



ESPE
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA



Gerencia hospitalaria y administración de hospitales

Rosa López Mayorga (ed.)

Guadalupe Ormaza Zúñiga, Marco Vinicio Álvarez Lascano, Susana Emperatriz Escudero,
Cecilia Natalia Andrade, Jaime Luis Cadena Echeverría, Gustavo Paúl Cadena,
Javier López Chaquinga, Santiago Miguel Obando, Patricio Rivera López,
María Verónica Dávalos, Marco García Cantos, Rodrigo Guillén Sevilla,
Freddy Ricardo Escobar, Roberto Barrionuevo, Carlos Alberto López,
Ramón Morcillo López y Renán Mena Pérez

Gerencia hospitalaria y administración de hospitales

Rosa López Mayorga (ed.), Guadalupe Ormaza Zúñiga, Marco Vinicio Álvarez Lascano, Susana Emperatriz Escudero, Cecilia Natalia Andrade, Jaime Luis Cadena Echeverría, Gustavo Paúl Cadena, Javier López Chaquinga, Santiago Miguel Obando, Patricio Rivera López, María Verónica Dávalos, Marco García Cantos, Rodrigo Guillén Sevilla, Freddy Ricardo Escobar, Roberto Barrionuevo, Carlos Alberto López, Ramón Morcillo López y Renán Mena Pérez

Primera edición electrónica: octubre, 2025

ISBN: 978-9942-652-32-4

Revisión científica:

Dra. Victoria Dalila Palacios Mieles - Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Dr. Luis Santiago Escalante Vanoni - Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Universidad de las Fuerzas Armadas-ESPE

Cnrl. de C.S.M. Víctor Villavicencio, Ph.D.

Rector

Publicación autorizada por:

Comisión Editorial de la Universidad de las Fuerzas Armadas-ESPE

Cpfg. Joseph Alexander Guamán Seis, Ph.D.

Presidente

Corrección de estilo y diseño

Mtr. Xavier Chinga

Imágenes: <https://goo.su/KBbA7m>

Derechos reservados. Se prohíbe la reproducción de esta obra por cualquier medio impreso, reprográfico o electrónico. El contenido, uso de fotografía, gráficos, cuadros, tablas, y referencias es de exclusiva responsabilidad de los autores.

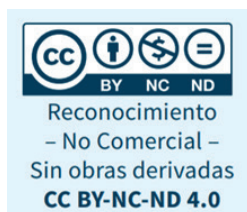
Universidad de las Fuerzas Armadas-ESPE

Av. General Rumiñahui s/n, Sangolquí, Ecuador

www.espe.edu.ec

Los derechos de esta edición electrónica son de la Universidad de las Fuerzas Armadas-ESPE, para consulta de profesores y estudiantes de la universidad e investigadores en

www.repositorio.espe.edu.ec.



Gerencia hospitalaria y administración de hospitales

Rosa López Mayorga (ed.)

Guadalupe Ormaza Zúñiga, Marco Vinicio Álvarez Lascano,
Susana Emperatriz Escudero, Cecilia Natalia Andrade Arias,
Jaime Luis Cadena Echeverría, Gustavo Paúl Cadena Sánchez,
Javier López Chaquinga, Santiago Miguel Obando Panchi,
Patricio Rivera López, María Verónica Dávalos González,
Marco García Cantos, Rodrigo Guillén Sevilla,
Freddy Ricardo Escobar, Roberto Barrionuevo,
Carlos Alberto López Mera, Renán Mena Pérez y
Ramón Morcillo López

EDITORIAL



UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS - ESPE

Eco. Rosa López Mayorga, Ph.D.
rmlopez2907@hotmail.com

Economista, Magister en Administración de Centros Hospitalarios; Doctor Philosophy in Business Administration (Newport University- EE. UU.); Doctora en Empresa, Economía y Sociedad -Mención Cum Laude- (Universidad de Alicante- España); Autora-coordinadora de Maestría en Gerencia Hospitalaria y Administración de Hospitales- ESPE. Autora de libro: Sistema de Costos Hospitalarios un Enfoque Financiero; Docente de Pregrado y Posgrado.

Dra. Guadalupe Ormaza Zúñiga, MBA
gormazaz@hotmail.com

Doctora en Bioquímica y Farmacia (Ecuador), Master en Administración de Empresas (España), Diplomado Internacional en Gestión y Dirección Hospitalaria (México), Health Care Administration and Hospital Management (Israel), Certificate of International Surveyor Orientation (Emiratos Árabes), Healthcare Improvement Advisor & Surveyor (HSO Accreditation Canada), Asesora de Estándares Joint Commission International y Accreditation Canada International, Healthcare Improvement Advisor - Surveyor - Surveyor Leader (Accreditation Canada), Asesora Técnica y Evaluadora internacional de Sistemas de Salud para Ecuador y América Latina.

Lcdo. Marco Vinicio Álvarez Lascano, Mgtr.
marcovinalas@gmail.com

Magister en Administración Gerencial Hospitalaria.

Ex director general del Hospital de Especialidades de Fuerzas Armadas No. 1.

Ex director de Gobernanza de Salud y Sanidad Militar del Ministerio de Defensa Nacional.

Ex director de Sanidad de la Fuerza Terrestre.

Dra. Susana Emperatriz Escudero Uchuari, Mgtr.

susanescudero@hotmail.com

Magister en Gerencia Hospitalaria

Funcionaria de la Dirección de Discapacidades del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Dra. Cecilia Natalia Andrade Arias, Mgtr.

cenan26@yahoo.com

Doctora en Medicina y Cirugía. Magister en Administración Gerencial Hospitalaria (Ecuador). Subdirectora Médica de la Dirección Hospitalaria Guayaquil. Supervisora Nacional de Planillaje. Coordinadora Nacional de Salud (Policía Nacional del Ecuador). Docente de Posgrado.

Ing. Jaime Luis Cadena Echeverría, Mgtr.

jaime.cadena@epn.edu.ec

Ingeniero en Administración de Procesos, Máster en Ingeniería Industrial de la Escuela Politécnica Nacional Coordinador de la Unidad de Innovación y Transferencia de Tecnología, Decano de la Facultad de Ciencias Administrativas en la Escuela Politécnica Nacional, autor de 25 artículos en Revistas indexadas. Consultor y conferencista, nacional e internacional, en administración de procesos, emprendimiento e innovación (España, Brasil, México, Colombia, Perú).

MD. Gustavo Paúl Cadena Sánchez, MSc.

tavocs18@gmail.com

Médico General (Universidad Central del Ecuador), Máster en Nutrición Clínica (Universidad Europea, Madrid - España), Posgrado de Cirugía Traumatológica y Ortopédica (Residente de Tercer año - Pontificia Universidad Católica del Ecuador).

Ing. Javier López Chaquinga, Mgtr.

javierlopezch@gmail.com

Ingeniero Electrónico, Magister en Gerencia Hospitalaria y Administración de Hospitales (ESPE, Ecuador); Certificación en Formación de Formadores (Ecuador). Investigador, Jefe de Ingeniería Clínica - Hospital Metropolitano S.A.S. (Quito).

Ing. Santiago Miguel Obando Panchi, MBA.

emisan2004@yahoo.com.mx

Ingeniero en Electrónica y Control, Magister en Administración de Empresas Especialidad en Gerencia Empresarial (EPN, Ecuador); Ex Director Nacional de Equipamiento Sanitario- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Ex Coordinador Nacional de Equipamiento Sanitario-IESS; Ex Líder de Ingeniería Biomédica Hospital de Especialidades Eugenio Espejo (Ecuador); Especialista de Ingeniería Clínica - Hospital Metropolitano S.A.S. (Ecuador).

Ing. Patricio Rivera López, Ph.D.

patoalejor@gmail.com

Ingeniero Electrónico Automatización y Control (Ecuador); Doctor Philosophy in Electronics and Information Convergence (Kyung Hee University, South Korea); Investigador Senior en sistemas de inteligencia artificial para aplicaciones biomédicas y control de robot antropomórficos inteligentes. Autor de varias publicaciones y expositor en conferencias internacionales.

Soc. María Verónica Dávalos González, Mgtr.

mvdavalos@puce.edu.ec

Licenciada en Ciencias Sociales y Políticas (PUCE-Ecuador), Magister en Economía y Desarrollo Industrial (UGNS-Argentina), Magister en Administración y Gerencia Pública (UAH - INAP, (España), Magíster en Docencia Universitaria (ESPE- Ecuador), Magíster en Economía con mención en Políticas Públicas (PUCE-Ecuador). Docente de Pregrado y Posgrado.

Dr. Marco García Cantos, Mgtr.

mgfox@hotmail.com

Doctor, Especialista en Ortopedia y Traumatología, Magíster en Administración Gerencial Hospitalaria; Abogado, Magíster en Derecho Civil y Procesal Civil. Ex presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Bioética. Presidente del Tribunal de Honor del Colegio de Médicos de Pichincha. Docente de Postgrado.

Ing. Rodrigo Guillén Sevilla, Mgtr.

wrgs-6@hotmail.com

Ingeniero Comercial, con especialización en Finanzas, Posgrado en Docencia Universitaria, Máster en Planificación y Dirección Estratégica (Ecuador); Ex Auditor Interno del Hospital Metropolitano S.A.S. de Quito y de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA Núcleo de Loja (Ecuador); Docente de las áreas administrativa, financiera, auditoría de Pregrado y Posgrado.

MD. Freddy Ricardo Escobar Escobar, Mgtr.

freddyricardoe@gmail.com

Médico, Cirujano de Cabeza y Cuello y Otorrinolaringólogo (Argentina); Máster en Riesgos y Seguros (España); Máster en Administración en Salud y Salud Ocupacional (Ecuador); estudios formales de Auditoría Médica y Calidad en Salud (Argentina) y de Economía de la Salud (México). CEO – Gerente General – Catedrático – Conferencista – Consultor Corporativo en varias empresas relacionadas con la salud, nacionales y extranjeras.

Ing. Roberto Barrionuevo, Mgtr

rd-barrionuevo@hotmail.com

Ingeniero Comercial, ESPE Ecuador, Master en Project Management, Barcelona España; Analista de Planificación en la Secretaría Nacional de Gestión de la Política; Líder de Proyectos IESS; Analista de Planificación ARCSA; Analista de Planificación en Secretaría Nacional de Planificación; Subdirector de Planificación y Estadística Hospital General Quito Sur (del IESS).

Ing. Carlos Alberto Lopez Mera, Mgtr.
clopezmera@hotmail.com

Ingeniero en Finanzas, UCE Ecuador. Magister Administración Empresas, (UASBI), Ecuador. Especialista Superior en Dirección de Empresas Mención Finanzas, (UASBI) Ecuador. Con más de 10 años experiencia - sector público, en procesos administrativos- financieros.

Dr. Renán Mena Pérez, Ph.D.
rpmena@uce.edu.ec

Doctor en Medicina Veterinaria y Zootecnia, Magister en Administración Gerencial Hospitalaria (Ecuador); Doctoris Philosophae en Ciencia Animal (Perú); Director Consejo de Posgrado Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia Universidad Central del Ecuador; Docente de Pregrado y Posgrado en diferentes Universidades del Ecuador; Consultor Administrativo y Clínico de Centros de Atención Veterinaria.

Dr. Ramón Morcillo López, Ph.D.
ramon.morcillolopez@gmail.com

Psicólogo. U. Murcia, Máster Terapia de Conducta. U. Pontificia de Comillas, Doctor en Psicología. Investigador Departamento Psicología clínica y de la salud. U. Católica de Murcia, Nueve libros centrados en el AA. MM. Último; "Mi Padre y yo". Gerontólogo, Centros Geriátricos "Dulce Amanecer". Director del Plan de Calidad Gerontológico.

Índice

Prólogo.....	23
Prefacio.....	25
Introducción.....	26
Capítulo I - Sinopsis de Gerencia, Administración y Gestión Hospitalaria.....	31
Referencias.....	39
Capítulo II - Gerencia Hospitalaria Atención Integral.....	41
Gestión de Salud Hospitalaria.....	45
Administración responsable.....	48
El facilitador con liderazgo.....	50
Costos de la no calidad.....	51
Referencias.....	56
Capítulo III - Administración Estratégica de Hospitales.....	57
Referencias.....	66
Capítulo IV - Gerencia y Administración de Hospitales de la Policía Nacional.....	67
Gestión administrativa.....	72
Infraestructura sanitaria.....	76
Talento humano.....	78
Referencias.....	79
Capítulo V - Procesos en la Gestión Técnico-Administrativa de Hospitales.....	81

Definiciones de procesos.....	84
Proceso.....	84
Elementos de un proceso.....	85
Clasificación de procesos.....	85
Jerarquía de procesos.....	86
Mapa de procesos.....	87
Inventario de procesos.....	89
Diseño de procesos.....	89
Diagrama de flujo.....	89
Caracterización de procesos.....	92
Descripción de actividades.....	93
Seguimiento y medición de procesos.....	95
Manual de procesos.....	96
Documentos de procesos para una empresa de salud.....	98
Mapa de procesos de una empresa de salud.....	98
Inventario de procesos de una empresa de salud.....	99
Caracterización de un proceso en una empresa de salud.....	100
Descripción de actividades de un proceso en una empresa de salud.....	101
Representación gráfica de un proceso en una empresa de salud.....	103
Indicador de un proceso en una empresa de salud.....	103
Referencias.....	105

Capítulo VI - Gestión Tecnológica, Ingeniería Clínica.....	107
Tecnología e Ingeniería en la Organización Sanitaria.....	109
Ingeniería Clínica.....	110
Innovación en la tecnología médica.....	112
Presencia del Ingeniero Clínico en la Institución Sanitaria.....	113
Responsabilidad del Ingeniero Biomédico.....	115
Importancia de la Ingeniería Clínica en las casas de salud.....	116
Gestión de la tecnología sanitaria.....	116
El Departamento de Ingeniería Clínica en la Organización Sanitaria.....	117
Desafíos para la ingeniería clínica.....	120
Competencia y estructura orgánica funcional.....	120
Formación y vinculación al entorno sanitario.....	120
Gestión de recursos.....	121
Equipamiento Biomédico funcional, eficiente y confiable.....	122
Calidad y mejoramiento continuo.....	123
La seguridad del paciente.....	123
Ciberseguridad.....	124
Referencias.....	125
Capítulo VII - Infraestructura e Instalaciones Hospitalarias.....	131
Los sistemas eléctricos.....	134
Sistema de climatización y ventilación.....	135

Sistema hidrosanitarios.....	135
Sistema contraincendios.....	136
Sistema de Gas GLP y combustibles.....	137
Sistemas de gases medicinales.....	137
Equipamiento Industrial Hospitalario.....	138
Sistemas Electrónicos de comunicación.....	138
Cómo cuidar la infraestructura hospitalaria.....	138
Visión de una nueva infraestructura hospitalaria.....	140
Planificación de una nueva infraestructura hospitalaria.....	141
Referencias.....	143
Capítulo VIII - Inteligencia artificial para el avance del diagnóstico en centros hospitalarios.....	145
Los datos como un activo estratégico.....	154
Los modelos de AI impulsados por grandes compañías.....	155
Un hospital inteligente utilizando IA.....	158
Ética en los avances tecnológicos de la IA.....	160
Referencias.....	161
Capítulo IX - Gobernanza en la gestión hospitalaria: Una visión general.....	163
La gobernanza efectiva y la participación del personal médico en los procesos de decisión administrativa.....	166
La estructura de gobernanza y la adaptabilidad en los hospitales.....	171
Los sistemas de gobernanza transparentes y responsables.....	174
Conclusiones.....	177

Referencias.....	180
Capítulo X - Bioética en Hospitales.....	187
Ética.....	189
Ética médica.....	191
La bioética.....	192
El ejercicio médico actual.....	193
Los principios bioéticos en salud.....	195
El derecho a la salud.....	197
La relación clínico-paciente.....	199
Problemas actuales de la relación médico-paciente.....	200
Consentimiento informado en el tratamiento médico.....	201
Información que debe recibir el paciente.....	203
Responsable del proceso de consentimiento.....	203
Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS).....	204
Función normativa.....	204
Función docente.....	205
Función consultiva.....	205
Conclusiones.....	206
Recomendaciones.....	207
Referencias.....	208
Capítulo XI - Control interno, auditoría administrativa financiera en hospitales.....	211
Control interno.....	214

Control interno para el sector público.....	215
Control interno para el sector privado.....	217
La gerencia en la gestión de control interno.....	218
La auditoría externa y la auditoría interna.....	221
Sector público.....	221
Sector privado.....	225
Principales tipos de auditoría.....	229
Referencias.....	231
Capítulo XII - Auditoría Médica, Gestión de la Calidad de la Atención Hospitalaria.....	233
¿Cómo evaluar si mi hospital tiene calidad o no?.....	238
¿Cómo implemento calidad en mi hospital?.....	240
Liderazgo.....	245
Corolario.....	248
Referencias.....	249
Capítulo XIII - Acreditación Hospitalaria.....	251
Certificación vs. Acreditación.....	256
Gobernanza y Liderazgo en la Seguridad del Paciente.....	263
Referencias.....	265
Capítulo XIV - Planeación Estratégica Hospitalaria.....	267
Análisis Situacional.....	270
Proceso de diagnóstico estratégico institucional.....	275
Planes médicos funcionales.....	283

Referencias.....	284
Capítulo XV - Contratación Pública en Hospitales.....	285
Contratación Pública.....	287
Impacto de la Contratación Pública en los Hospitales.....	292
Aplicación de la contratación pública y su incidencia.....	293
Situación actual de la contratación pública.....	294
La contratación pública como estrategia gerencial.....	299
La eficiencia de la contratación pública.....	300
Contratación en hospitales privados.....	304
Referencias.....	305
Capítulo XVI - Administración del presupuesto hospitalario.....	307
Importancia y definición del presupuesto.....	309
Clasificación del presupuesto.....	311
Relación de la planificación estratégica y el presupuesto.....	314
Relación del presupuesto y la contabilidad.....	315
Relación de la administración y el presupuesto.....	316
Presupuesto público en Ecuador.....	316
Importancia del presupuesto público.....	318
Clasificación del presupuesto público.....	318
El Ciclo Presupuestario en el sector público.....	319
Principios presupuestarios.....	322
Proceso de ejecución presupuestaria en hospitales.....	325

Gestión presupuestaria en hospitales públicos.....	329
Cédula presupuestaria.....	334
Estructura programática.....	335
Ejecución presupuestaria como herramienta gerencial.....	345
El presupuesto en empresas de salud privadas.....	346
Referencias.....	347
Capítulo XVII - Costos hospitalarios, un enfoque gerencial.....	349
Conceptualizaciones.....	354
Referencias.....	362
Capítulo XVIII - Administración de Centros de Atención Veterinaria.....	363
Caracterización/tipología centros de atención veterinaria (CAV).....	366
La administración de centros veterinarios en el Ecuador.....	368
Gestión por procesos en los centros de atención veterinaria.....	370
Protocolización de los servicios veterinarios.....	374
Benchmarking aplicados a los centros de atención veterinaria.....	376
Establecimiento de costos en la clínica veterinaria.....	377
Referencias.....	379
Capítulo XIX - La comunicación como herramienta de salud en el adulto mayor.....	381
La Comunicación como herramienta de salud en el adulto mayor (AA.MM).....	385
Referencias.....	403

Índice de tablas

Tabla 1	<i>Técnicas Organizacionales</i>	37
Tabla 2	<i>Egresos hospitalarios y establecimientos de salud</i>	47
Tabla 3	<i>Costos de la No Calidad</i>	52
Tabla 4	<i>Distribución de establecimientos del sub-Sistema de salud de la Policía Nacional</i>	77
Tabla 5	<i>Símbolos utilizado por Bizagi</i>	90
Tabla 6	<i>Formato para caracterización de un proceso</i>	93
Tabla 7	<i>Formato para describir las actividades de un proceso</i>	94
Tabla 8	<i>Inventario de procesos para una unidad de salud</i>	99
Tabla 9	<i>Caracterización del proceso: Realizar ingreso a emergencia (A.1.1)</i>	101
Tabla 10	<i>Descripción de actividades del proceso: Realizar ingreso a emergencia (A.1.1)</i>	102
Tabla 11	<i>Normativa COSO 2013</i>	219
Tabla 12	<i>Tipos de exámenes y auditorías gubernamentales</i>	222
Tabla 13	<i>Modelo de control interno</i>	225
Tabla 14	<i>Tipos de informe</i>	226
Tabla 15	<i>Tipos de auditoría</i>	229
Tabla 16	<i>Matriz DAFO (Oportunidad/Debilidad)</i>	277
Tabla 17	<i>Matriz FODA (Priorización estrategias)</i>	277
Tabla 18	<i>Estrategia: Desarrollo de planes de contingencia y gestión de riesgos</i>	279
Tabla 19	<i>Criterios SMART</i>	281
Tabla 20	<i>Matriz indicadores - Parte 1</i>	282

Tabla 21	<i>Matriz indicadores - Parte 2:</i>	283
Tabla 22	<i>Tipos de procedimientos para la contratación pública</i>	291
Tabla 23	<i>Contratación pública- seguridad social-procesos de régimen común y especial</i>	295
Tabla 24	<i>Contratación Pública - Seguridad Social-Procesos de Ínfima Cuantía</i>	296
Tabla 25	<i>Contratación Pública- Hospitales del Sector Público-Procesos de Régimen Común y Especial</i>	297
Tabla 26	<i>Contratación Pública-Centro de Salud-Procesos de Régimen Común y Especial</i>	298
Tabla 27	<i>Clases de presupuestos</i>	312
Tabla 28	<i>Fases del ciclo presupuestario</i>	321
Tabla 29	<i>Ejecución presupuestaria</i>	326
Tabla 30	<i>Actividades ciclo presupuestal en hospitales públicos</i>	330
Tabla 31	<i>Estructura de la partida presupuestaria de ingresos y gastos</i>	336
Tabla 32	<i>Clases de financiamiento</i>	337
Tabla 33	<i>Ejecución presupuestaria 2023</i>	343
Tabla 34	<i>Ejecución presupuestaria de las entidades que conforman el sector salud 2023</i>	343
Tabla 35	<i>Estructuración del costo de un servicio con metodología de costeo por afectación</i>	360
Tabla 36	<i>Costo por Actividades /Tratamientos</i>	361
Tabla 37	<i>Características de los Centros de Atención Veterinaria (CAV) en Ecuador</i>	367
Tabla 38	<i>Diferencias de la gestión tradicional en relación a la gestión por procesos</i>	372
Tabla 39	<i>Protocolos recomendados para Centros de Atención Veterinaria</i>	375

Índice de figuras

Figura 1	<i>Distribución de Médicos en Ecuador 2023</i>	46
Figura 2	<i>Categoría de médicos en Ecuador</i>	46
Figura 3	<i>Estructura Gerencia Hospitalaria</i>	66
Figura 4	<i>Policía Nacional- Hospital Quito</i>	69
Figura 5	<i>Médicos de la Guardia Nacional</i>	71
Figura 6	<i>Hospital Policía Nacional Guayaquil N°2</i>	73
Figura 7	<i>Departamento de Planificación DNAIS 2024</i>	74
Figura 8	<i>Atención medica en el centro de Salud la Delicia</i>	74
Figura 9	<i>Cadena de agendamientos de turnos o citas, Centros de Primer y Segundo Nivel</i>	75
Figura 10	<i>Cadena de agendamientos de turnos o citas, Centros de Tercer Nivel</i>	76
Figura 11	<i>Tipologías de los establecimientos de salud</i>	77
Figura 12	<i>Departamento de Planillaje de la Dirección Hospitalaria Guayaquil</i>	79
Figura 13	<i>Jerarquía de procesos</i>	87
Figura 14	<i>Mapa de procesos</i>	88
Figura 15	<i>Códigos de procesos</i>	89
Figura 16	<i>Mapa de procesos para un hospital de nivel 2</i>	99
Figura 17	<i>Diagrama de flujo en notación BPMN para el proceso Realizar ingreso a emergencia (A.1.1)</i>	103
Figura 18	<i>Ciclo de vida de la infraestructura hospitalaria</i>	141
Figura 19	<i>Iniciativas para la regularización e implementación de IA</i>	149

Figura 20	<i>Principios de la OPS para uso de IA.....</i>	150
Figura 21	<i>Desafíos para atender con IA.....</i>	151
Figura 22	<i>Desafíos a ser atendidos con IA.....</i>	151
Figura 23	<i>Caso hipotético entre un dialogo con Med-Gemi- ni-M 1.5 en radiología.....</i>	157
Figura 24	<i>Rol, campo de acción y funciones de la Contraloría General del Estado.....</i>	222
Figura 25	<i>Pirámide de las Necesidades Humanas de Maslow.....</i>	247
Figura 26	<i>Certificación vs. Acreditación.....</i>	256
Figura 27	<i>Efectividad (Eficacia, eficiencia).....</i>	256
Figura 28	<i>Mapa de Procesos.....</i>	257
Figura 29	<i>Indicadores.....</i>	258
Figura 30	<i>Indicadores SMART.....</i>	258
Figura 31	<i>Gestión documental.....</i>	259
Figura 32	<i>Cultura de Seguridad del Paciente.....</i>	260
Figura 33	<i>Condiciones en la Cultura de Seguridad del Paciente.....</i>	261
Figura 34	<i>Consideraciones y conciencia en la cultura de segu- ridad del paciente.....</i>	261
Figura 35	<i>Calificación del riesgo en hallazgos identificados.....</i>	262
Figura 36	<i>Pirámide de Kelsen.....</i>	271
Figura 37	<i>Actores intervinientes en el proceso de Contratación Pública.....</i>	292
Figura 38	<i>Ciclo de contratación pública eficiente.....</i>	294
Figura 39	<i>Contratación pública- seguridad social-procesos de régimen común y especial.....</i>	295

Figura 40 Contratación Pública- Seguridad Social -Procesos de Ínfima Cuantía.....	297
Figura 41 Flujo recomendado de contratación pública en los centros hospitalarios -parte 1.....	301
Figura 42 Flujo recomendado de contratación pública en los centros hospitalarios -parte 2.....	302
Figura 43 Flujo recomendado de contratación pública en los centros hospitalarios -parte 3.....	303
Figura 44 Ciclo Presupuestario.....	320
Figura 45 Principios presupuestarios.....	323
Figura 46 Flujo de ejecución presupuestaria en las entidades hospitalarias del sector público.....	329
Figura 47 Ciclo presupuestario en centros de atención de salud del sector público.....	332
Figura 48 Flujo de asignación de presupuesto.....	333
Figura 49 Factores limitantes en el proceso de ejecución presu- puestaria.....	334
Figura 50 Estructura programática presupuestaria.....	335
Figura 51 Grupos de ingresos en la cédula presupuestaria.....	340
Figura 52 Grupos de gasto en la cédula presupuestaria.....	341
Figura 53 Componentes de una cédula presupuestaria de gas- tos - ejemplo.....	342
Figura 54 Componentes de una cédula presupuestaria de in- gresos - ejemplo.....	342
Figura 55 Ejecución presupuestaria 2023.....	343
Figura 56 Ejecución presupuestaria de entidades que confor- man el sector salud 2023.....	344
Figura 57 Estructura presupuestaria.....	347

Figura 58 <i>Distribución de centros de costo en área médica y administrativa.....</i>	354
Figura 59 <i>Distribución de costos en Dirección Administrati- va.....</i>	354
Figura 60 <i>Estructura del costo por afectación.....</i>	357
Figura 61 <i>Elementos del proceso.....</i>	371
Figura 62 <i>Mapa de procesos hospital veterinario All Pets.....</i>	374
Figura 63 <i>Costo total por servicio al mes (en dólares).....</i>	378

Prólogo

El presente libro, representa una valiosa contribución para el estudio y la práctica de la gerencia hospitalaria y la administración de instituciones de salud. Su enfoque integral que abarca desde los fundamentos teóricos de la gerencia hospitalaria hasta saberes avanzados de ingeniería clínica, inteligencia artificial y ética médica representa sin duda, un esfuerzo enorme por ubicar el conocimiento científico al servicio de la humanidad. La exquisita presentación de herramientas y modelos de administración modernos proporcionan un marco de referencia esencial para todas las personas vinculadas de una u otra manera con el sector de la salud, tanto en el ámbito público como privado.

Uno de los aspectos más destacables de esta obra es su capacidad para conjugar el conocimiento teórico con la experiencia de sus autores, permitiendo que los lectores comprendan la teoría y aprendan de la exposición de casos exitosos de aplicación en escenarios reales. Hoy en día, frente a problemas constantes de financiamiento del sector de la salud, para asegurar una sociedad con mayor bienestar, es imprescindible una gestión eficiente de todas las casas de salud independientemente de sus tamaño y naturaleza. En este contexto, este libro se vuelve de gran utilidad para médicos, enfermeros, economistas, administradores, abogados y demás profesionales que participan de la toma de decisiones en el sector sanitario ya que aborda temas claves de hospitales y clínicas tales como gestión estratégica, mantenimiento de infraestructura, control interno, auditoría médica, acreditación de calidad, gobernanza, planificación estratégica, administración presupuestaria, bioética, herramienta de comunicación con el adulto mayor, entre otros.

Este libro no solo está dirigido a profesionales del sector salud que buscan fortalecer sus conocimientos y mejorar sus competencias en la gestión de hospitales, sino también para el ciudadano que desee ampliar sus conocimientos en el campo de la administración hospitalaria. Su contenido actualizado y su enfoque práctico lo convierten en una herramienta de gestión importante y un puente entre el conocimiento científico y el saber hacer efectivo para beneficio de la sociedad..

En un entorno en constante cambio, la profesionalización de la gerencia hospitalaria es un factor determinante para garantizar la sostenibilidad y eficiencia de las instituciones de salud. En el presente libro, los autores nos brindan una guía esencial para enfrentar los desafíos actuales y futuros del sector, promo-

viendo una administración hospitalaria basada en la excelencia, la innovación y el compromiso con la calidad del servicio.

Este libro se constituye en una fuente de conocimiento e inspiración para todos aquellos que, desde la gestión de hospitales y la práctica sanitaria, trabajan incansablemente por una población más saludable y con más oportunidades.

Ph.D. Pablo Beltrán Ayala

Prefacio

El sector salud enfrenta desafíos cada vez más complejos, la creciente demanda de servicios médicos, la optimización de recursos en un entorno de constantes cambios tecnológicos, normativos y financieros apremia que la gerencia hospitalaria y la administración de hospitales desempeñen un papel fundamental para garantizar la calidad de la atención, la eficiencia operativa y la sostenibilidad institucional.

La presente obra titulada “Gerencia Hospitalaria y Administración de Hospitales”, nace con el propósito de servir como una guía integral para profesionales de la salud, administradores, ingenieros, estudiantes y todos aquellos profesionales interesados en la administración y gestión hospitalaria. A lo largo de sus capítulos se abordan los principios fundamentales de la administración de hospitales, desde la planificación estratégica hasta la gestión financiera, pasando por el liderazgo, la gobernabilidad, la bioética, la calidad, los procesos, el control interno, la ingeniería clínica, el mantenimiento en hospitales, la inteligencia artificial, la acreditación, y la incorporación de nuevos temas como la administración de centros veterinarios y la comunicación como herramienta de salud en el adulto mayor.

La gerencia hospitalaria no solo implica coordinar recursos económicos y humanos, sino también la capacidad de adaptarse a los cambios y responder de manera efectiva a las necesidades de los pacientes. Por ello surge este libro basado en el conocimiento y experiencia en el ámbito hospitalario de cada uno de los autores de los diferentes capítulos; compartimos esta herramienta práctica que analiza casos y metodologías que ayudarán a los líderes del sector hospitalario a tomar decisiones informadas y estratégicas.

Deseamos que esta obra contribuya al fortalecimiento de las capacidades administrativas gerenciales, tanto en el sector de atención de servicios de salud humana como en los servicios de atención veterinaria, constituya un punto de referencia para la innovación y mejora continua, en procura de la calidad en la atención, así como de la sostenibilidad y sustentabilidad institucional.

Dra. Rosa López Mayorga

Introducción

Tanto para los profesionales de la salud, como para administradores, ingenieros, tecnólogos que laboran en centros hospitalarios, es necesario que conozcan sobre casos, formas, métodos de administrar con visión gerencial los centros y servicios de salud. La forma como se administran los hospitales incide directamente en la calidad del servicio, la eficiencia en la gestión y manejo de recursos disponibles. La experiencia en instituciones hospitalarias de los autores de la presente obra, permiten brindar una herramienta práctica y actualizada que ayude a mejorar la toma de decisiones, se analiza en cada uno de los capítulos lo siguiente:

Capítulo I: Sinopsis de Gerencia, Administración y Gestión Hospitalaria

Se describen conceptualmente sobre la administración y gestión en centros hospitalarios, instituciones complejas que requieren de sus directivos la capacidad de adaptarse y transformar con ética los Centros Hospitalarios Públicos y/o Privados. El incremento de la demanda de servicios de salud obliga ajustar los recursos y medios disponibles para mantener la sostenibilidad y sustentabilidad de los Hospitales.

Capítulo II: Gerencia Hospitalaria-Atención Integral

Trata sobre la importancia de la gestión hospitalaria en la red integral de salud, resaltando la cantidad de profesionales según su especialidad, la cantidad de centros hospitalarios públicos y privados disponibles en Ecuador, así como la capacidad instalada, egresos hospitalarios, entre otros, de estas grandes organizaciones que disponen de varias empresas (servicios) cuya administración compleja conlleva saber gestionar situaciones entrópicas y emergentes.

Capítulo III: Administración Estratégica de Hospitales

En este capítulo, se trata sobre la importancia de incluir la planificación a corto plazo para alcanzar una gestión efectiva en el manejo integral de recursos materiales, humanos, tecnológicos y de infraestructura física, asegurando que los procesos y procedimientos cotidianos se realicen con fluidez desde la admisión hasta el alta del paciente. Se describen formas de administrar y gestionar a través de planes de contingencia, políticas de salud actualizadas. directrices presupuestarias, entre otras.

Capítulo IV: Gerencia y Administración de Hospitales de la Policía Nacional

Se da a conocer la estructura y funcionamiento administrativo gerencial del Subsistema Nacional de Salud de la Policía Nacional del Ecuador, destacando la implementación del modelo de atención integral en sus tres niveles de atención, y la inclusión multidisciplinaria de especialistas en las diferentes áreas con personal policial y civil.

Capítulo V: Procesos en la Gestión Técnico-Administrativa de Hospitales

Se comparte la metodología de como estructurar, jerarquizar y desarrollar procesos técnicos administrativos en Hospitales, descripción de actividades, seguimiento y medición, clasificación y formulación de indicadores; y, manual de procesos, concretan los autores con un ejemplo para realizar procesos en una empresa de salud.

Capítulo VI: Gestión Tecnológica, Ingeniería Clínica

Se comparte con el lector, la conformación del departamento de Ingeniería Clínica en los Hospitales, se especifican de esta dependencia, las funciones, gestión, estándares nacionales e internacionales a cumplir, y la importancia del trabajo interdisciplinario del personal biomédico, conformado por médicos, enfermeras, tecnólogos entre otros.

Capítulo VII: Infraestructura e Instalaciones Hospitalarias

Se analiza la importancia de la infraestructura física y ambientes hospitalarios para garantizar la calidad en el servicio, como manifiesta el autor del presente capítulo, constituye el soporte angular de un Hospital la infraestructura e instalaciones disponibles en excelentes condiciones, así como desarrollar e implementar procesos de mejora continua, planes y acciones de predictividad en las actividades de mantenimiento, cumpliendo con normas nacionales e internacionales.

Capítulo VIII: Inteligencia Artificial para el avance del diagnóstico en Centros Hospitalarios

Se analiza en este capítulo, sobre varias herramientas y soluciones diseñadas para optimizar la administración y gestión hospitalaria, para mejorar: la calidad del servicio de atención médica, el registro electrónico de salud, automatización de tareas administrativas, y la optimización de recursos. Se citan ejemplos de asistentes virtuales y chatbots, se describe sobre la importancia de la IA en los sistemas de detección temprana, prevención, consultas virtuales, monitorización remota, entre otros.

Capítulo IX: Gobernanza en la gestión hospitalaria: Una visión general

Se analiza sobre los diferentes tipos de gobernanza en el ámbito hospitalario, su importancia como una herramienta indispensable para una completa transformación estructural de los esquemas de gobierno con participación social, transparencia y responsabilidad institucional sobre los recursos, donde la transparencia, el involucramiento, la participación y trabajo en equipo impactan en la eficiencia y la equidad.

Capítulo X: Bioética en Hospitales

El propósito de este capítulo es describir la Bioética como marco de la Responsabilidad social en Centros Hospitalarios, con base a su experiencia, el autor analiza sobre la incidencia de la observación y aplicación legal en el acto de atención, el consentimiento informado en el tratamiento médico, realiza un análisis sobre temas aplicados a la bioética, la ética general, la ética médica como antecedente de la bioética clínica, el ejercicio médico, la relación clínico-paciente, el derecho de los pacientes y los comités asistenciales de bioética, entre otros temas relacionados.

Capítulo XI: Control Interno, Auditoría Administrativa financiera en hospitales

Se describe en este capítulo sobre el sistema de control interno en hospitales, como se conforma un sistema de control interno que permita la prevención y detección de posibles irregularidades, fraudes, que podrían repercutir en la calidad y la oportunidad del servicio de salud, se describe sobre el riesgo de la información y sus formas de prevención en el registro, la importancia de la evidencia y de la independencia de esta Unidad en la estructura organizacional de un hospital.

Capítulo XII: Auditoría Médica, Gestión de la Calidad de la Atención Hospitalaria

Este capítulo trata sobre la calidad como una herramienta eficaz para hacer que la medicina cumpla a cabalidad sus objetivos, el autor realiza un análisis sobre la medicina basada en la evidencia, el procedimiento para evaluar si un hospital tiene o no calidad, se describen las normas que rigen para la gestión de calidad en atención médica. Se determina el cómo implementar calidad en un hospital, señalando los diferentes elementos a considerar y analizando la importancia de un elemento fundamental como es el liderazgo, entre otros temas relativos a la auditoría médica.

Capítulo XIII: Acreditación Hospitalaria

Se da a conocer en este capítulo, sobre la forma y mecanismos para que un hospital pueda ser certificado o acreditado, la autora analiza sobre la cultura de seguridad del paciente, del personal intrahospitalario, los requisitos que debe cumplir en su operatividad, en la disponibilidad de infraestructura física, tecnológica, talento humano, oportunidad en logística, gestión del conocimiento, entre otros parámetros relacionados.

Capítulo XIV: Planeación Estratégica Hospitalaria

En este capítulo se determina el proceso que se debe seguir en forma sistematizada para elaborar la planificación estratégica institucional hospitalaria, los elementos orientadores para este efecto, como se elabora y analiza una matriz DAFO, cómo se determinan las estrategias, elaboración de matriz de indicadores, planes médicos funcionales, entre otras actividades.

Capítulo XV: Contratación Pública en Hospitales

Este capítulo trata sobre la contratación como estrategia gerencial tanto en el ámbito público como privado, haciendo énfasis en el procedimiento de contratación pública para el abastecimiento de insumos, adquisición de bienes, servicios y obras para poder brindar los servicios con efectividad, cita la importancia de observar y cumplir la base legal general e institucional donde se definen los diferentes métodos de contratación. Se analiza sobre el impacto de la contratación pública en hospitales y el ciclo de contratación eficiente.

Capítulo XVI: Administración del Presupuesto Hospitalario

Se analiza sobre las fases del ciclo presupuestario que debe cumplir toda institución u organización hospitalaria, sea en el ámbito público (para el cual existe políticas y normas nacionales) o del sector privado (debe disponer de políticas y normas particulares). Describe como se realiza y ejecutan la programación, formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación; y, clausura/liquidación presupuestaria; así como el control previo del gasto, evaluación de ingresos, entre otros temas relacionados.

Capítulo XVII: Costos Hospitalarios un enfoque gerencial

Se realiza un análisis general sobre la metodología de los costos por afectación, utilizado en Hospitales para costear sus productos y servicios, se describe cómo estructurar el sistema de costeo en un Hospital, y se definen conceptualmente los tipos de costo a utilizar en la metodología por afectación.

Capítulo XVIII: Administración de Centros de Atención Veterinaria

En este capítulo se analiza sobre la administración gerencial de hospitales veterinarios, sean de carácter público o privado, son organizaciones que, de acuerdo a su tipología, estructuran la administración y gestión de sus procesos de atención: describe el autor, como realizar mapas de procesos, protocolización de servicios, benchmarking, elaboración de costos por servicio y por actividades, analiza sobre la importancia del saber y saber hacer con visión gerencial para la efectividad en la administración de estos centros de atención.

Capítulo XIX: La Comunicación como herramienta de salud en el Adulto Mayor

Un tema de vital importancia expuesto por el autor del tema: La comunicación como herramienta de salud en el Adulto Mayor, se realiza un análisis pormenorizado sobre la importancia y necesidad de aceptar la libertad del decir No o Si quiero; se realiza el desarrollo de un caso en donde resalta la importancia de ser un buen conversador, de saber escuchar, querer y respetar al Adulto Mayor.



<https://lc.cx/Jwjdu0>

CAPÍTULO I

Sinopsis de Gerencia, Administración y Gestión Hospitalaria

Rosa López Mayorga

“Administrar es esencial en toda organización, le corresponde al gerente, al presidente, al supervisor o al director del centro hospitalario. La administración no se realiza sola, necesita de la participación de personas, quienes en diferentes roles realizan los objetivos de la organización, sus metas, sus estrategias” (Alvarez & Taizal, 2013).

“El concepto de hospital ha variado en las últimas décadas, en parte como resultado del papel que se le ha asignado dentro de los sistemas de salud (...)”. (Malagón, 2008, pág. p.1).

“La gestión de la calidad constituye una nueva orientación en el funcionamiento de las organizaciones que está impulsando su mejora continua (...) tiene un carácter globalizador que cubre todos los aspectos del funcionamiento de una organización” (Ministerio de Administraciones Públicas, 2006).

“Los puestos de libre nombramiento y remoción establecidos en el nivel directivo dentro de la estructura orgánica son: Para Hospitales Generales, Especializados y de Especialidades que gestionan 70 camas o más, Gerente de Hospital (...)” (Ministerio de Salud Pública, 2012, pág. 5).

En el caso ecuatoriano, la norma descrita permite a los profesionales de la salud que opten por gerenciar, administrar, ser líderes de áreas y/o proyectos en centros hospitalarios, tengan formación en administración, que conozcan el enfoque gerencial y la operatividad de los procesos de estas instituciones, el éxito de un servicio de atención de salud eficiente, no solamente precisa de su estructura física y tecnológica, sino del factor de producción fundamental, como es el talento humano. Tan importante es el personal profesional de la salud, responsable de garantizar la salud de la sociedad, como lo es quien administra los recursos hospitalarios.

Administrar los centros hospitalarios con visión gerencial, como toda una organización compleja, sistémica, sobrellevando la entropía y neguentropía cotidiana, le permitirá tomar decisiones estratégicas efectivas, oportunas, determinar políticas que permitan alcanzar competitividad, y retroalimentación permanente.

“La complejidad es una ciencia que vincula, complementa lo antagónico, reconoce la incertidumbre, el proceso de autoorganización (...), la complejidad estudia la realidad como un tejido, lo interrelacionado e interactuante, es decir, la trama de la vida” (Capra, 2009, p. 202).

La experiencia obtenida en área financiera hospitalaria permite a la autora del presente capítulo expresar que gerenciar un hospital significa, dentro del

marco legal y ético, saber, saber hacer y actuar con cordialidad. El ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿con quién? son variables que el gerente o administrador de hospitales debe definir con los equipos que lideren la transformación e innovación de los centros hospitalarios.

El autor Enrique Franklin en su libro Organización de Empresas, cuando se refiere a la Administración por objetivos como un “Proceso a través del cual los niveles de decisión de una organización identifican objetivos comunes, definen áreas de responsabilidad en términos de resultados esperados y usan esos objetivos para guiar su operación” (Franklin, 2009, pág. 276). Precisamente, en las organizaciones hospitalarias es importante que el personal directivo, demuestren su saber y saber hacer en la organización y dirección estratégica, optimizando recursos y costos en su oferta de servicios de salud.

Conforme el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud Pública (2014) para los Puestos Directivos, en el Art.5 define “Los puestos de libre nombramiento y remoción establecidos en el nivel directivo dentro de la estructura orgánica son para Hospitales Generales, Especializados y de Especialidades que gestionan 70 camas o más, son Gerente de Hospital (...)” (MSP, 2012, pág. 4). Esta norma dispone el perfil que debe reunir un gerente de hospital.

Siendo el área de la salud un sector en constante evolución, precisa que el administrador, director o quien gerencie estas instituciones, tengan la capacidad de adaptarse y transformar. La ética personal y profesional son características cruciales para el cumplimiento legal en la administración y gestión hospitalaria, le permitirá tomar el timón con confianza y dirigir la organización con éxito.

“(...) la alta dirección asegura que se documente, implante y mantenga el sistema de gestión de la calidad con un enfoque en el cliente basado en la política de calidad y la planificación (...) manejo de la autoridad, responsabilidad, comunicación y revisión de la alta dirección” (Franklin, 2009, pág. 263).

Efectivamente, los centros hospitalarios definen sus políticas, procedimientos, estrategias, de acuerdo con sus disponibilidades, objetivos, lineamientos dispuestos desde el nivel central gubernamental u organizacional según corresponda al ámbito público o privado, por lo que se precisa desarrollar una visión inter, multi y transdisciplinaria de los diferentes equipos de trabajo institucional, de la eficiente administración y gestión de los recursos.

Un centro hospitalario “es el centro de la más refinada gestión administrativa, en donde se brinda atención hotelera, se desarrolla investigación, se

manejo personal heterogéneo profesional (...)” (Malagón, 2008, pág. 3).

La administración y gestión de recursos eficientes permiten que la economía circular hospitalaria garantice la sostenibilidad y gestión en abastecimiento y canalización de recursos en forma efectiva.

Para cumplir con el objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se necesitan más iniciativas para garantizar el bien más preciado del ser humano, como es la salud.

Indudablemente, la dinámica y mejora continua del quehacer hospitalario requiere que los hospitales sean dirigidos por personal idóneo para administrar, gestionar con visión gerencial las fases de organizar, planificar, dirigir, supervisar, innovar, satisfacer a la comunidad con una oferta de servicios de salud efectiva, precisa en la actual época de emergencia socio económica, de una visión gerencial más holística y dinámica. La gobernabilidad institucional depende de las políticas certeras y acordes a la realidad intrahospitalaria, de ello dependerán las estrategias que se tomen para cambiar la administración y gestión hospitalaria con visión corporativa inclusiva sostenible y sustentable.

Disponer de una planificación estratégica es fundamental, significa trabajar por objetivos, gestionar a través de actividades y acciones, seguir el debido proceso para los diferentes procedimientos, la agilidad en trámites, transparencia, honradez en compras, recaudaciones y canalización de recursos, para satisfacer con el servicio al usuario interno y externo hospitalario.

La responsabilidad de un nosocomio ante la sociedad es integral, la satisfacción social el bienestar y cuidado de la salud constituyen un todo complejo y organizado de administración y gestión; en cualquier nivel de complejidad hospitalaria está el gerente como representante legal y visionario institucional, responsable de cumplir sus funciones encomendadas desde la planificación hasta la rendición de cuentas de las actividades intrahospitalarias.

Encontrándonos en la era de la inteligencia artificial, y fundamentalmente de la gestión del conocimiento, en donde se precisa de la transformación del conocimiento tácito personal en explícito, y a su vez este en conocimiento tácito y explícito organizacional, es este el camino hacia un modelo integral de administración hospitalaria inteligente con visión gerencial. Para ello, el mando directivo hospitalario no debe ser circunstancial o político, debe estar liderado por profesionales de la salud y/o de otras ciencias con conocimientos de administración y gestión efectiva, con competencias que le permitan comunicar, organizar, coordinar, en consonancia con las políticas nacionales y regionales.

La administración de hospitales precisa que se innove y trascienda la actual época de incertidumbre, donde la inteligencia artificial parecería superar a la inteligencia humana; es esta última la nueva disciplina en el campo de la salud que obliga a los gerentes y directivos de hospitales a repensar en una reorganización basada en la gestión del conocimiento organizacional, que le permita desarrollarse y permanecer en forma sostenible y sustentable.

En los aspectos económico-financiero, los cambios epidemiológicos globales continuarán impactando no solamente en los ámbitos social, biológico, psicológico, sino fundamentalmente en el aspecto económico-financiero, es decir, a la solvencia institucional, al patrimonio y a la disponibilidad efectiva. Por lo que constituyen variables importantes que requieren atención prioritaria para alcanzar una atención integral de salud, ya que de la visión gerencial estratégica, objetiva y futurística dependerá la gobernabilidad institucional, la supervisión continua del financiamiento garantizará la transparencia del buen uso de recursos económicos y financieros.

Parafraseando a los autores Robert Kaplan y David Norton, la gerencia de varios hospitales públicos y privados aún mantiene sistemas jerárquicos de planificación y control diseñados para la competitividad de la era industrial, donde las estrategias se determinan en lo más alto, luego ordenan a los directivos de menor nivel y al resto de empleados que actúen de acuerdo a estos planes, donde los directivos utilizan un sistema de control de gestión para supervisar y evaluar la eficiencia, la eficacia, la adquisición y uso de recursos; constituye un proceso de feedback de un solo bucle, es decir, los objetivos están determinados, no se cuestionan los métodos utilizados para conseguirlos.

Sin embargo, actualmente los hospitales del conocimiento son organizaciones que actúan acorde a la era de la información, de la comunicación, de la cibernética, no son lineales ni estables, los altos directivos realizan continuamente feedback de doble bucle, es decir, el entorno competitivo requiere que el personal directivo comparta, se comuniquen, mantenga continuamente informado al personal, sea abierto al análisis, que cuestione y permita cuestionar, reflexionar, que acepte sugerencias sobre si la teoría con la que iniciaron, o sus paradigmas deben continuar o no; que permitan imaginar nuevas estrategias para aprovechar sus fortalezas y oportunidades; que guíen y acompañen en la operacionalización de sus estrategias, actividades y acciones para hacer funcionar la organización hospitalaria en forma integral.

Partiendo de las definiciones del doctor Malagón en su libro *Administración Hospitalaria* “El hospital es un universo en el cual se encierran todas las complejidades imaginables, diferente al resto de organizaciones. La labor multifacética de dirección exige, preparación integral (...)” (Malagón, 2008, pág. 9). Indudablemente exige una gerencia con saber, saber hacer, saber compartir, saber dirigir en forma estratégica.

A continuación, algunas técnicas organizacionales:

Tabla 1

Técnicas Organizacionales

Nombre de la Técnica	Aplicación
Administración del cambio	Proceso continuo de adaptación a un entorno dinámico
Administración del conocimiento	Proceso sistemático de encontrar, seleccionar, organizar, disponer, presentar y compartir información para transformarla en conocimiento
Administración estratégica	Conjunto de compromisos, decisiones y acciones, requeridos para que una organización logre competitividad estratégica y rendimiento superiores al promedio
Administración por competencias	Proceso de identificación, atracción, organización y desarrollo de talentos para orientarlos hacia el logro de resultados, a través de alinear la cultura de la empresa, los roles y responsabilidades críticos de los procesos y los sistemas de evaluación de desempeño

Administración por valores	Práctica empresarial cuyo objetivo es motivar e inspirar a todos los que integran o interactúan con una organización, para generar un proceso de colaboración y trabajo en conjunto que permita pensar y expresar ideas libremente, convirtiendo a los valores en la base para la toma de las decisiones y el accionar en un clima de seguridad y confianza.
Administración por objetivos	Proceso a través del cual los niveles de decisión de una organización identifican objetivos comunes, definen áreas de responsabilidad en términos de resultados esperados y usan esos objetivos como guías para su operación.

Nota: Tomado del libro Organización de Empresas (Franklin E., 2009, págs. 275, 276)

Gerenciar un Hospital a través de equipos disciplinarios, es importante, la situación global actual, y la situación entrópica de los servicios de salud obliga a los profesionales del sector a cambiar su visión desde la gerencia hasta los niveles operativos, que permitan una administración y gestión pertinente, y que satisfaga las demandas sociales de servicios de salud.

Referencias

- Álvarez , F., & Taizal, E. (09 de 2013). *Gerencia de Hospitales e Instituciones de Salud*. (E. Ediciones+, Editor) Recuperado el 05 de 01 de 2024, de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=LsE0DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=administracion+de+hospitales&ots=vpWVrXhZp_&sig=1H-6gF4StByR5oZ0RDQLTvaFApGE#v=onepage&q&f=false
- Franklin, E. (2009). *Organización de Empresas*. Mc Graw Hill.
- Franklin, E. B. (2009). *Organización de Empresas* (Vol. 3ra Edición). México D.F.: Mac Graw Hill.
- Malagón, G. (2008). *Administración Hospitalaria* (3a. Edición ed., Vol. I). (Á. G. Madrid, Ed.) Bogotá, D.C., Colombia: Médica Panamericana. Recuperado el 14 de 03 de 2024
- Ministerio de Administraciones Públicas. (2006). *Guía de Autoevaluación para la Administración Pública* (Vol. I). Madrid: NIPO(MAP) 326-06-037-2.
- Ministerio de Salud Pública. (25 de 09 de 2012). *Estatuto Organico Gestion Organizacional por Procesos de los Hospitales*. (339), Especial, 27. (LEXIS, Ed.) Ecuador: Registro Oficial.
- Ministerio de Salud Pública. (25 de 09 de 2012). *Estatuto Organico , Gestión Organizacional por Procesos de Hospitales*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/ESTATUTO-GESTION-ORGANIZACIONES-HOSPITALES-RO-339-25-09-2012.pdf>



<https://lc.cx/wlL69n>

CAPÍTULO II

Gerencia Hospitalaria
Atención Integral

Guadalupe Ormaza

La Constitución de la República del Ecuador (2008), manifiesta:

“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado (...). La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 33.- El trabajo es un derecho y un deber social, y un derecho económico, fuente de realización personal y base de la economía. El Estado garantizará a las personas trabajadoras el pleno respeto a su dignidad, una vida decorosa, remuneraciones y retribuciones justas y el desempeño de un trabajo saludable y libremente escogido o aceptado.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.”

La Ley Orgánica de la Salud (2015), dispone:

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

Art. 11.- El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención, para el cumplimiento del Plan Integral de Salud de acuerdo con las demandas y necesidades de la comunidad.

Art. 196.- La autoridad sanitaria nacional analizará los distintos aspectos relacionados con la formación de recursos humanos en salud, teniendo en cuenta las necesidades nacionales y locales, con la finalidad de promover entre las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, reformas en los planes y programas de formación y capacitación.”

Según los Derechos Humanos y la Organización Mundial de la Salud (OMS 2023):

1. El derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados con la salud son compromisos jurídicamente vinculantes consagrados en los instrumentos internacionales de derechos humanos. La Constitución de la OMS también reconoce el derecho a la salud.

2. Todas las personas tienen derecho al más alto nivel posible de salud física y mental. Los países tienen la obligación legal de formular y aplicar leyes y políticas que garanticen el acceso universal a unos servicios de salud de calidad y aborden las causas profundas de las disparidades en materia de salud, incluidas la pobreza, la estigmatización y la discriminación.
3. El derecho a la salud es indisociable de otros derechos humanos, como el derecho a la educación, a la participación, a la alimentación, a la vivienda, al trabajo y a la información.
4. La Cobertura Sanitaria Universal (CSU) basada en la atención primaria de salud ayuda a los países a hacer efectivo el derecho a la salud al velar por que todas las personas puedan acceder de manera asequible y equitativa a los servicios de salud.

La base legal descrita dispone que la atención sanitaria, constituida como un derecho universal, exige la concientización de garantizar el acceso digno, oportuno, técnicamente competente, humanizado y conceptuado al paciente como un ser integral que demanda una atención asistencial consistente con su deber ser.

La salud en el Ecuador se ha estructurado en dos grandes sectores: la red pública integral de salud (RPIS) y la Red Privada Complementaria de Salud (RPC). El MSP, el MIESS y las municipalidades ofertan los servicios de salud a la población que no está asegurada; mientras que la seguridad social integrada por el Seguro Social Campesino (SSC), el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) extienden la prestación de servicios de salud a la población afiliada. La RPC abarca al grupo poblacional con capacidad económica para cubrir directamente sus atenciones asistenciales y al grupo poblacional capaz de adquirir un seguro privado (Grassi, 2019, pág. 1).

Con la finalidad de estandarizar, regular y establecer un control con la prestación de servicios de salud, se promulgó el Tarifario Único de Prestaciones y el Reglamento de Fijación de Precios de Medicamentos de Uso y Consumo Humano y el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos.

Respecto de la prestación de servicios del sector privado, incluye organizaciones de salud con fines de lucro, las cuales se encuentran asociadas a la

Asociación Nacional de Hospitales y Clínicas Privadas del Ecuador (ACHPE) (ACHPE, s.f.) y las que no tienen fines de lucro de la sociedad civil.

La OMS/OPS en su boletín Salud en las Américas en el año 2023 define claramente que, en el 2000, la población total de Ecuador era de 12 626 507 habitantes, y en el 2023 habría ascendido a 18 190 484, lo que representa un incremento de 44.1%. En cuanto al perfil demográfico del país, en el 2023 la población de mayores de 65 años representaba 8.1% del total de habitantes, lo que implica un aumento de 3.3 puntos porcentuales respecto del 2000; asimismo, en el 2023 se alcanzó una razón de 100.4 mujeres por cada 100 hombres y de 31.9 personas mayores (de 65 años o más) por cada 100 menores de 15 años, como se observa en la distribución por grupo etario y sexo de las pirámides poblacionales del país. Si se considera la población de 15 a 64 años como potencialmente activa, es decir, susceptible de participar en actividades laborales, esta representó 66.6% de la población total del país en el 2023, lo que equivale a 12 121 663 personas. Si a estos datos se agregan los relativos a la población potencialmente pasiva (4 599 799 menores de 15 años y 1 469 023 mayores de 65 años), se obtiene una relación de dependencia de 50.1 habitantes potencialmente pasivos por cada 100 habitantes potencialmente activos. Esta relación era de 67.4 en el 2000 (OPS, 2023). En lo que atañe a la esperanza de vida al nacer, para el 2023 fue de 78.1 años, cifra mayor al promedio de la Región de las Américas, esta cifra representa un incremento de 5.2 años respecto de lo informado en el 2000.

En Ecuador al 31 de marzo de 2023, el Ministerio de Salud Pública informa que a esa fecha el país dispone de 18 223 camas, lo cual cumple con el estándar internacional de 1 cama por 100 000 habitantes.

Bajo este contexto, la gestión hospitalaria privada desempeña un rol primordial en la red integral de salud, porque la Red Pública se apoya en la Red Complementaria para la prestación de servicios principalmente de atenciones de mayor complejidad.

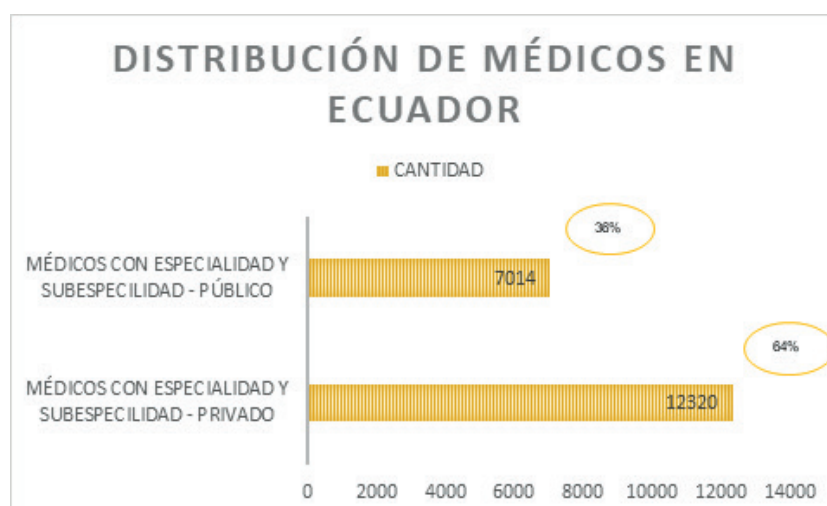
Gestión de Salud Hospitalaria

“El aporte a la salud, de la Red Complementaria es de un 37% de egresos hospitalarios, de la Red Pública un 63%, a esto suma que un 64% de médicos con especialidad y subespecialidad se ubican en el sector privado” (INEC, 2024).

En general, la red integral de salud de nuestro país tiene el siguiente componente:

Figura 1

Distribución de Médicos en Ecuador 2023



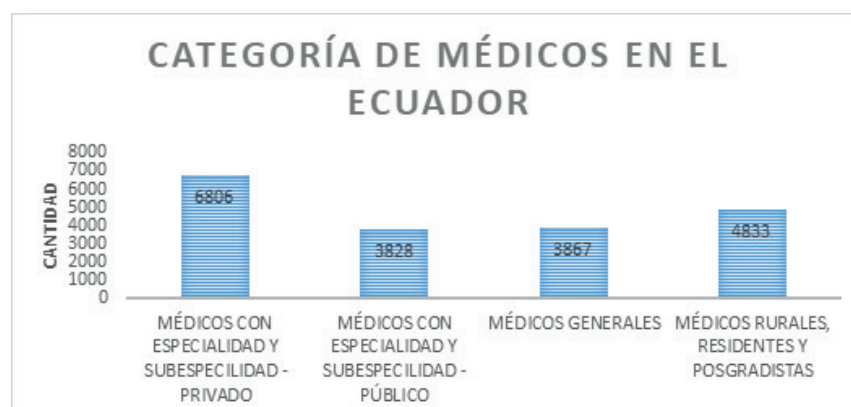
Nota: Tomado de (ACHPE, s.f.)

Respecto de los especialistas y subespecialistas del país, tenemos que, en Ecuador prestan servicios 119 466 profesionales de salud. De ese total, 35 118 son médicos; de ellos, el 55% (19 334) son especialistas y subespecialistas, mientras el 20% son médicos generales y el 25% médicos rurales, residentes y postgradistas.

El sector privado aglutina a 12320, esto es el 64% de los médicos especialistas y sub especialistas del país. El sector público cuenta con 7.014, es decir el 36% de los médicos especialistas y sub especialistas (ACHPE, s.f.).

Figura 2

Categoría de médicos en Ecuador



Nota: Se grafica el número de médicos en cuatro grupos diferenciados: Médicos con especialidad y subespecialidad en el sector privado, Médicos con especialidad y subespecialidad en el sector público, Médicos generales y Médicos rurales, residentes y Posgradistas.

Según registro estadístico del INEC respecto de egresos hospitalarios y camas disponibles al año 2022, se obtiene la siguiente información:

Tabla 2

Egresos hospitalarios y establecimientos de salud

Egresos Hospitalarios	
Total, nacional	1 130 603
Sector público	729 077
Sector privado con fines de lucro	313 751
Sector privado sin fines de lucro	87 775
Establecimientos de Salud	
Total, nacional	632
Sector público	180
Sector privado con fines de lucro	412
Sector privado sin fines de lucro	40

Nota: Tomado de (INEC, Registros Hospitalarios, 2024)

La gestión administrativa hospitalaria entonces, es un arte estratégico de alta responsabilidad, que compromete la competencia técnica, el conocimiento del comportamiento de la salud, habilidades, intuición y vocación de servicio con mirada empresarial es comprender la magnitud del riesgo, la dimensión de la oportunidad y el escaso o nulo espacio al error.

Por lo tanto, amerita la concientización de que la Administración Hospitalaria está lejos de ser un campo experimental que da cabida a “curvas de aprendizaje” largas y dolorosas de incuantificables pérdidas tangibles e intangibles.

Ha sido histórico el enfoque de la salud en nuestro país con mirada curativa, que apenas es una parte de la gestión de salud, puesto que los esfuerzos se requieren para trabajar sobre la cultura de prevención.

El hospital es el centro de convergencia de múltiples disciplinas de la salud, en donde se encuentran especialidades distintas que requieren de formación especializada distinta, que no debe permitir la improvisación ni la suposición de alcances de funciones cuyos resultados pueden ser funestos.

Conforman el hospital departamentos en función del nivel de complejidad y de ahí su categorización; sin embargo, existen departamentos que son fundamentales en este tipo de organizaciones como son los departamentos llamados de diagnóstico.

La Gerencia Hospitalaria en general implica una gestión y administración muy singular porque son múltiples especialidades en diferentes departamentos en un mismo negocio, con la particularidad que el paciente admitido recibe la atención de la gran mayoría de departamentos.

El gerenciar un hospital va desde la administración y gestión hotelera, restaurante, lavandería, central de esterilización, servicios generales, hasta terapia intensiva, quirófanos, emergencia, consulta externa, en muchos casos terapia física, terapia respiratoria, y gestión técnica especializada como laboratorios biomédicos, imagenología, gestión de medicamentos, procedimientos endoscópicos, ingeniería biomédica, etc., que visto en la modernidad de la demanda para cumplir expectativas debe incorporarse la calidad, gestión de riesgos, la voz del cliente, servicio a domicilio, etc.

Son varias las características que debe cumplir esta gerencia integral de salud, a través de programas de salud ocupacional, ambiental, de investigación, docencia, referencia y contrarreferencia, más otros que la normativa legal vigente local y nacional exige.

Administración responsable

Inicia con definir el contexto organizacional, la declaración del marco ético que encamina un enfoque centrado en la Cultura de Seguridad del Paciente, una Cultura de Reporte y Registro, dentro de un ambiente de libertad con alta concientización de la disciplina, autocontrol y fomento de la toma de decisiones basada en evidencia.

De la mano de la ética va la bioética, base de la gestión resolutive, cuyo fundamento se sostiene en el juicio moral, criterios definidos con racionalidad, principio de justicia, equidad e interacción con las partes interesadas, que no

dan cabida a una cultura de culpabilidades que derivan en acciones punitivas, que difícilmente permiten mantener el control, el seguimiento y la medición genuina.

Ejercer la administración responsable es establecer un orden y una organización con estructura, acompañada de un organigrama funcional descriptivo claro, que haga factible trazar un plan estratégico con objetivos estratégicos retadores que incentiven la ejecución planificada, el trabajo en equipos multidisciplinarios, la gestión transparente de recursos con revisiones periódicas de presupuestos, estados de ingresos y gastos, previsiones, justificación tangible de soporte, que genere un ambiente laboral de bienestar, confianza que redunde en la seguridad del talento humano.

Dentro de los elementos administrativos primordiales está la gestión por procesos, la interacción participativa inclusiva en donde el alcance de la atención sea al paciente con su familia y/o acompañantes, la comunidad y el ambiente. Hacer del hospital un centro integral prestador de servicios y no una estación de ayuda, en donde marque la gran diferencia la actitud del personal comprometido con su vocación de servicio, acompañada de un ambiente físico funcional, limpio, claro, ordenado que transmita respeto a la dignidad de todos los clientes externos e internos.

Gestionar el acceso a la tecnología avanzada es una inversión necesaria para mejorar la capacidad en la entrega de oportunidad, pertinencia y asertividad en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Así también, elaborar el plan de capacitación integral para el recurso humano con base en las necesidades identificadas de las partes interesadas y proyecciones de la organización, de manera que aseguren la actualización, el conocimiento y por ende, la competencia técnica de vanguardia.

En este punto no podemos olvidar que, pese a que rige en cualquier ámbito de administración la responsabilidad y rendición de cuentas, en el sector salud es diametralmente visible la responsabilidad y competencia técnica, razón por la cual, no sólo el enfoque en procesos, el contexto organizacional y políticas claras se requieren para garantizar las buenas prácticas técnicas-administrativas asistenciales. Es imprescindible el fomento de la cultura de la seguridad del paciente, como antesala de la cultura de la atención centrada en la persona, lo cual conlleva hacia la humanización de la atención y prestación de servicios de salud.

Este nuevo ámbito exige la comunión de comportamientos, tanto organizacional como personal, refiriéndose al de cada uno de los miembros del equipo

hospitalario. Las actitudes personalizan el servicio aportando en alto grado al “journey” del paciente.

El facilitador con liderazgo

El hospital es una instancia particular, en donde se desarrollan situaciones simples hasta las de inimaginable complejidad que no se repiten en ningún otro centro de negocio. Es tan particular, que los factores biológicos y fisiológicos propios de cada uno de los pacientes pueden requerir en ocasiones la singularización de la gestión de procesos, el paciente es único como ser individual, es imposible que el paciente a la admisión ingrese en un macroproceso de producción masiva con ingresos y salidas que permitan colocar en ocasiones un sello de “producto no conforme”, con posibilidad de reciclaje.

El gerente en un hospital es el líder principal, debe tener franca conciencia de que es el ejemplo de ética, moral, disciplina, trabajo y liderazgo, capaz de fomentar la comunicación transparente y conocedor del ambiente interno y externo de su casa de salud. Es de quien depende el ambiente de seguridad y confianza en que se desarrollen las actividades de todos los procesos hospitalarios.

Cumpliendo con este rol, la Gerencia Hospitalaria cumplirá con ser facilitadora, es decir, volcará su gestión al trabajo en equipo, fluirá su poder de gestión hacia la toma de decisiones compartida, lo que será de estímulo para fortalecer el compromiso al servicio de los clientes externos e internos. Al deslindar la necesidad de reconocimiento y protagonismo, la Gerencia Hospitalaria ganará autenticidad, convirtiéndose en una verdadera autoridad en la organización, merecedora del respeto que a su vez posicionará su Liderazgo.

Esta posición facilitadora permitirá consolidar un equipo de liderazgo comprometido y fusionado con sus equipos de trabajo operativo, es decir, el hospital estará preparado para que surja la innovación, desarrollen proyectos que resulten diferenciadores en el mercado de la salud. Alcanzarán una relación ganar-ganar que se revertirá en el espíritu de trabajo proactivo, con alta resiliencia y fidelización del capital humano.

La conceptualización de Facilitador Líder le permitirá el acompañamiento en la gestión del cambio para dar respuesta a sus necesidades emergentes del proceso. Además, le facilitará acoger y comprender aquella sabiduría que surge del hacer de los equipos operativos.

En este punto, la necesidad de la comunicación eficaz es mandataria, definiendo canales formales, viables que permitan el acceso a una expresión activa, ordenada, objetiva, respetuosa y oportuna. Esto implica también estar en capacidad de acoger y procesar la retroalimentación de crítica y expresión de emociones. Siempre asegurando que la información sea receptada transmitiendo el mensaje exacto en su dimensión y profundidad.

Tanto la gobernanza como el liderazgo tienen la obligación de establecer los canales y soporte de la comunicación externa e interna, respectivamente, lo cual fortalecerá el enfoque en el conocimiento, en la información oportuna y la garantía de la confidencialidad y privacidad del paciente.

La posición facilitadora demanda alta capacidad resolutive, conciliatoria y objetiva, apartando el subjetivismo a través de asimilar la información basada en evidencia y la gestión documental. Bajo el principio de trabajo en equipo y participación de las partes interesadas se puede cumplir con este requerimiento.

Tomar la calidad en la magnitud de su alcance es vital en la gestión hospitalaria moderna, la política de autoevaluación constante con retroalimentación debe ser familiar en la organización para lograr identificar las oportunidades de corrección de los procesos, y así alcanzar una mayor eficacia, eficiencia y también aprovechar las oportunidades de mejora identificadas. La medición favorece sustancialmente en la pertinencia y oportunidad en la toma de decisiones, la calidad es transversal en la gestión hospitalaria, es el brazo asesor establecido en la política organizacional, encaminado al manejo de riesgos, la prevención y al control y seguimiento, es decir es el soporte fundamental en la Cultura de Seguridad del Paciente, Cultura de Reporte y Registro y en la Atención Centrada en la Persona. Mejor aún, canalizar todo el trabajo integral de calidad que abarca la gestión asistencial al igual que la administrativa, incluyendo como objetivo estratégico implementar estándares para obtener la acreditación internacional.

Costos de la no calidad

Resulta inconcebible pensar que en el ámbito de la salud aún persiste la idea de que “calidad” es un “gasto”, que además no tiene otra significancia que “hacer papeles” para obtener un certificado. De esta concepción deriva que, a la hora de establecer un Departamento de Calidad, se asigna recurso

humano que en otras áreas no son necesarios, o su rendimiento no cumple con los objetivos, o el personal debe dividir su tiempo, primero realiza actividades en el departamento al que pertenece y luego complementa con actividades de calidad.

El Departamento de Calidad constituye el eje transversal hospitalario, es decir, participa a través de la estructura de procesos, seguimiento, control, evaluación y medición, en toda la organización. Calidad resulta ser parte medular para el direccionamiento de la toma de decisiones de la Gerencia Hospitalaria, y, precisamente el reporte de la gestión de Calidad es directamente a la Gerencia Hospitalaria, para evitar el conflicto de intereses que pudiera surgir con otro inmediato superior que delimitaría y/o comprometiera su ámbito de acción.

Los llamados Costos de la No Calidad son fallos/errores internos y/o externos, que se refieren a costos que en las organizaciones no se identifican con claridad, es más, pasan por desapercibidos y que tienen gran impacto, causando dificultad a la hora de calcularlos.

Los errores/fallos internos son todos aquellos que se producen por la falta de estructura de procesos, por incumplimiento de procesos sea por acción u omisión, por falta de homologación y/o estandarización de procesos.

Los errores/fallos externos son todos aquellos que el paciente, familia o acompañante identifica. Son los de mayor gravedad e impacto, muchos de los cuales no se pueden cuantificar por la dimensión intangible que suma a la tangible y con seguridad significan para la organización los de mayor costo.

En la tabla 3 se presentan algunas fuentes que generan Costos de la No Calidad:

Tabla 3

Costos de la No Calidad

ERROR/FALLO	COSTOS DE LA NO CALIDAD
Rotación del personal	Curva de aprendizaje, inducción, orientación y entrenamiento implica necesidad de recursos y tiempo
Mano de obra barata Competencia técnica pobre	Equivocaciones técnicas, necesidad de acompañamiento, revisión y duplicación de actividades y tiempo de respuesta, a más de recursos el riesgo alto de impacto al paciente es incuantificable

Capacitación interna	Limitación a la innovación, pobre capacidad resolutive, desventaja competitiva
Improvisar personal administrativo	Es más productivo, requiere menos recursos y el riesgo se minimiza si a un técnico se le prepara para administrativo, en lugar de que a un administrativo se le asigne procesos técnico-asistenciales. El riesgo es altísimo por omisión y por acción
Comunicación deficiente	El desconocimiento del core del negocio limita a la Gerencia y tiende a crear un círculo que autolimita su gestión y genera dependencia con alto riesgo en la toma de decisiones
Decisiones en compra de insumos, reactivos, materiales, etc.	El desconocimiento del core de negocio limita la toma de decisiones. Comprar sin prevalencia del criterio técnico incrementa el riesgo e impacto directo al paciente, a más de decaer en procesos mecánicos con criterios elementales subjetivos para definición de compras
Mantenimiento preventivo	El desconocimiento del core de negocio y falta de criterio técnico conduce a considerar el mantenimiento preventivo como gasto/pérdida de recursos y la incertidumbre de la veracidad de resultados que fueron de impacto directo a la Seguridad del Paciente
Mantenimiento correctivo	La falta de criterio respecto al mantenimiento preventivo y más aún predictivo conduce al mantenimiento correctivo que genera mayor necesidad de recursos e incluso puede repercutir en el tiempo de vida útil de equipos y en el costo incalculable bajo el factor de la incertidumbre de la veracidad de resultados que fueron de impacto directo a la Seguridad del Paciente
Accidentes de trabajo	La falta de criterio técnico, falta de procesos, falta de capacitación, seguimiento y control, genera gastos que bien pueden ser causa de demandas por incumplimientos de normativa, procesos y estándares
Duplicación o repetición de tareas y actividades	La falta de enfoque en procesos, falta de la cultura de calidad y seguridad del paciente genera superposición, duplicación, falta de homologación, ausencia de estandarización de procesos, lo cual implica mayor gasto de recursos y tiempo
Incumplimiento de tiempos de respuesta	El riesgo alto de impacto al paciente es incuantificable porque afecta la oportunidad del diagnóstico y tratamiento del paciente. Además de generar mala percepción del servicio en el círculo del paciente

Seguridad de la información	Exposición franca por incumplimiento de la ley de protección de datos, normas nacionales y estándares internacionales
Reemplazos por improvisación	El considerar que el título de un profesional le garantiza el ejercicio inmediato en cualquier posición improvisada genera alto riesgo para el profesional y con alto riesgo de impacto en el paciente
Generación de devoluciones	Rotación del personal, mano de obra barata, competencia técnica pobre, falta de capacitación conducen a la necesidad de revertir procesos por errores de acción u omisión
Servicios y/o productos “gratuitos” por compensación	Las compensaciones, gratuidad y otros mecanismos no siempre cumplen el efecto de la compensación; por el contrario, generan dudas y desconfianza en el cliente sobre la prestación de servicios recibidos
Quejas y reclamos	Aquellas que llegan a visibilizarse son la punta de iceberg, no se visibiliza cuánto impacto y en cuántos clientes; a más de gastos asignados en cuanto a recurso humano y tiempo destinado a la resolución
Demandas	Desembocan por la secuencia de errores/fallos en los procesos, inexistencia de enfoque en procesos, falta de capacitación, debilidad o deficiencia en la cultura de seguridad del paciente, cultura de reporte y registro, es decir, en debilidades relativas a Calidad y Seguridad del Paciente
Ahorros	Aparentes ahorros que muchas veces son premiados, que no se analizan técnicamente, son verdaderos focos de alto riesgo a la Seguridad del Paciente, familia, comunidad y/o medio ambiente
Rapidez	El mal entender que lo rápido es sinónimo de calidad es causa de fallos/errores que pueden derivar en eventos centinela, inclusive hasta en la muerte de pacientes
Desperdicio	Rotación del personal, mano de obra barata, competencia técnica pobre, falta de capacitación, adquisición equipos, materiales e insumos “baratos” sin criterio técnico, conducen a la necesidad de revertir procesos por errores de acción u omisión, que conducen a mal uso de recursos
Fuga de eficiencia y eficacia	Organizaciones con conceptualización de calidad como gasto, o implementación por cumplir con un mandato de la autoridad, no generan Cultura de Calidad, lo cual provoca una gestión inmatematista para apagar incendios

Falta de reconocimiento	Organizaciones con débil gestión de gobernanza y/o liderazgo conducen al desgaste profesional causado por la desmotivación, resentimiento, percepción de injusticia, que provoca incremento de conflictos internos, disminución de la productividad y finalmente pérdida del mejor recurso humano
Eventos adversos leves, moderados y graves	Afectación al paciente que se puede extender a la familia, la comunidad e inclusive al medio ambiente. Cuasi-eventos, eventos adversos y eventos centinela

Nota: Tomado de (SECIP, 2016)

En definitiva, la administración y gestión hospitalaria es muy demandante e implica la conjunción de habilidades y destrezas personales que requieren del liderazgo que genere diálogos de enseñanza como engranaje permanente, a lo cual se suman los Comités que aportan significativamente como canales a través de los cuales la data e información proveniente de los indicadores hospitalarios, son analizados por los equipos de trabajo, considerando que los indicadores son una herramienta parametrizada en función de un objetivo específico, la métrica asignada, la frecuencia definida, la meta alcanzable y vinculado directamente a cada proceso hospitalario.

Este estudio periódico permanente en base a los indicadores KPi, permite que la organización a través de la gestión gerencial realice la planificación para un eficaz y eficiente control administrativo de recursos humanos y materiales, alineados a los objetivos estratégicos hospitalarios, que garanticen la seguridad del paciente, su familia, la comunidad y el ambiente, durante los actos de la atención en el journey del paciente.

Implica, además, que con base en los datos de medición que aporta el indicador, puedan ajustar, corregir o avanzar hacia los objetivos estratégicos diferenciadores, conocer la adherencia a la Cultura de Seguridad del Paciente, conocer la adherencia a la Cultura de Reporte y Registro y un tema muy importante que fácilmente se pone de lado: la retroalimentación, que permite alinear a los equipos de trabajo para mejorar resultados.

Entonces, se evitará la ceguera administrativa, disminuyendo los costos ciegos, cortando la ineficiencia de la permanente delegación del liderazgo, superando situaciones de privilegios y apartando de la gobernanza los lentes “ojo de pez”, para lograr ganar el respaldo presencial del facilitador líder abierto al

arte de escuchar y cohesionando al grupo operativo con su equipo de liderazgo. Será reconfortante la generación de un ambiente de desarrollo laboral de bienestar, compromiso, corresponsabilidad y trabajo en equipo.

Referencias

- ACHPE. (s.f.). El sector privado de salud es un socio estratégico en el sistema de salud ecuatoriano. <https://achpe.org.ec/el-sector-privado-de-salud-es-un-socio-estrategico-en-el-sistema-nacional-salud-ecuatoriano/>
- Grassi, M. P. (11 de 2019). Salud, Institucionalidad. https://www.bcn.cl/asesoriasparlamentarias/detalle_documento.html?id=75418
- INEC. (07 de 2024). *Boletín Técnico: Camas y Egresos Hospitalarios*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/2023/Boletin_tecnico_ECEH_2023.pdf
- INEC. (07 de 2024). *Registros Hospitalarios*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/2023/PPT_Camas_y_Egresos_Hospitalarios_2023_F.pdf
- SECIP. (5-7 de 05 de 2016). 31 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos.



<https://goo.su/zglg5>

CAPÍTULO III

Administración Estratégica de Hospitales

Marco Vinicio Álvarez y Susana Emperatriz Escudero

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (Salud O. M., 1946)

La Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible fue aprobado por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en el año 2015, se estableció como una oportunidad que los países emprendan un nuevo camino hacia mejorar la vida de todos sin dejar a nadie atrás. Esta agenda cuenta con 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, que se incluyen principalmente (...); Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

La Constitución de la República del Ecuador en su Art. 32, establece: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

La Ley Orgánica de la Salud, en el Art. 3, indica, “La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado”.

En el Plan Nacional de Oportunidades del Gobierno Nacional 2021-2025, Eje Social, Objetivo 6. Indica, garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad; se basa en una visión de salud integral, inclusiva y de calidad, a través de políticas públicas (...).

Es importante que la salud pública tenga muy claro las funciones que tiene como responsabilidad, entre otras, la promoción de la salud mediante el desarrollo de ambientes y estilos saludables para toda la población, permitiendo tener un sistema de prevención de enfermedades a nivel nacional, esto constituye la base para tener una población más sana y la demanda de servicios de salud disminuya.

La protección específica mediante la inmunización y la aplicación de micronutrientes es fundamental para la prevención y el tratamiento de las deficiencias nutricionales en forma general, previniendo enfermedades crónicas como la ceguera en niños, el bocio, anemia, entre otras, permitiendo o asegurando el desarrollo saludable, prevenir múltiples enfermedades y mejorar la calidad de vida de la población en general; la atención en las unidades médicas de salud

mediante un diagnóstico fidedigno para un tratamiento acorde a la enfermedad; y de ser necesario, una rehabilitación continua hasta su total recuperación o curación.

Para cumplir en forma adecuada y con excelencia, se debe llevar a cabo estas funciones, considerando diferentes tipos de apoyo como la educación, la investigación, la legislación sanitaria y la administración de los diferentes servicios de salud, esto permitirá una excelente gestión de recursos y poner en ejecución buenas prácticas gerenciales. Las prácticas de prevención y curación son mucho más factibles realizarlas en un hospital, mismo que juega un papel importante en la salud pública, permite una atención médica especializada, que no la podemos encontrar en unidades médicas de primer nivel de complejidad.

Un hospital dispone de equipos de última tecnología para diagnósticos avanzados, como aceleradores lineales, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, que son fundamentales para el descubrimiento y localización de enfermedades que no se pueden diagnosticar a simple vista, el buen funcionamiento y mantenimiento de la infraestructura hospitalaria es indispensable para brindar un servicio de atención continuo, sea en el ámbito público o privado; para esto se requiere de una administración eficaz y transparente de aquellos que han sido designados como Gerentes Hospitalarios, que tienen la misión de liderar un hospital en varios campos con el apoyo de todo su equipo de trabajo.

Es importante considerar el concepto de hospital para tener una idea clara de lo que se va a administrar “es un establecimiento público o privado con población definida, talento humano competente, que brinda servicios y atención continua de calidad en salud, (...) pretende prestar los servicios con óptima calidad (...), el hospital es una empresa que ofrece servicios de salud” (Álvarez & Faizal, Gerencia de hospitales e instituciones de salud, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define el hospital como “una parte integrante de la organización médica social, cuya función es la de proporcionar a la población atención médica completa, tanto preventiva como curativa (...) el hospital es un centro para la preparación y adiestramiento del personal que trabaja en salud y un campo de investigación biosocial” (Malagón, Administración de Hospitales, 2000).

El conocimiento y experiencia obtenido en la Gerencia Hospitalaria permite manifestar que los Administradores de Hospitales son responsables de una variedad de tareas, en las que se incluyen en primer lugar la planificación a corto plazo y se la puede considerar una de las más importantes dentro del liderazgo de un Gerente Hospitalario y en la gestión efectiva de un hospital, en vista que su desempeño en las funciones puede ser de un tiempo corto, de tal forma que debe establecer objetivos y trazar gestiones específicas que deben ser ejecutadas en un periodo breve, respondiendo en forma ágil a los desafíos del día a día en los diferentes campos hospitalarios, así: mantener una efectiva organización diaria, semanal y mensual en lo relacionado al buen manejo de recursos en general y del talento humano como médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal técnico y administrativo, asegurarse que los procesos y procedimientos diarios del hospital se realicen con fluidez y sin contratiempos, desde la admisión de pacientes, la atención emergente y en los diferentes servicios hasta el alta médica.

Una forma de asegurar que el hospital funcione de forma eficiente y eficaz es verificar el buen estado del equipamiento y abastecimiento de suministros médicos, así como disponer de un plan de contingencia listo para hacerlo efectivo en situaciones inesperadas, tanto internas como externas, garantizando una respuesta rápida y efectiva.

Las políticas de salud hay que actualizarlas y mejorarlas, de tal forma que tenga un impacto positivo en el funcionamiento general del hospital a corto plazo, de no existir, se deberá realizar las directrices en forma inmediata en coordinación con el equipo de trabajo y que abarque todas las áreas técnicas, operativas y administrativas. Dentro de estas políticas/directrices, deberán constar los diferentes programas logísticos que permitan poner en ejecución el mantenimiento preventivo y correctivo en forma regular, tanto para la infraestructura hospitalaria, como para los equipos médicos en general.

En coordinación con talento humano, la dirección médica o la dirección de servicios de salud hospitalarios dependiendo el nivel, desarrollar un programa de capacitación para el personal médico, de enfermería, técnicos clínicos, tecnólogos, logrando de esta manera mantener la calidad del servicio, responder a los avances científico y tecnológicos, que involucren cambios en los procedimientos médicos.

En coordinación con la dirección administrativa y financiera. elaborar directrices para una eficiente administración del presupuesto anual, la asignación

de fondos de acuerdo con las necesidades principales y secundarias, así como para los diferentes proyectos que garantizan un adecuado manejo operativo, y que los recursos se utilicen de manera óptima, gestionar la facturación y registro contable oportuno, y asegurar la solvencia financiera de la institución.

Es importante realizar evaluaciones periódicas que nos permitan a corto plazo mejorar la calidad de los servicios, considerando las expectativas del personal médico, así como también las necesidades de los pacientes en general, esto nos permitirá verificar las necesidades de contratación de personal médico y la capacitación adecuada que garantice que cumplan con las obligaciones y regulaciones profesionales y los estándares de atención al paciente. Debemos asegurarnos en coordinación con el departamento jurídico, el cumplimiento estricto de las diferentes leyes, normas, permisos de funcionamiento y regulaciones que disponga el ente rector de la salud en el Ecuador, que es el Ministerio de Salud Pública, así como también implementar sistemas de gestión de calidad que permitan la acreditación del hospital bajo normas nacionales e internacionales que certifiquen la seguridad y la calidad de la atención.

Es necesario disponer de un Departamento de Comunicación Social y un equipo capacitado que permita gestionar las relaciones públicas del hospital y comunicar sus servicios y logros a la comunidad local, nacional e internacional.

Todos estos puntos tratados hacen que la planificación a corto plazo sea una herramienta fundamental para la administración gerencial hospitalaria, permite ser efectivos y eficaces en forma diaria, en eventos imprevistos, sin descuidar la planificación estratégica a largo plazo que nos permitirá mejorar los diferentes servicios, expansión de infraestructura y adopción de tecnología avanzada.

La planificación estratégica en un hospital sea público o privado es un proceso sistemático que orienta al Gerente Hospitalario a tomar decisiones y asignar recursos para alcanzar las metas planificadas a largo plazo que mejoren los servicios de salud. Este proceso es esencial para asegurar que un hospital pueda responder eficazmente a las cambiantes demandas de salud de la población y a los desafíos del entorno de atención médica.

El Gerente Hospitalario debe tener en cuenta que la Planificación Estratégica es fundamental para los objetivos a largo plazo del hospital, razón por la cual debe conocer en forma clara lo que es la Misión y Visión de este, que son la base fundamental para poder desarrollar las operaciones, las estrategias y los objetivos del hospital.

La misión nos permite describir la intención principal que debe tener un hospital, que es, de proveer servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia en investigación pública y en el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.

