



ESPE

UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
INNOVACIÓN Y TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA

CENTRO DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA
PROMOCIÓN VII

TRABAJO DE TITULACIÓN, PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL
HOSPITALARIA

TEMA: EVALUACIÓN TÉCNICA ECONÓMICA DE LOS
SERVICIOS DE ATENCIÓN BRINDADOS EN EL HOSPITAL DE
ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE LA
CIUDAD DE QUITO.

AUTOR: QUIZANGA MORENO JUAN DE DIOS

DIRECTORA: ECON. LÓPEZ MAYORGA ROSA

SANGOLQUÍ

2016



ESPE

UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS,
ADMINISTRATIVAS Y DE COMERCIO
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL
HOSPITALARIA**

CERTIFICADO

Certifico que el presente trabajo titulado “EVALUACIÓN TÉCNICA ECONÓMICA DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN BRINDADOS EN EL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE LA CIUDAD DE QUITO”, ha sido revisado en su totalidad y analizado por el servicio de software anti-plagio, el mismo que cumple con los requisitos teóricos, científicos, tecnológicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE, por lo tanto me permito acreditarlo y autorizar al Señor Obstetra JUAN DE DIOS QUIZANGA MORENO, para que lo sustente públicamente.

Una firma manuscrita en tinta azul que parece decir 'López Rosa'.

ECON. LÓPEZ MAYORGA ROSA

DIRECTORA



ESPE
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS,
ADMINISTRATIVAS Y DE COMERCIO
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL
HOSPITALARIA**

AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD

Yo, Juan de Dios Quizanga Moreno, con cedula de identidad CI. 050108779-5, declaro que este trabajo de titulación “EVALUACIÓN TÉCNICA ECONÓMICA DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN BRINDADOS EN EL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE LA CIUDAD DE QUITO”, ha sido desarrollado considerando los métodos de investigación existentes, así como también se respalda el derecho intelectual de terceros considerándolos en las citas bibliográficas.

Consecuentemente declaro que este trabajo es de mi autoría, en virtud de ello me declaro responsable del contenido, veracidad y alcance del proyecto en mención.

Sangolquí, 26 de mayo 2016

Juan de Dios Quizanga Moreno

C.C 050108779-5



DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS,

ADMINISTRATIVAS Y DE COMERCIO

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL

HOSPITALARIA

AUTORIZACIÓN

Yo, Juan de Dios Quizanga Moreno, autorizo a la Universidad de las Fuerzas Armadas “ESPE” a publicar en la biblioteca virtual de la institución el presente trabajo “Evaluación técnica económica de los servicios de atención brindados en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Quito”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi autoría y responsabilidad.

Sangolquí, 26 de mayo 2016

Juan de Dios Quizanga Moreno

C.C: 050108779-5

DEDICATORIA

El presente trabajo simboliza toda la voluntad y esfuerzo para plasmarlo y hacerlo realidad, y el mismo que lo dedico.

A Dios que me abrió el camino para llegar a la meta.

Juan Gabriel y Luis Roberto mis hijos por su amor y solidaridad y por ese tiempo que me consideraron para no estar con ellos.

A mi padre por estar siempre a mi lado espiritualmente y a mi madre físicamente.

Juan de Dios Quizanga Moreno

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios nuestro creador por concederme la vida y oportunidad de luchar y alcanzar las metas propuestas en mi superación profesional, brindándome cada día la sabiduría para obtener los conocimientos necesarios para la relación de esta especialidad.

A la Universidad de las Fuerzas Armadas “ESPE” de Quito, por abrirme las puertas de la institución y recibir de ella el apoyo incondicional de autoridades y maestros.

A mis maestros por la constancia y paciencia en brindarme sus conocimientos, durante la etapa de estudiante.

Hago ostensible mi agradecimiento en la persona de la Economista Rosa López, tutora de mi tesis, quien, con sus sabios conocimientos y ética profesional, supo orientar en la conducción de la misma, para alcanzar con éxito el objetivo propuesto.

ÍNDICE

CERTIFICADO	ii
AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD	iii
AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT.....	xiii
CAPITULO I	1
1.1 Introducción	1
1.2 Antecedente.....	2
1.3 Planteamiento del problema de investigación.....	5
1.3.1 Problema:	5
1.3.2 Planteamiento del Problema.....	9
1.3.3 Formulación de problema	11
1.4 Objetivos:	11
1.4.1 Objetivo general.....	11
1.4.2 Objetivos específicos:	12
1.5 Interrogante	12
1.6 Justificación.	12
CAPITULO II.....	16
2. Marco Legal, teórico y Conceptual.....	16
2.1 Marco Legal.	16
2.2 Marco Teórico:.....	19
2.3 Marco conceptual:.....	21
CAPITULO III.....	25
3. Marco Metodológico.....	25
3.1 Descripción de la metodológica	25
3.1.1 Tipo de investigación	26

3.1.2	Técnicas de investigación	27
3.1.3	Resultados de la investigación	28
CAPITULO IV.....		49
4.	Evaluación Técnica Económica de la atención brindada en el Hospital del Adulto Mayor.....	49
4.1	Ingresos y gastos del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor del año 2015	53
4.2	Planificación y gestión para la evaluación técnica del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.....	58
CAPITULO V.....		72
5.	Conclusiones y recomendaciones	72
5.1	Conclusiones:.....	72
5.2	Recomendaciones:	73
BIBLIOGRAFÍA		74
ANEXOS		77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Cobertura de la población de adultos mayores adscrita al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de las parroquias de la Zona Norte de Quito.	29
Tabla 2 Pacientes que recibieron atención en los servicios del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor del año 2013 a 2015	30
Tabla 3 Perfil epidemiológico de morbilidad de la Consulta Externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor del año 2015	31
Tabla 4 Perfil epidemiológico de morbilidad de Hospitalización del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor año 2015.....	33
Tabla 5 Producción de la atención médica en los servicios de Consulta Externa, Hospital del Día, Hospitalización del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor por Especialidad durante el año 2015.....	34
Tabla 6 Análisis de la atención medica en los servicios del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor del 2013 a 2015.....	35
Tabla 7 Análisis de los egresos Hospitalarios de los años 2013 a 2015 del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.....	36
Tabla 8 Egresos hospitalarios por servicios del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor del año 2015.....	37
Tabla 9 Análisis de varios indicadores estadísticos del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de los años 2013 a 2015.....	39
Tabla 10 Referencias de pacientes solicitadas desde el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor a otros de mayor complejidad en el año 2015	41
Tabla 11 Usuarios atendidos en el servicio de rehabilitación del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor durante el año 2015.....	42
Tabla 12 Análisis del número de procedimientos de rehabilitación realizados a Pacientes referidos de Consulta Externa y Hospitalización del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor los años 2014 - 2015.	43
Tabla 13 Número de determinaciones de laboratorio clínico solicitados por Consulta Externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor año 2014 y 2015.....	44

Tabla 14 Número de determinaciones de laboratorio clínico del servicio de hospitalización del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor año 2014 y 2015.	45
Tabla 15 Distributivo del personal del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor en el año 2015	47
Tabla 16 Análisis del personal de Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de acuerdo a sus funciones operativas 2013 a 2015.....	48
Tabla 17 Costo y promedio de consulta por hora en el Hospital del Adulto Mayor.....	50
Tabla 18 Asignaciones codificadas y ejecución del gasto durante los años 2013 a 2015 en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.....	55
Tabla 19 Ejecución Presupuestaria en el año 2013 en el Hospital de Atención Integral del Adulto mayor.....	55
Tabla 20 Ejecución Presupuestaria en el año 2014 en el Hospital de Atención Integral del Adulto mayor.....	56
Tabla 21 Ejecución Presupuestaria en el año 2015 en el Hospital de Atención Integral del Adulto mayor.....	57
Tabla 22 Variación de asignaciones codificadas durante los años 2013 a 2015 en el Hospital de Atención Integral del Adulto mayor.....	58
Tabla 23 Indicadores de disponibilidad	59
Tabla 24 Indicadores de accesibilidad.	62
Tabla 25 Indicadores de procesos, intensidad de usos.....	64
Tabla 26 Indicadores de utilización	65
Tabla 27 Indicadores de productividad y rendimiento	67
Tabla 28 Indicadores de calidad	68
Tabla 29 Indicadores de eficiencia	69
Tabla 30 Indicadores de eficacia.....	70
Tabla 31 Otros indicadores de Gestión.....	71

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Estructura Orgánica Funcional del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor	4
Figura 2 Árbol de Problemas.	11

RESUMEN

Los actuales sistemas de salud y los elementos de la gestión de los servicios hospitalarios orientados a la eficiencia requieren de modelos y herramientas que den respuesta a las necesidades de los servicios de salud. Los servicios de atención de la salud del sector público en la actualidad buscan estrategias que ayuden a reestructurar su organización y práctica, en el marco de la propuesta del gobierno de garantizar un servicio de acceso oportuno, continuo, integral, de calidad y garantizando la gratuidad total. En la actualidad con base en la legislación nacional e internacional se busca proteger los grupos vulnerables entre los cuales encontramos a las personas de la tercera edad, personas con enfermedades psiquiátricas y personas con adicciones. En el Ecuador se ha venido fortaleciendo el sistema de salud con el establecimiento de protocolos de atención médica, modernización de las instituciones hospitalarias, adquisición de nuevos equipos tecnológicos y crecimiento en servicio e infraestructura hospitalaria con la finalidad de brindar a sus usuarios un mejor servicio y mejorar la atención médica. El presente trabajo está elaborado en la institución Hospitalaria de tercer nivel especializada en geriatría “Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor” el mismo se desarrolla desde un enfoque administrativo y técnico, con la finalidad de evaluación técnica económica institucional que serán de gran utilidad en la toma de decisiones gerenciales. A partir del 2012, el HAIAM ha venido remodelando su infraestructura por lo cual se ha incrementado número de usuarios atendidos y el número de profesionales que prestan sus servicios en la institución.

Palabras Claves:

- **EVALUACIÓN TÉCNICA.**
- **EVALUACIÓN ECONÓMICA,**
- **TERCERA EDAD,**
- **CALIDAD ATENCIÓN.**

ABSTRACT

The actual health systems and elements of the management of hospital services require efficiency-oriented models and tools that respond to the needs of health services. Services health care public sector currently seeking strategies to help restructure its organization and practice within the framework of the government's proposal to guarantee service timely, continuous, comprehensive, quality access and ensuring gratuity total. Currently based on national and international legislation seeks to protect vulnerable groups including people find elderly, people with psychiatric illnesses and people with addictions. In Ecuador has been strengthening the health system with the establishment of protocols of medical care, modernization of hospitals, purchase of new technological equipment and growth in service and hospital infrastructure in order to provide its users with better service and improve health care. This work is made in the Hospital third level institution specializing in geriatrics "Hospital de Atención del Adulto Mayor" it develops from an administrative and technical approach, with the aim of economic technical evaluation institution that will be useful in the managerial decision making. Since 2012, the HAIAM has been reshaping its infrastructure which has increased the number of users served and the number of professionals who provide services in the institution.

Keywords:

- **TECHNICAL EVALUATION.**
- **ECONOMIC EVALUATION,**
- **ELDERLY**
- **QUALITY CARE.**

CAPITULO I

Tema de tesis:

Evaluación técnica económica de los servicios de atención brindados en el hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Quito.

1.1 Introducción

El Envejecimiento de la población ha generado un incremento de la demanda en salud y cuidados, aumentando su condición de vulnerabilidad; así el 20 % de las personas adultas mayores sufren algún tipo de discapacidad, y por su exclusión de los sistemas de seguridad social (58% de los adultos mayores en el Distrito Metropolitano de Quito no tiene seguridad social, y 30,8% todavía trabajan, la mayoría con empleos precarios), Los adultos mayores representan el 45,57% de la población que recibe pensión no contributiva en el Distrito Metropolitano, superando en porcentaje a las mujeres usuarias del bono para el desarrollo humano y a las personas con discapacidad. En la actualidad con la legislación nacional e internacional se busca proteger a los grupos vulnerables como son los ancianos situación que se ha ido fortaleciendo, por lo que se han establecido protocolos de atención y prioridades en el cuidado de los centros de salud que día a día se van especializando, el Estado ecuatoriano define, como prioridades, la erradicación definitiva de las desigualdades, de la exclusión, la discriminación y violencia de cualquier tipo, así como las nuevas formas de esclavitud materializadas en la trata y tráfico de personas, la violencia intrafamiliar, la Explotación sexual, el trabajo infantil, la mendicidad y otros flagelos que atentan contra la dignidad humana (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2015)

En países como Inglaterra, Canadá, Estados Unidos de América, España y Francia se han desarrollado múltiples estudios para la generación de conocimientos y control sobre los costos de la atención médica en países de bajos ingresos, los costos de producción de los servicios han sido poco estudiados, la escases de información relativa a los costos en salud, se constituye un problema prioritario para la organización de los sistemas de salud, esta problemática se ve condicionada

fundamentalmente, al incremento en los costos de los insumos, los pocos datos que existen para identificar los montos económicos que alcanza la producción de un servicio. (Fenk, Gómez, & Dantés, 2007)

La estructura organizacional y funcional de esta casa de salud, está reglamentada por el acuerdo ministerial N° 00001063, en ejercicio de las atribuciones por los artículos 151 y 154 de la Constitución de la República del Ecuador y el artículo 17 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva, en la cual se determinan los niveles de control y coordinación técnico administrativa de los diferentes servicios operativos, sean médicos, tratamiento y rehabilitación así como los de apoyo administrativo. La estructura organizacional de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública se encuentra alineada con la misión del MSP, el Modelo de Atención, al modelo de Gestión Hospitalaria, políticas determinadas en la Constitución de la República del Ecuador, las políticas del Estado, leyes y otras normas vigentes. Como entidades dependientes del Ministerio de Salud Pública, los Hospitales establecen un Modelo de Gestión en Red que permite satisfacer todas las necesidades de salud de forma integral, calidad y gratuidad. (Malo, 2012)

1.2 Antecedente

El Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, fue creado el 12 de mayo de 1974, cuando las autoridades de salud de ese entonces, con el fin de solucionar la emergencia que presentó el Hospital Psiquiátrico San Lázaro, por problemas en su estructura física derivaron tanto pacientes como personal médico y paramédico a las instalaciones físicas pertenecientes a la Liga Ecuatoriana Antituberculosa, estableciéndose allí el Hospital Geriátrico los Pinos, hoy, instalaciones del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

Veinte y ocho años más tarde el Hospital Geriátrico se sustenta a través de varias disposiciones legales, destacándose que el 24 de septiembre de 1999, mediante Registro Oficial No. 284 se cambia su razón social a Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, denominación con la cual viene funcionando actualmente.

El Hospital Integral del Adulto Mayor (HAIAM), a inicios del año 2012, deja de ser un asilo para convertirse en un hospital especializado en la atención del adulto mayor y en el segundo semestre del año 2012, inicia la implementación de nuevos servicios para el mes de septiembre, empieza a funcionar la Unidad de Mediana Estancia, con atención especializada que brinda un equipo multidisciplinario; igualmente en rehabilitación para lograr la recuperación funcional en pacientes postquirúrgicos de cadera, prótesis de rodilla y en pacientes con enfermedad cerebro vascular de causa isquémica.

En noviembre del mismo año se reorganiza el hospital del día geriátrico, con la instauración de las clínicas de caídas y de estimulación cognitiva, recuperación funcional de memoria.

