

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas

**PROYECTO DE GRADO PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MAGISTER EN MARKETING CON MENCIÓN A ESTUDIOS
DEL CONSUMIDOR**

**POSICIONAMIENTO DE LA MARCA CENTRO DE REPOSO
SAN JUAN DE DIOS EN LA RED COMPLEMENTARIA DE SALUD
PARA MAXIMIZAR EL DESEMPEÑO Y RENTABILIZAR
LA INSTITUCIÓN, EN UNA GESTIÓN HOSPITALARIA
INTEGRAL EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO**

AUTOR: Carlos Rolando Alvarado Cifuentes

DIRECTOR: Ec. Saúl Castillo Baldeón

2017

Quito-Ecuador

CERTIFICACIÓN

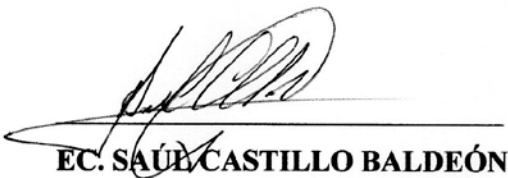
Yo, CARLOS ROLANDO ALVARADO CIFUENTES, declaro que soy el autor exclusivo de la presente investigación; y, que ésta es original, es auténtica y personal. Para todos los efectos académicos y legales que se desprendan de la presente investigación serán de mi sola y exclusiva responsabilidad.

Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la UIDE, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, reglamento y leyes.



CARLOS ROLANDO ALVARADO CIFUENTES

Yo, SAÚL CASTILLO BALDEÓN, Declaro que, en lo que yo personalmente conozco, al señor CARLOS ROLANDO ALVARADO CIFUENTES, es el autor exclusivo de la presente investigación y que ésta es original, auténtica y personal.



EC. SAÚL CASTILLO BALDEÓN

DEDICATORIA

A mi abuelita Adelina por su apoyo incondicional.

A mi madre Gladys por brindarme su ternura.

A mis tíos por su respaldo y comprensión.

A mi hermano Dani por su cariño y afecto.

A mi esposa Monserrat por su amor y entrega.

A mi hija María Paz por ser la luz de mi camino.

Especialmente a mi hijo Josué por enseñarme el valor de la vida.

Rolando

AGRADECIMIENTO

A Dios por mantenerme firme y constante en este proceso de formación académica y profesional.

A mi esposa por su amor, apoyo y respaldo incondicional en el desarrollo de este proyecto académico en aras del bienestar y felicidad familiar, a mis hijos que desde su inocencia me han concedido su tiempo para llevar adelante este trabajo y fortalecer mis habilidades personales y profesionales.

Un agradecimiento especial a Saúl Catillo por su constante apoyo y orientación en el desarrollo de esta Tesis de Grado y, sobre todo por concederme su amistad y comprensión.

Rolando

ÍNDICE

CAPÍTULO I

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.2.1	Justificación Metodológica	13
1.2.2	Justificación Práctica.....	13
1.3	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.3.1	Objetivo General	16
1.3.2	Objetivos Específicos.....	17
1.4	MARCO DE REFERENCIA.....	17
1.4.1	Marco Teórico	17
1.4.1.1	La idea del Socialismo	19
1.4.1.2	La idea del Socialismo del Siglo XXI.....	20
1.5	HIPÓTESIS	21
1.6	METODOLOGÍA.....	22
1.6.1	Tipo de Investigación	22
1.6.2	Métodos de Investigación.....	22

CAPITULO II

2.	LA SALUD EN EL ECUADOR.....	24
2.1	BREVE HISTORIA DE LA SALUD EN EL ECUADOR.....	24
2.1.1	Antecedentes	24
2.1.2	Análisis del periodo 2000 a 2006 y 2006 a 2014	27
2.1.2.1	Periodo 2000 a 2006	27
2.1.2.2	Periodo 2006 a 2014	32
2.2	LA SALUD COMO POLÍTICA GUBERNAMENTAL	37
2.2.1	Marco Legal	37
2.2.1.1	El Ministerio de Salud Pública.....	39

2.2.1.2	Plan Nacional de Salud	40
2.2.1.3	Código de Salud	41
2.2.1.4	La Red Integral de Salud.....	44
2.3	PANORAMA ACTUAL DE LA SALUD EN EL ECUADOR.....	46
2.4	LOS NIVELES DE ATENCIÓN DE SALUD.....	50
2.4.1	Primer nivel de atención.....	51
2.4.2	Segundo nivel de atención.....	52
2.4.3	Tercer nivel de atención	53
2.4.4	Cuarto Nivel de Atención.....	54
2.5	RED PRIVADA COMPLEMENTARIA	54
2.6	SALUD: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	55

CAPITULO III

3.	CENTRO DE REPOSO SAN JUAN DE DIOS.....	59
3.1	LA INSTITUCIÓN.....	59
3.1.1	Historia de la Institución	59
3.1.2	Ubicación Geográfica.....	65
3.1.3	Tipo de Institución	66
3.1.4	Perfil Epidemiológico	66
3.1.5	Misión.....	68
3.1.6	Visión	68
3.1.7	Valores	68
3.1.7.1	Hospitalidad	68
3.1.8	Principios.....	69
3.1.9	Políticas	71
3.1.9.1	Política de Calidad	71
3.1.9.2	Política Institucional de Seguridad y Salud	71
3.1.10	Organigrama Funcional.....	72
3.2	OFERTA DE VALOR DE LA INSTITUCIÓN.....	73
3.2.1	Modalidad de Atención	73
3.2.1.1	Consulta Externa	73

3.2.1.2	Urgencias	74
3.2.1.3	Hospitalización.....	74
3.2.2	Servicios	75
3.2.2.1	Servicios Principales	75
3.2.2.2	Servicios Complementarios	86
3.2.2.3	Servicios de Apoyo	87
3.3	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	88
3.3.1	Áreas de intervención de los colaboradores	88
3.3.2	Índices de Contratación en número de colaboradores 2012- 2015	89
3.3.3	Índices de colaboradores por género 2012 – 2015	89
3.4	LA RELACIÓN CON LA COMUNIDAD	91
3.4.1	Beneficiarios.....	91
3.4.2	Subsidios	92
3.4.3	Convenios de Docencia	93
3.4.4	Relación con grupos de interés.....	95
3.5	INDICADORES DE GESTIÓN EN EL PERÍODO 2012 -2015.....	96
3.6	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL ACTUAL DE LA INSTITUCIÓN.....	96
3.6.1	Capacidad Instalada.....	96
3.6.2	Relación de la institución con el Ministerio de Salud Pública	98
3.6.3	Usuarios / clientes	99
3.6.4	Debilidades en la gestión período 2013 – 2015	100
3.6.5	Avances	101
3.7	LINEAMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN CON LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS, PROVINCIA SUDAMERICANA SEPTENTRIONAL	103
3.8	EL CAMINO HACIA LA SOSTENIBILIDAD	107

CAPITULO IV

4.	GESTIÓN DE LA IMAGEN CORPORATIVA	109
4.1	DEFINICIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE BRANDING	109

4.1.1	Concepto y antecedentes	109
4.1.2	Importancia de la marca	111
4.1.3	Elementos de la marca.....	113
4.1.3.1	Nombre.....	117
4.1.3.2	Logotipo	118
4.1.3.3	Eslogan.....	118
4.1.3.4	Color.....	118
4.1.3.5	Símbolo	118
4.1.3.6	Embalaje.....	119
4.1.3.7	Personalidad	119
4.1.4	Características de la marca	120
4.1.4.1	Personalidad	120
4.1.4.2	Imagen.....	122
4.1.5	Tipos de marca	123
4.1.5.1	Enfoque comercial	123
4.1.5.2	Enfoque legal	125
4.1.6	La marca como activo de la institución.....	127
4.1.6.1	Situación Actual de la marca ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS	128
4.1.6.2	Situación actual de la marca Provincia Sudamericana Septentrional	130
4.1.6.3	Situación actual de la marca Centro de Reposo San Juan de Dios-Quito.....	132
4.1.7	La gestión del Brand Equity	134
4.1.7.1	Nivel interno	136
4.1.7.2	Calidad del servicio.....	136
4.1.7.3	Fijación de precios	136
4.1.7.4	Instalaciones.....	137
4.1.7.5	Campañas de marketing.....	137
4.1.7.6	Identidad Institucional.....	137
4.1.7.7	Actitud del personal	137
4.1.7.8	Relaciones Públicas.....	138

4.1.7.9	Portal web	138
4.1.7.10	Enfoque de ventas	138
4.1.7.11	Atención al usuario	138
4.1.8	Tendencias futuras del Branding.....	139
4.1.8.1	Usuarios mejor informados.....	139
4.1.8.2	Diseño y Publicidad	140
4.1.8.3	Mayores Responsabilidades en Salud.....	140
4.2	LA IMAGEN INSTITUCIONAL COMO FACTOR DE DESARROLLO Y CRECIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN.....	141
4.2.1	Componentes de la Imagen Institucional	142
4.2.2	La Identidad Institucional.....	145
4.2.2.1	La personalidad y las normas del fundador	145
4.2.2.2	La personalidad y normas de las personas clave.....	146
4.2.2.3	La evolución histórica de la organización.....	147
4.2.2.4	La personalidad de los individuos.....	148
4.2.2.5	El entorno social.....	149
4.2.3	La Comunicación Institucional	149
4.2.3.1	Comunicación estratégica	150
4.2.3.2	Comunicación institucional.....	150
4.2.3.3	Comunicación de crisis	151
4.2.3.4	Comunicación de marketing	151
4.2.4	El enfoque en el usuario	153
4.2.4.1	Guardianía.....	153
4.2.4.2	Admisión e información.....	153
4.2.4.3	Recepción del paciente (en piso)	153
4.2.4.4	Atención en hospitalización.....	154
4.2.4.5	Enfermería, cuidado directo.....	154
4.2.4.6	Nutrición y dietética.....	155
4.2.4.7	Administración hospitalaria	155
4.3	LOS INDICADORES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	156
4.3.1	Resultados de la Encuesta de Satisfacción y el modelo matemático de proyección.....	156

4.3.1.1	Información técnica del estudio	156
4.3.1.2	Conclusiones	187
4.3.2	Contrastación de la Hipótesis	188

CAPITULO V

5.	DESARROLLO DE UNA ESTRATEGIA FUNCIONAL DE IMAGEN INSTITUCIONAL, ENFOCADA EN EL CLIENTE	189
5.1	IMPLEMENTAR UNA GESTIÓN DE IMAGEN INSTITUCIONAL INTEGRAL EFECTIVA	189
5.1.1	Recepción Requerimientos de Comunicación interna y externa	190
5.1.2	Matriz de Requerimientos de Comunicación Interna y Externa	190
5.1.3	Plan de Comunicación Anual Interna y Externa	191
5.1.4	Matriz de Ejecución de Comunicación Interna y Externa.....	191
5.1.5	Instructivo de marca	193
5.1.6	Instructivo de Cultura Institucional.....	194
5.1.7	Instructivo de Comunicación Interna	194
5.1.8	Instructivo de Comunicación Externa	195
5.1.9	Descripción de tareas u operaciones del Departamento de Comunicación Institucional.....	196
5.1.10	Instructivo de Comunicación de Crisis	197
5.1.11	Descripción de tareas u operaciones del Departamento de Comunicación Institucional.....	198
5.2	DISEÑAR UN PLAN DE INDUCCIÓN Y RE INDUCCIÓN DE LA IDENTIDAD INSTITUCIONAL A LOS COLABORADORES, DE ACUERDO A LA MISIÓN Y VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN.....	198
5.3	CREAR UNA ESTRATEGIA DE BRANDING QUE PERMITA POSICIONAR A LA ORGANIZACIÓN EN EL MERCADO DEL SECTOR SALUD PARA UNA MAYOR PARTICIPACIÓN	201
5.3.1	Justificación.....	201

5.3.2	Estrategia.....	202
5.3.2.1	Objetivos.....	202
5.3.2.2	Análisis de los grupos de interés.....	202
5.3.2.3	Desarrollo de la visión de la marca.....	205
5.3.2.4	Desarrollo de la promesa de marca.....	205
5.3.2.5	Desarrollo del posicionamiento de marca.....	206
5.4	CREAR UN SISTEMA DE DESARROLLO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS EN FUNCIÓN DEL MERCADO OBJETIVO, ENFOCADO EN EL CLIENTE.....	208
5.4.1	Sistema Integral.....	209
5.5	DEFINIR LA ESTRATEGIA DE MARKETING Y SU APLICACIÓN, MIX DE CANALES DE COMERCIALIZACIÓN, PLAN DE COMISIONES Y MODELOS DE VENTAS.....	214
5.5.1	Situación y Análisis.....	214
5.5.1.1	Metas.....	214
5.5.1.2	Perfil del usuario.....	215
5.5.1.3	Centro de Reposo San Juan de Dios (FODA).....	216
5.5.1.4	Percepción de la marca.....	218
5.5.2	Objetivos.....	218
5.5.2.1	Objetivos estratégicos.....	218
5.5.2.2	Ventas, relación de marca.....	219
5.5.2.3	Satisfacción del usuario.....	219
5.5.2.4	Duración de permanencia y recepción.....	219
5.5.2.5	Cuantificación de la eficiencia.....	221
5.5.3	Comunicaciones integradas de Marketing Digital.....	221
5.5.3.1	Segmentación.....	221
5.5.3.2	Online value proposition (Propuesta de valor en línea) OVP.....	223
5.5.3.3	Integración (OVP: consistente y base de datos).....	224
5.5.3.4	Herramientas: funcionalidad web, e mail.....	224
5.5.3.5	Marketing 360 grados.....	227

5.5.4 Tácticas.....	228
5.5.4.1 E marketing mix (4 F's y 4 P's).....	228
5.5.4.2 Social network.....	229
5.5.4.3 E campaing.....	230
5.5.5 Acciones	231
5.5.5.1 Estructura de las responsabilidades.....	231
5.5.5.2 Recursos internos y responsabilidades.....	231
5.5.6 Control.....	235
5.5.6.1 Web análisis	235
5.5.6.2 Pki's	236

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	239
6.1 CONCLUSIONES.....	239
6.2 RECOMENDACIONES.....	240
BIBLIOGRAFÍA	241
ANEXOS.....	246
ANEXO 1: Categorización San Juan de Dios	247
ANEXO 2: Necesidades de Comunicación: Solicitud de datos	248
ANEXO 3: Matriz de Necesidades de Comunicación.....	249
ANEXO 4: Matriz del Plan de Comunicación.....	250
ANEXO 5: Matriz de ejecución de Comunicación Interna y Externa.....	251

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Crecimiento de población, establecimientos y egresos hospitalarios.....	5
Figura 2.	Producción MSP por nivel consolidado de atención 2006-2013.....	8
Figura 3.	Presupuesto General del Estado 2007-2016	12
Figura 4.	Cobertura de servicios básicos (alcantarillado, agua potable y eliminación de basura), por quintil económico.....	48
Figura 5.	Ubicación Geográfica del Centro de Reposo San Juan de Dios.....	65
Figura 6.	Organigrama Funcional Actual del Centro de Reposo San Juan de Dios.....	72
Figura 7.	Modalidad de Atención del Centro de Reposo San Juan de Dios	73
Figura 8.	Servicios Principales del Centro de Reposo San Juan de Dios	75
Figura 9.	Servicios Complementarios del Centro de Reposo San Juan de Dios.....	86
Figura 10.	Servicios de Apoyo del Centro de Reposo San Juan de Dios.....	87
Figura 11.	Áreas de intervención de los colaboradores	88
Figura 12.	Centro de Reposo San Juan de Dios integrado en la Red de Servicios	98
Figura 13.	Estructura organizativa de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y de la Provincia sudamericana Septentrional.	104
Figura 14.	Estructura organizativa de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y de la Provincia sudamericana Septentrional.	111
Figura 15.	Codificación de la marca global	114
Figura 16.	Codificación de la marca regional	116
Figura 17.	Elementos de marca desde la perspectiva visual.	117
Figura 18.	Logotipo del Centro de Reposo San Juan de Dios	119
Figura 19.	Logotipo de la Orden Hospitalaria de san Juan de Dios en el Gobierno General.....	128
Figura 20.	Logotipo de la Provincia Sudamericana Septentrional.....	130
Figura 21.	Gestión del Brand Equity.....	135
Figura 22.	Modelo de creación de la Imagen Institucional para el Centro de Reposo San Juan de Dios.....	144
Figura 23.	Perfil del entrevistado por género y segmento	156
Figura 24.	Perfil del entrevistado por género y segmento y edad.....	157

Figura 25. Atención Cordial guardianía.....	160
Figura 26. Presentación personal guardianía	160
Figura 27. Conocimiento y solución de inquietudes guardianía.....	161
Figura 28. Ingreso del paciente-guardianía.....	161
Figura 29. Atención cordial-admisión e información	162
Figura 30. Presentación personal-admisión e información	163
Figura 31. Presentación de instalaciones-admisión e información	163
Figura 32. Conocimiento y solución de inquietudes-admisión e información.....	164
Figura 33. Tiempo de atención-admisión e información	164
Figura 34. Ingreso del paciente-admisión e información.....	165
Figura 35. Atención cordial-recepción del paciente por enfermería (en piso).....	166
Figura 36. Presentación personal-recepción del paciente por enfermería (en piso)	166
Figura 37. Explicación clara de procedimientos-recepción del paciente por enfermería (en piso).....	167
Figura 38. Tiempo de espera-recepción del paciente por enfermería (en piso).....	167
Figura 39. Hospitalización-recepción del paciente por enfermería (en piso)	168
Figura 40. Trato y atención del profesional-Atención en hospitalización	169
Figura 41. Conocimiento, confianza y seguridad que inspiró el profesional que le atendió -Atención en hospitalización.....	169
Figura 42. Explicación clara sobre la condición de salud del paciente por parte del profesional -Atención en hospitalización	170
Figura 43. Tiempo de espera-Atención en hospitalización.....	170
Figura 44. Hospitalización-Atención en hospitalización	171
Figura 45. Manejo de las medidas de seguridad al paciente - Enfermería.- Cuidado directo.....	172
Figura 46. Manejo de la higiene del paciente-Enfermería.- Cuidado directo	172
Figura 47. Trato al paciente-Enfermería.- Cuidado directo	173
Figura 48. Explicación clara sobre los procedimientos realizados con el paciente -Enfermería.- Cuidado directo.....	173
Figura 49. Tiempo de respuesta al llamado del paciente -Enfermería.- Cuidado directo	174

Figura 50. Atención cordial del/la auxiliar de enfermería -Enfermería.- Cuidado directo	174
Figura 51. Hospitalización-Enfermería.- Cuidado directo	175
Figura 52. Información a su ingreso sobre la dieta a ser administrada- Nutrición y dietética.....	176
Figura 53. Presentación de alimentos - Nutrición y dietética	176
Figura 54. Limpieza de cubiertos y platos - Nutrición y dietética	177
Figura 55. Hospitalización- Nutrición y dietética	177
Figura 56. Cuidado de la ropa- Lavandería y ropería	178
Figura 57. Entrega completa de prendas- Lavandería y ropería	179
Figura 58. Hospitalización-Lavandería y ropería.....	179
Figura 59. Comodidad-Administración hospitalaria.....	180
Figura 60. Limpieza de habitaciones-Administración hospitalaria.....	181
Figura 61. Limpieza de las salas de espera -Administración hospitalaria	181
Figura 62. Accesibilidad para movilidad de pacientes y transeúntes - Administración hospitalaria.....	182
Figura 63. Señalización clara-Administración hospitalaria	182
Figura 64. Claridad en los rubros facturados-Administración hospitalaria	183
Figura 65. Hospitalización-Administración hospitalaria	183
Figura 66. Atención cordial-Trabajo social	184
Figura 67. Presentación personal-Trabajo social	185
Figura 68. Presentación personal-Trabajo social	185
Figura 69. Hospitalización-Trabajo social	186
Figura 70. Porcentaje global de calificación.....	187
Figura 71. Modelo del Manual de Gestión de Imagen Institucional.....	192
Figura 72. Cartera de servicios del Centro de Reposo San Juan de Dios	208
Figura 73. Estado de pérdidas y ganancias	214
Figura 74. Percepción de la marca	218
Figura 75. Distribución de telefonía móvil, por tipo de abonado	222
Figura 76. Marketing 360 grados	227
Figura 77. Estructura de responsabilidades.....	231