La visión de todo hospital público y privado le permite llegar a futuro en forma adecuada y establecer hacia dónde quiere llegar, siendo una guía para llevar en forma adecuada a la planificación a largo plazo, y ser reconocidos por la ciudadanía como un hospital accesible, que presta una atención de calidad, que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de una forma eficiente.

Es obligación del Gerente Hospitalario revisar, actualizar y establecer la misión y la visión y dar a conocer a todo el personal profesional de la salud, técnicos, operativos y administrativos, ya que estos dos parámetros esenciales proporcionan una dirección y un marco para todas las actividades estratégicas del hospital en todas sus áreas, alineando recursos y esfuerzos hacia un objetivo común.

Una vez clara la visión y misión, es importante realizar un análisis integral del entorno hospitalario, para ello se precisa cumplir con un proceso que comprende varios puntos específicos relacionados con: la evaluación de las instalaciones e infraestructura física en general, disponibilidad de equipos médicos de tecnología de avanzada, instalaciones de urgencia y emergencia, quirófanos, accesibilidad y espacios suficientes para una adecuada atención médica con las debidas seguridades.

Luego de la pandemia COVID-19, el mundo ha tenido cambios considerables a nivel mundial en todos los ámbitos y en especial en el campo de la medicina, ha cambiado la historia de esta y que permanecerán a futuro, razón por la cual se debe disponer de un adecuado sistema de información hospitalaria que permita brindar servicios de telemedicina, salud mental y servicios de cuidados paliativos.

En coordinación con Talento Humano y la Dirección Médica o Dirección de Servicios Hospitalarios verificar la cantidad y calidad del personal profesional de salud, y del personal administrativo, considerando su formación, capacitación actualizada y experiencia.

Es crucial en la época emergente global, con el avance de la ciencia y la tecnología, realizar un estudio, evaluación y actualización según corresponda de los procesos médicos, operativos y administrativos que son la base fundamental para cumplir estándares de calidad en todos los campos.

Revisión de protocolos de seguridad, gestión de residuos hospitalarios que cumplan con las regulaciones sanitarias en vigencia, control de infecciones, satisfacción del paciente y personal de salud. Todo esto nos permitirá mejorar en el cumplimiento de metas y en la acertada toma de decisiones para optimizar la atención al paciente y asegurar la sostenibilidad del hospital en un entorno competitivo; definir objetivos claros para una eficiencia operativa mediante la formulación de estrategias para la apertura de nuevos servicios, que se podrán poner en ejecución a través de la presentación de proyectos, para mejorar continuamente la calidad de la atención y cumplir con una atención digna, eficaz y eficiente al paciente en general.

Un objetivo fundamental en la Gerencia de Hospitales es procurar un ambiente de gobernanza institucional sostenible, que fomente una atención médica con calidad y calidez, que permita llegar a la excelencia en el servicio; mantener la coordinación en la parte administrativa-financiera, así como contar con un sistema informático capaz de manejar eficientemente la historia clínica de los pacientes, de ello depende significativamente la sostenibilidad y sustentabilidad hospitalaria.

Así como es importante la planificación a corto plazo, la planificación estratégica, es crucial, permite administrar los hospitales con un enfoque en valores, implica priorizar principios éticos y morales en todas las decisiones y operaciones que ejecuta el gerente hospitalario y todo su equipo de trabajo, de esta forma se garantiza una administración y gestión con ética, observando las normas, con transparencia y respeto a los recursos institucionales.

Los valores pueden incluir la responsabilidad de tomar decisiones en la administración de recursos administrativos y financieros, en la gestión de atención al paciente, al personal, médico, administrativo, y en especial al sistema de control gubernamental; profesionalismo, desempeñándose con competencia, capacidad, aptitud, idoneidad, y en especial compromiso, aplicando el conocimiento y las habilidades necesarias para desempeñar las funciones asignadas por competencia y no por favoritismo.

Empatía: es decir ser sensibles a las necesidades del paciente y en especial a sus familias, brindándoles una atención que alivie su dolor y angustia; integri-

dad, ser honesto y ético evitando conflictos de interés y actuando de manera justa, manteniendo la confianza y credibilidad de la población en general.

Eficacia y eficiencia: optimizar los recursos y procurar una mejora continua de los procesos en general para ofrecer servicios de calidad al paciente y sus familiares, alcanzando los objetivos y metas propuestas; equidad, mediante un trato con justicia, con igualdad de oportunidades y sin discriminación, garantizando un mismo trato a los pacientes, mismo nivel de atención sin considerar su origen, estatus socioeconómico, o condición médica; respeto, mediante el trato a los pacientes, familias y el personal con dignidad y decencia, reconociendo y valorando las diferencias individuales, culturales y personales.

Innovación: tener una mente abierta y dispuesta a implementar ideas nuevas, tecnologías de punta, fomentando la investigación, el desarrollo, y capacitación continua de todo el personal médico y administrativo; transparencia, un adecuado manejo de recursos públicos, dar las facilidades necesarias para tener una comunicación abierta con los pacientes y sus familias, para que puedan conocer de cerca los tratamientos, los procedimientos y las políticas del hospital.

Trabajo en equipo y servicio social: conformar un equipo de trabajo de personal médico y administrativo altamente calificado en apoyo al liderazgo gerencial hospitalario, que sean comprometidos con la institución, priorizando el interés general, trabajando por el bienestar común, fomentando un ambiente de trabajo con actitud mental positiva y motivando al personal para que adopte principios y valores en su rutina diaria, es decir, *administrar con las puertas abiertas, cero tolerancia a la corrupción en todos los sentidos*, fomentar valores constituye la base fundamental para una cultura organizacional hospitalaria digna.

A continuación, una propuesta de estructura hospitalaria desde el punto de vista estratégico gerencial.

Figura 3

Estructura Gerencia Hospitalaria



Referencias

- Álvarez, F., & Faizal, E. (2013). En F. Álvarez, & E. Faizal, Gerencia de hospitales e instituciones de salud (pág. 327). Bogota, Colombia, Colombia: Ecoe Ediciones.
- Malagón, G. (2000). Administración de Hospitales. Bogota, Colombia: Médica Internacional Ltda.
- Salud, O. M. (22 de julio de 1946). Recuperado el 2024, de https://www.google.com/search?q=definicion+de+salud+de+la+OMS&rlz=1C1CHBF_esE-C1035EC1035&oq=definicion+de+salud+de+la+OMS&gs_lcrp=EgZ-jaHJvbWUyCQgAEEUYORiABDIHCAEQABiABDIHCAIQABiABDI-ICAMQABgWGB4yCAGEEAAYFhgeMggIBRAAGBYHjIICAYQAB-gWGB4yCAGHEAAYFhgeMggICBAAG



<https://lc.cx/Uid9tU>

CAPÍTULO IV

Gerencia y Administración de Hospitales de la Policía Nacional

Cecilia Andrade Arias

Figura 4

Policía Nacional- Hospital Quito

Nota: Tomado de la Web: (Ministerio de Gobierno, 2015)

La salud es un derecho irrenunciable conforme señala la Constitución de la República del Ecuador, en artículo 32 manifiesta que la salud es una prioridad, al igual que la educación, el agua, el derecho a la vida, a la naturaleza, entre otros.

La Policía Nacional, al ser parte del Ministerio del Interior, vela por la salud y bienestar de los servidores policiales en servicio activo, pasivo, derechohabientes y también de todas las personas que integran la Red de Salud Pública Integral. Los servicios que brinda la Policía Nacional a través de la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud se distinguen por una atención de calidad, oportuna e integral.

El Subsistema Nacional de Salud de la Policía Nacional del Ecuador es administrado por la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud, que se enmarca bajo los lineamientos del Ministerio del Interior, regido por el Ministerio de Salud Pública y comprende todos los niveles de atención de la salud policial.

La gestión que viene realizando la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud en la transformación del sistema de salud policial se destaca por la implementación del modelo de atención integral en salud basado en el afianzamiento de la atención primaria de salud renovada, el recurso humano calificado, la adecuación y modernización de la infraestructura de los centros de salud a nivel nacional, así como el equipamiento de cada uno de ellos con tecnología moderna.

El subsistema de salud de la Policía Nacional, al formar parte de la Red Pública Integral de Salud, se ha permitido el acceso a los servicios de salud públicos, de nuestros compañeros policías y sus familiares, sobre todo en las provincias donde no contamos con centros de salud de segundo y tercer nivel.

La Dirección Nacional de Atención Integral en Salud desarrolla y elabora estrategias para enfrentar los retos presentes y futuros, trabajando siempre para brindar una atención digna a quienes lo requieren y garantizar servicios de calidad a todos los usuarios, cada acción que realiza el personal de la salud policial, en forma cotidiana, es reflejo del verdadero interés porque la Institución sea un referente en el campo de la salud para el resto de las entidades públicas de prestación médica.

Con la aprobación de la Constitución de la República del Ecuador en 1998, entró en vigor la nueva Ley de la Policía Nacional, dándose los lineamientos para la creación de las Direcciones Nacionales, entre ellas, la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud; en la cual se da a conocer la estructura organizacional, el funcionamiento del sistema de salud y la forma de gestionar el Seguro de Enfermedad y Maternidad del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL).

La indicada norma fue reformada mediante Acuerdo Ministerial No. 104 del 8 de mayo de 2006, manteniéndose la organización del sistema de salud, por niveles de atención.

Siendo los establecimientos de salud de la Policía Nacional, parte de la Red Pública, nos encontramos comprometidos con la atención a pacientes que acuden a nuestras instalaciones, con prioridad a los grupos vulnerables, independientemente del seguro al cual son afiliados.

La Dirección Nacional de Atención Integral en Salud cumple con los mandatos emitidos por el órgano rector, el Ministerio de Salud Pública, institución que a través del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), emite lineamientos para la asistencia en los servicios que se brinda a los usuarios y pacientes que acuden a nuestros establecimientos de salud.

En la Policía Nacional, los servicios médicos de las unidades operativas policiales, en su mayoría funcionan actualmente en dependencias de la administración, comandancias provinciales, asociaciones, escuelas de formación policial y unidades docentes.

Figura 5

Médicos de la Guardia Nacional

Nota: Tomado de (Arias C. C., 2022). Médicos de la Guardia Civil Nacional (antigua Policía Nacional), revisan a pacientes en el hospital de la Escuela de la Guardia Civil Nacional acompañados de los internos para evaluar a los enfermos. Imagen captada en interiores por el señor Cristóbal Cobo Arias como reportaje que hizo en honor a la Policía en Quito en 1950.

La organización del área de salud de la Policía Nacional se sujeta a directrices emitidas por la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud, la cual se encuentra bajo el mando de un oficial superior de la Policía, generalmente con el grado de coronel de Estado Mayor, quien es designado por el señor Comandante General de la Policía Nacional.

Como en muchos Centros de Atención de Salud Pública, la Institución cuenta con limitado personal con formación académica de cuarto nivel en administración o gerencia de Centros Hospitalarios; lo que limita la óptima y adecuada gestión de la salud institucional con visión gerencial, y más aún una efectiva gestión del conocimiento en los centros hospitalarios.

De igual forma, la constante rotación del personal directivo afecta la gobernanza institucional, la mejora continua, la calidad de atención al usuario, en los diferentes niveles de atención.

La Dirección Nacional de Atención Integral en Salud es la encargada de administrar el sector salud de la Policía Nacional, de brindar los servicios de atención tanto al personal policial activo, pasivo y derecho habientes, como

a los profesionales de la salud, funcionarios, servidores y empleados civiles (DNAIS, 2024).

Gestión administrativa

La Dirección Nacional de Atención Integral en Salud maximiza sus recursos humanos, técnicos y financieros; se encarga de llevar a cabo programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, actualmente cuenta con establecimientos de salud de los tres niveles de atención.

El primer nivel de atención está conformado por 39 establecimientos de salud distribuidos a nivel nacional; cuenta con servicios de medicina general, odontología, psicología, enfermería; en algunos casos cuenta con establecimientos de primer nivel de atención tipo B con servicios de laboratorio clínico y terapia física, donde se brinda atención tanto al personal policial activo, pasivo, derecho habientes y pacientes de otros subsistemas que demandan servicios de atención, y que son atendidos en nuestras instalaciones.

Como establecimientos del tercer nivel de atención se encuentran la Dirección Hospitalaria de Quito y la Dirección Hospitalaria Guayaquil.

En la ciudad de Guayaquil se ubica la Dirección del Hospital Guayaquil como tercer nivel de atención, con una disponibilidad de 64 especialidades entre clínicas y quirúrgicas, lo cual ha permitido brindar una amplia cartera de servicios a usuarios-pacientes policiales y civiles, siendo la demanda cada vez creciente, lo cual obliga disponer de mayor capacidad instalada y del talento humano idóneo, necesario.

La Dirección Hospitalaria Quito es un establecimiento de tercer nivel, con cobertura a nivel nacional, en este nosocomio la mayor parte de personal profesional de la salud pertenece a la Policía en servicio activo.

Al momento, el instrumento que permite administrar los servicios de salud institucional es el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de la Policía Nacional del Ecuador, aprobado por el Ministerio del Interior, mediante Acuerdo Ministerial Nro. 000000080 del 8 de marzo de 2019, permite administrar el sistema de salud actual.

En concordancia con el nuevo Modelo de Gestión de la Policía Nacional, todo el Subsistema de Salud de la Policía Nacional apoya al cumplimiento de la misión como un proceso de apoyo policial, de ahí la nueva propuesta de es-

estructura para la gestión organizacional por procesos del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, administrado por la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud de la Policía Nacional (Ministerio del Interior, 2017).

Figura 6

Hospital Policía Nacional Guayaquil N°2



Nota: Dirección Hospitalaria Guayaquil (2024)

La Gestión del Proceso Estratégico de la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud ha coordinado el trabajo en forma participativa, dando apertura a herramientas técnicas, mismas que permiten realizar un trabajo conjunto como un todo organizado, identificando los objetivos, políticas, lineamientos estratégicos y metas a las cuales se alinean la gestión de la Policía Nacional, para su funcionamiento a nivel nacional, esta Dirección cuenta con varios departamentos y áreas de apoyo, hospitales en Quito, Guayaquil y establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención.

Figura 7

Departamento de Planificación DNAIS 2024



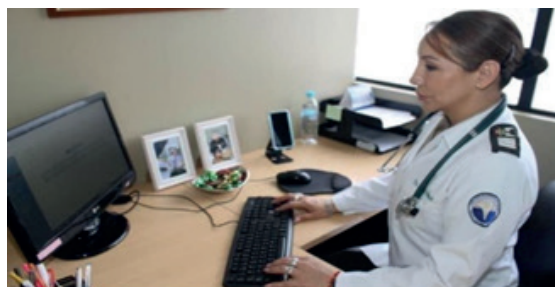
Nota: Tomado de (DNAIS, 2024)

Con la promulgación de la Ley del Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL) en 1995, la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud (DNAIS) se transforma en la instancia encargada de aplicar el Seguro de Enfermedad y Maternidad que tiene como propósito proveer una cobertura universal al personal activo, pasivo y derecho habientes.

Para cumplir con esta responsabilidad la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud desde su creación ha desarrollado la Red de Servicios de Salud, la misma que ha crecido progresivamente como respuesta al incremento acelerado del personal policial y sus beneficiarios.

Figura 8

Atención médica en el centro de Salud la Delicia





El Subsistema de Salud de la Policía Nacional está administrado por La Dirección Nacional de Atención Integral en Salud (DNAIS), órgano técnico administrativo que está inmerso en una constante actualización de las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos, de una permanente comunicación de todos sus niveles, especialmente entre el nivel gobernante estratégico y el nivel operativo de salud, desarrollando actividades relacionadas con el desarrollo del servicio de salud, actualizando las directrices estratégicas de su modelo de gestión, enfocándose específicamente en el usuario (personal activo, pasivo, derecho habientes y particulares) como premisa fundamental, en busca de promover y mejorar la salud, factor que incide directamente en el bienestar físico, social y mental de la población, con el objetivo de contribuir en su desarrollo personal y profesional.

Figura 9

Cadena de agendamientos de turnos o citas, Centros de Primer y Segundo Nivel

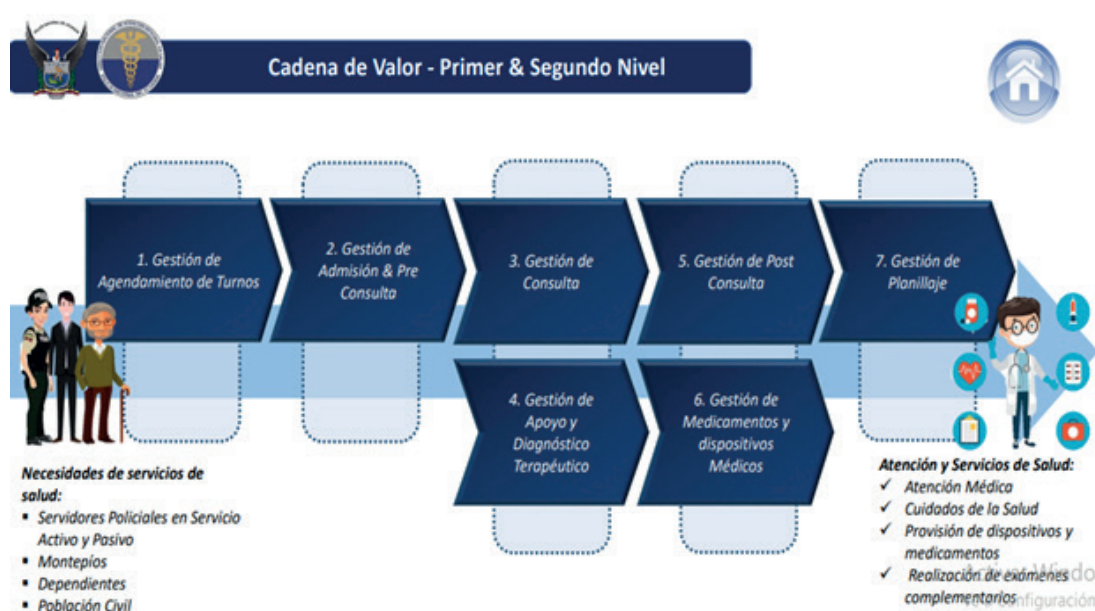
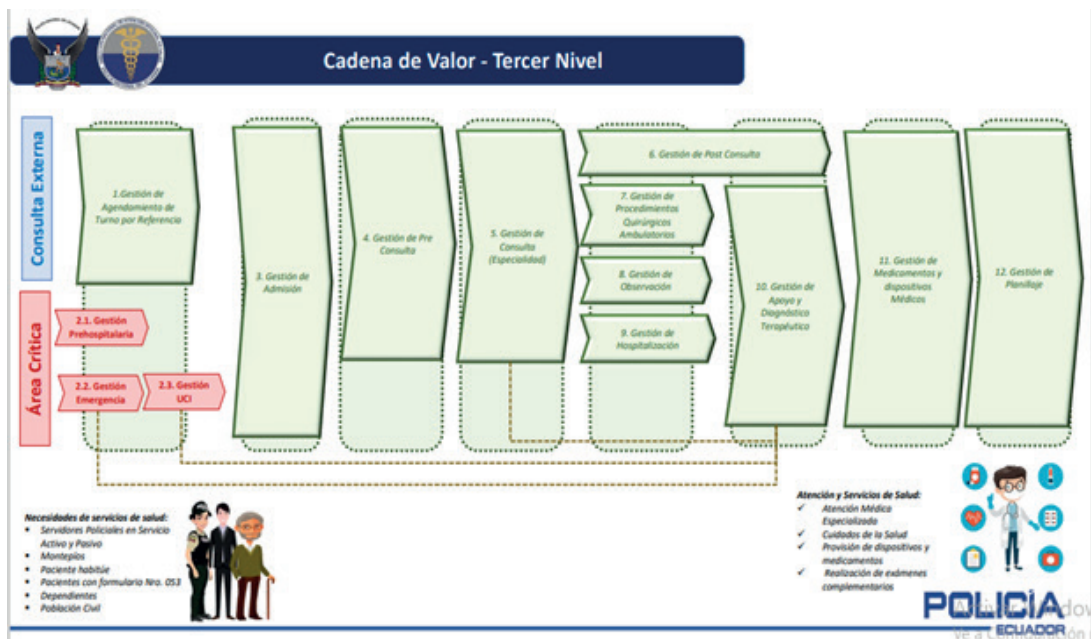


Figura 10

Cadena de agendamientos de turnos o citas, Centros de Tercer Nivel



Nota: Tomado del Departamento de planificación de la CNAS-PN

Infraestructura sanitaria

Actualmente, la integración de servidores policiales especialistas en las diferentes áreas ha fortalecido a los establecimientos de salud a nivel nacional, lo que ha permitido mejorar el servicio de atención a usuarios-pacientes que acuden a nuestros establecimientos, cumpliendo con las directrices emitidas por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada.

El Subsistema de Salud de la Policía Nacional cuenta con 42 unidades operativas, que integran el sistema de salud, distribuidas en nueve zonas policiales, como se describe a continuación:

Tabla 4

Distribución de establecimientos del sub-Sistema de salud de la Policía Nacional

Nivel de atención	Número de establecimientos	Tipo de establecimiento	
Nivel 1	39	Tipo a	10
		Tipo B	26
		Consultorio General	1
		Puesto Salud	de 2
Nivel 2	1	CIEC	
Nivel 3	2	HQ 1	
		HQ 2	
Total	42		

Nota: Tomado de (Ministerio de Gobierno, 2021, p.17)

Al inicio de la década de 1980, los centros de salud fueron planificado en base a la cobertura aproximada de 1000 miembros policiales, en la actualidad se atiende en nuestros centros de salud aproximadamente una cobertura poblacional de 250 000 personas.

Figura 11

Tipologías de los establecimientos de salud



TIPOLOGÍAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



ZONA	CIUDAD	TIPOLOGÍA	NÚMERO
ZONA 1	TULCAN	1 B	4
	IBARRA	1 B	
	ESMERALDAS	1 B	
	NUEVA LOJA	1 B	
ZONA 2	TENA	1 B	2
	ORELLANA	1 B	
ZONA 3	RIOBAMBA	1 B	4
	AMBATO	1 B	
	LATACUNGA	1 B	
	PUYO	1 B	
ZONA 4	PORTOVIEJO	1 B	4
	MANTA	1 B	
	CHONE	1A	
	STO. DGO. COLORADOS	1 A	
ZONA 5	GUARANDA	1 B	6
	MILAGRO	1 A	
	LA LIBERTAD	PUESTO DE SALUD	
	BABAHOYO	1 A	
	QUEVEDO	1 B	
	SAN CRISTOBAL	PUESTO DE SALUD	
ZONA 6	CUENCA	1 B	3
	AZOQUES	1 B	
	MACAS	1 B	
ZONA 7	LOJA	1 B	3
	MACHALA	1 B	
	ZAMORA	1 A	
ZONA 8	GUAYAQUIL	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	4
	GUAYAQUIL CENTRO	1 B	
	GUAYAQUIL SUR	1 A	
	PASCUALES	1 A	

ZONA 9	QUITO	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	9
	QUITO CENTRO	CENTRO DE ESPECIALIDADES	
	ESCUELA SUPERIOR DE POLICÍA	1 B	
	LA DELICIA	1 B	
	EUGENIO ESPEJO	1 B	
	MANUELITA SAENZ	1 A	
	ELOY ALFARO	1 B	
	CARAPUNGO	1 B	
	QUITUMBE	1 B	
TOTAL			39

Nota: Tomado del Departamento de Planificación de la DNAIS 2024.

La Dirección Nacional de Atención Integral en Salud ha realizado acciones para mejorar estas condiciones a través de la ejecución permanente de un plan de adecuación y mantenimiento de la infraestructura, priorizando la intervención en base a supervisiones y requerimientos más urgentes, por parte del Departamento de Infraestructura de la DNAIS.

En los establecimientos de salud del primer nivel de atención del subsistema existe una cobertura baja de pacientes, mientras que, a nivel Hospitalario, especialmente en la Dirección Hospitalaria Quito (tercer nivel de atención), donde existe una sobredemanda de usuarios, dando como resultado, pacientes insatisfechos.

Talento humano

El Subsistema de Salud de la Policía Nacional está conformado por aproximadamente 1.732 funcionarios entre Oficiales Superiores, Oficiales Subalternos; Clases y Policías, Personal Civil. El personal Administrativo y de Sanidad de los diferentes Establecimientos de Salud a nivel nacional trabajan en horarios de ocho horas diarias de lunes a viernes.

La creciente demanda de servicios de salud policial exige ampliar la cobertura con la creación de nuevos establecimientos de salud, y generar convenios interinstitucionales.

Figura 12

Departamento de Planillaje de la Dirección Hospitalaria Guayaquil



El personal profesional administrativo capacitado con visión gerencial hospitalaria, es indispensable para mantener una administración y gestión de recursos óptima, que garanticen la sostenibilidad y sustentabilidad institucional.

Referencias

- Arias, C. C. (15 de 01 de 2022). Medicos Guardia Nacional publicado por Cristóbal Cobo Arias. <https://www.facebook.com/cristobalcoboariasproducciones/posts/2195538777268943/>
- DINAIS. (2024). Niveles de prestación de servicios. Obtenido de <https://sites.google.com/view/dnais/inicio>
- DNAIS. (2024). Dirección Nacional de Atención Integral de Salud. <https://www.policia.gob.ec/direccion-nacional-de-administracion-de-salud-integral/#:~:text=La%20Direcci%C3%B3n%20Nacional%20de%20Atenci%C3%B3n,cuales%20se%20divide%20en%2036>
- Ministerio de Gobierno. (27 de 02 de 2015). fotografia del Hospital de la Policia Nacional en Quito. <https://www.flickr.com/photos/ministeriointerior-ecuador/16663904571>
- Ministerio del Interior. (13 de 10 de 2017). Estatuto Organico por Procesos. <https://documentacion.ministeriodegobierno.gob.ec/Talento-Humano/ESTATUTO-ORGANICO-PROCESOS-MDI.pdf>



<https://lc.cx/VzGclB>

CAPÍTULO V

Procesos en la Gestión Técnico-Administrativa de Hospitales

Jaime Luis Cadena Echeverría y Gustavo Cadena Sánchez

La administración en base a procesos se ha generalizado a nivel mundial, tanto para instituciones públicas como privadas, por lo tanto, las instituciones de salud también buscan incluir esta forma de organización para poder cumplir su misión y enfrentar desafíos futuros, brindando servicios de calidez y calidad. En el mercado están disponibles guías y herramientas informáticas para la correcta aplicación de esta nueva forma de administración.

En el Ecuador, no se podría estar al margen de estas tendencias, por lo que varias instituciones y/u organizaciones han iniciado el diseño y estandarización de sus procesos; no obstante, aún la línea entre departamentos funcionales y procesos es confusa. Bajo las nuevas tendencias de gestión, es necesario contar con una guía para realizar el diseño y estandarización de procesos en instituciones de salud.

Mejía (2006) manifiesta que uno de los principales obstáculos que enfrentan las organizaciones del sector salud es la ausencia de métodos, procesos y procedimientos documentados y actualizados (García, 2006). La falta de documentación no permite tener una memoria organizacional, concentrada en individuos aislados interpretando y aplicando los procesos a su manera. En estas circunstancias es muy difícil definir parámetros de rendimientos, establecer normas o definir metas de resultados.

De la revisión de la literatura en el área de reingeniería Hammer, y por otro lado Porter, en sus estudios de competitividad, coinciden que para triunfar y ser más competitivas las empresas y/o instituciones deben orientarse a los procesos; un desafío que exige romper muchos paradigmas y reglas que nos han guiado en el pasado. Se plantea un nuevo modelo de organización basado en la teoría de Sistemas con un enfoque en el cliente. Una organización basada en procesos con nuevas características debe preocuparse de los procesos desde su diseño, documentación, seguimiento y medición, y buscar que todos entiendan y sepan su rol en cada proceso que participen.

La guía que se propone en este capítulo, realizado en base al conocimiento y experiencia de quien escribe, tiene un enfoque práctico, considerando definiciones de procesos y estudios realizados en hospitales públicos y centros de salud en el Distrito Metropolitano de Quito. La propuesta consta de definiciones, mapeo de procesos, inventario de procesos, diagrama de flujo, documentación mínima que debe tener un proceso, y criterios para realizar la medición de los procesos.

Ratificando lo descrito, en artículo sobre la Guía para el diseño y documentación de procesos publicado en Revista Yura: Relaciones Internacionales Nro.

6 (2016, pág. 57-59). Para el diseño de procesos, se ha considerado definiciones para realizar el diagrama de flujo, la caracterización del proceso, la descripción de actividades, y la definición de indicadores.

El diagrama de flujo se lo puede considerar como una forma sencilla para representar los procesos, se incluyen criterios para realizar el diagrama utilizando Business Process Modeling Notation (BPMN). La caracterización, ficha o descripción del proceso muestra los elementos de un proceso, y la interacción con otros procesos, clientes, proveedores, objetivo del proceso, indicadores y documentos generados. La descripción de actividades muestra con más detalle las actividades, el lugar donde se realiza, el responsable de cada actividad, y si el caso amerita, el procedimiento que está controlando al proceso y/o actividad. Como resultado de la fase de diseño de procesos se puede elaborar el manual de procesos en el cual se incluye la documentación para estandarizar los procesos.

Definiciones de procesos

Proceso

“Es cualquier actividad o grupo de actividades que emplee un insumo, le agregue valor a éste y suministre un producto a un cliente externo o interno” (Harrington, 1992, pág. 9), en sí podemos decir que son actividades orientadas a generar un valor agregado.

Según ISO 9000 (2015) el proceso es un “conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto”.

Según Mariño (2001), es un sistema interrelacionado de causas que entregan salidas, resultados, bienes o servicios a unos clientes que los demandan, transformando entradas o insumos suministrados por proveedores, y agregando valor a la transformación.

Considerando los conceptos anteriores y otros encontrados en la revisión de la bibliografía se puede considerar la siguiente definición: proceso es un conjunto de actividades que, utilizando entradas, realizan una transformación que agregan valor para entregar un producto y/o servicio, esta definición es tradicional y muy estática, en la actualidad, en esta era digital a los procesos

dentro de una organización se deben transformar y automatizar, considerarlos de una forma holística, mirar a los procesos con todos sus elementos, si contienen recursos financieros, recursos humanos, recursos tecnológicos, apoyados en procedimientos siguiendo una estrategia y objetivos empresariales; pero siempre incluyendo indicadores para su seguimiento y medición. Bajo este nuevo enfoque y considerando los nuevos paradigmas, la nueva definición de procesos quedaría: secuencia de actividades que dan soporte a la estrategia empresarial buscando la eficiencia y eficacia en las operaciones, estableciendo un sistema de seguimiento y medición e incorporando una filosofía de mejoramiento continuo.

Elementos de un proceso

Según Cadena (2016) se considera que todo proceso cuenta con los siguientes elementos:

- Entradas o “inputs”: todo aquello que ingresa para ser transformado y es entregado por un proveedor;
- Mecanismos o recursos: es todo aquello que se utiliza para la realización del proceso: mano de obra, máquinas, equipo;
- Las salidas o “outputs”: Son los productos o servicios generados por el proceso y son los que se entrega a los clientes;
- Controles son todos aquellos que regulan el funcionamiento o realización del proceso y puede ser una ley, norma, reglamento, política, procedimiento;
- Límites del proceso: se considera donde inicia y termina el proceso, se puede mencionar a las condiciones de frontera del proceso.

Clasificación de procesos

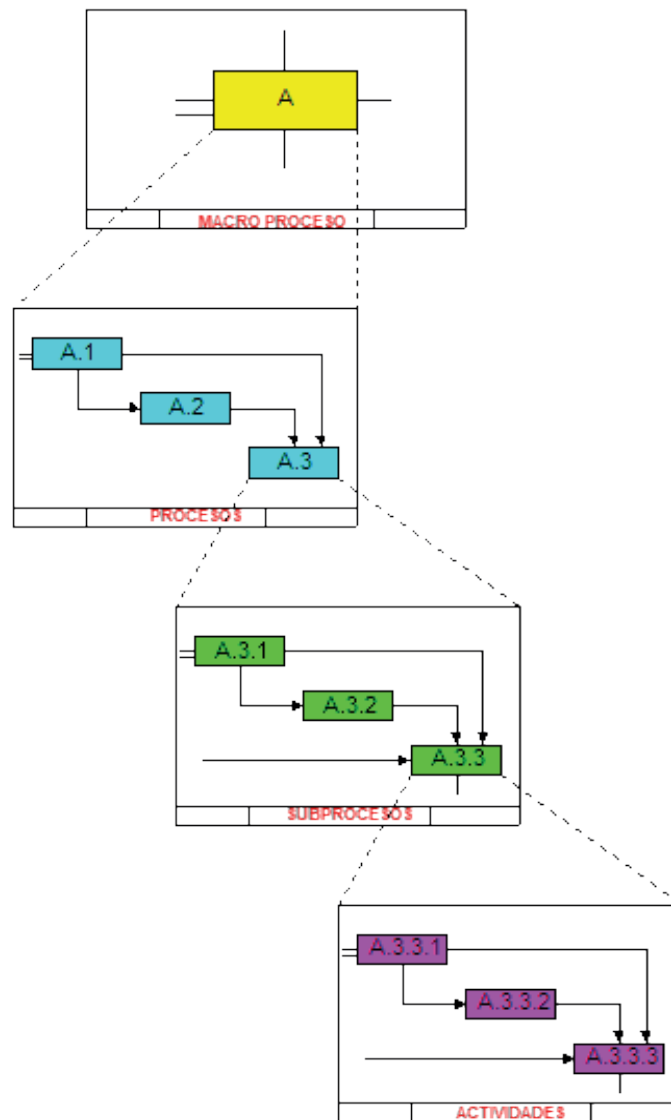
En la revisión de la bibliografía se puede encontrar diferentes formas de clasificar a los procesos, pero para este trabajo se consideran tres tipos de procesos: estratégicos, productivos y de apoyo, a estos se les ha dado diferentes denominaciones, a continuación, se presenta su definición y algunos nombres con que se los encuentra en publicaciones.

- Procesos estratégicos llamados también gobernantes, de dirección o visionales, estos orientan y dirigen a los procesos productivos y de apoyo (responsables de llevar a la organización a la consecución de la visión);
- Procesos productivos llamados también claves, de realización, institucionales, operativos, de producción, misionales, agregadores de valor y la Secretaría de la Administración Pública (SNAP) los denomina sustantivos, son la razón de ser de la organización, responsables de generar el portafolio de productos y/o servicios que responden a la misión y objetivos de la organización;
- Procesos de apoyo llamados también de soporte, staff, habilitantes y la SNAP los denomina adjetivos, estos son los que apoyan a uno o más de los procesos productivos o gobernantes (adquisiciones, financiero, gestión del talento humano y gestión documental, gestión de tecnologías de la información).

Jerarquía de procesos

Según Harrington (1994), la jerarquía de los procesos está dada con base en su complejidad, es decir, conforme las actividades ordenadas sistemáticamente que posee el proceso, y si falta una de ellas, afectaría crucialmente al resultado final. Una representación de la jerarquía de los procesos se muestra a continuación en la figura 13.

Figura 13

Jerarquía de procesos

Nota. Tomado de Harrington, 1994.

Mapa de procesos

Se puede definir un mapa de procesos como un gráfico que muestra los procesos de una organización, es decir, a los procesos gobernantes, productivos y de apoyo. Al mirar el mapa de procesos se puede entender a qué se dedica una organización, qué le permite proyectarse al futuro y cuáles son las actividades que le dan soporte.

Para definir el mapa de procesos y determinar cuáles son los procesos, es necesario entender el direccionamiento estratégico, ya que la misión permite conocer qué hace y con ello se determina los procesos productivos. La visión permite conocer hacia dónde se proyecta la organización, determinando procesos gobernantes y, finalmente, se puede determinar los procesos de apoyo que darán soporte a los gobernantes y productivos.

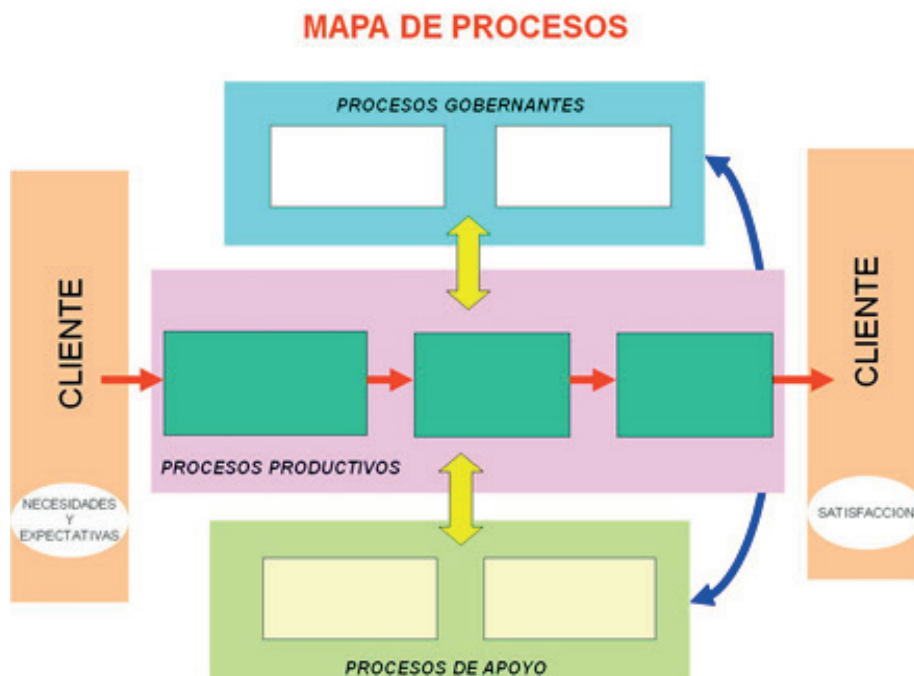
Según Cadena (2016), el mapa de procesos se debe realizar a través de talleres, con la participación de la alta gerencia, ejecutivos de la empresa, y con la guía de un asesor externo.

Un mapa de procesos puede realizarse a nivel de macroprocesos o procesos, esto dependerá de la complejidad, tamaño y características de la organización.

En la figura 14 se presenta cómo está formado el mapa de procesos, es necesario indicar que el número de procesos que se incluye en el mapa depende del tipo, tamaño y giro de negocio de la organización que se está analizando.

Figura 14

Mapa de procesos



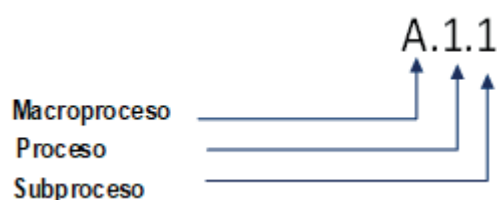
Inventario de procesos

Antes de realizar el inventario de procesos, es necesario que los procesos se los identifique con un nombre y su respectivo código. El nombre está compuesto de un verbo más un sustantivo y el código es una letra acompañada de un número según sea su complejidad, ya que podemos tener a nivel de macroprocesos, procesos y subprocesos, como se detalla en la figura 15.

El inventario de procesos es un listado en el que se detalla los nombres y códigos de los procesos, en ocasiones, se incluye una columna donde se indica los procedimientos asociados a cada proceso y/o subproceso.

Figura 15

Códigos de procesos



Diseño de procesos

El diseño de procesos es una fase de la gestión de procesos luego de haber realizado el mapa y el inventario, en la misma, se debe realizar el diagrama de flujo del proceso y documentos que nos permitan definir los elementos, clientes y proveedores, y realizar una descripción amplia de las actividades de los procesos. También se debe establecer la forma de medir y hacer seguimiento a los procesos.

Diagrama de flujo

El diagrama de flujo es la representación gráfica de un proceso, y existen muchas formas y herramientas para su realización. En la actualidad, se utiliza el estándar BPMN para realizar el modelamiento de procesos, en el mercado se puede encontrar muchas herramientas que utilizan esta simbología; en el presente trabajo utilizaremos lo propuesto por el Bizagi, y la simbología que utiliza se presenta en la tabla 5.

Según Freund, J., Rucker, B., Hitpass, B. (2014), el BPMN fue desarrollado para modelar procesos y no puede representar mapas de procesos, estructuras organizacionales, estructuras de datos, estrategias, reglas de negocio y la infraestructura de tecnología de información.

Previo a colocar las actividades y elementos en el diagrama de flujo, es necesario definir el área donde se diagramará el proceso (pool), y este tendrá el nombre y código del proceso. Al pool se lo dividirá en carriles (lanes) y en cada una de estas se colocará quienes realizarán el proceso (participantes), pero Freund et al. (Freund, Rucker, & Hitpass, 2014) en las lanes asignan a personas, pero manifiestan que la especificación de BPMN no hace ningún tipo de clasificación al respecto y, por lo general, en la práctica se usan las lanes para:

- Cargo de algún área (como gerente, supervisor, etc.)
- Roles (como auditor, usuario de negocio, ejecutivo, etc.)
- Roles generalizados (como cliente, proveedor, fiscalizador, etc.)
- Departamentos (como contabilidad, ventas, etc.)
- Aplicaciones o sistemas como Customer Relationship Management (CRM), Systemanalyse Programmentwicklung (SAP), etc.

Tabla 5

Símbolos utilizado por Bizagi

Elemento	Descripción	Símbolo
Pool (piscina)	Un pool es un contenedor de procesos simples (contiene flujos de secuencia dentro de las actividades).	
Lane (carril)	Es una sub-partición dentro del proceso. Los lanes se utilizan para diferenciar roles internos, posiciones, departamentos, etc.	
Fase	Es una sub-partición dentro del proceso. Puede indicar diferentes etapas durante el mismo.	
Inicio	Indica dónde se inicia un proceso.	
Actividad	Es una actividad o acción dentro de un flujo de procesos.	

Subproceso	Es una actividad cuyos detalles internos han sido modelados utilizando actividades, compuertas, eventos y flujos de secuencia.	
Línea de secuencia de flujo	Un flujo de secuencia es utilizado para mostrar el orden en el que las actividades se ejecutarán dentro del proceso.	
Línea de Mensaje	Se utiliza para mostrar el flujo de mensajes entre dos entidades que están preparadas para enviarlos y recibirlos.	
Elemento	Descripción	Símbolo
Documento	Provee información acerca de cómo los documentos, datos y otros objetos se utilizan y actualizan durante el proceso.	
Evento de Mensaje	Indica que un mensaje puede ser enviado o recibido.	
	El evento que lanza un mensaje se identifica con una figura sombreada. El evento que capta un mensaje se identifica con una figura sin relleno.	
Evento de Temporización	Indica un tiempo de espera entre actividades del proceso.	
Evento de Enlace	Este evento se utiliza para conectar dos secciones del proceso. Los eventos de enlace pueden ser utilizados para crear ciclos o evitar líneas de secuencia de flujo largas. El evento que lanza se identifica con una figura sombreada. El evento que recibe se identifica con una figura sin relleno.	
		
Compuerta Paralela	De divergencia: se utiliza para crear caminos alternativos sin evaluar condición alguna. De convergencia: se utiliza para unir caminos alternativos. Las compuertas esperan todos los flujos que concurren en ellas antes de continuar.	
Compuerta Exclusiva	De divergente: se utiliza para crear caminos alternativos dentro del proceso, pero solo uno se selecciona. De convergencia: se utiliza para unir caminos alternativos.	

Finalización de Mensaje	Indica que un mensaje se envía una vez finaliza el flujo.	
Fin	Indica que el flujo finaliza.	

Nota. Tomado de Manual de Bizagi. (Salud, 2024)

Caracterización de procesos

De acuerdo con la Guía para el diseño y documentación de procesos, escrito por el autor del presente capítulo, se describe respecto de la caracterización —denominada también ficha de proceso o descripción del proceso— es un documento que muestra los elementos del proceso y además las actividades necesarias para entenderlo (Cadena, 2016, pág. 72); en este se identifica: entradas, salidas, la transformación que se realiza, recursos necesarios para realizar el proceso, proveedores, clientes, indicadores, controles presentes durante el desarrollo, y los registros y anexos generados; permitiendo así a los usuarios del sistema entender de manera muy sencilla el proceso. El formato de la descripción de caracterización de proceso se muestra en la tabla 6 y se describe a continuación:

- **Cabecera:** La cabecera incluye la información general de identificación del documento (logotipo de la organización, código del proceso, nombre del proceso, versión, fecha).
- **Alcance:** El alcance es el ámbito de actividades que abarca el proceso, es decir indica dónde empieza y dónde termina el proceso.
- **Responsable del proceso:** Se refiere a la responsabilidad global de la gestión del proceso y de su mejora continua. Por ello debe tener la suficiente autoridad y liderazgo para implantar los cambios en el proceso que conduzcan a la mejora de este.
- **Recursos:** Menciona lo utilizado para realizar la transformación en el proceso (financieros, humanos, instalaciones, tecnológicos, etc.).
- **Objetivo:** El objetivo nos indica que persigue el proceso, el motivo de su existencia, por lo que debe estar alineado a los objetivos de la organización.

- Registros: Los registros son documentos que se generan durante el proceso.
- Indicadores: Son parámetros que permiten medir y evaluar la eficacia y / o eficiencia de los procesos.
- Controles: Es todo aquello que regula el funcionamiento del proceso, puede ser una norma, un reglamento, políticas, leyes, procedimientos, un protocolo, etc.
- Firmas: Es la aprobación formal del documento. A continuación, se presenta el formato para realizar la caracterización del proceso.

Tabla 6

Formato para caracterización de un proceso

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO			
NOMBRE DEL SUBPROCESO:		CODIFICACIÓN:	EDICIÓN: 0.0
PROPIETARIO DEL PROCESO:		REQUISITO DE LA NORMA:	FECHA: dd/mm/aaaa
ALCANCE:			
CONTROLES			
PROVEEDORES ENTRADAS INDICADORES PROCESO RECURSOS FÍSICOS HUMANOS TÉCNICOS ECONÓMICOS CLIENTES SALIDAS REGISTROS/ANEXOS OBJETIVO			
ELABORADO POR:		REVISADO POR:	APROBADO POR:

Descripción de actividades

En igual forma se describe en la Guía para el diseño y documentación de procesos (2016, pág. 73-74) que la descripción de actividades es un documen-

to que se utiliza para describir ampliamente cada una de las actividades que se detallan en el diagrama de flujo, adicionalmente, se indica el lugar donde se realiza cada actividad (entidad, área, departamento, lugar), y también se incluye quien realiza la actividad (función, cargo o nombre); este formato se puede ver en la tabla 7.

El formato de descripción de actividades contiene la información que se detalla a continuación:

- Cabecera: Incluye la información general que identifica el documento (logotipo de la organización, código del proceso, nombre del proceso, versión, fecha).
- Número: Identifica cuántas actividades tiene el proceso.
- Actividad: Lista de todas las actividades del proceso (de acuerdo a diagrama de flujo).
- Entidad: Indica el área funcional o lugar en donde se desarrolla las actividades del proceso.
- Descripción: Debe colocarse la información más ampliada de la actividad, incluso si está asociada a un procedimiento.
- Responsable: Cargo, función o el nombre de la(s) personas que realizan la actividad.

Tabla 7

Formato para describir las actividades de un proceso

		Fecha:
		Pág. de

MACROPROCESO: ()
 PROCESO: ()
 SUBPROCESO: ()

No.	ACTIVIDAD	ENTIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Seguimiento y medición de procesos

El seguimiento y medición de procesos tiene como objetivo conocer si los resultados que están generando están con relación a lo planificado o son lo que se espera: tener una buena documentación de los procesos no es suficiente, se debe establecer un mecanismo para realizar el seguimiento y medición, para esto es necesario establecer un conjunto de indicadores en cada proceso. Se puede formular indicadores en cualquier parte o elemento del proceso, pero debemos considerar que el indicador definido debe ayudarme a mejorar al proceso.

Los indicadores constituyen un instrumento que permite recoger de manera adecuada y representativa la información relevante respecto a la ejecución, y los resultados de uno o varios procesos, de manera que se pueda determinar la capacidad, eficacia o eficiencia. “Es un soporte de información (habitualmente expresión numérica) que representa una magnitud, de manera que a través del análisis de este se permita la toma de decisiones sobre los parámetros de actuación/asociados (variables de control)” (Beltran Sanz, Carrasco, Carmona, Rivas, & Tejedor, 2016, pág. 35)

Clasificación de los indicadores

Existen diferentes formas de clasificar a los indicadores, pero si se considera que en los procesos se busca eficiencia y/o eficacia, se puede concluir que existen indicadores de eficacia o de logro y eficiencia o de gestión.

Elementos de un indicador

Para la formulación de un indicador considerar los siguientes elementos: Nombre o descriptor: Expresión verbal del patrón de evaluación

- Definición: Indica la cualidad del indicador enfocado a que es lo que pretendemos medir.
- Unidad de medida: Permite cuantificar el patrón de evaluación y puede estar en porcentaje, unidades de tiempo, etc.
- Unidad Operacional: Fórmula matemática que representa la forma como se realizará el cálculo del indicador.
- Meta: Valor al cuál pretendemos llegar y está determinado por los datos históricos, y si no se cuenta con datos se puede comparar con los mejores del sector “La Competencia”.

Formulación de indicadores

En igual forma, se ratifica lo manifestado en Revista Yura (2016 pág.19-20), no existe bibliografía de como formular indicadores; a continuación, se presenta una sugerencia de cómo realizarla

- Identificar productos y servicios, y los clientes internos y externos del proceso. Esta información se encuentra en la caracterización o ficha del proceso.
- Identificar puntos críticos del proceso en los cuales se puede realizar la medición, estos puntos pueden ser aquellos que generen demoras o necesiten puntos de inspección dentro del proceso; para definir estos puntos, nos podemos ayudar del diagrama de flujo y/o el levantamiento de información.
- Establecer las expectativas y necesidades del cliente, para evaluar y mejorar el desempeño del proceso. Esto se lo puede realizar escuchando la voz del cliente, utilizando: encuestas, observación del cliente, buzón de quejas, estudio de mercado, focus group.
- Transformar las necesidades y expectativas del cliente en características de calidad y productividad.
- Definir los indicadores de procesos según los elementos descritos anteriormente.

Manual de procesos

El manual de procesos es un documento donde se registran o documentan los procesos de toda o una parte de una organización y/o empresa.

Según Mejía (2006) los objetivos de un manual de procesos son:

- Servir de guía para la correcta ejecución de las actividades y tareas para los funcionarios de una institución.
- Ayudar a ofrecer productos y servicios más eficientes.
- Mejorar el aprovechamiento de los recursos humanos, físicos y financieros.
- Genera uniformidad en el trabajo por parte de los diferentes funcionarios

- Evitar la improvisación en las labores.
- Ayudar a la orientación del personal nuevo.
- Facilita la supervisión y evaluación de las labores.
- Facilita la atención al cliente interno y externo.
- Evita discusiones sobre normas, procedimientos y actividades.
- Proporciona información a los directivos de la empresa sobre el recorrido de los procesos.
- Establecer elementos de consulta, orientación y entrenamiento al personal.
- Servir como punto de referencia para las actividades de control interno y auditoría.
- Ser la memoria de la institución.

Características del manual de procesos

Mejía (2006) manifiesta que los manuales de procesos deben reunir las siguientes características:

- Satisfacer las necesidades reales de la institución.
- Disponer de instrumentos apropiados de uso, manejo y conservación de procesos.
- Facilitar los trámites mediante una adecuada diagramación.
- Debe ser realizado con redacción breve, simplificada y comprensible.
- Facilitar su uso al cliente interno y externo
- Ser flexible para cubrir diversas situaciones
- Facilita revisión y actualizaciones continuas.

Estructura de un manual de procesos

Existen muchas formas de realizar un manual de procesos a continuación, se presenta una estructura para poder tener documentados los procesos

- Introducción:
 - Descripción de las revisiones.
 - Caracterización de la empresa.
 - Objetivo del Manual.

- Alcance del Manual.
- Glosario de términos.
- Simbología.
- Mapa de procesos.
- Inventario de procesos.
- Caracterización de los procesos.
- Descripción de las actividades.
- Representación gráfica de los procesos.
- Anexos:
 - Levantamiento de la información.
 - Formulación de indicadores.

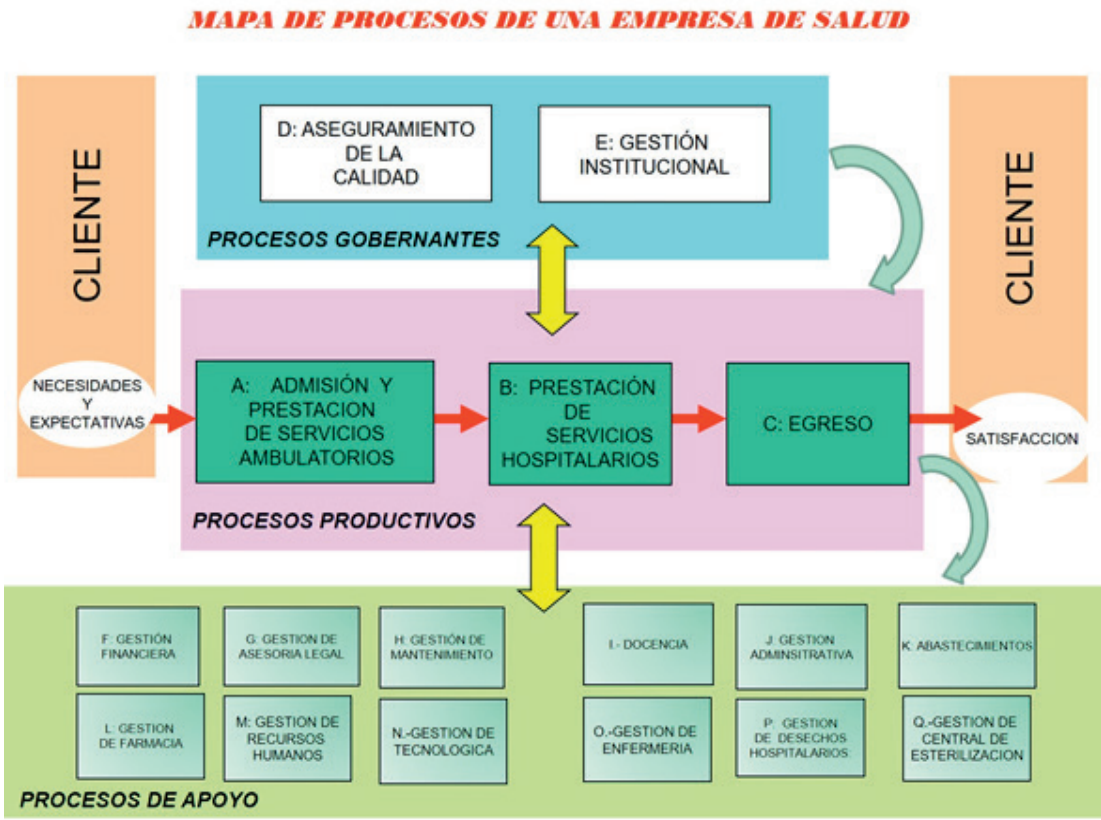
Documentos de procesos para una empresa de salud

Mapa de procesos de una empresa de salud

En la figura 16 se muestra un ejemplo de un mapa de procesos para una unidad de salud, el número de procesos gobernantes, productivos y de apoyo dependerá de las características, servicios que ofrece, complejidad y tamaño de la unidad de salud. Se hace una propuesta de un hospital nivel 2 según la clasificación del Ministerio de Salud del Ecuador.

Figura 16

Mapa de procesos para un hospital de nivel 2



Inventario de procesos de una empresa de salud

En la tabla 8 se presenta una propuesta de inventario de procesos productivos para una unidad de salud.

Tabla 8

Inventario de procesos para una unidad de salud

INVENTARIO DE PROCESOS PRODUCTIVOS			
MACROPROCESO	PROCESO	SUBPROCESO	CÓDIGO
ADMISIÓN Y PRESTACION DE SERVICIOS AMBULATORIOS (A)	Brindar atención en emergencia (A.1)	Realizar ingreso a emergencia	A.1.1
		Realizar valoración	A.1.2
		Observación de paciente	A.1.3
		Gestión de caja	A.1.4
	Gestión de estadística (A.2)	Entrega de turnos a consulta externa	A.2.1
		Gestión de HCL	A.2.2
	Brindar atención en consulta externa (A.3)	Realizar registro de atención	A.3.1
		Realizar atención en especialidades	A.3.2
	Brindar atención odontológica		A.4
	Brindar atención en auxiliares de diagnóstico (A.5)	Realizar exámenes de laboratorio	A.5.1
		Prestación de servicios de rehabilitación	A.5.2
		Realizar exámenes de imagen	A.5.3

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (B)	Administrar banco de sangre (A.6)	Solicitar sangre para donación	A.6.1
		Recibir donaciones de sangre	A.6.2
		Realizar exámenes	A.6.3
	Brindar atención clínica (B.1)	Recepción y valoración	B.1.1
		Realizar diagnóstico y tratamiento	B.1.2
		Realizar seguimiento	B.1.3
		Realizar interconsultas	B.1.4
	Brindar atención quirúrgica (B.2)	Preparar paciente	B.2.1
		Realizar preoperatorio	B.2.2
		Realizar intraoperatorio	B.2.3
		Realizar cuidados posoperatorios	B.2.4
	Brindar atención gineco - obstetricia (B.3)	Realizar consulta gineco - obstetrica	B.3.1
		Atención en parto	B.3.2
	Brindar atención pediátrica (B.4)	Recepción y valoración en pediatría	B.4.1
		Realizar diagnóstico y tratamiento en pediatría	B.4.2
		Realizar seguimiento en pediatría	B.4.3
		Realizar interconsultas de pediatría	B.4.4
	Brindar atención en UTI (B.5)	Realizar ingreso en UTI	B.5.1
		Atención al paciente en UTI	B.5.2
		Alta de paciente en UTI	B.5.3
EGRESO HOSPITALARIO (C)	Realizar transferencia		C.1
	Otorgar alta		C.2
	Gestión de morque		C.3

Caracterización de un proceso en una empresa de salud

En la tabla 9 se muestran los elementos de un proceso entradas, salidas, controles, mecanismos y límites; adicionalmente, se detalla proveedores, clientes, objetivo del proceso, registros y anexos generados en el proceso e indicadores.

Tabla 9

Caracterización del proceso: Realizar ingreso a emergencia (A.1.1)

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

NOMBRE DEL SUBPROCESO: Realizar ingresos o en emergencia		CODIFICACIÓN: (A.1.1)	EDICIÓN No. 0.0
PROPIETARIO DEL PROCESO: Médico emergenciólogo		REQUISITO DE LA NORMA	FECHA: dd/mm/aa
ALCANCE: Se inicia desde la realización del triaje hasta que espera el paciente para ser atendido por un médico			

CONTROLES		
Ley de derechos y amparo al paciente	Constitución de la República	
Reglamento a la ley orgánica del sistema nacional de salud	ATS (Escala Nacional de Triage para los servicios de Urgencias)	

PROVEEDORES	PROCESO	CLIENTES										
Población ecuatoriana que requiere servicios de salud	▶ Realizar el triaje ▶ Tomar signos vitales ▶ Categorizar emergencia ▶ Derivar a consulta externa ▶ Brindar atención médica inmediata ▶ Realizar hoja de transferencia ▶ Coordinar transferencia a hospital de mayor complejidad ▶ Llenar hoja 008 ▶ Enviar hoja 008 al cuarto de estadística ▶ Llenar información del paciente ▶ Enviar hoja 008 a consultorio de triaje ▶ Esperar atención médica de acuerdo a las categorías 2, 3 y 4.	Población ecuatoriana Atención de consulta externa (A.3) Valoración de paciente (A.1.2)										
ENTRADAS	RECURSOS	SALIDAS										
Persona solicitante de servicios de salud Pacientes con transferencias de centros de menor complejidad	<table><tr><th colspan="2">RECURSOS</th></tr><tr><th>FÍSICOS</th><th>HUMANOS</th></tr><tr><td>Área de triaje Cuarto de estadística</td><td>Enfermera Médico emergenciólogo estadístico</td></tr><tr><th>TÉCNICOS</th><th>ECONÓMICOS</th></tr><tr><td>Equipos de área de triaje</td><td>Presupuesto asignado</td></tr></table>	RECURSOS		FÍSICOS	HUMANOS	Área de triaje Cuarto de estadística	Enfermera Médico emergenciólogo estadístico	TÉCNICOS	ECONÓMICOS	Equipos de área de triaje	Presupuesto asignado	Pacientes categorizados según valoración clínica en los niveles 1 al 5
RECURSOS												
FÍSICOS	HUMANOS											
Área de triaje Cuarto de estadística	Enfermera Médico emergenciólogo estadístico											
TÉCNICOS	ECONÓMICOS											
Equipos de área de triaje	Presupuesto asignado											
INDICADORES	REGISTRO SI/ANEXOS	OBJETIVO										
Tiempo de categorización para el triaje Tiempo primera respuesta facultativo	Hoja de transferencia Hoja 008	Categorizar a los pacientes que acuden por atención médica a emergencia										

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
---------------	--------------	--------------

Nota. Tomado de Orellana, M. Puente, O. & Morocho, V. (2012)

Descripción de actividades de un proceso en una empresa de salud

En la Tabla 10 se muestra la descripción de actividades del proceso: Realizar ingreso a emergencia (A.1.1), se detalla las actividades, el lugar donde se realiza, una descripción amplia de cada actividad, y el responsable de la actividad; para el responsable se ha detallado el cargo o la función que desempeña dentro de la unidad de salud.

Tabla 10

Descripción de actividades del proceso: Realizar ingreso a emergencia (A.1.1)

	MANUAL DE PROCESOS DE	
		Fecha: dd/m/año
		Pág. de 1 de 1

MACROPROCESO: Admisión y prestación de servicios ambulatorios (A)

PROCESO: Brindar atención en emergencia (A.1)

SUBPROCESO: Realizar ingreso a emergencia (A.1.1)

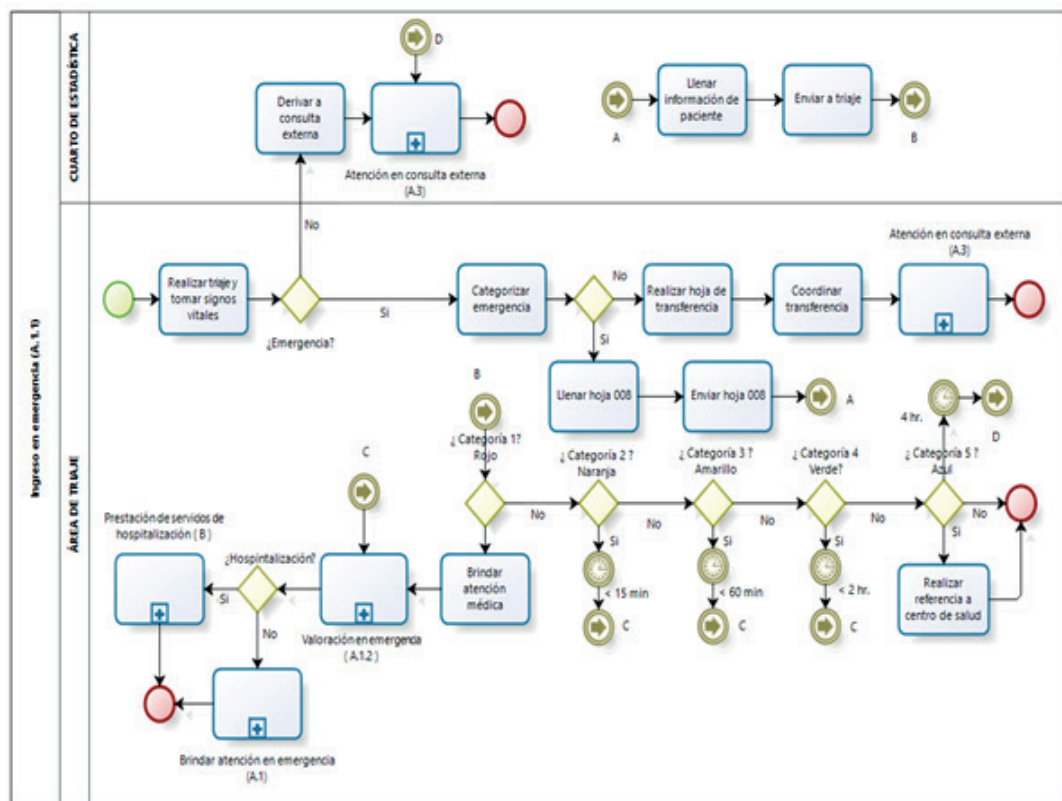
No.	ACTIVIDAD	ENTIDAD	DE SCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Realizar triaje	Área de Triage	Definir si es una urgencia o una emergencia y toma de signos vitales	Médico emergenciólogo/Médico general en funciones hospitalarias
2	Categorizar emergencia	Área de Triage	Categorizar el estado patológico del paciente según estándares establecidos	Enfermera
3	Derivar a consulta externa	Cuarto de estadística	Brindar atención en consulta externa a pacientes que nos son urgentes	Médico emergenciólogo/Médico general en funciones hospitalarias
4	Brindar atención médica inmediata	Área de Triage	Dar el soporte vital necesario ante una emergencia inminente	Médico emergenciólogo/Médico general en funciones hospitalarias
5	Realizar hoja de transferencia	Área de Triage	Llenar correctamente la hoja de transferencia para una unidad de mayor complejidad	Médico emergenciólogo/Médico general en funciones hospitalarias
6	Coordinar transferencia a hospital de mayor complejidad	Área de Triage	Realizar trámites para la transferencia del paciente a un hospital de mayor complejidad.	Emergenciólogo
7	Llenar hoja 008	Cuarto de estadística	Llenar datos del punto 1 (registro de admisión) de la hoja 008	Médico emergenciólogo/Médico general en funciones hospitalarias
8	Enviar hoja 008 al cuarto de estadística	Cuarto de estadística	Llevar la hoja 008 desde el área de triaje al cuarto de estadística	Enfermera
9	Llenar información del paciente	Cuarto de estadística	Escribir la información necesaria del paciente	Estadístico
10	Enviar hoja 008 a consultorio de triaje	Área de Triage	Llevar la hoja 008 desde el cuarto de estadística al consultorio del médico	Estadístico
	Si es categoría 1 (rojo) brindar atención médica	Área de Triage	Luego de brindar atención médica se pasa a valoración en emergencia (A.1.2) y luego pasará Brindar atención en emergencia (A.1) o a Prestar servicios de hospitalización (B), según el caso	Médico emergenciólogo/Médico general en funciones hospitalarias
11	Esperar atención médica	Área de Triage	Esperar atención médica a pacientes categoría 2 (naranja) hasta un tiempo de 15 minutos. Luego se pasa a valoración en emergencia (A.1.2) y luego pasará Brindar atención en emergencia (A.1) o a Prestar servicios de hospitalización (B), según el caso	Enfermera
12	Esperar atención médica	Área de Triage	Esperar atención médica a pacientes categoría 3 (amarillo) hasta un tiempo de 60 minutos. Luego se pasa a valoración en emergencia (A.1.2) y luego pasará Brindar atención en emergencia (A.1) o a Prestar servicios de hospitalización (B), según el caso	Enfermera
13	Esperar atención médica	Área de Triage	Esperar atención médica a pacientes categoría 4 (verde) hasta un tiempo de 2 hr. Luego se pasa a valoración en emergencia (A.1.2) y luego pasará Brindar atención en emergencia (A.1) o a Prestar servicios de hospitalización (B), según el caso	Enfermera
14	Esperar atención médica	Área de Triage	Esperar atención médica a pacientes categoría 5 (azul) hasta un tiempo de 4 hr. Luego se pasa a Atención en consulta externa (A.3)	Enfermera

Representación gráfica de un proceso en una empresa de salud

En la figura 17 se muestra el diagrama de flujo del proceso: Realizar ingreso a emergencia (A.1.1), para este caso se ha utilizado el modelador de Bizagi que utiliza la notación BPMN.

Figura 17

Diagrama de flujo en notación BPMN para el proceso Realizar ingreso a emergencia (A.1.1).



Indicador de un proceso en una empresa de salud

Se plantea un indicador para el proceso Realizar ingreso a emergencia (A.1.1).

- Nombre o descriptor: Tiempo primera respuesta facultativo.
- Definición: Mide el tiempo que transcurre entre la llegada del paciente

hasta ser atendido por un facultativo que inicia los procedimientos de diagnóstico y tratamiento oportuno.

- Unidad de medida: minutos.
- Unidad Operacional: Tiempo (minutos) en ingresar al consultorio - tiempo(minutos) de llegada al área de emergencia.
- Meta: Primera atención inmediata.

Referencias

- Beltran Sanz, J., Carrasco, R., Carmona, M., Rivas, M., & Tejedor, F. (09 de 2016). *Guía para una gestión basada en procesos*. <https://www.centrosdeexcelencia.com/wp-content/uploads/2016/09/guiagestionprocesos.pdf>
- Cadena, J. (Junio de 2016). *Guía para el diseño y documentaición de procesos*, 6. (YURA, Editor) <http://worldbusiness.espe.edu.ec/wp-content/uploads/2016/03/Art%C3%ADculo-6.4-Gu%C3%ADa-deprocesos.pdf>.
- Freund, J., Rucker, B., & Hitpass, B. (03 de 2014). *BPMN 2.0 Manual de Referencia y Guía Práctica*. https://www.academia.edu/50796508/BPMN_2_0_Manual_de_Referencia_y_Gu%C3%ADa_Pr%C3%A1ctica
- García, B. M. (2006). *Gerencia de Procesos para la Organización y el Control Interno de Empresas de Salud*. Ecoe Ediciones.
- Harrington, J. (1992). *Mejoramiento de los procesos de la Empresa*. <https://www.probidadenchile.cl/wp/harrington-james-h-mejoramiento-de-los-procesos-de-la-empresa/>
- Orellana Espinoza, M., Morocho Chalco, V., & Puente Valdivia, O. (09 de 2012). Orellana, M. Puente, O. & Morocho, V. (2012). Evaluación de la atención en Salud, diseño, documentación y medición de los procesos del área de Emergencia del Hospital General Enrique Garcés. [Maestría, Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE]. Repositorio. <https://repositoriobe.espe.edu.ec/server/api/core/bitstreams/47b3136b-e17b-469f-a48e-d114b5ad402e/content>
- Salud, M. d. (27 de 02 de 2024). Dirección Nacional de Gestión por Procesos Símbolos utilizados en BPMN-BIZAGI. Símbolos BPMN-BIZAGI: https://www.google.com/search?q=simbolos+utilizados+por+manuel+de+bizaggi&rlz=1C1CHBF_esEC848EC848&oq=simbolos+utilizados+por+manuel+de+bizaggi&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYO-TIJCAEQIRgKGKABMgkIAhAhGAoYoAEyCQgDECEYChigAdIBC-TEzMzYyajBqN6gCALACAA&sourceid=chr



<https://lc.cx/gzSr6l>

CAPÍTULO VI

Gestión Tecnológica, Ingeniería Clínica

Javier Alexander López Chaquinga

Tecnología e Ingeniería en la Organización Sanitaria

En el desarrollo y avance de la tecnología mundial, la salud siempre ha sido uno de sus principales campos de aplicación, por ser una de las más importantes necesidades para la humanidad, si no es que acaso la principal. “La automatización e invención de sistemas y equipos médicos electrónicos (biomédicos) ha sido una constante, tanto que hoy en día la tecnología empieza incluso a desafiar a la inteligencia y capacidad del hombre” (Saldarriaga, 2008).

Por ello y aunque oculta bajo los procesos clínicos médicos, la ingeniería está presente en todas las entidades de salud, instaurada desde el inicio mismo del servicio sanitario que estas brindan. “El aporte de la tecnología al sector salud crea una pauta esencial para el buen funcionamiento de las casas de atención médica” (Ortiz Posadas, 2007).

“Las áreas técnicas de ingeniería se estructuran y ganan importancia con el tiempo, a medida que los centros médicos crecen en tamaño y complejidad; no obstante, su formalización y desarrollo pueden variar según la evolución del sistema de salud y las necesidades específicas de cada institución y gobierno” (Yapur Auad, 2007).

El Ministerio de Salud es la instancia que lleva este rol crucial de gestión biomédica e implementación de tecnologías dentro de las organizaciones sanitarias, donde fundamentalmente “el equipamiento médico o biomédico, compite día a día en el mercado por desplegar nuevos e innovadores dispositivos” (Clínica El Rosario, 2020).

Todas y cada una de las áreas que conforman un nosocomio aseguran el funcionamiento apropiado, de manera efectiva y segura. Además, trabajan en la prevención y mitigación de riesgos con la implementación de medidas. “Garantizando la seguridad de los usuarios internos y externos; manteniendo y mejorando continuamente los indicadores de calidad en las instalaciones y equipos” (OpenAI, L.L.C., 2023).

“La ingeniería clínica hospitalaria está cubierta con estos departamentos administrativos internos, cuyas dimensiones, alcance, atributos y responsabilidades trabajan en función del nivel de atención y prestación de servicios del centro médico, o de la dependencia administrativa sanitaria en las cuales se desempeñan” (Escalona, 2024).

Ingeniería Clínica

“La Ingeniería Clínica es el ramal de la ingeniería biomédica, aplicada a la gestión del equipamiento médico y toda la gestión administrativa normativa que conlleva en una institución sanitaria para el manejo o administración de la tecnología médica” (Saldarriaga, 2008).

Esta ciencia ha tenido su desarrollo obedeciendo a los avances y evolución de la tecnología en los hospitales, y principalmente debido a la complejidad y mayores necesidades clínicas que surgen para la humanidad.

En sus orígenes la ingeniería clínica tuvo una denominación conocida como electromedicina, de hecho, en ciertas localidades aún se mantiene con este nombre, puesto que los equipos biomédicos funcionan bajo principios eléctricos y electrónicos. Precisamente a esto se debe que, en un inicio, existieron únicamente los llamados departamentos de mantenimiento encargados de mantener operativos los equipos médicos, así como de ejecutar las acciones correctivas sobre ellos.

Actualmente, los dispositivos médicos, con el desarrollo digital, informático y de las comunicaciones, se encuentran en un esquema o nivel tecnológico diferente y de mayor complejidad, repercutiendo en una transformación trascendental de los servicios de atención en salud.

Hoy en día, la tecnología del entorno hospitalario se canaliza modernamente en los departamentos de Ingeniería Clínica. Dando paso a la innovación y continua evolución de la atención al paciente con eficiencia, y seguridad hacia los procedimientos médicos, sus usuarios internos y externos; es decir, abarcando hasta los familiares del paciente. Por consiguiente, las funciones de este departamento se extienden además en su alcance por brindar y mantener ambientes seguros y confortables, con una gestión tecnológica sobre la infraestructura hospitalaria, cumpliendo con estándares nacionales e internacionales.

Aunque conforme manifiesta Saldarriaga (2008), su principal atribución se inclina hacia la gestión, implementación y desarrollo de los equipos biomédicos, que como ya se ha indicado son los equipos electrónicos que tienen contacto directo con el paciente desde su diagnóstico, pasando por su tratamiento, hasta la recuperación de la salud, sustentando confiabilidad a la casa de salud en la administración de su tecnología biomédica, con actividades fundamentales como los planes de mantenimiento, protocolos de aseguramiento metro-

lógico y de calibración, y/o procedimientos en roles que inclusive traspasan o comparten responsabilidades con otros departamentos administrativos de la organización. “es el caso de la selección de los proveedores idóneos para ejecución de servicios que no están dentro del giro directo del área, o la misma adquisición de nueva tecnología” (Clínica El Rosario, 2020).

“El veloz y continuo desarrollo tecnológico desafía la gestión de los ingenieros clínicos, y a la vez, su desempeño se convierte en un pilar fundamental para enfrentar los retos en el cuidado sanitario mundial” (Yapur Auad, 2007).

“El ingeniero electrónico especialista en equipos médicos prácticamente forma parte de los fabricantes, desde el diseño, producción y pruebas de nuevas tecnologías biomédicas” (Docline, 2024).

Si bien la ingeniería biomédica lleva su mayor gestión a la eficacia y funcionalidad de los equipos médicos, no se limita únicamente a garantizar el estado perfecto del equipamiento sanitario, también tiene un enfoque hacia la optimización de los procedimientos clínicos. “La eficiencia en un hospital no solo se traduce (...) también en un mejor cuidado del paciente. Los ingenieros clínicos trabajan incansablemente para que cada procedimiento médico sea el más seguro y efectivo, utilizando la tecnología como su herramienta más valiosa” (Hernández Hernández & Sandoval Interiano, 2019).

El departamento de ingeniería clínica lleva la vanguardia tecnológica dentro de la casa de salud. Los ingenieros biomédicos y electrónicos especialistas, constantemente analizan e indagan las nuevas tecnologías y equipos médicos que puedan aportar al mejoramiento de la calidad en la atención sanitaria. El rol del área biomédica es relevante en el desarrollo y la implementación de nuevas tecnologías, sus especialistas son llamados a evaluar e ingresar estas innovaciones para su utilización segura y efectiva en el cuidado del paciente.

Para llevar a cabo la integración de la tecnología con los procedimientos médicos, de una manera fluida y garantizar que los dispositivos biomédicos se utilicen efectivamente, es fundamental la colaboración del ingeniero clínico con los demás profesionales sanitarios. El trabajo no puede realizarse de forma aislada, al contrario, el biomédico debe mantenerse en constante interacción con el personal médico, de enfermería, tecnólogos, entre otros.

“La capacidad de comunicar complejidades técnicas de manera sencilla también es una habilidad invaluable en este ámbito; facilitando un entendimiento común y la implementación de soluciones tecnológicas que realmen-

te solventen las necesidades del cliente o usuario” (Echeverri Ocampo, Urina Triana, Mantilla, & Ariza, 2018).

Otra de las responsabilidades claves de los ingenieros electrónicos especialistas en biomedicina, si no es que acaso la más común, es el mantenimiento de los equipos biomédicos, ejecutando un conjunto de actividades y protocolos rutinarios para los chequeos preventivos; mientras que para una reparación puede complicarse tanto la situación, que deberá incurrir en varios escenarios para finalmente encontrar la mejor solución en beneficio de la institución sanitaria. Todo esto para garantizar que todo el sistema o equipamiento funcione como es debido. Aun así, su trabajo no se limita solo a mantener las máquinas operativas; el ingeniero biomédico también está muy comprometido con la seguridad de los usuarios internos y externos del hospital.

En países industrializados y vanguardistas, la vinculación del profesional sanitario de la ingeniería clínica con los fabricantes de equipamiento biomédico y de investigación es una parte esencial de su trabajo, asegurando que las últimas novedades tecnológicas estén aplicadas al servicio de la atención médica (Universidad EIA, 2023).

Innovación en la tecnología médica

En la búsqueda de mejoras y avances que lleva permanentemente la humanidad, se ha posicionado a la ingeniería clínica en la vanguardia de la innovación tecnológica para el ámbito de la salud, donde justamente los ingenieros desempeñan un rol crucial en la introducción y desarrollo de nuevas soluciones médicas.

“La colaboración de los ingenieros electrónicos con las fábricas de dispositivos biomédicos y su participación en el diseño y prueba de nuevas tecnologías son fundamentales para el desarrollo de soluciones efectivas, seguras y eficientes” (AMBIT TEAM, 2021).

“Los ingenieros clínicos (...) también participan con los investigadores y fabricantes para diseñar y probar prototipos y equipos biomédicos que marcarán la diferencia en la vida y salud de los pacientes. Esta sinergia entre la ingeniería y la medicina ha generado la creación de dispositivos más precisos, eficaces y seguros (...)” (Romaní & Vilcahuamán, 2010).

Estos avances no solo mejoran la calidad de vida de las personas, sino que también abren nuevas posibilidades en el diagnóstico y tratamiento de patolo-

gías, pues la participación activa de los ingenieros clínicos con los fabricantes habilita el desarrollo de dispositivos médicos innovadores, que van desde pequeñas prótesis inteligentes hasta complejos sistemas electrónicos o robóticos” (Díaz Lantada, 2009).

Una personalización de la atención médica es posible gracias a la creación de tecnologías adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente con la participación de la ingeniería clínica. “Desarrollos tecnológicos como sistemas y dispositivos inteligentes de monitorización a distancia, permiten una gestión o control sanitario más efectivo de las condiciones crónicas, y una mayor autonomía para el paciente, que repercute adicionalmente en su calidad de vida” (IngeniaMed, 2024).

La innovación en la tecnología médica ha logrado “mejorar significativamente la precisión en el diagnóstico de patologías, en áreas de radiología (...) y en análisis de laboratorio, actualmente son más exactos; permiten detectar condiciones o variantes de la salud con mayor rapidez y exactitud” (nubixmx, 2023).

Esta innovación, impulsada por la ingeniería clínica, no solo transforma los procesos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sino que también redefine la experiencia del paciente dentro del ambiente hospitalario. Los avances tecnológicos permiten procedimientos menos invasivos, recuperaciones más rápidas y una mayor eficiencia en el uso de recursos sanitarios.

La continua evolución de las tecnologías sanitarias visualiza un futuro donde los alcances del cuidado de la salud se expanden constantemente, ofreciendo esperanza y nuevas posibilidades para pacientes y profesionales de la salud.

“El papel de los ingenieros clínicos como impulsores y protagonistas de la innovación tecnológica es más importante que nunca, asegurando que los avances científicos se traduzcan en beneficios tangibles para la sociedad” (ITS Innovación en Salud, 2023).

Presencia del Ingeniero Clínico en la Institución Sanitaria

La necesidad del técnico o ingeniero dedicado al mantenimiento y reparación de los equipos en las instituciones sanitarias aparece con el avance de la tecnología electrónica de los dispositivos biomédicos. Prácticamente y como

bien menciona (Saldarriaga, 2008) hasta hace pocos años, en nuestro medio, la conservación y el manejo de los equipos electromecánicos dependían básicamente de la experiencia y conocimiento del galeno y su equipo de colaboradores sanitarios.

Sin embargo, ya que la innovación tecnológica de los equipos biomédicos proviene de algoritmos, sistemas, y dispositivos sensoriales electrónicos en su mayoría, desarrollados y predispuestos por la ingeniería y las ciencias exactas, ha dificultado cada vez que el profesional médico maneje con facilidad ciertos equipos, actualmente deben trabajar en conjunto con el ingeniero, para el uso adecuado y eficiente del equipamiento.

De ahí que, la nueva visión del gerente o directivo hospitalario, se orienta a estrategias, actividades y acciones basadas en políticas y planificación institucional inclusiva, el trabajo en equipo del personal profesional de salud, con el personal técnico de ingeniería biomédica, es fundamental.

Aun existiendo una gestión incipiente, con técnicos y personal de formación empírica, con experiencia en equipos electromecánicos, fue o es, el punto de partida de la gestión biomédica. Lo indispensable es tener iniciar un proceso de mejora, visualizar la proyección futura y actualizar los recursos. (Saldarriaga, 2008)

En la operatividad diaria de una casa de salud, es importante la gestión de los ingenieros clínicos, quienes “gestionan la integración eficiente y efectiva de la tecnología en el cuidado de la salud. Su labor incluye la innovación e implementación de soluciones tecnológicas que a menudo y finalmente pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte” (Escalona, 2024).

Es claro que el avance de la tecnología de los equipos biomédicos requiere de los ingenieros electrónicos especialistas para llevar el progreso tecnológico en el sector sanitario. Los ingenieros biomédicos se encuentran al igual que todo el personal sanitario, inmersos en esta complejidad, respondiendo como el puente entre las necesidades clínicas y las soluciones tecnológicas.

Su responsabilidad no se limita únicamente a la gestión de equipos, como bien se ha enfatizado, se extiende a la comprensión y análisis de los procesos de las áreas de atención médica y a la adaptación de la tecnología para satisfacer los requerimientos o necesidades. “Este desafío constante requiere no solo un conocimiento técnico especializado, sino también una capacidad para anticiparse a las necesidades y adversidades presentes y futuras de la administración sanitaria” (Gismondi Glave, 2010).

Responsabilidad del Ingeniero Biomédico

La ingeniería clínica dentro del sistema sanitario es de vital importancia, realizan actividades que van desde el mantenimiento del equipamiento biomédico hasta la capacitación del personal profesional de la salud que utiliza los equipos, juegan un rol fundamental en la estructura organizacional del Centro de atención en salud. Por citar algunas de las funciones:

- *Mantenimiento y calibración del equipamiento biomédico.* Los ingenieros clínicos y electrónicos especializados desarrollan periódicamente inspecciones para asegurar que los dispositivos médicos funcionen correctamente. Estas actividades incluyen la calibración de los equipos para garantizar su precisión, lo cual es de gran relevancia en el diagnóstico y tratamiento de pacientes. La responsabilidad no solo implica la reparación de los dispositivos cuando estos se dañan, sino la de actuar predictivamente ante posibles errores mediante un mantenimiento preventivo y mejor aún, predictivo.
- *Capacitación y supervisión técnica.* Actividad crucial de los ingenieros biomédicos, es la formación y supervisión de los técnicos afines y de todo el personal hospitalario involucrado en el manejo de los equipos médicos, de tal manera que sea seguro y eficiente su uso. Esto garantiza no solo la operatividad de los dispositivos, sino también la seguridad del paciente y del personal. Minimizando así los riesgos asociados con la utilización de tecnología avanzada; y no solo por la utilización, también el cuidado y limpieza del equipo que debe ejecutarse como tal.
- *Gestión de tecnología sanitaria y consultoría.* Los ingenieros biomédicos y electrónicos especializados están encargados de gestionar la adquisición e instalación del nuevo equipamiento médico, asegurando que la inversión se alinee con las necesidades reales del hospital y sus pacientes. Además, actúan como consultores dentro de la organización, procesando, analizando y evaluando la selección de los equipos que representen el mayor beneficio, y que sean adecuados para los procedimientos médicos. Su visión también es fundamental en la fase de prueba e implementación de nuevas tecnologías, certificando que estas innovaciones sean seguras y efectivas antes de su uso.

“La versatilidad, alcance y competencia de los ingenieros clínicos son indispensables para la operatividad de las casas de salud. Su trabajo impacta en

la calidad del cuidado del paciente, y promueve un entorno hospitalario más seguro y eficiente (...)” (Tinc, 2023).

Importancia de la Ingeniería Clínica en las casas de salud

En la cartera de servicios y procedimientos que conforman el diario vivir de un hospital, los ingenieros clínicos se centran en la aplicación de la ingeniería optimizando el uso y operatividad de los equipos biomédicos, desde dispositivos sencillos como transductores, hasta tecnologías complicadas, como los ventiladores de respiración mecánica.

Los ingenieros biomédicos garantizan que la institución de atención sanitaria cuente con la mejor y suficiente tecnología, acorde su capacidad presupuestaria, que le permita brindar una atención segura y de calidad.

Esta gestión integral permite que los hospitales puedan adaptarse y conllevar las necesidades cambiantes del entorno, en sus clientes internos y externos, para mantenerse al día con los avances tecnológicos, asegurando su relevancia y eficacia en el cuidado y atención de la salud. Por ello, “la ingeniería clínica representa indiscutiblemente un papel altamente importante y es indispensable en la prestación de servicios de salud modernos, seguros, continuos y de alta calidad” (Escalona, 2024).

Gestión de la tecnología sanitaria

Responsabilidad crucial de la ingeniería clínica es la completa gestión de la tecnología sanitaria, que contempla toda la normativa reguladora y el ciclo de permanencia del equipamiento biomédico en la institución, desde la planificación de su adquisición acorde a una necesidad social, pasando por su mantenimiento y control, hasta la actualización, renovación y desecho responsable del mismo.

Para ello, los ingenieros deben contar con una formación y experticia que permita la comprensión técnica profunda de la tecnología biomédica, pero además, conocer sobre el nivel de atención en el cual o para el cual se está desarrollando la gestión sanitaria, lo que implica asimismo reconocer la demanda de salud y cartera de servicios en la que se va a incursionar, tanto para los dispositivos actuales, así como también con una visión anticipada de las futuras necesidades del entorno sanitario.

De esta manera, “los ingenieros clínicos o electrónicos especializados en equipo biomédico comandan a los centros de salud hacia el futuro, velando por contar con las plataformas tecnológicas más avanzadas y acordes para proporcionar cuidados de salud con calidad” (Guerra Bretaña, Orozco Inca, & Valencia Bonilla, 2022).

La determinación de invertir en un nuevo equipo biomédico es un componente fundamental en la gestión de la tecnología sanitaria. La evaluación minuciosa previa la adquisición del equipamiento requiere de análisis detallados y una capacidad de anticiparse al proceso de integración, y considerar el cómo evolucionará dicho equipo dentro del ámbito y realidad hospitalaria de la localidad. “Los ingenieros clínicos deben comparar el mayor beneficio para la institución, versus el costo; y de hecho, no solo en términos económicos, adicional en cuanto a la eficiencia operativa, seguridad y la calidad en el cuidado del paciente” (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

Una vez adquirida la tecnología, la instalación y la puesta en marcha de los equipos es otro desafío importante. “Los ingenieros clínicos coordinan estrechamente con los proveedores y el personal del hospital, asegurándose la integración fluida con los sistemas existentes (...) la formación continua del personal es fundamental para explotar al máximo las capacidades de los equipos” (Hernández Nariño, 2022).