En enero de 2014, se pone en funcionamiento la unidad de cuidados paliativos geriátricos y se espera la apertura de la unidad de cuidado domiciliario, de apoyo al primer nivel.

El HAIAM-MSP constituye una entidad especializada de referencia nacional, creada con el fin de brindar servicios integrados de salud a las personas adultas mayores con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada en servicios que cumplan con las responsabilidades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación. (Tito, 2014-2017)

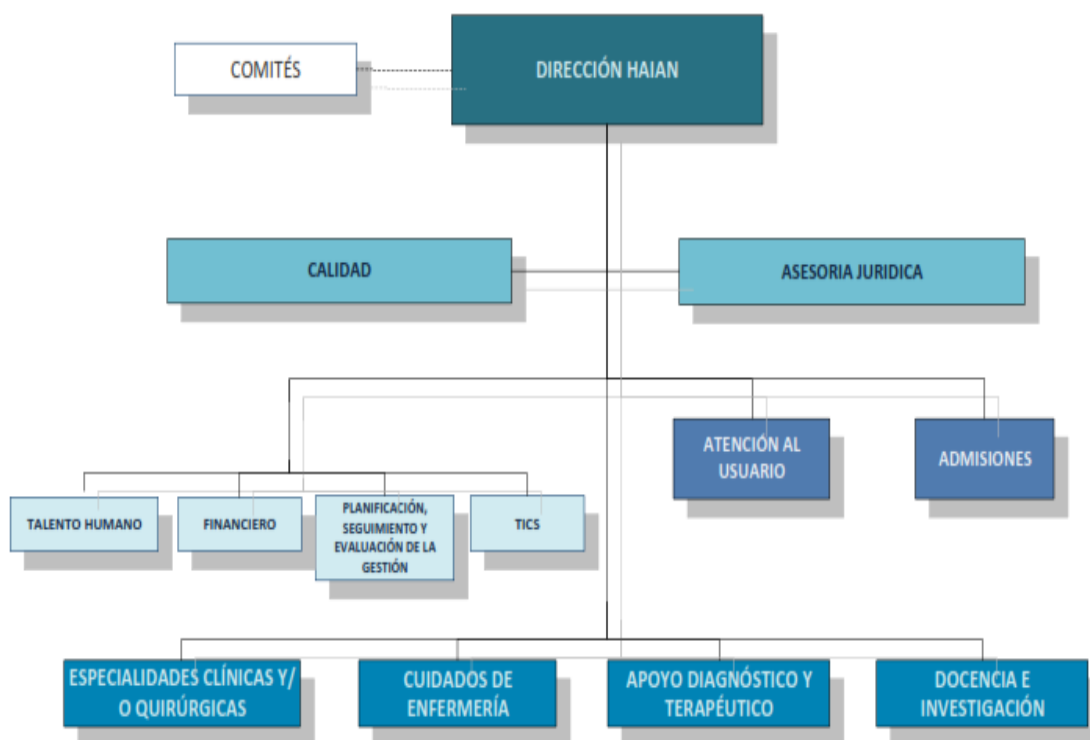


Figura 1 Estructura Orgánica Funcional del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor

Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)

Entre las funciones generales del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor tenemos.

- Elaborar y cumplir planes, programas y actividades de cada uno de los órganos y dependencias, en las áreas de fomento, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de la salud, orientada hacia la seguridad del paciente, la familia y la población en general.
- Organización de la asistencia médica del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.
- Elaboración de la proforma presupuestaria anual del Hospital.

- La contratación de los bienes y servicios con sujeción a los procedimientos de las leyes vigentes por el Ministerio de Salud pública.
- Garantizar la Calidad, eficiencia y eficacia de los servicios médicos y asistenciales.
- Mejorar la calidad de atención al derechohabiente, ofreciendo una atención de salud ágil, oportuna e integral.
- Garantizar la satisfacción del usuario de acuerdo al servicio recibido.
- Control adecuado de la gestión financiera.
- Elaborar normas y procedimientos generales para la dirección y control de las actividades del recurso humano.
- Informar sobre los resultados de la gestión realizada y del impacto de los servicios.
- Conocer los costos por área y actividades.

1.3 Planteamiento del problema de investigación

1.3.1 Problema:

El envejecimiento de la población y la situación económica social se expresan en los resultados del sistema de salud. Este trabajo pretende contribuir a la discusión de las políticas públicas y estrategias sectoriales relacionadas con costo de los servicios en salud de los adultos mayores en Quito, identificando sus componentes y tendencias en un horizonte de mediano y largo plazo. (Olivares, P; Tirado, E; Salazar, B, Julio 2006)

El costo y la calidad de atención que se brinda al grupo de adultos mayores es objeto hoy en día de innumerables discusiones en el plano económico y social en la mayor parte de países del mundo; en nuestro país el proceso de envejecimiento

acelerado de la población es una preocupación para quienes toman decisiones políticas que permiten enfrentar el problema que a medida que envejecen se transforma en dependiente del sector productivo. Los sectores sociales, en especial el de salud, es uno de los más afectados por el fenómeno demográfico de la vejez, la pobreza es más notoria en el grupo de envejecientes y por consiguiente es un determinante de mayor incidencia respecto a la salud en este grupo. La oferta de servicios de salud presenta en nuestro país un matiz altamente asistencialista. Los esfuerzos están dirigidos a tratar la enfermedad más no a prevenirla y mucho menos a promover la salud de las personas de la tercera edad, son escasos los programas desarrollados en el campo de la prevención en pos de un envejecimiento activo y saludable. Las acciones de prevención que se desarrollen sobre las futuras poblaciones envejecientes deben ser consideradas como una inversión en salud, teniendo en cuenta que un gran porcentaje de población de adulto estará a cargo del Estado, si se trabaja para el mejoramiento de las condiciones de vida y/o para evitar enfermedades y patologías específicas, se estaría pensando en ejecutar con mayor eficiencia los recursos. Considerando que el porcentaje de adultos mayores sin cobertura aumentará significativamente en los próximos años, todas las acciones de prevención que se inicien en el presente tendrán impacto económico importante en el futuro, las estrategias de prevención deben considerar el aumento progresivo de las personas mayores para evitar el quiebre de los sistemas de salud. (Silva, G, & Lombardi, (2002)).

Existe un importante número de adultos mayores que no cuentan con ingresos adecuados para sostener una vejez saludable y viven en hogares multipersonales, donde el jefe del hogar se encuentra desocupado o posee bajos ingresos. Esta situación es grave en el sector rural, el sistema productivo fue desmantelado y la desocupación se extiende sobre la población joven y adulta, en función de lo expuesto se sintetiza que la combinación de fragilidad y pobreza aumenta el riesgo socio-sanitario de los adultos mayores por cuanto suma desventajas sanitarias, económicas y sociales para alcanzar una vida y una vejez saludable. (Estrella & A.M.A.O.T.E., (2000-2001)).

Definitivamente, el fenómeno del envejecimiento de la población, debe ser entendido no solo como un cambio estadístico demográfico, sino como profunda

transformación de la sociedad, porque involucra aspectos tan variados y complejos que obligan a replantear desde las relaciones familiares y culturales, costumbres, y necesidades materiales, desafiando las capacidades estructurales y funcionales de todos los agentes sociales involucrados. En Ecuador, la salud del adulto mayor es considerada prioritaria dentro de la formulación de políticas públicas, mejorando en los últimos años el acceso y la protección financiera en el Sistema de Salud, el gobierno ha resuelto gratuidad en la atención de salud en los establecimientos públicos. Sin embargo, el aumento de la demanda de servicios de salud que el grupo de la tercera edad genera es mayor cada vez, el mayor gasto asociado a ello, la incapacidad derivada de la enfermedad crónica y degenerativa, con su consiguiente afectación económica, y el deterioro de la calidad de vida, exigen en primer lugar una evolución más precisa del impacto económico y social y en segundo término el diseño e implementación de políticas públicas que permitan garantizar cuidados y servicios de salud de acorde a las necesidades de estas personas. (Olivares, Tirado, & Salazar, (julio 2006))

Según el Instituto Nacional de Estadísticas de la República de México en el (año 2014) a nivel mundial “el número de personas mayores de 60 años es de 11.7 millones, lo que representa 9.7 % de la población total. Durante el segundo trimestre de 2014, la tasa de participación económica de la población mayor de 60 años es de 33.7%”.

Según datos del Censo Poblacional en Ecuador del año 2010 las personas adultas mayores llegarían a 942.000 adultos mayores aproximadamente, de un total de 14.500.000 habitantes, lo cual representa al 6.5 % de la población total del país. De manera general se puede mencionar que el 70 % de la población adulta mayor se encuentra entre los 65 y 85 años, y la división por sexo es de 48 % del sexo masculino y el 52 % de sexo femenino. Se ubican mayoritariamente en la costa y sierra del Ecuador, por estado civil el 44,48 % corresponden a casados, seguido de viudos con un 26,89 %.

De acuerdo a estadísticas de Instituto Nacional Estadísticas y Censos (INEC) la proyección para el Ecuador en el 2014 determina que actualmente las personas de 65 años de vida o más son 1.077.587, lo cual representa el 6.7 % de la población total, en la provincia de pichincha la población de 65 años de vida y más es de 103.750,

adultos mayores con una distribución de ubicación mayoritaria en el área urbana de 103.032 y en el área rural es de 718 adultos mayores, con respecto al sexo encontramos 58.467 mujeres frente a 45.283 hombres. (INEC, (Enero 2016))

Con respecto a su nivel socio-económico, la encuesta de salud, bienestar y envejecimiento (SABE) indica que alrededor del 30 % carece de ingresos y su sobrevivencia depende de la familia, la incorporación en condiciones precarias al mercado laboral es de un 21 %, asilados en albergues públicos y privados el 20 %, viven en la mendicidad un 21 % de adultos mayores; cerca del 38 % realiza alguna actividad económica; el 27 % son analfabetos proporción que se incrementa en las mujeres. Hoy en el Ecuador la esperanza de vida para las mujeres es de 78 años y para los hombres de 72 años, (encuesta SABE proyecciones 2010). Varias investigaciones mencionan también que los adultos mayores son la población que mayoritariamente asiste a los hospitales, Centros de Salud y Consultorios médicos en general. Un 30 % de adultos mayores paga con sus recursos su gasto médico, al 21 % de adultos mayores les financian los gastos médicos sus familiares, el 33 % de adultos mayores se hallan cubiertos por algún sistema de seguro de salud. Este beneficio es casi exclusivamente del orden público en el (98 %) (MIES, 2012).

El Ministerio de Salud pública de Ecuador, en el año 2007, dictó las “Políticas integrales de salud para el adulto mayor”, lo cual constituyó un hito en el área de la salud. Esta declaración de políticas del MSP se tradujo en el “programa de Atención Integral a las personas Adultas Mayores” que está estructurado en tres sub-programas.

- Subprograma de atención comunitaria al adulto mayor.
- Subprograma de atención al adulto mayor en hospitales.
- Subprograma de atención al adulto mayor en instituciones sociales.

El Subprograma de Atención al Adulto Mayor en Hospitales es un instrumento que facilita y orienta la atención a toda persona mayor de 65 años, en todos los servicios hospitalarios del Sistema Nacional de Salud; por lo tanto, cada programa de salud es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la

planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud. (MSP, 2010).

La población del área de influencia del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor son las personas de 65 años y más, el Hospital no cuenta con todas las prestaciones de salud que se requiere para la atención de los adultos mayores con problemas de discapacidades, con enfermedades crónicas, el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor como los demás servicios públicos de salud, enfrenta esta situación conjuntamente con los familiares, al respecto el gobierno, la sociedad deben estar preparados tanto para la prevención como para la curación del usuario. En la actualidad, el país ha experimentado crecimiento y desarrollo económico durante los últimos años, cuenta con una política gubernamental de compensaciones sociales a grupos poblacionales de mayor riesgo como: El Bono de Desarrollo Humano, Bono Joaquín Gallegos Lara, y Misión Manuela Espejo, además hay gratuidad en la atención y tratamiento con medicamentos, la población tiene mayor acceso a los servicios de salud por lo que sus condiciones de extrema pobreza han disminuido. (Tito, 2015).

1.3.2 Planteamiento del Problema

El análisis minucioso realizado al interior del Hospital ha permitido identificar los siguientes problemas:

- Organización de los procesos y mecanismos de control interno deficientes.
- Imposibilidad de ejecución de lo planificado en determinados procesos por insuficiencia de fondos.
- La necesidad de capacitación técnica gerencial en todas las áreas y procesos es evidente.
- Lineamientos socio sanitarios nacionales deficientemente aplicados.
- Falta de estrategias para atención primaria en salud con perfil geriátrico y gerontológico.
- Poca articulación de los niveles de riesgo socio sanitario con la prevención.

- Falta de la participación de organismos gubernamentales, no gubernamentales, y de los propios adultos mayores, para la toma de decisiones que involucre a todo el conjunto social.
- Escasa cultura de prevención y promoción en salud del adulto mayor.
- Subsistema de referencia y contrarreferencia con demora.
- Necesidad de medicamentos e insumos propios del adulto mayor.
- Normas y protocolos de atención geriátrica del MSP inexistentes.
- Estilo de vida poco saludable de la población en el ciclo de vida, por factores económicos sociales y culturales.
- Asignación presupuestaria insuficiente.
- Aumento de la demanda de adultos mayores sin provisiones sociales y sanitarias suficientes.
- Indiferencia por parte de las autoridades del MSP para la implementación de las políticas del adulto mayor.

Entre los factores identificados como causa y efecto del deterioro de la calidad de atención del adulto mayor, tenemos.

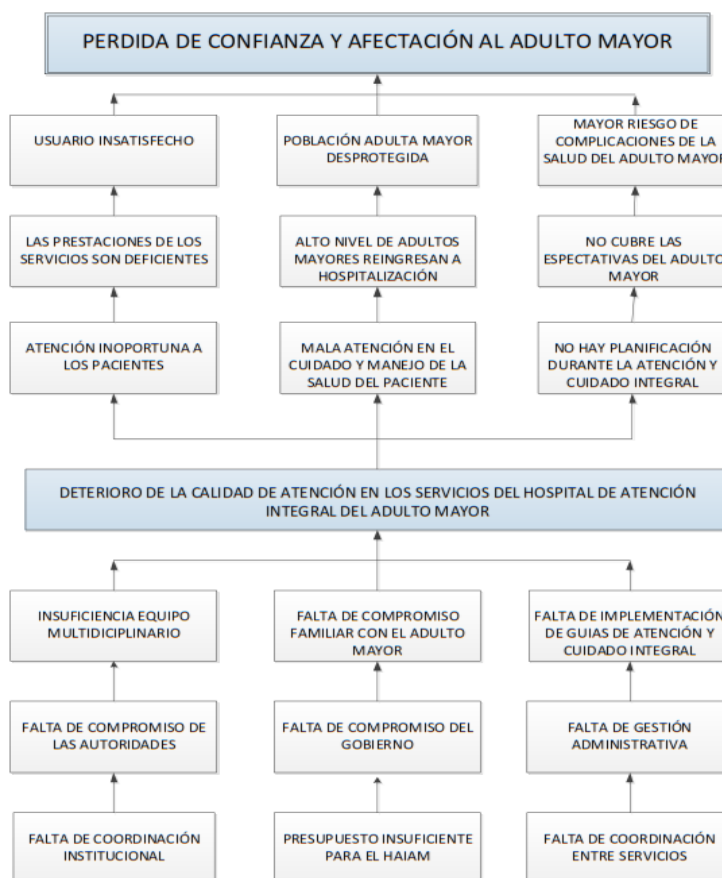


Figura 2 Árbol de Problemas.

Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)

1.3.3 Formulación de problema

El desconocimiento de la incidencia económica en los procesos de atención que brinda el Hospital del Adulto Mayor limita la calidad de atención.

1.4 Objetivos:

1.4.1 Objetivo general

Evaluar técnica y económicamente los servicios de atención que brinda el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Quito, para optimizar el uso de los recursos económicos, mejoramiento de la productividad rendimiento y calidad de los servicios de salud.

1.4.2 Objetivos específicos:

Consolidación de información

- Diagnostico situacional de los servicios de atención.
- Análisis económicos de la ejecución presupuestaria.
- Propuesta de mecanismo de monitoreo y control para la calidad en la atención y optimización de recursos en el proceso de atención.

1.5 Interrogante

¿La evaluación económica de la atención brindada a los pacientes del Hospital del Adulto Mayor, permitirá definir estrategias de gestión, para la optimización de recursos en pro de una mejora de la calidad de atención?

1.6 Justificación.

Este trabajo se justifica desde la perspectiva sanitaria, económica y social. El Ministerio de Salud Pública en el año 2008 asegura que “El sector salud no ha logrado satisfacer la demanda de la sociedad, generándose una exclusión social en la salud. Según se relaciona con los sistemas Institucionales”

El riesgo de pérdida de salud en que se encuentran las personas mayores, en la actualidad ha obligado centrar la atención de salud del sistema integral, del equipamiento, de la participación multidisciplinaria, coordinado para la atención de este grupo etario, favoreciendo de esta forma la continuidad de los cuidados y la calidad de atención. El enfoque de curso de vida, muestra que las personas mayores no constituyen un grupo homogéneo, por el contrario responden a una gran diversidad, ya que la forma en que se envejece está determinada, entre otros, por las experiencias vividas en edades anteriores, por el Status socio-económico de las familias, por el medio sociocultural en que se envejece y también por la política pública dirigida a este sector poblacional esto genera un doble reto; por un lado

informar e incidir en la sociedad para que se actúe preventivamente, a través de todo el ciclo vital, antes que el daño se instale, y por otro parte, actuar a tiempo y con calidad, sobre el daño instalado en las personas mayores, es decir, garantizar el derecho a la salud. (MSP, 2009)

El envejecimiento poblacional con el cambio epidemiológico en el Ecuador y la calidad de vida de las personas mayores es motivo de preocupación del sector salud, motivando a los equipos de Atención Primaria de Salud (APS) que conozcan ésta realidad y se capaciten a fin de que les permitan abordar estos temas y mejorar la relación de los niveles de la red de salud, brindar mayor capacidad resolutive al problema de salud del adulto mayor, se requiere una mirada integral, mediante la intervención directa y en equipo capacitado en temas geriátricos que tenga como objetivo al usuario adulto mayor. Se requiere mejorar los procesos que permitan el diálogo a través de toda la red asistencial y disminuya el gasto en salud en este grupo, precisamente le concierne a la atención primaria el rol de ser la “Puerta de entrada”. Por ello es importante identificar los factores de riesgo como: pérdida de funcionalidad, discapacidad o caer en la dependencia, la morbilidad incrementa el gasto económico gubernamental y familiar, en este contexto, se debe tener consideración que las necesidades de esta población son: Económicas, sociales, culturales, políticas, de vivienda, urbanismo y transporte, así como están afectado por variables de género y nivel socio-económico entre otros, desde que el reto sanitario se vuelve más complejo y se presenta problemas como: limitado acceso a los servicios públicos básicos, vacunas, falta de protección contra la pérdida de ingresos como consecuencia de enfermedad, como las barreras de acceso geográfico, económico o cultural. (MINSAL, 2014)

El incremento del gasto sanitario hace mejorar significativamente los factores sanitarios (disminuyendo la mortalidad infantil, aumentando la esperanza de vida) garantiza ese mayor gasto mejor nivel de salud para la población. En la determinación del estado de salud en un país y de sus ciudadanos intervienen factores biológicos, de estilos de vida, ambientales, educativos, genéticos de incidencia económica y el nivel de renta familiar influye muy decisivamente en varios de los aspectos anteriores e influye en el nivel de gasto sanitario que, a su vez, tiene una importancia decisiva sobre el nivel de salud relacionado con el nivel de renta. Cullis

(1977) Y Newhouse (1977) en sus estudios establecieron una ley empírica que hoy es aceptada por la inmensa mayoría de los autores: a medida que los países se desarrollan y crece su renta per cápita, el gasto sanitario per cápita crece más que proporcionalmente. Las estadísticas sugieren que existe una relación directa entre desarrollo económico y gasto sanitario y entre este y salud, aunque no sea sencillo encontrar indicadores absolutos para reflejar el estado de salud de una sociedad, el índice más clásico para calibrar el estado de salud en una sociedad y compararlo en el tiempo y con otros países es el que se refiere a la esperanza de vida al nacer, y los relacionados índices de mortalidad. Esto implica un importante envejecimiento de la población, por ello la edad madura implica un crecimiento importante de la demanda de atención sanitaria. Para alcanzar un determinado nivel de desarrollo la sociedad no sólo demanda más esperanza de vida sino también más calidad de vida. No se demanda sólo vivir más años sino vivir mejor, en términos de reducción de la insatisfacción, el malestar o la incapacidad. Esta situación implica un gasto sanitario creciente. Esa demanda de calidad afecta también a los propios servicios de atención sanitaria. Los ciudadanos exigen cada vez servicios más costosos, en mejores condiciones y con mayores comodidades, la calidad supone una elevación de los recursos necesarios para atenderla adecuadamente, también hemos el acceso a tecnologías más avanzadas supone importantes incrementos de gasto quizás no siempre ligados a resultados evidentes sobre indicadores de salud general. Autores como Lees (1960) y Cullis y West (1979) sostienen que el aumento del gasto sanitario no puede considerarse inversión en una económica avanzada, la reducción de las tasas de mortalidad tiende a ser poco significativa y se produce sobre todo en los ancianos. (Guillermo, Repullo, & Rubio, 2005).

Al analizar es importante conocer el escenario socio demográfico actual de la población, y como este ha ido evolucionando en el tiempo, como también es deber conocer su propuesta anual y los gastos por área, unidad de servicio, y por actividad efectuados en el Hospital de Atención Integral Adulto Mayor, El Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor (HAIAM), está ubicado en la Zona de Salud N° 9 Distrito 17 D03 Circuito C13, al noroccidente del Distrito Metropolitano de Quito, en la parroquia de Cotocollao, en el barrio San Carlos, Ángel Ludeña OE7-113, es una entidad adscrita al Ministerio de Salud Pública, de referencia nacional,

corresponde a una unidad de atención especializada dentro del tercer nivel de atención y segundo nivel de complejidad. Fue construido con una capacidad instalada de 70 camas y de 46 camas. Para la atención ambulatoria cuenta con 26 consultorios de atención médica, abarca la atención de salud especializada de usuarios adultos mayores, que incluye los servicios de Consulta Externa (psicología, psiquiatría, geriatría, medicina interna, medicina familiar, fisioterapia, terapia: física, ocupacional, respiratoria, de lenguaje y podología); Hospitalización (Unidad de Mediana Estancia y de Paliativos), Hospital del día. (Tito, S., (2014-2017))

El área de influencia del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor alcanza los 1.550 Km², atiende a una población aproximada de 127.901 adultos mayores, es un hospital de referencia nacional, la población beneficiaria directa del hospital del Adulto Mayor es de 127.901 pacientes, la población de adultos mayores estimada en el país es de 2'869.587 en los diferentes grupos etarios de vida, en el Distrito metropolitano que ocupa los servicios del hospital de atención integral del adulto mayor se encuentra formada por la población de las parroquias urbanas, que forman parte de la administración zonal del norte de Quito. (INEC, 2010)

CAPITULO II

2. Marco Legal, teórico y Conceptual

2.1 Marco Legal.

La constitución de la República del Ecuador dispone en los artículos 32, 36, 37, 38:

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”.

Art. 36: “las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad”.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

Art. 38: “el estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentara el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas”.

En particular el Estado tomará medidas de:

2. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos,

3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social,
4. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas...” La carta Magna en el artículo 47, manifiesta “establecer que las personas de la tercera edad que son un grupo vulnerable reciban atención prioritaria, preferente y especializada, en los ámbitos público y privados”.
5. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las Instituciones establecidas para su protección.

Sección segunda de la constitución 2008

Salud

Art. 363.- El Estado será responsables de:

1. Formular políticas que garantice la promoción, prevención. Curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Brindar cuidados especializados a los grupos de atención prioritaria establecidos en la constitución.
5. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades

Epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.

6. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

La Ley Orgánica de Salud dispone: el artículo 6, numeral 3, ordena: “Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares”.

Ley Orgánica de Salud:

Art. 4 “La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias”.

Art. 6 “Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública numeral 3: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares”.

Art. 7 “Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos.

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud.
- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud pública y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República.”

Art. 13 “Los planes y programas de salud para los grupos vulnerables señalados en la Constitución Política de la República, incorporarán el desarrollo de la autoestima, promoverán el cumplimiento de sus derechos y se basarán en el reconocimiento de sus necesidades particulares por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud y la sociedad general”

La ley del Anciano con Registro oficial 376 del 2006, en su Capítulo I, Disposiciones Fundamentales.

Artículo 2 Establece. “El objetivo fundamental de esta ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa”.

Artículo 3.- El Estado protegerá de modo especial, a los ancianos abandonados o desprotegidos. Así mismo, fomentará y garantizará el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumplan actividades de atención a la población anciana, con sujeción a la presente ley, en especial a aquellas entidades, sin fines de lucro, que se dediquen a la constitución, operación y equipamiento de centros hospitalarias y gerontológicas y otras actividades similares.

2.2 Marco Teórico:

En la actualidad el marco legal y la propuesta del estado de financiar y garantizar la gratuidad de la atención, en forma oportuna con calidad y calidez, hasta el momento en la administración pública del sector de salud, no existen sistemas de información que permitan identificar los costos económicos de la atención médica, en el mejor de los casos se trabaja con el concepto de gasto, sustituyendo el concepto económico de costo, la salud requiere de la consideración de diversos aspectos, que se constituyen en una problemática conceptual y metodológica al momento de operacionalizar el concepto de los costos y producción en salud. Las cuestiones de análisis económico han mantenido en los últimos años una importancia creciente en el terreno de la atención de la salud. Una de las áreas que han tenido mayor utilidad en los actuales proyectos de reforma en el sector salud ha sido la incorporación del estudio de costos, por dos aspectos fundamentales: La necesidad de generar información para estudio de costos, y la utilidad de esta información en el financiamiento de los diferentes programas de salud. Esta incorporación de la perspectiva económica es útil como una herramienta para entender, actuar y producir información pertinente sobre la producción, financiamiento y asignación de recursos para servicios de salud que de una manera u otra permite definir estrategias de inversión para la contención de costos en la atención médica. (Castillo, 2011)

La divergencia entre lo que la medicina puede lograr y lo que la sociedad y los gobiernos están en capacidad de financiar o proveer, hace cada vez más relevante la evaluación económica como una herramienta que permite que ciertos juicios implícitos se vuelvan explícitos y con esto los encargados de tomar las decisiones además de anticipar y valorar las posibles consecuencias de los diferentes cursos de acción, pueden reunir criterios de racionalidad que ofrezcan a la sociedad una mayor transparencia respecto al uso de los recursos y una mejor percepción del proceso político. (Mejía, 2008)

La escasez de recursos disponibles para satisfacer una demanda creciente de servicios sanitarios ha hecho que las miradas se dirijan hacia la evaluación económica como instrumento para informar la asignación de recursos. Su objetivo es comparar diversas alternativas de actuación en términos de sus costes y efectos sobre la salud, las técnicas de evaluación económica permiten medir la eficiencia relativa de las opciones consideradas. Una intervención de salud pública, un servicio sanitario o, en general, una asignación de recursos, es más eficiente que otra, con los mismos recursos se obtiene mejores resultados en salud.

Con el fin de medir costos y efectos sobre salud, la evaluación económica utiliza diversas técnicas: el análisis costo-utilidad, análisis de minimización de costos, análisis costo-efectividad y el análisis costo-beneficio. (Gac, 2011)

La evaluación económica para apoyar la toma de decisiones en salud es una práctica que ha tomado cada vez más fuerza a nivel mundial. Esto se debe a que en la gran mayoría de los sistemas de salud existe la necesidad de generar una provisión de servicios sanitarios de calidad que contenga una demanda potencialmente ilimitada en un contexto de recursos escasos, en este sentido el análisis económico representa un valioso mecanismo que mejore la eficiencia de los procesos de distribución presupuestaria entre los distintos niveles de atención de salud. (Zaraté, 2010)

La Autoridad Sanitaria Nacional, liderando un proceso participativo de construcción con los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud, ha coordinado el desarrollo de un instrumento técnico que permita regular el sistema de compensación económica por los servicios de salud que se intercambian entre los subsistemas, el mismo que se apoya en el marco constitucional vigente, en el Plan Nacional del Buen Vivir y en otras leyes y reglamentos del sector.

Se ha definido como una prioridad del país, en el desarrollo de la red de servicios de salud y una de las herramientas para mejorar la operatividad tanto la red pública integral como la red complementaria, mismo que permitirá estandarizar y normalizar la compensación económica de los servicios que sean proporcionados por las instituciones públicas y entre éstas y las instituciones de salud privadas mediante la estructuración de la red pública integral (RPIS) y dispone la necesidad de que existan, entre las unidades que la construyen, vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

2.3 Marco conceptual:

- **Adulto Mayor:** Según la C.D.H., Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla, las Naciones Unidas considera anciano a “Toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo. El envejecer es comúnmente experimentado fisiológicamente como un gradual debilitamiento en las funciones orgánicas, psicológicas y sociales del ser humano, es un desgaste de las capacidades sensoriales y cognitivas” (organización de las Naciones Unidas, 2013). Estos desgastes aparecen en el individuo, dependiendo de su situación económica, social e inclusive de las actividades físicas que haya realizado durante su vida productiva. Todas las personas adultas mayores requieren de atención médica oportuna, cálida, personalizada y humana, porque son más susceptibles a contraer enfermedades. (Unidas, 2012)

En el Ecuador nos estamos olvidando a este grupo de población que cada vez se va incrementando, la pirámide poblacional se está modificando, está aumentando el número de ancianos y la población joven está disminuyendo. Debemos fortalecer la atención primaria en salud para solucionar eficientemente los problemas de salud de las personas adultas mayores y prevenir las discapacidades.

- **Esperanza de vida:** Esta variable contiene el número promedio de años de vida para un grupo de personas nacidas en el mismo año, si la mortalidad para cada edad se mantiene constante en el futuro. La entrada incluye el total de la población, así como los componentes masculino y femenino. La esperanza de

vida al nacer es también una media general de la calidad de vida en un país y resume la tasa de mortalidad para todas las edades. También puede ser pensada como un indicador de la tasa de retorno potencial de la inversión en capital humano y es necesaria para el cálculo actuarial de diversas medidas.