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Número de establecimientos según sector al que pertenecen.....	4
Tabla 2.	Incremento de entidades de salud.....	6
Tabla 3.	Nuevas unidades médicas.	9
Tabla 4.	Ecuador, Principales indicadores coyunturales a noviembre del 2015.....	11
Tabla 5.	Proforma Presupuestaria Estatal en Salud 2014-2016.....	12
Tabla 6.	Primer Nivel de Atención	51
Tabla 7.	Segundo y Tercer Nivel de Atención.....	53
Tabla 8.	Perfil Epidemiológico del Centro de Reposo San Juan de Dios 2012 -2015	67
Tabla 9.	Instituciones que ofrecen Cuidados Paliativos en Ecuador	85
Tabla 10.	Contratación por número de colaboradores.....	89
Tabla 11.	Contratación por género	90
Tabla 12.	Valor en nómina anual.....	90
Tabla 13.	Indicadores de beneficiarios del Centro de Reposo San Juan de Dios 2012-2015	92
Tabla 14.	Indicadores de subsidios a beneficiarios del Centro de Reposo San Juan de Dios 2012-2015	93
Tabla 15.	Convenios de docencia con instituciones educativas de tercer nivel	94
Tabla 16.	Talleres dirigidos a la comunidad.....	95
Tabla 17.	Estado de Resultados Centro de Reposo San Juan de Dios 2012- 2015	96
Tabla 18.	Capacidad instalada Centro de Reposo San Juan de Dios.....	97
Tabla 19.	Atención a usuarios al 31 de marzo del 2016	100
Tabla 20.	Mapa de Procesos Centro de Reposo San Juan de Dios.....	102
Tabla 21.	Lineamientos estratégicos Provincia Sudamericana Septentrional	105
Tabla 22.	Objetivos estratégicos Provincia Sudamericana Septentrional.....	106
Tabla 23.	Personalidad de la marca Centro de Reposo San Juan de Dios.....	121
Tabla 24.	Arquitectura de Marca	124
Tabla 25.	Marca local Centro de Reposo San Juan de Dios.....	133
Tabla 26.	Brand Equity en la institución en la actualidad	134

Tabla 27.	Elementos de la Imagen Institucional del Centro de Reposo San Juan de Dios.....	143
Tabla 28.	Plantilla de preguntas de la encuesta de Satisfacción.....	158
Tabla 29.	Menor puntaje en excelencia.	187
Tabla 30.	Formatos de gestión de comunicación Interna y Externa.....	190
Tabla 31.	Talleres dirigidos a colaboradores	200
Tabla 32.	Grupos de interés	204
Tabla 33.	Estado de pérdidas y ganancias 2014-2015	212
Tabla 34.	Estado de pérdidas y ganancias para el 2016 proyectado con un crecimiento del 15%	213
Tabla 35.	Perfil del usuario.....	215
Tabla 36.	Centro de Reposo San Juan de Dios	216
Tabla 37.	FODA	217
Tabla 38.	Plan presupuestario semestral.....	220
Tabla 39.	Cuantificación de la eficiencia.....	221
Tabla 40.	Grupo Económico “A”	222
Tabla 41.	Grupo económico “B”	223
Tabla 42.	Grupo económico “C”	223

SÍNTESIS

La salud en el Ecuador en los próximos años se ve obligada a buscar parámetros de calidad en sus procesos, tanto en la Red de Salud Pública, como en las instituciones privadas que prestan servicios dentro de la Red Complementaria de Salud, convirtiéndose en una oportunidad para que las instituciones de salud privadas del país, puedan ofrecer servicios de calidad.

En el presente trabajo investigativo, se ha determinado que es prioritario realizar el registro de la marca institucional en el Instituto Ecuatoriano de Propiedad Intelectual, para conseguir un alto posicionamiento no solo a nivel nacional, sino a nivel mundial.

El contar con una plataforma digital que cubra todos los aspectos operativos y administrativos de la organización, facilitará el establecimiento de una estructura orgánica y, la facilidad de acceder a certificaciones de organismos especializados en las áreas administrativas y operacionales de salud.

El fortalecimiento del departamento de comunicaciones, será uno de los ejes fundamentales para la creación, establecimiento y manejo adecuado de relaciones internacionales con entidades que oferten los mismos servicios.

Es imprescindible contar con el reconocimiento de la marca para ofertar más y mejores servicios en beneficio de la colectividad

ABSTRACT

Health in Ecuador in the next years is forced to look for quality parameters in its processes, both in the Public Health Network, and in the private institutions that provide services within the Complementary Health Network, becoming an opportunity for the private health institutions of the country can offer quality services.

In the present investigation, it has been determined that it is a priority to carry out the registration of the institutional mark in the Ecuadorian Institute of Intellectual Property, to achieve a high position not only at the national level, but worldwide.

Having a digital platform that covers all the operational and administrative aspects of the organization will facilitate the establishment of an organizational structure and the ease of accessing certifications from specialized agencies in the administrative and operational areas of health.

The strengthening of the communications department will be one of the fundamental axes for the creation, establishment and proper management of international relations with entities that offer the same services.

It is essential to have the brand recognition to offer more and better services for the benefit of the community.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La salud en el Ecuador en los próximos años se ve obligada a buscar parámetros de calidad en sus procesos, tanto en la Red de Salud Pública, como en las instituciones privadas que prestan servicios dentro de la Red Complementaria de Salud, convirtiéndose en una oportunidad para que las instituciones de salud privadas del país, puedan ofrecer servicios de calidad.

Diversos estudios denotan que el crecimiento y la inmigración de la población que tiende a concentrarse en las principales ciudades del país, demanda de una mayor atención hospitalaria y, por tanto, de un mayor nivel de unidades físicas de salud. Por otra parte, el panorama para la salud en el Ecuador hasta el momento se presenta favorable, ya que para el 2016 el Presupuesto General del Estado se ve afectado en casi todas las carteras administrativas y de gestión, excepto el sector salud y educación, motivo que marca una pauta positiva para que las instituciones de salud privadas puedan continuar prestando servicios.

Por el análisis de la situación actual de la salud en el Ecuador, se considera que existe un mercado potencial interesante que permitirá un crecimiento sostenido en los próximos años, el estudio de la percepción del usuario actual va a servir para generar modelos adecuados que brinden calidad en los servicios de atención.

Esta investigación es de suma importancia y está alineada con los objetivos del gobierno para brindar un mejor servicio de salud en el numeral 3 del PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR; **“Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población”**.

3.1.- Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

a.- Normar, regular y controlar la calidad de los servicios de educación, salud, atención y cuidado diario, protección especial, rehabilitación social y demás servicios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en sus diferentes niveles, modalidades, tipologías y prestadores de servicios.

i.- Reforzar o crear mecanismos de control social de la gestión y la calidad de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social. (SENPLADES, 2013)

El aporte va a cubrir el uso de los servicios del hospital en el periodo 2012 a 2015 y, en base proyecciones se cubrirán los años 2016 y 2017, se intenta identificar el comportamiento de la organización durante estos tres años, ya que es en este período donde la institución toma impulso por el fortalecimiento de su infraestructura, mejoramiento y ampliación de sus líneas de atención.

EL trabajo investigativo va a permitir identificar la posición de la institución en niveles de satisfacción internos y externos en base a un análisis cualitativo y cuantitativo, es importante conocer que desafortunadamente no existen indicadores de niveles de satisfacción en la institución, ya que en años anteriores no se han realizado procesos investigativos, en tal sentido, es necesario realizar el estudio de tal forma que sea un insumo para la toma de decisiones posteriores.

Durante el desarrollo del trabajo investigativo se analizará en primer lugar la Salud en el Ecuador en las cuatro últimas décadas, tema que será enfocado desde un análisis comparativo frente a la situación actual, la evolución de las carteras de salud encargadas de gestionar las diversas directrices sanitarias, el marco legal, planes y propuestas en general.

Posteriormente, se levantará la historia de la institución desde sus inicios y su gestión en la actualidad, por otro lado; se definirá la importancia de la marca en la institución como punta de lanza para crear comunicación corporativa, para finalmente desarrollar una estrategia funcional de imagen corporativa enfocada en el cliente, elaborando una estrategia de Branding que permita posicionar la organización en el sector.

El estudio se basará en el mercado ecuatoriano, específicamente en la ciudad de Quito y, tratará de cubrir el nivel de cambio en los servicios hospitalarios percibidos por el usuario, especialmente identificará la relación actual de la oferta privada en la Red Complementaria de Salud y posibles cambios en los requerimientos que la entidad competente realice a futuro en la búsqueda de optimizar los niveles de atención sanitaria.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos veinte años la demanda de servicios de salud en el país ha crecido significativamente, por esta razón el sector sanitario tanto público como privado se ha visto en la necesidad de dinamizar la gestión, incrementando unidades de atención que

satisfagan dicha demanda. A continuación se muestra los indicadores de incremento en la siguiente tabla:

Tabla 1. Número de establecimientos según sector al que pertenecen

Año	Sector Público	%	Sector Privado	%	Total
1997	179	35.03	332	64.97	511
1998	178	33.40	355	66.60	533
1999	177	31.61	383	68.39	560
2000	176	29.83	414	70.17	590
2001	176	27.76	458	72.24	634
2002	176	26.47	489	73.53	665
2003	176	25.29	520	74.71	696
2004	177	25.62	514	74.38	691
2005	181	25.10	540	74.90	721
2006	182	24.17	571	75.83	753
2007	185	24.15	581	75.85	766
2008	187	24.25	584	75.75	771
2009	185	23.78	593	76.22	778
2010	185	23.72	595	76.28	780
2011	186	23.48	606	76.52	792
2012	186	23.69	599	76.31	785
2013	189	24.14	594	75.86	783
2014	187	24.32	582	75.68	769

Fuente: (INEC, 2014)

Sin embargo, el crecimiento de la población indica que la curva de la demanda de necesidades asistenciales en la última década, es muy superior a la creación de nuevos espacios asistenciales, como se observa en la siguiente tabla:

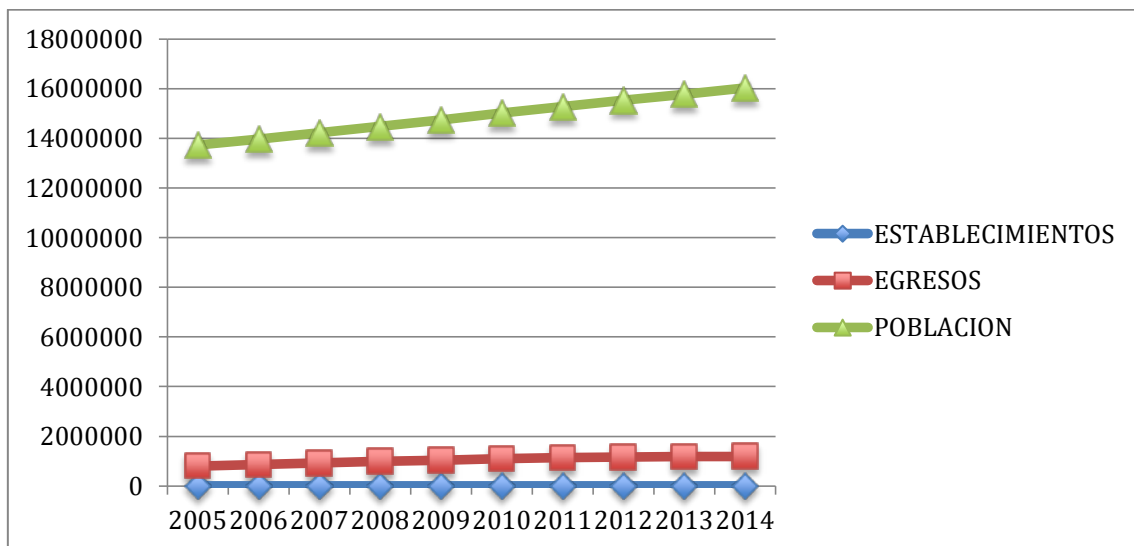


Figura 1. Crecimiento de población, establecimientos y egresos hospitalarios
Fuente: (INEC, 2014)

En este punto, se observa que en el período 1997- 2014, el sector público incrementó sus puntos de atención en un 4,47%, mientras que el sector privado ha gestionado su incremento en un 75%. Solo en la última década, el Ministerio de Salud Pública ha incorporado seis puntos de atención importantes, mientras que en el sector privado se identifica 45 establecimientos hospitalarios. Cabe recalcar que estos datos proporcionados por el INEC se refieren a las instituciones que han registrado su información estadística con la institución competente durante estos años, por lo que no necesariamente pueden representar un número exacto en lo que a espacios de atención sanitaria se refiere.

En la tabla 2 se observa el incremento de establecimientos desde un análisis comparativo entre los últimos veinte años y la última década:

Tabla 2. Incremento de entidades de salud

INCREMENTO DE ENTIDADES DE SALUD				
AÑO	% SECTOR PUBLICO	% SECTOR PRIVADO	% SECTOR PUBLICO	% SECTOR PRIVADO
1997-2014	8	250	4,47%	75,30%
2005-2014	6	42	3,32%	7,78%

Fuente: (INEC, 2014)

El déficit de puntos de atención pública, ha decantado en problemas cruciales para su órgano rector y para el IESS, entre algunos se puede indicar el desabastecimiento de equipos y asistencias técnicas, limitado acceso a la seguridad social, diversificación de enfermedades degenerativas, difícil acceso a la atención, largas colas para obtener turnos, entre otros.

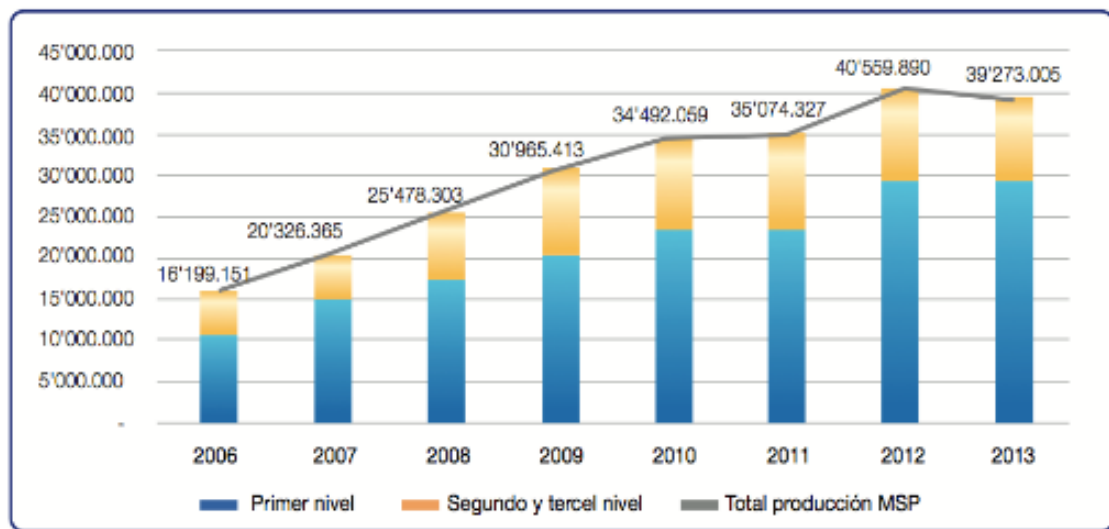
Es desde finales de la década de los ochenta, con el incremento de la población y de nuevas necesidades sanitarias, cuando se empieza a detectar una falta de gestión administrativa eficiente por parte de los organismos de salud de turno, dicha deficiente administración, se centró en dos focos principales: desmejorada coordinación sectorial y mal manejo de los recursos propios del sector, ambos ejes se complementaban con el reducido presupuesto asignado al sector por parte del Estado.

Para 1989, la Organización Mundial de la Salud, expresa la urgente necesidad de orientar y fortalecer de mejor manera la atención primaria en la construcción de un modelo de salud familiar, integral y comunitario orientado a la prevención sanitaria, que deje atrás el modelo de atención “salud- curación”

Sin embargo, y, a pesar de importantes logros alcanzados por los gobiernos de turno, la gestión sanitaria dejó de lado aspectos importantes como los programas de formación continua a los profesionales, a la vez también que le restó importancia a la explotación sostenible de la información estadística, perdiendo la oportunidad de generar procesos de retroalimentación para optimizar la gestión. Para el año 2007, se visualizó una permanente fragmentación del sector y la necesidad de redefinir el modelo de atención.

A la fecha, el Modelo de Atención Integral de Salud MAIS, ha buscado articular dos aspectos fundamentales: los niveles de atención, con el fortalecimiento de variables que circundan en el proceso de atención como la prevención y promoción en salud y, la articulación de la Red Pública de Salud y la Red Privada Complementaria.

A pesar de estos esfuerzos, la Red de Salud Pública comenzó a tener una alta demanda de pacientes con diversos cuadros clínicos, sobre todo porque su gestión a zonas y lugares donde la atención estaba descuidada se extendió, lo cual hace que el sistema se respalde de entidades privadas de salud para la atención. En la figura 2 se puede notar el incremento de la demanda en los niveles de atención de salud desde el 2006 al 2013.



Nota:

El primer nivel incluye los centros de salud, puestos de salud y unidades móviles.

** Resolución Nº. MRL-2011-00033 del 2 de febrero de 2011/ Acuerdo Ministerial Nº. 1849 de septiembre de 2012/ Jornada de ocho horas diarias efectivas y continuas.

Fuente: MSP

Elaboración: Coordinación General de Planificación MSP

Figura 2. Producción MSP por nivel consolidado de atención 2006-2013

Frente a la demanda insatisfecha de servicios de salud pública, el Estado se ha visto en la necesidad de crear estrategias para lograr articular el Modelo de Atención Integral de Salud MAIS, bajo convenios con instituciones privadas por medio de la Red Complementaria de Salud emitida bajo un documento por parte del MSP y El IESS, especificando que en el caso de los afiliados al IESS y los pacientes que no pueden atenderse en el sector público por falta de personal médico especializado, camas y equipos tecnológicos, pueden ser atendidos por los hospitales y clínicas que mantienen el convenio de prestadores externos. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social reportó hasta el 2012 que mantenía 345 prestadores externos bajo convenio. (Wikipedia, s.f.) Las expectativas del IESS han sido, aumentar el número de convenios para cubrir la alta demanda de atención de salud de sus afiliados, por lo que para el año

2014 aumentaron en 96 y, la proyección hasta el 2017 es de 103 prestadores externos distribuidas de la siguiente forma:

Tabla 3. Nuevas unidades médicas.

Nuevas Unidades Médicas		
Provincia	2014	2017
Pichicha	15	17
Guayas	13	14
Manabí	10	10
Azuay	2	2
Resto del País	56	60
Total	96	103

Fuente: (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2014)

En consecuencia, el exceso de demanda de pacientes en el sector sanitario en general, especialmente la incorporación de nuevos afiliados al IESS en estos últimos cinco años y, la decisión de adoptar un sistema de derivaciones a prestadores privados desde el 2010, creó la necesidad de mejorar los procesos de atención de las unidades médicas privadas, especialmente en infraestructura y ampliación de servicios, obteniendo como consecuencia un incremento en sus ingresos y una posible elevación de categoría.

Así por ejemplo, a partir de Febrero del 2012, se observó un incremento considerable en los niveles de atención, especialmente en el sistema de atención del IESS, institución que mediante reforma ejecutiva decidió aperturar la atención a hijos menores de 18 años y a cónyuges, tanto en sus puntos de atención como en los prestadores externos, como un nuevo servicio al afiliado y mejoramiento de la calidad del mismo.

Desafortunadamente, durante estos últimos cinco años, los prestadores de servicios de salud privados, han venido trabajando con la incertidumbre de quedar impagos en momentos donde se ha notado déficit en los recursos destinados para el pago de los servicios, a pesar de que los organismos han hecho todos los esfuerzos posibles por cubrir los rubros y han procurado estar al día, se ha notado una cierta tensión de parte de los prestadores privados por el miedo a no poder contar, en momentos determinados, con el pago correspondiente.

