



# **ESPE**

**UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS  
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA**

## **VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA**

### **CENTRO DE POSGRADOS**

#### **MAESTRÍA EN PLANIFICACIÓN Y DIRECCIÓN ESTRATÉGICA**

#### **TRABAJO DE TITULACIÓN, PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER EN PLANIFICACIÓN Y DIRECCIÓN ESTRATÉGICA**

**TEMA:** ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DEL MODELO MAIS EN EL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI (PERÍODO 2016-2018).

**AUTOR:** BURGOS CÓRDOVA, JOSÉ LUIS

**DIRECTOR:** DRA. SILVA PONCE, CAROLINA NATALY Msc. Mgs.

**SANGOLQUÍ**

**2019**



**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y  
TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA  
CENTRO DE POSGRADOS**

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que el trabajo de titulación, ***“ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DEL MODELO MAIS EN EL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI (PERÍODO 2016-2018).”*** realizado por el señor ***José Luis Burgos Córdova***, ha sido revisado en su totalidad y analizado por el software anti-plagio, el mismo cumple con los requisitos teóricos, científicos, técnicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad de Fuerzas Armadas ESPE, por lo tanto me permito acreditarlo y autorizar al señor: ***José Luis Burgos Córdova*** para que lo sustente públicamente.

Sangolquí, julio de 2019

---

Dra. Carolina Silva. Msc. Mgs.

C.C: 0603445172



**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y  
TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA  
CENTRO DE POSGRADOS**

**AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD**

Yo, *José Luis Burgos Córdova*, con cédula No 0602738023, declaro que el contenido, ideas y criterios del trabajo de titulación: ***“ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DEL MODELO MAIS EN EL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI (PERÍODO 2016-2018).”*** es de mi autoría y responsabilidad, cumpliendo con los requisitos teóricos, científicos, técnicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad de Fuerzas Armadas ESPE, respetando los derechos intelectuales de terceros y referenciando las citas bibliográficas.

Consecuentemente el contenido de la investigación mencionada es veraz.

Sangolquí, julio de 2019

---

José Luis Burgos Córdova

C.C. 0602738023



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y  
TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA  
CENTRO DE POSGRADOS

AUTORIZACIÓN

Yo, *José Luis Burgos Córdova*, autorizo a la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE publicar el trabajo de titulación: *“ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DEL MODELO MAIS EN EL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI (PERÍODO 2016-2018)”* en el Repositorio Institucional, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi responsabilidad.

Sangolquí, julio de 2019

José Luis Burgos Córdova

C.C. 0602738023

**DEDICATORIA**

A mi familia, en especial a mi padre en el cielo quien me enseñó que el mejor conocimiento que se puede tener es aquel que se aprende por sí mismo.

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presentes.

Mi profundo agradecimiento a todas las autoridades y personal que forman parte de la familia HGONA, por confiar en mí, abrirme las puertas y permitirme realizar todo el proceso investigativo dentro de su establecimiento.

**ÍNDICE DE CONTENIDOS**

CERTIFICACIÓN .....	i
AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD.....	ii
AUTORIZACIÓN.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	vi
INDICE DE TABLAS .....	ix
INDICE DE FIGURAS.....	xi
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY .....	xiv
<b>CAPITULO I.....</b>	<b>1</b>
1. PROBLEMA .....	1
1.1 Desarrollo del Problema.....	1
1.2 Planteamiento del Problema.....	3
1.3 Formulación del Problema .....	7
1.4 Justificación e Importancia.....	7
1.5 Objetivos .....	9
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>10</b>
2. MARCO LEGAL, TEÓRICO Y CONCEPTUAL .....	10
2.1 Marco Legal .....	10

	vii
2.2 Marco Teórico .....	15
2.2.2 Cartera de Servicios .....	20
2.2.3 Análisis FODA .....	24
2.2.4 Modelo de atención integral de Salud (MAIS) .....	25
2.3 Marco Referencial .....	33
2.4 Marco Conceptual .....	35
2.5 Marco Contextual o Situacional .....	40
2.6 Delimitación Temporal .....	40
<b>CAPITULO III .....</b>	<b>41</b>
3. MARCO METODOLÓGICO .....	41
3.1 Metodología de la Investigación .....	41
3.2 Técnicas e Instrumentos de la Investigación: .....	41
3.3 Determinación del universo de la investigación: .....	43
3.4 Determinación de la información: .....	43
3.5 Operacionalización de variables: .....	45
<b>CAPITULO IV .....</b>	<b>47</b>
4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HGONA .....	47
4.1.1 Análisis situacional actual .....	47
4.1.1.1 Misión, Visión, Valores .....	47
4.1.2 Análisis Observacional .....	55
4.1.2.3 Check list de Análisis observacional .....	65



<b>CAPITULO V .....</b>	<b>69</b>
5.1 RESULTADOS E INTERPRETACIÓN .....	69
5.1.1 Análisis de indicadores.....	69
5.1.1.4 Tasa de Mortalidad Infantil .....	78
5.1.1.6 Residencia de la Población Atendida .....	82
5.1.1.7 Porcentaje de Partos por Cesárea .....	84
5.1.1.9 Número de Muertes Maternas .....	88
5.2 PLAN DE MEJORA .....	97
5.2.1 Ciclo de Deming.....	97
<b>CAPITULO VI .....</b>	<b>101</b>
6.1 CONCLUSIONES .....	101
6.2 RECOMENDACIONES .....	107
BIBLIOGRAFIA.....	108

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b>	<i>Distribución de camas.....</i>	19
<b>Tabla 2</b>	<i>Cartera de Servicios.....</i>	20
<b>Tabla 3</b>	<i>Operacionalización de variables .....</i>	45
<b>Tabla 4</b>	<i>Check list de Información General .....</i>	65
<b>Tabla 5</b>	<i>Check list de Infraestructura.....</i>	66
<b>Tabla 6</b>	<i>Check list de Equipamiento.....</i>	67
<b>Tabla 7</b>	<i>Porcentaje de Cumplimiento.....</i>	68
<b>Tabla 8</b>	<i>Morbilidad Consulta Externa HGONA - ECUADOR.....</i>	70
<b>Tabla 9</b>	<i>Morbilidad Emergencia HGONA – ECUADOR.....</i>	72
<b>Tabla 10</b>	<i>Morbilidad Hospitalización HGONA – ECUADOR.....</i>	74
<b>Tabla 11</b>	<i>Morbilidad Neonatología HGONA – ECUADOR .....</i>	75
<b>Tabla 12</b>	<i>Principales causas de Mortalidad infantil 2015 compendio estadístico 2015 - INEC.....</i>	76
<b>Tabla 13</b>	<i>Análisis comparativo Mortalidad Infantil HGONA - ECUADOR.....</i>	78
<b>Tabla 14</b>	<i>Análisis Comparativo de Cifras Mortalidad Neonatal HGONA - ECUADOR .....</i>	80
<b>Tabla 15</b>	<i>Residencia de la Población Beneficiaria .....</i>	82
<b>Tabla 16</b>	<i>Porcentaje de partos atendidos por cesárea.....</i>	84
<b>Tabla 17</b>	<i>Porcentaje de partos normales atendidos .....</i>	86
<b>Tabla 18</b>	<i>Número de Muertes Maternas HGONA – ECUADOR .....</i>	88
<b>Tabla 19</b>	<i>Abastecimiento de Anticonceptivos HGONA .....</i>	90
<b>Tabla 20</b>	<i>Abastecimiento de Antiretrovirales en el HGONA .....</i>	91
<b>Tabla 21</b>	<i>Número de pacientes con VIH en etapa Materna .....</i>	92

x

**Tabla 22** *Asignación Presupuestaria para Medicamentos*.....93

**Tabla 23** *Asignación Presupuestaria para Dispositivos Médicos*.....95

**Tabla 24** *Plan de Mejora*.....100

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.....	17
<b>Figura 2.</b> Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) .....	25
<b>Figura 3.</b> Niveles de Atención del (MAIS) .....	27
<b>Figura 4.</b> Niveles de Atención del (MAIS) y su Integralidad .....	32
<b>Figura 5.</b> Sistema de Salud del Ecuador: Público y Privado.....	38
<b>Figura 6.</b> Representación de las Técnicas de Investigación.....	42
<b>Figura 7.</b> Gestión Estratégica del HGONA.....	51
<b>Figura 8.</b> Estructura Orgánica Jerárquica.....	52
<b>Figura 9.</b> Circuito Operativo del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia.....	56
<b>Figura 10.</b> Flujo de atención paciente referido.....	59
<b>Figura 11.</b> Flujo de atención paciente auto- referido .....	60
<b>Figura 12.</b> Diagrama de Espina de Pescado Causa – Efecto.....	61
<b>Figura 13.</b> Matriz FODA.....	62
<b>Figura 14.</b> Análisis Situacional FODA según el Nivel de Impacto .....	63
<b>Figura 15.</b> Análisis de Estrategias DAFO .....	64
<b>Figura 16.</b> Porcentaje de Cumplimiento Análisis Observacional .....	68
<b>Figura 17.</b> Relación Análisis Mortalidad Neonatal HGONA - Ecuador.....	80
<b>Figura 18.</b> Residencia de la Población Atendida en el HGONA .....	83
<b>Figura 19.</b> Porcentaje de Partos por Cesárea Atendidos .....	84
<b>Figura 20.</b> Porcentaje de Partos Normales Atendidos.....	86
<b>Figura 21.</b> Número de Muertes Maternas HGONA - ECUADOR .....	88

	xii
<b>Figura 22.</b> Número de Muertes Maternas HGONA – ECUADOR.....	88
<b>Figura 23.</b> Porcentaje de Abastecimiento Anticonceptivos HGONA.....	90
<b>Figura 24.</b> Porcentaje de Abastecimiento Antiretrovirales HGONA.....	91
<b>Figura 25.</b> Relación Pacientes con VIH Ecuador - Hgona.....	92
<b>Figura 26.</b> Relación Presupuesto Estimado y Presupuesto Asignado Medicamentos .....	93
<b>Figura 27.</b> Relación Presupuesto Estimado y Presupuesto Asignado Dispositivos Médicos .....	96

## RESUMEN

El objetivo de estudio es Analizar la Aplicación del Modelo MAIS, en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi Período (2016-2018). Siendo una investigación de tipo descriptiva señalando, rasgos, cualidades o atributos de la población que es el objetivo de estudio, es un estudio de carácter cuali-cuantitativo y retrospectivo, la recolección de datos y antecedentes se realizara en el período mencionado, se utilizó la herramienta conocida como el diagrama de Ishikawa causa y efecto para identificar los nudos críticos de la institución, se establecieron estándares que permitieron conocer cómo se encuentra la institución y su funcionamiento con respecto a la aplicación del MAIS, además se consideró como punto de partida el análisis observacional, donde se evaluó cinco parámetros como son: Información General, Talento Humano, Infraestructura, Equipamiento y Metodología, también se realizó la operacionalización de once variables que se identificó de suma importancia para la presente investigación y las cuales los resultados fueron que en el HGONA, existe una baja muerte materna, muerte neonatal, también ayudado a la zona sur de quito y provincias aledañas con casos complicados en pacientes, se encuentra abastecido en anticonceptivos y medicamentos retrovirales que ayudan a los pacientes con las patologías que presentan, de los resultados obtenidos se puede decir que el HGONA cumple con el objetivo del MAIS y con los objetivos del Milenio del objetivo 4 al objetivo 6.

## PALABRAS CLAVE

- MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (MAIS)
- HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA (HGONA)
- POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (PAIS)
- ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

## SUMMARY

The objective of the study is to analyze the application of the MAIS model, in the Pediatric Obstetric Gynecologic Hospital of Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, during the period of 2016-2018. The objective of the study is to be a descriptive type research, indicating features, qualities or attributes of the population. It is a qualitative and quantitative retrospective study. The data collection and background will be done in the aforementioned time period. The Ishikawa diagram was used as a tool to identify the cause and effect of the critical issues of the institution. Standards were established that show the status of the institution and its operation, with respect to the application of the MAIS module. In addition, the analysis was considered as a starting point, where five parameters were evaluated, including: General Information, Human Resources, Infrastructure, Equipment and Methodology. Eleven variables were used, which were identified as very important for the present investigation, and which resulted in the HGONA achieving low maternal and neonatal death rates. It has also helped the southern area of Quito and surrounding provinces with complicated patient cases. HGONA also supplies contraceptives and retroviral drugs that help patients with the pathologies they present. From the results obtained, it can be said that the HGONA fulfills the objective of the MAIS as well as the Millennium objectives, 4 to 6.

## KEY WORDS

- MODEL OF INTEGRAL HEALTH CARE (MAIS)
- HOSPITAL GINEC OBSTETRIC PEDIATRIC OF NUEVA AURORA (HGONA)
- PRIMARY HEALTH CARE (APS)
- COMPREHENSIVE HEALTH CARE POLICY (PAIS)

“ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DEL MODELO MAIS EN EL HOSPITAL GINECO  
OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI  
(PERÍODO 2016-2018)”

En la Organización de la Política de Atención Integral en Salud PAIS, se encuentra el Modelo de Atención Integral en Salud MAIS, este modelo establece las prioridades y preferencias del sector salud a largo plazo, logrando constituir los marcos para la organización y coordinación de instituciones que garanticen que los ciudadanos ya puedan acceder a los servicios seguros y accesibles que requieren.

En la siguiente investigación del análisis de la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud en el Hospital Gineceo Obstétrico Pediátrico Luz Elena Arismendi- HGONA, se tiende a identificar si el HGONA, de acuerdo al nivel de atención cumple con los parámetros respectivos de atención en salud, y que posea según lo establecido con el MAIS, donde los objetivos se pasa a analizar los impactos de atención materna neonatal, que consecuentemente se efectuara una evaluación con respecto a la atención que reciben cada uno de los pacientes.

En tal virtual el hospital busca adherir la gestión de sus colaboradores al modelo de Atención Integral y conocer si en los primeros años de funcionamiento cumple o no con los requerimientos y necesidades del MAIS, en los pacientes garantizando la integridad y satisfacción de los ciudadanos contribuyendo a mejorar su salud.



El Modelo MAIS, se considera un Modelo de Planificación Estratégica ya que toda su estructura se basa en una planificación adecuada que va a servir como una herramienta de mejora, identificando los puntos fuertes, debilidades, amenazas y oportunidades que se encontraran y como se debería mejorar, atados a los objetivos del plan estratégico los cuales son: Financieros, Clientes, Procesos y Recursos Humanos.

## CAPITULO I

### 1. PROBLEMA

#### 1.1 Desarrollo del Problema

Para el artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador se expresan de manera rigurosa que la salud es un derecho gratuito y garantizado por el Estado, de la cuales se puede encontrar el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes recreativos y todos los contemplan el buen vivir. (Asamblea Constituyente, 2008).

Se puede mencionar que en el campo operativo a partir del año 2007 se ha venido mejorando y ampliando la cobertura del servicio de salud mediante la construcción de nuevos hospitales y repotenciación de los existentes, también se ha reajustado las escalas de remuneraciones en el personal de salud, las necesidades de la población han implicado un crecimiento con tendencia cada vez mayor en asignaciones presupuestarias para cubrir la demanda por gastos en salud, entre ellos para la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, consecuentemente el funcionamiento de las diferentes unidades operativas de la salud se debería enmarcar en el Modelo de Atención Integral de Salud MAIS, que a la presente fecha sigue vigente.

El MAIS, es la herramienta principal que vincula a la ciudadanía en general con la política pública en los niveles centrales y los diferentes distritos, los modelos de atención a investigar, se efectúa en base a los tres niveles de atención como lo es el proceso que permite articular cuatro elementos:

- La demanda en petición en salud de la comunidad,
- La práctica y los conocimientos de los contextos del área geográfica poblacional, epidemiológica que obtienen de los equipos de salud,
- Las normas, los pasos de los protocolos que se brinda a la atención del cliente.
- Los eventos sociales y de salud que son impulsados a través de varios sectores como lo es la Inclusión Económica y Social, Educación, Vivienda, Atención a las Discapacidades, entre otros (Ministerio de Salud Pública).

Uno de los objetivos consiste en la capacidad de los profesionales para actuar y reflexionar con eficiencia y de manera oportuna frente de cualquier situación. (Dazon, 2015), el método cartesiano proyecta aplicarse para dar respuesta a la problemática que ha tenido la salud con el pasar del tiempo con un modelo de atención verticalizada central y fragmentada, limitando la existencia de una atención integral conforme las necesidades de la población lo que ha conllevado en muchas ocasiones al debilitamiento de la autoridad de control y sus mecanismos de regulación como autoridad sanitaria.

El estudio será desarrollado con herramientas tales como el Diagrama de Ishikawa, Check List de Análisis Observacional, Operacionalización de Variables, que permitan la recolección de información significativa que sirva de insumo para la presente investigación, utilizando datos del HGONA, a partir del período fiscal 2016 al 2018.

En la presente investigación, se pretende realizar un análisis sobre la correcta aplicación o no del MAIS, considerando el nivel de atención del HGONA, y el tipo de pacientes atendidos acorde a la cartera de servicios institucional.

La aplicación del modelo se enfoca en el análisis comparativo respecto al contenido del MAIS versus su aplicabilidad en el ámbito operativo, a través de la medición de la calidad y eficiencia de la atención

## **1.2 Planteamiento del Problema**

Durante décadas la sociedad se ha caracterizado por la depresión de los sistemas de salud en un gran número de países se puede observar dicho declive, esto debido a los programas de ajuste estructural de la economía, la disminución del tamaño del Estado y los cambios constantes de su rol. Es por ello que esta fue una época de privatizaciones que afectó en gran parte a la estructura del sector de salud, insistiendo en el neoliberalismo de la salud como un bien a obtener en el ámbito expuesto, aceptando los requerimientos de los organismos financiadores internacionales y de aquellos países que logran buscar asistencia financiera, lo cual dificultó a la privatización de los servicios de salud, y exigiendo el pago de la atención a los pacientes.

El país se rige en base al Sistema Nacional de Salud el cual se caracteriza por estar plenamente enfocados en los parámetros que presten para satisfacer las necesidades de los pacientes, para esto se crea una preeminencia de la orientación biológica curativo en la atención que se centra en la enfermedad y en la atención hospitalaria, con esquemas relacionados a la salud pública de corte vertical que delimitan la posibilidad de una atención integral e integrada a la ciudadanía. De igual manera, las políticas anteriores a todo este proceso, de la corte neoliberal

resultaron ser eficaces en recalcar las características y dismantelar la institucionalidad pública de salud, disminuyendo la capacidad de los controles y regulaciones de los centros de Autoridad Sanitaria. (Ministerio de Salud Pública, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS, 2013)

En el mes de septiembre de 2000, La Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, expresa abiertamente al mundo entero constituir los objetivos y metas mensurables, con los plazos ya definidos para contrarrestar la pobreza del mundo, rigiéndose a la necesidad del hambre, las enfermedades de alto riesgo que contraen las familias de bajos recursos, dentro de ello se encuentra el analfabetismo que posee un índice alto con personas que carecen de conocimientos básicos de las cuales muchas no han cruzado por un régimen escolar, los factores que involucran el destruir el ambiente y todo lo que tenga que ver con la discriminación y la inmoralidad hacia la mujer. Todos estos parámetros son los que se debe de tomar en cuenta para formar la esencia del programa mundial, llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio - ODMs. En la creencia de la Cumbre del Milenio se instituyó varios adeudos hacia los derechos humanos, tomando en cuenta al gobierno y la libertad mutua. (CINU, 2019).

Los ODMs, se basan específicamente en la alianza mundial, de forma correcta realiza el hincapié en la responsabilidad de los países en desarrollo generando su propio orden en los países desarrollados, brindándoles apoyo en los requerimientos que necesiten. Cada uno de los Objetivos se refieren con un soporte político sin referencias, manifestando los niveles más altos de los países prósperos y en proceso de desarrollo, de la sociedad civil y de las primordiales instituciones de desarrollo. (CINU, 2019).

En cada uno de los países en desarrollo, los Objetivos de Desarrollo del Milenio en su largo proceso han manifestado su máximo potencial para congregarse una extensa escala de creadores de opiniones y representantes de tomar disposiciones, como son los funcionarios gubernamentales, parlamentarios, organizaciones no gubernamentales y grupos religiosos, en sostén de un esquema de desarrollo común. (CINU, 2019).

Los ODMs son los siguientes entre ellos:

**Objetivo 1:** Eliminar la pobreza extrema y el hambre en todos los sectores que necesitan

**Objetivo 2:** Adquirir los conocimientos requeridos para luego emplear la enseñanza primaria universal

**Objetivo 3:** Promover la igualdad de género entre los sexos y el empoderamiento de la mujer

**Objetivo 4:** Disminuir los índices de mortalidad en niños menores de 5 años

**Objetivo 5:** Establecer una buena alimentación materna durante el embarazo.

**Objetivo 6:** Combatir la enfermedad del VIH/SIDA, la malaria y otras que aquejan a la población.

**Objetivo 7:** Cuidar del medio ambiente garantizando las debidas protecciones que necesita.

**Objetivo 8:** Promover una alianza mundial para el desarrollo (CINU, 2019)

En esta investigación los ODMs 4 al 6 son objeto de análisis dada su relación con el marco de la salud y el MAIS:

**Objetivo 4:** Disminuir el índice de mortalidad infantil

Incrementar las dos terceras partes, entre 1995 y 2017, la estadística de niños mayores de 9 años en adelante. Disminuir la mortalidad en menores de 5 años al menos en dos terceras partes.

**Objetivo 5:** Establecer una buena alimentación materna durante el embarazo

Disminuir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, el índice de mortalidad materna.

Obtener los accesos universales a la salud reproductiva.

Disminuir los índices mortalidad materna.

Obtener una mayor proporción de parto con una asistencia adecuada y con una higiene que solvente que pueda brindar un servicio complementado de acuerdo a la necesidad del paciente.

En la educación sexual se pretende implementar los anticonceptivos para que muchos de los casos no terminen en un aborto.

**Objetivo 6:** Concientizar a través de campañas las secuencias que contrae tener la enfermedad del VIH/SIDA, para que así no siga propagándose. Una vez empleado este sistema empezara a reducir los índices de propagación del VIH/SIDA. Obteniendo así en años próximos un alcance productivo con un índice muy bajo al contraer esta enfermedad. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2015).

Con el cambio significativo que sucedió en la última década se reformulo la política de gratuidad y la inversión en establecimientos del Ministerio de Salud Pública logrando en un incremento significativo en el fortalecimiento de la red pública integral de salud a través del programa Modelo de Atención Integral de Salud actual en el país como una alternativa para las

resoluciones de sus necesidades. Es así que se analizará si el modelo de atención integral de salud en el HGONA, funciona correctamente y ha contribuido a mejorar el sistema de atención de la población que asiste diariamente a la entidad.

### **1.3 Formulación del Problema**

Analizar si el HGONA, acorde a su nivel de complejidad cumple con los lineamientos establecidos en el MAIS, principalmente aquellos relacionados con la Disminución de la Muerte materna neonatal.

### **1.4 Justificación e Importancia**

El Ecuador se encuentra en un deterioro en base a Salud por lo cual busca optimar el sistema de cuidado integral a través de la diligencia del Modelo de atención MAIS, con una colocación enderezada a la cuidado primaria de salud APS, desarrollando un cambio como destreza que oriente al aumento de los sistemas de salud, para esto los servicios de salud corresponderán estar fundados por niveles de atención, el primero y segundo nivel de atención son aquellos donde se podrá resolver más del 90% en problemas de salud, y el III nivel de cuidado que es preferentemente protector y con un grado mayor de complicación en el cual se encuentra contemplado el HGONA, dentro de ella se logra observar una gran atención especializada a pacientes Gineco-obstétricas y neo-pediátricos.

Hoy en día todas las instituciones responsables del cuidado humano y de mejorar la calidad de vida de la población, deben acoger nuevas tendencias, habilidades técnicas y administrativas que faculden la implementación de cambios que sean posibles, como también asumir obligaciones



y responsabilidades laborales, además de instaurar proyectos de formación al talento humano y del paciente, con el fin de mantener un apoyo y coherencia de las actividades que el grupo de salud debe aplicar a cada paciente, logrando fomentar la relación médico paciente demostrando eficacia, mejor calidad y calidez en la atención.

Actualmente el HGONA, es un hospital de tercer nivel de atención y segundo de complejidad, con 212 camas de hospitalización: 172 de gineco obstetricia y 40 puestos de neonatología, por lo que es necesario realizar un análisis de la aplicación del Modelo MAIS. (Hospital Luz Elena Arismendi, Informe de Gestión Período Fiscal 2018, 2018)

Por tal motivo el propósito de la presente investigación es identificar si el modelo de atención integral de salud aplicado en el HGONA, de la ciudad de Quito, cumple a cabalidad con los procedimientos, requerimientos y necesidades de atención integral para la comunidad; considerando además que el Ecuador se encuentra incluido en la declaración del milenio suscrita por países miembros de la Naciones Unidas donde se orienta a reducir la inequidad en el acceso a condiciones de vida dignas proponiendo como meta la reducción de la mortalidad en niños menores de 5 años a las dos terceras partes; mejorar la salud materna; con la meta de una reducción del 75% de la tasa de mortalidad materna así como lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, además incluye combatir el VIH – SIDA, paludismo y otras enfermedades cuyas metas se direccionan en la reducción de la propagación del VIH – SIDA con el acceso universal al tratamiento y disminución de la incidencia de enfermedades como malaria. Los instrumentos desarrollados en este estudio serán el punto de partida para un análisis posterior del Modelo MAIS, en hospitales que conforman la Red Pública Integral de Salud (RPIS).

