

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Posgrados**

**Escuela de Salud Pública**

**Estructura Organizacional del Área Administrativa de una Clínica Privada de  
Especialidad**

**Ana María Falconi Del Pozo**

**Jaime Ocampo, MD. PhD.  
Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito  
para la obtención del título de Especialista en Gerencia de Salud

Quito, mayo de 2016

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**COLEGIO DE POSGRADO**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Estructura Organizacional del Área Administrativa de una Clínica Privada de Especialidad**

**Ana María Falconi Del Pozo**

Firmas

Jaime Ocampo, MD., PhD.

Director de Trabajo de Titulación

---

Bernardo Ejgenberg, MD ESP-SP.

Director de la Especialización en Gerencia de Salud

---

Jaime Ocampo, MD., PhD.

Decano de la Escuela de Salud Pública

---

Gonzalo Mantilla, MD, M.Ed., F.A.A.P.

Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

---

Hugo Burgos, PhD.

Decano del Colegio de Posgrados

---

Quito, mayo de 2016

### © Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre: Ana María Falconi Del Pozo

Código de estudiante: 00127481

Cédula de Identidad: 1707481766

Lugar, Fecha Quito, mayo de 2016

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mis tres hijos Juan Martín, José Joaquín y Samuel Elías: ustedes son el motor que prende mi vida, la luz en mis días grises, la esperanza en los momentos difíciles y la razón de mi vivir.

## **AGRADECIMIENTOS**

Mis agradecimientos están dirigidos a todos los profesionales que compartieron el año de posgrado en la Universidad San Francisco quienes aportaron grandes conocimientos, ayuda y sobre todo su amistad. Agradezco a todos los profesores de la Universidad San Francisco, por su profesionalismo y empatía al dictar todas las clases; principalmente al Dr. Jaime Ocampo y el Dr. Bernardo Ejgenberg: sus conocimientos y gran ayuda para lograr los objetivos de esta carrera fueron un apoyo importante en este año.

Finalmente, agradezco a mi padre de quién recibí el apoyo e impulso para seguir esta carrera y es el mejor ejemplo de perseverancia y constancia que he recibido.

## RESUMEN

Las instituciones de salud tienen una gran responsabilidad al momento de atender las necesidades del paciente. Este servicio debe brindarse con el personal adecuado, bajo parámetros y estándares de calidad establecidos en cada institución de acuerdo con los objetivos y metas planteadas según la misión de cada empresa. Sin embargo, para poder lograr una eficiente atención hospitalaria, se necesita el apoyo de una buena administración que cuente con una estructura organizacional firme que esté en concordancia con la planificación estratégica de cada institución de salud.

*Palabras clave:* estructura organizacional, administración hospitalaria, cardiovascular.

## **ABSTRACT**

Health institutions have a huge responsibility when addressing the patient's needs. This service should be provided with adequate staff, under quality parameters and standards established by each institution in accordance with the goals and raised according to the mission of each company. However, in order to achieve an efficient hospital care, it is necessary to have the support of good administration with a strong organizational structure, which has to be in accordance with the strategic planning of each health institution.

*Key words:* Organizational Structure, Hospital Administration, cardiovascular.

## TABLA DE CONTENIDOS

Resumen .....	6
Abstract .....	7
Índice de Tablas .....	9
Índice de Figuras .....	10
Índice de Anexos.....	11
Introducción .....	12
Revisión de la literatura.....	50
Metodología de la investigación .....	53
Análisis de datos .....	55
Conclusiones.....	67
Referencia Bibliográfica.....	68



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1: Proyección de la población ecuatoriana, por años calendario, total país y total provincia de Pichincha .....	14
Tabla No. 2: Proyección de la población total del Ecuador y proyección total de la población a partir de los 10 y 5 años de edad en adelante. año 2010 – 2020 .....	14
Tabla No. 3: Porcentaje de la población del Ecuador dividido por edades que padecen pre hipertensión e hipertensión año 2012 .....	18
Tabla No. 4: Porcentaje de la población de Pichincha y Quito que tienen sobrepeso u obesidad (año 2012) .....	22
Tabla No. 5: Porcentaje de la población de Pichincha y Quito que consumen alcohol y tabaco. ....	22
Tabla No. 6: Camas disponibles por especialidad en la provincia de Pichincha. Año 2014 .....	26
Tabla No. 7: Consultas atendidas a nivel nacional y porcentaje de variación por complemento: 2006-2014 .....	27
Tabla No. 8: Oferta médica y de enfermería de la provincia de Pichincha, años 2010-2014 ..	28
Tabla No. 9: Médicos en la provincia de Pichincha año 2014 .....	29
Tabla No. 10: Especialidades médicas registradas en la provincia de Pichincha, año 2014 .....	29
Tabla No. 11: Tipos de Establecimientos de salud con internación públicos y privados en la ciudad de Quito con el número de camas disponibles. Año 2014 .....	30
Tabla No. 12: Principales clínicas sin especialidad de la ciudad de Quito. Año 2014 .....	31
Tabla No. 13: Hospitales de especialidad de la ciudad de Quito. Año 2014 .....	32
Tabla No. 14: Hospitales generales de la ciudad de Quito. Año 2014 .....	32
Tabla No. 15: Principales causas de mortalidad general en Ecuador. Año 2014 .....	33
Tabla No. 16: Diferencias fundamentales entre la estructura departamental y la de líneas de servicio .....	43
Tabla No. 17: Estructuras mecanicistas vs. Orgánicas .....	44
Tabla No. 18: Encuesta modelo a pacientes atendidos en un centro de salud .....	47
Tabla No. 19: Cantidad de pacientes atendidos en consulta externa 2009 - 2012.....	51
Tabla No. 20: Distribución del personal necesario para iniciar labores en el Instituto Cardiovascular. ....	59
Tabla No. 21: Descripción del puesto del Gerente del Instituto. ....	60

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura No. 1: Porcentaje de la población con sobrepeso año 2014.....	15
Figura No. 2: Porcentaje de la población que realiza ejercicio año 2014 .....	15
Figura No. 3: Prevalencia de diabetes en población de 10 a 59 años a escala nacional, por grupos de edad (glucemia > 126mg /dl).....	16
Figura No. 4: Prevalencia de valores alterados de tensión arterial a escala nacional y por grupos de edad (%).....	17
Figura No. 5: Porcentaje de la población de 5 a 11 años con sobre peso u obesidad.....	19
Figura No. 6: Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adolescente (12 a 19 años), por edad, sexo y grupo étnico .....	20
Figura No. 7: Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta de 20 a menos 60 años. Año 2012 .....	20
Figura No. 8: Prevalencia de consumo de alimentos procesados (gaseosas y otras bebidas, comida rápida y snacks), en los últimos 7 días, en la población de 10 a 19 años, por grupos de edad .....	21
Figura No. 9: Datos nacionales globales: sobrepeso, tabaco e ingesta de arroz (2012) ENSANUT .....	21
Figura No. 10: Prevalencia de obesidad abdominal en la población de 10 a 59 años a escala nacional, por grupos de edad .....	23
Figura No. 11: Población con diabetes a nivel mundial y maneras de prevención .....	25
Figura No. 12: Principales causas de mortalidad de enfermedades cardiovasculares en Ecuador .....	34
Figura No. 13: Procesos estratégicos .....	64
Figura No. 14: Procesos de apoyo .....	64
Figura No. 15: Cadena de Valor .....	65

**ÍNDICE DE ANEXOS**

Anexo A: Consentimiento Informado.....	70
Anexo B: Cadena de Valor .....	71

## INTRODUCCIÓN

Hay factores importantes que hay que tomar en cuenta antes de iniciar un nuevo negocio y éstos son: si efectivamente existe la necesidad del bien o servicio a ofertarse, si la inversión necesaria es recuperable en un tiempo prudente según el inversionista y si es rentable en el tiempo. Aún así, estas proyecciones por más favorables que se presenten, si no existe una correcta administración enfocada y estructurada, hasta el proyecto más rentable puede terminar en pérdida. Es aquí donde inicia la presente tesis, analizando y evidenciando la existencia de la necesidad de atención de salud a un determinado grupo poblacional, específicamente a las patologías derivadas del sistema circulatorio. Finalmente, se expone la estructura organizacional idónea para un establecimiento de este tipo que contribuya como soporte para lograr los objetivos planteados y abastecer un porcentaje de la población que requiere este tipo de servicio.

### **a. Antecedentes: situación de la salud en Ecuador**

En el Ecuador se han presentado en los últimos años inconvenientes dentro del ámbito de la salud en cuanto al aumento de las atenciones médicas, especialmente en instituciones públicas y el crecimiento de enfermedades no transmisibles en la población: (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, etc.). La Organización Mundial de la Salud reveló que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte a nivel mundial. Sus cálculos revelan que en el año 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo que representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo: 7,4

millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones a los accidentes cerebro vasculares. Más de tres cuartas partes de las defunciones por enfermedades cardiovasculares se producen en los países de ingresos bajos y medios. Igualmente, la OMS señala que la mayoría de las enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol, utilizando estrategias que abarquen a toda la población. (Organización Mundial de la Salud OMS, 2015).

Las causas más importantes para que se presente alguna de las enfermedades cardiovasculares son: una dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Los efectos de los factores de riesgo comportamentales se manifiestan en las personas en forma de hipertensión arterial, hiperglucemia, hiperlipidemia y sobrepeso u obesidad. (Organización Mundial de la Salud OMS, 2015).

Las muertes por enfermedades cardiovasculares afectan por igual a ambos sexos, y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios. La OMS calcula que en para el año 2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas por las enfermedades cardiovasculares sobre todo por cardiopatías y accidentes cerebro vasculares, y este organismo prevé que estas enfermedades sigan siendo la principal causa de muerte a nivel mundial.

Para evidenciar el porcentaje de la población ecuatoriana que son propensas a tener enfermedades cardiovasculares y verificar el riesgo existente en la población, a continuación se presenta la siguiente información con las explicaciones para cada caso:

Las proyecciones poblacionales del Ecuador han ido aumentando en un 1,55% en promedio anual y en la provincia de Pichincha en un 1,91% anual tal como muestra la siguiente tabla obtenida de la base de datos del INEC.:

Tabla No. 1: Proyección de la población ecuatoriana, por años calendario, total país y total provincia de Pichincha

REGIONES Y PROVINCIAS	AÑOS CALENDARIO										
	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019	2.020
<b>TOTAL PAÍS</b>	<b>15.012.228</b>	<b>15.266.431</b>	<b>15.520.973</b>	<b>15.774.749</b>	<b>16.027.466</b>	<b>16.278.844</b>	<b>16.528.730</b>	<b>16.776.977</b>	<b>17.023.408</b>	<b>17.267.986</b>	<b>17.510.643</b>
Crecimiento anual Ecuador Promedio	1,55%	1,69%	1,67%	1,64%	1,60%	1,57%	1,54%	1,50%	1,47%	1,44%	1,41%
<b>PICHINCHA</b>	<b>2.667.953</b>	<b>2.723.509</b>	<b>2.779.370</b>	<b>2.835.373</b>	<b>2.891.472</b>	<b>2.947.627</b>	<b>3.003.799</b>	<b>3.059.971</b>	<b>3.116.111</b>	<b>3.172.200</b>	<b>3.228.233</b>
Crecimiento anual Pichincha Promedio	1,91%	2,07%	2,04%	2,01%	1,97%	1,93%	1,90%	1,86%	1,83%	1,79%	1,75%

Fuente: (Insituto Nacional de Estadísticas y Censos)

Dentro de la misma información para fines demostrativos a continuación se presenta la proyección de la población total del país dividida por edades desde los 5 y 10 años en adelante a partir del año 2010.

Tabla No. 2: Proyección de la población total del Ecuador y proyección total de la población a partir de los 10 y 5 años de edad en adelante. AÑO 2010 - 2020

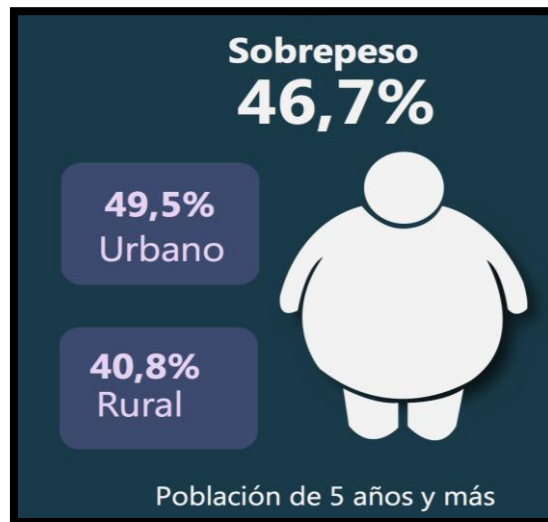
AÑOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>TOTAL</b>	<b>15.012.228</b>	<b>15.266.431</b>	<b>15.520.973</b>	<b>15.774.749</b>	<b>16.027.466</b>	<b>16.278.844</b>	<b>16.528.730</b>	<b>16.776.977</b>	<b>17.023.408</b>	<b>17.267.986</b>	<b>17.510.643</b>
Total Población desde los 5 años en adelante	13.320.091	13.571.615	13.826.515	14.083.349	14.340.667	14.597.330	14.852.711	15.106.127	15.357.260	15.606.082	15.852.528
Total Población desde los 10 años en adelante	11.685.747	11.923.729	12.166.278	12.412.155	12.660.694	12.911.345	13.163.688	13.417.204	13.671.161	13.924.397	14.175.993

Fuente: (Insituto Nacional de Estadísticas y Censos)

Otros datos relevantes para el análisis y conclusiones de la situación de salud del país como son los “Factores de Riesgo”, se encuentran en la “Encuesta de Condiciones de Vida

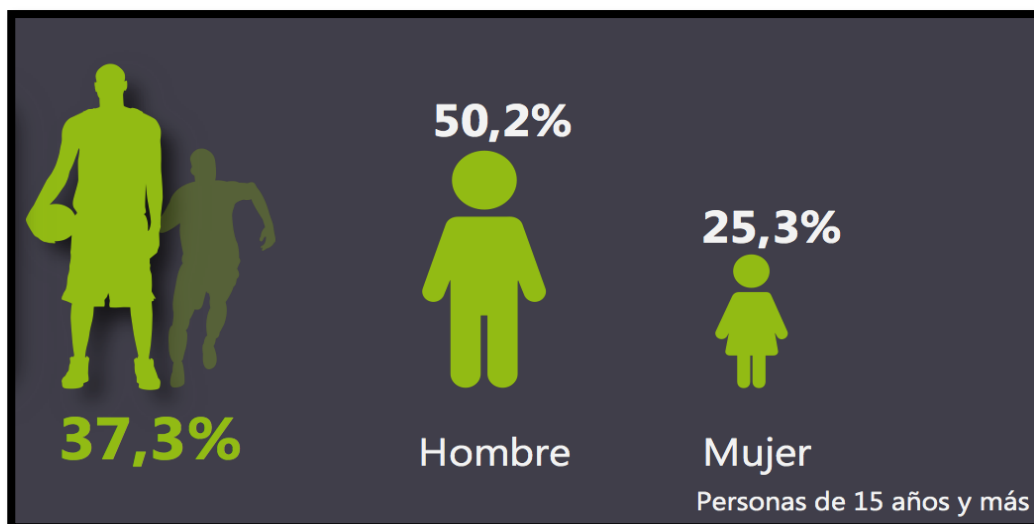
Ecuador y sus cifras 2006 - 2014” (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014); información que se resume en las siguientes figuras:

Figura No. 1: Porcentaje de la población con sobrepeso año 2014



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida Ecuador y sus cifras 2006 – 2014. INEC

Figura no. 2: Porcentaje de la población que realiza ejercicio año 2014

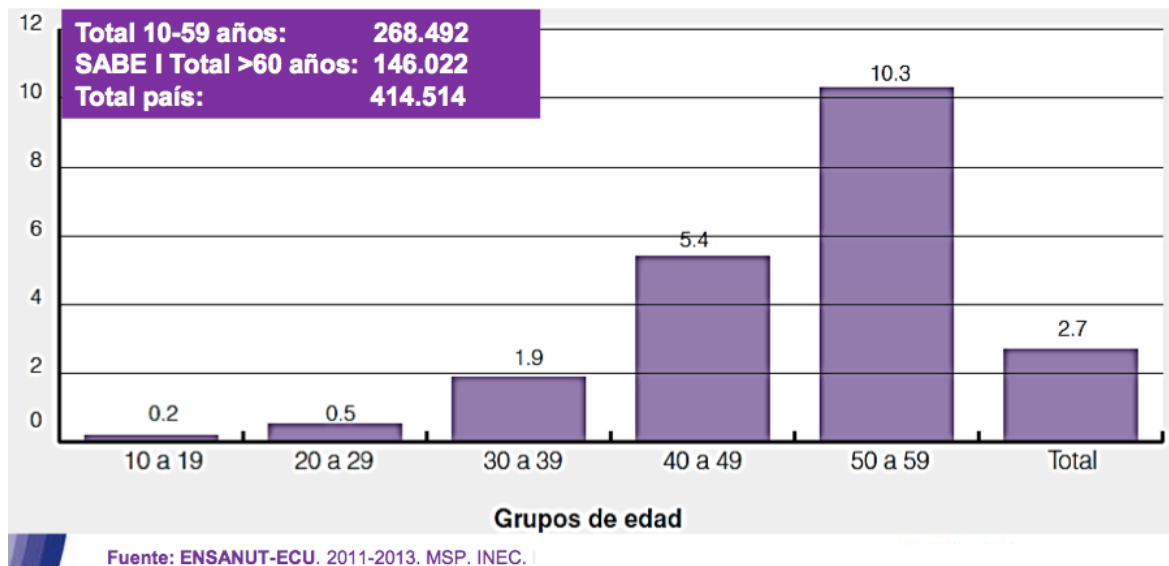


Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida Ecuador y sus cifras 2006 – 2014. INEC

Igualmente, la “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT” (Instituto Nacional

de Estadísticas y Censos, 2012) llevada a cabo entre el INEC y el Ministerio de Salud Pública, arrojó los siguientes datos acerca de la población del Ecuador en cuanto a enfermedades cardiovasculares:

Figura No. 3: Prevalencia de diabetes en población de 10 a 59 años a escala nacional, por grupos de edad (glucemia > 126 mg/dl)

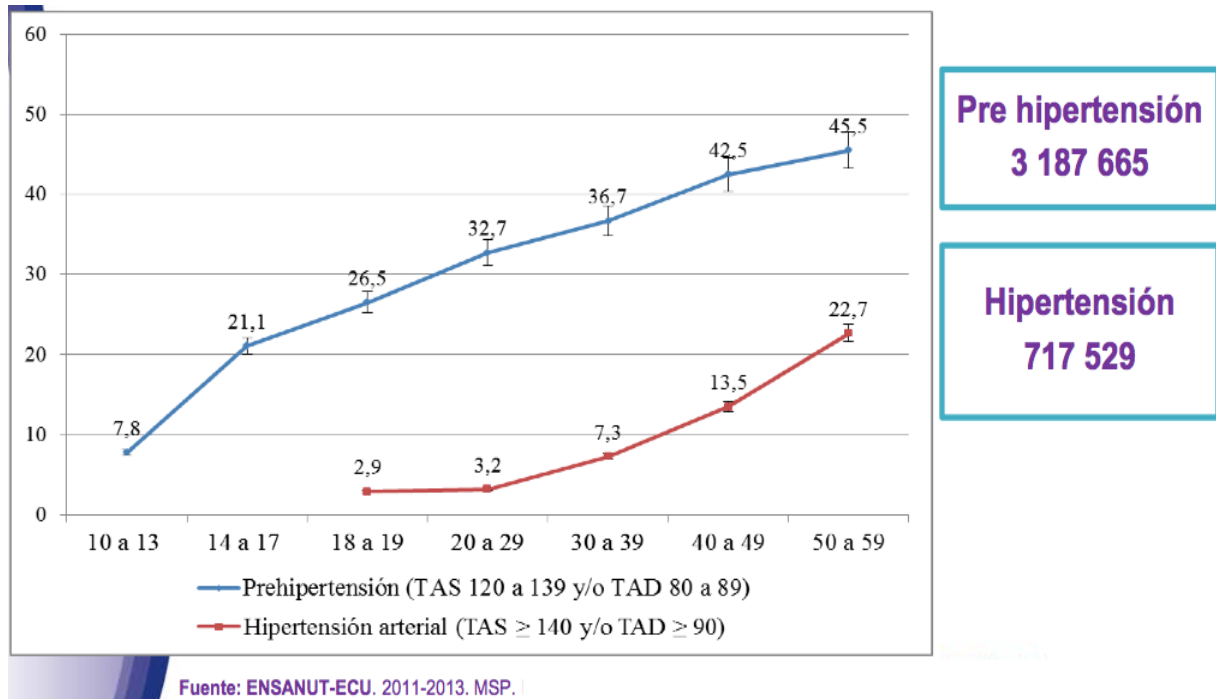


Para el año 2012, el país tenía 414.514 pacientes con diabetes desde los 10 años en adelante. Es decir, tomando el valor de la población en el año 2012 mayores de 10 años que consta en la Tabla No. 2, el 3,41% de la población ya se encontraba con esta patología.

En la misma encuesta, se registraron valores de la población que padece pre hipertensión e hipertensión arterial. Los datos se encuentran en la siguiente figura:



Figura No. 4: Prevalencia de valores alterados de tensión arterial a escala nacional y por grupos de edad (%)



Fuente: ENSANUT 2011-2013 MSP

Según la encuesta, para el año 2012, la población del Ecuador que sufría pre hipertensión e hipertensión llegó a 3.905.194, es decir, el 37% de la población a partir de los 10 años a 59 años.

En conclusión, la siguiente tabla reporta el porcentaje total de la población dividido por edades que padecen de pre hipertensión e hipertensión, evidenciando que los porcentajes van en aumento de acuerdo a la edad, llegando a que el 68,2% de la población entre 50 a 59 años tiene problemas hipertensivos.

Tabla No. 3: Porcentaje de la población del Ecuador dividido por edades que padecen pre hipertensión e hipertensión arterial. Año 2012

Grupo de edad	Pre hipertensión (PH)	Hipertensión (H)	% de Población con PH e H
10 a 13	7,80%	0,0%	7,8%
14 a 17	21,10%	0,0%	21,1%
18 a 19	26,50%	2,9%	29,4%
20 a 29	32,70%	3,2%	35,9%
30 a 39	36,70%	7,3%	44,0%
40 a 49	42,50%	13,5%	56,0%
50 a 59	45,50%	22,7%	68,2%

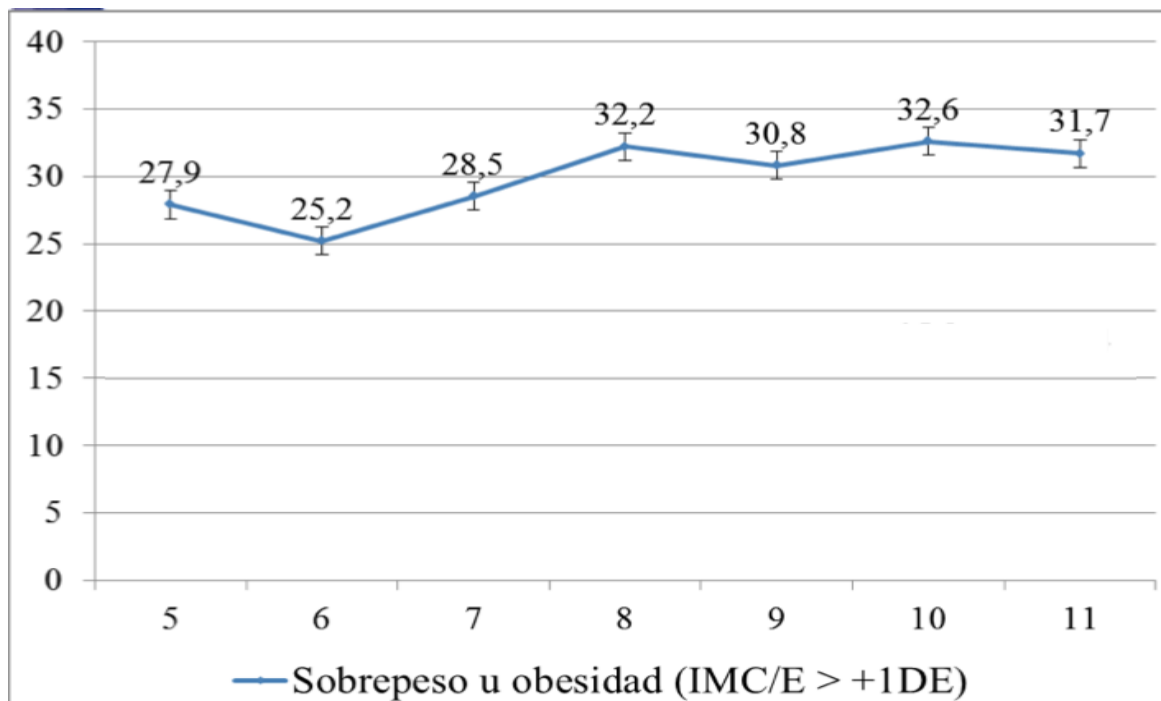
Elaborado por: autora. Fuente: INEC 2012

Como se puede apreciar del cuadro anterior, de cada 10 personas con edad entre los 50 a 59 años, cuatro son pre hipertensos, quienes necesitan una atención de medicina preventiva y tres ya son hipertensos quienes ya deben de mantener controles periódicos y tratamientos para su enfermedad.

Una vez establecidos los porcentajes de la población que tienen las principales y más comunes afecciones tratadas en el ámbito cardiovascular, es menester tomar en cuenta las causas o el comportamiento de la población que originó que un alto porcentaje de la población padezcan estas patologías. Uno de los indicadores es la nutrición. La importancia de puntualizar esta información es principalmente para dar a conocer las cifras de la población que vive con los factores de riesgo que degeneran en patologías cardiovasculares; por ejemplo, la población obesa tiene una alta probabilidad de padecer: diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia renal, pie diabético, accidentes cerebro vasculares, infartos cardíacos, várices, entre otras. (Organización Mundial de la Salud OMS, 2015). A

continuación se presentan las cifras reportadas en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición llevada a cabo durante el año 2011 – 2013 sobre la población infantil; donde se refleja que más del 30% de los niños tienen sobrepeso. Es decir, este segmento de la población tiene un alto porcentaje de convertirse en un adulto que padezca alguna enfermedad cardiovascular:

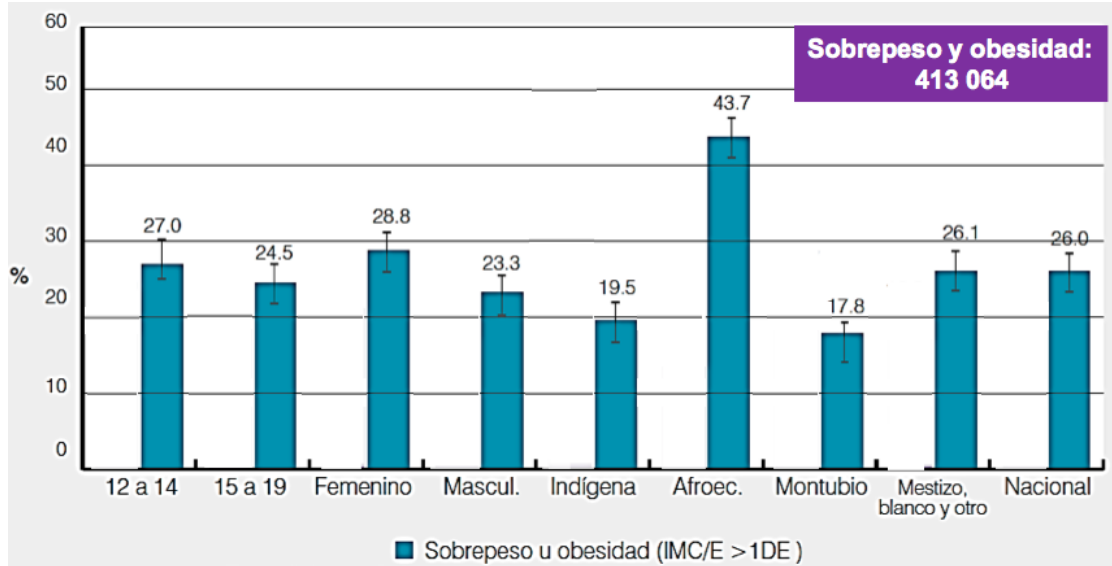
Figura No. 5: Porcentaje de la población de 5 a 11 años con sobre peso u obesidad



**Sobrepeso y obesidad: 678 000**

Fuente: ENSANUT. INEC

Figura No. 6: Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adolescente (12 a 19 años), por edad, sexo y grupo étnico



Fuente: ENSANUT 2011-2013. MSP. INEC

Figura No. 7: Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta de 20 a menos de 60 años

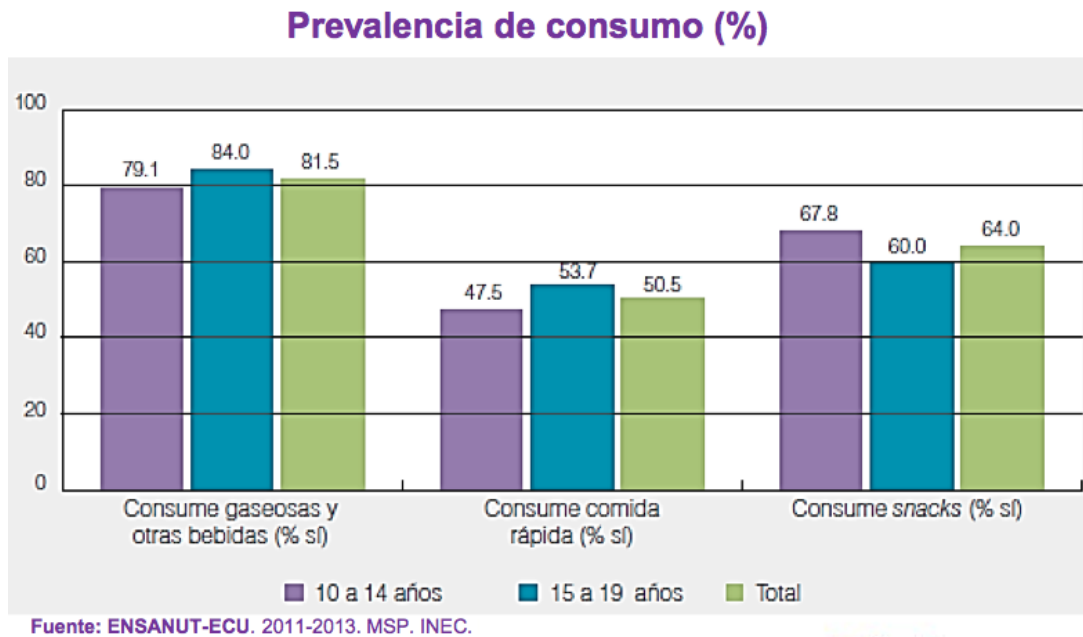
<b>ENSANUT: Nivel Nacional 20 &gt;60 años (62.8%)</b>	<b>4 876 076</b>
<b>SABE I (2010): Adultos mayores ≥ 60 años (59.0%)</b>	<b>682 109</b>
<b>TOTAL</b>	<b><u>5 558 185</u></b>

**EN TOTAL LA POBLACIÓN CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL PAÍS ES DE 5 558 185**

Fuente: ENSANUT-ECU. 2011-2013. MSP.

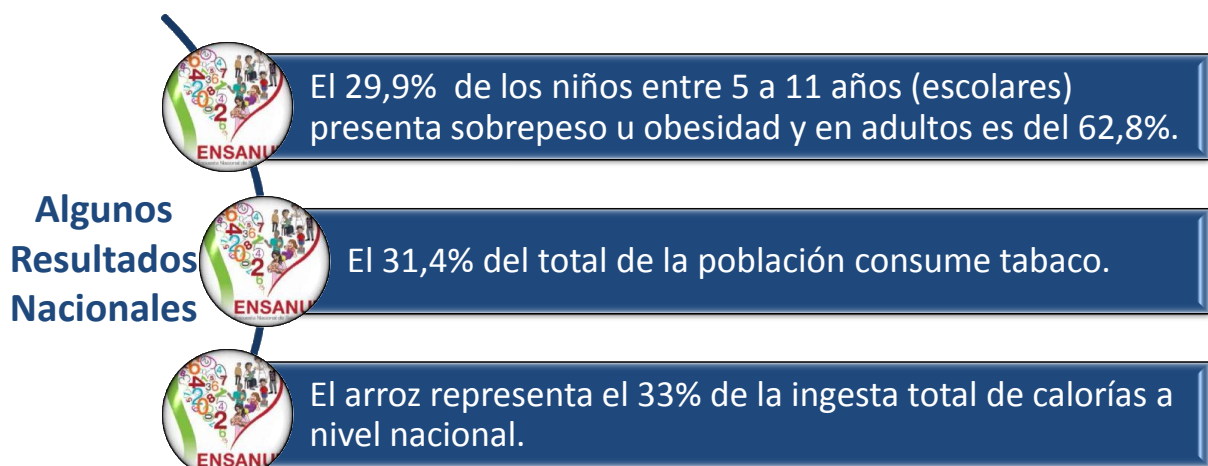
Fuente: ENSANUT. MSP. INEC

Figura No. 8: Prevalencia de consumo de alimentos procesados (gaseosas y otras bebidas, comida rápida y snacks), en los últimos 7 días, en la población de 10 a 19 años, por grupos de edad.



Fuente: ENSANUT 2011-2013. MSP. INEC

Figura No. 9: Datos nacionales globales: sobrepeso, tabaco e ingesta de arroz



Fuente: ENSANUT 2011-2013. MSP. INEC

La siguientes tablas muestran los resultados de la provincia de Pichincha y la ciudad de Quito en cuanto a los factores de riesgo que mantiene la población de este sector. Todos los datos fueron obtenidos de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

Tabla No. 4: Porcentaje de la población de Pichincha y Quito que tienen sobrepeso u obesidad.

PROVINCIA	SOBREPESO U OBESIDAD %			
	PREESCOLARES	ESCOLARES	ADOLESCENTES	ADULTOS
<b>Pichincha</b>	2,31	29,1	19,6	55,1
<b>Quito</b>	4,85	29,8	24,3	63,1

Fuente: ENSANUT 2011-2013. INEC

Tabla No. 5: Porcentaje de la población de Pichincha y Quito que consumen alcohol y tabaco.

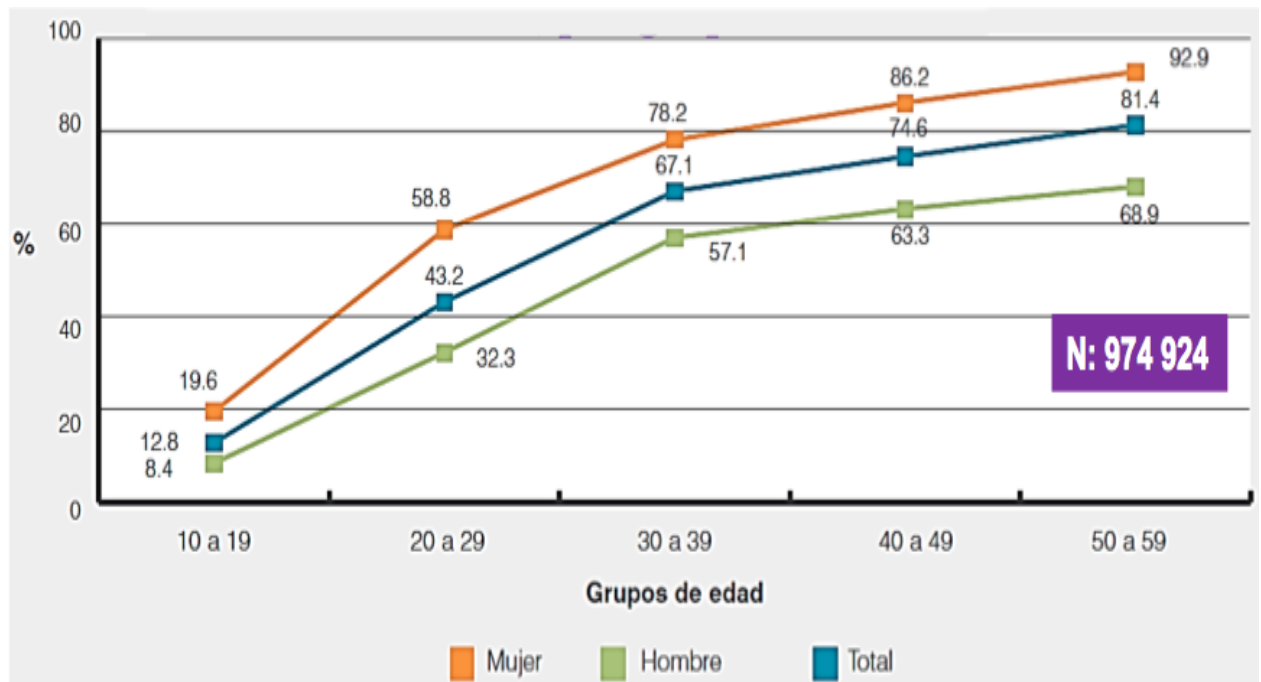
PROVINCIA	CONSUMO ALCOHOL %		CONSUMO TABACO %	
	10 A 19 AÑOS	20 A 59 AÑOS	10 A 19 AÑOS	20 A 59 AÑOS
<b>Pichincha</b>	33,6	41,7	22,2	59,5
<b>Quito</b>	25,0	40,9	22,4	66,4

Fuente: ENSANUT 2011-2013. MSP. INEC

Estos datos se complementan con la medición de la circunferencia del abdomen, medida que revela el riesgo de sufrir ataques cardíacos, cerebrovasculares o llevar una vida con complicaciones varias a nivel del sistema circulatorio. Los datos nacionales también fueron obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición donde revela que el 81,4% de

la población del Ecuador mayores de 50 años tiene obesidad abdominal. Todos los datos se muestran en la siguiente figura:

Figura No. 10: Prevalencia de obesidad abdominal en la población de 10 a 59 años a escala nacional, por grupos de edad



Fuente: ENSANUT 2011-2013. MSP. INEC

Como se puede evidenciar, en el Ecuador existe un alto número de personas desde los 5 años en adelante que presentan sobrepeso y esto se debe a que dentro de la ingesta de nutrientes de los hogares están las bebidas gaseosas (altas en azúcar), comida rápida y los snacks altos en grasas. Estos hábitos alimenticios han generado los resultados mostrados anteriormente. Finalmente, para el año 2012 la población con sobrepeso de 20 años en adelante que corresponde a 5.558.185 personas, más la población menor a 20 años, es una demanda potencial que a corto o mediano plazo padecerá de alguna enfermedad

cardiovascular como diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias o aterosclerosis. La tendencia es que estos valores se mantengan o se incrementen, no sólo porque existe un incremento de la población cada año, sino porque las condiciones de nutrición que actualmente tienen un alto porcentaje que representa ser mala alimentación, la actividad física, el consumo de tabaco y el cuidado personal no varían, permaneciendo los factores de riesgo que repercuten en la salud de la población. Según la OMS, al menos un 80% de las muertes prematuras por accidentes cerebrovasculares y cardiopatías podrían evitarse con una dieta saludable, actividad física regular y el renunciamiento al tabaco.

En el caso de la diabetes por ejemplo, es un problema prioritario en la salud pública del Ecuador ya que esta enfermedad ha ido incrementando su porcentaje en la población de acuerdo a la edad de la persona, llegando a la proporción que a los 50 años, uno de cada diez ecuatorianos ya tiene diabetes (Organización Panamericana de la Salud, 2014). Según la Organización Panamericana de la Salud, existen cuatro factores de riesgo que originan las enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares o la diabetes y éstos son: alimentación no saludable, inactividad física, abuso del alcohol y el consumo de cigarrillos. Esta información la corrobora el CDC “Centers of Disease Control and Prevention” y la Federación Internacional de Diabetes, tal como muestra la siguiente figura (Centers of Disease Control and Prevention, 2015):



Figura No. 11: Población con diabetes a nivel mundial y maneras de prevención



Fuente: Centers of Disease Control and Prevention. 2015

Así mismo, el sistema público hospitalario a nivel nacional no abastece la gran cantidad de demanda de salud que presentan los ecuatorianos y por esto se vio obligado a realizar convenios con clínicas privadas para que brinden el servicio a los pacientes afiliados al Seguro Social y el Ministerio de Salud Pública. La información que a continuación se presenta, se obtuvo de las diferentes fuentes estadísticas poblacionales y sociales que presenta el INEC para el año 2014, y se la presenta para comprobar que existe mayor demanda que oferta en el ámbito de la salud:

- La población de Pichincha de acuerdo con las proyecciones del censo que se encuentra en la tabla No. 1 muestra que para el año 2014 había 2.891.472 habitantes en esta provincia. (Insituto Nacional de Estadísticas y Censos)
- El número de camas hospitalarias disponibles en la provincia de Pichincha para el año 2014 fue obtenida de las estadísticas disponibles del Ministerio de Salud y se muestran a continuación: (Ministerio de Salud Pública, 2014) TOTAL: 5.268 camas.

Tabla No. 6: Camas disponibles por especialidad en la provincia de Pichincha, año 2014

**Camas disponibles por especialidad**

camas disponibles servicios indiferenciados	1.776
camas disponibles pediatría	503
camas disponibles medicina	276
camas disponibles gineco-obstetricia	452
camas disponibles cirugía	407
camas disponibles otros servicios	821
camas disponibles traumatología	236
camas disponibles psiquiatría	417
camas disponibles neumología	68
camas disponibles cardiología	54
camas disponibles urología	80
camas disponibles infectología	80
camas disponibles gastroenterología	39
camas disponibles oftalmología	59

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2014)

Con la información anterior se determina cuántos habitantes de Pichincha tuvieron disponible una cama hospitalaria para el año 2014 aplicando la siguiente fórmula:

$$\begin{aligned}
 \text{No. Habitantes de Pichincha por cama hospitalaria} &= \frac{\text{No. Habitantes}}{\text{No. De Camas}} \\
 &= \frac{2.891.472}{5.268} \\
 &= 549 \text{ habitantes}
 \end{aligned}$$

Por lo tanto, para el año 2014 existió 1 cama disponible por cada 549 habitantes. Si únicamente se toman en cuenta las camas disponibles para patologías cardiovasculares de la tabla No. 6, se obtiene que para el año 2014 habían 3.334 camas (camas disponibles para servicios indiferenciados + medicina + cirugía + otros servicios, cardiología). Es decir,

existieron para el año 2014 insuficientes camas disponibles, conociendo que el 68,2% de la población con edad de 50 a 59 años es pre hipertensa e hipertensiva.

Con respecto a las consultas atendidas por el sistema nacional de salud, desde el año 2006 éstas fueron incrementando con los años hasta llegar al año 2012 donde llega a 40.559.890 de consultas atendidas, llegando a su máxima capacidad, por lo que para los años 2013 y 2014 el número de consultas decayeron. Esta información se revela en los siguientes dos cuadros donde consta numéricamente las consultas atendidas por año y la variación (incremento o decremento) que hubo de año a año desde el año 2006 al año 2014. Claramente existe un decremento del 3,17% de consultas a nivel nacional del año 2012 al 2013; y del 0,16% del año 2013 al año 2014.

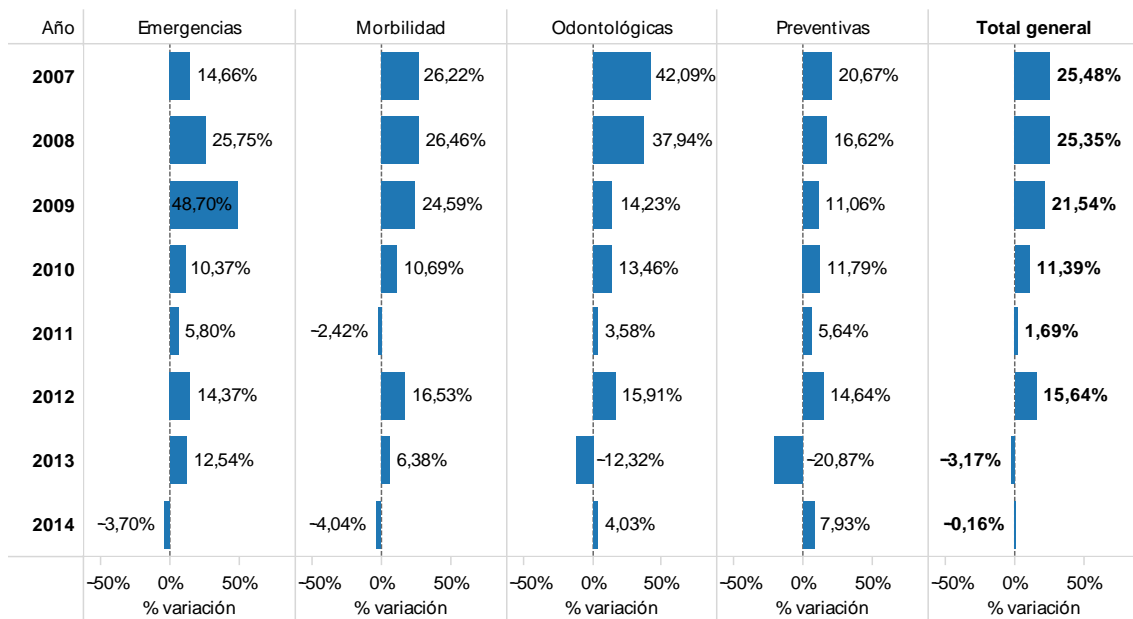
Tabla No. 7: Consultas atendidas a nivel nacional y porcentaje de variación por complemento: 2006-2014

**Por complemento:**

Año	Emergencias	Morbilidad	Servicio		Total general
			Odontológicas	Preventivas	
2006	1.851.581	7.036.739	2.330.973	4.979.858	16.199.151
2007	2.123.093	8.881.642	3.312.195	6.009.435	20.326.365
2008	2.669.755	11.231.313	4.568.891	7.008.344	25.478.303
2009	3.969.855	13.992.991	5.218.840	7.783.727	30.965.413
2010	4.381.419	15.488.166	5.921.081	8.701.393	34.492.059
2011	4.635.602	15.112.914	6.133.301	9.192.510	35.074.327
2012	5.301.838	17.610.891	7.108.984	10.538.177	40.559.890
2013	5.966.469	18.734.132	6.233.116	8.339.288	39.273.005
2014	5.745.842	17.978.137	6.484.154	9.000.186	39.208.319

Fuente y elaboración: MSP

Nota: El porcentaje de variación, se refiere a la comparación hacia el año anterior, si es un valor positivo la producción ha sufrido un incremento, caso contrario un decremento.



Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2014)

Igualmente, a pesar del interés del Gobierno en invertir en la salud, éste se verá limitado al encontrarse con una oferta de médicos y personal de salud escasa, falta de liquidez para abastecer de insumos a todos los establecimientos públicos y un sistema de salud nacional todavía en proceso.

A continuación en las tablas No. 8 y 9 se presentan la oferta médica desde el año 2010 hasta el año 2014, de la provincia de Pichincha, donde se concluye que para el año 2014, existieron 26.03 médicos (incluye médicos especialistas, generales, posgradistas, residentes y rurales), por cada 10.000 habitantes. Información obtenida del INEC.

Tabla No. 8: Oferta médica y de enfermería de la provincia de pichincha, años 2010-2014.

Años	Población	Médicos		Enfermeras		Aux. de Enfermería	
	30-VI	Número	Tasa 1/	Número	Tasa 1/	Número	Tasa 1/
2.010	2.667.953	4.163	15,61	3.676	13,78	3.519	13,19
2.011	2.723.509	4.528	16,63	3.756	13,79	3.742	13,74
2.012	2.779.370	5.435	19,55	4.121	14,83	3.682	13,25
2.013	2.835.373	6.267	22,10	4.608	16,25	4.183	14,75
2.014	2.891.472	7.528	26,03	4.471	15,46	4.220	14,59

Fuente: (Insituto Nacional de Estadísticas y Censos)

Tabla No. 9: Médicos en la provincia de Pichincha año 2014.

Provincias	Total personal	Médicos especialistas	Médicos generales	Médicos postgradistas	Médicos residentes	Médicos rurales
Pichincha	7.528	4.510	1.521	532	786	179
<b>Área urbana</b>	<b>7.057</b>	<b>4.337</b>	<b>1.375</b>	<b>510</b>	<b>746</b>	<b>90</b>
Área rural	471	173	146	22	41	89

Fuente: (Insituto Nacional de Estadísticas y Censos)

La siguiente tabla muestra la información detallada de la especialidad que registraron los médicos de la provincia de Pichincha. (Insituto Nacional de Estadísticas y Censos)

Tabla No. 10: Especialidades médicas registradas en la provincia de Pichincha año 2014.

Especialidades médicas	Número de médicos
Cirujanos generales	329
Cirujanos plásticos	115
Medicina interna internistas	244
Anestesiólogos	412
Cardiólogos	148
Neurólogos	104
Traumatólogos	319
Psiquiatras	102
Oftalmólogos	122
Otorrinolaringólogos	105
Hematólogos	41
Intensivistas	170
Nefrólogos	55
Neumólogos	62
Gastroenterólogos	136
Geriatras	27
Oncólogos	64
Urólogos	159
Dermatólogos	103
Infectólogos	14
Endocrinólogos	43
Alergólogos	16
Diabetólogos	22
Pediatras	409
Neonatólogos	80
Ginecólogos / obstetras	514
De salud pública	5
Epidemiólogos	9
De salud familiar y comunitaria	79

Laboratorio 2/	133
Radiólogos	154
Otros 3/	228
<b>Total Pichincha</b>	<b>4521</b>

Fuente: (Insituto Nacional de Estadísticas y Censos)

Como se puede evidenciar, la tasa establecida en la tabla No. 8 correspondiente a 26,03 médicos por cada 10.000 habitantes en Pichincha, resulta una tasa generosa evidenciando que existe un gran número de médicos especialistas que tratarán únicamente patologías dentro de su competencia.

En Quito, las especialidades que tratan enfermedades cardiovasculares no se encuentran agrupadas en un mismo establecimiento, sino en consultorios de médicos especialistas que tratan estas enfermedades dentro de su consulta. En la ciudad de Quito existieron 103 establecimientos públicos y privados con internación hospitalaria para el año 2014, clasificados por:

Tabla No. 11: Tipos de establecimientos de salud con internación públicos y privados en la ciudad de Quito con el número de camas disponibles. Año 2014.

Tipo de Establecimiento	Establecimientos	Camas disponibles
Clínica psiquiátrica	1	86
Clínica de Traumatología	1	6
Clínica general (sin especialidad)	77	1323
Clínica gineco-obstétrica	3	62
Hospital básico	1	15
Hospital de especialidades	4	1575
Hospital dermatológico	1	67
Hospital General	9	1090
Hospital Geriátrico	1	30
Hospital Gineco-obstétrico	1	230
Hospital oncológico	1	156
Hospital pediátrico	1	253
Hospital psiquiátrico y sanatorio de alcohólicos	2	375
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>5268</b>

Fuente: Ministerio de Salud

Para fines exclusivos del análisis del estudio de la oferta que existe para tratar enfermedades cardiovasculares, se depura el cuadro anterior, para únicamente tomar en cuenta la oferta real de salud que existe en Quito, excluyendo los centros médicos que no son afines con las enfermedades cardiovasculares (clínica psiquiatría, traumatología, gineco-obstétrica, hospital básico, dermatológico, geriátrico, oncológico, pediátrico y psiquiátrico y sanatorio de alcohólicos). De la depuración, en las siguientes tablas constan la oferta de servicios en Quito, privada con fines de lucro y establecimientos públicos, incluyendo el nombre del centro de salud. En el caso de las clínicas sin especialidad, se toman en cuenta las más significativas, con mayor número de camas disponibles.

Tabla No. 12: Principales clínicas sin especialidad de la ciudad de Quito. Año 2014

Unidad operativa	Camas disponibles	Días de estada	Días cama disponible
Clínica Nuestra Sra. de Guadalupe	90	19.442	32.916
Clínica Internacional Intersanitas S.A.	61	16.029	16.164
C. M. Quirúrgico Pichincha Cenmep	60	8.571	21.900
Nova Clínica Santa Cecilia S.A.	54	7.047	25.500
Norhospital Ex (Clínica del Norte)	48	8.404	17.465
Clínica Pasteur	48	15.057	17.520
Clínica San Francisco S.A.	32	7.148	4.494
Clínica El Batán	31	5.738	8.832
Clínica Colonial	30	2.579	11.327
Clínica Dame Salud	29	11.141	2.615
Clínica Cemedso	28	1.155	9.352
Clínica Moderna	26	2.850	9.672
Resto de clínicas	786		
<b>Total</b>	<b>1323</b>		

Fuente: Ministerio de Salud Pública

Tabla No. 13: Hospitales de especialidades de la ciudad de Quito. Año 2014

Unidad operativa	Camas disponibles	Días de estada	Días cama disponible
Hospital Carlos Andrade Marín (IESS)	787	204.357	232.140
Hospital Eugenio Espejo	439	121.825	155.762
Hospital General No. 1 de Las Fuerzas Armadas	220	60.425	83.946
Hospital Metropolitano	129	38.791	50.005
<b>Total</b>	<b>1575</b>		

Fuente: Ministerio de Salud Pública

Tabla No. 14: Hospitales generales de la ciudad de Quito. Año 2014

Unidad operativa	Camas	Días de estada	Días cama
Hospital San Francisco de Quito	143	44.404	52.195
Hospital del Sur Enrique Garcés	329	94.245	236.958
Hospital Pablo Arturo Suarez	208	65.809	77.200
Hospital de los Valles	119	24.301	43.435
Hospital Quito No. 1 de La Policía Nacional	99	24.941	36.828
Hospital Vozandes	65	20.543	27.375
Hospital Inglés	61	5.831	29.946
Unidad Municipal de Salud Sur (Patronato)	58	8.916	14.348
Hospital General Comunitario San José Obrero	8	1.021	2.920
<b>Total</b>	<b>1090</b>		

Fuente: Ministerio de Salud Pública

A partir del análisis de la oferta se identificó la necesidad de crear un instituto especializado en patologías cardiovasculares que capte parte de la creciente demanda de usuarios en la ciudad de Quito.

Otro factor que influencia en la situación de salud en el Ecuador representa el hecho que la naturaleza social y el estilo de vida del común ecuatoriano ha determinado que la principal causa de muerte en el Ecuador esté representada por las enfermedades cardiovasculares (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), alcanzando un total del 25,69% del total de muertes en el año 2014.



Tabla No. 15: Principales causas de mortalidad general en Ecuador. Año 2014

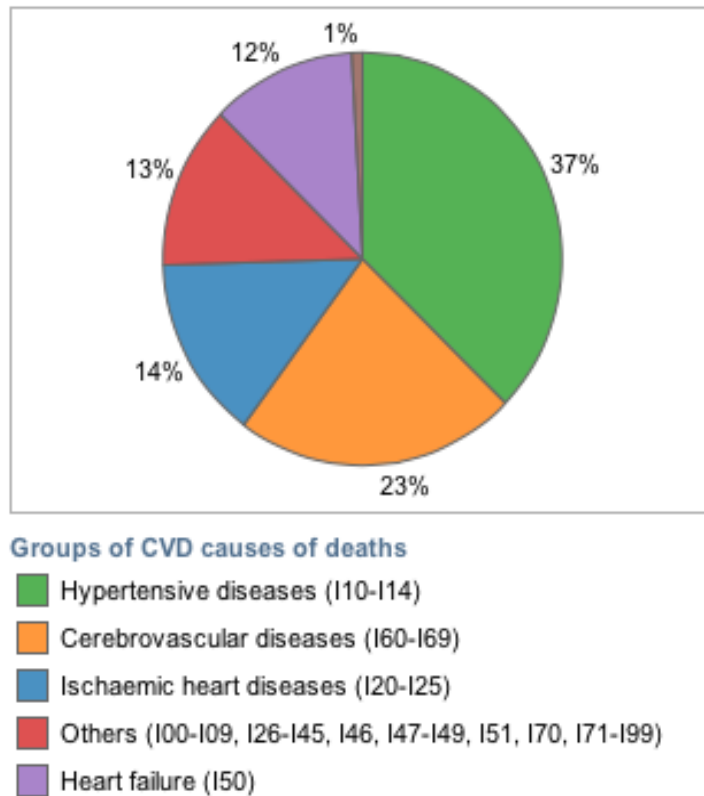
Población estimada 2014		16.027.466		
Total de defunciones		62.981		
Tasa de mortalidad general (x 100.000 hab.)		392,96		
Nº Orden	Causas de muerte	Número	%	Tasa
1	Enfermedades isquémicas del corazón	4.430	7,03%	27,64
2	Diabetes Mellitus	4.401	6,99%	27,46
3	Enfermedades cerebrovasculares	3.777	6,00%	23,57
4	Enfermedades hipertensivas	3.572	5,67%	22,29
5	Influenza y neumonía	3.418	5,43%	21,33
6	Accidentes de transporte terrestre	3.059	4,86%	19,09
7	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	2.038	3,24%	12,72
8	Enfermedades del sistema urinario	1.712	2,72%	10,68
9	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1.656	2,63%	10,33
10	Neoplasia maligna del estómago	1.585	2,52%	9,89
11	Ciertas afecciones originadas en el período prenatal	1.330	2,11%	8,30
12	Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas	1.316	2,09%	8,21
13	Eventos de intención no determinada	1.311	2,08%	8,18
14	Neoplasia maligna del tejido linfático, hematopoyético y afines	1.079	1,71%	6,73
15	Agresiones (Homicidios)	1.045	1,66%	6,52
16	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómica	850	1,35%	5,30
17	Neoplasia maligna de la próstata	833	1,32%	5,20
18	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia (VIH)	828	1,31%	5,17
19	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (Suicidio)	734	1,17%	4,58
20	Neoplasia maligna del útero	720	1,14%	4,49
21	Neoplasia maligna de la tráquea, bronquios y pulmón	717	1,14%	4,47
22	Edema pulmonar y otras enfermedades respiratorias que afectan al ii	708	1,12%	4,42
23	Neoplasia maligna del colon, sigmoide, recto y ano	678	1,08%	4,23
24	Neoplasias benignas in situ y de comportamiento incierto	677	1,07%	4,22
25	Neoplasia maligna del hígado y de las vías biliares	650	1,03%	4,06
	Resto de causas	14.159	22,48%	88,34
	Causas mal definidas	5.698	9,05%	35,55

Fuente: INEC 2014

Como se puede observar en las Tablas No. 11, 12, 13 y 14, donde consta información proporcionada por el INEC, en la ciudad de Quito no se evidencia un centro hospitalario especializado en tratar exclusivamente enfermedades cardiovasculares, que como se indicó anteriormente en la Tabla No. 15, constituyen la principal causa de muerte en Ecuador.

Dentro del conjunto de patologías que conforman las enfermedades cardiovasculares que consituyen la principal causa de muerte en el Ecuador y a nivel mundial, la Organización Panamericana de la Salud publicó que en el Ecuador para el año 2012, éstas se dividieron de la siguiente manera:

Figura No. 12: Principales causas de mortalidad de enfermedades cardiovasculares en Ecuador



Fuente: OPS / OMS Año 2012.

Si bien es cierto, en la ciudad de Quito, en algunos establecimientos del sector público existen áreas específicas de atención a pacientes con patologías cardiovasculares, en el sector privado la práctica, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades se las realizan a nivel de consulta privada por especialistas. Para el año 2014 existieron 3.905.194 personas (Figura No. 4) potencialmente propensas a caer en una enfermedad cardiovascular en el país y más de 400.000 diabéticos registrados en el año 2012 (Figura No. 3).

Por esto, es importante contar con establecimientos que tengan una estructura organizacional eficiente que brinden servicios de calidad optimizando los recursos tanto

privados como públicos, que trabajen con el paciente en la prevención de enfermedades, de esta manera causar un impacto social en la población disminuyendo la recurrencia de las visitas de los pacientes a los centros hospitalarios en patologías prevenibles. El apoyo administrativo dentro de los establecimientos médicos determinará el éxito en el cumplimiento de las metas propuestas.

### **b. Planteamiento del problema**

Considerando que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el Ecuador, es vital contar con un centro especializado que se dedique a la prevención, al diagnóstico oportuno y tratamiento efectivo de patologías cardiovasculares para lograr disminuir el porcentaje de mortalidad en el Ecuador. Todos estos pasos necesitan una precisa coordinación entre los diferentes sub-especialistas que tratan enfermedades cardiovasculares: médicos clínicos, cardiólogos, diabetólogos, laboratoristas, cirujanos vasculares, radiólogos, emergenciólogos, nutricionistas, fisiatras, rehabilitadores, sicólogos, cirujanos cardíacos, cirujanos vasculares periféricos, cirujanos generales) con el área administrativa que servirá de soporte para llevar adelante todas las actividades dentro del centro hospitalario de especialidad. El área administrativa debe conocer con exactitud los bienes y servicios necesarios y óptimos para un adecuado funcionamiento; la adquisición, distribución, descargo y control de todos los insumos necesarios dentro de las actividades diarias en del hospital; debe encargarse del talento humano tanto para las contrataciones como para la capacitación constante y la actualización de conocimientos de los profesionales que laboran en el centro de salud, entre otras funciones. Sin el apoyo administrativo adecuado, ningún centro médico de especialidad podrá funcionar de forma adecuada. La parte técnica no podrá centrarse en la atención completa y de calidad al paciente si no

cuenta con todas las herramientas necesarias que el área administrativa debe proporcionar.

Hoy en día realizar la gestión administrativa en centros de salud es un factor indispensable de apoyo dentro de la cadena de valor. Tal es su importancia, que nuevas carreras de especialidad en Gerencia en Salud se ofertan en varias universidades prestigiosas del país.

Próximamente, en el mes de mayo del 2016, finaliza la construcción de un instituto de especialidad que va a contar con una infraestructura física adecuada, y equipamiento específico para realizar prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares. Este instituto va a contar con tecnología de punta: un quirófano híbrido, un quirófano general, dos quirófanos para cirugías del día, UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), contará con una unidad de cuidados coronarios, una sala de emergencia especializada en cuidados de enfermedades cardiovasculares, áreas de imagen y laboratorio clínico para diagnóstico, nutrición y dietética, consulta externa, consulta para medicina preventiva (donde se ha creado y está próximo a implementarse un nuevo producto llamado “Chequeo cardiovascular ejecutivo” para la detección precoz de inicio de enfermedades del sistema circulatorio y su prevención) y un área de docencia; faltando a toda esta estructura técnica un soporte administrativo que apoye toda la gestión médica a desarrollarse para el cumplimiento exitoso de sus objetivos planteados.

### **c. Preguntas de Investigación**

- ¿Cuál es la estructura organizacional administrativa óptima y eficiente a implementarse en una clínica privada Cardiovascular?
- ¿Qué indicadores en salud ayudan a la administración en el control de la calidad y mantener un servicio eficiente?

- ¿Qué modelo es el más adecuado implementar para estructurar el área administrativa en una organización hospitalaria: por departamentos o líneas de servicio?

#### **d. Marco Teórico**

##### **i. Marco Histórico**

Stephen Robbins menciona que las funciones inmersas en la administración: planear, organizar, dirigir y controlar las actividades han existido desde hace miles de años, y cita como ejemplo la construcción de la Pirámide en Egipto. En este proceso queda demostrado las cuatro funciones administrativas para llegar a culminar con el proyecto. Sin embargo, para el surgimiento de la Administración como estudio, existieron dos acontecimientos antes del siglo XX: la división del trabajo propuesta por Adam Smith en su libro “Las riquezas de las naciones” y la revolución industrial que inicia en Inglaterra, sustituyendo al recurso humano por máquinas. Posteriormente, surgieron grandes personajes que dieron estructura definida de funciones y requisitos para ejercer la Administración dentro de las empresas: Frederick Taylor con sus cuatro principios de la Administración y Henry Fayol conocido como el padre de la Administración moderna quién creó los catorce principios de la Administración llegando al presente donde la Administración ha evolucionado y tiene varias tendencias: servicio al cliente, innovación, globalización, la ética, la diversidad de los trabajadores, el espíritu empresarial, el comercio electrónico, la administración del conocimiento, el aprendizaje organizacional y la calidad total. (Stephen P. Robbins, 2005).

Si bien la administración ha tenido cambios a lo largo de la historia, es menester tratar a la administración de la salud como un tema particular y puntual para conocer sus

conceptos claves, relacionados al problema planteado.

La Administración Hospitalaria ha ido evolucionando y perfeccionándose a través de los años, comenzando con la idea de que un administrador hospitalario debe ser un religioso, para después cambiar el concepto y suponer que el médico más prestigioso puede administrar un hospital. Esta ideología cambia a mediados del siglo pasado cuando en Estados Unidos se inicia la preparación del recurso humano especializado para dirigir y gerenciar un hospital; mejorando con el tiempo esta enseñanza hasta llegar a obtener a un administrador hospitalario con conocimientos sobre la salud y apto para dirigir esta clase de establecimientos. Posteriormente, varios países desarrollados fueron tomando el modelo de Estados Unidos, teniendo en la actualidad a la mayoría de países adoptando un esquema de gerencia hospitalaria con sus propias necesidades y políticas de acuerdo al país. (Malagon-Londoño Gustavo, 2008).

Igualmente, la relación médico – paciente también ha tenido grandes cambios en el tiempo. Inicialmente se puede decir que existía el modelo paternalista donde el médico tomaba las decisiones y únicamente le informaba al paciente el procedimiento a seguir; éste las cumplía a cabalidad. Esto fue evolucionando haciendo que poco a poco exista una mejor interacción entre el paciente y el médico. Nace el método clínico centrado en el paciente más que en la enfermedad en el año 1986 presentado por Levenstein y cols, dándole mayor importancia al paciente. De ahí en adelante, surgieron cambios importantes en la noción que se tenía del paciente como un ser aislado a “ver la enfermedad a través de los ojos del paciente”, poniendo de manifiesto que no es suficiente con mejorar la relación médico-paciente, sino que se necesita un cambio radical desde el sistema de salud y los centros que

brindan servicios de salud. En la actualidad, el paciente es el sujeto más importante de las acciones de un equipo de salud motivado, convencido e involucrado en una mejora continua de la calidad en la atención. Igualmente, el paciente necesita que la institución dirija sus intereses hacia él con una atención personalizada, horarios de atención prolongados, contar con una historia clínica única, diagnósticos y tratamientos basados en evidencias científicas. (Josefa Rodriguez, 2014). El utilizar un lenguaje adecuado con el paciente, informando su patología, su dolencia, su gravedad, el tipo de tratamiento, riesgos y pronósticos a ser ejecutados, forman parte de la atención global que debe recibir un paciente al momento de ingresar al centro de salud.

## **ii. Marco Referencial**

Una buena gerencia hospitalaria es aquella que planea, investiga, evalúa, proyecta y compite por la calidad, apoyada de una estructura organizacional óptima que dirija y encamine a todos hacia el cumplimiento de objetivos. (Stephen P. Robbins, 2005)

Es importante conocer el concepto de hospital para poder entender a cabalidad el trabajo que realmente se desempeña internamente y poder manejarlo de acuerdo al alcance del servicio que se brinda dentro de éste. Al hospital se lo puede definir como el centro de referencia donde los pacientes deben acudir cuando sus problemas no fueron solucionados en niveles inferiores; es el centro de salud donde se pretende recuperar la salud del paciente, donde intervienen los esfuerzos administrativos, técnicos, de investigación, a cargo de un talento humano adecuadamente preparado y previamente seleccionado. (Malagon-Londoño Gustavo, 2008). Dentro de esta responsabilidad y trabajo tan grande que desarrolla el hospital, están inmersos varios procesos que inician desde la

llegada del paciente al establecimiento hasta su salida. El área administrativa no solamente supervisa la oportuna disponibilidad de los recursos físicos, materiales y humanos, además debe percatarse de que cada usuario que ingresa al centro de salud representa el centro de la máxima atención, manteniendo constantemente actualizado al personal en cuanto a lo técnico y trato con el paciente para lograr la plena satisfacción de éste. Una de las tendencias actuales es la “Administración de la calidad” que corresponde a una filosofía de mejoramiento continuo y de respuestas a las necesidades y expectativas de los clientes. (Stephen P. Robbins, 2005). El concepto de buena calidad en el ámbito de la salud es un término complejo de definirlo. Sin embargo, la calidad está ligada a la eficiencia ya que si existe el despilfarro de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el que debería haberse alcanzado. (Paneque, 2004). El reto de los administradores de establecimientos de la salud es diseñar una estructura organizacional que permita al personal desempeñar sus funciones con eficiencia y eficacia.

Toda empresa debe tener una estructura organizacional que variará de acuerdo a la naturaleza de los bienes o servicios que se ofrezcan, pero sobre todo, la estructura dependerá de las estrategias diseñadas para alcanzar los objetivos planteados y cumplir con el sueño o la misión de la empresa. Por lo tanto, se parte de la misión, se construyen estrategias y se prosigue con diseñar la mejor estructura organizacional que apoye al cumplimiento de objetivos. Existen siete pasos que el gerente debe tomar en cuenta para tener una estructura adecuada para la estrategia planteada (Stephen P. Robbins, 2005).

- Especialización del trabajo o división de trabajo: es el grado en que las actividades de la empresa se dividen en tareas separadas. Cada puesto debe tener:



- Análisis del puesto: verificar todas las habilidades y capacidades que debe tener una persona para ejercer ese puesto.
- Descripción del puesto: se debe indicar todas las tareas que deben realizarse de principio a fin.
- Diseño del puesto: es importante ajustar el puesto de trabajo a la persona.

Si no se encuentra bien dividido el trabajo, habrá empleados que trabajen más que otros. (Stephen P. Robbins, 2005)

- Departamentalización: una vez dividido el trabajo, se deben agrupar en tareas comunes para poder coordinar. Existen varias formas de departamentalización, entre ellas están: por funciones, por situación geográfica, por productos o por procesos.
- Coordinación: representa el orden, la secuencia de acontecimientos, todos los momentos y los tiempos (entrada de empleados, quirófanos, limpieza de quirófanos).
- Cadena de mando: “es la línea continua de autoridad que se extiende de los niveles organizacionales más altos a los más bajos” (Stephen P. Robbins, 2005) y se establece quién informa a quién. Es importante destacar tres conceptos más que van de la mano con la cadena de mando: Autoridad: son los derechos propios de un puesto gerencial para indicar al personal qué hacer y qué se espera de éste; Responsabilidad: es la obligación que asumen los empleados para llevar adelante cualquier tarea asignada y; Unidad de mando: principio que manifiesta que una persona debe informar a un solo jefe.
- Tramo de control: constituye el número de personas que están a cargo de un gerente.

Pueden ser tramos largos o cortos.

- Centralización o descentralización: la centralización se refiere a la concentración de la toma de decisiones en un solo punto en una organización. Descentralización por otro lado se refiere al grado en que los empleados de niveles inferiores proporcionan información o toman decisiones.
  
- Formalidad o informalidad: dentro de las instituciones de salud, la formalidad es evidente dentro de las actividades diarias del hospital, esto constituye el grado en el que los trabajos dentro de la empresa son estandarizados, donde las normas y procedimientos encaminan el comportamiento de los empleados. En el hospital se puede mencionar algunos ejemplos de formalidad: consentimiento informado, chequeo pre quirúrgico, chequeo pos quirúrgico, título del profesional refrendado en el SENEKIT, entre otros.

Finalmente, es importante mencionar que la estructura de la gestión hospitalaria tiene una nueva tendencia que pretende guiar a las organizaciones a cambiar su estructura dividida por departamentos, hacia una estructura que evoluciona la anterior, por línea de servicios. El motivo principal es que bajo una estructura departamental, los pacientes reciben la atención médica no conforme a sus necesidades sino a las del departamento. (Díaz, 2014). En la tabla No. 16 se presentan las diferencias entre la estructura departamental y la de línea de servicio:

Tabla No. 16: Diferencias fundamentales entre la estructura departamental y la de líneas de servicio.

<b>Característica</b>	<b>Estructura Departamental</b> <b>Divisiones / Funciones</b>	<b>Línea de Servicio</b> <b>Enfoque en el cliente</b>
Enfoque de mercado	Difuso	Mercado Objetivo
Integración de servicios con enfoque en cliente	No	Si
Criterios de asignación de recursos	Segmentado, por silos. Departamental	Holístico. Sinergias y economías de escala en cada LS
Medición	Por volúmenes	Por resultados esperados
Distribución de servicios	De acuerdo con las necesidades internas	Enfocado en el paciente / médico
Canal de referencia	Médicos	Médicos, pacientes, familiares, hospital, terceros pagadores

Fuente: (Diaz, 2014)

Se puede concluir que una administración centrada en el paciente no sólo trae beneficios de satisfacción del usuario sino a la propia institución que a través de este modelo logra asignar de una forma más eficiente los recursos con los que cuenta cada institución.

### iii. Marco Conceptual

- Calidad: según Donabedian, una atención de alta calidad la define como: “aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes”; la resume como “el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos”. (Paneque, 2004)

- Eficiencia: es el grado con el que una organización alcanza los objetivos propuestos con los recursos que posee. (Paneque, 2004)
- Administración estratégica: son aquellas decisiones y acciones que la administración ejerce, que determinan el desempeño a largo plazo de la organización. (Stephen P. Robbins, 2005)
- Estructura organizacional: distribución formal de los empleos dentro de una organización. Existen siete pasos para desarrollar la estructura organizacional de una compañía: especialización del trabajo, departamentalización, cadena de mando, amplitud de control, centralización y descentralización, coordinación y formalización. (Stephen P. Robbins, 2005). Robbins menciona dos tipos de estructura organizacional: la mecanicista y la orgánica que se describen a continuación:

Tabla No. 17: Estructuras Mecanicistas vs. Orgánicas

MECANICISTA	ORGÁNICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Alto grado de especialización.</li> <li>➤ Departamentalización rígida</li> <li>➤ Cadena de mando definida</li> <li>➤ Alto grado de formalización</li> <li>➤ Centralización</li> <li>➤ Amplitudes de control reducidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Equipos interfuncionales</li> <li>➤ Equipos integrados por varios niveles jerárquicos.</li> <li>➤ Libre flujo de información.</li> <li>➤ Amplitudes de control extensas.</li> <li>➤ Descentralización.</li> <li>➤ Formalización escasa.</li> </ul>

Fuente: (Stephen P. Robbins, 2005)

- Indicadores de gestión administrativa: constituye en una herramienta de medición que mide la estructura, los procesos o resultados. En el ámbito hospitalario son de uso obligatorio ya que todo lo que no se mide no puede ser mejorado y por tanto deja de ser

útil el momento de la toma de decisiones. Constituyen un instrumento de cambio en la estructura de la institución y miden el cumplimiento de objetivos institucionales. (Guzman, 2005)

- Línea de servicio: es un modelo que parte del paciente y tiende a alinear los servicios de salud de forma tal que su experiencia hospitalaria sea lo menos gravosa, emocional y económicamente posible. “Es la agrupación de servicios competitivos en un entorno de mercado que se proporcionan a los pacientes de forma integrada, personalizada y estandarizada” para garantizar la calidad, eficiencia, seguridad y facilidad en la atención del paciente y el flujo continuo de servicios. Esto se logra ya que la línea de servicios integra departamentos, funciones y servicios relacionados con determinada especialidad clínica. (Diaz, 2014).

#### **iv. Indicadores**

El indicador es una magnitud asociada a una actividad, a un proceso que permite realizar comparaciones a través del tiempo, facilitando la información sobre una situación dada y aportando con una valoración sobre una acción concreta. (Edgar Chirinos, 2008)

Los indicadores necesitan objetivos definidos y medibles. Es por esto que es importante establecer un proceso de elección de indicadores hospitalarios adecuados y necesarios para el seguimiento de las actividades a desempeñarse. Para esto se deben seguir los siguientes pasos: a) Definir la actividad, b) Identificar bajo qué estándar se realiza el seguimiento de la actividad, c) Seleccionar el indicador más adecuado y su fórmula de cálculo teniendo en cuenta lo que se debe medir. (Edgar Chirinos, 2008).

En la parte técnica dentro de un hospital, se pueden mencionar algunos indicadores tales como:

- Consulta externa: es el espacio donde se realiza un tratamiento sin necesidad de hospitalizar al paciente. Un indicador de medida de la consulta externa es la visita que es de dos tipos: 1) la primera vez que asiste el paciente a la consulta donde el médico necesita más tiempo para evaluar; y 2) el control, donde el médico dedica un menor tiempo. (Martinez, 2010). Aquí también se puede evaluar el tiempo de espera del paciente hasta ser atendido cuyo tiempo estándar estipulado es de 20 minutos. Estos indicadores son eficientes en el sentido que cumplen con el objetivo de medir una actividad y tomar decisiones para la mejora continua de la calidad en la atención al paciente. (Guzman, 2005)
- Hospitalización: es catalogada como el área más importante de una institución hospitalaria. La cama hospitalaria es la medida más relevante donde se miden los egresos y la estancia hospitalaria. (Martinez, 2010)
- Emergencias: área donde no se mantiene una programación. El indicador esta dado por la atención del paciente, es decir, por el número de urgencias atendidas. (Martinez, 2010)

El modelo de encuestas realizadas a pacientes atendidos en un hospital es un excelente indicador donde se pueden obtener resultados de la satisfacción del paciente en cuanto al servicio recibido como a la percepción que tiene de la infraestructura hospitalaria. En la tabla No. 18 se resume lo mencionado (Guzman, 2005):

Tabla No. 18: Encuesta modelo a pacientes atendidos en un centro de salud

Características	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
<i>Hospitalización</i>					
1. Rapidez para iniciar la atención desde su llegada al servicio de hospitalización					
2. Trato del personal médico					
3. Trato del personal de enfermería					
4. Información proporcionada paciente					
5. Información dada al familiar					
6. Privacía del área donde se le atendió					
<i>Trabajo social</i>					
1. Claridad de la información					
2. Trato y amabilidad del personal					
3. Rapidez para atender su turno					
4. Rapidez para realizar el trámite de admisión y pasar a su habitación					
<i>Servicio de enfermería</i>					
1. Se le trató con amabilidad					
2. Se le explicaron con claridad las indicaciones					
3. La atención fue rápida cuando usted lo requirió					
4. Se le solucionó sus problemas cuando lo requirió					
<i>Consulta externa</i>					
1. El tiempo de espera para recibir su consulta le pareció					
2. Facilidad para obtener una cita con su médico					
3. La atención que le dio el médico le pareció					
4. La información que le proporcionó el médico fue					
5. El médico le explicó claramente su padecimiento					
<i>Intendencia</i>					
La limpieza de los baños es					
La limpieza de la sala de espera es					
La limpieza de los lavabos es					
La limpieza del consultorio es					
Promedio					

Fuente: (Guzman, 2005)

El cuestionario anterior pretende revelar información de las áreas donde el paciente tiene un contacto directo y puede tener una percepción del servicio brindado. Esta información es útil para seguir mejorando en cuanto a la calidad que perciben los usuarios. Estas áreas evaluadas en el formulario anterior son: hospitalización, recurso humano (administrativo y médico) y la limpieza del establecimiento.

### **e. Justificación**

El sector de salud del Ecuador se encuentra saturado tal como se evidenció en líneas y tablas anteriores, donde se demostró un incremento de la demanda de salud, la escasez de médicos para poder atender tal nivel de demanda y la limitada infraestructura pública hospitalaria que existe en la ciudad de Quito, el Gobierno ha visto la necesidad de realizar convenios con establecimientos privados para lograr atender la creciente cantidad de pacientes.

Las consultas atendidas a nivel nacional por emergencias, morbilidad, servicios odontológicos y preventivas aumentaron de 16.199.151 en el año 2006 a 39.208.319 en el año 2014, es decir, aumentaron en un 142% (ver tabla No. 7). Si bien el gobierno ha invertido en los últimos años en infraestructura y equipamiento del sistema de salud público, éste no ha crecido en la misma proporción a la demanda de atenciones que se acaba de puntualizar. Es decir, el sector público ya no da abasto. Cada día hay pacientes que esperan ser atendidos, llegando a transcurrir meses hasta obtener una cita. Existe el problema de la saturación de la demanda y una oferta insuficiente, sin embargo toda institución sea pública o privada depende de una buena administración para poder brindar un servicio que sea eficiente para disminuir tanto sus costos como el tiempo en atención al paciente y así optimizar sus recursos. La razón principal que impulsó el presente tema es que a inicios del año 2016 se inaugurará una nueva clínica privada de especialidad en el sector norte de la ciudad de Quito, que por el momento no cuenta con una estructura organizacional administrativa que apoye y sirva de base para desarrollar las funciones gerenciales del área administrativa, donde se encuentran inmersos los procesos de apoyo a la gestión técnica en



un establecimiento de salud: financieros, contables y de recursos humanos. Es fundamental partir de una estructura organizativa que refuerce día a día las labores administrativas y médicas que se vayan generando. La estructura organizativa determinará el horizonte a dónde quiere llegar la compañía y bajo qué parámetros y estrategias conseguirá sus objetivos. Esta propuesta servirá para determinar una adecuada estructura administrativa hospitalaria donde prime la calidad en atención al paciente partiendo desde el área administrativa hacia las siguientes áreas.

El siguiente trabajo dará como aporte las bases de una estructura organizacional del área administrativa que pueda ser implementada en una clínica privada de especialidad con el fin de contar con herramientas útiles para la toma de decisiones enmarcadas a dar apoyo al área médica para el desarrollo de sus funciones, encaminadas a devolverle la salud al paciente.

## **Objetivos**

### **i. Objetivo General**

Identificar la estructura organizacional óptima y eficiente del área administrativa de una clínica privada de especialidad en cardiovascular.

### **ii. Objetivos Específicos**

- Determinar los pasos a seguir para estructurar la organización del área administrativa dentro de una clínica privada.
- Identificar las áreas involucradas dentro de la administración de un establecimiento privado.
- Establecer las principales funciones generales y específicas del área administrativa.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

Según el criterio de Stephen Robibins y Mary Coulter, publicado en su libro Administración, existen siete elementos claves para diseñar una estructura organizacional: división del trabajo, departamentalización, cadena de mando, coordinación, tramo de control, centralización o descentralización, formalidad o informalidad. Previo a analizar estos elementos, la empresa Como se mencionó anteriormente, existe ya un instituto cardiovascular que tiene la necesidad de diseñar su estructura organizacional administrativa para contar con el apoyo en su gestión técnica.

### **Cómo nace el Instituto Cardiovascular**

En el año 1984, culminando el posgrado en Angiología y Cirugía Vascolar, realizado en Sao Paulo – Brasil, el Dr. Alonso Falconi inicia sus prácticas profesionales como empleado en el Hospital General de las FF.AA., en la ciudad de Quito, en el área de cirugía vascular y consulta privada de su especialidad. Después de cuatro años como médico especialista fue nombrado Jefe de Servicio del área de Cirugía Vascolar donde prestó sus servicios por diez y ocho años hasta su renuncia para incursionar el ámbito privado. Durante toda su actividad profesional, tuvo la oportunidad de analizar y constatar el incremento de la prevalencia de la enfermedad cardiovascular; observando además que en el medio donde se desenvolvía, únicamente se realizaba medicina curativa y muy poco de la medicina preventiva. En el año 2007 inicia un nuevo proyecto denominado “Centro de Cirugía Vascolar Periférica” cuyo servicio se enmarcó en la atención de pacientes que necesitaban realizarse procedimientos

quirúrgicos menores que no requieren internación hospitalaria: colocación de fístulas a pacientes que requerían diálisis, várices, colocaciones de catéteres, entre otros. Actualmente, el centro recibe a pacientes que provienen de diferentes provincias del país enviadas por los principales centros de diálisis de Quito: SERMENS, CENER, CONTIGO S.A., DIALCENTRO, entre otros. El centro comenzó en un consultorio equipado para los fines propuestos.

El incremento de pacientes tanto en su consulta privada como en el centro quirúrgico ambulatorio fue evidente. En la siguiente tabla se presenta el crecimiento histórico de la demanda de pacientes atendidos:

Tabla No. 19: Cantidad de pacientes atendidos en consulta externa 2009 – 2012

Año	Cantidad de pacientes	Crecimiento de la demanda
2009	4.098	
2010	4.482	9,40%
2011	4.840	8,00%
2012	5.222	7,90%
<b>Crecimiento promedio:</b>		<b>8,40%</b>

Fuente: Estadísticas Dr. Alonso Falconi S.

Con los antecedentes expuestos, nació la idea de crear un establecimiento de especialidad cardiovascular donde exista un área de medicina preventiva y como complemento, el área de diagnóstico y tratamiento clínico quirúrgico para lograr atender a la demanda de pacientes con patologías cardiovasculares, conociendo que no es posible tratar estas enfermedades en forma aislada entre la cirugía vascular y la cardiología.

La creación del instituto cardiovascular inicia a finales del año 2009. El inicio de sus operaciones se encuentran programadas para abril del año 2016. El edificio se encuentra en el sector norte de la ciudad de Quito, en la parroquia Belisario Quevedo, en las calles General Aguirre y Avenida 10 de Agosto. Con la creación del Instituto Cardiovascular se pretende satisfacer las necesidades de los usuarios dentro de un mismo establecimiento, brindándole comodidad al tener en un solo lugar todos los servicios que éste requiera.

## METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La metodología del estudio es proactiva ya que al ser un modelo a implementarse, se deberá ir registrando los hechos a medida que ocurren; descriptivo y cualitativo basada en un corte longitudinal para determinar y evaluar la aplicación del modelo de estructura organizacional planteado. (de Canales, 2006).

La fuente histórica de datos publicada en la página del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos es el punto de partida para el análisis subsecuente de los datos. Tanto la población existente y proyectada del país así como las características sobre su nutrición y salud, se convirtieron en una fuente primordial e inicial para concluir con la necesidad de tener un centro médico especializado para captar parte de esa población que se encuentra dentro de los factores de riesgo y sobre todo de poder ofrecer medicina preventiva.

Igualmente, de la misma fuente se pudo obtener la oferta hospitalaria de la provincia de Pichincha para poder conocer qué y quiénes ofrecen servicios de salud en la ciudad de Quito.

Los datos históricos de consultas externas realizadas por el Dr. Alonso Falconi constituyen otra fuente de recolección de datos utilizados para determinar el crecimiento de la demanda por atenciones relacionadas con patologías cardiovasculares en la ciudad de Quito. Con los datos recolectados se pudo concluir que para los próximos años la principal causa de muerte en Ecuador seguirá encabezando las enfermedades cardiovasculares ya que los hábitos de los ecuatorianos en lo que se refiere a la mala alimentación, sedentarismo, y consumo de tabaco no han variado, manteniéndose los factores de riesgo.

La fuente bibliográfica en temas relacionados con gestión hospitalaria y administrativos representaron otro sustento informático para determinar una estructura óptima para un instituto nuevo que ofrece servicios cardiovasculares en Quito.

**a. Tipo de Estudio**

- ✓ Prospectivo, descriptivo, cualitativo de corte longitudinal.

**b. Lugar de Estudio y Periodo de Investigación**

- ✓ Norte de Quito – Ecuador
- ✓ Diciembre 2015

**c. Universo**

- ✓ Limitación dada por la infraestructura de la clínica.

**d. Recolección de Datos**

- ✓ Fuentes bibliográficas electrónicas, libros, artículos científicos publicados en revistas médicas.
- ✓ Tablas de información de la actividad de salud publicados en el INEC.
- ✓ Datos históricos publicados en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

**e. Herramienta a Utilizar**

- ✓ Sistemas informáticos: planillas excel, softwares de procesos.

**f. Seguridad y Almacenamiento de Datos**

Toda la información recolecta de este estudio, presenta a los accionistas del instituto con el fin de obtener su evaluación y retroalimentación para su posterior ejecución.

## ANALISIS DE DATOS

Conociendo que la misión del instituto es la siguiente, se prosigue posteriormente a establecer las estrategias para definir la estructura:

“Cuidar la seguridad y salud de los pacientes con enfermedades cardiovasculares, a través de las mejores prácticas; promover la formación de profesionales de la salud, educar a la población para disminuir los factores de riesgos cardiovasculares y promover la medicina preventiva para ser la organización líder en la transformación del cuidado de la salud de los pacientes cardiopatas en Quito y ser clasificado por los expertos como un Centro de referencia”.

De la misión del instituto cardiovascular, se desprenden dos “mercados objetivos”: pacientes de prevención y los pacientes de curación. Es importante describir a estos dos grupos de pacientes para establecer las estrategias para llegar a cada uno de estos grupos.

Los pacientes preventivos son hombres y mujeres propensos a enfermedades cardiovasculares por antecedentes familiares o estilo de vida. En su mayoría, ya tienen familias establecidas, un ritmo de vida estresante. Son personas con agendas bastante complicadas, con poco tiempo disponible, mayores de 35 años con enfoque en mejorar su estilo de vida y conscientes de adquirir productos preventivos de todo tipo. Por otro lado, los pacientes curativos son hombres y mujeres con enfermedades cardiovasculares en

diferentes fases de desarrollo. En su mayoría, tienen familias establecidas. Buscan servicios que les ayude a aliviar o curar por completo sus afecciones provocadas por su(s) patologías. Según la fase de la enfermedad, están conscientes de las consecuencias que conlleva el no tomar acciones de mejora o cambio en su estilo de vida.

Para el presente caso, se ha decidido darle una personalidad a la empresa, como parte de la estrategia de ingresar al mercado, y ésta representa el cómo se quiere ser conocidos y vistos tanto como por los pacientes como los demás usuarios, incluidos empleados y proveedores. Para llegar al mercado meta ya establecido, la empresa tiene la siguiente personalidad:

Género:	Hombre
Edad:	De 45 años
Profesión:	Médico Especialista
NSE:	Clase Alta
Nacionalidad:	Ecuatoriano estudiado en el exterior

La principal estrategia de la organización es de diferenciación y enfoque, que dicho en otras palabras, éstas están dirigidas a pacientes poco sensibles al precio, donde la calidad es la prioridad, donde los usuarios comparten las mismas necesidades (enfermedades cardiovasculares) y muy probablemente tengan un seguro de salud privado. Finalmente, la última estrategia que se pretende ejecutar es la de alianza o jointventure con médicos especialistas afines a la cardiología y cirugía vascular para el equipamiento de quirófanos, laboratorio, radiología, hospitalización, cuidados intensivos.

Una vez establecidas las estrategias, se propone que la estructura organizacional del área administrativa idónea para este tipo de servicio, que sirva de soporte al área técnica



médica debe ser una estructura organizacional mecanicista en vista que esta empresa debe regirse bajo estrictos parámetros, normas, procedimientos y guías preventivas de trabajo para brindar una atención de calidad al paciente. Es fundamental contar con todos los procedimientos para evitar accidentes laborales y de los usuarios.

Una vez establecida el tipo de estructura, de acuerdo a Stephen Robbins, ésta debe contar con los siguientes elementos:

## **1. División del trabajo**

La división del trabajo para el Instituto Cardiovascular se la desglosa de acuerdo a los siguientes servicios que brindará el establecimiento, detallados y definidos a continuación:

- Área Administrativa: área donde se realiza el manejo contable, financiero, los recursos humanos, la gestión de calidad, planificación y se verifica que los procedimientos y manuales se cumplan sobretodo en cuanto a seguridad del paciente se refiere.
- Laboratorio clínico y radiología: unidades necesarias para complementar y cubrir la necesidad de todo paciente del Instituto.
- Farmacia: unidad que dota a todo el instituto con los insumos, medicinas y materiales necesarios para atender los requerimientos solicitados por los médicos especialistas
- Unidad de Emergencia: área donde se reciben pacientes sin previa cita que requieran una atención inmediata. Los horarios de esta unidad son los 365 días del año, las 24 horas del día.
- Consulta externa: Área destinada a exclusivamente a la atención de pacientes

ambulatorios. Es la entrada más frecuente del paciente donde se le direccionará a las diferentes áreas del instituto de ser necesario: laboratorio, rayos x, rehabilitación o ecografías.

- Quirófano con área de recuperación para el posoperatorio: Todos los servicios brindados dentro de cualquier establecimiento de salud tienen un nivel de riesgo de acuerdo al procedimiento llevado a cabo. Los procedimientos realizados en el área de quirófano son más complejos y riesgosos que el resto de servicios dentro de la clínica, es por esto, que es fundamental la obligatoriedad de solicitar todo tipo de exámenes y estudios preoperatorios antes de programar una intervención quirúrgica al paciente. Toda cirugía, estará acompañada de un documento donde se encuentre la autorización firmada por el representante legal, familiar o incluso el mismo paciente denominado “CONSENTIMIENTO INFORMADO” (ANEXO A). En este documento con su sola firma aprueba a todo el equipo médico a realizar el procedimiento que necesita.
- Cuidados Intensivos y cuidados coronarios: Áreas destinadas a pacientes de alto riesgo que requieren la supervisión constante del médico cirujano o cardiólogo.
- Hospitalización: Área donde el paciente recibe atención permanente, bajo la supervisión de médicos especialistas y el cuidado del cuerpo de enfermería. Esta área cuenta con 18 habitaciones (18 camas) equipadas con todo lo requerido para la comodidad y estadía del paciente.
- Nutrición y dietética: unidad responsable en suministrar las dietas requeridas de acuerdo a la orden del médico a cada paciente que se encuentre hospitalizado, cumpliendo los horarios establecidos por el Instituto.

Cada servicio requiere de personal profesional idóneo y apto para cumplir con las funciones y tareas requeridas en cada unidad. La cantidad del personal que laborará en este establecimiento de salud depende del tamaño de la infraestructura e inicialmente de la demanda que recurra a un centro de salud nuevo. Es por esto que para cada unidad antes mencionada, se ha distribuido de la siguiente manera el personal médico y administrativo necesario para su funcionamiento.

Tabla No. 20: Distribución del personal necesario para iniciar labores en el instituto cardiovascular

UNIDAD	PERSONAL REQUERIDO	UBICACIÓN
Administración	1 Gerente especialista en Salud 1 Secretaria 1 Contador 2 Asistentes contables Guardia 2 Personal de limpieza	1 Planta baja
Radiología	1 Radiólogo 1 Asistente	Subsuelo 1
Laboratorio clínico	1 Laboratorista 1 Asistente	Subsuelo 1
Farmacia	1 Químico biólogo 1 Asistente	Planta Baja
Emergencia	1 Médico General 3 Enfermera 3 Auxiliar de enfermería	Planta Baja
Consulta externa	2 médicos generales 1 Secretaria	Planta Baja
Quirófanos	1 Médico residente 2 Enfermeras 2 Auxiliares de Enfermería 2 Limpiadores	Primer piso
Cuidados Intensivos y cuidados coronarios:	1 Intensivista 1 Cardiólogo 1 Enfermera	Primer piso
Hospitalización:	1 Jefe de Enfermeras 2 Enfermeras 3 Auxiliares de enfermería	Segundo y Tercer piso

Nutrición y dietética	1 Cocinero 1 Posillero 1 Personal de Limpieza	Quinto piso
-----------------------	---	-------------

A continuación se describe el cargo de la cabeza del Instituto Cardiovascular:

Tabla No. 21: Descripción del puesto de Gerente del instituto.

<b>DESCRIPCIÓN DEL PUESTO</b>
<b>NOMBRE DEL CARGO O PUESTO: DIRECTOR DEL INSTITUTO CARDIOVASCULAR</b>
<b>REQUISITOS DEL PUESTO:</b> Debe tener un <b>Postgrado en Administración de Hospitales, Gerencia Empresarial, Auditoría</b> o afines a la Administración; designado por el Gerente General.
<b>TAREAS:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Representar al Instituto Cardiovascular y certificar todos los documentos que se expidan en su nombre;</li> <li>2) Planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades de la empresa;</li> <li>3) Cumplir y hacer cumplir las Normas y Reglamentos de la Institución, así como los Convenios suscritos cuando los hubiere.</li> <li>4) Solicitar aprobación de presupuesto al Gerente General para la buena marcha del clínica;</li> <li>5) Coordinar las actividades de la Clínica con las Instituciones gubernamentales, no gubernamentales y privadas afines;</li> <li>6) Estar al día en las capacitaciones disponibles para el personal administrativo y médico.</li> <li>7) Mantener un alto nivel disciplinario moral y de bienestar del personal.</li> </ol>
<b>RELACIÓN DE MANDO:</b> a) Depende del Representante Legal si existiere.

Una vez dividido el trabajo, y establecido el personal necesario, se prosigue a crear los departamentos del centro de salud que servirán de estructura que funcione armónicamente entre unidades y conseguir los resultados deseados.

## 2. Departamentalización

Por funciones:



Una empresa nueva generalmente inicia con una estructura departamental simple lo que significa que hay escasos departamentos. (Stephen P. Robbins, 2005). Esto se debe principalmente a que el Instituto no requiere tener una dirección de talento humano y una estructura más compleja por ser una empresa que está iniciando sus operaciones en el mercado. Con el tiempo, y sobretodo con el crecimiento del instituto, ésta estructura tendrá que ampliarse y contar con más departamentos administrativos que se enfoquen en cumplir las metas planteadas. A continuación se detallan las funciones de cada unidad:

- Asesoría Legal: los servicios recibidos por asesoría legal serán externos. Principalmente para trabajos legales puntuales, reducción de costos y porque el giro del negocio inicialmente no requiere tener un abogado de planta. Las consultas y las

actualizaciones de las normativas de salud, laborales, de impuestos y demás deberán ser proporcionadas por el asesor externo.

- Dirección Administrativa Financiera: dentro de esta dirección se encuentran las siguientes unidades donde se explican las funciones generales a llevarse a cabo:
  - Contabilidad: unidad encargada de realizar todos los registros contables de cada movimiento que ocurre dentro del Instituto. Llevar al día las declaraciones de impuestos ante el Servicio de Rentas Internas y Superintendencia de compañías. Pagar oportunamente a todo profesional médico externo, proveedor, empleados que presten servicios o bienes al Instituto. Registro de admisiones del paciente. Facturación completa de cada servicio recibido, en conexión con todas las áreas técnicas del Instituto.
  - Adquisiciones y activos fijos: mantener un inventario actualizado de todos los activos fijos que mantiene el Instituto y cuáles requieren de un constante mantenimiento. Llevar adelante a tiempo el mantenimiento de equipos.
  - Talento Humano: Buscar actualizaciones continuas para el personal administrativo y médico del Instituto. Seleccionar el personal idóneo y mantener una carpeta de clientes. Una de las características del centro médico es la especialización en patologías que afectan el sistema circulatorio por las que se deberá tener cursos y seminarios con esta especialización.
  - Seguridad y salud ocupacional: al ser una estructura mecanicista, es indispensable contar con toda la normativa, el conocimiento y los parámetros establecidos para llevar una correcta seguridad y salud ocupacional. Parte de

las capacitaciones deberán encaminarse a dar a conocer a todo el personal del Instituto las prácticas y reglas a aplicarse dentro de sus funciones.

- Dirección de Calidad Total: como se mencionó en líneas anteriores, el mercado objetivo del Instituto es aquel que quiere ser atendido según la percepción de cada usuario, con CALIDAD. A pesar de ser un Instituto que inicia sus operaciones, es importante contar con un departamento que analice las percepciones de calidad que demandan los pacientes, atender sus necesidades de la mejor manera y con empatía. Es por esto, que este departamento se divide en:

- Seguridad del paciente: donde se llevará el registro la satisfacción del paciente de acuerdo a la percepción obtenida de su experiencia en el centro, tratando de mejorar e innovar en la calidad de prestación del servicio.

### **3. Coordinación**

En el anexo B se encuentra la cadena de valor propuesta para este establecimiento. Este modelo fue adaptado a la realidad de la compañía basado en el macro proceso hospitalario del Hospital Carlos Andrade Marín. Dentro de la cadena de valor se identifican las áreas estratégicas compuestas por: planificación estratégica, gestión de la comunicación, investigación y docencia y control de calidad. En la siguiente figura se encuentra graficado:

Figura No. 13: Procesos estratégicos



Como soporte a la gestión hospitalaria, entran los procesos de apoyo compuestos por:

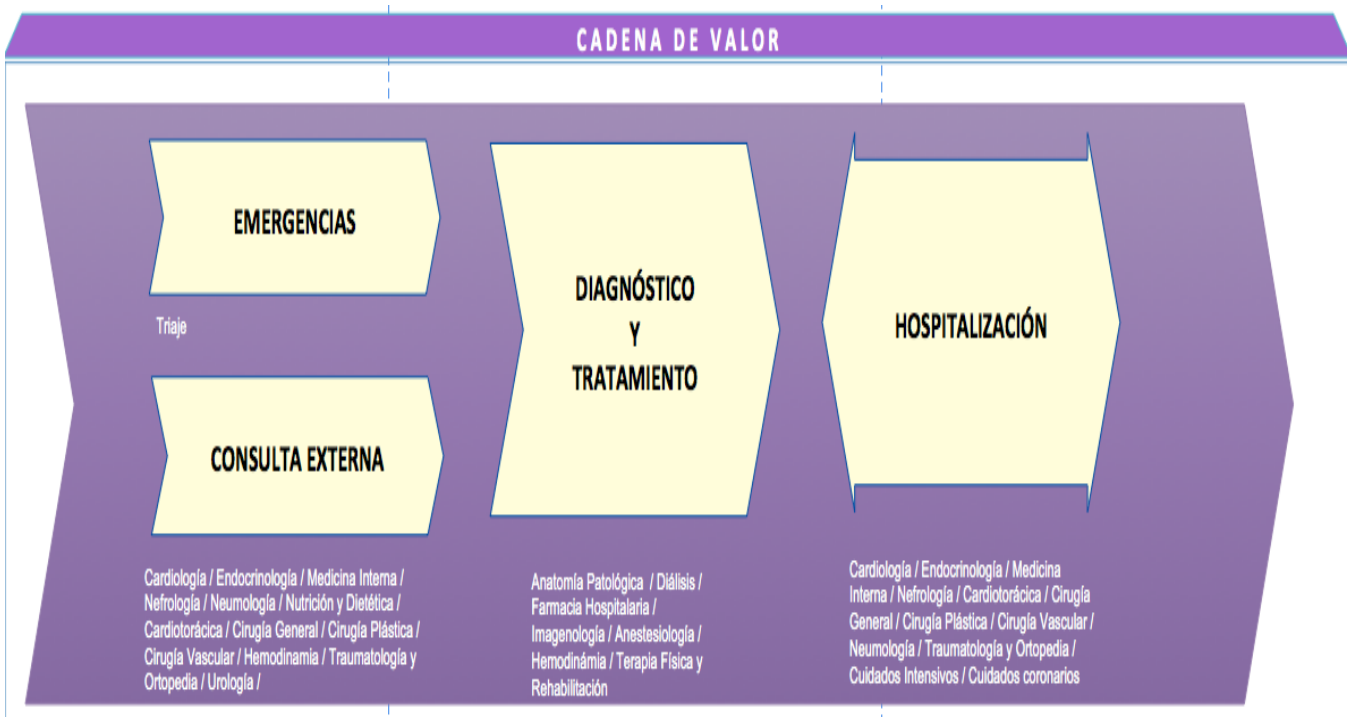
Figura No. 14: Procesos de apoyo (ÁREA ADMINISTRATIVA)



Tanto los procesos estratégicos como los de apoyo se integran con la cadena de valor cuyo fin principal es el paciente.



Figura No. 15: Cadena de valor



#### 4. Autoridad centralizada con tramo de control corto

Para el establecimiento que inicia sus operaciones, es recomendable partir de una estructura centralizada en la toma de decisiones por parte del Gerente General y el Director Médico.

#### 5. Estructura formal

Una estructura formal con capacitaciones continuas al personal administrativo y médico en cuanto al trato personalizado y continuo hacia el paciente, los demás colaboradores de la institución, proveedores y familiares. Debe contar con toda la documentación escrita que soporte los procedimientos internos tales como: protocolos,

guías de práctica clínica, manuales de normas y procedimientos entre otros.

Este esquema general es el óptimo y recomendable para ejecutar en el establecimiento privado de especialidad. Estas características concluyen en una estructura mecanicista donde el basarse las tareas en estándares, normas y procedimientos es vital para evitar complicaciones con los empleados y los pacientes del Instituto.

## CONCLUSIONES

El presente documento tiene los lineamientos generales y la teoría de cómo estructurar una clínica privada de especialidad, respaldado con el respectivo análisis a la literatura que existe y con pruebas de su óptimo funcionamiento dentro de cualquier tipo de empresa. Sin embargo, es importante realizar un análisis más minucioso ya in situ de los costos que representa poner en marcha este modelo, establecer la cantidad exacta de empleados con sus respectivos horarios laborales, escoger los sistemas informáticos óptimos que brinden la información necesaria al gerente para la toma de decisiones.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Malagon-Londoño Gustavo, R. G. (2008). *Administración Hospitalaria* (3era Edición ed., Vol. 70). Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional LTDA.
- Stephen P. Robbins, M. C. (2005). *Administración* (8va Edición ed.). México: Pearson Educación .
- Josefa Rodriguez, N. D. (2014). La gestión Hospitalaria centrada en el paciente. *Arch Argent Pediatr.* , 112, 55-58.
- Guzman, M. S. (2005). Indicadores de Gestión Hospitalaria. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias* , 18, 132-141.
- Martinez, A. E. (2010). La economía de la salud en el hospital. *Revista de Gerencia y Políticas de Salud* , 9, 138-149.
- Edgar Chirinos, E. R. (2008). Indicadores de Gestión para medir la eficiencia hospitalaria. *Revista Científica Electrónica Ciencias Generales* , 50-63.
- Paneque, R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. *Revista Cubana de salud pública* , 30, 17-36.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014, Noviembre 13). Retrieved Noviembre 2015, from [www.paho.org/ecu](http://www.paho.org/ecu):  
[http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1400:la-diabetes-un-problema-prioritario-de-salud-publica-en-el-ecuador-y-la-region-de-las-americas&Itemid=360](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1400:la-diabetes-un-problema-prioritario-de-salud-publica-en-el-ecuador-y-la-region-de-las-americas&Itemid=360)
- Centers of Disease Control and Prevention. (2015, Noviembre 12). Retrieved Noviembre 18, 2015, from CDC Global Noncommunicable Diseases (NCDs):  
<http://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/ncd/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (n.d.). Retrieved from Actividades y recursos de Salud: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>
- Diaz, A. (2014). Gestión por líneas de servicio en el Centro Médico ABC. *Anales Médicos Asociación Medica Centro Médico ABC* , 59.

de Canales, F. H. (2006). *Metodología de la investigación - Manual para el desarrollo de personal de salud*. Washington, EEUU: Organización Panamericana de la Salud.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2014). *Encuesta de Condiciones de Vida Ecuador y sus Cifras 2006 -2014*. Retrieved from INEC:  
[www.ecuadorencifras.gob.ec](http://www.ecuadorencifras.gob.ec)

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2011 - 2013*. Retrieved from INEC:  
[www.ecuadorencifras.gob.ec](http://www.ecuadorencifras.gob.ec)

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Información Estadística y Geográfica de Salud*. Retrieved 2016, from Egresos hospitalarios INEC 2014: [www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)

Organización Mundial de la Salud OMS. (2015, Enero). *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved from OMS Centro de Prensa:  
[www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/)

## ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UD	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA		
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		SERVICIO	SALA	CAMA	FEC-IA	HORA
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD										
<b>1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO</b>										
PROPÓSITOS					TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS					
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS					
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE			ESPECIALIDAD		TELÉFONO		CÓDIGO		FIRMA	
<b>2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA</b>										
PROPÓSITOS					INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS					
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS					
NOMBRE DEL CIRUJANO			ESPECIALIDAD		TELÉFONO		CÓDIGO		FIRMA	
<b>3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA</b>										
PROPÓSITOS					ANESTESIA PROPUESTA					
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS					
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO			ESPECIALIDAD		TELÉFONO		CÓDIGO		FIRMA	
<b>4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE</b>										
									FIRMAS DEL PACIENTE	
<b>A</b> EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD										
<b>B</b> EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD										
<b>C</b> CONSENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD										
<b>D</b> CONSENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA										
<b>E</b> HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS										
<b>F</b> HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO										
<b>G</b> EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)										
<b>H</b> HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO.										
<b>I</b> DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO										
<b>5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL</b>										
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.										
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL			PARIENTESCO		TELÉFONO		CÓDIGO		FIRMA	

# ANEXO B: CADENA DE VALOR