Por nombrar un ejemplo, a mediados del 2014 la Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador (ACHPE) se vio en la necesidad de anunciar el retiro de sus miembros como prestadores de servicio al IESS, por verse amenazados a quedar impagos, lo cual siempre es motivo de preocupación tanto para el sector demandante como para el proveedor.

En tal circunstancia, a dicha incertidumbre se suma la coyuntura actual que el país afronta en el marco de un deterioro de la inversión pública, que se ve reflejada en la reducción del crecimiento económico, directamente relacionado con la situación actual que cruza el sector petrolífero en el país.

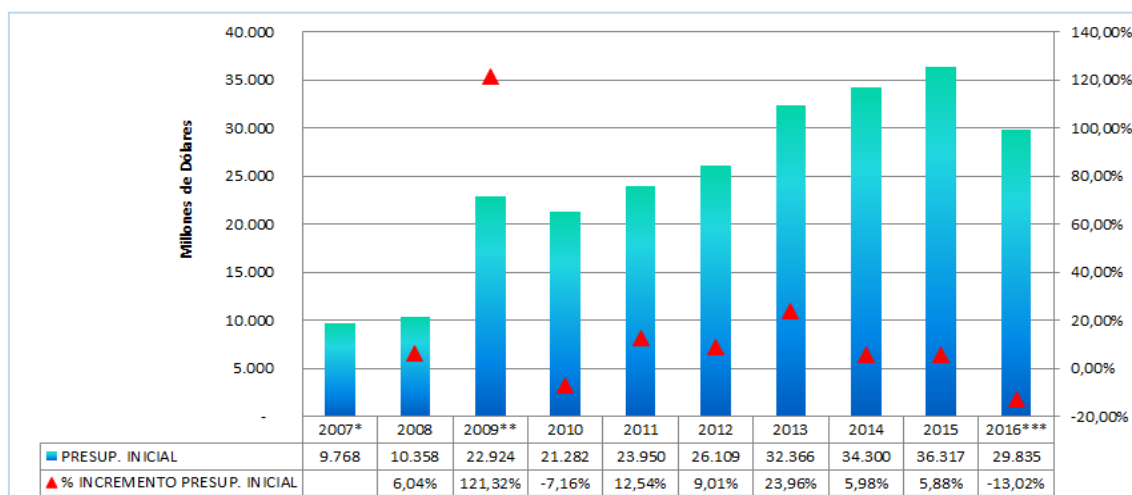
En la tabla 4 se observa un diagnóstico general de los principales indicadores coyunturales que asume el país para finales del 2015.

Tabla 4. Ecuador, Principales indicadores coyunturales a noviembre del 2015.

ECUADOR: PRINCIPALES INDICADORES COYUNTURALES A NOVIEMBRE DEL 2015				
DIAGNOSTICO DE RIESGO : MEDIO - ALTO				
VARIABLE	MEDIO	MEDIO-ALTO	ALTO	ANALISIS
Inestabilidad Cambiaria			x	El riesgo de fuga de capitales podría afectar a los tipos de interés, reduciendo la deuda externa y poniendo en riesgo el sistema de dolarización.
Riesgo Soberano		x		Ecuador mantiene un elevado nivel de riesgo país, solo superado en América Latina por cuatro países: Argentina, Venezuela, Cuba y Nicaragua.
Financiación del Sector Público			x	La dependencia del sector petrolífero ha generado dificultades en la financiación, que se traducirán en reducciones del gasto público.
Situación Socio- Política		x		El Gobierno de turno ha visto reducida su popularidad durante los últimos meses debido a la reciente subida de impuestos y a la reducción de los gastos sociales provocada por la situación económica

Fuente: (CESLA, 2015)

Ante este escenario, se espera que la tasa de crecimiento para el 2016 crezca en 1%, sin embargo, la recesión económica con respecto a la proyección estimada, traerá efectos adversos en diversos sectores de la sociedad como el empeoramiento de las condiciones laborales, subida de los impuestos, recurrencia a la deuda externa, entre otros. En consecuencia a tal coyuntura, el Gobierno de turno se ha visto en la necesidad de reducir la Proforma Presupuestal para el 2016, decantado en un decremento del -13,02%, con respecto al año 2015 como lo ilustra la siguiente figura:



*Año 2007 Y 2008 Ámbito Gobierno Central

** Año 2009 Presupuesto Inicial Prorrogado a Agosto 2009

***Año 2016 Proforma 2016

Figura 3. Presupuesto General del Estado 2007-2016

Fuente: (Ministerio de Finanzas, 2016)

Sin embargo, el Estado Ecuatoriano se mantiene en atender las carteras de Salud y Educación de la misma manera como lo ha venido haciendo en los últimos cinco años, colocando estos dos sectores como prioridad dentro de la gestión gubernamental, es por eso que sus asignaciones presupuestales se mantienen generando estabilidad y tranquilidad en sus procesos y desarrollo en general.

Tabla 5. Proforma Presupuestaria Estatal en Salud 2014-2016

PRESUPUESTO GENERAL DEL ESTADO		
PROFORMAS - DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES SALUD		
(Cifras en dólares)		
2014	2015	2016
2.962.397.609	3.519.888.058	3.925.460.254

Fuente: (Ministerio de Finanzas, 2016)

En tal virtud, el dinamismo generado alrededor del sector de la Salud obliga a su sistema en sí a mantenerse firme en su gestión, en la actualidad, este dinamismo ofrece

muchas oportunidades para el sector privado, proyectando así la necesidad de ofrecer servicios de calidad y la posibilidad de incrementar portafolios de servicios acordes a las necesidades del sector.

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Justificación Metodológica

El estudio será realizado a través de la investigación cuantitativa con el diseño de una encuesta de medición de satisfacción del cliente, la cual va a permitir medir y utilizar métodos estadísticos para poder realizar evaluaciones, proyecciones de demanda, rentabilización del negocio y sostenibilidad de la institución.

1.2.2 Justificación Práctica

La salud de la población en el país es de vital importancia y variable fundamental en el desarrollo de la sociedad, razón por la cual el gobierno ha puesto empeño en tratar de cubrir la demanda de usuarios, apalancándose en las dos redes de salud; la red pública y privada complementaria.

Dentro de este panorama, el gobierno central ha trabajado durante esta última década para poder pagar la Deuda Social que no fue saldada hasta antes del 2007, a esta realidad se suman tendencias en salud que la administración debe poner mucho cuidado como:

- Enfrentamiento de problemas referidos al envejecimiento de la población debido al incremento de la esperanza de vida (Organización Panamericana de la Salud, 2010)
- Demanda cada vez más alta de servicios urbanos por el incremento poblacional.
- Desarrollo de enfermedades físicas de alto costo.
- Incremento de enfermedades mentales.

Las actuales tendencias en servicios de atención en salud, responden a cambios sociales y de comportamiento poblacional que hacen que el Estado se vea obligado a extender la protección social, en este caso en salud por escenarios como:

- Cambios demográficos por la concentración poblacional en las principales ciudades.
- Inequidad social urbana y rural.
- Inequidad social intergeneracional, intercultural y de género.

Como ya se ha mencionado en párrafos anteriores, la demanda de atención en salud de la población, sobrepasa la capacidad instalada de las unidades de salud públicas, lo cual hace que el Estado se respalde en las instituciones privadas, para de alguna manera satisfacer la atención, pero por otra parte, la demanda de servicios hospitalarios por parte del gobierno, tiende actualmente a exigir a los proveedores de salud privados a trabajar bajo estándares de calidad.

Una muestra de ello es la reciente creación de la Agencia de Aseguramiento de Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Pre- pagada ACCES, instancia que se encargará de velar por la calidad de los servicios de salud en el país tanto públicos como privados, con el objetivo de controlar los sistemas de calidad en salud y respaldar a sus usuarios.

Por tal motivo, el sector privado está trabajando para desarrollar procesos que le lleven a la obtención de estándares de calidad en la atención, mucho más cuando en la actualidad, el Ministerio de Salud Pública tiene la intención de regular los pagos de acuerdo a la calidad de atención y, crear un plan de incentivos a las instituciones que mejor lleven dichos procesos.

Frente a ello, esta investigación trata de ser un aporte a los lineamientos estratégicos que la institución persigue, para poder estar a la par con los requerimientos que el Ministerio de Salud Pública demanda, en la intención de categorizar las instituciones de salud, incentivar el sistema de pagos dentro del tarifario nacional y promocionar un sistema de atención al usuario de manera eficiente, dichos lineamientos buscan generar un modelo clínico asistencial, enfocado en la atención de calidad, el desarrollo de la excelencia en la gestión hospitalaria, implementación de proyectos integrales e innovadores de servicios de salud enfocados en la persona y, la transmisión de valores y principios e identidad de la institución, como garantía de una cultura hospitalaria basada en la atención a la persona como principio y fin de su actividad.

El diseñar una estrategia de posicionamiento de marca de la institución en la Red Privada Complementaria de Salud, no solamente busca insertarse en un segmento

determinado de atención en salud, sino que más bien pretende perseguir una cultura de planeación que avizore al corto plazo los cambios en las mega tendencias globales, regionales y locales en salud y en la atención de la misma, por otro lado y como resultado de la planeación, el aporte intenta establecer una gestión estratégica que defina un desarrollo organizacional sostenible en el tiempo, buscando diferenciarse en el sector, en miras de una gestión hospitalaria integral.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se direccionará a conocer el nivel de conformidad de los clientes de la institución y, el uso de los actuales servicios que presta, en el marco de identificar afinidades con las mega tendencias en salud y su atención, especialmente en variables como la longevidad, enfermedades deteriorables con atención de larga estancia, globalización de los mercados emergentes de salud, tecnología, gestión hospitalaria dinámica e inteligente, entre otras, todo ello bajo un sistema de atención personalizada e integral que mejore sustancialmente la calidad de la asistencia.

Desde esta perspectiva, la investigación busca aportar a la maximización del desempeño para rentabilizar la institución y lograr su sostenibilidad, desarrollar una cultura de excelencia en la gestión hospitalaria, desarrollar un modelo de asistencia clínica basada en la atención integral y gestión de planes de transmisión de la cultura institucional, para lograr una gestión de imagen corporativa sostenible.

1.3.1 Objetivo General

Analizar el uso de los servicios del Centro de Reposo San Juan de Dios, mediante un estudio de mercado que, permita identificar el nivel de satisfacción de los usuarios, definir un plan de mejora para posicionar la marca, potencializar los servicios actuales y, rentabilizar la institución.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Implementar una Gestión de la Imagen Corporativa Integral efectiva.
- Diseñar un plan de Inducción y re inducción de la identidad institucional a los colaboradores, de acuerdo a la misión y visión de la institución.
- Crear una estrategia de Branding que permita posicionar a la organización en el mercado del sector salud para una mayor participación.
- Crear un sistema de desarrollo de productos y servicios en función del mercado objetivo, enfocado en el cliente.
- Definir la estrategia de Marketing y su aplicación, mix de canales de comercialización, plan de comisiones y modelos de ventas.

1.4 MARCO DE REFERENCIA

1.4.1 Marco Teórico

Según la OMS, en los últimos cincuenta años, la esperanza de vida de la población mundial ha dado un giro preponderante, con algunas excepciones como África y los países de Europa Oriental, ex Unión Soviética, los cuales por ejemplo en África el

promedio de vida de los hombres es de 46 años y, en países desarrollados el promedio de las mujeres es de 78 años.

América Latina por su parte en el 2002, registró un incremento de la esperanza de vida en 17 años y, para el 2013, en Ecuador se evidenció un incremento de 21,57 años promedio; 23,14 en mujeres y 20, 67 en hombres en los últimos cincuenta años.

En general, los niveles de incremento de la esperanza de vida han tomado fuerza en diversas pero importantes variables, resultado de la gestión de salud en unos continentes o países más que otros, dichas variables obedecen a una posición económica per cápita favorable, la cual le brinda las facilidades para obtener mejores resultados en educación, prevención de infecciones, mejor gestión y control de vacunas en la edad infantil, mejor prevención de enfermedades en la edad adulta, apropiada promoción de salud en enfermedades infecciosas e infecto contagiosas, entre otras. Las variables antes mencionadas, han dado como resultado la disminución de la tasa de mortalidad infantil y adulta, a este análisis se suma otras de tipo social como el mejoramiento de viviendas, alimentación, nutrición y, planes de salud pública en general, como normativa de cada país.

Sin embargo, y, por lo analizado en numeraciones anteriores, la realidad de la salud se ve en cierta manera amenazada por la tendencia a tener una fuerte diferencia entre el crecimiento de la población y en número de unidades de atención.

A este respecto, se requiere enfocar el trabajo de investigación desde el punto de vista del Socialismo del Siglo XXI, por estar alineado con el Plan Nacional del Buen Vivir.

Sin embargo, es menester analizar que se entiende por “socialismo” como corriente ideológica.

1.4.1.1 La idea del Socialismo

Es un “Sistema de organización social y económica que defiende la abolición de la propiedad privada o socialización de los medios de producción para alcanzar una sociedad más justa, libre y solidaria. Aunque sus antecedentes son muy anteriores, tan antiguos como la propia historia de la Humanidad, la palabra socialismo fue acuñada a principios del siglo XIX. El término socialismo significa cosas distintas para personas diferentes. Para Karl Marx (1818-1883) y Friedrich Engels (1820-1895), el socialismo es un estadio intermedio de transición entre el capitalismo y el comunismo. El socialismo es concebido por estos autores, como un tipo de sociedad que sucederá al capitalismo, del mismo modo que éste sucedió al feudalismo. Según la interpretación marxista de la historia, el capitalismo será derrotado y, la sociedad socialista instaurada como consecuencia de la lucha de clases y las consiguientes revoluciones proletarias que las contradicciones internas del propio sistema capitalista genera” (Enciclopedia de Economía, 2009)

El socialismo como tal, nunca ha tenido un solo direccionamiento, sino que más bien ha significado para cada pensador diferentes criterios, para llevarlo a la práctica, en Cuba desde el triunfo de la revolución en 1959, si bien es cierto, Cuba experimentó una suerte de abolición de la propiedad privada con la estandarización y el cooperativismo con una reforma agraria por ejemplo, ha permitido también la inversión extranjera sujeta a leyes estatales. En otras instancias y realidades, se suele confundir socialismo con

comunismo. El Ecuador no es un país socialista, sin embargo, se habla de una especie de práctica en la administración estatal de un nuevo “socialismo del buen vivir”.

Para entender esta definición cabe analizar la Teoría del Socialismo del Siglo XXI:

1.4.1.2 La idea del Socialismo del Siglo XXI

El socialismo del siglo XXI es un concepto que aparece en la escena mundial en 1996, a través de Heinz Dieterich Steffan. El término adquirió difusión mundial desde que fue mencionado en un discurso por el presidente de Venezuela, Hugo Chávez, el 30 de enero de 2005, desde el V Foro Social Mundial.

El modelo de Estado socialista del socialismo del siglo XXI, es un socialismo revolucionario que debe directamente de la filosofía y la economía marxista y, que se sustenta en cuatro ejes: el desarrollismo democrático regional, la economía de equivalencias, la democracia participativa y protagónica y las organizaciones de base. Dieterich, en su obra Socialismo del Siglo XXI se funda en la visión de Karl Marx sobre la dinámica social y la lucha de clases. Dieterich revisa la teoría marxista con ánimo de actualizarla al mundo de hoy, incorporando los avances del conocimiento, las experiencias de los intentos socialistas, develando sus limitaciones, entregando propuestas concretas, tanto en la economía política como en la participación democrática de la ciudadanía, para construir una sociedad libre de explotación. Resumiendo, el socialismo del siglo XXI supone que, es necesario un reforzamiento radical del poder estatal democráticamente controlado por la sociedad para avanzar el desarrollo (Wikipedia, s.f.)

Se puede afirmar que a finales de la década de los noventa, en América Latina se da inicio de una nueva perspectiva política, que da paso a la incorporación de gobiernos progresistas que empiezan a refutar el sistema económico neoliberal, priorizando la participación electoral y, potenciando el derecho al poder del ciudadano común en un contexto de dignidad y pertenencia.

En Ecuador, a pesar de que esta teoría sigue aún en debate y fortalecimiento, el gobierno actual ha tratado de adaptarla a su gestión administrativa, así, bajo la concepción de un “Socialismo del Buen Vivir” ha creado una “ hoja de ruta” bajo el documento “ Plan Nacional del Buen Vivir”, el cual rige en dos etapas desde el 2009, proceso por el cual persigue redistribuir la riqueza y pagar la “Deuda Social” bajo seis ejes; equidad, revolución cultural, territorio y revolución urbana, revolución agraria, revolución del conocimiento y la excelencia, mediante la “planificación en distritos y circuitos”, en una macro integración, introduciendo en la economía de mercado el valor como principio operativo en vez del precio.

Los conceptos expuestos por la propuesta gubernamental priorizaron el acceso de la población a la Seguridad Social, Educación y Salud y, es bajo esta visión que este trabajo, tendrá fuerte peso e importancia ya que permitirá conocer el panorama actual del sector Salud en el país y, articular la gestión del hospital en base a las necesidades y expectativas del Modelo de Atención Integral de Salud.

1.5 HIPÓTESIS

El posicionamiento de la marca “Centro de Reposo San Juan de Dios” en la Red Complementaria de Salud, permitirá maximizar el desempeño y rentabilizar la institución en un 15%, para permanecer en el tiempo, en una gestión hospitalaria integral en el Distrito Metropolitano de Quito.

1.6 METODOLOGÍA

1.6.1 Tipo de Investigación

Exploratoria descriptiva, toda vez que servirá para identificar los niveles de satisfacción de los usuarios y, trabajar en una gestión que permita asegurar la sostenibilidad de la misma, desde una planificación que genere eficacia y eficiencia en el tiempo y el espacio, con procesos de mejoramiento continuo en las debilidades y, una estrategia que posicione un diferencial importante con respecto a los demás actores del sector, siguiendo los lineamientos y estándares que sugiere el Modelo de Atención Integral de Salud.

Este estudio servirá para describir nuevos elementos importantes para el servicio, determinar la frecuencia de variables, decisores de su uso y analizar, ponderar y categorizar la información para poder prever los requerimientos del cliente.

1.6.2 Métodos de Investigación

Los métodos de investigación para este trabajo son los siguientes: Método empírico-exploratorio, descriptivo y análisis-síntesis.

Método empírico-analítico.- La investigación cualitativa y cuantitativa propuesta en este trabajo, va a permitir identificar las necesidades y expectativas del paciente, su cuidador y sus familiares, para luego formular una medición clara de la satisfacción del

cliente, en base a esta experiencia obtenida, en este primer intento, se pretenderá cualificar y cuantificar posteriores procesos de medición en base a estrategias predefinidas.

Método descriptivo.- Que conllevará a este análisis a una serie de procedimientos prácticos en referencia a los servicios que presta la institución y, los medios de investigación que permitan revelar las características fundamentales de las necesidades del usuario; inquietudes, expectativas, percepciones de la organización, a la vez este estudio también permitirá sentar el punto de partida para posteriores investigaciones.

Método de Análisis-síntesis.- Es el proceso de conocimiento que se inicia por la identificación de cada una de las partes que caracterizan una realidad, de esta manera se establece la relación causa- efecto entre las variables que componen el tema de investigación.

Al identificar los posibles problemas que cada área de gestión involucrada de la institución tiene respecto al usuario, el Método de análisis- síntesis, permitirá descubrir las interrelaciones entre los colaboradores de la organización con pacientes y sus familias, a la vez también proporcionará indicadores de correlación entre la institución en la Red Complementaria de Salud y, su posicionamiento como actor en el sector salud en el país.