Las herramientas que se deberían utilizar para verificar como se viene desarrollando la aplicación del MAIS, en el resto de hospitales sería con la ya conocida herramienta del Gobierno por Resultados (GPR), también se podría incluir el Plan Operativo Anual (POA), Plan Anual de Contratación (PAC)

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 Objetivo General**

- Analizar la aplicación del Modelo MAIS, en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi de acuerdo a su nivel de complejidad durante el periodo fiscal (2016-2018)

### **1.5.2 Objetivos Específicos**

- Realizar un diagnóstico situacional del Modelo de atención de salud integral aplicado en el HGONA, de la ciudad de Quito.
- Identificar los principales, problemas que ha surgido de la implementación del modelo de atención integral en salud planteado en el HGONA (2016-2018).
- Diseñar una propuesta de plan de mejora para optimizar la aplicación del MAIS en el HGONA.

## CAPITULO II

### 2. MARCO LEGAL, TEÓRICO Y CONCEPTUAL

#### 2.1 Marco Legal

##### ❖ **Constitución de la República del Ecuador:**

**Art. 358:** Los sistemas nacionales de salud adquirirá un progreso hacia el desarrollo, protección y la recuperación de las capacidades potencialidades para una vida saludable e integral que toda persona necesita, tanto individual como colectiva, reconociendo la diversidad social y cultural que representa. Los sistemas se guiaran por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, aptitud e interculturalidad, con orientación de especie y diferencial (Asamblea Constituyente, 2008)

**Art. 359:** Los sistemas nacionales de salud alcanzará los empresas, programas, políticas, recursos, sistematizaciones y actores en salud; alcanzando todas las extensiones del derecho a la salud; avalando la impulso, la desconfianza, recuperación y requerimiento en todos los niveles; que propicia hacia la colaboración ciudadana y el control social en general. (Asamblea Constituyente, 2008).

**Art. 360:** Los sistemas avalaran mediante las instituciones en las que se tropiezan pacientes, dentro de ellas se encuentra la impulso de la salud, la prevención y atención integral, familiar y comunitaria, todas con una anterioridad hacia la atención primaria de salud; articulada en los diferentes niveles de atención; originando la complementariedad de las medicinas ancestrales y problemas. La red pública integral de salud forma parte del sistema nacional de salud que está consentida por el conjunto articulado de empresas gubernativos, de la seguridad

social y con otros vendedores que pertenecen al Estado, con lazos jurídicos, activos y de complementariedad (Asamblea Constituyente, 2008).

**Art. 361:** El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través del mando sanitario nacional, a este se deriva la compromiso de formular la política nacional de salud, que de manera correcta regula y controla todas las diligencias vinculadas con la salud, así como las diligencias de las existencias del sector (Asamblea Constituyente, 2008).

**Art. 362:** La atención que brinde los cantones de salud como servicio público se proporcionará a mediante las existencias estatales, privadas, autónomas, municipales y aquellas que ejerzan las medicinas hereditarios alternativas y suplementarias. Cada uno de los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, que avalen el consentimiento informado y apropiado, los accesos a la información y la prudencia de la averiguación de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán exclusivamente universales y gratuitos en todas las áreas de atención y alcanzarán de manera rígida las instrucciones de diagnóstico, procedimiento, preparados y restitución necesarios (Asamblea Constituyente, 2008).

**Art. 363:** El Estado será responsable de:

1. Enunciar las políticas públicas que legalicen la promoción, prevención, curación, reivindicación y atención integral en salud y promover las prácticas saludables en los ámbitos familiares, laborales y comunitarios.
2. Trascender la atención en salud, optimando invariablemente la calidad y aumentando la cobertura.

3. Fortificar de manera eficaz los servicios estatales de salud, incorporando el talento humano y suministrando la infraestructura física, como el equipamiento de los establecimientos públicas de salud.
4. Garantizar todas las prácticas que se practiquen de salud ancestral y alternativa a través del afirmación, respeto y promoción del uso de sus instrucciones, medicinas e instrumentos.
5. Ofrecer un cuidado técnico a todos los grupos de atención prioritaria determinados por la Constitución.
6. Afirmar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva en todas las empresas requeridas, garantizando la salud integral y la vida de las mujeres, en especial cuando se hallan en estado de gestación, parto y postparto.
7. Se garantiza la disponibilidad y el acceso a los medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular de manera continua la mercantilización, promoviendo la producción nacional y la utilización de las medicinas genéricas que reconozcan a las necesidades epidemiológicas de la población. Con base a los accesos de los medicamentos, los intereses de la salud pública predominan en el sector económico y comercial. (Asamblea Constituyente, 2008).

**Art. 366:** Los financiamientos públicos en salud será oportuno, normal y suficiente, ya que deberá proceder de fuentes intactas al Presupuesto General del Estado. Cada recurso público será distribuido con base en criterios de población y de acuerdo a las necesidades de salud. El Estado fomentará a las instituciones estatales de salud de manera que se podrá financiar a las autónomas y privadas de igual manera, siempre que estas no sean utilizadas para fines de lucro, garantizando

la gratuidad en las prestaciones, cumpliendo con las políticas públicas que aseguren la calidad, la seguridad y el respeto a los derechos. De esta forma se logrará obtener instituciones que estarán sujetas a un control y regulación del Estado. (Asamblea Constituyente, 2008).

### ❖ **Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas**

**Art. 2:** Los lineamientos para el desarrollo se basa en la aplicación de este código, mediante la organización del ascenso del desarrollo y las finanzas públicas, se deberán meditar los siguientes lineamientos:

1. Auxiliar a los ejercicios de la garantía de derechos de la ciudadanía ya que en el Código se contiene a las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades que se basa en las políticas públicas, la retribución imparcial de los recursos públicos y la gestión por resultados. (Código Orgánico de Planificación, 2010).

**Art. 11:** Dentro del ejercicio dispersado de la organización nacional se encuentra la función ejecutiva manifestada y terminada de la organización nacional y sectorial que se enfoca territorialmente y de manera descentralizada. En los efectos que son determinados hacia los instrumentos pertinentes que atenúen la planificación territorializada de los gastos públicos que acceden los espacios de coordinación de la ocupación ejecutiva en los niveles regionales, provinciales, municipales y distritales. Que suministran una relación de la función ejecutiva descongestionada con los gobiernos autónomos descentralizados, para esto la sociedad civil y la ciudadanía se describen en el marco de las postulaciones de participación de cada nivel de gobierno de conformidad como lo establece la ley. (Código Orgánico de Planificación, 2010).

## ❖ Ley Orgánica del Sistema de Salud

**Art. 6:** En este artículo se puede prestar atención la gran responsabilidad que posee el Ministerio de Salud Pública:

1. Como lo es una implementación de programas de atención integral y de calidad hacia las personas esto durante todas las etapas de la vida y de acuerdo a las contextos particulares.
2. Formular y verificar las políticas, programas y acciones de impulso, desconianza y atención integral en la salud sexual y salud productiva esto en base al ciclo de vida que consiente la vigencia, el respeto y goce de los derechos humanos, tanto como sexuales, reproductivos, que forzosamente se derive de términos y contextos con la situación epidemiológica nacional y local requiera (Ley Orgánica del Sistema de Salud , 2006).

**Art. 21:** El Estado de manera eficaz reconoce los índices de mortalidad materna que existe, los embarazos en adolescentes en temprana edad, el aborto con consecuencias de alto riesgo; avalando el acceso a los servicios públicos de salud sin ningún costo alguno para las pacientes de consentimiento con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (Ley Orgánica del Sistema de Salud , 2006).

**Art. 22:** Todos los servicios de salud, tanto públicos y personales, tienen el compromiso de dar prioridad a las emergencias obstétricas y requerir cuantas veces sea forzoso sangre de todo tipo ya que de esto dependerá la salud del paciente, sin ninguna clase de adeudo económico ni trámites administrativos previo (Ley Orgánica del Sistema de Salud , 2006).

## **2.2 Marco Teórico**

### **2.2.1 Generalidades**

El Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora ubicado en el centro de la ciudad se había convertido en el único que atendía casos críticos de bebés que nacían de forma prematura o que llegaban al mundo con alguna enfermedad congénita, sus 250 camas del Isidro Ayora no eran suficientes para atender la alta demanda de madres que llegaban de todo el país con la esperanza de que sus pequeños tengan una oportunidad de vivir, mientras tanto en otros hospitales de la ciudad los bebés esperaban, en el llamado “turno de la muerte”, un espacio para ser atendidos en áreas de cuidados intensivos. (Hospital Luz Elena Arismendi, Informe de Gestión, 2016)

A través del Acuerdo Ministerial Nro. 5208 de fecha 17 de diciembre de 2014, se crea la Entidad Operativa Desconcentrada llamada “Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora, Luz Elena Arismendi”, la cual se encuentra ubicada en la parroquia de Guamaní de la ciudad de Quito, este es un establecimiento de salud de tercer nivel de atención y segundo nivel de complejidad. (Hospital Luz Elena Arismendi, Informe de Gestión, 2016)

Los montos de inversión del HGONA entre infraestructura, fiscalización y equipamiento es de \$55.4 millones, que da un total de 26.751,75 m<sup>2</sup> de construcción y 28.641,00 m<sup>2</sup> de terreno. Desde ese entonces la apertura de servicios se da a partir del 15 de enero de 2016. (Hospital Luz Elena Arismendi, Informe de Gestión, 2016)

La población beneficiaria de este establecimiento de salud, corresponde a todas las parroquias del sur de Quito (602.682 habitantes) y los cantones de la zona sur de la provincia de



Pichincha: Mejía 39.783 habitantes y Rumiñahui 41.917 habitantes. Además de las provincias de Cotopaxi 409.205 habitantes y Tungurahua 504.583 habitantes. (Hospital Luz Elena Arismendi, Informe de Gestión, 2016)

El Hospital inició sus funciones administrativas en el mes de septiembre de 2015, con la denominación de sus autoridades, quienes a partir de ese momento iniciaron acciones de formalización de la Institución en los distintos organismos reguladores. (Hospital Luz Elena Arismendi, Informe de Gestión, 2016)

Con fecha 17 de enero de 2016, el Consorcio Bueno & Castro realizó la entrega provisional de la infraestructura hospitalaria al SECOB. La apertura del servicio de Emergencia se realizó el día 18 de enero de 2016, posterior a esto se da la inauguración del Hospital que se lleva a cabo el día 28 de enero de 2016. El 1 de febrero 2016 se apertura la Consulta Externa 4 consultorios, hospitalización 10 camas, sala de partos y quirófano de emergencia, Neonatología 15 puestos para cuidados intermedios. (Hospital Luz Elena Arismendi, Informe de Gestión, 2016)

El nombre de esta casa de salud es en homenaje Luz Elena Arismendi, por su lucha incansable por encontrar a sus hijos: Santiago y Andrés los hermanos Restrepo. El gran lote baldío que hasta hace cuatro años era foco de inseguridad del sector Nueva Aurora, en el sur de Quito, es ahora el lugar que llena de esperanza y orgullo al barrio. Allí se edificó el Hospital Gineco Obstétrico Luz Elena Arismendi. (Hospital Luz Elena Arismendi, Informe de Gestión, 2016)

El 28 de enero de 2016 se da la inauguración oficial del Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, el cual se encuentra ubicado al sur de Quito, esta obra emblemática para la ciudad, a lo largo de 64 años cuenta con un nuevo y moderno Hospital Gineco Obstétrico que brindara sus servicios a más de 600 mil personas del sur de Quito, conjuntamente de los cantones de Mejía, Rumiñahui y de las provincias de Tungurahua y Cotopaxi. (Hospital Luz Elena Arismendi, Informe de Gestión, 2016)

El 20 de enero de 2016 los médicos, enfermeras y personal de salud de esta unidad atendieron eficientemente el primer parto y trajeron al mundo al primer bebé nacido en este Hospital. El Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi” acorde a su cartera de servicios recibe a madres y bebés en situaciones críticas y emergentes brindándoles una nueva esperanza de vida. (Hospital Luz Elena Arismendi, Informe de Gestión, 2016)



**Figura 1.** Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi

**Fuente:** (Hospital Luz Elena Arismendi, Informe de Gestión, 2018)

A partir de su inauguración, el 28 de enero del 2016 se ha realizado una apertura de servicios de forma secuencial en el siguiente orden:

- El 28 de enero 2016 se habilitó el Servicio de Emergencias con una instalación de triaje, 2 consultorios de atención rápida, 9 camas de observación Gineco-Obstétrica, 3 camas cuidados críticos, 1 cama de atención pediátrica y 1 cama de atención adulto. Adicionalmente se cuenta con una sala de partos y un quirófano para procedimientos ambulatorios. En un inicio el hospital funcionó centralizado en Emergencias donde se resolvían todos los casos.
  
- El 30 de enero del 2016 se habilitó el Servicio de Neonatología.
  
- El 02 febrero del 2016 se realizó la apertura de Consulta Externa, iniciando los servicios con 4 consultorios para atención a usuarios externos y uno para la atención de salud ocupacional de usuarios internos durante 8 horas continuas.
  
- El 16 febrero del 2016 se apertura el servicio de Hospitalización con una dotación inicial de 20 camas que progresivamente se incrementó hasta alcanzar una dotación actual de 66 camas, Hospitalización se apoya permanentemente en los servicios de Apoyo Terapéutico de Centro Obstétrico y Cuidados Intensivos Maternos, donde se realizan procedimientos de alta complejidad clínico-quirúrgicos para garantizar el bienestar tanto de la madre como del neonato. Estos dos servicios se encuentran funcionales a partir del 01 marzo y del 15 junio, respectivamente.
  
- El 1 de abril 2016 se habilita 30 camas de Hospitalización, que son exclusivamente para Neonatología 30 puestos, UCI intermedios 3 puestos, Imagenología 3 ambientes de ecografía.

- El 2 de mayo 2016 se habilitó el servicio de mamografía y densitometría ósea. Actualmente en Consulta Externa cuenta con la cartera de servicios de Ginecología, Obstetricia, Psicología, Medicina familiar, Odontología, Medicina Interna y Cirugía General. (Hospital Luz Elena Arismendi, Informe de Gestión Período Fiscal 2018, 2018).

Hoy en día el HGONA es un establecimiento de salud el cual corresponde a un Hospital de Tercer Nivel de Atención, con una dotación normal de 318 camas conforme el siguiente detalle:

**Tabla 1**  
*Distribución de camas*

SERVICIO	DOTACIÓN DE CAMAS	CENSABLES	NO CENSABLES
Ginecología	22	X	
Alto riesgo obstétrico	86	X	
Obstetricia Adolescentes	21	X	
Neonatología	35	X	
Pediatría	43	X	
Uci materna	6		X
Uci pediátrica	3		X
Uci neonatal	53		X
Emergencia	15		X
Centro obstétrico	24		X
Centro quirúrgico	10		X
<b>Total camas</b>	<b>318</b>	<b>142</b>	<b>82</b>

**Fuente:** (Hospital Luz Elena Arismendi, Distribución de camas, 2019)

### 2.2.2 Cartera de Servicios

La cartera de servicios que actualmente dispone el HGONA es la siguiente:

**Tabla 2**  
*Cartera de Servicios*

Tipos	Servicios	Prestaciones
<b>Administrativos</b>	Admisión y Estadística Requerido	Proveer servicios de atención al usuario para facilitar la accesibilidad al establecimiento de salud Requerido
	Administración Técnica Requerido	Coordinar, supervisar y gestionar los procesos definidos para el Establecimiento. Requerido
<b>Sistencial</b>	Consulta externa Las condiciones se vuelve requeridas ya que de esta brindara la prestación o subprestación En el caso de no contar con la prestación y/o subprestación se justificará la gestión Requerido	<p>Consulta externa en Anestesiología Requerido</p> <p>Consulta externa en Cardiología Requerido</p> <p>Consulta externa en Ginecología Requerido</p> <p>Consulta externa en Infectología pediátrica Condición</p> <p>Consulta externa en Medicina Interna Condición</p> <p>Consulta externa en Nutrición Condición</p> <p>Consulta externa en Obstetricia Requerido</p> <p>Consulta externa en Odontología Condición</p> <p>Consulta externa en Oftalmología Condición</p> <p>Consulta externa en Pediatría Requerido</p> <p>Consulta externa en Salud Mental</p> <p>Procedimientos ambulatorios en Enfermería -</p>

Continúa →

		Cuidados de Enfermería Requerido Otras Consultas externas de especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas debidamente justificadas Condición
	Pruebas diagnósticas Las condiciones se vuelve requeridas para brindar un buen uso a la prestación y/o subprestación Requerido	Potencial de evocados Condición Impedanciometria Emisiones otoacusticas Condición
<b>Asistencial</b>	Emergencia Requerido	Clasificación de emergencias (Triage) Requerido Atención de emergencias (capacidad resolutive según triage de Manchester) Requerido
		Procedimientos menores en Emergencia Requerido
<b>Asistencial</b>	Internación (Atención Clínica y/o Quirúrgica) Requerido	Internación en Ginecología Requerido Internación en Medicina Materno Fetal Internación en Alto Riesgo Obstetricia y Alojamiento Conjunto Requerido Internación Especialidades de Apoyo Internación en Pediatría Lactantes
<b>Apoyo diagnóstico y terapéutico</b>	La atención en Terapia Intensiva, se rige a una condición donde se vuelve un requerimiento que brinda la prestación subprestación Requerida Máxima atención en Cuidados Intensivos Neonatales	Atención en cuidados intermedios pediátricos y maternos Condición Atención en Cuidados críticos pediátricos y maternos Requerido Neonatología Requerido
<b>Apoyo Terapéutico</b>	La atención en los Centro Obstétricos y la condición se convierten en un requerimiento que brinda la prestación y/o subprestación Requerido	Labor de parto vaginal Requerido Cuidado de parto con pertinencia intercultural Condición Atención de Legrados Requerido Cuidado de cirugías obstétricas Requerido

<b>Apoyo Terapéutico</b>	La atención en los Centro quirúrgicos La situación se vuelve emplazada ya que solo brinda la prestación y/o subprestación Requerido	Cirugía Ginecológica Requerido Cirugía en especialidades Condición Cirugía Mayor Ambulatoria Condición
<b>Apoyo Diagnóstico</b>	Diagnóstico de Radiología e Imagen En el caso de no contar con la prestación o subprestación se justificará la gestión La condición se vuelve requerida solo si brinda la prestación y/o subprestación  Requerido	Densitometría ósea Condición Ecografía Requerido  Mamografía Requerido  Intervencionismo Radiografía Requerido
<b>Apoyo Diagnóstico</b>	Diagnóstico en Laboratorio La condiciones se vuelven requeridas ya que solo brindan la prestaciones y subprestaciones Requerido	Apoyo diagnóstico en Laboratorio de análisis clínico: Pruebas básicas Requerido  Apoyo diagnóstico en Laboratorio de análisis clínico: Pruebas Especiales    Apoyo diagnóstico en Laboratorio de Anatomía Patológica- en el caso de no contar con la prestación y/o subprestación se justificará si asegura la gestión La condición se vuelve requerida solo si brinda la prestación y/o subprestación Requerido
<b>Apoyo Terapéutico</b>	Medicina Transfusional Para los privados y públicos se justificará su ausencia del servicio cuando se asegure la gestión de la provisión de los componentes sanguíneos a través de convenios o externalización. La condición se vuelve requerida solo si brinda el servicio, la prestación y/o subprestación	Recepción y despacho de componentes sanguíneos Condición Pruebas de inmunohematología Condición Almacenamiento de componentes sanguíneos Condición Hemovigilancia Condición

	Condición	
<b>Apoyo Terapéutico</b>	Banco de Sangre (se justificará para los existentes) - Lo óptimo es contar con Medicina transfusional o asegurar la provisión de los componentes sanguíneos a través de convenios o externalización. La condición se vuelve requerida solo si brinda el servicio, la prestación y/o subprestación Condición	Recepción y despacho de componentes sanguíneos Condición
		Transfusiones ambulatorias Condición
		Pruebas de inmunohematología Condición
		Almacenamiento de componentes sanguíneos Condición
		Hemovigilancia Condición
		Promoción de la Donación Voluntaria de Sangre Condición
		Colecta de Sangre Condición
		Asesoría y Referencia de donantes serológicos reactivos Condición
		Procesamiento de Sangre Condición
		Distribución de Componentes Sanguíneos Condición
		Asesoría en técnicas de transfusión Autóloga Condición
		<b>Apoyo Terapéutico</b>
Immunización anti hepatitis Condición		
Immunización anti Difteria y tétanos Condición		
Immunización anti Varicela Condición		
Immunización anti SRP Condición		
Immunización anti Influenza Condición		
Otras inmunizaciones Condición		
<b>Apoyo diagnóstico y terapéutico</b>	Provisión de Leche Humana La condición se vuelve requerida solo si brinda el servicio, la prestación y/o subprestación Condición	Consejería en lactancia materna Condición
		Extracción de leche humana Condición
		Recolección de Leche humana Condición
		Procesamiento de Leche humana Condición
		Distribución de la leche humana Condición
<b>Apoyo Terapéutico</b>	Dotación de Medicamentos y Dispositivos Médicos (Farmacia) La condición se vuelve requerida solo si brinda la prestación y/o	Dispensación de medicamentos Requerido
		Preparación de Citostaticos Condición



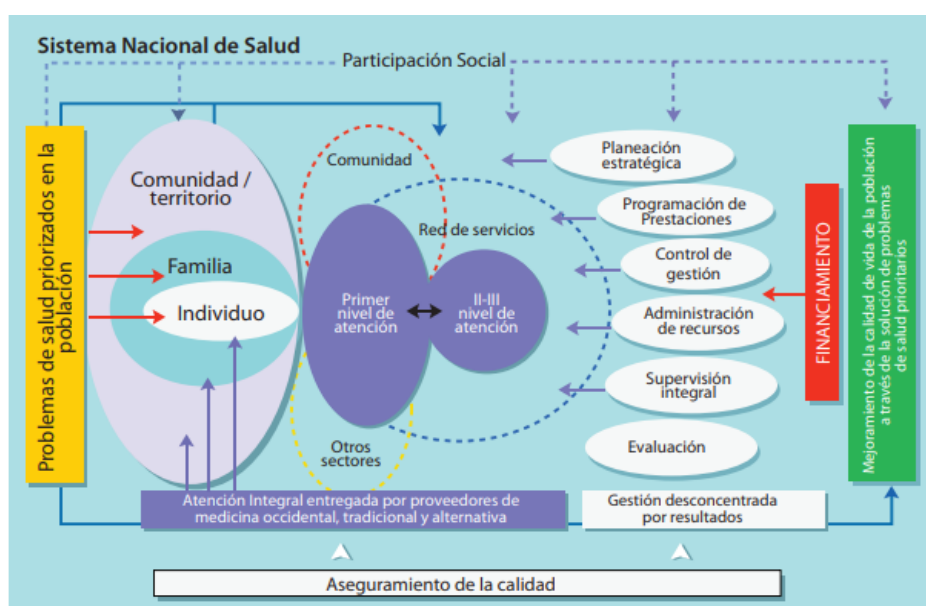
	subprestación Requerido	Preparación de Unidosis - será Requerido a partir de 30 camas censables Condición Preparación de mezclas inyectables Condición Preparación de fórmulas parenterales Requerido Preparación de productos Galénicos Condición Dispensación Farmacéutica Activa en Consulta Externa Intervención Farmacéutica en Servicios de Urgencias Dispensación de insumos y dispositivos médicos Requerido
<b>Apoyo diagnóstico y terapéutico</b>	Rehabilitación Deseable	Estimulación Temprana Deseable Terapia de Deglución Terapia Respiratoria Deseable Terapia Auditiva Deseable
<b>Apoyo Terapéutico</b>	Nutrición y Dietética Requerido	Provisión de dietas, componentes dietéticos y alimentos Requerido Preparación de fórmulas enterales Requerido

### 2.2.3 Análisis FODA

La matriz FODA, es de gran utilidad para decisiones en toda clase de situaciones, es el acrónimo de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, para revisar las estrategias, ideas. El análisis FODA, es una evaluación subjetiva de datos organizados que los coloca en un orden lógico para ayudar a comprender, presentar, discutir y tomar decisiones.

## 2.2.4 Modelo de atención integral de Salud (MAIS)

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) pertenecen al conjunto de estrategias cuyas normas y procedimientos, requieren de herramientas y recursos que complementen la organización del Sistema Nacional de Salud para luego responder a todas las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad entera, logrando una integralidad en los niveles de atención en las redes de salud. (**Ministerio de Salud Pública, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS, 2013**).



**Figura 2.** Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública

Por lo tanto, el MAIS-FCI, expresa de manera parcial como se va a interactuar cada uno de los actores en los sectores público y privados, los miembros de la gran red de servicios de salud conjuntamente con la comunidad deberán llevar a cabo las acciones conjuntas que permitan rendir soluciones integrales a las necesidades y problemas de salud que aqueja a la comunidad

favoreciendo de esta manera a optimar la calidad de vida. (Ministerio de Salud Pública, Acuerdo Ministerial 1162, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS, 2013)

Los propósitos del MAIS-FCI, son orientar y dirigir a las acciones integradas de los actores del Sistema Nacional de Salud obteniendo una garantía de los derechos en cuanto a salud se trata mejorando los cumplimientos de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir debido a estos parámetros las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana facilitará un cambio drástico a la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural MAIS-FCI, bajo los elementos de la estrategia de atención primaria de salud renovada, y transformada con un enfoque médico biólogo integral en la salud centrada en el cuidado y recuperación de la salud propia, familiar, comunitaria como un derecho humano que debe ser respetada. (Ministerio de Salud Pública, Acuerdo Ministerial 1162, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS, 2013)

Los objetivos del MAIS-FCI, se basan en integrar y fortalecer las estrategias de Atención Primaria de Salud Renovada en los tres niveles de cuidado, enfocados a los servicios de salud y promoción de la salud sin despreciar la prevención de la enfermedades, de igual manera, fortalece los procesos de la recuperación, rehabilitación de la salud y los cuidados paliativos que brindan una atención integral de calidad y de máximo respeto a cada una de las personas en la variedad y su ambiente, con énfasis en la colaboración fundada de los sujetos sociales. (Ministerio de Salud Pública, Acuerdo Ministerial 1162, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS, 2013)



**Figura 3.** Niveles de Atención del (MAIS)

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública

### Objetivos Estratégicos del MAIS

- Reorientación de la dirección curativa, que se centra en la enfermedad y el individuo, que generaliza un enfoque de realización y cuidado de la salud sosteniendo en la habilidad de cuidado primaria de salud – APS, fortalece y articula las acciones de las promociones, de prevención de la enfermedad, en sus dimensiones individualistas y colectivas; garantizando una respuesta óptima, enérgica, positiva y persistencia en el causa de redención de la salud, recuperación, cuidados paliativos; con el enfoque intercultural, diferencial y de género. (Ministerio de Salud Pública, Acuerdo Ministerial 1162, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS, 2013)
- Aproximar los productos de salud a toda la comunidad, disminuyendo las barreras de los accesos, reduciendo la inequidad, fortificando el desplazamiento resolutivamente del primero y segundo nivel, constituyendo la funcionalidad del sistema de manera que avale que el primer nivel de cuidado donde se constituya en la puerta de entrada necesaria al método de

salud y que los hospitales, dependiendo de la capacidad madurativa se establezcan normalmente en base a la atención suplementaria del primer nivel de atención. (Ministerio de Salud Pública, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS, 2013)

- Endurecer la ordenación territorial de las empresas de salud en la red pública integral y aumento de la oferta constituyendo redes zonales y distritales acorde a la nueva estructura descentralizada de encargo del sector social y la coyuntura solicitada en los diferentes niveles de cuidado, fortificando el sistema de informe y contra referencia para avalar la unión en los impuestos, integrales y ampliaciones de la oferta organizando redes zonales y distritales acorde a la nueva estructura descentralizada de gestión del sector social y la coyuntura requerida en los distintos niveles de cuidado, endureciendo el sistema de referencia y contrareferencia, y así garantizar la continuidad en las prestaciones (Ministerio de Salud Pública, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS, 2013).

### **La integridad en el sistema de salud contempla:**

**Integridad en la atención individual y familiar:** esto se refiere a biopsicosocial referente a una familia y a una comunidad, que se basa a ser receptor de los ejercicios diseñados, ofertados que brindan servicios de salud de la Red de Salud, ya que a su vez también representa un actor social y sujeto de los cuales se define sus propias metas en la vida y por tanto adquiere decisiones con respecto a la salud de manera consecuente y metodológica. Por esto, la Atención Integral a la Salud de las personas o grupos poblacionales se reitera a las acciones ejecutadas por el Estado y la Sociedad Civil de manera concreta y comercializada propensos a avalar a las personas, las familias y los grupos poblacionales persistan siempre sanos y en los casos de contraer alguna enfermedad, su recuperación sea la más pronta posible evitando así la muerte o alguna. (Ministerio de Salud

Pública, Acuerdo Ministerial 1162, Manuel del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS, 2013)

**Integridad a nivel territorial:** Para los Modelos de Atención MAIS-FCI, esta es una responsabilidad muy grande de las necesidades locales, ya que toma en consideración los perfiles epidemiológicos, las especificaciones y necesidades de los grupos poblacionales según ciclos de vida, ellos pertenencia a su etnia, y las relaciones de género se enlazaban a una sociedad de una realidad local donde cada zona y distrito revisan sus objetivos y metas en función de las intervenciones que rigen una respuesta necesaria a la población con el fin de integrar las acciones y que los servicios sean duraderos, con esto se podrá lograr la convergencia de los programas. En estas integraciones las unidades de salud en sus tres niveles de atención debe deberán demostrar un buen resultado y brindar una atención continua a los usuarios, a través de una red con organización y tecnología adecuada, elevada para facilitar atención organizada a los pacientes, de acuerdo al grado de complejidad de la enfermedad y tecnológica del problema y su procedimiento. (Ministerio de Salud Pública, Acuerdo Ministerial 1162, Manuel del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS, 2013)

La Atención Primaria fortalece la atención hospitalaria estableciendo como necesidad, el promover la Salud y prevenir enfermedades con ejercicios completos encaminadas a las personas, la familia, la comunidad y su entorno, impulsando la educación higiénico sanitaria para generar cambios en las prácticas y cualidades y a su vez orientar los servicios de salud para contrarrestar las necesidades básicas de la ciudadanía. (Ministerio de Salud Pública, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS, 2013)

**Integridad en la atención:** Prevaler los programas verticales y componer la atención considerando las especificaciones y requerimientos de la población en los distintos momentos del ciclo vital.

**Integridad en las acciones intersectoriales:** Los Sistemas Nacionales de Salud tiene por objetivo perfeccionar la calidad de vida de la ciudadanía. Haciendo hincapié en los esfuerzos aislados del sector salud y así pueda mejorar la salud de un modo indiscutible, por lo cual es necesario la participación de diferentes actores que pueden influir en el progreso de la salud a veces con más recursos o mayor disposición que el propio sector como el caso del suministro de agua potable o las facultades nutricionales.

Los procedimientos de salud deben ser dispuestos y batallados con toda la compañía civil establecida para obtener pronunciar los esfuerzos hacia un objetivo imparcial común. El personal debe envolver en la ordenamiento de su tiempo de trabajo las diligencias de combinación intersectorial y notificar rápidamente en las peticiones de combinación intersectorial y la edificación de los planes de progreso geográfico en combinación con los GADS, SENPLADES y otras peticiones oficiales. En resumen se deben originar acciones enfocadas a optimar la calidad de vida, mediante diligencias de combinación intra e intersectorial, para proceder sobre los terminantes de la salud. (Ministerio de Salud Pública, Acuerdo Ministerial 1162, Manuel del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS, 2013)

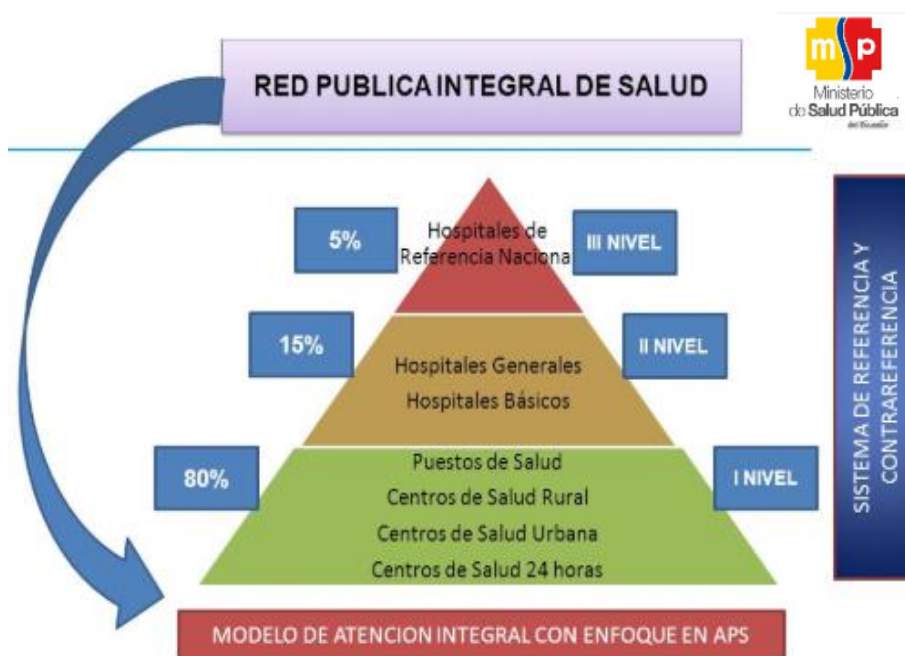
**Integridad en la participación de la comunidad:** Los Modelos de Atención Integral MAIS-FCI origina la colaboración comunitaria como un medio y un fin para el progreso de las

contextos de vida de la población, lo cual envuelve que deben prevalecer los esquemas de colaboración asentados en la simple colaboración de la comunidad en las tareas institucionales. Este orientación integrador apunta hacia la instauración de espacios de encargo y autogestión, donde los acumulados sociales y los recursos humanos de la salud concierten sobre los procesos de caracterización de problemas, el empresa de prioridades y la búsqueda de soluciones. Para ello, se debe instituir de manera metodología en todos los niveles del sistema la comunicación favor de salud población, mediante:

- La colaboración de las corporaciones en la organización, ejecución y estimación de las ejercicios de salud.
- El apoyo a la distribución y fortalecimiento de grupos u colocaciones municipales emparentadas con el cuidado de la salud.
- Fortificar las técnicas de aprendizaje tanto a nivel comunitario como colectivo, así como el fortalecimiento de instrucciones y práctica en temas de participación y noticia social, al mismo tiempo que en impulso, desconfianza y cuidado de los problemas de salud.
- La empresa de dispositivos de referencia y contra referencia que contenga como puntos de emigración y de advenimiento a la comunidad. Al respecto se debe ocuparse colectivamente con la corporación en la conformación de redes que vigilen el flujo del cuidado desde la corporación, pasando por las unidades de salud, hasta su recuperación al lugar de origen.
- El fortalecimiento de las redes de cuidado epidemiológica comunitaria que formen elementos ejecutivos indispensables para potenciar la vigilancia que se brinde a la población. (Ministerio de Salud Pública, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS, 2013)



**Integridad en la gestión institucional:** El Nivel Medio apoyará el progreso de las capacidades métodos de las Zonas, Distritos y circuitos, transitar de una organización vertical a una organización horizontal y a una integración de acciones por conjunto de penurias y dificultades. Las Zonas, Distritos y Circuitos deben organizar sus actividades comerciales en función de las necesidades de los habitantes, según las primordiales molestias de salud y los recursos con que cuenta, realizando acciones integrales de cuidado encaminadas a la promoción, rehabilitación prevención, curación, y cuidados atenuantes, para la dicha de los usuarios en los tres niveles de atención de la red de las actividades de salud. (Ministerio de Salud Pública, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS, 2013)



**Figura 4.** Niveles de Atención del (MAIS) y su Integralidad

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública

### 2.3 Marco Referencial

- Tema: “Estudio comparativo del modelo de atención ideal y lo real de los servicios de salud que proporcionen mejoramiento de calidad a los pacientes del Sub centro de Salud de Pijullo”.

Autores: Cadena Luis, Universidad Técnica de Babahoyo, 2014

El presente trabajo aborda como mejorar los servicios de salud, se aportará con el sistema de calidad de los servicios, con nuevas normas y protocolos de atención a los pacientes y de qué manera debe mejorar la infraestructura y equipamiento del Sub centro de Salud de Pijullo, de manera que este ente brinde un real servicio de calidad a los usuarios de su zona de influencia, concluyéndose que el actual modelo de atención tiene sus falencias propias de la zona rural, las cuales en unos casos no son constatadas por las autoridades centrales, sin embargo la falencia general presentada, en sin duda la afluencia de pacientes lo que originan problemas adicionales como la falta de insumos médicos, medicinas y de la inadecuada infraestructura.

- Tema: “Modelo de atención integral de salud comunitaria, comuna San Antonio, parroquia Manglaralto - cantón Santa Elena.”

Autor: Cerón Tatac Oscar Iván, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2014

El estudio del tipo de Atención Integral de Salud, trabajado en la Unidad Operativa de Salud de la jurisdicción San Antonio, es un proyecto que va unido a las exigencias, y expectativas de los comuneros, por medio de la articulación y unión de las políticas, lineamientos vitales y normativas, adecuadas a la realidad local en la Unidad Operativa de Salud de la comuna

San Antonio, finiquitando que la implementación del MAIS-FCI es realizable por la realización de los métodos de forma integradora entre las organizaciones comunales, las Organizaciones No Gubernamentales y las Unidades Operativas de Salud, lo que admiten en el desarrollo de acciones de prevención y control de la problemática en salud en cada una de las comunidades.

- Tema: “Evaluación de la atención en salud, diseño, documentación y medición de procesos del área de emergencia del hospital general Enrique Garcés”

Autor: Merlín Dennis Orellana Espinoza, Verónica Marisol Morocho Chalco, Oscar Mauricio Puente Valdivia, Escuela Politécnica del Ejército, 2012

El HGEG brinda el servicio de atención por emergencia a los ciudadanos durante los 365 días del año, las 24 horas del día. Dicho hospital es considerado de referencia en la red sur del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) razón por la cual presenta una saturación de sus servicios y una necesidad continua de insumos médicos y de otros recursos tecnológicos que no están disponibles en esta área, concluyéndose que el área de emergencia del HGEG presenta una oferta de servicios mal organizada, originada por la falta de categorización clínica de los pacientes las 24 horas del día, convirtiendo a la emergencia del hospital en una consulta externa, La limitada disponibilidad de turnos por parte de consulta externa y la poca interacción con las unidades operativas de la macro red sur del DMQ ha provocado que exista un alto

promedio de atenciones/día en el área de emergencia, registrando la cifra de 241 y 259 atenciones/día en el año 2011 y primer cuatrimestre del año 2012 respectivamente, atendiendo por el área de emergencia el 49% (2011) y 41% (primer cuatrimestre 2012) de las atenciones totales que brinda el hospital.

## **2.4 Marco Conceptual**

### **La Salud**

Es un estado de completo bienestar corporal, intelectual y social, no solo la ausencia de afectos o padecimientos». La cita procede de Advertencias de la Constitución y Formación Mundial de la Salud, que fue protegida por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

### **Objetivos del Milenio**

También conocidos como Objetivos del Milenio (ODM), conforman ocho designios de desarrollo humano fijados en el año 2000, que los 189 países miembros de las Naciones Unidas pactaron obtener para el año 2015. Estos objetivos tratan problemas de la vida cotidiana que se creen graves radicales. En el 2015 los adelantos ejecutados han sido estimados y por otro lado se ha desarrollado la lista de objetivos. (CINU, 2019).

### **Buen Vivir**

Hace referencia a la vida plena e integral, tomando en cuenta la concepción que refleja una forma diferente de concebir la vida, desde el pensamiento ancestral, y por lo tanto una forma distinta de ver y entender el desarrollo para construir una nueva sociedad, que parte de

concepciones diversas y alternativas a la manera convencional de ver el desarrollo. El Buen Vivir se liga al conjunto de derechos que están consagrados en la Constitución. En la Constitución la salud, como la educación, el ambiente y el mejoramiento de las condiciones de vida son parte fundamental del Buen Vivir (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2009).

### **Determinantes de la Salud**

Se designa al conjunto de técnicas que posee el potencial para crear protección o daño, para la salud individual y colectiva. Elementos confusos que al proceder de forma combinada determinan los niveles de salud de las personas (Ministerio de Salud Pública, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS, 2013).

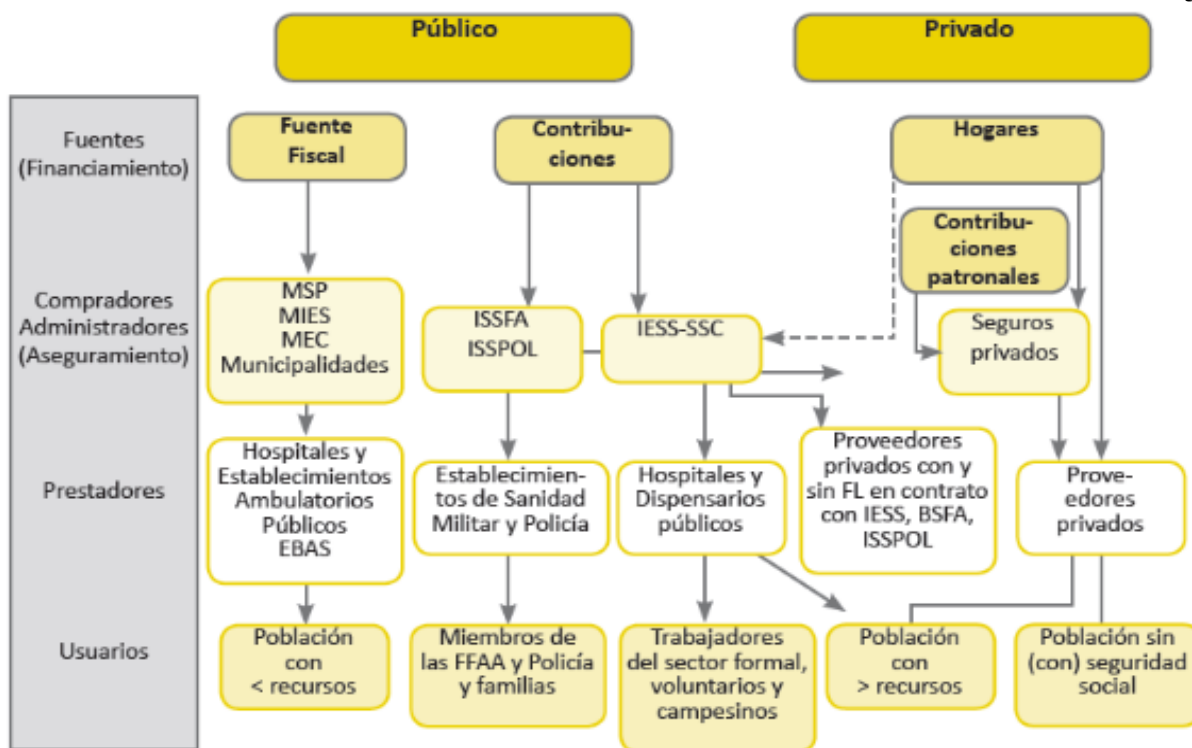
Los terminantes de salud que el MAIS-FCI lo asume como un tipo elaborado por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS son: APS-R, Cuidado Principal en Salud-Renovada

### **Sistema de Salud**

El Método de salud es la adición de todas las organizaciones, cuerpos y recursos cuyo objetivo principal reside en perfeccionar la salud. Un método de salud requiere personal, financiación, indagación, transportes y avisos, así como una ubicación y una dirección clara. Además, tiene que facilitar buenos métodos y productos que respondan a las necesidades de la población y sean equitativos desde el punto de vista económico. El principal garante por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, también resulta esencial la buena rectoría de las zonas, los municipios y cada una de las instauraciones sanitarias (Organización Mundial de la Salud, 1946).

Asimismo se refiere las situaciones de salud en Ecuador y con mayor referencia las tipologías del régimen ecuatoriano de salud, conteniendo su distribución y cobertura, sus principios de financiamiento, los patrimonios físicos, materiales y humanos de los que cuenta, las obras de rectoría que realiza el Ministerio de Salud Pública, la generación de información en salud, las labores de exploración, y la colaboración de los ciudadanos en la acción y evaluación del sistema. También se luchan las innovaciones más nuevos que se han establecido en el sistema ecuatoriano de salud dentro de las que destaca la afiliación de un capítulo específico sobre salud a la nueva Constitución que registra a la protección de la salud como un derecho humano y la construcción de la Red Pública Integral de Salud (Ministerio de Salud Pública, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS, 2013).

El régimen de salud de Ecuador está formado por dos secciones: público y privado. El sector público entiende al Ministerio de Salud Pública (MSP), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social (IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional). El MSP brinda servicios de atención de salud a toda la población, las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también ofrecen cuidado a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población productora afiliada. El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social (Ministerio de Salud Pública, Subsistema de Referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistem Nacional de Salud, 2014).



**Figura 5.** Sistema de Salud del Ecuador: Público y Privado

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública

## Sistema Nacional de Salud

Comprende varias entidades públicas, privadas autónomas y comunitarias que se articulan funcionalmente sobre la plataforma de elementos, políticas objetivos y normas comunes (Ley Orgánica del Sistema de Salud , 2006).

## Atención Primaria de Salud

“El Cuidado Principal de Salud, (APS,) también de ser la puerta de ingreso para el servicio curativo, es también la habilidad de prevención de las enfermedades. La APS tiene un alcance trascendente porque debe intranquilizar de la determinación social de la salud. Es indicar que tiene un enfoque integral, intersectorial, político” (Hermida , 2012)

## **Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R)**

La habilidad de desarrollo de salud establece algunos parámetros como reorientar el modelo de cuidado hacia un rumbo integral en el que las tareas de prevención y promoción de la salud son los ejes primordiales, la construcción de políticas públicas resistentes, mediaciones intersectoriales, la organización de estilos de vida y espacios saludables, y la aportación activa de la población. (Ministerio de Salud Pública, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS, 2013).

## **Calidad**

El concepto de calidad puede tener diferentes definiciones y aplicaciones dependiendo del área específica en que se esté trabajando. Una de las formas más precisas de definir la calidad determina que esta “es la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes, a través de la mejora continua de los procesos y sistemas, traduciendo estos requerimientos en características medibles, a un costo razonable. Los procesos son el conjunto de insumos tangibles e intangibles que se relacionan entre sí, y operan y se transforman para producir el resultado esperado (Del Castillo & Sardi, 2012).

La UNE-EN ISO 9000:2000 la puntualiza como el grado en el que un acumulado de características inherentes que cumple con los requisitos. La ISO 8402 muestra que han de considerarse como esclarecimientos parciales aquellas que instruyen que la calidad es la capacidad para el uso, la capacidad para el cargo, la satisfacción para el usuario, o la conformidad con las obligaciones. La aptitud está estrechamente afín con lo que el cliente apetece, lo que la



dota de un significativo componente subjetivo, según a quien sea dirigido el producto o servicio las características que solicita pueden ser distintas.

### **2.5 Marco Contextual o Situacional**

El estudio se efectuara en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, creado mediante Acuerdo Ministerial 5208 del 17 de Diciembre del 2014, está ubicado en la parroquia de Guamaní ciudad de Quito, es un hospital público de tercer nivel de complejidad, mantiene su cartera de servicios como unidad especializada en Gineco obstetricia y neonatología.

### **2.6 Delimitación Temporal**

El presente proyecto de investigación se efectuará en el período Enero 2016 – Diciembre 2018.

## CAPITULO III

### 3. MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1 Metodología de la Investigación

##### Método de Investigación:

**Deductivo:** Partiendo de un método de razonamiento que consiste en tomar conclusiones generales para explicaciones particulares.

**Comparativo:** Busca las similitudes y comparaciones sistemáticas basándose en la comparación de múltiples casos para realizar el análisis.

##### Tipo de Investigación:

**Descriptiva:** Señalando rasgos, cualidades, o atributos de la población que es objetivo de estudio.

Es un estudio de carácter cuali-cuantitativo y retrospectivo, la recolección de datos y antecedentes se realizará en el período 2016-2018.

#### 3.2 Técnicas e Instrumentos de la Investigación:

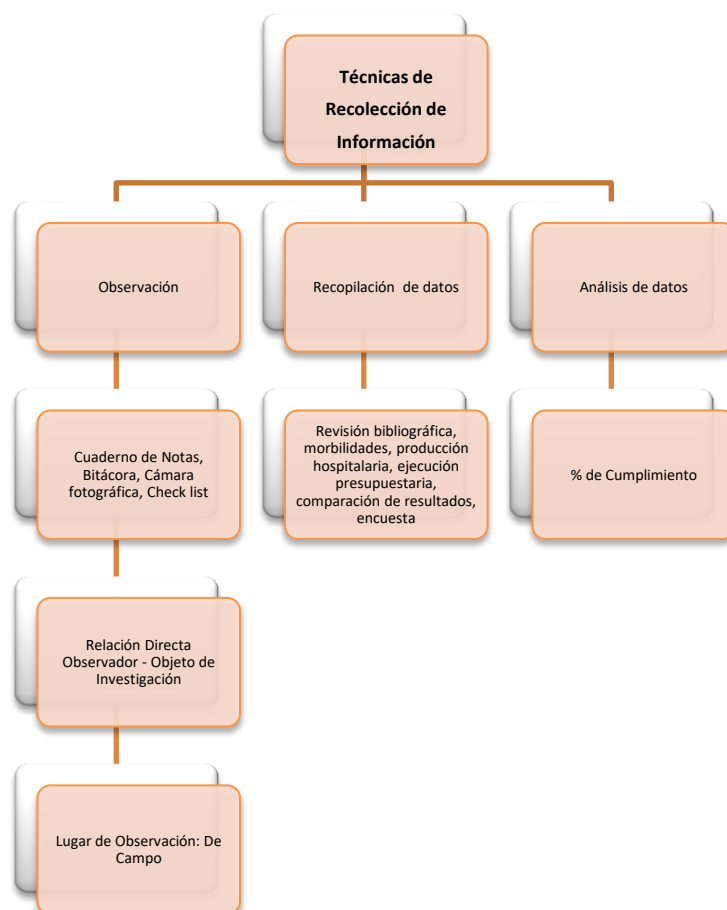
Las técnicas de investigación a emplearse son:

- **Revisión Bibliográfica:** Indagación sistemática basada en captar los aspectos más relevantes de los eventos, y realidades sociales y personas en el lugar donde se desarrollan esta investigación.
- **Recopilación de datos:** Conciliación de información obtenida durante el proceso de investigación.
- **Encuesta:** Realizada al personal médico, enfermería y usuarios.

- Análisis de datos: Evaluación e interpretación de la información obtenida a fin de emitir propuestas a las variables de relevancia significativa.

Los instrumentos de investigación son:

- Observación: Cuaderno de notas o Bitácora, Check list
- Recopilación de datos: Recolección de información, a través de revisión bibliográfica de datos relacionados con morbilidades, producción hospitalaria, porcentaje de ejecución presupuestaria, comparación de resultados, encuesta y o Check list
- Paquetes informáticos.



**Figura 6.** Representación de las Técnicas de Investigación

### **3.3 Determinación del universo de la investigación:**

En esta investigación de carácter retrospectivo donde se evalúa el comportamiento de datos estadísticos en 3 períodos fiscales 2016 – 2018 se analiza el total de elementos de características específicas como:

- Perfil Epidemiológico
- Muertes neonatales
- Tasa de Sepsis Neonatal
- Residencia de la población atendida
- Partos atendidos
- Partos en la adolescencia
- Porcentaje de niños con bajo peso al nacer
- Muerte Materna
- Porcentaje de Abastecimiento de Anticonceptivos
- Porcentaje de Abastecimiento de Medicamentos Antiretrovirales
- Porcentaje de Abastecimiento de Preservativos
- Número de atenciones nuevas y subsecuentes a pacientes VIH
- Porcentaje de Ejecución Presupuestaria

### **3.4 Determinación de la información:**

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva acorde con el tema en estudio y los objetivos propuestos, empleando fuentes de búsqueda de información como World Health Organization, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – INEC, Banco Mundial, Análisis de data Estadística del HGONA, determinación de indicadores de calidad, para establecer el

propósito y funcionabilidad de esta investigación. Es así que, para desarrollar este tema se diseñaron una serie de actividades consecutivas en la siguiente manera:

- Autorización del HGONA para efectuar la investigación.
- Se realizó un análisis observacional para comprender el flujo de las atenciones en la Institución.
- Se realizó también un análisis situacional, FODA, Causa-Efecto de Ishikawa determinando los puntos críticos y favorables.
- Para análisis de tasas y porcentajes se realizó una recopilación de datos correspondientes al período 2016-2018.
- Elaboración de una encuesta para proponer un plan de mejora.

### 3.5 Operacionalización de variables:

**Tabla 3**

*Operacionalización de variables*

45

Variables	Tipos de Variables	Operacionalización	Definición	Nro. De Objetivo del Milenio/MAIS
1. Perfil epidemiológico	Cualitativa	<i>Morbilidades mas frecuentes</i>	Proporción de seres vivos que enferman en un sitio y tiempo determinado.	N/A Consta como uno de los objetivos del MAIS
2. Tasa de mortalidad Infantil	Cuantitativa discreta	$\frac{(\text{Número de defunciones menores 1 año} * (1 * 1000))}{(\text{Estimación de Nacimientos vivos})}$	Defunciones ocurridas en niños que no han cumplido un año de vida	4
3. Tasa de mortalidad Neonatal	Cuantitativa discreta	$\frac{(\text{Número de defunciones neonatales 0 – 28 días} * (1 * 1000))}{(\text{Estimación de Nacimientos vivos})}$	Probabilidad que tiene un niño/a de morir durante los primeros 28 días luego de su nacimiento. Incluye las muertes ocurridas en la crítica primera semana de vida o período "perinatal".	4
4. Residencia de la población atendida	Cualitativa	<i>Población beneficiaria</i>	Grupo de personas que recibe los beneficios que se incluyen en acceso a la salud.	5
5. Porcentaje de partos por cesárea	Cuantitativa discreta	$\frac{(\text{Número total de partos por cesáreas})}{(\text{N}^{\circ} \text{ total de partos atendidos})} * 100$	Corresponde a los datos que se generan durante la atención de un proceso gestacional	5
6. Porcentaje de partos normales	Cuantitativa discreta	$\frac{(\text{Número total de partos por normales})}{(\text{N}^{\circ} \text{ total de partos atendidos})} * 100$	Corresponde a los datos que se generan durante la atención de un proceso gestacional	5

Continúa →

7. Número de Muertes Maternas	Cuantitativa discreta	$\text{Número de muertes mujeres (- 49 años) por causas maternas}$	Describe la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el posparto	5
8. Porcentaje de Abastecimiento de Anticonceptivos	Cuantitativa continua	$\frac{(\text{Número de medicamentos disponibles})}{(\text{Número de Medicamentos Planificados})} \times 100$	Aquellos medicamentos utilizados por la mujer y/o el hombre para evitar que se presente un embarazo	5
9. Porcentaje de Abastecimiento de Medicamentos Antiretrovirales	Cuantitativa continua	$\frac{(\text{Número de medicamentos ARV disponibles})}{(\text{Número de Medicamentos ARV Planificados})} \times 100$	Son medicamentos antivirales específicos para el tratamiento de infecciones por retrovirus	6
10. Número de pacientes VIH maternas	Cuantitativa discreta	$\text{Número de casos de pacientes VIH maternas}$	Casos reportados de pacientes VIH durante el periodo de gestación, parto, post parto	6
11. Porcentaje de Ejecución Presupuestaria	Cuantitativa continua	$\frac{(\text{Presupuesto Planificado})}{(\text{Presupuesto Asignado})} \times 100$	Alcanza el acumulado de acciones destinadas a la utilización óptima de los recursos materiales y financieros asignados en el cálculo con el propósito de lograr los bienes, servicios y obras para efectuar la insuficiencia requerida.	N/A

## CAPITULO IV

### 4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HGONA

#### 4.1.1 Análisis situacional actual

##### 4.1.1.1 Misión, Visión, Valores

**Misión:** Suministramos servicios de salud con eficacia y calidez en Gineco obstetricia, efectuando con el compromiso de desarrollo, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, instrucción e investigación acorde a las políticas del Ministerio de Salud Pública. (Hospital Gineco Obstétrico Luz Elena Arismendi, 2018).

**Visión:** Ser examinados por la ciudadanía como un hospital Gineco Obstétrico viable, que presta un cuidado de eficacia que satisface las necesidades y perspectivas de la población bajo principios, fundamentales de la salud pública y bioética, monopolizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficaz y transparente. (Hospital Gineco Obstétrico Luz Elena Arismendi, 2018).

**Valores:** Respeto: Todos los individuos son iguales y logran el mejor servicio, por lo que se respetará su dignidad y atenderá sus necesidades asumiendo en cuenta, en todo instante sus derechos.

**Inclusión:** Se examinará si los grupos sociales son distintos, por lo tanto, se valorará sus discrepancias, trabajando con acatamiento y respondiendo a esas diferencias con equidad.



**Vocación y servicio:** El trabajo diario se cumplirá con esmero incondicional y agrado.

**Compromiso:** Invertir al máximo las capacidades técnicas y personales en todo lo encargado

**Integridad:** Dar una actitud honrada e íntegra en cada trabajo comisionada

**Justicia:** Vigilar que toda la ciudad tenga las propias procedencias de acceso a un cuidado gratuita integral con eficacia y calidez.

**Lealtad:** Libertad y protección de los valores, principios y objetivos de la entidad, avalando los derechos individuales y colectivos. (Hospital Gineco Obstétrico Luz Elena Arismendi, 2018)

#### **4.1.1.2 Objetivos Institucionales:**

##### **Objetivos Estratégicos**

Objetivo 1.- Avalar la imparcialidad en el acceso y gratuidad de los servicios.

Objetivo 2.- Trabajar bajo los lineamientos del Modelo de Cuidado Integral de Salud de forma completa y en red con el resto de los Mecanismos Operativas de Salud del Ministerio de Salud Pública y otros comediantes de la red pública y privada adicional que acceden el sistema nacional de salud del Ecuador.

Objetivo 3.- Mejorar la accesibilidad y el tiempo de espera para tomar atención, considerando la diversidad de género, pedagógico, generacional, socio económica, lugar de origen y discapacidades.

Objetivo 4.- Involucrar a los expertos en la gestión del hospital desarrollando su motivación, agrado y compromiso con la misión hospital.

Objetivo 5.- Garantizar una atención de calidad y respeto a los derechos de las y los usuarios, para lograr la satisfacción con el cuidado recibida.

Objetivo 6.- Desarrollar una cultura de perfección con el fin de optimizar el manejo de los recursos públicos, y la rendición de cuentas. (Hospital Gineco Obstétrico Luz Elena Arismendi, 2018)

### **Objetivos Operacionales:**

Los Objetivos Estratégicos o Específicos, se determinan en correlación a un objetivo estratégico, descritos en el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Técnicas de los Hospitales del MSP.

Objetivo Operacional 1.- Optimizar la capacidad de atención y respuesta, garantizando el ingreso a grupos de atención prioritaria, mujeres, pueblos y nacionalidades a los servicios de salud.

Objetivo Operacional 2.- Lograr eficacia en la utilización de los patrimonios e infraestructura hospitalaria.

Objetivo Operacional 3.- Implicar a los expertos en la gestión del hospital acrecentando su exaltación, deleite y responsabilidad con la misión hospital.

Objetivo Operacional 4.- Establecer herramientas de administración eficaz y adecuada para el recurso humano.

Objetivo Operacional 5.- Mejorar y consolidar la cultura de calidad (Política de calidad).

Objetivo Operacional 6.- Transformar y fortalecer el modelo de planificación y gestión hospitalaria.(Hospital Gineco Obstétrico Luz Elena Arismendi, 2018)

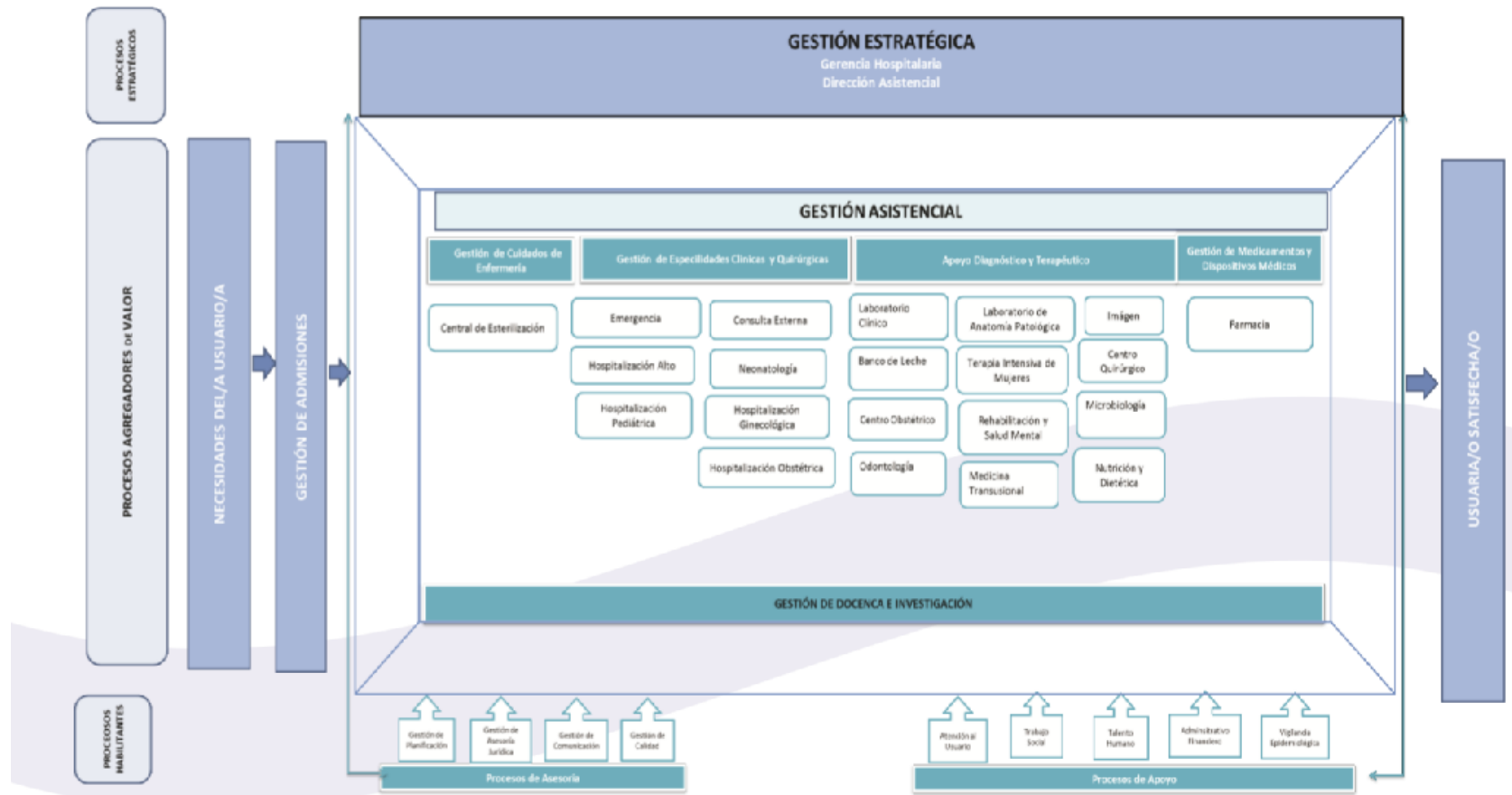
#### **4.1.1.3 Formación de Objetivos Institucionales con el Plan Nacional del Buen Vivir:**

El Plan Nacional del Buen Vivir constituye doce objetivos nacionales; el Plan Estratégico del Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora “LuzElena Arismendi”, se alinea con el:

Objetivo 3.- “PERFECCIONAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA CIUDAD”. Este objetivo elabora 6 políticas y lineamientos importantes a las que se alinean a la institucionalidad del Ministerio de Salud Pública a la Conexión Zonal 9 – Salud y por desperfecto al HGONA, las cuales son:

- 3.1. Originar el progreso de la calidad en la prestación de servicios de atención que implica el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
- 3.2. Amplificar los servicios de suspicacia y promoción de la salud para perfeccionar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.
- 3.3. Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud.
- 3.4. Fortalecer y fortalecer la salud intercultural, agregando la medicina ancestral, alternativa al sistema nacional de salud.
- 3.5. Avalar el acceso seguro al servicio integral de la salud sexual y reproductiva como un comprobante del derecho a la libertad sexual las personas. (Hospital Gineco Obstétrico Luz Elena Arismendi, 2018)

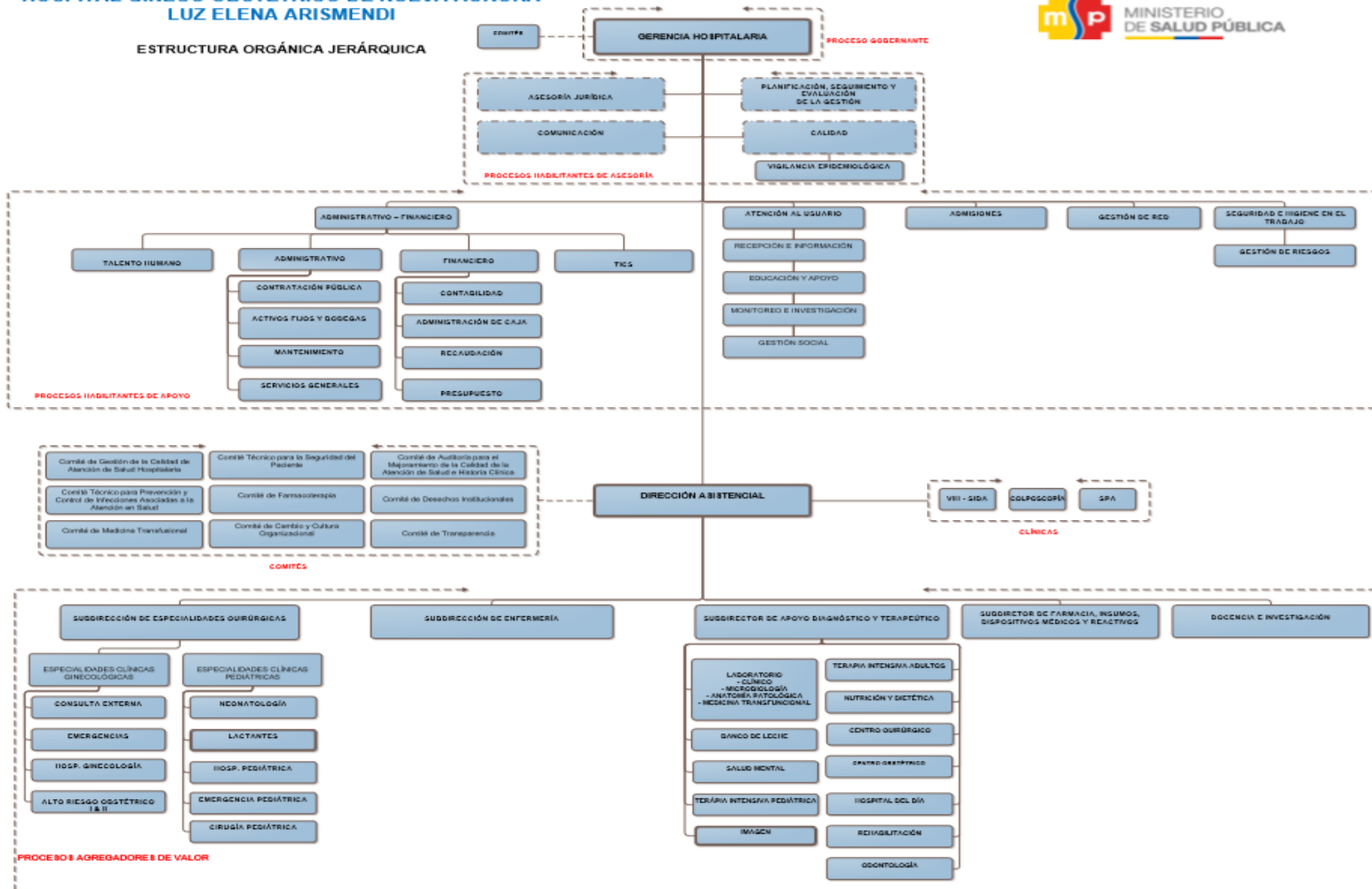
#### 4.1.1.4 Estructura Organizacional por Procesos:



**Figura 7.** Gestión Estratégica del HGONA  
**Fuente:** (Hospital Gineco Obstétrico Luz Elena Arismendi, 2018)

**HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO DE NUEVA AURORA  
LUZ ELENA ARISMENDI**

**ESTRUCTURA ORGÁNICA JERÁRQUICA**



**Figura 8.** Estructura Orgánica Jerárquica  
Fuente: (Hospital Gineco Obstétrico Luz Elena Arismendi, 2018)

### **Análisis de Estructura Jerárquica:**

El organigrama de esta Institución es una clásica representación de un organigrama por procesos en el que se ve representado por procesos asistenciales y las diferentes formas de interacción según va transitando el paciente por ellos desde su ingreso al hospital hasta su alta, la figura 8 refiere las distintas jerarquías que conforman el Hospital:

**Gerencia – Proceso Gobernante:** Procesos Habilitantes de Asesoría (Asesoría Jurídica, Comunicación, Planificación, Seguimiento y Evaluación de la Gestión, Calidad, Vigilancia Epidemiológica).

**Dirección Asistencial:** Comprenden a los procesos agregadores de valor (Subdirecciones: (Especialidades Quirúrgicas, Enfermería, Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, Subdirección de Farmacia, Insumos, Dispositivos Médicos y Reactivos, Docencia e Investigación).

**Habilitantes de Apoyo:** Con la Unidad Administrativa Financiera y sus gestiones internas (Talento Humano, Administrativo, Financiero, TICS), atención al usuario, admisiones, gestión de red, seguridad e higiene en el trabajo, gestión de riesgos.

Además, como parte de la asesoría hospitalaria se encuentran conformados diferentes comités.

En este análisis se puede señalar que la transición de un organigrama tradicional por uno más transversal enfocado a procesos poniendo como núcleo al paciente, genera indudablemente ventaja competitiva para satisfacer de la mejor manera sus necesidades.

Una alineación con las necesidades de los pacientes, se conjuga con los avances y desarrollos tecnológicos generando capacidad de reacción a los constantes cambios del entorno, si se representa a una organización basándose en sus procesos con enfoque a la cadena de valor que realiza un valioso aporte al paciente como en centro del sistema de atención hospitalaria.

El Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico Luz Elena Arismendi desde su habilitación ha ampliado paulatinamente su cartera de servicios como Hospital Especializado en Gineco Obstetricia y Neonatología, a partir de su inauguración el 25 de enero de 2016.

Durante el 2017 se planteó el proyecto de ampliación de Neonatología con el fin de cubrir la demanda insatisfecha de atención, misma que se encuentra aprobado por las Autoridades Ministeriales mediante sumilla inserta en memorando MSP-CZ9-HGONA-2017-0012-M. La ampliación de neonatología de 39 puestos a 85. Arrancó en su primera fase el 1 de agosto de 2017 y culminó el 30 de septiembre del mismo año, con lo cual se logró mejorar las condiciones de espacio físico del área y ampliar de 39 a 45 puestos. (Hospital Luz Elena Arismendi, Informe de Gestión, 2018).

Para finales del año 2018, se programó la entrega de la obra completa de Neonatología esperando alcanzar la meta de 85 puestos. En el año 2018 se pueden mencionar otros hitos importantes en el crecimiento institucional del hospital a la apertura de la Unidad Materno Fetal, la inauguración del Servicio de Atención Integral de Adolescentes y en el mes de octubre, la inauguración de la Clínica de Mama. (Hospital Luz Elena Arismendi, Informe de Gestión, 2018)

Mediante Acuerdo Ministerial Nro. 0259 – 2018, del 23 de agosto de 2018, el Ministerio de Salud Pública amplió la razón social de esta Institución con una nueva competencia ampliando su denominación para ser el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”. Este es el resultado de haber habilitado el Servicio de Pediatría hasta 5 años, así como el Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

#### **4.1.2 Análisis Observacional**

##### **4.1.2.1 Análisis del flujo de atención**

El refuerzo del Modelo de Atención Integral de Salud con orientación familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI), concentra la habilidad de Cuidado Primaria de Salud Perdurable (APS-R); es uno de los ejes prioritarios del transcurso de metamorfosis del sector salud. Su ordenación e implementación comprometen manifestar a las nuevas demandas y necesidades de salud del país que vienen de los cambios en el perfil estadístico y epidemiológico, a la necesidad de superar las grietas en el acceso a servicios integrales de salud;1 reforzar la articulación del SNS, así como el fortalecimiento de la cabida determinativa en todos los niveles de esmero. (Ministerio de Salud Pública, Subsistema de Referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistem Nacional de Salud, 2014).

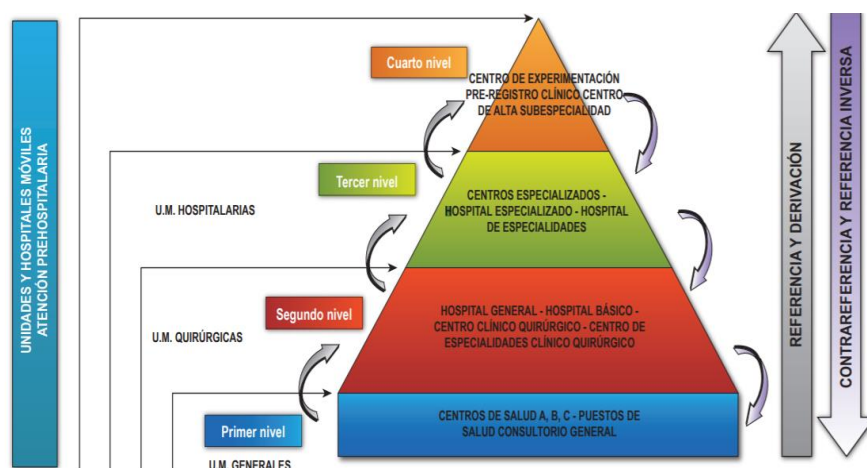
El SNS su finalidad son las redes zonales y micro redes distritales de salud que se hallan mercantilizadas en los distritos geográfico-poblacionales determinadas al interior de cada territorio. Poseen como objetivo organizarse para conseguir la satisfacción de las necesidades de salud, la solución y revisión de las dificultades más imperativos y valiosos a su cargo. (Ministerio



de Salud Pública, Subsistema de Referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistem Nacional de Salud, 2014).

La organización del SNS con el enfoque de APS puede marchar en forma eficientemente y eficaz si están integrados los niveles de cuidado mediante el informe, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia cuando los usuarios solicitan atención de mayor complejidad que aquella que se acogida en los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención. Para ello, el propia debe estar capacitado para ofrecer los servicios acordes al nivel de cuidado y al perfil epidemiológico prevalente en un territorio específico.

La ejecución en el primer nivel de cuidado, por ser la puerta de acogida al sistema, aprueba no imponer la capacidad hospitalaria y servir apoyo apropiado a los usuarios respectivos de los otros niveles. (Ministerio de Salud Pública, Subsistema de Referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistem Nacional de Salud, 2014)



**Figura 9.** Circuito Operativo del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia.

**Fuente:** (Ministerio de Salud Pública, Subsistema de Referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistem Nacional de Salud, 2014)

El Subsistema de referencia, derivación, hacia reseña, referencia inversa y transferencia: es el conjunto ordenado de técnicas asistenciales y administradores, que favorece a certificar la persistencia del cuidado de salud, con coyuntura, eficacia y eficiencia, remitiendo al usuario desde la comunidad o de la entidad de salud de menor al mayor nivel de atención y complejidad y recíprocamente; así como remitir a usuarios que solicitan atención agregado, de apoyo diagnóstico, como es el caso de la bifurcación entre los actores que integran el SNS. (Ministerio de Salud Pública, Subsistema de Referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistem Nacional de Salud, 2014).