- **Gasto en salud:** Se refiere al total facturado por las prestaciones otorgadas independientemente de los costos asociados a su producción y las fuentes de financiamiento del mismo. Son recursos erogados y contabilizados consecuencia de haber producido o transformado algo.
- **Costo por actividad:** “Denominado así para comprensión del financiero, a los procedimientos de inversión, tratamiento o curación efectuada en una unidad médica, el costo total neto por actividad es decir cuánto cuesta un parto, una cesárea, una apendicitis, una curación menor, etc., incluye el costo del recurso humano, de fármacos e insumos utilizados por actividad y la parte proporcional del costo indirecto general administrativo que corresponde a las dependencias de función administrativa de Hospital o Clínica” (López Mayorga, (junio 2013))
- **Calidad de atención:** “Tipo de atención que se espera va a maximizar el bienestar del paciente, una vez se tiene encuentra el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención”. (Donabedian, 1984)
- **Evaluación económica:** Se define como evaluación económica a una técnica cuantitativa desarrollada por economistas que permite evaluar programas que generalmente son de financiamiento público. Originalmente se aplicaron en áreas como transporte o medio ambiente y solamente durante los últimos 20 a 30 años han tenido un auge en salud. El principal propósito de una evaluación económica es promover el uso más eficiente de servicios en un ambiente de escasez. De esta manera, el sistema de salud es considerado como una serie de procesos en los cuales las materias primas (hospitales, doctores, enfermeras, equipos médicos, medicamentos, etc.) son transformados en productos sanitarios (prestaciones de salud, programas sanitarios, calidad de

vida, etc.) que son finalmente consumidos por los potenciales clientes (población). Promoviendo la existencia de un mayor número de procesos eficientes presentes en el sistema, en desmedro de los que no lo son, el beneficio neto en salud. (Zarate, 2010)

La evaluación económica es un método de análisis útil para adaptar decisiones racionales ante diferentes alternativas. Es frecuente confundir la evaluación económica con el análisis o evaluación financiera. En este segundo caso se considera únicamente la vertiente monetaria de un proyecto con el objetivo de considerar su contabilidad en términos de flujos de dinero. Mientras que la evaluación económica integra en su análisis tanto los costos monetarios como los beneficios expresados en otras unidades relacionadas con las mejoras en las condiciones de vida de un grupo. Podemos hablar entonces de rentabilidad o beneficios de trabajo social. (Torrance, 1991)

- **Evaluación Técnica y procedimientos en salud:** Durante los últimos veinte años, en la mayoría de los países desarrollados, la evaluación de las tecnologías y procedimientos clínicos antes y durante su introducción en los sistemas de salud y, también, una vez que se han introducido, se ha revelado como una herramienta fundamental para que la toma de decisiones de clínicos, autoridades sanitarias, gestores y pacientes favorezca la calidad asistencial y la eficiencia. Estas evaluaciones, basadas en el mejor conocimiento disponible y realizado por grupos, equipos o agencias especializadas, pueden ser muy útiles tanto a la hora de asegurar la efectividad, la utilidad y la eficiencia de las tecnologías y los procedimientos, como a la hora de aconsejar o no su inclusión en las carteras de servicios que se financian con fondos públicos. En ocasiones, también orientan sobre las modalidades de atención más adecuadas en cada caso. En España, durante los últimos diez o quince años, algunas comunidades Autónomas han ido creando grupos, equipos dedicados a la evaluación de tecnologías en salud. Estos grupos han alcanzado un más que aceptable nivel de desarrollo e influencia en sus respectivos ámbitos y se han dotado de una incipiente coordinación que en algunos casos les ha permitido funcionar como red. Además, en los

centros de salud y Hospitales ha crecido el interés de los profesionales y gestores por este campo. (Msssi, 2005)

CAPITULO III

3. Marco Metodológico

3.1 Descripción de la metodológica

El método científico se entiende como el conjunto de postulados, reglas y normas para el estudio y la solución de los problemas de investigación, institucionalizados por la denominada comunidad científica reconocida. En un sentido más global, el método científico se refiere al conjunto de procedimientos que, valiéndose de los instrumentos o técnicas necesarias, examina y soluciona un problema o conjunto de problemas de investigación. (Bernal, 2010)

Por otro lado, el método tiene que ver con la metodología que, de acuerdo con Cerda (2000), se examina desde dos perspectivas.

- a. Como parte de la lógica que se ocupa del estudio de los métodos que, en palabras de Kaplan (citado por Buendía, et al. 2001), es “el estudio (descriptivo, explicación y justificación) de los métodos de investigación y no los métodos en si”
- b. La metodología entendida como el conjunto de aspectos operativos del proceso investigativo, que es la concepción más conocida en el ambiente académico en general.

Por ello, cuando se alude a la investigación es usual referirse a la metodología como a ese conjunto de aspectos operativos indispensables en la realización de un estudio. (Bunge, 1975)

El presente trabajo tiene metodología mixta, para lo cual se elaboró un marco teórico en relación al tema, que permitió en forma organizada y analítica, revisar la situación actual del modelo de atención a los pacientes que demandan los servicios en la consulta externa, hospital del día, hospitalización, rehabilitación y los servicios de apoyo diagnóstico en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

La investigación se lo realizó en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor del Distrito Metropolitano de Quito, de la Zona de salud N° 9 del Distrito 17D03 en el año 2015, en este proceso participan actores locales como: autoridades

de salud, equipo de salud y administrativos de la consulta externa, hospitalización, hospital del día y de servicios de apoyo diagnóstico, entre otros.

Con base a la evaluación técnica económica el propósito de la investigación es desarrollar estrategias locales para mejorar la accesibilidad de la atención en consulta externa, hospitalización, hospital del día, rehabilitación, y a los servicios de apoyo del hospital de atención integral del adulto mayor, optimizar la capacidad resolutive y su rendimiento de los profesionales de la salud, enfocando alternativas que permitan disminuir el tiempo de espera para recibir atención, demanda rechazada e insatisfacción del usuario, mediante la adaptación de los servicios y la participación activa del personal de salud y administrativo en el modelo de atención al usuario interno y externo que acuden en busca de atención médica.

3.1.1 Tipo de investigación

La investigación o metodología que se desarrolló en el presente estudio es descriptiva, tiene el propósito de explicar un fenómeno especificando las propiedades importantes del mismo, a partir de mediciones precisas de variables o eventos, sin llegar a definir cómo se relacionan éstos. Requiere de considerables conocimientos en el área que se investiga. Se considera como investigación descriptiva aquella en que, como afirma Salkind (1998) “se reseñan las características o rasgos de la situación o fenómeno objeto de estudio” (p. 11),

Según Cerda (1998), “tradicionalmente se define la palabra describir como el acto de presentar o figurar a personas, animales o cosas...”, y agrega “Se deben describir aquellos aspectos más característicos, distintivos y particulares de estas personas, situaciones o cosas, o sea, aquellas propiedades que las hacen reconocibles a los ojos de los demás” (p. 71).

De acuerdo con este autor, una de las funciones principales de la investigación descriptiva es la capacidad para seleccionar las características fundamentales del objeto de estudio y su descripción detallada de las partes, categorías o clases de ese objeto. La investigación descriptiva es uno de los tipos o procedimientos investigativos más populares y utilizados por los principiantes en la actividad investigativa.

Para muchos expertos, la investigación descriptiva es un nivel básico de investigación, el cual se convierte en la base de otros tipos de investigación; además agregan que la mayoría de los tipos de estudios tienen, de una u otra forma, aspectos de carácter descriptivo. (Bernal, 2010)

Con el objetivo de la evolución técnica económica en el hospital de atención integral del adulto mayor efectuada durante el año 2015 frente a los beneficios de la atención brindada, se realiza una investigación Con base a observación pasiva que nos permite documentar sobre la producción de los servicios del hospital, para luego interpretar y explicar los datos obtenidos del servicio de admisiones del HAIAM se a recolectando información de la atención ambulatoria, hospitalización, hospital del día y de los servicios de apoyo del hospital.

3.1.2 Técnicas de investigación

Para la recolección de información se utilizó las siguientes técnicas: Entrevista realizada a actores locales, revisión documental (estadística del HAIAM), observación no participativa.

La entrevista realizada a actores locales se realizó en forma no estructurada, se conversó con usuarios internos y externos y familiares que acompañan al adulto mayor, para recoger información que permitirá conocer el tiempo de espera transcurrido para recibir la atención médica en los servicios, tiempo que demoró para recibir atención en los servicios de apoyo, si tuvo problemas en la atención médica o si fue resuelto su problema de salud y cuál fue su nivel de satisfacción.

La revisión documental, se utilizó para este efecto el registro de actividades del área de estadística, donde se describen todas las actividades de los profesionales especialistas que brinda atención médica en los servicios del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor durante el año 2015, También se revisó la fuente de datos RDACA, concentrados mensuales, con los datos se verifica si cumple con la propuesta seleccionada, así también se determinó información sobre cumplimiento de horarios en consulta externa, hospitalización, hospital del día, y servicios de apoyo diagnóstico. (Inicio y final), hora de entrada de los diferentes actores locales, ausencia no cubierta.

3.1.3 Resultados de la investigación

La información proporcionada por todos los servicios con excepción del servicio de admisión del hospital que no permitió obtener la información; por lo que se tuvo que acudir al servicio de gestión de calidad quién facilito la información para seguir elaborando el presente trabajo.

El Hospital del Adulto Mayor dispone del servicio de admisiones en donde se concentra la información de toda la producción de atenciones brindadas en esta casa de salud, como administración financiera tiene archivo de las actividades financieras y control del presupuesto del Hospital, igual sucede en la unidad de Talento Humano mantiene sus archivos donde reposan nóminas de quienes trabajan en el Hospital.

La unidad de Docencia fue clave para realizar nuestra investigación ayudando a la recolección mensual de los datos de producción hospitalaria durante todo el período objeto del presente estudio y que a continuación se describe.

Tabla 1
Cobertura de la población de adultos mayores adscrita al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de las parroquias de la Zona Norte de Quito.

Parroquia	Población adulto mayor	Porcentaje
Calderón Rural	6.912	16, 5%
Llano Chico Rural	884	2,1%
Pomasqui Rural	1.735	4,1%
San Antonio Rural	1.763	4,3%
Carcelén Urbana	2.796	6,7%
Ponciano Urbana	3.648	8,7%
Comité del Pueblo Urbana	2.267	5,4%
El Inca Urbana	1.628	3,9%
Zambiza Rural	271	0,6%
Cotocollao Urbana	2.704	6,5%
El Condado Urbana	3.881	9,2%
Cochapamba urbana	2.705	6,4%
La Kennedy Urbana	6.815	16,3%
La Concepción Urbana	3.891	9,3%
TOTAL	41.900	100%

Fuente: (INEC División Política-Administrativa 2010, República del Ecuador, 2010)

La división política administrativa del Distrito Metropolitano de Quito reconoce a parroquias urbanas y rurales, y en la Zona norte la mayor población de adultos mayores se concentra en la parroquia de Calderón con el 16,5% en el segundo lugar

se encuentra parroquia la Kennedy con el 16,3%, seguido de las parroquias del Condado, la concepción, y Ponciano con el 9,06%, también se puede observar la mayor concentración poblacional de adultos mayores se encuentra en las parroquias urbanas con el 72,4%, y en las parroquias rurales del Distrito Metropolitano de Quito de la zona norte tenemos población de 65 años y más de 27,6%, dando entender que la población de adultos mayores su mayor concentración se encuentra en la parte urbana.

Tabla 2
Pacientes que recibieron atención en los servicios del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor del año 2013 a 2015

Servicios	2013	Porcentaje	2014	Porcentaje	2015	Porcentaje
Consulta Externa	29388	16%	33914	15,6%	43.676	16,8%
Hospital del Día	3241	1,8%	6939	3,2%	6.763	2,6%
Hospitalización	1398	0,8%	9344	4,3%	27.183	10,4%
Rehabilitación	149562	81,4%	167784	76,9%	182026	70,2%
Total	183589	100%	217981	100%	259648	100%

Fuente: (Servicio de admisiones del HAIAM, 2015)

La presente estadística nos indica que durante los últimos tres años evaluados el porcentaje de atenciones de recuperación y rehabilitación es mayor que las atenciones de morbilidad en los servicios del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, se observa que el mayor porcentaje de adultos mayores son beneficiarios directos del servicio de rehabilitación con un promedio de atenciones del 76%, el porcentaje de atenciones de morbilidad en el servicio de Consulta Externa presenta un promedio del 16% en el grupo de edad de 65 años y más, estas personas acuden con mayor frecuencia a controles por patologías ya diagnosticadas como la diabetes e hipertensión, con menos frecuencia brindan atención el servicios de Hospitalización alcanzando una cobertura promedio del 5% de pacientes

hospitalizados durante los 3 años analizados, con un porcentaje menor de utilización se le observa al Hospital del día con un promedio del 2,5% reciben atención los adultos mayores en este servicio.

Tabla 3
Perfil epidemiológico de morbilidad de la Consulta Externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor del año 2015

Patología	Número consultas 2014	CIE 10	Patología	Número consultas 2015	CIE 10
Hipertensión esencial	9589	I10	Demencia	4.102	F0
Trastornos mixtos de ansiedad y depresión	2010	F412	Trastornos odontológicos	3.677	K0
Perdida de dientes periodontal local	1994	K081	Coxartrosis y gonartrosis	3.430	M1
Gonartrosis primaria bilateral	1781	M170	Hipertensión arterial	3.088	I10
Trastorno cognoscitivo leve	1679	F067	Trastornos mixtos de Ansiedad y depresión	2.548	F4
Demencia en la enfermedad de Alzheimer no específica	1320	F009	Trastorno depresivo recurrente y otros tipos de depresión	1.512	F3
Otros problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo	1246	Z638	Enfermedad de parkinson	961	G2
Demencia en la enfermedad	1243	F000	Diabetes mellitus	949	E1
De alzheimer, de comienzo temprano	1151	K021	lumbago, cervicalgia y dorsalgias	842	M5
Caries de la dentina	1137	E119	Osteoporosis	836	M8
Total	22850		Total	21.945	

Fuente: (Servicio de admisiones del HAIAM, 2015)

El análisis de la morbilidad como la cantidad de personas o individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio o tiempo determinado, esta constituye un dato estadístico de altísima importancia para poder

comprender la evolución y avance o retroceso de alguna enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones, al referirnos a las patologías de mayor incidencia atendidas en el servicio de Consulta Externa en los dos años analizados, en el 2014 la hipertensión esencial es la de mayor incidencia mientras que en el año 2015 hay un cambio importante que asoma en primer lugar la Demencia es la de mayor afectación al adulto mayor, con menos incidencia abarca las patologías siguientes; los trastornos odontológicos, la Coxartrosis y gonartrosis, Alzheimer, los trastornos mixtos de ansiedad y depresión, y los trastornos depresivos recurrentes son principales causas, seguido de la enfermedad parkinson, diabetes mellitus, lumbago, cervicalgia, dorsalgias y osteoporosis, fueron las principales causas de consulta en el hospital de atención integral del adulto mayor en los dos años analizados, cabe indicar que estas patologías son causadas por la edad, las enfermedades crónicas o de causa metabólica llama la atención en esta población que afecta en poca frecuencia.

Tabla 4
Perfil epidemiológico de morbilidad de Hospitalización del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor año 2015.