CAPITULO II

2. LA SALUD EN EL ECUADOR

2.1 BREVE HISTORIA DE LA SALUD EN EL ECUADOR

2.1.1 Antecedentes

La salud es un tema que viene desde la época de las antiguas civilizaciones, las mismas que para curar las enfermedades utilizaban la medicina denominada “la herbolaria”, es decir, la que utiliza para el tratamiento a las plantas medicinales y, la chamánica, una especie de psiquiatría primitiva, la misma que consistía en que el enfermo se sentía psicológicamente débil y deprimido y, el chamán era el único capaz de descubrir tales causas y, en una curación ritual, exorcizaba y liberaba al paciente de su mal. Estas dos modalidades de la medicina se han practicado en las antiguas culturas de Asia y Europa y, constituyen una fase histórica de su evolución (Revista EKOS, 2012).

En la actualidad en el Ecuador, específicamente en la Amazonía, todavía subsisten tales tipos de medicina. En la Sierra, aproximadamente hace 100 años, en el centro sur y 50 de la zona de Quito y del norte, los Incas realizaban las dos clases de medicina, aunque sus dioses y las plantas medicinales tenían otros nombres. Además, desarrollaron ciertas técnicas quirúrgicas, métodos de diagnóstico y tratamientos.

Poco tiempo después de la conquista incásica, se inició la dominación española y, con ella se introdujo nuevos conceptos y modelos de atención médica para la salud. Sin embargo, se debe tener presente que, en las primeras oleadas de conquistadores españoles, no vinieron precisamente médicos, en base a esto se registra que el primer médico llegó a Quito, 60 años después de haber sido inaugurado el Hospital de la Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo, más tarde denominado Hospital San Juan de Dios.

La apertura del hospital de la Santa Misericordia en 1505, conocido como San Juan de Dios, inició la época de los hospitales que, el monje Juan de Dios, inauguró en varios países europeos; siguiendo ese ejemplo, se construyeron casas de salud en varias colonias americanas. Estos hospitales, estaban destinados a recibir, en sus últimos días, a pobres y desamparados, con el transcurso de los años se convirtieron en instituciones de atención médica, lo cual marca un avance para la salud en el Ecuador (Revista EKOS, 2012).

Ya con el transcurso de los años y en el gobierno de Ayora, el mismo que tenía como propósito el beneficio para la comunidad, efectuó muchos cambios, entre ellos, los que transformaron profundamente la situación de la medicina y salud, Uno de los primeros esfuerzos de Ayora, consistió en estructurar a escala nacional, la sanidad, posteriormente y, ante esta situación, se expidió la ley de Sanidad, en virtud de la cual se creó el Consejo Nacional y Direcciones Provinciales, con planes y programas concretos, siendo la prioridad para este gobierno, organizar a la sanidad e Higiene del Ecuador.

Una nueva Ley de Sanidad Pública, fija la sede de la Dirección General en Quito (primer Director, el Doctor Pablo Arturo Suárez) y, crea el cargo de Inspector General de Sanidad de la República, además delimita las funciones de la Higiene Municipal, además Ayora autorizó a las Juntas Centrales de Asistencia Pública a contratar y pagar a médicos especialistas que se encarguen del tratamiento de leprosos, alienados, dementes y epilépticos, aliviando así las penalidades de los pacientes abandonados, además dispuso la instalación, en cada cuartel, de un puesto de prevención de enfermedades venéreas, frecuentes en esos tiempos (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

También, de acuerdo con el Código de Policía Sanitaria, se crearon las Comisiones de Sanidad; se inauguró en Quito la primera planta pasteurizadora de leche solicitada por la Cruz Roja Ecuatoriana, con capacidad para producir 3.000 litros diarios que, en parte, beneficiarían a los niños desprovistos de alimentos. Otro campo importante de realizaciones fue el social, en el que se aprobó la ley que creaba la Caja de Seguro Social Obligatorio en 1937, a favor de los obreros y empleados particulares. Su financiamiento era con los aportes de los mismos trabajadores, sus patronos y el Gobierno, además la Caja del Seguro debía atender varias prestaciones como jubilación y la más importante, la de atención médica de los afiliados.

En años posteriores, la Caja cubrió maternidad, riesgos del trabajo y, además, servicios como préstamos quirografarios, el sector privado fue evolucionando, pero éste estaba dirigido para la población de mayor poder adquisitivo.

Además, se debe tomar en cuenta que, para que el sector de la salud haya evolucionado en el Ecuador, se tuvo la cooperación de algunos gobiernos amigos e instituciones internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), misma que es una de la seis regionales que comprende la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual, a través de su representación en Ecuador, ha cumplido con la participación directa en la formulación de proyectos de salud, campañas nacionales de vacunación, epidemias, entre otras (Revista EKOS, 2012).

En la actualidad, se debe tomar en cuenta que existen múltiples financiadores y proveedores en el país como el Ministerio de Salud, Seguro Social IESS, ICS, ONG, entre otros, que actúan independientemente. Además existen otros prestadores de salud que cubren pequeñas cuotas de aseguramiento como son: la Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y, los servicios de la Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional. Con el paso de los años todas estas instituciones han sido creadas con un solo propósito, mejorar la calidad de la salud de los ecuatorianos (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

2.1.2 Análisis del periodo 2000 a 2006 y 2006 a 2014

2.1.2.1 Periodo 2000 a 2006

Las autoridades estatales en el año 2000, luego de la Cumbre del Milenio propuesta por Naciones Unidas, se comprometieron a que el crecimiento económico no sea la prioridad principal de los países, con lo cual se deben enfocar también en el desarrollo

humano, el cual garantizará el bienestar de la población, en base a lo expuesto anteriormente, el objetivo es ampliar las oportunidades de todas las personas para alcanzar una vida larga y saludable, además de tener las mismas oportunidades en temas como la educación y el conocimiento, pilares fundamentales para generar ingresos para sí mismos y sus familias, además de disfrutar de la libertad humana dentro de un ambiente de justicia y equidad (PNUD, 2010).

El Ecuador también era uno de los países que solo se enfocaba en un modelo ligado solamente al desarrollo económico, además de contar con medidas disfuncionales en torno a las políticas públicas de sus presidentes que, enfocaron el bienestar a los grupos de poder privados sin tomar en cuenta que el acceso a un sistema de calidad en el ámbito de la salud debe tener una libertad constitutiva e instrumental de cada individuo y sociedad.

Para las Naciones Unidas (2013).

La salud constituye un pilar dentro de las bases de los derechos humanos universales y está estrechamente relacionada con la equidad y la justicia social, por lo que la falta de recursos económicos y la pobreza, que además de ser considerados factores excluyentes, violentan el cumplimiento de los derechos humanos universales e indivisibles.

En el contexto anterior se puede decir que la pobreza, no debe ser un limitante para el acceso de los servicios básicos, mucho menos al servicio de salud, que garantiza la calidad de vida y el desarrollo humano.

Dentro del desarrollo humano y el acceso a los servicios de salud, se debe tomar en cuenta el análisis alimentario de la población, en base a esto, se pudo ver que para el año 2004, la desnutrición nacional crónica se encontraba en 23,1%, el mismo que generó efectos negativos sobre la capacidad de aprendizaje de las personas y, sobre la capacidad de estas para matricularse en sistemas escolares, generando que solo el 47,4% de la población contó con educación básica completa en el año 2006 (Naciones Unidas, 2013).

Además, al hablar de los niños, se pudo identificar que la tasa cruda de mortalidad infantil (medida por cada 1000 habitantes) menores a 5 años en el año 2000 alcanzó el 25,5%, disminuyendo a 21,8% en 2004, a su vez, es fundamental mencionar que la prevalencia de IRA (Infección Respiratoria Aguda) en menores de 5 años desde el año 2005 al 2006 llegó al 56,0%.

Adicional a esto, la tasa de mortalidad materna (medida por cada 100000 nacidos vivos) en el año 2000 tuvo una tasa de 78,3%, reduciéndose hasta 2004 al 50,7%, de igual manera, el 16% de la población no tuvo ningún tipo de control ni atención prenatal en 2004 y, un dato importante reside en el 63,5% del total de las mujeres que pagaron por la atención a su embarazo (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Se debe tomar en cuenta que desde la publicación del Índice de Desarrollo Humano (IDH), realizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la mejor alternativa para que un país crezca es el desarrollo humano, siendo las tres dimensiones básicas de este indicador la salud, la educación y el ingreso. Sin embargo,

la desigualdad como factor no ha sido tomada en cuenta y, es un factor muy fundamental para considerar ya que tanto en el Ecuador como a nivel mundial, la desigualdad persiste de una generación a otra y, se ha visto presentada en un contexto de baja movilidad socioeconómica (PNUD, 2010).

Para PNUD (2010)

Pese al impacto que el ingreso tenía sobre el IDH en condiciones de bajos ingresos, la medición de la pobreza, basada exclusivamente en este último, de alguna manera representaba una contradicción frente a la medición multidimensional y, el enfoque de capacidades que representaba el desarrollo humano. El propósito de estudiar la pobreza, debía ser llegar a las raíces del problema y atenderlo. Era necesario ampliar las dimensiones de la medición de la pobreza.

En el contexto anterior, se puede decir que el Índice de Desarrollo Humano enfrenta una serie de complejidades que tienen que ver principalmente, con la falta de consenso en torno a la definición del mismo objeto de medición y, en la definición de algunos indicadores, además, omite muchas opciones que pueden ser de gran valor, como libertad económica, social y política, además de protección contra cualquier tipo de violencia, inseguridad y discriminación (Castro, 2011). Por lo tanto, se puede considerar que el desarrollo humano no se puede medir en su totalidad sino parcialmente.

En base a lo anterior, el Ecuador tuvo un índice de desarrollo humano (IDH) de 0.659, en el año 2000, el mismo que logró avanzar a 0.682, en el 2005, sin embargo, el Ecuador tan sólo destinó el 1,3% del PIB al gasto público enfocado a los servicios de salud en el 2000, llegando al 1,6% en 2006, mientras que, países de la región como

Cuba, en el año 2000 destinaron el 6% y Colombia el 5,5% al mismo año (UNDP, 2012). Adicionalmente, en los indicadores de la salud integrados se encuentra el Índice de Salud que en Ecuador llegó en el año 2000 al 0.677 y 0.824 en 2006.

Por otro lado, la esperanza de vida de los ecuatorianos al 2000 era de 73,4 años incrementada tan solo a 73,9 en 6 años (UNDP, 2012).

A nivel mundial, se puede decir que, en el periodo 2000 al 2006, el 90% de las investigaciones sobre la atención en salud de la población, se enfocó en tan solo el 10% de las enfermedades más recurrentes (PNUD, 2010), mostrando así las tendencias mundiales de los sectores privados a responder, específicamente a los intereses y necesidades de los consumidores de altos ingresos, de igual manera se dio esta tendencia en el Ecuador, de esta forma, el sistema de salud ecuatoriano se enfocó en lo curativo, lo cual evidenció la falta de un servicio integral de salud.

Además de esto, se presentó en el país un sistema de salud segmentado, en el cual existieron múltiples financiadores y proveedores, existiendo brechas en la cobertura y el acceso, eran caracterizadas por la escasez o ausencia de personal, una deficiente atención y muy baja calidad de las prestaciones de servicios, sumando a todo esto barreras de acceso geográficas, culturales, de congestión y de desabastecimiento (Organismo Andino de Salud, 2010)

Adicional a lo anterior, se pudo registrar que el número de consultas en 2006 fue de 14'372,251, el número de recetas entregadas fue de 11'542,460, el número de

tomografías fue de 4.331 y el número de cirugías alcanzó a 134.731 (Organismo Andino de Salud, 2010) Hasta 2005 el porcentaje de atención hospitalaria fue de 70,3%.

Se debe tomar en cuenta que el acceso a la salud, constituye un pilar fundamental dentro del bienestar de la persona como individuo y colectivo, de tal manera, el bienestar para las personas es la satisfacción de las necesidades básicas de salud, vivienda, alimentos, seguridad y, del cumplimiento de los derechos humanos bajo los principios de igualdad, respeto y libertad, asegurando un crecimiento económico con la creación de empleos estables, de inversión social, de ahorro, de tecnología y ciencia que puedan garantizar la calidad de vida de todo ser humano, en post de un desarrollo sustentable que responda al futuro de las próximas generaciones (Chang, 2011).

2.1.2.2 Periodo 2006 a 2014

A partir del año 2006 y después de una profunda inestabilidad política que vivió el Ecuador, al tener una constante variación de presidentes, asumió el mandato el Econ. Rafael Correa Delgado, el mismo fue electo en un intento de modificar y desarrollar el Ecuador, lo que implicó varios cambios en el ordenamiento del Estado y del modelo en el cual se regía al país, siendo uno de los cambios más representativos dentro de los primeros meses de gobierno, fue la constante lucha para la creación de una Asamblea Constituyente, que ciertamente iba en contra del entonces Congreso Nacional, que contaba en su mayoría con diputados pertenecientes a la oposición (El Universo, 2007).

Para esto se realizó una consulta popular, la cual aprobó la creación de la Asamblea Constituyente y la redacción de la nueva constitución. El referéndum fue aprobado con un 81,72% (El Universo, 2007), con lo cual 130 asambleístas resolvieron la disolución del Congreso Nacional, además, se formaron diversas comisiones que se encargaron de la redefinición de la constitución, entre estas estuvieron las comisiones de lo laboral, civil, penal, seguridad social, tributario, fiscal y financiero, organización territorial y gobiernos autónomos, desarrollo económico y producción, participación social, del ambiente, salud, entre otras.

Para el 28 de septiembre de 2008, se desarrolló el referéndum constitucional, en el cual la nueva Constitución de la República fue aprobada con un 63,93% frente al 28,10%, en esta nueva constitución se modificaron varios puntos en torno a la salud, la misma que evidenciaba problemas en torno a su sistema, sobre todo en materia de presupuestos, regulaciones, organización y acceso equitativo e igualitario (Organismo Andino de Salud, 2010).

Ya que los intereses políticos de los gobiernos de turno y de instituciones privadas fueron beneficiados por normativas y leyes que protegieron sus propios intereses, sobre todo económicos, trayendo como consecuencia la desarticulación del sistema nacional de salud, el cual afectaba los servicios, desprotegiendo a la población de su derecho fundamental de salud, sobre todo de la población más vulnerable.

Con lo cual el gobierno central, en respuesta a las ineficiencias tradicionales encontradas y, bajo el eslogan de Revolución Ciudadana, se enfocó en un pilar

fundamental de la revolución social, la misma que plantea “privilegiar a la salud como un derecho fundamental y

eje estratégico para el desarrollo Nacional (Organismo Andino de Salud, 2010), en base a esto el Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud (CONASA), desarrollaron el III Congreso Nacional por la Salud y la Vida, denominado “Por una Salud Equitativa, Digna y de Calidad” (Organismo Andino de Salud, 2010); en el cual se tomó como tema central, la propuesta de salud para la aprobación futura en la Asamblea Nacional Constituyente, en la que sus enfoques y perspectivas eran impulsar cambios fundamentales en el sector de la salud, para que de esta manera se garantice completa y efectivamente el derecho a la salud de toda la población.

Por lo tanto, el CONASA (2007). a través de sus miembros declararon lo siguiente:

1. Ratificar a la salud individual y colectiva de la población como derecho humano fundamental y, fuente primordial de bienestar y, eje estratégico del desarrollo social y económico de la nación.
2. Reafirmar la voluntad y el compromiso político de los y las actores participantes del sector salud, para impulsar las políticas y acciones necesarias tendientes a efectivizar el ejercicio pleno del derecho a la salud, base fundamental de la ciudadanía en salud y garantía de acceso justo a los bienes y servicios de salud, en condiciones de equidad, universalidad y solidaridad.
3. Que la economía debe estar al servicio del ser humano y no al revés; en consecuencia, el Estado garantizará un sistema sanitario en el que la salud deje de ser un privilegio y se constituya en eje del bienestar ciudadano con equidad y dignidad, como parte de una agenda política de protección social que beneficie a todos y todas, priorizando la inclusión de los grupos más vulnerables (Consejo Nacional de Salud, 2007).

De igual manera con la Constitución del 2008, se aprobaron e incorporaron regulaciones, cambios y reformas al fortalecimiento de los servicios públicos estatales, las prácticas de salud ancestral y alternativa, la promoción del desarrollo integral del

personal de salud, un control sobre adicciones y publicidad y, la definición de la Red Pública Integral de Salud. Además, una sección fundamental sobre la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, la atención universal y gratuita y el financiamiento de la salud a través de la pre asignación (Organismo Andino de Salud, 2010).

De igual manera para el CONASA (2007)

Constituye política de Estado, garantizar el derecho a la salud y a una vida digna. La salud será considerada un bien social y no objeto de lucro. Se desarrollará desde un enfoque de derechos en base a un modelo de atención integral e integrada que funcione bajo los principios de universalidad, gratuidad, equidad, calidad y diversidad. Ninguna persona será objeto de discriminación por su condición económica, social, étnica, cultural, de género, generacional, opción sexual, discapacidades o cualquier otro tipo; la atención de la salud ser humanizada y digna.

El ideal de las políticas económicas y sociales que han sido planteadas por el nuevo gobierno, ha tenido diferentes influencias, las mismas que intentan favorecer al pueblo ecuatoriano, sin embargo, una serie de políticas fallidas dentro del país, han traído consecuencias negativas sobre la población, sobre todo en lo referente a la democracia, la calidad de vida, la sostenibilidad ambiental y el desarrollo humano.

A raíz de esto, Rafael Correa ha propuesto una ideología distinta para el Estado y la población, es decir, el Socialismo del Siglo XXI, el cual es un concepto propuesto por el sociólogo y analista político alemán Heinz Dieterich Steffan a partir de 1996, el cual a través de su obra manifiesta lo siguiente: “Todos son resultados inevitables de la institucionalidad que sostiene a la civilización del capital: la economía nacional de mercado, el Estado clasista y la democracia plutocrática formal” (Dieterich, 2006).

Las políticas sociales y económicas del gobierno se han basado sobre todo en los principios de los derechos humanos, siendo estos aplicados en todas las fases y sectores. A través de las Naciones Unidas, se siguen los planteamientos de universalidad, rendición de cuentas, no discriminación, indivisibilidad y participación; descritos en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Para la UNICEF (1988) “todas las personas nacen con derechos humanos independientemente de su origen étnico, sus creencias y sus prácticas, su ubicación geográfica, su género o su nivel de ingresos”.

Bajo estos cambios que se han dado a partir del 2006, la salud también ha ido cambiando, ofreciendo un servicio más adecuado para los ecuatorianos, en donde debe primar la integridad de los habitantes del país, mismos que tienen el derecho a un servicio de calidad, no solo en el ámbito de la salud, sino en todos los sistemas que se utiliza por parte de los pueblos.

Además, en el país bajo la ideología del Buen Vivir, fue pionera en establecer los principios que han de regir a los servicios de salud tanto públicos como privados. Además de lo anteriormente mencionado, la salud está también vinculada a otros derechos fundamentales que forman parte de los parámetros del buen vivir; éstos están relacionados con la alimentación, la cultura, el agua, el trabajo, la seguridad social y el medioambiente (Organismo Andino de Salud, 2010).

Por lo tanto, en coherencia con los mandatos y reglamentos constitucionales, el Estado ecuatoriano a través del Ministerio de Salud Pública ha establecido que el sector salud

es un eje prioritario, por lo que se ha incentivado la reestructuración de la institución. De acuerdo a esta reestructuración, se ha planteado el fortalecimiento de las unidades de salud del MSP en relación a infraestructura, recursos humanos y equipamiento; pero sobre todo se ha profundizado en lo referente a la política de gratuidad progresiva de los servicios públicos (Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, 2012)

2.2 LA SALUD COMO POLÍTICA GUBERNAMENTAL

2.2.1 Marco Legal

Como se explicó anteriormente, la salud es un tema prioritario para el gobierno de turno, para lo cual ha realizado varios cambios en este tema, buscando ratificar a la salud individual y colectiva de la población, como derecho humano fundamental y fuente primordial de bienestar y, eje estratégico del desarrollo social y económico de la nación.

Por tanto, la Constitución del Ecuador, en el Artículo 32, manifiesta que la salud es un derecho que garantiza el Estado y, que tal acceso debe ser permanente, oportuno y sin exclusión.

Art. 32.- Derecho a la salud

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros los 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, 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 Constituyente, 2008, pág. 29).

Art. 358.- El sistema nacional de salud, tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva y, reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social y, por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 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.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud y, normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector (Asamblea Constituyente, 2008, pág. 165).

2.2.1.1 El Ministerio de Salud Pública

En base al contexto anterior, el Ministerio de Salud Pública se hizo eco del mandato establecido por la Asamblea Constituyente, también ha establecido algunas normas en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, misma que parte del siguiente artículo.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez y, garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y, comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios (Asamblea Constituyente, 2008, pág. 166).

En base a lo anterior se puede mencionar lo siguiente:

Art. 3.- Objetivos.- El Sistema Nacional de Salud cumplirá los siguientes objetivos:

1. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.
2. Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración.
3. Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.
4. Promover, la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.
5. Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud (MSP, 2012).

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

Art. 196.- La autoridad sanitaria nacional analizará los distintos aspectos relacionados con la formación de recursos humanos en salud, teniendo en cuenta las necesidades nacionales y locales, con la finalidad de promover entre las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, reformas en los planes y programas de formación y capacitación (MSP, 2012).

2.2.1.2 Plan Nacional de Salud

Como bien lo establece el PNUD, la calidad de vida se define por poder “contar con una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y acceder a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente” (PNUD, 2010). Por tanto, el gobierno ha planteado un plan nacional de salud en base al Buen Vivir, el mismo que plantea en el capítulo II, sección 7 de la constitución lo siguiente:

Art.- 32 “DERECHOS DEL BUEN VIVIR” 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 Constituyente, 2008).

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y, fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa, mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y salud reproductiva y, garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos, que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud (Asamblea Constituyente, 2008).

2.2.1.3 Código de Salud

Como se ha dicho, el tema de la salud es un tema prioritario, con lo cual la Constitución de la República del Ecuador del año 2008, estableció un nuevo modelo para alcanzar el buen vivir y, se lo organizó como un estado constitucional de justicia y derechos, en donde la dignidad de la persona y los derechos sean inalienables, además dentro de ese régimen, se estableció la existencia de un Código de Salud que tiene por finalidad, el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, de manera individual y colectiva (Asamblea Nacional, 2012).

Art. 1.- El presente Código tiene por objeto garantizar el cumplimiento de los derechos a la salud, establecidos en la Constitución de la República a través de la regularización de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud; el establecimiento y regulación de las responsabilidades y competencias de los actores en salud en los diferentes niveles de gobierno; la regulación, los programas y acciones en salud desde el ámbito técnico, administrativo y financiero, así como la aplicación de los derechos de participación ciudadana en salud.

El ámbito de aplicación de esta Ley es nacional y para todas y todos las ecuatorianos y, personas residentes en el territorio nacional.

Capítulo II

Principios, Derechos y Deberes en Salud

Sección I

De los Principios en Salud

Art. 2.- La salud es el estado óptimo de bienestar social e individual que, permite a las personas ejercer a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de todas las etapas de la vida. Es un derecho humano que resulta de un proceso colectivo de interacción donde, Estado, sociedad, familia e individuos, convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables. La salud se concibe como la forma gozosa de vivir autónoma, solidaria y alegre.

Art. 3.- La presente ley y el sistema nacional de salud se regirán por los siguientes principios:

Universalidad.- Toda la población tendrá garantizada la protección de sus derechos de salud, sin discriminación alguna. Todas las personas tienen el derecho de acceder a los recursos de salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.

Igualdad.- Todas las personas tendrán las mismas oportunidades de acceso a los recursos de salud.

Equidad.- Nadie estará desfavorecido para lograr su potencial de salud en la medida en que ello pueda evitarse.

Interculturalidad.- La atención en salud, se orientará a la interacción social y cultural, involucrando a diferentes sistemas de creencias, para evitar que la identidad étnica y cultural del usuario, constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud.

Solidaridad.- Es la garantía que debe dar el Estado, para que un individuo o grupo de individuos, puedan satisfacer sus necesidades de salud, mediante el

adecuado acceso a los servicios de salud, independientemente de su capacidad de pago.

Bioética.- Es la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la atención a la salud, examinando esta conducta a la luz de los valores y principios morales.

Participación.- La participación deberá ser entendida en relación a los derechos de las personas y bajo criterios de exigibilidad, vinculada a las necesidades de las personas y no a las necesidades del sistema.

Gratuidad.- Es la garantía de cobertura y accesibilidad de los servicios de salud a la población en todas las etapas de la vida, sin costo directo para los usuarios del Sistema Nacional de Salud; la gratuidad deberá ser implementada de manera gradual y progresiva, según las prioridades establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional, hasta que se cumpla con la disposición constitucional del porcentaje de asignación para salud en relación al PIB; este principio será de cumplimiento obligatorio para todos los prestadores de la red pública de servicios (Asamblea Nacional, 2012).

Sección II

De los Derechos en Salud

Art.5.- Toda persona que acuda a recibir atención en un establecimiento de salud público o privado, de cualquier nivel, tiene derecho a:

- a) Que se respete su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; su cultura, sus prácticas y usos culturales;
- b) Ser atendido con dignidad y tratado con respeto, esmero y cortesía;
- c) Conocer todo lo relativo a su enfermedad en cuanto a su diagnóstico, tratamiento, gravedad, evolución y pronóstico;
- d) Acceder a medicamentos de calidad, debidamente autorizados por las autoridades competentes y, a conocer los posibles efectos colaterales derivados de su utilización.
- e) Que sus exámenes diagnósticos y terapéuticos, estudios de laboratorio y los equipos utilizados, cuenten con el debido control de calidad; del mismo modo tienen derecho al acceso a los resultados.
- f) Que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna.
- g) Ser oportunamente informado sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de

personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos.

- h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y, tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de la personas y para la salud pública; en todos los casos deberá ser informado de las consecuencias de su decisión.
- i) Ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, en alguna situación de emergencia, sin que se le exija la presentación de cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser atendido, hasta la estabilización de su salud (Asamblea Nacional, 2012).

2.2.1.4 La Red Integral de Salud

Para garantizar que el servicio de Salud tenga un servicio de calidad, se conformó la Red Pública Integral de Salud (RPIS), la misma que realizó un convenio interinstitucional en el que intervienen el Ministerio de Salud Pública como Autoridad Sanitaria Nacional, el Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y, otras organizaciones o entidades de la salud para brindar el mejor servicio para los ecuatorianos.

En base a lo anterior el Art. 360 que la Constitución de la República dispone:

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, 2012).

La Red Pública Integral de Salud, es la integración de dichas instituciones públicas que brindan servicios de salud en todos los niveles, de manera oportuna y con calidad a los ecuatorianos (Asamblea Nacional, 2012).

Art. 54.- Se entenderá por Red Pública Integral de Salud a la integración funcional y operativa de los prestadores de salud estatales, y no estatales que reciben financiamiento público, para la cobertura en salud de la población ecuatoriana.

Los servicios de salud de la Seguridad Social, Fuerzas Armadas y Policía así como los servicios privados sin fines de lucro que reciban financiamiento público formarán parte de la red pública de servicios de salud, incluyendo a la Junta de Beneficencia de Guayaquil y a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA).

Art. 55.- La red pública integral de salud es parte del Sistema Nacional de Salud y está conformada por los subsistemas de servicios públicos, el de la seguridad social y los privados sin fines de lucro, mediante vínculos jurídicos, financieros, operativos y de complementariedad, con estrategias de gestión que se articulan para la organización de los servicios, en función de niveles de atención, grados de complejidad, capacidad resolutive, cobertura geográfica y sectorización poblacional.

Art. 56.- La red pública integral de salud, deberá cumplir con los siguientes criterios:

- a) Atención integrada para ofrecer de acuerdo a la complejidad de los establecimientos actividades integrales de promoción, prevención y curación.
- b) Atención continua que responsabilice al equipo de salud en cada nivel del seguimiento de los pacientes, desde el diagnóstico o identificación del

problema o necesidad hasta la curación y/o rehabilitación, según sea el caso.

- c) Atención permanente y oportuna que responda a las necesidades de la población y en el momento que lo requiera.
- d) Atención complementaria con unidades de diferente capacidad resolutoria, así como, con los servicios de atención de medicinas alternativas.
- e) Atención participativa en la que la comunidad tenga un rol en el control y exigibilidad de los servicios de salud (Asamblea Nacional, 2012).

Art. 57.- La red pública integral de salud está constituida por: Hospitales de Especialidad, Hospitales especializados, Hospitales generales, Hospitales provinciales, Hospitales cantonales, Centros de salud, Subcentros de salud, Puestos de salud, Maternidades, Patronatos provinciales o municipales, Centros de rehabilitación médica, Servicios de imagen y laboratorio.

Art. 58.- El acceso a los servicios de la Red Pública Integral de Salud será universal y gratuito en todos los niveles de atención. La gratuidad será implementada de manera gradual, considerando los programas y políticas definidas por la Autoridad Sanitaria Nacional como prioritarios, el perfil epidemiológico del país y los recursos financieros disponibles. (Asamblea Nacional, 2012).

2.3 PANORAMA ACTUAL DE LA SALUD EN EL ECUADOR

Después de las reformas, que ha venido teniendo el sistema de salud en los últimos años, se puede observar un mejoramiento de las condiciones de salud, sin embargo, para conocer cuál es el estado real de los ecuatorianos, el Ministerio de Salud, que es el órgano competente para proteger la salud de la población, ha realizado un censo conjuntamente con el Instituto Nacional de Estadística y Censos, la misma que tuvo como objetivo, conocer la situación nutricional de la población, además de conocer la salud sexual y reproductiva, y los factores de riesgo de las enfermedades crónicas más prevalentes (Viteri, 2014).

En base a lo anterior se puede identificar que, para que las personas gocen de una buena salud deben tener acceso a los servicios básicos, sin embargo, al realizar la investigación se pudo identificar que el acceso a estos servicios es heterogéneo y en gran medida depende del lugar de residencia, así como del grupo étnico y del quintil económico al que pertenece la población, con este antecedente se puede decir que, el acceso a la electricidad llega prácticamente a toda la población, al igual que el acceso a la telefonía celular y, al uso de gas para la preparación de los alimentos, en cuanto a la eliminación de la basura, así como el abastecimiento de agua y alcantarillado, tienen diferencias significativas en el área urbana y rural, así como etnias y quintiles económicos, lo que refleja que todavía existe una gran desigualdad entre la población (INEC, 2013).

Entonces se puede decir que el 99.4% de la población, a escala nacional tiene acceso a la electricidad, tanto en áreas urbanas (99.8%) como rurales (98.2%), con respecto a la telefonía celular el 92% de la población nacional posee un celular, por otro lado la telefonía fija es limitada y, solo el 41.6% de los hogares accede a este servicio, además el uso del gas es generalizado en todo el país, en cuanto a la eliminación de la basura, el 85.5% de la población nacional utiliza el carro recolector y, en lo que respecta al agua potable, el 82.3% de la población accede a este servicio. Todos estos aspectos pueden influir en las personas para que lleven una buena salud, ya que al no contar toda la población con todos estos servicios se pueden ver afectados en su salud.

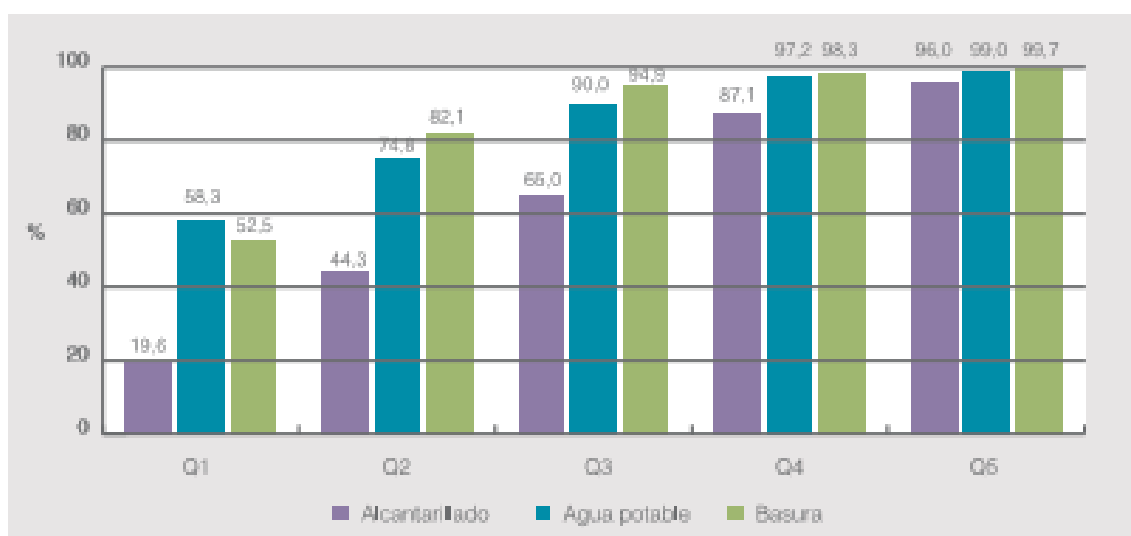


Figura 4. Cobertura de servicios básicos (alcantarillado, agua potable y eliminación de basura), por quintil económico.

Fuente: (UNICEF, 2013)

Además la encuesta reveló que uno de cada cuatro niños en Ecuador padece desnutrición crónica, problema que se evidencia más en las niñas, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2011-2013). Por esta razón, el MSP fomenta la alimentación saludable y la lucha contra el sedentarismo (INEC, 2013).

Para poder obtener estos resultados se encuestó a 20 mil viviendas y 92.500 personas de cero a menos de 60 años a escala nacional, identificando también que la situación de déficit nutricional expresado en el retardo en talla, de los niños menores de cinco años no ha variado. Uno de cada cuatro niños presenta retardo en talla, lo que se conoce como desnutrición crónica. Este problema aparece desde edades muy tempranas y se asienta alrededor de los 24 meses, siendo ligeramente mayor en las niñas que en los niños y mucho más en los niños indígenas que en otras etnias (INEC, 2013).

Para el INEC (2013)

En la población escolar de 5 a 11 años, las prevalencias de retardo en talla (desnutrición crónica) están al rededor del 15%, mientras que el sobrepeso llega al 32%. Con relación a los adolescentes (12 a 19 años), en quienes persiste el retardo en talla, presentan obesidad en un 26% y en los adultos, el 63% de ellos presenta problemas de sobrepeso.

Además, se pudo conocer que desde muy temprana edad se consume otros líquidos diferentes a la leche materna entre los que predomina la leche de fórmula. Según la Organización Mundial de la Salud, el niño no necesita ningún otro líquido que la leche materna excepto vitaminas y minerales.

ENSANUT también reveló que el inicio de consumo de tabaco empieza entre los 12 y 13 años y, se consolida entre los 14 y 15 años, a los 16 años el 50% ha generado este hábito y, con respecto al consumo de alcohol, el 72% de los jóvenes de 15 a 19 años ya lo había consumido.

El sedentarismo fue otro de los factores analizados, detectándose que el 20% de los menores de cinco años no realizan actividades físicas, entre los adolescentes, esta cifra se incrementa al 26% y, en los hombres en edad adulta supera el 30%, mientras que el 40% de las mujeres no práctica actividad física (INEC, 2013).

Esta investigación reflejó que más de 400 mil personas, entre 10- 59 años sufren de diabetes. Entre ellos, cerca del 90% presentan resistencia a la insulina y entre los no diabéticos casi uno de cada dos presenta el mismo problema.

En el mismo contexto se pudo registrar que el 50% de los ecuatorianos de entre 10 y 59 años son pre-hipertensos y cerca del 20% son hipertensos, llegando a un número de 717.529 personas y, más de 900 mil personas entre 10 y 59 años presentan obesidad abdominal, que es uno de los factores determinantes de enfermedades coronarias y, de ellos más del 50% tiene síndrome metabólico.

Todos estos factores indicadores, han hecho que las autoridades empiecen campañas en diferentes temas, para que mejore la salud de los ecuatorianos, entre los más importantes, se ha destacado la semaforización en las comidas procesadas, además los programas de la lactancia materna y de realizar actividades físicas, con el fin de que los índices de mortalidad bajen ya sean estas de neonatal, infantil, adolescencia o en personas de mayor edad (Viteri, 2014).

2.4 LOS NIVELES DE ATENCIÓN DE SALUD

La Red Pública y Privada han unificado criterios entorno a los requisitos y procedimientos para la atención de usuarios a nivel nacional, con el objetivo final de proveer servicios de salud con agilidad administrativa, que garanticen el acceso oportuno y equitativo, sin importar del subsistema al que pertenezcan y, sin ningún tipo de pago en el lugar donde reciban la atención de salud, para lo cual este sistema de salud se ha dividido en niveles de atención los mismos que son:

- El primer nivel de atención-atención primaria de salud;
- Segundo nivel de atención;

- Tercer nivel de atención;
- Cuarto Nivel de atención (Malo, 2013).

2.4.1 **Primer nivel de atención**

Este primer nivel, está considerado en la Constitución Ecuatoriana como base del sistema sanitario por su eficiencia comprobada, ya que abarca las actividades realizadas para impedir o disminuir la aparición de cierta patología y, se la realiza en la etapa pre patogénico donde se encuentran los factores que predisponen su aparición (Malo, 2013). En este nivel se encuentra la promoción de la salud y la protección de la salud que, trata de mantener un ambiente óptimo, para esto se puede utilizar los siguientes lugares de salud como:

Tabla 6. Primer Nivel de Atención

Establecimiento	Detalle
Puesto de Salud (PS)	Este establecimiento presta servicios de promoción y prevención de la salud, realiza también actividades de participación comunitaria y primeros auxilios. Atiende a menos de 2.000 habitantes. Este centro cumple con las normas de atención del Ministerio de Salud Pública (MSP) cuenta con botiquín e informa mensualmente de sus actividades al nivel correspondiente. Es la Unidad de máxima desconcentración, atendida por un/a auxiliar de enfermería o técnico/a superior en enfermería; está ubicado en la zona rural de amplia dispersión poblacional.
Centro de Salud	Es una unidad operacional implementada para producir acciones de salud integral de tipo ambulatorio.
Centro de Salud (CS Tipo A)	Este centro atiende a una población de 2.000 a 10.000 habitantes, asignados o adscritos, presta servicios de prevención, promoción, recuperación de la salud, cuidados paliativos, atención médica, atención odontológica, enfermería y actividades de participación comunitaria, además cuenta con farmacia/botiquín institucional.

	Este centro cumple con las normas de atención del Ministerio de Salud Pública y el cálculo de población rige por el sector público.
Centro de Salud (CS Tipo B)	Este Centro de Salud atiende a una población de 10.000 a 50.000 habitantes, asignados o adscritos, que brinda acciones de salud de promoción, prevención, recuperación de la salud y cuidados paliativos, a través de los servicios de medicina general, odontología, psicología y enfermería. También puede disponer de servicios de apoyo en nutrición y trabajo social, este centro cuenta con los servicios de auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, opcionalmente audiometría y farmacia institucional, además promueve acciones de salud pública y participación social. Atiende referencia y contra referencia. El Cálculo de población rige por el sector público.¹³
Centro de Salud (CS Tipo C)	Este Centro realiza acciones de promoción, prevención, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los servicios de medicina general y de especialidades básicas (ginecología y pediatría), odontología, psicología, enfermería, maternidad de corta estancia y emergencia; dispone de servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, opcionalmente audiometría, farmacia institucional, promoviendo acciones de salud pública y participación social. Atiende referencia y contra referencia. El Cálculo de población rige por el sector público.

Fuente: (SIISE, 2013)

2.4.2 Segundo nivel de atención

Este nivel comprende las actividades encaminadas para detener el avance de la enfermedad, lo cual se realiza antes de la aparición de los signos y síntomas en el paciente, esto considerado un estado preclínico, la intervención es evitar la aparición de la enfermedad, siendo los programas de screening y de cribado los más utilizados en este nivel.

2.4.3 Tercer nivel de atención

Este nivel está encaminado a evitar exacerbaciones de una enfermedad ya establecida y, tratar de reducir la afectación de la calidad de vida del paciente con enfermedades crónicas.

Tabla 7. Segundo y Tercer Nivel de Atención

Establecimiento	Detalle
Hospital Básico (HB)	Este hospital brinda atención Clínico - Quirúrgica y cuenta con los servicios de: consulta externa, emergencia, hospitalización quirúrgica, hospitalización clínica, medicina transfusional, atención básica de quemados, rehabilitación y fisioterapia y trabajo social; cuenta con las especialidades básicas (medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general, anestesiología), odontología, laboratorio clínico e imagen. Además efectúa acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, cuenta con servicio de enfermería. Tiene farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado, con un stock de medicamentos autorizados. Resuelve las referencias de las Unidades de menor complejidad y direcciona la contra referencia.
Hospital General (HG)	Este hospital brinda atención clínico-quirúrgica y ambulatoria en consulta externa, hospitalización, cuidados intensivos, cuidados intermedios y emergencias, con especialidades básicas y subespecialidades reconocidas por la ley. Cuenta con una unidad de diálisis, medicina transfusional, trabajo social, unidad de trauma, atención básica de quemados. Además de los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento (laboratorio clínico, imagenología, anatomía patológica, nutrición y dietética, medicina física y rehabilitación). Dispone de farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado. Resuelve las referencias recibidas de las Unidades de menor complejidad y direcciona la contra referencia.
Hospital Especializado (HE)	Este hospital es de alta complejidad, provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalaria de una determinada especialidad y/o subespecialidad. Además cuenta con farmacia institucional para el establecimiento público y, farmacia interna para el establecimiento privado de acuerdo al perfil epidemiológico y/o patología específica de tipo agudo y/o crónico. La forma de atención a la población es mediante el sistema de referencia y contra referencia. Esta atención médica especializada demanda de tecnología de punta, recursos humanos, materiales y equipos especializados.
Hospital de Especialidades (HES)	Este hospital es de la más alta complejidad, provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalización en las especialidades y subespecialidades de la medicina. Cuenta con farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado. Está destinado a brindar atención clínico-quirúrgica en las diferentes patologías y servicios. Atiende a la población del país a través del sistema de referencia y contra referencia; su ámbito de acción es nacional o regional.
Hospital Móvil (HM)	Unidad clínica - quirúrgica reubicable, que integra actividades de prestación de Hospital del día y Consulta Externa, con la finalidad de ampliar el acceso a los servicios de salud, de manera rápida a poblaciones en áreas geográficas diversas; de asistir en emergencias y desastres con movilización de recursos a áreas afectadas por eventos naturales o causados por el hombre y; de apoyar a hospitales fijos con reducción de su capacidad instalada por causas de diferente índole
Unidad Móvil General (UMG)	Estas son unidades de atención ambulatoria, que ofrecen servicios con un paquete básico de atención, el mismo que es complementario a la atención integral e integrada, en función de las normas del Modelo de Atención Integral en Salud. Cubren la demanda espontánea de todos los grupos poblacionales, proveen atención a la morbilidad más frecuente, realizan acciones preventivas, actividades de promoción de la salud y del medio ambiente, prestan su contingente humano y profesional en situaciones de

	emergencias y desastres, movilizándose a cualquier lugar del territorio nacional que se requiera.
Unidad Móvil Quirúrgica (UMQ)	Esta unidad brinda servicios de salud en zonas de difícil acceso, en aquellos pacientes con cirugías represadas. “Como apoyo a las Unidades Operativas de segundo nivel de atención que prestarán servicios programados e itinerantes, su misión es extender la cobertura de atención a comunidades distantes y en lugares en donde no existan servicios de salud.
Unidad de Diagnóstico Especializado Oncológica (UMEO)	Esta unidad brinda un servicio estratégico de salud móvil terrestre que brinda atención itinerante de prevención de cáncer de mama y útero, cuenta con servicio de laboratorio básico y complementario, rayos X, mamografías para diagnóstico precoz de cáncer de mama, ecosonografía y colposcopia y, referencia de lesiones sospechosas tumorales y malignas.
Unidad Fluvial (UF)	Esta unidad de salud es ambulatoria pública transportable, presta atención itinerante de salud general en las riberas de los ríos o en alta mar. Cuenta con un equipo básico de atención durante el traslado de un paciente.
Unidad Anidada (UA)	Esta unidad es de menor nivel de complejidad (Centro de Salud tipo A o B) que son implementados dentro de los hospitales básicos, con el fin de realizar la referencia y contra referencia de usuarios y/o pacientes.

Fuente: (SIISE, 2013)

2.4.4 Cuarto Nivel de Atención

Este nivel de atención se presenta ya en casos más concretos, la misma que se concreta con la experimentación clínica, pre-registro o de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población, sin embargo, se deben demostrar buenos resultados casuísticamente o por estudios de menor complejidad.

Para esto, los establecimientos serán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Institucional de Salud (RPIS) (SIISE, 2013).

2.5 RED PRIVADA COMPLEMENTARIA

La Red Complementaria de Salud está conformada por hospitales, clínicas y consultorios particulares; calificados por el MSP, IEISS, ISSFA, ISSPOL. Si el usuario requiere atención en la Red Complementaria, deberá primero utilizar los servicios de la Red Pública Integral (RPIS). En caso de que las unidades de atención de la RPIS no

tengan los debidos recursos, el usuario (paciente) es derivado a una de las casas de salud de la Red Complementaria.

Por otro lado, solamente en casos de emergencia los usuarios pueden ingresar directamente a una unidad complementaria, posteriormente el caso (ingreso) deberá ser notificado para el respectivo análisis, autorización y pago correspondiente.

2.6 SALUD: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

El sistema de salud, juega un papel muy fundamental en la sociedad y, sus funciones son normadas, reguladas y controladas por el MSP, es decir, que las actividades que ejerzan tanto las entidades públicas como privadas en el ámbito de la salud de las personas, son normadas por esta entidad, sin embargo, los controles para la calidad en el servicio no están totalmente estructurados, es el caso del IESS, en el que se ha emprendido en los últimos años un interesante proceso de fortalecimiento de auditoría técnica previo a los pagos. ISSFA e ISSPOL, por su parte, cuentan con sistemas de auditoría técnica desde hace varios años, lo cual les ha permitido mantener la calidad del servicio y contener costos (Lucio, Villacrés, & Hernández, 2011, pág. 185).

No existe un organismo encargado de llevar a cabo una evaluación coordinada del sistema de salud de Ecuador, pero se debe tomar en cuenta que estas funciones, las cumplen de manera independiente, varias instituciones relacionadas con la salud que, se han ido sumando a esta función a partir de cambios en las leyes o la creación de nuevos organismos orientados por los intentos de reformas.

Además, no existe un sistema informatizado que permita la generación de registros por actividad, por uso de recursos para la atención, por persona y por unidad operativa, necesita de tiempo y personal para el procesamiento y análisis de la información, más aún cuando debe ser organizada para la toma de decisiones, tanto a nivel de cada servicio, de cada unidad y de nivel de gestión operativa, intermedia y estratégica (Ministerio de Salud Pública, 2014).

El actual gobierno (2007-2011) creó el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, cuya función es la de concertar políticas y acciones de los ministerios del área social, entre los que se encuentra el MSP. Uno de los objetivos es realizar un monitoreo regular de los programas prioritarios de dicha área, mediante la definición de una línea de base y la evaluación de resultados en indicadores de cobertura, calidad y eficiencia.

Si bien es cierto, este ente debe encargarse de realizar una evaluación periódica del sistema de la salud, los ciudadanos también podrían participar en la gestión y evaluación del sistema, ya que se pueden basar en la Ley Orgánica de Salud en la que uno de sus artículos manifiesta que los ciudadanos pueden “participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida.” (Lucio, Villacrés, & Hernández, 2011).

Para esto existen órganos de control ciudadano como la Comisión de Control Cívico de la Corrupción (CCCC), la misma que trabaja en conjunto con el Ministerio Público, la Contraloría General del Estado o el órgano jurisdiccional competente de conformidad con la Ley, para que se puedan respetar los derechos de los ciudadanos.

Para esto también se debe tomar en cuenta que, existen métodos para evaluar la calidad de la atención en la salud, en la que se pueden aplicar tres elementos básicos del sistema como son: la estructura, el proceso y los resultados. De esta manera los indicadores de calidad pueden ser medidos por la prestación de servicio recibido o por el estado de los recursos para prestarlo (Jiménez, 2012).

Pero para esto se debe comprender qué es la calidad, según la ISO 9000, 2000 "Se considera como calidad, al conjunto de características inherentes a un producto para que cumpla con los requisitos para los cuales se elabora"

De igual manera para Zas, Grau & Hernández (2005):

El proceso de la calidad total, llevada a su máxima expresión, se convierte en una forma de vida organizacional, hace que cada persona involucrada desempeñe sus tareas completas y cabalmente, en el momento preciso y en el lugar que le corresponde. Esta se define por el usuario y no por la institución; es un enfoque de dar al usuario lo que él necesita, desea, quiere y demanda, es crear usuarios satisfechos (p. 218).

En base a lo anterior se puede decir que, la evaluación de la calidad se la puede realizar con el cliente final, el cual conoce como fue la atención brindada en el servicio de salud, sin embargo, las instituciones pertinentes deben crear sus metodologías de evaluación

para conocer si el servicio que se ofrece en la salud es de calidad o no, en beneficio de todo un pueblo que utiliza ya sea el sistema público o privado (UNODC, 2015).

Para la OMS (2015)

Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa y, destina los recursos necesarios (humanos y otros), a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite.

CAPITULO III

3. CENTRO DE REPOSO SAN JUAN DE DIOS

3.1 LA INSTITUCIÓN

Es necesario puntualizar que en la institución no existe un documento oficial que recopile la historia desde sus inicios, ante esta necesidad se recurrió a conversatorios con Hermanos de la Orden y colaboradores con muchos años de servicio, dando como resultado una versión oficial que servirá como fuente de información en el proceso de formación de la Cultura Institucional.

3.1.1 Historia de la Institución

En 1967, los Hermanos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, fundaron en la ciudad de Quito el “Centro de Reposo San Juan de Dios”, como una institución sin fines de lucro con la especialidad de Psiquiatría, la institución empieza a funcionar en el Barrio El Inca de la Ciudad de Quito, en lo que actualmente funciona la cárcel estatal femenina; inició trabajando con pacientes del Seguro Social, particulares y de beneficencia. Fray Antonio María Mateos fue nombrado Director General y el Dr. José Cruz Cueva Director Médico.

El Dr. José Cruz Cueva fue un médico psiquiatra de renombre en el medio, quien en España conoció a la Orden Hospitalaria y, se motivó hacer los contactos para que la Orden tenga presencia en el Ecuador.

Para 1976, el proyecto inicial fue construir una ciudad psiquiátrica, sin embargo, la idea no se concretó ya que el proyecto debía adaptarse a la realidad local y, decidieron crear un centro de rehabilitación para salud mental, donde se incluía psiquiatría, trastornos depresivos y adicciones especialmente al alcohol.

La capacidad de atención aumenta y se busca otro espacio más amplio, por ello el Centro de Reposo se traslada al Valle de los Chillos, a un terreno donado por la Curia Arquidioscesana de Quito. Por la bonanza económica que el país gozaba como producto de la venta del petróleo, diversos profesionales, especialmente de ramas de la ingeniería y de la arquitectura prestaban sus servicios en forma voluntaria, quienes motivados y deseosos de colaborar en la atención y trato diferente hacia los enfermos mentales, apoyan en la construcción de la nueva clínica para pacientes de Psiquiatría, Geriatría y Adicciones.

En 1980, se inaugura el Departamento de Psicología Clínica para todas las áreas de atención, en esta década, tanto en Ecuador como en Latinoamérica se incrementó el tráfico de drogas, la nación era netamente un país de tránsito, lo que hizo que el consumo empiece a subir en la población con índices alarmantes. La Orden Hospitalaria, siempre atenta a las peticiones de la Comunidad y, a solicitud de varios rectores de instituciones educativas especialmente en la ciudad de Quito, empezó a trabajar en un Proyecto de Prevención de drogas con el nombre de “JORNADAS JUVENILES RICARDO PAMPURI”

En la primera convocatoria, se reunieron en el Centro de Reposo más de 5000 alumnos de secundaria en tres días consecutivos de jornadas, donde expusieron destacadas personalidades del ámbito de Prevención, entre las que constaban miembros del CONSEP (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas), órgano regulador a cargo de las instituciones dedicadas al tratamiento y prevención de drogas y alcohol en el Ecuador.

Como resultado de la gestión se generó una opinión pública positiva en cuanto a prevención y tratamiento en el Centro de Reposo, a raíz de la cual nacieron programas como “Jóvenes en Acción”. También se recibió apoyo de la Embajada de Estados Unidos con varios contactos profesionales en la rama de drogas, entre ellos Mimi Silver y el Dr. Rene Pelleya-Kouri del Monte Sinai Clinical Center.

En 1985, se crea el área de Psicogeriatría, en un principio para el Adulto Mayor con patologías de tipo psiquiátrico. En este mismo año se desarrolla el “Primer Congreso Iberoamericano de Psiquiatría de San Juan de Dios” en la Casa de la Cultura en Quito con la presencia de personajes destacados, como Alonso Fernández de Madrid como figura atrayente de la psiquiatría.

En 1991, la Universidad Central del Ecuador realiza el convenio de postgrado con el Centro de Reposo, área de psiquiatría, siendo los doctores Juan Reyes y Armando Camino los primeros postgradistas.

La institución desde su creación, ha venido apoyando en la formación profesional de estudiantes en el área médica y otras relacionadas con ella, lo que ha permitido que en la actualidad mantenga convenios de docencia con importantes universidades del país.

En el período 1990 – 1995 el Centro da un cambio importante en la atención asistencial, incrementando el número de médicos especialistas, médicos residentes, enfermeras, terapistas. Se amplía la asistencia psiquiátrica a mujeres, cumpliendo de esta manera una necesidad de tipo social.

En el año 2012, se inicia la Construcción del Pabellón Geriátrico “Nuevo Amanecer” con apoyo y donación de la Conferencia Episcopal Italiana, el Banco Pichincha y un donante anónimo; pabellón destinado para la atención a pacientes de las especialidades de Psicogeriatría y Cuidados Paliativos.

En 2013, se incluye en el tratamiento de los pacientes de Adicciones la Terapia Espiritual bajo la gestión del Hno. Enrique Miyashiro Oh, Director Ejecutivo y Superior de la Orden en el Ecuador.

En el 2014, se inaugura el Pabellón Geriátrico Nuevo Amanecer con una capacidad de 84 camas para pacientes de Psicogeriatría y Cuidados Paliativos, se readecua el Pabellón Ricardo Pampuri (ex Pabellón de Psicogeriatría) con una capacidad de 24 camas, exclusivo para pacientes de Adicciones, se inician las readecuaciones del futuro Pabellón Benito Menni para pacientes de Psiquiatría.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador categoriza al Centro de Reposo como un Hospital especializado de tercer nivel de atención, en este año también se inician las actividades de levantamiento de la información para generar los procesos del Sistema de Gestión de Calidad basado en Normas ISSO 9001:2008, se crean nuevas áreas administrativas como el Departamento de Comunicación y Marketing, Proyectos y Gestión de la Calidad, Pastoral de la Salud y Social, se implementan las normas internacionales de Información Financiera NIIF's y se aprueba el Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional por parte del Ministerio de Relaciones Laborales.

Desde la perspectiva asistencial, se produjo un incremento de la capacidad de atención en un equivalente al 76%, pasando de 85 a 150 pacientes, se implementaron las terapias recreativa-deportiva y, se reforzaron las áreas de Rehabilitación Física, Ocupacional, Respiratoria y Psicorehabilitación.

Con el propósito de mejorar en el bienestar físico y social del Adulto Mayor del Centro de Reposo San Juan de Dios – Quito – Ecuador, se desarrolla el Proyecto financiado por la CEI-Conferencia Episcopal Italiana denominado: “Desarrollo de Capacidades de Gestión y Formación para el Cuidado del Adulto Mayor y Personas con Discapacidad física y mental del Nuevo Pabellón Geriátrico del Centro de Reposo – San Juan de Dios de Quito – Ecuador” dentro del marco de dicho convenio, se cumplen varias pasantías profesionales del área asistencial y de gestión en algunas casas de la Orden en Sudamérica y Europa, también se desarrolló el programa de capacitación dirigido a familiares, voluntarios, personal asistencial y de gestión.

En el 2015, se re inaugura el Pabellón para pacientes de psiquiatría varones con el nombre de “Benito Menni”, con capacidad para 42 camas y, se readecua el futuro Pabellón Venerable Francisco Camacho, destinado a pacientes de psiquiatría mujeres con una capacidad de 20 camas, inaugurado en noviembre del mismo año, mejorando de esta forma la oferta de atención a la comunidad con una mayor capacidad en sus modernas instalaciones.

Para septiembre del mismo año, se realizó el Primer Congreso Iberoamericano de Psicogeriatría San Juan de Dios, Quito – Ecuador, con una asistencia aproximada de 200 personas, entre Hermanos de la Orden de diferentes países, médicos, profesionales del sector, colaboradores del Centro de Reposo y Albergue de Quito. Dicho congreso permitió reforzar el posicionamiento del Centro en el área de salud en la especialidad de Psicogeriatría y Cuidados Paliativos.

Por otro lado, en este mismo año, se reestructuró el Organigrama Institucional aprobado por la Curia Provincial, se implementaron las áreas de Seguridad y Salud Ocupacional, Promoción Vocacional y, se fortaleció Pastoral de la Salud y Social, eje importante en la gestión de las obras de San Juan de Dios en el mundo.

3.1.2 Ubicación Geográfica



Figura 5. Ubicación Geográfica del Centro de Reposo San Juan de Dios

El Valle de los Chillos se encuentra ubicado en la Provincia de Pichincha y tiene dos administraciones municipales, la del cantón Quito y la del cantón Rumiñahui, su territorio geográfico es un mix de parroquias rurales de ambos cantones y, la ciudad de Sangolquí es la cabecera cantonal de Rumiñahui.

El Centro de Reposo San Juan de Dios – Quito, se encuentra ubicado en el Barrio San Carlos perteneciente a la parroquia de Alangasí que, a la vez pertenece al cantón Quito pero, al limitar con el sector de Playa Chica de Sangolquí, la organización se ha venido

identificando más con el cantón Rumiñahui que con el cantón Quito, sin embargo; jurídica y administrativamente, la organización pertenece a la administración del cantón Quito y se ubica en la calle San Juan de Dios S2-209 y Argentina.

3.1.3 Tipo de Institución

El Centro de Reposo San Juan de Dios – Quito, es una institución asistencial de salud sin fines de lucro de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, su especialidad es la Psiquiatría y sus ejes de acción son la salud mental, alcoholismo, fármaco dependencia y gerontología. Brinda atención específica en cuatro áreas definidas: Psiquiatría Clínica, Psicogeriatría, Adicciones y Cuidados Paliativos, pertenece a la Red Privada Complementaria de Salud y, se encuentra tipificada como Centro Especializado de Tercer Nivel de Atención (Anexo 3) por el Ministerio de Salud Pública.

3.1.4 Perfil Epidemiológico

En la tabla 8 se analizan las diversas patologías que se trataron en el Centro de Reposo San Juan de Dios – Quito durante los años 2012 a 2015.