El mantenimiento preventivo y correctivo forma también una parte integral de la gestión de tecnología sanitaria. Los ingenieros clínicos realizan inspecciones regulares y calibraciones para asegurar el funcionamiento óptimo de los equipos y, cuando es necesario, ejecutan reparaciones de manera eficaz para minimizar el tiempo de inactividad. Esta proactividad en el mantenimiento garantiza que los dispositivos biomédicos no solo funcionen correctamente, sino que también prolongan su vida útil, maximizando así la inversión realizada.

El Departamento de Ingeniería Clínica en la Organización Sanitaria

La Ingeniería Clínica (...) desarrolla normas técnicas competentes a la gestión y manejo de la tecnología médica, que regirán en todos sus niveles de atención, tanto del segmento público como del privado; además de instituir las leyes para importación, evaluación, construcción de tecnología médica, y demás temas regulatorios. (Lara Estrella, 2013)

Por otro lado, las atribuciones y responsabilidades que lleva el Departamento de Ingeniería Clínica en las unidades operativas de atención en salud son fundamentales, “de la Ingeniería depende que los procesos cumplan los parámetros de calidad, seguridad y confiabilidad; sin los ingenieros, el personal médico y clínico no podrían desempeñar su trabajo, pues hoy (...) dependen totalmente del uso y desarrollo de la tecnología” (Saldarriaga, 2008).

Todos los centros de salud, independientemente del nivel de atención sanitaria al cual pertenezcan dentro de la estructura y política institucional, desde el más básico hasta el de especialidad, conllevan en su operatividad las necesidades técnicas de infraestructura y tecnología biomédica. Por ello, “de una u otra forma, las casas de salud cuentan directa o indirectamente con personal técnico y de ingeniería (...) siendo lo ideal, contar con este recurso humano en la nómina propia de la institución (...)” (Henríquez, Lucio, & Villacres, 2011).

En este contexto, “los Departamentos de Ingeniería Clínica o Biomédica se encuentran o deben encontrarse administrativamente estructurados en el orgánico funcional de las instituciones sanitarias para el apoyo directo de las Gerencias, Direcciones Médicas Asistenciales, y/o de Infraestructura y Logística Sanitaria” (Ministerio de Salud, 2012).

En función al nivel de atención de la casa de salud, (...), de los sistemas y plataformas tecnológicas depende mantener un equipamiento biomédico en óptimas condiciones. Además de las herramientas administrativas que permitan un adecuado control y seguimiento de la gestión (...) y mejora continua en la atención de sus clientes o usuarios. (Dirección Nacional de Infraestructura Sanitaria - MSP, 2024).

El Departamento de Ingeniería Clínica de una casa de salud, como responsable del desempeño, mantenimiento, control y seguridad de la infraestructura y tecnología sanitaria, segmenta su atención, áreas y recursos en estructuras orgánico-funcionales menores y competentes para cubrir todas las necesidades de la organización operativa. (Navas Sanango & Ulloa Romero, 2013)

- Sección Clínica o Biomédica. Encargada de gestionar o atender todos los equipos médicos de la casa de salud, sean propios, en comodato/apoyo tecnológico, préstamo, demostración, en arriendo o convenio (“outsourcings”). Los ingenieros electrónicos especializados en tecnología sanitaria son responsables de acuerdo con una segmentación por áreas, gestión de notificaciones de alerta de peligro, apoyo en la gestión de capacitación, gestión documental, entre otros.

- Sección de Calibración y Metrología. Enfocada para todos los procesos de calibración, validación, verificación, revisión de los protocolos de mantenimiento y procesos de calidad, el apoyo para permisos pertinentes de funcionamiento y licenciamiento institucional, auditorías propias y externas, y demás relacionadas al control.
- Sección de Mantenimiento. “Responsable por los trabajos de infraestructura, obras civiles, mantenimiento de la planta física, señalización, mobiliario clínico y de oficina, mantenimiento de redes eléctricas, detectores de humo; entre otros” (Saldarriaga, 2008).
- Sección de TICs. Usando plataformas como ERPs, CRMs, CMMS, entre otros. Desde el registro de los datos personales del paciente, pasando por signos vitales, hasta contar con un estudio de los servicios de diagnóstico (...) y usando herramientas como el HIS, RIS y PACS; por lo que el ingeniero electrónico especialista en redes y enlace de equipos biomédicos comprende ampliamente el principio y estructura de esta información y su manejo.

“Estos departamentos entre varios conceptos, administran la infraestructura de las redes, tanto de voz como de datos, sistemas de seguridad con circuitos cerrados de televisión, telefonía convencional, etc.” (García Garces, López Perez, Navarro Aguirre, & Rodríguez Orizondo, 2014).

El departamento de Ingeniería Clínica trabaja coordinadamente en la ejecución de los planes de mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento biomédico, redes e infraestructura para prolongar la vida útil de estos recursos. Garantizando la continuidad del servicio de salud y aseguramiento metrológico de los equipos médicos; racionalizando los costos y haciendo muy productivos a los equipos, para tenerlos habilitados cuando sean requeridos.

Es preciso manifestar que, en varias casas de salud, este departamento es rezagado, falta apoyo y reconocimiento desde sus direcciones, se le atribuyen tareas con mínima relevancia (...), prefiriendo incluso que esta gestión continúe en manos de las direcciones administrativas o incluso de las áreas médicas (Saldarriaga, 2008).

Desafíos para la ingeniería clínica

Competencia y estructura orgánica funcional

La mayoría de las instituciones sanitarias no gozan de áreas técnicas modernas, estables y definidas, sólo tienen las empíricas áreas de mantenimiento, donde el concepto resulta de una denominación genérica, pues así son conocidos estos departamentos en el campo industrial.

El área de ingeniería de una casa de salud debe tener secciones de Ingeniería Clínica e Ingeniería Hospitalaria/Mantenimiento, donde cada uno de estas dependencias realicen mantenimiento a los equipos que le corresponden. Toda esta labor se debe comandar desde el departamento de Ingeniería Clínica (...) (Saldarriaga, 2008).

Se debe trascender del mantenimiento, a formar verdaderos departamentos de ingeniería, con una completa gestión de la tecnología clínica y hospitalaria; con un alto nivel de organización y estructura, personal altamente competente, con oficinas, laboratorios y espacios acordes y bien definidos. (Docline, 2024)

Es necesaria un área de ingenieros clínicos en todas las casas de salud para llevar la gestión del equipamiento biomédico. “Además, es evidente la fortaleza del punto de vista de estos profesionales y conocimiento del cuerpo humano asociado a la tecnología, pudiendo aportar e interactuar con el personal médico, potenciando las capacidades y recursos con un trabajo en equipo” (Saldarriaga, 2008).

Formación y vinculación al entorno sanitario

La Academia tiene responsabilidad, con la referencia de la necesidad de presencia y vinculación de los ingenieros clínicos en las entidades hospitalarias, ya que estos profesionales son quienes poseen el conocimiento adecuado para la competencia y el desarrollo propio del sector salud. (Ministerio de Salud, 2012)

Lastimosamente, los programas universitarios de pregrado y posgrado tienen mínima oferta para formar profesionales en ingeniería clínica y biomédica, precisamente por ello, “es urgente la implementación de posgrados en las

ramas de la ingeniería clínica, para fortalecer el sistema sanitario e innovar el campo de la atención en salud” (Yapur Auad, 2007).

A esto es necesario sumar un incentivo hacia la investigación, ya que siempre existen áreas en desarrollo y de aplicación, por ejemplo, los PACS que están relacionados con las telecomunicaciones y la informática; así mismo la nanotecnología y la robótica son campos que requieren de la gestión del ingeniero electrónico especializado en equipamiento biomédico.

Otra área para el desarrollo investigativo es el campo de las aplicaciones clínicas de diagnóstico y terapia, la telemedicina, y la automatización de la atención en salud. La labor de los Ingenieros Clínicos en los hospitales es la oportunidad para reafirmar y reforzar los principios electrónicos de instrumentación y telecomunicaciones, aprendidos en la universidad. Sin embargo, se requiere una preparación constante para mantenerse actualizado, y la madurez que en el campo laboral se forja como profesional para trabajar bajo presión, recibir críticas y pensar siempre en la mejora continua, a sabiendas de que estas jornadas contribuyen a salvar y conservar vidas (Saldarriaga, 2008).

“Uno de los principales desafíos de la ingeniería clínica es la evaluación de tecnología biomédica, que debe ser propicio para las necesidades de cada segmento poblacional y región del país, a más de estar acorde a su capacidad económica” (Saldarriaga, 2008).

Esta evaluación inicia desde el momento en que se determina estratégicamente la compra, o se obedece a una necesidad por adquirir determinada tecnología o equipamiento biomédico. “La evaluación será una variable del costo con respecto al beneficio, efectividad, funcionalidad, seguridad y su vida útil, el ingeniero clínico debe asegurar la capacitación del usuario, así como del personal técnico propio del departamento de ingeniería biomédica” (Carvajal Tejada & Ruiz Ibanez, 2008).

Gestión de recursos

Las instituciones de salud sean públicas o privadas, se manejan dentro de presupuestos generalmente limitados; obligando a los ingenieros clínicos a tomar decisiones críticas sobre la adquisición de tecnología, priorizando las inversiones que ofrecerán el mayor retorno en términos de calidad de atención y seguridad del paciente. Además, “deben asegurar que el mantenimien-

to y la actualización de los equipos existentes se realicen de manera eficiente, para prolongar su vida útil y su rendimiento” (World health Organisation Pan American Health Organization, 1999).

Equipamiento Biomédico funcional, eficiente y confiable

Una atención integral de salud, que va desde el diagnóstico hasta el tratamiento y recuperación de los pacientes, hoy en día no es factible sin el equipo biomédico preciso, operativo y funcional, mejor aún si es de innovada tecnología.

“Llevar procedimientos y tratamientos exitosos para el usuario interno y externo también es el resultado del correcto y seguro funcionamiento de los equipos biomédicos, donde los ingenieros clínicos son los protagonista y responsables” (Hernández Hernández & Sandoval Interiano, 2019).

Un electrobisturí correctamente calibrado y preciso, una torre laparoscópica con un correcto ajuste y definición en su pantalla, son sin duda el diferenciador para el exitoso resultado de un procedimiento quirúrgico, lo que a su vez impacta directamente en la seguridad y recuperación de la salud del paciente.

“Los profesionales de la salud se aseguran de que el equipamiento médico no solo se encuentre en perfecto estado funcional, sino que sea de tecnología avanzada, lo cual repercute directamente en la calidad del cuidado que recibe el usuario” (Biomédica Aplicada, 2022).

Que la organización sanitaria se mantenga actualizada con la innovación tecnológica es otro aspecto crucial que lidera el departamento biomédico con el aporte de sus ingenieros clínicos y/o electrónicos especializados, puesto que el desarrollo tecnológico día a día avanza de forma exponencial en el ámbito del cuidado de la salud.

Consecuentemente, el área de ingeniería clínica deberá apoyar desde su competencia técnica a la gestión de baja del activo biomédico, y sugerir el mejor y responsable destino, de aquellos dispositivos que ya no sirven o no permiten ejecutar los actuales procedimientos clínicos, cumplir con los estándares de atención médica que cada vez son más rigurosos. “La renovación y actualización constante de tecnología médica mejora la eficiencia en la atención sanitaria contribuyendo fehacientemente con la seguridad del cliente o usuario interno y externo” (TINC CMMS, 2023).

Calidad y mejoramiento continuo

Como en todo producto y servicio, la calidad es un desafío constante para las instituciones de salud. El compromiso de la ingeniería clínica con la seguridad del paciente se refleja en su enfoque hacia la calidad y cumplimiento de estándares internacionales provenientes de normas, acreditaciones y certificaciones. “Toda la tecnología biomédica requiere que sea revisada y mantenida bajo estos rigurosos estándares de calidad, garantizando que cumplan o superen las expectativas de seguridad como objetivo principal” (Mina Osorio, 2019).

Este compromiso de calidad debe ser parte de una cultura, una dedicación diaria a la excelencia y mejora continua en todos los aspectos concernientes a la gestión del equipamiento biomédico, para asegurar que los pacientes reciban el mejor servicio y cuidado de la salud, minimizando los riesgos y maximizando los beneficios del tratamiento médico. (Forrellat Barrios, 2014).

Las políticas además deben abarcar programas, procedimientos y controles técnicos y administrativos, metodologías de causa y planes de mejora, una adecuada gestión del manejo de eventos adversos relacionados al equipamiento biomédico, con el objetivo en firme de la seguridad de los personajes del entorno sanitario. (Fernández, 5 Indicadores Clave de Rendimiento (KPI) que debes medir en el Departamento de Ingeniería Biomédica, 2023).

La seguridad del paciente

“Los ingenieros electrónicos especialistas en biomedicina trabajan incansablemente para minimizar los riesgos provenientes del equipamiento biomédico, protegiendo tanto a pacientes como al personal médico” (Beikhel, 2021).

“El esfuerzo conjugado entre tecnología y cuidado del paciente, forma un escudo contra posibles errores y accidentes que podrían tener consecuencias desastrosas” (Conduit Life, 2021).

La prevención es la base de una adecuada gestión de las áreas de ingeniería clínica en lo referente a la seguridad del paciente en las casas de salud. A través de inspecciones regulares y el seguimiento constante del estado de los equipos, los ingenieros electrónicos especialistas en equipo médico pueden identificar y solucionar potenciales problemas antes de que estos se conviertan en riesgos reales para los usuarios internos y externos.

“Estas actividades preventivas son fundamentales para minimizar eventos que puedan comprometer la integridad física de los pacientes, y garantizar que cada procedimiento se realice bajo las condiciones más seguras posibles” (Fundación Academia Aesculap México, A.C., 2022).

“La formación no solo que incrementa la confianza del personal en el manejo de los equipos, también minimiza significativamente el riesgo de errores humanos que podrían afectar la integridad y seguridad del usuario” (Arias, Camacho, & Osorno, 2016).

Ciberseguridad

Finalmente, pero no menos importante, está el desafío de la seguridad informática y del manejo de datos, en un mundo que cada día más interconectado, donde “los dispositivos biomédicos y los sistemas hospitalarios son interdependientes y están conectados a la red y la nube. La protección de los datos de los pacientes y la seguridad de las plataformas, se han convertido en una preocupación primordial para los organismos” (Arias, Camacho, & Osorno, 2016).

Los ingenieros electrónicos especialistas en comunicaciones y dispositivos biomédicos necesitan estar en la vanguardia de las estrategias de ciberseguridad, implementando soluciones robustas para la defensa de ataques informáticos, que podrían comprometer la operación de equipos, la información del paciente (...) (Conzultek, s.f.)

En este entorno de constantes amenazas cibernéticas, la labor de los ingenieros clínicos es más relevante que nunca, demostrando que su rol va mucho más allá del mantenimiento y la operación de equipos, incursionando en la protección, y garantizando la continuidad de la atención médica de calidad desde todos los frentes. (Fernández, Metrología en Salud: la Ciencia Detrás de la Tecnología Médica Confiable, 2023)

Referencias

- Arias, D., Camacho, J. E., & Osorno, J. (diciembre de 2016). MEJORA DE HABILIDADES EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE IMPLEMENTANDO UNA ESTRATEGIA DE ENTRENAMIENTO EN EL PERSONAL ASISTENCIAL. *Revista Ingeniería Biomédica*, 10(1909-9762), 21-25. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1909-97622016000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- BAMBIT TEAM. (10 de junio de 2021). Innovación tecnológica en la medicina. Recuperado el 6 de abril de 2024, de ambit-bst.com: <https://www.ambit-bst.com/blog/innovación-tecnológica-en-la-medicina>
- Beikhel. (6 de junio de 2021). Supervisión de Mantenimientos. Recuperado el 23 de abril de 2024, de biomedicabeikhel.com: <https://www.biomedicabeikhel.com/post/por-qué-es-importante-la-ingeniería-clínica>
- Biomédica Aplicada. (29 de agosto de 2022). Noticias y recomendaciones de la Ingeniería Biomédica. Recuperado el 6 de abril de 2024, de bioap.com.mx: <https://bioap.com.mx/la-importancia-de-la-gestion-del-equipo-medico-en-el-hospital/>
- Carvajal Tejada, M., & Ruiz Ibanez, C. G. (diciembre de 2008). EVALUACIÓN TÉCNICA Y CLÍNICA DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA EN PROCESOS DE ADQUISICIÓN: UN ENFOQUE EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD. *Revista Ingeniería Biomédica*, 2(1909-9762), 34-45. Recuperado el 22 de abril de 2024, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1909-97622008000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Clínica El Rosario. (2020). Departamento Ingeniería y Mantenimiento. Recuperado el 28 de marzo de 2024, de Clinica el Rosario - Ingeniería y mantenimiento: <https://www.clinicaelrosario.com/area-administrativa/ingenieria-y-mantenimiento>
- Conduit Life. (22 de marzo de 2021). EL ROL DEL INGENIERO CLÍNICO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE – Conduitlife. (M. d. Isguerra, Productor) Recuperado el 23 de abril de 2024, de conduitlife.mx: <https://conduitlife.mx/el-rol-del-ingeniero-clinico-en-la-seguridad-del-paciente/>
- Conzultek. (s.f.). La importancia de la Inteligencia Artificial en la ciberseguridad. Recuperado el 24 de abril de 2024, de blog.conzultek.com: <https://blog.conzultek.com/ciberseguridad/inteligencia-artificial-en-la-ciberseguridad>

- Díaz Lantada, D. A. (2009). Metodología para el desarrollo de dispositivos médicos basados en el empleo de polímeros activos como sensores y actuadores (TESIS DOCTORAL ed.). Madrid, España: Universidad Politécnica de Madrid. doi:10.20868/UPM.thesis.1730
- Dirección Nacional de Infraestructura Sanitaria - MSP. (13 de abril de 2024). Dirección Nacional de Infraestructura Sanitaria. Recuperado el 13 de abril de 2024, de salud.gob.ec: <https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-infraestructura-sanitaria/>
- Docline. (2024). Últimas noticias e información de interés del sector. Recuperado el 31 de marzo de 2024, de docline.com: <https://www.docline.com/blog/top-10-avances-tecnologicos-sector-salud/>
- Echeverri Ocampo, I., Urina Triana, M., Mantilla, M., & Ariza, P. P. (2018). El trabajo colaborativo entre ingenieros y personal de la salud para el desarrollo de proyectos en salud digital: una visión al futuro para lograr tener éxito. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 37(0798-0264), 400-408. Recuperado el 1 de abril de 2024, de <https://www.redalyc.org/journal/559/55963209017/55963209017.pdf>
- Escalona, D. (21 de enero de 2024). (27) Importancia de la Ingeniería Clínica en Centros Hospitalarios. Recuperado el 30 de marzo de 2024, de linkedin.com: <https://es.linkedin.com/pulse/importancia-de-la-ingenier%C3%ADa-cl%C3%ADnica-en-centros-diego-escalona-4pz3e>
- Fernández, L. E. (15 de mayo de 2023). El Ingeniero Clínico. Recuperado el 23 de abril de 2024, de linkedin.com: <https://es.linkedin.com/pulse/5-indicadores-clave-de-rendimiento-kpi-que-debes-medir-fern%C3%A1ndez>
- Fernández, L. E. (19 de mayo de 2023). El Ingeniero Clínico. Recuperado el 24 de abril de 2024, de linkedin.com: <https://es.linkedin.com/pulse/metrolog%C3%ADa-en-salud-la-ciencia-det%C3%A1s-de-tecnolog%C3%ADa-m%C3%A9dica-fern%C3%A1ndez>
- Forrellat Barrios, M. (junio de 2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 30(0864-0289), 179-183. Recuperado el 23 de abril de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-02892014000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Fundación Academia Aesculap México, A.C. (agosto de 2022). Ingeniería Biomédica y la Seguridad del Paciente. Recuperado el 23 de abril de 2024, de issuu: https://issuu.com/academiaaesculapmx/docs/08_agosto_2022_vf/s/16601237

- García Garces, H., López Perez, M., Navarro Aguirre, L., & Rodríguez Orizondo, M. d. (abril de 2014). Tecnologías de la Información y la Comunicación en salud y educación médica. (scielo.sld.cu, Ed.) *EDUMECENTRO*, 6(2077-2874), 253-265. Recuperado el 20 de abril de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-28742014000100018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Gismondi Glave, G. (junio de 2010). Ingeniería biomédica. Ciencia y Cultura(2077-3323), 99-118. Recuperado el 31 de marzo de 2024, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-33232010000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Guerra Bretaña, R. M., Orozco Inca, E. E., & Valencia Bonilla, M. B. (septiembre de 2022). Las normas técnicas para la formación en ingeniería biomédica, tecnología y administración en salud. Educación Médica Superior, 36(1561-2902). Recuperado el 13 de abril de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21412022000300020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Henriquez, R., Lucio, R., & Villacres, N. (noviembre de 2011). Sistema de salud de Ecuador. Salud Pública de México, 53(0036-3634), 177-187. Recuperado el 13 de abril de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342011000800013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Hernández Hernández, E. A., & Sandoval Interiano, J. A. (septiembre de 2019). APLICACIÓN DE CONCEPTOS DE INGENIERÍA BIOMÉDICA EN LA GESTIÓN DE LOS EQUIPOS MÉDICOS EN EL HOSPITAL NACIONAL "SAN PEDRO". (U. D. SALVADOR, Ed.) SAN SALVADOR. Recuperado el 1 de enero de 2024, de <https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2021/03/1150546/278-11106177.pdf>
- Hernández Nariño, A. (diciembre de 2022). Pertinencia de la gestión de tecnología sanitaria para la seguridad y calidad en entornos hospitalarios. Revista Cubana de Salud Pública, 48(1561-3127). Recuperado el 13 de abril de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662022000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- IngeniaMed. (2024). IngeniaMed Ingeniería Clínica. Recuperado el 6 de abril de 2024, de linkedin.com: https://www.linkedin.com/posts/ingeniamedec_ingenier%C3%ADacl%C3%ADnica-tecnolog%C3%ADam%C3%A9dica-atenci%C3%B3nm%C3%A9dica-activity-7121479055299731456-h6_9/?originalSubdomain=es

- ITS Innovación en Salud. (19 de mayo de 2023). (28) Avances en Tecnología Médica: Innovación para un Tratamiento No Invasivo. (ITS | Innovación en Salud, es parte de Iraola) Recuperado el 6 de abril de 2024, de linkedin.com: <https://es.linkedin.com/pulse/avances-en-tecnolog%C3%A9ica-innovaci%C3%B3n-para-un-tratamiento-invasivo>
- Lara Estrella, L. O. (2013). LA GESTIÓN TECNOLÓGICA COMO PARTE INTEGRANTE DE LA ATENCIÓN EN SALUD. *Revista de la Facultad de Ingeniería U.C.V.*, 28, 101-116. Recuperado el 13 de abril de 2024, de <https://ve.scielo.org/pdf/rfiucv/v28n4/art12.pdf>
- Mina Osorio, A. M. (1 de noviembre de 2019). Calidad en salud y seguridad del paciente, ¿entendemos lo que significa? *Revista PUCE*(2528-8156), 145-16. doi:10.26807/revpuce.v0i109.249
- Ministerio de Salud. (25 de septiembre de 2012). ESTATUTO ORGANICO GESTION ORGANIZACIONALPOR PROCESOS DE HOSPITALES. Recuperado el 14 de abril de 2024, de Ministerio de Salud: <https://hjmvi.gob.ec/estatuto-organico/>
- Navas Sanango, M. E., & Ulloa Romero, M. A. (julio de 2013). EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA CALIDADDE LOS SERVICIOS DE SALUD OFERTADOS POR EL HOSPITAL SAN SEBASTIÁN DEL CANTÓN SÍGSIG. CUENCA: UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA. Recuperado el 13 de abril de 2024, de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5059/1/UPS-CT002680.pdf>
- nubixmx. (29 de mayo de 2023). El impacto de la Inteligencia Artificial en la imagen médica - NUBIX. Recuperado el 6 de abril de 2024, de nubix.cloud: <https://nubix.cloud/tecnologia-medica/el-impacto-de-la-inteligencia-artificial-en-la-imagen-medica>
- OpenAI, L.L.C. (14 de noviembre de 2023). ChatGPT 3.5. Recuperado el 17 de marzo de 2024, de chat.openai.com: <https://chat.openai.com/share/0cf3948f-6d04-4a2b-a381-f7f3cf8882a6>
- Organización Panamericana de la Salud. (29 de marzo de 2024). Dispositivos médicos. Recuperado el 13 de abril de 2024, de paho.org: <https://www.paho.org/es/temas/dispositivos-medicos>
- Ortiz Posadas, M. R. (junio de 2007). Importancia de la Ingeniería Clínica. *REVISTA MEXICANA DE INGENIERÍA BIOMÉDICA*, 5. Recuperado el 30 de marzo de 2024, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/inge/ib-2007/ib071b.pdf>
- Romaní, F., & Vilcahuamán, L. (abril de 2010). Ingeniería clínica y su relación con la epidemiología. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(1609-7211),

- 6-16. Recuperado el 6 de abril de 2024, de <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203119805002.pdf>
- Saldarriaga, O. D. (diciembre de 2008). Experiencias y Vivencias en la Ingeniería Clínica. *Revista ingeniería Biomédica*, 2(1909-9762), 10-14. Recuperado el 29 de marzo de 2024, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1909-97622008000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Tinc. (2023). Blog TINC - Recursos para Ingenieros Clínicos. Recuperado el 31 de marzo de 2024, de cmmstinc.com: <https://cmmstinc.com/blog/relacion-del-ingeniero-clinico-con-el-profesional-de-la-salud>
- TINC CMMS. (15 de febrero de 2023). La calidad funcional de los equipos médicos. Recuperado el 6 de abril de 2024, de [linkedin.com](https://es.linkedin.com/pulse/la-calidad-funcional-de-los-equipos-m%C3%A9dicos-cmmstinc): <https://es.linkedin.com/pulse/la-calidad-funcional-de-los-equipos-m%C3%A9dicos-cmmstinc>
- Universidad EIA. (27 de junio de 2023). Publicaciones Centro de Pensamiento. Recuperado el 1 de abril de 2024, de [eia.edu.co](https://www.eia.edu.co): <https://www.eia.edu.co/como-la-ingenieria-clinica-esta-mejorando-la-seguridad-y-eficiencia-en-los-hospitales/>
- World health Organisation Pan American Health Organization. (1999). Setting up Healthcare Services Information Systems. (P. A. Organization, Ed.) Recuperado el 22 de abril de 2024, de https://www3.paho.org/hq/dm-documents/2009/HealthcareInformationSystems_Spa.pdf
- Yapur Auad, M. (2007). FIECriteria N°2. La Ingeniería Biomédica: Su importancia en el mundo actual. Recuperado el 30 de marzo de 2024, de [espol Facultad de Ingeniería en Electricidad y Computación](https://www.fiec.espol.edu.ec/archive/es/fiecriteria-n-2-la-ingenieria-biomedica-su-importancia-en-el-mundo-atual): <https://www.fiec.espol.edu.ec/archive/es/fiecriteria-n-2-la-ingenieria-biomedica-su-importancia-en-el-mundo-atual>



<https://lc.cx/7qldG>

CAPÍTULO VII

Infraestructura e Instalaciones Hospitalarias

Santiago Miguel Obando Panchi

En los últimos años el Ecuador ha sido marcado por varios cambios dentro del tema de infraestructura hospitalaria, en primera instancia, se ha introducido esta nueva terminología que transforma el criterio de la ingeniería, la arquitectura, la medicina y la seguridad al paciente, en infraestructura e instalaciones hospitalarias con tecnología de vanguardia, maximizan espacios que permite brindar una atención de calidad y eficiencia a los pacientes.

La infraestructura sanitaria tiene un concepto como la “base fundamental de un establecimiento de salud, que esta debe ser especializada y adecuada en su manejo para la continua atención de los pacientes, con áreas y espacios que cumplan normativas y reglamentos nacionales e internacionales” (Erazo, 2020).

Actualmente, en los hospitales se maneja el concepto de que a una infraestructura hospitalaria se le debe dar mantenimiento al momento de un fallo eléctrico o un daño en la plomería, sin embargo, en la realidad este conjunto de actividades es correctiva o de improvisación ante el problema urgente que se presenta.

Lo que la ingeniería hospitalaria actual busca es ser predictiva, no solo ejecutar planes de mantenimiento, sino implementar verdaderos procesos de mejora continua, planes de acciones y nuevos conceptos como la continua operatividad, que permita a sus diferentes sistemas tener un funcionamiento continuo y evitar paralizaciones innecesarias por falta de predictividad en las actividades del mantenimiento preventivo.

Se concuerda con el criterio de que la infraestructura hospitalaria debe constar en la planificación institucional, así como en el proceso de diseño y gestión de los sistemas de ingeniería de un Hospital (Facility Venezuela, 2022).

Es indispensable que el líder del área de Ingeniería Hospitalaria deba ser un asesor en la implementación de nuevas áreas, instalaciones, que la inversión realizada sea eficiente no solo en el manejo de obras, implementando nuevas tecnologías dentro del equipamiento industrial hospitalario, respetando la ley y normativas de los diferentes sistemas de ingeniería actual, sino que adicional se implementen flujos que permita la atención eficiente de pacientes.

Para ello, en este segmento detallaremos “las ingenierías que se deben manejar desde el ámbito de la Gerencia Hospitalaria, ya que a futuro se deben plantear diferentes indicadores de gestión para el respectivo seguimiento y monitorizar los tiempos de operatividad de los diferentes sistemas” (Organización Internacional de Normalización, 2015).

Los sistemas de infraestructura hospitalaria se clasifican de acuerdo con su especialidad:

- Sistema Eléctrico
- Sistema de Climatización y ventilación.
- Sistema de Gas GLP y combustibles
- Sistema Hidrosanitarios.
- Equipamiento Industrial Hospitalario.
- Sistemas Electrónicos de comunicación.

“El último ítem descrito fue incluido mediante Acuerdo Ministerial Nro. 00099-2020 por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador en el Manual de Mantenimiento de Infraestructura Sanitaria vigente desde 2020” (Ministerio de Salud, 2020, págs. 41-42)

El conocer los componentes de cada sistema de ingeniería permite al directivo hospitalario, tener una perspectiva más amplia y objetiva sobre este tipo de sistemas que son fundamentales para el funcionamiento de un Hospital, ya que al fallar uno de estos, se tendrán que implementar sistemas de evacuación, caso contrario, no permitirá continuar con las operaciones al interior de un hospital, convirtiéndose en condiciones de alto riesgo, por el desconocimiento en el manejo oportuno de los sistemas que se describen a continuación.

Los sistemas eléctricos

Los sistemas eléctricos son fundamentales en el ámbito de la energía eléctrica, la gran mayoría de los sistemas antes descritos, así como los sistemas informáticos, iluminación, tomacorrientes y equipos biomédicos requieren de energía eléctrica para su encendido y funcionamiento, carecer de este servicio básico, y al no disponer de un sistema eléctrico operativo con los respectivos respaldos “en casos de ausencia de energía, como los grupos electrógenos y sistemas de respaldo de energía ininterrumpida (UPS), no será viable la operatividad del Hospital, de ahí la importancia de conocer la capacidad o potencia de la cámara de transformación, equipos del grupo electrógeno, y equipos UPS” (EverExceed, 2023, pág. 1).

“Los sistemas eléctricos también están conformados por acometidas, tablero, alimentadores eléctricos (conductores o cable), instalaciones a tierra, aspec-

tos importantes para evitar filtraciones de armónicos en equipos biomédicos de imagen, pararrayos, elementos importantes que habilitan a los sistemas internos de un Hospital” (Bambaren & Alatrística, 2011).

Sistema de climatización y ventilación

El sistema de climatización conocidos como sistemas de aire acondicionado (HVAC) son sistemas de calefacción, ventilación presente en una estructura hospitalaria. “Estos sistemas permiten el tratamiento del aire y controla las condiciones de temperatura, humedad, limpieza como renovación y filtrado del aire, adicional permite la circulación dentro de las diferentes áreas y servicios hospitalarios” (Sierra, 2013, pág. 12).

La importancia de conocer este sistema es que permite dentro de las áreas críticas y quirúrgicas el control de presiones positivas y negativas, adicional el control de circulación de aire y temperatura de las diferentes áreas y pasillos, el fin es garantizar las condiciones de bioseguridad dentro de los factores de climatización.

Sistema hidrosanitarios

Los sistemas hidrosanitarios son las instalaciones de agua que conlleva un conjunto de varios componentes con el fin de transportar el agua potable, tanques de reserva, tuberías de la red de distribución de agua caliente o fría hacia las diferentes áreas y tanques de reserva (cisterna), en muchos casos “se dispone para garantizar una presión constante de sistemas de bombeo de agua y sistemas electrónicos de control automático para garantizar la distribución constante de agua” (Bambarén Alatrística & Alatrística de Bambarén, 2011, pág. 33), en igual forma los autores citados manifiestan que los sistemas hidrosanitarios incorporan instalaciones de desagüe, es decir, recolectan las aguas residuales, que a través de la red de alcantarillado son transportadas a las redes municipales.

El mando gerencial debe conocer la capacidad instalada en los tanques de reserva de suministro de agua, en caso de tener una suspensión del servicio por diferentes causas o desastres naturales; por factores de bioseguridad se debe estar al tanto de los controles sanitarios en la calidad del agua, ya que, de

acuerdo con la localidad, los entes de regulación y control verifican el estricto cumplimiento y la frecuencia de dichos análisis de calidad. Esta información es crucial en casos de auditoría de gestión en la atención al paciente.

Sistema contraincendios

Los sistemas contraincendios son diseñados para detectar la presencia de fuego debido a la combustión no deseada de materiales, “estos sistemas deben alertar al personal del hospital, para la ejecución inmediata de los planes de evacuación, los sistemas deben tener la capacidad de informar a los servicios de emergencia locales para la rápida acción” (Jurado & Romero, 2017).

Concordando con lo manifestado por Romero Ortiz (2017), los sistemas contraincendios deben ser de detección y alarma de localización rápida, que incorpore rociadores automáticos, sistema de hidrantes, sirenas, estación manual, sensores fotoeléctricos, sensores termovelocimétricos, luces estroboscópicas, rociadores de agua y sistema de extintores.

En los sistemas de extintores su componente principal es el agente extintor, el control de su funcionamiento y uso es importante en caso de eventos por incendios.

De igual forma, se comparte el criterio de Romero Ortiz, respecto de que los sistemas contraincendios deben cumplir normativas locales e internacionales avaladas por la Asociación Nacional de Protección Contra el Fuego (NFPA), la importancia radica en los subsistemas y componentes internos que interactúan en su funcionamiento.

La necesidad en la implementación de este tipo de sistemas por personal experto no solo para que los entes reguladores y supervisores como los bomberos evidencien y presenten observaciones de los sistemas contraincendios, sino lo más importante que sea un sistema seguro que permita proteger al personal interno y externo de un evento de riesgo de fuego, que sea combatido y controlado lo más pronto posible para evitar afectar seriamente al recurso humano e infraestructura hospitalaria.

Sistema de Gas GLP y combustibles

Los sistemas de Gas Licuado de Petróleo (GLP) y los combustibles como el Diésel son utilizados en su gran mayoría por los Hospitales, en complemento con otros equipos y sistemas, en las áreas de nutrición (cocina), para el suministro de agua caliente, y para generar energía necesaria para los sistemas hospitalarios. “En algunos hospitales este tipo de combustibles son utilizados en varios equipos para la incineración y eliminación segura de varios desechos hospitalarios, al proporcionar una combustión completa en alta temperatura permite tener emisiones no nocivas al ambiente” (GASNOVA, 2020).

La importancia de conocer estos sistemas son los factores de capacidad instalada, tiempos de consumo y reserva; así como la implementación de sistemas de mitigación, contraincendios o prevención de eventos de riesgo, accidentes que provoquen daños en los sistemas y por ende daños en la infraestructura hospitalaria.

Sistemas de gases medicinales

“El sistema de gases medicinales concentra al oxígeno medicinal, aire, óxido nitroso y vacío, para que cada uno de estos elementos esté disponible en las diferentes tomas distribuidas por toda la infraestructura hospitalaria” (Bambarén Alatrística & Alatrística de Bambarén, 2011, pág. 35), de acuerdo con los requerimientos del equipo complementario como son: compresores, tanques, válvulas, tuberías, filtros, conexiones y un sistema de automatizados que permiten la monitorización, el control, la medición de los diferentes parámetros como presión, niveles, flujos y caudales.

Para este tipo de sistemas se debe tomar en cuenta varias normativas que regulan el uso, la instalación y distribución de este tipo de gases, adicional dentro del ámbito hospitalario se deben desarrollar planes con el contingente que permitan enfrentar el desabastecimiento y factores de riesgo internos o externos que pueden afectar a este tipo de sistemas dentro la infraestructura hospitalaria.

Equipamiento Industrial Hospitalario

En una Infraestructura Hospitalaria existen áreas con equipos de tipo industrial hospitalario, cabe mencionar que en el capítulo que antecede, relacionado con Ingeniería Clínica, se da a conocer sobre el equipamiento biomédico, lo cual es importante diferenciar para que no exista confusión con la clasificación de dispositivos médicos.

Al respecto, sobre el equipo industrial hospitalario, como “el equipo robusto instalado en un Hospital, como grupo electrógeno, considera a calderos, generadores de vapor, plantas de agua por osmosis, tanques y bombas de combustible, equipos de cocina hospitalaria, equipos de lavandería hospitalaria y equipos de desinfección y esterilización hospitalaria” (Carmilema & Erazo, 2014).

Sistemas Electrónicos de comunicación

Los sistemas electrónicos de comunicación en la actualidad ya constan de sistemas centralizados avanzados, los sistemas se combinan entre hardware y software que permite la gestión en la comunicación entre el paciente, personal sanitario y los sistemas del Hospital. “En este sistema, tenemos el conjunto de llamadas del paciente-enfermera, comunicación voz vía VoIP, servidores de comunicación, sistema de alarmas de llamada a enfermera, sistema de gestión de alarmas, sistemas de monitorización, comunicación de (IP, WIFI, móviles, etc.)” (AdvantCare, 2019). Son entonces sistemas de video y televisión, sistemas de control domótico y videovigilancia.

Cómo cuidar la infraestructura hospitalaria

El cuidado de la infraestructura hospitalaria va de la mano con el término de continua operatividad, en esta fase se debe realizar una combinación del manejo presupuestario, la ejecución de un plan de intervenciones y de mantenimiento de los diferentes sistemas; la asignación presupuestaria que debe responder a una planificación debe ser el necesario para la ejecución integral de los planes de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo inclusive que se puede presentar en algunos casos eventuales o por falta de planifica-

ción de mantenimiento. Usualmente, los mantenimientos correctivos pueden tener en algunos casos valores más altos en comparación con los costos de los mantenimientos preventivos, es aquí donde la asesoría y la experticia del Líder del área de Ingeniería debe llevar a cabo la ejecución, control y medición del plan de mantenimiento.

Es necesario mantener una cultura de continua operatividad ejecutando planes de mantenimiento en los Hospitales, esto “permitirá en un futuro cercano tener una gestión con enfoque de eficiencia de los servicios, e incremento en la mejorar de la calidad, garantizando la seguridad en el funcionamiento de los diferentes sistemas que conforman la Ingeniería Hospitalaria” (Bambarén Alatrística & Alatrística de Bambarén, 2011).

Como manifiestan los autores Celso Bambarén Alatrística y María del Socorro Alatrística, Los planes de mantenimiento y la correcta ejecución garantiza la seguridad de los pacientes, mantener la calidad de la atención en salud, cumpliendo normativa vigente, conservar, repotenciar la infraestructura hospitalaria, instalaciones, servicios, tener en condiciones operativas del equipamiento industrial hospitalario, esto reduce efectivamente, la vulnerabilidad del Hospital ante eventos de emergencia y desastres, además de reducir los costos de operación de los servicios.

Las acciones correctivas de reparación no serán evitables en varios casos, se podrían presentar fallas debido a problemas en los sistemas de la ingeniería hospitalaria por causas internas o externas no definidas, programadas o por eventos adversos de causa, accidentes o desastres y que el Líder de Ingeniería Hospitalaria debe asesorar y claramente identificar este tipo de causas, para eliminar o reducir los tiempos en la suspensión de los servicios y en la ejecución del mantenimiento correctivo.

Es importante, en el plan de mantenimiento de los sistemas de ingeniería hospitalaria, disponer de un correcto inventario técnico con el detalle de las características técnicas de los bienes, sistemas de ingeniería, planos, especificaciones, consolidados en una base de datos dinámica. Este inventario debe tener descrito un procedimiento con el detalle de protocolos técnicos de las actividades que se debe ejecutar para cada sistema de ingeniería hospitalaria, especificando la frecuencia en los procesos de mantenimientos programados para los sistemas antes descritos como lo manifiestan los autores Bambarén y Alatrística, en su obra (2011).

Se concuerda con lo manifestado en la Guía de Mantenimiento de Celso Bambarén y María Alatrística, donde la importancia del control en la ejecución

de la frecuencia programada para los diferentes mantenimientos es clave, porque con esto se obtiene un registro de reparaciones, un análisis de costos mensuales y consolidados en forma anual, lo cual permite analizar los costos, la confiabilidad y viabilidad de los sistemas, permite realizar correcciones o un nuevo plan que consiste en el reemplazo de los componentes (partes, piezas, equipos, etc.) de los sistemas de ingeniería, este accionar final se convierte o se lo llama la gestión de ciclo de vida de la tecnología de los sistemas de ingeniería. Del accionar final se deriva los planes de inversión de los sistemas que conforman la Ingeniería hospitalaria como describen los autores en mención.

El monitoreo que debe ser supervisado a través de indicadores de gestión son los índices de operatividad de los sistemas de ingeniería hospitalaria, el estado de conservación de la infraestructura e instalaciones hospitalarias, porcentaje de ejecución del plan anual de mantenimiento, indicadores adicionales de ejecución en planes de capacitación al personal de ingeniería, porcentaje de ejecución presupuestaria que se haya asignado para la continua operatividad de la infraestructura hospitalaria.

Visión de una nueva infraestructura hospitalaria

Concordando con el concepto emitido por la Comisión de Ingeniería Médica y Sanitaria del Colegio Oficial y la Asociación de Ingenieros Industriales de Madrid en el Libro Blanco de Infraestructuras Sanitaria (2023), efectivamente, un gerente o líder es quien trabaja con expertos en ingeniería lo que permitirá que estos nuevos conceptos se manejen y se introduzcan en los ciclos de vida de un hospital. La infraestructura hospitalaria permanece en constante evolución, los cambios son continuos desafíos y mucho se debe a los avances en la tecnología, el fin de esta evolución es mejorar la atención a los pacientes con enfoque en la seguridad del paciente y la eficiencia en los servicios instalados en el hospital.

Las necesidades de modificar una infraestructura hospitalaria, sea por una renovación de espacios al ser obsoleta, o por cambios en los flujos de los espacios de atención, rehabilitación del Hospital o construcción de nuevos Hospitales, se inicia un proceso para el cambio en un conjunto de sistemas e instalaciones.

Este proceso de cambio describe el ciclo de vida dentro de la infraestructura hospitalaria, para mayor ilustración a continuación se gráfica:

Figura 18*Ciclo de vida de la infraestructura hospitalaria*

Nota. Figura realizada con base al libro Blanco de Infraestructuras Sanitarias. Madrid: COIIM y AIIM; 2023.

Planificación de una nueva infraestructura hospitalaria

En primer lugar, es importante conocer la tipología y nivel de atención del establecimiento de salud que se tiene pensado intervenir, el órgano rector a nivel nacional es el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, institución que implementó el Modelo de Atención Integral en el año 2012 (MAIS), en donde se establecieron “los niveles de atención, su tipología y homologación de los establecimientos de salud” (Ministerio de salud Pública del Ecuador, 2012, pág. 84).

De acuerdo al MAIS (2012), existen cuatro niveles de atención, el primer nivel de atención permite resolver las necesidades básicas de atención, en el segundo nivel se desarrollan actividades de cirugía ambulatoria, hospital del día, hospitales básicos y hospitales generales que también son clasificados por el número de camas en su hospitalización, y en esta tipología debemos ser cuidadosos del tipo de hospital, ya que define la cantidad de áreas, consultorios, flujos y servicios, lo que conlleva dentro del análisis de la planificación de los proyectos definir el alcance que tiene una intervención, sea integral o parcial.

La mencionada norma, también establece el plan funcional, que define el funcionamiento del hospital dentro del concepto asistencial y no asistencial, describe las áreas, la distribución de espacios, flujos de pacientes y de los recursos que necesita un hospital para la operatividad diaria, es decir, a parte de tener el detalle de las necesidades de la infraestructura hospitalaria, equipamiento, recursos financieros y de personal, también, conlleva todo el plan que garantiza la funcionabilidad y la capacidad resolutive que tiene un Hospital

en la atención con los niveles de calidad, seguridad en los procedimientos de atención médica a pacientes.

El definir “criterios de espacios, distancia, flujos de circulación, previsiones de crecimiento, incremento de cartera de servicios, tasas de ocupación de áreas quirúrgicas, tiempos de estancia, tiempos de atención y demás criterios descritos en el plan médico funcional (...)”

(La Comisión de Ingeniería Médica y Sanitaria del Colegio Oficial y Asociación de Ingenieros Industriales de Madrid., 2023, pág. 36). Aporta significativamente al diseño funcional de espacio, traduciéndose entonces la necesidad de un diseño técnico global integral e inclusivo hospitalario.

Es de vital importancia definir en el diseño funcional de espacios de infraestructura hospitalaria, el tiempo del proyecto, si corresponde al corto, mediano y/o largo plazo, tomando en cuenta la planificación, diseño de arquitecturas, diseños de ingenierías, equipamiento, procedimientos administrativos de contratación, tiempos de construcción, el estudio mercado, es muy importante la percepción y criterio del cliente para el análisis de la inversión financiera necesaria.

Como manifiesta la Comisión de Ingeniería Médica y Sanitaria del Colegio Oficial y Asociación de Ingenieros Industriales de Madrid (2023), la importancia de los diseños arquitectónicos modulares, ingeniería y espacios adaptables a escenarios en el futuro permite una mayor flexibilidad para aumentar capacidad, implementar nuevos espacios o reorganizar las áreas de consulta, hospitalización, servicios de diagnósticos, espacios quirúrgicos ya existentes, haciendo eficiente el flujo que brinda el hospital a los pacientes, y por supuesto, que la infraestructura y el equipamiento biomédico va de la mano con esta evolución, el cambio en la infraestructura es directamente proporcional con la implementación de la tecnología biomédica e informática. Mientras se desarrollan los estudios en la fase de anteproyecto, se puede disponer de flexibilidad para la distribución de áreas, flujos de atención etc., estas particularidades deben estar en conocimiento del Gerente Hospitalario, pues, su participación como directivo es crucial, ya que la disponibilidad presupuestaria permite o no cumplir objetivos en tiempos establecidos.

Para el caso de implementación de nueva tecnología, equipamiento biomédico, diseño de las preinstalaciones, ubicación del equipamiento dentro de espacios y áreas médicas, se debe buscar a los expertos en el Área de Ingeniería Clínica, bajo esta asesoría ario se puede complementar áreas que brinden espacios eficientes, con flujos y tecnología de vanguardia.

Referencias

- AdvantCare. (04 de 2019). *Sistemas de comunicación hospitalaria AdvantCare*. <https://hospitecnia.com/productos/sistema-comunicacion-hospitalaria-advantcare/>
- Bambaren, C., & Alatrística, S. (10 de 01 de 2011). *Mantenimiento en los Servicios de Salud*. Lima: S.editores.Ed- Perú: doi:978-9972-2815-4-9.
- Carmilema, R., & Erazo, F. (05 de 2014). Rediseño de la red de vapor del área subcentral de esterilización y quirófanos del hospital Carlos Andrade Marín. <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/6978>
- Erazo, J. O. (03 de 2020). *La Infraestructura Hospitalaria y su Implicación en los Riesgos Biológicos*. <https://repositorio.iaen.edu.ec/xmlui/handle/24000/6054>
- EverExceed. (05 de 2023). El glosario técnico de UPS. https://es.everexceed.com/blog/the-ups-technical-glossary_b411
- Facility Venezuela. (16 de 12 de 2022). *Ingeniería Clínica y Hospitalaria*. <https://facilityvenezuela.com/ingenieria-clinica-y-hospitalaria/>
- GASNOVA. (11 de 06 de 2020). *La energía que necesitan los hospitales*. <https://www.gasnova.co/el-glp-la-energia-que-necesitan-los-hospitales>
- Jurado, M., & Romero, J. (27 de 10 de 2017). Sistema de control y protección contra Incendios para el Hospital General de Macas en la Provincia de Morona Santiago. Ecuador. <https://www.semanticscholar.org/paper/Sistema-de-Control-y-Protecci%C3%B3n-contra-Incendios-el-Jurado-Andres/640c821e1af2b020e6010e6b80c86aed380da905>
- Ministerio de Salud. (08 de 01 de 2020). *Manual de Mantenimiento de Infraestructura Sanitaria y sus Componentes*. <https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-infraestructura-sanitaria/>
- Ministerio de Salud Pública. (25 de 09 de 2012). Estatuto Organico Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales. (339), Especial, 27. (LEXIS, Ed.) Ecuador: Registro Oficial.
- Organización Internacional de Normalización. (15 de 09 de 2015). *Sistemas de Gestión de la Calidad*. (ISO 9001:2015). <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9001:ed-5:v1:es>
- Sierra, C. G. (2013). *Diseño y cálculo de instalaciones de climatización* (1ra ed.). doi 978-84-96960-88-6.



CAPÍTULO VIII

Inteligencia artificial para el avance del diagnóstico en centros hospitalarios

Patricio Rivera López

Los recientes avances en sistemas autónomos y de inteligencia artificial (IA) han demostrado que algoritmos de aprendizaje profundo y grandes bases de datos (big data) pueden ser programados para destacar en varios campos con resultados superiores a las habilidades humanas. En el campo de la salud esta tecnología representa un importante avance para mejorar la calidad del cuidado y la terapia del paciente. Los algoritmos de AI son utilizados para reducir la carga del profesional de la salud en términos de la interpretación de datos que provienen de diferentes fuentes, como por ejemplo imágenes, pruebas de laboratorio, o historias clínicas. Sin embargo, el avance de estas tecnologías no puede remplazar el saber humano que permite a profesionales de la salud el saber hacer profesional. Los resultados generados por las IAs son insuficientes sin la guía o referencia creada por el profesional especialista del área.

El mayor problema para la adopción de estas nuevas herramientas no es la precisión o grado de desarrollo de la IA, es el contexto en que son introducidas con la presunción de que reemplazarán completamente al personal de salud. En el desarrollo de la IA también es común encontrar el término de hospital inteligente, sin embargo, la definición de un hospital inteligente no es estática. A medida que la tecnología avanza, la noción de lo que constituye un hospital inteligente también cambia e incorpora nuevas innovaciones en inteligencia artificial, telemedicina, Internet de las cosas (IoT) y análisis de big data. Estas tecnologías emergentes redefinirán continuamente las capacidades y servicios que un hospital inteligente puede ofrecer, adaptándose constantemente a las necesidades cambiantes de la sociedad y mejorando la calidad de la atención médica. El desarrollo e implementación de las IAs aún requiere esfuerzos de investigación por parte de la industria y academia para evitar sesgos y efectos negativos en relación con factores que pongan en duda la ética y transparencia de estos sistemas durante su implementación.

La inteligencia artificial se ha posicionado como una herramienta disruptiva y transformadora en diversos campos, y el sector de la salud no es la excepción. La incorporación de la IA en la gestión hospitalaria representa una oportunidad sin precedentes para mejorar la calidad de los servicios de atención médica, optimizar los procesos de diagnóstico y tratamiento, y aumentar la eficiencia operativa. “Actualmente y en la siguiente década sin duda una de las herramientas con más prevalencia en la interacción con los pacientes es y serán algoritmos de lenguaje natural como ChatGPT que permiten experimentar conversaciones similares a las interacciones humanas” (OpenAI, 2022).

El uso de la IA puede ayudar a optimizar procesos de diagnóstico, pronóstico, optimización de recursos y atención al paciente. Si bien se han logrado avances significativos en la ampliación del acceso a la atención médica en las últimas décadas, persisten desafíos importantes en términos de calidad de la atención, eficiencia operativa y equidad en el acceso a servicios de salud.

Varias investigaciones coinciden en que las oportunidades de implementar aplicaciones de la inteligencia artificial en el ámbito de la salud pueden ser descritas como:

1. *Diagnóstico Médico Asistido por IA:* Creación de herramientas para realizar diagnósticos precisos y rápidos al analizar grandes volúmenes de datos clínicos, imágenes médicas y resultados de pruebas de laboratorio. Los algoritmos de aprendizaje automático pueden identificar patrones y correlaciones entre diferentes modalidades de datos que podrían pasar desapercibidos para el ojo humano.
2. *Pronóstico y Prevención de Enfermedades:* Mejorar el seguimiento de tratamiento a pacientes mediante los modelos de IA para predecir la progresión de enfermedades crónicas e identificar factores de riesgo en enfermedades graves, esto permite a los profesionales de la salud intervenir de manera proactiva y diseñar estrategias de prevención personalizadas mejorando los resultados de salud a largo plazo.
3. *Optimización de Recursos y Operaciones Hospitalarias:* Una de las áreas que se benefician con la IA es la operativa; al optimizar la asignación de recursos, la programación de citas, la gestión de inventarios y la planificación de personal. Los algoritmos de optimización pueden ayudar a reducir los tiempos de espera, aumentar la optimización en el uso de recursos y mejorar la satisfacción del paciente, todo mientras se reduce el costo operativo para las instituciones de salud.
4. *Telemedicina y Atención Remota:* Facilitar la prestación de servicios médicos a distancia a través de plataformas de telemedicina analizando datos de pacientes en tiempo real, brindar recomendaciones de tratamiento a los médicos y permitir consultas virtuales con especialistas, lo que amplía el acceso a la atención médica especializada en áreas remotas y rurales.

En América Latina, diversos casos de éxito demuestran el potencial transformador de la inteligencia artificial en el sector de la salud; “en Brasil, el Hos-

pital Israelita Albert Einstein ha implementado soluciones de IA para mejorar la precisión del diagnóstico y optimizar la gestión de recursos hospitalarios” (Lunit Media, 2023), “en México, el Instituto Nacional de Cáncer ha utilizado algoritmos de aprendizaje automático para identificar patrones en imágenes médicas y mejorar la detección temprana del cáncer” (WIRED, 2023).

Algunos gobiernos en América Latina han iniciado a regularizar el uso e implementación de AI en los últimos años:

Figura 19

Iniciativas para la regularización e implementación de IA



Nota. Ampliado en base a “Iniciativas con mayor impacto en la región” (Chueke, 2023)

“Aún existen barreras que deben superarse en la implementación de inteligencia artificial en hospitales latinoamericanos como: problemas de interoperabilidad de datos y resistencia al cambio por parte del personal médico” (Chueke, B.Soc.Sci, 2023).

En este contexto, como lo define la Organización Mundial de la Salud, “explorar el potencial de la inteligencia artificial para mejorar los sistemas de diagnóstico requiere de diferentes enfoques y soluciones específicas que promuevan la colaboración entre especialistas para proveer objetivos claros y avanzar el desarrollo de las IAs en salud” (World Health Organization, 2021).

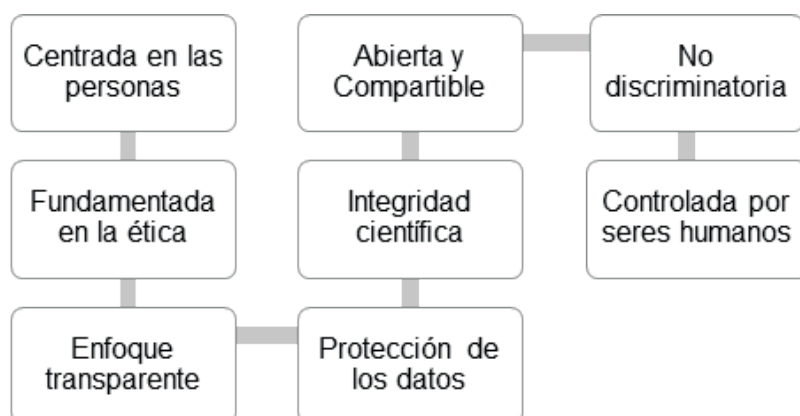
Un sistema de IA es un sistema basado en máquinas que puede, para un conjunto determinado de objetivos definidos por humanos, hacer predicciones, recomendaciones o decisiones que influyen en entornos reales o virtuales. Los sistemas de IA están diseñados para operar con diferentes niveles de autonomía.

Una de las principales consideraciones debe ser la de asegurar la capacitación constante del personal de salud para adoptar y hacer un uso eficiente de las nuevas tecnologías.

En concordancia con la organización panamericana de la salud (OPS, 2021), que describe ocho principios para el uso de la inteligencia artificial en la salud pública debe ser la seguridad del paciente y la calidad de la atención:

Figura 20

Principios de la OPS para uso de IA

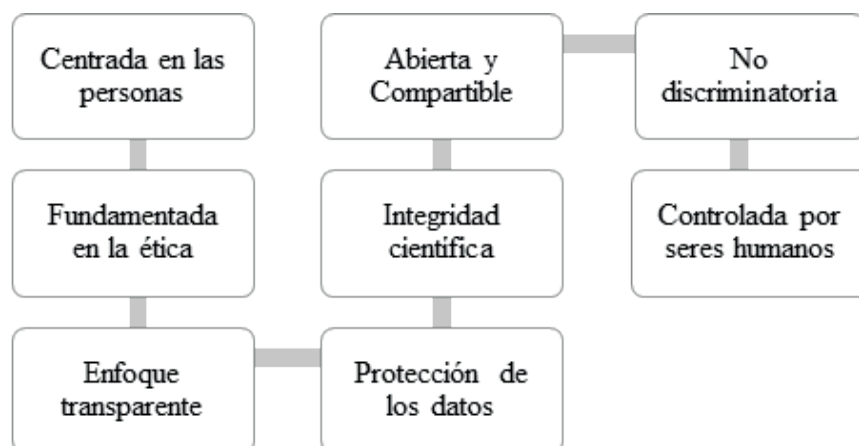


Nota. Tomado de Principios delineados por la OPS para el uso de las IA

Es preciso mencionar que el campo de la salud fue uno de los que ha experimentado grandes cambios luego de la pandemia del COVID19, donde problemas económicos, políticos y sociales han dejado un panorama incierto, pero al mismo momento ha permitido nuevas oportunidades de inversión para mediano y largo plazo. En los siguientes años los desafíos a ser atendidos responden a nuevos comportamientos de la población para acceder a la atención médica, el desarrollo de infraestructura para telemedicina y un crecimiento en las necesidades, que conllevan la responsabilidad de adaptarse a las cambiantes regulaciones, estándares y expectativas de las partes interesadas identificando variables para el futuro del sector salud:

Figura 21

Desafíos para atender con IA



Nota. Tomado de Principios delineados por la OPS para el uso de las IA

Es preciso mencionar que el campo de la salud fue uno de los que ha experimentado grandes cambios luego de la pandemia del COVID19, donde problemas económicos, políticos y sociales han dejado un panorama incierto, pero al mismo momento ha permitido nuevas oportunidades de inversión para mediano y largo plazo. En los siguientes años los desafíos a ser atendidos responden a nuevos comportamientos de la población para acceder a la atención médica, el desarrollo de infraestructura para telemedicina y un crecimiento en las necesidades, que conllevan la responsabilidad de adaptarse a las cambiantes regulaciones, estándares y expectativas de las partes interesadas identificando variables para el futuro del sector salud:

Figura 22

Desafíos a ser atendidos con IA



Un análisis exhaustivo de las necesidades y objetivos del hospital con un equipo multi, inter y transdisciplinario que incluya a profesionales médicos, ingenieros, científicos de datos y especialistas en gestión de proyectos, podrán identificar áreas de oportunidad donde la IA pueda generar el mayor impacto.

Dos de las tendencias marcadas en el desarrollo de la IA es el uso de imágenes y texto:

La visión por computadora o inteligencia visual se está utilizando para analizar imágenes de varias fuentes como radiografía, resonancia magnética, o escáneres computarizados mediante técnicas de aprendizaje profundo o redes neuronales, incluso expandiendo capacidades para detectar lesiones que podrían ser diagnosticadas con cáncer, usando imágenes que pueden ser provistas por los pacientes sin necesidad de visitar un centro médico.

Hoy en día, “existen varias aplicaciones para teléfonos inteligentes que permiten a los usuarios tomar una fotografía de una lesión cutánea para evaluar la probabilidad de ser un posible cáncer, al respecto en un estudio reciente realizado por la Colaboración Internacional de Imágenes de la Piel (ISIC, por sus siglas en inglés) y la MedUni Viena” (Tschandl, Rosendahl, & Kittler, 2018), los investigadores encontraron que, cuando se trata del diagnóstico de lesiones cutáneas pigmentadas, la IA es más preciso que el diagnóstico profesional, esta base de datos incluye lesiones pigmentadas benignas (nevus, manchas solares, verrugas seniles, angiomas y dermatofibromas) y lesiones pigmentadas malignas (melanomas y otros tipos de cáncer de piel); al ser comparados los resultados de “hombre versus máquina”, los investigadores encontraron que “los diagnósticos humanos correctos fueron 18.8 de 30 casos, mientras que el diagnóstico correcto a través de IA fue 25.4 de 30 casos, estos resultados han sido evidentes en ensayos similares durante el último año” (Menzies, y otros, 2023).

El lenguaje natural utiliza texto de diferentes fuentes para entrenar modelos de AI. Estos modelos han sido implementados en los chatbots que forman parte de una tendencia creciente de asistentes virtuales inteligentes en salud, que están mejorando el servicio al cliente, aumentando la participación de los pacientes, automatizando tareas repetitivas y permitiendo que el personal dedique más tiempo a actividades de servicio al cliente de mayor valor. Los asistentes digitales pueden ser una voz amigable hasta un cuadro de texto que parpadea con una simple pregunta “¿cómo puedo ayudar?”, mejorar la asistencia inteligente mediante aplicaciones de voz y texto inteligentes tiene

un gran potencial a futuro. Hay algunas áreas donde la IA conversacional está impulsando la innovación y una experiencia mejorada para el consumidor y el paciente. Por ejemplo, en consultas rutinarias donde ahora están apoyando y complementando al personal en la respuesta a preguntas sobre registro, beneficios y facturación; mejorando la experiencia del usuario, enviando recordatorios, programando citas y automatizando solicitudes de recarga de recetas.

En las nuevas tendencias y avances de chatbots, se puede mencionar el caso del chatbot creado por Primera Blue Cross, el plan de salud más grande del noroeste del Pacífico de los Estados Unidos. El asistente virtual de Primera se llama Scout y “utiliza un chat basado en texto fácil de entender para ayudar a los clientes a saber rápidamente dónde obtener información sobre reclamos, beneficios y otros servicios, los usuarios pueden hablar de manera natural y obtener respuestas de la misma manera en la que lo harían con un representante humano al otro lado del monitor” (Forbes AI, 2019). Aunque la IA inevitablemente asumirá más trabajo rutinario y complementará la toma de decisiones humanas, no proporcionará en el corto plazo el saber hacer, que es crítico para la prestación de servicios de salud y único en los humanos que lo proporcionan; como resultado, la aplicación y experiencia humana a las decisiones y prácticas clínicas y comerciales seguirá impulsando cómo funciona la atención médica en el futuro.

A medida que la IA cambie la naturaleza del trabajo y el empleo, los centros médicos que tomen la iniciativa con escenarios innovadores definirán y ejecutarán planes de IA que evolucionen para crear bucles de rendimiento, los resultados serán escenarios en los que humanos y máquinas intervengan para obtener lo mejor de cada uno en busca de mejorar la calidad y efectividad en la prestación de servicios de salud. Un ejemplo de esto es el uso de IA para crear asistentes de enfermería virtuales para automatizar actividades repetitivas, como evaluar los síntomas de un paciente de forma remota; y, alertar a los médicos cuando sea necesario atender al paciente.

La clave para crear tal colaboración radica en comprender las fortalezas de la IA y el buen uso de esta tecnología por el talento humano. Al final, “el éxito con la IA se trata de cómo lo utilice el personal profesional de la salud, para alcanzar niveles altos de rendimiento. Crear y gestionar con éxito esta transición requiere la redefinición de procesos, trabajos, trayectorias profesionales y capacitación. Un estudio global de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos” (OECD/CAF, 2022) en sus 32 países miembros señala

que cerca de la mitad de los empleos que existen hoy en día se verán significativamente afectados por la automatización de la IA, ya que las decisiones que se tomen hoy tendrán un efecto a largo plazo en la composición de la fuerza laboral, la productividad y los márgenes operativos.

Los datos como un activo estratégico

Con el avance del diagnóstico impulsado por la IA, la información obtenida por los profesionales de la salud de sus pacientes ya no son solo un subproducto de los procesos clínicos, requieren de un manejo más estratégico para asegurar que sean de beneficio para un futuro modelo de IA. Los datos provenientes de los pacientes permiten que avance esta industria digital y representen la base que impulsa una comprensión y una interacción continua. En el futuro, crear y gestionar grandes bases de datos será tan importante para el éxito en la administración hospitalaria como gestionar sus finanzas y activos operativos.

La idea detrás del desarrollo y la gestión de bases de datos es asegurarse de que todos los recursos estén posicionados de manera que puedan ser utilizados, compartidos y movilizados en forma fácil y eficiente para mejorar los procesos internos y externos. Los sistemas de salud inteligentes requieren procesos para adquirir, procesar y usar todas las formas de datos de manera diferente, a menudo limitamos nuestro pensamiento sobre los datos a lo que “controlamos” como datos de registros de salud electrónicos (EHR), imágenes, ciclo de ingresos y registro. En el futuro, la creación y gestión de datos para la salud inteligente también incluirá hacer un mayor uso de información fuera de su organización, incluidos datos demográficos de mercado, sociales y ambientales. Estos datos a menudo están disponibles para su uso, pero continuamente son pasados por alto por las organizaciones de salud al momento de planificar y gestionar su manejo, a medida que los datos se utilicen de nuevas formas, incluido el desarrollo de algoritmos predictivos, se crearán diferentes conjuntos de riesgos que, desde el campo legal y ético, deberán entenderse y gestionarse.

En un futuro la atención médica tendrá un potencial técnico de automatización de aproximadamente el 40% , pero el potencial es menor para los profesionales de la salud cuyas actividades diarias requieren experiencia y contacto directo con los pacientes. Algunas de las actividades más complejas que

realiza el personal profesional de la salud, como leer escáneres de radiología, tienen un potencial técnico de automatización que ha demostrado gran avance en los últimos años.

Al analizar el impacto mundial de la IA en el futuro del trabajo en salud, un estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) concluye que las implicaciones de la IA en la futura fuerza laboral de la atención médica es un tema muy debatido, y la mayoría está de acuerdo en que el impacto de sustituir con máquinas por actividades realizadas por humanos en el cuidado de la salud plantea problemas significativos que deben abordarse. Si se hace correctamente, la introducción y el uso de la IA permite tanto la automatización, como de la reducción de costos del trabajo rutinario y la ampliación del valor de las capacidades humanas. Algunas normas y directrices están diseñadas específicamente para gestionar el uso de datos personales en la inteligencia artificial. Al respecto, la Red Iberoamericana de Protección de Datos, que consta de 22 “Autoridades de protección de datos en Portugal, España, México y otros países de Centroamérica, Sudamérica y el Caribe, han emitido recomendaciones generales para el procesamiento de datos personales en la Inteligencia Artificial y directrices específicas para el cumplimiento de los principios y derechos que rigen la protección de datos personales en proyectos de inteligencia artificial” (REDIPD, 2019; WHO, 2020). Estas leyes también reconocen cada vez más que las personas tienen el derecho a no ser sujetas a decisiones guiadas únicamente por procesos automatizados. Más de 100 países han promulgado leyes de protección de datos. Un conjunto bien conocido de leyes de protección de datos es el Reglamento General de Protección de Datos (GDPR) de la Unión Europea (UE); en los EE. UU., la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud se aplica a la privacidad y a la seguridad de los datos de salud.

Los modelos de AI impulsados por grandes compañías

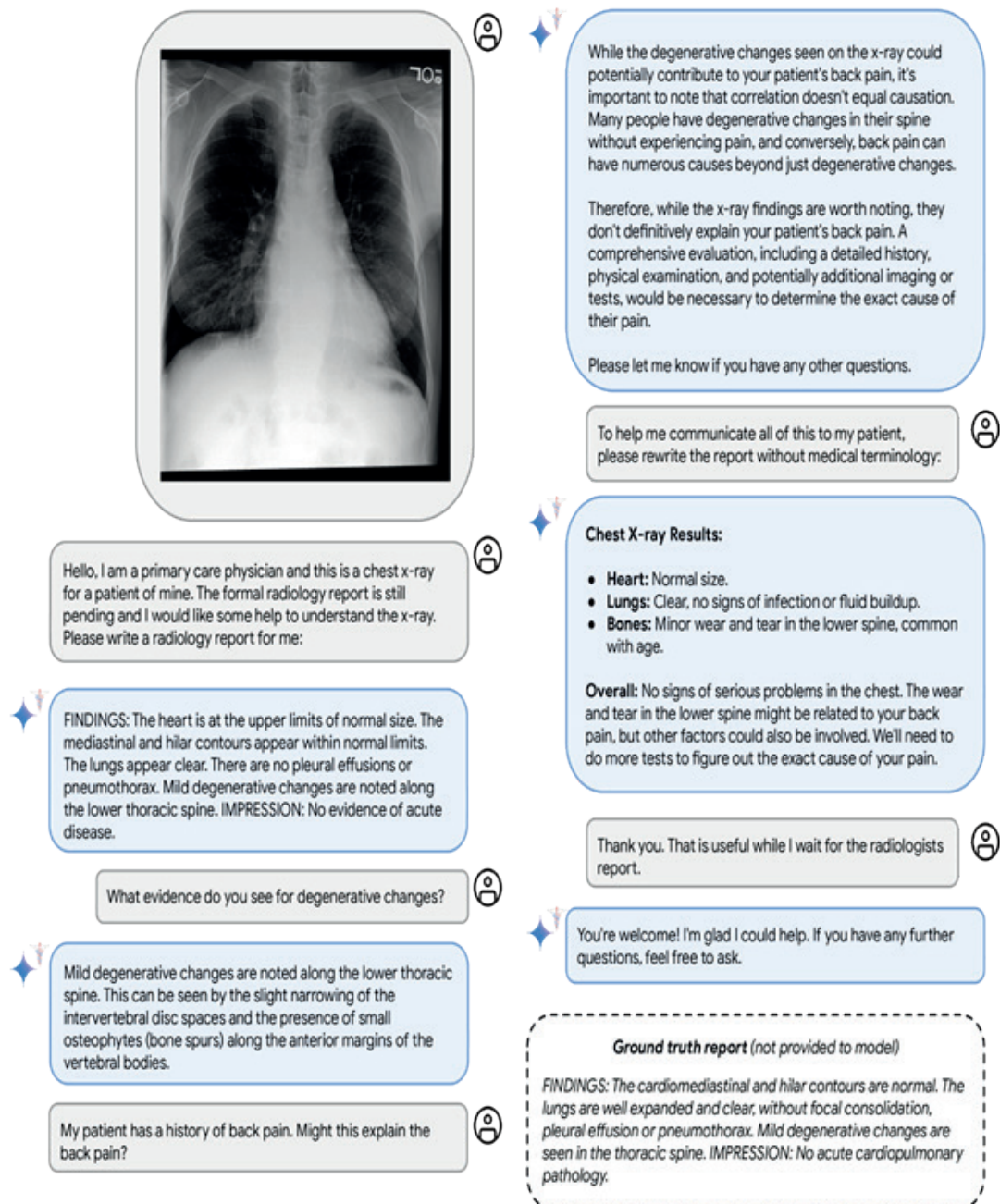
“Los avances más recientes en modelos IA de lenguaje grande (LLMs) por parte de importantes compañías tecnológicas han impactado significativamente en el campo de los diagnósticos médicos, empresas como Google y OpenAI han desarrollado modelos sofisticados como Med-PaLM” (Singhal et al., 2023) y Gemini (Saab, y otros, 2024), diseñados para mejorar la precisión y eficiencia de los diagnósticos médicos. Estos modelos aprovechan conjuntos

de datos y técnicas avanzadas de aprendizaje por computadora para interpretar información médica compleja, proporcionando al personal profesional de la salud, valiosas perspectivas. “La investigación en esta área se centra en mejorar la capacidad de los modelos para entender y generar texto similar al humano, asegurando que puedan interpretar con precisión la literatura médica, las capacidades de respuesta a preguntas médicas se han logrado con el aporte de bases de datos que compilan interacciones con pacientes como MedQA y PubMedQA” (Tu, y otros, 2024). Estos modelos han sido entrenados para sugerir posibles diagnósticos y reducir la probabilidad de errores; a pesar de que su base de datos se encuentra en su mayoría en idioma inglés se han usado otras capacidades de los modelos LLM y diseñado para manejar consultas en múltiples idiomas, lo cual es particularmente beneficioso en regiones diversas como América Latina, Europa, Asia y África. Esta característica asegura que el modelo pueda servir efectivamente a una población más amplia de pacientes, aunque los esfuerzos se enfoquen en un modelo universal, las diferencias culturales, climáticas, y sociales de cada región serán un gran reto para superar al momento de implementar esta tecnología. Es ahí que el manejo de datos clínicos de un país a otro puede ser utilizado para mejorar estos modelos de LLM a un contexto específico e incrementar su precisión en diagnósticos para poblaciones diferentes a la cual fue entrenado inicialmente. “Este progreso es crucial para desarrollar sistemas de IA que puedan apoyar a los profesionales de la salud en la toma de decisiones más informadas, mejorando en última instancia los resultados para los pacientes” (Mehandru, y otros, 2024).

Mirando hacia el futuro, la integración de los LLMs en el ámbito de la salud tiene un enorme potencial para mejorar los servicios hospitalarios, el aprendizaje continuo y la integración de datos en tiempo real serán cruciales para mantener los modelos actualizados con los conocimientos del personal profesional de la salud más recientes. Al abordar estos aspectos futuros, los LLMs pueden desempeñar un papel fundamental en la transformación de las operaciones hospitalarias, haciendo que la atención médica sea más eficiente, precisa y accesible. En la siguiente figura se muestra un ejemplo seleccionado por el equipo de investigación en Google entre una posible interacción entre un paciente y el modelo de AI Gemini.

Figura 23

Caso hipotético entre un dialogo con Med-Gemini-M 1.5 en radiología



Primary Care Physician: Hello, I am a primary care physician and this is a chest x-ray for a patient of mine. The formal radiology report is still pending and I would like some help to understand the x-ray. Please write a radiology report for me:

Med-Gemini-M 1.5: While the degenerative changes seen on the x-ray could potentially contribute to your patient's back pain, it's important to note that correlation doesn't equal causation. Many people have degenerative changes in their spine without experiencing pain, and conversely, back pain can have numerous causes beyond just degenerative changes.

Therefore, while the x-ray findings are worth noting, they don't definitively explain your patient's back pain. A comprehensive evaluation, including a detailed history, physical examination, and potentially additional imaging or tests, would be necessary to determine the exact cause of their pain.

Please let me know if you have any other questions.

Primary Care Physician: To help me communicate all of this to my patient, please rewrite the report without medical terminology:

Med-Gemini-M 1.5:

Chest X-ray Results:

- **Heart:** Normal size.
- **Lungs:** Clear, no signs of infection or fluid buildup.
- **Bones:** Minor wear and tear in the lower spine, common with age.

Overall: No signs of serious problems in the chest. The wear and tear in the lower spine might be related to your back pain, but other factors could also be involved. We'll need to do more tests to figure out the exact cause of your pain.

Primary Care Physician: Thank you. That is useful while I wait for the radiologists report.

Med-Gemini-M 1.5: You're welcome! I'm glad I could help. If you have any further questions, feel free to ask.

Primary Care Physician: What evidence do you see for degenerative changes?

Med-Gemini-M 1.5: Mild degenerative changes are noted along the lower thoracic spine. This can be seen by the slight narrowing of the intervertebral disc spaces and the presence of small osteophytes (bone spurs) along the anterior margins of the vertebral bodies.

Primary Care Physician: My patient has a history of back pain. Might this explain the back pain?

Med-Gemini-M 1.5:

Ground truth report (not provided to model)

FINDINGS: The cardiomeastinal and hilar contours are normal. The lungs are well expanded and clear, without focal consolidation, pleural effusion or pneumothorax. Mild degenerative changes are seen in the thoracic spine. **IMPRESSION:** No acute cardiopulmonary pathology.

Nota. Obtenido de Advancing medical AI with Med-Gemini (research.google)

En esta interacción el modelo Med-Gemini-M 1.5 analiza una imagen de rayos X de la caja torácica del paciente y procede a tener una conversación con el medico encargado. Aunque este modelo aún no se ha implementado en un escenario real, demuestra las capacidades iniciales donde una IA iden-

tifica detalles específicos en la información provista y razonamiento sobre las posibles causas para llegar a una conclusión. El futuro de los LLM en el sector salud es prometedor, mediante el análisis de datos del paciente y la sugerencia de posibles diagnósticos. También pueden utilizarse en plataformas de telemedicina para proporcionar consultas remotas con un papel fundamental en la transformación de las operaciones hospitalarias, haciendo que la atención médica sea más eficiente, precisa y accesible. Sin duda, todos estos avances son posibles con el desarrollo de hardware y software en los últimos años y el capital asignado para invertir en mejorar estos sistemas. Un centro de salud debe prepararse para poder implementar estos sistemas, ya sea localmente o a través de la nube.

Un hospital inteligente utilizando IA

El Centro Médico Samsung (SMC) de Corea del Sur está liderando la revolución global de hospitales inteligentes. En enero de 2024, recibió la validación más alta del Nivel 7 del Modelo de Madurez de Analítica de HIMSS, convirtiéndose en el primer proveedor de atención médica en Asia-Pacífico en lograrlo. Este logro también lo convierte en el único hospital en el mundo en alcanzar validaciones en el Modelo de Adopción de Infraestructura, el Modelo de Adopción de Expediente Médico Electrónico y el Modelo de Adopción de Imagenología Digital, cada uno midiendo diferentes aspectos de la madurez digital de un hospital. El concepto de hospital inteligente que se han enfocado es proporcionar servicios centrados en el recorrido del paciente, brindando más conveniencia, rapidez y eficiencia tanto para pacientes como para el personal médico de la salud responsable del control y cuidado.

Cada proceso que ha implementado el Centro Samsung ha tenido que ser cuidadosamente evaluado y probado en un escenario real. En 2019, SMC lanzó un sistema piloto que utiliza tecnología 5G para guiar cirugías. Este sistema fue diseñado para proporcionar video y audio de alta calidad en tiempo real de los profesores universitarios realizando cirugías, para que los estudiantes de medicina puedan verlo en sus aulas en tiempo real. Sin embargo, no ha sido posible expandirlo más allá del piloto. El primer desafío radica en la falta de madurez tecnológica robusta que pueda reemplazar completamente las tecnologías existentes, además, se requiere de una justificación económica para tales inversiones significativas que permitan la sostenibilidad y sustentabilidad de este proyecto.

Un ejemplo de cómo se puede superar estos desafíos fue el caso del uso de tecnología de reconocimiento de voz para mejorar la eficiencia en el diagnóstico por imágenes. En el pasado, interpretar imágenes implicaba que los médicos visualizaban las imágenes y registraban un audio de los resultados del diagnóstico, un transcriptor luego escuchaba la grabación e ingresaba los resultados en el sistema para poder ser verificados. Los resultados volvían nuevamente al médico para su revisión y confirmación. Este proceso llevaba largos tiempos de respuesta, ralentizando las etapas subsecuentes del cuidado del paciente y haciendo inconveniente la rectificación de cualquier inexactitud. Con la tecnología de reconocimiento de voz, los radiólogos en imagenología médica ahora pueden ingresar directamente sus resultados de lectura en lugar de depender de transcriptores. En este caso, se logró tanto la madurez tecnológica como la justificación económica, lo que llevó a la integración sostenible y sustentable de la tecnología dentro del flujo de trabajo.

Durante el auge de COVID-19, y con las restricciones del contacto físico se usó la Automatización de Procesos Robóticos, automatizando el proceso de emisión de copias de registros médicos, que anteriormente tomaba un tiempo significativo de espera para los pacientes. Los pacientes pueden obtener copias electrónicas y hacer pagos en línea sin visitar el hospital. Para aquellos que eligen recoger copias físicas en el mostrador, ahora pueden hacerlo en cuestión de minutos en lugar de la espera anterior de una hora.

La mayor iniciativa dentro de este hospital inteligente se ejemplifica en el Centro de Operaciones y Comunicación Basado en Datos (DOCC). DOCC integra todos los recursos médicos, como quirófanos y equipos médicos, en un hospital virtual, esto ayuda a desplegar los recursos médicos en el lugar correcto y en el momento adecuado según la situación actual. Por ejemplo, predice situaciones donde los pacientes pueden reunirse para análisis de sangre y asigna proactivamente personal médico adicional durante esos momentos para reducir la congestión. También refleja la disponibilidad de máquinas de resonancia magnética o tomografía computarizada con los datos más recientes sobre ausencias o citas. Esto permite optimizar recursos de manera rápida y efectiva.

Ética en los avances tecnológicos de la IA

Mitigar los riesgos éticos asociados con la IA se ha convertido en un tema relevante de discusión internacional. “Organizaciones como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Foro Económico Mundial (WEF), el Instituto de Ingenieros Eléctricos y Electrónicos (IEEE), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la UNESCO y la Unión Europea, junto con instituciones académicas como el Instituto de Ética en IA de la Universidad de Oxford, están desarrollando directrices y herramientas para ayudar a los países a implementar sistemas centrados en los derechos humanos” (European Commission, 2019). A finales de 2020, más de 90 documentos sobre principios de IA habían sido publicados. Los temas más mencionados en estas publicaciones fueron justicia e interpretabilidad. Entre las propuestas de principios éticos más aceptadas están las presentadas en 2019 por la OCDE y por el Grupo de Expertos de Alto Nivel en IA de la Comisión Europea. Los principios de la OCDE promueven sistemas autónomos seguros, justos, confiables y robustos, adoptados formalmente por 42 países, incluyendo siete de América Latina y el Caribe (ALC) (OECD, 2024). Brasil, Argentina, México y Uruguay han avanzado más en las discusiones del sector público, siendo Uruguay el país con mayores avances formales, habiendo completado su consulta pública sobre estrategias de IA con dimensiones éticas.

“El desarrollo e implementación ética de la IA al servicio del bien público es un enfoque relativamente nuevo y propicio para abordar los principales desafíos que enfrenta especialmente América Latina y el Caribe, incluyendo la reducción de la pobreza y las brechas de desigualdad. El éxito en aprovechar esta tecnología dependerá de numerosos factores” (Gomez, y otros, 2020), incluyendo los siguientes:

- Desarrollo de una visión compartida para alinear los esfuerzos y actores del ecosistema de IA.
- Provisión de infraestructura digital facilitada por los gobiernos en asociación con el sector privado.
- Desarrollo de talento local e investigación en temas relevantes.
- Adopción de la IA por la sociedad civil para avanzar en sus objetivos.
- Toma de decisiones que ponga a los humanos en el centro de cada conversación y actividad relacionada con la IA.

- Fortalecimiento del ecosistema emprendedor.
- Respeto al marco ético y directrices para desarrollar y adoptar la IA.

En adelante, los países interesados en implementar sistemas de salud basados en IA deben hacer los esfuerzos necesarios para involucrarse en discusiones y debates sobre privacidad, responsabilidad, seguridad, transparencia, equidad y discriminación, responsabilidad profesional, la promoción de valores humanos y el impacto ambiental. Es imperativo transformar estos diálogos en medidas concretas de prevención y mitigación. Hay un gran potencial para aprovechar la IA, pero esto requerirá un profundo compromiso para hacerlo de manera ética y responsable.

Referencias

- Chueke, D. (07 de 12 de 2023). Las barreras persistentes para la adopción de la telemedicina en América Latina tras la pandemia de COVID-19. *Telehealth and Medicine Today*: <https://telehealthandmedicinetoday.com/index.php/journal/article/view/423>
- European Comission. (08 de 04 de 2019). *Ethics guidelines for trustworthy AI*. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/ethics-guidelines-trustworthy-ai>
- Forbes AI. (22 de 05 de 2019). Can AI Cure What Ails Health Insurance? <https://www.forbes.com/sites/insights-intelai/2019/05/22/welcome-from-forbes-to-a-special-exploration-of-ai-issue-6/?sh=51e676624650>
- Gomez, M., Del Pozo, C., May, C., Martinez, C., Del Campo, M., & Victoria, A. (05 de 2020). ARTIFICIAL INTELLIGENCE FOR SOCIAL GOOD IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN. 142. <http://dx.doi.org/10.18235/0002393>
- Lunit . (04 de 01 de 2023). solución de inteligencia artificial para el análisis de radiografías de tórax al Albert Einstein, el hospital más grande de América Latina. <https://www.lunit.io/en/company/news/lunit-to-supply-ai-solution-for-chest-x-ray-analysis-to-albert-einstein-latin-americas-largest-hospital>
- Lunit Media. (04 de 01 de 2023). Lunit suministrará una solución de inteligencia artificial para el análisis de radiografías de tórax al Albert Einstein, el hospital más grande de América Latina. <https://www.lunit.io/en/company/news/lunit-to-supply-ai-solution-for-chest-x-ray-analysis-to-albert-einstein-latin-americas-largest-hospital>

- Mehandru, N., Miao, B., Rodriguez, E., Sushil, M., Butte, A., & Alaa, A. (03 de 04 de 2024). Evaluating large language models as agents in the clinic. *Npi digital Medicine* 7(1), 84. <https://www.nature.com/articles/s41746-024-01083-y>
- Menzies, S., Sinz, C., Menzies, M., Lo, S., Yolland, W., & Lingohr, J. (10 de 2023). Comparison of humans versus mobile phone-powered artificial intelligence for the diagnosis and management of pigmented skin cancer in secondary care: A multicentre prospective, diagnostic, clinical trial. *The Lancet Digital Health* , 5(10), e679-e691: [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(23\)00130-9](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(23)00130-9)
- OECD/CAF. (2022). Uso estratégico y responsable de la inteligencia artificial en el sector público de América Latina y el Caribe. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/6150ef8b-es/index.html?itemId=/content/component/6150ef8b-es#wrapper>
- OpenAI. (30 de 11 de 2022). Introducing ChatGPT. <https://openai.com/blog/chatgpt>
- OPS. (2021). La inteligencia artificial en la salud pública. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53887/OPSEIHIS21011_spa.pdf?sequence=5
- Saab, K., Tu, T., Hung, W., Tanno, R., Stutz, D., & Wulczyn, E. (01 de 05 de 2024). Capacidades de los modelos Gemini en la medicina (arXiv-2404.18416). arXiv. <http://arxiv.org/abs/2404.18416>
- Tschandl, P., Rosendahl, A., & Kittler, H. (14 de 08 de 2018). El conjunto de datos HAM10000, una gran colección de imágenes dermatoscópicas de múltiples fuentes de lesiones cutáneas pigmentadas comunes. <https://www.nature.com/articles/sdata2018161>
- Tu, T., Palepu, A., Schaekermann, M., Saab, K., Freyberg, J., Tanno, R., & Wang, A. (24 de 01 de 2024). Hacia una IA diagnóstica conversacional. <https://arxiv.org/abs/2401.05654>
- WIRED. (16 de 08 de 2023). Revolucionando la lucha contra el cáncer: cómo la IA y los robots están transformando el diagnóstico y tratamiento. <https://es.wired.com/articulos/revolucionando-la-lucha-contra-el-cancer-como-la-inteligencia-artificial-y-los-robots-estan-transformando-el-diagnostico-y-tratamiento>
- World Health Organization. (28 de 06 de 2021). Ética y gobernanza de la inteligencia artificial para la salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>



https://lc.cx/Y_nJNn

CAPÍTULO IX

Gobernanza en la gestión hospitalaria: Una visión general

María Verónica Dávalos González

El presente capítulo se desarrolla en un momento en que la economía y la sociología se superponen como ramas, debido a que los propios procesos administrativos incluyen conceptos asimilables a las ramas del conocimiento, como la eficiencia económica y la dinámica de poder. Por lo tanto, la observación asumida en el presente contenido analítico ofrece una caracterización del gobierno hospitalario, donde se explica la constitución de la dinámica de poder en relación con la caracterización prudente y deseable del gobierno hospitalario. En este sentido, se explica la formación estructural que surge de las decisiones administrativas y su desarrollo en la totalidad de la gobernanza y la sociedad en un sentido general. Por esta razón, se hacen evidentes y se perciben las consecuencias del gobierno en la representación ciudadana del bienestar, ya que la gobernanza y la práctica de gobierno en áreas como la salud, adquieren sumo interés.

En tal virtud, la importancia radica en las particulares indicaciones prácticas de la buena gobernanza en la salud para una completa transformación estructural de los esquemas de gobierno con participación social, transparencia y responsabilidad sobre los recursos, sobre todo económicos.

En este contexto, se describen las diversas formas del desempeño del personal de salud en la gobernanza, además de plantear la transparencia y flexibilidad como dimensiones del éxito en la gestión sanitaria. Considerando que el Ecuador está en un escenario de cambio y transición, donde guarda relevancia el gobierno de la salud.

“La importancia de la gobernanza hospitalaria para una sociedad radica en la creación de un enfoque de desarrollo integrado para apoyar y supervisar actividades hospitalarias de cualquier tipo, incluido el rendimiento clínico” (Tabish, 2012).

Esta caracterización se genera a partir de la necesidad de implementar un sistema de salud de calidad y eficiente, en el que “el total de los costos implícitos para su acceso sean cubiertos para los individuos, y así un grupo creciente de la población se vea beneficiado con el uso de este tipo de servicios” (Tjaija, Sabir, Usman, & Ahsan, 2021; Walters, Sharma, Malica, & Harrison, 2022).

Lo que se describe a continuación es la definición de lo deseable en términos administrativos dentro del esquema operacional de las actividades que comprende el derecho a la salud y explicar el direccionamiento que han tenido los procesos gerenciales de las entidades hospitalarias a nivel interno, externo e inclusive estructural.

Sumado a lo anteriormente señalado, es necesario realizar un diagnóstico de la gobernanza para los hospitales que operan en el territorio nacional desde las perspectivas de la economía y la sociología, siempre que se preserve un marco legislativo idóneo, lo que proporcionaría no solamente un “modelo de comprensión plena en materia resolutive de los problemas que aquejan al sistema hospitalario nacional, sino que además proporcionaría un soporte para la disminución de las diferencias existentes entre personas ricas y pobres frente al acceso a servicios de salud” (Jalilvand, 2023). Por lo tanto, es primordial establecer sistemas de gobernanza que sean capaces de administrar efectivamente los servicios de salud, además de que se esperaría que se incremente la participación de los sectores de la población más desfavorecidos.

Poco se ha abordado sobre las apreciaciones normativas de la gobernanza en el sector hospitalario, y “menos bajo una realidad de subdesarrollo y seria prevalencia de estructuras desiguales en la población, donde efficientizar las operaciones de salud es un desafío, debido a que mucho del aparataje sanitario es dirigido por un Estado ineficiente, y el sector privado opera con expectativas rentistas y no de servicio” (Friesner & Stevens, 2007; O’Loughlin, 2002; Suárez, Puerto, Rodríguez, & Ramírez, 2017).

Por tal razón, el presente capítulo busca abordar una introducción al tema mediante la generalización de la gobernanza en la gestión hospitalaria examinando varios ámbitos de interés debido al enfoque de comportamiento que el problema ha adquirido en contraposición a la transformación social y económica que experimenta la sociedad en Ecuador y a nivel global. Los ámbitos de la gestión de la gobernanza de los servicios hospitalarios están enfocados en tres aspectos esenciales: gobernanza efectiva y participación del personal, estructura de gobernanza, y adaptabilidad en hospitales de sistemas de gobernanza transparentes y responsables. Los mismos que serán descritos tomando en consideración las características generales de la gobernanza hospitalaria en el estado actual del país y en el mundo.

La gobernanza efectiva y la participación del personal médico en los procesos de decisión administrativa

La dirección de la gobernanza efectiva y el control democrático puede llevarse a cabo mediante la participación de los médicos/as para la consecución de modelos decisionales. De ahí que, es importante regular y potenciar

la comunicación entre los miembros del equipo responsables de los servicios de salud que gestionan las instituciones hospitalarias y los trabajadores sanitarios. De esta manera, se mejoraría la eficiencia operacional hospitalaria, recompensando a la sociedad al proporcionar ciudadanos satisfechos. En ese sentido, “los médicos/as carecen de voz (consentimiento) público en el tema, frente a las dificultades reales de un sistema privado o público que efectúa las actividades. Siguiendo esta misma línea, la inclusión del personal médico y subyacente a la actividad garantizaría una visión realista de los problemas que aquejan la funcionalidad del sistema operativo de salud pública e incluso privada” (Gómez, Salazar, Salazar, & Babun, 2002). Esta suposición parte del hecho del amplio conocimiento que tiene el personal médico para proponer ideas innovadoras de mejora, las cuales se encaminen a sobrellevar los distintos desafíos operativos y de gestión para el correcto desenvolvimiento y oferta de servicios de salud por parte de las instituciones hospitalarias.

Además, el involucramiento del personal médico en diversas instancias de índole administrativo que permita tomar decisiones en materia gerencial fomenta una identidad de pertenencia que comprometa a los actores internos relacionados con el sector hospitalario para cumplir los objetivos y valores que se propone la institución. Cuando los médicos/as y el personal que atienden los hospitales son escuchados en los círculos gerenciales para considerar sus puntos de vista en el ejercicio administrativo estos se motivan para construir organizadamente el éxito general en la prestación de servicios del hospital. Como consecuencia, “los diversos canales que existen en torno a la comunicación efectiva son trascendentales para canalizar varios esfuerzos en pro de la materialización de procesos participativos y colaboradores” (Kapollogwe, Swai, Kesale, & Kengia, 2023).

Por esta razón, el establecimiento de un sistema que permita retroalimentar periódicamente al personal que labora en los hospitales y a los círculos de gobernanza en el sistema de salud, a lo que se añade los instrumentos digitales para recopilar información y opiniones de los usuarios son varios ejemplos de instrumentos que tendrían la capacidad de brindar una mejora constante a la comunicación entre los distintos eslabones de las cadenas administrativas de las organizaciones “con el objetivo de fortalecer las relaciones entre departamentos, como fue el caso de los hospitales localizados en Tanzania” (Kesale, 2022).

Para abordar este objetivo de manera más efectiva, “los empleadores deben promover una cultura abierta y respetuosa de interacción, que se caracterice

por la promoción del bienestar y la confianza. La disposición abierta y excelente de interacción entre el personal y la dirección facilita la difusión de ideas, preocupaciones y recomendaciones” (Fetene, 2020).

“Esta falta de restricciones comunicacionales facilita a los médicos sentir que les importa escuchar a sus pacientes, lo que a su vez acrecienta su dedicación y energía de servicio” (Jalilvand, Raeisi, & Shaarbafchizadeh, 2024). Con el simple hecho de considerar esa actitud, los médicos/as adquieren la certeza y están preparados para involucrarse de forma dinámica en el establecimiento de respuestas que no solo les son útiles a los pacientes, sino también al personal médico en materia profesional y de gestión. Esta interacción enriquecedora no solo aumenta la dependencia e integridad del personal de trabajo, sino que también mejora la sinergia dentro de la institución. Esto se ha insistido en el estudio de Kesale & Swai (2023), cuyos resultados mostraron que las instituciones médicas que priorizan la transparencia y la apertura en sus interacciones internas experimentan niveles más altos de satisfacción laboral y un mayor grado de compromiso por parte de su personal médico.

En última instancia, la materialización de una gobernanza efectiva y una mayor participación de los actores que laboran en las instituciones hospitalarias en la toma de decisiones de índole administrativo conducen a una mejora operativa tangible, como por ejemplo, el “direccionamiento hacia una mayor eficiencia de los procesos administrativos que se llevan a cabo dentro de un hospital, lo cual fue palpable en el caso particular del sistema hospitalario de Etiopía” (Desta, Abitew, Beshir, Argaw, & Abdlkader, 2020). Este tipo de experiencias muestra que el personal médico adquiere un sentimiento de liderazgo y de equipo cuando se les proporciona oportunidades de contribuir al diseño estratégico en función a su posibilidad de tomar decisiones, lo cual fortalece el sentido de comunidad e incentiva el respeto mutuo en colaboración con distintos actores que forman parte de la institución en la que laboran.

El enfoque dentro de la gobernanza hospitalaria expuesto implica la adopción de modelos sólidos y también requiere del fomento de un entorno en el que el criterio de todos los actores y personal médico sea considerado para el direccionamiento oportuno y pertinente de estrategias favorables para la sociedad en especial. En consecuencia, la capacitación continua y las posibilidades de progreso profesional de los médicos y diverso tipo de capital humano que labora en este tipo de instituciones supone un accionar importante para promover el desarrollo de habilidades en los actores con el propósito de mejo-

rar los conocimientos requeridos para enfrentar los nuevos desafíos y promueve el cambio tecnológico en el ámbito de la medicina (Barteit, y otros, 2020).

Esta inversión en el crecimiento profesional beneficia a los profesionales y fortalece la capacidad del sistema de salud en su conjunto para ofrecer servicios de calidad y reconocer efectivamente las necesidades cambiantes de la población.

Por otra parte, la promoción de cierta exclusividad dentro de la prestación de servicios de salud por medio de una gobernanza efectiva y una sólida participación de todos los actores que constituyen una organización hospitalaria favorece un marco innovador en el que confluye la mejora continua y la colaboración interdisciplinaria. Esto no sólo es beneficioso para obtener resultados satisfactorios en la rehabilitación de los pacientes, sino que también “aporta al fortalecimiento de lazos confiables entre el sistema de salud y sus diversos componentes, en miras de brindar garantías para su sostenibilidad a corto y largo plazo” (Ngenzi, Scott, & Mars, 2021).

En resumen, la conjunción de una participación sólida y colaborativa entre el personal médico y el círculo de gobernanza, junto con un enfoque de desarrollo profesional de los trabajadores, suponen elementos trascendentales para proporcionar servicios de salud de calidad, eficaces y de excelencia, lo cual proporcionará capacidades para enfrentar los desafíos que impone los cambios tecnológicos y las demandas de la sociedad en general.

Por lo tanto, la capacitación permanente y el desarrollo profesional de los trabajadores de la salud son cruciales para promover modelos de gobernanza que fomenten la excelencia en ese ámbito. “Un ejemplo muy conocido es el caso de Egipto donde el Proyecto de Gobernanza de la Salud se desarrolló como parte del plan integral de reforma de la salud en ese país” (Ferrelli, Mattosovich, El-Seweify, & Dowidar, 2016; Byungura, Nyiringango, Fors, Forsberg, & Tumusiime, 2022). En este caso, el estudio proporciona evidencia científica para que los responsables de las políticas públicas y estrategias en la salud puedan apoyarse y encausar adecuadamente los esfuerzos del sector de la salud y su gerenciamiento.

En este sentido, es esencial la capacitación continua del personal médico, a la par de una constante actualización de conocimientos para la consecución de una gobernanza deseable en beneficio en la ciudadanía en general. Los proveedores de atención médica deben tener acceso a las últimas técnicas, tecnologías e innovaciones en la medicina para garantizar la competencia en su ac-

cionar profesional. Además de proporcionar mejores servicios a sus pacientes. Por lo tanto, “este nuevo conocimiento mejorará la eficiencia y la eficacia de todo el sistema en general” (Sundarasen, y otros, 2020).

La capacitación y el desarrollo continuo de habilidades es esencial para mejorar la gobernanza del sector sanitario. Dado que la capacidad del sistema de adaptarse a los cambios y ser competente disminuye o aumenta con la competencia de los trabajadores, el sistema se beneficiaría de inversiones que fomenten el aprendizaje y el desarrollo. Por último, pero no menos importante, la cultura de aprendizaje es fundamental para mantener altos niveles de desempeño de todos quienes prestan los servicios hospitalarios.

En el contexto ecuatoriano, el papel que adquiere la gobernanza y la participación del personal en la toma de decisiones, como resultado de una constante capacitación y actualización de conocimientos y habilidades, ha registrado un incremento notable en los últimos tiempos. Incluso, a pesar de la consecución de progresos claramente establecidos en la materia y en la infraestructura que dota servicios de salud, existen todavía desafíos en cuanto a la calidad de la gobernanza del aparataje estatal y privado que ofrece este tipo de servicios a la sociedad, sobre todo, en el contexto decisional a nivel hospitalario.

Al respecto, y de acuerdo con las investigaciones de Sánchez y Espinoza (2022), una de las dificultades recurrentes que enfrenta la industria al respecto es la gobernanza deficiente adoptada en las instituciones, que a menudo experimentan considerables carencias en cuanto a su posibilidad de implementar instrumentos efectivos que potencien la participación del personal ocupado en los círculos de gobernanza en donde se toman decisiones administrativas. Por otro lado, Álvarez et al. (2021) resaltan que las decisiones suelen adoptarse de manera centralizada o descentralizada, sin un adecuado proceso de consulta o involucramiento del personal sanitario que se encuentra en la primera línea de atención.

Por otra parte, la ausencia de mecanismos de comunicación sólidos entre la administración y el equipo médico supone un limitante considerable para canalizar correctamente el criterio del personal de menor rango en materia administrativa en la adopción decisional a nivel gerencial y de gobernanza, lo cual compromete la calidad con la cual se prestan servicios de salud. Sin embargo, es importante destacar que se están promoviendo iniciativas de mejora de la situación antes mencionada, puesto que se han materializado acciones específicas que tienen como objetivo primordial brindar refuerzos a los distin-

tos instrumentos administrativos que existen para promover la participación del personal médico en la toma de decisiones a partir de la conformación de consejos y comités consultivos.

Finalmente, estas iniciativas involucran representantes de una diversidad de departamentos que forman parte de una entidad hospitalaria, lo que proporcionaría una mayor legitimidad a las decisiones que se adopten desde una perspectiva participativa de la gobernanza. Según sostiene López & Cejas (2023), estos condicionamientos han sido palpables en varios centros de salud de Ecuador como es el caso del Centro de Salud Materno Infantil y Emergencia del Instituto Ecuatoriano Seguridad Social (IESS) de Bahía de Caráquez.

La estructura de gobernanza y la adaptabilidad en los hospitales

La estructura de gobernanza es otro aspecto clave que determina la capacidad de los hospitales de adaptarse de manera efectiva a los avances de la tecnología y a las nuevas prácticas médicas. “Dado que la naturaleza de la atención y el constante progreso tecnológico no tiene precedentes, es esencial garantizar que las estructuras de gobernanza permitan a los hospitales ser lo suficientemente ágiles y receptivos para adaptarse rápidamente a este entorno cambiante” (Jalilvand, Raeisi, & Shaarbafchizadeh, 2024).

“En un panorama en el que nunca se descubre lo suficiente, y las necesidades de los pacientes cambian constantemente, la capacidad de los hospitales para adaptarse se ha vuelto no solo un factor diferenciador sino esencial” (Mohamed, y otros, 2022). Por lo tanto, las estructuras de gobernanza adaptativas a los escenarios sociales cambiantes proporcionarán un enfoque integrador en la adopción de nuevas tecnologías, procedimientos y enfoques de terapia.

“Al usar este enfoque, los hospitales acelerarán drásticamente la implementación de nuevas tecnologías o procedimientos médicos. Esto, a su vez, dará lugar a mejores prácticas médicas para los pacientes, mismas que podrán disponerse en los hospitales lo antes posible” (Kuhlmann, y otros, 2019).

Dichas prácticas no solo beneficiarán a los pacientes, asegurándoles una oportunidad excepcional de utilizar tecnologías y tratamientos innovadores para mejorar significativamente su vida; aquello también beneficiará al cuerpo clínico en general, al tiempo que mejorará los resultados clínicos y la eficiencia operativa de un hospital. (Said & Youssef, 2021)

Conforme a esto, promover una cultura de colaboración entre los departamentos y los equipos dará como resultado la identificación y adopción de nuevas estrategias y tecnologías, lo que mejorará la atención médica en todos los niveles. Además, al establecer procedimientos de toma de decisiones inmediatos y fáciles, los hospitales podrán reducir los tiempos de espera para los pacientes y reducir la burocracia que podría ralentizar la adopción de nuevas políticas de atención.

Los desafíos de cambio social reconsideran la definición de gobernanza hospitalaria partiendo de las concepciones tradicionales del término que lo abstraen como el conjunto de estructuras procedimentales a nivel administrativo que direccionan el accionar de un hospital en lo que respecta al ámbito estratégico y la manera en que los recursos son distribuidos a los distintos órganos de acción gerencial con el propósito cumplir determinados objetivos organizacionales.

Al respecto, Jalilvand et al. (2024) reconocen a la gobernanza como un concepto intrínseco a la actualidad de los hospitales a desafíos constantes y toma en consideración la participación de todos los actores en la toma de decisiones. Bajo estas consideraciones conceptuales, la estructura y conformación de comités hospitalarios para la adopción estratégica en todo nivel supone una característica importante en la definición de la gobernanza que sea funcional al requerimiento que ésta tiene de adaptarse a los cambios que constantemente acontecen en el escenario nacional e internacional.

La incorporación de estrategias de gestión del cambio a las estructuras de la gobernanza hospitalaria es esencial para asegurar una adaptación efectiva y constante a las dinámicas y tendencias emergentes en la atención de la salud. “Debido a la importancia de la innovación y las nuevas tecnologías, las organizaciones de atención médica deben ser capaces de girar en 180 grados en función de las cambiantes demandas del paciente para afrontar efectivamente los problemas del sector” (Ferrari, 2020). Por ejemplo, en Nairobi, Kenia, se produjo un cambio en la gobernabilidad hospitalaria a través de la prima de estrategias de gestión del cambio. “Estos métodos emplearon el modelo de los tres pasos de Kurt Lewin, el modelo de gestión de cambio de Thurley y el modelo de ocho pasos de Kotter. La inclusión de estos tres modelos dio lugar a un efecto positivo y significativo sobre el rendimiento” (Mukiri & Kibe, 2021).

La incorporación de métodos de gestión del cambio en la administración hospitalaria requiere un enfoque flexible y proactivo destinado a crear una

cultura organizacional abierta a la transformación. Aquello, implica la actualización de las políticas y prácticas existentes y el fomento de una actitud abierta y receptiva hacia la innovación y la mejora continua. Además, una comunicación clara y transparente en todos los niveles de la institución debe garantizar el alineamiento y la adhesión de todo el personal de atención médica a los objetivos de cambio. Según Errida & Lotfi (2021), Kenia, Tanzania y Egipto, entre otras naciones, implementaron una gobernanza hospitalaria sólida, que ha sido efectiva y beneficiosa para la comunidad. Por lo tanto, experiencias similares, como las documentadas por Byungura et al. (2022); Kesale et al. (2022) y Mukiri & Kibe (2021) indican que es necesario evaluar las condicionalidades socioeconómicas de los países para identificar las ventajas y desventajas de diseñar estrategias organizacionales adaptativas a la infraestructura operativa de los hospitales en general.

En relación con lo manifestado, al organizar las medidas sobre la base de las estrategias de la administración del cambio, “los hospitales podrán aumentar su aptitud para innovar y adoptar nuevas prácticas y tecnologías que puedan mejorar la calidad de la atención y la eficiencia operativa”, como lo afirman Boudallaa et al. (2023). También les permitirá a las instituciones tener una visión prospectiva hacia el entendimiento de las necesidades de los consumidores, la legislación gubernamental y las tendencias de la industria y, por lo tanto, abordar nuevos desafíos y mejorar la competitividad en un sistema sanitario, tanto en la práctica de la medicina como en la administración y gobernanza de los hospitales.

La estructura de gobierno en los hospitales ecuatorianos se basa en la jerarquía de regulación del funcionamiento en los servicios de salud a la población.

Aunque esto puede ser variable dependiendo del tipo de hospital y su ubicación, sigue generalmente el marco señalado en los requisitos previos de la literatura ecuatoriana (Moreira & Vegas, 2023).

Molina (2019) por su parte señala que la segmentación y la fragmentación del sistema afectan a la implementación de políticas públicas en el sector del servicio de salud. De hecho, el Ministerio de Salud Pública (MSP), que actúa como órgano rector del sistema de atención sanitaria en Ecuador, simplemente no reconoce el valor de su capacidad para utilizar diversas herramientas administrativas para monitorear y controlar el desempeño del sistema con reglas y adaptación a las condiciones en constante cambio de la sociedad y la economía. Como resultado, los esquemas de gobernanza del sistema de asistencia

sanitaria pública y nacional están expuestos a la degradación de la provisión de servicios causada por las asimetrías de información en la subcontratación de los servicios de salud pública.

A lo señalado anteriormente, se suma que la estructura del sistema hospitalario ecuatoriano, de acuerdo con Lucio et al. (2011), se divide en el sector público y privado. En general, el sector público en la estructura de gestión hospitalaria incluye el MSP, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, los servicios municipales de salud y los siguientes organismos de seguridad social: Consejo de Seguridad Nacional, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (Molina, 2019).

Por otro lado, “el sector privado incluye empresas de derecho común que buscan obtener un beneficio, como clínicas, hospitales, farmacias, dispensarios, consultorios, y empresas de medicina prepagada; así como organizaciones sin fines de lucro que proporcionan servicios públicos y pertenecen a la sociedad civil” (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011; Molina, 2019). Bajo esta estructura se sostiene que el MSP debe brindar servicios médicos a toda la población y, en parte, el MIES y los municipios también ofrecen programas y centros de salud que atienden a la población no asegurada.

Los sistemas de gobernanza transparentes y responsables

En este contexto, “cuando los funcionarios encargados de fomentar un sistema de gobernanza hospitalaria transparente y responsable aplican mecanismos efectivos de responsabilidad aseguran no solamente la transparencia en la administración de hospitales, sino también la confianza y la sensación de integridad y seguridad para la comunidad que utiliza los servicios correspondientes” (Bouzarjomehri, Akbari, Pooyan, & Herandi, 2022). En términos de la gestión hospitalaria, la responsabilidad normalmente involucra la necesidad para los tomadores de decisiones de ser evaluados constantemente y justificar sus actos para la comunidad hospitalaria y la sociedad en general. Por ejemplo, “en Ghana, los hospitales universitarios son continuamente cuestionados en términos del nivel de responsabilidad y transparencia, lo que les obliga a desarrollar nuevos mecanismos de control” (Abor & Tetteh, 2023). Tales circunstancias crean un ambiente de responsabilidad en términos del compromiso con la prestación del servicio de calidad, y en esta línea actúa un mecanismo de responsabilidad que se llama “rendición de cuentas”.

En la gestión hospitalaria, la rendición de cuentas se refiere a la evaluación continua de los responsables de la toma de decisiones, que deben ser supervisados constantemente y justificar sus actos a los miembros de la comunidad hospitalaria y a la sociedad en general. (Nunes, Gomes, & Santana, 2023)

La rendición de cuentas también se logra mediante la supervisión de la responsabilidad de servicio en la medida en que se logra mediante la formulación de normas de rendimiento para evaluar la calidad de un servicio (Sejerøe, Cepeda, Aarvik, & Kirya, 2022).

Para que estos mecanismos de rendición de cuentas sean efectivos, los usuarios del servicio deben tener fácil acceso a toda la información relevante y poder expresar sus preocupaciones de manera abierta, lo que permitirá el desarrollo de capacidades operacionales.

La incorporación de los pacientes y sus correspondientes familias dentro de los procesos de toma de decisiones supone una estrategia poco tradicional y sumamente novedosa, pero que puede ser esencial para mejorar los servicios de salud dado un contexto socio económico determinado en el que se desarrollan actividades hospitalarias. Cuando los pacientes junto con sus familiares forman parte de su atención y contribuyen el direccionamiento estratégico de los servicios que utilizan mejora la experiencia del usuario y la enriquece. Este enfoque organizativo de los hospitales necesita que la atención médica cambie de forma profunda, pasando de un lineamiento relativamente paternalista hacia un enfoque valorativo, en el cual la opinión de los pacientes y, consecuentemente de sus familiares, tenga un mayor peso. Este cambio, según sostiene Infac (2014), implica un proceso de negociación constante.

Desde una perspectiva diferente, la participación de las familias que los pacientes en determinadas actividades de gestión y de ordenamiento de la gobernanza promueve un sentido de empoderamiento que afianza las relaciones entre los pacientes y el equipo médico (Castelo, Cueva, & Castelo, 2022).

Sin embargo, en varias partes del mundo, como en provincias La Rioja, Málaga, Córdoba y Jaén en España, la participación de los pacientes y de sus familias la adopción de decisiones y estrategias de las instituciones hospitalarias todavía es limitada y en algunos casos inexistente, esto a pesar de que se habla de locaciones de un país desarrollado. Por lo tanto, “la efectividad con la que se lleve a cabo la comunicación entre el personal médico y sus pacientes es importante para construir estas iniciativas de participación en la toma de

decisiones, paso trascendental para lograr ampliar el horizonte de inclusión de las comunidades hacia los familiares que los usuarios del sistema hospitales en un país determinado” (Ruiz, y otros, 2010).

La participación de los pacientes y sus familias, una vez que se logre, hoy podría mejorar la efectividad de los tratamientos hacia los pacientes y los resultados agregados en la prestación de servicios de salud (Canchero, Matsumura, & Gutiérrez, 2019).

Cuando los pacientes comprenden completamente su situación médica y las opciones disponibles, están más inclinados a seguir las recomendaciones del equipo médico y tomar decisiones informadas sobre su cuidado.

Actualmente, el compromiso y la transparencia hacia la sociedad en materia de gestión en los hospitales en Ecuador siguen siendo objetos de interés y preocupación para la sociedad en general (Castillo, Delgado, Briones, & Santana, 2023).

A pesar de las iniciativas adoptadas desde 2020 para mejorar las condiciones de la gobernanza hospitalaria y la rendición de cuentas de sus responsables, todavía prevalecen desafíos trascendentales para los cuales es necesario mantener una posición activa frente a las necesidades de gestión que requieren los individuos que utilizan el sistema de salud en el país. Sin embargo, “en el hospital Israel Quintero Paredes de Paján en Colombia, figura como un ejemplo aislado de la forma en que el compromiso y la transparencia contribuyen a garantizar la responsabilidad en la gestión del sistema de salud local” (Guanoluisa & Cejas, 2024). Este hecho identifica cierta cultura estructural que refuerza la credibilidad en los servicios públicos, especialmente en lo que a la salud respecta, lo que a la larga beneficia a los pacientes e incluso a los miembros del personal médico.

Por otro lado, el sistema hospitalario nacional, sin embargo, no está del todo olvidado, y se han introducido distintos mecanismos de supervisión para garantizar que datos relevantes sobre su administración estén a disposición de la ciudadanía. No obstante, se comparte el criterio de Castro et al. (2021) y Toala (2022) de que existe todavía una notable brecha entre la verdadera accesibilidad que se tiene sobre la información indicada y la disponibilidad de los datos recabados.

En consecuencia, se denota la existencia de serios problemas en la disponibilidad de información referente a los distintos procedimientos asociables a la

toma de decisiones y el diseño estratégico en lo que respecta a la gestión hospitalaria en Ecuador, aspecto que dificulta considerablemente la consecución de iniciativas de supervisión por parte de la ciudadanía y de los directivos a la interna de las entidades.

Un caso ejemplificador al respecto supone el de Jipijapa, Ecuador, en el cual se ha experimentado la constante necesidad de implementación de modelos relacionados a la gestión hospitalaria que incorporen la participación de la sociedad en general particularmente en lo que respecta a la evaluación periódica del desempeño de personal y funcionarios administrativos responsables del Centro Clínico Quirúrgico del IESS. Aunque, se han hecho progresos en la adopción de prácticas éticas y sostenibles en la gestión hospitalaria, aún existen deficiencias operativas en la transparencia que deben mantener los procesos administrativos.

Conclusiones

La gobernanza en la gestión hospitalaria surge como un componente fundamental del aseguramiento de la calidad del servicio de salud y la eficiencia en los procesos operacionales de las instituciones que prestan este tipo de servicios a la ciudadanía, además de que “su correcta ejecución fortalece la equidad y el acceso universal de los seres humanos a la atención médica” (Jalilvand, Raeisi, & Shaarbafchizadeh, 2024; Randa, 2023).

Frente a lo cual, la correspondencia entre fundamentos conceptuales y teóricos sobre la fenomenología de las dinámicas socioeconómicas y administrativas intrínsecas a la gobernanza hospitalaria requiere el diseño de un enfoque holístico de gobernanza, el cual contemple la procura del bienestar de la sociedad que es usuaria de los servicios de salud indistintamente de si provienen del sector público o privado. Este lineamiento requiere una valoración profunda y permanente de las formas estructurales, de las cuales resalta la gobernanza existente, aspecto que necesariamente debe tener en cuenta principios básicos como la transparencia, la participación de los actores dentro de una institución hospitalaria y su responsabilidad.

Por otro lado, desde varios puntos de vista, en los que se incluye la administración, gestión y gerencia hospitalaria, es considerablemente imprescindible que se interioricen y ejecuten modelos de gobernanza que tengan la capacidad de incentivar características deseables en los procesos operativos de las enti-

dades como la flexibilidad y adaptabilidad de los sistemas de gestión, lo que promete adaptar continuamente el accionar de los hospitales frente al contexto cambiante de la economía y la sociedad ecuatoriana (Guisset & De Roodenbeke, 2022; Jalilvand, Raeisi, & Shaarbafchizadeh, 2024).

Lo expuesto requerirá que se incorporen nuevos métodos de gestión en los que el uso del aparataje tecnológico mantenga relevancia, sobre todo, en lo que respecta a la tensión médica a los pacientes, lo cual debe incorporar la mejora permanente de capacidades de respuesta del sistema a eventuales problemas demográficos, epidemiológicos y sociales.

En consecuencia, una inclusión del personal en los círculos adicionales de las instituciones hospitalarias debe plantearse como fundamento primordial en el diseño estratégico (Diez & Lennerts, 2009; Gobianidze, Hammond, Jürgens, Reisser, & Kalaitzi, 2023; Gómez, Salazar, Salazar, & Babun, 2002), aspecto que no debe de estar de la experiencia práctica que han acumulado los actores que operan dentro de la sinergia operativa de un hospital. Estas iniciativas holísticas en la gobernanza hospitalaria deben aventarse en el compromiso el valor actitudinal de los directivos y el respeto irrestricto a los usuarios y los colaboradores que forman parte de las organizaciones.

Adicionalmente, la creación de un esquema de gobernanza inclusiva es particularmente necesario para el desarrollo del sistema hospitalario, de manera que se conciba un esfuerzo por mejorar la calidad del servicio a partir de la contemplación de los usuarios en las instancias de toma de decisiones para la gobernanza. Por ello, la consideración de las familias de los usuarios y estos mismos en el sistema de salud para la toma de decisiones promovería la mejora de los procesos de atención de forma integral, puesto que se obtendrá información directamente de quienes utilizan los servicios de salud en general (Song & Wu, 2022).

Conforme el expuesto, es necesario ratificar el requisito de promover un enfoque operativo en la gobernanza de este tipo de instituciones que sea capaz de construir mejoras en los resultados de los servicios de salud a nivel individual y agregado, lo que potencialmente mejoraría las experiencias de atención a los usuarios del sistema de salud especialmente del sector público, lo que al mismo tiempo dotaría de transparencia a los procesos asociales a las dinámicas organizativas de las entidades que forman parte de este sector (Kentish, Danbury, Benbenishty, & Azoulay, 2020). Esta línea de gobernanza sin duda implicará una inclusión de la sociedad en el ordenamiento y gestión

hospitalaria, de manera que exista un control periódico de la administración del sistema.

Además, un enfoque integral que capte la estructura de la gestión hospitalaria concibe la necesidad de homogeneizar los procedimientos encaminados a mejorar la eficiencia operacional en las instituciones, su calidad del servicio y la dotación de accesibilidad en las mismas condiciones a toda la población que utiliza la salud pública y privada. Este paradigma de la visión de la gobernanza en el sector de la salud aboga por una mejor gestión de los recursos utilizados en los hospitales, que puedan mejorar la prestación de los servicios a través de la aplicación de mecanismos de actualización tecnológica junto con políticas de transparencia y participación de los actores que intervienen en la provisión de este tipo de servicios. fundamentalmente, lo que se acaba de exponer implica que se materialice una profunda colaboración entre todos y cada uno de los actores que participan en los procesos de gobernanza en los hospitales en Ecuador (Vaseghi, Yarmohammadian, & Raeisi, 2022; Vogel, 2017).

Este ejercicio requeriría la consolidación de mecanismos comunicacionales que sean inclusivo para que se constituyan un compromiso mutuo entre los usuarios, proveedores, personal médico y círculos de gobernanza en miras de la construcción de oportunidades de mejora continua y adaptabilidad a los escenarios socioeconómicos cambiantes. De ello, se espera un fortalecimiento generalizado de la sostenibilidad y la resiliencia del sistema sanitario frente a desafíos futuros.

Finalmente, si la gestión hospitalaria se adhiere a los principios de gobernanza expuestos, será capaz de mejorar su eficiencia y calidad en la atención al público en general, además de que fomentará una sociedad más justa y equitativa, particularmente en lo que concierne al grado de acceso que tiene la población a los servicios de salud. Estas dinámicas y estructuras participativas de gobernanza consolidarán los cimientos para un sistema sanitario que se enfoque en el servicio a la sociedad y no solamente al ánimo de lucro.

Referencias

- Abor, P., & Tetteh, C. (2023). Accountability and transparency: Is this possible in hospital governance? *Cogent Business & Management*, 10(3), 1-18. doi:10.1080/23311975.2023.2266188
- Álvarez, L., Pérez, M., Rodríguez, J., & Palomino, G. (2021). La Atención al usuario en los sistemas de Salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(2), 1806-1819. doi:10.37811/cl_rcm.v5i2.384
- Barteit, S., Guzek, D., Jahn, A., Bärnighausen, T., Mendes, M., & Neuhaus, F. (2020). Evaluation of e-learning for medical education in low- and middle-income countries: A systematic review. *Comput Educ*(145), 1-18. doi:10.1016/j.compedu.2019.103726
- Boudallaa, I., Elkachradi, R., & Kadouri, A. (2023). Change management in hospitals: A way to learn from climate change. International Conference on Innovation in Modern Applied Science, Environment, Energy and Earth Studies (ICIES'11 2023). 412, pág. 12. E3S Web of Conferences. doi:10.1051/e3sconf/202341201058
- Bouzarjomehri, H., Akbari, A., Pooyan, E., & Herandi, Y. (2022). Improving Transparency of Hospitals' Performance: Recommendations for Iran. *Hospital Topics*, 100(1), 16-25. doi:10.1080/00185868.2021.1904803
- Byungura, J., Nyiringango, G., Fors, U., Forsberg, E., & Tumusiime, D. (2022). Online learning for continuous professional development of healthcare workers: an exploratory study on perceptions of healthcare managers in Rwanda. *BMC Medical Education*, 22(851), 1-14. doi:10.1186/s12909-022-03938-y
- Canchero, A., Matzumura, J., & Gutiérrez, H. (2019). Satisfacción del familiar del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2018. *Anales de Facultad de Medicina*, 80(12), 177-182. doi:10.15381/anales.802.16412
- Castelo, W., Cueva, J., & Castelo, Á. (2022). Satisfacción de Pacientes: ¿Qué Se Debe Saber? *Revista Científico-Académica Multidisciplinaria*, 7(6), 176-198. doi:10.23857/pc.v7i6.4068
- Castillo, L., Delgado, G., Briones, B., & Santana, M. (2023). La gestión de la calidad de cuidados en enfermería y la seguridad del paciente. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA*, 7(13), 40-49. doi:10.35381/s.v.v7i13.2417
- Castro, D., Chamorro, E., Rosado, L., & Miranda, L. (2021). Calidad de aten-

- ción en un servicio de emergencias de tercer nivel de atención. *Revista Criterios*, 28(1), 196-218. doi:10.31948/rev.criterios/28.1-art9
- Desta, B., Abitew, A., Beshir, I., Argaw, M., & Abdlkader, S. (2020). Leadership, governance and management for improving district capacity and performance: the case of USAID transform: primary health care. *BMC Fam Pract*, 21(252), 1-7. doi:10.1186/s12875-020-01337-0
- Diez, K., & Lennerts, K. (2009). A process-oriented analysis of facility management services in hospitals as a basis for strategic planning. *Journal of Facilities Management*, 7(1), 52-60. doi:10.1108/14725960910929565
- Errida, A., & Lotfi, B. (2021). The determinants of organizational change management success: Literature review and case study. *International Journal of Engineering Business Management*, 13, 1-15. doi:10.1177/18479790211016273
- Ferrari, M. (2020). Reflexive Governance for Infrastructure Resilience and Sustainability. *Sustainability*, 12(23), 1-8. doi:10.3390/su122310224
- Ferrelli, R., Mattossovich, D., El-Seweify, M., & Dowidar, N. (2016). Continuous professional development and health sector governance in Egypt. *Ann Ist Super Sanita*, 52(4), 565-569. doi:10.4415/ANN_16_04_17
- Fetene, N. (2020). Experiences of managerial accountability in Ethiopia's primary healthcare system: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 1-9. doi:10.1186/s12875-020-01332-5
- Friesner, D., & Stevens, C. (2007). Ownership and rent-seeking behavior in specialty health care practices. *Economics Bulletin, AccessEcon*, 9(10), 1-14. <https://ideas.repec.org/a/eb/ebull/eb-06i10001.html>
- Gobianidze, M., Hammond, J., Jürgens, K., Reisser, K., & Kalaitzi, V. (2023). Advancing the diversity and inclusion agenda in healthcare organizations: The case of German university hospitals. *South Eastern European Journal of Public Health*, 1-14. doi:<https://doi.org/10.56801/seejph.vi.280>
- Gómez, E., Salazar, A., Salazar, V., & Babun, T. (2002). Governance and Ethics in health institutions. *Medicina y Ética*, 33(4), 1023-1038. doi:<https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n4.02>
- Guanoluisa, J., & Cejas, M. (2024). Gobernanza y responsabilidad social en la gestión pública del Hospital Israel Quintero Paredes de Paján. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 6(1), 316-335. doi:10.59169/pentaciencias.v6i1.1002
- Guisset, A., & De Roodenbeke, E. (2022). Strengthening Hospital Governance and Management to Become High-Performing Organizations. En S. Siddiqi, A. Mataria, K. Rouleau, & M. Iqbal, *Making Health Systems Work*

- in Low and Middle Income Countries (págs. 385-400). *Cambridge University Press*. doi: <https://doi.org/10.1017/9781009211086.026>
- Infac. (2014). Participación del paciente en la toma de decisiones. *Infac*, 22(3), 12-17. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2014a/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_22_n_3_Decisiones_compartidas.pdf
- Jalilvand, M. (2023). Hospital governance accountability structure: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 1-36. doi:10.1186/s12913-023-10135-0
- Jalilvand, M., Raeisi, A., & Shaarbafchizadeh, N. (2024). Hospital governance accountability structure: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 24(47), 1-36. doi:10.1186/s12913-023-10135-0
- Kapologwe, N., Swai, I., Kesale, M., & Kengia, J. (2023). Leadership and Governance. En A. Mackfallen, *Leadership and Governance in Primary Healthcare* (págs. 1-11). Boca Raton: Taylor & Francis Group, LLC. doi:10.1201/9781003346821
- Kentish, N., Danbury, C., Benbenishty, J., & Azoulay, E. (2020). Shared Decision-Making With Patients and Families. En A. Michalsen, & N. Sadvnikof, *Compelling Ethical Challenges in Critical Care and Emergency Medicine* (págs. 65-73). Cham: Springer Nature Switzerland. doi:10.1007/978-3-030-43127-3
- Kesale, A. (2022). The quest for accountability of Health Facility Governing Committees implementing Direct Health Facility Financing in Tanzania: A supply-side experience. *PLoS ONE*, 1-16. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267708>
- Kesale, A., & Swai, I. (2023). Management and Governance of Health Facilities. En M. Anasel, *Leadership and Governance in Primary Healthcare. An Exemplar for Practice in Resource Limited Settings* (págs. 13-26). Boca Raton: Taylor & Francis Group, LLC. doi:10.1201/9781003346821-2
- Kesale, A., Mahonge, C., & Muhanga, M. (2022). The quest for accountability of Health Facility Governing Committees implementing Direct Health Facility Financing in Tanzania: A supply-side experience. *PLoS ONE*, 17(4), 1-16. doi:10.1371/journal.pone.0267708
- Kuhlmann, E., Shishkin, S., Richardson, E., Ivanov, I., Shvabskii, O., Minulin, I., . . . Bates, K. (2019). Understanding the role of physicians within the managerial structure of Russian hospitals. *Health Policy*, 123, 773-781. doi:10.1016/j.healthpol.2019.05.020

- López, T., & Cejas, M. (2023). Gobernanza Institucional como Eje Estratégico en la Gestión del Talento Humano y sus Prácticas en el Centro de Salud Materno Infantil y Emergencia del IESS de Bahía de Caráquez. *593 Digital Publisher CEIT*, 8(3-1), 214-231. doi:10.33386/593dp.2023.3-1.1909
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Publica de Mexico*, 53(2), 177-187. <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/13.pdf>
- Mohamed, A., Elshamy, A., Eladawy, F., Mahfouz, L., Mohamed, S., Mustafa, M., . . . Salim, E. (2022). Leadership & Governance How to Improve Hospitals Management? *Medicine Updates Faculty of medicine*, 9(9), 120-136. doi:10.21608/muj.2022.113246.1084
- Molina, A. (2019). Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. *Íconos - Revista De Ciencias Sociales*, 63, 185-205. doi:10.17141/iconos.63.2019.3070
- Moreira, A., & Vegas, H. (2023). Gobernanza en salud como estrategia de valor ético en el servicio hospitalario. Unidad de estudio: Hospital del IESS del cantón Manta. *593 Digital Publisher CEIT*, 8(3-1), 321-337. doi:10.33386/593dp.2023.3-1.1892
- Mukiri, A., & Kibe, L. (2021). Change management strategies and health care performance in Nairobi county, Kenya: lewin's change model approach. *IJARIE-ISSN*, 7(5), 149-159. http://ijarie.com/AdminUploadPdf/CHANGE_MANAGEMENT_STRATEGIES_AND_HEALTH_CARE_PERFORMANCE_IN_NAIROBI_COUNTY_KENYA__LEWIN%E2%80%99S_CHANGE_MODEL_APPROACH_ijarie15292.pdf
- Ngenzi, J., Scott, R., & Mars, M. (2021). Information and communication technology to enhance continuing professional development (CPD) and continuing medical education (CME) for Rwanda: a scoping review of reviews. *BMC Med Educ*, 21(1), 1-8. doi:10.1186/s12909-021-02607-w
- Nunes, C., Gomes, P., & Santana, J. (2023). Transparency, accountability, and governance: a literature review in the context of public hospitals. *Brazilian Journal Of Public Administration*, 57(2), 1-33. doi:10.1590/0034-761220220238x
- O'Loughlin, M. (2002). Conflicting interests in private hospital care. *Aust Health Review*, 25(5), 106-117. doi:10.1071/ah020106
- Randa, I. (2023). Corporate Governance Mechanisms for Sustainable Healthcare Service Delivery in Public Hospitals. En B. Neeta, *Governance as a Catalyst for Public Sector Sustainability* (págs. 21-49). IGI Global. doi:10.4018/978-1-6684-6966-8

- Ruiz, R., Peralta, L., Pérula, L., Gavilán, E., Loayssa, & José. (2010). Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: una herramienta para su medición. *Atención Primaria*, 42(5), 257-263. doi:10.1016/j.aprim.2009.09.020
- Said, A., & Youssef, S. (2021). Governance structures and practices in for profit and not for profit hospitals in Egypt. *The International Journal of Health Planning and Management*, 36(4), 1069-1080. doi:10.1002/hpm.3152
- Sánchez, E., & Espinoza, E. (2022). Calidad del servicio desde la gobernanza en la gestión pública. Una visión reflexiva. Caso de estudio: Centro de Salud Materno Infantil tipo "C" IESS del cantón Bahía de Caráquez. *593 Digital Publisher CEIT*, 7(6-1), 181-196. doi:10.33386/593dp.2022.6-1.1559
- Sejerøe, D., Cepeda, D., Aarvik, P., & Kirya, M. (2022). Anti-corruption, transparency, and accountability in health management information systems. Bergen: Chr. Michelsen Institute. <https://www.u4.no/publications/anti-corruption-transparency-and-accountability-in-health-management-information-systems>
- Song, K., & Wu, D. (2022). Shared decision-making in the management of patients with inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterol*, 28(26), 3092-3100. doi:10.3748/wjg.v28.i26.3092
- Suárez, L., Puerto, S., Rodríguez, L., & Ramírez, J. (2017). La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 16(32), 34-50. doi:10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc
- Sundarasan, S., Chinna, K., Kamaludin, K., Nurunnabi, M., Baloch, G., Khoshaim, H., . . . Sukayt, A. (2020). Psychological Impact of COVID-19 and Lockdown among University Students in Malaysia: Implications and Policy Recommendations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(91), 1-13. doi:10.3390/ijerph17176206
- Tabish, A. (2012). Healthcare: From Good to Exceptional Governance. *Journal International Medical Sciences Academy*, 25(3), 147-149. <https://www.im-saonline.com/june-sep-2012/7.pdf>
- Tjaija, A., Sabir, M., Usman, M., & Ahsan, M. (2021). Good Hospital Governance at the Indonesian Hospital. *International Journal of Criminology and Sociology*, 554-561. doi:10.6000/1929-4409.2021.10.64
- Toala, Y. (2022). Modelo de gestión administrativa y la calidad del servicio al afiliado en el IESS (Tesis de Maestría). Jipijapa: Universidad Estatal del Sur de Manabí. <https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/4102/1/>

TESIS%20-%20YESENIA%20TOALA%20BENAVIDES%20-REVISA-
DA%20.25%20-%20ENERO%20-%202022.pdf

- Vaseghi, F., Yarmohammadian, M., & Raeisi, A. (2022). Interprofessional Collaboration Competencies in the Health System: A Systematic Review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(16), 496-504. doi:10.4103/ijnmr.ijnmr_476_21
- Vogel, L. (2017). Future of health system hinges on collaboration: outgoing CMA pres. Outgoing CMA pres. *CMAJ*, 189(35), 1123-1124. doi:10.1503/cmaj.1095477
- Walters, J., Sharma, A., Malica, E., & Harrison, R. (2022). Supporting efficiency improvement in public health systems: a rapid evidence synthesis. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-11. doi:10.1186/s12913-022-07694-z



<https://lc.cx/pGU02j>

CAPÍTULO X

Bioética en Hospitales

Marco García Cantos

Se analizará en forma breve la importancia de la bioética hospitalaria, con referencia a la experiencia personal en la actividad profesional médica desarrollada desde el internado rotativo en hospital, luego en la medicina rural, posteriormente la residencia médica hospitalaria previa al postgrado, a continuación en el postgrado de Ortopedia y Traumatología en los hospitales del tercer nivel de la ciudad de Quito, y finalmente, en la práctica de la especialidad en hospitales de las Fuerzas Armadas en todo el país; actualmente colaborando en el Hospital Club de Leones Quito Central.

En el campo de la bioética fui invitado por el Dr. Oswaldo Chávez, fundador y primer presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Bioética (2003) a formar parte de esta a partir del 2005; desde el 2014 formo parte de la Comisión Nacional de Bioética en Salud del Ministerio de Salud del Ecuador.

La labor profesional médica y el conocimiento de la bioética me permiten comprender la importancia de esta disciplina en la aplicación a la práctica médica en los hospitales.

Hemos considerado realizar un breve análisis de los siguientes temas básicos aplicados a la bioética clínica: la ética general como rama de la filosofía, la ética médica como antecedente de la bioética clínica, el ejercicio médico actual, la relación clínico-paciente, el consentimiento informado, el derecho de los pacientes y finalmente los comités asistenciales de bioética (CEAS). Desde luego, existen otros temas que son de aplicación menos frecuente, de gran importancia y de mayor conflictividad, como son los dilemas éticos del inicio y fin de la vida, pero por razones de espacio, no serán abordados en este breve capítulo de bioética hospitalaria.

La aplicación de la bioética clínica en las instituciones de salud favorece que los comportamientos y actitudes del personal propicien una relación clínico-paciente humanizada, generando cambios en los modelos de salud y cuya prioridad es ofrecer el mejor servicio a los pacientes, con respeto a su dignidad y derecho a la salud, consagrada en normativas nacionales e internacionales.

Ética

El estudio de la ética se remonta a los orígenes mismos de la filosofía en la Antigua Grecia, y su desarrollo histórico ha sido amplio y variado.

Fue Platón quien en el diálogo Critón, haciendo referencia a su maestro Sócrates, señala que el ethos se basa en: “deliberar siempre siguiendo la razón y

no los sentimientos; pensar por cuenta propia, sin hacer caso de las opiniones de la mayoría y, no ser nunca injustos” (Platon, 2007, págs. 36-39)

La ética socrática se interesa en el conocimiento y aplicación de la felicidad, virtud, ciencia y el bien; esto último es lo que hace feliz al hombre y resulta de los tres anteriores.

Históricamente se ha entendido la ética como una forma de propuesta moral que orienta la vida de los seres humanos.

Para Kant:

La ética es una filosofía de las intenciones y, por ende, una filosofía práctica, ya que las intenciones constituyen fundamentos de nuestras acciones y vínculos de las acciones con el motivo. (...) si actúa por mor de la bondad intrínseca de la acción, su talante es moral y observa una rectitud ética. (Kant, 1988, pág. 113)

Otros autores, sobre ética, manifiestan:

“Hemos descrito la Ética como la filosofía que se ocupa de la moralidad y sus problemas y juicios, o con los problemas y los juicios morales”. (Frankena, 1965, pág. 7)

Consiste la ética, a mi entender, en aquella dimensión de la filosofía que reflexiona sobre la moralidad; es decir, en aquella forma de reflexión y lenguaje cerca de la reflexión y el lenguaje moral, con respecto al que guarda la relación que cabe a todo metalenguaje con el lenguaje objeto. (Cortina, 1990, pág. 29)

“Conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida”. (DRAE, 2023)

Si analizamos las diferentes definiciones de ética y su aplicación en el campo de la medicina y particularmente a nivel hospitalario, debemos entender que es fundamental que las actuaciones del personal de salud se realicen basadas en la reflexión ética y moral individual, que les permita desarrollar sus actividades como vocación a su profesión y servicio a la comunidad, no como una obligación por los salarios que reciben; muchas veces deben sacrificar sus horas libres, acudiendo de inmediato cuando una emergencia médica requiera su presencia y pensando siempre en el beneficio que deben recibir los pacientes que acuden en busca de atención médica, sin causarles daño y con respeto a su dignidad y autonomía; con justicia y equidad para los que menos recursos disponen.

Es obligación ética de los profesionales de la salud, la actualización permanente de sus conocimientos, procurando especializarse en una rama médica afín a su vocación; la ciencia médica avanza a pasos agigantados y no es posible conocer todas las patologías que pueden afectar a un ser humano; en consecuencia, es necesario trabajar siempre en colaboración con otras especialidades, pero siempre evaluando a los pacientes como seres integrales con características únicas e irrepetibles y que padecen de patologías propias de su organismo, muchas ellas determinadas por el medio ambiente en que vive y se desarrolla.

Ética médica

La ética médica como rama aplicada de la ética general, se refiere a la aplicación de principios éticos y valores por parte de los profesionales de la salud. Desde la antigüedad, la ética médica se fue relacionando a la responsabilidad médica hacia los pacientes y actualmente no se concibe la ética médica, si además de los principios éticos y valores, no se observa las leyes y reglamentos que rigen la práctica médica, que se encuentra regulada en códigos de ética de los hospitales y que pueden acarrear responsabilidad civil, penal o administrativa de los profesionales de la salud, ante el incumplimiento de normas y reglamentos.

La Asociación Médica Mundial señala que “la ética médica, es la rama de la ética que aborda los temas morales de la práctica médica. La ética médica está relacionada estrechamente con la bioética, pero no es idéntica (...)”. (AMM., 2005)

De acuerdo con lo manifestado por Merchán (2012), quien manifiesta que la ética médica tiene su punto de partida antes de nuestra era, simbolizada por el más ilustre médico de la antigüedad, Hipócrates; la doctrina del juramento hipocrático ha influido en el ejercicio de la profesión médica en los siglos posteriores; además, ha tenido una profunda e innegable influencia en las legislaciones que regulan la actividad médica, especialmente en países de occidente (Merchan, 2012, pág. 68)

“Entiendo por este término el conjunto de valores, principios morales y de acciones relevantes del personal responsable de la salud: médicos, enfermeras, técnicos y funcionarios, dirigidas a cumplir con los objetivos de la medicina. (...)” (Pérez, Ética Médica Laica, 2002, pág. 12).

La medicina actual se desarrolla en medio de una crisis en la relación entre enfermo y profesionales de la salud. La sociabilización de la medicina, la intervención de empresas que ofrecen medicina pre pagada, la propaganda que promueve tratamientos de dudosa eficacia, las nuevas tecnologías, la aparición de nuevas enfermedades, la deficiencia en los sistemas sanitarios, el cambio climático y los siempre insuficientes recursos de los estados para financiar el gasto en salud, nos obligan a una profunda reflexión, que nos lleve a la sociedad en conjunto, analizar el modelo de atención que se ajuste a nuestra realidad histórica, geográfica, social, para ofrecer a la población una medicina técnica, humanística y equitativa (Rivero & Martínez, 2011)

La medicina necesita una ética porque está al servicio de la humanidad, pero existe una gran diferencia con las otras profesiones, porque aquellas están al servicio de la humanidad, pero no involucran al ser humano en su ser integral que tiene derechos y dignidad, que pueden ser afectados durante el proceso de atención durante la relación clínica-paciente. Muchos profesionales de la medicina con afán de ganar dinero en poco tiempo, con frecuencia realizan exámenes y procedimientos médicos clínicos o quirúrgicos, no acordes con la verdadera necesidad de la enfermedad que presentan los pacientes, pero esas acciones inmorales pueden dejarles importantes réditos económicos.

Por otra parte, el deseo de investigación científica, con frecuencia involucra investigaciones que afectan al paciente y las mismas con frecuencia no cumplen protocolos de investigación que incluyan el consentimiento informado y el derecho a retirarse de la investigación cuando lo consideren oportuno; esto no significa que los profesionales médicos no deban realizar investigaciones científicas para descubrir nuevas tecnologías y medicinas para el tratamiento de las enfermedades. Uno de los objetivos de la medicina es la investigación, cumpliendo en forma estricta normas y protocolos nacionales e internacionales, que regulan la investigación científica (Erranz, 1987).

La bioética

El término bioética se compone de los vocablos bios = vida y ethos = ética, y aparece en 1970, cuando el norteamericano Van Rensselear Potter, escribió un libro titulado Bioethics: The Science of Survival. Menciona que hay dos culturas que no pueden comunicarse entre sí, la científica y humanística, y que es necesario establecer un puente hacia el futuro, para preservar la vida en el planeta (Potter R. , 1988, pág. 1).

Poco después que Potter introdujera el término bioética, el holandés, André Hellegers que trabajaba en la Universidad de los jesuitas en Georgetown utiliza el mismo término para dar nombre al centro Joseph and Rose Kennedy Institute for study of Human Reproduction and Bioethics; se puede pensar en un nacimiento doble para una doble caracterización de la bioética (Ferrer & Alvarez, 2003, pág. 60).

La primera edición de la Encyclopedia of bioethics, preparada por W. Reich, definía a la bioética como, “el estudio sistemático del comportamiento humano en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, cuando este comportamiento es examinado a la luz de valores y principios morales” (Reich, 1978).

Históricamente se han presentado problemas éticos en la atención médica; pero en la actualidad la aplicación de la bioética clínica nos permite un cambio adecuado en los comportamientos y actitudes que estimulan a médicos y en general a todos los integrantes del equipo de salud a promover una relación clínico-paciente saludable, respetando la dignidad y derechos de los pacientes, ofreciendo un mejor servicio en las instituciones de salud.

La bioética clínica nos permite la conformación de comités de bioética que analizan los casos conflictivos que se presentan en la atención médica a los pacientes, sobre todo al inicio y fin de la vida, en donde se deben tomar decisiones que involucran valores en conflicto y se debe llegar a la mejor solución con absoluto respeto a la autonomía y derechos de los pacientes.

El ejercicio médico actual

Revisando el documento elaborado por Lucio y colaboradores (2011), estoy de acuerdo que, en los últimos años, el Ecuador ha pasado de la atención médica estatal y privada a la atención por múltiples prestadores: estatales, municipales, privados, sistemas prepagos, fundaciones privadas. El panorama es más complejo, sumado a la judicialización de la medicina y en consecuencia, forman parte de este panorama las aseguradoras, que han encontrado un importante sector para los seguros y por otra parte, se han formado empresas judiciales que dicen estar atentas ante cualquier situación de insatisfacción de los servicios prestados y enseguida presentan una demanda, que con frecuencia llevan al burnout a los profesionales demandados (Lucio et al, 2011).

Podemos afirmar que no se aplica en forma eficiente la medicina preventiva y los recursos para la medicina curativa y de rehabilitación son insuficientes.

El tratamiento de las patologías crónicas y enfermedades raras, que tienen un alto costo, no disponen de recursos para su atención eficiente.

La atención médica del Ministerio de Salud y de la Seguridad Social, se ha visto afectada por la falta de recursos, agravada con la corrupción en los hospitales. Existe una asignación de turnos para meses después, lo que obliga a muchos usuarios a tomar turnos en servicios privados de salud. En la programación de cirugías existe un represamiento cada vez mayor y las medidas para solucionar estos problemas no son efectivas; igualmente, la provisión de fármacos e insumos no cubren las necesidades que demanda la población.

La intervención por especialidades ha provocado una ruptura en la relación clínico-paciente, de tal manera, que cada médico examina y analiza una parte del organismo, pero el ser humano integral es dejado de lado.

La pandemia Covid-19 causó un grave problema de salud en el mundo y particularmente en nuestro país, que fue uno de los más gravemente afectados, con miles de contagiados y un alto porcentaje de fallecidos, el Sistema de Salud no estuvo preparado para enfrentar la afluencia masiva de pacientes, causando el colapso de las unidades de salud, que se vieron rebasadas para la atención de los pacientes.

A inicios de este año 2024, la Corte Constitucional del Ecuador ha declarado la eutanasia como un derecho de enfermos terminales que cumplan requisitos especiales y ha dado plazos al Ministerio de Salud y Defensoría del Pueblo, para que elaboren los proyectos de ley que deberán ser analizados y aprobados por la Asamblea Nacional en una Ley que regule el procedimiento de eutanasia.

La pérdida de valores como la equidad, la solidaridad, la transformación de la cobertura y la calidad en temas de mercado son algunos de los principios que orientan la organización actual. Las nuevas tecnologías son aplicadas en el país, pero son de acceso limitado y reservado a quienes disponen de recursos económicos suficientes. Los de mayores recursos, incluidos los funcionarios gubernamentales, no confían en los profesionales ecuatorianos y ante la más mínima dolencia emplean sus recursos y los del estado para ser atendidos en el exterior.

Se debe trabajar en mejorar las condiciones de vida de la población de escasos recursos y la dotación de servicios básicos como agua potable, alcantarillado, etc., para minimizar los determinantes de salud que predisponen a la

afectación de la salud de grupos poblacionales vulnerables.

No podemos dejar de señalar que los profesionales de salud, debemos laborar en condiciones que nos permita un adecuado desempeño, contando con los recursos físicos y tecnológicos mínimos para desarrollar una medicina humanizada con respeto a la dignidad y derechos de los pacientes; además, debemos tener la oportunidad de desarrollar una carrera de permanente actualización para estar al día de los adelantos de la ciencia médica, cumpliendo las reglas de ética médica basadas en los objetivos de la medicina.

Ruy Pérez Tamayo (2014), bioeticista mexicano, en una presentación en la web realiza un detallado análisis de los objetivos básicos de la medicina que todo médico debe cumplir. Al estar de acuerdo con el expositor, personalmente los cumpla en mi práctica médica diaria; resumiendo son los siguientes: preservar la salud; curar, y cuando no se puede curar, aliviar; y siempre confortar al enfermo y sus familiares, a fin de evitar las muertes prematuras e innecesarias; para cumplir estos objetivos, los médicos debemos aplicar las siguientes reglas de ética médica: “estudio continuo de la medicina, información y docencia en medicina, investigación científica en medicina y manejo integral del paciente médico” (Pérez, La Bioética en México hoy, 2014).

Los principios bioéticos en salud

En 1979 los filósofos americanos Tom Beauchamp y James Childress, publicaron el libro “Principles of Biomedical Ethics” (Beauchamp & Childress, 1994) en el que establecieron cuatro principios: beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia.

...los principios de la bioética señalados como *prima facie*, que significa que no son absolutos, ni vinculantes, pueden tener excepciones ya que son relativos y con frecuencia entran en conflicto ante situaciones en concreto, son procedimentales y se adaptan a la ética deontológica y a la consecuencialista. (Gracia, Fundamentos de bioética, 1989)

El Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial, Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM, Londres, Inglaterra, octubre 1949, enmendado la última ocasión por la 73ª Asamblea General de la AMM, Berlín, Alemania, octubre 2022, podemos ver que los principios de la bioética no se encuentran en forma explícita, pero su análisis detenido nos per-

mite observar que estos principios tienen plena aplicación en el mencionado código (WMA, 2023).

En la práctica médica diaria, tanto en consulta externa, como en hospitalización, estos principios son de aplicación necesaria y sirven de guía en la resolución de casos en conflicto que son presentados para análisis y recomendación de los Comités de Ética Asistencial Hospitalaria.

Principio de autonomía: analizando lo señalado por Ciccone (2005) y Pacheco (2016), con quienes coincido sobre la autonomía en el campo de la salud, podemos manifestar que las personas toman decisiones basadas en su propia reflexión moral y ética, estableciendo su propio plan de vida sobre lo que le conviene sea realizado sobre su cuerpo.

Para la aplicación de este principio se ha establecido el consentimiento informado, en el cual los pacientes, luego de la información que reciben, deciden que es lo más conveniente para su salud (Ciccone, 2005, págs. 41,42); (Pacheco, 2016, pág. 41)

Principio de beneficencia: quienes ejercemos la medicina, en todo momento buscamos el máximo beneficio del paciente, previniendo las enfermedades, o tratando las mismas cuando se han hecho presentes en nuestros pacientes, utilizamos la mejor alternativa de tratamiento disponible en ese momento; previniendo y tratando la enfermedad, maximizando los beneficios, conociendo nuestros límites y remitiendo los casos que deben ser tratados por una especialidad que diferente a la que practicamos, cuando el caso lo amerite (Ciccone, 2005, págs. 42,43); (Pacheco, 2016)

Principio de no maleficencia: El dictum primum non nocere (primero, no hacer daño) es un remanente del pasado lejano y probablemente se originó con Hipócrates (Gifford, 1977); establece que no se debe producir daño intencionadamente y debe tener una aplicación conjunta con el de beneficencia, para que las decisiones sobre la salud del paciente siempre sean de beneficio, evitando causar daño. Estamos de acuerdo con Pacheco (2016) y Buisan (2007), porque como profesionales de la medicina, jamás debemos causar daño en nuestros pacientes; pero debemos tener presente que siempre existe riesgo en los tratamientos clínicos y quirúrgicos, así como con la prescripción de medicamentos, para lo cual debemos tener el conocimiento y experticia en el tratamiento de las complicaciones o efectos colaterales; además debemos mantener un contacto permanente con nuestros pacientes, para conocer la evolución de sus enfermedades (Pacheco, 2016, pág. 41); (Buisan, 2007, págs. 82,83)

Este principio de No-maleficencia es más general y obligatorio que el de beneficencia: pueden darse situaciones en que un médico no esté obligado a tratar a un enfermo, pero sí estará a ni causarle positivamente daño alguno. (Sánchez & Celoria, 2012)

Principio de Justicia: tiene repercusión en la justicia social. Aplicado al campo médico, promueve una repartición equitativa, de los siempre escasos recursos en salud; propicia un adecuado equilibrio para que individual y colectivamente los bienes y servicios en salud tengan una justa distribución. Coincidiendo con los autores Ciccone y Pacheco, debemos aplicar la equidad, que significa dar más al que menos recursos tiene (Ciccone, 2005, págs. 43,44); (Pacheco, 2016, págs. 42,43).

Lamentablemente en nuestro país, este es el principio de menor aplicación. La población de menos recursos tiene acceso limitado a los servicios de salud pública, recibiendo un trato discriminatorio de parte de los servidores públicos.

Los médicos tenemos la obligación de dar ejemplo de una correcta aplicación de los principios de la bioética, buscando siempre el beneficio de los pacientes, sin causarles daño, con respeto a su dignidad y autonomía, aplicando siempre el consentimiento informado para que los pacientes participen en las decisiones que deben tomar sobre su salud y actuando siempre con justicia en la atención médica y distribución de los recursos asignados para la atención de los pacientes.

El derecho a la salud

La real Academia Española, define a la enfermedad como: “Estado producido en un ser vivo por la alteración de la función de uno de sus órganos o de todo el organismo” (DRAE, 2023).

“La enfermedad que demanda un tratamiento prolongado y prevé también un programa de recuperaciones hospitalarias, produce en la persona enferma un fuerte sentido de desorientación por la detención de todo el universo de sus intereses” (Aramini, 2007, pág. 131).

La Declaración Universal de Derechos Humanos recoge el derecho la salud en el art. 25:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimenta-

ción, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; (...). (ONU, 1948)

La Constitución de la República del Ecuador, en el Art. 32, señala:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (Asamblea, 2008)

La Ley Orgánica de la Salud, en el capítulo sobre los derechos y deberes de las personas y del estado en relación con la salud, establece en el art. 7 los derechos de las personas sobre la salud, (...) en resumen determina el acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y gratuito a todas las acciones y servicios de salud, con respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad y ser oportunamente informados sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud; además tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis (Asamblea Nacional del Ecuador, 2006).

La Ley de Derechos y Amparo del Paciente, en resumen, determina los derechos de los pacientes: atención digna, a no ser discriminado, derecho a la confidencialidad, a la información, a decidir. Ser atendidos inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos (Congreso Nacional, 1995).

Resumiendo, el Código de Ética Médica del Ecuador instituye deberes y derechos del médico para con los enfermos, norma las obligaciones de los médicos: ser responsable de la situación del paciente, llevar una ficha clínica, a intervenir bajo autorización, a realizar anestesias e intervenciones complejas con los medios suficientes y advertir sobre las patologías y diagnósticos (Ministerio de Salud Pública, 1992).

Aunque la Constitución Política del Ecuador, sus códigos, leyes y reglamentos establecen claramente el derecho a la salud de los ecuatorianos, el problema es el cumplimiento de los preceptos constitucionales y legales, para lo cual la autoridad sanitaria nacional debe exigir los recursos económicos que

permitan dar cumplimiento a lo señalado en la carta magna. Además, le corresponde al Estado y sus instituciones de control, vigilar el cumplimiento de las disposiciones legales en la atención de salud pública y, desde luego, también controlar y regular la atención médica privada.

La relación clínico-paciente

Laín Entralgo consideraba que “antes que a un médico y un enfermo, la relación médica vincula mutuamente a dos hombres” (Entralgo, 1964, pág. 235).

La relación entre el médico y el paciente se caracteriza por ser una relación interpersonal, de beneficio mutuo. Actualmente se la denomina relación clínica-enfermo, porque involucra a todo el personal que labora en una institución de salud, como son: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc., incluyendo al personal administrativo y de servicios que están involucrados en la atención a los pacientes, es una relación interhumana y una relación de ayuda. El paciente recibe atención y ayuda del médico y el médico se beneficia del aprendizaje diario que le aporta cada paciente. Todos los pacientes nos enseñan experiencias que en la Universidad no aprendemos y solo el conocimiento de la enfermedad y el entorno de sufrimiento, de falta de recursos para una buena alimentación, de carencias psico afectivas en el cual se produce la dolencia de nuestros pacientes, nos permite mejorar día a día y tratar a nuestros pacientes con respeto a su dignidad.

El médico debe llamar a su paciente por su nombre, no por un número y tratar su padecimiento que es único e irrepetible, porque su vida es personal, biográfica, argumental y narrativa; hay que hacer que el enfermo considere a su médico, lo conozca por su nombre, reciba de él un trato personal y humanizado (Vélez, 1987, págs. 121,122).

La medicina de hoy cuenta con descubrimientos notables para la determinación y alivio de las enfermedades; sin embargo, hay factores en la organización de la medicina actual que llevan al deterioro de la relación clínico-paciente, al punto de que se habla de deshumanización de la medicina.

La relación clínico-paciente plantea múltiples cuestiones éticas y también legales. Algunas han recibido más atención que otras. Por ejemplo, las dificultades que presentan las actitudes paternalistas extremas, la importancia de honrar la autonomía del paciente y la necesidad de asegurar que éste participe

en el proceso de toma de decisiones y de que se respeten sus derechos son temas que han sido y continúan siendo ampliamente debatidos en la bioética desde los años setenta.

La judicialización de la medicina ha afectado la relación clínico-paciente y el aumento de demandas en contra de los profesionales de la salud, ha llevado a la práctica de la medicina defensiva, encareciendo los costos de atención médica, porque se solicitan muchos exámenes, la mayoría de veces innecesarios y de costo elevado, para protegerse de potenciales demandas (Luna & Salles, 2008, pág. 137).

La medicina actual enfrenta numerosos retos, estamos de acuerdo con los autores Mejía & Romero (2017) que la práctica médica se ha deshumanizado, hay pérdida de valores y principios en la atención de los pacientes, no hay respeto a su dignidad y derechos. Las nuevas tecnologías afectan a la relación clínico-paciente, se ha perdido el contacto directo con el paciente, ahora miramos más a la pantalla de los ordenadores que a la cara del paciente; no debemos olvidar que una buena anamnesis y examen físico adecuado, en la mayoría de casos nos proporcionan un buen diagnóstico; la tecnología avanzada debe ser utilizada en casos de diagnósticos más complejos.

Los médicos debemos aplicar los principios bioéticos con respeto a la dignidad y derechos de nuestros pacientes e integrar los contenidos y valores humanistas a los contenidos científicos para poder realizar el análisis ético de los problemas que presenta la medicina contemporánea y encontrar el punto de equilibrio entre los avances científicos y tecnológicos (Mejía & Romero, 2017).

Problemas actuales de la relación médico-paciente

En la actualidad, la relación médico-paciente es muy diferente a la que tenía lugar a principios del siglo XX, donde existían profundos vínculos afectivos entre el médico de aquella época y sus pacientes y familiares, era considerado un líder en la comunidad donde ejercía. Actualmente, el paciente es un cliente y el médico un vendedor, que en muchos casos es contratado para vender sus servicios a una empresa que comercializa la atención médica.

Resumiendo el análisis realizado por José Alfonso et al. (2014), con quienes estamos de acuerdo en que el avance científico y desarrollo tecnológico de las últimas décadas, ha distorsionado el ejercicio de la medicina con la falsa

idea de que los nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos pueden sustituir el método clínico. El paciente exige al médico que le realice todos los exámenes que él considera se le deben realizar, incluidos los de alta tecnología, que en la mayoría de los casos el paciente no los necesita y por otra parte, la empresa médica que, al ser un negocio, espera que el médico realice los exámenes de menos costo en la atención de los pacientes.

También debemos señalar que muchos médicos, ante el temor de una demanda, en ocasiones también realizan medicina defensiva, solicitando exámenes de laboratorio e imagen, muchas veces innecesarios en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes (José Alfonso; et al., 2014).

En la práctica médica actual no se aplica en forma correcta el método clínico al no dedicar el suficiente tiempo al interrogatorio y al examen físico. Se ha priorizado la cantidad de pacientes atendidos y no la calidad de la atención, el tiempo asignado a cada paciente es insuficiente para una buena interacción clínico-paciente. Aquel médico que con una historia clínica completa y detallada realizaba diagnóstico y tratamiento, en la actualidad ya no existe. Hoy existen condiciones diferentes que han repercutido negativamente en esta relación, entre ellas, la comercialización en la atención médica. Esta situación ha afectado profundamente la relación médico-paciente, incrementando los errores médicos, violando los principios de la ética médica, y facilitando la judicialización de la medicina (Cruz & al, 2010)

Cualquiera que sea el modelo de relación clínico-paciente, pueden surgir diversos conflictos, que deben ser resueltos con aplicación de los principios de la bioética, esto es, buscando siempre el beneficio del paciente, nunca causarle daño, respeto a su autonomía y aplicando una justa distribución de recursos, que en el campo de la medicina siempre resultan escasos (Pacheco, 2016, pág. 84).

Consentimiento informado en el tratamiento médico

Compartimos con los autores señalados a continuación, acerca de sus afirmaciones respecto a la aplicación del consentimiento informado en el área clínica y quirúrgica (Galán, 2011), afirma que el consentimiento informado en clínica es un elemento integrante de la *lex artis* y se constituye en la aplicación del principio de autonomía, para llevar a efecto la actividad médico-quirúrgica. Su incumplimiento es causa de responsabilidad y que, en la actualidad,

supone uno de los principales motivos de condena en los supuestos de responsabilidad civil médica. El consentimiento informado y la información tienen implicación jurídica porque son deberes legales que deben estar presentes en toda relación clínica por respeto a los derechos de las personas, a la dignidad humana y a la voluntad y libertad de las personas, tomando en cuenta sus opiniones y decisiones sobre su salud (Monsalve, 2014, pág. 33).

El avance científico ha sido fundamental para la progresiva implementación del consentimiento informado, los nuevos tratamientos determinan que cualquier tratamiento médico o procedimiento diagnóstico que se vaya a realizar, previamente debe contar con información completa y detallada sobre sus beneficios y las posibles complicaciones que pueden presentarse (Llamas, 1988).

El consentimiento informado en el área clínica se basa en la confianza del paciente hacia el profesional de salud y en el proceso de información completa por parte del médico o del profesional de salud que vaya a realizar un procedimiento propuesto; la información mínima debe ser sobre su diagnóstico, las alternativas de tratamiento, los resultados esperados y las posibles complicaciones.

El Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado del Ministerio de Salud del Ecuador, define al consentimiento informado como “Proceso de comunicación y deliberación, que forma parte de la relación de un profesional de salud y un paciente capaz, por el cual una persona autónoma, de forma voluntaria, acepta, niega o revoca una intervención de salud” (Ministerio de Salud Pública, 2016).

En la actualidad el cuidado de la salud ha cambiado el paradigma paternalista y de beneficencia, por el de persona activa y autónoma en el que al paciente se le reconoce la capacidad de pensar, decidir y actuar basándose en razonamientos y decisiones tomadas de manera libre e independiente.

El término “informed consent” aparece por primera vez, de forma expresa, en la jurisprudencia norteamericana en 1957, en el caso *Salgo v. Leland Stanford, Jr. University Board of Trustees*. (...). El Tribunal aceptó la demanda destacando la falta de información relevante previa al consentimiento, a fin de que el paciente pueda tomar una decisión autónoma. (Monsalve, 2014, pág. 21)

Respecto a lo manifestado por García & Estévez en la relación médico-paciente, el consentimiento informado se define como el acuerdo de voluntades

que se apoya, por un lado, en la información detallada del médico sobre los beneficios del procedimiento clínico o quirúrgico, de sus beneficios, riesgos y complicaciones; luego, la decisión libre del paciente de aceptar o no lo que se le propone como pauta de acción, (...) asumiendo los riesgos que implica para su salud, la no aceptación de un tratamiento médico o procedimiento diagnóstico y tratamiento quirúrgico (García & Estévez, 2010, pág. 324).

Por lo tanto, el propósito del consentimiento informado es habilitar al paciente para considerar, de forma equilibrada, los beneficios y las desventajas del tratamiento médico propuesto, con el fin de que el paciente tome una decisión racional al aceptar o rechazar dicho tratamiento.

La Constitución Política de la República del Ecuador del 2008, la Ley Orgánica de Salud del 2006 y la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, con sus respectivas reformas, establecen la obligación del consentimiento informado para garantizar la autonomía de los pacientes en las decisiones que deben compartir con los médicos, en lo relativo a su salud.

Información que debe recibir el paciente

El Documento de Socialización del Modelo de Gestión del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial, publicado mediante Acuerdo ministerial 5316 del 22 de febrero de 2016, hace referencia a la Constitución de la República, leyes y códigos vigentes, disponiendo que la aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial sea de obligatoria observancia en el país para todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. La normativa ecuatoriana señala:

“La comunicación oral y escrita se realizará en términos que sean comprensibles para el paciente, evitando palabras técnicas o de difícil comprensión. Para mejorar la explicación se utilizará ayudas gráficas, que serán previamente seleccionadas. (...)” (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Responsable del proceso de consentimiento

El anexo de la normativa señala que:

La información que se suministre al paciente debe ser facilitada por parte del profesional sanitario responsable del procedimiento. En los casos

de intervenciones quirúrgicas planificadas, el documento del consentimiento informado deberá ser explicado y entregado en la cita anterior al procedimiento, con el fin de que le paciente pueda leer el documento con detenimiento (...) (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS)

Al respecto, el Reglamento Sustitutivo del Reglamento para la Aprobación y Seguimiento de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEI-SH) y Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS), denomina Comité de Ética Asistencial para la Salud, (CEAS), a un órgano de deliberación de composición multidisciplinar, al servicio de profesionales usuarios y equipos directivos de los establecimientos de salud, creado para analizar y asesorar sobre cuestiones de carácter ético que se suscitan en la práctica asistencial (Ministerio de Salud, 2022)

La finalidad de los CEAS es plantear recomendaciones sobre los conflictos éticos que se pueden generar en el proceso de la atención sanitaria, que redunden en la mejora de la calidad de la asistencia y en la protección de los derechos de todos los implicados en la atención de la salud.

La normativa vigente establece que los hospitales de especialidades en Ecuador deben contar con un CEAS y las unidades de salud de nivel 1 y 2 deberán tener un CEAS de referencia (Ministerio de Salud, 2022).

Los CEAS en el ámbito hospitalario procuran resolver los conflictos éticos que plantean la asistencia hospitalaria y elaboran pautas asistenciales para los casos en los que se necesita establecer una política institucional. Además, se ocupan de la formación en bioética de los profesionales del hospital.

Los CEAS cumplen tres funciones principales:

Función normativa

La función normativa, analizada por Fracapani & et al (1999), es acorde a lo señalado en la normativa nacional; tiene que ver con el desarrollo de políticas institucionales consensuales que contemplen los aspectos bioéticos. El CEAS debe revisar y estudiar los principales problemas existentes en la institución, estableciendo prioridades para la resolución de los problemas éticos de la ins-

titución. Debe elaborar normas adecuadas al contexto socio económico y cultural y al momento histórico en que el paciente y la institución interactúan (Fracapani & al, 1999, págs. 209-213).

Función docente

La función docente determina que los miembros de los CEAS reciban capacitación permanente; Fracapani & et al (1999), al igual que el Reglamento Sustitutivo del Reglamento para la Aprobación y Seguimiento de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS), señalan que la capacitación se extiende a todo el personal que forma parte de la unidad hospitalaria, organizando cursos de actualización y educación continua en bioética. La autoeducación de los miembros del comité puede realizarse por lecturas de bioética, análisis de casos que fueron resueltos por el propio comité o también otros comités de bioética asistencial (Fracapani & al, 1999).

Función consultiva

Esta función es muy importante, porque se refiere al análisis y deliberación de los aspectos éticos de casos concretos que son presentados al Comité. El cumplimiento de esa función requiere de un entrenamiento adecuado por parte de los miembros del Comité. Este entrenamiento debe realizarse a través de la formación en el campo de la Bioética y en el ejercicio del análisis de casos mediante la utilización de métodos de análisis de casos clínicos. La función consultiva se refiere a actividades retrospectivas y prospectivas; el análisis retrospectivo con la revisión de historias clínicas que presentaron algún problema ético, está relacionada a la función educativa y sirve de entrenamiento a los miembros del comité. El análisis prospectivo se realiza con el análisis de casos que son presentados al comité, del cual saldrá una recomendación no vinculante (Fracapani & al, 1999).

El modelo de gestión para aplicación del consentimiento informado señala que “Los Comités de Ética Asistencias (CEAS), podrán ser consultados por un profesional de la salud, en casos en los cuales se estime que la decisión del paciente o su representante legal, de no recibir el tratamiento indicado lo expone a graves daños en su salud o a un alto riesgo de muerte” (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Puede considerarse como un órgano de deliberación cuyo fin es formar una opinión razonada y razonable de hechos clínicos o no, planteados en situaciones complejas por la incertidumbre y en la que hay que tomar en cuenta la dignidad, los derechos e intereses de todas las personas afectadas por el problema en cuestión, para luego llegar a decisiones realmente realistas y prudentes.

Conclusiones

El desconocimiento de la bioética en nuestro medio y la importancia de la misma, progresivamente se va superando, porque diferentes instituciones de educación superior han incluido programas de capacitación en bioética, tanto clínica como de investigación, con la participación de profesionales de diferentes áreas, cumpliendo de esta manera el objetivo de aplicar la bioética global, aspiración de Potter desde su formulación del neologismo bioética.

La misión fundamental del médico, en el área clínica, es procurar el bien del paciente por todos los medios éticos a su alcance.

El médico debe rechazar cualquier actitud o acción que lesione, de inmediato o en el futuro, la dignidad del paciente y su propia dignidad, ya que todo acto médico clínico, es un acto humano entre dos personas, investidas con igual absoluta dignidad.

El consentimiento informado debe ser solicitado y debe ser otorgado por el paciente o su representante legal, para cada acto individual médico, que no se puede otorgar para siempre, pues las circunstancias existenciales cambian durante el curso de una misma intervención médica, con mayor razón en las diferentes etapas de la vida, y que solamente en casos muy especiales y en situaciones de emergencia, puede actuarse sin la expresa manifestación de dicho consentimiento.

No existe claridad en las implicaciones legales del funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial en nuestro país; el Reglamento Sustitutivo del Reglamento para la Aprobación y Seguimiento de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS), denomina Comité de Ética Asistencial para la Salud, (CEAS), establece que los CEAS asesoran frente a posibles conflictos éticos en el ámbito sanitario durante la práctica clínica asistencial, pero existen casos que tienen implicaciones no solo éticas, sino también legales y es necesario que la norma-

tiva se revise periódicamente, para que las normas se adapten a los conflictos éticos legales que se presentan sobre todo por el rápido avance en la investigación médica.

Recomendaciones

Los programas de enseñanza de Bioética deben ser establecidos en forma obligatoria en todos los centros de educación superior, teniendo como base la bioética global y desde luego las aplicaciones específicas para cada área del convivir diario.

Se debe promover cursos para la formación de personas que deseen trabajar en los Comités de Bioética, abogados, psicólogos, clérigos, sociólogos, etc.

Crear la conciencia de la importancia que estos comités tienen para el buen funcionamiento de nuestros centros hospitalarios, al estar orientados a promover la calidad de la asistencia médica y a garantizar el respeto a la dignidad del ser humano.

Es necesario tener siempre presente que el enfermo, o en su defecto, su legítimo representante legal, es la primera persona responsable de su vida y de su salud; el médico que acepta ayudarlo toma el papel de quien colabora con el sujeto principal en una relación sinérgica, en la cual el mejor objetivo se logra solo cuando existe la cooperación entre el paciente y el profesional, y que como médicos somos los mayores y más responsables artífices de esa indispensable cooperación.

Es indispensable aclarar la situación legal del funcionamiento de estos comités en nuestro país, y promover la legislación necesaria en este sentido.

Referencias

- AMM. (2005). Asociación Médica Mundial. *Manual de Ética Médica*: https://www.saip.org.uy/novedades/ethics_manual.pdf
- Aramini, M. (2007). *Introducción Bioética*. San Pablo.
- Asamblea. (2008). Obtenido de https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2006). Ley Organica de Salud. <https://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/3426/1/Ley%20Org%-c3%a1nica%20de%20Salud.pdf>
- Beuchamp, T., & Childres, J. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.
- Buisan, L. (2007). *Bioética y Principios Básicos de Ética Médica en Nuevos Materiales de Bioética y Derecho*. Fontamara.
- Ciccone, L. (2005). *Bioética*. Ediciones Palabra.
- Congreso Nacional. (1995). Ley de Derechos y Amparo del Paciente. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>
- Cortina, A. (1990). *Ética sin moral*. Cortina, A. (1990). *Ética sin moral*. Tecnos.
- Cruz, O., & al, e. (2010). MEDISUR. La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico: <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180020098021.pdf>
- DRAE. (2023). Real Academia Española. <https://dle.rae.es/%C3%A9tico>
- Entralgo, P. (1964). *La Relación Médico - Enfermo*. Ediciones Castilla.
- Erranz, G. (1987). Universidad de Navarra. Necesidad de una ética profesional para la medicina: <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/conferencias-sobre-etica-medica-de-gonzalo-herranz/necesidad-de-una-etica-profesional-para-la-medicina#gsc.tab=0>
- Ferrer, J., & Alvarez, J. (2003). *Para Fundamentar la Bioética*. Desclée De Brouwer.
- Fracapani, & al, e. (1999). *Bioética sus instituciones*. Lumen.
- Frankena. (1965). *Ética*. Uteha.
- Galán, J. (2011). *Responsabilidad Civil Médica*. Aranzadi.
- García, A., & Estévez, E. (2010). *Bioética Clínica*. Centro de Biomedicia.
- Gifford, R. (1977). JAMA. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/354858>
- Gracia, D. (1989). *Fundamentos de bioética*. Eudema.

- José Alfonso; et al. (2014). *Revista Médica Electrónica*. El método clínico frente a las nuevas tecnologías: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1112/html>
- Kant, I. (1988). *Lecciones de Ética*. Crítica.
- LLamas. (1988). *La Responsabilidad Civil del Médico: Aspectos tradicionales y modernos*. Trivium.
- Lucio et al. (2011). Sistema de salud de Ecuador. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013
- Luna, F., & Salles, A. (2008). *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Fondo de Cultura Económica.
- Mejía, A., & Romero, H. (2017). INFOMED. *Revista Médica Electrónica*: https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2129/html_299
- Merchan, J. (2012). *Ética Médica*. Ediciones de la U.
- Ministerio de Salud. (2022). Reglamento Sustitutivo del Reglamento para la Aprobación y Seguimiento de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS). <https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/suplementos/item/17082-quinto-suplemento-al-registro-oficial-no-118>
- Ministerio de Salud Pública. (1992). *Código de Ética Médica*. <https://www.hgdc.gob.ec/images/BaseLegal/Cdigo%20de%20tica%20medica.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Documento de Socialización del Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial 2016. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/A.M.5316-Consentimiento-Informado_-AM-5316.pdf
- Monsalve. (2014). *El Consentimiento Informado en la Praxis Médica*. Temis.
- ONU. (1948). La Declaración Universal de los Derechos Humanos. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Pacheco, V. (2016). *Bioética Quitensis*. Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar.
- Pérez, R. (2002). *Ética Médica Laica*. Fondo de Cultura Económica.
- Pérez, R. (2014). *La Bioética en México hoy*. Conferencia en Youtube: https://youtu.be/9xu9cur_q34?si=5utJITjpHMg_Efau
- Platon. (2007). *Diálogos*. Libsa.
- Potter, R. (1988). *Global Bioethics*. Michigan state University Press.
- Reich, W. (. (1978). *Encyclopedia of Bioethics*. The Free Press.

- Rivero, O., & Martínez, L. (2011). *Revista de la Facultad de Medicina* (México). La medicina actual. Los grandes avances y los cambios de paradigma: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422011000200004
- Sánchez, O., & Celoria, G. (2012). *Diálogos sobre Bioética*. Corpus.
- Vélez, L. (1987). *Ética Médica*. Corporación para Investigaciones Biológicas.
- WMA. (2023). CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA DE LA AMM: <https://www.wma.net/es/policies-post/codigo-internacional-de-etica-medica/>



<https://goo.su/kGktk>

CAPÍTULO XI

Control interno, auditoría
administrativa financiera en hospitales

Rodrigo Guillén Sevilla

El control interno en las organizaciones es de suma importancia, por lo que se deberá establecer los elementos que permitan un control eficiente y eficaz de los recursos en la consecución de los objetivos que se trazan las instituciones en el tiempo; lo señalado, representa que quienes están al frente de las entidades públicas o privadas efectúen un monitoreo permanente del control interno, con el propósito de que se realicen los cambios necesarios para lograr mejores resultados que permitan su permanencia en el tiempo.

Cuando se hace referencia al control interno, se debe resaltar que la gerencia general y quienes conforman las instituciones, específicamente las de salud pública o privada, se constituyen en los responsables del diseño, implementación, seguimiento y mejora del control interno; por lo tanto, los objetivos y metas que se planteen alcanzar, deberán considerar el costo / beneficio de contar con un sistema de control interno que permita la prevención y detección de posibles irregularidades, fraudes, que podrían repercutir en la calidad y la oportunidad del servicio de salud brindado por las instituciones de salud a la comunidad, o a la rentabilidad que se espera obtener por las entidades de salud privada.

Otra particularidad relevante de las organizaciones constituye el análisis del riesgo de negocio y el riesgo de la información; en lo que respecta al primero, se deberán considerar los siguientes aspectos: la estructura financiera; la naturaleza de las operaciones, las características de la industria, la ética y calidad de la gerencia general; en cuanto al segundo riesgo, es la consecuencia del análisis del riesgo de negocio, puesto que es lo que permite determinar la confiabilidad e integridad de la información financiera y no financiera que se genera de las operaciones efectuadas tanto por las instituciones públicas y privadas.

Por otro lado, la auditoría se constituye en un elemento adicional del sistema de control interno de las organizaciones y, que por la complejidad, volumen de las operaciones y transacciones que llevan a cabo las mismas, se ve necesario contar con la asesoría de la auditoría en el ámbito del control administrativo y financiero, contribuyendo en el logro de los objetivos formulados por dichas instituciones; para lo cual, es importante que la auditoría esté ubicada en la estructura organizacional a nivel de "Staff", esto permite cumplir con uno de los principios de la auditoría, que es el de la "independencia", que habilita que los resultados de las auditorías ejecutadas, sean comunicadas al consejo directivo y a la gerencia general para que se tomen las acciones perti-

nentes, encaminadas al cumplimiento de las recomendaciones que constan en los informes emitidos por los auditores, con el propósito de mejorar y fortalecer el control interno de las organizaciones.

Control interno

El sistema de control interno en las organizaciones está conformado por los elementos, que permiten verificar la efectividad de la aplicación de los controles en los procesos que llevan a cabo las instituciones públicas y privadas; a continuación se presentan ejemplos de elementos de control: la estructura organizacional que permite conocer los niveles de autoridad y responsabilidad, el presupuesto como herramienta de control financiero; el Reglamento Interno de Trabajo que permite controlar la relación laboral entre el patrono y los trabajadores, a fin de facilitar la productividad y el logro de los objetivos organizacionales, entre otros.

Es responsabilidad de la gerencia general y de quienes conforman las instituciones públicas y privadas, el diseñar, establecer y evaluar de manera permanente el control interno, para que se proporcione seguridad razonable en el logro de los objetivos, y permita salvaguardar los bienes institucionales; es fundamental señalar que el control interno de una organización debe considerar los siguientes componentes propuestos en la normativa establecida por el Comité de Organizaciones Patrocinadoras (Committee of Sponsoring Organizations, COSO), y que se describen a continuación: el ambiente de control, la evaluación de riesgos, las actividades de control, los sistemas de información y comunicación y el seguimiento; a su vez, los elementos del ambiente de control están conformados por: integridad y valores éticos, compromiso de ser componente, junta directiva o comité de auditoría. filosofía y estilo operacional de la gerencia, estructura organizacional, asignación de autoridad y responsabilidad, y políticas y prácticas de los recursos humanos.

Los medios que se utilicen para lograr un control interno eficiente y eficaz variarán dependiendo de factores, como su tamaño, la naturaleza de sus operaciones y los objetivos que persigue la organización, además, se considera la ley, reglamento, normativa específica, etc., para cada uno de los casos sujetos a análisis, con el propósito de establecer el ámbito de acción de las instituciones públicas y privadas, es importante revisar los conceptos y objetivos del control interno de las mismas.

Control interno para el sector público

Las instituciones del Estado, sus mandatarios, autoridades, funcionarios y servidores, se conducirán dentro del sistema de control, fiscalización y auditoría del Estado, cuya aplicación se orientará a que cada institución del Estado asuma la responsabilidad por la existencia y mantenimiento de su propio sistema de control; además, se coordine y complemente con las acciones que otros órganos de control externo ejerzan sobre las operaciones y actividades del sector público y sus servidores.

Los componentes del sistema de control comprenden la elaboración del sistema de control, fiscalización y auditoría del Estado, se efectuará a través del control interno, que es de responsabilidad administrativa de cada una de las instituciones del Estado a la que se refiere el artículo 2 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, y el control externo que le compete a la Contraloría General del Estado, y el que ejerzan otras instituciones de control del Estado en el ámbito de sus competencias.

En lo que respecta al marco normativo general que regula el funcionamiento del sistema de control, la Contraloría General del Estado adaptará, expedirá, aprobará y actualizará normas de control interno que sirvan como referencia para que las instituciones del Estado y sus servidores establezcan e implementen su propio control interno; políticas de auditoría gubernamental; normas de control y fiscalización del sector público, adaptadas de Normas Internacionales y de las emitidas por la Organización Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores; normas de auditoría gubernamental, de carácter local e internacional; y, reglamentos, regulaciones, manuales generales y especializados, guías metodológicas, instructivos y más disposiciones necesarias para la aplicación del sistema de control y la determinación de responsabilidades.

Mediante el sistema de control, fiscalización y auditoría se examina, verifica, y evalúa la gestión administrativa, financiera, operativa, medio ambiente de las instituciones del Estado y la actuación de sus servidores cuando aplique. En la verificación y evaluación de estas gestiones, se aplica los indicadores de gestión institucional y de desempeño, incluyéndose comentarios sobre la legalidad, efectividad, economía y eficiencia de las operaciones y programas evaluados.

En síntesis, el control interno se puede definir como sigue:

Según el artículo 9 de la Ley de la Contraloría General del Estado (LOCGE), señala que, el control interno constituye un proceso aplicado por la máxima autoridad, la dirección y el personal de cada institución, que proporciona seguridad razonable de que se protegen los recursos públicos y se alcancen los objetivos institucionales.

De acuerdo con el artículo 12 de la LOCGE, el control interno se aplicará en forma previa, continua y posterior...a) Control previo.- Los servidores de la institución, analizarán las actividades institucionales propuestas, antes de su autorización o ejecución...b) Control Continuo.- Los servidores de la institución, en forma continua inspeccionarán y constatarán la oportunidad, calidad y cantidad de obras, bienes y servicios que se recibieren o prestaren de conformidad con la Ley...c) Control Posterior.- La Unidad de Auditoría interna será responsable del control posterior interno ante las respectivas autoridades y se aplicará a las actividades institucionales, con posterioridad a su ejecución.

La LOCGE (2017), menciona en su artículo 13: (...) la Contabilidad Gubernamental, como parte del sistema de control interno, tendrá como finalidades establecer y mantener en cada institución del Estado un sistema específico y único de contabilidad y de información gerencial que integre las operaciones financieras, presupuestarias, patrimoniales y de costos (...).

El significado de control interno, objetivos y responsables del control interno, según las Normas de Control Interno para las Entidades, Organismos del Sector Público y de las Personas Jurídicas de Derecho Privado que Dispongan de Recursos Públicos, dispone, conforme la Norma 100-01: (...) El control interno es un proceso integral aplicado por la máxima autoridad, la dirección y el personal de cada entidad, que proporciona seguridad razonable para el logro de los objetivos institucionales y la protección de los recursos públicos (...).

Los componentes del control interno son el ambiente de control, la evaluación de riesgos, las actividades de control, los sistemas de información y comunicación, y el seguimiento (Contraloría, 2019).

En la Norma de Control Interno 100-03 sobre los responsables manifiesta: (...) El diseño, establecimiento, mantenimiento, funcionamiento, perfeccionamiento, y evaluación del control interno es responsabilidad de la máxima autoridad, de los directivos y el personal de la entidad, de acuerdo con sus competencias (...)

En resumen, el control interno de las instituciones públicas son responsabilidad de la máxima autoridad y de todos quienes conforman dicha entidad; por tal razón, el mantenimiento y fortalecimiento del sistema de control debe realizarse de manera periódica, a fin de garantizar y precautelar los intereses de las instituciones públicas.

Control interno para el sector privado

El sector privado basa su sistema de control interno, en lo establecido por el Comité de Organizaciones Patrocinadoras (Committee of Sponsoring Organizations, COSO), en donde se indica que el control interno tiene como propósito satisfacer las necesidades de las diferentes industrias; y, proporcionar una norma para que las organizaciones puedan evaluar sus sistemas de control interno y determinen los aspectos que podrían mejorarse.

Una de las definiciones de control interno se describe como: “...Un proceso, (...) diseñado para proporcionar seguridad razonable relacionada con el logro de objetivos en las siguientes categorías: confiabilidad en la presentación de informes financieros; efectividad y eficiencia de las operaciones; y, cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables (...)” (Whittington & Kurt, 2000).

De igual forma, Whittington Ray O, respecto del COSO, define el proceso se efectúa por medio de individuos (...), al incluir el concepto de seguridad razonable, la definición reconoce que el control interno no puede proporcionar en forma realista seguridad absoluta de que se lograrán los objetivos de una organización (...).

El control interno en centros hospitalarios varía según su complejidad y nivel de atención, al tamaño y objetivos institucionales relacionados con: el ambiente de control, evaluación de riesgo, sistema de información contable y de comunicación, actividades de control, y monitoreo del sistema hospitalario.

En síntesis, el control interno en el ámbito privado se sustenta en la normativa del COSO 2013, y su aplicación se puede enfocar ya sea de forma integral, a un proceso o según la necesidad que exista de la organización; además, su utilización en el caso de una compañía nueva es de relevancia, puesto que permitirá establecer los controles necesarios en los procesos a aplicarse para el logro de sus objetivos y, en el caso de una compañía en marcha, esta normativa permitiría efectuar un diagnóstico de la efectividad y eficiencia de los

controles para establecer los ajustes o modificaciones que se requieren para salvaguardar los bienes de la organización.

La gerencia en la gestión de control interno

El papel de la gerencia en la gestión del control interno en el ámbito público y privado, es muy relevante puesto que mediante las leyes, normas, entre otras, se establecen las responsabilidades de quienes participan en los procesos organizacionales, por tal razón, es fundamental definir por parte de la gerencia, un procedimiento que tenga por objeto el realizar un diagnóstico de los riesgos internos y externos a los que se enfrentan las organizaciones, para lo cual, se podría utilizar la normativa del COSO ERM 2017, que trata sobre la administración o gestión del riesgo y la auditoría interna; el resultado de este análisis permitirá que el nivel estratégico de la organización defina las estrategias a aplicarse para enfrentar los riesgos externos; y, por otro lado que el nivel operativo establezca las actividades de control (COSO 2013) a implementarse, para dar respuesta a los riesgos internos, de manera de minimizar el impacto en los resultados que se plantea alcanzar las instituciones.

Otro aspecto básico para promover y generar una cultura de control, constituye la filosofía y estilo operacional de la gerencia, respecto a la generación de información financiera y no financiera; así como con la actitud hacia la toma de riesgos de negocio, presentando por lo tanto una posición financiera considerablemente agresiva, asumiendo actividades de alto riesgo con la perspectiva de un retorno o rendimiento alto; así mismo, existe gerentes extremadamente conservadores y contrarios a tomar riesgos; sin embargo independiente de cuál sea la filosofía y estilo operacional de la gerencia, se debe evaluar el impacto en la confiabilidad de la información generada por la organización hacia sus “stakeholders”; considerando además, que la información es utilizada para evaluar el riesgo de negocio, por lo tanto, es importante que la gerencia disponga de una matriz de riesgos organizacional, a fin de priorizar y dar respuesta (aceptar, mitigar, compartir, eliminar) a los riesgos, que permita alcanzar la rentabilidad esperada y, a la vez medir el impacto de la confiabilidad de la información financiera y no financiera por parte de los usuarios de la misma.

La filosofía de la gerencia y el estilo operacional también se refleja en la manera como la organización es manejada; en el caso de una compañía que

está iniciando sus actividades; con frecuencia, los controles implementados en estas organizaciones se basan en disposiciones dadas de manera directa entre los empleados y la gerencia; mientras que, en una organización más formal, se tienen establecidas políticas, normas, procesos, informes de desempeño que permiten controlar de una manera más efectiva las operaciones y transacciones realizadas por las organizaciones; sin embargo, es primordial que todas actividades efectuadas por las organizaciones independiente del tamaño o de la complejidad de las operaciones, sean documentadas, esto permite identificar con agilidad las deficiencias de control, de manera de tomar acciones oportunas para mejorar el sistema de control, a fin de lograr los objetivos trazados por el nivel estratégico de la organización.

Con la descripción general del accionar de la gerencia en el control interno de una organización, se puede deducir que el fundamento sobre el cual la gerencia administra el sistema de control interno constituye la normativa COSO 2013, que contiene cinco componentes, y está enfocado de acuerdo con el ámbito sujeto a análisis, como se describe a continuación:

Tabla 11

Normativa COSO 2013

Sector Privado	Sector Público
COSO 2013	Normas de Control Interno de la CGE
	100 Normas Generales
1. Ambiente de Control	200 ambiente de Control
- Integridad y valores éticos	200-01 Integridad y valores éticos
- Compromiso de ser competentes	200-02 Administración estratégica
- Junta directiva o comité de auditoría	200-03 Políticas y prácticas de talento humano
- Filosofía y estilo operacional de la gerencia	200-04 Estructura organizativa
- Estructura organizacional	200-05 Delegación de autoridad
- Asignación de autoridad y responsabilidad	200-06 Competencia profesional

- Políticas y prácticas de los recursos humanos	200-07 Coordinación de acciones organizacionales
	200-08 Adhesión a las políticas institucionales
	200-09 Unidad de Auditoria Interna
2. Evaluación del Riesgo	300 evaluación del Riesgo
3. Actividades de Control	400 actividades de Control
- Revisiones de desempeño	401-01 Separación de funciones y rotación de labores
- Procesamiento de la información	400-02 Autorización y aprobación de transacciones y operaciones
- Controles físicos	401-03 Revisión de procesos y operaciones
- Separación de funciones	401-04 Supervisión
	401-05 Documentación de respaldo y su archivo
4. Sistema de Información Contable y de Comunicación	500 información y Comunicación
5. Monitoreo	600 seguimiento

Nota: Tomado del libro de R. Whittington y Kurt (2000); y, de las Normas de Control Interno para las Entidades, Organismos del Sector Público y de las Personas Jurídicas de Derecho Privado que dispongan de Recursos Públicos (2019).

Como se puede observar en la tabla precedente, existe una similitud de los componentes del COSO 2013 y las Normas de Control Interno para las Entidades, Organismos del Sector Público y de las Personas Jurídicas de Derecho Privado que Dispongan de Recursos Públicos para el sector privado y público respectivamente; sin embargo, los aspectos que conforman las “Actividades de Control” en los dos ámbitos requieren que sean aplicadas de manera específica en la determinación de las posibles deficiencias de control que afectarían a los resultados que se plantean alcanzar por las instituciones. Además, con

el análisis de este componente, se podría prevenir posibles riesgos de control mediante los ajustes o modificaciones que se propongan para mejorar el control interno de las instituciones; por lo tanto, es fundamental que se estructure un procedimiento para la actualización y difusión de los procesos sujetos a mejora.

La gestión efectuada por la gerencia general en lo que respecta al control interno, comprende la definición de la estructura de los informes financieros y no financieros a generarse desde los diferentes sistemas automatizados utilizados por las instituciones o contratados bajo la figura del “Outsourcing Contable”, en el que se reflejan los resultados alcanzados por la gestión efectuada por el gerente o director de la institución, y que sirve de base para la toma de decisiones por parte del directorio y la gerencia general, a fin de lograr los objetivos planteados por el nivel estratégico de las organizaciones; por otro lado, se deberá evaluar el impacto en la confiabilidad de la información generada por las mismas hacia sus stakeholders, a fin de tomar cualquier acción dirigida a garantizar la confiabilidad de la información respectiva.

La auditoría externa y la auditoría interna

Sector público

El sistema de control externo ejecutado por la Contraloría General del Estado se realiza mediante la auditoría gubernamental y el examen especial, aplicando las normas nacionales e internacionales y técnicas de auditoría; la auditoría gubernamental realizada por el Órgano Técnico de Control, se fundamenta en un sistema integrado de asesoría, asistencia y prevención de riesgos que comprende el examen y evaluación de las acciones y operaciones efectuadas por los administradores de los recursos públicos.

A continuación, en Figura 23 y Tabla 12, se resume el rol, campo de acción y funciones que cumple la Contraloría General del Estado:

Figura 24
Rol, campo de acción y funciones de la Contraloría General del Estado

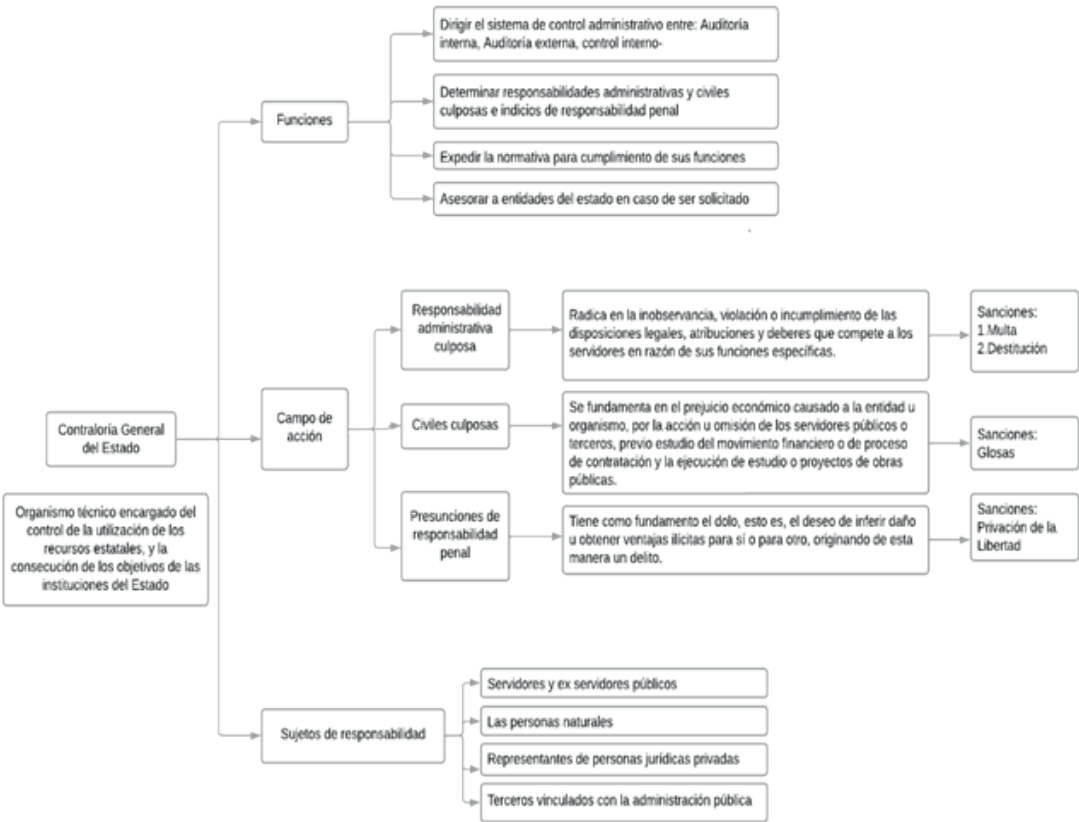


Tabla 12
Tipos de exámenes y auditorías gubernamentales

Tipo de auditoría gubernamental	Propósito	Producto
Examen especial	Verificará, estudiará y evaluará aspectos limitados o de una parte de las actividades relativas a la gestión financiera, administrativa, operativa y medio ambiente, con posterioridad a su ejecución.	Informe que deberá contener comentarios, conclusiones y recomendaciones
Auditoría Financiera	Informará respecto a un período determinado, sobre la razonabilidad de las cifras presentadas en los estados financieros de una institución pública, ente contable, programa o proyecto.	Informe profesional de auditoría

Auditoría de Gestión	Es la acción fiscalizadora dirigida a examinar y evaluar el control interno y la gestión, utilizando recursos humanos de carácter multidisciplinario, el desempeño de una institución, ente contable, o la ejecución de programas y proyectos.	Informe amplio con los comentarios, conclusiones y recomendaciones
Auditoría de Aspectos Ambientales	En cualquier momento, se podrá auditar los procedimientos de realización y aprobación de los estudios y evaluaciones de impacto ambiental en los términos establecidos en la Ley de Gestión Ambiental.	Informe amplio con los comentarios, conclusiones y recomendaciones
Auditoría de Obras Públicas o de Ingeniería	Evaluará la administración de las obras de construcción, la gestión de los contratistas, el manejo de la contratación pública, la eficacia de los sistemas de mantenimiento, el cumplimiento de las cláusulas contractuales y los resultados físicos que se obtengan en el programa o proyecto específico sometido a examen.	Informe amplio con los comentarios, conclusiones y recomendaciones

Nota. Tomado de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado

En el artículo 28, de la LOCGE (2017), la Contraloría General del Estado manifiesta que cuando así lo determinen convenios internacionales, o cuando la materia a auditarse exija personal especializado del que no se disponga, podrá efectuar la auditoría gubernamental, mediante la contratación de compañías privadas de auditoría externa e independiente.

En lo que respecta a la auditoría interna, resumiendo algunos artículos de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, las instituciones del Estado, entre esas las del sector de la salud, contarán con auditoría interna cuando se justifique y dependerá técnica y administrativamente del Órgano Técnico de Control; se debe considerar que para la creación o supresión de la Unidad de Auditoría Interna (UAI) se necesitará de un informe técnico; así también,

el personal auditor será nombrado, removido o trasladado por el Contralor General del Estado; y las remuneraciones y gastos para el funcionamiento de la auditoría interna serán remunerados por las propias instituciones del Estado a las que asesoran y fiscalizan; a excepción de los directores o gerentes de auditoría de las Unidades de Auditoría Interna de los Gobiernos Autónomos Descentralizados que serán cubiertas por la Contraloría General del Estado.

Los directores o gerentes de auditoría de las Unidades de Auditoría Interna serán de libre designación y remoción por parte del Contralor General del Estado, para ejercer funciones de dirección o jefatura de la Unidad de Auditoría Interna será requisito contar con práctica profesional, título universitario y formación relacionada con la auditoría; el propósito de la auditoría interna es el brindar asesoría y realizar evaluaciones integrales de las instituciones del Estado, entre ellas, las del sector de la salud, para lo cual el personal de auditoría deberá ser de carácter multidisciplinario; la auditoría interna se ejecutará observando las normas nacionales e internacionales de auditoría aplicables al sector público.

Los auditores de la unidad de auditoría interna actuarán individual o colectivamente, con criterio independiente en la revisión de las operaciones o actividades sujetas a auditoría, y no intervendrán en la autorización o aprobación de los procesos financieros, administrativos, operativos y ambientales; así mismo, la auditoría interna se encargará de formular el plan anual de control, considerando los procesos críticos y requerimientos de las máximas autoridades de las instituciones del Estado, el mismo que deberá ser presentado al Órgano Superior de Control para su aprobación; la ejecución del plan anual de control aprobado por el Contralor General del Estado tiene como resultado el informe suscrito por el director o gerente de la Unidad de Auditoría Interna para ser dirigido a la máxima autoridad de la institución a la que pertenezca, a fin de que se adopten las medidas que permitan mejorar el control interno.

En la siguiente tabla se presenta un modelo de control interno que tiene como propósito establecer los aspectos que se deben considerar para contar con un sistema de control enfocado a la prevención, detección y mitigación de los riesgos de control, a fin de lograr los objetivos organizacionales.

Tabla 13

Modelo de control interno

ENFOQUE DE CONTROL INTERNO		
PROYECCIÓN:	- Mejora del control interno	INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA
	- Mitigación de riesgos	
	- Plan de contingencia	
	- Futuras acciones de control	CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO: DIRECCIÓN DE AUDITORÍA INTERNA, DAI
Oportunidades de mejora		DIRECTOR EJECUTIVO DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA
M A P A D E R I E S G O S	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	- Competencia Profesional
	INTERNO EXTERNO	- Estructura Orgánica
	EVALUACIÓN DEL RIESGO	
	PROBABILIDAD IMPACTO	
	RESPUESTA AL RIESGO	- Coordinación de acciones organizacionales
	- Aceptar - Mitigar - Compartir - Eliminar	• Revisión • Control • Supervisión

Sector privado

La actuación de la auditoría externa en las compañías constituidas jurídicamente, de manera específica las del ámbito de la salud, está en relación al cumplimiento de la normativa vigente establecida por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros; en la que se señala, que las compañías, que tienen un total de sus activos es igual o superior a los 500 000 USD, tendrán la obligación de contratar una firma de auditoría o a una persona natural calificada como auditor externo en la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, con el propósito de que revisen los estados financieros (Estado de situación financiera; Estado de resultados integrales; Estado de flujo de efectivo; y, Estado de cambios en el patrimonio) y emitan una opinión independiente sobre la razonabilidad de las cifras y el cumplimiento de las normas internacionales de contabilidad, (NIC) y las normas internacionales de información financiera (NIIF), reflejándose en los informes emitidos por los auditores externos y cuyos usuarios de la información, son los siguientes:

Tabla 14

Tipos de informe

Tipo de informe	Usuario de la información	
	Interno	Externo
Informe de auditoría (Opinión independiente de los auditores)	Accionistas de la compañía	Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros
Informe tributario	Accionistas de la compañía	Servicio de Rentas Internas
Carta de control interno	Accionistas de la compañía / Gerencia General	Firmas de Auditoría Externa

El resultado presentado por la auditoría externa en los informes detallados en la tabla precedente son de trascendencia, puesto que permite conocer el estado y la gestión efectuada por la gerencia general en las organizaciones que se dedican a prestar servicios de salud privada, en lo que respecta a la carta de control interno que se encuentra dirigida a los accionistas de la compañía y a la gerencia general, en las que constan las deficiencias de control administrativo y financiero, la gerencia general como responsable principal del sistema de control interno, debería disponer a quienes estén relacionados con las observaciones, el cumplimiento de las recomendaciones formuladas por los auditores externos, a fin de que se elabore un plan de acción, enfocado en corregir las deficiencias de control identificadas por la auditoría externa.

Para evitar posibles irregularidades o fraudes en los procesos ejecutados por quienes conforman la organización, es trascendental que los hospitales privados tengan como política la actualización y difusión periódica de los procesos estratégicos, procesos agregadores de valor, y procesos de apoyo, puesto que esto permitirá optimizar el uso de los recursos disponibles para lograr los resultados esperados por las organizaciones.

Además, la auditoría externa es un instrumento que facilita una serie de beneficios relevantes para las organizaciones; pueden contribuir con las compañías de salud a alcanzar los rendimientos esperados, aumentar su grado de confiabilidad en la información y asegurar su cumplimiento de la ley y la normativa.

De manera complementaria, a continuación se presentan las ventajas de contar con auditoría externa:

- **Identificación oportuna de riesgos:** El auditor externo identifica los riesgos a los que se encuentra expuesta la organización; y, determina la efectividad de los controles implementados para prevenir las consecuencias materiales que afecten su operación, liquidez o permanencia;
- **Toma de decisiones acertadas:** Mediante los informes emitidos por la auditoría externa, se puede evaluar los diversos aspectos de la organización y tomar decisiones para alcanzar las metas y objetivos a largo plazo;
- **Entregar información confiable a los usuarios:** Los informes de auditoría cuentan con el respaldo de la certificación del auditor externo, quien garantiza que la información contenida en los informes corresponde a la realidad de la organización y está sustentada en las disposiciones legales;
- **Garantiza la razonabilidad de la información presentada en los estados financieros:** El auditor externo tiene bajo su responsabilidad la certificación de que la información contenida en los estados financieros se ha reconocido, registrado y presentado en concordancia con la normativa de la organización; y,
- **Aumento del grado de confiabilidad:** El contar con los servicios de auditoría externa proporciona mayor seguridad y confiabilidad a los accionistas e inversionistas de la organización.

El IIA, Instituto de Auditoría Interna (2024) determina que en las empresas/compañías privadas que brindan servicios de salud, ya sea en los estatutos o por decisión del consejo directivo o la gerencia general, se establecerá la necesidad de contar con un auditor interno, en razón de la complejidad de las operaciones, el incremento del volumen de las transacciones, entre otros, con el propósito de que exista un nivel de asesoría en el ámbito del control para mejorar los procesos, minimizar los riesgos y contribuir al logro de los objetivos de las compañías; para lo cual, el auditor interno formulará un plan anual de control, sustentado en un análisis de riesgos de control de los procesos administrativos (compras, bodega, logística, mantenimiento y servicios generales, nutrición) y financieros (contabilidad, presupuesto, tesorería, convenios), principalmente, a ser priorizados; y considerando, además los requerimientos de control que tiene el consejo directivo y la gerencia general, en cumplimen-

to a lo señalado en la Norma 6.3 Apoyo del Consejo y la Alta Dirección y la Norma 9.4 Plan de Auditoría Interna, de las Normas Globales de Auditoría Interna.

La ejecución del plan anual de control aprobado por la Junta General de accionistas o el Directorio de la compañía de salud privada, permitirá alcanzar los siguientes resultados:

- Identificar la existencia, aplicación y vigencia de controles establecidos en los procesos relacionados con la gestión administrativa y financiera;
- Determinar y alertar oportunamente de potenciales riesgos de control que afecten los procesos relacionados con la gestión administrativa y financiera, y
- Recomendar acciones preventivas y correctivas para incorporar u optimizar los controles de los procesos para evitar, mitigar o superar potenciales riesgos, relacionados con la gestión administrativa y financiera de las organizaciones de la salud.

Hay que destacar que el campo de acción de la auditoría interna es más amplio que la auditoría externa, puesto que la misma se enfoca en la revisión de los procesos estratégicos, procesos agregadores de valor y los procesos de apoyo, excluyendo de estos últimos, al proceso financiero (contabilidad, tesorería, presupuestos y cartera) que es ejecutado por la auditoría externa; es importante que el consejo directivo y la gerencia general tengan conocimiento del campo de acción de cada tipo de auditoría (externa o interna) para el desarrollo y crecimiento de las organizaciones. En el caso de que la compañía de la salud privada no tenga la obligación legal de contratar auditoría externa, esta situación no limita para que el consejo directivo o la gerencia general contrate a un asesor en el ámbito del control administrativo financiero.

Según el IIA (2024), el resultado de la ejecución de las auditorías programadas por el departamento de auditoría interna, se presentan en los informes que contienen los comentarios de las deficiencias de los procedimientos administrativos y financieros que son comunicados al nivel estratégico de la organización de manera periódica o cuando sea conveniente, en observancia a lo señalado en el Principio 11 Comunicar de manera eficaz, Norma 11.1 Establecer relaciones y comunicarse con las partes interesadas, Norma 11.2 Comunicación eficaz, Norma 11.3 Comunicar los resultados, Norma 11.4 Errores y omisiones; y, Norma 11.5 Comunicar la aceptación de los riesgos, de las Normas Globales de Auditoría Interna.

Se debe reiterar que la responsabilidad del proceso de control interno de las compañías de salud privada es del consejo directivo, gerencia general y de quienes conforman las organizaciones, que tiene como objetivo proporcionar información financiera integra, confiable y oportuna; se logre efectividad y eficiencia de los procesos, y se asegure el cumplimiento de las leyes y normativas que rigen al sector de la salud; por tal razón, la auditoría interna es un elemento más del control interno, que tiene como función principal asesorar en el ámbito del control al nivel estratégico de la organización.

Principales tipos de auditoría

La auditoría es una herramienta fundamental para las empresas, ya que les permite evaluar sus operaciones y asegurarse de que cumplen con las normas y regulaciones aplicables. Sin embargo, es importante destacar que existen varios tipos de auditoría, cada una con un objetivo diferente y realizado por distintos agentes.

Tabla 15

Tipos de auditoría

Tipo de auditoría	Propósito	Producto
Auditoría Externa	Es obtener una perspectiva imparcial de un tercero que no tiene relación con la compañía evaluada.	Informe de auditoría; informe tributario; y, carta de control interno
Auditoría Interna	Es revisar los procesos que tienen lugar en la empresa y proponer soluciones.	Informe amplio con los comentarios, conclusiones y recomendaciones
Auditoría Forense	Implica examinar evidencias para identificar fraudes y delitos conscientes y voluntarios relacionados con actos de corrupción mediante la realización de investigaciones legales.	Informe de Auditoría Forense investigativa; informes periciales

Auditoría Operativa	Este tipo de auditoría busca revisar los procedimientos que forman parte del día a día y mejorar el nivel de productividad.	Informe que deberá contener comentarios, conclusiones y recomendaciones
Auditoría Informática	Es una evaluación de los sistemas informáticos y, si el caso lo exige, actualizarlos y adaptarlos a los requerimientos del contexto. Los dos principales tipos de auditoría informática son las que se realizan en sistemas informáticos (SIC) y las de procesos electrónicos de datos (PED).	Informe que contiene hallazgos, análisis de riesgos y oportunidades de mejora; informe amplio con comentarios, conclusiones y recomendaciones

Nota. Tomado (REVISTA EKOS, 2023, pág. 122)

La planificación, ejecución y emisión del informe de auditoría implica la conformación de equipos multidisciplinarios de auditoría interna para sustentar de manera ética y técnica los resultados obtenidos del análisis de los controles establecidos en los procesos organizacionales de los hospitales, y que será comunicado oportunamente al nivel estratégico de la organización, las observaciones y recomendaciones que constan en el respectivo informe de auditoría, con el propósito de que se adopten de forma inmediata las medidas necesarias a fin de subsanar las deficiencias de control.

Por lo tanto, el campo de acción de la auditoría interna en las organizaciones, considerando la administración de riesgos, ERM, implica lo siguiente:

La definición de auditoría interna según Rodrigo Estupiñán Gaitán describe: “La auditoría interna es una actividad independiente, objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones

de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno corporativo” (Estupiñan, 2014).

Finalmente, para alcanzar las metas y objetivos estratégicos de las organizaciones es importante el trabajo sistematizado entre el nivel estratégico y el nivel de “STAFF”, que le corresponde a la auditoría interna, a fin de dar confiabilidad a la información financiera y no financiera generada por la operación efectuada por una determinada compañía de salud privada, a los accionistas, inversionistas, clientes y demás agentes económicos que interactúan con la misma.

Referencias

- Contraloría. (2019). Normas de Control Interno para las Entidades, Organismos del Sector Público y de las Personas Jurídicas de Derecho Privado que Dispongan de Recursos Públicos. <https://www.contraloria.gob.ec/WFDescarga.aspx?id=1487&tipo=mul>.
- Estupiñan, R. (15 de 12 de 2014). *Control Interno y Fraudes*. <https://www.ecoediciones.mx/wp-content/uploads/2015/07/Control-interno-y-fraudes-3ra-Edicio%CC%81n.pdf>
- REVISTA EKOS. (24 de 05 de 2023). Principales tipos de auditoría. <https://ekosnegocios.com/articulo/principales-tipos-de-auditoria>
- Whittington, R., & Kurt, P. (2000). *Auditoria un Enfoque Integral*. <https://es.scribd.com/document/517488100/Auditoria-Un-Enfoque-Integral-12a-Edicion-o-ray-Whittington-y-Kurt-Pany>



<https://goo.su/kBktk>

CAPÍTULO XII

Auditoría Médica, Gestión de la Calidad de la Atención Hospitalaria

Freddy Ricardo Escobar Escobar

Escribir sobre calidad en salud en un país que, a pesar de tener la obligación legal de concretarla, no lo ha hecho, es como sacudir las ramas de un árbol, no para dejar caer frutos, pues no los hay, sino para hacer ruido y llamarnos cortésmente la atención a nosotros mismos, motivándonos a conseguirla.

La calidad es reconocida en el mundo entero como una herramienta eficaz para hacer que la medicina cumpla a cabalidad sus objetivos, es decir salvar vidas. Podemos entregar cuidados como quien regala algo sin valor o hacerlo como el máspreciado y delicado servicio que ha creado la humanidad para cuidarse a sí misma. La calidad nos lleva a la eficiencia cuidando así los preciados recursos que disponemos. Eleva el umbral de la profesión hacia lo más alto, aportando nuestra inteligencia colectiva y bondad; además cuida a los pacientes y a los profesionales involucrados. En definitiva, trabajar sin que la calidad sea la razón de ser de las instituciones, es mediocrizar el esfuerzo de generaciones, es desperdiciar recursos públicos y privados, poniendo en riesgo vital a pacientes y en riesgo profesional al personal sanitario.

La norma legal máxima del Ecuador, la Constitución de octubre de 2008, señala en el artículo 32, que: La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. De aquí para abajo, los cuerpos legales de menor jerarquía siguen repitiendo la obligatoriedad de que los servicios de salud sean entregados con calidad, sin embargo, los gobiernos desde aquel año no han tomado en serio este mandato, así como tampoco lo han hecho los profesionales sanitarios, tanto del sector público como del privado. No hemos comprendido, no hemos tomado conciencia y peor aún, no hemos logrado niveles universales de excelencia en nuestro quehacer.

Lograr calidad en la atención médica que brinda un hospital, hace que los pacientes estén mejor atendidos, generando un círculo virtuoso que involucra al personal sanitario, pues ellos estarán más protegidos de reclamaciones legales, más motivados en su trabajo y se sentirán más valorados. Es decir que los beneficios de conseguir calidad no solo se limitan al bienestar del paciente, sino que se expanden armoniosamente a las personas que trabajan para ellos.

Para iniciar un acercamiento a cómo lograr calidad en un servicio médico, debemos en primer lugar definirla. Aquí me detengo, pues muchas personas, incluso entendidos en la materia, se limitan a repetir los conceptos comerciales e industriales de calidad para aplicarlos en salud, los cuales no abarcan las complejidades que se involucran en el acto médico.

Los americanos Philip Kotler y Gary Armstrong (2008), expertos mundialmente reconocidos en marketing, definen acertadamente a la calidad como “el valor y la satisfacción del cliente”, recogiendo así los intereses comerciales de aportar valor a un producto o servicio para que el cliente lo aprecie y esté satisfecho. De esta manera, el cliente volverá a comprarlo o recomendarlo. La satisfacción del usuario en este ámbito industrial / comercial, finalmente importa para maximizar las ganancias económicas. Sin embargo, en salud, si bien es importante que el usuario / cliente y su familia estén satisfechos, esta no debe ser la única motivación del acto médico. Es conocido además que frecuentemente se ven pacientes que salen muy satisfechos de los servicios médicos a pesar de haber recibido una pésima atención, pues al ser los pacientes ignorantes del quehacer médico, pueden ser manipulados y obnubilados por un trato cordial o de calidez, una infraestructura moderna y elegante, un buen manejo de la comunicación e imagen institucional, aunque la calidad técnica médica haya sido la peor, incluso haber sufrido una agresión a la salud sin notarlo, como es por ejemplo ser sometido a grandes dosis de radiación con una tomografía innecesaria, o peor aún, a una cirugía no requerida.

Por ello reducir el concepto de calidad de la atención médica tan solo a la satisfacción del paciente, es obviar toda la complejidad técnica, ética y el riesgo que involucra el accionar médico.

Por suerte, la calidad en salud supera los conceptos comerciales e industriales.

Existen muchas y polémicas definiciones de lo que debe ser la calidad en salud, algunas pecan de no ser concretas, otras de tan concretas, pecan de ser limitadas. A nuestro criterio lo que señala el gurú de la calidad de la atención médica, Avedis Donabedian, es práctico y determina los componentes fundamentales que definen a la calidad en salud. En palabras más o palabras menos, Donabedian señala que es el mejor servicio que se puede brindar a un paciente, al menor costo y con el menor riesgo posible. Termina señalando que la calidad será eficaz (conseguirá el resultado) y provocará la mayor satisfacción.

Desglosemos el concepto: “El mejor servicio en salud se garantiza cuando cumplimos estándares. Un estándar (del inglés standard) es aquello que sirve de modelo, patrón o referencia” (Westreicher, 2024).

La medicina basada en la evidencia nos ofrece guías o protocolos médicos para situaciones específicas de salud; dado que estos constituyen el consenso de revisiones sistémicas de estudios médicos o metaanálisis, en realidad son

patrones de actuación o estándares. Por tanto, existirá calidad en mi proceso de atención, si mi actuación médica cumple de manera razonable lo determinado en una guía médica basada en la evidencia. Señalamos que sea de manera razonable, pues las guías médicas o protocolos no son una camisa de fuerza, sino recomendaciones potentes y fundamentadas.

Referente al cumplimiento del segundo y tercer componente de la definición de calidad, el menor costo y riesgo también se los logra cumpliendo protocolos de valía, ya que estas recomendaciones de expertos valoran también la eficiencia y el riesgo.

El no cumplir un protocolo debe estar justificado solo si existe un beneficio superior para el paciente, ya que no hacerlo injustificadamente coloca al paciente en situación de no calidad, es decir, que no recibe el mejor servicio, el riesgo para su salud se incrementa y se produce un consumo de recursos indebidos.

Ahora bien, la satisfacción del usuario es importante, como lo señala Donabedian, pero tan solo es uno de sus muchos atributos. “Otros atributos son: la oportunidad, el servicio debe ser brindado en el momento exacto en que se lo requiere; ha de ser continuo, es decir, ser entregado sin interrupciones; será adjudicado con humanismo; con suficiencia e integridad” (Malagón, Galán, & Pontón, 2008), es decir, brindar todo lo que requiere el paciente y en todas la esferas, por ejemplo el apoyo psicológico para él y la familia en caso de un cáncer; debe tener racionalidad lógico-científica, o sea basado en la ciencia; será eficiente (entregado con consumo mínimo de recursos). Cumplirá con las normativas existentes, logrará la aceptación de los pacientes y alcanzará también la satisfacción del personal que brinda el servicio. Personalmente añado a la seguridad del paciente y a la seguridad ocupacional del personal sanitario como atributos en los que se ha puesto últimamente mucho interés. Garantizar la seguridad del paciente es sólo un atributo más de la calidad. Resguardar la seguridad del personal de salud que atiende a ese paciente en función de los riesgos a los que están expuestos es otro tema fundamental, dado que los derechos del paciente no pueden estar jamás sobre los derechos de las personas que lo atienden y viceversa.

¿Cómo evaluar si mi hospital tiene calidad o no?

Entendiendo lo que es la calidad en salud, ya es tiempo de considerar cómo evaluar si nuestro hospital la posee o no. Para ello, nuevamente citamos la claridad y poder de síntesis de Avedis Donabedian. Él nos invita a evaluar o considerar la calidad en tres áreas: la estructura, los procesos y los resultados. Cuando nos referimos a estructura, debemos entender que estamos hablando de la infraestructura de nuestra institución: construcción, espacios, áreas de circulación, ventilación, iluminación, facilidades, dotación de servicios, etc.

Además, corresponde considerar en estructura las normas que rigen una institución (administrativas y técnico-médicas), los recursos humanos (personal administrativo y sanitario) y los recursos materiales (medicinas, insumos, equipos, etc.). “Los procesos no son sino una secuencia de acciones que se llevan a cabo para lograr un objetivo específico” (Westreicher, 2024). Por ejemplo, el proceso de atención de un sangrado uterino buscando su resolución efectiva. Y los resultados no son sino los efectos, productos o logros que se consiguen a consecuencia de las tareas de atención médica. Para ilustrar señalemos la tasa de mortalidad hospitalaria de más de 48 horas o la tasa de re-internaciones.

Comprendiendo esto, ya podemos vislumbrar que la calidad en salud no se limita a un aspecto, sino a un conjunto de virtudes tanto en estructura, procesos y resultados. Existe un universo de estándares de estructura, procesos y resultados. Solo debemos buscarlos en fuentes de jerarquía, conocerlos y familiarizarnos con ellos.

Veamos un ejemplo:

El Manual de Gerencia de Calidad de la Organización Panamericana de la Salud (1996), cita el siguiente estándar de estructura en lo que tiene que ver con Urgencias:

Cuenta con un médico en guardia activa las 24 horas, funcionando con un local y enfermería de uso exclusivo y apoyo de Radiología, Laboratorio y Hemoterapia.

Como fuente de comprobación, el manual de Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales en América Latina y El Caribe (1994) recomienda que para evaluar este estándar se solicite el listado de médicos y enfermeras asignados al sector y su distribución adecuada para cubrir 24 horas, todos los días de la semana y verificar el registro de matrícula de todos los médicos. El

local destinado a la guardia de urgencias no deberá utilizarse en otras tareas y deberá disponer de los elementos necesarios para cumplir su función: camillas, instrumental para suturas y curaciones, medicamentos para emergencias.

Este estándar ilustra de manera práctica como la calidad puede determinar las posibilidades de sobrevivencia de una persona en situación de emergencia. Qué tal si están disponibles el médico, la enfermera y el resto de personal, también se cuenta con el local de uso exclusivo para emergencias, pero el laboratorio solo funciona 12 de las 24 horas, o el servicio de hemoterapia no puede suplir sangre 24 horas al día, 7 días a la semana. Tal vez el no disponer de un examen de enzimas cardíacas o de sangre de manera oportuna puede derivar en un pésimo resultado. por lo que es tan importante que el hospital cumpla completamente los estándares, ya que la vida de las personas depende de ello.

En definitiva, si la emergencia / urgencia cumple con este estándar habrá calidad en lo que a este acápite se hace referencia. La lista de estándares es mucho más larga y no es el motivo de esta publicación, pero queda claro que para evaluar calidad debemos comparar lo que tenemos en nuestra institución con estándares de valía. Si la institución cumple con los estándares tiene calidad, caso contrario, no. No hay puntos medios o zonas grises, ya que la salud de los pacientes depende de ello.

En Ecuador la autoridad sanitaria nacional, es decir el Ministerio de Salud Pública, es el ente regulador y ha definido los requisitos mínimos para el funcionamiento de las instituciones de salud, proceso conocido como licenciamiento. Estos son de cumplimiento obligatorio y constituyen los estándares básicos de calidad en salud, sin los cuales es imposible que un servicio se encuentre legalmente apto para ejercer sus funciones; sin embargo, si escalamos en calidad deberíamos cumplir estándares de categorización y finalmente y de manera voluntaria los estándares de acreditación, este último el escalón más exigente de calidad. En Ecuador este alto nivel todavía no está regulado y las instituciones que han optado por ellos, lastimosamente solo unos cuantos prestadores del sector privado han tomado a la Joint Commission International como referente. Se debe señalar también que existió una experiencia en el sector público para la acreditación de estándares centrados en el paciente (en su mayoría de procesos) con la Accreditation Canada International (ACI) (2013-2014), cuestionada ya que el avance del licenciamiento y los estándares de estructura de los prestadores en general en el Ecuador y específicamente de los 44 hospitales involucrados aún no se han consolidado lo suficiente y también debido a que no existió el seguimiento adecuado.

La norma ISO, mecanismo de promoción de la calidad de origen europeo, en el año 2023 emitió la primera pauta para la Gestión de Calidad en Atención Médica la ISO 7101:2023. Algunas instituciones de salud del Ecuador previamente habían logrado certificaciones para alguno de sus procesos sobre todo en la norma ISO 9001, que se refiere a Gestión de Calidad, pero está orientada a la industria. Nosotros creemos que la norma ISO familia 9000 no es completamente aplicable para un prestador de servicios de salud, sobre todo porque puede certificar unos procesos y otros no, de tal manera que los ámbitos no certificados podrían no garantizar el control del riesgo a la salud del paciente dentro de una institución en teoría certificada en calidad; además, dicha norma es un mecanismo de mejora, tal como ella mismo declara, no garantiza que el producto o servicio sea de calidad. Tendremos que conocer la norma ISO 7101:2023 para ver si efectivamente garantiza de manera efectiva la calidad en estructura, procesos y resultados, si solo lo hará en procesos, si realmente garantiza que el servicio sea de calidad o si solo coloca a la institución en búsqueda de la calidad.

¿Cómo implemento calidad en mi hospital?

El primer paso o condicionamiento que recomiendo es conseguir el apoyo de la alta gerencia de la institución. Tratar de conseguir calidad sin disponer de la aprobación de la principal autoridad, la que brinda el apoyo político y suministra recursos para conseguir los objetivos, constituye una verdadera aventura. Es indispensable que vendamos la idea, en primer lugar, a las personas de la institución que ocupan cargos gravitantes, para contar con su compromiso y determinación. Sólo así podremos tener éxito en el trabajo.

Luego debemos aplicar una metodología. Así, para implementar calidad se han propuesto muchas formas y mecanismos, la mayoría de ellos parciales, de moda o temporales. Seguramente usted habrá escuchado de los círculos de calidad, calidad total, reingeniería de procesos, justo a tiempo, mejora continua (Kaizen), las 5 S japonesas, seis sigmas, benchmarking, etc., sin embargo, existe una receta esencial que tiene la virtud de tomar en cuenta todos los ingredientes importantes, aunque obliga a sacar lo mejor de uno, para lograr el éxito.

Malagón-Londoño y colaboradores (2008) en su libro de Administración Hospitalaria señala que, con relación a la implementación de calidad, se utilizan los siguientes elementos:

1. Crear e implementar comités
2. Implementar y actualizar las normas
3. Realizar estudios estadísticos para levantar indicadores y poder comparar con estándares
4. Garantizar el acervo e idoneidad del personal sanitario y no sanitario

Desglosemos esta metodología:

En primer lugar, para conseguir calidad en el hospital es necesario estructurar comités, que no son sino la manifestación del trabajo en equipo. Si usted desea trabajar en calidad, obviamente que no va a poder hacerlo solo, deberá contar con muchas personas que lo ayuden y una forma práctica es trabajar con los comités que la normativa exige o aquellos que ya funcionan como los comités de infecciones, de calidad, de tumores, etc. o crear alguno con fines expresos, por ejemplo, un comité de mejoras en el área de triage y derivaciones. Para ello es necesario seleccionar adecuadamente, motivar, vender la idea, entrenarse y practicar el liderazgo ya que habrá que guiar y conducir personas, vencer resistencias e incomprensiones y lograr que se consigan los objetivos de calidad. Más adelante profundizaremos en liderazgo, virtud necesarísima, ya que lo verdaderamente retador en calidad no es la parte técnica, sino la parte humana, la motivación y el logro de objetivos de calidad liderando personas.

La segunda pata de esta mesa para conseguir calidad en su hospital es implementar y actualizar normas. Una ley, un estatuto o una norma es un conjunto de reglas o principios que regulan el comportamiento de los individuos en un determinado ámbito. Esta regla puede ser establecida por una autoridad competente, una organización o incluso por consenso social (tomado de <https://concepto.de/normas-sociales/>). Para nuestro caso, ejemplos de normas son la constitución, las leyes de salud, los protocolos o guías médicos, los acuerdos ministeriales, las disposiciones institucionales, un listado de estándares, etc. Así por ejemplo si deseamos implementar calidad en el proceso de la atención de los pacientes que sufren de hipertensión arterial, será necesario tomar la Guía Práctica Clínica (GPC) de Hipertensión Arterial (Ministerio de Salud, 2019), y provocar la lectura, aprendizaje y aplicación entre los profesionales que correspondan. De esta manera, lograremos que el comportamiento de dichos profesionales cambie y eviten acciones que, por defecto o historia, pero sin sustento científico, mantenían que se ejerza la mejor atención, el mejor costo y el menor riesgo al tratar pacientes con dicha enfermedad.

Deberemos así mismo estar atentos cuando la norma se actualice para divulgarla oportunamente entre nuestro grupo de trabajo. Otro ejemplo: si debo mejorar la seguridad del paciente en mi institución, aplico el “Manual de Seguridad del Paciente” emitido por Acuerdo Ministerial 115-2016, norma expresa y de cumplimiento obligatorio; el trabajo consistirá en divulgar el conocimiento, la implementación y aplicación de dicho manual en su institución.

El tercer elemento se refiere a medir la situación actual, levantando indicadores apropiados y compararlos con estándares. Refirámonos al ejemplo de la Hipertensión Arterial (HTA) y la aplicación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) respectiva entre el personal de médicos generales, de familia e internistas de su hospital en el servicio de consulta externa. Tengo que levantar dos indicadores apropiados que bien podrían llamarse: porcentaje de conocimiento de la GPC-HTA y porcentaje de aplicación de la GPC-HTA en Consulta Externa. Debería medirlos, el primero tal vez mediante la aplicación de una prueba de conocimientos y el segundo mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes con HTA atendidos en consulta externa de su hospital en un período dado. Digamos que existen 10 profesionales en total y que aplico la prueba de conocimientos y encuentro que 6 de los diez si conocen la GPC-HTA, por tanto, mi indicador se construiría así: número de profesionales que conocen la guía sobre el número total de profesionales de medicina familiar, medicina general e internistas que deberían conocerla, esto es 6/10. Para disponer de un porcentaje, lo que hace el indicador muy fácil de entender, se procede así:

$$6/10 \times 100 = 60\%.$$

Lo propio con la aplicación de la GPC-HTA. Debería efectuar una revisión de las historias clínicas y digamos que encuentro que 5 de los 10 profesionales la aplican y los otros 5 no lo hacen. Por tanto, el indicador sería:

$$5/10 \times 100 = 50\%.$$

La línea base o indicador inicial antes de motivar el conocimiento y la aplicación de la norma sería: 60% conocen la norma y tan solo un 50% la aplican. Esto se debe comparar con el estándar o ideal. Buscar en la bibliografía los estándares aplicables, analizar si la fuente es fidedigna y de respeto y adoptarlo. Aquí se debe tomar en cuenta que los primeros estándares a aplicar deben ser los emanados por autoridad nacional, a falta de ellos, utilizaremos estándares internacionales de valía. En el caso de no encontrarlos, es lícito que nos fijemos metas razonables y que, a ojos o evaluación de terceros, puedan ubicarnos en

calidad. En este caso sería razonable, deseable y legalmente exigible que el 100% de los profesionales conozcan la GPC-HTA y que al menos en el 95% de las consultas se la aplique. Hacer trabajos de motivación a través de reuniones con los profesionales involucrados, sensibilizándolos, motivándolos, pero también informándoles que se va a evaluar su desempeño laboral mediante la evaluación del conocimiento y aplicación de la GPC-HTA. Luego de tres meses de trabajo volver a medir para verificar si se encuentra que el 100% conocen la norma y que en el 95% de los casos se la está aplicando. Entonces se puede decir que efectivamente ahora la institución maneja con calidad la Hipertensión Arterial en consulta externa.

Consideremos que no se consigue llegar al estándar ideal (que se mejoró), pero no fue suficiente, por ejemplo, llegamos a un 80% de conocimiento y un 80% de aplicación. No debemos desanimarnos, corresponde aplicar lo que William Deming, el gurú de la calidad de la industria nos enseñó respecto a la mejora continua, el denominado Ciclo de Deming, que consiste en Planear-Hacer-Verificar-Actuar (Plan-Do-Check-Act en inglés). Había planificado mi mejora en cuanto al conocimiento y aplicación de la GPC-HTA, luego hice lo planeado: motivación, capacitación y medición, y llegue a verificar que no cumplí las metas, que no había conseguido calidad, pues no estaba en el estándar adecuado, entonces ahora debo Actuar y con la misma fuerza inicial, junto con mi comité o equipo de trabajo, valorar lo que se hizo bien, lo que se hizo mal y volver a aplicar las actividades de motivación, capacitación con reformas para hacerlas más efectivas e incluso aplicar alguna variante. Luego volveremos a medir y evaluar en un ciclo de mejora continua. Con esto se entiende que la lucha por conseguir calidad es cotidiana y persistente.

El líder de calidad es estoico, valiente, persistente y resiste las críticas. El líder que lleva a una institución hacia la calidad influye sobre las personas y las conduce a los objetivos que como equipo se habían planteado. Es en el “fracaso” donde más se necesitan personas comprometidas con la calidad, líderes puros, natos, bien intencionados que comprendan que la calidad exige atención permanente y es un ciclo de mejora infinito.

La cuarta pata de la mesa de implementación de calidad es mejorar el acervo e idoneidad del personal. El acervo, según la Real Academia de la Lengua es el “conjunto de bienes, especialmente de carácter cultural, que pertenecen a una colectividad”. Recordemos que el reto es cambiar a nuestra institución hacia una cultura de calidad. Esto se logra fundamentalmente con capacitación, con

involucramiento, con estímulo y muy escasamente con sanciones para aquellas personas que pese a todo no se comprometen o constituyen y construyen una resistencia sin sentido. Es necesario elevar el umbral del conocimiento del personal por varias razones: la capacitación adecuada hace que las personas, antes ignorantes en algún punto en particular, empiecen a ver la realidad con los mismos ojos del líder; la capacitación hace que las personas comprendan ciertos aspectos y por tanto, presenten menor resistencia a los cambios, además que las vuelven más colaboradoras. La capacitación genera profesionales idóneos. No solo es necesario capacitar en la norma que es indispensable conozcan, como es la GPC-HTA del ejemplo que mencionamos, sino también en temas de calidad, en las ventajas de trabajar en una institución cuya cultura es la calidad, en el beneficio para los pacientes, en el orgullo y satisfacción de hacer las cosas bien.

Por ello no podemos desmayar en estimular el adecuado conocimiento, en dar responsabilidades de divulgar el conocimiento al mismo personal sanitario, en permitir que hagan y consigan las cosas, que eventualmente fracasen. En festejar los pequeños y grandes logros y darlos a conocer como excelentes noticias. Debemos generar un ambiente positivo, de crecimiento y de autorrealización para que las personas de la institución miren a la calidad no como otra tarea más que les imponen, sino como un motivo para hacer su trabajo más alegre, digno y gratificante.

Resumiendo, para implementar calidad en mi hospital debo convencer y conseguir el apoyo de la alta gerencia, luego, construir equipos de trabajo, comités o como quiera llamarlos que, a través de la capacitación, del mejoramiento del acervo, se comprometan y promuevan los cambios institucionales. Debemos levantar indicadores midiendo la realidad actual de la situación que intentamos mejorar para compararla con el estándar adecuado. Implementar las acciones de mejora incluyendo la implementación y actualización adecuadas de normas como protocolos médicos, guías, acuerdos ministeriales o incluso disposiciones internas de la organización y volver a medir para ver si ya conseguimos calidad (llegar al estándar). Si no se logró, valorar en que fallamos y volver a actuar. Si lo logramos, mantener la mejora en el tiempo, midiendo ocasionalmente nuevamente con los mismos indicadores y continuar sensibilizando, recordando y volviendo a capacitar al personal requerido. Todo este trabajo se logra únicamente cuando aplicamos la técnica correcta, entendemos a las personas, manejamos la inteligencia emocional y el liderazgo adecuado.

Liderazgo

Si ha seguido con atención este capítulo, se habrá dado cuenta que la insistencia de hablar de liderazgo tiene sentido, pues ha comprendido que la calidad es un asunto de personas y que sin liderazgo adecuado no se conseguirá.

El autor Guti señala que “líder es la persona con habilidades especiales para influir en otras personas y lograr que estas trabajen con entusiasmo en la consecución de objetivos comunes o metas” (Guti, 2024). El líder es de tal nivel que puede influir y hacer que las personas se convenzan y lo sigan. Suena muy retador, sin embargo, no es tan difícil si logramos entender las emociones de las personas. Las personas no son sino un saco de piel, grasa y músculos lleno de emociones. Si conseguimos entender y manejar las propias y además conocer y entender las emociones de los demás, estaremos caminando a ser un líder efectivo. En la *Ética a Nicómaco*, Aristóteles ya nos enseñó: Cualquiera puede ponerse furioso...eso es fácil. Pero estar furioso con la persona correcta, en la intensidad correcta, en el momento correcto, por el motivo correcto y de la forma correcta...eso no es fácil.

Ponerse furioso porque las personas no colaboran en calidad es fácil, sentirse desanimado y con ganas de abandonar todo y no complicarnos es aún más fácil, sin embargo, el reto es justamente entender mis emociones de ira, enojo, desánimo y transformarlas en algo constructivo. Además, comprender y ser empático con las de los demás, persistir, encontrar la salida, obtener el cambio de actitud, lograr cosas positivas y gratificantes para todos es maravilloso.

El líder usualmente no nace, se hace. Todos somos y debemos ser líderes. Eventualmente, el liderazgo se aplica en nuestra vida familiar, con los amigos, la pareja, en el trabajo y en la sociedad. Así es que no es demasiado extraño que nos pongamos la camiseta de líder en ciertos momentos. Solo tenemos que entender que características tiene el que lidera y como se cultiva a sí mismo. El líder puede ser bueno o malo, solo veamos los ejemplos de Idi Amin en Uganda, que entre 1971 y 1979 llevó a los suyos a asesinar a cerca de 500.000 personas que se oponían al abuso flagrante de derechos humanos, la represión política, la persecución étnica, a los asesinatos extrajudiciales, el nepotismo y la corrupción. O el caso de Pol Pot, indiscutible líder maoísta responsable del genocidio camboyano que se llevó la vida de alrededor de 2 millones de personas opositores a su régimen. Estos ejemplos contrastan con los liderazgos positivos de Mahatma Gandhi en la India o Nelson Mandela en Sudáfrica.

Gandi consiguió la independencia de la India y Mandela eliminó el apartheid fortaleciendo la democracia en Sudáfrica, sin violencia ni revanchas. Entonces con liderazgo podemos conducir a las personas hacia oscuros pasajes o conseguir cosas constructivas y hermosas como es la calidad.

Otro tema para tomar en cuenta es que debemos diferenciar la gestión del liderazgo. La gestión controla a las personas impulsándolas en la dirección que señala la estructura institucional. La gestión y responsabilidades administrativas se cumplen por mandato y compromiso contractual laboral, el liderazgo sin embargo consiste en motivar satisfaciendo las necesidades humanas. Una persona puede tener el cargo de jefe de servicio o jefe de área, pero eso no la hace líder. El verdadero líder sigue siendo líder con o sin dicho cargo. Allí radica la diferencia y la trascendencia de un verdadero liderazgo.

El líder analiza el entorno y frente a dicha realidad es creativo e innovador lo que lo lleva a tomar la iniciativa, lo que lo hace con enfoque, compromiso y pasión. Es optimista y transmite dicha actitud a sus liderados, utilizando para ello habilidades de comunicación y el ejemplo. El líder establece y mantiene conexión con los demás, sobre todo a nivel emocional. Parte de su atractivo es ser genuino, ser valiente y persistente a pesar de las resistencias y avatares en su trabajo. Todas estas cualidades, como puede ver, son asimilables, solo debemos cultivarlas y fomentarlas. No se trata de un asunto de carisma, no es el dominio de ciertos elegidos ni un tema místico, el liderazgo se aprende, se cultiva y se cosecha.

A momentos el líder debe asumir por sí mismo la conducción de una tarea por estar en las mejores condiciones de capacitación o preparación, pero en otras él debe saber delegar y poner en condición de líder a otra persona que en dicho momento sea la más capaz de lograrlo. El delegar no lo hace perder liderazgo, todo lo contrario, encontrará más colaboración y confianza de parte de su equipo.

“El líder maneja muy bien la inteligencia emocional, lo que le permite mantener una conexión estrecha con las personas” (Goleman, 2005), Goleman, la persona que la popularizó es la capacidad de reconocer las emociones – tanto propias como ajenas– y de gestionar nuestra respuesta ante ellas. Si pensamos nuevamente que cada persona es un constructo de pensamientos, pero sobre todo de emociones, comprenderemos y entenderemos mejor a los demás. La técnica consiste en percibir las emociones, comprenderlas, manejarlas adecuadamente y utilizarlas para algo positivo.

Figura 25

Pirámide de las Necesidades Humanas de Maslow



Nota. Tomado de (Maslow, 2018)

Para ello es útil recordar la pirámide de las necesidades humanas de Maslow. En el piso de dicha pirámide están las necesidades básicas fisiológicas como son las de alimentación, mantenimiento de la salud, respiración, descanso, etc. En el siguiente escalón está la necesidad de seguridad y sentirse protegido en cuanto a disponer de vivienda, de empleo o ingresos, etc. En el tercero están las necesidades sociales, como estar relacionado afectivamente, estar asociado, estar inmerso socialmente. En el cuarto está la necesidad de autoestima (reconocimiento, éxito, confianza, respeto); y en el último escalón la necesidad de autorrealización. Cuando lideramos personas, hay que tener muy en cuenta esta pirámide, pues las necesidades básicas y las de seguridad, usualmente las personas ya las tienen. Esa no es su motivación en el trabajo. Las personas desean asociarse, tener ambientes de afecto, confianza, respeto, reconocimiento y sobre todo autorrealización. Si construimos adecuadamente equipos de trabajo, encontrarán allí el espacio de relacionamiento positivo, si en dichos equipos de trabajo fomentamos el respeto, la diversidad y la confianza, se adherirán con entusiasmo y los defenderán. Si durante el trabajo de calidad cultivamos los valores más altos y valoramos los logros, vendrá la autorrealización. Estas personas estarán comprometidas y motivadas por que pertenecen a grupos de personas que están logrando cosas importantes,

porque además se sienten valoradas y están trascendiendo al hacer el bien y salvar vidas.

Para el personal sanitario, pocas cosas deberían ser tan motivantes como trabajar en calidad, ya que concretan los principios de la deontología médica: beneficencia no maleficencia, autonomía y justicia. Trabajar en calidad es una forma concreta de hacer el bien a muchas personas (beneficencia), sean estos pacientes, sus familias o los trabajadores sanitarios y administrativos de un hospital. La motivación para optar por una carrera sanitaria es la de ayudar a los demás, trabajar seriamente en conseguir calidad es una forma grandiosa de hacer el bien a los demás.

Corolario

En diciembre de 2022, el Ministro de Salud del Ecuador anunciaba que el presupuesto para el año 2023 iba a ser de 3.570 millones de dólares americanos. Por mandato constitucional, este valor debería incrementarse 0,5 % del PIB cada año. Este valor se suma a los otros sectores que hacen salud como el ISSFA, ISPOL e IESS y al gasto de bolsillo de los ecuatorianos. Es de esperarse que ese presupuesto sirva para solucionar los problemas de salud de los ecuatorianos, sin embargo, se sabe por lo que ha publicado la OMS (2000) que prácticamente todos los países están subutilizando sus recursos, llevando sufrimiento innecesario, inequidad, desigualdad y negación de los derechos de salud a sus pueblos. Una causa muy importante de esta subutilización es la No Calidad. De la misma forma, este organismo internacional en el año 2022 informó que el 60% de las muertes en los países de ingresos bajos y medianos por afecciones que requieren atención sanitaria son imputables a la atención de calidad deficiente, mientras que las muertes restantes son consecuencia de que no se utilice el sistema de salud. Con estos datos es incomprensible, como decíamos al principio de este capítulo, que hagamos caso omiso de las obligaciones legales de ejercer calidad y que la brecha entre lo dictaminado y los hechos sean tan grande. Por ello, no nos queda más a los ciudadanos de a pie, al personal sanitario y administrativo de nuestras instituciones de salud, desde nuestras propias trincheras, trabajar por la calidad, promoverla y hacerla una realidad. Con tantos soldados, podemos ser un ejército que cambie la realidad de la salud en el país, generando eficiencia, bienestar y satisfacción para todos. Las tareas técnicamente no son difíciles, pero necesitamos voluntad y lideraz-

go para hacerlo. La calidad está en sintonía con los profesionales sanitarios, médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermeras, técnicos, auxiliares, personal administrativo y otros que trascendiendo su bienestar se entregan y se arriesgan en forma valiente por cuidar a desconocidos.

Me encantaría ver las sonrisas de ustedes cuando consigan pequeños o grandes logros de calidad a favor de nuestros pacientes.

Espero que este capítulo les haya proporcionado los elementos básicos indispensables y los motive para iniciar con confianza y determinación su tarea a favor de la calidad en la salud en nuestro querido país.

Referencias

- Goleman, D. (2005). *La inteligencia emocional por que es mas importante que el cociente intelectual*. Mexico: <https://iuymca.edu.ar/wp-content/uploads/2022/01/La-Inteligencia-Emocional-Daniel-Goleman-1.pdf>.
- Guti, G. (01 de 02 de 2024). Lo que no les dicen a los emprendedores: https://books.google.com.ec/books/about/Lo_que_no_les_dicen_a_los_emprendedores.html?id=mgDyEAAQBAJ&redir_esc=y
- Malagón, G., Galán, R., & Pontón, G. (2008). *Administración Hospitalaria*. Bogotá: Editorial Medica Panamericana.
- Maslow, A. (12 de 08 de 2018). *La Pirámide de Maslow*: <https://www.psicok.es/psicok-blog/2018/8/12/piramide-maslow>
- Ministerio de Salud. (2019). *Hipertensión Arterial, Guía Práctica Clínica*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf
- Westreicher, G. (31 de 01 de 2024). <https://economipedia.com/definiciones/proceso.html>
- Westreicher, G. (24 de 07 de 2024). Estandar: Qué es y porque es importante. <https://economipedia.com/definiciones/estandar.html>



https://lc.cx/FB_e2m

CAPÍTULO XIII

Acreditación Hospitalaria

Guadalupe Ormaza

La Norma ISO 9000:2015 nos aporta con un glosario de definiciones relativos al ámbito de la calidad. Esta norma define a la Calidad como “el grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos” (Organización Internacional de Normalización, 2015, pág. 60).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Seguridad del Paciente como “la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria (...), la seguridad del paciente implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias” (OMS, 2023).

Los autores Robinson Rodríguez y Ricardo Losardo (2018); describen sobre la seguridad del paciente que, a lo largo de la historia, en la Mesopotamia, en la India y en la China ya se referían escritos relacionados con la Seguridad del Paciente, en los cuales se mencionaban acciones destinadas hacia una atención más segura de los enfermos.

En el Museo de Louvre en París se encuentra el Código de Hammurabi, el cual incluye 11 leyes referentes al acto médico, de entre las cuales se menciona la 218 como “Ley de Talión”. Así también, La civilización hindú cuenta con su texto médico llamado “Ayurveda”, el mismo que menciona que tanto el practicante como el estudiante del denominado arte de sanar se deben consagrar en cuerpo y alma al bien de los enfermos. En los tratados médicos del Emperador de la antigua civilización China, también hablan del deber del buen actuar del sanador. De igual manera, en los tiempos del imperio romano y helenista, la seguridad del paciente estaba presente porque de la enfermedad se buscaba llegar a las causas y encontrar el tratamiento apropiado, se verificaban los principios higiénicos, realizando el examen físico del paciente y el estudio a través de los signos y síntomas de este.

A la Seguridad del Paciente, Hipócrates contribuyó con su precepto de cuidar el juramento hipocrático por medio del acto médico correcto. Durante la época del humanismo, el renacimiento y la revolución industrial, también hubo aportes a la seguridad del paciente en la ciencia y la seguridad del acto médico. En Europa, se implementó en la limpieza del instrumental, en las heridas del enfermo y en las manos del personal de cirugía el uso de los llamados antisépticos, que a decir de Joseph Lister era para disminuir las muertes causadas por infecciones.

Ernest Codman, fue un cirujano que contribuyó con la calidad asistencial, impulsando a que el personal hospitalario reporte todos los resultados posi-

tivos e incluso los resultados negativos, para que su iniciativa se consolide, promulgó los postulados sobre la gestión de la calidad, así como buscó un mecanismo para evaluación a través de las Inter comparaciones. Elihu M. Schimmel autor del artículo “Los peligros de la hospitalización” publicado por un gastroenterólogo de la Universidad de Yale, en este estudio se revelan los resultados de auditoría del hospital, los cuales ponen de manifiesto los daños causados por eventos adversos producto de la atención asistencial a pacientes (iatrogenia) hospitalizados. A partir de este estudio emprenden nuevos seguimientos que le permiten contribuir con valiosa información sobre daños no deseados, independientes de la patología de base de los pacientes, suscitados en las atenciones en salud. Esta información introduce a la Seguridad del Paciente en el control y en el análisis estadístico de aquello que es causa de impacto en la calidad durante la atención asistencial, induciendo a que las organizaciones de salud tomen acciones correctivas con los trabajadores dentro de la organización.

La OMS toma un papel relevante en el siglo XX, con la publicación del informe de Robinson Rodríguez (2019): *Errar es Humano: la construcción de un sistema de salud más seguro* del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, esta publicación fomentó la investigación y, por ende, “influyó en la asignación de fondos destinados a la seguridad del paciente, control de eventos adversos, seguridad de los medicamentos y temas vinculados con infecciones intrahospitalarias, (...)” (Rodríguez, Losardo, & Binvignat, 2019, pág. 5).

La Cultura de Seguridad del Paciente es definida como “el conjunto de creencias, valores, costumbres, percepciones, normas, competencias y prácticas presentes en el clima organizacional de los profesionales de salud, lo cual se refleja en las acciones proactivas o reactivas de seguridad clínica” (Meléndez, Macias, & Álvarez, 2020). De estos comportamientos, la Cultura de Seguridad del Paciente en la organización, considera dimensiones de la calidad asistencial, a continuación, los fundamentos con sus respectivos alcances:

- a. Seguridad del Paciente
- b. Atención Centrada en la Persona

La calidad asistencial entonces se centra en tres componentes:

- a. Componente técnico-científico: conocimiento, experiencia y experticia profesional

- b. Componente de la organización: contexto y cultura organizacional
- c. Componente de la percepción: resultados de las atenciones de la cartera de servicios

La cultura de seguridad del paciente se debe a cinco fundamentos:

- a. Cultura que no se basa en el “quién fue” para aplicar la sanción, es decir no punitiva
- b. Compromiso a través del involucramiento de la gobernanza y liderazgo practicando el cambio hacia la cultura de seguridad del paciente
- c. Ejercicio de las mejores prácticas técnicas, administrativas y estándares
- d. Ambiente laboral abierto al reporte, de mutua confianza y toma de decisiones basadas en evidencia
- e. Identificación de errores y lecciones aprendidas

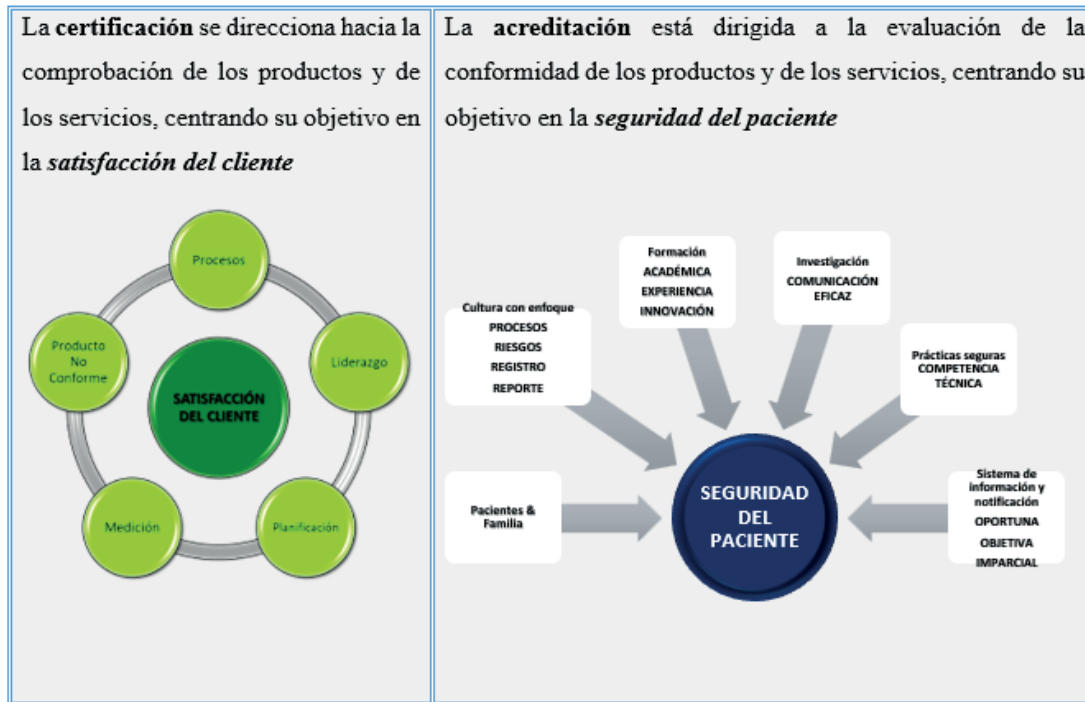
La evaluación de la nueva cultura organizacional centrada en la atención directa al paciente y su seguridad estará valorada por el cumplimiento de los criterios de normas y estándares internacionales, como: Normas ISO, Estándares de la Joint Commission International (JCI), Estándares de Accreditation Canadá (HSO), Planetree, Atención centrada en la Persona, etc.

Habrán entonces que considerar las fases en el proceso de cambio hacia esta nueva Cultura Organizacional, juntamente con la innovación, la difusión, la asimilación, la práctica y la consistencia. Todo esfuerzo con planificación, involucramiento y transparencia se retribuirán con satisfacción, ambiente laboral positivo y de bienestar, fidelización y confianza del paciente y su familia.

Certificación vs. Acreditación

Figura 26

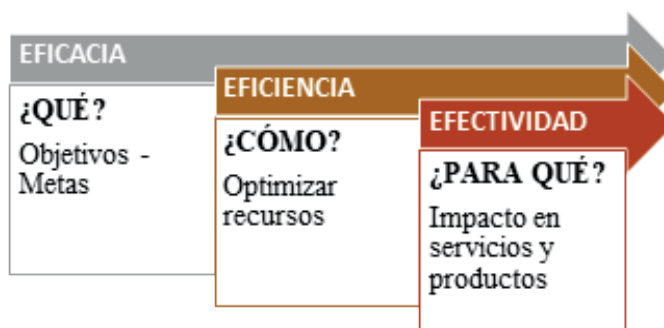
Certificación vs. Acreditación



Tanto la certificación como la acreditación tienen enfoque en procesos y siguen la ruta de la calidad, en donde se contemplan entradas y salidas, además comparten 3 dimensiones esenciales:

Figura 27

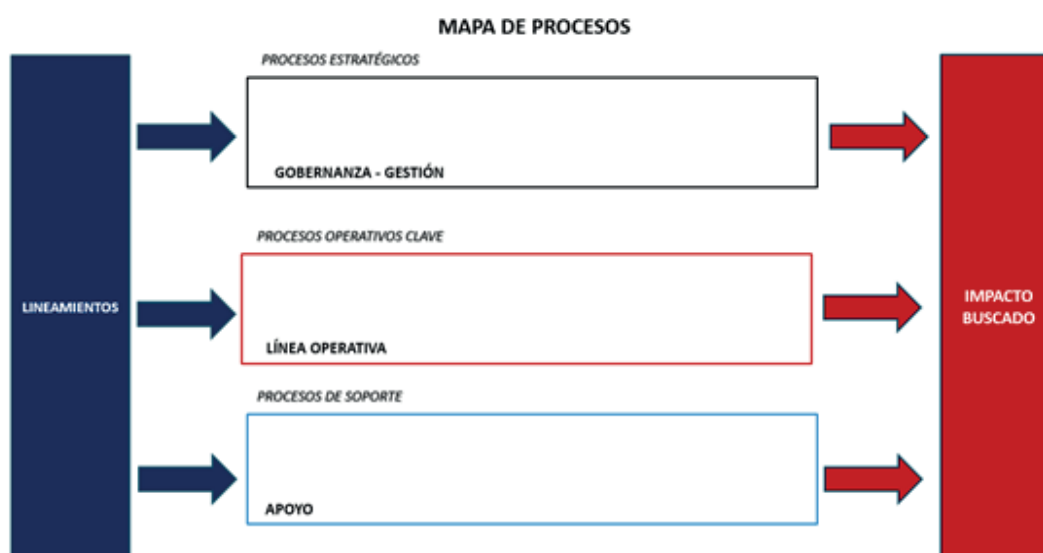
Efectividad (Eficacia, eficiencia)



El Mapa de Procesos proporciona una visión general de la estructura de procesos de la organización y es importante definir la clasificación de estos:

Figura 28

Mapa de Procesos



Nota. Elaborado en base a planificación estratégica institucional.

- Procesos estratégicos: refieren al conjunto de actividades y tareas de la Gobernanza, Liderazgo y aquellas que devienen del plan estratégico de la organización, por tanto, a la gestión estratégica.
- Procesos clave: llamados también procesos operativos o mandatorios e involucran a todas las actividades y tareas de los procesos que generan los productos y servicios, es decir a la línea operativa, son la razón de ser de la organización.
- Procesos de soporte: componen los procesos que sirven de apoyo para la ejecución de los procesos estratégicos y de los procesos clave.

Siempre se deberá considerar los lineamientos que comprenden los requisitos y necesidades de las partes interesadas, al igual que el impacto deseado que para el caso de la certificación es la satisfacción del cliente y para la acreditación es la seguridad del paciente, la familia, acompañantes, la comunidad y el medio ambiente. (ISO, 2015, págs. 1-4)

El mapeo de los procesos debe incluir las siguientes fases:

- Identificación de los procesos en base a la realidad
- Homologación de los procesos en base a la proyección en futuro
- Estandarización de los procesos en base a la reproducibilidad secuenciada y unificada

La medición es fundamental para realizar la evaluación, control y seguimiento de procesos a través de los indicadores principalmente:

Figura 29

Indicadores

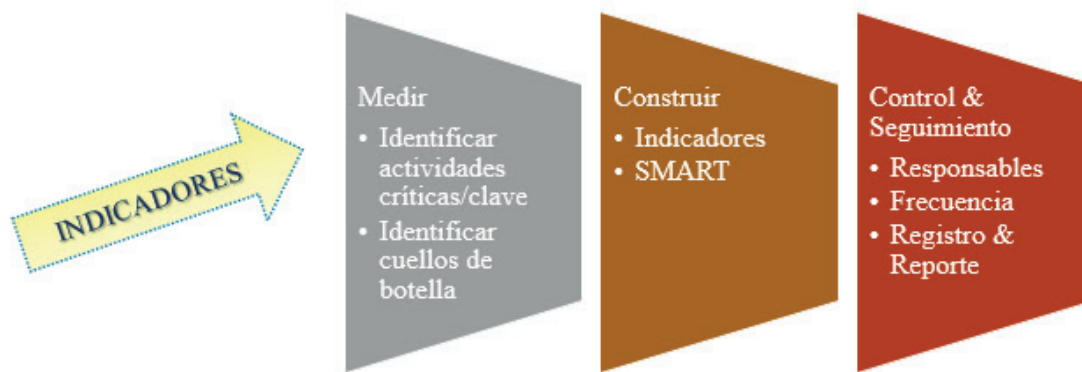


Figura 30

Indicadores SMART



Para realizar la medición, el seguimiento y control del desempeño de los procesos y para medir las estrategias organizacionales están los indicadores; siendo recomendable hacer uso de indicadores SMART que permiten resultados clave que se constituyen en la herramienta fundamental para la toma de decisiones basadas en evidencia y con sustento específico y real. Los KPi (key performance indicator) son los llamados para cumplir este objetivo.

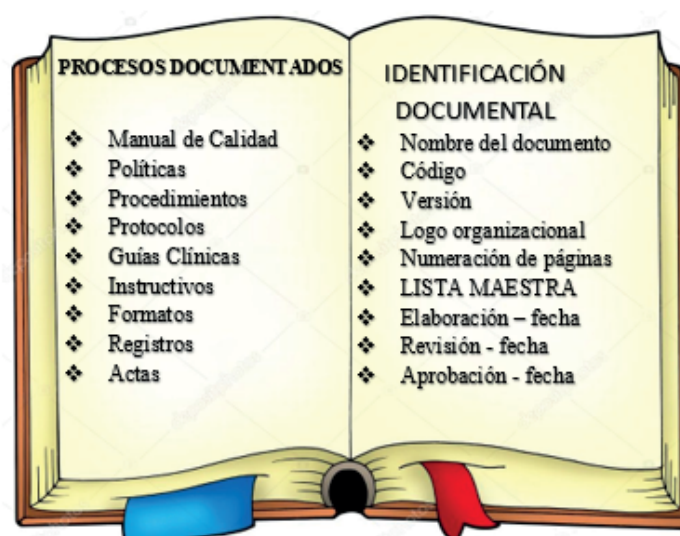
A la gestión de calidad centrada en la seguridad del paciente, se ha sumado una nueva métrica que es la “Experiencia del Paciente” (Customer Experience), la cual aporta significativamente con sus resultados, porque permite evaluar la calidad de la atención al paciente como vivencia integral de la prestación de servicios, que quedan grabados como un recuerdo en el paciente. No sólo la excelencia en el asertividad del diagnóstico marca la generación de confianza en el paciente y su familia/acompañantes, es el tratamiento, e incluso la gestión de quejas y reclamos. En definitiva, es un journey del paciente que involucra toda interacción asistencial y administrativa.

Costumer Experience exige a la organización, diferenciadores, es decir la organización debe conservar una única identidad, lo cual representa la oportunidad para visibilizarse y además permite que el personal se identifique con el diferenciador y se involucre en los objetivos estratégicos de la organización.

La gestión documental refiere a la documentación de los procesos definidos, su control y almacenamiento, por ejemplo:

Figura 31

Gestión documental



¿Qué es la Cultura de Seguridad del Paciente?

Figura 32

Cultura de Seguridad del Paciente



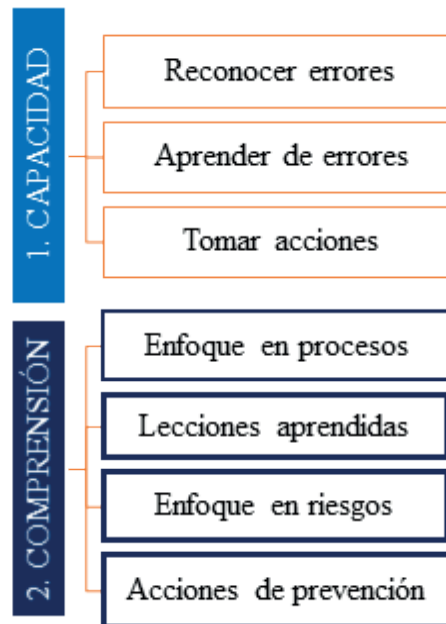
Nota. La cultura de seguridad del paciente constituye un patrón de conducta que está integrado por el comportamiento individual y el comportamiento organizacional, lo que implica la congruencia de sus creencias, valores, hábitos y demás características comunes.

¿Cómo alcanzamos la “Cultura de Seguridad del Paciente”?

“Es fundamental que se adquiriera conciencia de los riesgos durante la ejecución de procesos en el día a día de trabajo, por lo tanto, la Seguridad del Paciente es parte de la Declaración Estratégica y de la forma de trabajo que se adopta en la organización y del personal” (Losardo & Piantoni, 2021, págs. 1-5). Esta formación de una cultura implica el desarrollo de dos condiciones indispensables:

Figura 33

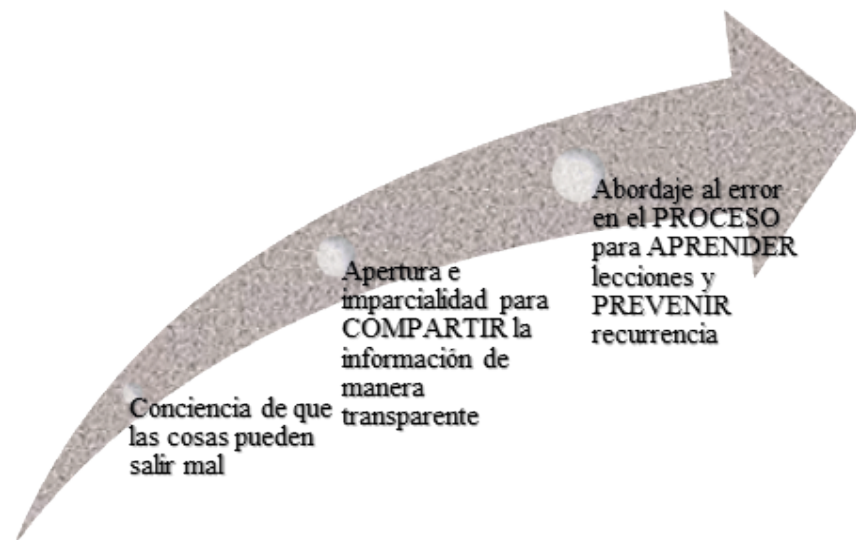
Condiciones en la Cultura de Seguridad del Paciente



Nota. Los elementos indispensables para alcanzar la cultura de seguridad del paciente involucran condiciones obligatorias de desarrollo en la organización

Figura 34

Consideraciones y conciencia en la cultura de seguridad del paciente



Nota. La consideración de la necesidad de una conciencia franca en el proceso de desarrollo de la cultura de seguridad del paciente está marcada por tres hitos

¿Cuál es el alcance de la Seguridad del Paciente?

El alcance inicia con el cumplimiento de la base de los principios de la calidad y de la seguridad, la integración de la participación de los clientes internos y externos e interacción entre los diferentes servicios del portafolio enunciado por la organización, creando simultáneamente una Cultura de Reporte y Registro que permita la mejora continua a través del control de los resultados, el monitoreo, seguimiento de la evidencia, la medición y el análisis para aprovechar las oportunidades hacia la mejora del servicio en el ámbito de la Seguridad del Paciente.

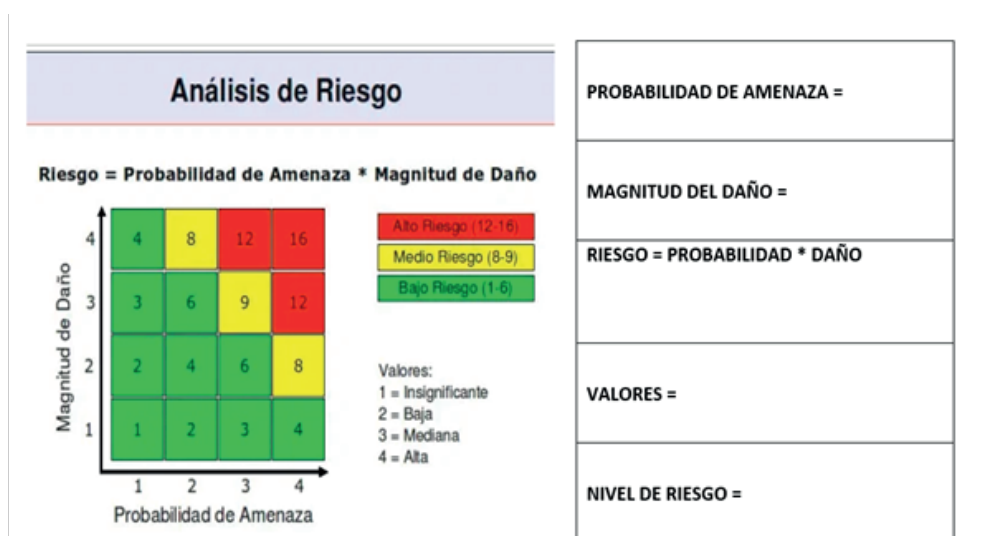
El reporte y registro es una disciplina que busca conscientemente evitar producir lesiones o daños a un paciente durante la atención asistencial, puesto que en su gran mayoría son prevenibles y, por lo tanto, tiene alcance en las estrategias y en los procesos enfocados a:

- disminuir la probabilidad de errores causados por el personal
- disminuir fallos en el sistema durante la prestación de servicios
- aumentar la probabilidad de identificar errores y fallos para erradicarlos
- mitigar las consecuencias

Es imperativo identificar los riesgos, continuar con la calificación del nivel de riesgo considerando la probabilidad de amenaza y la magnitud del daño que pueda ocasionar, con la finalidad de desarrollar la prevención:

Figura 35

Calificación del riesgo en hallazgos identificados



Nota. Figura tomada de “Gestión de Riesgo en la Seguridad Informática” de Markus Erb a la que se suman datos y resultados

Dentro de esta Cultura de Seguridad del Paciente, la familia, los acompañantes, la comunidad y el ambiente forman parte del alcance, como respuesta a la evolución de la Calidad que ha marcado un cambio trascendental de enfoque, en donde la atención sanitaria debe ser conceptuada como atención centrada en las personas, es decir, particularizar e individualizar al ser humano en la extensión de su condición y conservando su integridad, de ahí que surge la humanización desde el mismo concepto de la vocación de servicio.

Gobernanza y Liderazgo en la Seguridad del Paciente

La decisión para conducir a la organización hacia un journey de acreditación proviene de una gobernanza consciente, analítica y ferviente en la convicción de adoptar un diferenciador, que por un lado le permita el replanteamiento y, por otro lado, el ingresar en un proceso de autoevaluación que invite a abandonar los sitios de confort y que tenga cabida el cuestionamiento y reformulación.

El compromiso de la gobernanza es mandatorio, un compromiso activo que se evidencia con el involucramiento en los macroprocesos y la dinámica de transformación cultural, innovando con el acompañamiento participativo y no de delegación únicamente.

Un ejercicio completo en donde lidera el ejemplo, ejerciendo el principio de corresponsabilidad, aprendizaje permanente y fomentando el trabajo en equipo, porque es necesario desencadenar la gestión de incentivo al aporte de ideas, al involucramiento de los distintos niveles de la estructura organizacional.

La gobernanza marcará la dinámica del equipo, generando la credibilidad acompañada de responsabilidad para alcanzar este objetivo estratégico permitiendo que la vocación de servicio constituya el referente de la humanización de la atención sanitaria.

Inmediatamente el liderazgo reforzará el compromiso con la calidad y seguridad de los pacientes y sus familias, dando opción a ampliar la capacidad de identificar oportunidades de mejora en la calidad de los servicios y productos que la organización oferta.

El liderazgo permitirá vitalizar el enfoque conceptual de la caracterización de la prestación de servicios enfocados en la accesibilidad en tiempo e igualdad, que permitan la continuidad ordenada y articulada de una atención conceptualizada en función de las necesidades del segmento al que se debe la organización y que prioriza la seguridad de sus pacientes, familia y/o acompañantes y por supuesto, del medio ambiente.

Esta proactividad del liderazgo desencadenará un ambiente laboral de bienestar, con alto grado de resiliencia que redundará en procesos eficaces y resultados eficientes y una cultura de apertura al reporte de eventos adversos, incidentes y accidentes que encaminarán a la organización hacia el ciclo de la mejora continua.

Tanto la gobernanza como el liderazgo tienen la obligación de formalizar y establecer los canales y soporte de la comunicación externa e interna respectivamente, lo cual fortalecerá el enfoque en el conocimiento, en la información oportuna y la garantía de la confidencialidad y privacidad del paciente.

Incursionar en un esquema de autoevaluación constante cuya retroalimentación sea aceptada y hasta esperada por los actores, será porque mentalizan los resultados como oportunidades de corrección de sus procesos para generar mayor eficacia, eficiencia y aprovechar las oportunidades de potenciar sus habilidades, destrezas y conocimiento.

La acreditación es elevar el nivel de participación rompiendo las barreras de la centralización, mejorando los canales de comunicación para facilitar acceso a la información estratificada, oportuna y respetando la confidencialidad, en donde la voz de los actores involucrados se suma a la retroalimentación de los procesos, estimula la competencia técnica, tanto asistencial como administrativa.

La gestión por procesos entonces irá más allá, buscará humanizar la atención sanitaria a través de la vocación de servicio personalizando al paciente y su familia. Será importante conocer las necesidades verdaderas de las partes interesadas, es fundamental optimizar la coordinación del journey del paciente, además será vital eliminar actividades y/o procesos que no agreguen valor ni sumen a la seguridad del paciente.

A esta humanización personalizada de la atención sanitaria la conocemos como Atención Centrada en las Personas (ACP), cuya implementación implica un cambio de mentalidad y conducta en el desempeño diario de funciones y roles, es decir, es un proceso de evolución en la Cultura Organizacional.

Referencias

- Losardo, R., & Piantoni, G. (17 de 09 de 2021). Día Mundial de la Seguridad del Paciente: https://www.academia.edu/65765292/D%C3%ADDa_Mundial_de_la_Seguridad_del_Paciente_17_de_septiembre_World_Patient_Safety_Day_September_17_th
- Meléndez, I., Macias, M., & Álvarez, A. (01 de 06 de 2020). *Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería*: cielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000200009
- OMS. (11 de 09 de 2023). Obtenido de Seguridad del Paciente: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Organización Internacional de Normalización. (2015). *Sistemas de Gestión de la Calidad*: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9001:ed-5:v1:es>
- Rodriguez, R., Losardo, R., & Binvignat, O. (2019). La Anatomía Humana como Disciplina Indispensable en la Seguridad de los Pacientes. *International Journal of Morphology*. La Anatomía Humana como Disciplina Indispensable en la Seguridad de los Pacientes: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022019000100241



<https://goo.su/zEIE>

CAPÍTULO XIV

Planeación Estratégica Hospitalaria

Roberto David Barrionuevo Villagómez

La planificación estratégica en todos sus ámbitos permite describir las actividades que deben realizar cada una de las unidades de negocio de cualquier institución, ya sea esta comercial, industrial o en este caso, salud.

La planificación en salud tiene mucha relevancia, se deben considerar los procesos y gestiones en las cuales se desarrolla la atención médica, independientemente del nivel de atención de la Unidad Médica donde se presta el servicio de salud, cada actividad que se ejecuta debe estar pensada en brindar un servicio de calidad y eficaz.

Se debe tener claro que el cliente final del servicio de salud (un individuo o varios) no tiene la intención de comprar o adquirir tal servicio, nadie quiere ser paciente, por tal motivo, el trato que reciben los pacientes por parte de todos quienes conforman una unidad médica, debe estar focalizado en satisfacer una necesidad de servicio.

“La primera misión del servicio de salud es prestar siempre a toda la población la atención médica de la mejor calidad que el país pueda ofrecer” (Llewelyn Davies R, 1969).

Por tanto, la misión de un hospital consistirá en brindar servicios de salud a la comunidad, región, ciudad o zona geográfica debidamente limitada por la autoridad sanitaria correspondiente. Además, debe ser un establecimiento de educación y formación para los médicos, enfermeros, técnicos y del público en general.

Otros aspectos que se deben tener en cuenta para complementar la planificación hospitalaria son los insumos médicos que permiten realizar la atención médica, tales como dispositivos médicos, medicinas, equipos, instrumental, equipamiento clínico, infraestructura física, tecnológica, ambientes adecuados para la atención médica, el talento humano hospitalario. A su vez, el mantenimiento de los equipos médicos, equipos industriales, equipos tecnológicos, áreas de atención, áreas administrativas y operativas.

Cada actividad ejecutada, suma dentro del servicio de atención, considerando que desde la llegada a la Unidad Médica, pasando por admisión, consulta externa, agendamiento, servicios auxiliares de diagnóstico, despacho de medicamentos, seguimiento y control de pacientes, entre otras, todas las áreas se encuentran vinculadas de una u otra manera, por eso, la planificación debe ser vista de manera integral y enfocada a cada gestión, para maximizar los rendimientos y la eficacia en el cumplimiento del deber ser.

Concuerdo con lo descrito en el libro sobre Dirección y Planificación Estratégica en las Empresas y Organizaciones, que en forma conceptual define:

- “Una previsión es algo que se espera, algo pasivo. Es una hipótesis de lo que creemos que ocurrirá: qué pensamos vender, qué resultados económicos tendremos, cómo evolucionarán los hábitos de nuestros clientes.
- Un presupuesto es una previsión financiera. Puede hacerse una previsión del grado de ocupación de los equipos industriales, de la mejora de la productividad, o de las necesidades de incorporación de mano de obra. Pero estas previsiones no necesitan tener una expresión económica. Podemos tener previsiones de horas de trabajo, de unidades producidas, de cuota de mercado, pero estas previsiones no se indican en euros.
- Si pueden indicarse en euros la cifra de negocios, los beneficios o pérdidas, y el volumen de las inversiones forman parte de los presupuestos.
- Un plan es algo que se quiere, algo activo. Tiene un carácter voluntarista. Se ha escrito que un plan es la transformación de las previsiones en objetivos. Pero esto no es cierto. Un plan o un objetivo puede fijarse sin necesidad de una previsión: es lo que quiero vender, o ganar, o crecer. Lo que ocurre es que un plan sin una consideración de una previsión puede ser una utopía, un wishful thinking.
- Un programa es un conjunto de tareas, un calendario, unos responsables, unos recursos. Cuatro requisitos ineludibles. Un programa es hacer bajar a la tierra las especulaciones de los objetivos y de las estrategias”. (Romero, 2004).

Análisis Situacional

La planificación estratégica en una Unidad Médica debe estar alineada con la legislación internacional y nacional vigente. Esto se debe a que existen objetivos y programas a nivel global, regional y nacional, que guían las acciones y proyectos en el ámbito de la salud. Es fundamental reconocer que, si bien un nosocomio debe operar de manera rentable como cualquier otra empresa, su principal objetivo siempre será mejorar la calidad de vida de sus pacientes y de la comunidad a la que sirve.

En este sentido, las acciones y proyectos emprendidos por una Unidad Médica deben estar enfocados en la promoción de la salud y la prevención de

enfermedades. Además de fomentar estilos de vida saludables que prevengan enfermedades y promuevan el bienestar general de la población.

Además, es importante tener en cuenta las normativas y regulaciones tanto a nivel nacional como internacional que rigen la práctica médica y la gestión de los centros de salud. Esto incluye aspectos como la seguridad del paciente, la calidad de la atención, la gestión de riesgos y la protección de datos médicos, entre otros.

Partiendo de esta idea, la planificación debe considerar la Pirámide de Kelsen, establece que, de acuerdo con el modelo de planificación hospitalaria, al representar los diferentes niveles de normativas que conforman el sistema, se observa que en la cúspide se encuentra la normativa fundamental, seguida por las regulaciones orgánicas, las leyes ordinarias, las regulaciones específicas y los protocolos administrativos. La extensión de cada nivel refleja la cantidad de documentos que lo componen; siendo la cúspide más estrecha, con un conjunto reducido de normativas, y la base más amplia, abarcando un mayor número de regulaciones.

En este esquema, las normativas fundamentales ocupan el nivel más alto en la jerarquía del sistema. Estas normativas se dividen en dos categorías principales: aquellas relacionadas con los estándares de atención médica y su garantía, y las que definen la estructura y funcionamiento del hospital. Por otro lado, las regulaciones orgánicas determinan la organización interna del hospital y actúan como un vínculo intermedio entre las normativas fundamentales y las leyes ordinarias.

Figura 36

Pirámide de Kelsen



La Planificación Estratégica, “(...) Nos indica las acciones a emprender para conseguir los fines, teniendo en cuenta la posición competitiva relativa, y las previsiones e hipótesis sobre el futuro. Los programas y planes de acción nos indican qué hay que hacer, por quién, cuando, y con qué recursos” (Romero, 2004).

La planificación estratégica requiere seguir un proceso sistematizado:

1. Analizar el Estado Actual:

Es fundamental conocer completamente la situación actual de la Unidad Médica. Esto implica una evaluación exhaustiva de todos los aspectos del funcionamiento, desde la calidad de la atención médica, procesos, hasta la gestión administrativa y los recursos humanos. Para estas organizaciones, esta evaluación puede incluir el análisis de la eficacia de los tratamientos, la disponibilidad y mantenimiento de equipos médicos, la satisfacción del paciente, la eficiencia operativa y la gestión financiera.

La medición de la producción hospitalaria de los servicios ofrecidos es un aspecto clave de esta evaluación. Esto implica analizar los indicadores hospitalarios, el tiempo de espera para los pacientes, la eficiencia en la utilización de recursos y cualquier barrera que pueda afectar la accesibilidad o la calidad de la atención.

Además, revisar los equipos médicos es esencial para determinar su estado actual e identificar posibles necesidades de mantenimiento o reemplazo. La tecnología médica está en constante innovación, y mantener equipos obsoletos puede afectar negativamente la calidad de la atención y la eficiencia operativa del centro hospitalario.

Establecer un orden de prioridades es otro aspecto importante de esta etapa. Esto implica identificar las áreas más vulnerables que requieren atención prioritaria y aquellas que se abordarán posteriormente. Esto puede basarse en la urgencia de la necesidad, el impacto potencial en la calidad de la atención o la eficiencia operativa, y la disponibilidad de recursos.

2. Analizar el Futuro:

La planificación estratégica implica abordar los desafíos y oportunidades actuales, también realiza un ejercicio para anticipar los cambios que pueden surgir en el futuro. En el ámbito de la salud, esto implica mantenerse al tanto de los avances médicos, los cambios en la legislación y la regulación sanitaria, y las tendencias en la práctica médica y los modelos de atención.

Por ejemplo, los avances tecnológicos como la telemedicina, la inteligencia artificial y la medicina personalizada están transformando la forma en que se proporciona la atención médica. Estos resultados pueden tener un impacto significativo en la eficiencia, la accesibilidad y la calidad de la atención médica, es importante estar preparado para implementar estas innovaciones de manera oportuna y efectiva.

Además, la evolución de la legislación y la regulación sanitaria puede afectar los requisitos operativos y las prácticas de atención médica. Por ejemplo, cambios en los requisitos de informes o en los estándares de calidad pueden requerir ajustes en los procesos y procedimientos del centro de salud.

3. Establecer Objetivos:

Una vez que se ha evaluado el presente y se ha analizado el futuro, se debe establecer objetivos claros y alcanzables que guíen la planificación estratégica del centro de salud. “Los objetivos deben ser Específicos, Medibles, Alcanzables, Relevantes y Oportunos” (SMART, por sus siglas en inglés)” (Steffens, 2016).

En el contexto de un centro de salud, los objetivos pueden abarcar una amplia gama de áreas, desde la mejora de la calidad de la atención y la seguridad del paciente hasta la optimización de los procesos operativos y la eficiencia financiera. Por ejemplo, un objetivo puede ser reducir los tiempos de espera para las consultas médicas o mejorar la precisión del diagnóstico mediante la implementación de tecnología de diagnóstico avanzada.

Es importante que los objetivos estén alineados con la misión y visión de la Unidad Médica, así como con las necesidades y expectativas de los pacientes y la comunidad a la que sirve. Además, los objetivos deben ser realistas y alcanzables dentro de un plazo razonable, lo que requiere un análisis cuidadoso de los recursos disponibles y las limitaciones del centro de salud.

Se debe considerar que los planes estratégicos deben tener una temporalidad de 4 años, y sus planes de ejecución deben tener un tiempo máximo de 2 años, incluyendo dentro de esto el Plan Médico Funcional, del cual hablaremos más adelante.

4. Establecer Metas:

Las metas son los resultados que queremos alcanzar y que permiten evaluar a los objetivos establecidos. En otras palabras, son acciones concretas y medibles que contribuyan al logro de los objetivos estratégicos de la Unidad Médica.

En el contexto de una Unidad Médica, las metas pueden incluir la implementación de nuevas políticas y procedimientos, la adquisición de equipos médicos, la capacitación del personal, la mejora de la satisfacción del paciente, la reducción de los errores médicos, entre otros. Es necesario que las metas estén alineadas con los objetivos.

Además, las metas deben ser claras, realistas, alcanzables y contar con una temporalidad para evaluar el progreso. Esto permite monitorear el avance hacia el logro de los objetivos y realizar ajustes para garantizar el éxito a largo plazo.

5. Socializar el Plan:

Una vez que se han establecido los objetivos y metas, es importante comunicar el Plan Estratégico a todas las partes involucradas. Esto incluye al personal médico y administrativo, proveedores de servicios de salud, pacientes y otros “socios” claves.

La comunicación efectiva del Plan Estratégico es fundamental para garantizar el compromiso y la colaboración de todas las partes interesadas en la implementación de las estrategias propuestas. Esto puede implicar la realización de reuniones informativas, la distribución de documentos escritos o la creación de materiales de comunicación visual para transmitir los objetivos, metas y estrategias del plan. El saber, saber comunicar, saber compartir y saber coordinar son fases cruciales para alcanzar objetivos institucionales.

El diálogo abierto y transparente con todas las partes interesadas es el pilar angular de toda organización, permite el involucramiento, la participación, y la retroalimentación constructiva. Esto crea un sentido de propiedad compartida del Plan Estratégico y promueve el compromiso de todas las partes interesadas en su éxito.

6. Evaluar los Resultados:

Una vez que se ha iniciado la implementación del Plan Estratégico, es fundamental realizar un seguimiento del grado de cumplimiento de los objetivos y metas establecidos. Esto implica monitorear y evaluar el progreso hacia el logro de los hitos y el impacto de las iniciativas implementadas en la calidad de la atención médica, la eficiencia operativa y la satisfacción del paciente.

El seguimiento regular de los indicadores y la recopilación de datos relevantes permiten evaluar el éxito de las acciones emprendidas e identificar áreas que requieran ajustes o mejoras. Esta evaluación no solo se centra en los

resultados internos del centro de salud, como la eficiencia operativa y la calidad de la atención, sino que también considera las percepciones y experiencias de los pacientes y otras partes interesadas.

Es importante realizar una evaluación, tanto interna como externa, involucrando a todo el equipo médico y administrativo en el proceso de retroalimentación.

Además, la retroalimentación de los pacientes y sus familias es fundamental para comprender cómo se percibe la atención brindada y para identificar oportunidades de mejora en la experiencia del paciente.

La evaluación de los resultados debe ser un proceso continuo y dinámico, permitiendo ajustes y modificaciones en el plan estratégico según sea necesario. Esto garantiza que el centro de salud pueda adaptarse a los cambios en su entorno y seguir cumpliendo con su misión de proporcionar atención médica de alta calidad y centrada en el paciente.

Al analizar y comprender los resultados obtenidos, el centro de salud puede aprender de las experiencias pasadas y utilizar esta información para coordinar futuras decisiones estratégicas y mejorar continuamente su desempeño y su capacidad para satisfacer las necesidades de la comunidad que sirve.

Proceso de diagnóstico estratégico institucional

Para determinar el diagnóstico institucional es necesario establecer parámetros que nos permitan abarcar la totalidad de las áreas y no se deben limitar a las que a continuación se detallan:

- Relaciones Institucionales y comunitarias (Nivel de atención, Tipología de la Unidad Médica, ubicación geográfica, cartera de servicios)
- Calidad de la atención
- Servicios Médicos
- Recursos Humanos
- Infraestructura
- Equipamiento y Mobiliario
- Abastecimiento
- Gestión Administrativa y Financiera

Consecuentemente, se procede con el análisis FODA como una herramienta que permite identificar y evaluar las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas, las cuales afectan de manera interna y externa el cumplimiento de una adecuada atención médica.

Fortalezas (F): Las fortalezas son los recursos internos y las capacidades positivas que posee. Esto incluye aspectos como la infraestructura moderna, el equipo médico de alta calidad, el personal altamente capacitado y la reputación positiva en la comunidad. Identificar y aprovechar estas fortalezas permite destacarse en la prestación de servicios de salud y diferenciarse de la competencia.

Oportunidades (O): Las oportunidades son factores externos que la institución puede aprovechar para mejorar su desempeño y su capacidad para cumplir con su misión. Esto puede incluir cambios en la demanda de servicios de salud, avances tecnológicos que permiten mejorar la atención médica, colaboraciones con otras instituciones de salud o programas de financiamiento disponibles para mejorar la infraestructura o expandir los servicios.

Debilidades (D): Las debilidades son las limitaciones internas y los aspectos negativos que pueden obstaculizar el desempeño institucional. Esto puede incluir la falta de recursos financieros, la escasez de personal especializado, la infraestructura obsoleta o los procesos administrativos ineficientes. Identificar las debilidades institucionales, es crucial para mejorar la eficiencia y la efectividad de la atención médica.

Amenazas (A): Las amenazas son factores externos que representan desafíos o riesgos para el centro de salud. Esto puede incluir cambios en la legislación o regulación sanitaria, la competencia con otros proveedores de salud, fluctuaciones en los presupuestos de salud pública o desastres naturales que puedan afectar la operación. Identificar y mitigar estas amenazas ayuda al centro de salud a anticipar y responder de manera efectiva a los desafíos externos.

Los enunciados de cada variable del FODA deben describirse de manera precisa y evitar la repetición en otras características. Por ejemplo, si se menciona la disponibilidad de presupuesto para contratación, no se debe indicar simultáneamente una limitación en la asignación presupuestaria.

Podemos considerar el siguiente modelo como metodología para enlistar las variables del FODA:

Tabla 16

Matriz DAFO (Oportunidad/Debilidad)

CATEGORIA	CODIFICIÓN	DESCRIPCIÓN
OPORTUNIDAD	O1	Incremento de los Servicios de Laboratorio Clínico para la realización de pruebas de PCR
	O2	
	O3	
DEBILIDADES	D1	Equipamiento obsoleto del Laboratorio Clínico
	D2	
	D3	

Una vez enlistadas las variables, se procede con el análisis DAFO analizando y calificando la relevancia para la institución entre variables y posteriormente determinando las estrategias respectivas

En el análisis se debe aplicar una ponderación para priorizar las estrategias con mayor impacto. Se asignarán valores de 1 (Poca importancia), 3 (Mediana Importancia) y 5 (Mayor Importancia), ejecutando aquellas con puntuación 5. Estrategias calificadas con un valor de 3 serán consideradas por la administración si se determina su relevancia.

Tabla 17

Matriz FODA (Priorización estrategias)

ANÁLISIS DO	O1: Incremento de los servicios de Laboratorio Clínico para la realización de pruebas PCR
D1: Equipamiento obsoleto del área de Laboratorio Clínico	5

Posteriormente, se procede a realizar un análisis entre categorías del DAFO, obteniendo como resultado la definición de estrategias:

Fortalezas – Oportunidades:

Identificamos cómo nuestras fortalezas internas nos posicionan para aprovechar las oportunidades externas. Estableciendo, por ejemplo, si una Unidad Médica cuenta con un equipo médico altamente calificado y una infraestruc-

tura moderna (Fortaleza), puede aprovechar estas fortalezas para desarrollar una estrategia de expansión de servicios en áreas de alta demanda (Oportunidad), como la atención geriátrica o la salud mental.

Estrategia: Desarrollo de nuevos servicios especializados.

Fortalezas – Amenazas:

Al evaluar nuestras fortalezas, podemos determinar cómo estas pueden contrarrestar o mitigar las amenazas externas. Por ejemplo, si un hospital cuenta con una sólida base financiera y un enfoque proactivo en la gestión de riesgos (Fortaleza), puede desarrollar una estrategia de diversificación de ingresos para reducir su dependencia de fuentes de financiamiento vulnerables (Amenaza) y enfrentar así posibles cambios en las políticas de salud o fluctuaciones económicas.

Estrategia: Diversificación de fuentes de ingresos

Debilidades – Oportunidades:

Analizamos cómo nuestras debilidades internas impactan en nuestra capacidad para aprovechar las oportunidades externas. Por ejemplo, si un hospital enfrenta debilidades como una alta rotación de personal y sistemas de información obsoletos (Debilidad), puede implementar una estrategia de mejora del talento humano y modernización tecnológica para optimizar la eficiencia operativa (Oportunidad) y aprovechar así oportunidades emergentes en el mercado de la salud digital.

Estrategia: Mejora del talento humano y la tecnología

Debilidades – Amenazas:

Al evaluar nuestras debilidades en relación con las amenazas externas del mercado, como epidemias y desafíos financieros, podemos comprender mejor los riesgos potenciales y tomar medidas para mitigarlos. Por ejemplo, si un hospital identifica debilidades en su capacidad de respuesta ante emergencias (Debilidad) y enfrenta la amenaza de una epidemia (Amenazas), puede desarrollar una estrategia de contingencia que incluya la capacitación del personal en protocolos de control de infecciones y la reserva de fondos para afrontar gastos inesperados durante la crisis sanitaria

Tabla 18

Estrategia: Desarrollo de planes de contingencia y gestión de riesgos

ANÁLISIS	O1: Incremento de los servicios de laboratorio clínico para la realización de Pruebas de PCR	ESTRATEGIA
D1: Equipamiento Obsoleto del área de Laboratorio Clínico	5	Desarrollo de nuevos servicios especializados.

Finalmente, los Establecimientos de Salud desempeñan un papel fundamental en la prestación de servicios médicos y en la promoción de la salud. Para garantizar su efectividad y su capacidad para cumplir con su misión, es esencial que desarrollen y sigan planes estratégicos bien definidos. Dentro de estos planes, el establecimiento de metas claras y la implementación de medios de verificación son aspectos cruciales que no se puede pasar por alto.

En primer lugar, la definición de metas en un plan estratégico proporciona una dirección clara y determina el deseo de alcanzar en un período determinado. Estas metas pueden abarcar una amplia gama de áreas, incluida la mejora de la calidad de la atención, la expansión de los servicios ofrecidos, el aumento de la satisfacción del paciente y la optimización de los recursos disponibles. Al establecer metas claras y medibles, la institución puede alinear sus esfuerzos y recursos hacia la consecución de objetivos comunes y tangibles.

Sin embargo, establecer metas por sí solo no es suficiente. Es igualmente importante contar con medios de verificación adecuados para evaluar el progreso hacia el logro de estas metas. Los medios de verificación son herramientas y procesos que permiten recopilar datos relevantes, medir el desempeño y evaluar el cumplimiento de las metas establecidas. Estos pueden incluir indicadores de rendimiento, encuestas de satisfacción del paciente, análisis de datos epidemiológicos, auditorías internas, entre otros.

La implementación de medios de verificación efectivos no solo permite monitorear el progreso hacia el logro de las metas, sino que también proporciona retroalimentación valiosa que puede utilizarse para ajustar y mejorar las estrategias y acciones del plan. Al recopilar datos y evaluar el desempeño, se pueden identificar áreas de éxito y áreas que requieren atención adicional, lo que facilita la toma de decisiones informadas y la asignación eficiente de recursos.

Elementos orientadores

Describir los elementos orientadores de una institución, como son la visión, misión y objetivos, permite establecer un rumbo claro y coherente.

Visión:

En el caso de la visión, esta debe ser una declaración que inspire y guíe a todos los miembros de la Unidad Médica hacia un futuro deseado. Algunas características clave que debería tener son su positividad, alentadora y entusiasta, comunicando así un sentido de optimismo y energía hacia los objetivos planteados. Además, debe apelar a valores e intereses comunes dentro de la institución, promoviendo la unidad y el compromiso compartido hacia un propósito mayor.

Asimismo, la visión debe proyectar sueños y aspiraciones, buscando siempre un futuro mejor, tanto para la institución como para la comunidad a la que sirve. Es importante que esta visión sea realista en la medida de lo posible, estableciendo metas alcanzables que motiven a los miembros de la Unidad Médica a trabajar en su consecución. Además, la visión debe dimensionar el tiempo, estableciendo un marco temporal para lograr los objetivos planteados, lo que proporciona un sentido de urgencia y dirección a las acciones emprendidas.

Misión:

En cuanto a la misión, esta debe ser una declaración que defina el propósito fundamental de la Unidad Médica y sus áreas de acción. Debe reflejar los valores fundamentales de la institución, su compromiso con la atención médica y el bienestar de la población a la que sirve. Es importante que la misión incorpore valores institucionales y destacando aquello que la distingue de otras organizaciones que trabajan en áreas similares.

La misión debe ser clara y positiva, transmitiendo de manera efectiva lo que define a la institución y atrayendo la comprensión y el apoyo de entidades externas, como colaboradores, donantes o aliados potenciales. Además, debe ser coherente con la visión y los objetivos estratégicos de la Unidad Médica, proporcionando un marco de referencia para la toma de decisiones y la implementación de iniciativas que contribuyan al logro de su propósito fundamental.

Valores Institucionales:

Los valores institucionales conforman un conjunto de normas y creencias que se consideran deseables y que ejercen una influencia fundamental en la gestión de la entidad. Los valores orientan las acciones y decisiones, también moldean la cultura organizacional, reflejando así la identidad y el carácter distintivo de la institución.

Objetivos Estratégicos:

“Los objetivos estratégicos institucionales deben ser un desglose de la visión, guardar consistencia con la misión y deben considerar el análisis FODA. Además, deben cumplir ciertas características como: estar claramente definidos, ser medibles, realistas y coherentes” (SENPLADES, 2012).

El modelo SMART —acrónimo que significa «inteligente» en inglés — hace referencia a cinco conceptos que hay que tener presentes constantemente a la hora de fijar objetivos si lo que buscamos es validar su pertinencia. Por orden, los conceptos son «específico» (S, specific), «medible» (M, measurable), «asignable» (A, assignable), «realista» (R, realistic), «temporal» (T, timerelated), es decir, determinado en el tiempo.

En su origen, el modelo SMART se utilizaba para definir las especificidades de un objetivo o de un indicador concreto en el marco de la gestión de proyectos, lo que implica ir más allá de una idea abstracta para pasar eficazmente a la acción. Actualmente, y gracias a su capacidad para definir objetivos y a su fácil aplicación, el modelo SMART emplea tanto individualmente como en equipo en ámbitos tan diversos como la gestión de proyectos y las ciencias humanas, pasando por el desarrollo personal. (Steffens, 2016)

Tabla 19

Criterios SMART

CRITERIOS SMART		DEFINICIÓN DEL OBJETIVO
S	Específico (Specific)	Un aumento de la producción de tabletas de la empresa A gracias a una nueva máquina AX-02
M	Medible	La producción de 10.000 unidades suplementarias por mes en relación con el 5 de enero del mismo año
A	Asignable	Georges Dupond es el responsable del proyecto
R	Realista	Consideramos que al aumento de 10.000 unidades es realista
TT	Temporal	En el segundo trimestre (esta fórmula podría ser más precisa enunciada por ejemplo al final del segundo trimestre)

Los objetivos deben establecerse con un horizonte temporal claro que permita su evaluación y análisis posterior. A partir de estos objetivos se derivarán las metas e indicadores que serán implementados para cada área, de acuerdo con sus responsabilidades y atribuciones. Es crucial que la definición de los objetivos se realice de manera sistemática para asegurar una alineación estratégica efectiva, permitiendo así vincular cada uno de los “elementos orientadores” de la Unidad Médica.

Metas e indicadores:

Las metas e indicadores son variables fundamentales que permiten medir el cumplimiento y el progreso de las acciones a emprender por parte de la organización. Es crucial determinar los indicadores, basándose en al menos dos de los criterios SMART “Medible y Temporal”. Estos criterios garantizan que las metas se definan de manera cuantitativa y que se establezca una frecuencia (Semanal, mensual, trimestral, semestral) para su logro. Dichos criterios constituyen insumos esenciales para la creación de los indicadores y la asignación de responsabilidades por cada área de la Unidad Médica.

Se debe tomar en cuenta los siguientes criterios mínimos para la definición de los indicadores:

Tabla 20

Matriz indicadores - Parte 1:

Objetivo	Estrategia	Nombre del Indicador	Descripción del Indicador	Meta	Frecuencia
OE1:	E1:	Incremento de pacientes en Consulta Externa Oftalmología	El presente indicador permite determinar el incremento de los servicios en el área de Consulta Externa del servicio de Oftalmología	Meta Total: 10.000	Trimestral

Tabla 21

Matriz indicadores - Parte 2:

Responsable de	Medio de Verificación de cumplimiento	Método de cálculo / Fórmula de cálculo	Línea base
Servicio de Oftalmología	Reporte de producción trimestral. Emitido por el área de Estadística Hospitalaria	Número de atenciones realizadas en el periodo de cálculo	La línea comprende el valor relacionado con la meta, cuando al iniciar la definición del indicador, se cuenta con un dato histórico de donde partir, Ej.: 2.500 atenciones oftalmológicas en el año 2020.

Por último, es importante destacar la necesidad de elaborar objetivos e indicadores operativos por cada área en función de sus atribuciones y responsabilidades; y a través de esto supervisar las actividades y de esta manera, medir el grado de cumplimiento de cada gestión.

Planes médicos funcionales

Los planes médicos funcionales son herramientas esenciales de planificación en el ámbito de la salud, diseñadas para evaluar y determinar la situación actual de un establecimiento médico en un período de tiempo específico. Estos planes no solo ofrecen una visión detallada de la capacidad operativa y los recursos disponibles, sino que también definen estrategias para mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de atención médica.

En primer lugar, estos planes proporcionan un análisis exhaustivo de la situación actual del establecimiento de salud. Esto implica evaluar aspectos como la infraestructura física, el equipamiento médico, la disponibilidad de recursos humanos y la cartera de servicios ofrecidos. Se lleva a cabo un estudio detallado de las áreas hospitalarias, las capacidades operativas y los recursos disponibles, que puedan afectar el desempeño y la eficacia del centro médico.

Una vez completado el análisis situacional, se procede a determinar las necesidades inmediatas del establecimiento de salud. Esto incluye la identificación de requerimientos de personal operativo y médico, así como de equipos e insumos esenciales para garantizar un funcionamiento óptimo en condiciones

ideales. Además, se evalúan las demandas de atención médica de la población, lo que permite adaptar los servicios ofrecidos a las necesidades específicas de los pacientes.

Finalmente, el Plan Médico Funcional establece la elaboración y ejecución de proyectos específicos destinados a cumplir con la cartera de servicios del establecimiento de salud. Estos proyectos pueden abarcar una variedad de áreas, desde la actualización de la infraestructura y la adquisición de equipos médicos modernos hasta la implementación de programas de capacitación para el personal y la mejora de los procesos de atención al paciente. Cada proyecto se diseña teniendo en cuenta los recursos disponibles, los plazos de ejecución y los objetivos del Plan Estratégico.

Es importante destacar que los planes médicos funcionales no son documentos estáticos, sino que deben revisarse y actualizarse periódicamente para reflejar los cambios en las necesidades y demandas de atención médica de la comunidad, así como para adaptarse a los avances tecnológicos y las mejores prácticas en el campo de la salud. La flexibilidad y la capacidad de adaptación son elementos clave para garantizar que el centro médico pueda cumplir con su misión de proporcionar atención médica de calidad y promover el bienestar de la comunidad a la que sirve.

Referencias

- Llewelyn Davies R, M. H. (1969). *Planificación y Administración de Hospitales*. Organización Panamericana de la Salud.
- Romero, A. F. (2004). *Dirección y Planificación Estratégicas en las Empresas y Organizaciones*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.
- SENPLADES, S. N. (2012). *Guía Metodológica de Planificación Institucional*. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.
- Steffens, G. (2016). *Los criterios SMART*. Titivillus.



CAPÍTULO XV

Contratación Pública en Hospitales

Carlos López Mera

La contratación pública en los hospitales es un factor determinante, es un procedimiento donde las instituciones hospitalarias se encargan del abastecimiento, es decir, la adquisición de bienes, servicios y obras para poder brindar los servicios de calidad, tanto en entidades públicas como privadas.

La importancia radica en poder reconocer aspectos que generan riesgos y poder mitigar los mismos; así como también poder conocer la interacción de los actores que intervienen en las fases de la contratación.

El proceso de contratación en las entidades que son parte del sector público está establecido por el Servicio Nacional de Contratación Pública, que determina el procedimiento enfocado en el manejo adecuado de los recursos, en la selección del mejor precio, conservando la calidad de los ítems a ser adquiridos, así como también permite asegurar un proceso transparente y equitativo que garantiza los derechos y el buen uso de los recursos de los ciudadanos a través de una variedad de herramientas y estrategias para la consecución de los objetivos.

La contratación, en centros de atención de salud privada es mucho más sencilla que las relacionadas al proceso que ejecuta el Estado, pues denota una eficiencia en calidad y tiempo de los bienes a ser adquiridos, lo cual incide directamente en la calidad de los servicios de atención en salud.

Es recomendable señalar que las autoridades de instituciones que brindan servicios de salud deben tener conocimientos en materia de adquisiciones, sean del ámbito público o privado; ya que de ello depende el éxito de la administración y gestión. En igual forma, se considera importante que desde el nivel gubernamental se dicten políticas de competitividad, esto permitiría a las autoridades acceder a productos de calidad a precios razonables.

Contratación Pública

En los últimos años, los países de América Latina y el Caribe (ALC) han modernizado sus sistemas de compras públicas con el fin de aumentar la eficacia y eficiencia en el uso de los recursos públicos, adoptando nuevas prácticas y tecnologías que promueven mayor competitividad (...), la innovación en las compras públicas contribuye, además, a acelerar el logro de los objetivos de desarrollo de la región. (BID, 2017, pág. 1)

“(...) La única forma que las entidades públicas podían realizar contrataciones, ya sea de adquisición de bienes o prestación de servicios era a través de la licitación” (Viscarra, 2021, pág. 15).

En Ecuador, el Sistema Nacional de Contratación Pública es una organización gubernamental que supervisa y dirige a los sujetos intervinientes en las entidades públicas, proveedores, entidades de control y supervisión, y garantiza la aplicación adecuada de las normas durante todo el proceso de contratación.

El Servicio Nacional de Contratación Pública aplica los factores de supervisión, control y evaluación de cada uno de los procedimientos que se ejecutan en la contratación pública, además tiene la capacidad de establecer condiciones de mejora en el proceso mediante la actualización y modificación de normas, resoluciones y otras medidas.

La promulgación de la Ley Orgánica del sistema de Contratación Pública (LOSNCP), ha permitido mejorar la gestión de la contratación pública en Ecuador con el objetivo de asegurar que los recursos públicos sean utilizados de forma adecuada en beneficio de la sociedad. (Faz, Hidalgo, fuentes, & Guerrero, 2023, pág. 128)

La contratación pública es un proceso que forma parte de la cadena de valor de los hospitales del sector público, permite administrar la adquisición de bienes, obras y servicios para que funcionen correctamente, el Sistema Nacional de Contratación Pública se despliega en una serie de pasos y cronogramas para la aplicación del proceso, el cual está limitado en gran parte en el costo, efectividad y calidad.

Actualmente, las regulaciones de contratación pública son fundamentales y consideran cuidadosamente los parámetros y limitaciones del proceso regulatorio. Estos parámetros tienen como objetivo principal proteger los derechos y recursos de los ciudadanos y la protección legal a través de un proceso justo y abierto, para lograrlo, se han establecido los siguientes principios: “legalidad, trato justo, igualdad, calidad, validez y oportunidad tecnológica, competencia, transparencia, publicidad y participación nacional, los mismos que se respaldan en la legislación sobre adquisiciones” (SERCOP, 2008, pág. 3).

Conforme lo describe el Servicio Nacional de Contratación Pública, a continuación, las definiciones de estos para su correcta aplicación:

- *Legalidad:* Las entidades contratantes deben cumplir las disposiciones previstas en esta Ley, su Reglamento, en las resoluciones expedidas por el Servicio Nacional de contratación Pública, y demás normativa expedida por los órganos competentes, que regule la adquisición y arren-

damiento de bienes, la ejecución de obras y la prestación de servicios incluidos los de consultoría, así como para la adecuada administración y control de los recursos públicos.

- *Trato justo:* Que implica que todo proveedor de obras, bienes y servicios debe tener acceso a contratar con el Estado en condiciones semejantes a las de los demás, por lo que está prohibida la existencia de privilegios, ventajas o prerrogativas, salvo las excepciones previstas en la Ley.
- *Igualdad de los oferentes:* La igualdad exige que todos los oferentes se encuentren en la misma situación, contando con las mismas facilidades y haciendo sus ofertas sobre bases idénticas. El principio prohíbe cualquier tipo de preferencia a un oferente en particular.
- *Calidad:* La extensión en que el bien sirve con éxito a los fines del usuario durante el uso se llama “aptitud para el uso”. Este concepto de aptitud para el uso o idoneidad para el uso ha sido popularmente denominado como “calidad”, y es universalmente aplicable a todos los bienes y servicios. La idoneidad o aptitud para el uso se determina por aquellas características del bien que la entidad contratante puede percibir como beneficiosas para la misma. Las bases sobre las cuales se construye la aptitud para el uso son las características de la calidad. Cualquier aspecto de los bienes o procesos que se necesitan para conseguir la aptitud para el uso es una característica de la calidad. Estas características son de diversas subespecies: tecnológicas, psicológicas, con relación al tiempo, contractuales y éticas.
- *Vigencia Tecnológica:* Para poder definir este principio podemos acudir al derecho comparado peruano, que en el Reglamento de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado, aprobado mediante Decreto Supremo No. 013-2001-PCM, lo define de la siguiente manera: “Los bienes, servicios o ejecución de obras, deben reunir las condiciones de calidad y modernidad tecnológica necesarias para cumplir con efectividad los fines para los que son requeridos, desde el mismo momento en que son adquiridos o contratados, y por un determinado y previsible tiempo de duración, con posibilidad de adecuarse, integrarse y repotenciarse, si fuera el caso, con los avances científicos y tecnológicos”.
- *Oportunidad:* La Administración Pública debe actuar con la celeridad que el caso amerita, o en atención a las circunstancias de cada caso en particular, a fin de satisfacer de forma eficiente y eficaz las necesidades y el interés público en general.

- *Libre Concurrencia:* El principio jurídico de la libre concurrencia afianza la posibilidad de oposición entre los interesados en la futura contratación, e implica la prohibición para la entidad, de imponer condiciones restrictivas para el acceso a participar. No obstante, el principio no es absoluto. La normativa jurídica impone ciertas limitaciones, dado que el interés público exige un control de la capacidad de los concurrentes. Dichas limitaciones o restricciones son por ejemplo la exclusión de oferentes incursos en las inhabilidades generales y especiales previstas en esta Ley.
- *Transparencia:* Implica el cumplimiento de los principios de legalidad, publicidad, libre concurrencia, igualdad, entre otros.
- *Publicidad:* De acuerdo con esta Ley, las entidades previstas en el Art. 1., tienen la obligación de publicar en el portal www.compraspublicas.gov.ec, entre otros, el procedimiento precontractual y contractual. El artículo 13 del Reglamento General a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, señala la información que las entidades están obligadas a publicar. La consecuencia de la publicidad es que el mayor número de proveedores interesados al tener conocimiento del requerimiento de una entidad contratante pueden participar, y así el Estado puede tener mayor número de ofertas. De igual forma, al ser público el procedimiento precontractual, todos los ciudadanos pueden tener conocimiento de las actuaciones de la Administración Pública.
- *Participación Nacional:* De acuerdo con el artículo 25 de la LOSNCP, los Pliegos deben contener criterios de valoración que incentiven y promuevan la participación local y nacional, mediante un margen de preferencia para los proveedores de obras, bienes y servicios, incluidos la consultoría, de origen local y nacional, de acuerdo con los parámetros determinados por el Ministerio de Industrias y Competitividad (López & Rivas, 2010, págs. 72-76).

Es importante tener en cuenta las siguientes características del proceso de contratación pública en los hospitales: el proceso debe llevarse a cabo de manera formal, mantener un control adecuado sobre los recursos públicos y regirse en el cumplimiento de las normas. Las mismas que son parte de una gestión de mejora con el propósito de fomentar la innovación y la efectividad del proceso.

Al existir normas, reglas, principios y condiciones en la Ley Orgánica de Contratación Pública, la acción de cumplimiento debe ser de manera obliga-

toria y mandatorio; el cual debe ser plasmado por las autoridades de nivel medio y gerencial en cada uno de los centros de atención hospitalaria; es decir deben monitorear frecuentemente la aplicación de dichos aspectos por parte del personal inmerso en estos procedimientos.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública (LOSNCP) define los distintos métodos de contratación, los mismos que se aplican con relación al cálculo a los coeficientes anuales del Presupuesto del Estado, se clasifican conforme la siguiente forma:

Tabla 22

Tipos de procedimientos para la contratación pública

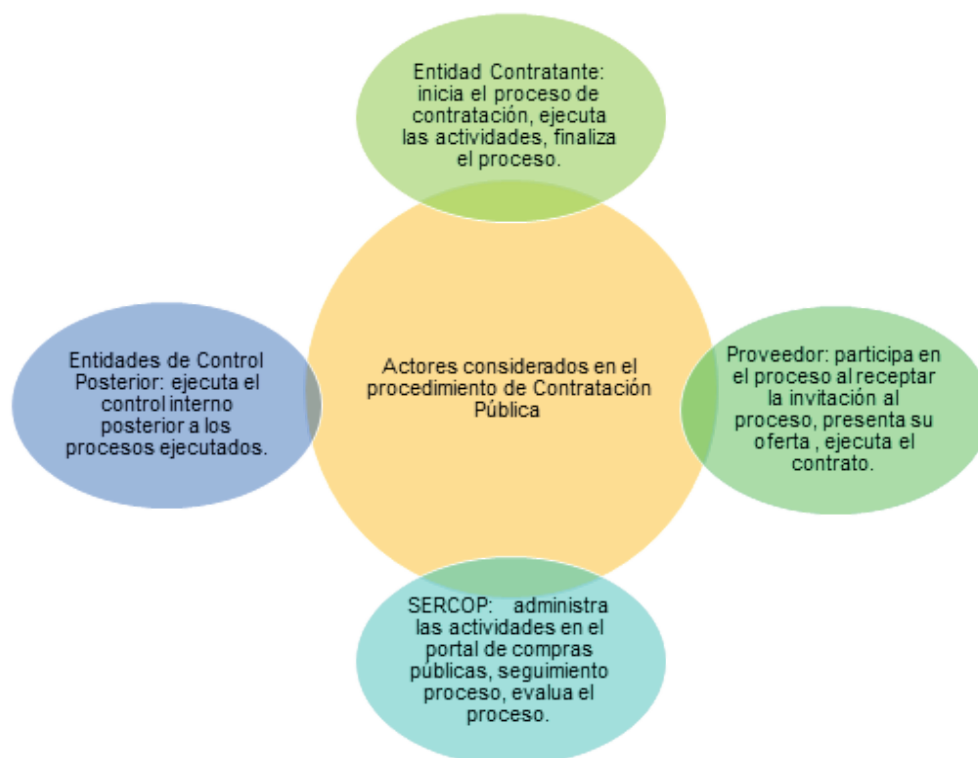
Régimen Común	Procedimientos Dinámicos	- Catálogo Electrónico
		- Subasta Inversa Electrónica
	Procedimientos Comunes	- Infima Cuantía
		- Menor Cuantía
		- Cotización
		- Licitación
	Procedimientos de Consultoría	- Contratación Directa
		- Contratación mediante lista corta
		- Contratación mediante concurso público
	Procedimientos Especiales	- Contratación Integral por precio fijo
		- Contrataciones en situación de emergencia
		- Adquisición de bienes inmuebles
		- Arrendamiento de bienes inmuebles
		- Fena inclusiva
		- Contratación de Seguros
		- Arrendamiento de bienes muebles
Régimen Especial	- Adquisición de fármacos y otros bienes estratégicos	
	- Seguridad interna y externa del Estado	
	- Ejecución de actividades de comunicación social	
	- Prestación de servicios de asesoría y patrocinio en materia jurídica	
	- Ejecución de una obra artística literaria o científica	
	- Adquisición de repuestos o accesorios	
	- Transporte de correo internacional y los de transporte interno de correo	
	- Instituciones del sistema financiero y de seguros	
	- Contratos entre Entidades Públicas o sus Subsidiarias	
	- Bienes y Servicios Únicos – Proveedor Único	

Nota. Obtenido del Servicio Nacional de Contratación Pública (2008)

La entidad contratante, el proveedor, el SERCOP y otras entidades de control posterior, son la parte operativa, control y ejecución de un proceso de contratación pública, para lo cual dichos actores desempeñan los siguientes roles:

Figura 37

Actores intervinientes en el proceso de Contratación Pública



Nota. Obtenido del Servicio Nacional de Contratación Pública (2008)

Impacto de la Contratación Pública en los Hospitales

La salud, eje prioritario establecido en la Constitución de la República, tiene como factor importante para su correcta gestión, la contratación pública, considera como un proceso importante, determina el acceso a servicios de salud de calidad, refleja el uso transparente y efectivo de los recursos de los ciudadanos.

La contratación de servicios sanitarios en el contexto público constituye una base fundamental de la relación entre los compradores públicos y la red de proveedores de servicios, persiguiendo con la introducción de los contratos los siguientes objetivos: “Mejorar los servicios asistenciales (...), eficiencia de proveedores, separación de funciones, favorecer la introducción de mecanismos de mercado o competencia entre proveedores” (Lemus, Aragues, & Lucioni, 2009, pág. 187).

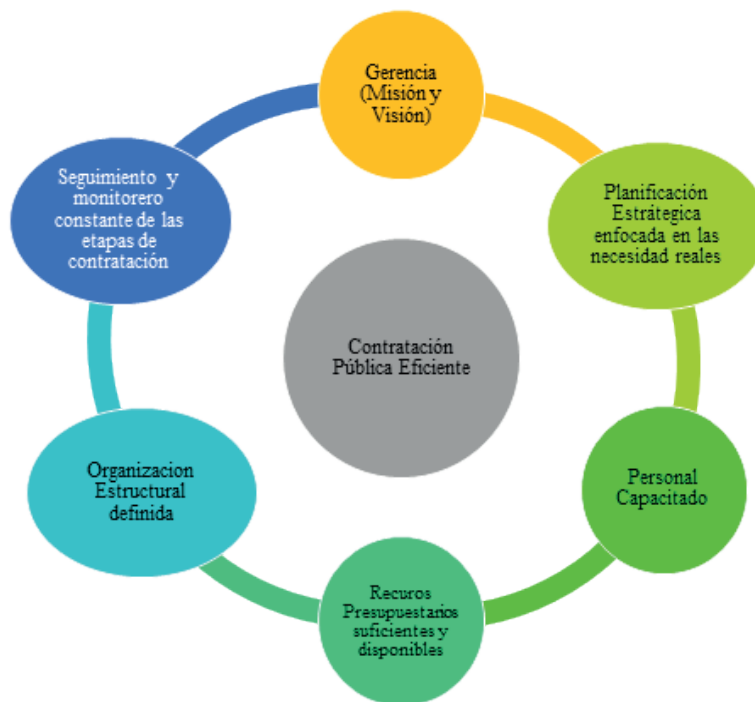
Aplicación de la contratación pública y su incidencia

La contratación pública, herramienta fundamental dentro de los hospitales, ha tenido una afectación ante las distintas modificaciones a la norma, reglamentos y codificaciones vigentes, entre los factores que determinan la efectividad de la aplicación de la contratación pública a nivel institucional hospitalario, de acuerdo con la experiencia transitada, se puede resumir en lo siguiente:

- La gerencia y cada uno de los colaboradores de la institución deben tener claro cuál es la misión y la visión de la entidad; puesto que se debe determinar cuál es el giro del negocio o servicio para poder aplicar las políticas necesarias y el control interno para que el proceso de contratación pública sea efectivo y transparente.
- La planificación estratégica basada en un análisis DOFA es crucial para realizar el levantamiento oportuno y real de las necesidades de cada uno de los servicios de los centros hospitalarios, para ser incluidos en el Plan Anual de Contratación (PAC) de cada entidad, y a su vez sean publicados en el Sistema Oficial de Contratación Pública del Ecuador (SOCE) de cada entidad (de acuerdo a la ley se publica hasta el 15 de enero de cada periodo fiscal).
- Contar con personal idóneo y capacitado continuamente para llevar a cabo con eficiencia y eficacia cada uno de los procesos de contratación pública detallados en la ley.
- La predeterminación y disponibilidad presupuestaria son factores de alta importancia e indispensable para financiar las adquisiciones requeridas por los centros hospitalarios en cada periodo.
- Actualizar continuamente los procesos de cada área hospitalaria, conforme el avance técnico científico.
- Mantener la supervisión y control en la gestión de las etapas del proceso de contratación pública.
- Aplicar el control interno continuo en cada uno de los procesos de contratación pública en los centros de atención hospitalaria.
- Mantener claridad y experticia en la aplicación de los procesos de contratación pública, tanto en las entidades hospitalarias públicas y/o privadas.

Figura 38

Ciclo de contratación pública eficiente



La figura que antecede muestra el ciclo adecuado de un procedimiento de la contratación pública, con el fin de cumplir con efectividad el proceso de gestión, puesto que, al dejar una brecha en los factores descritos, la contratación pública podría ser deficiente y afectaría en un desabastecimiento de dispositivos médicos, medicamentos y equipamiento.

Situación actual de la contratación pública

Es importante la participación de la Contraloría General del Estado en el control y supervisión continua de los procesos internos en la contratación pública en los centros hospitalarios públicos y privados que tengan participación estatal, puesto que existen diferentes factores no controlados que intervienen en el proceso y que causan que las distintas entidades estén inmersas en situaciones actuales como: desabastecimiento, aplicación de convenios de pago, procesos declarados desiertos, actos de corrupción y sanciones legales.

En la actualidad, los procedimientos se llevan a cabo a través del Sistema Oficial de Contratación Pública (SOCE), permite a las organizaciones realizar sus operaciones con el fin de optimizar y administrar de manera efectiva los

recursos públicos que se establecen en la ley. La cuantía de cada proceso está regida por los coeficientes establecidos por el SERCOP de acuerdo con el presupuesto estatal vigente.

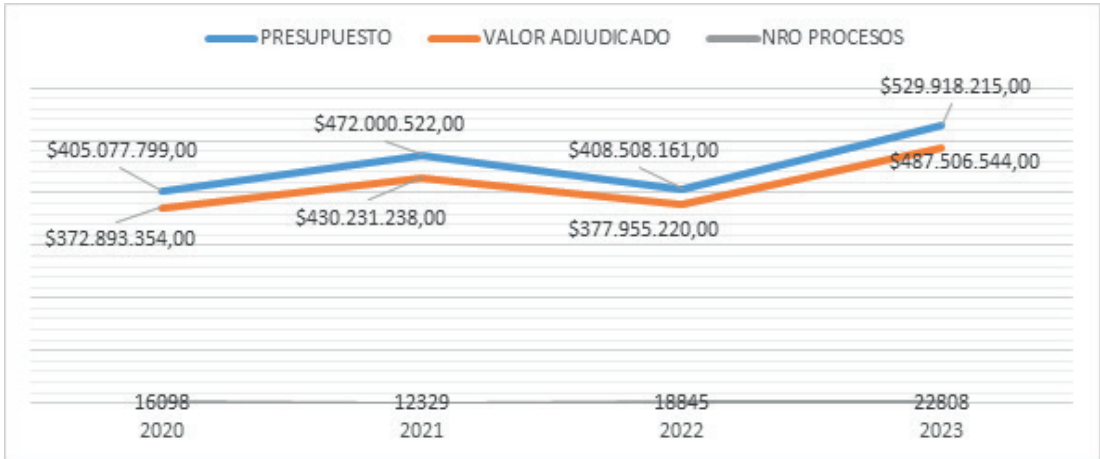
A continuación, se cita como ejemplo las estadísticas de los distintos tipos de procedimientos:

Tabla 23
Contratación pública- seguridad social-procesos de régimen común y especial

Periodo	Presupuesto		Valor Adjudicado	Cantidad de procesos
2020	USD	405.077.799,00	USD372.893.354,00	16098
2021	USD	472.000.522,00	USD430.231.238,00	12329
2022	USD	408.508.161,00	USD377.955.220,00	18845
2023	USD	529.918.215,00	USD487.506.544,00	22808

Nota. Obtenido del Servicio Nacional de Contratación Pública (2024)

Figura 39
Contratación pública- seguridad social-procesos de régimen común y especial



Nota. Obtenido del Servicio Nacional de Contratación Pública (2024)

Según el SERCOP, la información presentada sobre las entidades que conforman el sector de la Seguridad Social con relación a los procesos de régimen común y especiales, señala un crecimiento en el año 2023 del 29% en el monto de adjudicaciones en relación al año 2022; así como también se nota un incremento en el año 2023 del 21% en relación al 2022 en el número de procesos adjudicados. Cerrando en el 2023 con un total de 22808 procesos.

La descripción estadística que antecede conlleva a una interrogante, al haber incrementado el rubro de procesos adjudicados en el año 2023 frente al año 2022, ¿a qué se debe el continuo desabastecimiento de fármacos y dispositivos médicos en los hospitales?

Por otro lado, según las cifras consolidadas del SERCOP sobre los procesos de ínfima cuantía en las entidades que conforman el sector de la Seguridad Social, señala un decrecimiento en la utilización de los recursos adjudicados.

De acuerdo con las cifras del SERCOP se presenta la siguiente información:

Tabla 24

Contratación Pública - Seguridad Social-Procesos de Ínfima Cuantía

Periodo	Presupuesto	Valor Adjudicado	Cantidad de procesos
2020	USD43.895.036,00	USD43.895.036,00	13004
2021	USD28.679.935,00	USD28.679.935,00	13362
2022	USD28.097.735,00	USD28.097.735,00	12657
2023	USD17.179.033,00	USD17.179.033,00	8842

Nota. Obtenido del Servicio Nacional de Contratación Pública (2024)

Figura 40
Contratación Pública- Seguridad Social -Procesos de Ínfima Cuantía



Nota. Obtenido del Servicio Nacional de Contratación Pública (2024)

De acuerdo con las cifras del SERCOP, la información de centros hospitalarios y de atención ambulatoria (centros de salud) del sector público en el Ecuador, se detalla por tipo de proceso en el periodo fiscal 2023:

Tabla 25
Contratación Pública- Hospitales del Sector Público- Procesos de Régimen Común y Especial

Periodo 2023					
Tipo de Proceso	Cantidad de Procesos	Presupuesto		Valor adjudicado	
Arrendamiento de bienes inmuebles	11	USD	386.095,62	USD	
					386.095,62
Bienes y Servicios únicos	610	USD	59.072.160,07	USD	
					59.061.674,74
Catálogo Electrónico	26679	USD	237.211.101,91	USD	
					234.317.476,27
Comunicación Social	1	USD	150,00	USD	
					150,00
Contratación directa	11	USD	205.835,80	USD	
					202.532,93
Contratación interadministrativa	77	USD	11.268.270,27	USD	
					11.107.286,30
Cotización	34	USD	8.232.835,43	USD	
					7.703.647,83

Ferias Inclusivas	28	USD	4.156.435,61	USD	4.156.435,60
Licitación	5	USD	34.739.427,24	USD	29.054.716,31
Licitación de Seguros	66	USD	4.367.162,12	USD	3.343.685,22
Lista corta	1	USD	77.468,64	USD	66.270,00
Menor Cuantía	83	USD	4.439.183,46	USD	4.326.809,79
Publicación Especial	16	USD	20.747.830,64	USD	20.747.830,52
Repuestos o Accesorios	65	USD	4.411.411,76	USD	4.411.411,15
Subasta Inversa Electrónica	6167	USD	654.642.588,50	USD	566.408.129,66
Transporte de correo interno o internacional	1	USD	1.000,00	USD	950,00
Total general	33855	USD	1.043.958.957,07	USD	945.295.101,92

Nota. Obtenido del Servicio Nacional de Contratación Pública (2024)

Tabla 26

Contratación Pública-Centro de Salud-Procesos de Régimen Común y Especial

Tipo de Proceso	Cantidad de Procesos	Presupuesto	Valor adjudicado
Arrendamiento de bienes inmuebles	3	USD	USD
		161.974,08	161.974,08
Bienes y Servicios únicos	22	USD	USD
		120.905,89	120.905,89
Catálogo Electrónico	4829	USD	USD
		4.598.204,67	4.507.829,06
Contratación interadministrativa	3	USD	USD
		19.581,84	19.581,84

Cotización	2	USD	USD
		358.133,23	355.483,31
Menor Cuantía	3	USD	USD
		197.055,67	197.055,67
Repuestos o Accesorios	1	USD	USD
		1.326,70	1.326,70
Subasta Inversa	74	USD	USD
Electrónica		2.298.822,58	2.022.440,41
Total, general	4937	USD	USD
		7.756.004,65	7.386.596,96

Nota. Obtenido del Servicio Nacional de Contratación Pública (2024)

Conforme las estadísticas descritas, los procesos a través de los cuales se efectuaron adquisiciones de mayor incidencia son: el catálogo electrónico, subasta inversa y bienes y servicios únicos.

La contratación pública como estrategia gerencial

La contratación pública permite al gerente o autoridad hospitalaria alcanzar objetivos a corto, mediano y largo plazo; lapsos en los que los hospitales pueden realizar un abastecimiento adecuado de medicamentos, dispositivos médicos, contratación de servicios y construcción o adecuación de las instalaciones, siempre y cuando estas decisiones estén enmarcadas en la competitividad, objetividad y la planificación estratégica institucional.

La planificación estratégica hospitalaria debe estar acorde al plan nacional de desarrollo del Ecuador, constituye una herramienta de administración pública y su importancia y efectividad está determinada por su aplicación, en la que los gerentes pueden definir y disponer políticas estrategias, actividades, acciones para alcanzar metas y objetivos.

El complemento de estas dos actividades, la contratación pública como procedimiento y la planificación estratégica como herramienta permiten la efectividad de las adquisiciones en los hospitales.

La eficiencia de la contratación pública

Depende de las estrategias para crear y llevar a cabo procesos unificados o agrupados de acuerdo con las regulaciones, lo que permite un uso eficiente de los recursos económicos y la calidad de los bienes que se adquieren, estas estrategias van de la mano con una planificación acorde con las necesidades de los servicios, así como la normativa institucional que rige en los hospitales.

Se considera que para alcanzar la efectividad en los procesos de contratación pública a nivel hospitalario debería observarse lo siguiente:

- Realizar la planificación estratégica de acuerdo al nivel de complejidad hospitalario; lo que permitirá dirigir, supervisar, controlar y ejecutar en formas adecuada los diferentes procesos de contratación pública de acuerdo con los objetivos establecidos por la institución
- Realizar el análisis pertinente para definir adecuadamente la carga laboral, simplificar y/o unificar requerimientos y necesidades.
- Planificar las necesidades y/o requerimientos de la fase preparatoria y precontractual, realizar informes de necesidad, especificaciones técnicas, estudios de mercado, a fin de evitar que los procesos se declaren en etapas de desierto o terminaciones por una incorrecta aplicación de normas y aspectos técnicos.
- Financiar presupuestariamente los requerimientos de necesidades presentadas por los diferentes servicios del hospital.
- Evaluación continua de las fases de la contratación pública, comparar metas mensuales o trimestrales de ejecución de procesos con relación a la planificación establecida.
- Considerar que la contratación pública ya no está enfocada en el precio más bajo, la participación está enfocada en calidad, innovación, modernización y el mejor precio.

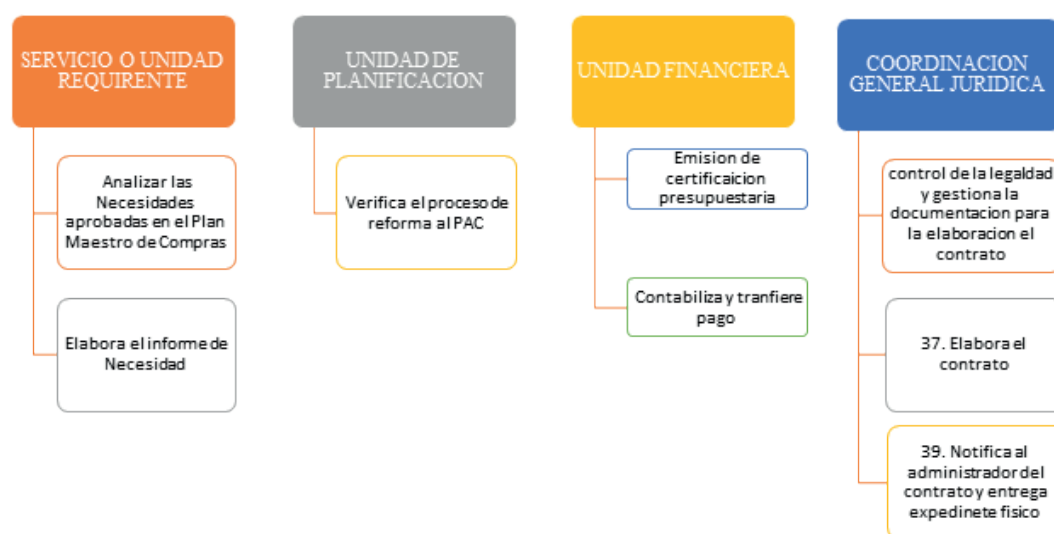
En el sector privado hospitalario existen factores que marcan la diferencia en relación con los procedimientos aplicados en el sector público, de ahí la eficiencia de este sector en el servicio de atención:

- El tiempo del proceso de compra lo efectúan hasta en 15 días en promedio.
- Las empresas proveedoras cuentan con políticas de despacho inmediato.

- Las empresas proveedoras cuentan con políticas de crédito.
- El proceso de pago es oportuno.
- La calidad técnica del personal, tecnología, limpieza, infraestructura, comunicación, accesibilidad, horarios de apertura y la gestión del conocimiento, son factores que hacen la diferencia con el hospital público.

Figura 41

Flujo recomendado de contratación pública en los centros hospitalarios -parte 1



Nota: El proceso de contratación pública en las unidades hospitalarias se ajusta conforme la estructura organizacional de cada entidad, se presenta como opción el flujo descrito que detalla actividades y responsables del proceso de adquisición de bienes o servicios.

Figura 42

Flujo recomendado de contratación pública en los centros hospitalarios -parte 2

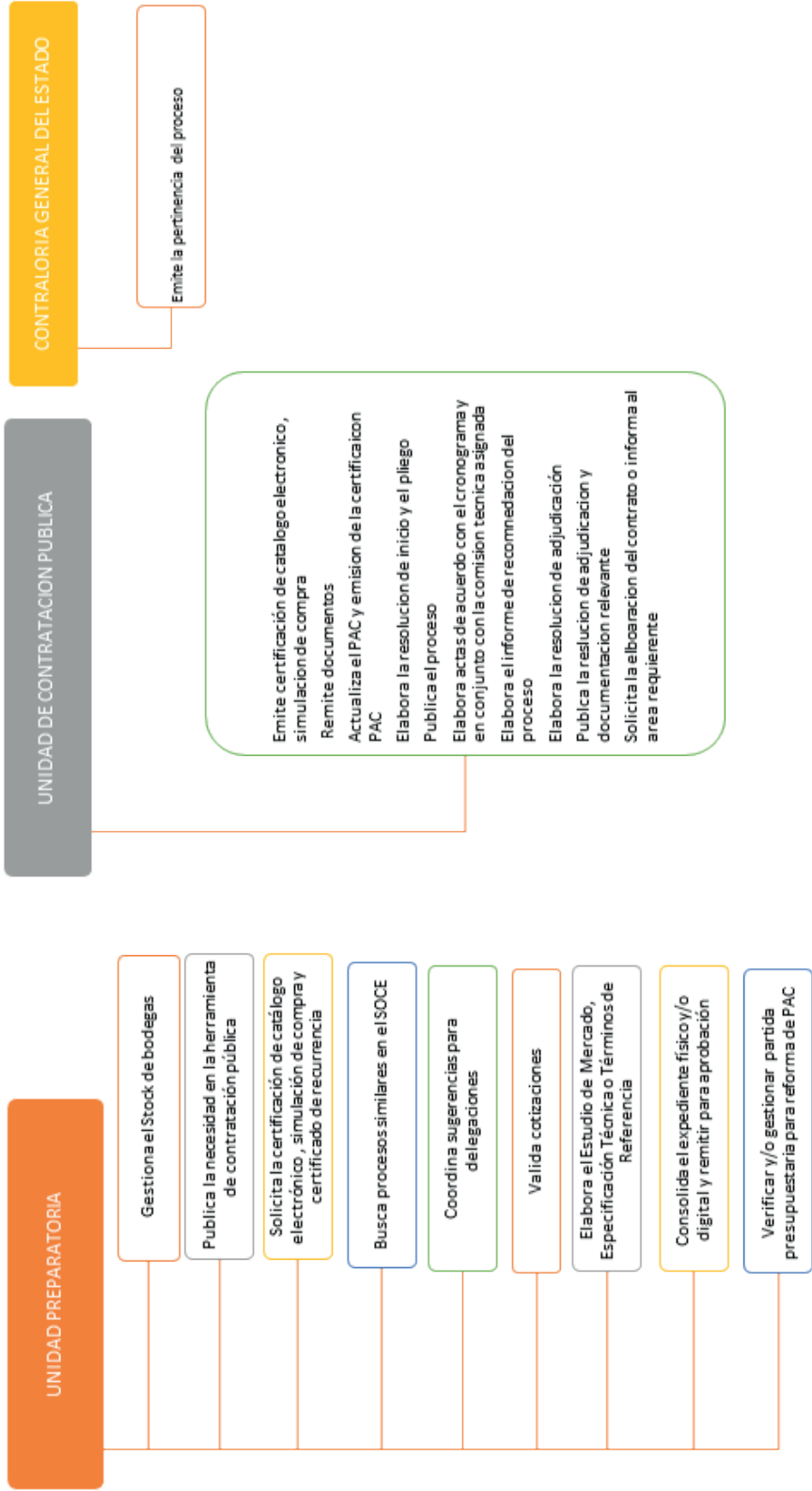
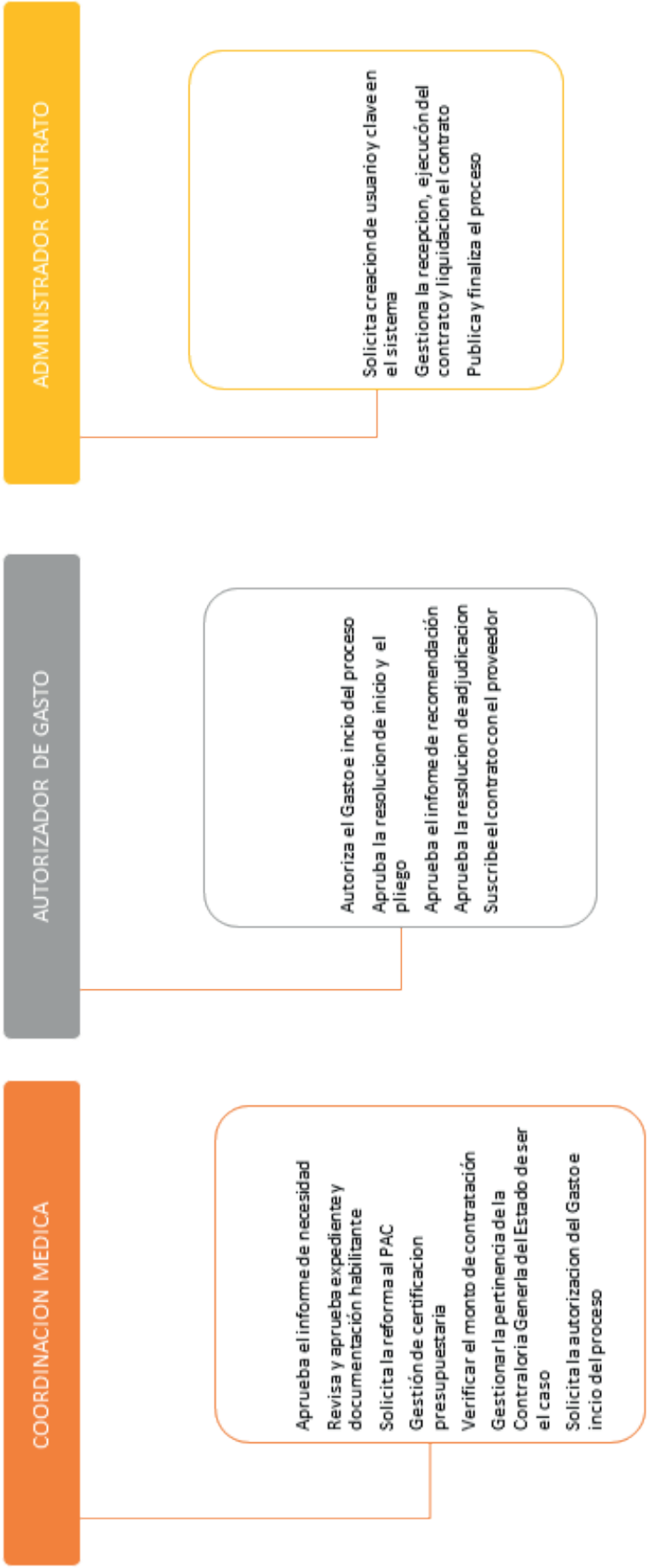


Figura 43
Flujo recomendado de contratación pública en los centros hospitalarios -parte 3



Contratación en hospitales privados

Los hospitales del sector privado ofrecen servicios personalizados con tiempos óptimos de atención y resultados inmediatos sin redireccionar los mismos. Los usuarios resuelven sus necesidades de salud en el momento.

De manera general, el proceso de compra que se realiza en las entidades hospitalarias del sector privado generalmente se desarrolla de la siguiente manera:

- Cumple con los parámetros y requisitos establecidos para su funcionamiento como registro sanitario, permiso de funcionamiento, certificados de calidad, certificados de buenas prácticas de transporte y distribución, RUC que se relacionen con la actividad económica, entre otros, establecidos en la normativa de salud y en resoluciones internas del centro hospitalario privado.
- Existe relacionamiento interno directo entre vendedor y el comité de compras.
- El establecimiento de precios en los centros de atención de salud privados depende de la mejor oferta en relación con el precio, calidad y oportunidad de entrega del producto.
- El control de recursos presupuestarios se basa en históricos de ejecución y proyecciones requeridas.
- Mantiene un control previo, concurrente y posterior en las diferentes dependencias y servicios de los centros de atención privada.

En el ámbito público, se precisa que el estado realice una reforma a Ley Orgánica de Contratación Pública de manera sustancial respecto del tiempo de cada proceso de compra, que se diferencie o separe el sector salud de las demás entidades del Estado, respecto del factor tiempo de ejecución de los procesos y la tramitología de estos.

El gobierno debe generar políticas de competitividad en la atención de centros hospitalarios a través de: incentivos tributarios, acceso a convenios internacionales, convenios o tratados de importación directa de infraestructuras, bienes y servicios que permitan mejorar la calidad de los servicios y ser más competitivos.

Referencias

- BID. (11 de 2017). Innovación en los métodos de contratación pública en América Latina y el Caribe: Casos de estudio: <https://publications.iadb.org/es/publicacion/17337/innovacion-en-los-metodos-de-contratacion-publica-en-america-latina-y-el-caribe>
- Faz, W., Hidalgo, M., fuentes, L., & Guerrero, K. (02 de 05 de 2023). *La Contratación Pública en Ecuador, Análisis y Perspectiva*: doi:<https://doi.org/10.47460/uct.v27i119.714>
- Lemus, J., Aragues, V., & Lucioni, M. (2009). *Administración Hospitalaria y de Organizaciones de Atención de la Salud* ISBN 978-950-9030-79-4. Rosario-Argentina: Esteban Oscar Mestre.
- López, N., & Rivas, L. (2010). *Interrogantes y respuestas sobre la nueva ley de contratación pública* ISBN: 9789942028457.
- SERCOP. (2008). Ley orgánica del sistema Nacional de Contratación Pública: <https://portal.compraspublicas.gob.ec/sercop/>
- Servicio Nacional de Contratación Pública. (2008). Ley Organica del Sistema Nacional de Contratación Pública. <https://portal.compraspublicas.gob.ec/sercop/>
- Servicio Nacional de Contratación Pública. (Abril de 2024). Contratación Pública en cifras: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMWI4MjI3O-DktYWY0NS00YWRmLTNmMzItMDZhOWNiZmY2NTI1IiwidCI6Im-Q2NDk2NzM4LWY5MTItNGExZS04NDE1LTQwY2E2ZjRhOTRlZCJ9>
- Viscarra, O. (2021). *Evolución histórica de la contratación pública en el Ecuador y su vinculación con la planificación nacional*: <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/7865>



CAPÍTULO XVI

Administración del presupuesto hospitalario

Carlos Alberto López Mera

Uno de los procesos que es parte de la toma de decisiones y define la eficiencia de la gestión a nivel gerencial en toda entidad que brinde servicios de salud sea esta pública o privada, es la administración y gestión presupuestaria, es un proceso que planifica, organiza, ejecuta, evalúa, logra objetivos y metas en las entidades hospitalarias.

Siendo las etapas del ciclo presupuestario: Programación, Formulación, Aprobación, Seguimiento y Evaluación; y, Clausura y Liquidación, el control previo del gasto, evaluación de ingresos, control de costos y precios es crucial, requiere de estrategias, cumplimiento de indicadores para garantizar que la fuente y uso de recursos sea eficiente.

La ejecución efectiva del presupuesto depende de la directa coordinación entre las unidades de planificación, presupuesto y la dirección/gerencia del hospital, es fundamental tanto la comunicación, la información y el cumplimiento de la normativa vigente, para alcanzar con eficiencia y transparencia los objetivos y metas establecidos en la planificación estratégica.

El uso eficiente de los recursos garantiza la eficiencia en la prestación de los servicios y la toma de decisiones adecuadas y oportunas en los servicios de salud.

En las últimas décadas han surgido muchos métodos, que van desde la proyección estadística de estados financieros, hasta el sistema “base cero”, con el cual se ha tratado de fijar una serie de “paquetes de decisión” para elegir el más razonable, y eliminar así la improvisación y los desembolsos innecesarios.

El papel desempeñado por los presupuestos “(...) lleva a afirmar que el presupuesto de caja es uno de los instrumentos más valiosos en poder de la dirección financiera de cualquier organización para formular la política de liquidez, proceder a la inversión oportuna de fondos sobrantes”. (Burbano, 2011, págs. 3-4)

Importancia y definición del presupuesto

Tanto en el sector público como privado, la importancia del presupuesto radica en el uso efectivo de los recursos, así como el cumplimiento garantizado de los objetivos, ya que el presupuesto es un instrumento para planificar y controlar los recursos utilizados en la gestión organizacional, previene riesgos

en el uso de los recursos financieros, es una herramienta importante y decisoria en la toma de decisiones de la organización.

Muñiz manifiesta:

El presupuesto es una herramienta de planificación, que, de una forma determinada expresa en términos monetarios los ingresos y gastos de recursos que se generan en un periodo determinado para cumplir con los objetivos fijados en la estrategia.

Las principales características funcionales de un presupuesto son:

- Tiene una finalidad principal, que es expresar lo que se requiere alcanzar en un futuro mediante los objetivos fijados de forma monetaria, apoyan la planificación y ayudan a cuantificar los objetivos de forma que se puedan trasladar y comunicar a los diferentes responsables, afianzando así el proceso de feedback entre la dirección y los diferentes responsables.
- Integra y coordina todas las áreas, actividades, departamentos y responsables en el momento de la confección de los diferentes tipos de presupuestos operativos.
- Aglutina toda la actividad de la organización con relación a los recursos utilizados y obtenidos en forma de ingresos, gastos e inversiones.
- El presupuesto utilizado por la dirección permite trasladar los objetivos a términos monetarios y delegar la responsabilidad de su consecución a los diferentes responsables para después poder hacer su seguimiento mediante el control y análisis de las desviaciones.
- El presupuesto sirve para minimizar el riesgo futuro en la consecución de los objetivos, ya que permite realizar su seguimiento y, en el caso de no cumplimiento, reconducir los objetivos a una situación más real y posible.

Las principales características operativas de un presupuesto son:

- Servir como herramienta de pronóstico y cálculo de variables e importes estimados.
- Le caracteriza el principio de economicidad o coste- beneficio, es decir, optimizar muy bien los recursos para su obtención y posterior realización.
- Herramienta susceptible de revisión y cambios continuos, por tanto, requiere una flexibilidad muy elevada.

- Participativo, se trata de diseñar una información en la que participen todas las personas implicadas y deben ser asumidos y aceptados todos los compromisos por todas las partes implicadas. (Muñiz, 2009, págs. 41-42)

Así mismo, Rincón señala:

Presupuesto es un análisis sistemático que analiza el futuro y presente de un proceso productivo y financiero de una empresa, calculando los inputs y los outputs de los recursos, siendo los recursos dinero, tiempo, materiales, uso de maquinaria y de espacio, entre otros. (Rincon, 2011, pág. 3)

El presupuesto debe entregar como resultados indicadores financieros sobre la cantidad y el costo de los recursos requeridos para desarrollar el producto, incluyendo el proceso productivo, así como datos concretos sobre su rentabilidad, la utilidad esperada, el flujo de efectivo y los indicadores financieros.

El presupuesto estudia y calcula la entrada de recursos, los costos y los tiempos en que estos pasan por el proceso productivo, el tiempo de venta, el tiempo de recaudo del efectivo y la circularidad con que estos vuelven a producir nuevos recursos, para mostrar al final la rentabilidad de los recursos circularizados puestos a disposición.

“Un programa de presupuestario será más eficaz en tanto en cuanto se puedan asignar adecuadamente las responsabilidades, para lo cual, necesariamente, tendrá que contar con una estructura organizativa perfectamente definida” (Fagilde, 2009, pág. 8).

Un presupuesto “Es un plan integrador y coordinador que se expresa en términos financieros respecto a las operaciones y recursos que forman parte de una empresa para un periodo determinado, (...), determina los ingresos y gastos del futuro (...)” (Ramirez, 2008, pág. 243).

Por lo tanto, el presupuesto, planifica con base a lo que quiere lograr en el futuro, en base a estadísticas, costos, hechos aleatorios y no aleatorios.

Clasificación del presupuesto

Actualmente, existen varias categorías de presupuestos que se han creado en función de las necesidades y enfoques de las empresas y se han diseñado para cumplir con objetivos, como los siguientes:

Tabla 27

Clases de presupuestos

Conforme a la adaptabilidad	Rígidos, estáticos, fijos o asignado
	Flexibles o variables
Según el plazo	A corto plazo
	A largo plazo
Según el ámbito de aplicación de la empresa	De operación o económicos
	Financieros (tesorería y capital)
Según el sector	Público
	Privado
	Tercer sector

Nota. Tomado de (Burbano, 2011,p.18)

Concordando con lo descrito por el autor Jorge Burbano Ruiz (2011), en su libro sobre Presupuestos, 3ra edición, a continuación se describen los diferentes tipos de presupuesto:

- *Rígidos, estáticos, fijos o asignados*: por lo general, se elaboran para un solo nivel de actividad en la que no se quiere o no se puede reajustar el costo inicialmente acordado. Una vez alcanzado el costo, no se permiten los ajustes requeridos por las variaciones que sucedan. De este modo, se efectúa un control anticipado, sin considerar el comportamiento económico, cultural, político, demográfico o jurídico de la región donde actúa la empresa. Esta forma de control anticipado dio origen al presupuesto que tradicionalmente utiliza el sector público.
- *Flexibles o variables*: los presupuestos flexibles o variables se elaboran para diferentes niveles de actividad y pueden adaptarse a las circunstancias que surjan en cualquier momento. Muestran los ingresos, costos y gastos ajustados al tamaño de operaciones manufactureras o comerciales. Tienen amplia aplicación en el campo del presupuesto de los costos, gastos indirectos de fabricación, administrativos y de ventas.
- *A corto plazo*: los presupuestos a corto plazo se planifican para cumplir el ciclo de operaciones de un año.
- *A largo plazo*: en este campo, se ubican los planes de desarrollo del Estado y de las grandes empresas. En el caso de los planes del gobierno, el

horizonte de planeamiento consulta el período presidencial establecido por normas constitucionales en cada país.

- *De operación o económicos*: incluye el presupuesto de todas las actividades para el período siguiente al cual se elabora y su contenido a menudo se resume en un estado proyectado de pérdidas y ganancias. En estos presupuestos se pueden incluir ingresos y gastos operacionales.
- *Financieros (tesorería y capital)*: incluyen el cálculo de partidas y/o rubros que inciden fundamentalmente en el balance. Conviene en este caso destacar el presupuesto de caja o tesorería y el presupuesto de capital, también conocido como de erogaciones capitalizables.
- *Presupuesto de tesorería*: se formula con las estimaciones de fondos disponibles en la caja, bancos y valores de fácil realización. También se denomina presupuesto de caja o de efectivo, porque consolida las diversas transacciones relacionadas con la entrada de fondos (ventas al contado, recuperación de cartera, ingresos financieros, redención de inversiones temporales o dividendos reconocidos por la intervención del capital social de otras empresas) o con la salida de fondos líquidos (amortización de créditos, pago a proveedores, pago de nómina, de impuestos o de dividendos). El presupuesto de tesorería se establece por períodos cortos: meses o trimestres.
- *Presupuesto de erogaciones capitalizables*: controla las diferentes inversiones en activos fijos. Contendrá el importe de las inversiones en adquisición de terrenos, construcción o ampliación de edificios y compra de maquinaria y equipos.
- *Presupuestos del sector público*: los presupuestos del sector público cuantifican los recursos que requieren los gastos de funcionamiento, la inversión y el servicio de la deuda pública de los organismos y las entidades oficiales. Al efectuar los estimativos presupuestales, se contemplan variables como la remuneración de los funcionarios que laboran en instituciones del gobierno, los gastos de funcionamiento de las entidades estatales, la inversión en proyectos de apoyo a la iniciativa privada, la realización de obras de interés social y la amortización de compromisos ante la banca internacional. Paralelamente al presupuesto de gastos se elabora el presupuesto de ingresos, el cual debe ser equivalente y debe cumplir las formalidades establecidas en la ley para su aprobación, ejecución y control.

- *Presupuestos del sector privado:* los utilizan las empresas privadas como base de planificación de las actividades organizacionales. Carecen de las formalidades jurídicas de los presupuestos públicos y esto les caracteriza como más flexibles.
- *Presupuestos del tercer sector:* una organización del tercer sector es una asociación u organización sin ánimo de lucro constituida para prestar un servicio que mejora o mantiene la calidad de vida de la sociedad. Está conformada por un grupo de personas que aportan trabajo voluntario para liderar y orientar la entidad; no busca el lucro personal de ninguno de sus miembros, socios o fundadores y tiene un carácter no gubernamental. (Burbano, 2011, p.18-21)

Relación de la planificación estratégica y el presupuesto

La preparación y el levantamiento de la planificación en las entidades facilitan la determinación de los objetivos, mientras que el presupuesto participa como un factor o plan financiero para el cumplimiento de los objetivos planteados; por lo que la conexión de estas, permiten lograr los objetivos deseados. Por lo que se señala lo siguiente:

El Presupuesto y planificación estratégica son dos aspectos fundamentales para la administración correcta del comportamiento financiero de cualquier empresa. Ambos son complementarios y necesarios para garantizar el buen funcionamiento y el orden, estimar un presupuesto es el primer paso hacia la estabilidad del negocio, mientras que la planificación estratégica permite la correcta distribución de las inversiones.

El éxito empresarial es directamente proporcional a la correcta administración del presupuesto global por áreas de interés. Esto incluye la preparación y revisión de estrategias de negocio, y su traducción en números que den cuenta sobre la eficacia de la planificación. Hablando de la planificación estratégica, su función principal es determinar con precisión la dirección del negocio en los próximos años; y los medios para conseguirlo. Generalmente, esto consiste en la descripción de partidas presupuestarias en un cuadro que describe los ingresos esperados en contrapartida con los gastos planificados.

“(...) El presupuesto es entonces un aliado que mejora la visión de los resultados financieros; los cuales se miden en términos de ingresos y egresos; ganancias y pérdidas, inversiones y gastos” (Salazar, 2020).

Relación del presupuesto y la contabilidad

La interacción de estos dos factores es de suma importancia, a través de la determinación de un presupuesto, se logra establecer de manera monetaria los objetivos y metas en las organizaciones, mientras que la contabilidad proporciona información contable ejecutada para la toma de decisiones en la gestión administrativa financiera.

Como resultado, de esta relación se establece lo siguiente:

El departamento de contabilidad y presupuesto son las áreas que se encargan de realizar el análisis y la planeación tanto financiera como contable, dentro de esta se encuentra dos procesos de los cuales son:

- En el primero (contabilidad) se realiza el análisis de la situación financiera de la empresa con la finalidad de que la gerencia pueda tomar las decisiones necesarias en el beneficio de la organización.
- En el segundo proceso (presupuesto) se realiza la planeación financiera de la empresa a través de la proyección de la metodología empleada para el desarrollo del presupuesto y su ejecución.

Presupuesto coordina con Contabilidad, al momento que el personal responsable de la elaboración del presupuesto necesita conocer las obligaciones que se encuentran pendientes sea las que se encuentran por vencer o las vencidas, así como también la liquidez que tiene la empresa para que con dicha información se elabore de forma objetiva el presupuesto y que en su ejecución se cumpla el 100% con lo planificado a fin de que se cumpla con las metas establecidas en la organización.

Debido a que el objetivo del presupuesto es planear, organizar, coordinar y dirigir un organismo gubernamental, haciendo referencia al presupuesto público, este se estima el gasto público con base en las funciones de las dependencias y entidades que conforman la administración pública.

La contabilidad del presupuesto de egresos de la administración pública se realiza por medio de los programas, subprogramas y proyectos con base en la clasificación por objetivo del gasto, reflejado en los cargos y abonos por clave presupuestaria por cada partida del gasto público. (Hidalgo, Villarroel, & Hidalgo, 2023, págs. 59-60)

Relación de la administración y el presupuesto

Esta vinculación es de suma importancia, puesto que a través de esta se pueden identificar posibles riesgos, desviaciones y poder ejecutar estrategias de control o corrección, lo que conlleva a mantener parcialmente una administración eficiente. Puesto que a través del presupuesto permitirá a la administración supervisar y controlar la gestión de una empresa durante un período de tiempo.

Conforme describe el autor Jorge Burbano en su obra sobre Presupuestos un enfoque de direccionamiento estratégico (2011, pág.13-15), enlaza al presupuesto con la administración así:

(...) El control presupuestario es el medio de mantener el plan de operaciones dentro de los límites preestablecidos. Mediante él se comparan los resultados reales, se determina las variaciones y se suministran a la administración elementos de juicio para la aplicación de acciones correctivas. Sin presupuesto, la dirección de una empresa no se sabe hacia cuál meta debe dirigirse, no puede precisar los campos de la inversión que merecen financiarse, puede incurrir en la administración incorrecta de los recursos económicos, no tiene bases sólidas para emplear la capacidad instalada de producción y no dispone de información requerida para medir el cumplimiento de los objetivos.

Presupuesto público en Ecuador

En Ecuador, el presupuesto del sector público se establece en función de la siguiente normativa:

Art.280 del Plan Nacional de Desarrollo determina que es el instrumento al que se sujetarán las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución del presupuesto del Estado; y la inversión y la asignación de los recursos públicos; y coordinar las competencias exclusivas entre el Estado central y los gobiernos autónomos descentralizados. Su observancia será de carácter obligatorio para el sector público e indicativo para los demás sectores

Art. 292 del Presupuesto General del Estado manifiesta que es el instrumento para la determinación y gestión de los ingresos y egresos del Estado, e incluye todos los ingresos y egresos del sector público, con excepción de los

pertenecientes a la seguridad social, la banca pública, las empresas públicas y los gobiernos autónomos descentralizados.

Art. 293 de la Constitución de la República (2008, pág.93) título cuarto sobre el Presupuesto General del Estado señala: La formulación y la ejecución del Presupuesto General del Estado se sujetarán al Plan Nacional de Desarrollo. Los presupuestos de los gobiernos autónomos descentralizados y los de otras entidades públicas se ajustarán a los planes regionales, provinciales, cantonales y parroquiales, respectivamente, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, sin menoscabo de sus competencias y su autonomía.

Art. 77 del Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas (2010 pág.28) respecto del Presupuesto General del Estado manifiesta que, el Presupuesto General del Estado es el instrumento para la determinación y gestión de los ingresos y egresos de todas las entidades que constituyen las diferentes funciones del Estado. No se consideran parte del Presupuesto General del Estado, los ingresos y egresos pertenecientes a la Seguridad Social, la banca pública, las empresas públicas y los gobiernos autónomos descentralizados.

Respecto de la Ley de Seguridad Social (2001, p.10-11):

Art. 27 sobre Atribuciones. El Consejo Directivo tendrá a su cargo:

Literal i. La aprobación del presupuesto general de operaciones del IESS, preparado por el director general y sometido a informe previo del ministro de Economía y Finanzas, hasta el 31 de diciembre de cada año.

La normativa descrita, tiene como objetivo establecer las responsabilidades y procedimientos para la aplicación y generación del presupuesto, estableciendo un ciclo presupuestario y ejecutándolo para lograr el cumplimiento de los objetivos de cada entidad pública según su función. Todo esto se centró en metas específicas, como:

- Los recursos del presupuesto deben distribuirse y orientarse de manera efectiva.
- Los recursos presupuestarios se plasmen en bienes, servicios, obras de manera óptima.
- Garantizar que cada entidad complete de manera efectiva cada una de las etapas del ciclo presupuestario.
- Mantener definidos los estándares para la aprobación del presupuesto de cada entidad durante el período fiscal específico.

- Asignación de recursos presupuestarios a las necesidades planificadas.
- Suministrar el control previo e interno en las entidades con el fin de evitar riesgos y sanciones a futuro.
- Determinar las estrategias de evaluación y seguimiento del presupuesto de las entidades como métodos de control para identificar desviaciones o mal uso de los recursos.
- Determinación de los presupuestos para llevar a cabo la planificación y evaluar el cumplimiento de las metas a través de la comparación y medición de resultados.

Importancia del presupuesto público

El presupuesto en las entidades que pertenecen al sector gubernamental es una herramienta esencial para la implementación y cumplimiento de la política y planes fiscales, porque permite el financiamiento de las metas, objetivos, programas y proyectos de todas las instituciones estatales.

Por lo tanto, es importante señalar de manera conceptual el Presupuesto General del Estado: (...) dispone al Ministerio de Salud detallar las prioridades como la rehabilitación en infraestructura hospitalaria, compra de medicamentos, intervención en campañas de prevención de enfermedades en el sector rural, etc., es decir, indicar cuánto dinero necesitan para cumplir con esos objetivos ministeriales. El presupuesto público, llamado también presupuesto del Estado, está planteado por un sistema jurídico, político, contable que conforme manifiesta el autor Carlos Rincón (2011, p345) “caracteriza la información de las actividades financieras futuras del Estado, como un proceso planificado, que sirve de control y al final, de evaluación de las finanzas públicas”.

Clasificación del presupuesto público

De acuerdo con lineamientos del Ministerio de Finanzas, la estructura presupuestaria en el sector público se divide en presupuesto de egresos e ingresos, para lo cual describe sobre egresos e ingresos permanentes y no permanentes, lo siguiente:

Egresos permanentes: Son los egresos de recursos públicos que el Estado a través de sus entidades, instituciones y organismos, efectúan con carácter que

requieren repetición permanente y permiten la provisión continua de bienes y servicios públicos a la sociedad. Los egresos permanentes no generan directamente acumulación de capital o activos públicos.

Egresos no permanentes: Son los egresos de recursos públicos que el Estado a través de sus entidades, instituciones y organismos, efectúan con carácter de temporal, por situación específica, excepcional o extraordinaria que no requiere repetición permanente. Los egresos no permanentes pueden generar directamente acumulación de capital bruto o activos públicos o disminución de pasivos. Por lo que los egresos no permanentes incluyen los gastos de mantenimiento realizados exclusivamente para reponer el desgaste de capital.

Ingresos permanentes: Son los ingresos de recursos públicos que el Estado a través de sus entidades, instituciones y organismos, recibe de manera continua, periódica y previsible. La generación de ingresos permanentes no ocasiona la disminución de la riqueza nacional. Por ello, los ingresos permanentes no pueden provenir de la enajenación, degradación o venta de activos públicos, de ningún tipo de endeudamiento público.

Ingresos no permanentes: Son los ingresos de recursos públicos que el Estado a través de sus entidades, instituciones y organismos, recibe de manera temporal, por una situación específica, excepcional o extraordinaria. La generación de ingresos no permanentes puede ocasionar disminución de la riqueza nacional. Por ello, los ingresos no permanentes pueden provenir, entre otros, de la venta de activos público o del endeudamiento público.

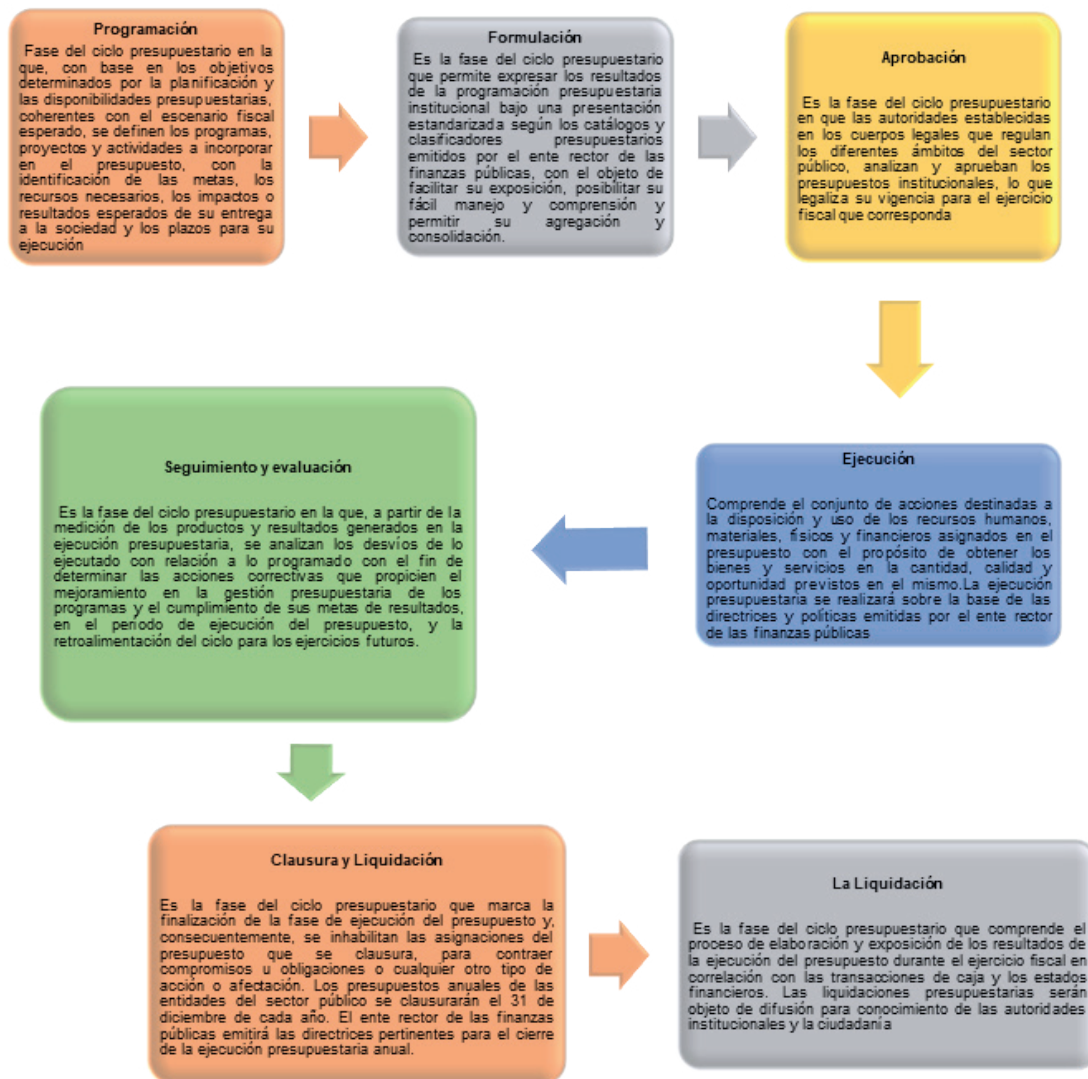
Esta clasificación establece los límites de gastos durante el año fiscal, por cada una de las Entidades del Sector Público y los ingresos que los financian, acorde con la disponibilidad de los Fondos Públicos, a fin de mantener el equilibrio fiscal.

El Ciclo Presupuestario en el sector público

Las organizaciones del sector público utilizan el ciclo presupuestario para manejar y organizar los recursos durante un período de tiempo. Esta técnica se emplea en varias etapas del ciclo presupuestario. El ciclo presupuestario ha sido establecido por el Ministerio de Economía y Finanzas de Ecuador de la siguiente manera:

Figura 44

Ciclo Presupuestario



Nota. MEF, Subsecretaría de Presupuesto (2018,p.13-45)

El siguiente cuadro muestra cómo se determinan los actores y responsabilidades en cada una de las fases del ciclo presupuestal:

Tabla 28

Fases del ciclo presupuestario

ETAPA	INVOLUCRADOS	RESPONSABILIDADES
PROGRAMACIÓN	La Subsecretaría de Presupuesto del Ministerio de Economía y Finanzas y/o Entidad rectora en instituciones autónomas	- Establecen los objetivos y metas para un periodo determinado. - Elaboran y socializan las directrices presupuestarias; es decir las condiciones para la elaboración de la proforma presupuestaria. - Así como también se procede a elaborar la consolidación de instituciones, programas, proyectos, actividades y las fuentes de financiamiento que van a formar parte del presupuesto y el destino de los mismos. - Es el ente rector encargado de presentar la propuesta de presupuesto para cada periodo fiscal
	Ministerio de Economía y Finanzas y/ o Entidad rectora en instituciones autónomas	- Elaboran la propuesta de la proforma presupuestaria, en relación a los objetivos y necesidades levantadas y determinadas de manera monetaria en las distintas partidas presupuestarias
FORMULACIÓN	Instituciones pertenecientes al sector público	- Elaboran la propuesta de la proforma presupuestaria, en relación a los objetivos y necesidades levantadas y determinadas de manera monetaria en las distintas partidas presupuestarias
	Instituciones autónomas	- Son las entidades, encargadas de revisar, solicitar ajustes y aprobar el presupuesto destinado a las entidades del sector público y a las que son reguladas de manera autónoma.
APROBACIÓN	Asamblea Nacional y/o o Entidad rectora en instituciones autónomas	- Presentar los respectivos justificativos de ser el caso sobre la proforma presentada
	Instituciones pertenecientes al sector público e instituciones autónomas	- Proceso en el cual se ejecuta el presupuesto aprobado y validado por la entidad respectiva; a través de la aplicación distintos procesos de contratación, con el fin de adquirir bienes y servicios para la operatividad de la misma.
EJECUCIÓN	Instituciones pertenecientes al sector público e instituciones autónomas	- Se ejecuta las etapas de ejecución: certificación presupuestaria, compromiso presupuestario, devengado y pagado. - Monitorea la ejecución del presupuesto de manera adecuada.
	Ministerio de Economía y Finanzas y/ o Entidad rectora en instituciones autónomas	- Así como también puede modificar el mismo conforme las necesidades y prioridades de los sectores en base a la normativa. - Realiza la medición de los resultados físico y financiero y las posibles variaciones en el presupuesto
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN		

			- Cada periodo fiscal termina la ejecución presupuestaria el 31 de diciembre, por lo que ninguna entidad tendrá obligaciones que afecten ese año.
CLAUSURA LIQUIDACIÓN	Y	Ministerio de Economía y Finanzas y/ o Entidad rectora en instituciones autónomas	- Los informes de liquidación presupuestaria son consolidados por la entidad correspondiente.

El ciclo presupuestario en los hospitales y/o centros de atención hospitalaria del sector público, es de carácter obligatorio, para lo cual comprenden las siguientes etapas:

El propósito del ciclo presupuestario sugiere la ejecución efectiva del presupuesto general del estado, el cual es obligatorio para todas las entidades del sector público en Ecuador. Cada etapa de cumplimiento debe incluir análisis o implementación de estrategias con el objetivo de precautelar los recursos y garantizar la seguridad y efectividad en la ejecución del presupuesto.

Principios presupuestarios

El Ministerio de Economía y Finanzas de Ecuador establece los siguientes principios para la regulación de los presupuestos públicos:

Figura 45

Principios presupuestarios

Nota. Obtenido de (Ministerio de Economía y Finanzas - Subsecretaría de Presupuesto, 2018,p.9-11)

Conforme dispone el Ministerio de Finanzas, es preciso describir conceptualmente los principios del presupuestarios:

- **Universalidad:** Los presupuestos contendrán la totalidad de los ingresos y gastos. No deben compensarse ingresos con gastos previos a su inclusión en el presupuesto.
- **Unidad:** El conjunto de ingresos y gastos debe contemplarse en un solo presupuesto bajo un esquema estandarizado; no podrán crearse presupuestos especiales ni extraordinarios.
- **Programación:** Las asignaciones que se incorporen en los presupuestos deberán responder a los requerimientos de recursos humanos, materiales, físicos y financieros que permitan ejecutar acciones para el cumpli-

miento de los objetivos y metas que se programen en el horizonte anual y plurianual.

- **Equilibrio y Estabilidad:** El presupuesto será consistente con las reglas fiscales y los objetivos, límites y metas relativas a las mismas, en el marco del fortalecimiento y sostenibilidad fiscal anual y plurianual.
- **Plurianualidad:** El presupuesto anual se elaborará en el marco de un escenario plurianual coherente con las reglas fiscales y los objetivos, límites y metas fiscales establecidos para el mismo horizonte.
- **Eficiencia:** La asignación y utilización de los recursos humanos, materiales, físicos y financieros del presupuesto se hará en términos de la producción de bienes y servicios públicos al menor costo posible para una determinada característica y calidad de los mismos.
- **Eficacia:** El presupuesto contribuirá a la consecución de los objetivos, metas y resultados definidos en los programas contenidos en el mismo.
- **Transparencia:** El presupuesto se expondrá con claridad de forma que pueda ser entendible a todo nivel de la organización del Estado y la sociedad y será objeto permanente de informes públicos sobre los resultados de su ejecución.
- **Flexibilidad:** El presupuesto será un instrumento flexible en cuanto sea susceptible de modificaciones para propiciar la más adecuada utilización de los recursos para la consecución de los objetivos y metas de los programas que contiene.
- **Especificación:** El presupuesto establecerá claramente el origen de los ingresos y la finalidad específica a la que se destinan; en consecuencia, impone la limitación que no permite gastar más allá del techo asignado y en propósitos distintos de los contemplados en el mismo.
- **Legalidad:** En todas las fases del ciclo presupuestario los actores que intervienen deben someterse a las disposiciones del marco jurídico vigente.
- **Integralidad:** Entre todos los componentes del SINFIP y entre las fases del ciclo presupuestario debe existir un enfoque integral, que comprenda todas las interrelaciones y vínculos operacionales e institucionales.
- **Sostenibilidad:** Los presupuestos anuales deben considerar los efectos y expectativas futuras de forma que estén en capacidad de contribuir al

cumplimiento de los objetivos y metas de la sostenibilidad fiscal en el mediano plazo (Ministerio de Economía y Finanzas - Subsecretaría de Presupuesto, 2018,p.9-11).

Los principios presupuestarios rigen la salud financiera de las entidades, ya que establecen pautas claras para actuar con el objetivo de maximizar la eficiencia, calidad y destino de los recursos, con el fin de asegurar una gestión presupuestal efectiva.

Proceso de ejecución presupuestaria en hospitales

Una de las etapas del ciclo presupuestario, es la etapa de ejecución del presupuesto, que incluye una serie de actividades para lograr la ejecución de los recursos financieros. Después de completar las primeras etapas del ciclo presupuestario: programación, formulación y aprobación; hablaremos brevemente sobre la ejecución presupuestaria. A continuación en página completa se muestra la tabla de ejecución presupuestaria.

Tabla 29

Ejecución presupuestaria:

Etapas de la Ejecución presupuestaria					
Fase preparatoria para la ejecución	Verificación de recursos		Análisis de la disponibilidad de recursos en la Cedula Presupuestaria y que se parte de la planificación aprobada. De ser el caso optimizar recursos a través de reformas y modificaciones presupuestarias.		• Conforme el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, señala: Art. 115.- Certificación Presupuestaria. - Ninguna entidad u organismo público podrán contraer compromisos, celebrar contratos, ni autorizar o contraer obligaciones, sin la emisión de la respectiva certificación presupuestaria. Art. 116.- Establecimiento de Compromisos. Los créditos presupuestarios quedarán comprometidos en el momento en que la autoridad competente, mediante acto administrativo expreso, decida la realización de los gastos, con o sin contraprestación cumplida o por cumplir y siempre que exista la respectiva certificación presupuestaria. En ningún caso se adquirirán compromisos para una finalidad distinta a la prevista en el respectivo presupuesto. Art. 178.- Sanciones por comprometer recursos públicos sin certificación presupuestaria. - Ninguna entidad u organismo público podrán contraer compromisos, celebrar contratos ni autorizar o contraer obligaciones, sin que conste la respectiva certificación presupuestaria. Los funcionarios responsables que hubieren contraído compromisos, celebrado contratos o autorizado o contraído obligaciones sin que conste la respectiva certificación presupuestaria serán destituidos del puesto y serán responsables personal y pecuniariamente.
				Responsabilidades	
		Certificación presupuestaria	Aplicación de control previo, generación de estrategias para control interno en las etapas conforme la normativa vigente	La certificación presupuestaria se realiza para asegurarse de que una institución tiene los recursos presupuestarios necesarios para comprar un bien o servicio. Solo se utiliza la certificación presupuestaria para los gastos.	

Fase de Ejecución de Recursos		
Compromiso presupuestario		presupuesto se reservará en ese momento o en su totalidad. En el momento en que se acuerda o contrata formalmente con un tercero para realizar obras, proporcionar bienes, brindar servicios, transferir o otorgar subvenciones, el compromiso se ve materializado. Toda institución necesita la asignación presupuestaria con ese propósito, así como el saldo disponible suficiente, para que exista un compromiso. Si el compromiso no se cumple, se puede anular por completo o parcialmente.
	Devengado	Se podrá liberar recursos presupuestarios de manera parcial, en relación al tipo de proceso que se realizó en la etapa de precontractual. Es el reconocimiento de una obligación a un tercero como resultado de la entrega de los bienes y servicios que se habían contratado previamente, sin que esto implique un pago.
	Pago	Es la liquidación en la que el comprador paga al proveedor del bien o servicio.
Art. 179.- La máxima autoridad de cada entidad y organismo público y los funcionarios y servidores encargados del manejo presupuestario, serán responsables por la gestión y cumplimiento de los objetivos y metas, así como de observar estrictamente las asignaciones aprobadas, aplicando las disposiciones contenidas en el presente código y las normas técnicas. • Conforme el Código Orgánico Integral Penal, en el cual menciona: Art. 13.- ¡La ley obliga a todos los habitantes de la República, con inclusión de los extranjeros; y su ignorancia no excusa a persona alguna. • Conforme las Normas de Control Interno para las Entidades, Organismos del Sector Público y de las Personas Jurídicas de Derecho Privado que dispongan de recursos públicos, en las cuales señalan: 100-03 responsables del control interno: el diseño, establecimiento, mantenimiento, funcionamiento, perfeccionamiento, y evaluación del control interno es responsabilidad de la máxima autoridad, de los directivos, y el personal de la entidad, de acuerdo con sus competencias. Los directivos, en el cumplimiento de su responsabilidad, pondrán especial cuidado en áreas de mayor importancia por su materialidad y por el riesgo e impacto en la consecución de los fines institucionales. El personal de la entidad es responsable de realizar las acciones y atender los requerimientos para el diseño, implantación, operación y fortalecimiento de los componentes del control interno de manera oportuna, sustentados en la normativa legal y técnica vigente y con el apoyo de la auditoría interna como ente asesor y de consulta. 402-01 PRESUPUESTO - Responsabilidad del control La máxima autoridad de una entidad u organismo del sector público dispondrá a los responsables de las unidades inherentes a la materia, el diseño de los controles que se aplicarán para asegurar que todas las etapas del ciclo presupuestario cumplan con las disposiciones legales, reglamentarias y políticas gubernamentales, sectoriales e institucionales que regulan las actividades del presupuesto. Los responsables de la administración financiera de las entidades del sector público establecerán procedimientos de control interno presupuestario para la		

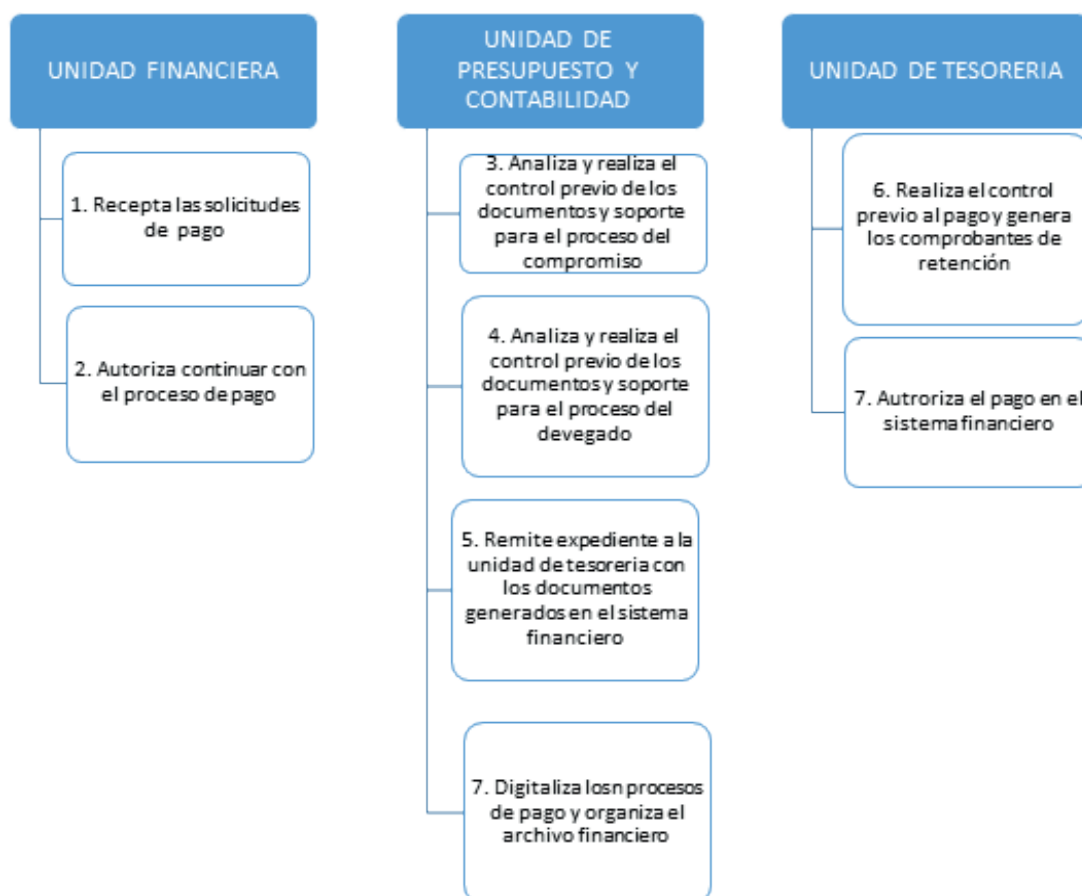
				programación, formulación, aprobación, ejecución, evaluación, clausura y liquidación del presupuesto institucional. Deberán fijar los objetivos generales y específicos en la programación de ingresos y gastos; y, deberán asegurar la disponibilidad presupuestaria de fondos en las asignaciones aprobadas. Todos los ingresos y gastos estarán debidamente presupuestados; y, en caso de existir valores no considerados en el presupuesto, se procederá con la tramitación de la reforma presupuestaria correspondiente, misma que deberá ser justificada técnica y legalmente en cuanto a su necesidad, reprogramación y priorización correspondiente. En la formulación del presupuesto público se observarán los principios presupuestarios de: universalidad, unidad, programación, equilibrio y estabilidad, plurianualidad, eficiencia, eficacia, transparencia, flexibilidad, especificación, legalidad, integralidad y sostenibilidad; para que el presupuesto cuente con atributos que vinculen los objetivos de la planificación institucional con la administración de recursos, tanto en el aspecto financiero como en las metas fiscales
--	--	--	--	--

Nota. (Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, 2010), (Normas de control interno para las entidades, organismos del sector público y de las personas jurídicas de derecho privado que dispongan de recursos públicos, 2023), (Código Civil de la República del Ecuador, 2005)

A continuación, en forma resumida se describe el flujo de la ejecución de recursos presupuestarios en las entidades hospitalarias del sector público:

Figura 46

Flujo de ejecución presupuestaria en las entidades hospitalarias del sector público



Gestión presupuestaria en hospitales públicos

La gestión presupuestaria en hospitales públicos es crucial, de la eficiencia de esta dependerá, la calidad del servicio prestado a los pacientes. Así como también a través de este proceso les permitirá a los hospitales organizar y planificar los recursos presupuestarios y financieros, sustentar los gastos corrientes y de capital, con el fin de proveer de bienes y servicios a los pacientes. Por lo tanto, la gestión presupuestaria es simplemente la implementación y establecimiento de estrategias e indicadores para lograr los objetivos de corto, mediano y largo plazo de una organización.

Para la consecución de una buena gestión en las entidades que prestan servicios de salud debe tener en cuenta varios factores generales que intervienen a lo largo de todo el proceso presupuestario, por lo que se detalla en forma simplificada las acciones y/o actividades que las entidades deben ejecutar para el cumplimiento del ciclo presupuestario:

Tabla 30

Actividades ciclo presupuestal en hospitales públicos

Programación	
La Subsecretaría de Presupuesto del Ministerio de Economía y Finanzas y/o Entidad rectora en instituciones	Establecen y determinan los objetivos y metas para un periodo determinado.
	Elaboran y socializan las directrices presupuestarias; es decir las condiciones para la elaboración de la proforma presupuestaria.
	Elaborar la consolidación de instituciones, programas, proyectos, actividades y las fuentes de financiamiento que van a formar parte del presupuesto y el destino de los mismos.
Formulación	
Ministerio de Economía y Finanzas y/o Entidad	Es el ente rector encargado de presentar la propuesta de presupuesto para cada periodo fiscal
Instituciones pertenecientes al sector público	Con las necesidades bien establecidas, se podrá formular y estimar la proforma presupuestaria de la entidad, misma que se convierte en la consolidación de las necesidades expresados en términos monetarios e ítems presupuestarios y siempre atados a los objetivos planteados. La cual será puesta a consideración del ente rector para la aprobación, según la operatividad de la entidad pública y las normativas que las regulan.
Instituciones autónomas	
Aprobación	
Asamblea Nacional y/o Entidad rectora en instituciones autónomas	Son las entidades, encargadas de revisar, solicitar ajustes y aprobar el presupuesto destinado a las entidades del sector público y a las que son reguladas de manera autónoma.

Instituciones pertenecientes al sector público e instituciones autónomas	La entidad rectora en relación a la asignación de recursos y/o el presupuesto general aprobado, es la encargada de verificar y legalizar las estimaciones realizadas y realizar los ajustes necesarios de ser el caso por cada entidad. Este ajuste o recorte presupuestario es una de las limitantes que toda institución pública se ve afectada en cada periodo fiscal. Ya que por lo general el presupuesto no es levantado conforme el requerimiento de la institución, lo que provoca que la entidad tenga realizar la priorización de la planificación levantada mediante un ajuste de necesidades. Y a veces esta priorización causa una atención de salud deficiente, al existir desabastecimientos de bienes y servicios, deudas de años anteriores, stocks críticos y ajuste en las cantidades planificadas. Presentar los respectivos justificativos de ser el caso sobre la proforma presentada
Ejecución	
Instituciones pertenecientes al sector público e instituciones autónomas	Una vez aprobados los recursos presupuestarios de la institución, se determina la frecuencia en la cual van a ser ejecutadas, y se procede con la carga de la <u>planificación PAC para la respectiva ejecución</u>. Luego, la entidad procede con la ejecución presupuestaria, la misma que se basa en un conjunto de acciones la cual conlleva la intervención de todos los recursos humanos, materiales para poder gestionar la adquisición de bienes, servicios, obras de manera eficiente. Proceso en el cual se ejecuta el presupuesto aprobado y validado por la entidad respectiva; a través de la aplicación distintos procesos de contratación, con el fin de adquirir bienes y servicios para la operatividad de la misma. Se ejecuta las etapas de ejecución: certificación presupuestaria, compromiso presupuestario, devengado y pagado. Se deberá proceder con el seguimiento y evaluación del presupuesto a través de estrategias, enmarcadas en el control saldos disponibles, certificaciones presupuestarias no utilizadas, liquidaciones presupuestarias parciales y/o totales, ejecución de pagos, ejecución de la planificación, entre otras con el fin de corregir, implementar cambios sobre la marcha, y poder optimizar el presupuesto y priorizar el mismo.
Seguimiento y Evaluación	
Ministerio de Economía y Finanzas y/o Entidad rectora en instituciones autónomas	Realiza el seguimiento respectivo de la ejecución del presupuesto. Así como también puede modificar el mismo conforme las necesidades y prioridades de los sectores en base a la normativa. Realiza la medición de los resultados físico y financiero y las posibles variaciones en el presupuesto
Clausura y Liquidación	
Ministerio de Economía y Finanzas y/o Entidad rectora en instituciones autónomas	La ejecución presupuestaria se cierra el 31 de diciembre de cada periodo fiscal, para lo cual ninguna entidad procederá a contraer obligaciones que afecten a ese año. La entidad respectiva consolida los informes de liquidación presupuestaria

Figura 47

Ciclo presupuestario en centros de atención de salud del sector público

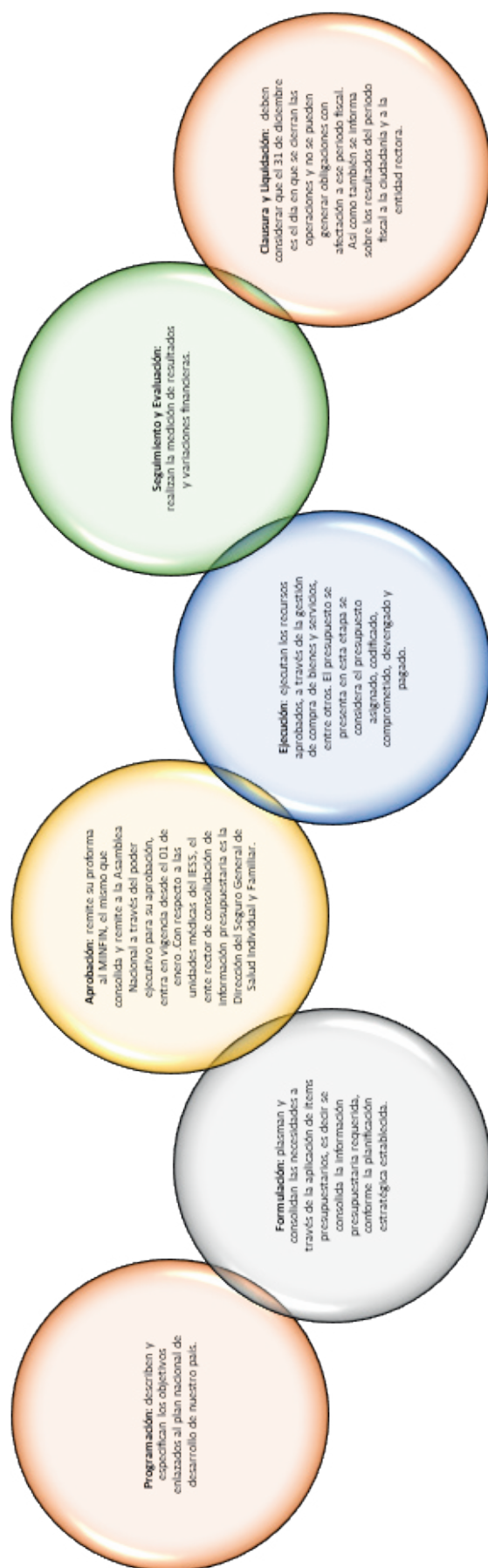
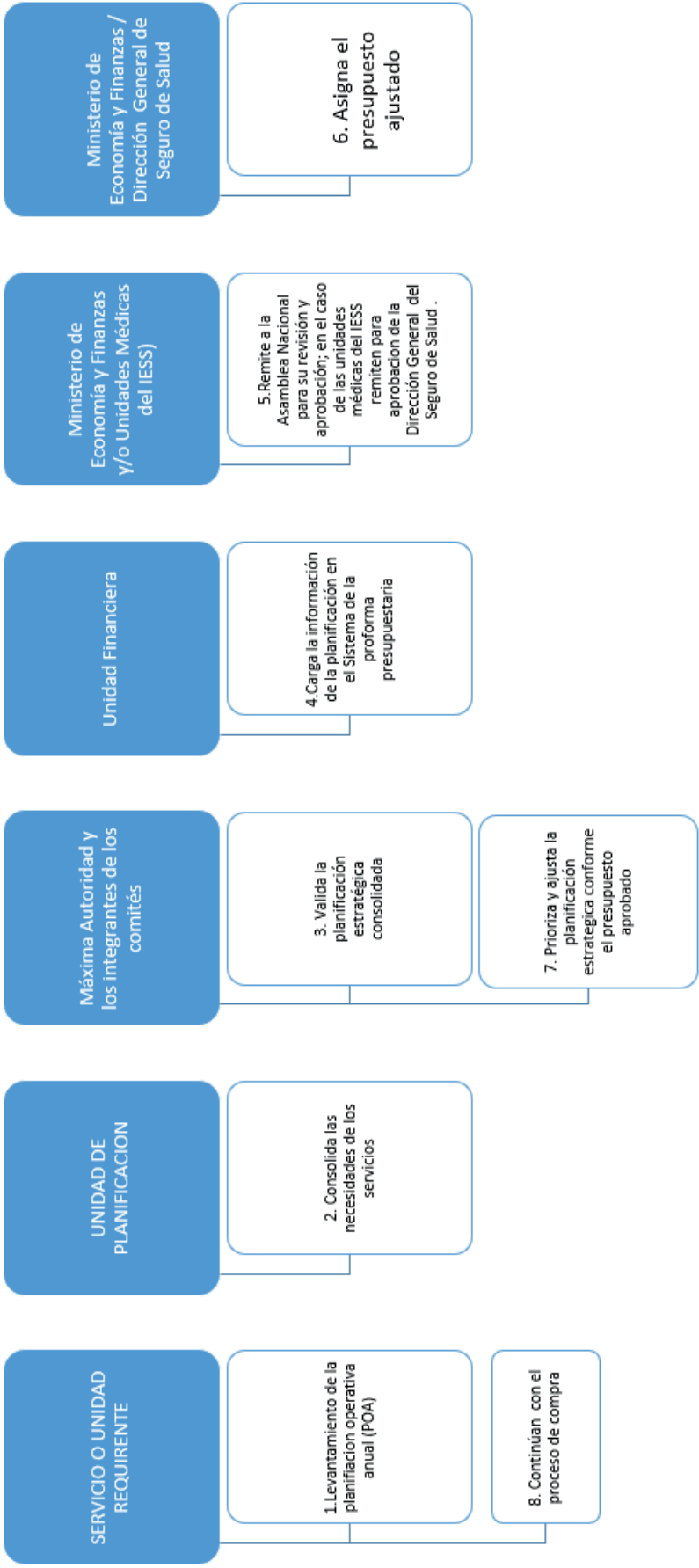


Figura 48
Flujo de asignación de presupuesto

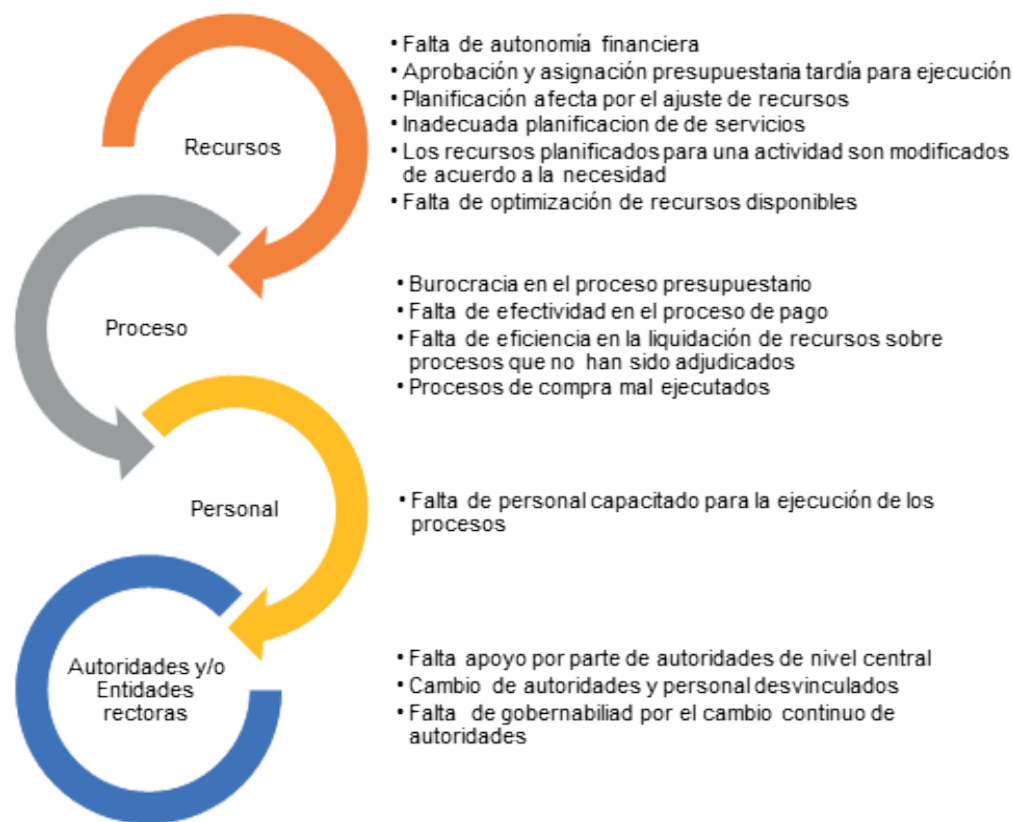


Uno de los factores determinantes en el proceso, es contar con el personal suficiente e idóneo para la ejecución de los recursos presupuestarios, que en su gran mayoría se los realiza a través de los procesos de contratación.

A continuación, se describen factores que limitan el proceso de ejecución presupuestaria en las entidades públicas que prestan servicios de salud:

Figura 49

Factores limitantes en el proceso de ejecución presupuestaria



Estos factores afectan y se ven reflejados al medir los resultados de gestión en el cierre del periodo fiscal.

Cédula presupuestaria

Es el estado de ejecución presupuestaria, es un informe resumido del proceso de ejecución de recursos, sirven como herramienta de análisis dentro de la estructura presupuestaria de una entidad, estos reportes permiten analizar el uso y canalización de los recursos.

“Cédula presupuestaria: Identifica el estado de ejecución de las partidas de ingresos y gastos (...)” (Ministerio de Economía y Finanzas, 2010, p.3).

Estructura programática

Las categorías programáticas organizan las acciones institucionales de forma que los recursos utilizados tengan una clara expresión en productos que puedan ser objeto de medición y sus efectos con indicadores de resultados e impactos. Las categorías programáticas cumplen el papel de posibilitar la asignación de recursos financieros para la ejecución de acciones presupuestarias de adquisición de insumos que luego se transformarán en productos, provisión de bienes y servicios.

La finalidad de contar con una clasificación del gasto por categorías programáticas es facilitar la adopción de decisiones de asignación de financiamiento entre objetivos alternativos implícitos en cada programa.

Figura 50

Estructura programática presupuestaria:



Programa: Expresa el producto o grupo de productos que resultan del proceso de producción, con relación a los objetivos prioritarios identificados de la planificación y de las políticas públicas. Es la categoría presupuestaria de mayor nivel y se conforma con la agregación de categorías programáticas de menor nivel como son proyectos y actividades, así también, puede estar constituida solo de actividades que contribuyen al proceso de producción, con relación a los objetivos prioritarios identificados de la planificación y de las políticas públicas y deberá estar en concordancia con la misión institucional y vinculada a las categorías del plan operativo.

Al respecto, se mantienen los programas presupuestarios vigentes, tanto los de razón de ser de la entidad, como el programa homologado denominado “Administración Central” que se vincula con el Objetivo Estratégico Institu-

cional “Fortalecimiento de las capacidades institucionales”, siempre y cuando dispongan del respectivo financiamiento.

Proyecto: Es la categoría programática que expresa la creación, ampliación o mejora de un bien de capital (inversión real) y la formación, mejora o incremento del capital humano (inversión social) y a su vez puede incluir varias actividades.

Actividad: Es la categoría programática de menor nivel cuya producción puede ser terminal, en el caso que contribuya parcialmente a la producción o provisión del programa o proyecto, si condiciona a otras actividades, programas o proyectos.

Para efectos de asignación de recursos en el presupuesto, se hará al último nivel de categoría programática que es la actividad; en consecuencia, el financiamiento de los requerimientos de un programa se efectuará en las actividades que la compongan y de un proyecto en la actividad o actividades identificadas. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2024,p.19-20)

Las partidas presupuestarias presentan la siguiente composición:

Tabla 31
Estructura de la partida presupuestaria de ingresos y gastos

Ingresos		
Concepto	Detalle	Nro. Dígitos
Ejercicio	2023	4 dígitos
UDAF	092	4 dígitos
EOD	092	4 dígitos
Ítem	140101	6 dígitos
Provincia	0	4 dígitos
Fuente	601	3 dígitos
Organismo	0000	4 dígitos
Correlativo	0000	4 dígitos
Egresos		
Ejercicio	2023	4 dígitos
UDAF	092	4 dígitos
EOD	092	3 dígitos
Programa	002	4 dígitos
Proyecto	002	4 dígitos
Actividad	002	3 dígitos
Ítem	530801	6 dígitos
Cantón		4 dígitos
Fuente	1701	3 dígitos
Organismo	0000	4 dígitos
Correlativo	0000	4 dígitos
Cod.Igualdad	00000000	8 dígitos

Nota. Obtenido de Ministerio de Economía y Finanzas (2024)

La codificación de las partidas presupuestarias indica la orientación adecuada del gasto. El objetivo de la codificación de las partidas presupuestarias es clasificar correctamente los gastos e ingresos para facilitar su control y obtener una visión a fondo de cómo se ejecuta el presupuesto.

Los recursos que se utilizarán en un programa o proyecto se conocen como fuentes de financiamiento y se clasifican de la siguiente manera:

Fuentes de financiamiento

Permite asociar los gastos con los ingresos que los financian; en consecuencia, se aplicará tanto a los ingresos como a los gastos, para efectos de asegurar que las fuentes expresadas en los conceptos de ingresos guarden coherencia con los usos determinados en los conceptos de gastos. Los recursos generados por las entidades constituyen recursos del Estado que se registran como fiscales, desagregándose a su vez en recursos de fuentes fiscales propiamente dichas, generados por las instituciones (autogestión), preasignaciones y Ley Orgánica de Solidaridad. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2024, p.26-27)

Tabla 32
Clases de financiamiento

SUBSECRETARIA DE PRESUPUESTO	
CATÁLOGO DE FUENTES DE FINANCIAMIENTO DE INGRESOS	
CÓDIGO	FUENTE DESCRIPCIÓN
001	Recursos Fiscales
002	Recursos Fiscales generados por las Instituciones
003	Recursos Provenientes de Preasignaciones
201	Colocaciones Externas
202	Préstamos Externos
301	Colocaciones Internas
302	Préstamos Internos
701	Asistencia Técnica y Donaciones
996	Otros Fondos
998	Anticipos de Ejercicios Anteriores
999	Depósitos de Intermediación en Litigio

Nota. Obtenido de Ministerio de Economía y Finanzas (2024)

Para el caso del gobierno central entre las fuentes de financiamiento que se utilizan son: 001 recursos fiscales y 002 recursos de autogestión; para el caso de la seguridad social existen la fuente de financiamiento 601 la cual se enfoca en los recursos de la seguridad social para unidades médicas.

Los clasificadores presupuestarios son herramientas financieras que permiten la consolidación de información para determinar el producto para la elaboración de proformas presupuestarias. También forman parte de la estructura de las cédulas presupuestarias. Como resultado, se les considera:

Catálogos y clasificadores

El ente rector de las finanzas públicas emite el clasificador de ingresos y egresos y los catálogos presupuestarios que constituyen instrumentos fundamentales para “organizar y presentar la información relacionada con el proceso presupuestario, (...) cuantificación de gastos específicos (...) permitiendo visualizar y transparentar los recursos del estado direccionados a diversos ámbitos de la economía nacional” (Ministerio de Economía y Finanzas, 2024, p.23).

Los grupos y subgrupos de gastos e ingresos que son parte de la cédula presupuestaria el órgano rector en este caso el Ministerio de Finanzas, define:

- *Grupo 1 - Ingresos corrientes:* Proviene del poder impositivo ejercido por el Estado de la venta de bienes y servicios, de la renta del patrimonio y de ingresos sin contraprestación. Están conformados por impuestos, fondos de la seguridad social, tasas y contribuciones, venta de bienes y servicios, renta de inversiones, multas tributarias y no tributarias, transferencias, donaciones y otros ingresos. En la ejecución, su devengo produce contablemente modificaciones indirectas en la estructura patrimonial de Estado, debido a la utilización de cuentas operacionales o de resultados que permiten establecer previamente el resultado de la gestión anual.
- *Grupo 2 - Ingresos de capital:* Los ingresos de capital provienen de la venta de bienes de larga duración, intangibles, recursos públicos de origen petrolero, recuperación de inversiones y recepción de fondos como transferencias o donaciones, destinadas a financiar egresos de capital e inversión, su devengo produce contablemente modificaciones directas en la composición patrimonial del Estado.
- *Grupo 3 - Ingresos de financiamiento:* Constituyen fuentes adicionales de recursos obtenidos por el Estado, a través de la captación del ahorro interno o externo para financiar prioritariamente proyectos de inversión. Están conformados por los ingresos provenientes de la colocación de títulos valores, contratación de deuda pública externa e interna y saldos de ejercicios anteriores. El devengo de los ingresos de financiamiento

produce contablemente modificaciones directas en la estructura patrimonial del Estado, que se evidencian en el aumento de sus obligaciones internas y externas.

- *Grupo 5 - Gastos corrientes:* Comprende los egresos incurridos en la adquisición de bienes y servicios necesarios para el desarrollo de las actividades operacionales y administrativas, aporte fiscal sin contraprestación, incluye los egresos en personal, prestaciones de seguridad social, bienes y servicios de consumo, egresos financieros, otros egresos y transferencias corrientes. El devengo produce contablemente modificaciones indirectas en la estructura patrimonial del Estado. Sus registros corresponden a cuentas operacionales o de resultados.
- *Grupo 6 - Gastos de producción:* Costos incurridos en las actividades de producción para la obtención, transformación y/o comercialización de bienes y servicios destinados al mercado generados por las empresas públicas, comprende los egresos en personal, bienes y servicios, incluye materias primas, productos en proceso o semielaborados y productos terminados; su devengo produce contablemente modificaciones directas en la composición patrimonial del Estado.
- *Grupo 7 - Gastos de inversión:* Egresos destinados a la ejecución de programas que buscan mejorar las capacidades sociales y proyectos de obra pública, cuyo devengo produce contablemente modificaciones directas en la composición patrimonial del Estado. Comprende infraestructura física, bienes de uso público, productos intangibles patentados, erogaciones en personal, bienes y servicios, construcción de infraestructura y otros egresos asociados a la inversión.
- *Grupo 8 - Gastos de capital:* Egresos para la adquisición de bienes de larga duración (propiedad planta y equipo), su devengo produce contablemente modificaciones directas en la composición patrimonial del Estado, aumentando los activos y el monto de las inversiones financieras, incluye la concesión de transferencias sin contraprestación destinadas a la formación bruta de capital fijo.
- *Grupo 9 - Aplicación del financiamiento:* Recursos para el pago de la deuda pública, rescate de títulos-valores emitidos por entidades del sector público; comprende la amortización de la deuda pública, su devengo produce contablemente modificaciones directas en la estructura patrimonial del Estado que se evidencian en la disminución de sus obligaciones externas e internas. (Ministerio de Economía y Finanzas, 2023)

Figura 51

Grupos de ingresos en la cédula presupuestaria



Nota. Obtenido de Ministerio de Economía y Finanzas (2023)

Figura 52

Grupos de gasto en la cédula presupuestaria

Nota. Obtenido de Ministerio de Economía y Finanzas (2023)

En relación con los grupos de gasto que regularmente manejan las unidades médicas, se encuentran: 51 - egresos en personal, 53 - bienes y servicios de consumo, 57- otros egresos corrientes, 84 - bienes de larga duración y 99 - otros pasivos.

En relación con los grupos de ingresos que generalmente manejan las unidades médicas se encuentran: 14- ventas de bienes y servicios de ingresos operativos de entidades del sector público, 17- rentas de inversiones y multas,

19- otros ingresos, todo dependerá de las operativas de la entidad pública para aplicación de las fuentes de ingresos.

Se muestra como ilustración la cédula presupuestaria de las entidades del sector público:

Figura 53
Componentes de una cédula presupuestaria de gastos - ejemplo

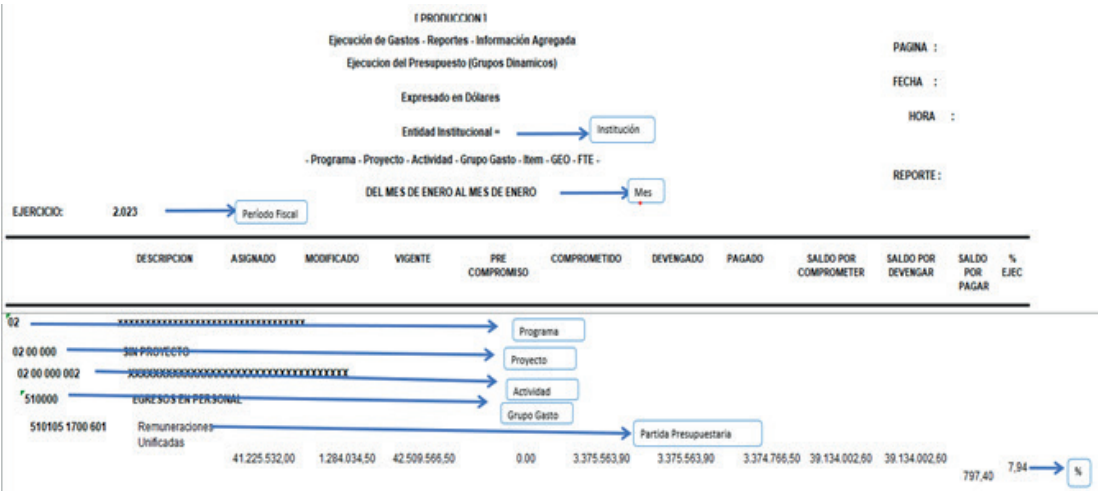


Figura 54
Componentes de una cédula presupuestaria de ingresos - ejemplo



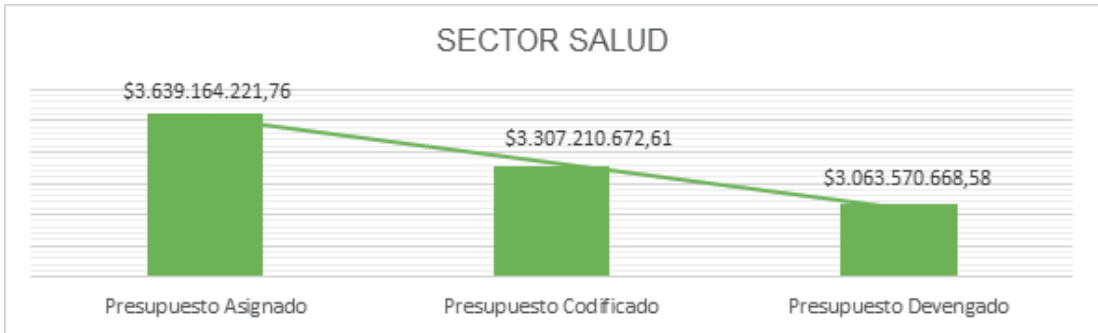
Como ejemplo de ejecución presupuestaria tomaremos el periodo fiscal 2023, para lo cual presenta la siguiente información presupuestaria del sector salud del Ecuador:

Tabla 33
Ejecución presupuestaria 2023

ENTIDAD	PRESUPUESTO ASIGNADO		PRESUPUESTO CODIFICADO		PRESUPUESTO DEVENGADO		% EJECUCIÓN
SECTOR SALUD	USD	3.639.164.221,76	USD	3.307.210.672,61	USD	3.063.570.668,58	92,63%

Nota. Obtenido de Ministerio de Economía y Finanzas (2024)

Figura 55
Ejecución presupuestaria 2023



Se puede evidenciar que en el sector salud se ha ejecutado un 92,63% lo que representan USD 3 063 570 668,58 del presupuesto general del Estado, la mayor parte de recursos asignados corresponden al Ministerio de Salud. Se observa una ejecución presupuestaria eficiente, pero en relación al presupuesto inicial asignado corresponde a un 84,18% de la ejecución de recursos, sin considerar el respectivo ajuste al inicio de la aprobación del presupuesto. Por lo que es un claro ejemplo de una ejecución presupuestaria moderada.

Tabla 34
Ejecución presupuestaria de las entidades que conforman el sector salud 2023

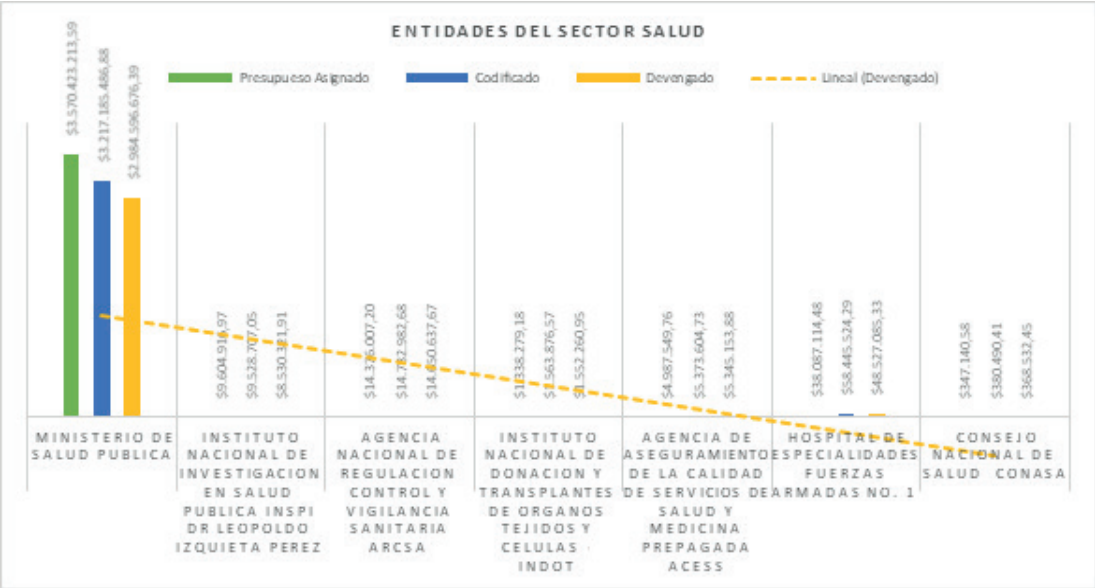
Entidad	Presupuesto Asignado	Codificado	Devengado	% Ejecución
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	USD 3.570.423.213,59	USD 3.217.185.486,88	USD 2.984.596.676,39	92,77%
INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD PUBLICA INSPI DR LEOPOLDO IZQUIETA PEREZ	USD 9.604.916,97	USD 9.528.707,05	USD 8.530.321,91	89,52%

AGENCIA NACIONAL DE REGULACION CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA ARCSA	USD 14.376.007,20	USD 14.732.982,68	USD 14.650.637,67	99,44%
INSTITUTO NACIONAL DE DONACION Y TRANSPLANTES DE ORGANOS TEJIDOS Y CELULAS - INDOT	USD 1.338.279,18	USD 1.563.876,57	USD 1.552.260,95	99,26%
AGENCIA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA ACESS	USD 4.987.549,76	USD 5.373.604,73	USD 5.345.153,88	99,47%
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZAS ARMADAS NO. 1	USD 38.087.114,48	USD 58.445.524,29	USD 48.527.085,33	83,03%

Nota. Obtenido de Ministerio de Economía y Finanzas (2024)

Figura 56

Ejecución presupuestaria de entidades que conforman el sector salud 2023



De la ejecución presupuestaria de entidades que conforman el sector salud, se puede evidenciar que todas superan el 80% de ejecución, lo que permite presumir que una de las causales para el desabastecimiento no es la ejecución presupuestaria, sino más bien la falta de asignación de la fase aprobación del presupuesto o una mala programación y formulación de las necesidades.

Ejecución presupuestaria como herramienta gerencial

La ejecución presupuestaria es una de las fases más importantes del ciclo presupuestario en una entidad hospitalaria, se determina como un proceso de gestión que se utiliza para cuantificar previsiones, este proceso permite planificar, coordinar y controlar los recursos financieros institucionales.

El éxito de la gestión gerencial depende del nivel o porcentaje presupuestario ejecutado en un periodo determinado, la ejecución presupuestaria facilita al mando directivo tomar decisiones con asertividad, ya que permiten:

- Una planificación presupuestaria adecuada ayuda a la organización a reducir los diversos riesgos asociados con las operaciones, como la utilización inadecuada, desviación de recursos, stock excesivo de bienes, incumplimiento de las normas y falta de unificación de productos durante los procesos de compra.
- La ejecución correcta de un presupuesto permite que la planificación establecida por la entidad sea monitoreada y controlada conforme lo establecido.
- También permiten establecer políticas, estrategias de mejora sobre la marcha de ejecución de los recursos, enfocados en los objetivos establecidos.
- Permite disponer información cuantificable en relación al cumplimiento de las metas de la entidad y la respectiva presentación de rendición de cuentas a la ciudadanía, con el fin de que se determine la utilización de recursos.
- Permite establecer programas y proyectos urgentes o emergentes sobre la marcha, con los recursos disponibles.
- La ejecución presupuestaria sirve como factor comunicativo entre las diferentes áreas de la entidad.
- El área financiera en conjunto con la unidad de planificación son los encargados de realizar y tomar los correctivos necesarios en el proceso de seguimiento y control de la ejecución presupuestaria, con base en la aplicación de estrategias de control de actividades y tiempos.
- Así mismo, se procederá con la optimización de los recursos presupuestarios disponibles, los cuales se generan en base a la modificación de la

planificación, o en su gran mayoría en base a los excedentes de recursos presupuestarios determinados en los procesos de compra al existir pujas, negociaciones en los presupuestos adjudicados.

El presupuesto en empresas de salud privadas

En los centros hospitalarios privados, el presupuesto busca determinar en la organización la situación financiera cotidiana, la cual utiliza como herramienta para la toma de decisiones y controlar el crecimiento de la empresa en un periodo de tiempo determinado. Esta herramienta permite a la empresa la ejecución de metas y mantener un control sobre los ingresos y gastos que la misma ejecuta, el propósito general es mantener una salud financiera adecuada. La aplicación de un presupuesto en los centros hospitalarios privados permite mantener un control sobre el flujo del dinero, las prioridades y obligaciones con terceros.

En los centros hospitalarios privados, el presupuesto permite el análisis de las entradas y salidas de los recursos monetarios durante la ejecución de la actividad económica de la empresa; es decir, durante el proceso de venta de bienes o servicios, en este análisis interfieren factores como: tiempo, equipamiento, materia prima, mano de obra, costos, gastos, obligaciones financieras entre otros factores, el propósito es determinar y disponer del efectivo y poder asignarlos a las diferentes adquisiciones de acuerdo a la necesidad, a fin de alcanzar las metas y objetivos de la organización hospitalaria privada.

En el ámbito privado, suele organizarse el presupuesto por áreas como: presupuesto de ventas de servicios, costos y gastos, inversiones, flujo de efectivo, talento humano, marketing, entre otros.

Para la estructuración de un presupuesto en los centros hospitalarios privados se pone a consideración una alternativa que puede estar estructurado de la siguiente manera:

Figura 57

Estructura presupuestaria



En resumen, la determinación de un presupuesto en los centros hospitalarios privados es una herramienta que todos los hospitales, clínicas, centros que prestan servicios de salud deben elaborar, a fin de controlar sus ingresos, gastos, costos y utilidades. Es elaborado por el Gerente Financiero y enviado a consideración de la Gerencia General, Presidencia, o Junta Directiva, según corresponda.

Referencias

- Burbano, J. (2011). *Presupuestos*. Bogotá Colombia: McGraw-Hill.
- Código Civil de la República del Ecuador. (10 de 05 de 2005). <https://www.epn.edu.ec/wp-content/uploads/2015/06/Codigo-Civil1.pdf>
- Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas. (22 de Octubre de 2010). https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/CODIGO_PLANIFICACION_FINAZAS.pdf
- Fagilde, C. (2009). *Manual de Presupuesto Empresarial*. Barinas: UNELLEZ.
- Financial Planing & Analytcs - FPA. (20 de Octubre de 2020). Presupuesto y Planificacion estrategica: Dos pilares para el éxito empresarial. <https://fpalatam.com/presupuesto-y-planificacion-estrategica-exito-empresarial/>
- Hidalgo, M., Villarroel, A., & Hidalgo, M. (2023). *Presupuestos Empresariales*. Quito: TALLPA.

- Ministerio de Economía y Finanzas. (05 de Octubre de 2023). CLASIFICADOR PRESUPUESTARIO DE INGRESOS Y EGRESOS DEL SECTOR PÚBLICO. https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/Clasificador-Presupuestario-al-05_10_2023-vf.pdf
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2024). Directrices para la elaboración de la proforma del Presupuesto General del Estado 2024 y Programación presupuestaria cuatrianual 2024 -2027. https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2023/12/Directrices-proforma-2024_y_PPC-2024_2027-1.pdf
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2024). Presupuesto General del Estado. Obtenido de Directrices para la Proforma Presupuestaria de 2024-2027: <https://www.finanzas.gob.ec/el-presupuesto-general-del-estado/>
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2024). Ejecución Presupuestaria - Consolidada por Sector. <https://bi.finanzas.gob.ec/ibmcognos/cgi-bin/cognos.cgi>
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2024). Ejecución Presupuestaria-Consolidada por sector, entidad , grupo. <https://bi.finanzas.gob.ec/ibmcognos/cgi-bin/cognos.cgi>
- Muñiz, L. (2009). *Control presupuestario: Planificación, elaboración, implantación y seguimiento del presupuesto*. Barcelona: PROFIT.
- Normas de control interno para las entidades, organismos del sector público y de las personas jurídicas de derecho privado que dispongan de recursos públicos. (07 de 02 de 2023). <https://www.contraloria.gob.ec/WFDescarga.aspx?id=1486&tipo=mul>
- Ramírez, D. (2008). *Contabilidad Administrativa*. México: McGraw-Hill.
- Rincon, C. (2011). *Presupuestos Empresariales*. Bogotá: ECOE.
- Salazar, E. (2020). *Presupuesto y Planificación Estratgica: Dos pilares para el éxito empresarial*. Brasil: Financial Planning Analytics.



CAPÍTULO XVII

Costos hospitalarios, un enfoque gerencial

Rosa Magdalena López Mayorga

Los servicios de salud públicos y privados enfrentan en la actualidad varios desafíos ocasionados por las tendencias mundiales de globalización, la situación socio económica, epidemiológica, ambiental, enfoque de mercado, descentralización, participación en redes, participación social, entre otros, procura que se busquen soluciones a los múltiples problemas que los agobian, como altos costos, uso indiscriminado de recursos, baja calidad, insuficiente productividad, maltrato al usuario y su consecuente insatisfacción.

La importancia de la implementación de los sistemas de costos es imprescindible en una organización o institución hospitalaria; las políticas, estrategias, directrices que emita el mando directivo, el gerente, el administrador, deberían estar sustentadas —además de la base estadística— en reportes de costos de sus servicios de atención en salud. Es tan importante conocer cuánto, en qué, cómo y cuánto de los recursos financieros se utiliza y cuál es el costo de cada uno de sus servicios o productos.

De ahí la importancia que el Gerente, el Administrador, el Director de un Centro Hospitalario, de una Clínica o de un Centro/Unidad Médica, debe tener conocimientos de administración, de gestión de hospitales con visión gerencial; la difusión de costos al personal intrahospitalario, le concientiza sobre el buen uso de los recursos y al directivo le permite dirigir con asertividad, supervisar con conocimiento y corregir/mejorar con autoridad y oportunidad.

Caso contrario, como sucede en gran parte de instituciones hospitalarias donde hay poca gobernabilidad directiva, aplica la frase francesa del autor Pierre Samuel du Pont de Nemours “laissez faire, laissez passer” dejar hacer, dejar pasar, es decir, dejar la administración financiera de un hospital ejecutar con completo albedrío. libertad para adquirir, para utilizar, mínimo control interno, limitada supervisión, el dejar hacer, dejar pasar, asume una postura “práctica”, a partir de la cual hay que ser tolerante y no preocuparse demasiado por el curso de las cosas. Entonces, surgen las interrogantes: ¿Es esto lo que pasa en nuestros hospitales?, ¿el personal: directivo, de mandos medios, coordinadores, líderes de equipo o proyectos, tienen conocimiento para administrar un hospital con visión gerencial?, ¿la incidencia política, el interés gremial/personal ha superado la gobernanza en salud?

“Trasladando el concepto del “dejar hacer” al ámbito sanitario, esconde una necesidad reclamada por muchos de los protagonistas del sector. Dejar hacer: planes, estrategias, consensos y acuerdos a los profesionales sanitarios y ‘dejar que pase’, por parte de quienes deciden” (Médica, 2019).

Los costos hospitalarios representan todos los recursos que se utilizan en un hospital para brindar los servicios de atención, estos pueden calcularse según su afectación, es decir, directos e indirectos, o por incidencia, según sean fijos o variables, la aplicación del tipo de costos dependerá del conocimiento y experiencia que tenga quien lo efectúe sobre los centros, subcentros, unidades, procesos, productos/servicios de costeo.

“Las instituciones especializadas son, en algunos casos, financiadas con dinero público, pero en otros se financian privadamente (...). Los voluntarios que trabajan en estas instituciones prestan su ayuda habitualmente con carácter no remunerado” (...) (Heras, 2002, pág. 258).

Lo descrito en el párrafo que precede permite citar un ejemplo: aplicando los costos por afectación, se principalizan los costos directos e indirectos, a continuación, se cita un ejemplo de la participación del personal en un consultorio médico (consulta externa de hospital):

- Costo directo: la participación del médico que atiende directamente al paciente
- Costo indirecto específico, la participación de enfermera asignada al consultorio
- Costo indirecto general, la participación de personal de limpieza
- Costo sombra, la participación de estudiantes (de medicina o enfermería, sin remuneración)

Sin embargo, la presencia cotidiana estudiantil en los centros hospitalarios permite cumplir metas y objetivos en el servicio que brindan, ¿qué pasaría sin este recurso humano? ¿Habría que contratarse más personal?; a la hora de costear, esta participación estudiantil debe ser considerada financieramente, a fin de respaldar la contratación de personal en caso de ser necesario.

Los costos hospitalarios, constituyen la base angular para tomar decisiones, estrategias, planificar, evaluar, optimizar la utilización de recursos. Dependerá de la similitud de infraestructura entre instituciones para que sus costos y precios se estandaricen, caso contrario, puede ser que los productos o servicios sean similares, pero se diferencien en su calidad, la infraestructura física, tecnológica, talento humano cualificado, el conocimiento tácito y explícito individual y organizacional son puntos de verdad decisivos a la hora de realizar costos, al momento de determinar un tarifario de precios, de esto depende que un hospital (especialmente privado) sea preferido por el paciente/usuario/cliente de los servicios hospitalarios.

Diferenciar conceptualmente el costo y contabilidad de costos es necesario, costo es la sumatoria de todo lo invertido para brindar un servicio, la Contabilidad de costos, son registros agrupados por tipo de costo con base en una codificación contable, permite realizar análisis, diagnóstico, índices financieros de incidencia fija o variable, o por afectación directa/indirecta, por centros, subcentros, unidades de costo, por actividades o por procesos; cualquier metodología que utilice le permite estandarizar la productividad, controlar y mejorar el rendimiento individual de la organización hospitalaria, donde un valor agregado distintivo lo constituye el conocimiento, calidez y oportunidad para brindar servicios de atención del bien máspreciado del ser humano: la salud.

“La atención médica, posee un valor de uso y valor de cambio; tiene un precio, por consiguiente, la atención médica debe ser tratada desde la óptica económica, existe una oferta, una demanda y un mercado competitivo” (López, 2003, pág. 9).

Si las necesidades no fueran ilimitadas y los recursos no fueran escasos, no habría problemas económicos, pero los hay y siempre habrá en las organizaciones hospitalarias, el hecho de qué hacer con un enfermo, cómo prevenir, cómo y con qué curar es un problema económico, de ahí la importancia de costear las actividades, procesos, procedimientos, productos generados al interior de un nosocomio, el gerente debe conocer sobre el costo que representa el tratar o curar una enfermedad en un hospital, el costo de tener abierto un servicio o una dependencia.

Para costear las actividades hospitalarias, precisa respaldarse en la estructura organizacional generalmente los nosocomios se encuentran distribuidos en Subdirecciones, direcciones y áreas; esto significa financieramente que se deben considerar como centros, subcentros y unidades de costos, a continuación, un ejemplo:

Para la siguiente ilustración se considera un caso hipotético de estructura hospitalaria.

Figura 58

Distribución de centros de costo en área médica y administrativa

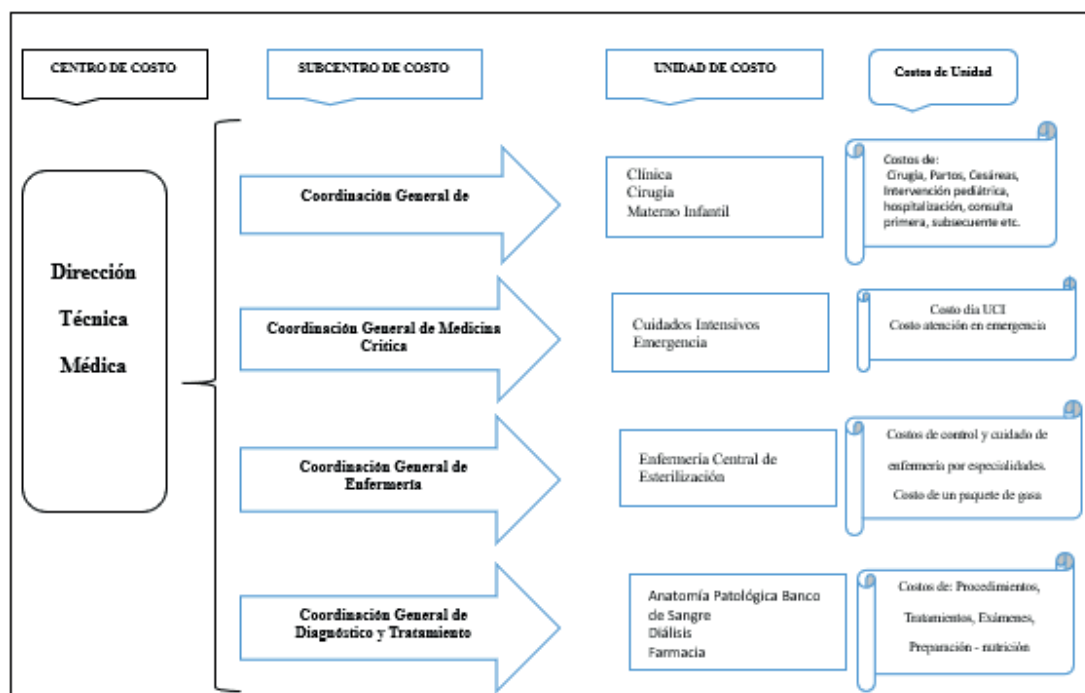
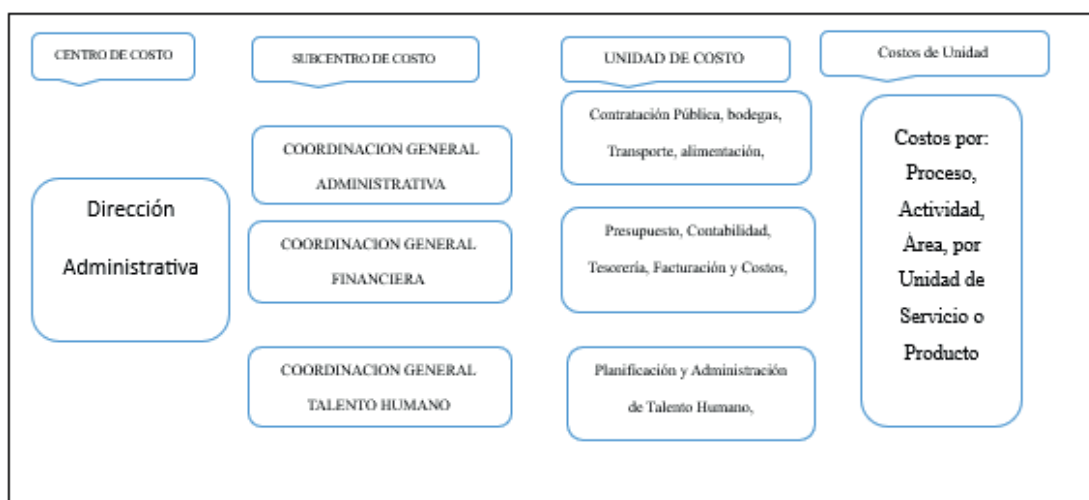


Figura 59

Distribución de costos en Dirección Administrativa



Conceptualizaciones

Centro de costo: en un centro hospitalario, constituye la unidad organizativa superior jerárquicamente, dependencia que, sin generar ingresos, incurren en costos; sin embargo, estas dependencias, realizan funciones y actividades

estratégicas, tienen una incidencia indirecta en la generación de ingresos y en la afectación de costos.

Subcentro de costo, son subdivisiones de la estructura organizacional hospitalaria en áreas más específicas.

Unidad de costo, constituyen las dependencias operativas en donde se generan o inician los costos de los servicios que brinda la organización hospitalaria, área en la cual se analizan y agrupan los diferentes tipos de costos sean estos por afectación o por incidencia.

Se precisa en señalar que en áreas hospitalarias es pertinente aplicar un sistema de costos por afectación por la facilidad de metodología y aplicación en forma directa o indirecta de la intervención del talento humano, la infraestructura física, clínica, tecnológica, financiera, entre otros.

Costo de unidad, constituye el costo individual, o unitario, es la inversión que realiza el hospital para producir una unidad de producto o servicio en forma específica.

Es importante conceptualizar el costo por actividades desde el punto de vista financiero, constituyen los procedimientos realizados por los profesionales de la salud, intervenciones, tratamientos, conocer cuánto cuesta una cesárea, un parto, una apendicitis, una curación menor etc.

El costo por procesos se refiere a la gestión sistémica de un servicio, por ejemplo, en los servicios de lavandería se calcula el costo por libra o kilo de ropa, sin embargo, se debe calcular los costos por procesos de lavado, centrifugado, secado, planchado, mantenimiento, etc.

La sociedad del conocimiento y de la inteligencia artificial obliga a las instituciones organizar el conocimiento tácito individual en explícito, para luego convertirlo en tácito y explícito organizacional, significa entonces que, tanto el personal profesional de la salud y el personal administrativo hospitalario, deben superar las tendencias políticas, los intereses particulares y gremiales, e incorporarse en un equipo de trabajo inter, multi y transdisciplinario, donde todos tengan conocimientos de administración y gestión con visión gerencial, que agrupados en equipos de trabajo, compartan el saber, el saber hacer, el saber compartir.

La legislación ecuatoriana en salud y de control interno dispone optimizar los recursos, brindar un servicio de atención con ética, calidez y oportunidad, rendir cuentas de las actividades, de la productividad, del servicio cumplido,

de los recursos utilizados, de lo realizado y lo que se ha dejado de hacer; por lo que, así como las columnas de hierro apuntalan y mantienen la construcción de un edificio, así son los costos para una Institución hospitalaria.

¿Quién proporciona la información para realizar costos en hospitales?

El personal profesional de la salud son los llamados por su conocimiento técnico-científico para definir protocolos de atención médica, (lo que los financieros definimos como protocolos de actividades), la determinación de un procedimiento, la asignación de insumos y recursos utilizados son responsabilidad de este equipo de profesionales.

La Unidad de Personal es responsable de proporcionar datos del talento humano, de carga horaria, remuneraciones, asignación de horas de atención por servicios/áreas.

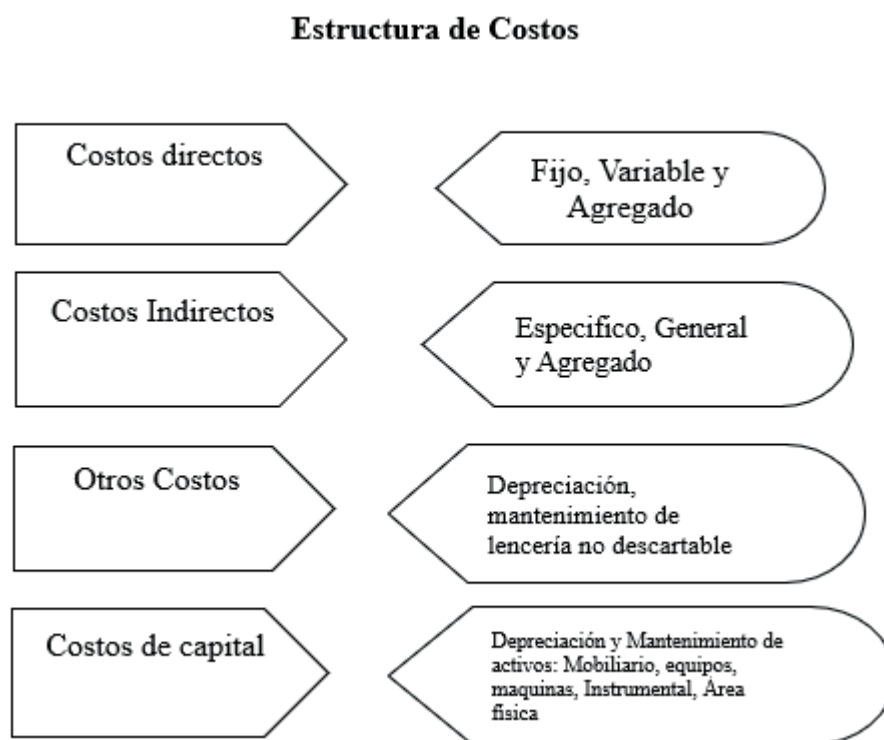
El Área Administrativa Financiera proporciona datos relacionados con abastecimiento, Kardex, registros contables, predeterminación y ejecución presupuestaria por servicios/áreas;

Unidades de Mantenimiento, Ingeniería Clínica, Lavandería, Activos, Inventarios, Admisión, Nutrición, Esterilización, servicios complementarios, entre otras; todas las dependencias del hospital son responsables de proporcionar la información necesaria para que el personal financiero asignado realice el proceso de costeo de actividades, productos o servicios, por lo tanto, la responsabilidad es conjunta, desde el médico o enfermera que proporciona la atención al paciente, hasta el personal de limpieza que mantiene y conserva las instalaciones. Todos conocen qué, cuánto, y cómo utilizan los recursos económicos hospitalarios (infraestructura física, tecnológica, materiales e insumos, financiero y talento humano según corresponda).

A continuación, una propuesta de estructura de costos para una institución hospitalaria.

Figura 60

Estructura del costo por afectación

*Costo Directo*

Son los costos que se incurren en forma directa en producir o brindar un servicio, ejemplo el talento humano que interviene en una cirugía (cirujano, anestesiólogo, enfermera); detergente en el proceso de lavado; gasa, alcohol en una curación.

Costo Directo fijo

Cuando ante cualquier volumen de producción o servicio no varía el costo del recurso

Costo Directo variable

Cuando el costo del recurso varía, de acuerdo con el nivel de producción o servicio

Costo Directo agregado

Constituye el costo sombra que no se registra en libro alguno, casos como: estudiantes de Medicina o Enfermería que realizan prácticas y experimentación de aprendizajes en forma continua, de no contar el hospital con este tipo de colaboración estudiantil, se vería obligado a contratar personal; por tal ra-

zón, aún no se erogue remuneración alguna en estos casos, se debe tomar en consideración en la determinación de costos y precios de los diferentes servicios de atención.

Costo Indirecto específico

Son costos incurridos en forma indirecta y en forma exclusiva a la unidad, al centro o subcentro de costo, por ejemplo, en el servicio de consulta externa, el personal de limpieza asignado durante toda la jornada laboral y que realiza sus actividades exclusivamente para consulta externa constituye un costo indirecto específico

Costo Indirecto general

Son costos indirectos asignados o que afectan en forma proporcional a la unidad de costo, relacionando con el ejemplo citado en costo indirecto específico; si el personal de limpieza de la consulta externa únicamente dedica 1 o 2 horas a cumplir con sus actividades de limpieza en consulta, y/o comparte con otras áreas, entonces únicamente al costo de la consulta se aplicará la parte proporcional de la participación del mencionado trabajador.

Costo Indirecto general administrativo

Es la parte proporcional que se debería cargar al costo en cada unidad, centro o subcentro de costo, causado por la participación de las áreas administrativa, financiera, dirección, subdirecciones, admisión entre otros.

Otros costos

Corresponde aplicar la depreciación/mantenimiento de la dotación de lencería no descartable, es ropa hospitalaria lavable que tiene “vida útil”, está sujeta a depreciación y mantenimiento.

Costo de capital

Corresponde a la depreciación y mantenimiento de bienes de larga duración.

Costo total

Es la sumatoria de todos los costos económicos incurridos como recurso humano, materiales, suministros, servicios, activos, infraestructura física, tecnología de cada actividad/proceso/procedimiento.

Costo de oportunidad

Desde el punto de vista financiero, es el valor que se deja de percibir, al elegir una alternativa en lugar de otra.

En tal razón, para costear los servicios de atención hospitalaria de cualquier centro o subcentro de costo, se precisa de información y datos actualizados, el compromiso institucional e individual de sus miembros para realizar un proceso de costos con visión compleja y sistémica, que permita disponer de precios objetivos, competitivos, sostenibles y sustentables. Las oportunidades para realizar costos en hospitales permiten relacionar con costos de la competencia y definir precios competitivos, financiar riesgos presumibles, mejorar la toma de decisiones para mejorar la capacidad instalada, capacitar al personal, innovar la infraestructura física, tecnológica, reasignación de horarios de atención, implementar el “rent space” de áreas subutilizadas o desocupadas, entre otras.

Para costear los servicios de salud, por producto/servicio/área/proyecto, es necesario identificar los ítems que corresponda según el objeto de costeo; el recurso humano se costeará en función del tiempo dedicado a la actividad del personal, es decir, si un médico de sus 8 horas día dedica 4 horas a la consulta, 2 horas a cirugía, 2 horas a la docencia; el costo de este recurso humano se aplicará a cada actividad según el tiempo dedicado a ella.

Para costear los recursos materiales (insumos) en igual forma se aplicará según corresponda a cada actividad, creación o transformación de un producto o servicio, y según corresponda predeterminando inclusive un valor estándar por nivel de riesgo; la depreciación y mantenimiento de activos en general deberán ser aplicados según el número de atenciones que se brinde o productos que se generen por áreas, así como la demanda y consumo de energía, de agua, de servicio telefónico, suministros de oficina, de limpieza, mantenimiento de áreas verdes, entre otras.

De ser necesario para la objetividad de la distribución del costeo, es preciso observar indicadores internacionales y nacionales, a fin de asignar en forma objetiva los costos individuales en los diferentes ítems según corresponda a cada actividad, producto o servicio.

En el costeo de actividades/procedimientos, se deberán considerar los minutos del talento humano, insumos y fármacos utilizados en el paciente en forma directa, para luego sumar a este costo los valores indirectos específicos y generales según corresponda.

Tabla 35

Estructuración del costo de un servicio con metodología de costeo por afectación

ÁREA HOSPITALIZACION GERIATRÍA	
Costo día estada	
DETALLE	PARCIAL (USD)
COSTO DIRECTO	
	41,382.65
FIJO	38,012.77
Recursos Humanos	38,012.77
servicios básicos (teléfono)	-
VARIABLE	3,369.88
Suministros de Oficina	460.96
Suministros de Limpieza	2,401.58
(consumo iluminación)	434.53
(demanda-arranque)	36.43
(agua)	36.38
INDIRECTOS	
	2,565.51
ESPECIFICO	2,565.51
Recurso Humano	2,565.51
GENERAL	0.00
(agua)	0.00
(teléfono extensión)	0.00
(energía)	0.00
OTROS COSTOS	0.00
lencería descartable	
ACTIVOS FIJOS	2,471.83
Depreciación Equipo Médico	19.50
Mantenimiento de Equipo Médico	19.50
Depreciación Equipos de Computación	68.56
Mantenimiento Equipos de Computación	20.78
depreciación Muebles y Enseres	237.89
Mantenimiento Muebles y Enseres	185.15
Depreciación de Instrumental	85.52
Mantenimiento de Instrumental	25.91
Depreciación Lencería	76.67
Mantenimiento Lencería	76.67
Depreciación Edificios	331.14
Mantenimiento Edificios	1,324.55
COSTO MENSUAL DEL SERVICIO	46,419.98
Costo indirecto general del hospital	83,970.69
SUBTOTAL COSTO	130,390.67
Costos imprevistos	39,117.20
COSTO TOTAL	169,507.87
N. CAMAS	60.00
COSTO POR CAMA MES	2,825.13
COSTO DÍA NETO POR CAMA	94.17

Tabla 36

Costo por Actividades /Tratamientos

TRATAMIENTOS		
	DENOMINACIÓN	COSTO UNITARIO
ADICCIONES	TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL	USD 2,833.49
	TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE COCAINA	USD 2,857.61
	TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MÚLTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS	USD 2,857.61
PSIQUIATRÍA	TRASTORNO BIPOLAR (DEPRESIÓN MODERADA)	USD 1,940.92
	TRASTORNO BIPOLAR (DEPRESIÓN SEVERA CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS)	USD 2,010.07
	EXQUIZOFRENIA	USD 1,985.77
	EPISODIO DEPRESIVO	USD 1,415.93
GERIATRÍA	DEMENCIA ALZHEIMER	USD 2,173.19
	VASCULAR	USD 2,373.01

El financiamiento y el presupuesto de los centros hospitalarios públicos o privados deben apuntalarse en un sistema de costeo objetivo, real a sus instalaciones y disponibilidades, que orienten y respondan a las necesidades de asistencia de la población, Comparto lo manifestado por los organismos internacionales OMS/OPS:

...el reto ya no estará en seguir reduciendo marginalmente la estadía de los pacientes en los hospitales, sino en evitar, en lo posible la hospitalización a través de una anticipación en la gestión de pacientes y de enfermedades, que evite episodios de enfermedad y complicaciones. (OPS/OMS, 2011, pág. 49)

Referencias

- Heras, M. d. (2002). *Los Costos Invisibles de la Enfermedad* (II Edición ed.). (F. BBVA, Ed.) Bilbao, España: Asociación Anónima de Fotocomposición-Madrid. Recuperado el 17 de 06 de 2024, de https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2018/04/DE_2002_Costes_invisibles_enfermedad_Duran_web.pdf
- López, R. (2003). *Sistema de Costos Hospitalarios, un enfoque gerencial*. Quito: Qualityprint Cia.Ltda (PUCE).
- Médica, G. (20 de 12 de 2019). Dejar hacer a los protagonistas de la sanidad. <https://gacetamedica.com/opinion/editoriales/dejar-hacer-a-los-protagonistas-de-la-sanidad-yf2373375/>
- OPS/OMS. (2011). *Redes Integradas de Servicios de Salud*. Desafío de los Hospitales. Chile: biblioteca OPS.



https://lc.cx/FB_e2m

CAPÍTULO XVIII

Administración de Centros de Atención Veterinaria

Patricio Mena Pérez

Las últimas dos décadas han sido testimonio de una mayor interacción y relacionamiento entre los seres humanos y los animales de compañía y estima, siendo estas relaciones componentes importantes y perdurables para muchos tutores de perros y gatos, en muchas investigaciones se ha evidenciado el gran beneficio fisiológico y psicológico en los miembros de los hogares tras la incorporación de estos en los hogares, de esta manera, los estudios científicos sobre las interacciones humano-animal han revelado que estas relaciones son componentes importantes y beneficiosas en la vida de muchos tutores “propietarios” de estos animales.

En general, convivir y mantener a los animales de compañía se ha convertido en un pasatiempo muy popularizado y brindar la atención adecuada a perros y gatos es un reto en continuo desarrollo tanto para los tutores, así como para los profesionales veterinarios que cuidan de su salud y bienestar. Son varias las aristas y negocios que se integran para cumplir este objetivo, siendo uno de los más importantes la atención médica veterinaria.

De esta manera, el campo de la Medicina y la Cirugía de las Pequeñas Especies o animales de compañía, ha experimentado un amplio desarrollo, asociado a los cambios que la sociedad actual está pasando, uno de estos factores corresponde a la urbanización de la sociedad, que ha venido acompañado por un incremento en el número de animales de compañía y estima en los hogares a los cuales se les proporciona mayores cuidados y mejor atención médica buscando mantener una buena calidad de vida e incrementar su longevidad. (Villamil, Romero, & Cediel, 2008)

La creciente importancia de los animales de compañía en nuestra sociedad ha propiciado un crecimiento del mercado de salud animal a nivel nacional, regional y mundial, siendo también proporcional el incremento de centros de atención veterinaria dedicados al cuidado de la salud y al bienestar de los animales de compañía, hospitales, clínicas, consultorios y servicios a domicilio, cada uno con características distintivas en cuanto a equipamiento, infraestructura y organización del personal. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) el 2023 reportó que la cantidad de mascotas en los hogares ecuatorianos es de 4.1 millones de perros y gatos, y que aproximadamente más de 2 millones de niños disfrutan de su compañía dentro de los hogares.

Actualmente, en el Ecuador, los entes oficiales que regulan los centros de servicios veterinarios son los Gobiernos Descentralizados (GADS), así, en el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) existe la Unidad de Bienestar Animal

(UBA), quienes aprobaron en el año 2021, la Ordenanzas Metropolitana No. 019 y en Guayaquil está vigente desde el año 2020 la Ordenanza que regula la protección, tenencia y control de la fauna Urbana en el Cantón Guayaquil (tomado de la Gaceta Municipal No. 58), la misma que se encuentra vigente desde el año 2020, donde establece en el Artículo 103 algunos de los requisitos que deben cumplir los centros que brinden atención veterinaria a los animales de compañía. Se han establecido lineamientos comunes a nivel del país los cuales son establecidos por los GADS correspondientes, quienes además anexan ciertas particularidades dependiendo de las necesidades que cada municipio determine.

De esta manera, los diferentes lugares donde se focaliza la atención veterinaria para su funcionamiento y desarrollo, deberán guiarse a los lineamientos legales establecidos en su lugar de implantación, así “deberá tomarse en cuenta también la exigencia y la mayor información por parte de los tutores de perros y gatos, que ha generado una mayor exigencia en la preparación de los médicos veterinarios especialistas en animales de compañía aumentando la demanda de médicos y centros veterinarios con especialidades médicas tal como ocurrió hace algunos años en medicina humana” (Riaño, 2014, págs. 63-64).

Caracterización/tipología centros de atención veterinaria (CAV)

Durante los últimos años, la competencia para la regularización de los centros de atención veterinaria (CAV) ha estado en manos de la Agencia Ecuatoriana de Aseguramiento de la Calidad del Agro – AGROCALIDAD y de los GADS a través de la Subsecretarías de salud, sin contar al momento con una normativa clara y con lineamientos de control definidos para regular y controlar la prestación de servicios veterinarios en los diferentes CAV.

Por consiguiente, la información disponible de los centros que ofertan servicios veterinarios es bastante inconsistente y limitada, esto en función del número y del tipo de centros de atención, manteniendo registros incompletos y deficientes, siendo esta una gran debilidad para este sector de la salud.

En general, la pauta más apropiada para la caracterización de los CAV la dio AGROCALIDAD quién mediante Resolución número 121 publicada en el Registro Oficial 813 de 05 de agosto de 2016, delimitó los lineamientos para la obtención del “PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO A CEN-

TROS SERVICIOS VETERINARIOS” (Agrocalidad, 2018), dentro de los cuales se estableció las denominaciones y criterios para la diferenciación de los diferentes CAV (Tabla 31), los cuales definitivamente van a repercutir en la calidad de servicio ofertada.

Tabla 37

Características de los Centros de Atención Veterinaria (CAV) en Ecuador

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICO VETERINARIA			
TIPO CENTRO	SERVICIOS	INFRAESTRUCTURA	PERSONAL
Servicios veterinarios a domicilio	Atención Domiciliaria, medicina preventiva, primeros auxilios, tratamientos terapéuticos que no involucren hospitalización.	No requiere	Médico registrado en la Senescyt
Consultorios Veterinarios	Servicios en clínica ambulatoria, (medicina preventiva y consulta externa) y cirugía menor, es decir, aquellas intervenciones que no requieren del uso de quirófano ni anestesia general, sala de observación, ni sala de hospitalización.	Área destinada para consulta no menor a 9 m ² ; sala de espera no menor a 4 m ² , y servicio higiénico para clientes. Estar equipado con equipos e instrumentos para realizar el examen físico, primeros auxilios, instrumental básico, equipo para la esterilización de instrumental y refrigerador. Incluirá, al menos, mesa de exploración con buena iluminación, ventilación y dotación de agua.	El personal técnico mínimo estará compuesto por un Médico Veterinario de planta registrado en la Senescyt y el personal auxiliar deberá estar entrenado y actuará bajo supervisión del Médico Veterinario.
Clínicas Veterinarias	Servicio de (medicina preventiva, consulta externa) clínica ambulatoria, cirugía general, de especialidad y hospitalización del día.	El área destinada a los servicios deberá ser superior a la de los consultorios. contar con equipo para la esterilización de instrumental, material quirúrgico, instrumental quirúrgico, laboratorio clínico elemental, quirófano, área de recuperación - hospitalización, dividida para animales con enfermedades infecciosas y no infecciosas.	El personal técnico corresponde a: un Médico Veterinario de planta titulado y registrados en la Senescyt, para atender las áreas de clínica, cirugía, y laboratorio. El personal auxiliar para apoyar en las diferentes áreas deberá estar entrenado y actuará bajo supervisión de un Médico Veterinario.
Hospitales veterinarios	Servicio de clínica ambulatoria, cirugía general, de especialidad y hospitalización 24 horas.	Los requisitos por cumplir: son los descritos para las clínicas veterinarias y además deben contar con diferentes unidades médicas siendo estas: consulta externa, procedimientos médicos,	El personal que labora estará conformado por un mínimo de 2 médicos veterinarios de planta, registrados en la Senescyt por turno. El

		cirugía, imagenología, laboratorio clínico, hospitalización, emergencias y cuidados críticos manejados bajo las normas sanitarias y de bienestar animal. Contarán con un área administrativa, separada del área clínica, y área de Médicos residentes.	personal auxiliar que labore en estas áreas y en hospitalización estará debidamente entrenado y trabajará bajo supervisión de los médicos veterinarios de acuerdo con el perfil de competencias.
Unidades veterinarias Móviles	Servicios de medicina ambulatoria, de emergencias. Se incluye en este literal: Ambulancias veterinarias.; deben estar especialmente identificadas y diseñada para este fin.	Vehículos equipados, con equipo necesario para realizar examen físico, primeros auxilios, un sistema de enfriamiento o refrigeración portátil, insumos, medicinas, equipo de oxigenación manual o mecánico, bombas para fluidos.	Mínimo un Médico Veterinario registrado en la Senescyt.
Servicios de rehabilitación y fisioterapia veterinaria.	Su actividad profesional estará únicamente dirigida a realizar tratamientos de fisioterapia	Infraestructura y equipamiento para esta especialidad.	Médico Veterinario especialista en esta área.
Centros de esterilización	Actividades exclusivamente de esterilización de perros y gatos para efectuar el control de poblaciones de perros y gatos a través de la organización de campañas de esterilización deberán contar con el registro aprobado por el ente regulador.	Cumplimiento de los parámetros establecidos por el ente regulador en dependencia del tipo de campaña a realizar.	Médicos veterinarios titulados, personal auxiliar para la actividad a desarrollar.

Nota. Tomado de Agrocalidad (2018), Resolución 121, Permiso Sanitario de funcionamiento a Centros Servicios Veterinarios.

La administración de centros veterinarios en el Ecuador

Actualmente, en el Ecuador se evidencia un amplio desarrollo en el campo de la medicina y la cirugía de las pequeñas especies, fundamentada esencialmente en la modernización de la infraestructura de estos centros de atención, así como en el equipamiento de las diferentes áreas y servicios con las que las veterinarias cuentan; es frecuente encontrar clínicas veterinarias que cuentan con servicio de laboratorio, imagenología y otros servicios anexos como el de peluquería y estética. Sin embargo, son escasos los centros de atención veterinaria que cuentan con una organización administrativa estructurada, habiéndose determinado que:

Un factor común a muchos centros es el deficiente manejo administrativo y financiero, teniendo como raíz en Ecuador y América Latina, la pobre preparación en gestión del médico veterinario desde su inicio a nivel universitario y luego en el ejercicio profesional donde se especializa y capacita en el aspecto técnico, mas no en la gestión administrativa. (Mena, 2013b)

A lo largo del tiempo, muchos tutores de perros y gatos, más aún aquellos dedicados al rescate de estos animales, mantienen en su mente la imagen del médico veterinario tradicional en la cual se refleja un veterinario dedicado y compasivo, el cual trabaja desinteresadamente día y noche tratando animales enfermos y lesionados, este aspecto sumado a la deficiente formación en el campo administrativo y financiero han contribuido a que el manejo administrativo dentro de los centros de atención veterinaria sea totalmente empírico y tradicionalista llevando a un incipiente desarrollo de esta rama de la medicina veterinaria.

A partir del año 2010 en algunas ciudades del país como Quito, Cuenca, Guayaquil, se realizaron varios estudios a nivel de grado y posgrado, estos estuvieron “enfocados al análisis situacional del manejo administrativo de los centros de atención veterinaria, así como al estudio de los costos involucrados en la generación de los diferentes productos y servicios veterinarios” (Mena R. , 2013a).

El autor L. Villamil (2008) en su obra sobre la Globalización y Salud Animal, manifiesta que existen centros de atención veterinaria en donde actualmente se han establecido principios y procesos administrativos, financieros y de marketing, a través de lo cual se ha evidenciado un mayor desarrollo de estos, así como su perdurabilidad, factores que hasta hace algunos años presentaban indicadores de gestión no favorables demostrados por el cierre prematuro de muchas clínicas veterinarias. Al respecto, es importante aclarar que la atención veterinaria es una empresa de servicios, esta se encuentra orientada a la atención de las necesidades de los animales de compañía y estima, en contraste de lo que sucede con la atención médica en humanos la cual centra su atención en el paciente, de esta manera, el médico veterinario moderno debe tener el conocimiento del paciente (animal) y orientar sus capacidades a la satisfacción de las necesidades del tutor del animal, esto por medio de un manejo médico veterinario eficiente y a la vez efectivo. De acuerdo a lo citado por Riaño (2014), los tutores de los animales que asisten a los centros de atención veterinaria

están cada vez más informados y con mayor capacidad de discernimiento, lo cual torna más exigente el trabajo y el llegar al cumplimiento satisfactorio de estas necesidades

“En general, durante las dos décadas pasadas, como parte de la administración hospitalaria de casas de salud para personas se ha implementado la administración por procesos, la cual ha demostrado ser una estrategia recomendada y empleada en este amplio campo de la administración” (Malagón, Galán, & Pontón, 2008), sin embargo, asociado a la alta variabilidad en las características de los centros de atención veterinaria y a su independencia del sistema de salud público, cada centro de atención veterinaria moldea su sistema administrativo adaptándolo a sus recursos.

Gestión por procesos en los centros de atención veterinaria

Los diferentes centros de atención veterinaria, ya sean estos consultorios, clínicas u hospitales veterinarios, son pequeñas y medianas empresas, las cuales deben realizar una administración eficaz, eficiente y efectiva para establecer una gestión correcta. De acuerdo con la estructura organizacional esta responsabilidad tradicionalmente ha sido netamente del director que en la mayoría de los casos es el propietario del centro. Sin embargo, esta persona podría no ser la más adecuada para hacerlo debido a los pobres conocimientos administrativos con los que él cuenta, ya que siempre va a prevalecer el enfoque médico o quirúrgico propio de su proceso de formación. “La globalización y el crecimiento del mercado, así como las mayores exigencias han obligado a los veterinarios (directores) a entablar cambios, delegando estas funciones y esto ha generado el éxito de sus centros” (Jevring, 2001).

La administración por procesos desde su enfoque pretende orientar a la organización y a los sistemas de salud de manera horizontal, eliminando la estructura jerárquica bajo la cual se han delineado los centros de atención veterinaria, de esta manera, en la actualidad es frecuente observar en algunos de estos centros la implementación de procesos inter funcionales y con una clara visión de orientación al cliente final (Mena-Pérez, 2013b). Los procesos deben estar claramente definidos, diseñados y documentados, señalando las responsabilidades de cada miembro, y deben tener un responsable y un equipo de personas asignado a cada una de las áreas de la casa de salud.

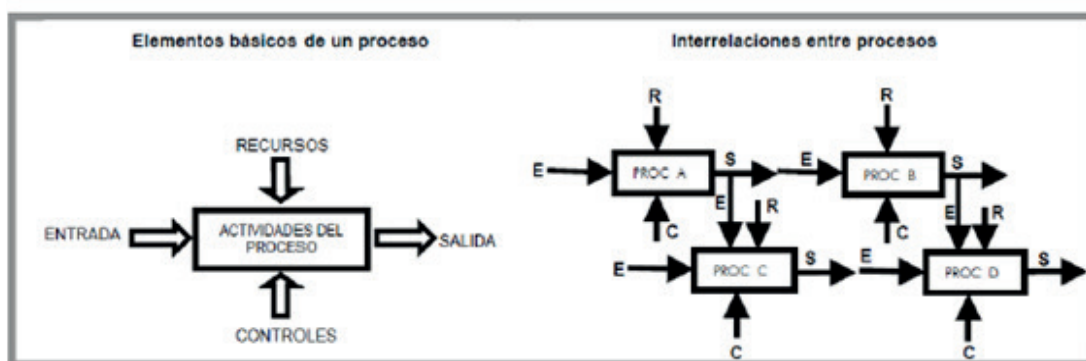
El vocablo proceso viene del latín *processus* que traducido a nuestra lengua significa “progreso o avance”. De acuerdo a lo propuesto por Malagón, (2008),

un proceso equivale a un sistema dentro del cual se establecen tareas y actividades de trabajo las mismas que encuentran interrelacionadas e integradas entre sí, al mismo tiempo estas se caracterizan por requerir ciertas entradas o insumos (inputs, que son productos o servicios obtenidos de otros proveedores), el desarrollo de tareas particulares las cuales añaden valor, consiguiendo alcanzar productos o servicios que satisfacen las necesidades de los clientes (Malagón, 2008).

Un factor importante a tener en cuenta es que los centros de atención veterinaria se decidan a la producción de servicios, los cuales corresponden a productos intangibles por lo que, siempre se procurará que estos sean producidos bajo los mismos estándares de calidad, orientados a proporcionar tratamientos eficaces y eficientes para recuperar la salud de los animales que ahí se atienden y satisfaciendo al mismo tiempo los requerimientos de sus tutores; objetivo que puede ser alcanzado mediante la homogenización de los servicios previa la adecuada implementación de procesos, los cuales trabajan de manera integrada, como puede apreciarse en la figura 60.

Figura 61

Elementos del proceso



Nota. Tomado de Ministerio de Fomento, La Gestión por Procesos (2005). Pag.6

Todos los centros de salud, incluyendo los centros de atención veterinaria (hospitales, clínicas, consultorios) corresponden a sitios dentro de los cuales se establece la capacidad instalada distribuida en varias áreas o departamentos, de esta manera, como se revisó en páginas anteriores, las áreas que de manera común se identifican en los CAV son: áreas de consulta (externa y de especialidad), imagenología, hospitalización, farmacia, laboratorios, peluquería, limpieza y esterilización, bodegas, etc., todos estas áreas o departamentos deben estar entrelazadas, ya que son dependientes una de otras, por lo que el

enfoque tradicional de funcionamiento bajo el modelo de una organización vertical no ha dado buenos resultados, de esta manera, cada vez son más los centros que están dando un cambio de enfoque y bajo el trabajo guiados en la gestión por procesos se está transformando a los hospitales en organizaciones de tipo horizontal, con lo cual se ha visto mejores resultados, esto en virtud de las diferencias y las ventajas de este sistema de gestión, las cuales se citan a continuación:

Tabla 38

Diferencias de la gestión tradicional en relación a la gestión por procesos

Gestión Tradicional	Gestión por Procesos
Se centra solo en procesos de práctica clínica.	Se incorpora la gestión clínica basada en la evidencia.
Hay variabilidad.	Contempla procesos de gestión: soporte y logísticos.
No contempla procesos de gestión.	Contempla la integración asistencial entre niveles de atención.
No contempla la continuidad asistencial La responsabilidad es compartida por varios profesionales.	La responsabilidad es única: Coordinador del proceso.
Prevalece la organización vertical.	Convive la organización vertical con la horizontal.
Evalúa la eficacia de la práctica clínica del proceso.	Se somete el proceso a estabilización y control lo que permite evaluar la efectividad y la eficiencia.
Mejoras de carácter reactivo ocasional y a veces gradual de los procesos.	Mejoras de carácter proactivo permanente gradual y radical.
Aprendizaje esporádico dentro de la misma organización.	Aprendizaje sistemático dentro y fuera de la organización y sector. Benchmarking.

Nota. Tomado y adaptado de *La gestión por procesos*, (Mora Martínez JR, 2002), pág. 6-8.

Así como en el sistema de salud humana, en los centros de atención veterinaria se han establecido varios tipos de procesos, los cuales se delimitan y establecen a continuación:

- a. Procesos Gobernantes (Estratégicos): este grupo de procesos están responsabilizados a los niveles ejecutivos y directores de los centros de atención veterinaria y están enfocados a planificar, organizar y direccionar a los lineamientos de la organización, algunos ejemplos lo constituyen, la dirección, el departamento de planificación y marketing (centros privados), el departamento de comunicación y de alianzas estratégicas.
- b. Procesos Productivos: a este grupo de procesos también se los denomina procesos clave, estos procesos están directamente relacionados con la producción del servicio y afectan directamente a la salud y bienestar del paciente, así como a la percepción del tutor en cuanto al servicio recibido por su animal de compañía, algunos ejemplos de este tipo de procesos son: consulta externa, emergencia, hospitalización.
- c. Servicios de Apoyo: también denominados procesos de soporte, su nombre deriva del sustento que ofrecen a los procesos productivos y gobernantes para su correcta ejecución, muchas veces estos procesos son subestimados siendo la causa del fracaso de las organizaciones, así, como ejemplos de este tipo de procesos podemos citar la gestión de cobros y pagos, lavandería, contabilidad, gestión de los sistemas informáticos, mantenimiento, etc.

Una manera eficaz de visualizar la distribución de la organización administrada bajo procesos es a través de la visualización del mapa de procesos, en el cual se establecen los componentes y los procesos involucrados en la generación de los diferentes productos y servicios de los CAV, tal como se muestra en la figura 61, donde se despliega los diferentes procesos establecidos en un hospital veterinario de la ciudad de Quito, sin embargo, de igual manera estos pueden observarse en el catálogo de procesos en donde se muestran con detalle los macro procesos, procesos y sub procesos involucrados (Mena-Pérez, 2013b).

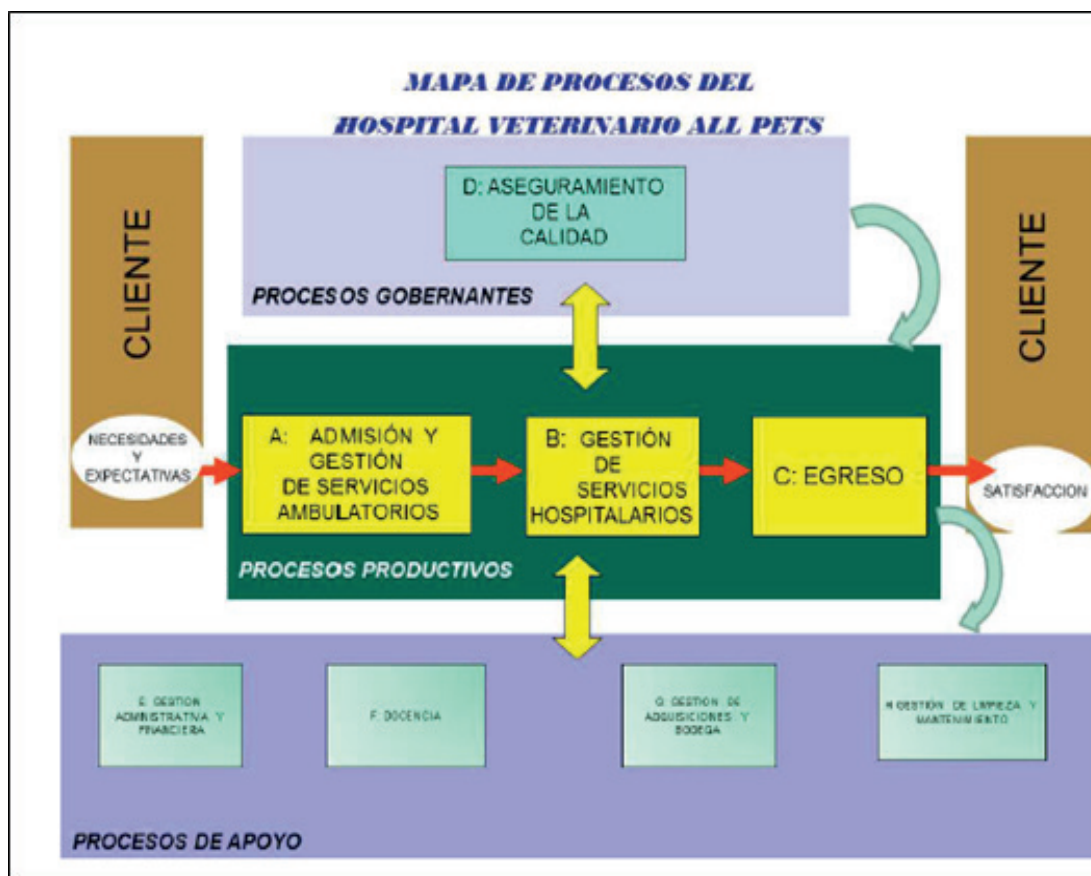
La estandarización de procesos en los centros de atención veterinaria repercutirá en la uniformidad de los servicios generados en estas casas de salud animal, sin embargo, son pocos los centros alineados en esta ideología, y continúan manejando sus centros de manera tradicional, esto ha conllevado al desarrollo e instauración de varios problemas reflejados en la atención veterinaria del país, entre ellos podemos citar:

- Eleva variabilidad en los productos y servicios prestados, generando desconfianza en los tutores de animales de compañía por la diversidad de criterios médicos.

- Ausencia de un tarifario de referencia para los servicios de atención veterinaria, con la consecuente competencia basada en precios “guerra de precios”, misma que trae como consecuencia una baja calidad en la prestación de los servicios veterinarios.
- Carencia de protocolos estandarizados, limitación que es una de las causas que frena el desarrollo de las clínicas veterinarias y de otros negocios conexos como las empresas de seguros para animales de compañía.

Figura 62

Mapa de procesos hospital veterinario All Pets



Nota. Obtenido de (Mena-Pérez, 2013b)

Protocolización de los servicios veterinarios

En América Latina, una de las mayores dificultades en la implementación de procesos dentro de los centros de atención veterinaria ha sido la falta de protocolos que estandaricen la prestación de los servicios. Si bien su aplicación

no es obligatoria, el uso de protocolos es totalmente recomendado y beneficioso para las clínicas y hospitales veterinarios, incrementando el flujo de trabajo, mejorando la eficiencia de las áreas o departamentos, pero fundamentalmente uniformizando la calidad de los servicios prestados, más aún cuando estos dependen de diferentes personas que forman los equipos de trabajo (Baralon et al, 2022).

Por definición un protocolo corresponde al conjunto de directrices, normas, acciones y actos que las personas integrantes de los equipos de trabajo deben seguir de manera sistemática y ordenada en diferentes situaciones. Así, en los centros de atención veterinaria se priorizarán los protocolos médicos como, por ejemplo: protocolos anestésicos, protocolos en emergencia, protocolos quirúrgicos. Pero, estos serán respaldados con protocolos administrativos como ejemplo: protocolos de admisión hospitalaria, protocolo de presupuesto y facturación; además de protocolos de limpieza y esterilización. Las actividades dentro de estos protocolos deberán anclarse de manera sistemática para integrar los diferentes protocolos dentro de la unidad médica.

Tabla 39

Protocolos recomendados para Centros de Atención Veterinaria

TIPO	PROTOCOLOS
PROTOCOLOS CLINICOS	• Exploración física
	• Inmunoprofilaxis caninos
	• Inmunoprofilaxis felinos
	• Consulta especial cachorros
	• Consulta especial geriátricos
	• Cirugía de esterilización/castración
	• Procedimientos Radiológicos y ecográficos
	• Anestesia y cirugía
	• Toma de muestras para laboratorio
PROTOCOLOS DE COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE	• Consulta satisfacción del cliente en la consulta
	• Charla sobre nutrición en la consulta
	• Llamadas telefónicas
	• Agendamiento de citas
	• Información de hospitalización
	• Programación y acompañamiento en eutanasias
	• Elaboración y socialización de presupuestos

	• Abastecimiento y suministro
	• Código de vestimenta
	• Fijación de precios
PROTOCOLOS	• Limpieza y mantenimiento
ADMINISTRATIVOS	• Administración del material de oficina
	• Sistema de archivo
	• Programación de docencia y capacitación
	• Horarios y vacaciones del personal

Nota. Adaptado de Baralon P, (2022)

Los protocolos se desarrollan en base a la suma de actividades que se realizan en cada área o servicio de la unidad de salud, de forma general se recomienda que estos se encuentren escritos y correctamente estructurados para facilitar el desarrollo de la gestión por procesos, así como para definir el costo de cada actividad por servicio, permitiendo de esta manera un manejo eficaz y eficiente de los centros de atención veterinaria.

Benchmarking aplicados a los centros de atención veterinaria

Esta técnica, desde su traducción, corresponde a la adaptación de modelos exitosos de negocio a las empresas de salud veterinaria, asociados a la globalización que involucra la mayor conexión, facilidad de desplazamiento y el acceso a la información a través de internet y redes sociales, varios directores de centros de atención veterinaria han visto modelos en centros veterinarios de Estados Unidos y Europa, donde el negocio veterinario se encuentra más desarrollado, y de manera ingeniosa han trasladado modelos de infraestructura, de organización “know-how” a través de la translocación de protocolos médicos y administrativos, así como administrativos (Mentor, 2009).

El benchmarking para los centros veterinarios del Ecuador ha sido muy beneficioso y un gran puntal de desarrollo, en la actualidad incluso se está dando entre centros veterinarios del país, generando una competencia sana y cordial, que obliga al crecimiento paulatino de los centros pequeños, quienes al tener un modelo a seguir tienen que mejorar su eficiencia, con la finalidad de incrementar sus ganancias buscando incrementar su inversión en infraestructura y equipamiento.

Establecimiento de costos en la clínica veterinaria

En el Ecuador, cada vez son más los centros de atención veterinaria que fijan los precios de sus servicios con base en un sistema de costos, sin embargo, no es lo más frecuente, lamentablemente aún existen clínicas veterinarias que establecen sus precios en base a los precios de su competencia más cercana, condenándolos a largo plazo a un pobre u nulo desarrollo (Mora & Arroyo, 2013) .

Las empresas de salud, dentro de las cuales se encuentran los centros de atención veterinaria, deben prepararse para una competencia cada vez más agresiva, debiendo emplear para ello herramientas que los diferencien unos de otros, así, un sistema de costeo bien establecido permitirá delimitar los márgenes de precios e incrementar los niveles de eficiencia en estos centros de atención (Riaño, 2014). Entre los requerimientos técnicos indispensables para alcanzar este objetivo se cita una contabilidad adecuada y su especialización de costos, puesto que estas herramientas proporcionan pautas informativas clave para mejorar el control, uso de materiales y todo cuanto es necesario para la producción de bienes y servicios; siendo este además un factor que las empresas pueden controlar de manera intrínseca, como una verdadera ventaja competitiva.

Durante la planificación e implementación de la gestión estratégica de costos de las casas de salud, generalmente se utiliza la combinación de tres puntos claves: análisis de la cadena de valor, de los causales de costos, y del posicionamiento estratégico. En cada uno de ellos, los costos son analizados de manera organizada, proporcionando información relevante para que la empresa mantenga la competitividad, al lograr la mejora continua de productos y servicios de alta calidad que satisfagan a los clientes y a los consumidores al menor precio.

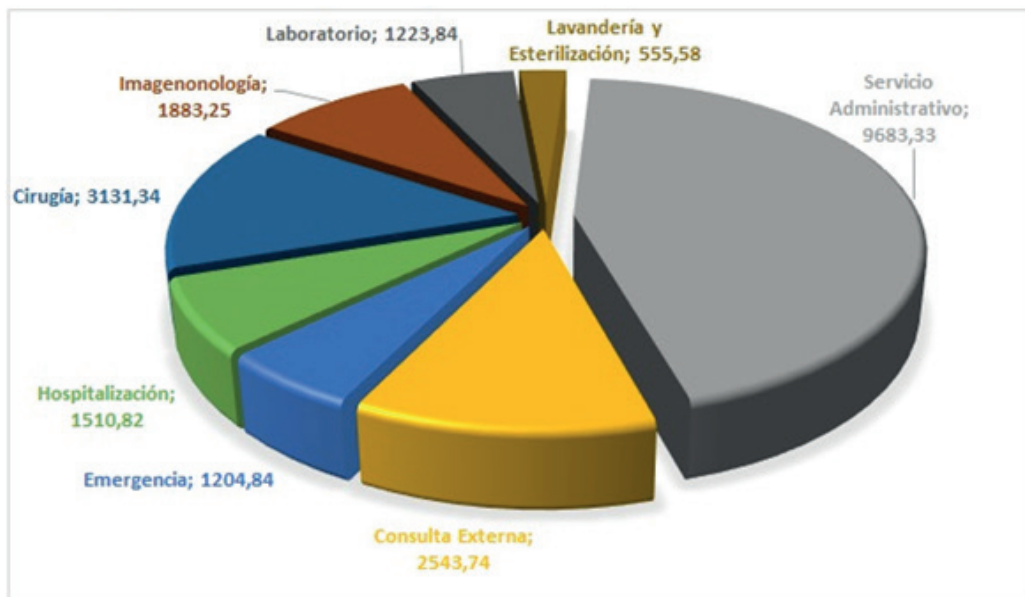
Se han determinado varios sistemas para el establecimiento de costos, entre estos tenemos: Sistema de órdenes de producción por departamentos, sistema de costeo por procesos, costeo basado en actividades (sistema ABC) y el sistema de costos hospitalarios (SICOH) el cual ha sido implementado en hospitales humanos y veterinarios del país (Mena-Pérez, 2013a). Cada clínica u hospital veterinario deberá determinar el sistema que mejor se adapte a sus necesidades, sin embargo, lo importante será determinar los costos de los productos y/o servicios generados para establecer precios que le permitan ser competitivo y fomenten la perdurabilidad de la empresa.

En el año 2012, realicé el levantamiento de costos del Hospital Veterinario All Pets, en la ciudad de Quito, en donde se empleó como método de costeo el SICOH, sistema recomendado por la Economista Rosa López Mayorga, en este trabajo se tomaron en cuenta los siguientes costos (Mena-Pérez, 2013b):

- Costo del Recurso Humano por áreas y servicios
- Costo – Afectación de las áreas y servicios
- Costo de Inventarios
- Costo de depreciación de equipo y mobiliario por áreas y servicios
- Costo de servicios básicos
- Otros costos (materiales de oficina, papelería, utilería)

Figura 63

Costo total por servicio al mes (en dólares)



Nota. Adaptado de (Mena-Pérez, 2013b) Hospital Veterinario All Pets

Así se realizó la consolidación de costos totales por servicio al mes, llegándose a determinar que los costos más elevados se encuentran en el área administrativa, seguidos por el servicio de cirugía, consulta externa, imagenología, laboratorio y hospitalización, situación que debió ser analizada con la finalidad de mejorar los estándares dentro de este centro de atención hospitalaria para animales de compañía.

Referencias

- Jevring, C. (2001). *Gestión de la Clínica Veterinaria*. Buenos Aires: Intermedica. Gestión de la Clínica Veterinaria.
- Malagón, G., Galán, R., & Pontón, G. (2008). *Administración Hospitalaria*. Bogotá: Medica Panamericana.
- Mena, R. (2013a). Plan de Reorganización y Elaboración de Costos de los Servicios de Atención Veterinaria del Hospital All Pets.: Mena-Pérez, R. (2013a). PLAN DE REORGANIZACIÓN Y ELABORACIÓN DE COSTOS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN VETERINARIA DEL HOSPITAL ALL PETS. In Repositorio Biblioteca Digital ESPE (Issue 1)
- Mena, R. (2013b). *Reorganización en base a procesos y elaboración de costos en Hospitales Veterinarios*: https://repositorio.espe.edu.ec/handle/21000/4537/browse?type=title&sort_by=1&order=ASC&rpp=20&etal=-1&null=&offset=568
- Mora, A., & Arroyo, E. (2013). Establecimiento de Costos y Procesos para Clínica Veterinaria UDLA: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/2898>
- Riaño, C. (2014). Breve análisis del ejercicio profesional en clínica y cirugía de pequeñas especies animales. *Sciela, Revista Colombia de Ciencias Pecuarias*. Breve análisis del ejercicio profesional en clinica y cirugía de pequeñas especies animales: Revista Colombiana de Ciencias Pecuarias No.27
- Villamil, L., Romero, J., & Cediel, N. (01-06 de 2008). La Salud Animal y la Globalización: *Revista de Medicina Veterinaria* No.15 77-9



<https://goo.su/AyRgDdj>

CAPÍTULO XIX

La comunicación como herramienta
de salud en el adulto mayor

Ramón Morcillo López

Hablar de la incidencia que la comunicación tiene en el adulto mayor cada día es más significativa. Para Ecuador se considera adulto mayor a las personas de 65 años, de acuerdo con la Ley del Anciano promulgada en 1991. Ecuador en Cifras /2006). Con referencia a España, los adultos mayores que viven solos representan el 28% de los hogares en España, El País (2024), La realidad es que la carencia de contacto social y aislamiento en el adulto mayor (AA.MM). correlaciona con enfermedad, depresión, dependencia y suicidio. Este fenómeno ha alcanzado tal volumen que hoy en día ya hay dos países que han creado un Ministerio de la Soledad. En 2018 el Reino Unido, (BBC. Mundo, 2018) donde este problema afecta a 9 millones de sujetos (13,7% de la población total) BIOGUIA (2018), y Japón, que en 2021 estableció el Ministerio de Soledad y Aislamiento, institución enfocada en la creación de comunidades locales más fuertes y fomento de los grupos secundarios, El País (2021), Soledades (2021).

Debemos tenerlo presente, dado que más del 20% de las personas mayores de 60 años sufren algún tipo de problemas de salud mental. Entre sus desencadenantes, nos encontramos, con el aislamiento, soledad y angustia psicológica, algunos de ellos consecuencia de metas no cumplidas y decisiones equivocadas, realidad que terminan desembocando en: depresión, ansiedad y demencia.

Los gastos por enfermedad generados por los AA.MM. en Ecuador INEC (2022) en el año 2020 fueron el 6,4% respecto al Producto Interior Bruto (PIB). Y es que la esperanza de vida en modo alguno nos llegó acompañada de calidad de vida, realidad que ha generado un importante colectivo de mayores dependientes con una serie de patologías, cuyas afecciones más comunes son: fragilidad, caídas, estados delirantes, úlceras por presión, pérdida de audición, cataratas, errores de refracción (miopía, hipermetropía, astigmatismo), dolores de espalda y cuello, artrosis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, y a modo paradigmático el aumento de síndromes demenciales, como Alzheimer NIH (2024), Parkinson DURCAL (2023), dolor Aveiga, N.(2017) y la polimedicación, entre otras.

Antes de exponer herramientas, también debemos hacer constar que, al otro extremo de la Campana de Gauss, nos encontramos con una población de mayores en perfectas condiciones físicas, con hambre de cultura, metas, responsabilidades pendientes y asuntos a tratar, colmando gimnasios, teatros, balnearios y distintos programas de agencias de viaje que han sabido crear

todo “un exclusivo mundo” centrado para ellos. Y es que hoy, en esta enorme varianza de sujetos que conforman AA.MM. también hay vida y proyectos, realidad que está obligando a los estamentos oficiales a ocuparse y preocuparse en desarrollar toda una organización social que les permita realizar una vida plena y con sentido. Ninguno presenta enfermedad o dependencia, tan solo concretos trances vulnerables que requieren ayuda con el fin de prolongar sine die su autonomía, por los cambios habidos fruto del pasar el tiempo, familia, ciudad, con su centro urbanos físicamente igual a setenta años atrás, pero totalmente distinto en cuanto a servicios y vecindario. La tienda de la esquina hace años que desapareció, al igual que la lechería, panadería y hasta el zapatero remendón, Merma en su capacidad adquisitiva al estar desvinculado del trabajo, y edadismo. Este permanente rechazo social más o menos visible, debido a esquemas y valores en una sociedad que alzaprima las capacidades y características de la juventud frente a la edad madura, como los valores más efectivos y deseados. Percepción heredada de la Grecia Clásica, ya Aristóteles en su Libro II Ética a Nicómaco dedica hasta tres capítulos a exponer los tópicos de las diferentes edades de la vida humana. (Ret II 12-14: 1388 b 32-1390 b 14). (Ret II 13: 1389 b 13-1390 a 28).

Dicho lo cual podemos afirmar que el envejecimiento poblacional representa un desafío tanto sanitario como económico, siendo de perentoria necesidad implementar medidas para garantizar la sostenibilidad, calidad de los sistemas de salud y materiales que permitan prolongar la autonomía de los AA.MM. Ayudar a suprimir la “rumiación”, realidad que podemos llevar a cabo a través de la comunicación. No podemos cambiar el pasado, pero sí alterar su percepción. Empezar a ver el ayer con aceptación, repercutiendo en el trato consigo mismo, con el otro, y como efecto, en su salud física y mental. Las secuelas de aquellas metas que nunca cumplieron y decisiones equivocadas. El estrés que creó con sus correspondientes posibles manifestaciones: separaciones, padre ausente, evitación y la letal disociación. Actuales complicaciones somáticas, creencias negativas y el constante autosabotaje en función de cómo se ha percibido.

Cambiar de su biografía la percepción de temas irreversibles con la consiguiente remisión en cuanto a descargas de cortisol y presión arterial, entre otras. De ahí la necesidad de hablar y trabajar sobre estas herramientas, el personal directivo, los gerentes de hospitales deben tomar medidas inclusivas, estudiadas y probadas para soslayar los comentados desencadenantes. Este es nuestro fin con el presente capítulo, concienciar al personal directivo de hospi-

tales que organicen, dirijan programas tendientes a la prevención de una mejor y mayor esperanza de vida y que tenga de igual manera, calidad de vida.

Hoy sabemos que el hombre va a vivir casi el doble de sus abuelos, por lo que precisa un buen presente. Necesita hacer las paces, aceptarse, pero no por el camino de otorgarles la razón. La razón se la da a los tontos, nos dicen. En nuestro caso, entregar herramientas desde el área de la gerontología, centradas en la comunicación como instrumento para vivir en estrés, afrontar quejas, aceptación, el perdón, rompiendo el problema de salud mental más frecuente y de primer orden como es la depresión, tercera causa de discapacidad en todo el mundo según la OMS, MSP (2024). Envejecer es positivo, representa una conquista social y todos debemos felicitarnos por ello y prepararnos.

La Comunicación como herramienta de salud en el adulto mayor (AA.MM)

Empezaremos diciendo que, al hablar, de lo único que podemos estar seguros es de lo que decimos, pero sobre lo que va a interpretar el que escucha, eso no siempre lo sabremos; escuchamos según pensamos. A lo dicho, debemos hacer mención del INFORME AUDIKA (2023) haciendo hincapié sobre la correlación que existe entre la edad, la forma en como nos comunicamos y estado de ánimo. Los AA.MM. valoran las entonaciones según van envejeciendo, terminando por otorgar el verdadero significado de las palabras en el “como se dice”. Recordemos que un AA.MM. podrá olvidar lo escuchado, pero siempre recordará la emoción que experimentó recordando cuanto le hablaron. A. Machado (1971) nos lo recuerda en Los Complementarios (pág.51): “Solo recuerdo la emoción de las cosas/y se me olvida todo lo demás/muchas son las lagunas de mi memoria”. Así debe ser en la comunicación con el AA.MM. Debemos ser fabricantes de sentimientos aún en el silencio, por ello vamos también a entregar habilidades en cuanto a lenguaje verbal y no verbal, y la necesidad de creer en nuestros mayores.

Para empezar, vamos a presentar lo que para nosotros fue el punto de inflexión que nos marcó un antes y un después en la comunicación. De la forma cómo las estimulemos nuestras NN.EE. va a depender la comunicación con el AA.MM, con independencia de lo que aprendimos y ponemos en práctica, tanto sobre el lenguaje no verbal y Programación Neurolingüística (PNL).

En la investigación se constató como tanto el macaco que ejecutaba la tarea, como los que observaban, estimulaban idénticas neuronas, lo que dio pie a que

se empezará a hablar de neuronas espejo. A tenor de esta realidad, han sido otros investigadores los que se han sumado a este descubrimiento. Si el emisor no las activa, tampoco lo hace el receptor, pero si el emisor, cuanto dice, no tiene intención de hacerlo, está mintiendo, se está provocando a sí mismo daño en la corteza prefrontal dorsolateral que afecta a las compensaciones entre la honestidad y el interés propio. Investigación llevada a cabo por Lusha Zhu (2014), Langleben, D.D. (2002) y Joa Julia Lee y otros (2015).

Con lo hasta ahora expuesto, podemos afirmar la importancia del pensamiento y la honestidad para transmitir credibilidad en el AA.MM. Si el cuidador, familiar, manifiesta al mayor que va a tomar una decisión respecto a un tema que le beneficia: ir al cine, salir a tomar un café, lo bueno de ese medicamento, y para nada piensa hacer algo y ni es un beneficio, el mayor además de no creerle, perderá toda credibilidad, con la consiguiente ansiedad, estrés a provocar en el supuesto de ser dependiente del que se está manifestando.

Vamos a hablar ahora como nuestra forma de pensar, opinar sobre el adulto mayor, está directamente provocando alteraciones en su organismo. Para ello vamos a exponer la investigación llevada a cabo por el doctor Masaru Emoto (2013) donde se confirma como nuestras palabras están afectando al cuerpo del adulto mayor.

Nuestro cuerpo en estado adulto está compuesto por un 60/70% —según edad— de agua. El hombre desde tiempo inmemorial ha buscado los efectos terapéuticos del agua —saunas, balnearios, etc., pero el concepto de “curar” que sobre el agua tenemos cambió en 1994, cuando el doctor M. Emoto empezó a preguntarse el por qué dos muestras de aguas con idéntica composición química, transparencia y pureza, presentan distintos resultados al ser aplicados dentro de un proceso terapéutico. Pregunta que le llevo a investigar sobre la variable que hace referencia a su estructura molecular. Para ello cogió muestras de los más dispares lugares: balnearios, aguas de ríos, estanques y Spas urbanos, las congeló y al observar el resultado a través del microscopio y fotografiarlas descubrió una estructura diferente. El agua era la misma y sin embargo su estructura no. De la pregunta que se formuló surgió la hipótesis de que la causa era debida a la capacidad del agua para recibir información, memorizarla, y en función de ello, estructurarse. Los resultados fueron sorprendentes. Si al agua la sometía a mensajes positivos, la fotografía que se obtenía era blanca y de forma estrellada. Si la exposición era a mensajes negativos, las formas se volvían atroces, predominando el color marrón. A tenor

de esta investigación, el Dr. Emoto llegó a la conclusión de que nuestro pensamiento y la atención —que es energía— reiterativa sobre el mismo, determina su estructura. La ciencia aún desconoce cómo el pensamiento puede afectar a las moléculas, pero el interés que este fenómeno nos despertó al ser informados, de nuevo nos hizo reflexionar sobre nuestra responsabilidad a la hora de comunicarnos con nuestros mayores.

Con Rizzolatti descubrimos que nuestro pensamiento influye en el del mayor. Con el Dr. Emoto, su repercusión es en todo su organismo. El poder de la palabra, pensamiento sobre el cuerpo del mayor, igual puede crear salud como todo lo contrario. Si nuestro pensamiento, intención, energía, produce cambios en la estructura del agua y nuestro cuerpo está compuesto por un 60/70 % de agua, un pensamiento, palabra, voz, totalmente puede cambiar sus propiedades. Estamos frente a una prueba de la fuerza de la mente sobre la materia. Estamos hablando de física cuántica.

Como estarán pensando, tanto la investigación que en su momento llevó a cabo tanto el Dr. Rizzolatti como el Dr. Emoto no fue otra cosa que demostrar científicamente lo que, de manera empírica, desde hace años la psicología aplicada y la programación neurolingüística (PNL) hablaban sobre el lenguaje no verbal, el pensamiento y la acción. Si queremos llevar a cabo con nuestro padre una comunicación eficaz, es condición sine qua non, querer ayudarlo y aceptarle tal cual es. Estar convencidos de lo que decimos es cierto y que cuanto exponemos lo va a poder llevar a cabo porque creemos en él. Debemos sentir afecto/fe/creer en nuestro mayor. Creer es crear y crear es conseguir, conquistar. Si nos es imposible amarle -tristemente hay hijos que no pudieron aprehender- por lo menos sentir indulgencia y creer en él. Difícil comunicar con un mayor, si somos incapaces de creer que va a poder llevar a cabo cuanto decimos, sentir afectividad y misericordia.

Ocurre que, por el hecho de creer en él, las tareas que requiere para su autonomía, además de llevarla a cabo, serán más duraderas. Estamos colaborando en crear su nueva realidad, y crearla no es otra cosa que alcanzarla. Y todo porque al creerle estamos ejerciendo un reconocimiento sobre sus actos, estamos totalmente orientados hacia él, emitiendo a través de las NN.EE y de nuestro pensamiento a todo su organismo: Tú puedes papa.

El diccionario de la RAE define creer —entre otras acepciones— como Atribuir mentalmente a alguien o algo una determinada característica, situación o estado. ¡Preciosa frase! Si en la comunicación con un AA.MM, estamos tra-

tando un tema concreto, por ejemplo, que ha decidido matricularse en la Universidad para Mayores, aprender fotografía o manejo del estilo porque quiere escribir un libro. Mientras permanecemos en la conversación, debemos estar convencido de que lo puede llevar a cabo. Que no es un capricho. Va a ser constante. Si creemos que puede, estamos colaborando a que pueda. La última acepción del RAE dice Tener confianza en alguien o algo. ¡Qué decir! Si no confiamos, no tiene sentido empezar a hablar. A tenor de ello queremos hablar de la investigación llevada a cabo por el profesor Dr. Paul Zak, investigador de la Universidad de Claremont en California de Norte, donde confirmó que creer, confiar, correlacionan con los cambios en nuestro torrente sanguíneo de oxitocina, —la muestra es mediante análisis de sangre— hormona directamente relacionada con la empatía. Creer reconforta. Ejercer la comunicación con los AA.MM. crea adicción. Afirmando lo determinante que puede ser creer en la comunicación, lo constata la investigación llevada a cabo en 1982 por los psicólogos Robert Rosenthal (1933-2024) y Lenore Jacobson (1980) consistente en dar información a los profesores de los resultados de los mejores alumnos a tenor del pase de las pruebas psicométricas. Las pruebas nunca se pasaron. La relación de alumnos fue aleatoria, pero el hecho de transmitir con autoridad esta creencia, hizo brotar un clima inmejorable, hecho lógico ya que se trataban de los mejores. Buena actitud de los profesores ante cualquier conducta. Siempre buscaban el lado positivo. El factor que todo lo explicó fue creer. Dieron reconocimiento a un pequeño grupo seleccionado.

A partir de esa noticia estos no podían defraudar, lo que condujo a la creación de una nueva realidad. Nuestras expectativas al comunicar con nuestros mayores, más que condicionar, pueden determinan su día a día. El estereotipo que tenemos formado en cierta medida es el que va a hacer posible llevar a cabo cualquier programa. No debemos llevar a cabo una comunicación si no creemos en nuestro mayor. Si el talante no es positivo, de poco nos van a servir aprender cualquier herramienta de oratoria o sobre el arte de convencer. Seremos un fraude. Otro ejemplo del poder transformador que tiene la palabra cargada de creencia, lo encontramos en la biografía de Thomas Alba Edison (1847-1931)

El último ejemplo lo vamos a dedicar al escritor y periodista Kenzaburo Óe (1999), premio Nobel de Literatura en 1994. Estando su esposa embarazada de su primer hijo, en uno de los controles médicos, le detectaron hidrocefalia. No hablaba, no se comunicaba y apenas se movía. Los padres se repetían una y otra vez, que tenían un tesoro en casa y pronto lo descubrieron. Aconteci-

miento que terminó manifestándose en un libro: Una cuestión personal, donde a través de sus páginas fue plasmando todo el largo proceso que llevaron a cabo tanto él como su mujer, en cuanto a cómo comunicarse, aceptación, esperanza y observación. A la edad de once años como terapia, lo iniciaron en el aprendizaje de la música utilizando como instrumento un piano. Hoy es un reconocido compositor.

Con estos ejemplos hemos querido pretender dar unas pinceladas de la inmensa importancia que tiene el “cómo” nos comunicamos con el AA.MM. en su salud y toma de decisiones. Pensamiento, neuronas espejo, sinceridad, intención, creer, están determinando en todo momento el devenir de la interpretación.

A continuación, y después de la exposición dada, es el momento de presentar dos herramientas de comunicación con los AA.MM. El fin de la primera es conseguir que acepte nuestra propuesta sin caer en una conducta agresiva, pasiva o victimismo. La segunda es como tratar una queja.

Aceptar nuestra propuesta. Herramienta: dar total libertad a nuestro mayor. Aceptar que en el momento que estime oportuno nos pueda responder NO, y para nada cambiar nuestra actitud, respeto y amor hacia él.

Vamos a tratar un tema hermoso dentro de la comunicación con nuestros mayores, donde a través de aceptar la libertad de que nos pueda decir NO, conseguir que voluntariamente nos diga: sí quiero. Debemos tener presente que nos encontramos en una fase de vida donde todo mayor se halla sensible. Es un cambio de papel el que está llevando a cabo, que le hace vulnerable a las preguntas, sugerencias de sus seres queridos y a cuanto le sucede. Debemos darle su espacio, que no se sienta abrumado, impedir en todo momento que ese estado le genere pensamientos del tipo: me quiero ir a mi casa, o, ante la situación de no poder evadirse, terminar por crearse una nueva vida interior, empezar a disociarse y/o emprender en camino de sentir vergüenza.

También debemos procurar que nuestros mayores conozcan nuestros puntos de vista y que los asuman como algo positivo. El crear controversia, puede terminar por nuestra parte con una mentira piadosa, y por parte de él, adoptar una conducta pasiva, con la consiguiente generación de pensamientos negativos. Como sabemos, después de una experiencia hay una respuesta corporal: tensión muscular, sonrisa, lagrима, para terminar en una emoción, en una memoria, que según casos termina creando una opinión. Esto hace que, en el proceso de comunicar, no respondamos igual si quien la emite es nues-

tra querida hija del alma o nuestra nuera, por poner un ejemplo. Que de estar abiertos pasemos a un estado de defensa, deseoso de terminar cuanto antes la reunión para decir no. Y cuando un mayor dice NO, el luchar para que cambie de opinión puede llegar a ser toda una odisea. El no querer seguir escuchando muchas veces esta unido a no creer. Cuando esto ocurre, el escenario puede resultar tenso. Estas situaciones son las que vamos a tratar de anular con esta herramienta. Queremos alcanzar credibilidad ante nuestros mayores. Para ello debemos:

Creernos firmemente que le va a beneficiar —no olvidemos las aportaciones del Dr. Giacomo Rizzolatti—. Cualquier pensamiento erróneo por nuestra parte, puede disparar en nuestro mayor un traspié que empezará a rumiar juntos con otros.

Debemos convertirnos en buenos conversadores. Es decir: escucharle. Todo mayor quiere ser atendido, querido y respetado.

El primer paso de comunicación debe consistir en recabar su atención. Llevar a cabo una comunicación efectiva requiere de un estado emocional pre-dispuesto, orientado hacia él. Debemos asegurarnos de que ha comprendido cuanto le estamos hablando. En su soledad, el mayor no deja de estar inmerso en sus pensamientos, por eso no podemos empezar a hablar hasta que se haya desconectado. No es que, en principio, tenga un problema ótico, que quizás lo tenga, ocurre que se encuentra en su mundo interior.

Antes de exponerle el motivo de nuestra conversación, si pensamos que cuánto le vamos a transmitir puede provocar confusión, u obtener una negación, debemos incorporar en la frase el siguiente texto: “respondas lo que me respondas lo voy a aceptar”. Necesitamos liberarle de la posible ansiedad que le puede generar contradecirnos. Diga lo que nos diga lo estaremos asumiendo, bien el “no quiero”, o el “no me apetece”. En el guion presentamos un ejemplo, donde le liberamos del posible temor al enfrentamiento por decir no, o contradecirse diciendo sí, con el fin de adaptarse, dando inicio a la temible conducta pasiva.

Antes de llegar a la frase decisiva, cuanto más negativamente creamos que nos puede responder, más cantidad de palabras del tipo: creo que, pienso que, tal vez, en mi opinión, me gustaría saber lo que tú opinas, debemos verbalizar.

Hecha la exposición, damos paso al ejemplo donde vamos a obtener un Sí.

Ejemplo:

Nos encontramos ante un AA.MM. que, desde hace tres meses, ha pasado a ser un miembro más en casa de la familia de su hija que reside en otra ciudad. Todas las tardes, nada más finalizar la comida acostumbra a sentarse en el sillón frente al televisor, y así transcurre su tiempo hasta una hora antes de cenar que baja a la calle a dar un paseo. A estirar las piernas como él dice. En la entrevista con el gerontólogo, este aconsejó como pieza clave para el mantenimiento de su autonomía, la necesidad de que hiciera ejercicio, estrechara al máximo el vínculo familiar y consolidara en la medida de lo posible su grupo de amigos, conocidos.

Como primer paso, a modo de desensibilización, la pauta a seguir va a consistir en que después de comer, solo este sentado frente al TV el tiempo de las noticias y el resto del tiempo y según días, dedicarlo a estrechar lazos familiares, una actividad física, estar con algún amigo, llevar a cabo cualquier actividad cultural. El hábito a implementar hoy, consistirá en andar, dar un paseo, y para ello, asistir a una exposición, después ir de compras a un centro comercial y a modo de refuerzo, merendar.

Debemos tener en cuenta que el estado emocional que puede generar cualquier cambio de actividad, a la vez que puede negarse a nuestra propuesta —primer bloqueo— también puede generar ansiedad. Las personas por principio hacemos lo que tenemos por costumbre hacer, por lo que la probabilidad de no querer escucharnos, y permanecer sentado ante el TV puede ser alta. Lo lleva haciendo desde el primer día que llegó, por lo que cerrarse con una respuesta negativa puede ser la conducta más natural, o también, experimentar miedo por contradecir, ya que puede perder su posición social dentro de esta nueva familia que es su hija, yerno, nietos, y ante el temor, optar por pasar a adoptar una conducta pasiva, decir Sí y justificarse a través de cualquier problema somático, con sus nefastas consecuencias. Obviamos tanto la comunicación normal como agresiva. Pasamos directamente a la comunicación asertiva.

Pasos:

Iniciamos la comunicación justo en el momento que sabemos que la información de su interés puesta en el TV es baja o nula. Solo cuando hemos obtenido el contacto ocular podemos acompañar de un contacto físico: acariciarle las manos, apretar el brazo. Si desconocemos de qué manera va a reaccionar, deberemos empezar a hablar incorporando mucho texto:

USTED. *Papá, quisiera hablar contigo un momento. Mira papá, estoy dándole vueltas a lo que te voy a decir, pensando en lo que nos aconsejó el gerontólogo. La verdad es que no sé lo que te va a parecer. No lo sé. He estado cavilando y puedes con toda libertad responderme lo que te apetezca sobre lo que pienses, porque tal vez te puede interesar o tal vez no. Francamente no lo sé, pero me gustaría explicarte de qué se trata y por ti mismo tu decidas si te conviene o no. Si no quieres papá, no pasa nada. Otra vez será. Te quiero igual papá. ¿Qué te parece?*

PADRE ¡¿?!

Después de lo hablado, lo más probable es que guarde silencio, este desconcertado. Ciertamente es que hemos despertado su interés. Quizás sonría, dado que no está acostumbrado a estos inicios, pero seguro nos va a decir que sigamos hablando. Hemos conseguido su atención, además de que en todo momento le estamos dando la opción a que nos pueda decir que no, con la novedad de que para nada le estamos generando ansiedad. Todo porque le estamos dando total libertad para que nos pueda decir que no le interesa, que prefiere seguir sentado viendo la TV. Con este guion estamos aumentando la probabilidad de que nos pueda decir: ¡adelante! Sigue hablando. Ahora el “NO” ni se lo está pensando, es difícil al ser prioritaria la curiosidad. Por supuesto, que en ningún momento se debe estar bajando la guardia de mirar a los ojos, acompañado de un lenguaje no verbal de aceptación sea la respuesta que sea. Por encima de todo debemos ser sinceros.

U. *Hay una exposición en el museo Arqueológico sobre las misiones jesuíticas guaraníes, con fotos de las provincias de Misiones y Corrientes que tanto nos hablabas cuando éramos pequeñas y que tantos amigos hiciste por allí papá. La verdad es que me gustaría que la viéramos juntos. Escucha el plan: vamos a verla, me vuelves a hablar de cuando las recorriste y luego, a la salida del Metro en la plaza del Callao, nos bajamos por la calle del Postigo de San Martín y en Chocolatería Valor nos tomamos un chocolate con churros, como cuando niñas en Alicante, nos llevabas a toda la familia a la de la Esplanada. ¿Qué te parece papá?*

P. ¿¿??

Hagamos un análisis hasta aquí. Hemos empezado a hablar cuando estábamos completamente seguros que había dejado todas sus ensoñaciones para prestarnos su atención solo a nosotros. Al confirmarle que fuera la respuesta que fuera la íbamos a aceptar, que íbamos a ponernos en su lugar ante cualquier decisión que tomase, hemos conseguido suprimir cualquier posible conato de ansiedad, de huir o pasarse a una conducta pasiva. *Si no quieres papá, no pasa nada. Otra vez será. Te quiero igual papá.*

Le hemos transmitido nuestra voluntad de querer estar a su lado. Compartir momento de dicha, rememorar gratos recuerdos, cuando ayer el camino era hacía la chocolatería en la Explanada. Poder experimentar como aún permanece viva la llama del cariño, la admiración de cuando solo él era el fuerte, el todo poderoso, el arquetipo a imitar. Todo eso era su padre. Le hemos verbalizado, hasta hacerlo consciente de que nos importa. Que es una dicha de Dios poderlo tener a nuestro lado. Poder transmitir a los nietos los mismos sueños que ella tuvo en su infancia. Estamos colaborando en su bienestar. Él sabe que necesita salir. Para finalizar, hemos utilizado la pregunta estrella, imprescindible, facilitadora de una afirmación: *¿Qué te parece papá?*

Sigamos:

Ahora continuamos con frases de puro consejo, con independencia de las posibles respuestas. El fin siempre es el mismo, difuminar el posible NO, para ello el que sienta libertad es factor imprescindible. Tengamos presente que cuando un mayor dice NO luego le cuesta horrores que nos diga Sí; es como si perdiera su dignidad. Como si su mundo se derrumbara. Ni qué decir tiene que nuestro pensamiento debe seguir permaneciendo con una actitud de reconocimiento, honestidad, voluntad de creer y amor. Si consideramos que requiere más texto, que aún no se ha decidido, hagámoslo acompañándonos con frases como estas:

Papá, decidas lo que decidas, soy consciente de que tú sabes muy bien lo que quieres; a dónde prefieres ir. Tú mejor que nadie sabes cómo te encuentras.

No quiero que te sientas obligado a darme la razón. Ya sé que tú a veces por no discutir sales por los cerros de Úbeda. Cualquier opinión, respuesta que des, me parecerá correcta.

Si no estás de acuerdo, dímelo sin ambages, que yo recuerde, jamás hemos discutido por temas como este.

Mira papá, te voy a explicar todo el recorrido y si algo no te gusta, no dudes en decírmelo. Como vamos a tener tiempo, podemos ir al El Corte Inglés que nos pilla de paso, y compramos un jersey o un chaleco que ya va haciendo frío. ¡Lo que quiero es salir contigo papá!

Papá, no quiero que te sientas obligado a nada; eres libre de elegir una opción u otra. Tu bienestar es lo primero.

Por supuesto que, en este tipo de conductas, podemos encontrarnos con tantas variables como situaciones, objetivos se nos puedan presentar, pero siempre debemos de seguir un denominador común:

Trabajar un lenguaje que con toda libertad siempre permita a nuestro mayor el decir NO si así lo siente. Jamás debemos caer en provocar, generar por nuestra insistencia una conducta pasiva. La pasividad llama a la dependencia.

Ayudarle a mantener una conducta asertiva, de salud.

Mantener la probabilidad de que nos permita seguir hablándole, manifestarle nuestro interés, nuestro amor. Estamos aumentando la posibilidad de obtener un Sí.

En modo alguno estamos diciendo que esta forma de comunicar con un AA.MM. sea infalible, tan solo que nos puede permitir alcanzar nuestro objetivo. Son guiones basados en la psicolingüística, preparados para facilitar al máximo el encuentro con nuestros mayores. Tenemos a nuestro favor que estamos queriendo instaurar un bien para nuestro padre, y él lo sabe. Y esa realidad tiene una fuerza tan grande que puede transformarlo todo a favor de los dos.

Este es el guion ¿es perfecto?, pues no, en las relaciones humanas solo podemos hablar de probabilidad. El libre albedrío debemos tenerlo siempre presente, pero no seguirlo es perder. Haciendo comparación diré lo mismo que le puede ocurrir a un letrado de éxito que siguiendo su procedimiento pertinente a veces puede perder. De la misma manera que un probado cirujano poner todo su saber y a veces ocurrir la sorpresa. Lo cierto es que, si no siguen su programa, la probabilidad de fracaso es alta.

¿Que hemos conseguido?

Evitar respuestas pasivas o agresivas.

Alcanzar en la mayoría de los casos su participación activa, dado que la toma de decisión siempre va a partir de ellos. Son los que tienen el poder y además les estamos permitiendo con nuestra conducta de que sean conscientes de esa realidad. Reflexión que, por su contenido, le va a permitir decirnos Sí, y precisamente como una manifestación del propio poder.

No nos cansaremos de repetir que la mayoría de las respuestas que se nos dan, son consecuencia de cómo estamos llevando a cabo las preguntas. Las personas responden en función de cómo preguntamos. Es decir, es nuestra forma de hablar y pensar lo que está determinando la respuesta, conducta del otro.

Segunda conducta: Conducir la queja de un AA.MM.

En esta exposición vamos a mostrar cómo a través de la comunicación podemos dar solución a un tema tan importante como es tratar una queja. Quejarse es una conducta que en una primera lectura no acostumbra a tener buena prensa. Culturalmente es censurada desde nuestra más tierna infancia, por lo que desarrollar conductas asertivas en esta área para cuando nos dirigimos a nuestros mayores, es necesaria, no ya solo para el mayor, sino para el familiar o cuidador que lo atiende.

La queja también es comunicación, solo el que quiere dar una solución, continuar una relación, opta por la queja. Recibirla siempre encierra información al proporcionarnos de manera rápida la mejor pesquisa para operar el cambio. Por ello consideramos necesario tratar la queja, indicando los pasos a seguir para saber recibirla, tipo de lenguaje y atención a la valiosa información que se nos está transmitiendo con dolor, a veces hasta mezclada con vergüenza. El fin es seguir manteniendo la comunicación. Darnos cuenta del posible error, y subsanarlo. La rapidez es exigencia para el cambio. En ningún momento debemos castigar, mutilar este acto, sino todo lo contrario, pues la solución es necesaria. También la queja puede partir de nosotros por la forma de obrar del AA.MM.

Para manejarla, requiere ante todo ser consciente del lenguaje y adaptarse a él. Como la queja es emoción, el lenguaje —emisor y receptor— debe ser emocional. Dominar esta habilidad conductual, con tacto y lenguaje adecuado es por lo que hemos decidido tratarlo. En términos generales gusta más hablar que escuchar, por lo que escuchar una queja puede llegar a ser todo un arte, un permanente aprendizaje que en más de una ocasión ha sabido salvar una relación.

Conozcamos su mecanismo. El ser humano ante cualquier contrariedad —sobre todo si es ligera— no siempre tiene por costumbre quejarse, es más, cuando el otro ha realizado una conducta que le disgusta o perjudica, dado que toda queja además de generar ansiedad puede entrañar perder al final de la interacción, lo primero que lleva a cabo un sujeto ante esta incidencia como medida previa al enfrentamiento, es razonarla y si puede, justificarla mediante una aceptación o venganza tras afirmarse que jamás volverá a... Si este proceso le es satisfactorio o cuasi satisfactorio, dará por zanjado el problema. Pero si la queja se lleva adelante, muchas veces a quien tenemos delante es una persona con un cuadro emocional concreto y siempre cargado de dolor, por lo que

nuestro lenguaje debe ser emocional mientras al unisonó nos deberemos preguntar con toda honestidad: ¿Queremos resolver un problema, o tener razón? Ganar, con la “ventaja” de saber que podemos, pues quien tenemos frente a nosotros es un AA.MM., con algún tipo de dependencia ante nosotros, acompañado de edadismo, factor que siempre juega a nuestro favor. Pasemos a un ejemplo. Escena: Padre, hija y nieto.

Queja: el padre guarda una colección de figuras de ilustres militares y diplomáticos españoles: Luis de Velasco, Blas de Lezo, Juan de Miralles, Cosme D. Churrua y Jorge Juan y Santacilia, entre otros. El nieto constantemente las está tocando, juega con ellas, siendo consciente tanto la madre como el hijo, del permanente enfado del abuelo, pero ocurre que una tarde, al caérsele la figura de Jorge Juan y chocar contra el suelo, a esta se le rompe un brazo. Es cierto que lleva tiempo quejándose al aire, expresando su desacuerdo, pero sin transmitir directamente la queja, porque a la hora de la verdad no ocurría ningún problema aun sabiendo que siempre estaba siendo escuchado. En ningún momento había concretado ante la autoridad representada en su hija solucionar la conducta que tanta ansiedad le producía. No se sentía con la fuerza necesaria para enfrentarse, porque a la hora de la verdad ningún desperfecto estaba produciendo su nieto y temía que su queja pudiese provocar enfado y generar un posible pensamiento de malestar por su presencia. La madre dejaba hacer a pesar de ser consciente del malestar creado. Hoy la realidad es que efectivamente, la figura ha caído al suelo y está rota.

Guion normal. lenguaje racional:

PADRE. *Dirigiéndose a su hija: Ves, ¡al final ha ocurrido lo que todas las tardes estaba advirtiéndote. ¡Me tenéis hartos! Parece como si no pintara nada en esta casa ¡Es que no respetáis nada! Parece que os gusta tenerme todo el día enfadado.*

HIJA: *Papá no te pongas así, tampoco es para tanto. Al fin y al cabo, son figuras, ahora intentamos comprar otra o arreglarla y ya está.*

P.: *Pero ¡qué dices! ¿Acaso no sabes desde cuando tengo estas figuras que ya deben ser únicas? Lo que ocurre es que a este niño no hay quien lo soporte.*

H.: *Papá creo que te estás propasando un poco. Es tu nieto y es un niño.*

...y así nos podríamos pasar todo el día. El padre, utilizando la conversación para desahogarse de todos sus pensamientos contenidos, y su hija interpretando la realidad desde la fría racionalidad, con el valor añadido del poder. De saber que sea el fin que sea, ella va a ganar. Para nada se está preguntando

el porqué de la reacción de su padre. Del dolor que puede estar sintiendo. No quiere perder la batalla y su herramienta es la razón. El padre está molesto e impotente ante una situación que de antemano sabe que la tiene perdida. Consciente de que el poder lo tiene su hija.

Guion asertivo:

PADRE dirigiéndose a su hija: *Ves, ¡al final ha ocurrido lo que todas las tardes estaba advirtiéndolo! ¡Me tenéis harto! Parece como si no pintara nada en esta casa ¡Es que no respetáis nada! Parece que os gusta tenerme todo el día enfadado.*

HIJA: Lo primero que hace es mirar a su hijo, a su padre y la respuesta, con su correspondiente carga de disgusto que rodea la escena debe ser. *Perdóname papá. Te comprendo perfectamente Papá, yo en tu lugar estaría igual. Jamás pensé que esto podría ocurrir. De verdad. Comprendo que estés enfadado.*

P.: *Lo que ocurre es que no me hacéis caso. Observemos que el padre no está respondiendo a la hija. Está desahogándose. Liberando cuanta emoción guardaba.*

H.: *¿Qué quieres que te diga? Tienes toda la razón papá. La figura está rota, y lo único que te puedo asegurar es que voy a hacer lo posible para que no vuelva a ocurrir.*

P.: ¡¿?! Silencio porque su realidad ha sido aceptada.

H.: Aunque el padre no responda se debe insistir ahondando en el plano emocional. Donde va a encontrar la solución. “Tienes toda razón papá. Me comprometo a que no vuelva a ocurrir. No tienes por qué decirme desde cuando tienes las figuras porque soy tu hija y, sabes la de veces que desde niña les he quitado el polvo. A continuación, sin moverse de al lado del padre, la madre llama a su hijo y por primera vez le indica la prohibición y la obligación de obedecer al abuelo.

Comentario:

En el primer guion, su hija se ha limitado a responder de manera totalmente racional. En ningún momento se ha parado a preguntarse el porqué de esa forma tan vehemente de hablar por parte de su padre. Tampoco ha pretendido darle una solución. Su lenguaje —pura razón— es el camino de no perder. El poder y la victoria las tiene aseguradas.

En el segundo, directamente se ha orientado hacia el vencido, acompañándole con amor en su derrota. Cargada de cariño, bloqueando la queja. El padre perfectamente sabe que la figura rota no tiene solución, a la vez que también es consciente de que podría haber parado la conducta de su nieto, y nunca lo

hizo. Se siente culpable. Jamás se atrevió. Sabe que obró desacertadamente, y su hija como respuesta, le brinda amor. Le acompaña asociándose con su dolor, en su derrota, a la vez que dando solución al incidente. La palabra clave que hemos utilizado, además de que debe contener sinceridad, ha sido: te comprendo perfectamente... yo en tu lugar me encontraría igual, pero... Le estamos acompañando, poniéndonos en su lugar. Nos encontramos unidos con él, aceptado su queja. No volverá a ocurrir papa.

Tercera conducta: familia compuesta por un matrimonio con tres hijos y abuela paterna.

Información previa:

Cuando el hijo llega a casa no sabe cómo actuar por el nuevo ambiente creado. Desde hace tres semanas, su madre no atiende las llamadas del servicio de entrega del supermercado, alegando que es mayor, cada vez oye menos, provocando un problema de intendencia, descontrol de abastecimiento con el consiguiente malestar y doble trabajo doméstico. Día a día el distanciamiento es mayor. Apenas hay conversación en las comidas, se evitan las miradas. Al hijo le produce un gran cansancio el estar todo el día generando pensamientos negativos al no encontrar la causa. Es su madre, no puede pasar por alto esta realidad por lo que debe tomar una decisión y cuanto antes mejor. (La queja ha sido sublimada por la abuela transformándose en víctima, lo que ha desembocado en venganza)

Ejemplo de comunicación emoción versus razón.

HIJO: Mamá, llevo bastantes días que no me encuentro bien cuando estoy en casa, y en mi opinión es porque ya no nos tratamos igual.

MADRE: Hijo, tú ves visiones, ¿Es eso lo que te ha dicho tu mujer?

H.: Mamá deja en paz a mi mujer ¿quieres? La verdad es que no sé porque le tienes manía.

M.: ¿Manía yo? Tú siempre me sales con lo mismo. Si le tuviera manía otro gallo cantaría.

H.: Siempre sales con lo mismo cada vez que me siento a tratar de solucionar un problema.

M.: Pues mira que fácil lo tienes, con no empezar basta, al fin y al cabo, esto no tiene solución.

H.: Mamá, llevas unas semanas que tú no eres la misma.

M.: Estaré más vieja.

H.: Mira mamá, ¿se puede saber por qué no abres la puerta al repartidor del supermercado?

M.: ¡Ah amigo! Ahí le duele a la señora. Que ocurre, ¿le molesta mucho a tu mujer hacerlo ella, o pedir cambio de horario? Porque ella puede perfectamente decir que traigan el pedido en las horas que está, y no precisamente cuando sabe que soy yo la única persona en casa, y que encima, por culpa del reparto ni puedo salir. Toda la mañana aquí encerrada por su culpa.

H.: Mirando a los ojos a su madre. Realmente tienes un problema. Tenemos un problema y gordo. Cuando se te mete una cosa en la cabeza no hay quien te la quite.

M.: Ya soy vieja hijo para cambiar.

H.: Vale, te dejo. Hablar contigo es perder el tiempo, voy a ayudar a hacer los deberes a Paloma.

M.: Haces bien, ve con tu hija y ejerce de padre que falta le hace.

Este es un ejemplo que nada resuelve, y lo que es más triste:

Han interrumpido la conversación sin saber la queja que subyace a este problema.

Al primer quite del capote de la madre, el hijo ha entrado al trapo, siguiendo literalmente la frase y tampoco han llegado a un pacto.

El hijo da por sabido que el problema reside en la relación de su madre con su mujer.

La madre tampoco le ha explicado a su hijo la realidad de su conducta. El porqué está actuando como una víctima.

Dada la ansiedad que produce todo enfrentamiento sin resultado, se opta por un cambio.

Al final la posible frase: “es falso que el hablar solucione problemas!

Ejemplo de una Comunicación Asertiva

HIJO: Poniendo en práctica lo aprendido: cercanía, contacto físico, ocular y tiempo suficiente para poder hablar sin interrupciones. Mamá, llevo ya bastantes días que no me encuentro bien cuando estoy en casa, y en mi opinión es porque ya no nos tratamos igual.

MADRE: Hijo, tú ves visiones, ¿Es eso lo que te ha dicho tu mujer?

H.: Mamá, tú sabes que te quiero mucho, pero no te voy a consentir palabras con doble sentido hacia María Elena. Da la impresión de que estas enfadada con nosotros. Si no lo quieres hacer por ti, por lo menos hazlo por mí. Así que dime que te pasa.

M.: A mí no me pasa nada.

H. No empieces Mamá. Yo te amo. Venga. Dime. Le coge las manos, mirándola a los ojos.

M. Pues que estoy sorda, sola y echo en falta a tu padre.

H.: Todos echamos en falta al papá. Pero dime, aquí hay algo más.

M.: Pues mira, además de que estoy sorda, ya no os hago falta. Nadie me hace caso en esta casa y no me gusta cómo me tratáis. ¿Enterado?

H.: ¿Dices que ya no nos haces falta? Pero ¿de dónde te has sacado esto? Mamá yo no soy adivino. Pero primero dime ¿Qué quieres decir con que no os hago falta? y segundo que tú no estás en casa porque nos haces falta. Estas porque queremos que vivas con nosotros. Yo te amo mamá. Tus nietos te adoran.

M.: ¡Qué lástima de hijo! ¡De un tiempo a esta parte es que ya ni ves! ¡Pareces ciego! Pues que desde que tu hijo ha empezado a ir al Preescolar; estorbo, o es que ¿Aún no te has dado cuenta?

H.: Pero ¡qué dices mamá! Como se te pueden ocurrir estos pensamientos.

M.: Estas muy equivocado, no son pensamientos míos, es lo que sufro todos los días. Lo que ocurre es que tú, ni te enteras. Antes tu mujer, todo el día estaba pendiente de mí, y lógico, porque en cuento os ibais a trabajar era yo la que me quedaba con Paco ¡Si lo he criado yo! Era yo quien lo sacaba a pasear, a tomar el sol, le daba el almuerzo, hasta le cambiaba los pañales y recibía el pedido del supermercado. Ahora como ya ha empezado a ir al colegio, a la señora no le hago falta. De todo se queja tu mujer. Es como si molestara. Además, ya ni me voy con vosotros en el coche cuando marcháis a la playa.

H.: Mamá yo me entero de todo lo que tengo que enterarme. Me duele lo que dices porque sé que sufres y vuelvo a repetírtelo; no quiero que hables así de María Elena, es mi mujer, la madre de mis hijos, la amo y no voy a cambiar.

M.: Ya lo seeeee. Esa es...En fin.

H.: Mamá, si no te vienes con nosotros es porque Paco ya no puede viajar en tus brazos, somos cinco de familia y contigo seis. Tú sabes que está prohibido. Además,

honradamente, pensábamos que hasta querías descansar un poco de nosotros y aprovechar para salir con tus amigas, dar una vuelta con ellas, iros al cine, ¡qué sé yo!

M.: ¿Eso es lo que te cuenta tu mujer?

H.: ¡Por favor mamá! Sabes que te quiero, fui yo quien te pidió que vinieras a vivir con nosotros y esa forma de hablar de María Elena me hace daño.

M.: Déjalo estar hijo, si contra ti no tengo nada, bastante tienes con el trabajo, pero es que has sido tú el que ha empezado.

H.: Claro que he sido yo el que ha empezado, porque soy yo el que quiere solucionar este problema, y que además estoy convencido qué tiene solución.

M.: Déjalo estar hijo, yo no quiero ser el motivo de que por mi culpa tengas que enfadarte con tu mujer.

H.: Con quien me voy a enfadar es contigo como sigas por ese camino Sé que no podemos caer bien a todo el mundo, pero te exijo un respeto hacia ella. Yo quiero que sigas por siempre en mi casa.

M.: silencio.

H.: la verdad es que ha habido un poco de falta de comunicación, como diría el papá: Lo urgente comiéndose lo importante. Pero pensábamos que tu preferías quedarte en Alicante esos días y aprovechar para salir con tus amigas, visitar a la Virgen de Monserrate, de la que sois tan devotas y que tanto berrinche cogisteis en vuestro viaje a Bogotá, cuando al subir al Cristo de Monserrate la Virgen que había en la primera capilla al entrar a mano izquierda, era la de Montserrat. Ni rastros de vuestra Monserrate que da nombre al Cristo.

M.: silencio.

H.: Mamá. Somos una familia y tú eres más importante que un coche. El próximo viernes nos llevaremos los dos.

M.: ¡Calla, calla, que dices! ¡Yo no quiero que por mi culpa tengáis más gastos!, y luego que tu mujer la tome...Lo siento, no volveré a meterme con ella.

H.: Te quiero mamá. Gracias por hablar de esta manera. Además, Benidorm no esta tan lejos.

M.: Te vas a meter en un lio por mi culpa.

H.: ¡Que todos mis líos sean como este! Siento esta situación. Vamos a olvidarnos de esto. Hoy empezamos de nuevo. Lo importante es estar juntos. ¡Yo te necesito mamá! Este viernes nos vamos con los dos coches a Benidorm, y como ahora ya no puedes escuchar el timbre como antes, te quiero pedir un favor.

M.: *Sabes que a tu madre no tienes que pedirle ningún tipo de favor. O es que acaso, ¿Cuándo me has necesitado no me has tenido aquí?*

H.: *¡Que ya lo sé mamá! El favor que te voy a pedir es que procures estar atenta y hagas el esfuerzo de escuchar al muchacho del supermercado, él es puntual y siempre llega a la misma hora. ¿Qué me dices?* El hijo abraza a su madre y la besa.

M.: *Rompe a llorar. Si yo lo único que quiero es seros útil. Si es lo único que he hecho toda mi vida. Siempre habéis sido todo para mí. Sois todo lo que tengo.*

Comentario

El efecto era el distanciamiento entre los miembros de la familia provocado por el obstáculo de la madre a las tareas que de manera tácita ella había asumido, envuelto de la latente relación madre-nuera. La causa que dio origen a esta conducta fue la emoción de sentirse utilizada, víctima ahora que no era necesaria. Sentirse despechada por su nuera. Así manifestó su queja. El hijo resuelve el problema tras realizar los siguientes pasos:

Era consciente de la situación. Tomo la decisión de hablar con su madre y se enfrentó al problema.

Previo a la pregunta manifestó dolor y malestar.

Dejó de hablar.

Cortó todos los comentarios hacia su mujer empezando siempre con una manifestación de cariño hacia su madre. Era importante que a la madre no le cupiera la menor duda de que para él, ella seguía siendo su madre del alma, y su mujer, el ser más amado.

Ante situaciones abstractas, solicitó concretas.

No aceptó opiniones equivocadas con respecto a él. Se hizo respetar, hecho que a su vez transmitió confianza a su madre.

Justificó su postura y la posibilidad del cambio.

Dejó claro en todo momento que buscaba, quería y necesitaba llegar a una solución del problema.

Se disculpó, aceptó su error y propuso una solución.

A cambio pidió una nueva conducta a su madre.

Ante tal cumulo de sinceridad, voluntad de servir y amor, la madre rompe a llorar al desbaratar el hijo la coraza emocional que protegía su dolor. Se siente vencida a la vez que liberada, protegida, respetado su estatus, y amada.

El momento de competir paso. Acaba de reconocer el tiempo de aceptar la realidad de su papel, y llora gracias al comportamiento sincero y amoroso de su hijo como facilitador del cambio, con honestidad y firmeza. Expresando en todo momento lo que siente y piensa. La sinceridad es muy importante en toda modificación de conducta y resolución de problemas. Ha reconocido y aceptado su puesto, a la vez que todo su cuerpo registra que se siente amada, no está sola, sigue siendo necesaria y respetada. Ha sido convencida. Con-ven-cida. Caminando al lado de su hijo, acompañándola en el duelo. Permaneciendo junto al vencido hasta el consuelo, hasta la calma.

Es el eterno ciclo humano que los dos aceptan. Mañana tal vez será él, el protagonista que ocupará el puesto de vencido. Estamos en la grandeza de convencer de las viejas Órdenes de Caballería, aceptar que mañana en la próxima batalla el vencedor de ahora puede ser el vencido. Convencer no es un acto racional, no tiene nada que ver con hablar. Convencer es caminar juntos después de la batalla. Derrotado y victorioso, uno al lado del otro por ese mismo camino hasta el desvanecer de la emoción, instante que aprovecha el demonio para huir despavorido.

Referencias

- Aveiga, N. (2017) https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680417/aveiga_loor_nicole%20alejandrattfg.pdf?sequence=1
- BBC. Mundo (2018) www.bbc.com/mundo/noticias-42723066
- Bioguia (2018)¿Por qué en Inglaterra crearon un “Ministerio de la Soledad”? | *Bioguia*
- Durcal (2023)https://www.durcal.com/blog/enfermedad-de-parkinson-fases-y-evolucion/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQiAsvWrBhC0ARIsAO-4E6f8BOql2Mzoxs3eOBizUvIyqprAdLjTgl92EfEEos-IGNhqS3818cT-QaAk14EALw_wcB
- Ecuador en cifras (2006) https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alimen_Beb_2001-2006/Poblac_Adulto_Mayor.pdf
- El País (2021) Japón ya tiene ministro contra la soledad | Mundo Global | *EL PAÍS* (elpais.com)
- El País (2024) <https://elpais.com/sociedad/2024-02-15/el-28-de-los-hogares-en-espana-son-de-alguien-que-vive-solo.html#>

Envejecimiento y salud (who.int)

Imsero (2023) <https://imsero.es/espacio-mayores/estadisticas/mayores-un-clic#:~:text=A%201%20de%20enero%20de,Fuente%3A%20Estad%3%ADstica%20del%20Padr%C3%B3n%20Continuo>

INE (2023) https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177012&menu=ultiDatos&idp=1254734710990

INEC (2022) ecuadorencifras.gob.ec

INEC (2023) Instituto Nacional de Estadística y Censos de Ecuador info.inclusion.gob.ec

Informe Audika (2023) <https://www.audika.es/blog-de-la-audicion/investigacion/impacto-de-la-audicion-en-el-bienestar-emocional-en-los-mayores#:~:text=Las%20personas%20que%20poseen%20una%20audici%C3%B3n%20sana%20relacionan,o%20patrones%20de%20comportamiento%3A%20sensibles%2C%20te%C3%B3ricos%20y%20desconectados>

Jooa J. (2015) Hormonas y ética: Entendiendo las bases biológicas de una conducta poco ética - *PubMed* (nih.gov)

Langleben, D.D. y otros, (2002) Brain activity during simulated deception: an evento-related functional magnetic resonance study. *Neuroimage*, 15: pp, 727-732.

Langleben, D.D. (2002) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11848716/>

Lusha Zhu (2014) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4177007/>

Machado, A. (1971) *Los Complementarios*. Manuel Álvarez de Lama. Taurus Ediciones, S.A.

Masaru E. (2013) Masaru Emoto entrevista Magazine (lavanguardia.com)

MSP (2024) <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/#:~:text=En%20el%20peor%20de%20los%20casos%2C%20puede,salud%20y%20discapacidad%20en%20todo%20el%20mundo.>

NIH(2024)<https://www.nia.nih.gov/espanol/cuidar-familiar-enfermedad-alzheimer/cuidar-persona-alzheimer-entender-mejor-enfermedad>

ONU (2023) <https://sibiso.cdmx.gob.mx/blog/post/quienes-son-las-personas-mayores#:~:text=La%20ONU%20establece%20la%20edad,empieza%20a%20los%2065%20a%C3%B1os.>

Kenzaburo, Óe (1999) *Una cuestión personal*. Editorial Anagrama. Barcelona.

Rosenthal, R., Jacobson, L. (1980) *Pygmalion en la escuela. Expectativas del maestro y desarrollo intelectual de alumno*. Editorial Marova, Madrid.

Gerencia hospitalaria y administración de hospitales

En el entorno hospitalario, donde cada decisión impacta en la eficiencia operativa y en los resultados clínicos, la gestión no puede dejarse al azar. Este libro ofrece una guía integral para el manejo técnico y estratégico de instituciones de salud. Con un enfoque práctico y fundamentado, la obra aborda temas clave como el diseño de procesos asistenciales, la articulación interdepartamental, la gestión de indicadores, la planificación, la sostenibilidad financiera y la mejora continua, entre otros, sin perder de vista la dimensión ética y humana del entorno hospitalario.

Diseñado para quienes forman parte del sistema de salud: hospitales, clínicas, unidades de atención primaria, —directores, subdirectores, jefes de servicio, tecnólogos, supervisores y gestores clínico-administrativos—proporciona marcos conceptuales claros y soluciones aplicables a los desafíos diarios de la administración sanitaria moderna.

ISBN: 978-9942-652-32-4



ESPE
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA