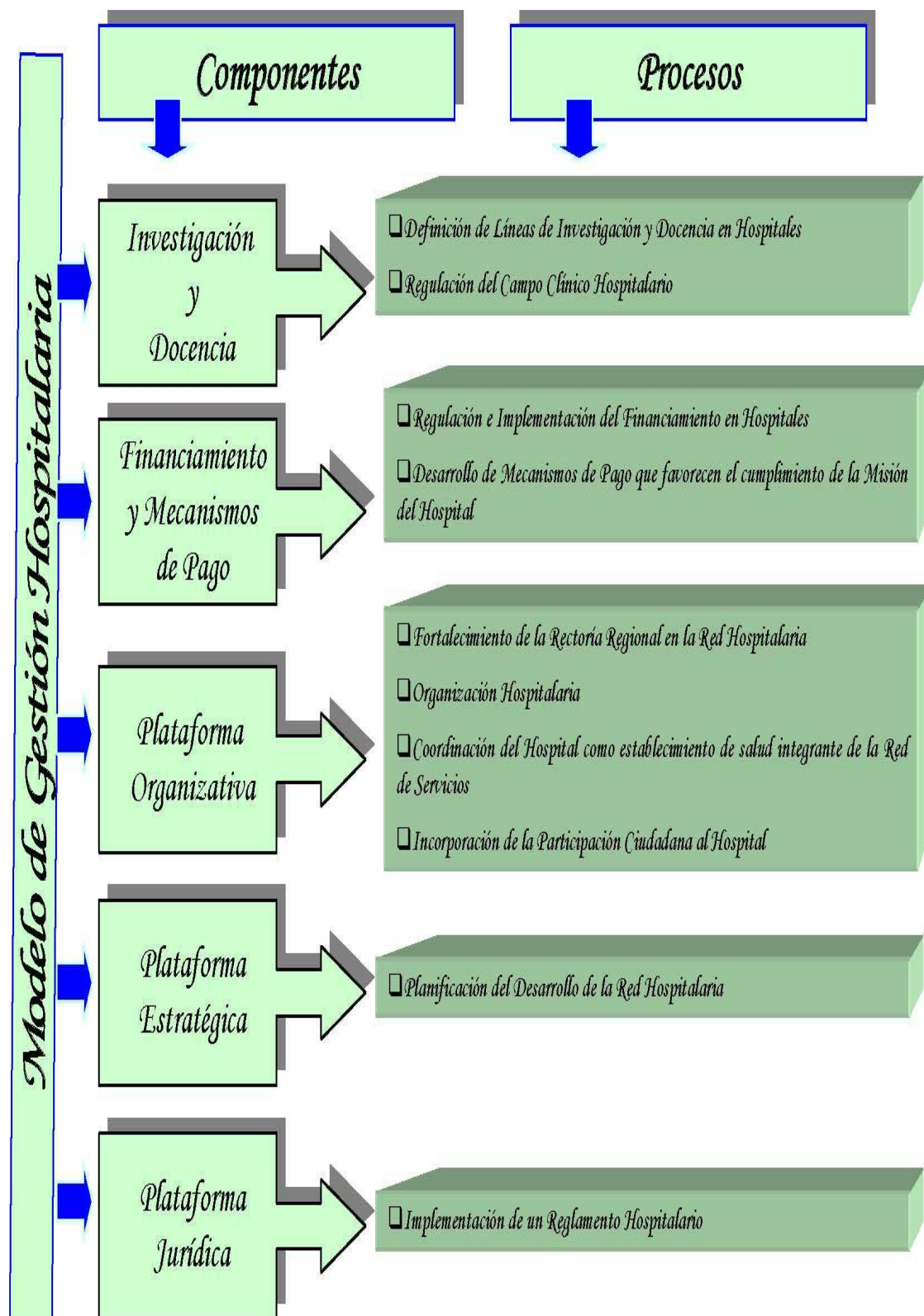
En el marco de los tres niveles, el modelo de gestión hospitalaria se define en diez componentes, que vienen a ser las líneas de intervención necesarias para modificar los procesos de gestión en el hospital. Los componentes del Modelo de Gestión son los siguientes:

1. Gestión Clínica
2. Gestión Administrativa
3. Gestión de Recursos Humanos
4. Gestión de Recursos Tecnológicos
5. Gestión del Sistema de Información
6. Investigación y Docencia
7. Financiamiento y Mecanismo de Pago
8. Plataforma Organizativa
9. Plataforma Estratégica
10. Plataforma Jurídica

Actualmente cualquier organización puede ser descrita como un conjunto de procesos, desde este punto de vista el IESS Hospital de Latacunga puede ser concebido como un conjunto de procesos, que pueden ser identificados, documentados, controlados y mejorados. Los procesos son de distinto nivel que pueden clasificarse en estratégicos, esenciales y de soporte. Los procesos esenciales son la razón de ser del hospital: la atención de salud y la investigación y docencia. Los procesos de soportes dan apoyo o soporte a los procesos clave, brindando en forma oportuna y suficiente los recursos necesarios (recursos humanos y recursos tecnológicos, materiales e insumos) para su desarrollo, así como un eficiente sistema de información que transversalmente integre todos los procesos del hospital, dando también soporte a los mismos. Los procesos estratégicos: de planificación, organización así mismo es la definición de un marco jurídico y las reglas de financiamiento y mecanismos de pago, orientan y marcan la pauta del conjunto de procesos del Hospital. A su vez cada uno de los componentes del Modelo de Gestión Hospitalario, están conformados por una serie de procesos específicos como se ve en los siguientes gráficos:



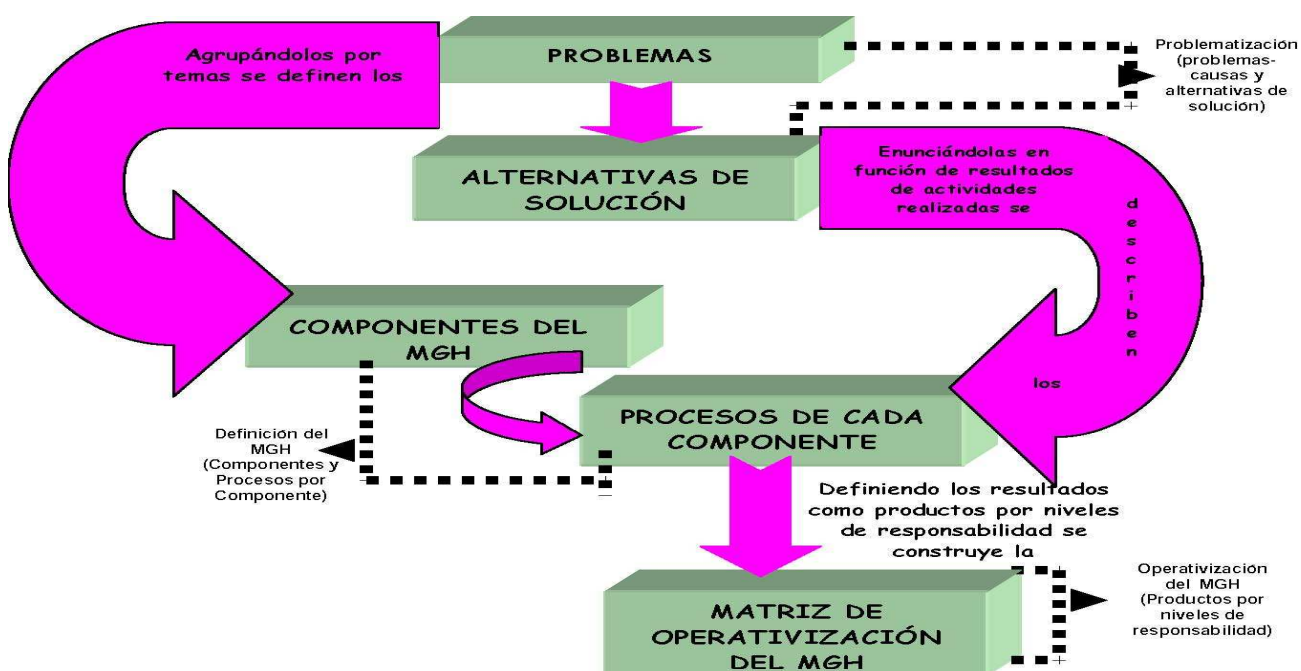




Se define a continuación cada componente del Modelo de Gestión Hospitalaria, la definición de los componentes del Modelo se efectuó en base a un análisis de problemas existentes en la gestión del IESS hospital de Latacunga, considerando en la descripción de cada componente una estructura que comprende dos aspectos, un marco conceptual, seguido de la descripción de los procesos respectivos.

El marco conceptual referencial en cada caso se encuentra en relación con los procesos descritos por componente, los que se basan a su vez en las alternativas de solución propuestas en el análisis y se enuncian en función de resultados ya obtenidos por cada acción del proceso divididas por niveles de gestión según los niveles descritos en el Modelo de Gestión Hospitalaria; Macrogestión (Nivel Nacional y Regional) Mesogestión y Microgestión según corresponda. Se plantea adicionalmente una matriz de operativización del Modelo de Gestión Hospitalaria, como instrumento facilitador, en el que se definen productos por niveles de responsabilidad, basados en la descripción de los procesos por componentes

## DESCRIPCIÓN DE LA DEFINICIÓN DE LOS COMPONENTES DEL MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA



## COMPONENTE 1 - GESTIÓN CLÍNICA

- **Marco Conceptual Referencial**

En el presente Modelo de Gestión Hospitalaria, el componente Gestión Clínica es un marco de procesos a partir de los cuales cada unidad productora de servicios clínicos deben constituirse en un centro de responsabilidad, que busca mediante el trabajo en equipo, obtener calidad técnica óptima, resultados oportunos, a costos razonables y con satisfacción del usuario, para la atención segura de los pacientes.

La Gestión Clínica se define como el conjunto de acciones que permiten sistematizar y ordenar los procesos de atención de salud, sustentados en la mejor evidencia científica del momento, con la participación del equipo de salud en la toma de decisiones, en otras palabras la gestión en los servicios asistenciales en la que se integra el conocimiento de la medicina basada en la evidencia, la gestión de las organizaciones y las habilidades necesarias para lograr un servicio eficiente y de calidad en su atención

La Microgestión o Gestión Clínica implica directamente a los profesionales de la salud, los clínicos, quienes deben tomar directamente decisiones sobre los pacientes bajo la mejor evidencia científica disponible. Así mismo la existencia de la gran variabilidad en las prácticas para atender a los pacientes con las mismas necesidades de salud puede tener repercusiones negativas tanto en la salud de los pacientes como en los costos de la atención. La Gestión Clínica se basa en tres principios fundamentales:

### **1. ORIENTACIÓN AL PROCESO ASISTENCIAL**

- ✓ Protocolizar los procesos asistenciales basados en la mejor evidencia al momento.
- ✓ Otorgar atención integral
- ✓ Fortalecer los sistemas de información
- ✓ Promover la mejora continua

### **2. AUTOEVALUACIÓN**

**Analiza sistemáticamente:**

- ✓ La calidad de los cuidados médicos y de enfermería.
- ✓ Los procedimientos diagnósticos-terapéuticos
- ✓ Los recursos utilizados
- ✓ Los resultados clínicos

### **3. AUTONOMÍA DE GESTIÓN**

- ✓ En la gestión de recursos humanos y materiales
- ✓ En la gestión del presupuesto clínico y la rendición de resultados.

El objetivo de la Gestión Clínica es reorientar la atención médica a las necesidades de los usuarios a través de buenas prácticas clínicas, que tomen en cuenta a todo el equipo de salud, e integren el proceso de atención médica a la gestión de recursos, insumos y resultados, para maximizar la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios.

La Gestión Clínica pretende hacer predecibles los procesos asistenciales, es decir, mejorarlos disminuyendo su variabilidad innecesaria mediante estandarización, siendo indispensable que la estandarización se haga con base en evidencia científica sólida o, al menos, en la mejor evidencia disponible y que tenga como consecuencia un mejor resultado para el paciente. La Gestión Clínica incluye una serie de herramientas y metodologías, similares a las que se aplican a los procesos no clínicos, cuyo propósito es mantener o mejorar los estándares de los procesos de atención para disminuir la frecuencia de eventos adversos que pueden evitarse o prevenirse.

Así cada centro de responsabilidad deberá elaborar sus propios planes de gestión, orientando su quehacer hacia el usuario como núcleo de toda decisión, y firmando un compromiso anual de gestión con la Dirección del IESS Hospital de Latacunga, haciéndose progresivamente responsable de la parte correspondiente del compromiso global que el hospital asume con las políticas públicas y la sociedad que atiende.

De esta manera cada Centro de Responsabilidad se constituye en una gestión desconcentrada, donde la clave es la participación y la responsabilidad

Para la aplicación de la Gestión Clínica en cada Centro de Responsabilidad, se necesita cuatro instrumentos:

1 El acuerdo de gestión, es un documento formal donde se establecen los compromisos resultantes de la negociación entre la Dirección del hospital y los Centros de Responsabilidad, en donde se estableces los resultados a obtener y los incentivos en el marco del plan de gestión

2 El presupuesto programado, se programa el presupuesto en base a los recursos necesarios para realizar las actividades establecidas en el plan de gestión.

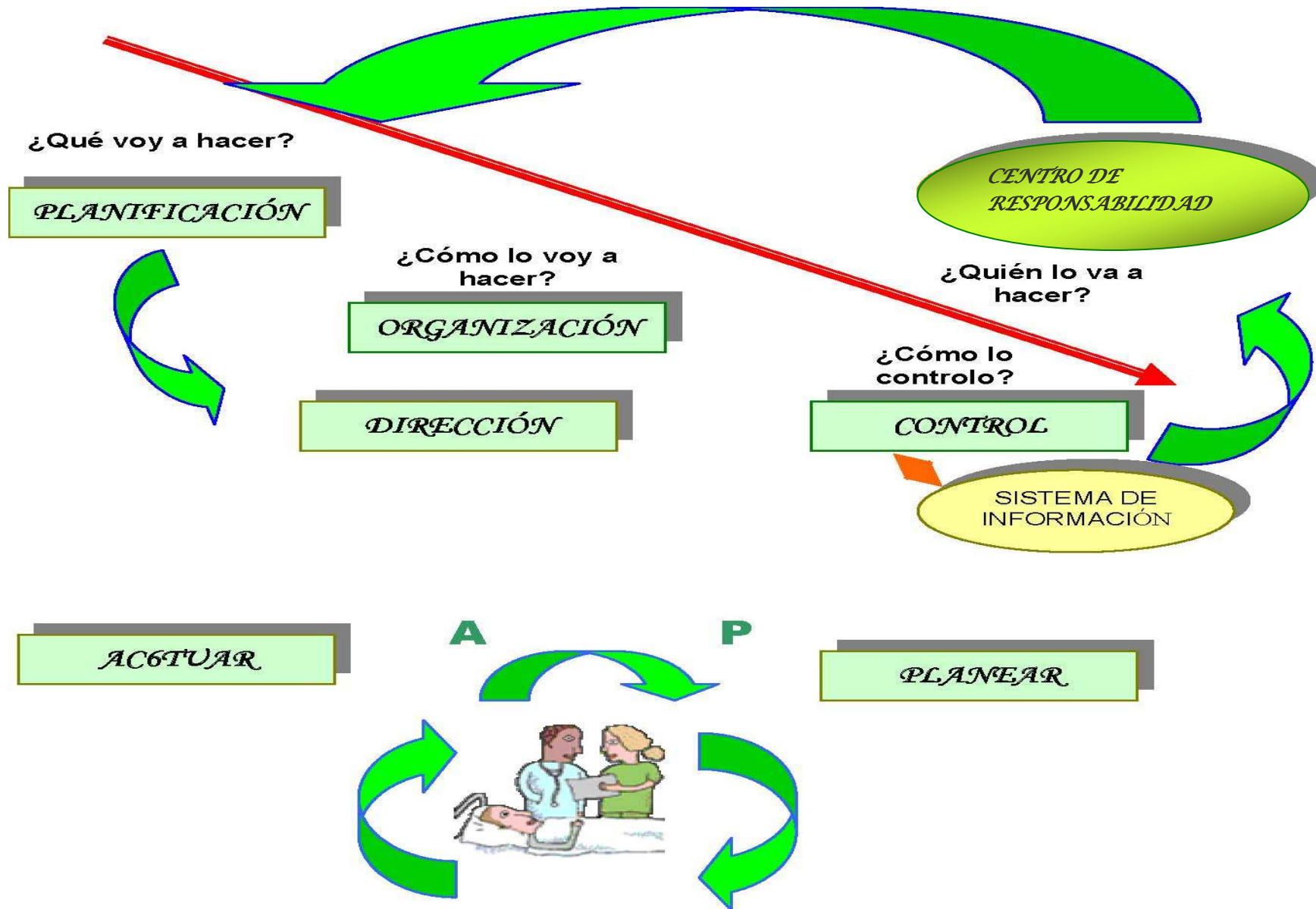
3 El subsistema de información, destinado a controlar la producción, los estándares de calidad, los indicadores de eficiencia y análisis de costos, el mismo que forma parte del sistema de información institucional.

4 Los mecanismos para analizar los resultados de la evaluación de la gestión clínica.

El objetivo de la Gestión Clínica es reorientar la atención médica a las necesidades de los usuarios a través de buenas prácticas clínicas, que tomen en cuenta a todo el equipo de salud, e integren el proceso de atención médica a la gestión de recursos, insumos y resultados, para maximizar la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios.