Tabla 8. Perfil Epidemiológico del Centro de Reposo San Juan de Dios 2012-2015

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL CENTRO DE REPOSO SAN JUAN DE DIOS 2012-2015	
NÚMERO	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
1	Ezquizofrenia Residual
2	Trastorno afectivo bipolar
3	Secuelas neurológicas de discopatía cervical
4	Demencia en la enfermedad de Parkinson
5	Demencia tipo Alzheimer, síndrome depresivo
6	Demencia tipo Alzheimer
7	Demencia vascular
8	Trastorno mental por lesión cerebral
9	Retraso mental
10	Enfermedad de Huntington
11	Secuela neurológica ACV isquémico
12	Hematoma subdural izquierdo mas hemorragia
13	Subaracnoidea evacuado
14	Fractura de cadera
15	Demencia vascular grave
16	Secuela neurológica de trauma craneal grave
17	Episodio depresivo
18	Síndrome demencial más psicosis
19	Síndrome de guilles de la tourette
20	Enfermedad cerebrovascular cardioembólica
21	Fibrilación auricular
22	Secuela motora de ACV isquémico
23	Esquizofrenia no especificada
24	Ezquizofrenia Paranoide
25	Trastorno del comportamiento secundario a lesión y disfunción cerebral
26	Trastorno Obsesivo Compulsivo
27	Demencia mixta más psicosis.
28	Trastorno digestivo
29	Traumatismo
30	Trastornos Cardiovasculares
31	Trastorno de personalidad y comportamiento Pasivo-Agresivo
32	Trastornos neurológicos
33	Trastornos relacionados con alcohol
34	Trastornos relacionados con alucinógenos
35	Trastornos relacionados con cannabis
36	Trastornos relacionados con inhalantes
37	Trastornos relacionados con cocaína
38	Trastornos relacionados con opiáceos
39	Trastornos mixtos o multisustancias
40	Trastornos del estado de ánimo
41	Trastornos mentales orgánicos
42	Trastornos de ansiedad
43	Trastornos del comportamiento

Fuente: (Romero, 2016)

3.1.5 Misión

Institución religiosa de confesionalidad católica que promueve la ayuda a los más necesitados, brindando asistencia integral, humanizada y de calidad a personas con patología mental y de cuidados paliativos inspirado en el carisma de San Juan de Dios.

3.1.6 Visión

Ser un modelo de excelencia en Gestión Hospitalaria en los servicios de salud mental, que brinda a la comunidad, en base a procesos que garanticen la calidad, seguridad, eficiencia, ética y servicio humanizado.

3.1.7 Valores

3.1.7.1 Hospitalidad

La Hospitalidad es el valor central, cuyo significado se centra en la acogida. Se expresa y concreta en cuatro valores guías.

Calidad

Se la entiende como la excelencia profesional en la atención integral al paciente, poniendo a su disposición los medios técnicos, humanos y espirituales que precise en cada momento.

Respeto

Se considera al usuario de los Centros en su dimensión humana como el centro de la atención, teniendo en cuenta sus derechos y decisiones e implicando en el proceso a los familiares. Promueve la justicia social y los derechos civiles y humanos.

Responsabilidad

La asumen como una obligación con los usuarios, el medio ambiente y hacia los ideales de San Juan de Dios y de la Orden. Siendo capaces, a su vez, de aplicar la ética y una justa distribución de los recursos de los que disponen, en todas las actividades que llevan a cabo para la adecuada sostenibilidad de los Centros.

Espiritualidad

Acoge como valor el ofrecimiento de atención espiritual hacia todos los usuarios, pacientes, familiares y profesionales, sea cual sea su confesionalidad, considerando sus necesidades religiosas y contribuyendo, de esta manera, a la Evangelización.

3.1.8 Principios

1. Afirma que el centro de interés es la persona asistida.
2. Promueve y defiende los derechos del enfermo y necesitado, teniendo en cuenta su dignidad.

3. Comprometido en la defensa y promoción de la vida humana: desde su concepción a la muerte.
4. Reconoce el derecho de las personas asistidas a ser convenientemente informadas de su situación.
5. Impulsa la asistencia integral, basada en el trabajo en equipo y el equilibrio entre técnica y humanización.
6. Observa y promueve los principios éticos de la iglesia católica.
7. Considera elemento esencial en la asistencia la dimensión espiritual y religiosa como oferta de curación y salvación, respetando otros credos y planteamientos de vida.
8. Defiende el derecho a morir con dignidad y a que se respeten y atiendan los justos deseos de quienes están en trance de muerte.
9. Cuida la selección, formación y acompañamiento de los Colaboradores, teniendo en cuenta: su preparación, competencia profesional y sensibilización ante los valores y derechos de las personas.
10. Observa las exigencias del secreto profesional y trata de que sean respetadas.
11. Valora a los Colaboradores, haciéndoles partícipes de la misión de la Orden, en función de sus capacidades y áreas de responsabilidad.
12. Respeta la libertad de conciencia y exige respeto a la identidad de los Centros.
13. Se opone al afán de lucro; por tanto, observa y exige que se respeten las normas económicas y retributivas justas.

3.1.9 Políticas

3.1.9.1 Política de Calidad

El Centro de Reposo San Juan de Dios dedicado al servicio hospitalario en las áreas de Psiquiatría; Psicogeriatría, Adicciones y Cuidados Paliativos, se compromete para con su Sistema de Gestión de Calidad a:

- Mejorar permanentemente sus procesos de acuerdo al alcance del Sistema de Gestión de Calidad.
- Incrementar la satisfacción de sus usuarios.
- Garantizar una atención interdisciplinaria e integrada de calidad, centrada en el usuario.
- Mejorar las competencias del personal que permita optimizar la calidad en los servicios de salud.

3.1.9.2 Política Institucional de Seguridad y Salud

La Política Institucional de Seguridad y Salud, se ubica en el Reglamento Interno de Seguridad y Salud de los Trabajadores de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en el Ecuador, por la Dirección Regional del Trabajo y Servicio Público de Quito del Ministerio de Relaciones Laborales, en Mayo del 2014.

3.1.10 Organigrama Funcional

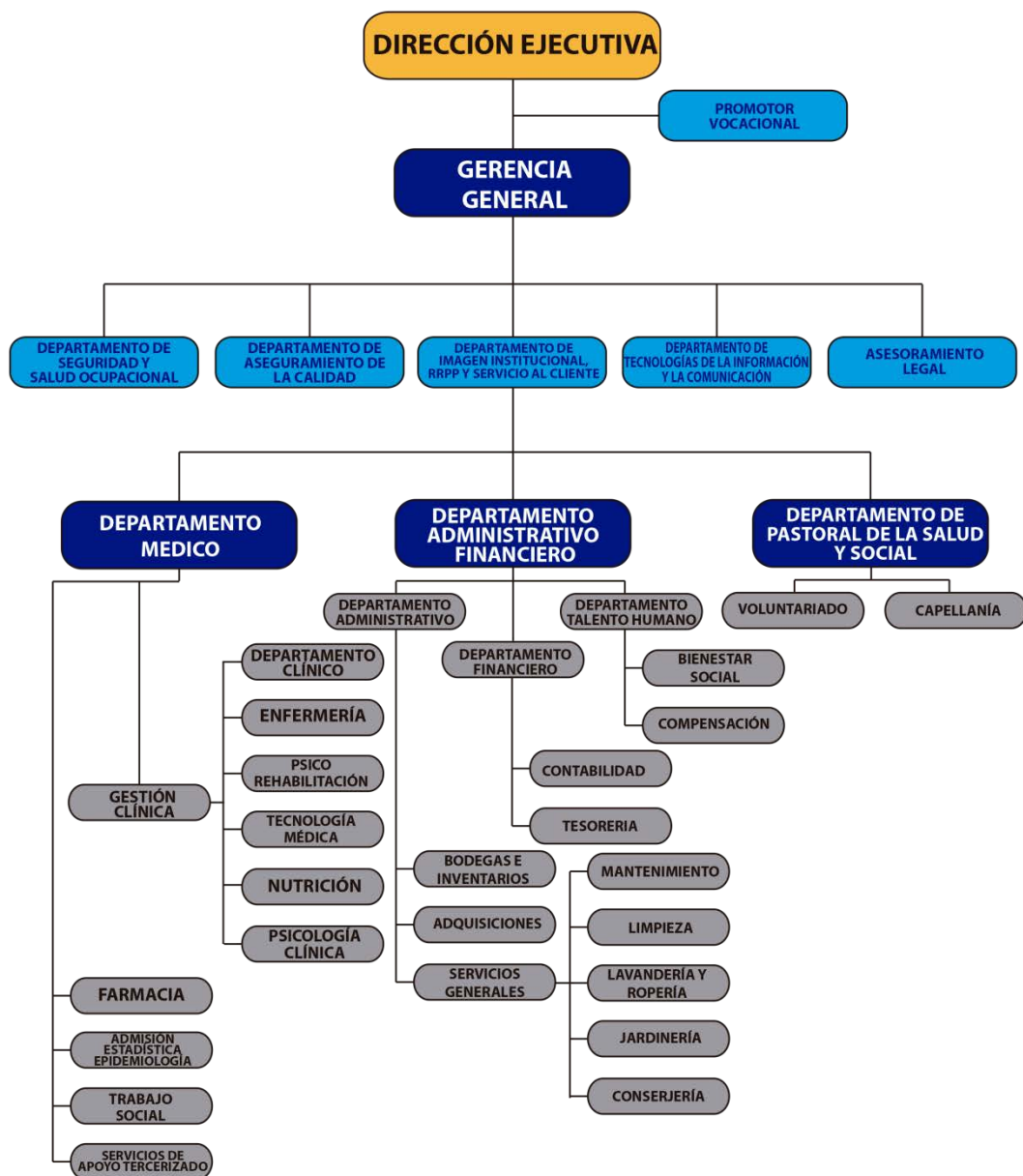


Figura 6. Organigrama Funcional Actual del Centro de Reposo San Juan de Dios
Fuente: (Tapia, 2016)

Cabe mencionar que hasta el tercer trimestre del 2015, la institución operó con un organigrama anterior, en ese mismo año se revisaron nuevas necesidades y, la Dirección

Administrativa propuso una reestructuración a la Curia Provincial, la cual aprobó la actual estructura, incrementando nuevos procesos y nuevos departamentos.

3.2 OFERTA DE VALOR DE LA INSTITUCIÓN

3.2.1 Modalidad de Atención



Figura 7. Modalidad de Atención del Centro de Reposo San Juan de Dios
Fuente: (Centro de Reposo San Juan de Quito, 2014)

Previo la obtención de la calificación como hospital especializado de tercer nivel de atención, la institución debió implementar los tres ejes hospitalarios, promoviendo de esta forma una gestión de atención integral. Si bien es cierto, antes de esta etapa, la institución trabajaba bajo la modalidad de Hospitalización y Consulta Externa, debió implementar áreas de Urgencias en todas sus unidades operativas.

3.2.1.1 Consulta Externa

Es el servicio destinado a pacientes no internos que acuden a consulta en las áreas de Psiquiatría Clínica, Adicciones, Psicogeriatría, Geriatría, Psicología Clínica, Fisiatría,

Medicina Interna, Medicina Familiar, Psicorehabilitación, Rehabilitación y Terapia Espiritual; previa cita. La consulta determinará un diagnóstico y, la prescripción de un tratamiento externo e interno para el caso de Psicología Clínica, Adicciones, Psiquiatría, Psicogeriatría, Geriatría y Psicorehabilitación.

3.2.1.2 Urgencias

Por estar categorizado como hospital especializado de tercer nivel de atención por el Ministerio de Salud Pública, la institución ha debido equipar sus unidades médicas con áreas de Urgencias y, reforzar puntos específicos de observación para pacientes como normativa obligatoria, las unidades de urgencias cuentan con equipamiento moderno y colaboradores calificados que permiten cubrir las necesidades de atención inmediata.

3.2.1.3 Hospitalización

Entendida como el internamiento de pacientes para tratamiento específico en las cuatro líneas de atención, con habitaciones adecuadamente equipadas de acuerdo a las necesidades requeridas. El proceso de hospitalización inicia con la Consulta Externa para el caso de pacientes particulares, como pacientes particulares se entiende a aquellos que son ingresados por consentimiento personal o por requerimiento familiar y, como pacientes no particulares se reconoce a aquellos que son derivados del Ministerio de Salud Pública y por las aseguradoras públicas como el IESS, El ISSFA y el ISSPOL, bajo convenio de proveeduría de servicios dentro de la Red Privada Complementaria de Salud

3.2.2 Servicios

3.2.2.1 Servicios Principales



Figura 8. Servicios Principales del Centro de Reposo San Juan de Dios

Fuente: (Centro de Reposo San Juan de Quito, 2014)

Psiquiatría Clínica

La Psiquiatría como tal se consolida como eje de atención primordial en el Centro de Reposo, desde sus inicios y con el pasar de los años la institución se ha especializado considerablemente en dicho campo. Actualmente el equipo multidisciplinario aborda diversas patologías como la depresión, esquizofrenia, trastornos de conducta, de estado de ánimo, mentales orgánicos, de ansiedad, alimentarios; entre otros... en pacientes agudos y crónicos. El tratamiento se desarrolla desde la consulta hasta interconsulta psiquiátrica, con una serie de intervenciones y procedimientos terapéuticos que van desde los psicofármacos, psicoterapias; individuales, grupales y familiares, terapia electro convulsiva, terapias; recreativa, ocupacional, espiritual, terapias vinculares, entre otras.

En el caso de la depresión, por poner un ejemplo, el médico especialista de la unidad de Psiquiatría Clínica de la institución la considera como una enfermedad del estado de ánimo que se instala progresivamente, es persistente en el tiempo e influye en el relacionamiento con su entorno, cuya sintomatología marca diferencia con un estado de ánimo transitorio, presenta además una amplia gama de variables en el espectro anímico que puede ir desde un padecimiento de un duelo que, suele ser menos incisivo y de duración limitada, hasta el trastorno depresivo mayor o grave que implica mayores riesgos en la salud e integridad del individuo; incluso puede conducir al suicidio, así como puede estar asociada a otras enfermedades orgánicas como cáncer, diabetes, enfermedades crónicas, utilización de determinados fármacos, alcohol y drogas, historial familiar de depresión.

Por esta diversidad de sintomatología, un gran porcentaje de depresiones son atendidas en el nivel primario de salud sin que sean reconocidos y/o tratados adecuadamente, mientras que alrededor del 40% son tratados a nivel de la especialidad en psiquiatría o de salud mental. Una vez diagnosticado el abordaje precoz, es importante el tratamiento de la depresión de modo multi sistémico, con tratamiento médico de especialidad, psicológico, con abordaje social, familiar, espiritual.

Psicogeriatría

La psicogeriatría es concebida como una parte de la psiquiatría clínica, donde interviene un segmento de enfermedades relacionadas con patologías neurológicas, psiquiátricas y neuropsiquiátricas del adulto mayor.

En el tratamiento psicogeriátrico del Centro de Reposo San Juan de Dios, interactúa un equipo especializado definido que, aporta a la asistencia del paciente geriátrico con síndromes demenciales, integrado por psiquiatras, psicólogos, geriatras, terapeutas, psicorehabilitadores, nutricionista, enfermeras, médicos internistas.

Adicciones

La farmacodependencia constituye un problema de salud de importante resolución en los actuales momentos. La sociedad tiene una mentalidad de pastillas y brebajes: cualquier dolor o tensión hace que los ciudadanos acudan a las boticas y droguerías en busca de alivio. El alcohol se acepta y se fomenta socialmente, a pesar de que se sabe que es una de las drogas más peligrosas que destruye al individuo, a la familia y a la sociedad. Con todo este panorama no es sorprendente que parte de la juventud quiera probarlo todo.

En un país de experimentadores adultos que tratan al cuerpo como una probeta de laboratorio, que buscan soluciones clínicas para la condición humana, el problema de las drogas hoy en día es un parte un imperativo histórico ilógico.

La identificación del perfil que define a las personas con trastornos mentales y del comportamiento por el consumo de drogas, se ha convertido en un tema de relevancia social, debido a los daños considerables generados por el abuso de sustancias alrededor de todo el mundo, como recalca la oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2014) causando pérdida de vida y años productivos de muchas personas. Se

registraron en el año 2012 alrededor de 183.000 muertes entre las edades de 15 y 64 años, de igual manera se ha determinado que 16 y 39 millones de personas se encuentran dentro de las categorías de abuso problemático, habituales y con trastornos de consumo o dependencia. Reafirmando la estabilidad de los datos en el informe mundial sobre las drogas 2015 (UNODC, 2015).

La magnitud del problema mundial de las drogas se hace más evidente si se tiene en cuenta que, uno de cada diez consumidores de drogas es un consumidor problemático que sufre trastornos ocasionados por el mismo. Es decir, unos 27 millones de personas, o casi la totalidad de la población de un país del tamaño de Malasia, son consumidores problemáticos. (UNODC, 2015).

De igual manera el consumo de sustancias en el Ecuador presenta una complicación para la sociedad. El Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), Observatorio Nacional de Drogas, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, mencionan a las adicciones como un problema de salud pública, recalcando que la prevención y el tratamiento tiene un mejor efecto si son abordados de manera integral por las diferentes organizaciones competentes, siendo los niños, niñas y adolescentes la población prioritaria.

Las adicciones perturban la conciencia y la voluntad del adolescente afectado por el uso de drogas y, en su entorno se levanta un cerco que los condena a la exclusión social, condena que afecta al desarrollo armónico de la sociedad, razón por la cual, esta

problemática debe ser tratada en sus verdaderas causas y manifestaciones. (CONSEP, 2008).

La Asamblea Nacional (2015) replica los resultados obtenidos por el CONSEP de la cuarta encuesta sobre el uso de drogas realizada a estudiantes de 12 a 17 años. Los resultados obtenidos describen que, el inicio de consumo se da en mayor porcentaje a los 14 y 15 años, seguido de los 12 a 13, el inicio a los 16-17 presentó el porcentaje más bajo. Se puede observar como cada vez el abuso de sustancias afecta a la población ecuatoriana desde los más jóvenes, limitando el correcto desarrollo de su vida y el aporte productivo y positivo a la sociedad. Por este motivo, en la nueva Constitución de la República del Ecuador (2008), en el título VII régimen del Buen Vivir Capítulo Primero – Sección segunda Salud, en el art. 364 establece que “El Estado debe garantizar los procesos de recuperación de las personas drogodependientes desarrollando programas, difundiendo información y controlando su expendio, ni criminalizar ni vulnerar sus derechos constitucionales” reflejando la importancia y relevancia para la población este tema.

Así mismo el Plan Nacional de Buen Vivir (2013), en los objetivos del 1 al 9 recalca la participación activa del Estado en la lucha contra las drogas, siendo el CONSEP el que proveerá la ayuda necesaria a aquellas personas que han estado o están en procesos de recuperación, garantizando la protección integral y seguridad de los ciudadanos. Fortalecer los mecanismos de control en los centros encargados de brindar ayuda prioritaria a los drogodependientes.

El perfil sociodemográfico, clínico y de personalidad del paciente con trastornos relacionados con el consumo de drogas ingresadas en el Centro de Reposo entre los años 2012 a 2015 es el siguiente:

Es un varón de un rango promedio aproximado de 25 a 30 años de edad, casado, nacido y residente en la sierra, de religión católica, proveniente de una familia de tipo nuclear, de extracto socioeconómico medio, con un nivel de instrucción secundaria y, desempeña una actividad laboral remunerada, ingresa a la institución voluntariamente y de forma particular o con derivación del IESS, ISSFA e ISSPOL y, su permanencia en el tratamiento oscila en un rango promedio aproximado de entre 45 y 90 días.

Inició en el consumo de drogas a la edad de 15 años, con una frecuencia diaria de consumo, alrededor de 5 años. El tipo de droga preferida es el alcohol y la base de cocaína, seguido de los alucinógenos, lo que le ha causado disfunción en las cuatro esferas: familiar, laboral, social y legal.

Los síntomas neuro psiquiátricos que con mayor frecuencia presenta son: síntomas de abstinencia, trastornos conductuales y por último síntomas depresivos, las alteraciones somáticas más frecuentes son: trastornos digestivos, seguido de traumatismo y problemas cardiovasculares, el tipo de personalidad que predomina en el paciente es el Pasivo- Agresivo.

Ante esta evidente necesidad y la demanda de personas que adoleciendo de este trastorno de su salud que esperan ser ayudadas, el Centro de Reposo ha estructurado y ofrece el siguiente tratamiento, en el cual están inmersos los siguientes elementos:

- Un equipo multidisciplinario conformado por médico psiquiatra especialista en adicciones, psicólogo clínico, pasantes, médico residente, trabajadora social, terapeuta espiritual, terapeuta ocupacional, enfermeras y además personal paramédico.