Patología	Número de Consultas 2014	CIE 10	Patología	Número de consultas 2015	CIE 10
Hipertensión arterial	76	I10	Neumonía	157	J18
Artroplastia de cadera y rodilla	49	M17	Infección de vías urinarias	91	N39
Neumonías	20	J18	Fracturas del fémur	76	S72
Diabetes mellitus tipo II	19	E10	Gonartrosis (artrosis de la rodilla)	54	M17
Enfermedad cerebro vascular	17	I67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	49	J44
Coxoartrosis de cadera y rodilla	16	M16	Paro cardiorrespiratorio	32	I46
Insuficiencia cardiaca Congestiva	13	I50	Coxartrosis (artrosis de cadera)	30	M16
Paro cardio respiratorio	13	I46	Úlcera de decúbito	25	L89
Deterioro cognitivo	13	F0	Insuficiencia cardiaca	23	I50
Hipotiroidismo	11	E03	Hipertensión arterial	19	I10
Total	247		Total	556	

Fuente: (Servicio de admisiones del HAIAM, 2015)

Los adultos mayores son internados en el servicio con morbilidades patológicas como las neumonías con 157 hospitalizaciones en el año 2015, mientras que en el año 2014 la hipertensión arterial se encuentra como la primera causa de ingreso al

servicio de hospitalización, seguido de las artroplastias de cadera y rodillas, en el año 2015 las infecciones de vías urinarias son causas de hospitalización, en los adultos mayores en el año 2014 se observa las neumonías, a diferencia que en el año 2015, en tercer lugar se encuentra las neumonías, seguido de las artropatías (artrosis, gonartrosis, artroplastias), y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y de causa metabólica como la hipertensión arterial etc.

Tabla 5
Producción de la atención médica en los servicios de Consulta Externa, Hospital del Día, Hospitalización del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor por Especialidad durante el año 2015.

Especialidades	Consulta Externa	Hospital del Día	Hospitalización	TOTAL
Geriatría	7898	25	21010	28933
Psicología	4067	6398	2555	13020
Médicos familiares	6917	32	0	6949
Fisiatría	4181	0	2174	6355
Psiquiatría	5235	79	707	6021
Medicina interna	4846	4	0	4850
Odontología	4504	159	0	4663
Podología	3408	66	28	3502
Nutrición	1478	0	685	2163
Neurología	1139	0	24	1163
total	43673	6763	27183	77619

Fuente: (Servicio de admisiones del HAIAM, 2015)

Las especialidad de mayor demanda por la población de la tercera edad, en los tres servicios del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor son las especialidad como Geriatría con un total de 28933 atenciones, seguido de la especialidad de Psicología con 13020 atenciones, en tercer lugar hay la necesidad de la atención de la especialidad de medicina familiar con 6949 atenciones, dando entender que la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud es de suma importancia en este grupo de edad, que permite mejorar su estilo de vida, y con

menor demanda de la atención médica esta las especialidades que ofertan una atención curativa a este grupo etario, como se observa las especialidades de Fisiatría, Psiquiatría, Medicina Interna, Odontología, Podología, con un total de 25391 atenciones de las 5 especialidades que dan solución a las enfermedades del adulto mayor, en el presente estudio se encuentra que los adultos mayores buscan atención de la especialidad de nutrición buscando educación nutricional por lo que se ha obtenido 2163 atenciones brindadas por los especialistas en nutrición en la consulta externa y hospitalización.

Tabla 6
Análisis de la atención médica en los servicios del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor del 2013 a 2015.

Servicio	2013	2014	2015
Consulta externa	29388	33914	43676
Hospitalización	1398	9344	27183
Hospital del día	3241	6939	6763
Total	34027	50197	77619

Fuente: (Servicio de admisiones del HAIAM, 2015)

En cuanto a la demanda de los servicios del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor se identifica un aumento progresivo, como se observa en la consulta ambulatoria entre los años 2013 a 2014 fueron atendidos 4526 más pacientes existiendo un incremento del 15,40%, y entre el año 2014 a 2015 se aumenta a 9762 que representa el 28,78% atenciones médicas brindadas al grupo de la tercera edad, en el servicio de hospitalización se observa un mayor número de usuarios de la tercera edad que necesitan ser Hospitalizados entre el 2013 a 2014 fueron hospitalizados 7946 existe un incremento del 68,38% y entre los años 2014 a 2015 hay un aumento de 17839 pacientes ingresados que representa el 90,91%, en el del hospital del día

La demanda observa entre los años 2013 a 2014 aumento de 3698 atenciones existiendo un incremento del 14,10%, entre los años 2014 a 2015 sucede que hay una disminución demanda en este servicio de 176 pacientes menos que representa 2,60%

Tabla 7
Análisis de los egresos Hospitalarios de los años 2013 a 2015 del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

Pacientes egresados	Año 2013	Año 2014	Año 2015
	354	542	955

Fuente: (Servicio de admisiones del HAIAM, 2015)

En cuanto a los egresos hospitalarios hay un aumento de 188 egresos entre los años 2013 a 2014 existiendo un incremento del 53,10% entre los años 2014 y 2015 hay un aumento de 413 egresos hospitalarios que representa el 76,19%, demostrando que cada año paulatinamente se presenta una mayor ocupación de camas hospitalarias, lo cual conlleva aumentar el presupuesto del Hospital para garantizar la oferta de los servicios y lograr la satisfacción de los usuarios.

Tabla 8
Egresos hospitalarios por servicios del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor del año 2015.

Mes	Servicios			días estada	% de	
	Unidad mediana estancia	Unidad Geriátrica de Agudos	Unidad cuidados paliativos		Días Estada	
Enero	21	26	14	641	6,1%	
Febrero	25	42	14	916	8,7%	
Marzo	22	36	11	751	7,1%	
Abril	29	35	7	885	8,3%	
Mayo	27	35	17	867	8,2%	
Junio	21	42	18	862	8,2%	
Julio	32	39	18	1,076	10,2%	
Agosto	22	31	19	862	8,2%	
Septiembre	27	52	24	1,063	10,1%	
Octubre	31	41	17	1,008	9,5%	
Noviembre	13	33	23	632	5,9%	
Diciembre	29	35	27	1,011	9,5%	
Totales	299	447	209	10574	100%	

Fuente: (Servicio de admisiones del HAIAM, 2015)

Durante los meses del año 2015, en la Unidad de Mediana Estancia, Unidad Geriátrica de Agudos, y la Unidad de Cuidados Paliativos se produjeron 955 egresos hospitalarios, con un promedio de días de estada de 10.574 días, de los cuales los meses con mayor días de estada son; Julio, septiembre, octubre y diciembre con un promedio del 10% de días de estada, seguido de los meses de febrero, marzo, abril, mayo, junio y agosto con un promedio del 8% de días de estada, mientras que los meses de enero y noviembre tiende a disminuir los días de estada con el 6%.

Como podemos evidenciar en los servicios de hospitalización como en la Unidad de Cuidados Paliativos se observa menos egresos hospitalarios durante el año 2015 con 209 egresos, en tanto que en la unidad geriátrica de agudos es el mayor número con 447 egresos hospitalarios, seguido de la unidad de mediana estancia con 299 egresos hospitalarios.

Así mismo los datos obtenidos nos indican que tenemos un acrecentamiento paulatino de egresos durante los meses del año 2015 en las unidades del servicio de hospitalización, tendiendo a disminuir significativamente en la unidad de cuidados paliativos los meses de marzo con 11 egresos y abril con 7 egresos, como también en la unidad de mediana estancia en el mes de noviembre con 13 egresos hospitalarios, en los demás meses se mantuvo el incremento de egresos hospitalarios.

Tabla 9
Análisis de varios indicadores estadísticos del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de los años 2013 a 2015.

Indicador	2013	2014	2015
Total días de estada	4437	7447	10574
Total días paciente	4653	7758	11000
Total días cama-Disponibles	7300	10808	16790
Total cama al año	20	28/46	46
Total días del año	365	365	365
Giro de camas promedio	1.48	1.52	1.73
Porcentaje ocupación promedio	63.74	72.37	65.49
Días paciente promedio	12.75	21.31	30.13
Días estada promedio	12.53	13.92	11.06
Egresos diarios promedio	0.97	1.48	2.62

Fuente: (Servicio de admisiones del HAIAM, 2015)

Los indicadores hospitalarios nos permite evaluar la potencialidad del establecimiento así como también la utilidad para dimensionar los recursos de modo que permita una cobertura de la población asignada y brindar atención de calidad con seguridad del paciente de la tercera edad, en el servicio de Hospitalización, por lo que se analizó los indicadores hospitalarios así como el total de días estada, que demuestra un aumento importante entre el año 2013 a 2014 de 3010 días de estada que representa el 67,83%, entre el año 2014 a 2015 se aumenta 3127 días de estada existiendo un incremento del 41,99%.

En cuanto al total de días paciente se puede evidenciar entre los años 2013 a 2014 se un aumento de 3105 total días paciente existiendo un incremento del 66,73% entre los años 2014 a 2015 se incrementa 3542 total días pacientes que representa el 41,78% del incremento.

El total de camas disponibles se determina el número de camas (ocupadas y/o desocupadas) que en promedio estuvieron en funcionamiento cada día durante un periodo, demostrando un aumento de 3508 días cama disponible entre los años 2013 a 2014 demostrando un incremento del 48,05%, entre los años 2014 a 2015 hay un

aumento de 5982 camas disponibles que representa el 55,34%, cada año se aumenta en promedio 4.520 camas disponible. También se observa un aumento en el número de camas instaladas en el año 2014 se aumentó 8 camas, el año 2015 se aumenta 18 cama.

El giro de camas en el hospital nos indica la utilización de las camas con respecto al número de pacientes egresados por cada cama disponible, observando un incremento del 2,70% entre el año 2013 a 2014, y en los años 2014 a 2015 hay un incremento del 13,81%.

El porcentaje de ocupación hospitalaria tiende a aumentar, de entre los años analizados, entre los años 2013 a 2014 se incrementa el 13,53%, y entre los años 2014 a 2015 tiende a disminuirse en un 10,50%, él porque de la disminución nos indica que hay menos pacientes hospitalizados, menos egresos, dando como resultado menos ocupación Hospitalaria, como también se puede analizar que en el año 2015 los servicios instalados y funcionando tuvo menor demanda por los usuarios de la tercera edad.

El promedio diario de pacientes hospitalizados demuestra un aumento entre los años 2013 a 2014 de aproximadamente 9 pacientes diarios que representa un incremento el 67,13%; entre los años 2014 a 2015 hay un aumento también aproximado de 9 pacientes diarios existiendo un incremento del 41,38%, lo que nos indica que existe un aumento del flujo de pacientes hospitalizados en forma continua.

Los días de estancia hospitalaria según la OPS indica el estándar en pacientes crónicos de 11 a 14 días extendiendo hasta los 30 días, dependiente de la gravedad del paciente, nuestro resultado nos da un promedio de 12,6 días de permanencia en el hospital, demostrando que se cumple con el estándar del número de días de hospitalización en el hospital de atención integral del adulto mayor, se observa disminución de los días de estada hospitalaria en el año 2015 con 11,06 días de estancia, la variable nos permite evaluar la capacidad resolutivo del profesional de la salud, como también la búsqueda de otros establecimientos para referir al paciente y dar solución al problema de salud del adulto mayor.

Los egresos hospitalarios van con relación a los días de estada, a lo que se puede evidenciar que entre el año 2013 y el 2014 se incrementa 52,57% y entre los años 2014 y 2015 se incrementa el 77,02%,

En forma general se puede avizorar la creciente demanda de servicios y recursos presupuestarios para el hospital de atención integral del adulto mayor.

Tabla 10
Referencias de pacientes solicitadas desde el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor a otros de mayor complejidad en el año 2015

Indicador	2014			2015		
	Solicitadas	Agendadas	Pendiente	Solicitadas	Agendadas	Pendientes
Enero	87	56	31	0	0	0
Febrero	215	173	42	125	107	18
Marzo	78	65	13	228	208	20
Abril	123	116	7	196	121	75
Mayo	64	60	4	153	108	45
Junio	98	90	8	181	152	29
Julio	324	274	50	214	163	51
Agosto	253	179	74	218	146	72
Septiembre	136	98	38	175	141	34
Octubre	57	57	0	260	193	67
Noviembre	172	127	45	163	142	21
Diciembre	149	121	28	169	120	49
Total	1756	1416	340	2082	1601	481

Fuente: (Servicio de admisiones del HAIAM, 2015)

En cuanto a las referencias solicitadas a otras casas salud de mayor complejidad en busca de complementariedad y dar solución al problema de salud del adulto mayor, se evidencia un aumento de 326 referencias solicitadas entre los años 2014 a

2015 existiendo un incremento el 18,56%; en cuanto a las referencias agendadas existe aumento de 185 citas agendadas, lo que representa el 13,06% de incremento, las referencias pendientes de atención entre los años 2014 a 2015 tiene un aumento de 141 referencias pendientes, existiendo un incremento de 41,47% en citas no atendidas.

La demora en acceder a una cita médica en las otras casas de salud depende de la subespecialidad que requiere el paciente y la disponibilidad de turnos en la oferta de los hospitales especializados en el distrito metropolitano de Quito, para brindar atención al adulto mayor.

Tabla 11
Usuarios atendidos en el servicio de rehabilitación del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor durante el año 2015.

Mes	Consulta Externa	%	Hospital del día	%	Hospitalización	%	Total	%
Enero	4235	9,3	480	4,8	1333	9,5	6048	8,7
Febrero	2906	6,3	639	6,5	963	6,8	4508	6,5
Marzo	4318	9,4	689	6,9	1125	8,2	6132	8,7
Abril	4754	10,3	710	7,2	1120	8	6584	9,5
Mayo	4350	9,5	790	7,9	1032	7,4	6172	8,8
Junio	3970	8,6	1065	10,6	1305	9,4	6340	9,1
Julio	2601	5,6	962	9,6	1255	8,9	4818	6,8
Agosto	3315	7,3	1095	11	1170	8,4	5580	7,9
Septiembre	4354	9,4	1017	10,3	1103	7,9	6474	9,3
Octubre	3519	7,6	997	10	1112	8	5628	8,1
Noviembre	3753	8,2	770	7,7	1081	7,8	5604	8,1
Diciembre	3885	8,5	754	7,5	1368	9,7	6007	8,5
	45960	100	9968	100	13967	100	69895	100
Promedio diario							273.03	

Fuente: (Servicio de admisiones del HAIAM, 2015)

En el año 2015 el servicio rehabilitación brindó atención a 69895 pacientes quienes de los cuales 45960 pacientes fueron derivados de la consulta externa, 9968 pacientes fueron derivados del servicio de hospital del día, y 13967 del servicio de hospitalización pacientes que fueron referidos para ser atendidos.

En la tabla que antecede, se observa un porcentaje de atención medio alto que oscila entre el 7-10% en los tres servicios (consulta externa, hospitalización, y hospital del día), el estándar según la Norma de Atención del Adulto Mayor indica que debe realizar de 1 a 10 sesiones anuales de terapia que ayude a la recuperación de las morbilidades que afectan al grupo poblacional de la tercera edad.

Tabla 12
Análisis del número de procedimientos de rehabilitación realizados a Pacientes referidos de Consulta Externa y Hospitalización del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor los años 2014 - 2015.

Tipo de terapia	Año 2014		Año 2015	
	Consulta Externa	Hospitalización.	Consulta Externa.	Hospitalización.
Física	75932	6036	76389	8311
Ocupacional	40548	7748	46559	8876
Respiratoria	3195	12634	3196	15172
Lenguaje	17007	4694	13254	8254
Total	138696	31112	141413	40613
Total general		169808		182026

Fuente: (Servicio de admisiones del HAIAM, 2015)

Según las normas y protocolos de atención del adulto mayor indica que el estándar va de 1 a 10 sesiones de rehabilitación al año de atenciones de rehabilitación por adulto mayor, el servicio de rehabilitación muestra un aumento global entre el año 2014 a 2015 de 12.218 atenciones que representa el 7,19%; entre los diferentes tipos de terapia se observa que los atendidos a pedido de la consulta externa como son: Terapia física representa un incremento del 0,60%, terapia ocupacional el 14,82%, terapia respiratoria el 0,03%, la terapia de lenguaje presenta una disminución del 28,31%; en el servicio de hospitalización los diferentes tipos de

terapia representan los siguientes incrementos: Terapia física del 13,69%, terapia ocupacional el 14,55%, terapia respiratoria el 20,08%, terapia del lenguaje presenta una disminución del 75,84% con lo que aumenta la necesidad de los servicios en el sistema de salud público.

Tabla 13
Número de determinaciones de laboratorio clínico solicitados por Consulta Externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor año 2014 y 2015.

Determinaciones	Año 2014	Pacientes atendidos 2014 HAIAM	Año 2015	Pacientes atendidos 2015 HAIAM
Hematológicos	6347		8543	
Química sanguínea	18592		41041	
Materias fecales	2092		1911	
Orina	3601	33914	4458	43673
Serología	1392		1059	
Hormonas	5088		6902	
Total	37112		63914	

Fuente: (Servicio de admisiones del HAIAM, 2015)

En el servicio de consulta externa durante el año 2014 a 2015 hay un aumento de 26.802 de las determinaciones de laboratorio clínico que representa el 72,21%, de las cuales las pruebas que mayor solicitan los profesionales del HAIAM es la química sanguínea en la atención ambulatoria arrojando un acrecentamiento de 22.449 que representa el 20,74% determinaciones de Química Sanguínea, lo que demuestra que las patologías de causa metabólica son más frecuentes en los usuarios de la tercera edad, no obstante enfatizo la importancia de la protocolización y jerarquización de la correcta indicación de esas pruebas de acuerdo a la clínica, para garantizar un uso racional de estos recursos, lo cual se puede lograr con una correcta aplicación del método clínico,

Los exámenes hematológicos representan un incremento en el año 2014 a 2015 de 2196 exámenes, lo cual significa un aumento de 34,59% ; dando a entender que se ha presentado un mayor problema infeccioso en el grupo de la tercera edad, lo que no

sucede con los exámenes coproparacitarios que disminuye en 181 solicitudes entre el año 2014 al 2015 representando un decremento en este tipo de atención en 9,47%, igual sucede con los exámenes serológicos hay una disminución de 333 determinaciones entre el año 2014 a 2015 lo que representa un decremento del 31,44%, los exámenes de uruanalisis que se aumenta entre el año 2014 a 2015 en 857 determinaciones representan un incremento de 23,79%, situación que hace presumir que en este año se incrementó las infecciones de vías urinarias; en el cuadro también se observa un incremento de 1814 pruebas hormonales entre el año 2014 a 2015, lo que representa el 35,65% de aumento, es decir los trastornos hormonales en la tercera edad se presenta tanto en mujeres como en varones volviéndose prioritario de solicitar este tipo de examen en este grupo etario.

Relacionando el número de atenciones médicas en consulta ambulatoria y el número de determinaciones realizadas en el año 2014, se realizan 33914 consultas médicas y 37112 determinaciones, determinando que cada usuario aproximadamente requirió realizarse más de una determinación por cada consulta, mientras que en el año 2015 se realizan 43673 consultas médicas y se realizan 63914 exámenes de laboratorio clínico demostrando que cada paciente en promedio requirió realizarse también, más de un examen de laboratorio por cada consulta.

Tabla 14
Número de determinaciones de laboratorio clínico del servicio de hospitalización del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor año 2014 y 2015.

Determinaciones	Año 2014	Pacientes atendidos 2014 HAIAM	Año 2015	Pacientes atendidos 2015 HAIAM
Hematológicos	2468	16283	5614	33946
Química sanguínea	4834		17683	
Materias fecales	111		234	
Orina	614		1889	
Serología	508		978	
Hormonas	539		1094	
Total	9074		27492	

Fuente: (Servicio de admisiones del HAIAM, 2015)

En hospitalización en el año 2015 se realizan 27492 exámenes de laboratorio, demostrando que aproximadamente se efectuó el triple de determinaciones más que en el año 2014 que fueron de 9074 determinaciones, dando un incremento total de 18418 determinaciones de laboratorio. En el servicio de hospitalización también se triplica la atención en exámenes de química sanguínea lo que representa un aumento de 12849 determinaciones entre los años 2014 al 2015, significa que en los usuarios de la tercera edad prevalecen las causas metabólicas, lo cual representa un incremento del 65,80%.

Respecto a los exámenes de hematología incrementa en el 27,97% de 2468 en el 2014 a 5614 determinaciones en el año 2015.

Los coproparasitarios se incrementan en 123 exámenes que representa el 10,81% entre el año 2014 y 2015 significa que molestias gastrointestinales son poco frecuente en este grupo de la tercera edad.

Los exámenes elemental y microscópico de orina se aumentó en 1275 determinaciones en el año 2014 a 2015 existiendo un incremento del 76,54 %, las pruebas serológicas se incrementan en el año 2014 a 2015 en 470 pruebas que representa el 92,51%, en cuanto a las pruebas hormonales se duplican las determinaciones entre el año 2014 a 2015 con una cifra de 555 determinaciones existiendo un incremento del 29,68%, entendiendo que los trastornos hormonales también se presentan en este grupo de edad tanto en mujeres como en varones.

Como también se puede evidenciar un aumento en la demanda de pacientes hospitalizados, en el año 2014 fueron hospitalizados 16283 pacientes, en el año 2015 se incrementa la demanda de hospitalización a 33946 pacientes, demostrando un incremento de 17633 pacientes que representa el 84,75%.

Tabla 15
Distributivo del personal del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor en el año 2015

Distributivo año 2015	Número de personal
Otros profesionales de la salud con título universitario	69
Personal administrativo	54
Enfermeras	34
Auxiliares de enfermería	36
Médicos	34
Personal de servicios	27
Otros auxiliares	5
Técnicos	2
Total	261

Fuente: (Recurso Humanos HAIAM, 2015)

En el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor se cuenta con personal médico, de enfermería, odontología, auxiliar de enfermería, personal administrativo y técnicos que laboran bajo distintas modalidades de contrato, el detalle se expresa a continuación.

La distribución del Talento Humano que labora en el Hospital de Atención Integral del Adulto se puede observar de 261 empleados, 69 profesionales disponen de título Universitario relacionado con salud, de acuerdo a la nómina encontramos 34 enfermeras, 34 médicos, 36 auxiliares de enfermería, también existe personal con otro nivel de preparación, entre ellos tenemos servicios de salud que son 27 trabajadores ocupados en diferentes actividades permitiendo la funcionalidad de la casa de salud, lo que permite ofertar atención de calidad y seguridad al usuario, en la distribución del Talento Humano encontramos 5 auxiliares administrativos, 2 dos técnicos de mantenimiento y 54 empleados que laboran en la parte administrativa lo que permite brindar una atención oportuna y satisfacción al usuario.

Tabla 16

Análisis del personal de Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de acuerdo a sus funciones operativas 2013 a 2015

Nivel	Año 2013		Año 2014		Año 2015	
	Administrativo	operativo	Administrativo	operativo	Administrativo	operativo
HAIAM	27	125	40	202	54	207
Total	157		242		261	

Fuente: (Recurso Humanos HAIAM, 2015)

Del personal del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor demuestra un incremento en la contratación de personal administrativo del año 2013 al 2014, de 13 empleados lo que representa el 48,14%, mientras en el período 2014-2015 ingresan 14 servidores públicos adicionales al área administrativa existiendo un incremento del 35%. El personal operativo en el que se incluye médicos, enfermeras, tecnólogos médicos, odontólogos, trabajadora social, auxiliares de enfermería se observa en el período de 2013-2014 refleja un incremento de 77 profesionales que representan el 61,6%, mientras en el período 2014-2015 ingresan a laborar 5 profesionales adicionales existiendo un incremento del 2,47%. En general el incremento del personal en el periodo 2013-2014 se aumenta con 87 profesionales en total, que representan el 54,14%, en cambio en el período 2014-2015 se incrementa 29 empleados que representan el 7,85% adicional

CAPITULO IV

4. Evaluación Técnica Económica de la atención brindada en el Hospital del Adulto Mayor.

Con base a la información compilada tanto en las áreas de producción hospitalaria como son consulta externa, hospitalización, hospital del día, así como de los servicios de apoyo como son: laboratorio clínico y rehabilitación, se procede a realizar el análisis técnico de productividad y rendimiento del talento humano tanto del personal médico como paramédico que atiende en esta casa de salud hospitalaria.

En igual forma se procede con base a la información proporcionada por el departamento financiero del hospital, con el análisis de indicadores hospitalarios y a la evaluación económica presupuestaria del hospital.

Tabla 17
Costo y promedio de consulta por hora en el Hospital del Adulto Mayor

Cargo	Número de Profesionales	Horas contratadas	Horas asignadas a C. Externa	Número de días al año	Horas al año en C. Ext.	sueldos año	Consultas año	Costo hora total	Costo hora individual	Nº de consultas/hora	Costo consultas	Nº consultas/hora/profesional
Geriatra	8	8	6	220	10560	565406,4	7898	535.422.727	6,69278409	2	3,35	0,74791667
Médico internista	2	8	6	220	2640	141351,6	4846	53.542.272,70	26,7711364	2	13,39	1,83560606
Fisiatra	1	8	8	220	1760	70675,8	4181	401.567.045	40,1567045	2	20,08	2,37556818
Psicólogo	3	8	8	220	5280	85008,6	4067	161.001.136	5,36670455	2	2,68	0,77026515
Psiquiatra	2	8	8	220	3520	141341,6	5235	401.538.636	20,0769318	2	10,04	1,48721591
Podólogo	2	8	8	220	3520	141351,6	3408	401.567.045	20,0783523	2	10,04	0,96818182
Neurólogo	1	8	6	220	1320	70651,8	1139	535.240.909	53,5240909	2	26,76	0,86287879
Odontólogo	2	8	8	220	3520	124636,32	4504	354.080.455	177040227	2	8,85	1,27954545
Suma	21	64	58	1760	32120	1340423,72	35278	2.843.960.226	177040373			

Fuente: (Recurso Humanos HAIAM, 2015)

Conforme lo descrito en la tabla 17, se realiza el siguiente análisis:

En la consulta de Geriatria, existen 8 profesionales que brindan atención, el costo por consulta asciende a \$ 3,35 individual por consulta, el promedio de consultas que cada uno de estos profesionales atiende en una hora es de aproximadamente 0,74 lo que significa que durante las seis horas diarias aproximadamente atiende de 4 a 5 pacientes; siendo el estándar de protocolo atender 2 pacientes por hora, y el estándar nacional de atención médica que indica debe atender 3 pacientes por h/especialidad; significaría que en forma diaria debería atender 12 pacientes (en el caso de estándar p/protocolo) y 18 pacientes diario (en el caso de estándar nacional), la situación del estudio realizado, demuestra que el rendimiento del Geriatra en el año 2015 está en el orden del 41.6% aproximadamente (en el primer caso) y en 27,7% de productividad profesional (en el segundo caso).

En la consulta de Psicológica, existen 3 profesionales que brindan atención, el costo por consulta asciende a \$ 2,68 individual por consulta, el promedio de consultas que cada uno de estos profesionales atiende en una hora es de aproximadamente 0,77 lo que significa que durante las ocho horas diarias aproximadamente atiende de 6 a 7 pacientes; siendo el estándar de protocolo atender 2 pacientes por hora, y el estándar nacional de atención médica que indica debe atender 3 pacientes por h/especialidad; significaría que en forma diaria debería atender 12 pacientes (en el caso de estándar p/protocolo) y 18 pacientes diario (en el caso de estándar nacional), la situación del estudio realizado, demuestra que el rendimiento del Médico Fisiatra en el año 2015 está en el orden del 58,3% aproximadamente (en el primer caso) y en 38,8% de productividad profesional (en el segundo caso).

En la consulta de Psiquiatria, existen 2 profesionales que brindan atención, el costo por consulta asciende a \$ 10,04 individual por consulta, el promedio de consultas que cada uno de estos profesionales atiende en una hora es de aproximadamente 1,48 lo que significa que durante las ocho horas diarias aproximadamente atiende de 11 a 12 pacientes; siendo el estándar de protocolo atender 2 pacientes por hora, y el estándar nacional de atención médica que indica debe atender 3 pacientes por h/especialidad; significaría que en forma diaria debería

atender 12 pacientes (en el caso de estándar p/protocolo) y 18 pacientes diario (en el caso de estándar nacional), la situación del estudio realizado, demuestra que el rendimiento del Médico Fisiatra en el año 2015 está en el orden del 100% aproximadamente (en el primer caso) y en 66,6% de productividad profesional (en el segundo caso).

En la consulta de Podología, existen 2 profesionales que brindan atención, el costo por consulta asciende a \$ 10,04 individual por consulta, el promedio de consultas que cada uno de estos profesionales atiende en una hora es de aproximadamente 0,96 lo que significa que durante las ocho horas diarias aproximadamente atiende de 7 a 8 pacientes; siendo el estándar de protocolo atender 2 pacientes por hora, y el estándar nacional de atención médica que indica debe atender 3 pacientes por h/especialidad; significaría que en forma diaria debería atender 12 pacientes (en el caso de estándar p/protocolo) y 18 pacientes diario (en el caso de estándar nacional), la situación del estudio realizado, demuestra que el rendimiento del Médico Podólogo en el año 2015 está en el orden del 66,6% aproximadamente (en el primer caso) y en 44,4% de productividad profesional (en el segundo caso).

En la consulta de Neurología, existen 1 profesionales que brindan atención, el costo por consulta asciende a \$ 26,76 individual por consulta, el promedio de consultas que el profesional atiende en una hora es de aproximadamente 0,86 lo que significa que durante las seis horas diarias aproximadamente atiende de 5 a 6 pacientes; siendo el estándar de protocolo atender 2 pacientes por hora, y el estándar nacional de atención médica que indica debe atender 3 pacientes por h/especialidad; significaría que en forma diaria debería atender 12 pacientes (en el caso de estándar p/protocolo) y 18 pacientes diario (en el caso de estándar nacional), la situación del estudio realizado, demuestra que el rendimiento del Neurólogo en el año 2015 está en el orden del 50% aproximadamente (en el primer caso) y en 33,3% de productividad profesional (en el segundo caso).

En la consulta de Odontología, existen 2 profesionales que brindan atención, el costo por consulta asciende a \$ 8,85 individual por consulta, el promedio de consultas que cada uno de estos profesionales atiende en una hora es de aproximadamente 1,27 lo que significa que durante las 8 horas diarias

aproximadamente atiende de 10 a 11 pacientes; siendo el estándar nacional y de protocolo atender 2 pacientes por h/especialidad de odontología; significaría que en forma diaria debería atender 12 pacientes, la situación del estudio realizado, demuestra que el rendimiento del Odontólogo en el año 2015 está en el 91,6% aproximadamente.

4.1 Ingresos y gastos del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor del año 2015

El presupuesto del Hospital de atención integral del Adulto Mayor su ingreso y gastos se encuentran codificado en programas, grupo e ítems, distribuido en los siguientes grupos:

- Grupo 51 es el gasto del personal;
- Grupo 53 gasto de bienes de servicios de consumo; agua, luz, teléfono, mantenimiento de equipos, vehículos, e infraestructura, medicinas, insumos médicos, suministros de oficina y aseo, alimentos, bebidas, lencería, subsistemas, repuestos y accesorios;
- Grupo 57 otros gastos corrientes; seguros, comisiones bancarias, tasas generales, pago de interés por mora patronales al IESS, responsabilidades patronales;
- Grupo 58 Transferencias y donaciones corrientes, jubilados patronales “paga la institución el 50 %”;
- Grupo 71 gastos de personal de inversión;
- Grupo 73 bienes de servicios para inversión “programas especiales de Tuberculosis, VIH, discapacidades, prótesis”;
- Grupo 75 Obras públicas
- Grupo 84 Activos fijos, bienes de larga duración, maquinaria y equipos, mobiliario, paquetes informáticos;
- Grupo 99 deudas de años anteriores.

Tal como indica la cédula presupuestaria del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor analizada su distribución, de acuerdo a su ingreso y egresos realizados en el año 2015.

El mismo que ha permitido realizar una gestión eficiente y eficaz buscando brindar una atención integral de salud a los adultos mayores de la ciudad de Quito, de la provincia de pichincha y del país.

Nuestro análisis del porcentaje de ejecución presupuestaria de acuerdo a la cédula de gastos para ejecución presupuestaria general se debe alcanzar el 8,3% mensual, para comprobar se utiliza la fórmula:

- **Cédula Presupuestaria** Identifica el estado de ejecución de las partidas de ingresos y gastos (inicial, Codificado, comprometido, devengado y pagado etc.)
- **Devengado** Registro de los hechos económicos en el momento que ocurre, haya o no movimiento de dinero, como consecuencia del reconocimiento de los derechos y obligaciones ciertas, vencimiento de plazos, condiciones contractuales, cumplimiento de disposiciones legales o prácticas comerciales de general aceptación.
- **Aprobado** Es el que refleja las asignaciones presupuestarias anuales comprometidas en el presupuesto de egresos (Naturaleza contable de la cuenta acreedora).
- **Codificado** Monto de la asignación presupuestaria modificada por efecto de la aprobación de resoluciones presupuestarias (incremento o disminución con respecto a los ingresos y asignaciones del presupuesto aprobado inicialmente) a una fecha determinada.
- **Comprometido** Monto de la asignación presupuestaria que ha sido reservado para la realización de gastos específicos, muestra el total de compromisos realizados para cada partida presupuestaria.
- **Pagado** el momento contable del gasto que refleja la cancelación total o parcial de las obligaciones de pago, que se concreta mediante el desembolso de efectivo o cualquier otro medio de pago (Larios, 2015)

Tabla 18
Asignaciones codificadas y ejecución del gasto durante los años 2013 a 2015 en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

Año	Monto gasto corriente		Porcentaje
	Aprobado	Ejecutado	%
2013	3'291.209,70	3'066.867,66	93,2
2014	5'201.555,29	5'197.433,64	99,9
2015	5'935.103,35	5'877.020,84	99,02

Fuente: (Departamento financiero del HAIAM, 2015)

Podemos observar la relación entre el presupuesto codificado (asignación inicial aprobada +/- reformas) y la ejecución del gasto (pagado) tenemos que en el año 2013 se gastó el 94.48% del valor codificado total, en el año 2014, se gastó el 96.28% y en el 2015 se gastó el 96.37% de los recursos presupuestarios totales del Hospital del Adulto Mayor, conforme evaluación financiera del Ministerio de Finanzas la ejecución presupuestaria desde el punto de vista del gasto es muy buena.

Tabla 19
Ejecución Presupuestaria en el año 2013 en el Hospital de Atención Integral del Adulto mayor

EJECUCION PRESUPUESTARIA 2013							
PARTIDA	CODIFICADO	COMPROMETIDO	PAGADO	Saldo x comprometer	Saldo x pagar	Ejecución del compromiso	Ejecución del pagado
GRUPO 51	2373100,95	2327534,47	2326960,80	45566,5	573,67	0,98	0,98
GRUPO 53	594449,06	563545,64	557121,74	30903,4	6423,90	0,95	0,94
GRUPO 57	30674,36	5398,5	5175,50	25275,9	223,00	0,18	0,17
GRUPO 58	97494,3	97079,84	97079,84	414,46	0,00	1,00	1,00
GRUPO 71							
GRUPO 73	40697	39722,6	22101,25	974,4	17621,35	0,98	0,54
GRUPO 75							
GRUPO 84	80329,56	57509,67	52650,24	22819,9	4859,43	0,72	0,66
GRUPO 99	28087,03	4745,82	4745,82	23341,2	0,00	0,17	0,17
TOTAL	3244832,26	3095536,54	3065835,19	149296	29701,35		

De la tabla que antecede, se desprende que: de la asignación codificada total \$ 3244832.26 del Hospital en el año 2013, se comprometieron recursos por \$ 3095536.54 lo que representa una ejecución desde el punto de vista del compromiso del 95.39% de recursos se comprometieron, y de este total se pagó a proveedores y/o clientes el 99.04% correspondiente a \$3065835.19

Tabla 20
Ejecución Presupuestaria en el año 2014 en el Hospital de Atención Integral del Adulto mayor

EJECUCION PRESUPUESTARIA 2014							
PARTIDA	CODIFICADO	COMPROMETIDO	PAGADO	Saldo x comprometer	Saldo x pagar	Ejecución del compromiso	Ejecución del pagado
GRUPO 51	3293673,51	3293673,51	3293673,51	0	0,00	1,00	1,00
GRUPO 53	1147310,46	1147310,46	1125039,8	0	22270,66	1,00	0,98
GRUPO 57	60764,88	60764,88	60726,55	0	38,33	1,00	1,00
GRUPO 58	104326,73	104286,28	104286,28	40,45	0,00	1,00	1,00
GRUPO 71	1011,04	1011,04	1011,04	0	0,00	1,00	1,00
GRUPO 73	208887,69	208887,69	208887,69	0	0,00	1,00	1,00
GRUPO 75	98177,24	98177,24	10490,48	0	87686,76	1,00	0,11
GRUPO 84	219142,33	216367,27	136158,94	2775,06	80208,33	0,99	0,63
GRUPO 99	68161,41	68161,41	68161,41	0	0,00	1,00	1,00
TOTAL	5201455,29	5198639,78	5008435,7	2815,51	190204,1		

De la tabla que antecede, se desprende que: de la asignación codificada total \$ 5201455.29 del Hospital en el año 2014, se comprometieron recursos por \$ 5198639.78 lo que representa una ejecución desde el punto de vista del compromiso del 99.94% de recursos se comprometieron, y de este total se pagó a proveedores y/o clientes el 96.34% correspondiente a \$5008435.70

Tabla 21
Ejecución Presupuestaria en el año 2015 en el Hospital de Atención Integral del Adulto mayor

EJECUCION PRESUPUESTARIA 2015							
PARTIDA	CODIFICADO	COMPROMETIDO	PAGADO	Saldo x comprometer	Saldo x pagar	Ejecución del compromiso	Ejecución del pagado
Grupo 51	4080301,21	4048257,97	4020175,31	32043,2	28082,66	0,99	0,99
Grupo 53	1179896,28	1166437,5	1057064,25	13458,8	109373,3	0,99	0,91
Grupo 57	5599,54	5319,57	2739,81	279,97	2579,76	0,95	0,52
Grupo 58	111718,56	111540,64	103448,03	177,92	8092,61	1,00	0,93
Grupo 71	68819,26	68797,7	68797,7	21,56	0	1,00	1,00
Grupo 73	360254,27	360254,27	360254,27	0	0	1,00	1,00
Grupo 75	0	0	0	0	0	0,00	0,00
Grupo 84	27000	35983,52	24684,72	-8983,52	11298,8	1,33	0,69
Grupo 99	101514,13	91802,96	82375,93	9711,17	9427,03	0,90	0,90
Total	5935103,25	5888394,13	5719540,02	46709,1	168854,1	0,99	0,97

De la tabla que antecede, se desprende que: de la asignación codificada total \$ 5935103.25 del Hospital en el año 2015, se comprometieron recursos por \$ 5888394.13 lo que representa una ejecución desde el punto de vista del compromiso del 99.21% de recursos se comprometieron, y de este total se pagó a proveedores y/o clientes el 97.13% correspondiente a \$5719540.02

Tabla 22**Variación de asignaciones codificadas durante los años 2013 a 2015 en el Hospital de Atención Integral del Adulto mayor.**

EJECUCION PRESUPUESTARIA (codificado) 2013 a 2015					
	2013	2014	2015	Incrementos:	
PARTIDA	CODIFICADO	CODIFICADO	CODIFICADO	2013-2014	2014-2015
GRUPO 51	2373100,95	3293673,51	4080301,21	920.572,56	786.627,70
GRUPO 53	594449,06	1147310,46	1179896,28	552.861,40	32.585,82
GRUPO 57	30674,36	60764,88	5599,54	30.090,52	(55.165,34)
GRUPO 58	97494,3	104326,73	111718,56	6.832,43	7.391,83
GRUPO 71		1011,04	68819,26	1.011,04	67.808,22
GRUPO 73	40697	208887,69	360254,27	168.190,69	151.366,58
GRUPO 75		98177,24	0	98.177,24	(98.177,24)
GRUPO 84	80329,56	219142,33	27000	138.812,77	(192.142,33)
GRUPO 99	28087,03	68161,41	101514,13	40.074,38	33.352,72
TOTAL	3244832,26	5201455,29	5935103,25	1.956.623,03	733.647,96
				0,60	0,14

4.2 Planificación y gestión para la evaluación técnica del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

La evaluación técnica mediante indicadores en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor nos permite analizar la calidad de atención brindada y el cumplimiento de la gestión administrativa, a continuación, describiremos algunos indicadores, eficacia, uso, utilidad, producción, disponibilidad entre otros medidos en nuestro trabajo.

Tabla 23
Indicadores de disponibilidad

Indicador	Dimensión	Resultado 2015
Razón Horas médico	Disponibilidad de horas	$30.360/127.901=0,24$
Razón horas enfermera contratadas al año por usuario	Disponibilidad de horas enfermera por usuario	$5.280/127.901=0,05$
Razón horas auxiliares contratadas año por usuario	Disponibilidad de horas auxiliares por usuario	$3.520/127.901=0,03$
Razón horas odontólogo contratadas por usuario	Disponibilidad de horas odontólogo por usuario	$3.520/127.901=0,03$
Razón horas tecnólogo médico contratadas por usuario	Disponibilidad de horas tecnólogo médico por usuario	$8.800/127.901=0,07$
Disponibilidad financiera	Disponibilidad de recursos financieros por usuario	$4'080.838,60/77619=52,57$

- **Disponibilidad hora médica**

La disponibilidad de hora médica es la relación entre el recurso existente y la población a la cual están destinados. La jornada laboral efectiva es de 220 días al año, por las horas destinadas a la atención, y por el número de profesionales que dan atención en el servicio

Formula: D. H. M. = horas médico en consulta externa/población asignada (MSP, 1999)

Resultado: 0,24 hora médico por habitante.

Comentario la disponibilidad hora médico de atención en el hospital en consulta externa es de 0,24 horas médico por habitante evaluando el desempeño de los profesionales del Hospital de Atención Integral del adulto Mayor, o sea que de los 127.901 adultos mayores asignada, cada adulto mayor tiene 24 minutos para la atención en el Hospital

Disponibilidad hora Enfermera.

En cuanto a la atención por las profesionales enfermeras:

Formula: Disponibilidad Hora Enfermera = Hora Enfermera en Consulta Externa/población asignada

Estándar: 5 a 10 minutos para la preparación del paciente, según OPS

Resultado: 0,05 hora enfermera por habitante

Comentario; lo que quiere decir que se dispone de 0,05 horas enfermera por habitante, tiempo insuficiente para cumplir con la preparación de los usuarios.

- **Disponibilidad hora Auxiliar de enfermería.**

En lo que respecta a las auxiliares de enfermería, teniendo la responsabilidad de la preparación de 26 consultorios en la consulta externa, como también la preparación del paciente, existen 2 auxiliares de enfermería en el servicio de consulta externa

Formula: D. H Auxiliar Enfermería = Hora Auxiliar de enfermería/Población Asignada.

Resultado: 0,03 hora auxiliar de enfermería por habitante

Comentario; la auxiliar de enfermería dispone de 0,03 hora auxiliar habitante, para realizar las actividades encomendadas a los auxiliares, que puede ser insuficiente.

Disponibilidad hora Odontólogo.

Al analizar la disponibilidad hora odontóloga para la atención de la población adscrita al Hospital de atención Integral del Adulto Mayor al disponer de dos odontólogos en consulta externa

Formula: H. D. O. = Hora odontólogo en Consulta Externa/Población Asignada.

Estándar: 2 pacientes hora, 30 minutos paciente, 45 minutos paciente en especialidades de endodoncia.

Resultado: 0,03 hora odontólogo por habitante

La disponibilidad hora odontólogo es de 0,03 hora odontólogo para toda la población de adultos mayores asignados al hospital de atención integral del adulto mayor, llama la atención este tiempo muy reducido.

Disponibilidad hora tecnólogo

La disponibilidad de tecnólogo médico en el laboratorio clínico de acuerdo a la población total asignada.

Formula: H. D. O. = Hora tecnólogo Médico en Consulta Externa/Población Asignada.

Resultado: 0,07 horas de tecnólogo médico por habitante

En relación a la disponibilidad hora tecnólogo médico de atención en el laboratorio es de 0,07 horas tecnólogo por habitante.

Disponibilidad de recursos financieros:

Formula: D. R. F. = Presupuesto ejecutado en el grupo 051/números de consultas en la Consulta Externa.

En lo respecta a disponibilidad de recurso financiero de dispone \$ 52,57 para cada consulta de espacialidad.

Tabla 24**Indicadores de accesibilidad.**

Indicador	Dimensión	Datos 2015
Tiempo de espera para atención en consulta	oportunidad en atención en consulta externa	30 minutos
Tiempo de espera en exámenes de laboratorio	oportunidad en entrega de resultados	8 horas, exámenes de rutina
Tiempo de espera en atención de interconsulta	oportunidad de atención de interconsultas	depende de la especialidad, promedio 2 horas
Oportunidad de citas medicas	acceso a las citas efectivas	de acuerdo a la especialidad promedio 5 días
% efectivización de recetas	acceso e integralidad de atención farmacológica en consulta	dispensación de 0,7 recetas.
% efectivización de exámenes de laboratorio	acceso e integralidad atención laboratorio	Exámenes básicos de rutina y de especialidades

- **Tiempo de espera para recibir atención en la Consulta Externa**

En lo que respecta al tiempo de espera para recibir atención desde que fue preparado en estación de enfermería hasta recibir atención, en el estudio demuestra un resultado de 30 minutos .

Estándar: 1 hora

Resultado: 30 minutos

Demostrando que el tiempo de espera para recibir atención es prioridad por el tipo de paciente que tenemos en la consulta externa de el hospital de atención del adulto mayor, dato que fue recogido en la entrevista que se realizó a los usuarios que esperaban atención en consulta externa del hospital.

- **Tiempo de espera para resultado de exámenes de laboratorio clínico**

Los resultados de laboratorio solicitados por los especialistas son entregados en un tiempo máximo de 8 horas, entrevista con los profesionales que laboran en el servicio y pacientes que esperaban de resultados.

Resultado: 2 horas exámenes de emergencia (hospitalización) y 8 horas, exámenes de rutina (consulta externa), (normas y protocolos de la institución)

La entrega resultados de exámenes de laboratorio clínico, los exámenes de rutina en el hospital se lo realiza en un tiempo de 8 horas los solicitados de consulta externa y en 2 horas los exámenes solicitados de hospitalización emergentes

Tiempo de espera para realizar una interconsulta

Las interconsultas dentro del hospital para la valoración con otra especialidad son inmediatas, pero como máximo de 2 horas, dependiendo de la disponibilidad del especialista y de la especialidad, lo que nos manifestó el personal de admisiones.

- **Tiempo de espera para acceder a la cita médica**

Estándar: 7 a 14 días, de acuerdo a los indicadores

Resultado: 5 días, fuente Servicio de admisiones

Las citas médicas dentro del mismo episodio de una enfermedad el usuario accede al quinto día como máximo.

- **Acceso a la atención farmacológica en HAIAM**

Estándar. 1 receta por consulta

Resultado: 0,7 recetas por consulta

En el hospital se determinó durante el estudio la accesibilidad de medicamentos sin la ruptura del stock por lo que fueron dispensadas 1 receta por paciente y por consulta.

Tabla 25
Indicadores de procesos, intensidad de usos

Indicador	Dimensión	Datos 2015
Uso de consulta externa de fomento y protección	Uso de consulta de fomento y protección en el año	Se da charlas educativas de cuidado y aseo personal
Concentración de consulta	Veces que un paciente acudió a la unidad por la misma enfermedad.	3,8 veces al año
Primeras consultas	Primeras consultas que se otorgó en el año y en establecimiento al usuario	8566 primeras consultas año 2015, de acuerdo a un primer diagnóstico

La calidad de atención del hospital se evidencio con las charlas educativas al paciente con diversos temas a cargo de las enfermeras que laboran en este el servicio. El indicador de concentración de consulta, se mide por servicio que se determina con las primeras consultas de morbilidad + subsecuentes/primeras consultas

Estándar: 4 consultas al año “Fuente: Indicadores Hospitalarios”

Resultado: 3,8 por año

La concentración de la consulta tenemos un resultado de 3,8 consultas por usuario y por año en el servicio de consulta externa del hospital de atención integral del adulto mayor.

La primera consulta se ha tomado en cuenta los primeros diagnóstico dado por los profesionales de consulta externa que nos da un resultado de 8.566 primeras consultas en el año 2015.

Tabla 26
Indicadores de utilización

Indicador	dimensión	datos 2015
Promedio de recetas en consulta	Número de recetas recibidas por cada consulta	51.678/43673=1,18
Uso de estudios de Rx por consulta	Número de estudios por cada consulta	3.089/43673=0,08
Número de exámenes de laboratorio por consulta	Número de exámenes de laboratorio por cada consulta	63.914/43673=1,47
Promedio de sesiones de rehabilitación por paciente	Número de sesiones de rehabilitación por paciente	2,3 sesiones

- **Promedio de recetas en consulta:**

Formula: número de recetas dispensadas/ total de consultas

Estándar: 1 receta por consulta

Resultado: 1,18 recetas por paciente, por consulta

El reporte de recetas por paciente y por consulta es en un promedio 1,18 recetas por consulta y por año

- **Promedio de exámenes radiológicos e imagen**

Formula: Número de exámenes radiológicos y de imagen realizados en consulta externa/Número total de consultas medicas

Estándar: hospital general 0,10 “Fuente Indicadores Hospitalarios

Resultado: 0,08 por consulta

Con respecto a los exámenes de Rx que son solicitados de los servicios del hospital es de 0,08 exámenes realizados en este servicio.

- **Promedio de análisis de laboratorio por consulta**

Formula: Número de Análisis Clínicos Realizado/ Número total de consultas médicas

Estándar: 0,7 determinaciones por usuario

Resultado: 1,47 determinaciones por usuario

La determinación en el laboratorio clínico del hospital es de 1,47 determinaciones por cada consulta

- **Promedio de uso del servicio de rehabilitación**

Formula: Número de procedimientos/Total de consultas en general

Estándar: de 1 a 10 sesiones por año

Resultado: 2,3 sesiones por año

En cuanto al promedio de procedimientos en el servicio de rehabilitación es de 2,3 sesiones por paciente y por año.

Tabla 27

Indicadores de productividad y rendimiento

Indicador	Dimensión	Datos 2015
% Productividad en servicio de consulta	Productividad del servicio de Consulta Externa	1,44
Productividad en consulta	Productividad de consulta hora contratada	1,43 consultas por habitante
Promedio diario de consultas	Número De consultas realizadas por día en la unidad	Flujo de pacientes diarios 171
Promedio diario de egresos	El número promedio de egresos diarios de los pacientes hospitalizados en un periodo.	2,6 pacientes diarios durante el año 2015
Productividad en el servicio de odontología	Productividad del servicio de odontología	0,92
Rendimiento Tecnólogos	Número de procedimientos realizados por cada hora efectiva de trabajo	103,42 procedimientos por hora
Promedio de exámenes de laboratorio por día	Número De exámenes realizados por día en laboratorio	253,9 determinaciones por día
Productividad del servicio de laboratorio	Productividad del servicio de laboratorio por hora	31,7 determinaciones por hora
Promedio de acciones sociales por hora	Rendimiento Trabajadora social por hora	No existe datos

La oportunidad de atención en los servicios es el promedio de consultas por hora médico asignadas a consulta externa en el hospital de atención integral del adulto mayor que nos 1.4, mientras que el promedio de consultas por hora 1,43 consultas hora contratada. En la consulta externa del hospital de atención integral del adulto mayor, existe un flujo diario de 171 pacientes para las diferentes especialidades, en cuanto al flujo de egresos hospitalarios de 2,6 altas diarias.

La productividad del servicio odontología es de 0,92 consultas de odontología por habitante, mientras que el rendimiento de tecnólogo médicos en el servicio de rehabilitación es de 103,42 procedimientos hora efectiva, en el laboratorio clínico se realiza 253,9 determinaciones diarias que nos da 31,7 exámenes por cada hora.

Tabla 28
Indicadores de calidad

Indicador	Dimensión	Datos 2015
% satisfacción por atención en consulta	% de satisfacción por atención en consulta	90 %
% de exámenes de laboratorio no reclamados	% exámenes innecesarios de laboratorio	0 %

El índice de satisfacción percibida por los usuarios en el hospital es del 90%, y los exámenes no retirados de laboratorio es el 0%, todo el resultado de los exámenes de laboratorio se va a las historias clínicas de los pacientes, para su lectura de los profesionales que solicitaron.

Tabla 29
Indicadores de eficiencia

Indicador	Dimensión	Datos 2015
% de personas diabéticas atendidas con calidad en la consulta médica especializada	% de personas con hemoglobina glicosada menos al 7 % controlada en consulta externa de la unidad médica durante el año	858 pacientes diabéticos controlados durante el año 2015
Proporción de usuarios que perciben trato adecuado por el proveedor externo de salud	Determinar la percepción del trato recibido por los usuarios que recibieron atención por proveedores externos	No existe datos
Manejo de desechos peligrosos en unidades de salud	Condiciones de saneamiento generales y cumplimiento de normativas para la gestión de desechos peligrosos	90 % de cumplimiento

La *eficiencia* es alcanzar un resultado con menos utilización de recursos, nos permite evaluar los resultados alcanzados en la cobertura del hospital, como el resultado alcanzado de atender a 858 pacientes diabéticos adultos mayores en el año 2015 con exámenes y medicación para su control. Los desechos hospitalarios el depósito como el manejo se cumple en el 90%

Tabla 30
Indicadores de eficacia

Indicador	Dimensión	Datos 2015		
Costo consulta	Establece costo por consulta	costo	por	No existe datos
Costo Atención Odontológica	Establece costo por paciente atendido	costo	por	No existe datos
Costo exámen de laboratorio	Establece costo por examen	costo	por	No existe datos
Costo por paciente atendido en fisioterapia	Establece costo por paciente	costo	por	No existe datos
Costo receta	Establece costo por receta (incluye medicación y despacho)	costo	por	No existe datos
Costo acción social	Establece costos por acción social	costos	por	No existe datos
Costo Administrativo	Establece costo administrativo por paciente.	costo	por	No existe datos

La *eficacia* es alcanzar los objetivos de cobertura y cumplimiento en las instituciones de salud, al no disponer de datos no permite la evaluación,

Tabla 31
Otros indicadores de Gestión

Indicador	Dimensión	Datos 2015
Gestión presupuestaria	Mide % de ejecución presupuestaria	99,2 %
Asignación presupuestaria por producto	Asignación de recursos por producto	No existe Datos
Facturación/Costos	% de costos financiados a través de la facturación	No existe datos
Gestión de recursos humanos	% de ausentismo por causa justificada	0,25 %

La tabla demuestra que la ejecución presupuestaria se encuentra con buena gestión administrativa, como también el ausentismo justificado por los trabajadores demostrando un buen control por la unidad de Talento Humano, lo que no sucede con la asignación de presupuesto por producto, como también no existe recuperación de costos, aspecto este que es importante introducir. Es lo que se recomienda trabajar en costos.

CAPITULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones:

- En el hospital de atención integral del adulto mayor, hasta el momento ha existido un sistema de información estadístico rudimentario sin análisis de los resultados.
- El talento humano del hospital, tiene un conocimiento parcial de la organización, filosofía institucional y desconoce los costos de sus servicios, de su desempeño en el hospital, el personal no labora con visión gerencial.
- Del análisis y evaluación se puede concluir que existe diferencias significativas en algunos indicadores de producción, productividad, disponibilidad y rendimiento, lo cual afecta en gran medida la eficiencia, eficacia, competitividad y un alto nivel de confiabilidad en calidad y seguridad del paciente.
- En conclusión, desde el punto de vista financiero aparenta una muy buena ejecución presupuestaria, pero desde el punto de vista de producción hospitalaria, se deben tomar correctivos en el corto plazo a fin de garantizar la calidad en la atención.

5.2 Recomendaciones:

- A las Autoridades del Hospital, adquieran un software que permita al personal de Estadística, digitalizar y mecanizar la historia clínica de los pacientes.
- Capacitar en el software estadístico que se adquiera a todo el personal médico y de enfermería del Hospital para que se registren en forma completa en la epicrisis del paciente lo pertinentemente atendido y que corresponde.
- Sociabilización de los valores éticos, morales y liderazgo en los procesos de gestión de los servicios hospitalarios, con visión a una normativa de calidad institucional.
- La máxima autoridad debe analizar y evaluar los indicadores de producción, productividad y rendimiento que ayude a mejorar la eficacia, eficiencia y la competitividad de los servicios que presta a los pacientes.
- Aplicar las normas y procedimientos de atención normalizados por el Ministerio de Salud Pública.
- El presupuesto financiero del Hospital debe vincularse en la mejora de la producción hospitalaria, para llegar a una atención de calidad y seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación*. Colombia: Prentice Hall.
- Castillo, M. (2011). Estudios de Cistos en el Centro Obstétrico y emergencia del Centro de Salud N° 4 Chimbacalle. Quito, Pichincha, Ecuador: no publicada.
- Colaboradores, T. s. (2015-2018). Norma del Servicio de Consulta Externa y Hospitalización . Quito, Ecuador.
- Donabedian, A. (1984). La calidad de atención médica. Mexico: La prensa médica Mexicana.
- Ecuador, M. d. (2010). *Manual de procedimientos del sistema de presupuesto*. Quito.
- Estrella. L. A., & A:MA.O.T.E, y e. (2000-2001). Desafío as los sistemas de salud: Atención integral al adulto mayor. *Conferencia Interamericana de Seguro Social*, (págs. 7, 8). Argentina: CADAM.
- Humano, T. (2015). Distributivo del personal del Hospital de Atención Integral del Adulto MAyor. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Humano, U. d. (2015). Personal administrativo y operativo del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Larios, C. (2011). *los momentos contables del egreso*. España.
- Malo, M. (2012). *Acuerdo Ministerial, Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud Pública*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Estructura Orgánica Funcional del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. Quito, Pichincha, Ecuador.
- MINSAL. (2014). *Prevención y control de enfermedades*. Santiago: Programa Nacional del Adulto Mayor .
- MSP, E. (1999). Indicadores de Salud Publica. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Recurso Humanos HAIAM. (2015). Distributivo del personal del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.
- Servicio de admisiones del HAIAM. (2015).
- Tito, S. (2014-2017). *Plan Estratégico Renovado del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor*. Quito.
- Unidas, N. (2012). *El Adulto Mayor en el Mundo*.

- Fenk, I., Gómez, J., & Dantés, O. (2007). *La globalización de la .* México.
- Gac, S. (2011). *Evaluación económica de intervenciones de salud pública.* España: CIBERESP.
- Gallo, E. H. ((Julio 2011)). Indicadores en la metodología de gestión productiva de servicios de salud. *THINK BEYOHD .*
- Guillermo, J., Repullo, J., & Rubio, S. (2005). *Economía de la SaLud.* España: Fundación UNED.
- INEC. (2010). *Censo Poblacional y de Vivienda.* Quito-Ecuador.
- INEC. ((Enero 2016)). *S.N.* Quito: Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional.
- López Mayorga, R. ((junio 2013)). *Sistema de Costos Hospitalarios (Sicoh).* Quito-Ecuador: Xerex-PUCE.
- Malo, M. ((2012)). *Acuerdo Ministerial, Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud Pública.* Quito.
- Mejía, A. (2008). *Evaluación económica de programas y servicios de salud.* Bogota-Colombia.
- MIES. (2012). Avances en el cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores. *Gerontología* , 38.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (15 de Agosto de 2015). *www.inclusion.gob.ec.* Recuperado el 15 de Agosto de 2015, de Adultos Mayores 2012-2013.
- MINSAL. (2014). *Prevención y control de enfermedades.* Santiago : Programa Nacional de salud del Adulto Mayor.
- MSP. ((2009)). *Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar comunitario e intercultural.* Quito.

MSP2009 *Modelo de atención integral de salud con enfoque Familiar, comunitario e intercultural* Quito

MSP. (2010). Programa de Atención Integral a las personas Adultas Mayores. Quito, Pichincha: Departamento de Normatización.

Olivares, P., Tirado, E., & Salazar, B. ((julio 2006)). Impacto del envejecimiento en el gasto en Salud; Chile 2002-2020. *Gobierno de Chile, Departamento de estudios y desarrollo* , 2.

Olivares, P; Tirado, E; Salazar, B. (Julio 2006). Impacto del envejecimiento en el gasto en Salud: Chile 2002-2020. *Gobierno de Chile, Departamento de estudios y desarrollo* , 1.

Silva, G, & Lombardi, M. C. ((2002)). *Salud de los mayores*. Argentina: ISALUD.

Tito, S. ((2015-2020)). *Norma del servicio de consulta externa*. Quito-Ecuador.

Tito, S. ((2014-2017)). *Plan Estratégico "Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor*. Quito.

Tito, S. (2015-2020). *Plan Operativo en caso de Emergencias y Desastres*. Quito-Ecuador.

Tito, S. (2015). Situación de Salud del Adulto Mayor. *El Comercio* , A3.

Torrance, G. W. (1991). Métodos para la evaluación económica de los programas de atención en salud. *Díaz de Santos* .

WWW.msssi, g. (2005). Evaluación económica. México, icoMé.

Zarató, V. (2010). evaluación económica de la salud . *Revista Médica Chile* , 93-97.

ANEXOS