El HGONA, al ser una casa de salud de tercer nivel entre el flujo observacional de sus obligaciones se pudo comprobar que atiende pacientes aplicando el tipo del sistema de reseña y contra referencia que es el conjunto a través del cual el Ministerio de Salud, en el marco de sus técnicas de concentración de capacidades y recursos, define destrezas que permitan garantizar a la población en general el paso a los servicios de salud, con el concurso de los diferentes actores implicados entre los que se cuentan los entes territoriales, y los acreedores de servicios de salud de carácter público.

Es importante señalar que este sistema consiente pulir la atención al usuario y realizar un direccionamiento provechoso para brindar una atención de acuerdo a las necesidades de salud.

En el práctico, los Sistemas de Referencia y Contra referencia se enfoca en si en la búsqueda de que los usuarios ya no pasen malas noches en las instituciones de salud, y puedan acceder a un turno normal y que todos por igual sean atendidos. Lo primero que deberán realizar es acercarse al centro de Salud más cercano, explicando de manera tranquila la calamidad por la que está

atravesando. Aquí recibirán la atención adecuada, pero si el caso es más fuerte de lo previsto de inmediato la casa de salud se encarga de realizar la transferencia de urgencia a un hospital donde un especialista tratara el caso del paciente.

Al realizar el análisis del flujo de atención esta investigación interpretó que el procedimiento de atención a los pacientes de esta Casa de Salud se realiza para aquellas pacientes referidas y así como para aquellas que se autorefieren, en tal sentido se diseñó un flujo de atención conforme lo describen la figuras 10 y 11, cabe señalar que el objetivo de la atención se enfoca en precautelar la seguridad del binomio madre e hijo.

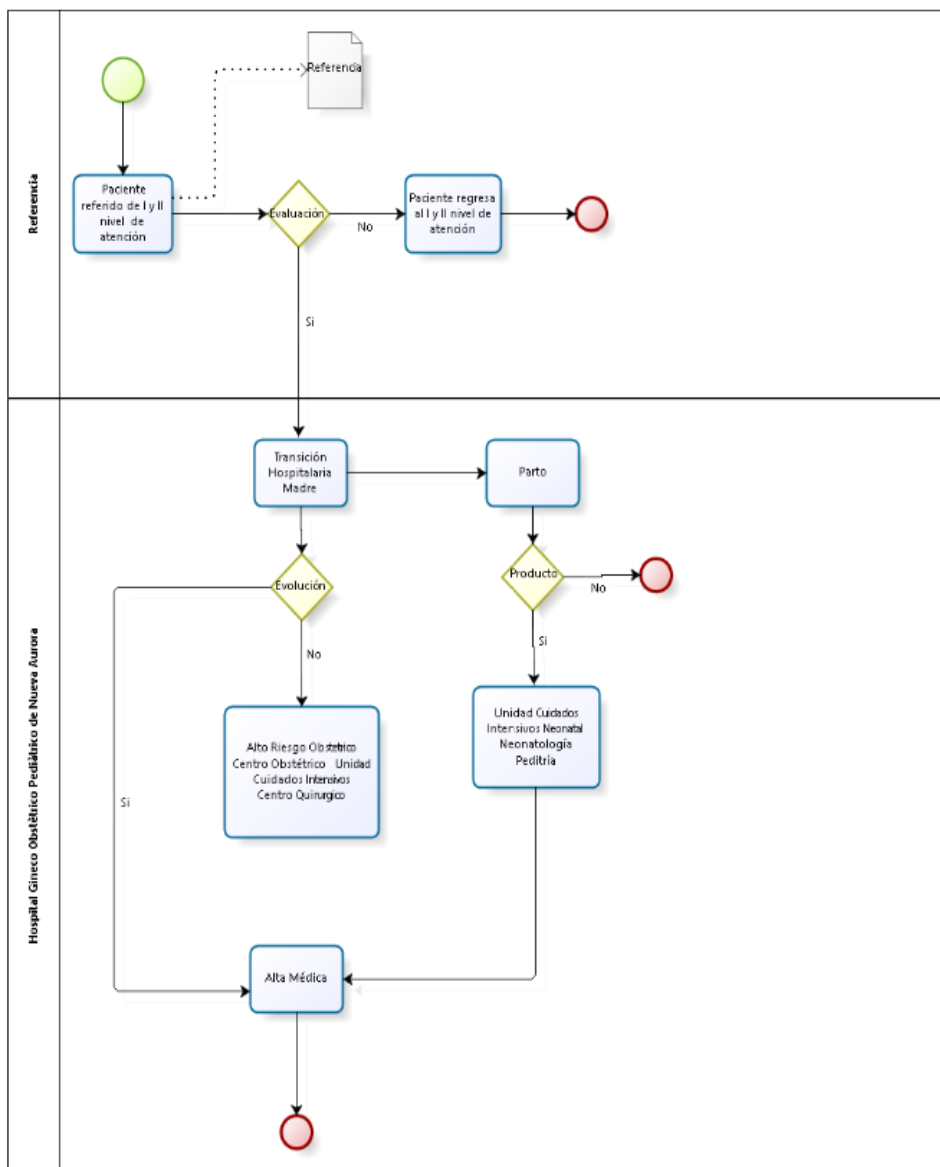


Figura 10. Flujo de atención paciente referido

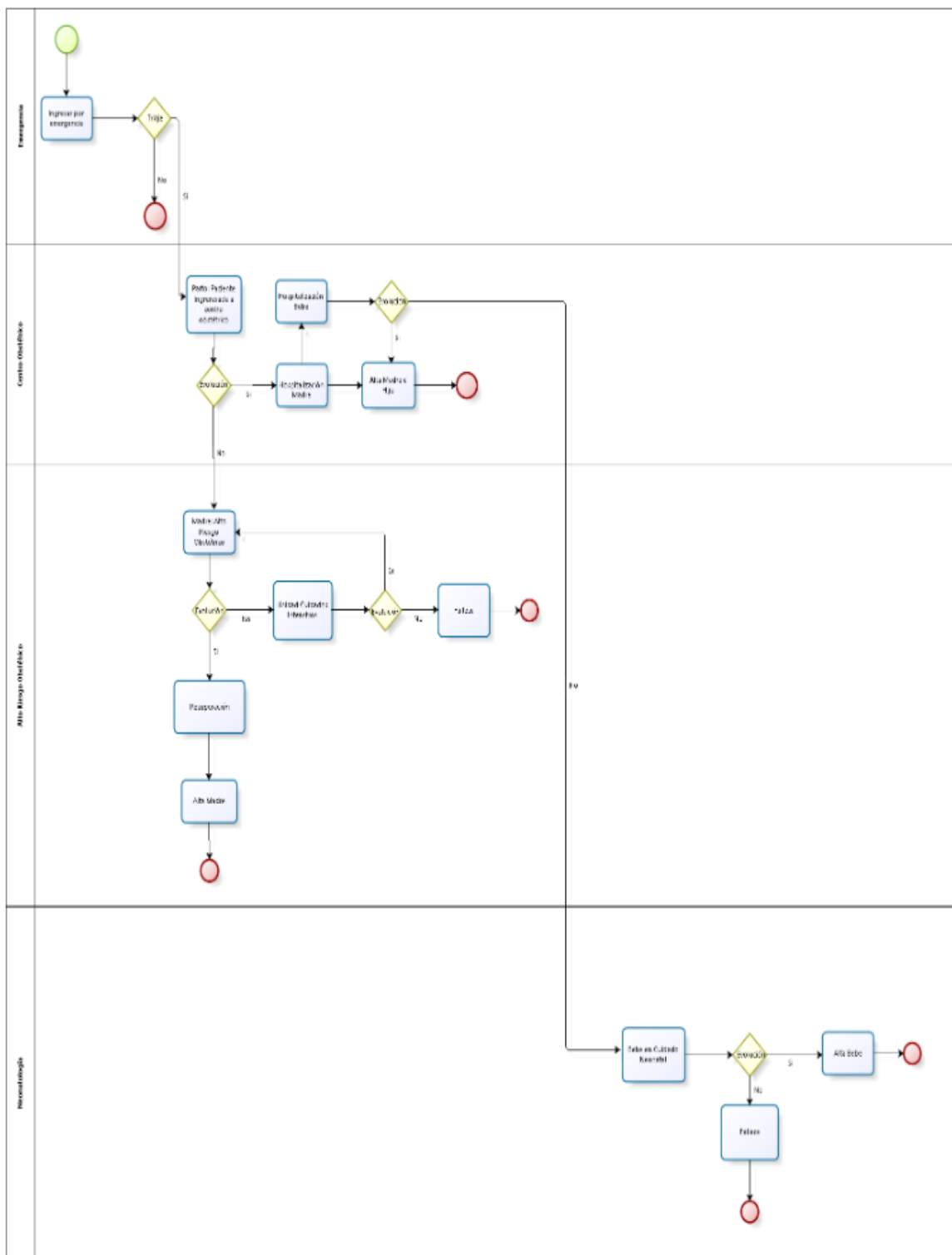
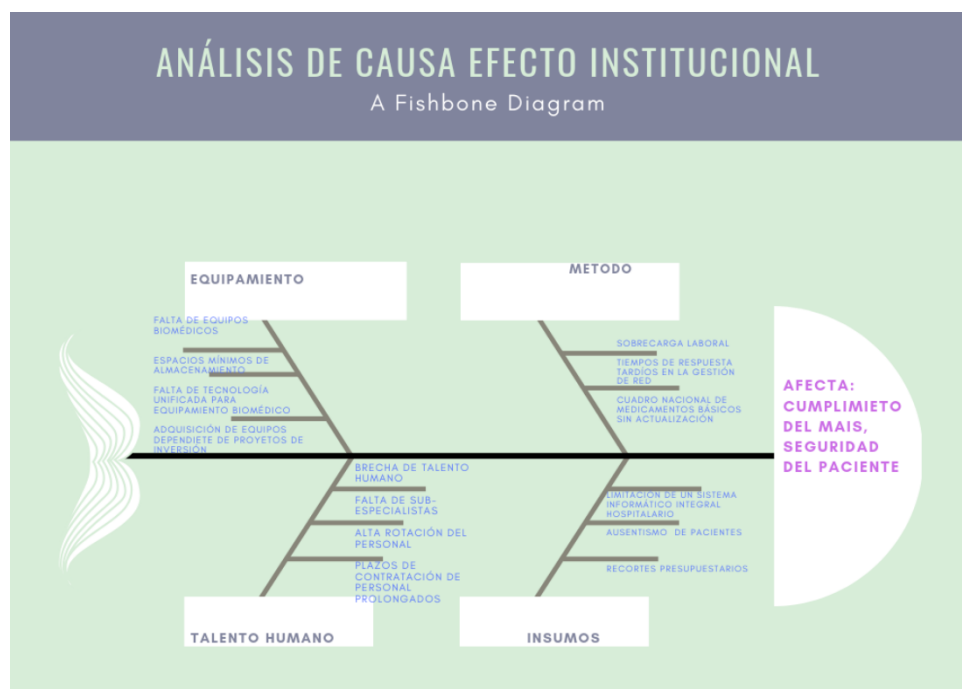


Figura 11. Flujo de atención paciente auto-referido

#### 4.1.2.2 Diagrama de Espina de Pescado Causa – Efecto

Una vez realizado el análisis del circuito de atención de los pacientes en el HGONA se procedió con la identificación de los caracteres de calidad con las causas que los afectan directamente y que producen alguna situación anormal; este diagrama sobrelleva a analizar cuáles son las causas del estudio y la raíz de este problema



**Figura 12.** Diagrama de Espina de Pescado Causa – Efecto

Del análisis realizado mediante la aplicación del Fishbone Diagrama se pudo determinar que existen los factores que afectan el flujo de atención a los pacientes del HGONA entre ellos se encuentran:

- Brecha de Talento Humano Asistencial y Administrativo
- Falta de Equipamiento Biomédico
- Falta de un sistema informático integral
- Sobrecarga laboral

Esta cadena de factores influye en el Normal Cumplimiento del MAIS así como la seguridad del paciente.

#### 4.1.2.3 Análisis FODA

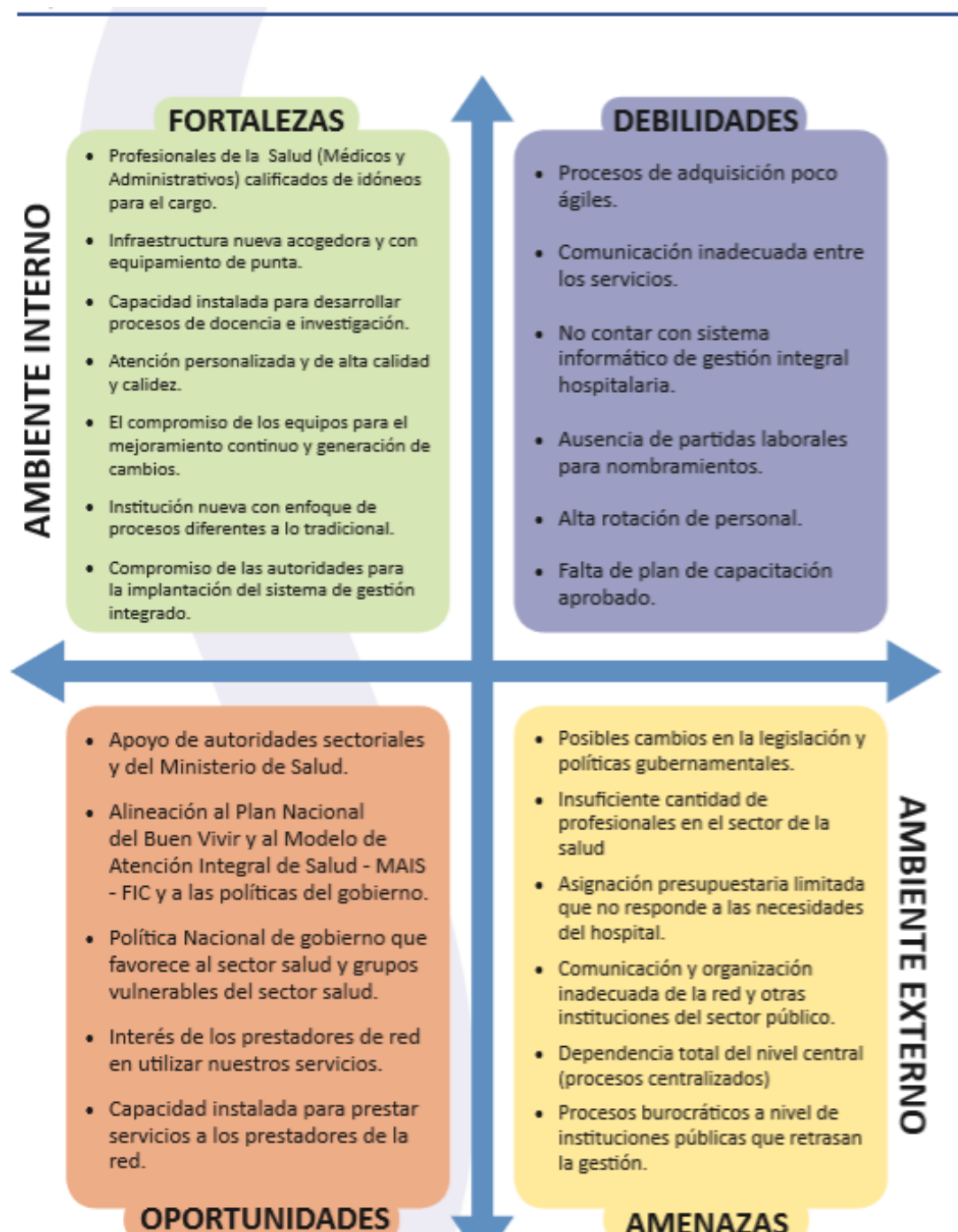


Figura 13. Matriz FODA

A través del análisis del FODA, se logra una conceptualización y reajuste duradero donde las acciones y estratégicas se tornan en base a los planteamientos y se deriva los servicios intermediarios en los procesos agregadores de valor.

- Alto Impacto: 3
- Mediano Impacto: 2
- Menor Impacto: 1

<b>ANÁLISIS SITUACIONAL – FODA</b>		<b>IMPACTO</b>
<b>DIRECCIÓN HGONA 2016</b>		
<b>FORTALEZAS</b>		
<b>Nº</b>		
1	Profesionales de la Salud (Médicos y Administrativos) calificados de idóneos para el cargo.	3
2	Infraestructura nueva acogedora y con equipamiento de punta.	2
3	Capacidad instalada para desarrollar procesos de docencia e investigación.	2
4	Atención personalizada y de alta calidad y calidez.	3
5	El compromiso de los equipos para el mejoramiento continuo y generación de cambios.	2
6	Institución nueva con enfoque de procesos diferentes a lo tradicional.	3
7	Compromiso de las autoridades para la implantación del sistema de gestión integrado.	2
<b>OPORTUNIDADES</b>		
<b>Nº</b>		
1	Apoyo de autoridades sectoriales y del Ministerio de Salud.	2
2	Alineación al Plan Nacional del Buen Vivir y al Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS - FIC y a las políticas del gobierno.	3
3	Política Nacional de gobierno que favorece al sector salud y grupos vulnerables del sector salud.	2
4	Interés de los prestadores de red en utilizar nuestros servicios.	2
5	Capacidad instalada para prestar servicios a los prestadores de la red.	3
<b>DEBILIDADES</b>		
<b>Nº</b>		
1	Procesos de adquisición poco ágiles.	3
2	Comunicación inadecuada entre los servicios.	3
3	No contar con sistema informático de gestión integral hospitalaria.	2
4	Ausencia de partidas laborales para nombramientos.	3
5	Alta rotación de personal.	1
6	Falta de plan de capacitación aprobado.	3
<b>AMENAZAS</b>		
<b>Nº</b>		
1	Posibles cambios en la legislación y políticas gubernamentales.	2
2	Insuficiente cantidad de profesionales en el sector de la salud	2
3	Asignación presupuestaria limitada que no responde a las necesidades del hospital.	3
4	Comunicación y organización inadecuada de la red y otras instituciones del sector público.	2
5	Dependencia total del nivel central (procesos centralizados)	2
6	Procesos burocráticos a nivel de instituciones públicas que retrasan la gestión.	3

**Figura 14.** Análisis Situacional FODA según el Nivel de Impacto



## Análisis de Estrategias DAFO:

Una vez realizado en análisis ponderado FODA se realizó el cruce de estrategias DAFO.

ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS DO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar un programa de formación y capacitación docente nacional e internacional (convenios, alianzas, congresos, seminarios, entre otros) (F1, F3; O8).</li> <li>2. Fortalecimiento y empoderamiento de la política del hospital a través del slogan "Un hospital con corazón" (F6; O4, O9).</li> <li>3. Aportar al desarrollo de los habitantes de la comunidad, dando a conocer los beneficios de la Red Integral de Salud con campañas de difusión (F1; O1, O6, O9).</li> <li>4. Generar interés en la participación de prestadores externos para la venta de servicios complementarios, a través de una cultura de pago eficiente (F6, F7; O4).</li> <li>5. Potencializar la cartera de servicios existente (F6; O5).</li> <li>6. Sistematizar los procesos a nivel hospitalario (F2; O8).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementar el Sistema Integral por Procesos en las Unidades Administrativas y Médicas, para la obtención de acreditaciones internacionales. (D1; O8).</li> <li>2. Planificar la plantilla de talento humano conforme a los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Ministerio de Trabajo (D6; O2).</li> <li>3. Actualizar y difundir de manera periódica la cartera de servicios que genera el Hospital (D2; O5).</li> <li>4. Mejorar el sistema de comunicación entre unidades con acciones de involucramiento. (D4; O5).</li> <li>5. Implementación de software hospitalario, para conseguir estándares óptimos de gestión y certificación de calidad (gestión Hospitalaria) (D4; O8; O9).</li> <li>6. Elaborar e implementar un cronograma de monitoreo del desarrollo y cumplimiento de las normas, guías y protocolos de atención (D2; O3).</li> </ol>
ESTRATEGIAS FA	ESTRATEGIAS DA
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conseguir asesoramiento en el marco legal y la normativa vigente (reglamentos, leyes, estatutos, entre otros) (A1; F4, F6).</li> <li>2. Implementar un plan de capacitación y fortalecer los conocimientos de los profesionales de salud (A2, A7; F1).</li> <li>3. Gestionar el mantenimiento periódico de manera sistemática de los equipos, maquinarias, insumos, sistemas e infraestructura del hospital a través de una herramienta informática (F2; A8).</li> <li>4. Priorizar la disponibilidad y optimización de recursos humanos, financieros y tecnológicos (F6; A6).</li> <li>5. Desarrollar el comité de mejora continua, con los diferentes procesos ya posicionados en el HGONA (F5; A5).</li> <li>6. Optimizar la comunicación de información financiera a la comunidad hospitalaria (F4; A7).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecimiento de la estructura y funcionalidad de los órganos de planificación hospitalaria (planificación de la adquisición de equipos y materiales) (D1; A3, A6).</li> <li>2. Implementar el proceso de gestión de talento humano para garantizar competencias y satisfacción en el personal (D6; A2, A4).</li> <li>3. Conseguir la estandarización de los procesos administrativos y asistenciales que minimice tiempos y garantice la gestión eficaz y eficiente (D2, D3; A6).</li> <li>4. Implementar control interno para racionalizar y controlar los costos y gastos que se generan en el hospital (A3; D1).</li> <li>5. Establecer indicadores de resultados de gestión y producción en todas las áreas del hospital que permitan elevar la calidad y eficiencia de los servicios que ofrece la institución (A6; D6).</li> <li>6. Elaborar alianzas estratégicas con los actores involucrados en la red integral de salud, que permitan una comunicación asertiva y que genere el efecto multiplicador en los diferentes servicios hospitalarios (D3; A5).</li> </ol>

**Figura 15.** Análisis de Estrategias DAFO

### 4.1.2.3 Check list de Análisis observacional

El contenido del Check list refleja parámetros de información general, metodología, infraestructura, procedimientos que fueron evaluados durante el desarrollo de la investigación.

**Tabla 4**  
*Check list de Información General*

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b>				
1	1.1. ¿La Institución cuenta con una Planificación Estratégica actualizada?	√		Hace referencia a la razón social anterior del hospital, no incluye como Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico
2	1.2. ¿Existe una gestión organizacional por métodos Institucionales?	√		Las unidades se encuentran elaborando y actualizando sus protocolos y procedimientos
3	1.3. ¿La Institución se encuentra acreditada por un organismo externo?		√	A la fecha de habilitación del Hospital, la acreditación de los hospitales del MSP ya había culminado

*Check list de Talento Humano*

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
<b>2. TALENTO HUMANO</b>				
4	2.1. ¿Existe personal asistencial suficiente?		√	
5	2.2. ¿Existe personal administrativo suficiente?		√	
6	2.3. ¿Existe capacitación y evaluación continua del personal asistencial y administrativo?	√		El personal es capacitado constantemente, así mismo existe un plan de capacitación mensual para nuevos ingresos y reemplazos
7	2.4. ¿El personal asistencial cumple su carga horaria?	√		Debido a la brecha de personal se identifica que existe sobrecarga laboral
8	2.5. ¿El personal administrativo cumple su carga horaria?	√		
9	2.6. ¿Existen registros de las evaluaciones o capacitaciones realizadas al personal?	√		
10	2.7. ¿La comunicación interpersonal de las diferentes unidades genera un ambiente laboral agradable?	√		
11	2.8. ¿El personal se siente comprometido con la Institución?	√		
12	2.9. ¿Existe estabilidad laboral?		√	La mayoría de empleados obtiene un contrato de servicios ocasionales
13	2.10. ¿Los tiempos de respuesta para solución de conflictos son oportunos?	√		Cada unidad tiene una delegación de perfeccionamiento continua para diligencia de ciclos rápidos de progreso

**Tabla 5**  
Check list de Infraestructura

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
<b>3. INFRAESTRUCTURA</b>				
<b>14</b>	3.1. ¿La infraestructura del hospital responde a las necesidades de atención Gineco Obstétrica Pediátrica?	√		A finales del 2018 finalizó la segunda etapa de Infraestructura para ampliación de neonatología
<b>15</b>	3.2. ¿Existen áreas debidamente adecuadas para atender partos y/ procedimientos quirúrgicos?	√		Emergencia: 1 Quirófano, 1 Sala de parto Centro Obstétrico: 2 Quirófanos, 4 Salas de parto Centro Quirúrgico: 3 Quirófanos
<b>16</b>	3.3. ¿Existen áreas debidamente adecuadas para atender partos ancestrales y humanizados?	√		
<b>17</b>	3.4 ¿Existen ambientes debidamente identificados y señalizados?	√		
<b>18</b>	3.5 ¿Existe un área específica destinada para colocar el material utilizado y tratamiento de desechos hospitalarios?	√		
<b>19</b>	3.6. ¿Existe un área para la preparación de Nutriciones Parenterales?	√		
<b>20</b>	3.7 ¿El área es exclusiva solo para la preparación de Nutriciones Parenterales?	√		
<b>21</b>	3.8. ¿Poseen procedimientos estandarizados para la limpieza antes, durante y después del uso de las áreas quirúrgicas, salas de parto y NPT?	√		
<b>22</b>	3.9. ¿Existen esclusas de cambio para el personal previo al ingreso a las áreas quirúrgicas, salas de parto y NPT?	√		
<b>23</b>	3.10. ¿Existen salidas de emergencia para uso en caso de emergencias y desastres?	√		

**Tabla 6**  
*Check list de Equipamiento*

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
<b>4. EQUIPAMIENTO</b>				
24	4.1 ¿Disponen de Equipos informáticos suficientes?		√	
25	4.2 ¿Disponen de Equipos Biomédicos suficientes?		√	La dotación de equipos biomédicos depende de proyecto de inversión, al momento en etapa de validaciones por PIFEMEFS
26	4.3 ¿Disponen de Mobiliario clínico y de oficina necesario para realizar las diferentes actividades con usuarios internos y externos del Hospital?		√	
27	4.3 ¿Disponen de Ambulancia en óptimas condiciones y debidamente equipada?	√		
28	4.3 ¿Disponen de Planes de mantenimientos correctivo y preventivo de los Equipos?	√		

**Check list de Metodología**

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
<b>5. METODOLOGÍA</b>				
29	5.1. ¿Existen protocolos y procedimientos que definan en mecanismo de atención a pacientes referidas y autoreferidas?	√		En revisión en la unidad de Calidad
30	5.2. ¿El personal brinda asesoría a la madre respecto al parto?	√		
31	5.3 ¿El paciente se encuentra debidamente identificado?	√		
32	5.4. ¿Previo al alta se aplica el plan de asesoría para anticoncepción y fomento de la lactancia materna?	√		
33	5.5 ¿El paciente recibe la medicación necesaria durante su permanencia hospitalaria al alta?	√		
34	5.6 ¿El Hospital dispone del arsenal terapéutico de preparados y conectores médicos imperiosos para atender las desiguales proporciones de la población?	√		
35	5.7. ¿El hospital dispone de medicamentos de anticoncepción suficientes?	√		
36	5.8. ¿El hospital dispone de medicamentos antiretrovirales y preservativos suficientes?	√		
37	5.9. ¿Como desarrollar el Sistema informático Integral?		√	

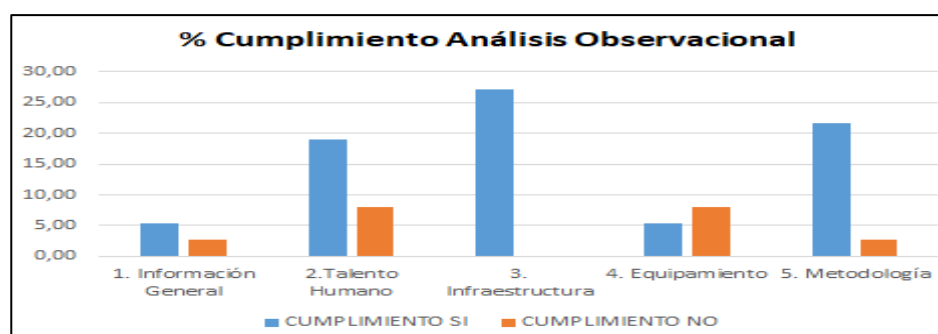
**Interpretación:**

Los resultados del análisis del Check list fueron los siguientes:

**Tabla 7**  
*Porcentaje de Cumplimiento*

DESCRIPCIÓN	%	%
	CUMPLIMIENTO SI	CUMPLIMIENTO NO
<b>1. Información General</b>	5,41	2,70
<b>2. Talento Humano</b>	18,92	8,11
<b>3. Infraestructura</b>	27,03	0,00
<b>4. Equipamiento</b>	5,41	8,11
<b>5. Metodología</b>	21,62	2,70
<b>TOTAL</b>	<b>78,38</b>	<b>21,62</b>

**Fuente:** (Hospital Luz Elena Arismendi, Análisis Observacional, 2019)



**Figura 16.** Porcentaje de Cumplimiento Análisis Observacional

**Fuente:** (Hospital Luz Elena Arismendi, Análisis Observacional, 2019)

El resultado del análisis observacional efectuado mediante Check list refleja un Porcentaje de cumplimiento de 78,38 % respecto al flujo de atención diseñado; resultado que se ve afectado por los siguientes factores:

- Falta de un proceso de acreditación externo
- Brecha insatisfecha de personal asistencial y operativo al momento de la investigación.
- La mayor parte de talento humano del personal tiene contrato de servicios ocasionales.
- Necesidad de equipamiento biomédico, informático, mobiliario clínico y de oficina.
- Necesidad de un sistema informático integral donde se pueda optimizar la gestión administrativa y asistencial.

## CAPITULO V

### **5.1 RESULTADOS E INTERPRETACIÓN**

Una vez definidas las variables se realizó el análisis de cada una de ellas, dicho proceso fue correlacionando los datos que fueron obtenidos durante esta investigación para realizar un análisis comparativo de indicadores a nivel nacional y determinar si el HGONA, se ajusta a los parámetros establecidos en el MAIS-FC, tomando como eje estratégico los objetivos del milenio del 4 al 6.

El mencionado análisis se realizó partiendo de la data estadística del HGONA, Nacional e Internacional.

#### **5.1.1 Análisis de indicadores**

##### **5.1.1.1 Análisis de Datos y Procesamiento de la Información**

La recolección y análisis de los datos fue realizada mediante búsquedas exhaustivas en, registros históricos del HGONA, Bases de datos Nacionales e Internacionales para realizar el correspondiente análisis comparativo de las variables identificadas en la operacionalización.

## 5.1.1.2 Perfil Epidemiológico

## Interpretación:

Tabla 8

Morbilidad Consulta Externa HGONA - ECUADOR

CAUSAS MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA 2016- 2018								
ÍTEM	CIE 10	2016	CIE 10	2017	CIE 10	2018	CIE 10 INEC	MORBILIDAD ECUADOR INEC
1	P07	TRANSTORNOS RELACIONADOS CON LA DURACION CORTA DE LA GESTACION Y CON BAJO PESO AL NACER, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	P07	TRANSTORNOS RELACIONADOS CON LA DURACION CORTA DE LA GESTACION Y CON BAJO PESO AL NACER, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	O235	INFECCIÓN GENITAL EN EL EMBARAZO	K80	COLELITIASIS
2	P59	ICTERICIA NEONATAL ASOCIADA CON EL PARTO ANTES DE TERMINO	P598	ICTERICIA NEONATAL POR OTRAS CAUSAS ESPECIFICADAS	O992	ENFERMEDADES ENDÓCRINAS DE LA NUTRICIÓN Y METABOLISMO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	K35	APENDICITIS AGUDA
3	Q17	OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DEL OIDO	N879	DISPLASIA DEL CUELLO DEL ÚTERO NO ESPECIFICADA	O471	FALSO TRABAJO DE PARTO A LAS 37 Y MAS SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	O06	ABORTO NO ESPECIFICADO
4	O23	INFECCION DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	O230	INFECCION DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	O342	ATENCIÓN MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDO A CIRUGÍA PREVIA	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE ORIGEN INFECCIOSO
5	N76	OTRAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LA VAGINA Y DE LA VULVA	O990	ANEMIA QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	O261	AUMENTO PEQUEÑO DE PESO EN EL EMBARAZO	J18	NEUMONÍA ORGANISMO NO ESPECIFICADO
6	J00	RINOFARINGITIS AGUDA	O260	AUMENTO EXCESIVO DE PESO EN EL EMBARAZO	J00X	RINOFARINGITIS AGUDA, RESFRIADO COMUN	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO

Continúa →


7	E02	HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO POR DEFICIT DE YODO	E02	HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO POR DEFICIT DE YODO	P599	ICTERICIA NEONATAL NO ESPECIFICADA	OL23	<b>INFECCIÓN DE LAS VÍAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO</b>
8	P92	PROBLEMAS DE LA INGESTION DE ALIMENTOS DEL RECIEN NACIDO	D25	LEIOMIOMA SUBMUCOSO DE UTERO	P071	OTRO PESO BAJO AL NACER	O47	<b>FALSO TRABAJO DE PARTO</b>
9	D25	LEIOMIOMA SUBMUCOSO DE UTERO	P220	SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	E02X	HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO POR DEFICIT DE YODO	O34	<b>ATENCIÓN MATERNA POR ANORMALIDADES CONOCIDAS O PRESUNTAS DE LOS ÓRGANOS PELVIANOS DE LA MADRE</b>
10	D50	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	O140	PREECLAMPSIA SIN SIGNOS DE SEVERIDAD	D251	LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL ÚTERO	D25	<b>LEIOMIOMA SUBMUCOSO DE UTERO</b>

Con respecto a Morbilidad en el área de consulta externa del HGONA, según el análisis y comparación entre los años 2016-2017-2018 se puede evidenciar que existen cuatro casos de morbilidades más frecuentes según los datos estadísticos tanto del hospital como los revisados en el INEC, esto nos quiere decir que mencionadas enfermedades son las que normalmente se trata a todas las pacientes que acuden por un tratamiento y por realizarse el control prenatal correspondiente.



**Tabla 9***Morbilidad Emergencia HGONA – ECUADOR*

CAUSAS MORBILIDAD EMERGENCIA 2016- 2018								
ÍTEM	CIE 10	2016	CIE 10	2017	CIE 10	2018	CIE 10 INEC	MORBILIDAD ECUADOR INEC
1	P0470	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LAS 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	P0470	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LAS 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	O470	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LAS 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	K80	COLELITIASIS
2	O235	INFECCIÓN GENITAL EN EL EMBARAZO	O235	INFECCION DEL RIÑÓN EN EL EMBARAZO	O471	FALSO TRABAJO DE PARTO A LAS 37 Y MAS SEMANAS COMPLETASS DE GESTACIÓN	K35	APENDICITIS AGUDA
3	O200	AMENAZA DE ABORTO	O235	INFECCIÓN GENITAL EN EL EMBARAZO	O200	AMENAZA DE ABORTO	O06	ABORTO NO ESPECIFICADO
4	O034	ABORTO ESPONTANEO INCOMPLETO	O342	ATENCIÓN MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDO A CIRUGÍA PREVIA	O235	INFECCIÓN GENITAL EN EL EMBARAZO	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE ORIGEN INFECCIOSO
5	O342	ATENCIÓN MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDO A CIRUGÍA PREVIA	O034	ABORTO ESPONTANEOIN COPLETO COMPLICADO CON INFECCIÓN GENITAL Y PELVIANA	O034	ABORTO ESPONTANEO INCOMPLETO SIN COMPLICACION	J18	NEUMONÍA ORGANISMO NO ESPECIFICADO
6	O420	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS E INICIO DE TRABAJO DE	O420	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS E INICIO DE TRABAJO DE PARTO DENTRO	O234	INFECCIÓN NO ESPECIFICAD A DE LAS VÍAS URINARIAS	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO

Continúa 

		PARTO DENTRO DE LAS 24 HORAS		DE LAS 24 HORAS		EN EL EMBARAZO		
<b>7</b>	O60X	TRABAJO DE PARTO PREMATURO	O14 0	PREECLAMPSIA MODERADA	O342	ATENCIÓN MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDO A CIRUGÍA PREVIA	OL23	INFECCIÓN DE LAS VÍAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO
<b>8</b>	O140	PREECLAMPSIA MODERADA	O20 0	AMENAZA DE ABORTO	O420	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS E INICIO DE TRABAJO DE PARTO DENTRO DE LAS 24 HORAS	O47	FALSO TRABAJO DE PARTO
<b>9</b>	O141	PREECLAMPSIA SEVERA	O03 9	ABORTO COMPLETO	O140	PREECLAMPSIA A MODERADA	O34	ATENCIÓN MATERNA POR ANORMALIDADES CONOCIDAS O PRESUNTAS DE LOS ÓRGANOS PELVIANOS DE LA MADRE
<b>10</b>	O13	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	O60 0	AMENAZA DE PARTO PREMATURO	O039	ABORTO COMPLETO	D25	LEIOMIOMA SUBMUCOSO DE UTERO

Se puede evidenciar según el análisis comparativo que en los años 2016-2017-2018 correspondiente a morbilidad emergencia existen seis casos de enfermedades que se repiten frecuentemente tanto en el HGONA, como en el resto del Ecuador, este análisis nos dice que este tipo de enfermedades son tratadas de manera recurrente en esta casa de salud y son las mayor atendidas en el área de emergencia.


**Tabla 10**  
*Morbilidad Hospitalización HGONA – ECUADOR*

CAUSAS MORBILIDAD HOSPITALIZACIÓN 2016- 2018								
ÍTE M	CIE 10	2016	CIE 10	2017	CIE 10	2018	CIE 10 INE C	MORBILIDAD ECUADOR
1	P599	HIPERBILIRRUBINEMIA MULTIFACTORIAL	990	ANEMIA QUE COMPLICA EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	O99 0	ANEMIA QUE COMPLICA EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	K80	COLELITIASIS
2	O80 9	PREECLAMPSIA	O14 0	PREECLAMPSIA MODERADA	420	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS E INICIO DE TRABAJO DE PARTO DENTRO DE LAS 24 HORAS	K35	APENDICITIS AGUDA
3	O42	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	P220	SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	O14 1	PREECLAMPSIA SEVERA	O06	ABORTO NO ESPECIFICADO
4	O03	ABORTO	O14 1	PREECLAMPSIA CON SIGNOS DE SEVERIDAD	O14 0	PREECLAMPSIA MODERADA	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE ORIGEN INFECCIOSO
5	P220	SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	P071	PESO BAJO AL NACER	235	INFECCIÓN GENITAL EN EL EMBARAZO	J18	NEUMONÍA ORGANISMO NO ESPECIFICADO
6	O23 3	INFECCION DE OTRAS PARTES DE LAS VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	O42 9	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	O72 0	HEMORRAGIA DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO
7	P071	PESO BAJO AL NACER	P599	ICTERICIA NEONATAL	O24 4	DIABETES MELLITUS QUE SE ORIGINA CON EL EMBARAZO	OL23	INFECCIÓN DE LAS VÍAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO
8	O72 1	HEMORRAGIA POST PARTO	O03 4	ABORTO INCOMPLETO SIN COMPLICACIONES	O03 4	ABORTO INCOMPLETO SIN COMPLICACIONES	O47	FALSO TRABAJO DE PARTO
9	O68	COMPROMISO BIENESTAR FETAL	P551	ICTERICIA POR INCOMPATIBILIDAD	O47 0	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LAS 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	O34	ATENCIÓN MATERNA POR ANORMALIDADES CONOCIDAS O PRESUNTAS DE LOS ÓRGANOS PELVIANOS DE LA MADRE
10	P369	SEPSIS NEONATAL	O47 0	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LAS 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	600	TRABAJO DE PARTO PREMATURO SIN PARTO	D25	LEIOMIOMA SUBMUCOSO DE UTERO

Según el análisis comparativo con respecto a la morbilidad en hospitalización se puede decir que existen seis casos concurrentes que atienden a nivel nacional y en el HGONA, todas estas patologías son tratadas en el área de hospitalización puede ser antes o después del parto.

**Tabla 11**  
*Morbilidad Neonatología HGONA – ECUADOR*

CAUSAS MORBILIDAD NEONATOLOGÍA 2016- 2018								
ÍTEM	CIE 10	2016	CIE 10	2017	CIE 10	2018	CIE 10	MORBILIDAD ECUADOR
1	N/D	NO DESCRIBE	P220	SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	P220	SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	P220	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO
2	N/D	NO DESCRIBE	P599	ICTERICIA NEONATAL	P599	ICTERICIA NEONATAL	P599	Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas
3	N/D	NO DESCRIBE	P369	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO NO ESPECIFICADA	P369	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO NO ESPECIFICADA	J18	Neumonía, organismo no especificado
4	N/D	NO DESCRIBE	P551	ICTERICIA NEONATAL POR INCOMPATIBILIDAD	P551	ICTERICIA NEONATAL POR INCOMPATIBILIDAD	P36	Sepsis bacteriana del recién nacido
5	N/D	NO DESCRIBE	P003	FETO Y RECIEN NACIDO POR ENFERMEDADES CIRCULATORIAS DE LA MADRE	P072	PREMATURIDAD EXTREMA	P07	Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte
6	N/D	NO DESCRIBE	P210	ASFIXIA DEL NACIMIENTO SEVERA	P520	HEMORRAGIA INTREVENTRICULAR GRADO II	P00	Feto y recién nacido afectados por condiciones de la madre no necesariamente relacionadas con el embarazo presente
7	N/D	NO DESCRIBE	P239	NEUMONÍA CONGÉNITA	P059	RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL NO ESPECIFICADO	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
8	N/D	NO DESCRIBE	Q299	MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE LAS CÁMARAS CARDÍACAS	P221	TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO	P23	Neumonía congénita
9	N/D	NO DESCRIBE	P611	POLICITEMIA NEONATAL	P003	FETO RECIÉN NACIDO AFECTADO POR ENFERMEDADES CIRCULATORIAS DE LA MADRE	P55	Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido

Continúa 

10	N/D	NO DESCRIBE	P928	PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO	P271	DISPLASIA BRONCOPULMONAR	P01	Feto y recién nacido afectados por complicaciones maternas del embarazo
----	-----	----------------	------	--	------	-----------------------------	-----	--

Como se puede evidenciar en el año 2016 en el HGONA, no se atendió ningún tipo de morbilidad correspondiente a neonatología ya que no se encontraba aperturada esa área, a partir del 2017 se empieza atender este tipo de casos y se evidencia que existe nueve patologías que coinciden a nivel nacional con el hospital y que son tratadas.

### 5.1.1.3 Tasa de Mortalidad Infantil

#### Interpretación:

**Tabla 12**

*Principales causas de Mortalidad infantil 2015 compendio estadístico 2015 - INEC*

ÍTEM	CIE 10	Causas de mortalidad infantil	Número	%	Tasa
		<b>Total de defunciones de menores de 1 año</b>	<b>2,979</b>	<b>100</b>	<b>8,85</b>
1	P22	Dificultad respiratoria del recién nacido	503	16,88	1,5
2	P36	Sepsis bacteriana del recién nacido	185	6,21	0,55
3	Q24	Otras malformaciones congénitas del corazón	154	5,17	0,46
4	J18	Neumonía, organismo no especificado	120	4,03	0,36
5	P23	Neumonía congénita	113	3,79	0,34
6	Q89	Otras malformaciones congénitas, no clasificadas en otra parte	97	3,26	0,29
7	P21	Asfixia del nacimiento	79	2,65	0,23
8	P07	Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	77	2,58	0,23
9	P24	Síndromes de aspiración neonatal	73	2,45	0,22
10	Q79	Malformaciones congénitas del sistema osteomuscular, no clasificadas en otra parte	57	1,91	0,17
11	W84	Obstrucción no especificada de la respiración	53	1,78	0,16

Continúa →

<b>12</b>	P77	Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	50	1,68	0,15
<b>13</b>	Q25	Malformaciones congénitas de las grandes arterias	50	1,68	0,15
<b>14</b>	P52	Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido	43	1,44	0,13
<b>15</b>	P29	Trastornos cardiovasculares originados en el período perinatal	40	1,34	0,12
<b>16</b>	Q21	Malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos	39	1,31	0,12
<b>17</b>	Q20	Malformaciones congénitas de las c maras cardíacas y sus conexiones	36	1,21	0,11
<b>18</b>	P28	Otros problemas respiratorios del recién nacido, originados en el período perinatal	35	1,17	0,1
<b>19</b>	Q03	Hidrocéfalo congénito	32	1,07	0,1
<b>20</b>	J15	Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte	29	0,97	0,09
<b>21</b>	P60	Coagulación intravascular diseminada en el feto y el recién nacido	29	0,97	0,09
<b>22</b>	W79	Inhalación e ingestión de alimento que causa obstrucción vías respiratorias	28	0,94	0,08
<b>23</b>	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	27	0,91	0,08
<b>24</b>	P26	Hemorragia pulmonar originada en el período perinatal	26	0,87	0,08
<b>25</b>	Q33	Malformaciones congénitas del pulmón	25	0,84	0,07
<b>26</b>	QDD	Anencefalia y malformaciones congénitas similares	24	0,81	0,07
<b>27</b>	RDD-R99	Causas mal definidas	134	4,5	0,04
<b>28</b>		Resto de causas	821	27,56	2,44

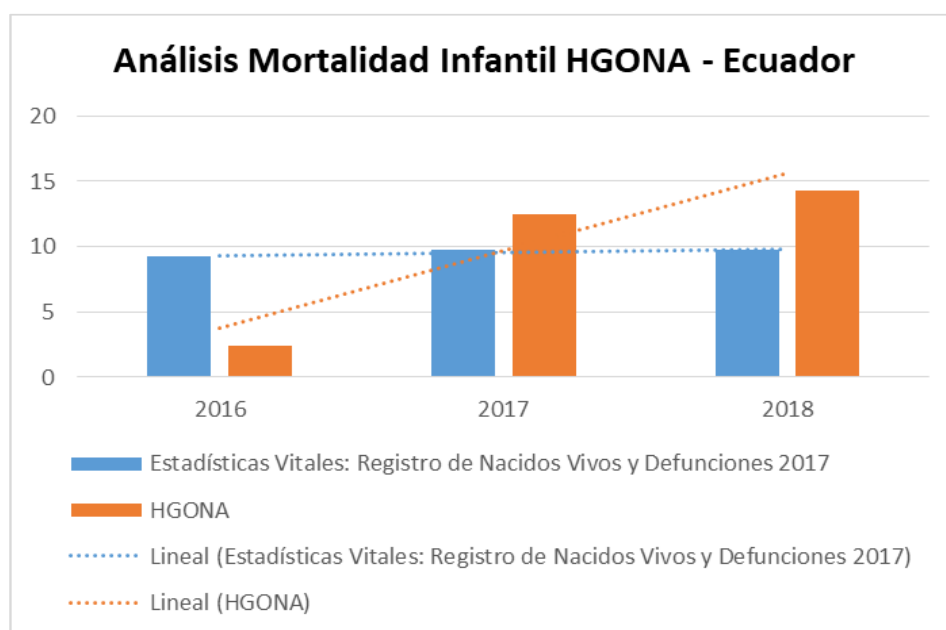
### 5.1.1.4 Tasa de Mortalidad Infantil

#### Interpretación:

**Tabla 13**

*Análisis comparativo Mortalidad Infantil HGONA - ECUADOR*

ANÁLISIS COMPARATIVO DE CIFRAS MORTALIDAD INFANTIL HGONA - ECUADOR				
PERIODO	2016	2017	2018	
Estadísticas Vitales: Registro de Nacidos Vivos y Defunciones 2017	9,2	9,7	9,7	
HGONA	2,35	12,48	14,3	
RESULTADO	6,85	2,78	4,6	



**Figura 17:** Relación Análisis Mortalidad Infantil HGONA - Ecuador

En el 2017 y 2018 se evidencia un incremento en las cifras de mortalidad infantil del HGONA (2017: 12,48; 2018: 14,3), esto se atribuye a la atención de partos de alta complejidad, las malformaciones congénitas con predominio cardíaco.

En el 2017 y 2018 se evidencia un incremento en las cifras de mortalidad infantil del Ecuador (2017: 9,7; 2018: 9,7), el valor del 2018 se extrapola dado que a la fecha de esta investigación no existen datos de tasas de mortalidad infantil en el INEC, este análisis refiere que entre las causas de mortalidad se encuentran la dificultad respiratoria del Recién nacido.

El Objetivo del Milenio 4 refiere: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, según los datos aquí obtenidos se evidencia un incremento de la mortalidad infantil durante el período de análisis.



### 5.1.1.5 Tasa de Mortalidad Neonatal

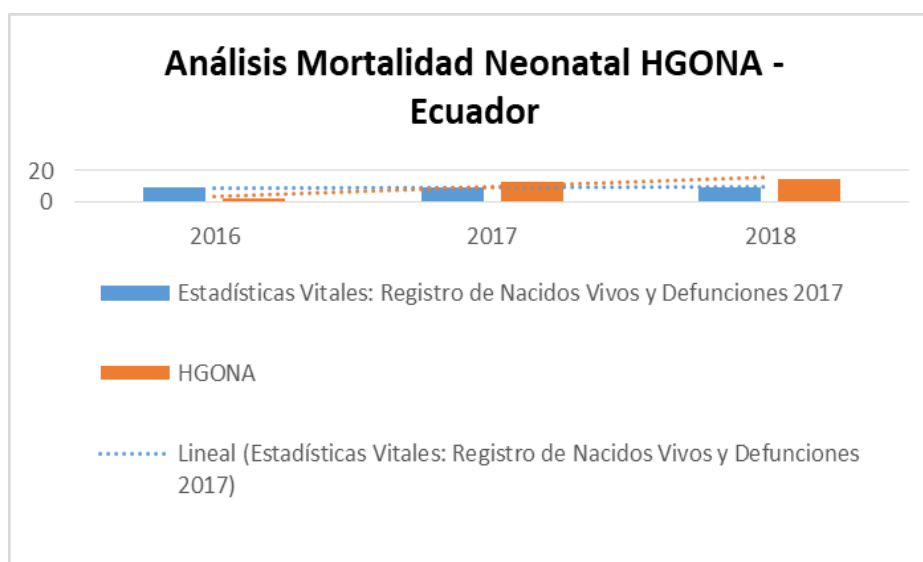
#### Interpretación:

**Tabla 14**

*Análisis Comparativo de Cifras Mortalidad Neonatal HGONA - ECUADOR*

**ANÁLISIS COMPARATIVO DE CIFRAS MORTALIDAD  
NEONATAL HGONA - ECUADOR**

PERIODO	2016	2017	2018
Estadísticas Vitales: Registro de Nacidos Vivos y Defunciones 2017	5,2	5,6	5,6
HGONA	9,16	12,2	22,5
RESULTADO	3,96	6,6	16,9



**Figura 17.** Relación Análisis Mortalidad Neonatal HGONA - Ecuador

En el 2017 y 2018 se evidencia un incremento en las cifras de mortalidad neonatal del HGONA (2017: 12,2; 2018: 22,5), que se puede atribuir al nivel de resolución de los partos receptados puesto que en el 2017 se atendieron partos de alto grado de complejidad, sin embargo el porcentaje de prematuros extremos es alto, así como las malformaciones congénitas sobre todo de predominio cardíaco elevó de sobremanera la mortalidad.

En el 2017 y 2018 se evidencia un incremento en las cifras de mortalidad infantil del Ecuador (2017: 5,6; 2018: 5,6), el valor del 2018 se extrapola dado que a la fecha de esta investigación no existen datos de tasas de mortalidad neonatal en el INEC, este análisis refiere que entre las causas de mortalidad se encuentran la malformaciones congénitas de predominio cardíaco.

El Objetivo del Milenio 4 refiere: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, según los datos aquí obtenidos se evidencia un incremento de la mortalidad infantil durante el período de análisis.

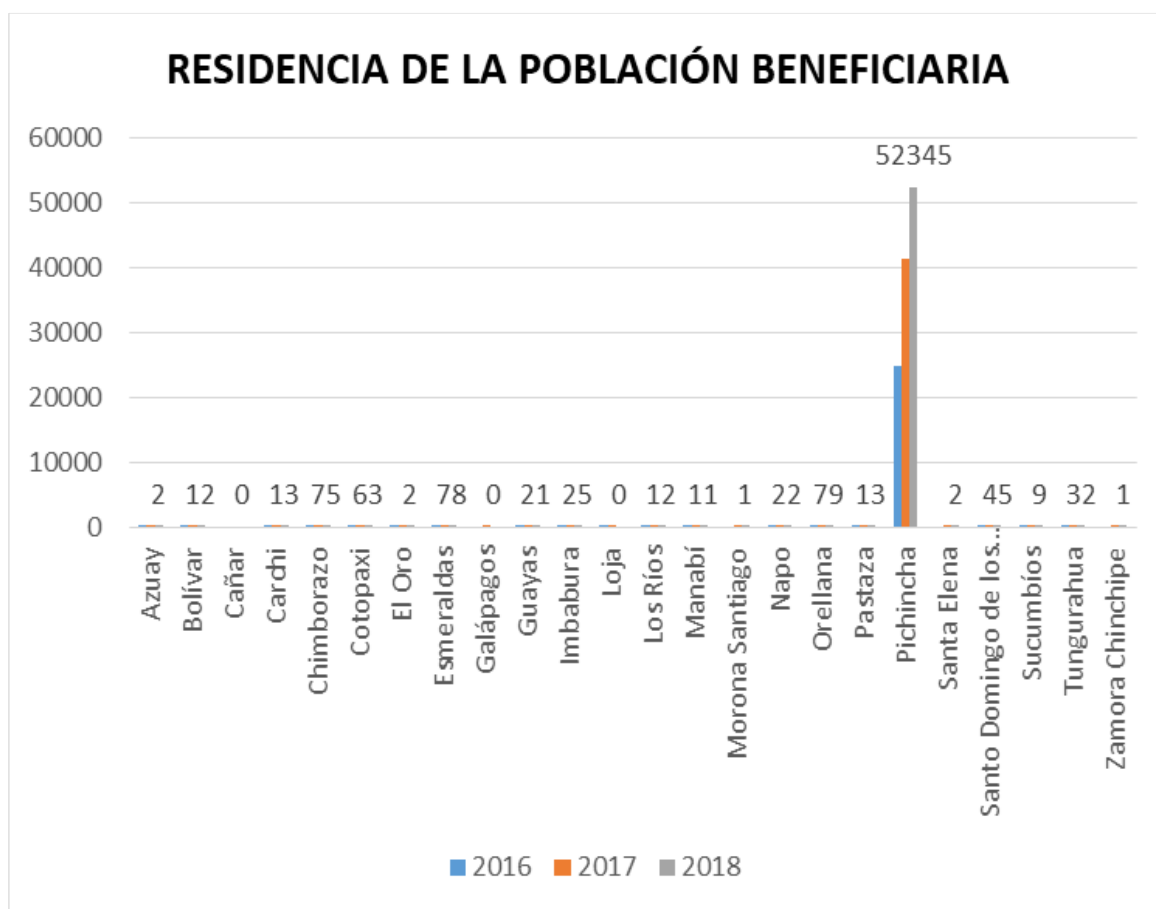
### 5.1.1.6 Residencia de la Población Atendida

#### Interpretación:

**Tabla 15**

*Residencia de la Población Beneficiaria*

Ítem	Provincia	2016	2017	2018
1	Azuay	3	1	2
2	Bolívar	4	9	12
3	Cañar	0	0	0
4	Carchi	2	9	13
5	Chimborazo	13	56	75
6	Cotopaxi	41	85	63
7	El Oro	3	3	2
8	Esmeraldas	13	65	78
9	Galápagos	0	3	0
10	Guayas	7	15	21
11	Imbabura	13	22	25
12	Loja	2	1	0
13	Los Ríos	6	13	12
14	Manabí	15	31	11
15	Morona Santiago	0	2	1
16	Napo	14	19	22
17	Orellana	6	75	79
18	Pastaza	1	8	13
19	Pichincha	24847	41223	52345
20	Santa Elena	0	4	2
21	Santo Domingo de los Tsáchilas	20	62	45
22	Sucumbíos	4	13	9
23	Tungurahua	9	31	32
24	Zamora Chinchipe	0	2	1
	<b>Total</b>	<b>25023</b>	<b>41752</b>	<b>52863</b>



**Figura 18.** Residencia de la Población Atendida en el HGONA

La población beneficiaria de este establecimiento corresponde a todas las parroquias del sur de Quito (602682 habitantes) y los cantones de la zona Sur de la Provincia de Pichincha y Rumiñahui 41917 habitantes; es decir la población mayormente beneficiaria corresponde a la provincia de Pichincha, seguido de la Provincia de Cotopaxi, Orellana y Esmeraldas.

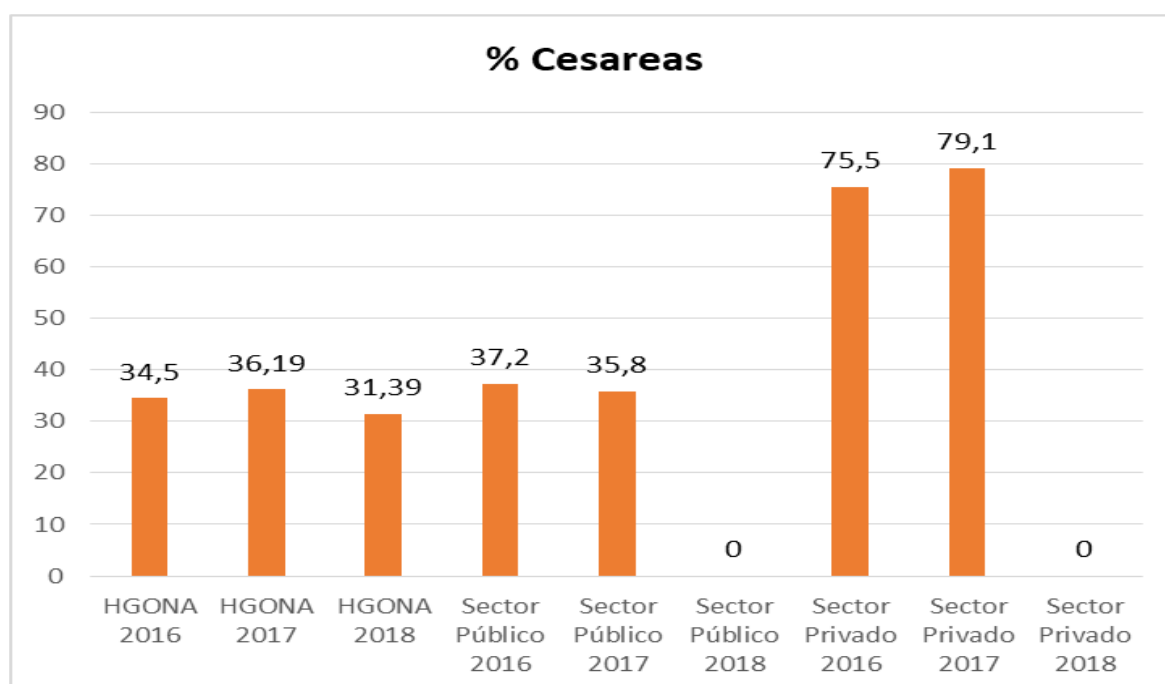
### 5.1.1.7 Porcentaje de Partos por Cesárea

#### Interpretación:

**Tabla 16**

*Porcentaje de partos atendidos por cesárea*

Partos Atendidos	HGONA 2016	HGONA 2017	HGONA 2018	Sector Público 2016	Sector Público 2017	Sector Público 2018	Sector Privado 2016	Sector Privado 2017	Sector Privado 2018
Cesáreas	34,5	36,19	31,39	37,2	35,8	0	75,5	79,1	0



**Figura 19.** Porcentaje de Partos por Cesárea Atendidos

En el HGONA, desde el 2016 al 2018 se evidencia un incremento del número de cesáreas en el año 2017, indicador que se asocia a factores como el incremento de la demanda de atención en pacientes, así como al número de pacientes de alta complejidad que fueron atendidas.

Si bien es cierto el HGONA, forma parte de la RPIS, el comparador con el sector público determina que existe una mayor aplicación de cesáreas en el 2016 con 37,2% y disminuye al 2017

con 35,8% cumpliendo con la normativa de atención a la madre y el niño, al 2018 no existen datos publicados oficialmente en las bases de datos de consulta, en el sector privado se evidencia una tendencia a la alza de cesáreas de 75,5% a 79,1%.

Respecto al Objetivo del milenio Nro. 5 que describe el mejorar la salud materna en ámbitos de la calidad de atención, proporción de parto con personal sanitario especializado el HGONA, cumple con la operativización del mismo conforme su nivel de atención.

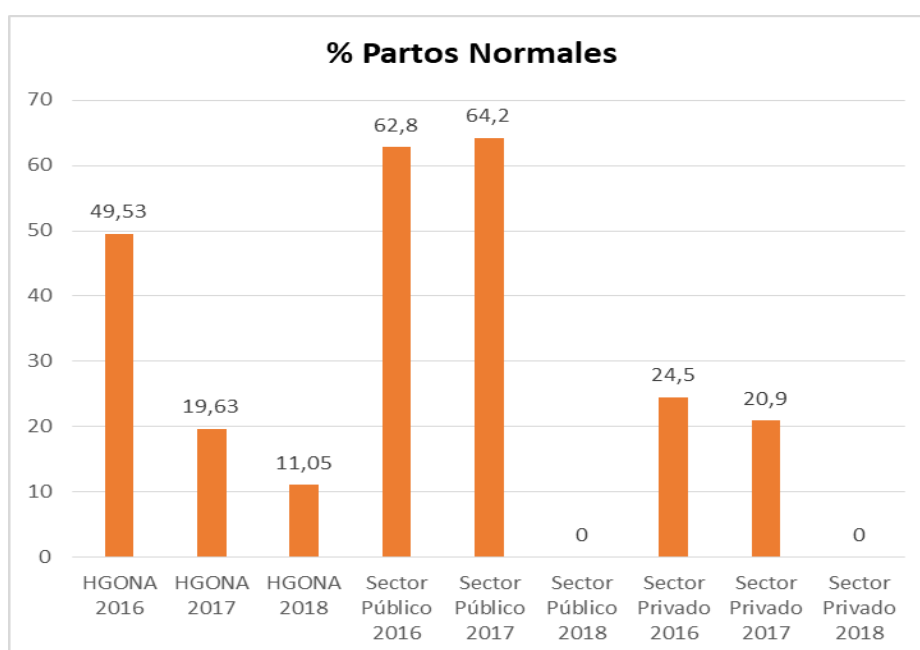
### 5.1.1.8 Porcentaje de Partos Normales

#### Interpretación:

**Tabla 17**

*Porcentaje de partos normales atendidos*

Partos Atendidos	HGONA 2016	HGONA 2017	HGONA 2018	Sector Público 2016	Sector Público 2017	Sector Público 2018	Sector Privado 2016	Sector Privado 2017	Sector Privado 2018
Partos Normales	49,53	19,63	11,05	62,8	64,2	0	24,5	20,9	0



**Figura 20.** Porcentaje de Partos Normales Atendidos

En el HGONA, desde el 2016 al 2018 se evidencia un decrecimiento del número de partos normales, indicador que se asocia al nivel de complejidad de la Institución donde se resuelven casos de alta complejidad clínica de pacientes cuyo flujo de atención se asocia al sistema de referencia y contrareferencia.

Si bien es cierto el HGONA, forma parte de la RPIS, el comparador con el sector público determina que existe una mayor aplicación del parto normal cumpliendo con la normativa de

atención a la madre y el niño, al 2018 no existen datos publicados oficialmente en las bases de datos de consulta.

En el sector privado se evidencia una tendencia a la baja de partos normales siendo el año 2017 el de menor cantidad con 20,9% de partos normales.

Respecto al Objetivo del milenio Nro. 5 que describe el mejorar la salud materna en ámbitos de la calidad de atención, proporción de parto con personal sanitario especializado el HGONA cumple con la operativización del mismo conforme su nivel de atención.



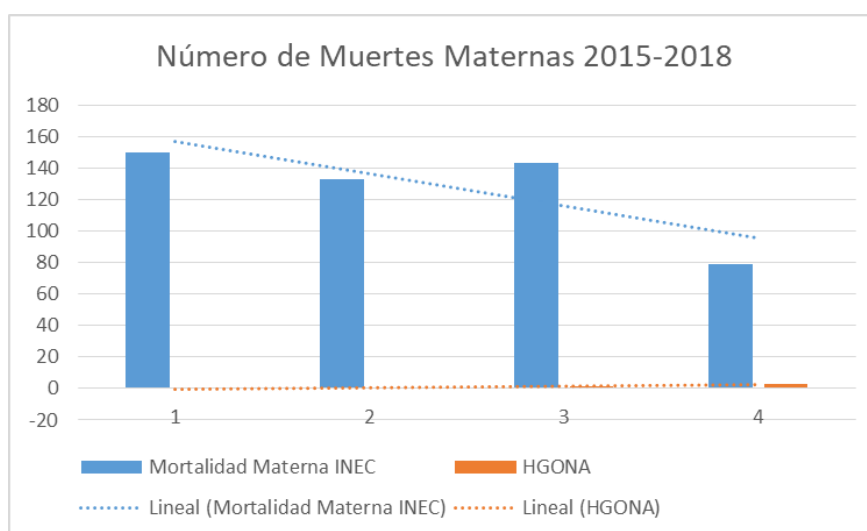
### 5.1.1.9 Número de Muertes Maternas

#### Interpretación:

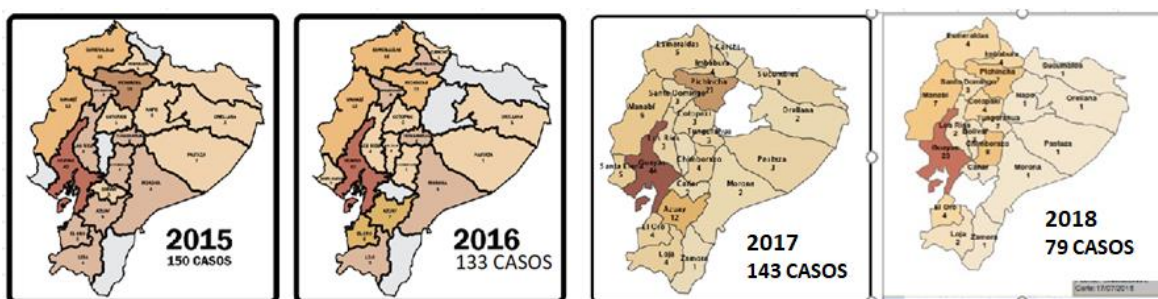
**Tabla 18**

*Número de Muertes Maternas HGONA – ECUADOR*

Número de Muertes Maternas				
Período	2015	2016	2017	2018
Mortalidad Materna INEC	150	133	143	79
HGONA	0	0	1	3



**Figura 21.** Número de Muertes Maternas HGONA - ECUADOR



**Figura 22.** Número de Muertes Maternas HGONA – ECUADOR

Fuente: (Ministerio de Salud Pública)

Razón de muerte materna 2015: A nivel nacional se registró en 150 casos con una razón de 44.91 x 100000 nacidos vivos, teniendo como causas de la muerte la tercera demora (39.6%), durante el puerperio (74%) y como causa etiológica los trastornos hipertensivos (33.3%) y hemorragia postparto (12%). El principal sitio de ocurrencia de la muerte fueron los hospitales del MSP (44%), y en particular los de la Zona 9 (25.76%). En el año 2015 las muertes maternas en la provincia de Pichincha fueron 29, en el 2016 disminuyeron a 15.

Razón de muerte materna 2016: A nivel nacional se registró 133 casos, en el HGONA la mortalidad fue de 0.

Razón de muerte materna 2017: En Ecuador 143 casos de mortalidad que representa una tasa de 0,57 pese al aumento este indicador tiende a ser bajo comparado con el año anterior pues se relaciona con pacientes referidas de otras provincias en condiciones muy desfavorables y avanzadas de su enfermedad, cuya causa básica no correspondió a patología obstétrica.

Razón de muerte 2018: En Ecuador se evidencia 79 casos, y en el HGONA se verifican 3 casos de mortalidad, el análisis comparativo de este período demuestra que a nivel nacional existe una tendencia a la baja de mortalidad materna.

### 5.1.1.10 Porcentaje de Abastecimiento de Anticonceptivos

#### Interpretación:

**Tabla 19**

*Abastecimiento de Anticonceptivos HGONA*

MEDICAMENTO O DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO	2016	2017	2018	Observación
Porcentaje de Abastecimiento	71	86	88	Se encuentra abastecido para atisfacer los requerimientos de los pacientes



**Figura 23.** Porcentaje de Abastecimiento Anticonceptivos HGONA

El HGONA, desde su habilitación ha ido incrementando su arsenal de medicamentos relacionados con la anticoncepción, razón por la cual se evidencia un Porcentaje de Abastecimiento (2016: 71%, 2017: 86%, 2018: 88%), es importante señalar que el abastecimiento de dichos medicamentos depende de distribuciones centralizadas desde el MSP a sus diferentes EODs, para el caso de T de Cobre se verificó que existió disponibilidad en el 2016 pero en los siguientes años se realizó el procedimiento de captación a pacientes candidatas a este método sin embargo la adherencia de las pacientes por la opción de este anticonceptivo es sumamente baja.

Durante los 3 años de funcionamiento el HGONA, tiene un promedio de abastecimiento de 82%, lo que significa que contribuye al objetivo del Milenio Nro. 5 Mejorar la salud materna con Educación sexual para decidir anticonceptivos para no abortar.

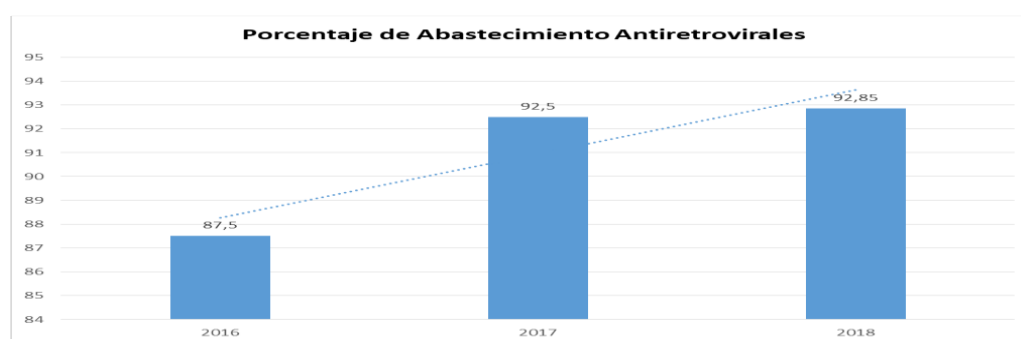
### 5.1.1.11 Porcentaje de Abastecimiento de Medicamentos Antiretrovirales

#### Interpretación:

**Tabla 20**

*Abastecimiento de Antiretrovirales en el HGONA*

MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES	2016	2017	2018	Observación
Porcentaje de Abastecimiento	87,5	92,5	92,85	Se encuentra abastecido según las necesidades de los pacientes



**Figura 24.** Porcentaje de Abastecimiento Antiretrovirales HGONA

El HGONA, desde su habilitación ha ido incrementando su arsenal de medicamentos relacionados con el tratamiento de Antirretrovirales, razón por la cual se evidencia un Porcentaje de Abastecimiento (2016: 87,5%, 2017: 92,5%, 2018: 92,8%), es importante señalar que el abastecimiento de dichos medicamentos depende de distribuciones centralizadas desde el MSP a sus diferentes EODs, para 2018 se identificó que el arsenal terapéutico de amplió de 8 a 14 ítems.

Durante los 3 años de funcionamiento el HGONA, tiene un promedio de abastecimiento de terapia antiretroviral de 91%, lo que significa que contribuye al objetivo del Milenio Nro. 6 Combatir el VIH SIDA, Paludismo y otras enfermedades, con su intervención en la reducción del VIH.

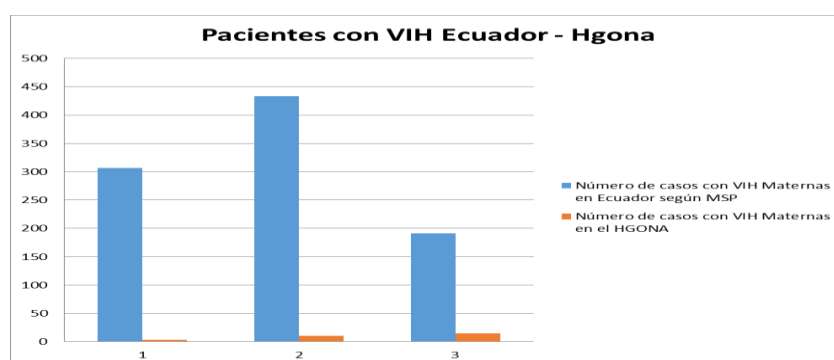
### 5.1.1.12 Número de Pacientes VIH Maternas

#### Interpretación:

**Tabla 21**

*Número de pacientes con VIH en etapa Materna*

Pacientes con VIH	2016	2017	2018
Número de casos con VIH Maternas en Ecuador según MSP	307	433	191
Número de casos con VIH Maternas en el HGONA	3	10	15



**Figura 25.** Relación Pacientes con VIH Ecuador - Hgona

Durante el año 2017, se han notificado 433 mujeres embarazadas con VIH, de las cuales el 71,36% se encuentran en las provincias del Guayas (194), Esmeraldas (71) y Pichincha (44).

En 2017, se notificaron 433 casos de VIH en mujeres embarazadas, mientras que en el primer semestre del 2018 se han notificado 191 casos de mujeres embarazadas viviendo con VIH.

La provincia del Guayas se presenta la mayor concentración de notificación de casos nuevos en 2017, con el 31%, seguido por Pichincha con 23%, Esmeraldas con 7%, El Oro con 5%, Los Ríos y Manabí con 4,9%.

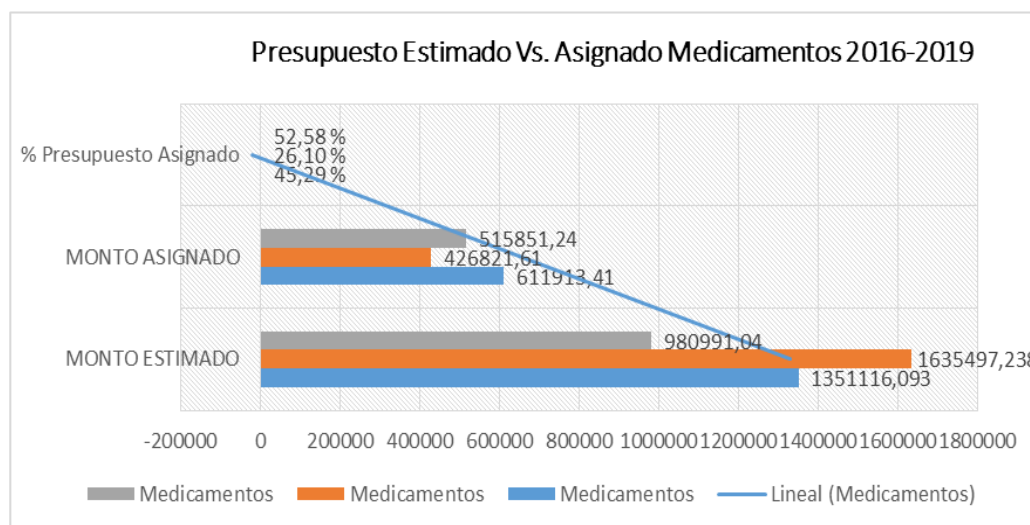
### 5.1.1.13 Porcentaje de Ejecución Presupuestaria

#### Interpretación:

**Tabla 22**

*Asignación Presupuestaria para Medicamentos*

PERÍODO FISCAL	ÍTEM	DESCRIPCIÓN	MONTO ESTIMADO	MONTO ASIGNADO	% Presupuesto Asignado
2019	530809	Medicamentos	\$ 942.997,91	\$ 611.913,41	64,89
2018	530809	Medicamentos	\$ 1.351.116,09	\$ 611.913,41	45,29
2017	530809	Medicamentos	\$ 1.635.497,24	\$ 426.821,61	26,10
2016	530809	Medicamentos	\$ 980.991,04	\$ 515.851,24	52,58
<b>PROMEDIO</b>					<b>41,32</b>



**Figura 26.** Relación Presupuesto Estimado y Presupuesto Asignado Medicamentos

Como se puede evidenciar con respecto a la asignación presupuestaria el HGONA, no ha sido asignado el presupuesto que se ha planificado en el año 2016, año de inauguración del hospital se le asignó el 52.58 % de lo que se planifico, al ser el año de inauguración se pudo solventar ya que el HGONA, recién se estaba posicionado y no había mayor cantidad de pacientes por lo tanto se pudo cubrir todas las necesidades que existió con respecto a medicamentos.

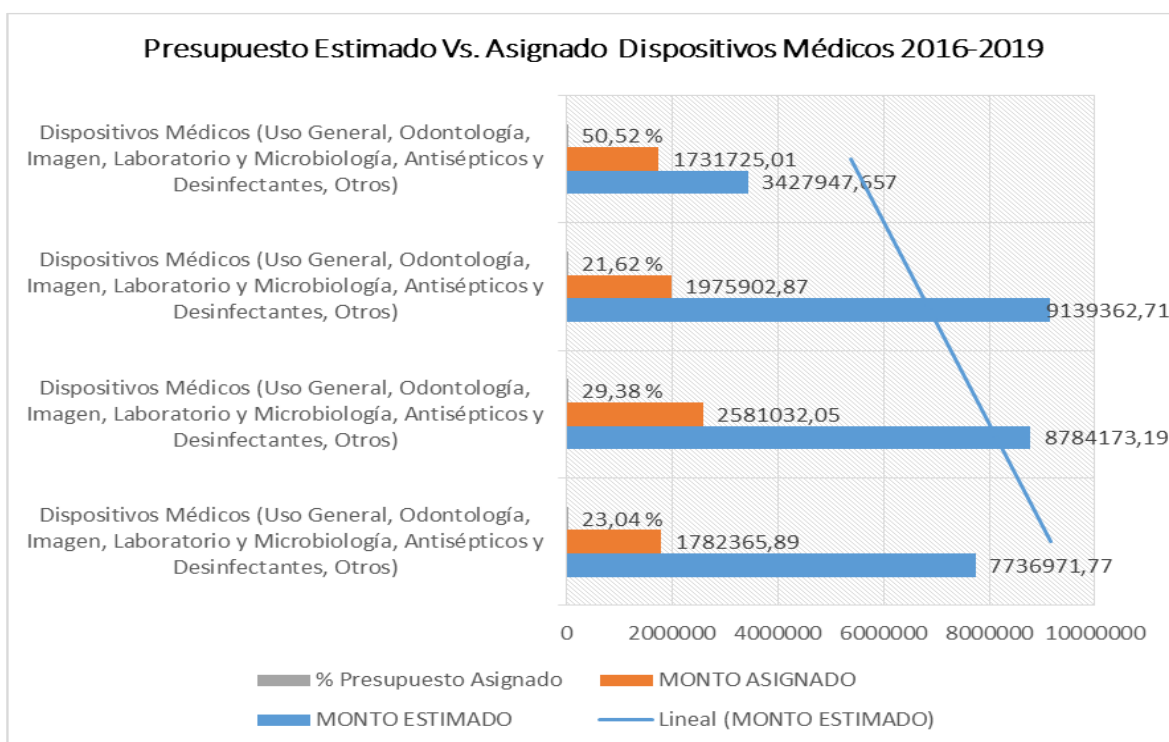
En el año 2017 hubo una recesión considerable del presupuesto para medicamentos, en mencionado año hubo una asignación presupuestaria del 26.10% de lo planificado esto causo que a partir de mediados de año se rompiera stocks y se pusiera en jaque al hospital, finalmente se pudo solventar haciendo modificaciones presupuestarias y moviendo recursos de otros ítems presupuestarios y realizando préstamos a otros hospitales.

En el año 2018 según el análisis realizado hubo una asignación presupuestaria del 45.29% de lo planificado, considerando al año anterior en el 2018 aumento pero no fue lo suficiente para abastecer todo el año, al igual que el 2017 se logró solventar con recursos propios y ahorros de otros procesos.

**Tabla 23***Asignación Presupuestaria para Dispositivos Médicos*

<b>PERÍODO FISCAL</b>	<b>ÍTEM</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>MONTO ESTIMADO</b>	<b>MONTO ASIGNADO</b>	<b>% Presupuesto Asignado</b>
<b>2019</b>	530826	Dispositivos Médicos (Uso General, Odontología, Imagen, Laboratorio y Microbiología, Antisépticos y Desinfectantes, Otros)	\$ 7.736.971,77	\$ 1.782.365,89	23,04
<b>2018</b>	530826	Dispositivos Médicos (Uso General, Odontología, Imagen, Laboratorio y Microbiología, Antisépticos y Desinfectantes, Otros)	\$ 8.784.173,19	\$ 2.581.032,05	29,38
<b>2017</b>	530826	Dispositivos Médicos (Uso General, Odontología, Imagen, Laboratorio y Microbiología, Antisépticos y Desinfectantes, Otros)	\$ 9.139.362,71	\$ 1.975.902,87	21,62
<b>2016</b>	530826	Dispositivos Médicos (Uso General, Odontología, Imagen, Laboratorio y Microbiología, Antisépticos y Desinfectantes, Otros)	\$ 3.427.947,66	\$ 1.731.725,01	50,52
<b>PROMEDIO</b>					31,14





**Figura 27.** Relación Presupuesto Estimado y Presupuesto Asignado Dispositivos Médicos

Con respecto a Dispositivos Médicos para el año 2016 según el análisis se pudo evidenciar que hubo una asignación del 50.62% que representa la mitad del presupuesto planificado.

En el año 2017 se determinó según análisis que hubo una asignación presupuestaria del 21.62% de lo planificado, se tuvo que priorizar cada una de las compras y cumplir con las necesidades de esta casa de salud.

En el año 2018 según el análisis realizado hubo casi la misma asignación que el año 2017 que fue el 29.38 %, se tuvo que priorizar nuevamente para no desabastecer y cumplir con los requerimientos de los pacientes.

## 5.2 PLAN DE MEJORA

### 5.2.1 Ciclo de Deming

Para el diseño de un Plan de Mejora se emplea El ciclo de Deming o ciclo de progreso que actúa como guía para alcanzar el perfeccionamiento. Está formado fundamentalmente por cuatro actividades: planear, ejecutar, evidenciar y proceder, que constituyen un ciclo que se repite de forma continua. También se lo conoce como ciclo PDCA, siglas en ingles de plan, do, check, act. Dentro de cada fase básica pueden diferenciarse distintas sub actividades (Cuatrecasas & Gonzáles).

**Planificar (Plan):** para la primera fase se tomara en cuenta los objetivos ya que mediante ellos se logra alcanzar los métodos adecuados para lograr los resultados de los proyectos. Conocer anticipadamente el contexto de la empresa a través de la recopilación de todos los datos y averiguación que será esencial para fundar los objetivos. La organización debe contener el estudio de orígenes y los convenientes efectos para advertir los fallos viables y los problemas de la contexto sometida a estudio y aportar medios y medidas correctoras (Cuatrecasas & Gonzáles).

**Realizar (Do):** Dentro de ella se puede llevar a cabo los trabajos y las acciones correctivas proyectadas en las fases anteriores. Para ello se contempla la formación y la educación de las personas y empleados para que paulatinamente logren adquirir un adiestramiento en las actividades y cualidades que son ejecutadas hoy en día. Es fundamental iniciar los trabajos de manera empírica, al transcurrir los desarrollo en la siguiente fase se logre formalizar la acción de mejora en la última etapa (Cuatrecasas & Gonzáles).

**Comprobar (Check):** debido a esto se puede dar la verificación de los efectos y resultados que surgen de manera que pueda aplicar los proyectos planteados. Se puede comprobar también si los objetivos marcados han alcanzado la planificación de nuevo parámetros para ser determinados y concisos con lo que se requiere. (Cuatrecasas & Gonzáles).

**Actuar (Act):** Una vez que se evidencia las acciones principiadas los resultados van adquiriendo normalización a través de la documentación que se ha presentado, describiendo lo requerido, como se ha llevado a cabo en las anteriores veces. Con la finalidad de llevar a cabo los cambios y acciones de mejoramiento para las actividades en proceso (Cuatrecasas & Gonzáles)

**Tabla 24**  
*Plan de Mejora*

Ítem	Puntos críticos	Plan	Do	Check	Act	Resultado
1	Falta de Planificación Estratégica	Organización del Personal Administrativo y Asistencial para el diseño y actualización de la Planificación Estratégica Institucional	Educación y formación del personal en el fortalecimiento de destrezas relacionadas con la Planificación Estratégica	Actas de compromiso Reuniones Mesas de Trabajo	Con Memorando MSP-CZ9-HGONA-PSEG-2019-0586-M la Unidad de Planificación, Evaluación y Seguimiento del HGONA solicito a la máxima autoridad la autorización para la actualización de la Planificación Estratégica Institucional	Planificación Estratégica Actualizada debidamente oficializada
2	Falta de una gestión por procesos	Organización del Personal Administrativo y Asistencial para el diseño y ejecución de manuales, procesos, procedimientos y actividades relacionadas con la gestión por procesos	Educación y formación del personal en el fortalecimiento de destrezas relacionadas con la Gestión por procesos Levantamiento de procesos Cadena de Valor Mapa de procesos Flujos de atención	Actas de compromiso Reuniones Mesas de Trabajo	Alcanzar una Acreditación de un ente externo Ser acreditado como establecimiento amigo de la Madre y el Niño ESAMYN	Manual de Gestión por Procesos Institucional
3	Demanda Insatisfecha de Talento Humano	Cubrir la brecha de Talento Humano Análisis de perfiles profesionales	Socialización y petición de asignación de presupuesto para contratación de personal asistencial y administrativo Charlas de motivación y resolución de conflictos	Encuestas de complacencia de usuarios domésticos y externos Certificados de colaboración en seminarios y talleres	Personal hondamente entregado y capacitado a satisfacer las necesidades de los pacientes	Nomina completa de talento humano asistencial y administrativo

Continúa →

4	Incremento en la demanda de atención de la población	Cubrir la brecha de Talento Humano Análisis de perfiles profesionales	Gestionar a través de los diferentes organismos la asignación de recursos, Equipamiento clínico y biomédico	Levantamiento de Proyectos de repotenciación y ampliación de cartera de servicios	Con Memorando MSP-DNTH-2019-2198-M la máxima jurisdicción solicitó la retribución de recursos	atención compensada a la ciudadanía
5	Falta de un sistema informático integral	Diseñar un sistema informático integral con el apoyo de un programador de Informática	Educación y formación del personal de TICS en programación de software integral	Realizar pruebas piloto de funcionamiento	Interfaz de interconexión entre todas las unidades del hospital	Recurso de un sistema informático completo
6	Recortes en asignaciones presupuestarias	Optimizar el Uso Racional de los Recursos	Optimizar los plazos de ejecución de los procesos de adquisición, mejorando los mecanismos de control administrativo financiero	Actas de compromiso Reuniones Mesas de Trabajo	Comisión de Contratación Pública como parte del Comité de Calidad del Hospital que analice la trazabilidad y efectividad de los procesos	Ejecución Presupuestaria en las diferentes partidas mayor al 98%

## CAPITULO VI

### 6.1 CONCLUSIONES

- Los análisis de la aplicación del Modelo MAIS en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi han valorado un buen resultado que garantiza todas las solvencias para la buena práctica médica y los servicios se ejerzan de mejorar calidad para la población.
- La aplicación del diagrama de causa y efecto resulto factible de utilizar y se consideró como base para la obtención de resultados relacionados con el análisis observacional. Asimismo se evaluaron factores que influyen en la calidad basados en la estructura, proceso y resultado, para lo cual se aplicó un check list donde se obtuvo un porcentaje de cumplimiento de 78,38% resultante de una valoración a Información General: 5,41%, Talento Humano: 18,92%, Infraestructura 27,03%, Equipamiento: 5,41%, Metodología: 21,62%, y un Porcentaje de No cumplimiento de 21, 62%, entre las causas de no cumplimiento se encontraron brecha de Talento Humano Asistencial y Administrativo, Falta de Equipamiento Biomédico, Falta de un sistema informático integral, sobrecarga laboral.
- El HGONA consiste en ser parte de una casa de salud de tercer nivel con un flujo observacional de sus obligaciones se pudo comprobar que atiende pacientes empleando el modelo del sistema de informe y contra informe que es el aparato a través del cual el Ministerio de Salud, en el marco de sus metodologías de reunión de desplazamientos y recursos, define habilidades que consientan responder a la población en general el acceso a

los servicios de salud, además entre su encargo el HGONA forma parte de la Red Sur de la Coordinación Zonal 9 donde se plantea actuar seguidamente en casos sucesos obstétricas de acuerdo a la complicación y nivel de atención del hospital, es decir se ajusta a los planteamientos determinados en el MAIS y objetivos del milenio del 4 al 6 que refieren la depreciación de la mortalidad de los niños menores de 5 años, optimar la salud materna, batallar el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.

- En la operacionalización de variables se analizó los datos para la identificación de los primordiales problemas para la ejecución del modelo de atención integral en salud planteado por el HGONA.
  - ✓ Perfil epidemiológico: Durante el periodo 2016-2018 las morbilidades más recurrentes del HGONA versus la data estadística del país fueron:
  - ✓ **Consulta Externa:** Otros Trastornos Del Sistema Urinario, Infección de las Vías Genitourinarias En El Embarazo, Falso Trabajo De Parto, Atención Materna por Anormalidades Conocidas O Presuntas de Los Órganos Pelvianos de la Madre, Leiomioma Submucoso de Útero
  - ✓ **Emergencia:** Aborto No Especificado, Otros Trastornos Del Sistema Urinario, Infección De Las Vías Genitourinarias En El Embarazo, Falso Trabajo De Parto, Atención Materna Por Anormalidades Conocidas o Presuntas De Los Órganos Pelvianos De La Madre, Leiomioma Submucoso de útero.
  - ✓ **Hospitalización:** Aborto No Especificado, Otros Trastornos Del Sistema Urinario, Infección De Las Vías Genitourinarias En El Embarazo, Falso Trabajo De Parto, Atención

Materna Por Anormalidades Conocidas O Presuntas De Los Órganos Pelvianos De La Madre.

- ✓ **Neonatología:** Dificultad Respiratoria Del Recién Nacido, Ictericia Neonatal Por Otras Causas Y Por Las No Especificadas, Neumonía, Organismo No Especificado, Sepsis Bacteriana Del Recién Nacido, Trastornos Relacionados Con Duración Corta De La Gestación Y Con Bajo Peso Al Nacer, No Clasificados En Otra Parte, Feto Y Recién Nacido Afectados Por Condiciones De La Madre No Necesariamente Relacionadas Con El Embarazo Presente, Neumonía Congénita, Enfermedad Hemolítica Del Feto y del recién nacido, Feto y recién nacido afectados por complicaciones maternas del embarazo.
- ✓ Se puede concluir que el perfil epidemiológico del HGONA, demuestra una demanda de atención enfocada a las principales causas de morbilidad en el país lo que favorece el cumplimiento del MAIS-FCI, y Objetivos de Milenio del 4 al 6 que refieren la disminución de la mortalidad de los niños menores de 5 años, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
- ✓ Respecto a la mortalidad infantil el HGONA, se obtuvo (2016: 2.35% , 2017: 12.48% y 2018: 14.3 % de nacidos vivos) esto se debe a que al ser un hospital de tercer nivel y segundo de complejidad se atienden partos de alta complejidad, acuden pacientes referidos de otras casas de salud con cuadros clínicos complicados, es menester señalar que desde la Zona 9 derivan aproximadamente 50 neonatos y alrededor de 150 lactantes menores de 1 año/mes a la red complementaria, debido a la gran brecha de camas tanto de UCIN, como pediátricas a nivel nacional.
- ✓ En cuanto a la Muerte neonatal se obtuvo que el HGONA, en (2016: 9.16%, 2017: 12.22% y 2018: 22.5%, esto dos demuestra que cada año fue en aumento las muertes



neonatales ya que la mayoría de estos casos fueron partos de alta complejidad y con enfermedades complicadas, se puede decir que en este periodo de análisis la data refiere un incremento de muertes neonatales, que resultan de un incremento de la población atendida donde una de las causas se asocia a la prematuridad extrema de los niños que son atendidos en la Casa de Salud con pesos aproximados de +/- 700 gr.

- ✓ Con respecto a la residencia de la población atendida se puede concluir diciendo que la mayoría de personas atendidas en el periodo de análisis es la zona sur de Quito y parroquias aledañas con un total de 118415 pacientes seguido por Cotopaxi 189 pacientes Orellana con 160 pacientes, Esmeraldas 156 pacientes, esto nos quiere decir que el Hospital empezó a ser referente en las demás provincias y por ende ayudo a desconcentrar los casos complicados que tenían en otras provincias y eso beneficio a toda la población.
- ✓ En cuanto a los partos atendidos por cesárea se determinó que el HGONA, cumple la normativa de atención de la madre y el niño aplicando como primera opción el parto normal, sin embargo de acuerdo a la complejidad de la institución y en casos donde la valoración clínica establece que existe una complicación asociada a determinada patología se aplica cesárea de tal manera se obtuvieron los siguientes datos (2016: 34.5 %, 2017: 36.19% y 2018: 31.39) en el comparativo del HGONA, versus la data en el sector público se verificó que las cifras refieren un decrecimiento del número de partos atendidos por cesárea (2016: 37.2, 2017: 35.8, 2018: 35.8) es decir los objetivos del sector público están encaminados a cumplir con los Objetivos de Milenio del 4 al 6, a diferencia del sector privado donde los datos describen una tendencia a la alza.
- ✓ Partos normales el HGONA, (2016: 49.53 %, 2017: 19.63 % y 2018: 11.05%) esto se debe al ser un hospital de tercer nivel de complejidad las atenciones se realizan en casos

de partos asociados a complicaciones patológicas del niño y/o de la madre, indicador que también se puede comprobar verificando los datos de los partos atendidos por cesáreas, es decir el HGONA, acorde a su nivel de complejidad cumple con el objetivo del Milenio 5 mejorar la salud materna.

- ✓ Debido a las muertes maternas se puede finalizar expresando que en la relación con el Objetivo del Milenio 5 menciona la Mejora de la salud materna entre ello el Reducir la tasa de mortalidad materna, el indicador describe que la producción del HGONA, en indicadores de mortalidad materna ha contribuido para la reducción del número de muertes maternas en el Ecuador pues constituye un establecimiento de referencia a nivel nacional formando parte del circuito de atención materna de la Red Sur de Salud.
- ✓ Se evidencia que al 2015 período en el cual el HGONA, aún no era habilitado la provincia de Pichincha era una de las zonas con indicadores más altos de mortalidad materna, lo cual fue uno de los determinantes para justificar la construcción, habilitación y funcionamiento del HGONA; en este sentido se puede decir que el HGONA, al haber sido habilitado se convirtió en un centro de referencia nacional de atención de emergencias obstétricas y neo pediátricas de alta complejidad para ser resueltas en el mismo.
- ✓ Respecto al abastecimiento de anticonceptivos el HGONA, disponía (2016:71%, 2017: 86% y 2018: 88%) de abastecimiento, los cuales son distribuidos a través de procesos centralizados desde las diferentes estrategias Nacionales del MSP, esta casa de salud cuenta con los anticonceptivos suficientes para satisfacer la demanda de los pacientes además del acompañamiento que se realiza a las paciente brindando la asesoría en salud sexual y reproductiva brindando el acompañamiento del mejor método de anticoncepción

para la pareja, es decir cumple con el objetivo del milenio 5 respecto a la Mejora de la salud materna a través del acceso universal a la salud reproductiva

- ✓ El Abastecimiento de antiretrovirales el HGONA, tuvo (2016: 87.5 %, 2017: 92.5 % y 2018: 92.85 %), durante el periodo de análisis el HGONA, tiene un promedio de abastecimiento de terapia antiretroviral de 91%, lo que significa que contribuye al objetivo del Milenio Nro. 6 Combatir el VIH SIDA, con su intervención en la reducción del VIH.
- ✓ La asignación de presupuesto se realiza de acuerdo a cada período fiscal se de acuerdo al análisis realizado a las Estimaciones de Necesidades de medicamentos en función del presupuesto asignado se tiene que desde los períodos 2016-2019 al HGONA, se ha asignado el 41.3 % de presupuesto, mientras que en Dispositivos médicos se tiene que desde los períodos 2016-2019 al HGONA, se ha asignado el 31.1 % de presupuesto en función del presupuesto asignado.
- ✓ Se ha propuesto un plan de mejora basado en el ciclo de la mejora continua de Deming, donde se recopilan los puntos críticos y las soluciones para alcanzar la correcta funcionalidad y operatividad del HGONA, para mejorar el cumplimiento con el MAIS, entre ellos se encuentran la Actualización de la Planificación Estratégica, Obtención de un Manual de Procesos Institucional, nómina completa de personal asistencial y administrativo, implementación de un sistema informático integral, porcentaje de ejecución presupuestaria satisfactoria.

## 6.2 RECOMENDACIONES

- Disponer de una base de datos integral donde toda la información relacionada con las cifras del hospital se encuentren a disponibilidad de los funcionarios y personal investigador.
- Fomentar charlas motivacionales y capacitaciones para los usuarios internos y externos del hospital.
- Se recomienda hacer capacitaciones al personal administrativo enfocándose en conocer acerca del MAIS, y todo lo que esto conlleva ya que una buena gestión no depende solo del área operativa sino también del área administrativa.
- Ejecutar encuestas y entrevistas de satisfacción de usuarios internos y externos que permita tomar acciones correctivas y así mejorar el servicio para que el paciente se sienta tranquilo y conforme con la atención recibida.
- Con este proyecto se desea que la investigación realizada se tome en cuenta por las autoridades para que sigan mejorando y seguir brindando una atención integral de los pacientes y de reorientar los servicios de salud preventiva tanto a nivel familiar como local.

**BIBLIOGRAFIA**

Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi:

Asamblea Constituyente.

CINU. (2019). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Obtenido de

[http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/los\\_8\\_objetivos\\_del\\_milenio/](http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/los_8_objetivos_del_milenio/)

Código Orgánico de Planificación, y. (20 de 10 de 2010). Recuperado el 19 de 05 de 2019, de

[http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_plani.pdf](http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_plani.pdf)

Cuatrecasas, L., & Gonzáles, J. (s.f.). *Digital books*. Recuperado el 18 de 06 de 2019, de

<http://reader.digitalbooks.pro/book/preview/101085/title?1560890968846>

Dazon, N. M. (2015). *El método cartesiano , desde un modelo de formacion hacia un metodo de investigacion*.

Del Castillo , A., & Sardi, N. (2012). Las normas iso y el concepto de calidad aplicado a los servicios médicos en anestesiología. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 14-16.

Hermida , C. (11 de 09 de 2012). *El Tiempo*. Recuperado el 26 de 05 de 2019, de

<https://www.eltiempo.com.ec/noticias/columnistas/1/atencion-primaria-de-salud>

Hospital Gineco Obstétrico Luz Elena Arismendi. (2018). *Plan Estratégico Institucional 2016-2020*. Quito: HGONA.

Hospital Luz Elena Arismendi. (2016). *Informe de Gestión*. Quito: HGONA.

Hospital Luz Elena Arismendi. (2016). *Informe de Geswtión 2016*. Quito: HGONA.

Hospital Luz Elena Arismendi. (2018). *Informe de Gestión*. Quito: HGONA.

Hospital Luz Elena Arismendi. (2018). *Informe de Gestión Período Fiscal 2018*. Quito: HGONA.

Hospital Luz Elena Arismendi. (2019). *Análisis Observacional*. Quito.

Hospital Luz Elena Arismendi. (2019). *Distribución de camas*. Quito: HGONA.

Ley Orgánica del Sistema de Salud . (2006). Quito: Editorial Nacional.

Machado, A. (1999). En *La Gestión de la Calidad Total en la Administración Pública* (pág. 151).

España: Ediciones Diaz de Santos S.A.

Ministerio de Salud Pública. (s.f.). Recuperado el 16 de 06 de 2019, de

<https://www.salud.gob.ec/descargas-muerte-materna/>

Ministerio de Salud Pública. (2013). Acuerdo Ministerial 1162, Manuel del Modelo de Atención

Integral de Salud - MAIS. En M. d. Pública, *Manuel del Modelo de Atención Integral de*

*Salud - MAIS* (pág. 11). Quito: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública. (2013). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS*.

Quito: MSP.

Ministerio de Salud Pública. (2014). Subsistema de Referencia, derivación, contrareferencia,

referencia inversa y transferencia del Sistem Nacional de Salud. *Norma Técnica*

*Subsistema de Referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y*

*transferencia del Sistem Nacional de Salud*. Quito, Pichincha, Ecuador: MSP.

Organización Mundial de la Salud. (1946). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 23

de 05 de 2019, de <https://www.who.int/features/qa/28/es/>

Organización Panamerica de Salud. (2008). Recuperado el 26 de 03 de 2019, de

<http://www.paho.org/data/index.php/es/>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2015). *Programa de las Naciones Unidas*

*para el Desarrollo*. Recuperado el 25 de 03 de 2019, de

[https://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg\\_goals.html](https://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg_goals.html)

Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. (05 de 11 de 2009). Recuperado el 26 de 05 de 2019, de [http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan\\_Nacional\\_para\\_el\\_Buen\\_Vivir.pdf](http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf)