



ESCUELA DE NEGOCIOS

PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO INTEGRAL DE
ATENCIÓN DE SALUD NEONATAL: FORTALECIMIENTO DE UNIDAD DE
NIVEL II DEL IESS EN LA CIUDAD DE QUITO

Trabajo de titulación presentado en conformidad a los requisitos establecidos
para optar por el título de: Magister en Gerencia de Instituciones de Salud

Profesora Guía

Mgs. Sonia Brazales

AUTOR

Carlos Andrés Espinosa Rivas

AÑO 2023

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

ESCUELA DE NEGOCIOS

Propuesta de implementación de un modelo integral de atención de salud neonatal:
Fortalecimiento de Unidad de nivel II del IESS en la ciudad de Quito

Trabajo de titulación presentado en conformidad a los requisitos establecidos para
optar por el título de Magíster en Gerencia de Instituciones de Salud

Profesora Guía

Mgs. Sonia Brazales Noroña

Autor

Carlos Andrés Espinosa Rivas

Año

2023

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

Carlos Andrés Espinosa Rivas

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad a la Tutora

DEDICATORIA

A Dios, a mi familia y mis padres.

RESUMEN EJECUTIVO

El modelo de atención integral neonatal de la Seguridad Social (IESS) en la ciudad de Quito no funciona de manera efectiva. Esto se debe a varios factores, como la falta de unidades nivel I materno infantil, el colapso de las unidades nivel III y II provocadas por la demanda espontánea de las madres gestantes y el escaso número de camas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; además un sistema de derivación ineficiente, que genera, que a los pacientes en las Unidades nivel II se sobrepase sus cuidados en relación con la cartera de servicios asignada.

La implementación de un modelo integral neonatal efectivo en donde se potencie a las Unidades de nivel II es prioritario para garantizar la salud y el bienestar de los recién nacidos. Este modelo debe brindar una atención de calidad, segura y oportuna a todos los neonatos atendidos en la Seguridad Social

El objetivo de esta propuesta es mejorar la implementación del modelo integral neonatal del IESS en la ciudad de Quito y en el corto plazo fortalecer la Unidad de nivel II del IESS en la ciudad de Quito.

Para realizar esta propuesta de desarrollo gerencial se utilizó metodología cualitativa siendo la investigación descriptiva, observacional y transversal.

Los resultados obtenidos revelan adecuada infraestructura, talento humano, equipos, insumos y suministros para atención de neonatos en nivel II, pero son insuficientes para proporcionar cuidados si los pacientes hospitalizados son nivel III.

Se recomienda a corto plazo potenciar la Unidad nivel II, en equipamiento e insumos para contratar subespecialistas como Cardiólogo Pediatra y especialista en Neurodesarrollo, dotar de equipos con mayor tecnología, insumos y suministros de forma oportuna con el fin de que se puedan tratar con mayor seguridad y calidad a los pacientes nivel III que permanecen hospitalizados sin transferirse o derivarse; y a largo plazo, poder contar con unidades propias de primer nivel que sean propias en la Seguridad Social.

ABSTRACT

The comprehensive neonatal care model of Social Security (IESS) in the city of Quito does not work effectively. This is due to several factors, such as the lack of level I maternal and child units, the collapse of level III and II units caused by the spontaneous demand of pregnant mothers and the low number of beds in the Neonatal Intensive Care Unit; In addition, there is an inefficient referral system, which causes patients in Level II Units to have their care exceeded in relation to the assigned portfolio of services.

The implementation of an effective comprehensive neonatal model where Level II Units are strengthened is a priority to guarantee the health and well-being of newborns. This model must provide quality, safe and timely care to all neonates treated in Social Security.

The objective of this proposal is to improve the implementation of the comprehensive neonatal model of the IESS in the city of Quito and in the short term to strengthen the Level II Unit of the IESS in the city of Quito.

To carry out this managerial development proposal, qualitative methodology was used, with the research being descriptive, observational and transversal.

The results obtained reveal adequate infrastructure, human talent, equipment, inputs and supplies for neonatal care at level II, but they are insufficient to provide care if hospitalized patients are level III.

It is recommended in the short term to strengthen the Level II Unit, in equipment and supplies to hire subspecialists such as Pediatric Cardiologist and Neurodevelopment specialist, provide equipment with greater technology, supplies and supplies in a timely manner so that they can be treated more safely. and quality to level III patients who remain hospitalized without being transferred or referred; and in the long term, to be able to have our own first-level units that are our own in Social Security.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I.....	1
REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1. ANÁLISIS SITUACIONAL AMBIENTAL.....	1
1.1.1. Introducción.....	1
1.1.2. Análisis de la Situación Actual de Gestión Gerencial.....	3
1.1.3. Estructura Administrativa, Financiera y Operativa.....	4
1.1.4. Oferta y Demanda de Servicios.....	5
1.1.5. Análisis geoespacial y geopolítico.....	10
1.1.6. Oferta de Servicios del Hospital.....	10
1.1.7. Población atendida.....	10
1.1.8. Demanda de servicios insatisfecha.....	10
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.....	11
1.2.1. Justificación del planteamiento del problema.....	11
1.2.2. Objetivos General y Específicos.....	12
1.2.3. Oportunidades de mejora para la prestación de servicios.....	17
1.2.4. Matriz de evaluación de alternativas estudiadas.....	14
CAPÍTULO II.....	15
2.1. JUSTIFICACION Y APLICACIÓN DE METODOLOGIA CUALITATIVA PARA LAREALIZACION DEL PLAN DE PRESTACION DE SERVICIOS.....	19
2.2. DIAGNÓSTICO DE SERVICIOS, RECURSOS Y CAPACIDADES FUNCIONALES EN LA UNIDAD DE SALUD.....	20
2.2.1. Gestión Gerencial de la Dirección.....	20
2.2.2. Gestión Administrativa y de Recursos Humanos.....	20
2.2.3. Gestión Operativa, Abastecimiento y Logística.....	21
2.2.4. Gestión de los Servicios de Clínica y/u Hospitalización.....	21

CAPÍTULO III	22
PROPUESTA DE SOLUCIÓN: FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL	
25	
3.1. PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO.....	22
3.1.1. Análisis del Entorno Social	22
3.1.2. Análisis de la Industria de Servicios de Salud (M. Porter)	23
3.1.3. Análisis FODA	24
3.1.4. Cadena de Valor de la Organización	25
3.1.5. Planificación Estratégica.....	25
3.2. PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL	27
PROPUESTA DE SOLUCIÓN: FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN	
GERENCIAL	
3.2.1. Gestión Gerencial de la Dirección.....	27
3.2.2. Mejoramiento Continuo de la Calidad	28
3.2.3. Gestión Administrativa y de Recursos Humanos	29
3.2.4. Prestación de Servicios	30
3.2.5. Gestión Operativa, Abastecimiento y Logística	31
3.2.6. Gestión de los Servicios de Clínica y Hospitalización	33
CAPÍTULO IV	35
EVALUACIÓN E IMPLEMENTACIÓN INTEGRAL DE GESTIÓN GERENCIAL.....	35
4.1. Monitoreo	35
4.2. Limitaciones y/o Restricciones en la Gestión Gerencial	36
Conclusiones y Recomendaciones	37
Conclusiones	37
Recomendaciones	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXOS	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Unidades Primer Nivel atención neonatal de la Seguridad Social.....	5
Tabla 2. Matriz de evaluación de alternativas de solución.....	14
Tabla 3. Análisis FODA Gestión Gerencial de la Dirección.....	20
Tabla 4. Análisis FODA Gestión Administrativa y de Recursos Humanos	20
Tabla 5. Análisis FODA Gestión Operativa y Logística	21
Tabla 6. Análisis FODA Gestión de los Servicios de Clínica y/u Hospitalización	21
Tabla 7. Análisis PEST	22
Tabla 8. Modelo de Porter aplicado a la Unidad de Neonatología HGSF.	23
Tabla 9. Indicador de Mortalidad Neonatal.....	28
Tabla 10. Programas de formación continua para el personal de atención neonatal.	28
Tabla 11. Indicadores de Motivación del Personal	29
Tabla 12. Atraer y retener a profesionales capacitados en atención neonatal.	30
Tabla 13. Contrato de Médicos Subespecialistas de apoyo Pediátricos	30
Tabla 14. Nivel de Satisfacción de los padres de los neonatos.....	31
Tabla 15. Evaluación de Equipos con Tecnología de atención crítica en neonatos.	32
Tabla 16. Indicador de suministros e insumos	32
Tabla 17. Evaluación de neonatos que usan ambulancia para valoraciones diagnósticas o subespecialistas de apoyo	33
Tabla 18. Evaluación de los días de estadía de pacientes nivel III atendidos en nivel II.	34
Tabla 19. Evaluación de IASS, asociadas a estancias prolongadas UCIN.....	34
Tabla 20. Matriz de Monitoreo	35

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estructura Administrativa y Financiera del IESS.....	4
Figura 2. Servicios asistenciales requeridos para nivel I, II y III de atención neonatal..	6
Figura 3. Ubicación de las tres Unidades Neonatales de la Seguridad Social en Quito	7
Figura 4. FODA de la Unidad de Neonatología Hospital San Francisco	24
Figura 5. Cadena de Valor del Hospital San Francisco	25

CAPÍTULO I

REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANÁLISIS AMBIENTAL SITUACIONAL

1.1.1. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el período neonatal está definido como el tiempo que transcurre entre el día del nacimiento hasta los primeros 28 días de vida. (OMS, 2020)

En el Ecuador según cifras del Registro Civil se registraron aproximadamente 260000 nacimientos en el año 2022. Según datos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en 2022 se registraron 81.087 nacimientos en la provincia de Pichincha. De estos, 2.000 requirieron atención neonatal especializada. (MSP, 2022)

Aproximadamente en el mundo, en el año 2020, nacieron 13 millones y medio de niños pretérminos. Tres causas explican las tres cuartas partes de la mortalidad infantil en todo el mundo: parto prematuro (29%), asfixia (23%) e infecciones graves como sepsis y neumonía (25%). (ONU, 2011)

Unidad de Neonatología: Es definida como aquella unidad de cuidado clínico y pediátrico que proporciona de forma segura y con calidad, su cobertura asistencial, al grupo de pacientes recién nacidos que pueden estar sanos o enfermos y dicha asistencia, se la debe dar desde su nacimiento proporcionándoles reanimación en las salas de parto o en el quirófano. (Gracia, 2013)

Las Unidades Asistenciales de Neonatología son servicios conformados por profesionales sanitarios con especialidad en Pediatría con subespecialización en Neonatología, con el apoyo de profesionales de la salud vinculados con la especialidad, que generalmente se encuentran ubicadas en un hospital con la capacidad de ofrecer ayuda en cuidados de múltiples médicos con subespecialidades en diferentes disciplinas a las que el neonato, especialmente el prematuro, por su complejidad, necesita.

Para poder brindar atención con calidad que sea segura y eficiente, debe cumplir con requisitos en su funcionamiento, su organización y estructura para que se puedan atender las demandas en salud que requieren los neonatos.

Dichas unidades deben permitir el fomento y estímulo de la lactancia materna y que se brinden atenciones que cuiden el neurodesarrollo y lo favorezcan. Su estructura física debe ser constituida de tal manera que permitan que la asistencia neonatal beneficie sus necesidades de índole fisiológico, biopsicosocial y del neurodesarrollo, es decir tener la capacidad de proporcionar un tratamiento integral no solo para el neonato sino para los padres y familiares.

Los procesos asistenciales que se entregan al neonato se relacionan con el grado de complejidad de atención y pueden incluir: apoyo del recién nacido al parto, cuidados del neonato que pasa junto a su madre en alojamiento conjunto, atención del neonato que requiere intervención urgente por compromiso vital con maniobras de reanimación y resucitación sea en sala de partos o en hospitalización, cuidados de los bebés que son hospitalizados en las diferentes áreas de hospitalización de acuerdo a gravedad o necesidad especial, apoyo a las madres en circunstancias difíciles para brindar lactancia y seguimiento del neonato de riesgo en consulta una vez dado el alta.

Las Unidades Asistenciales de Neonatología están clasificadas en niveles I, II y III lo que está relacionado con el número de partos que se atienden, cuál es su área de referencia y de acuerdo a las prestaciones que se oferten. (Bajaña, 2021)

La ubicación de las unidades para cuidado de recién nacidos debe establecerse en instituciones con servicio gineco obstétrico e idealmente deben contar con servicios pediátricos conforme su complejidad.

Lo experimentado en varios países en diferentes continentes con modelos de atención de recién nacidos que requieren atención permitió demostrar que para conseguir disminuir las cifras de muerte neonatal es muy importante que se logre organizar la atención y los cuidados perinatales de tal forma que se alcance a proporcionar los mejores tratamientos y de la manera más rápida y oportuna que sea posible a cada neonato que lo requiera. (Bajaña, 2021)

Organizar la atención materna de acuerdo al riesgo permite que los neonatos de bajo riesgo sean atendidos en nivel I y que a medida que el riesgo incrementa, las madres sean especialmente trasladadas intraútero a nivel II o III, pero aún más importante es que es necesario descongestionar el nivel III para que los bebés con patologías complejas que comprometen seriamente su vida o su neurodesarrollo sean tratados rápidamente con todos los medios que garanticen su mejor cuidado.

En las Unidades Neonatales de la Seguridad Social en Quito, las madres gestantes están acudiendo por demanda espontánea a buscar atención en las Unidades de Nivel II y III y las saturan, debido al déficit de Unidades Materno Infantiles de nivel I, lo que conlleva a afectar el sistema de referencia y contrarreferencia entre dichas unidades y que, por consiguiente, estas culminen gestionándose como Unidades Neonatales de Atención *híbridas*, es decir, debiendo responder a una cartera de servicios que no es la suya, con los recursos limitados debido a su capacidad resolutive sin los recursos necesarios para el manejo requerido. Es por ello, que requieren una rápida intervención para descongestionarlas o potenciarlas, mientras se genera un plan con una propuesta de modelo de atención neonatal integral.

1.1.2. Análisis de la Situación Actual de Gestión Gerencial

La actual situación de gestión del IESS es compleja y difícil: por un lado, la organización enfrenta una serie de problemas estructurales, como la baja afiliación, una creciente fuerza laboral informal y la creciente demanda de servicios médicos.

El IESS ha logrado una serie de avances en los últimos años, incluido el establecimiento de nuevos sistemas de membresía y cobro de tarifas, el fortalecimiento de la red de atención primaria de salud y el desarrollo de nuevos servicios técnicos. (IESS, 2023)

En general, la gestión del IESS se puede dividir en tres áreas principales:

Membresía y recaudación de fondos:

El IESS es responsable de recaudar los aportes de los empleados y empleadores. En los últimos años, la organización ha intentado aumentar su membresía, de 5,1 millones de miembros en 2017 a 5,6 millones en 2022. Sin embargo, el trabajo informal sigue siendo un problema importante porque alrededor del 50% de los trabajadores ecuatorianos no están afiliados al IESS.

Gestión de servicios médicos:

El IESS es uno de los proveedores de servicios de salud más importante del Ecuador. La organización cuenta con una red de 34 hospitales, 184 centros médicos y 2.500 centros médicos. En los últimos años, el IESS ha invertido significativamente para mejorar la calidad de sus servicios médicos, no obstante, la demanda de servicios médicos sigue siendo alta, lo que genera largas colas y hacinamiento en los centros médicos.

Gestión financiera:

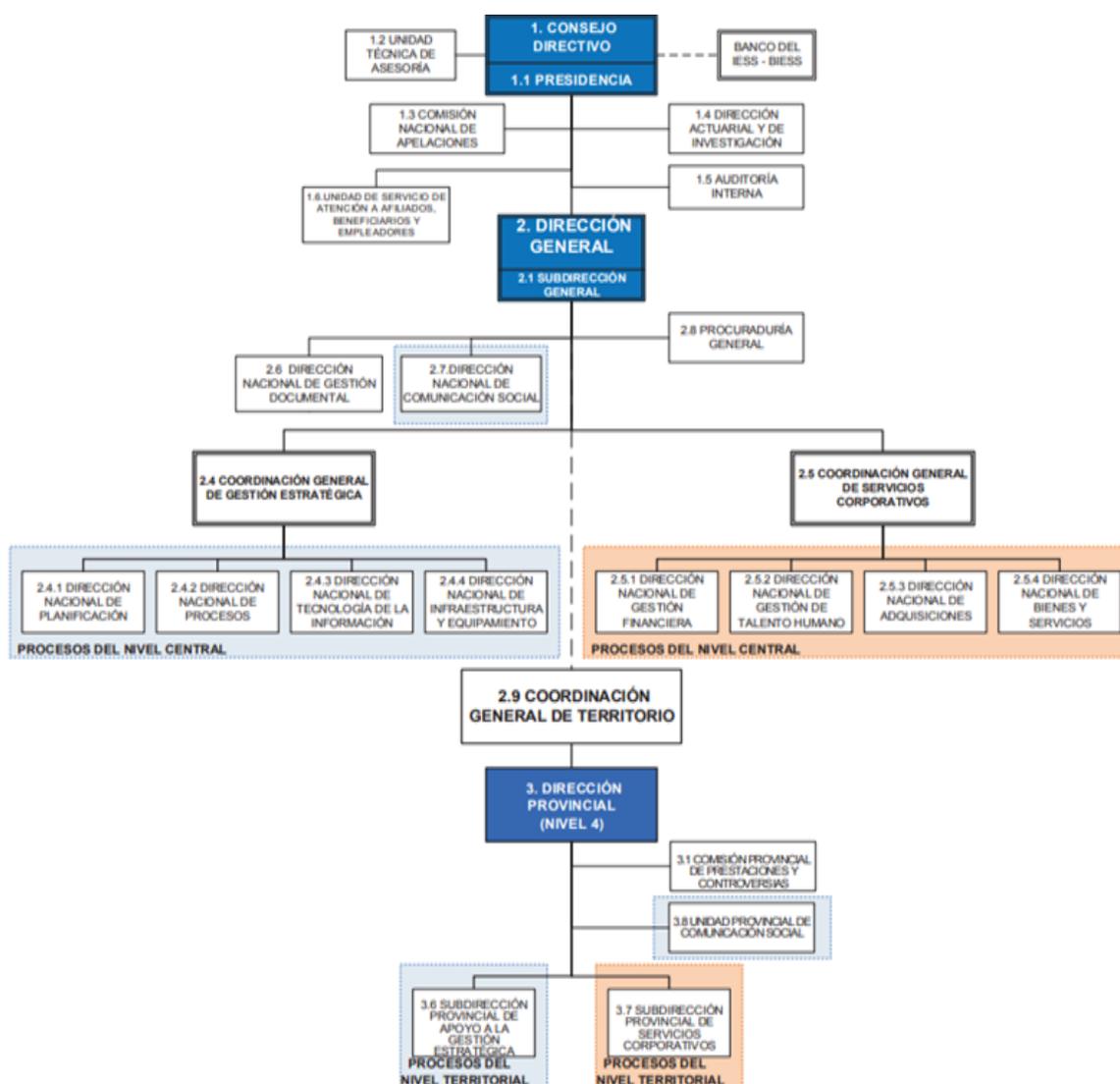
El IESS enfrenta una serie de desafíos financieros, como que los costos para brindar atención médica se han incrementado, los bajos retornos de las inversiones y la creciente deuda. En los últimos años, la organización ha tomado medidas para reducir costos y mejorar las ganancias; sin embargo, los desafíos financieros siguen siendo una amenaza para la sostenibilidad del IESS. (Madera, 2021)

1.1.3. Estructura Administrativa, Financiera y Operativa

Se muestra, la Estructura Administrativa y Financiera del IEES en la Figura 1.

Figura 1

Estructura Administrativa y Financiera del IESS.



Fuente: Organigrama IESS

Estructura Operativa

Para brindar cuidados materno infantil y neonatales, la Seguridad Social de acuerdo a los niveles de atención en la ciudad de Quito, cuenta con la siguiente infraestructura:

Nivel II: Dos Hospitales; uno se ubica al sur, el Hospital General Quito Sur (HGQS) y otro al norte de la ciudad de Quito, el Hospital General San Francisco (HGSF).

Nivel III: Posee un solo hospital, localizado en el centro de la ciudad: el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín (HECAM).

En el IESS, no se dispone de unidades de primer nivel en la capital (tabla 1) con la capacidad de brindar atención neonatal y las unidades nivel I que podrían hacerlo se encuentran en los límites de la provincia más no en la ciudad.

Tabla 1

Unidades de Primer Nivel para atención neonatal de la Seguridad Social

Número	Zona	Provincia	Tipología	Ubicación
1	2	Pichincha	Centro de Salud B	Cayambe
2	2	Pichincha	Centro de Salud B	Tabacundo
3	2	Pichincha	Centro de Salud A	Amaguaña
4	2	Pichincha	Centro de Salud A	Machachi

Fuente: Tomada de Lista de Centros de Primer Nivel del IEES.

<https://www.iesg.gob.ec/documents/10162/13057963/LISTA+CENTRO+PRIMER+NIVEL>

La Seguridad Social cuenta en la ciudad de Quito con una red de prestadores externos en los que se apoya para realizar derivaciones materno infantiles y neonatales, ninguno de ellos cumple una función específica de atención neonatal nivel I, y muy pocos los que dan cobertura nivel III.

1.1.4 Oferta de Demanda y Servicios

Oferta Red

La puerta de ingreso para recibir atención neonatal en la Seguridad Social en Quito es a través del Servicio de Emergencias de sus hospitales de nivel II y III, ya que en el IESS no se dispone de unidades de nivel I propias, que reciban o deriven a los pacientes, ya sea al neonato o a la madre gestante; y, el ingreso se hace por demanda espontánea a cualquiera de los hospitales independientemente de la complejidad. Si el neonato demanda una complejidad de mayor cuidado, se activa la red para referirlo o derivarlo

utilizando las unidades del IESS o de la Red Pública Integral de Salud (RPIS).

Demanda de Servicios

Los recién nacidos especialmente enfermos requieren hospitalización de acuerdo a la complejidad y gravedad de sus patologías, atención de cuidado asistencial, equipos, insumos y tecnología (Figura 2), de acuerdo a literatura internacional debe estar asociada al nivel de atención correspondiente.

Figura 2

Servicios asistenciales requeridos para nivel I, II y III de atención neonatal.

Nivel Asistencial	I (cuidados básicos)	II (Cuidados Intermedios)	III (Cuidados Intensivos)
Perfil de Pacientes	Neonatos con enfermedad leve que puede resolverse de forma rápida y sin necesidad de ventilación asistida o canalización arterial. Los neonatos susceptibles de ingreso en este tipo de unidades son: Provenientes de gestaciones de bajo riesgo. > 35 semanas de edad gestacional fisiológicamente estables. Procedente de embarazos múltiples de dos fetos como máximo.	Neonatos con enfermedad moderada, incluyendo aquellos que pudieran requerir ventilación mecánica convencional de breve duración (<24h) o asistencia respiratoria no invasiva. Los neonatos susceptibles de ingreso en este tipo de unidades son: Provenientes de gestaciones complicadas seleccionadas. De > 32 semanas de edad gestacional y > 1500g de peso al nacer Procedentes de unidades de cuidados intensivos neonatales que hayan superado la gravedad.	Neonatos gravemente enfermos, que requieran ventilación mecánica >24 h, tratamientos especializados o intervención quirúrgica. Los Neonatos susceptibles de ingreso en este tipo de unidades son: Provenientes de gestaciones complicadas seleccionadas. De < 32 semanas de edad gestacional y < 1500 g de peso al nacer. Con anomalías congénitas. En esta unidad también se atienden aquellos neonatos que requieran un espectro completo de cuidados médicos y quirúrgicos pediátrico especializados, incluidos aquellos que requieran tratamientos para soportar insuficiencias multiorgánicas.

Fuente: Informes, estudios e investigación 2014 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (de Sanidad Servicios Sociales E Igualdad, 2014)

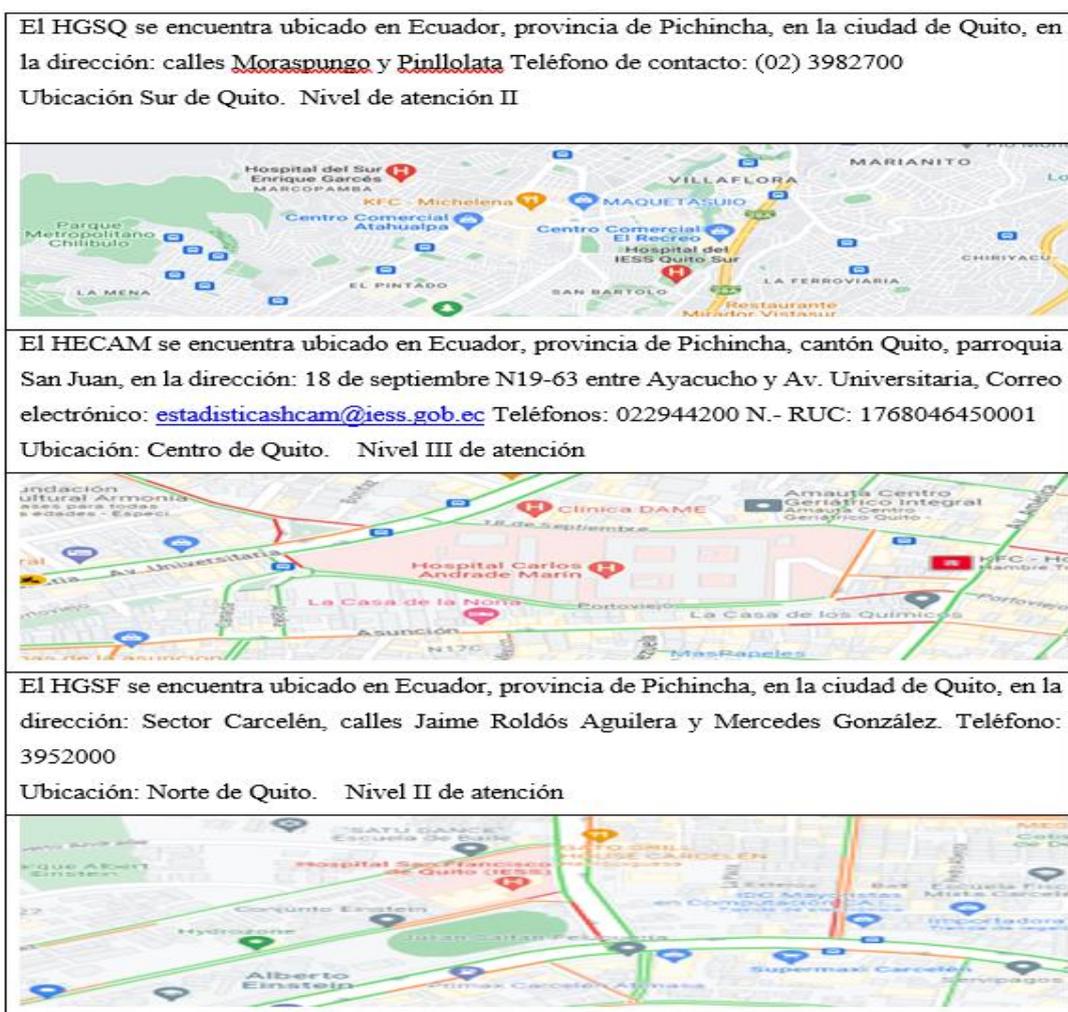
1.1.5. Análisis geoespacial y geopolítico

Análisis Geoespacial

Las 3 unidades de atención neonatal del IESS, las de nivel II se localizan al sur y al norte de la ciudad, y al centro de Quito, la de nivel III (Figura 3).

Figura 3

Ubicación de las tres Unidades Neonatales de la Seguridad Social en Quito.



Elaboración propia.

Análisis Geopolítico

Marco Legal:

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE ECUADOR

Capítulo 1

Principios fundamentales

Artículo 3.- Son deberes primordiales del Estado: 1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes. (Asamblea Nacional, 2008, p.1)

Sección VII

Salud

Artículo 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Asamblea Nacional, 2008, p.5)

Sección II

Salud

Artículo 359.- El Sistema Nacional de Salud comprende las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarca todas las dimensiones del derecho a la salud; garantiza la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y, propicia la participación ciudadana y el control social. (Asamblea Nacional, 2008, p.59)

Artículo 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas

ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad (Asamblea Nacional, 2008, p.59)

Artículo 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. (Asamblea Nacional, 2008, p.59).

Ley Orgánica de Salud

CAPITULO I: Del derecho a la salud y su protección

Artículo 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético. (Congreso Nacional, 2006, p.2)

Ley de Seguridad Social

Art. 1.- El Seguro General Obligatorio forma parte del sistema nacional de seguridad social y, como tal, su organización y funcionamiento se fundamentan en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia. (IESS, 2001, p.1)

Art. 115.- UNIDADES MEDICAS DEL IESS. - Las unidades médico - asistenciales de propiedad del IESS serán empresas prestadoras de servicios de salud, dotadas de autonomía administrativa y financiera, integradas en sistemas regionales de atención médica organizados por nivel de complejidad, de conformidad con la reglamentación interna que, para este efecto, dictará el Consejo Directivo. En las unidades médico-asistenciales de segundo y tercer nivel de complejidad médica habrá un director, que deberá acreditar título

profesional, amplios conocimientos en economía o administración de salud, y experiencia administrativa en servicios de salud. En todas las unidades médico - asistenciales, cualquiera sea su nivel de complejidad médica, habrá un director técnico, que será profesional médico, con especialización y/o experiencia en gestión o auditoría de servicios médico - asistenciales. (IESS, 2001, p.20)

1.1.6 Oferta de Servicios (Establecimiento de Salud)

En la ciudad de Quito, entre las unidades neonatales de nivel II y III, las camas con las que se cuenta se distribuyen de la siguiente manera: Hospital Carlos Andrade Marín (40 camas), Hospital IEES Quito Sur (15 camas), Hospital General San Francisco (15 camas).

Estas unidades brindan atención a recién nacidos con problemas de salud que requieren cuidados especializados. La atención es gratuita para los afiliados al IESS y sus beneficiarios. Los servicios que brindan incluyen: cuidados intensivos, intermedios, crecimiento, alojamiento conjunto, atención en sala de partos, emergencia y consulta externa.

1.1.7. Población atendida

Según datos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en 2022 se registraron 81.087 nacimientos en la provincia de Pichincha. De estos, 2.000 requirieron atención neonatal especializada. (MSP, 2022)

Según datos del IESS, en 2022, el IESS atendió a 10.000 recién nacidos en Quito (IESS, 2023). De los cerca de 10.000 bebés atendidos por el IESS en Quito y Pichincha, 5.000 fueron atendidos en el Hospital Carlos Andrade Marín.

El 20% de los bebés atendidos por el IESS en Quito requieren atención neonatal especializada para ser atendidos en cuidados intermedios y terapia intensiva neonatal.

1.1.8. Demanda de servicios insatisfecha.

La necesidad de servicios de atención neonatal en la ciudad de Quito se está convirtiendo en una preocupación creciente. Según datos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), en 2022, se registraron más de 10.000 nacimientos en la ciudad de Quito atendidos por la institución, de los cuales cerca del 20% requirieron atención neonatal especializada en el parto. (IESS, 2023)

Es así que, no sólo hay escasez de camas para atención neonatal en la Seguridad Social, sino que también en el Ministerio de Salud Pública y por ende en la Red Pública Integral de Salud.

La demanda de servicios neonatales especializados en Pichincha supera ampliamente la oferta. Según datos del Ministerio de Salud, en 2022, en toda la provincia faltan 20 camas para recién nacidos. (MSP, 2022)

La principal necesidad se establece en el número insuficiente de camas para proporcionar cuidados intensivos neonatales, pues solo se dispone de 20 camas para este servicio en el IESS en Quito, por lo que atender a los neonatos que nacen en la capital ya es difícil, más aún si el requerimiento lo es desde provincias vecinas que tienen acceso territorial a la cobertura de salud.

La necesidad insatisfecha de servicios neonatales tiene un impacto negativo en la salud de los recién nacidos. Los bebés que no reciben atención neonatal especializada tienen un mayor riesgo de morir o tener complicaciones graves, como parálisis cerebral, discapacidad intelectual o retraso en el desarrollo.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ineficaz modelo de atención integral neonatal entre las Unidades Hospitalarias de Nivel II y III de la Seguridad Social en la ciudad de Quito.

1.2.1. Justificación del problema

Los logros que se han conseguido para el cuidado de los neonatos han sido muy relevantes en términos de avances, en lo tecnológico, en lo terapéutico, así como, en el seguimiento al alta con los cuidados centrados en el neurodesarrollo; para ello no solamente ha sido muy importante la integración de profesionales de apoyo al manejo del personal que cuida a los neonatos, sino, además, el fortalecer el modelo de organización en red de distintos niveles de complejidad.

El modelo de red de atención perinatal tiene como uno de sus objetivos la prevención de los traslados neonatales, priorizando los traslados maternos cuando corresponda por riesgo materno o fetal, y que la atención de los pacientes más graves se localice en el nivel más alto para tratarlos; a través de estas estrategias, se han logrado mejoras significativas en la supervivencia de estos pacientes pequeños y complejos.

Por otro lado, desde una perspectiva económica, el modelo de organización sanitaria en red optimiza los recursos al agrupar recursos técnicos y humanos en los centros que reciben pacientes necesitados de esos cuidados.

Los diferentes niveles de complejidad se interconectan a través de criterios comunes de referencia, contrarreferencia y derivaciones de pacientes para la programación de atención en red, considerando otros aspectos relacionados de la organización neonatal como: definición del nivel de complejidad, recursos humanos, equipamiento e infraestructura, entre otros elementos útiles que permitan llegar al objetivo de disminuir la mortalidad neonatal.

Al no contar la Seguridad Social en Quito con unidades nivel I para atención neonatal, los niveles II y III no pueden contar con un modelo eficaz de atención integral neonatal.

1.2.2. Objetivos general y específico del plan para la prestación de servicios.

Objetivo General:

Eficaz modelo de atención integral neonatal entre las Unidades Hospitalarias de Nivel II y III de la Seguridad Social en la ciudad de Quito.

Objetivos Específicos:

- Disminución de la tasa de mortalidad neonatal de la Unidad de Neonatología del HGSF.
- Mejorar la calidad y la seguridad de la atención neonatal en las unidades de nivel II del IESS en Quito.
- Fortalecer los recursos técnicos y humanos para la atención neonatal en la Unidad de Neonatología del HGSF.
- Fortalecimiento del recurso humano para la atención neonatal en la Unidad de Neonatología del HGSF.
- Modernizar la infraestructura y equipamiento para la atención neonatal en las Unidades de Nivel II del IESS.
- Superar las limitaciones y/o restricciones que se presentan en las unidades de nivel II del IESS.
- Reducir la utilización de ambulancias y los riesgos del transporte.
- Disminución de la estancia hospitalaria de pacientes nivel III atendidos en nivel II.

- Reducción del número de infecciones asociadas a la atención de la salud correlacionadas con estancias hospitalarias prolongadas o hacinamiento.
- Mejorar la comunicación y coordinación entre las unidades de nivel II del IESS y los hospitales de nivel III.
- Evitar la desmotivación del personal por falta de resultados exitosos en atención de neonatos de mayor complejidad.

1.2.3. Oportunidades de mejora para la prestación de servicios

- Fortalecimiento del recurso humano con subespecialistas de apoyo.
- Modernización de la infraestructura y el equipamiento.
- Mejora de la coordinación entre los diferentes niveles de atención.
- Monitoreo y evaluación del modelo.
- Unidades para atención nivel I propias del IESS.

1.2.4 Matriz de evaluación de alternativas estudiadas

Tabla 2

Matriz de evaluación de alternativas de solución.

MAESTRÍA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE LA SALUD “Propuesta de implementación de un modelo de un modelo integral de atención de salud neonatal: Fortalecimiento de Unidad de nivel II del IESS en la ciudad de Quito” MATRIZ DE EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN					
Problema	Causa	Efecto	Desafíos	Alternativas de solución	Unidad Gestión Responsable
Ineficaz modelo de atención integral neonatal entre las Unidades Hospitalarias de Nivel II y III de la Seguridad Social en la ciudad de Quito	Falta de coordinación entre los diferentes servicios, falta de recursos humanos capacitados, infraestructura y equipamiento inadecuados, lo que ocasiona procesos de atención ineficientes	Mortalidad neonatal, morbilidad neonatal, infecciones nosocomiales, retrasos en el diagnóstico y tratamiento.	Lograr la coordinación entre los diferentes servicios, capacitar al personal, mejorar la infraestructura y el equipamiento, optimizar los procesos de atención.	<p>Implementar un modelo de atención neonatal basado en equipos multidisciplinarios.</p> <p>Desarrollar un programa de capacitación continua para el personal de atención neonatal.</p> <p>Mejorar la infraestructura y el equipamiento de las unidades de nivel II y III del IESS.</p> <p>Optimizar los procesos de atención neonatal.</p> <p>Contratar subespecialistas pediátricos (Neurólogo y Cardiólogo) 1 en cada hospital nivel II.</p> <p>Atraer y retener a profesionales capacitados en atención neonatal.</p>	<p>Directores Administrativo y Médico Hospitales nivel II.</p> <p>Talento Humano Hospitales nivel II.</p> <p>Dirección General del IESS.</p>

Elaboración propia

CAPÍTULO II

2.1 JUSTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE METODOLOGÍA CUALITATIVA PARA LA REALIZACIÓN DEL PLAN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

Justificación

La fundamentación del Plan de Gestión Gerencial para la generación de un modelo integral de atención de salud neonatal en las Unidades del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en Quito, se basa en que la atención al recién nacido ha experimentado importantes avances en la tecnología de atención y seguimiento, en el diseño de los espacios asistenciales, en la vinculación de especialistas de apoyo y sobre todo en el fortalecimiento del modelo organizativo de redes que colaboran entre sí.

La salud neonatal es un período crítico en el desarrollo humano, ya que es durante este tiempo en que el bebé se adapta a la vida fuera del útero. Las complicaciones neonatales pueden afectar gravemente la salud y el desarrollo del infante, por lo que brindar una atención oportuna y de calidad, es importante en todo momento.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social tiene una amplia experiencia en la atención de salud neonatal, cuenta con una red de unidades de salud neonatal de nivel II y III en la ciudad de Quito que requiere de un modelo integral de atención en neonatos que permita incrementar la cobertura y la calidad de la atención mejorando su modelo de atención actual.

Aplicación de la Metodología Cualitativa

En función de los objetivos planteados, la presente investigación es descriptiva, observacional de tipo transversal, debido a que se utiliza un enfoque que permite obtener información que evidencia el sentimiento y la percepción de los gestores de salud neonatal en las unidades de nivel II.

El método de investigación utilizado es descriptivo, porque el investigador se limita a describir lo surgido en el área de investigación y se analizan las características de la población sin conocer las relaciones entre ellas, además es de tipo observacional porque el investigador se confinará a observar los sucesos sin intervenir, recogerá los datos y los analizará y finalmente es de tipo transversal, porque la recopilación se ejecuta en un momento determinado de tiempo.

Población y muestra

Se investiga a las dos unidades de atención neonatal nivel II del IESS en Quito, que representan el 100% de la misma.

Recopilación de datos

Se recopilaron de la siguiente manera:

Observación directa: Se compiló información sobre la realidad de la atención neonatal en las Unidades de Nivel II de la Seguridad Social en Quito, la cual se realizó con previa autorización en: Hospital General San Francisco y Hospital General Quito Sur.

Para realizar la observación directa se utilizó una lista de chequeo (Anexo I), adaptada a los objetivos específicos de la investigación.

Entrevistas semiestructuradas: Realizadas a los representantes de las unidades neonatales nivel II, a quienes se les indica que dicha entrevista se realiza con consentimiento informado previo y que son de carácter anónimo y confidencial.

Se eligió a los representantes de cada Unidad Nivel II, pues ellos son quienes gestionan las áreas neonatales y tienen un conocimiento administrativo y operativo que permite, mediante un cuestionario dirigido encontrar datos que aporten sustancialmente y concretamente a la investigación, al dar información sobre las experiencias y las percepciones de sus servicios, así como del funcionamiento de la red neonatal actual en la Seguridad Social.

La técnica para la entrevista consistió en realizar una serie de preguntas a los participantes, pero con la posibilidad de efectuar preguntas de seguimiento para obtener más información y se la estableció mediante una guía de preguntas que constan en el Anexo II.

Descripción de variables

Infraestructura, equipamiento, suministros e insumos, recursos humanos, capacidad resolutive, calidad de atención, sistema de derivaciones y modelo de atención neonatal.

Análisis de datos

El análisis de las variables cualitativas se realizó manualmente, con codificación y transcripción de datos.

Resultados:

Infraestructura

En ambas unidades la infraestructura es adecuada para la atención neonatal de todos los niveles.

Equipamiento

El equipamiento tecnológico para cuidado de pacientes de nivel II es completo en los dos hospitales; pero es incompleto para el cuidado de pacientes de nivel III.

Suministros e insumos

Los suministros y medicamentos están rápidamente disponibles para la atención de pacientes del nivel II en ambas unidades, pero no lo están, si se trata de pacientes de nivel III.

Recursos Humanos

En ambos hospitales, se dispone de médicos Neonatólogos Pediatras, pero no se cuenta con suficientes subespecialistas de apoyo para brindar atención neonatal si se requiere atención nivel III.

Los especialistas más requeridos son Cardiólogo Pediatra y Neurólogo Pediatra y por la complejidad de los pacientes nivel III de Endocrinólogo Pediatra, Neumólogo Pediatra y Nefrólogo Pediatra.

En las dos unidades, se describe personal frustrado o desmotivado frecuentemente por la falta de capacidad resolutive para tratar pacientes de mayor complejidad.

Capacidad Resolutiva

Los 2 Hospitales son Generales y son calificados como de nivel II de atención neonatal y de acuerdo a su cartera de servicios, deben atender neonatos mayores de 1500 gramos y de más de 32 semanas de edad gestacional.

En los dos hospitales existen pacientes de nivel de atención neonatal no correspondiente al nivel asignado para el Hospital, tanto de nivel I como nivel III.

El número de camas en el área de cuidados intensivos neonatales es insuficiente para la atención neonatal en su nivel de atención.

El 80% del porcentaje de ocupación en ambas unidades en el área de UCIN se encuentra determinado por pacientes que corresponden a nivel III.

Ninguno de los Hospitales Nivel II, cuenta con unidad de neurodesarrollo o seguimiento del neonato de alto riesgo en su cartera de servicio.

Calidad de atención

En los dos hospitales, los profesionales de la salud están bien organizados y coordinados y existen protocolos para manejo de pacientes de su propio nivel y de mayor complejidad.

En ambas unidades, los profesionales de la salud brindan atención de calidad, pero los bebés de mayor complejidad, a veces no reciben a tiempo la atención que necesitan de los subespecialistas de apoyo.

Los pacientes de mayor complejidad, que no corresponden al nivel asignado al hospital, no pueden ser transferidos o derivados con facilidad, aumentando los riesgos de comorbilidad y mortalidad.

El área de UCIN en ambas unidades está frecuentemente saturada y ha sido motivo de cierre ocasional por falta de espacio físico.

La valoración por los subespecialistas que se requieren para tratar pacientes complejos demora varios días en ejecutarse hasta completar los trámites administrativos.

Para la valoración por subespecialidad pediátrica de apoyo o realización de exámenes de nivel III, se requiere la movilización del neonato de riesgo y uso frecuente de ambulancia.

De acuerdo a protocolos en las dos unidades, el tiempo máximo para atender un paciente en UCIN en nivel II es de 3 días.

El tiempo promedio de atención en UCIN para pacientes nivel III en neonatos que no se pudieron transferir es de un mes.

Existe la posibilidad de que las infecciones asociadas al cuidado de la salud, no solo se deban a la falta de lavado de manos, sino que también se deban, a estancias hospitalarias largas o por hacinamiento.

Sistema de derivaciones

La coordinación para realizar referencias o contrarreferencias se realiza mediante el área de derivaciones, pero es más efectiva la comunicación directa telefónica entre los responsables de las áreas de Neonatología de los hospitales de nivel II y III.

Cuando una unidad se encuentra saturada, realizar transferencias a otras unidades del IESS del mismo nivel o superior, es muy infrecuente, tampoco es posible derivar con facilidad a pacientes que lo requieren a prestadores externos o a la Red Pública Integral de Salud.

Se considera por parte de los entrevistados, que actualmente no funciona el sistema de referencia, contrarreferencia y de derivaciones de la red interna y externa del IESS para los cuidados de hospitalización de neonatos entre nivel II y III.

No se cuenta con la aplicación del Código Rojo del Ministerio de Salud Pública para traslado de pacientes de mayor complejidad por no disponer de nivel I de atención.

Modelo de atención neonatal

La ausencia de nivel I, afecta el modelo de atención neonatal entre las unidades de nivel II y III, instancias que han tenido que atender pacientes de niveles superiores o inferiores a su nivel de atención.

Se considera que contar con un modelo integral de salud donde se priorice la atención neonatal exclusiva por niveles de complejidad ayudaría a mejorar la calidad de atención.

Los cambios sugeridos para la mejora del sistema actual de manejo neonatal en unidades de nivel II coinciden en repotenciar los hospitales de atención nivel II y III, hasta crear unidades nivel I y luego manejar pacientes de acuerdo a su cartera de servicios específica.

2.2. DIAGNÓSTICO DE SERVICIOS, RECURSOS Y CAPACIDADES FUNCIONALES EN LA UNIDAD DE SALUD

Se lo realizó aplicando la herramienta FODA con el fin de que sirva posteriormente para crear estrategias gerenciales. Al realizar estos diagnósticos de las unidades neonatales, se pueden identificar áreas de mejora y desarrollar planes para mejorar la calidad de la atención.

2.2.1 Gestión Gerencial de la Dirección

Tabla 3

Análisis FODA Gestión Gerencial de la Dirección

Fortalezas	<ul style="list-style-type: none">• Responsables de las Unidades Neonatales de nivel II experimentados y capacitados.• Cultura Organizacional positiva• Apoyo de las autoridades médicas y administrativas.
Oportunidades	<ul style="list-style-type: none">• Fortalecer la comunicación y la colaboración con otras unidades de atención neonatal de la Seguridad Social y del Ministerio de Salud Pública.
Debilidades	<ul style="list-style-type: none">• Escasez de recursos financieros.• Sistemas y procesos ineficientes.• Las necesidades de las unidades neonatales superan las competencias de las autoridades médicas y administrativas de las Unidades de Nivel II.
Amenazas	<ul style="list-style-type: none">• Cambios en las políticas públicas de salud.• Incremento de la confianza en la competencia de Unidades similares de atención neonatal.

Fuente: Elaboración propia (2023)

2.2.2. Gestión Administrativa y de Recursos Humanos

Tabla 4

Análisis FODA Gestión Administrativa y de Recursos Humanos

Fortalezas	<ul style="list-style-type: none">• Personal capacitado y calificado
Oportunidades	<ul style="list-style-type: none">• Ampliar la cobertura de atención a recién nacidos con complicaciones más complejas.
Debilidades	<ul style="list-style-type: none">• Falta de subespecialidades de apoyo• Sistemas y procesos ineficientes de contratación• Recortes presupuestarios• Dificultad de contratación de personal nuevo• Personal frustrado o desmotivado frecuentemente por la falta de capacidad resolutoria para tratar pacientes de mayor complejidad que fallecen o evolucionan desfavorablemente.
Amenazas	<ul style="list-style-type: none">• Política de contratación de servidores públicos vigente.

Fuente: Elaboración propia (2023)

2.2.3. Gestión Operativa y Logística

Tabla 5

Análisis FODA Gestión Operativa

Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Suministros, insumos y equipos apropiados para atender nivel II
Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor colaboración con otras unidades de atención médica para mejorar la atención integral del paciente. • Potenciar las unidades.
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de suministros, insumos y tecnología para atención inmediata de pacientes complejos, nivel III. • Productividad reducida por cierre frecuente de las unidades. • Sistema de derivaciones ineficaz. • Red Complementaria ineficaz. • Imposibilidad de implementación de Código Rojo. • Calidad disminuida en la atención de pacientes de mayor complejidad. • Incremento de uso de ambulancia. • Traslados riesgosos de pacientes críticos a valoraciones diagnósticas o de subespecialistas de apoyo. • Estancias hospitalarias prolongadas. • Incremento de infecciones asociadas a los cuidados de la salud.
Amenazas	<ul style="list-style-type: none"> • Competencia en prestigio con otras unidades de atención médica que ofrecen servicios similares.

Fuente: Elaboración propia (2023)

2.2.4. Gestión de los Servicios de Clínica y/u Hospitalización

Tabla 6

Análisis FODA Gestión Clínica

Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura moderna. • Procesos de atención estandarizados y basados en evidencia. • Personal calificado y en capacitación constante. • Acceso a servicios de apoyo como laboratorio, radiología y farmacia. • Protocolos y procedimientos estandarizados.
Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento científico y técnico en el manejo del neonato crítico de complejidad superior tanto en lo diagnóstico como terapéutico.
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Estancias hospitalarias prolongadas • Posibilidad de hacinamiento • Incremento de las infecciones asociadas al cuidado de la salud. • Personal desmotivado al enfrentar patologías de mayor complejidad sin todos los recursos necesarios inmediatos. • Ausencia de unidades de neurodesarrollo y seguimiento.
Amenazas	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de demanda de atención neonatal

Fuente: Elaboración propia (2023)

CAPÍTULO III

PROPUESTA DE SOLUCIÓN: FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

3.1 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

3.1.1 Análisis del Entorno Social

Se han tomado en consideración los factores externos señalados en la herramienta PEST (tabla 7) para describir el entorno del Hospital.

Tabla 7

Análisis PEST

FACTORES EXTERNOS	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
POLÍTICA	El gobierno está interesado en disminuir la morbilidad infantil. El aumento de la conciencia sobre la importancia de la atención neonatal está generando una mayor demanda de esta atención. Esto podría aumentar la presión política para mejorar la atención neonatal en Ecuador.	El aumento de la prevalencia de embarazos de alto riesgo: como los embarazos prematuros, los embarazos múltiples y aquellos con complicaciones médicas, está aumentando la demanda de atención neonatal especializada.
ECONOMÍA	La situación económica del país, que puede afectar la capacidad de las familias para pagar los servicios privados de neonatología.	La inflación está aumentando los costos de la atención médica, lo que podría dificultar el acceso a la atención neonatal especializada para algunas familias.
SOCIAL	El aumento de la conciencia sobre la importancia de la atención neonatal genera una mayor demanda de esta atención.	El envejecimiento de la población provoca el aumento de la demanda de atención neonatal especialmente prematuros y con necesidades especiales.
TECNOLOGÍA	Los avances en la tecnología médica mejoran la capacidad de los médicos y los hospitales para brindar atención neonatal especializada.	La escasez de recursos tecnológicos en algunos hospitales podría dificultar el acceso a la atención neonatal especializada.

Fuente: Elaboración propia (2023)

3.1.2 Análisis de la Industria de Servicios de Salud (m. Porter)

Para realizar un análisis competitivo del Hospital General San Francisco relacionado a la atención neonatal, se identificaron las cinco fuerzas del modelo de Porter (Tabla 8)

Tabla 8

Modelo de Porter aplicado a la Unidad de Neonatología HGSF.

Poder de negociación de los proveedores	Poder de negociación de los compradores	Rivalidad entre los competidores	Amenazas de nuevos competidores	Amenazas de productos o servicios sustitutos
<p>Los proveedores de equipos y suministros médicos tienen un poder de negociación relativamente alto.</p> <p>Esto se debe a que hay un número limitado de proveedores de estos productos y servicios.</p>	<p>Los pacientes y sus familias tienen un poder de negociación relativamente bajo. Esto se debe a que, en caso de emergencia, los pacientes suelen tener que aceptar el tratamiento que se les brinde, la mayoría de los usuarios no cuenta con seguro privado de salud y tiene que conformarse con el servicio ofertado.</p>	<p>En Quito, hay varios hospitales privados que ofrecen servicios de neonatología. Sin embargo, el Hospital San Francisco del IESS es el principal proveedor de estos servicios en el sistema público de salud en el norte de Quito, que, si bien su atención es gratuita, ofrece atención de calidad. Esto le otorga una ventaja competitiva en términos de acceso a pacientes y financiación</p>	<p>El riesgo de entrada de nuevos competidores es relativamente bajo, ya que se requiere una inversión significativa en infraestructura y personal para ofrecer servicios de neonatología. Sin embargo, la creciente demanda de estos servicios podría ser un incentivo para la entrada de nuevos competidores</p>	<p>Las amenazas de productos o servicios sustitutos en el mercado de atención neonatal en Ecuador son relativamente bajas. Esto se debe a que la atención neonatal es un servicio esencial que no tiene sustitutos directos.</p>

Fuente: Elaboración propia (2023)

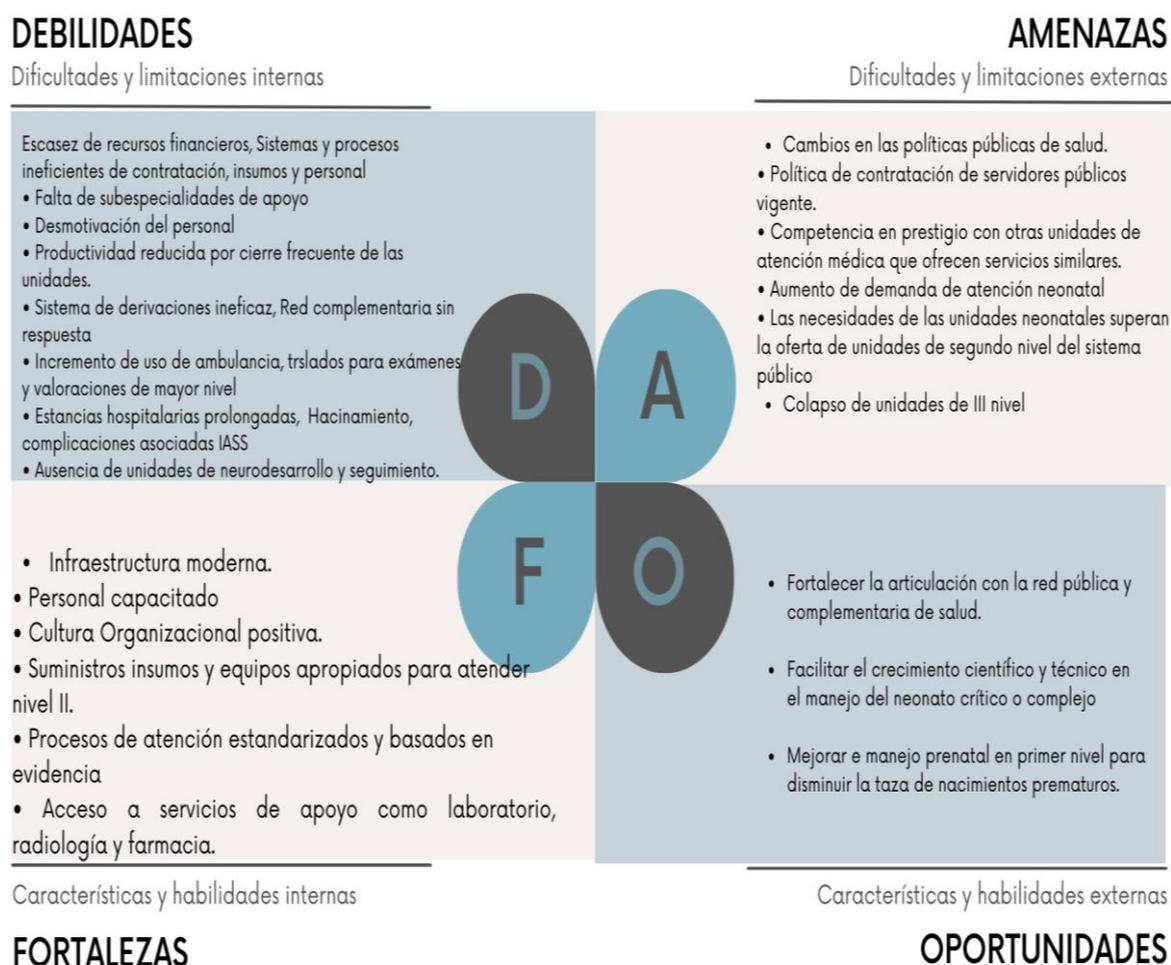
El análisis de Porter sugiere que la Unidad de Neonatología del Hospital General San Francisco de nivel II de la Seguridad Social en Quito, se enfrenta a un entorno competitivo en el ámbito neonatal. Las unidades tienen que competir con otros hospitales por los servicios de profesionales calificados y los recursos financieros.

3.1.3 Análisis FODA

En la figura 4, se ponen de manifiesto todos los factores externos e internos que influyen en la gestión operativa de la Unidad Neonatal en el Hospital General San Francisco.

Figura 4

FODA de la Unidad de Neonatología Hospital San Francisco



Fuente: Elaboración propia (2023)

3.1.4 Cadena de Valor de la Organización

La cadena de valor de la Unidad de Neonatología del Hospital General San Francisco del IESS (Figura 5) es un modelo que identifica las actividades que la unidad realiza para crear, ofrecer y entregar servicios de atención neonatal.

Figura 5

Cadena de valor del Hospital General San Francisco



Elaboración propia (2023)

3.1.5 Planeación Estratégica

Misión

Brindar servicios de salud de Neonatología en segundo nivel de atención con calidad, compromiso, responsabilidad, ética y empatía, mediante profesionales calificados, moderno equipamiento tecnológico, estructura docente y mejoramiento continuo para satisfacer las necesidades de los beneficiarios del IESS y del Sistema Nacional de Salud. (IESS Hospital San Francisco, 2023)

Visión

Para el año 2026, se espera que el Hospital General San Francisco se consolide como líder de la red del IESS en segundo nivel de atención neonatal, ofreciendo servicios médicos integrales y especializados de alta calidad y alineados con los avances científicos. Además, se promoverá el desarrollo de profesionales altamente competentes para garantizar una atención de excelencia a nuestros neonatos. (IESS Hospital San Francisco, 2023)

Valores Institucionales

- **Transparencia.** - En cada una de las acciones a realizar, en la información que se entrega y en la gestión de los recursos de la institución, para garantizar su permanencia en el futuro y una gestión basada en riesgos para la sostenibilidad.
- **Responsabilidad.** – En la ejecución de los procesos internos y tareas del día a día, con el fin de consolidar el trabajo institucional en la Unidad de Neonatología. En este valor están implícitos la honestidad, la ética, el compromiso en el trabajador sanitario del IESS y el trabajo en equipo.
- **Calidad.** – Comprometidos con la entrega de prestaciones de salud con calidad en la Unidad de Neonatología a través del esfuerzo grupal de los proveedores de salud, para conseguir la oportunidad, accesibilidad, y efectividad en la atención a los neonatos. Eficiencia en los procesos y mejora continua. (IESS Hospital San Francisco, 2023)

Objetivos Institucionales

Objetivo General

Brindar atención oportuna, de calidad y calidez a los neonatos, hijos de afiliados, beneficiarios y demás derechohabientes del IESS que demandan atención en este Hospital, a través de la readecuación de la infraestructura de servicios críticos y complementarios. (IESS Hospital San Francisco, 2023)

Objetivos Específicos

- Construcción de nuevas instalaciones para ampliar la Unidad de Neonatología dentro de la Torre II.
- Mejorar el acceso a los servicios del Hospital al agilizar los flujos de atención.
- Optimizar el talento humano que labora en los servicios intervenidos.
- Ampliar la cobertura y cartera de servicios de la Unidad de Neonatología.

Principios

- **Compromiso.** - Invertir al máximo las capacidades técnicas y personales entodo lo encomendado.

- **Responsabilidad.** - Dar al máximo todas las capacidades para desarrollar las tareas institucionales.
- **Ética.** - Cumplimiento de los principios para realizar una labor íntegra en beneficio de los usuarios.
- **Empatía.** - Ponerse en el lugar del otro y saber lo que siente.

Políticas de calidad

- Satisfacer las necesidades de salud de los usuarios del Hospital, mediante atención en consulta externa, alojamiento conjunto y hospitalización de las diferentes áreas de la Unidad de Neonatología, cumpliendo la normativa legal vigente, realizando sus prácticas diarias con profesionales que cuentan con experiencia y criterio técnico compatible con estándares internacionalmente reconocidos, aplicando valores de compromiso, responsabilidad, ética y empatía generando propuestas innovadoras y asistencia médica integral que en su conjunto ofrece a los neonatos del hospital una atención segura y eficiente. (IESS Hospital San Francisco, 2023)

3.2 PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

PROPUESTA DE SOLUCIÓN: FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

En función del diagnóstico de servicios, recursos y capacidades funcionales realizada en la Unidad de Neonatología del Hospital San Francisco, que fue establecido mediante el análisis FODA.

3.2.1 Gestión Gerencial de la Dirección

Objetivo: Disminución de la tasa de mortalidad neonatal de la Unidad de Neonatología del HGSF.

Estrategia: DO: Establecer un modelo de atención neonatal integral protocolizado, apoyado con equipos modernos, con la presencia de subespecialistas pediátricos: cardiólogo pediatra, neurólogo pediatra (ya contratado) y especialista en neurodesarrollo para el seguimiento neonatal y que tenga soporte en las redes propias del IESS, de la Red Pública Integral de Salud (HGONA) y de la Red Complementaria de Salud.

Actividad: Instauración de modelo de atención neonatal integral que garantice atención neonatal adecuada y oportuna en neonatos de nivel II y III, atendidos en el Hospital. (tabla9)

Tabla 9*Indicador de Mortalidad Neonatal*

Actividad	Indicador de cumplimiento	Gestor responsable	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Disminución de la mortalidad neonatal	Número de muertes neonatales/ número de nacidos vivos x 1000	Director Médico	12%	10%	9%	8%	7%

Elaboración propia

3.2.2 Mejoramiento Continuo de la Calidad

Objetivo: Mejorar la calidad y la seguridad de la atención neonatal en las unidades de nivel II del IESS.

Estrategia 1: FO: Capacitaciones de formación continua con énfasis en el manejo prematuro crítico, ventilación mecánica y manejo hemodinámico.

Actividad: Desarrollar programas de formación continua para el personal de atención neonatal (tabla 10)

Tabla 10*Programas de formación continua para el personal de atención neonatal*

Actividad	Indicador de cumplimiento	Gestor responsable	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Desarrollar programas de formación continua para el personal de atención neonatal	Número de personal capacitado en la Unidad/ Número de personal que labora en la Unidad.	Unidad de Calidad	60%	70%	80%	90%	100%

Elaboración propia

Objetivo: Mejorar la motivación del personal sanitario en la Unidad de Neonatología del HGSF.

Estrategia 2: DO: Dotar de subespecialistas de apoyo: cardiólogo pediatra y especialista en neurodesarrollo, tecnología actualizada y suministros a tiempo para atender con las herramientas necesarias al paciente crítico de nivel III que permanece hospitalizado en nivel II, para evitar que personal desmotivado y frustrado progrese a desarrollar Síndrome de Burnout.

Actividad: Evaluar la motivación del personal. (tabla 11)

Tabla 11

Indicadores de Motivación del Personal

Actividad	Indicador de cumplimiento	Gestor responsable	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Evaluar el porcentaje de motivación favorable del personal	Número trabajadores evaluados en el periodo / Número de trabajadores considerados para evaluar en el periodo *100.	Unidad de Calidad	60%	70%	80%	90%	100%

Elaboración propia

3.2.3 Gestión Administrativa y de Recursos Humanos

3.2.3.1 Indicadores de Gestión Administrativa por áreas (proyección cinco años)

Objetivo: Fortalecimiento del recurso humano

Estrategia 1: FO: El personal de la Unidad Neonatal es escaso pero capacitado, se debe incentivar su presencia y rotarlo mínimamente para ampliar la capacidad técnica de atención.

Actividad: Atraer y retener a profesionales capacitados en atención neonatal. (tabla 12)

Tabla 12*Atraer y retener a profesionales capacitados en atención neonatal.*

Actividad	Indicador de cumplimiento	Gestor responsable	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Atraer y retener a profesional capacitado en atención neonatal.	Personal con certificación de cursos que permanecen en la Unidad / Personal con certificación de cursos que salen de la Unidad	Talento Humano	80%	90%	100%	100%	100%

Elaboración propia

Objetivo: Mejorar la calidad, la seguridad y la equidad de la atención neonatal en las Unidades de Nivel II del IESS

Estrategia 2: DO: Falta de subespecialistas de apoyo, personal frustrado por malos desenlaces de pacientes, procesos ineficientes de contratación y necesidad de manejo de pacientes complejos y críticos en nivel II, debido a pacientes nivel III colapsado.

Actividad: Contratar médicos subespecialistas Cardiólogo y Neurólogo Pediatras por lo menos que exista uno de cada especialidad por hospital. (tabla 13)

Tabla 13*Contratación de Médicos Subespecialistas Pediátricos de Apoyo*

Actividad	Indicador de cumplimiento	Gestor Resp.	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Contratar o permitir facturación de médicos Cardiólogo Pediatra, Neurólogo Pediatra y Neurodesarrollo.	Profesionales Subespecialistas de apoyo contratados / Profesionales Subespecialistas de apoyo requeridos	Talento Humano	80%	90%	100%	100%	100%

Elaboración propia

3.2.3.2 Prestación de Servicios, indicadores de gestión (proyección cinco años)

Objetivo: Mejorar la calidad, la seguridad y la equidad de la atención neonatal en las Unidades de Nivel II del IESS

Estrategia: DO: Padres insatisfechos por déficit resolutivo pacientes que no se logran transferir, oportunidad de recibir asistencia tecnológica, insumos y humana en la misma instalación, mientras esperan su transferencia o derivación del neonato o finaliza su hospitalización en la institución.

Actividad 1: Medir el nivel de satisfacción de los padres de los neonatos. (tabla 14)

Tabla 14

Nivel de Satisfacción de los padres de los neonatos

Actividad	Indicador de cumplimiento	Gestor responsable	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Medir el nivel de satisfacción de los padres de los neonatos	Número de padres satisfechos al año /Número de pacientes hospitalizados al año	Responsable médico y responsable de enfermería de la Unidad	70%	80%	90%	100%	100%

Elaboración propia

3.2.4 Gestión Operativa, Abastecimiento y Logística

Capacidad Instalada

Objetivo: Modernizar la infraestructura y equipamiento para la atención neonatal en las Unidades de Nivel II del IESS.

Estrategia: DO: Se requiere modernizar los equipos de atención neonatal, que sean capaces de brindar atención emergente a neonatos que lo necesiten mientras se los estabiliza o transfiere, o si no se los puede transferir o derivar.

Actividad: Dotar de equipos modernos, con tecnología suficiente para atención de neonatos de nivel II y III. (tabla 15)

Tabla 15*Evaluación de Equipos con Tecnología para atención crítica de neonatos.*

Actividad	Indicador de cumplimiento	Gestor responsable	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Dotar de equipos modernos con tecnología para atención de neonatos de nivel II y III.	Número de equipos con tecnología para niveles II y III / Número de camas de UCIN	Director Administrativo	70%	80%	90%	100%	100%

Elaboración propia

Indicadores de Adquisición de Medicamentos e Insumos (proyección cinco años)

Objetivo: Superar las limitaciones y/o restricciones que se presentan en las Unidades de Nivel II del IESS.

Estrategia 1: DO: Solicitar a las autoridades del IESS se permita disponer en farmacia, de forma permanente y oportuna, medicación que permita tratar pacientes de mayor complejidad o críticos que no se pueden derivar a nivel III.

Actividad: Dotación de suministros e insumos para pacientes nivel III. (tabla16)

Tabla 16*Indicador de suministros e insumos*

Actividad	Indicador de cumplimiento	Gestor responsable	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Dotación de suministros e insumos para pacientes nivel III.	Número de pacientes que reciben suministros e insumos de acuerdo a edad gestacional si son de nivel III/ Número de camas en UCIN	Directores Médico y Administrativo	70%	80%	90%	100%	100%

Elaboración propia

Objetivo: Reducir la utilización de ambulancias y los riesgos del transporte.

Estrategia 2: DO: Los traslados frecuentes de neonatos críticos de nivel III, que se atienden en nivel II, que necesitan evaluaciones diagnósticas o de subespecialistas de apoyo, se pueden disminuir con la repotenciación de la unidad en equipos, tecnología y subespecialistas de apoyo.

Actividad: Dotar de equipos, insumos, medicamentos y subespecialistas de apoyo para la atención de neonatos de nivel III, en nivel II. (tabla 17)

Tabla 17

Evaluación de neonatos que requieren uso de ambulancia para valoraciones diagnósticas o subespecialistas de apoyo

Actividad	Indicador de cumplimiento	Gestor Resp.	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Dotar de equipos, insumos, medicamentos y subespecialistas de apoyo con para atención de neonatos de nivel III.	Número de veces que se usaron las ambulancias para trasladar a pacientes nivel III atendidos en nivel II para evaluaciones diagnósticas o subespecialistas de apoyo /Pacientes nivel III atendidos en nivel II por año.	Responsable de la Unidad de Neonatología	70%	80%	90%	100 %	100 %

Elaboración propia

3.2.5 Gestión de los Servicios de Clínica y/u Hospitalización

3.2.5.1 Indicadores de gestión clínica y hospitalaria por áreas de atención (proyección cinco años).

Objetivo: Disminución de la estancia hospitalaria de pacientes nivel III atendidos en nivel II.

Estrategia: DO: Las estancias prolongadas de neonatos que requieren nivel III, se pueden disminuir con la repotenciación de la Unidad en equipos, tecnología y subespecialistas de apoyo.

Actividad: Dotar de equipos, insumos, medicamentos y subespecialistas de apoyo con para atención de neonatos de nivel III, en nivel II. (tabla 18)

Tabla 18*Evaluación de los días de estadía de pacientes nivel III atendidos en nivel II.*

Actividad	Indicador de cumplimiento	Gestor Resp.	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Dotar de equipos, insumos, medicamentos y subespecialistas de apoyo con para atención de neonatos de nivel III.	Número de días de hospitalización de pacientes nivel III atendidos en nivel II. de acuerdo a edad gestacional /Número de neonatos egresados anualmente	Director Administrativo	70%	80%	90%	100%	100%

Elaboración propia

Objetivo: Reducción del número de infecciones asociadas a la atención de la salud correlacionadas a estancias hospitalarias prolongadas o hacinamiento.

Estrategia: DO: Las IASS correlacionadas a estancias hospitalarias prolongadas o hacinamiento de neonatos que requieren nivel III, que se atienden en nivel II, se pueden disminuir con la repotenciación de la Unidad en equipos, tecnología y subespecialistas de apoyo.

Actividad: Dotar de equipos, insumos, medicamentos y subespecialistas de apoyo para atención de neonatos de nivel III, en nivel II. (tabla 19)

Tabla 19*Evaluación de IASS, asociadas a estancias prolongadas UCIN*

Actividad	Indicador de cumplimiento	Gestor Resp.	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Dotar de equipos, insumos, medicamentos y subespecialistas de apoyo con para atención de neonatos de nivel III.	Número de recién nacidos con sepsis asociadas al cuidado de la salud / Número total de recién nacidos vivos y muertos	Responsable de la Unidad de Neonatología	10%	8%	6%	4%	2%

Elaboración propia

CAPÍTULO IV

EVALUACIÓN E IMPLEMENTACIÓN INTEGRAL DE GESTIÓN GERENCIAL

Con la propuesta en ejecución será fundamental evaluarla y darle seguimiento para establecer el alcance que va obteniendo, y si las estrategias planteadas para lograr los objetivos institucionales se deben mantener o ser cambiadas.

4.1 Monitoreo

Se plantea la siguiente matriz de monitoreo del plan de gestión gerencial (tabla 20)

Tabla 20

Matriz de Monitoreo

Área	Indicador	Monitoreo	Plazo	Responsable
Gestión Gerencial de la Dirección	Número de muertes neonatales/número de nacidos vivos x 1000	Anual	5 años	Director Médico
Mejoramiento Continuo de la Calidad	Número de personal capacitado en la Unidad/ Número de personal que labora en la Unidad	Anual	5 años	Unidad de Calidad
Mejoramiento Continuo de la Calidad	Número trabajadores evaluados en el periodo) / (Número de trabajadores considerados para evaluar en el periodo) *100	Anual	5 años	Unidad de Calidad
Gestión Administrativa y de Recursos Humanos	Personal con certificación de cursos que persisten la unidad/ Personal con certificación de cursos que salen de la unidad	Anual	5 años	Recursos Humanos
Gestión Administrativa y de Recursos Humanos	Personal Subespecialistas de apoyo contratado/ Personal Subespecialista de apoyo requerido	Anual	5 años	Recursos Humanos
Prestación de Servicios	Número de Padres satisfechos al año /Número de pacientes hospitalizados al año	Anual	5 años	Responsables de la Unidad
Gestión Operativa, Abastecimiento y Logística	Número de equipos con tecnología para niveles II y III/ número de camas de UCIN	Anual	5 años	Dirección Administrativa

Gestión Operativa, Abastecimiento y Logística	Número de pacientes que reciben suministros e insumos de acuerdo a edad gestacional si son de nivel III/ número de camas en UCIN	Anual	5 años	Abastecimiento
Gestión Operativa, Abastecimiento y Logística	Número de veces que se usó de ambulancias para trasladar a pacientes nivel III atendidos en nivel II para evaluaciones diagnósticas o subespecialistas/Pacientes nivel III atendidos en nivel II por año.	Anual	5 años	Logística
Gestión de los Servicios de Clínica y/u Hospitalización	Número de recién nacidos con sepsis asociadas al cuidado de la salud / Número total de recién nacidos vivos y muertos	Anual	5 años	Dirección Médica

Elaboración propia

4.2 Limitaciones y/o Restricciones en la Gestión Gerencial

Presupuesto: Al día de hoy, la Seguridad Social tiene dificultades económicas serias que pueden dificultar la ejecución de las propuestas de mejora, esto debido a los descensos en las asignaciones presupuestarias gubernamentales en el campo de la salud, lo que puede afectar seriamente la contratación de médicos subespecialistas o asignar fondos para la compra de equipos modernos de atención neonatal tan necesarios para lograr el plan.

Autorización: Ciertos elementos del plan, que tienen que ver con regulaciones o normativas a las que se sujeta el Hospital General San Francisco, así como el funcionamiento de la red integral interna del IESS necesitan ser aprobados por instancias superiores, a las que se debe socializar el plan de manejo integral para comprender las ventajas de su aplicación, así como los elementos que permiten potenciar la Unidad con un comportamiento híbrido, donde no solo se tratan neonatos de nivel II sino de nivel III, los cuales no han podido ser transferidos o derivados.

Complementación: El plan gerencial deja en evidencia que las soluciones que se dan para el manejo integral son de corto y mediano plazo, pero deben estar acompañadas de las soluciones a largo plazo a ser tomadas mediante acciones de alta gerencia, donde se deben construir unidades de nivel I, que son el engranaje inicial de la cadena de manejo de pacientes, sin la que evidentemente no se puede construir un modelo sólido y sostenido con el tiempo pese a todos los esfuerzos institucionales que se den.

4.3 Conclusiones y Recomendaciones

4.3.1 Conclusiones

- Las Unidades de Nivel II de la Seguridad Social padecen de los mismos problemas y necesidades, originados fundamentalmente por la ausencia de unidades nivel I con capacidad de brindar atención materno infantil en la ciudad de Quito, por lo que las madres gestantes acuden por demanda espontánea a los Hospitales nivel II y III, saturando a todas esas casas de salud de pacientes que no corresponden al nivel específico de atención al que están asignadas de acuerdo a la categorización de cada hospital, por lo que su funcionamiento es híbrido.
- La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Nivel III, se encuentra colapsada y existe demanda insatisfecha de atención de pacientes con peso menor a 1500 gramos o menor de 32 semanas de edad gestacional, cuya atención corresponde a dicho nivel, pero que deben ser atendidos en el nivel inferior.
- La falta de espacio físico en nivel III y un número muy limitado de prestadores externos con capacidad resolutive para cuidar a neonatos críticos, así como, la muy escasa respuesta brindada para este tipo de pacientes por la Red Pública Integral de Salud, hace que el sistema de transferencias y contrarreferencias, así como de derivaciones de los tres hospitales de la Seguridad Social, no cuenten con un sistema efectivo de derivación, los pacientes con patologías complejas se terminan quedando en las Unidades Hospitalarias nivel II.
- La falta de nivel I en la Seguridad Social hace imposible la utilización del código rojo, herramienta usada por el Ministerio de Salud Pública para atender a sus neonatos de acuerdo al grado de complejidad.
- Las unidades neonatales nivel II, si bien estructuralmente son unidades modernas y con una distribución adecuada, están diseñadas para tratar pacientes mayores a 1500 gramos y mayores de 32 semanas, los equipos para establecer diagnóstico y tratamiento a esos pacientes que le son propios de su cartera de servicio son adecuadas.
- La mayoría de ocasiones, las transferencias que se logran establecer entre los Hospitales nivel III y II se logran mediante llamadas telefónicas directas entre

responsables de las Unidades, por lo que el sistema actual de referencias y derivaciones se considera poco práctico e ineficiente.

- Los pacientes de nivel III, atendidos en nivel II cuentan con la atención del personal sanitario, muy comprometido, capacitado y que cuenta con protocolos de atención para dar atención con calidad y seguridad, sin embargo pacientes muy prematuros, con patología compleja que necesitan la intervención de subespecialistas de apoyo, no pueden hacerlo de manera temprana y oportuna, ya que al no disponer en los hospitales de nivel II, se requiere continuamente el uso de ambulancias en búsqueda de ayudas diagnósticas o valoraciones médicas, con traslados frecuentes de pacientes de riesgo.
- Existe apoyo de las autoridades administrativas y médicas para el acceso a medicamentos, insumos y suministros acorde al grado de complejidad de pacientes nivel II y III en los hospitales de la seguridad social, no obstante, no siempre se disponen de los mismos de manera rápida y se considera que puede afectar en el desenlace de morbilidad.
- Los equipos para brindar atención neonatal en las dos Unidades Nivel II pueden proporcionar cuidados para estos pacientes, sin embargo, la capacidad de cuidado para nivel III requiere equipos de punta más sofisticados, capaces de cambiar el riesgo de morbilidad.
- El personal está comenzando a mostrar signos de desmotivación y frustración ante la limitada capacidad resolutoria, se hacen esfuerzos por las autoridades de reconocer su desenvolvimiento y tratar de rotar al mismo lo menos posible con el fin de aprovecharlo, sin embargo, la demanda de los pacientes críticos, en especial del prematuro extremo, sin un final positivo, está desmotivando y restando autoestima en el personal que los trata.
- Si bien, son varios los subespecialistas los que pueden participar en la valoración de un neonato crítico de nivel III, quienes son atendidos en nivel II, requieren fundamentalmente el soporte de un Cardiólogo Pediatra y de un Neurólogo Pediatra, ambos hospitales suelen contar con la contratación de uno de ellos y existe apoyo interinstitucional para ver pacientes de cada rama, pero cuando existe déficit de uno de ellos, o de los dos, el riesgo de mortalidad se incrementa, así como el tiempo de estadía en hospitalización; la posibilidad de que se incrementen las infecciones asociadas al cuidado de la salud por saturación de

las unidades y que exista disminución en la calidad y seguridad en el manejo de los pacientes.

- La aplicación de un modelo integral de atención neonatal, requiere la planeación estratégica que no depende solamente de las autoridades nivel II, sino también del nivel III y sobre todo de las autoridades de alta gerencia de la Seguridad Social, a quienes se debe socializar los inconvenientes y las soluciones que se sugieren para brindar un manejo con calidad y seguridad a largo plazo, con la capacidad de disminuir la mortalidad neonatal de forma efectiva.

4.3.2 Recomendaciones:

- Se recomienda como solución a corto plazo, hasta que entre en funcionamiento un modelo integral de atención neonatal, que las Unidades Nivel II se las potencie, con tecnología, suministros, insumos, medicamentos y talento humano que permitan tratar al neonato crítico no solo para estabilizarlo, sino para tratarlo hasta el alta del mismo, si no es posible transferirlo o derivarlo.
- Se sugiere que en las Unidades de Nivel II, debe haber por lo menos uno de los especialistas Cardiólogo y Neurólogo Pediatra y que de estar contratados entre los hospitales existan convenios interinstitucionales que permitan valorar los pacientes de las dos unidades en acción coordinada de derivaciones y ambulancias de cada hospital.
- Se recomienda instaurar la Unidad de Neurodesarrollo, que de acuerdo a literatura internacional es parte de la cartera de servicios de un Hospital Nivel II, con el fin de dar seguimiento al neonato de riesgo neurológico para su seguimiento por lo menos hasta los dos años de edad.
- Se sugiere que exista un alto nivel de compromiso con la Dirección a fin de que se facilite la implementación del plan de gestión gerencial a través de la asignación de los recursos materiales y humanos necesarios para lograr las metas y objetivos institucionales planteados.
- Se recomienda como solución a largo plazo para el funcionamiento de un modelo integral de atención neonatal en las Unidades de la Seguridad Social, que las autoridades de alta gerencia de la institución planifiquen la construcción de al menos dos Unidades de Nivel I con capacidad de atención materno infantil, que permitirían establecer un sistema de atención neonatal de atención específica

de acuerdo al nivel complejidad y que funcione el sistema interno de transferencias entre las Unidades de la Seguridad Social y se pueda aplicar el reglamento de código rojo del Ministerio de Salud Pública, con el fin de garantizar el tratamiento de los pacientes de acuerdo a la categorización de cada hospital y se logre incrementar la calidad, seguridad y equidad de atención de neonatos de nivel III, así como lograr disminuir aún más la mortalidad neonatal de ese grupo vulnerable de pacientes.

REFERENCIAS

Álvarez F, Faizal E. *Gerencia de hospitales e instituciones de salud*. Bogotá (Colombia): Ecoe Ediciones; 2013.

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

Asamblea Nacional. (2008). *Ley de Seguridad Social del Ecuador*, Montecristi.

Bajaña R., Galo, Carvajal E., Fernando, Cifuentes R., Javier, Gallardo C., Pamela, Kattan S., Javier, Méndez F., Álvaro, Salinas T., José Antonio, Sandino P., Daniela, & Urzúa B., Soledad. (2021). (Ed.). (2021). *Recomendaciones de organización, diseño, características y funcionamiento de servicios o unidades de neonatología* (Vol. 92, Número 1). Andes Pediátrica. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i1.3553>

Congreso Nacional. (2006). *Reglamento a la ley orgánica del sistema nacional de salud 2003*. Lexis. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>

de Sanidad Servicios Sociales E Igualdad, I. E. E. I. 2014 M. (2014). *Unidades de Neonatología Estándares y recomendaciones de calidad*. © MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD CENTRO DE PUBLICACIONES. https://www.seneo.es/images/site/publicaciones/NEONATOLOGIA_Accesible.pdf

Establecimientos de Salud del Seguro General de Salud Individual y Familiar Subdirección Nacional de Provisión de Servicios, s/f establecimientos de salud del Seguro General de Salud Individual y Familiar Subdirección Nacional de Provisión de Servicios. (s/f). *lista centros primer nivel*. <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/13057963/LISTA+CENTRO+PRIMER+NIVEL>
<https://grupofaro.org/analisis/situacion-general-del-sistema-de-seguridad-social-del-iess-y-del-biess/>

IESS D. del S. G. (s/f). Prestadores externos de servicios de salud IESS. <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Prestadores+externos.pdf>

IESS Hospital San Francisco. (2023). *PLAN MÉDICO FUNCIONAL HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO ABRIL - 2023*.

Instituto Ecuatoriano Seguridad Social IESS (2001). *Ley de la Seguridad Social*. Ecuador

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito, E., & Jimenez J, B. M. (2023). *Informe de gestión del IESS 2022*.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2023, 10 de junio). *Tasa de natalidad en Ecuador alcanza los 16,7 nacimientos por cada 1.000 habitantes*. Quito: INEC.

Madera, J., Palán, G. y Borja, P. (2021). *Situación General del Sistema de Seguridad Social del IESS y del BIESS*

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Datos estadísticos de salud*. 2022.

ONU, C. (2011). Disminuye la mortalidad neonatal, pero aumenta su proporción en la mortalidad en la niñez a escala mundial. <https://www.cepal.org/fr/node/42967>
Rite Gracia, S. Fernández Lorenzo, J.R. Echániz Urcelay, I. Botet Mussons, F. Herranz Carrillo, G. Moreno Hernando, J. Salguero García, E. Sánchez Luna, M. (Ed.). (2013). *Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal* (Vol. 79, Número 1). Elsevier España.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.11.007>

Salud, O. M. (2020). *Nacimientos prematuros*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

WHO Working Group Qual Assur Health Care (Ed.). (1989). *The principles of quality assurance* (Vol. 1, Número 2). <https://doi.org/10.1093/intqhc/1.2-3.79>. PMID:2490962.

ANEXOS

Anexo 1

LISTA DE CHEQUEO DE OBSERVACIÓN DIRECTA – ATENCIÓN NEONATAL HOSPITALES NIVEL II DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE QUITO

- ¿La infraestructura es adecuada para la recepción y manejo de pacientes de todos los niveles de atención?

Si No A veces

- ¿El equipamiento tecnológico para cuidado de pacientes de nivel I y II es completo?

Si No A veces

- ¿El equipamiento tecnológico para cuidado de pacientes de nivel III es completo?

Si No A veces

- ¿Los suministros y medicamentos están rápidamente disponibles para la atención de pacientes del nivel I y II?

Si No A veces

- ¿Los suministros y medicamentos están rápidamente disponibles para la atención del nivel III?

Si No A veces

- ¿Los profesionales de la salud están bien organizados y coordinados?

Si No A veces

¿Se cuenta con médicos neonatólogos pediatras para brindar atención neonatal si requiere atención nivel II y III?

Si No A veces

- ¿Se cuenta con suficientes subespecialistas de apoyo para brindar atención neonatal si requiere atención nivel III?

Si No A veces

- ¿Los profesionales de la salud brindan atención de calidad?

Si No A veces

- ¿Los bebés de mayor complejidad reciben a tiempo la atención que necesitan?

Si No A veces

- ¿Existe pacientes de nivel de atención neonatal no correspondiente al nivel asignado para el hospital?

Si No A veces

- ¿Los pacientes que no corresponden al nivel asignado al hospital se los refiere, contra refiere o deriva con facilidad?

Si No A veces

- ¿Existe protocolo para manejo de pacientes en los niveles de atención por edad y peso?

Si No A veces

Anexo 2

GUÍA DE PREGUNTAS

1. ¿Por favor indíqueme, como está calificado su hospital? ¿Cuál es la cartera de servicios en relación al peso y la edad gestacional y el número de camas por áreas?
2. ¿Ha tenido que atender pacientes de niveles superiores o inferiores a su nivel de atención?
3. ¿Cómo se coordina la atención neonatal entre los diferentes niveles de atención?
4. ¿Cree que la ausencia de nivel I afecta el modelo de atención neonatal entre las unidades de nivel II y III?
5. ¿El número de camas en el área de cuidados intensivos neonatales son adecuados para la atención neonatal en su nivel de atención?
6. ¿Qué porcentaje de pacientes de nivel III ocupan las camas UCIN en su hospital?
7. ¿El área de UCIN está permanentemente saturada?
8. ¿Ha tenido que cerrar el servicio por falta de espacio físico?
9. ¿Cuándo su unidad se encuentra saturada, es posible realizar transferencias a otras unidades del IESS del mismo nivel?
10. ¿Si no hay recepción de pacientes en nivel III IESS es posible derivar con facilidad a pacientes que lo requieren a servidores externos o a la red integral de salud?
11. ¿Considera que actualmente funciona el sistema de referencia, contrarreferencia y de derivaciones de la red interna y externa del IESS para los cuidados de hospitalización de neonatos?
12. ¿Para ser una Unidad de nivel II, usted siente que la dotación de talento humano, equipo tecnológico e insumos esta adecuadamente destinado y suficientemente proporcionado en su unidad para pacientes de su mismo nivel de atención?

13. ¿Para ser una Unidad de nivel II, usted siente que la dotación de talento humano, equipo tecnológico e insumos esta adecuadamente destinado y suficientemente proporcionado en su unidad para pacientes de mayor complejidad?
14. ¿Cree que cuenta con suficiente número de subespecialistas de apoyo?
15. ¿Qué especialistas son los que más le hacen falta?
16. ¿La valoración por los subespecialistas que se requieren toma poco tiempo o demoran varios días en ejecutarse hasta completar trámites?
17. ¿Para la valoración del paciente complejo por subespecialidad se requieren la movilización del neonato de riesgo y uso frecuente de ambulancia?
18. ¿Cuenta con la aplicación del Código Rojo del Ministerio de Salud Pública para traslado de pacientes de mayor complejidad?
19. ¿Si no cuenta con la aplicación del Código Rojo cuál cree que sea la causa?
20. ¿Ha notado que su personal se muestra frustrado o desmotivado frecuentemente por la falta de capacidad resolutoria del hospital?
21. ¿De acuerdo a la cartera de servicios, cuál el máximo de tiempo para atender un paciente en UCIN en nivel II?
22. ¿El tiempo promedio de atención en UCIN de nivel III en neonatos que no se pudieron transferir es de un mes?
23. ¿Cree que exista la posibilidad de que las infecciones asociadas al cuidado de la salud no solo se deban a la falta de lavado de manos, sino a estancias hospitalaria largas por falta de manejo de subespecialidades o recursos técnicos?
24. ¿Cuenta con una unidad de neurodesarrollo o seguimiento del prematuro en su hospital?
25. ¿Cuenta con el apoyo de las autoridades administrativas y médicas para realizar su gestión en la unidad neonatal?

26. ¿Cree usted que sus autoridades de su hospital tienen la capacidad resolutive para confrontar la problemática neonatal de su Unidad?

27. ¿Cree usted que tener un modelo integral de salud, donde se priorice la atención neonatal exclusiva por niveles de complejidad ayudaría a mejorar la calidad de atención?

28. ¿Qué cambios recomendaría para mejorar el sistema?