La Gestión Clínica utilizará la metodología básica de PHVA, enmarcada en los procesos fundamentales de gestión que son la planificación, la organización y el control interrelacionados con la capacidad de dirección de los Centros de Responsabilidad.





- **Procesos del Componente de Gestión Clínica**

- a) **Procesos de Planeamiento de la Gestión Clínica**

**Macrogestión: Nivel Nacional**

. Se cuenta con normatividad que regula la Gestión Clínica en las unidades médicas propias del IESS que incluya: criterios mecanismos para establecer acuerdos o compromisos de gestión entre Centros de Responsabilidad y la Dirección del Hospital; así como criterios y mecanismos de evaluación de la gestión clínica.

. Se promueve el fortalecimiento de competencias en gestión clínica en el personal del hospital, coordinando y planificando con la Coordinación Nacional de Unidades Médicas en conjunto concursos a nivel nacional

. Se implementan planes nacionales para fortalecer el sistema de información que de soporte a la gestión clínica.

Se cuenta con un Plan de Auditoría Interna del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social aprobado.

**Macrogestión: Nivel Regional**

. Se cuenta con planes de implementación de la gestión clínica en los hospitales de su ámbito.

. Se tiene definido con los hospitales de su ámbito Productos Hospitalarios (cartera de servicios de hospitales) en un contexto de red de servicios de salud.

**Mesogestión: Nivel Hospitalario**

. Se cuenta con acuerdos o compromisos establecidos entre los Centros de Responsabilidad y la Dirección del hospital.

. Se tiene definido con los Centros de Responsabilidad Productos Hospitalarios (cartera de servicios institucional).

. Se cuenta con un Plan de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias aprobado.

. Se cuenta con Plan de Seguridad del Paciente del Hospital aprobado



## **Microgestión: Nivel de Centros de Responsabilidad Hospital**

. Los Directores Técnicos conducen a la elaboración de un Plan de Gestión Clínica de los Centros de Responsabilidad, con participación del personal que labora en dichos centros, a partir del análisis de la situación, basada en evidencias como estudio de procesos, indicadores de desempeño y de resultado de la gestión clínica entre otros, trazándose objetivos, actividades e indicadores de resultado para el monitoreo del plan.

. Los Directores Técnicos participan activamente en los procesos de planificación institucional en el momento de definición de productos hospitalarios (cartera de servicios) y en la determinación de dotación, combinación y monto de recursos para generar productos en el ámbito de su competencia.

. Se cuenta con Proyectos de Mejora Continua para mejorar procesos de atención en los Centros de Responsabilidad.

## **b) Procesos de Organización de la Gestión Clínica**

### **Macrogestión: Nivel Nacional**

. Se cuenta con normatividad que regula la elaboración de guías de práctica clínica y guías de procedimientos clínicos.

. Se tienen formuladas guías de práctica clínica nacionales, priorizando las principales patologías cobiertas en el Plan Esencial de Aseguramiento Universal en Salud PEAS.

. Se cuenta con normatividad que regula la elaboración de manuales de organización y funciones; manuales de procesos y procedimientos en los hospitales.

### **Macrogestión: Nivel Regional**

. Se tiene organizado en el Departamento Provincial del SSIF Tungurahua personal con competencias para brindar asistencia técnica y seguimiento sobre la implementación de la gestión clínica.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

. Se ha aprobado el Manual de Organización y Funciones y Manual de Procesos y Procedimientos en el marco del Modelo de Gestión Hospitalaria.

. Se tiene organizado el nivel funcional en el Comité de Gestión para el

monitoreo del desempeño de la gestión clínica en los Centros de Responsabilidad del hospital.

. Se tiene conformado y aprobado mediante Resolución del Comité Ejecutivo el Comité de Historias Clínicas.

. Se tiene conformado y aprobado mediante Resolución del Comité Ejecutivo el Comité de Infecciones Intrahospitalarias.

### **Microgestión: Nivel de Centros de Responsabilidad Hospitalaria**

. Los Directores Técnicos conducen con la participación del equipo de salud que labora en los Centros de Responsabilidad y con apoyo del Responsable de Facturación, la definición del funcionamiento de los Centros de Responsabilidad a través de la:

- Definición de funciones del personal en un Manual de Organización y Funciones.
- Publicación de Cartera de Servicios de los Centros de Responsabilidad
- Estandarización de la Práctica Clínica: Los Centros de Responsabilidad cuentan con Guías de Práctica Clínica de los Daños más frecuentes oficializadas.
- Estandarización de Procedimientos Médico-Quirúrgicos: Los Centros de Responsabilidad cuentan con Guías de Procedimientos de los procedimientos más frecuentes, oficializados.
- Estandarización del Proceso de Atención y los Procesos de Interrelación con otros Centros de Responsabilidad y de otros establecimientos de salud de la red de servicios de salud, contando con fichas de descripción de los procedimientos que conforman el proceso de atención en los Centros de Responsabilidad, con sus respectivos diagramas de flujos.

### **c) Procesos de Control de la Gestión Clínica**

#### **Macrogestión: Nivel Nacional**

. Se evalúa la implementación de la normatividad en gestión clínica.

. Se cuenta con el tablero de mando integral actualizado sobre desempeño de la gestión clínica de las unidades médicas del IESS

### **Macrogestión: Nivel Regional**

- . Se realizan supervisiones en hospitales de su ámbito sobre adherencia a las guías de práctica clínica y guías de procedimientos clínicos.
- . Conduce y promueve el proceso de acreditación en hospitales de su ámbito.
- .

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- . Se monitorea la adherencia a las guías de práctica clínica y guías de procedimientos clínicos en cada Centro de Responsabilidad del hospital.
- . Se han aprobado el Manual de Organización y Funciones y Manual de Procesos y Procedimientos en el marco del Modelo de Gestión Hospitalaria.
- . Se tiene organizado acciones en el Comité de Gestión para el monitoreo del desempeño de la gestión clínica en los Centros de Responsabilidad del hospital.
- . Se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica activa en el Hospital.
- . Se cuenta con un sistema descentralizado de vigilancia de medidas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias.
- . Se tiene organizado el sistema de vigilancia y registro de eventos adversos en el hospital.
- . Se tiene organizado el proceso de acreditación en el Hospital.
- . Se cuentan con mecanismos para realizar la valoración de quejas y sugerencias de los usuarios externos.
- . Se tiene organizado mecanismos para el seguimiento de auditorías realizadas en los Centros de Responsabilidad del Hospital
- . Se cuenta con tablero de mando integral actualizado sobre desempeño de la gestión clínica del hospital.
- . Se cuentan con sistemas de medición de satisfacción de usuarios externos.

### **Microgestión: Nivel Centros de Responsabilidad**

Los Directores Técnicos conducen la definición de este proceso con la participación del equipo de salud que labora en los Centros de

Responsabilidad y con apoyo del Responsable de Facturación, utilizando como base el sistema de información, a través de:

- Análisis de Historias Clínicas: Los Centros de Responsabilidad están organizados para desarrollar análisis de las historias clínicas de los pacientes atendidos.
- Monitoreo de indicadores: Cuenta con tablero de mando para monitorear, indicadores de desempeño de la gestión clínica, los analiza y socializa periódicamente en forma conjunta con el equipo de salud de los Centros de Responsabilidad para la toma de decisiones de mejora, llevando un acta de las reuniones. Para esto cuenta con apoyo de la Unidad de Estadística e Informática del Hospital.
- Registro de eventos adversos: Participa en la vigilancia activa de eventos adversos y su registro de acuerdo al sistema establecido en el Hospital.
- Rondas de seguridad integral del paciente.
- Vigilancia Epidemiológica Activa VEA: En los Centros de Responsabilidad a cargo de personal específico de la Unidad de Epidemiología Hospitalaria y con apoyo del personal de los demás Centros de Responsabilidad se realiza la VEA, según normatividad vigente.
- Evaluación de satisfacción de usuarios: Los centros de responsabilidad realizan periódicamente evaluación de satisfacción de usuarios internos y externos (encuestas, buzones de sugerencias y quejas, entrevistas en profundidad, grupos focales) y utiliza los resultados de base para la toma de decisiones, socializando resultados.
- Evaluación y Análisis de los Procesos de Atención para minimizar el riesgo

#### **d) Procesos de Dirección de la Gestión Clínica**

##### **. Macrogestión: Nivel Nacional**

. Se cuentan con Políticas de Gestión Hospitalaria y se tiene definido el Modelo de Gestión Hospitalaria, que incluye la Gestión Clínica como un

Componente del mismo.

### **Macrogestión: Nivel Regional**

. Se conduce reuniones periódicas entre Hospitales de su ámbito y establecimientos de salud del primer nivel de atención para coordinar el manejo de pacientes y asegurar continuidad de la prestación de servicios de salud entre los niveles de atención.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

. Se tiene definido el rol del Director Médico en la conducción de la Gestión Clínica Institucional.

### **Microgestión: Nivel Centros de Responsabilidad**

. Los Directores Técnicos como gestores clínicos, con participación del equipo de salud que labora en los Centros de Responsabilidad, y con apoyo del Responsable de Facturación o quien haga sus veces; será quien conduce la implementación del proceso de gestión clínica debidamente descrito en el plan de gestión

## **COMPONENTE 2 - GESTIÓN ADMINISTRATIVA**

### **• MARCO CONCEPTUAL REFERENCIA**

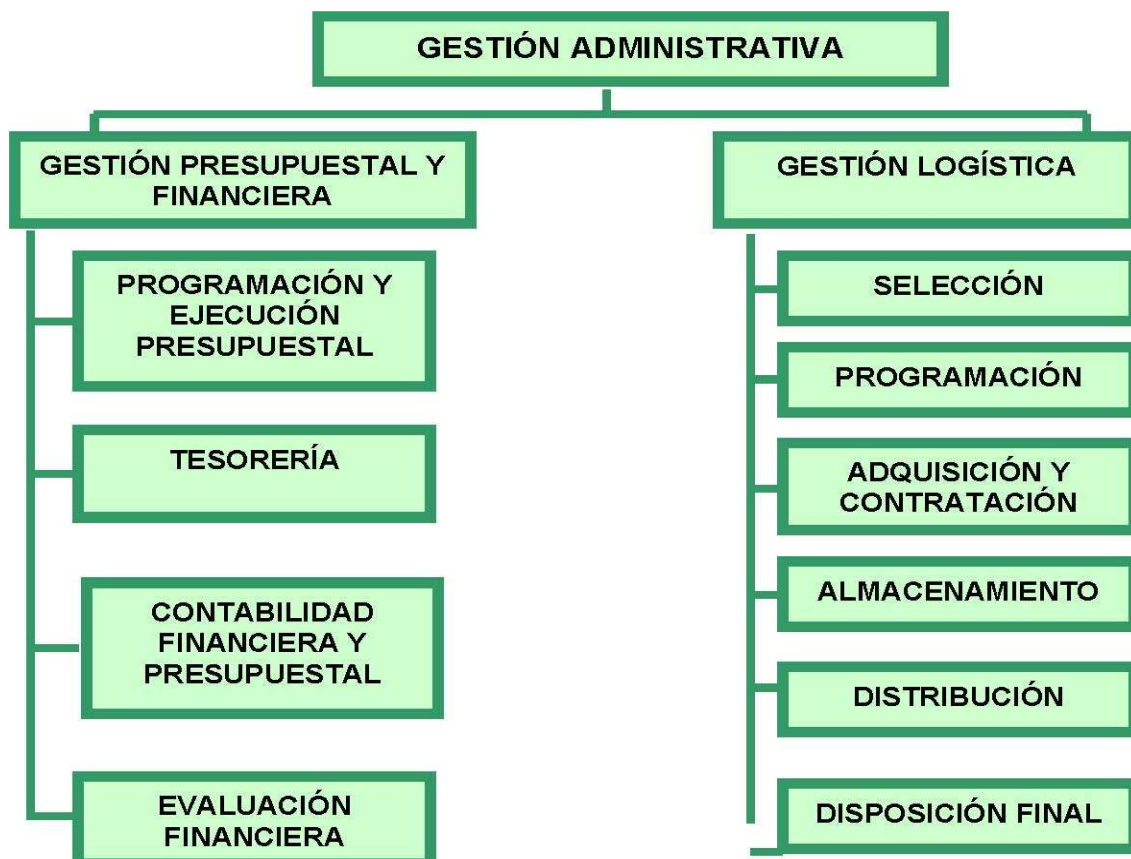
La administración es una de las actividades humanas más importantes. Desde que los seres humanos comenzaron a formar grupos para cumplir propósitos que no podían alcanzar de manera individual, la administración ha sido esencial para garantizar la coordinación de los esfuerzos y contribuciones individuales al cumplimiento de objetivos grupales.

La administración es el proceso de diseñar y mantener un entorno en el que, trabajando en equipo, los individuos cumplan eficientemente objetivos específicos. En un sentido más amplio, la administración es un conjunto ordenado y sistematizado de técnicas y prácticas que tiene como finalidad apoyar la consecución de los objetivos de una organización a

través de la provisión de los medios necesarios para obtener los resultados con la mayor eficiencia, eficacia y congruencia; así como la óptima coordinación y aprovechamiento del personal y los recursos técnicos, materiales y financieros.

En tal sentido, se define a la Gestión Administrativa como el conjunto de acciones mediante las cuales se desarrollan actividades a través del cumplimiento de las fases del proceso administrativo en general son: prever, organizar, dirigir, coordinar y controlar.

La gestión administrativa en el IESS Hospital de Latacunga involucra el desarrollo de dos procesos principales el de Gestión Económica Financiera y el de Gestión Logística, que su vez se conforman de sub procesos o procesos internos como se ve en el siguiente gráfico:



## **GESTIÓN PRESUPUESTAL FINANCIERA**

La gestión y ejecución de los fondos de la entidad, debe basarse en la programación de las acciones de conformidad con los objetivos estratégicos de la organización, y la racional asignación de los recursos para el desarrollo de las mismas.

### **. Sub - Procesos Presupuestarios Financieros Programación Presupuestal**

La programación presupuestal es un proceso que se realiza en coordinación estrecha entre las áreas: financiera, logística, recursos humanos y planeamiento, de tal forma que, una vez aprobado el presupuesto de cada ejercicio económico, se procederá a determinar en base a actualización de costos, lineamientos de política de salud y los aspectos epidemiológicos de la región de acuerdo a nivel de complejidad, la demanda de recursos de la entidad (cuadro de necesidades) para la programación presupuestal por centro de costos, lo cual se verá reflejado en la programación mensualizada del presupuesto de la misma. El proceso tiene como base legal el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas emitido el 20/10/2010, Resolución C.D 402 Presupuesto Consolidado del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social para el ejercicio económico 2012 emitido el 22/12/2011

Procedimientos:

- . Elaboración de la propuesta de la Demanda Global Anual de la Entidad en base al cuadro de necesidades.
- . Distribución y mensualización del presupuesto inicial aprobado a nivel de unidades operativas
- . Programación trimestral y mensual de gastos.
- . Distribución del calendario de compromisos aprobado
- . Solicitar la ampliación del calendario de compromisos.

### **Ejecución Presupuestal**

Proceso por el cual se procede al compromiso y pago de las obligaciones contraídas, de conformidad con lo programado.

Procedimientos:

- . Autorización (conformidad) de disponibilidad presupuestal
- . Revisión y Afectación presupuestal de los documentos fuentes de compromiso de gasto
- . Procesamiento del Balance de Ejecución Presupuestal.
- . Recaudación de fondos de diversas fuentes.
- . Conciliaciones y verificaciones.
- . Reversiones de fondos.
- . Revisión de rendiciones.
- . Procesamiento de información – elaboración de Estados Financieros.
- . Giro de documentos fuentes, así como por reprogramación.
- . Pagos de obligaciones.
- . Revisión, registro y control.

### **Gestión de Tesorería**

La gestión de tesorería, vendría a ser la gestión de liquidez en el hospital, conjunto de actividades orientadas a minimizar los saldos ociosos, maximizar su rentabilidad y garantizar su disponibilidad. El ámbito de actuación afecta tanto al activo como al pasivo de la organización. En cuanto activo, afecta a las partidas de caja, bancos, inversiones financieras y cuentas por cobrar, y en el pasivo afecta a las partidas de cuentas por pagar, efectos desconectados y créditos a corto plazo.

La gestión de tesorería incluye básicamente dos circuitos o procedimientos:

 Circuito de pagos

 Circuito de cobros: sistema de facturación y recaudación

### **Contabilidad Financiera y Presupuestal**

Proceso por el cual se realiza el control de los desembolsos ejecutados por centros de costos y conceptos de gastos, y se concilia la información para la elaboración de los estados financieros



Procedimientos:

- . Revisión de Control Previo.
- . Conciliación de Cuentas de Enlace.
- . Depreciación de activos fijos mensual.
- . Conciliación de Saldos de Balance.
- . Revisión y codificación de la documentación fuente.
- . Análisis y sustentación de las Cuentas de Balance.
- . Revisión documentada de gastos.
- . Integración Contable.
- . Análisis, sustentación y consolidación de la información contable
- . Análisis, sustentación y consolidación de la información al cierre contable.

### **Análisis y Evaluación Financiera**

Los métodos de análisis y evaluación financiera deben ser de amplio espectro e incorporar la mayor cantidad posible de factores que afectan o guardan relación con la eficiencia. Se debe tener en cuenta que incluso los sistemas de amplia base tendrán limitaciones que deben ser superadas con otros procesos analíticos y deben incluir factores cualitativos relevantes. Los métodos de análisis deben ser ágiles y partir de la demanda de la toma de decisiones y no de sus propias características internas o de los sesgos del especialista.

### **GESTIÓN LOGÍSTICA**

El área de logística ha tomado una posición preferencial dentro de los esquemas de gestión de servicios de salud que se basan en el uso racional de los recursos, que garantice la calidad y continuidad del servicio. La logística es fuente de provisión de las cantidades necesarias de recursos materiales y de servicios, en forma eficiente y eficaz, en la cantidad, calidad y oportunidad requerida.

En este sentido la gestión logística se define como las acciones que tienen por objeto la adquisición, movilización, intercambio y entrega de bienes y servicios que el hospital consume o produce para permitirle efectuar sus objetivos públicos.

## **Selección**

Proceso por el cual se consolidan los requerimientos de los usuarios para la elaboración del Plan de Adquisiciones de la Entidad, el cual se sustenta en necesidades reales y consumos históricos proyectados.

Procedimientos:

- . Programación de necesidades (cuadro de necesidades).
- . Elaboración del Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones.
- . Elaboración y actualización del estudio de mercado.
- . Elaboración del expediente técnico de adquisición.
- . Programación y solicitud de calendario.

### **Adquisición y Contratación**

Adquisición de bienes o servicios requeridos por los usuarios y programados en el PAC, mediante modalidades establecidas en la normativa. En casos especiales, debidamente sustentados, se procederá a compras no programadas.

- . Solicitud de aprobación del expediente técnico del proceso.
- . Designación del comité especial a cargo del proceso.
- . Solicitud de aprobación de bases del proceso.
- . Convocatoria y ejecución del proceso de selección.
- . Elaboración de contratos, órdenes de compra y servicio.

### **Almacenamiento**

Custodia y conservación temporal de los bienes para su posterior distribución a las dependencias solicitantes.

- . Almacenamiento y custodia de bienes
- . Control de stocks.
- . Aplicación de buenas prácticas de almacenamiento. . Registro, control y entrega de información.

### **. Distribución**

Proceso relacionado a la directa satisfacción de las necesidades de bienes y servicios en general de las dependencias de una entidad.

- . Aceptación de Donación.
- . Baja de bienes.
- . Reposición por robo o pérdida.
- . Transferencia de Bienes de Baja.
- . Donación de bienes de baja.
- . Subasta de bienes muebles.
- . Destrucción.
- . Saneamiento de Inmuebles.
- . Saneamiento de vehículos.
- . Toma de Inventarios valorizados.
- . Conciliación Contable – Patrimonial.
- . Supervisión de Donaciones

## **• PROCESOS DEL COMPONENTE DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA**

### **a) Procesos de Fortalecimiento de la Gestión Económica y Financiera**

#### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- . Se cuenta con un documento técnico que estandarice y facilite los procedimientos de gestión de fondos y ejecución presupuestal, con definiciones operativas claras.
- . Se concilia contablemente la transferencia financiera de fondos realizados por la Tesorería nacional del IESS
- . Se cuenta con un programa de fortalecimiento de capacidades y competencias de los sistemas administrativos de presupuesto, tesorería y contabilidad.

#### **Macrogestión: Nivel Regional**

- . Se implementan plataformas tecnológicas que integran la gestión administrativa a nivel de hospitales y servicios con tarifario institucional: AS-400.
- . Se supervisa la ejecución de gastos de acuerdo a actividades programadas en el plan operativo institucional y disponibilidad presupuestal.

. Se supervisa la implementación de plataformas tecnológicas que integren la gestión administrativa a nivel de hospitales y servicios con tarifario institucional. Ejemplo: SOAM.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

. Se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica activa en el Hospital.

. Se emiten Resoluciones del Comité Ejecutivo de integración entre la Dirección Administrativa y la Dirección Médica del Hospital, a fin de proveer el apoyo financiero que responda estratégicamente a las necesidades de éste.

. Se realiza la Ejecución de gastos de acuerdo a actividades programadas en el plan operativo institucional y disponibilidad presupuestal.

. Se realiza el Reporte de información financiera y presupuestal de conformidad con la normatividad, formas y plazos señalados por las instancias superiores competentes.

. Se promueve el Desarrollo del personal, en cada uno de los procesos desarrollados en el área.

. Se aplican las Resoluciones emitidas por el Consejo Directivo del IESS como cuerpo colegiado y el Ministerio de Economía y Finanzas, en materia de gestión y ejecución de fondos, así como estandarización de procesos y procedimientos económico-financieros, adecuando ello a la realidad concreta de cada organización.

. Se cuenta con Alternativas para el cumplimiento de pago de servicios – deudas: fraccionamiento de deudas, trabajo por servicio recibido, seguimiento de terceros para cobranza.

### **b) Procesos de Fortalecimiento de la Gestión Logística**

#### **Macrogestión: Nivel Nacional**

. Se cuenta con Documento Normativo de Procedimientos Logísticos Hospitalarios actualizada.

. Se cuenta con Documento Técnico que ayude a Identificar la problemática de adquisiciones de bienes en los hospitales en relación a

normatividad vigente.

- . Se generan economías de escala a través de compras corporativas que consolidan las adquisiciones de los centros hospitalarios con la finalidad de optimizar la gestión de recursos a través de la generación de ahorros.

### **Macrogestión: Nivel Regional**

- . Se supervisa el cumplimiento de los estándares establecidos para la Gestión Logística Hospitalaria.

- . Se ha elaborado el Plan de Capacitación para la implementación óptima del Modelo de Gestión Logística Hospitalaria.

- . Se ha elaborado el Diagnóstico Situacional de la problemática de adquisiciones y demanda de inversiones.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- . Se elabora el Plan Anual de Adquisiciones, de conformidad con los requerimientos de las áreas usuarias (cantidad, calidad y oportunidad) y presupuesto asignado a éstas.

- . Se ha Implementado el Sistema de Compras Públicas al 100% en cada Hospital.

- . Se Implementan procedimientos logísticos hospitalarios en concordancia con los Directivos.

- . Se cuenta con Catalogo de productos e insumos con precios referenciales actualizada a nivel nacional y aplicado en los hospitales.

- . Se realiza la Diferenciación de recursos estratégicos y no estratégicos, para la priorización de atención a los primeros.

- . Se cuenta con Relación de proveedores ordenado y actualizado según criterios preestablecidos en el hospital y a nivel nacional.

- . Se implementan y promueven procesos y procedimientos de gestión de compras: (que comprar, cuando y cuanto comprar) impulsada desde la dirección: Programación según perfil de demanda

- . Se realiza el Saneamiento físico-legal en coordinación con área jurídica.

## COMPONENTE 3 - GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

- **MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL**

El término recurso humano hace referencia al conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que poseen las personas que trabajan en una actividad o región determinada.

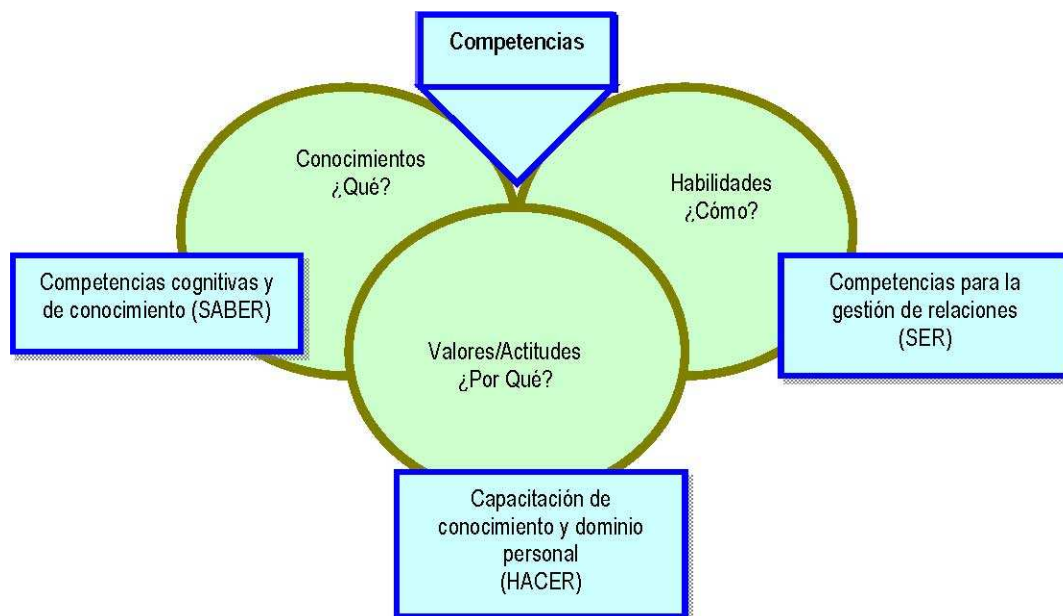
Recurso humano en salud (UARHS), alude en el sentido más amplio a las personas que en el sistema de salud realizan acciones para el logro de resultados en el campo de la salud, se considera que las personas no son recursos, sino que poseen recursos (conocimientos, habilidades, actitudes y valores).

Los recursos humanos en el hospital tienen una doble dimensión como:

- . Factor estructural, conforman las prácticas, establecen las formas de relación, definen valores y organizan y desarrollan el proceso de trabajo.
- . Factor productivo, se articulan con los restantes factores para proveer servicios de salud, siendo el principal recurso de este proceso productivo.

La gestión de recursos humanos en el hospital viene a ser la capacidad de tomar decisiones y desarrollar acciones concretas que permitan que las UARHS logren funcionalmente en forma óptima cumplir con su doble dimensión dentro del hospital, movilizand o voluntades y competencias en función de resultados institucionales y logro de la misión pública del hospital.

El enfoque de gestión que se establece es uno basado en competencias, porque en realidad la gestión de los recursos humanos es una gestión de sus competencias (conocimientos, habilidades, actitudes y valores), este enfoque permitirá que el hospital desarrolle su talento humano y transforme su cultura en una de una organización de alto desempeño e introduzca los cambios necesarios para este fin.



## COMPETENCIAS Y CAPACIDADES PARA EL LOGRO DE LA EXCELENCIA

- **PROCESOS DEL COMPONENTE DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS**

### a) **Procesos de Planificación de Recursos Humanos**

#### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- . Se tienen definidos estándares mínimos para la dotación de personal por Centros de Responsabilidad a nivel hospitalario.

- . Se cuenta con dispositivos normativos que contengan mecanismos de regulación de los profesionales de salud que las regiones y el país requieren, elaborado en referencia a una línea de base de diagnóstico de necesidades.

- . Se ha consensado con las universidades y otros centros de formación la apertura, ampliación o reducción de centros de formación de recursos humanos en áreas deficitarias.

- . Se cuenta con un Plan Nacional de UARHS.

### **Macrogestión: Nivel Regional**

- . Se tiene la fuente de financiamiento proporcionada por el Seguro General de Salud Individual y Familiar para dar respuesta a las brechas de RHUS.
- . Se cuenta con un Plan Regional de UARHS.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- . Se tiene establecidas las brechas de UARHS en el hospital en el contexto de la red de servicios de salud.
- . Se tienen proyectadas acciones en relación a las UARHS en el hospital.
- . Se tiene presupuestadas y financiadas acciones en relación a las UARHS.

## **b) Procesos de Organización del Trabajo**

### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- . Se mantiene la política de concursos basado en competencias y méritos.
- . Se tienen definidos perfiles ocupacionales por competencias
- . Se desarrollan y homogeniza niveles o líneas de carrera para los trabajadores de salud integrados a una red de servicios de salud contenidos en la Ley Orgánica de Servicio Público y en la SENRES

### **Macrogestión: Nivel Regional**

- . Se implementa la política de concursos basado en competencias y méritos.
- . Se impulsa la implantación de los procesos de gestión de UARHS en los hospitales de su ámbito.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- . Desarrolla reclutamiento y selección de los servidores y servidoras en base a perfiles ocupacionales por competencias y necesidades de la demanda en un contexto de red.
- . Tiene sistematizada la inducción de personal que ingresa al hospital
- . Implementa los procesos de gestión de UARHS en el hospital



### **c) Procesos de Desarrollo de Recursos Humanos**

#### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- . Se tienen definidos mecanismos de concertación y negociación en las relaciones laborales.
- . Se tienen definidas las líneas estratégicas del desarrollo de competencias del personal hospitalario y un programa integral de desarrollo de competencias.
- . Se define metodología de evaluación del desempeño en hospitales.
- . Se tiene definida metodología de medición de clima organizacional y estrategias de mejora.

#### **Macrogestión: Nivel Regional**

- . Se promueve la implementación mecanismos de concertación y negociación en las relaciones laborales en hospitales de su ámbito.
- . Se ha formulado el plan regional de desarrollo de competencias.
- . Se promueve la aplicación de metodología de evaluación del desempeño en hospitales de su ámbito.
- . Se promueve la aplicación de metodología de medición de clima organizacional y estrategias de mejora en hospitales de su ámbito.

#### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- . Los equipos administrativos y asistenciales del hospital participan en programas de capacitación gerencial y técnica asistencial basados en el desarrollo de competencias para mejorar su desempeño.
- . Se ha fomentado el compromiso con los valores positivos.
- . Se ha difundido y promovido la aplicación de los códigos de ética de los diferentes colegios profesionales.
- . Se realiza la evaluación del desempeño basada en perfiles de competencias en forma sistematizada con indicadores concretos.
- . Se aplican mecanismos de concertación y negociación de relaciones laborales en el hospital en forma descentralizada.
- . Se aplica metodología de medición de clima organizacional y estrategias de mejora.
- . Se fomenta la cultura de responsabilidad, los Centros de

Responsabilidad firman un compromiso anual de gestión con la dirección del hospital, responsabilizándose de sus productos.

#### **d) Procesos de Motivación de Recursos Humanos**

##### **Macrogestión: Nivel Nacional**

. Se ha establecido la norma general para el ordenamiento del sistema de remuneraciones hospitalarias.

. Se han definido los lineamientos y mecanismos concretos para el desarrollo de incentivos integrales (financieros y no financieros) que diferencien el aporte de los trabajadores desde el punto de vista de productividad y calidad de atención.

. Se han definido mecanismos de beneficios y servicios para los recursos humanos en el hospital.

. Se promoverá la estabilidad laboral de los servidores y servidoras, con la tendencia a la disminución de los contratos por servicios no personales, teniendo el personal las mismas oportunidades en el hospital.

##### **Macrogestión: Nivel Regional**

. Se implementan los lineamientos y mecanismos para el desarrollo de incentivos integrales que diferencien el aporte de los servidoras y servidores desde el punto de vista de productividad y calidad de atención, que impulsa la responsabilidad autorregulación.

. Se impulsa la implementación de beneficios y servicios para los recursos humanos en el hospital.

##### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

. Las remuneraciones se realizan en base a la norma emitida por SENRES.

. Se ha implementado el plan de incentivos en base a lineamientos nacionales. . Se tiene establecidos beneficios y servicios para el personal: plan de salud de trabajadores, servicios de guardería entre otros.

. Se realizan mediciones de motivación laboral.

## **e) Procesos de Control de la Gestión de Recursos Humanos**

### **Macrogestión: Nivel Nacional**

. Se tiene incorporados indicadores de gestión de Recursos Humanos en el tablero de control de mando de hospitales.

. Se han diseñado instrumentos de supervisión, monitoreo y evaluación de la gestión de UARHS.

### **Macrogestión: Nivel Regional**

. Se tiene incorporados indicadores de gestión de UARHS en el tablero de control de mando de hospitales de su ámbito.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

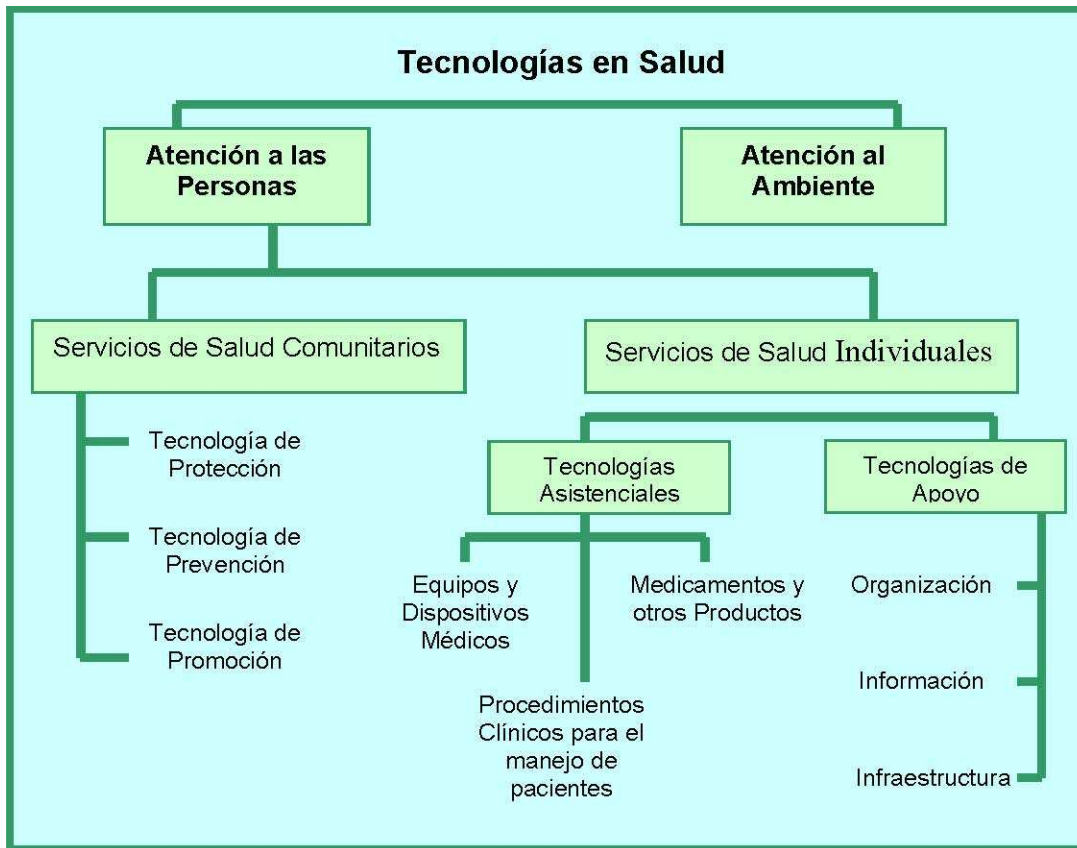
. Se utiliza tablero de control de mando en el hospital que contenga indicadores de gestión de UARHS para la toma de decisiones.

## **COMPONENTE 4 - GESTIÓN DE RECURSOS TECNOLÓGICOS**

### **• MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL**

La tecnologías en salud ha experimentado una gran evolución, hoy en día el hospital se ha convertido en un complejo espacio donde se utiliza alta tecnología, la confianza de los usuarios de servicios que brinda el hospital se fundamenta en gran medida en la calidad de la tecnología en salud, por tanto, si se busca responder a las necesidades de salud de la población, se precisa de una óptima gestión de las tecnologías en salud en el hospital.

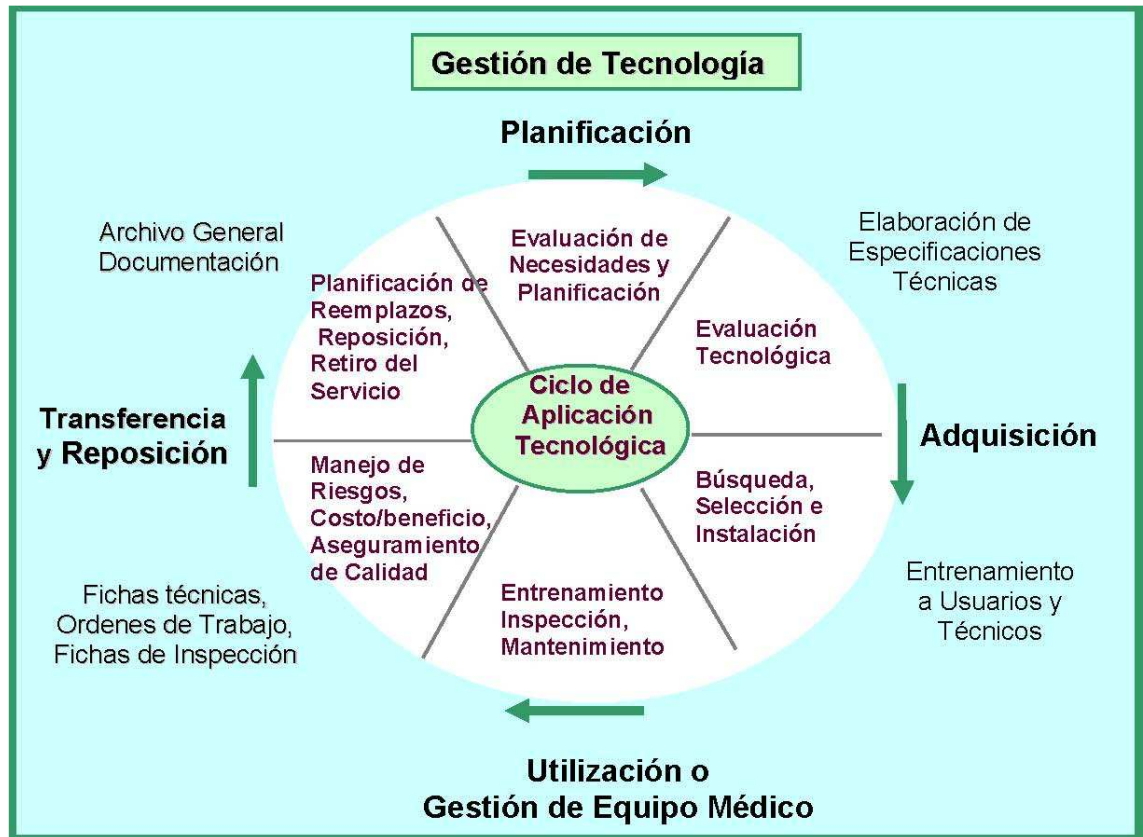
La denominación de Tecnologías en Salud (TS) se refería inicialmente a los “medicamentos, a los equipos y dispositivos médicos, a los procedimientos médicos y quirúrgicos, y a los modelos organizativos y sistemas de apoyo” necesarios para su empleo en la atención a los pacientes; esta definición se ha ido ampliando para incluir a todas las tecnologías que se aplican en la atención a las personas , sanas o enfermas, y se ha incluido también las aplicadas a la atención del medio ambiente, cuando su relación con la salud humana está demostrada.



La gestión de tecnología en salud TS en el ámbito hospitalario se puede definir como la suma de todos los procedimientos de ingeniería y gerencia que permiten asegurar el uso óptimo de los recursos tecnológicos con que cuenta la institución, contribuyendo por otra parte a que la estancia y la atención de los usuarios transcurran de manera confortable y segura.

La gestión de TS guarda relación con el concepto del ciclo de aplicación tecnológica, que viene a ser el proceso de incorporación y adquisición de una tecnología en un sistema de servicios de salud, y este ciclo de aplicación tecnológica consta de tres etapas o procesos: planificación, adquisición y administración.

## CICLO DE APLICACIÓN TECNOLÓGICA



### • PROCESOS DEL COMPONENTE DE GESTIÓN DE RECURSOS TECNOLÓGICOS

#### a) Proceso de Implementación de un Sistema de Gestión Tecnológica

##### Macrogestión: Nivel Nacional

. Se tiene definido por la Dirección de Desarrollo Institucional en conjunto con la Coordinación General de Unidades Médicas del IESS, el Sistema Nacional de Gestión Tecnológica, el cual regula y estandariza los procesos de planeamiento, adquisición y administración de las tecnologías en salud.

. Se elabora el Plan de Gestión Tecnológica en Salud en el marco del Plan Maestro de Desarrollo de la Red Hospitalaria.

. Se implementa el Sistema Nacional de Gestión Tecnológica articulado y descentralizado.

. Se organiza una Unidad especializada para la gestión del Sistema

Nacional de Gestión Tecnológica, en dicha unidad se establece un área funcional de Evaluación de Tecnología en Salud (ETS).

- . Se desarrollan software y otros instrumentos para el soporte de los procesos de gestión tecnológica.

- . Se desarrolla el programa de asistencia técnica en gestión tecnológica para los niveles Regionales.

### **Macrogestión: Nivel Regional**

- . Se cuenta con capacidad gerencial para la conducción de los procesos de gestión tecnológica.

- . Se ha implementado y se controla el funcionamiento del Sistema Nacional de Gestión Tecnológica en los Hospitales y se hace cumplir la regulación nacional.

- . Se han establecido alianzas estratégicas con universidades y otros para el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el desarrollo de procesos de gestión tecnológica en hospitales y para la asistencia en gestión tecnológica.

- . Se promueve el reordenamiento de recurso humano capacitado en gestión tecnológica.

- . La Región cuenta con un equipo de recursos humanos de ingeniería clínica interhospitalario, que actúa en los hospitales de una Región o Macro Región según las necesidades, brindando asistencia técnica, capacitación, gestión y soporte tecnológico.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- . El hospital se organiza para la implementación apropiada del Sistema Nacional de Gestión Tecnológica, desarrollando los procesos de planeamiento, adquisición y administración de tecnologías en salud, de acuerdo a la regulación nacional.

- . Se cuenta con personal calificado con competencia para conducir y ejecutar los procesos del sistema de gestión tecnológica en el hospital.

- . Se aplican software y otros instrumentos para el soporte de los procesos de gestión tecnológica.

## **b) Procesos de Fortalecimiento de la Gestión de Proyectos de Inversión Hospitalaria**

### **Macrogestión: Nivel Nacional**

. Se impulsan intervenciones para acortar el tiempo del ciclo de los proyectos hospitalarios (análisis y mejora del proceso del ciclo de proyectos de inversión pública)

o Se promueve la incorporación de profesionales capacitados en la formulación de proyectos de inversión en el equipo mínimo de salud en las Regiones e Institutos Nacionales.

o Se elaboran e implementan Normas y Guías Técnicas, que permita la formulación y evaluación de los estudios de pre inversión.

o Se brinda asistencia técnica a las Regiones en la formulación y evaluación de estudios de preinversión.

. Se desarrollan programas de capacitación especializada en Proyectos de Inversión para el nivel Regional y hospitalario.

### **Macrogestión: Nivel Regional**

Se promueve la incorporación de profesionales capacitados en la formulación de proyectos de inversión en el equipo mínimo de salud de los hospitales de tercer nivel de atención.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

. Los establecimientos de salud del segundo nivel de atención, cuentan con equipos especializados formuladores de proyectos de inversión y de supervisión de ejecución de proyectos de inversión.

## **c) Procesos de Recuperación y Mantenimiento de la Capacidad Instalada en Infraestructura y Equipamiento Hospitalario**

### **Macrogestión: Nivel Nacional**

. Se ha planificado la Red Hospitalaria en el país, lo que permite una inversión acorde a un crecimiento futuro de los establecimientos de salud, según nivel de resolución: cumplimiento del Plan Maestro de Desarrollo de la Red Hospitalaria (PMDRH).

. Se establecen las políticas nacionales para el mantenimiento de la

infraestructura física y equipamiento de los establecimientos de salud, en las que el mantenimiento se define como orientado al riesgo.

- . Se cuenta con Documentos Normativos para la renovación de instalaciones hospitalarias y rehabilitación de infraestructura.

- . Estandarizar el procedimiento de reposición o reemplazo de equipos.

- . Se prioriza, a nivel interinstitucional, el saneamiento físico-legal regional y nacional.

### **Macrogestión: Nivel Regional**

- . Se cuenta con un catastro de infraestructura y equipamiento hospitalario actualizado, que permita realizar planes maestros sobre inversiones para ampliaciones, acondicionamiento, remodelaciones, construcciones, equipamiento y mantenimiento para recuperar y/o mantener capacidad instalada en áreas críticas de los hospitales y otras áreas según necesidades priorizadas.

- . Se supervisa que los hospitales sean construidos y mantenidos, minimizando los riesgos de desastres y cumplan con la condición de hospital seguro (OPS- INDECI).

- . Se supervisa el cumplimiento del procedimiento para la reposición o reemplazo de equipos.

- . Se supervisa el cumplimiento de la normativa para la renovación de instalaciones hospitalarias y rehabilitación de infraestructura.

- . Se cuenta con el saneamiento físico legal de todos los hospitales del ámbito.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- . Se tiene incluido en el Plan Operativo Anual del Hospital acciones de corto y mediano plazo para recuperar capacidad instalada en áreas críticas del hospital y otras, según necesidades priorizadas.

- . Se cuenta con el inventario funcional de equipos en el hospital y hoja de vida de cada equipo interconectado en una base de datos regional y nacional.

- . Se considera en el Presupuesto Anual los componentes para el Mantenimiento de Equipos Biomédicos, Electromecánicos e Instalaciones.



Así como el componente para el mantenimiento de infraestructura, considerando todas las partidas específicas incluyendo la partida por reemplazo: Mantenimiento de Infraestructura, Mantenimiento y Reparación de Equipos.

. Se cumple con los procedimientos existentes para la racionalización y reemplazo de equipos.

## **COMPONENTE 5 - GESTIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN**

### **• MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL**

Un sistema de información es un conjunto de elementos ordenados e interrelacionados orientados a la captura, procesamiento, almacenamiento, explotación y distribución de información oportuna y de calidad para la toma de decisiones.

La gestión de los sistemas de información en hospitales y servicios de salud se sitúa como uno de los centros intermedios de apoyo a la producción a través del apoyo a la operación y el manejo de establecimientos y redes asistenciales.

Dicha gestión tiene entonces como uso prioritario a todos aquellos que utilizan información para manejar y hacer producir a los hospitales y servicios de salud.

El proceso productivo de información tiene cuatro aspectos críticos que funcionan como fases retroalimentadas: recolección de datos, flujo o transmisión de datos, procesamiento y análisis. La gestión de la información se relaciona con el manejo de recursos y procesos y con las reglas institucionales a través de todo el proceso de producción y del flujo de información. Con los cambios que se producen en el contexto de la gestión en los procesos de cambio, los sistemas de información deben tener la capacidad de capturar y entregar datos en el punto de servicio, apoyar la utilización y el intercambio de información clínica y administrativa concurrente y de distintos centros, respaldar la manipulación intensiva de datos, y proporcionar medios para respaldar la toma de decisiones sincrónica.

Los elementos que conforman un sistema de información son:

- Procesos, que definen el marco de las actividades realizadas y la información necesaria para la realización de cada actividad

del proceso.

- Personas, que se ejecutan las actividades de los procesos en el día a día y/o interactúan de manera directa e indirecta en la captura, procesamiento, almacenamiento, explotación y distribución de la información
- Flujos de información, que permiten identificar como se interrelacionan la información que manejan las personas con las actividades de los procesos y los mecanismos de calidad de información
- Datos, que corresponde a la unidad mínima cuantitativa o cualitativa que se obtiene durante un proceso y que se almacena en el tiempo.
- Técnicas, que permiten definir las mejores prácticas para la realización de las actividades relacionadas con la información.
- Herramientas, que pueden ser manuales o automatizadas y sirven de soporte para facilitar las actividades de captura, procesamiento, almacenamiento, explotación y distribución de información.

- **PROCESOS DEL COMPONENTE DE GESTIÓN DE SISTEMA DE INFORMACIÓN**

- a) **Planeamiento del Sistema de Información**


- Macrogestión: Nivel Nacional**


- . Se planea, desarrolla y certifican los sistemas de información que dan soporte a los procesos en los hospitales.
- . Se desarrollan normas y estándares de Tecnologías de Información y Comunicación que regulan la integración de sistemas informáticos a nivel nacional.
- . Se organiza y asesora el desarrollo conjunto de proyectos sobre Sistemas de Información para hospitales.


- Macrogestión: Nivel Regional**


- . Se desarrolla la Identificación de estándares de datos en salud para la integración de sistemas de información.
- . Se supervisa la implementación de normas y estándares de Tecnologías de Información y Comunicación que regulan la integración de sistemas informáticos a nivel regional.

- Mesogestión: Nivel Hospitalario**

-  Se cuenta con diagnóstico de los sistemas de información en forma periódica (anual)

 Se adoptan normas y estándares de Tecnologías de Información y Comunicación en concordancia con las definidas por la Dirección de Desarrollo Institucional, las mismas que son empleadas en la implementación de los sistemas de información

 Se adopta la Identificación Estándar de Datos en Salud definidos por el Seguro de Salud Individual y Familiar en los sistemas de información locales.

 Participan en el desarrollo conjunto de proyectos de sistemas de información para hospitales.

### **Microgestión: Nivel Centros de Responsabilidad**

. Se evalúan los sistemas de información existentes y se generan requerimientos de mejora.

. Se plantean nuevas necesidades de sistematización de procesos, se establece su impacto y prioridad.

. Realiza Trabajo conjunto entre las unidades de estadística de los hospitales con los establecimientos de sus redes.

. Se mantienen operativas mesas de trabajo para evaluar la consistencia de información.


### **b) Proceso de Implementación de Sistemas de Información**

#### **Macrogestión: Nivel Nacional**

. Se cuenta con un glosario de términos concordado con todo el sistema de salud.

. Se planea y coordina la implementación de sistemas de información en Hospitales a nivel nacional.

#### **Macrogestión: Nivel Regional**

 Se planea y coordina la implementación de sistemas de información en Hospitales a nivel regional.

#### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

. Se cuenta con los recursos tecnológicos necesarios para soportar los sistemas de información que requieren ser automatizados.

. Se cuenta con planes de mantenimiento preventivo y mecanismos que garanticen las sostenibilidad de los equipos e instalaciones.

. Se cuenta con sistemas de información seguros y confiables soportando los principales procesos, y la toma de decisiones bien informadas.

#### **Microgestión: Nivel Centros de Responsabilidad**

- . El personal hace un correcto uso de los recursos y servicios informáticos.
- . Los Centros de Responsabilidad contribuyen a la implementación y consolidación de los sistemas de información y servicios informáticos.
- . El personal vela por la calidad en el registro de datos.

### **c) Proceso de Capacitación y Cultura de Información**

#### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- . Se cuenta con programas de capacitación dirigidos a la oferta en el uso y manejo de la información.
- . Se cuenta con programas de educación en el uso de la información, dirigidos a la demanda.
- . Se desarrollan y mantienen políticas y normas que reconocen a la información en salud como recurso estratégico.

#### **Macrogestión: Nivel Regional**

- . Se implementa los programas de capacitación dirigidos a la oferta en el uso y manejo de la información.
- . Se implementa los programas de educación en el uso de la información, dirigidos a la demanda.

#### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- . Se promueve permanentemente la cultura de información. . Se incentiva la capacitación en temas de cultura de información dirigidos al personal. . Se difunden normas y políticas sobre los recursos de información.

#### **Microgestión: Nivel Centros de Responsabilidad**

- . Se promueve a la información como un recurso estratégico.
- . Se cuenta con recursos humanos con el nivel de competencias requeridas para un correcto uso de los sistemas de información.

### **d) Proceso de Supervisión de Sistemas de Información**

#### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- . Se elaboran normas que regulen las acciones de supervisión y los mecanismos y técnicas a utilizar en este proceso.

#### **Macrogestión: Nivel Regional**

- . Se difunde y capacita al personal en el proceso de supervisión de sistemas de información.

#### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- . Se aplican los procedimientos de supervisión en los Centros de

## Responsabilidad

- . Se elaboran los mecanismos de monitoreo periódico alineados con las normas que regulan las acciones de supervisión.
- . Se informa al nivel macro sobre los resultados de la supervisión.

### **Microgestión: Nivel Centros de Responsabilidad**

- . Se hace uso de los mecanismos y técnicas necesarios para la supervisión de las actividades.
- . Se monitorea de manera permanente el correcto funcionamiento del sistema de información.

## **e) Proceso de Producción, Distribución y Uso de la Información**

### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- . Se mantienen políticas y mecanismos para garantizar calidad, oportunidad y seguridad de la información.
- . Se cuenta con tablero de control de mando por niveles.
- . Se definen políticas y estrategias en base en los sistemas de información.

### **Macrogestión: Nivel Regional**

- . Se desarrollan planes de capacitación presenciales y a distancia en el uso de los sistemas de información.
- . Se implementan los mecanismos para garantizar calidad, oportunidad y seguridad de la información.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- . Se implementan mecanismos para garantizar la calidad, oportunidad y seguridad de la información.
- . Se intercambia información con el nivel regional y nacional, de manera natural y eficiente.
- . Se vigilan las acciones del hospital a través de un tablero de control.
- . Se produce información según demanda priorizada para la toma de decisiones.

### **Microgestión: Nivel Centros de Responsabilidad**

- . Se cumplen las normas de aseguramiento de calidad, oportunidad y seguridad de la información.
- . Se capacita al personal en el correcto uso y explotación de los

sistemas de información.

. Los sistemas de información permiten realizar análisis estadísticos para impulsar la descentralización y la investigación.

. La unidad de estadística de hospitales apoya a la red en la elaboración de investigaciones.

. Se cuenta con mesas de trabajo para el análisis de información conjunta entre las unidades de estadística y los equipos de gestión.

## **COMPONENTE 6 - INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA**

### **• MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL**

El Ministerio de Salud en coordinación con las Universidades y las instituciones involucradas en la educación de pre grado y post grado en salud, así como las empresas públicas y privadas deberán comprometerse a fomentar la investigación en salud.

Las Universidades que cuentan con Facultades en salud y afines deben incorporar en sus planes de estudios cursos de investigación y fomentar la investigación desde los primeros años de estudio, siendo cursos de acreditación obligatorio.

Se debe incentivar a los estudiantes de pre grado de las áreas de salud a realizar investigación desde los primeros años, acorde a los niveles pertinentes y correspondientes.

El Ministerio de Salud deberá normar los procesos de investigación en salud.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social deberá establecer estándares de docencia a nivel de las unidades médicas propias, acorde a la capacidad instalada del establecimiento, que incluyen:

- Número de vacantes para internado y residentes
- Docentes por grupos de alumnos.
- Provisión de material para el adecuado trabajo

### **• PROCESOS DEL COMPONENTE DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA**

#### **a) Proceso de Regulación del Campo Clínico y Hospitalario**

##### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- . Se implementan políticas de investigación a nivel del sector.
- . Se implementan políticas de docencia a nivel del sector.
- . Se realiza la Implementación, fortalecimiento y consolidación de las

Unidades Funcionales de Docencia e Investigación a nivel de los establecimientos de salud a nivel local, regional y nacional según complejidad.

#### **Macrogestión: Nivel Regional**

. Se Implementa y adapta la política de investigación y docencia de largo plazo establecida por la Autoridad Sanitaria Nacional acorde a la realidad regional y enmarcada en los compromisos con las prioridades sanitarias, deuda sanitaria y el perfil de los profesionales en salud.

. Se Garantiza la Implementación, fortalecimiento y consolidación de las Unidades Funcionales de Docencia e Investigación a nivel regional.

#### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

. Se realiza la Implementación, fortalecimiento y consolidación de las Unidades de Docencia e Investigación en los establecimientos de salud acorde a complejidad.

. Se Implementaron los Comités de Docencia e Investigación.  
Garantiza el presupuesto para investigación y docencia.

### **COMPONENTE 7 - FINANCIAMIENTO Y MECANISMO DE PAGO**

#### **• MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL**

##### **FINANCIAMIENTO**

Los recursos financieros que se asignan a salud, la forma de obtenerlos, las prioridades a las que se asignan y la forma como se entregan a los prestadores y la población, deben ser consistentes con la política de salud y favorecer el logro de estos objetivos más globales. El financiamiento de la salud no se justifica en sí mismo, sino solamente como medio para lograr fines superiores, establecidos y gobernados por la política general de salud. Los esquemas de financiamiento en un sistema de salud se relacionan con los modelos de atención y gestión en los establecimientos de salud, por un lado si no guardan coherencia con las políticas de salud, pueden convertirse en distorsionadores de estos modelos y por el contrario si existe dicha coherencia, pueden ser un potente modulador positivo de los mismos.

El financiamiento a nivel de un hospital se define como la determinación y consecución de los recursos en base a la facturación, para que pueda prestar atención de salud a los ciudadanía en general, el principal objetivo de cualquier alternativa de financiamiento en el hospital debe ser cubrir los gastos operativos y de inversión, alcanzando de esta manera un

equilibrio financiero.

El financiamiento en los hospitales tendrá como objetivo aumentar el acceso universal a una atención de salud de calidad para la población y que el gasto sanitario tenga mayor efectividad social y eficiencia posibles. Para alcanzar razones de costo-efectividad hospitalarias adecuadas, es fundamental definir políticas de salud claras con mecanismos de asignación y gasto transparente, de modo que se puedan dirigir objetivos e incentivos hacia la mayor equidad social y calidad de los servicios.

De esta manera las alternativas de financiamiento en el hospital tienen como finalidad:

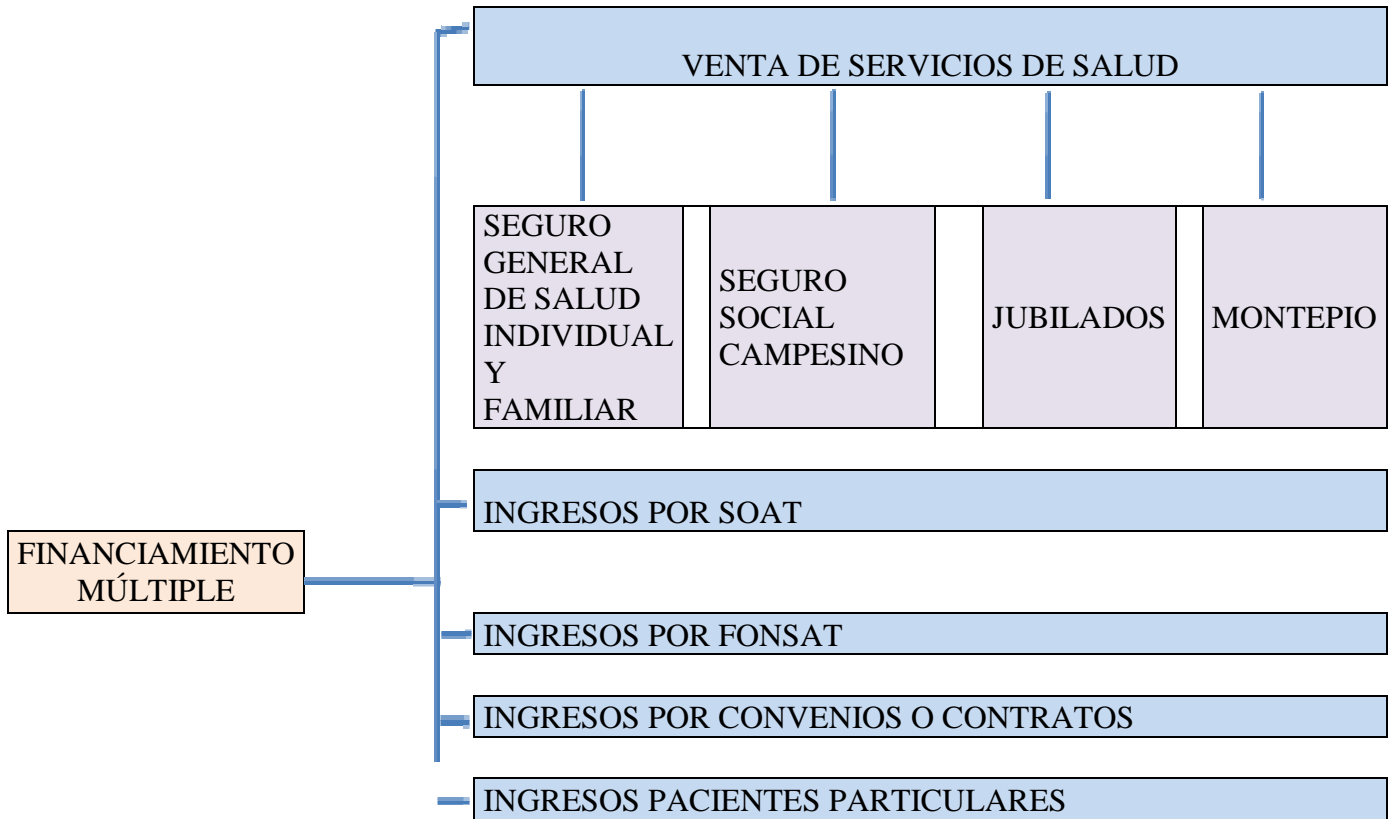
- Aumentar la efectividad global del hospital (reorientando sus acciones hacia las demandas reales o potenciales de la población en el contexto de red de servicios de salud).
- Aumentar la eficiencia global del hospital (dejando de financiar recursos ociosos o subempleados).
- Promover la provisión de servicios con estándares mínimos de calidad.

Las fuentes de financiamiento tendrán una tendencia a modificarse buscando prescindir del criterio de financiamiento con base histórica a uno vinculado con actividad, así mismo las relaciones del hospital con sus financiadores se modifican en dos aspectos:

- Los financiadores de las unidades médicas del IESS tienden a diversificarse (un hospital factura por servicios a diferentes seguros: Seguro General de Salud Individual y Familiar, Seguro Social Campesino, Pacientes Particulares, SOAT, FONSAT lo cual exige establecer sistemas de facturación oportunos y fiables).
- Las negociaciones con los financiadores tienden a ser prospectivas y basarse en indicadores de actividad esperables para un siguiente periodo (se deben disponer de sistemas que permitan medir la actividad de las diferentes unidades productoras de servicios de salud e imputar costos a dichas actividades).
- Los financiadores en un mismo hospital tienden a diversificarse (un hospital factura por servicios a diferentes seguros SIS, SOAT, lo cual exige establecer sistemas de facturación oportunos y fiables).



## FUENTES DE FINANCIAMIENTO



## ELEMENTOS DE CAMBIO EN EL HOSPITAL

Situación Negativa	Situación Positiva
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital reactivo conforman sus recursos en torno a patrones históricos de la demanda.</li> <li>2. Sistemas de programación de la oferta frágiles por carencias metodológicas para analizar la demanda.</li> <li>3. Débiles y poco estructuradas, relaciones del hospital y otros establecimientos de salud de la red.</li> <li>4. Financiamiento de la oferta.</li> <li>5. Inexistencia de imputación de costos a productos o líneas de servicios.</li> <li>6. Restricciones de los marcos jurídico-institucionales para adecuar con flexibilidad sus recursos productivos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital proactivo conforman sus recursos en torno a necesidades de la demanda en un contexto de red.</li> <li>2. Sistemas de programación de la oferta en base a metodologías sistematizadas.</li> <li>3. Relaciones estructuradas del hospital con los otros establecimientos de salud de la red, definiendo funciones.</li> <li>4. Tendencia al financiamiento de la demanda, financiamiento en relación al usuario y no al establecimiento de salud.</li> <li>5. Sistemas de costos que destacan la eficiencia y se insertan en la evolución del hospital hacia un modelo de gestión.</li> <li>6. Flexibilidad en los marcos jurídicos - institucionales de los hospitales para óptima readecuación de los recursos productivos.</li> </ol>

## **INSTRUMENTOS DE FINANCIAMIENTO EN EL IESS HOSPITAL DE LATACUNGA**

El presupuesto por resultados es el instrumento metodológico más razonable a implementar para lograr la misión pública del hospital. El presupuesto por resultados (outputs) o denominado presupuesto global, a partir del cual se establece un contrato entre el financiador y el hospital para el cumplimiento de determinadas metas de producción preestablecidas, en contrapartida el financiador jurisdiccional transfiere al hospital un monto global de recursos y delega al mismo la autonomía para ejecutarlos con flexibilidad.

Dentro de este esquema, la elaboración del presupuesto por resultados por el hospital requiere la medición del producto hospitalario en términos económicos con el fin de estimar necesidades de financiamiento del gasto sobre la base del producto programado, es decir por resultados; este enfoque prospectivo, con compromiso sobre la producción proyectada, es una estrategia que permite la evaluación y programación en el hospital con criterios económicos.

### **MECANISMOS DE PAGO**

En relación a los mecanismos de pago, éstos son instrumentos de reembolso por servicios de salud prestados, los cuales son establecidos por el financiador en coordinación con el hospital. La transferencia de fondos implica el concurso de diferentes actores:

- . Usuarios o Ciudadanos en salud, en realidad son los últimos financiadores del sistema de salud a través del pago de aportes al IESS.
- . Financiador o intermediador financiero, actúa como agente de retención de fondos al usuario y paga al prestador. (IESS)
- . Prestador, es el proveedor de servicios institucional como el IESS Hospital de Latacunga.

Otro elemento importante en el marco del componente de financiamiento viene a ser los compromisos de gestión entre los financiadores públicos y

los hospitales públicos, que incorporan la lógica del contrato y negociación entre partes y sustituye a la vieja lógica administrativa. Si la actividad a financiar se expresa no solo como cantidad, sino también en términos de calidad técnica y percibida mediante indicadores apropiados de logro, el financiamiento se convierte en un incentivo de efectividad, eficiencia y calidad. Así mismo, como una consecuencia, las relaciones internas en el hospital tienden a modificarse, porque a nivel de la meso gestión (gestión del hospital) se tendrá interés por establecer relación con las diferentes unidades productoras de servicios (micro gestión) usando la misma lógica, negociando la actividad esperable y ajustando los incentivos y los elementos disuasorios necesarios. Otro aporte trascendente de los compromisos de gestión, es que aumentan la cultura de la responsabilidad.

- **PROCESOS DEL COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO Y MECANISMOS DE PAGO**

- a) **Proceso de Regulación e Implementación del Financiamiento**

- Macrogestión: Nivel Nacional**

- . Se ha implementado el Aseguramiento Universal por parte del Estado.
- . Se ha aprobado la Ley de Aseguramiento Universal
- . Se han establecido estándares de categorización y acreditación a cumplir por los prestadores para brindar servicios de salud, los cuales serán utilizados para acceder a las diferentes fuentes de financiamiento y que contribuirán a una mayor competitividad en el sector.
- . Se tiene definido un listado priorizado y un listado esencial de prestaciones.
- . Se ha establecido el marco normativo de los diferentes Seguros del IESS para el pago a los a las unidades médicas propias.
- . Se ha establecido el marco normativo para el desarrollo del presupuesto por resultados.
- . Se complementa el marco normativo sobre tarifas, estableciéndose

un tarifario nacional referencial por nivel de atención.

. Se han establecido acuerdos de gestión entre el Nivel Nacional y el Nivel Regional.

### **Macrogestión: Nivel Regional**

. Se desarrollan acuerdos de gestión entre el Departamento Provincial del SSIF Tungurahua y prestadores hospitalarios.

. Se cuenta con un Plan de Implementación de la Ley de Aseguramiento Universal.

. Se presta asistencia técnica para la elaboración de Presupuesto por Resultados en los Hospitales.

. Se cuenta con base de datos de asegurados como estrategia para prevenir duplicidad en la facturación.

. Se gestionan fuentes alternativas de financiamiento para hospitales de acuerdo a prioridades sanitarias y normativa vigente.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

. Se transparentan todas las fuentes de financiamiento, con sus montos y la estructura de todos sus ingresos

. Se elabora Presupuesto por Resultados.

. Se aplican los lineamientos de política tarifaria vigente, garantizando la misma excelencia técnica, eficacia y oportunidad en la calidad de atención a sus usuarios, independientemente del financiamiento.

. Se implementa la metodología de costeo estándar.

. Se suscriben acuerdos de gestión entre la Dirección del Hospital y los Centros de Responsabilidad para el mejoramiento de la calidad de atención.

. Se implementa convenios de prestaciones y se utiliza base de datos de usuarios afiliados a seguros como estrategias para evitar duplicidad en la facturación

## **b) Proceso de Desarrollo de Mecanismos de Pago que Favorecen el Cumplimiento de la Misión del Hospital**

### **Macrogestión: Nivel Nacional**

- . Se fortalecen las capacidades institucionales para el apoyo técnico y vigilancia de la adecuada implementación y resultados de los mecanismos de pago adoptados.
- . Se ha regulado y normado los procedimientos para el desarrollo de los diferentes mecanismos de pago a fin de potenciar sus ventajas y disminuir los riesgos de su aplicación.
- . Se Establecen los procedimientos para el manejo de las enfermedades de alto costo, como criterio de negociación con los financiadores.

### **Macrogestión: Nivel Regional**

- . Se implementa la normatividad y se fortalecen las capacidades institucionales para gestionar los diferentes mecanismos de pago.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- . Se implementa la normatividad y se fortalecen las capacidades institucionales para gestionar los diferentes mecanismos de pago.
- . Se incrementa el nivel de autonomía del hospital para la adecuada aplicación de los diferentes mecanismos de pago.
- . El hospital tiene como mecanismo de pago: Reembolso por atención prestada.

## **COMPONENTE 8 - PLATAFORMA ORGANIZATIVA**

### **• MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL**

La organización es el proceso mediante el cual se estructuran los recursos humanos tecnológicos, financieros y materiales con el fin de alcanzar los objetivos establecidos, organizar implica por tanto, que los



planes se conviertan en acciones, y la función de organizar da lugar a una estructura organizativa.

Los Modelos de atención de salud determinan la forma de organización de los sistemas de salud, en este sentido corresponde organizar la prestación de servicios en los hospitales desde la persona, su familia y su entorno comunitario por lo que se debe tener como fundamento las necesidades de las personas, y la organización del hospital debe ajustarse a las necesidades de los usuarios y no a la de los prestadores. En este componente del Modelo de Gestión hospitalaria, Plataforma Organizativa, los elementos directrices considerados son las siguientes:

- **PROCESOS DEL COMPONENTE PLATAFORMA ORGANIZATIVA**

- a) **Proceso de Fortalecimiento de la Rectoría Regional en Red Hospitalaria**

**Macrogestión: Nivel Regional**

. Se realiza la evaluación del desempeño hospitalario por el Seguro de Salud Individual y Familiar y la Coordinación General de Unidades

Médicas del IESS, en base a tablero de control de mando, y sus observaciones y recomendaciones son vinculantes para los hospitales.

. Todos los hospitales independientemente de su categoría se han incorporado funcionalmente a la red de servicios de salud cumpliendo las funciones de soporte hacia la red y la participación ciudadana.

## **b) Proceso de Organización Hospitalaria**

### **Macrogestión: Nivel Nacional**

. Se cuenta con la Coordinación General de Unidades Médicas del IESS para la elaboración de documentos de gestión en relación a la organización del hospital.

. Se cuenta con Coordinación General de Unidades Médicas del IESS que estandarice parámetros del funcionamiento de equipos de gestión y comités en el hospital.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

. El hospital tiene una estructura organizativa por procesos de producción basada en las necesidades de los usuarios.

. La estructura organizativa, además de la Dirección del hospital, cuenta con una Dirección Médica y una Dirección Administrativa que coordinan y conducen los Centros de Responsabilidades clínico y administrativas respectivamente.

. La estructura organizativa incorpora la Gestión Tecnológica como un órgano de apoyo en el organigrama estructural.

. Se ha reestructurado la organización del hospital a fin de incorporar las funciones de soporte del hospital hacia la red y la participación social.

. El hospital cuenta con Comités funcionales permanentes y ad-hoc con objetivos definidos y organizados para el cumplimiento de los mismos, contando con planes de acción supervisados por el Director Médico del Hospital o Director Administrativo según corresponda.

. En el hospital se desarrolla un estilo de gestión participativa para lo que se tiene constituido un equipo de gestión, el mismo que con reuniones periódicas documentadas ayudan al proceso de toma de



decisiones, las cuales están basadas en consensos y en evidencias suministradas por el sistema de información.

### **c) Proceso de Coordinación del Hospital Como Establecimiento de Salud Integrante de la Red de Servicios**

#### **Macrogestión: Nivel Regional**

. Se tiene establecido un programa de reuniones periódicas de la red de servicios, como mínimo una al mes, en la que interviene el hospital con el propósito de intercambio de información, y optimización de las decisiones para una gestión colectiva.

. El ingreso a la red de servicios de salud es por el primer nivel de atención, la puerta de entrada al hospital es a través de emergencias-urgencias y referencias del primer nivel.

#### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

. El Hospital da complementariedad de servicios al primer nivel de atención, dando soporte para el diagnóstico, tratamiento, de desarrollo de recursos humanos asistencial de los establecimientos de la red, en el marco de un esquema de financiamiento concertado según sea el caso, y en el contexto de la categorización y el nivel de complejidad asignado.

. El Hospital como parte de la Red de Servicios de Salud contribuye a la continuidad de la atención y a las estrategias de intervención para el manejo de problemas de salud de la población del ámbito, en forma coordinada y según su nivel de complejidad, a través del uso de referencias, guías de práctica clínica, normativas de gestión, codificación y sistemas de información entre otras, con el soporte de tecnologías de información y comunicación.

. La atención del paciente en el hospital se complementa con la capacidad resolutoria del resto de la red, a través de las visitas domiciliarias, el seguimiento a los pacientes en la cirugía ambulatoria y de corta estancia, verificación de categoría socio-económica entre otras, por medio de la contrarreferencia al primer nivel de atención.

## **d) Proceso de Incorporación de la Participación Ciudadana al Hospital**

### **Macrogestión: Nivel Nacional**

. Se cuenta con directivas que regulan la participación ciudadana en el hospital.

### **Macrogestión: Nivel Regional**

. Se difunde e implementa directivas que regulan la participación ciudadana en los hospitales de su ámbito.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

. El Hospital independiente de su complejidad y categoría tiene conformado un Consejo de Vigilancia de Apoyo Ciudadano.

. El Consejo de Vigilancia tiene como Función vigilar la calidad de atención en el hospital: considerando el cumplimiento del horario de atención, permanencia de profesionales, tiempos de espera, trato, información a usuarios, resolución de quejas, entre otros.

. El hospital promueve otras formas de participación ciudadana como: asociación de pacientes por patología específica (diabéticos, hipertensos, discapacitados, clubes de adultos mayores, familiares de usuarios entre otros).

## COMPONENTE 9 - PLATAFORMA ESTRATÉGICA

### • MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

La plataforma estratégica en el hospital está representada por los procesos de planificación que se desarrollan en este establecimiento de salud (mesogestión y microgestión) y los procesos de planificación nacional y regional relacionados con las unidades médicas del IESS a un nivel de macrogestión, todos los cuales se efectúan con un enfoque estratégico, con un enfoque de red de servicios de salud y en forma coherente y articulados entre los diferentes niveles, sobre la base de información sobre el desarrollo de los procesos en el hospital y sus resultados.

Así mismo, la articulación en el marco estratégico nacional general se debe tener en cuenta en todos los niveles para los procesos de planificación hospitalaria, como son compromisos que el Estado y el Sector Salud han asumido en materia de salud en los Objetivos de Desarrollo de Salud, las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional, así como el Plan Nacional Concertado de Salud. Igualmente en el nivel de macrogestión regional y de meso y microgestión hospitalaria, se debe tomar como marco estratégico los Planes de Desarrollo Regional y los Planes Concertados Regionales de Salud correspondientes.




En el nivel de microgestión hospitalaria, tomando como marco, además de lo mencionado, el Plan Estratégico del Hospital, el gestor clínico desarrolla en forma participativa con el personal de los Centros de Responsabilidad del cual es gestor, un plan de trabajo de gestión de los Centros de Responsabilidad, denominado Plan de Gestión Clínica, según lo descrito en el componente de Gestión Clínica.

La planificación es un componente fundamental en la gestión hospitalaria porque es un instrumento del que disponen los gestores para trazar su rumbo y adaptarse a los cambios, si el hospital no planifica, en poco tiempo dependerá del día a día, sin obtener resultados sanitarios efectivos y eficientes.

Si bien el concepto inmediato e intuitivo de planificación es anticiparse al futuro e intentar influirlo en relación con una idea; el significado del término puede variar en relación con las distintas teorías de planificación, con los ámbitos donde se practica y con el alcance que quiera darse al término, sin embargo existen tres elementos que aparecen como común denominador en la mayoría de enfoques y definiciones de de planificación, estos son:

- Futuro: elemento que más influye en diferenciar a la planificación de otros procesos de gestión es la distinta estructura temporal, cubriendo la planificación temas que se adentran en el futuro.
- Decisión: este elemento diferencia la planificación de lo que puede ser un simple ejercicio de estudio de escenarios futuros o de la investigación de servicios de salud en el que se plantea el estudio de preguntas más amplias y generalizables. En lo que se centra el esfuerzo intelectual y creativo de la planificación es en los problemas que se plantean en el momento actual y para los cuales se deben diseñar las mejores alternativas de solución.
- Acción: este elemento garantiza la efectividad del proceso planificador.

La planificación no es un mero cálculo sino un cálculo que precede y preside a la acción. Uno de los mayores problemas que han existido en planificación es que se presta más atención al diseño que a la implementación, por lo que actualmente se dan gran importancia a las condiciones prácticas de implementación de los planes, como parte indisociable del proceso de planificación

Elemento	Orientado a:
<b>Futuro</b>	 Analizar problemas y explorar oportunidades en el futuro
<b>Decisión</b>	 Decidir los cambios necesarios y las mejores alternativas
<b>Acción</b>	 Aplicar los cambios en las organizaciones..

En este contexto la Planificación Estratégica es un proceso mediante el cual el hospital analiza su entorno interno y externo, se pregunta por su razón de ser y expresa su finalidad, metas, objetivos y estrategias para alcanzar el bienestar y la salud de su población objetivo. Esto significa que las decisiones que se toman en el hospital en el presente, producirán resultados útiles para la comunidad en el futuro. El Plan Estratégico es por consiguiente un instrumento que guía y permite definir las características del hospital para construir su futuro en relación con el medio o entorno que lo rodea y la red de servicios de Salud a la que pertenece.

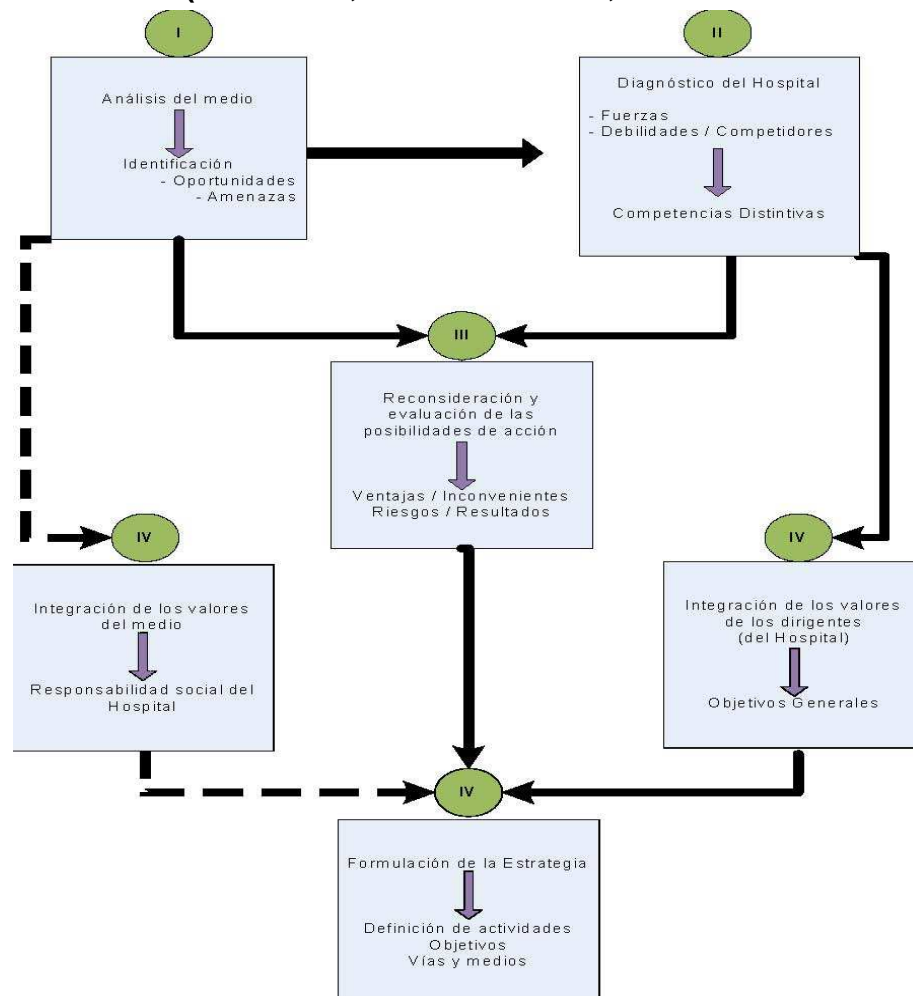
El enfoque estratégico precede y es más amplio que la planificación y la gestión estratégicas. La capacidad de pensar estratégicamente es la base para aplicar las técnicas de planificación y gestión estratégicas.

Para que algo pueda calificarse de estrategia, ha de ser significativo. En este criterio se observa una noción o dimensión fundamental vinculada con el uso habitual del término estrategia. Pero este criterio no es suficiente; debe haber también una asignación de recursos materiales, financieros y humanos para que pueda hablarse verdaderamente de estrategia. En efecto, una estrategia debe poder expresarse en cifras y, por lo tanto, en términos financieros. Si no hay asignación de recursos, no se habla de estrategia, sino de proyecto o de simple orientación. La asignación de recursos pasa por la selección, por parte de la entidad hospitalaria, de las esferas de actividad y de los medios financieros que va a utilizar para realizar sus objetivos dentro de esas esferas de actividad.

Ciertas organizaciones sociales, y en primer lugar el hospital público o privado sin fines de lucro, tienen otros objetivos que no son la maximización de los resultados financieros. Todo hospital, sea grande o pequeño, público o privado, debe contar con una estrategia. El modelo LCAG presenta las etapas principales del enfoque estratégico:

- 1 Análisis del medio.
- 2 Estudio de las fuerzas y las debilidades del Hospital, que permite distinguir las competencias distintivas de la empresa, es decir, que es lo que sabe hacer mejor que las otras.
- 3 Delimitación de las acciones posibles confrontando esta competencia distintiva (lo que la empresa sabe hacer mejor que las otras) con el análisis del medio (los factores claves del éxito).
- 4 Control de las acciones o plan de acción articulado en función a los objetivos generales a fin de formular una estrategia.

### MODELO LACG (LEARNED, CHRISTIANSEN, ANDREWS Y GUTH)



El Proceso de Planificación Estratégica se compone de tres fases:

Fase Estratégica: consiste en plantear una serie de estrategias y establecer una serie de prioridades sobre la base de un diagnóstico previo, tanto interno (puntos fuertes débiles) como externo (amenazas y oportunidades). Esta se materializa en un Plan Estratégico, que tiene un horizonte temporal de largo plazo y es relativamente general, asegura la efectividad y supervivencia del hospital, sin embargo no es estática, sino dinámica y se adapta a los cambios institucionales y del entorno.

Fase Operativa: en ella se selecciona las herramientas y unidades de medida que se van a utilizar. Se materializa principalmente en el Plan Operativo, que tiene un horizonte temporal de corto plazo, es específica y concreta las ideas de la planificación estratégica en acciones cuantificables y evaluables.

Fase Presupuestaria: es la que lleva consigo la asignación de recursos, los compromisos y las responsabilidades, el seguimiento de los resultados y su control. Se materializa en el Presupuesto.

Entender esto es importante porque en el hospital suele segmentarse el desarrollo de las fases de este proceso no articulando las acciones relacionadas a las mismas.

Teniendo como producto de la fase estratégica un Plan Estratégico o equivalente, se realiza la planificación operativa, sin un Plan Estratégico, a modo de construcción colectiva y dinámica de un mapa que permita conducir a la organización hacia la situación deseada en constante evolución, recién es coherente realizar la planificación operativa, tomando como marco la planificación estratégica; sin la existencia de planificación estratégica los procesos de planificación en el hospital se tornan cortoplacistas y sin rumbo.

En la planificación operativa es donde en forma concreta se determina los productos hospitalarios que se necesitan para lograr determinados

cambios en la situación de salud de la población, para establecer una relación de coherencia adecuada se aplican métodos y criterios epidemiológicos determinando la estructura de morbilidad; sin embargo el hospital no tiene capacidad para resolver el problema de salud por si solo y por razones de efectividad y economía de escala necesita actuar en asociación con otros establecimientos de salud, es decir en un enfoque de red de servicios de salud.

La fase de programación del Presupuesto parte de lo definido en el Plan Operativo sobre la determinación del producto hospitalario y es la expresión monetaria del tipo, volumen y composición de recursos para generar los productos necesarios que se esperan del hospital para lograr determinados cambios en la situación de salud de la población, respondiendo como parte del sistema de salud en un contexto de red de servicios de salud. La cuantificación económica de los productos hospitalarios se determina en términos de costos operacionales, esta medición del producto hospitalario en términos económicos permite tener un Presupuesto en el hospital con un enfoque prospectivo, con compromiso sobre la producción proyectada: Presupuesto por Resultados.

La determinación tipo, volumen y composición de recursos para generar los productos hospitalarios se expresa en el denominado Cuadro de Necesidades, que es por tanto un insumo para la elaboración del Presupuesto y a su vez insumo para elaborar el Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones del Hospital (PAC), este último requiere para implementarse una adecuada Gestión Administrativa, en relación a los procesos logísticos, de los cuales en última instancia dependerá que lo planificado llegue donde se necesita en forma oportuna y suficiente para obtener los productos hospitalarios deseados.

Otra distorsión frecuente es la elaboración del cuadro de necesidades en forma histórica sin conexión a los productos hospitalarios que sumado a la imposibilidad de medir el producto hospitalario en términos económicos



por no contar información sobre costos, no permitirían operativizar el desarrollo de un Presupuesto por Resultados.

Por otro lado, si bien en el hospital el Documento representativo de la planificación operativa es el Plan Operativo, no es el único, existen una serie de Planes Institucionales que enmarcados en el Plan Estratégico del Hospital se focalizan en tema específico, algunos de los cuales se detallan en otros componentes del Modelo de Gestión Hospitalaria y muchos de ellos están contenidos en el Plan Operativo., pudiendo tener una temporalidad igual al del plan operativo o mayor, como puede ser el caso un Plan Director o del Plan Maestro Hospitalario los cuales al estar enmarcados en el Plan Estratégico del Hospital, se convierte también en herramientas para operativizarlo.

- **PROCESO DEL COMPONENTE PLATAFORMA ESTRATÉGICA**

- a) **Proceso de Planificación del Desarrollo de la Red Hospitalaria**

**Macrogestión: Nivel Nacional**

- . Se tienen definidos Guías Técnicas para la elaboración de Planes Estratégicos Hospitalarios.

- . Se tienen definidos Guías Técnicas para la elaboración de Planes Maestros de Desarrollo Hospitalarios de mediano y corto plazo.

- . Se tienen definidos estándares de oferta hospitalaria y criterios para la planificación.

- . Se cuenta con estudios de diagnóstico de situación de hospitales a nivel nacional.

- . Se tiene formulado el Plan Maestro de Desarrollo de la Red Hospitalaria del país de carácter indicativo de mediano y corto plazo, coordinado con el Nivel Regional y a su vez este con Hospitales correspondientes.

**Macrogestión: Nivel Regional**

- . Cada Departamento Provincial del Seguro General de Salud, tiene elaborado el Plan Maestro de Desarrollo de la Red Hospitalaria Regional.

- . El Departamento Provincial del SSIF Tungurahua promueve la

elaboración del Plan Estratégico en hospitales de su ámbito y Plan Maestro de Desarrollo del Hospital en el marco del Plan Estratégico del Hospital.

. El Departamento Provincial del SSIF Tungurahua supervisa los procesos de planificación en los hospitales de su ámbito.

### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

. Se cuenta con Plan Estratégico del Hospital articulado con el marco Nacional y Regional, con enfoque de red de servicios y aprobado por La Coordinación General de unidades médicas del IESS.

. Se cuenta con el Plan Maestro de Desarrollo del Hospital (PMDH), y Proyectos derivados del mismo, los Presupuestos del Plan se desarrollan en conjunto con la Red, tienen un enfoque prospectivo o por resultados y son aprobados por el Seguro General de Salud Individual y Familiar.

. Se cuenta con un Plan Operativo Institucional enmarcado dentro del Plan Estratégico del Hospital.

. Se tiene definidos los productos hospitalarios y éstos están cuantificados en términos económicos de costos operacionales, traducidos en un Presupuesto por Resultados.

. Se cuenta con Planes de Gestión Clínica de las diferentes Unidades Productoras de Servicios de Salud en el Hospital, con indicadores de evaluación usados para el monitoreo de acuerdos o compromisos de gestión

## **COMPONENTE 10 - PLATAFORMA JURÍDICA**

### **• MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL**

La Plataforma Jurídica está representada por el marco legal, que da sustento a la aplicación de los demás componentes del Modelo de Gestión Hospitalaria, y al ejercicio de las competencias en los diferentes niveles de gestión hospitalaria.

El propósito de la Plataforma Jurídica viene es dar el sustento legal para

el desarrollo de los cambios en actividades de los hospitales, para otorgarles mayores grados de autonomía en los aspectos organizativos, de contrataciones, administrativos y financieros.

La plataforma jurídica principalmente debe avanzar hacia la autonomía hospitalaria. Un aspecto fundamental para mejorar el desempeño de los prestadores lo constituye la puesta en marcha de un modelo de gestión autónoma, que entregue a los directivos hospitalarios la capacidad de manejar sus recursos con mayor flexibilidad pero de la mano con la responsabilidad de dar cuenta al país respecto a los resultados de la gestión. En particular, los directores de hospitales deben operar en el marco de un sistema de rendición de cuentas ante la ciudadanía que introduzca el debido control social y la transparencia sobre los montos recibidos y el destino de los mismos. Un particular desafío correspondería en este punto al papel regulador del Estado, y al diseño de dispositivos legales que permitan que los gestores un grado de autonomía para que tengan mayor flexibilidad en el manejo de recursos públicos y a su vez asuman la plena responsabilidad por el resultado de su administración y se informe a la población sobre el desempeño de los prestadores.

Los principales componentes de la generación de mecanismos jurídicos para la modernización institucional son:

- Revisión, ajuste y modernización del régimen de la naturaleza jurídica de los hospitales.
- Evaluación, revisión y ajuste jurídico de los hospitales.
- Desarrollo del marco regulatorio para la operación de los hospitales con autonomía responsable.

- **PROCESO DEL COMPONENTE PLATAFORMA JURÍDICA**

- a) Proceso de Implementación de un Reglamento Hospitalario**

- Macrogestión: Nivel Nacional**

- . Se tiene definido un inventario de todas las leyes que afectan la gestión hospitalaria.

- . Se tienen sistematizadas las propuestas de modificaciones legales.
- . Se ha identificado las normas que originan duplicidad, conflictos y barreras en el desarrollo de la gestión hospitalaria, así como los vacíos legales existentes.
- . Se han derogado normas obsoletas que generan confusión a la gestión hospitalaria.
- . Se cuenta con un Reglamento Normativo Hospitalario único que agiliza y mejora la gestión hospitalaria, al adecuar el marco legal vigente que tiene implicancia en la gestión.

#### **Macrogestión: Nivel Regional**

- . Se aplica, difunde y controla la aplicación Reglamento Hospitalario en la red hospitalaria de su ámbito.
- . Se constituyen comités sobre las base del Reglamento.

#### **Mesogestión: Nivel Hospitalario**

- . Se aplica el Reglamento Normativo Hospitalario.
- . Se han establecido mecanismos de evaluación en casos de controversias en actos de función ya sean asistenciales o administrativos.
- . Se cuenta con mecanismos de coordinación entre los Comités de auditoría médica con asesorías legales.
- . Se cuenta con asesoría legal a nivel de la Entidad debidamente estructurada orgánicamente con profesionales de derecho.
- . Se conforman comités sobre las base del Reglamento.

### **6.8. ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA**

El Director Administrativo y el Director Médico, a través del Comité Ejecutivo, serán quienes administren esta propuesta, mediante la promulgación de resoluciones para implementar y/o evaluar el Modelo de Gestión Hospitalario.

La administración de esta propuesta deberá basarse en la resolución C.D 385 “Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social”, la cual señala:

## **“Sección..... DE LA COORDINACIÓN NACIONAL DE GESTIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL IESS**

**Art. ... .- Competencia.-** La Coordinación Nacional de Gestión de las Unidades Médicas del IESS, se encargará de la coordinación y supervisión de la gestión, de los planes estratégicos y operativos anuales a nivel nacional de las unidades médicas del IESS...

**Art. ... .- Responsabilidades de la Coordinación Nacional de Gestión de las Unidades Médicas del IESS.-** Son responsabilidades de la Coordinación Nacional de Gestión de las Unidades Médicas del IESS, las siguientes:

1. La coordinación y supervisión de la gestión de las unidades médicas del IESS, en búsqueda de la optimización de los recursos y eficiencia en la calidad de los servicios de salud ofertados;
2. La coordinación y supervisión del cumplimiento en la estandarización de procedimientos médicos, de acuerdo a las regulaciones dictadas por el IESS;
3. La coordinación y supervisión del cumplimiento de políticas, procedimientos y protocolos, de conformidad con las normas internas dictadas por el IESS;
4. La coordinación y supervisión para el fortalecimiento de los procesos de desconcentración y autonomía administrativa y financiera de las unidades médicas del IESS;
5. La coordinación y supervisión de los procesos para la implementación y cumplimiento de los estándares de calidad;
6. La coordinación y supervisión de los procesos para la consolidación del Plan Anual de Compras (PAC) de las Unidades Médicas del IESS;
7. La coordinación y supervisión para el oportuno pago de facturas por servicios de salud a cargo de la Aseguradora;
8. La coordinación, supervisión y evaluación periódica de indicadores de gestión previamente establecidos;
9. La coordinación y supervisión del cumplimiento de los estándares de calidad que deben cumplir las unidades de Atención Primaria de Salud, conforme al modelo de gestión aprobado por el IESS para cada nivel de atención;
10. La rendición de cuentas sobre las actividades y resultados de su gestión, al Director General del IESS; y,
11. Las demás funciones que le encargue el Director General dentro del ámbito de sus competencias, de conformidad con la ley.

**Recursos Humanos.-** Son las personas que van a ser necesarias para el trabajo de investigación, asesor del trabajo de investigación, investigador, asesor estadístico, personal de apoyo, digitador, etc.

### MATRIZ DE RECURSOS HUMANOS

TABLA N. 21.

RUBRO	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	TOTAL \$
Investigador	1	200,00 \$ / mes	\$ 600,00
Asesor Trabajo de Investigación	1	250,00 \$/ obra	\$ 250,00
Digitador	1	0,20 \$ / hoja	\$ 80,00
Encuestadores	3	1,00 \$ / cuestionario	\$ 222,00
Asesor	1	25,00 \$ / hora	\$ 250,00
<b>SUBTOTAL.-</b>			<b>\$ 1.402,00</b>
<b>10% Imprevistos</b>			<b>\$ 140,20</b>
<b>TOTAL.-</b>			<b>\$ 1.542,20</b>

Son: Un mil quinientos cuarenta y dos con 20/100 dólares americanos

**Recursos Materiales.-** Son los equipos, transportes, materiales de escritorio, alquiler de vehículo, alquiler de computadora, internet, etc.

### MATRIZ DE RECURSOS MATERIALES

TABLA N. 22

RUBRO	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	TOTAL \$
Suministros de oficina	-----		\$ 40,00
Suministros informáticos	-----		\$ 60,00
Fotocopias	-----	0,03 \$ / copia	\$ 20,00
Transporte	-----	-----	\$ 200,00
Servicios Básicos	-----	-----	\$ 120,00
Alimentación	-----	-----	\$ 280,00
Alquiler de equipos	2	80 \$ / hora	\$ 160,00
<b>SUBTOTAL.-</b>			<b>\$ 880,00</b>
<b>10% Imprevistos</b>			<b>\$ 88,00</b>
<b>TOTAL.-</b>			<b>\$ 968,00</b>

Fuente: Autor

Son: Novecientos sesenta y ocho con 00/100 dólares americanos

**Económicos - Presupuesto.-** Según **Wikipedia, la enciclopedia libre (2012: Internet)**, un presupuesto es la previsión de gastos e ingresos para un determinado lapso, por lo general un año. Permite a las empresas, los gobiernos, las organizaciones privadas y las familias establecer prioridades y evaluar la consecución de sus objetivos.

### MATRIZ DE PRESUPUESTO

TABLA N. 23

RUBRO	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	TOTAL \$
Recursos Humanos	1	Global	\$ 1.542,20
Recursos Materiales	1	Global	\$ 968,00
<b>SUBTOTAL.-</b>			<b>\$ 2.510,20</b>
<b>10% Imprevistos</b>			<b>\$ 251,02</b>
<b>TOTAL.-</b>			<b>\$ 2.761,22</b>

Fuente: Autor

Son: Dos mil setecientos sesenta y uno con 22/100 dólares americanos

Los egresos necesarios para cubrir lo presupuestado, serán autofinanciados.

**Financiamiento.-** Según **Definición.org, (2012: Internet)**, es el conjunto de recursos monetarios financieros para llevar a cabo una actividad económica, con la característica de que generalmente se trata de sumas tomadas a préstamo que complementan los recursos propios. Recursos financieros que el gobierno obtiene para cubrir un déficit presupuestario. El financiamiento se contrata dentro o fuera del país a través de créditos, empréstitos y otras obligaciones derivadas de la suscripción o emisión de títulos de crédito o cualquier otro documento pagadero a plazo.

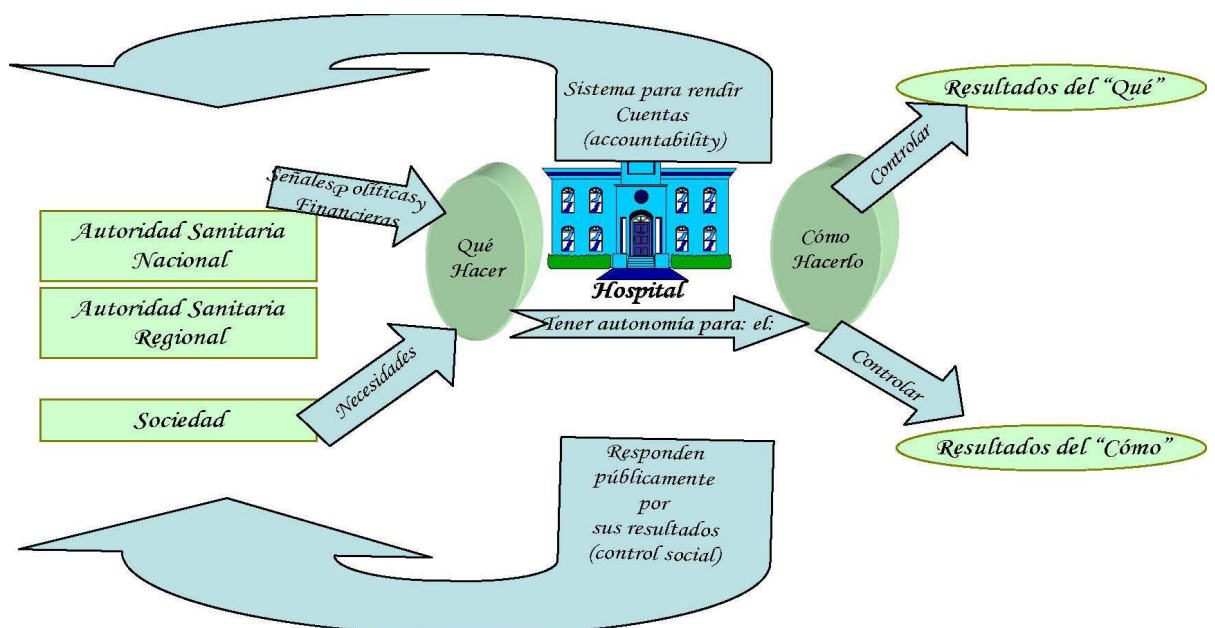
### 6.9. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA

Esta etapa se ocupa de verificar e interpretar la información sobre la ejecución y eficacia del Modelo de Gestión Hospitalario propuesto en este

documento, la evaluación constituye un valioso instrumento de medición y es de suma utilidad para conocer y mejorar los procedimientos establecidos a nivel nacional, regional, hospitalario y por centros de responsabilidad, encaminados a mejorar la calidad del servicio aumentando de esta manera la productividad lo cual permitirá alcanzar el equilibrio financiero.

La evaluación del Modelo de Gestión Hospitalario deberá ser realizado por:

- **NIVEL NACIONAL:** Coordinación General de Unidades Médicas
- **NIVEL REGIONAL:** Jefe Provincial SSIF Tungurahua
- **NIVEL HOSPITALARIO:** Director Administrativo y Director Médico
- **CENTROS DE RESPONSABILIDAD:** Directores Técnicos





## BIBLIOGRAFÍA

- **ABRIL**, Víctor Hugo, (2011), *Enfoques, Métodos y Técnicas De Investigación Científica*, (En línea) Disponible en: <http://vhabril.wikispaces.com/file/view/7.+Metodolog%C3%ADa+de+la+Investigaci%C3%B3n.pdf>
- **ALDAZ**, Juan Carlos, (2008), *Mejoramiento de procesos del Cuerpo de Bomberos de la Ciudad de Guaranda- Provincia de Bolívar*. Tesis de Ingeniero en Administración de Empresas. Quito:
- **CRUZ**, Carmen, (2006), *Análisis de los constructos de autoeficacia y su aplicabilidad a problemas sociales y económicos de la población de Puerto Rico*, (En línea) Disponible en: [http://cisne.sim.ucm.es/search~S7\\*spi?/Xservicios+de+salud&searchscope=7&SORT=DZ/Xservicios+de+salud&searchscope=7&SORT=DZ&SUBKEY=servicios%20de%20salud/1%2C13%2C13%2CB/frameset&FF=Xservicios+de+salud&searchscope=7&SORT=DZ&%2C7%2C](http://cisne.sim.ucm.es/search~S7*spi?/Xservicios+de+salud&searchscope=7&SORT=DZ/Xservicios+de+salud&searchscope=7&SORT=DZ&SUBKEY=servicios%20de%20salud/1%2C13%2C13%2CB/frameset&FF=Xservicios+de+salud&searchscope=7&SORT=DZ&%2C7%2C) (20.06.2009)
- **CHUJI**, Mónica, (2008), *El IESS es de los afiliados*, (En línea) Disponible en: [http://asambleaconstituyente.gov.ec/blogs/monica\\_chuji/2008/07/14/el-iess-es-de-los-afiliados](http://asambleaconstituyente.gov.ec/blogs/monica_chuji/2008/07/14/el-iess-es-de-los-afiliados)
- **Enciclopedia WIKIPEDIA**, (2011), *Investigación cuantitativa*, (En línea) Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n\\_cuantitativa](http://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n_cuantitativa) (01.08.2011)
- **Enciclopedia WIKIPEDIA**, (2011), *Investigación descriptiva*, (En línea) Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n\\_descriptiva](http://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n_descriptiva) (01.08.2011)
- **HERRERA E. Luís**, et. al., (2004) "*Tutoría de la Investigación*", Diemerino Editores, Quito.
- **INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**, (2003), Resolución C.D. 021 Reglamento Orgánico Funcional del IESS, Registro Oficial 222, del 01 de diciembre del 2003

- **INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**, (2001), Ley de Seguridad Social, Registro Oficial 465, del 30 de noviembre del 2001
- **LAMBIN**, Jean Jacques, (2000), **Marketing Estratégico**, tercera edición, Editorial Mc gran Hill, Bogotá.
- **Monografías**, (2011), **Investigación explicativa**, (En línea) Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/invest-cientifica/invest-cientifica.shtml> (01.08.2011)
- **Revista Virtual**, Matemática Educación e Internet, (2011), **Paradigma positivista**, (En línea) Disponible en: <http://www.cidse.itcr.ac.cr/revistamate/ContribucionesV4n22003/meza/pag3.html>
- **ROCHA**, Luis Aníbal. (2007). **Diseño de un plan estratégico para la Empresa Florícola TAMBOROSSES S.A del sector de Mulaló de la Provincia de Cotopaxi**. Tesis de Ingeniero Comercial. Latacunga:

# ANEXOS

## **ANEXO 1**

## ANEXO 2

### UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO CENTRO DE ESTUDIOS DE POST – GRADO MAESTRÍA EN AUDITORIA GUBERNAMENTAL

#### CUESTIONARIO PARA ENTREVISTA (1)

La presente entrevista se realizó al Director del IESS hospital de Latacunga

**Objetivo:** Evaluar el grado de ejecución del Plan Estratégico Institucional a fin de establecer su impacto económico y social.

#### Preguntas:

1. ¿La visión y misión institucional están desarrolladas de acuerdo a la realidad actual de los afiliados?

SI.....

NO.....

2. ¿El personal que labora en la institución conoce los objetivos estratégicos que deberán alcanzarse en el año 2009?

SI.....

NO.....

3. ¿Existen sistemas de planeación e información (tales como planeación de negocios; presupuestos, pronósticos y planeación de utilidades y contabilización de obligaciones) que revelan adecuadamente los planes de la administración y los resultados actuales del desempeño?

SI.....

NO.....

4. ¿Existen procedimientos que permiten mejorar la difusión de la información y facilitar el acceso a la misma?

SI.....

NO.....

5. ¿Se realizan evaluaciones trimestrales de las metas alcanzadas a fin de dar cumplimiento al lo propuesto en el plan estratégico institucional?

SI.....

NO.....

## ANEXO 3

### UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO CENTRO DE ESTUDIOS DE POST – GRADO MAESTRÍA EN AUDITORIA GUBERNAMENTAL

#### CUESTIONARIO PARA ENTREVISTA (2)

La presente entrevista se realizó a la Jefe Financiera IESS hospital de Latacunga

**Objetivo:** Determinar el grado de responsabilidad y transparencia del área financiera y su incidencia en la ejecución del Plan Estratégico Institucional.

#### Preguntas:

6. ¿El Director del Hospital y los jefes departamentales orientan al personal sobre la misión, visión institucional para alcanzar los objetivos del plan estratégico y operativo, en base de un plan de motivación?

SI.....

NO.....

7. ¿La Subgerencia Financiera evalúa periódicamente la posición estratégica de la sociedad de acuerdo a lo estipulado en el plan estratégico?

SI.....

NO.....

8. ¿La Subgerencia Financiera suministra la información a las personas adecuadas, permitiéndoles cumplir con sus responsabilidades de forma eficaz y eficiente?

SI.....

NO.....

9. ¿El área financiera presenta oportunamente información financiera y de gestión?

SI.....

NO.....

10. ¿Se revisan periódicamente en forma interna y externa los informes financieros y de gestión?

SI.....

NO.....

11. ¿El IESS hospital de Latacunga ha realizado reportes periódicos sobre los resultados de ejecución del POA, evaluando el avance físico de las metas y objetivos programados por cada área de operación?

SI.....

NO.....

12. ¿Se evalúa y supervisa en forma continua la calidad y rendimiento del sistema de control interno, su alcance y la frecuencia, en función de la evaluación de los riesgos?

SI.....

NO.....



## ANEXO 4

### UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO CENTRO DE ESTUDIOS DE POST – GRADO MAESTRÍA EN AUDITORIA GUBERNAMENTAL

#### CUESTIONARIO PARA ENCUESTA (1)

La presente encuesta se realizó a los Jefes de Área del IESS hospital de Latacunga

**Objetivo:** Determinar el grado de compromiso por parte de los servidores de la institución para alcanzar las metas y objetivos estratégicos del IESS Hospital de Latacunga.

#### Preguntas:

1. ¿El Director del Hospital y los jefes departamentales orientan al personal sobre la misión, visión institucional para alcanzar los objetivos del plan estratégico y operativo, en base de un plan de motivación?

SI.....

NO.....

2. ¿El IESS Hospital de Latacunga cuenta con un plan estratégico difundido interna y externamente, en concordancia con el plan institucional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

SI.....

NO.....

3. ¿La filosofía y estilo de la Administración se reflejan en la forma en que establece las políticas, objetivos, estrategias su difusión y la responsabilidad de informar sobre su cumplimiento?

SI.....

NO.....

4. ¿Existe responsabilidad y delegación de autoridad?

SI.....

NO.....

5. ¿Existe comunicación de políticas, normas y sistemas al personal?

SI.....

NO.....

6. ¿Se ha instaurado una cultura hospitalaria dirigida a la responsabilidad?

SI.....

NO.....

7. ¿Existe rotación de personal asignado a operaciones en funciones clave que garanticen el funcionamiento apropiado del hospital en la prestación de sus servicios?

SI.....

NO.....

Gracias por su colaboración  
Paola Fiallos

## ANEXO 5

### UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO CENTRO DE ESTUDIOS DE POST – GRADO MAESTRÍA EN AUDITORIA GUBERNAMENTAL

#### CUESTIONARIO PARA ENCUESTA (2)

La presente encuesta se realizó al Personal Operativo del IESS hospital de Latacunga

**Objetivo:** Obtener evidencia suficiente y competente sobre el cumplimiento de la eficiencia, eficacia y economía de las funciones realizadas por el personal administrativo del IESS Hospital de Latacunga a fin de cumplir con los objetivos estratégicos institucionales.

#### Preguntas:

1. ¿Las relaciones con los empleados, proveedores, afiliados, aseguradora se basan en la honestidad y equidad?

SI.....

NO.....

2. ¿Se incorporan los códigos de ética en los procesos y en el personal?

SI.....

NO.....

3. ¿El Director del Hospital incentiva y compromete a sus servidores en el cumplimiento de las leyes, resoluciones y otras disposiciones?

SI.....

NO.....

4. ¿Existe comunicación interna y externa?

SI.....

NO.....

5. Existen normas y procedimientos relacionados con el control y descripciones de puestos de trabajo?

SI.....

NO.....

6. ¿Es la deficiente aplicación del plan estratégico institucional lo que produce un aumento progresivo del déficit económico en el I.E.S.S Hospital Latacunga?

SI.....

NO.....

7. ¿Existe un sistema de gestión del recurso humano?

SI.....

NO.....

8. ¿Se establecen objetivos con indicadores de rendimiento?

SI.....

NO.....

9. ¿Existen informes comparativos entre lo planificado y lo ejecutado?

SI.....

NO.....

Gracias por su colaboración  
Paola Fiallos

**ANEXO 6**  
**Nómina oficial de los servidores y servidoras del IESS Hospital de**  
**Latacunga**

<b>No.</b>	<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	<b>CARGO</b>
1	HERRERA GAIBOR MARIO ANÍBAL	ADMINISTRADOR
2	LOPEZ MERA HERNÁN GONZALO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO
3	SINGAUCHO MARÍA ISABEL	
4	LESCANO CARRASCO EDILMA GEORGINA	ASISTENTE DE NUTRICIÓN
5	TERÁN NARANJO BEATRIZ ELENA	AUXILIAR DE ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA
6	VITERI TINAJERO CECILIA MARICELA	AUXILIAR DE CONTABILIDAD
7	ALCOCER FRANCISCA CONCEPCIÓN	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
8	ÁLVAREZ JACOME LASTENIA CEZARINA	
9	ARMAS ROSA MARÍA ELVIRA	
10	BAUTISTA TONATO BLANCA ESPERANZA	
11	BEJARANO FARINANGO AVIGAIL ELENA	
12	CALVA CALVA CARMEN PASTORA	
13	CARRILLO VEGA EUGENIA EULALIA	
14	CHILUISA REA MARIA TARCILA	
15	CHILUISA TOAPANTA CONSUELO DEL PILAR	
16	DEFAZ CAJAS MARTHA BEATRIZ	
17	DONOSO NAVAS ÁNGELA DEL PILAR	
18	ESPINOZA GRANADA MARÍA	
19	GALLARDO CARRERA MARÍA BETTY	
20	HERRERA VITERI MAYRA DEL PILAR	
21	JÁCOME OÑA MERY	
22	JÁCOME VILLEGAS MARÍA ERNESTIN	
23	MACÍAS CAMACHO BEATRIZ DEL PIL	
24	MINIGUANO TIPANQUIZA HILDA	
25	MONTA MARÍA ISABEL	
26	PANCHI VILLACIS GLADYS	
27	RONQUILLO GAVILEMA ROSA BEATRIZ	
28	SALAZAR SALAZAR MARIANITA	
29	SEGOVIA DE LA VEGA ROSA ELENA	
30	SILVA BURBANO JACQUELINE	
31	SINCHIGUANO TENELEMA LUZ OFELI	
32	TAIPICAÑA GUAYAQUIL ROSA PIEDA	
33	TOAPANTA FLORES VILMA MARILES	
34	BELTRÁN GRANJA ELOÍSA LORENA	
35	GUANANGA CRUZ SEGUNDO	AUXILIAR DE FISIOTERAPIA
36	RODRÍGUEZ SANDOVAL CARMEN	
37	SALAZAR ESPINOSA GABRIEL EMILI	AUXILIAR DE LABORATORIO
38	TACO BASTIDAS BLANCA AZUCENA	AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA
39	LEÓN GARZÓN SONIA ROCÍO	CONTADOR PROFESIONAL
40	FIALLOS PUNINA PAOLA ALEJANDRA	DIRECTOR
41	ARGUELLO NAVARRO HUGO ENRIQUE	
42	ARROYO AMORES LUCIA JULIETA	DIRECTORES TÉCNICOS
43	FIERRO RAMÍREZ FABIÁN MARCELO	
44	AULESTIA VACA PABLO GERMÁNICO	EDUCADOR PARA LA SALUD

No.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	
45	ÁLVAREZ CAIZAPANTA WILMAN JENN	ENFERMERAS	
46	BANDA NAVAS CECILIA DEL ROSARIO		
47	BANDA NAVAS JANETH PATRICIA		
48	BENALCAZAR TERÁN MERCEDES CUMANDA		
49	CALVOPÍÑA ALTAMIRANO FANNY ESTELA		
50	CULQUI PANCHI ELVIA MAGDALENA		
51	ESCOBAR CORDOVA NORMA LASTENIA		
52	LAGOS VARGAS GLORIA ASUNCIÓN		
53	PAZMIÑO DÁVALOS ROCÍO MONZERRA		
54	ROJAS AGUILAR ARMIDA ROSA ALBA		
55	TAPIA ORBEA MARTHA		
56	CALERO MOLINA VERÓNICA DE LOURDES	GUARDALMACÉN	
57	CHIMBORAZO TIXELEMA MARÍA EUFEMIA		
58	CAMPAÑA PENAHERRERA DOLORES RAQUEL	INGENIERO CIVIL	
59	HIDROVO PACHECO TATIANA	INVESTIGADOR SOCIAL	
60	AISPUR PENAHERRERA GLORIA MARLENE	JEFE FINANCIERO	
61	GRANJA ARROBA LUPE	LIC. EN LABORATORIO CLÍNICO	
62	TORRES CADENA SAARA NOEMÍ		
63	VEGA CARRILLO ROSA ANA		
64	GARCÍA LAGOS CESAR ENRIQUE	LIC. EN RADIOLOGÍA	
65	NAVAS MORA ELIZABETH MARGARITA		
66	TORRES MARÍA EUGENIA	LIC. FISIOTERAPISTA	
67	ARIZAGA ESPINOSA RICHARD FRANKLIN	MÉDICOS	
68	BASANTES BARROS MARCO ANTONIO		
69	BEDOYA JARAMILLO MARCO ERNESTO		
70	BUSTOS CARRASCO ROCÍO GUADALUPE		
71	CALVOPÍÑA SALAZAR SEGUNDO JUAN		
72	CRUZ TUFINIO MARCO VINICIO		
73	CULQUI ZAPATA HUGO FERNANDO		
74	GARRIDO ERRAEZ JAIME BOLÍVAR		
75	HIDALGO CARRERA JOSÉ BOLÍVAR		
76	LARREA NARANJO JUAN CARLOS		
77	MARTÍNEZ ALBAN IVÁN PATRICIO		
78	NARVÁEZ ROSERO RAMIRO OSWALDO		
79	PEÑAHERRERA NAVAS DIEGO FERNANDO		
80	RACINES MOLINA TOMAS ENRIQUE		
81	RODRÍGUEZ LOAIZA DIANA EDITH		
82	SALAZAR AMAYA ELBA JAKELINE		
83	TASIGUANO SERRANO LOURDES ASUNCIÓN		
84	UNDA CARRERA KATIA		
85	URBANO SALAZAR MYRIAM FELICIDA		
86	CARRANCO GONZÁLEZ PACO EDISSON		MÉDICOS RESIDENTES
87	CASTILLO VÁSQUEZ PAULINA VIOLETA		
88	FAJARDO AUQUI FRANKLIN PATRICIO		MÉDICOS RESIDENTES
89	JARA OLMEDO BELÉN PATRICIA		
90	ORBEA ULLOA LUIS ALBERTO		
91	HEREDIA LOZANO LAURA AURORA	NUTRICIONISTA	
92	CEVALLOS QUEVEDO JENNY ARACELLY	OBSTETRA	

<b>No.</b>	<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	<b>CARGO</b>
93	ARAGÓN ORTIZ MILTON FERNANDO	ODONTÓLOGOS
94	GARCÍA ORTEGA FANNY	
95	HERVAS TOVAR EMMA VIRGINIA	OFICINISTAS
96	IMBACUAN GOROSTIZA ELOY	
97	PASTOR VARGAS BEATRIZ S	
98	PRUNA CARRERA MANUEL MARÍA	
99	REINOSO PEÑAHERRERA SOFÍA MARI	
100	TAIPE PILATASIG MARÍA ESTHER	
101	TAPIA PRUNA LOURDES ELENA	
102	TORO LOGROÑO BERTHA MILA	SECRETARIA
103	AIMACANA LEMA RAFAEL EMILIO	SERVICIOS GENERALES
104	ÁLVAREZ JORGE FABIAN	
105	ANALUISA MOLINA MIGUEL ANGEL	
106	ANCHATUÑA BENAVIDES DELIA ENMA	
107	ARMAS BEDON MERCEDES GUADALUPE	
108	ARMAS SÁNCHEZ WILSON FREDY	
109	BASSANTES SARA MARIA	
110	BASTIDAS ISABEL YOLANDA	
111	BAUTISTA SALAZAR JUAN JOSÉ	
112	BORJA MORENO ERNESTO	
113	CAJIAO ZURITA ELBA	
114	CHACON RAUL	
115	CHILUISA QUIMBITA LUIS GONZALO	
116	ESPÍN CAMPAÑA GLADYS	
117	ESPÍN ORTEGA LUIS ARTURO	
118	GRANJA TAPIA BEATRIZ GRACIEL	
119	GUATO VILLAGOMEZ DOLORES	
120	HERRERA HERRERA FAUSTO RENE	
121	HIDALGO CAMPAÑA CARLOS ARTURO	
122	LAGLA CHASILUISA JUSTINIANO	
123	MEDINA TOAPANTA MÓNICA PAULINA	
124	MOLINA BORJA ANA MERCEDES	
125	PANCHI CONDOR MARÍA ALICIA	
126	PARRA PASUNA EDGAR MIGUEL	
127	PEÑAHERRERA ROMERO ELCIRA ZULA	
128	PUMASUNTA MORETA NELSON ABEL	
129	QUINTEROS BORQUEZ LUZ AMÉRICA	
130	RENGEL OSORIO ZOILA MARINA	
131	RICOURTE SEMANATE ELSA LUCIL	
132	RIERA RIERA MANUEL EDUARDO	
133	ROMERO ROSERO WILSON EDUARDO	
134	SARABIA MOLINA CLELIO GUSTAVO	
135	SEGOVIA FLORES ELVIA IRENE	
136	SUAREZ ELSA MERCEDES	
137	CAICEDO SÁNCHEZ MARTHA	TÉCNICO EN LABORATORIO
138	FALCONI SERNA MARIO FERNANDO	TÉCNICO EN MANTENIMIENTO
139	LOMAS LARCOS ANTONIO PATRICIO	TECNÓLOGO

Fuente: Recursos Humanos (2011)

Elaborado por: La Investigadora