Mantener y promover los siguientes principios:

- Abstinencia total de cualquier sustancia, deseo de dejar la droga, reestructurar la personalidad y cambio dentro del individuo.
- La participación sustantiva de los miembros de la familia.
- Hacer seguimiento del tratamiento por un periodo prolongado.

El tratamiento debe incluir un cuidado físico, psicológico, social y conductual. Por tanto, la recuperación de la enfermedad desde este punto de vista, implica no solamente la liberación de los químicos, sino también el surgimiento de una filosofía de vida, la cual promueve el crecimiento y el cambio del individuo y la familia.

El tratamiento recibido en el Centro de Reposo, consta de un proceso de desintoxicación y deshabituación, tratamiento médico, terapia individual, terapia de grupo, tratamiento psicoterapéutico y acompañamiento espiritual que, lleva al paciente a tener la

posibilidad de dejar la adicción y reinsertarse en la sociedad derribando barreras y estigmas, reforzado con un tratamiento posterior largo, utilizando recursos comunitarios incluyendo alcohólicos y narcóticos anónimos.

Cuidados Paliativos

La Constitución de la República del Ecuador publicada en el Registro Oficial 449 en el 2008 expresa:

Art. 35.- “Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad”

Por su parte la Ley Orgánica de Salud sostiene:

Art. 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”

Art. 10.- “Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley”

Sin embargo, hasta el año 2012 no se contemplaban los cuidados paliativos como parte del accionar del MSP, de hecho, no se habían considerado en los servicios o prestaciones de salud de manera oficial, para ello, el MSP decide incorporar los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud con el propósito de mejorar los niveles de vida de los grupos con doble

vulnerabilidad de forma holística, para este propósito ha trabajado en el documento “Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017”.

El MSP como Autoridad Sanitaria Nacional de la República del Ecuador, ha considerado necesario y oportuno implementar la atención paliativa en el Sistema Nacional de Salud. El Plan Nacional de Cuidados Paliativos, fortalecerá la implementación de la Política Nacional de Salud, priorizando la dignidad de las personas con necesidad de atención paliativa, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y la comunidad. (Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, 2015)

La Constitución de la República del Ecuador del año 2008, obliga y la sociedad demanda la atención de cuidado paliativo en el Sistema de salud público, es necesario que los profesionales de salud desarrollen las correspondientes competencias, se implemente este servicio en los diferentes niveles de atención y se asegure la disponibilidad y acceso a medicamentos y dispositivos médicos, con el fin de brindar calidad de vida a las personas que requieran esta atención, acompañándoles a ellos y sus familiares, durante el proceso de enfermedad hasta el final de la vida y durante el duelo, creando de esta forma una sociedad más justa y solidaria. (Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, 2015)

Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados, cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. (OMS, 2015)

Se puede decir que el hombre, desde siempre, ha empleado cuidados paliativos cuando se ha encargado de la fase “terminal” de un enfermo, apoyándole con todos los

remedios disponibles y también ayudándole, consolándole, acompañándole hacia la muerte. Hoy en día se tiene una idea más elaborada de estos cuidados que, están estructurados a nivel operativo (en los hospicios, en las unidades de cuidados paliativos, etc.) que ayudan a no abandonar a su destino al paciente que sufre una patología incurable. Los cuidados paliativos se presentan pues como “cuidados totales” proporcionados a la persona en una relación global de ayuda, encargándose de todas las necesidades asistenciales (OHSJD, 2000).

Los cuidados paliativos se clasifican en oncológicos y no oncológicos, para entender esta segmentación, se debe saber que un paciente paliativo es una persona que padece de una enfermedad crónica, debilitante o amenazante sin distinción de edad, por eso no se debe asociar los cuidados paliativos solo a personas con cáncer, sino que también merecen atención paliativa, pacientes con enfermedades avanzadas no oncológicas, cuyo deceso no necesariamente es temporalizado, como por ejemplo enfermedades degenerativas, demencia senil, fragilidad avanzada por la edad, deterioro de un órgano específico, entre otras.

En el caso ecuatoriano pocas son las instituciones públicas y privadas que brindan el servicio de cuidados paliativos a la población, a sabiendas de que la esperanza de vida incrementa y la población adulta mayor aumenta. En la tabla 9 se observan las instituciones que ofrecen cuidados paliativos en Ecuador.

Tabla 9. Instituciones que ofrecen Cuidados Paliativos en Ecuador

INSTITUCIONES PRIVADAS NO ARTICULADAS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD					
PROVINCIA	PRESTADOR DEL SERVICIO	UNIDADES DE PACIENTES INGRESADOS	CONSULTA EXTERNA	EQUIPO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA	EQUIPO DE SOPORTE HOSPITALARIO
PICHINCHA	ABEI	X	X		
	FECUPAL	X	X	X	
	Hospital Militar		X		X
	SOLCA		X	X	X
	Clínica Guadalupe	X			
	Clínica Sagrado Corazón	X			
	Hospital Vozandes		X		X
GUAYAS	SOLCA		X	X	X
	La Casa del Hombre Doliente	X			
AZUAY	SOLCA		X	X	X
MANABÍ	SOLCA		X	X	X
	Fundación Cottolengo	X			
LOJA	SOLCA		X	X	X
	HUTPL		X		X
	Casa de Enfermos Terminales Loja (Liga de la Caridad)	X			
EL ORO	SOLCA		X	X	X

Fuente: Organizaciones no Gubernamentales de Cuidados Paliativos y Hospital Militar.

Para la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en el mundo, es de vital importancia, incorporar en sus centros de atención el servicio de cuidados paliativos, más aun cuando en sus estructuras cuenta con las herramientas óptimas para ofrecer dicho servicio desde una visión holística.

Las instituciones de la Orden Hospitalaria que se encargan de pacientes que están en una fase terminal de su enfermedad, deberían acondicionar, en la medida de lo posible, unidades de cuidados paliativos destinadas a hacer que al paciente se le haga más llevadera dicha fase final y, al mismo tiempo, deberían garantizar un acompañamiento humano adecuado. (OHSJD, 2000)

Ante esta coyuntura, el Centro de Reposo San Juan de Dios – Quito no ha sido la excepción y, aunque en la tabla 9 de las “Organizaciones Nacionales de Cuidados Paliativos y Hospital Militar” no se registra a la institución como parte del mismo, con el transcurrir de los años se ha dedicado a la atención de pacientes con enfermedades crónicas en estado avanzado, brindando una atención integral al paciente y su familia en los ámbitos médico, psicológico, social y espiritual.

3.2.2.2 Servicios Complementarios



Figura 9. Servicios Complementarios del Centro de Reposo San Juan de Dios
Fuente: (Centro de Reposo San Juan de Quito, 2014)

3.2.2.3 Servicios de Apoyo



Figura 10. Servicios de Apoyo del Centro de Reposo San Juan de Dios
Fuente: (Centro de Reposo San Juan de Quito, 2014)

3.3 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

3.3.1 Áreas de intervención de los colaboradores



Figura 11. Áreas de intervención de los colaboradores

Fuente: (Flores, 2016)

A diciembre del 2015 la institución registró un total de 161 colaboradores contratados indefinidamente, de los cuales 110 de ellos pertenecen al equipo asistencial, 25 al administrativo y 26 a servicios generales. En el caso del equipo asistencial, los médicos residentes, las enfermeras y auxiliares de enfermería y farmacia cumplen con horarios rotativos.

3.3.2 Índices de Contratación en número de colaboradores 2012-2015

Tabla 10. Contratación por número de colaboradores

CONTRATACIÓN NÚMERO DE COLABORADORES				
	2012	1013	2014	1015
PERSONAL	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD
HERMANOS OH	1	2	2	4
ASISTENCIAL	54	54	60	97
ADMINISTRACIÓN	13	12	12	20
SERV. GENERALES	21	23	26	40
TOTAL	89	91	100	161

Fuente: (Flores, 2016)

En la tabla 10 se observa que en los años 2012 y 2013 el incremento de colaboradores no es significativo, a finales del 2014 el personal incrementó en un 9% y, para el 2015 se registra una subida del 61%, es decir, casi el doble del registro del 2012. Este comportamiento durante estos cuatro años corresponde al incremento de pacientes producto de la creación y readecuación de nuevos espacios en las unidades de atención, lo que le genera a la institución una buena ventaja competitiva, pero también a la vez le demanda mayor contratación de personal.

3.3.3 Índices de colaboradores por género 2012 – 2015

Es importante detallar que por la naturaleza del servicio de la institución, la contratación de personal femenino supera en promedio 3,435 veces sobre el personal masculino, esto se debe a que por lo general, en las unidades de atención, la Dirección Médica y la

Jefatura de Enfermería prefiere contratar enfermeras y auxiliares de enfermería de género femenino. En este caso específico, el 90% de colaboradores son de género femenino.

Por su parte, el 10% de personal asistencial son de género masculino y, está ubicado estratégicamente en unidades que demandan fuerza física o protección. Un dato interesante es que el 50% del personal asistencial vive en los sectores aledaños a la institución, lo cual es una ventaja para la institución, ya que le permite adecuar los horarios rotativos y demás trabajos asistenciales de manera eficiente.

Tabla 11. Contratación por género

CONTRATACIÓN POR GÉNERO								
	2012		2013		2014		2015	
PERSONAL	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
HERMANOS OH	1	0	2	0		0	4	0
ASISTENCIAL	7	47	8	46	11	49	14	83
ADMINISTRACION	4	9	2	10	5	9	13	7
SERV. GENERALES	4	17	7	16	8	18	15	25
TOTAL	16	73	19	72	24	76	46	115

Fuente: (Flores, 2016)

En la tabla 11 se puede ver el comportamiento de inversión en personal general durante estos cuatro años de gestión.

Tabla 12. Valor en nómina anual

VALOR EN NÓMINA ANUAL				
	2012	2013	2014	2015
PERSONAL	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD
HERMANOS OH	1.000,00	3.000,00	3.300,00	6.300,00
ASISTENCIAL	37.806,00	38.535,00	45.340,00	68.134,00
ADMINISTRACIÓN	11.598,14	11.053,14	15.000,00	22.850,00
SERV. GENERALES	8.620,00	9.174,00	10.625,00	17.539,00
TOTAL	59.024,14	61.762,14	74.265,00	114.823,00

Fuente: (Flores, 2016)

3.4 LA RELACIÓN CON LA COMUNIDAD

3.4.1 Beneficiarios

Como ya se ha dicho anteriormente, al formar parte de la Red Privada Complementaria de Salud, el Centro de Reposo San Juan de Dios, ha mantenido vigente el convenio con los actores de la RPIS, atendiendo a pacientes de tratamiento específico, de enfermedades crónicas deteriorables y de larga estancia; en el período 2013-2014 se reportó a la RPIS un promedio de 188.5 pacientes atendidos y, la institución registró un promedio de 53.5 pacientes particulares, del total, el 77.89% de la gestión estuvo dirigida a la atención de pacientes derivados de la RPIS y el 22,11% a pacientes particulares. Se debe entender por paciente particular, al usuario que es atendido previa consulta externa en la institución y, hospitalizado bajo un diagnóstico médico y, que libre y voluntariamente, él y sus familiares, se acogen al programa de hospitalización y tratamiento específico. El costo de la atención es cubierto particularmente.

Posteriormente, en el 2015 se atendió a 411 pacientes, entre particulares y derivados, registrando un incremento del 69.834% de usuarios – cama, especialmente en las unidades de Psiquiatría y Geriatria, entiéndase por Geriatria a la atención de pacientes de Psicogeriatría y Cuidados Paliativos.

En la tabla 13 se observa el comportamiento de los indicadores de atención en el periodo 2013-2015, desafortunadamente la institución no cuenta certeramente con datos del 2012, ya que, hasta el momento no tiene un departamento de estadística que se dedique específicamente a integrar de forma sólida los datos.

Tabla 13. Indicadores de beneficiarios del Centro de Reposo San Juan de Dios 2012-2015

AREA	2013												
	IESS		ISSFA		ISSPOL		MSP		PARTICULAR		TOTAL	POR GÉNERO	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER		T/HOM.	T/MUJ.
ADICCIONES	14		29		44		4		20		111	111	0
PSIQUIATRÍA	15	14	15	1	2		1		8	8	64	41	23
GERIATRÍA	35	17	6	1					5	11	75	46	29
TOTAL	64	31	50	2	46	0	5	0	33	19	250	198	52

AREA	2014												
	IESS		ISSFA		ISSPOL		MSP		PARTICULAR		TOTAL	POR GÉNERO	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER		T/HOM.	T/MUJ.
ADICCIONES	20		27		2				27		76	76	0
PSIQUIATRÍA	31	12	31	4					8		86	70	16
GERIATRÍA	30	9	9	4					7	13	72	46	26
TOTAL	81	21	67	8	2	0	0	0	42	13	234	192	42

AREA	2015												
	IESS		ISSFA		ISSPOL		MSP		PARTICULAR		TOTAL	POR GÉNERO	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER		T/HOM.	T/MUJ.
ADICCIONES	56		33						7		96	96	0
PSIQUIATRÍA	68	38	29	13					7	7	162	104	58
GERIATRÍA	73	51	11	3					6	9	153	90	63
TOTAL	197	89	73	16	0	0	0	0	20	16	411	290	121

Fuente: (Romero, 2016)

3.4.2 Subsidios

La institución entiende como subsidio al porcentaje de descuento que realiza a pacientes y colaboradores en su modalidad de atención, en lo que a hospitalización se refiere, del total de la población de usuarios-cama, la institución registró un promedio de 17,68% de pacientes atendidos particularmente en los tres últimos años, con un subsidio del 30% y de este porcentaje, aunque mínimo, existe un segmento de pacientes que son subsidiados al 100%. En la tabla 14 se ilustra el comportamiento subsidiario definido en cuatro porcentajes.

Tabla 14. Indicadores de subsidios a beneficiarios del Centro de Reposo San Juan de Dios 2012-2015

SUBSIDIOS - MODALIDAD DE ATENCIÓN																
USUARIOS	2012				2013				2014				2015			
	PACIENTES				PACIENTES				PACIENTES				PACIENTES			
	25%	30%	50%	100%	25%	30%	50%	100%	25%	30%	50%	100%	25%	30%	50%	100%
CONSULTA EXTERNA									4		1	1	6		1	1
URGENCIAS																
HOSPITALIZACIÓN						52				55		1		36		
TOTAL	0	0	0	0	0	52	0	0	4	55	1	2	6	36	1	1

3.4.3 Convenios de Docencia

La institución mantiene convenios de docencia con algunas de las universidades del país, especialmente aquellas que requieren que sus estudiantes cumplan con el requisito de prácticas docentes o internados. Entre las universidades que mantienen el convenio están; la Universidad Central del Ecuador, La Universidad de las Américas, la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, la Universidad Técnica Particular de Loja, la Universidad Católica de Quito y Cuenca, la Universidad San Francisco de Quito, entre otras. Los estudiantes de pregrado, frecuentemente hacen prácticas en las áreas de Psicología, Fisiatría y Enfermería y, los estudiantes de postgrado en Psiquiatría, Geriatria y Psicología Clínica.

Tabla 15. Convenios de docencia con instituciones educativas de tercer nivel

CONVENIOS DE DOCENCIA				
ÁREA	2012	1013	2014	1015
	ESTUDIANTES	ESTUDIANTE S	ESTUDIANTE S	ESTUDIANTE S
PSIQUIATRÍA CLÍNICA			6	4
PSICOGERIATRIA				2
ADICCIONES				2
CUIDADOS PALIATIVOS				1
MEDICINA INTERNA				1
MEDICINA FAMILIAR				
GERONTOLOGÍA				
PSICOLOGÍA CLÍNICA			15	2
PSICOREHABILITACIÓ N				
TERAPIA FÍSICA			6	4
TERAPIA OCUPACIONAL				
TERAPIA RESPIRATORIA				
TERAPIA RECREATIVA				
TERAPIA ESPIRITUAL				
NUTRICIÓN				2
ENFERMERÍA				8
TRABAJO SOCIAL				
TOTAL	0	0	27	26

Desafortunadamente, no se cuenta con datos del periodo 2012-2013 ya que no se ha puesto cuidado en llevar un registro adecuado.

3.4.4 Relación con grupos de interés

En este período la institución no cuenta con datos que certifiquen la relación con los grupos de interés externos, solamente el área de Adicciones y Psicorehabilitación, ha realizado campañas de socialización de temas específicos que han tenido que ver con sus líneas de acción en el 2014 y 2015, 19 y 15 entre charlas, talleres y capacitaciones respectivamente.

Tabla 16. Talleres dirigidos a la comunidad

TALLERES DIRIGIDOS A LA COMUNIDAD				
AREA	2012	1013	2014	1015
	GRUPO	GRUPO	GRUPO	GRUPO
PSIQUIATRÍA CLÍNICA				
PSICOGERIATRÍA				
ADICCIONES			9	4
CUIDADOS PALIATIVOS				
MEDICINA INTERNA				
MEDICINA FAMILIAR				
GERONTOLOGÍA				
PSICOLOGÍA CLÍNICA				
PSICOREHABILITACIÓN			10	11
TERAPIA FÍSICA				
TERAPIA OCUPACIONAL				
TERAPIA RESPIRATORIA				
TERAPIA RECREATIVA				
TERAPIA ESPIRITUAL				
NUTRICIÓN				
ENFERMERÍA				
TRABAJO SOCIAL				
TOTAL	0	0	19	15

3.5 INDICADORES DE GESTIÓN EN EL PERÍODO 2012 -2015

Tabla 17. Estado de Resultados Centro de Reposo San Juan de Dios 2012-2015

				2012	2013	2014	2015
INGRESOS				2182783,43	2146895,07	2734953,58	4317901,55
	INGRESOS OPERATIVOS						
	SERVICIOS HOSPITALARIOS						
	SERVICIOS HOSPITALARIOS			1900069,90	1904553,57	2210460,91	3786521,64
	SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y TERCERIZADOS						
	CONSULTA EXTERNA			106670,76	107689,26	228572,43	28149,01
	SERVICIOS TERCERIZADOS Y LAVANDERIA			29166,18	23519,00	24091,98	349748,99
	INGRESOS NO OPERATIVOS						
	INGRESOS NO OPERATIVOS						
	INGRESOS NO OPERATIVOS			14728,64	20174,04	22756,70	33063,69
	INTERESES BANCARIOS			52072,79	46379,41	22007,14	45605,62
	DONACIONES EN EFECTIVO Y OTROS			70396,40	9851,87	3108,72	4901,07
	INGRESOS VARIOS						
	INGRESOS VARIOS						
	INGRESOS VARIOS			9678,76	34727,92	223955,70	69911,53
COSTOS				78823,31	106301,22	192358,04	384233,12
	COSTO DE VENTAS						
	COSTOS DE VENTAS			78823,31	106301,22	192358,04	384233,12
	MEDICOS Y ART. ASEO PERSONAL						
GASTOS				1209481,96	1662705,40	2008171,15	3291018,07
	GASTOS OPERATIVOS						
	GASTOS						
	NOMINA			645101,60	1039043,71	1024650,19	1649111,32
	BENEFICIOS AL PERSONAL			21329,97	50659,64	29916,11	71394,83
	GASTOS GENERALES			108579,54	130735,22	152738,89	267780,57
	SERVICIOS BASICOS			25772,59	34499,25	35926,80	50724,32
	MANTENIMIENTO y REPARACIONES			91902,43	63892,07	67441,61	60045,33
	SERVICIOS VARIOS			283783,15	281300,90	317109,82	415417,99
	GASTO PROVISIONES CTAS. POR COBRAR			0,00	30059,70	117702,35	125342,85
	DEPRECIACIO DE ACTIVOS			17714,00	0,00	207032,83	358285,28
	JUBILACION PATRONAL			0,00	0,00	39106,57	91539,61
	GASTOS NO OPERATIVOS						
	GASTOS NO OPERATIVOS						
	GASTOS FINANCIEROS			2346,03	6817,68	5315,49	11946,97
	GASTOS DE GESTION			12952,65	25697,23	14057,13	194318,80
	DESCUENTO EN COMPRAS						
	DESCUENTO EN COMPRAS					-2826,64	-4889,80
RESULTADO DEL EJERCICIO				894478,16	377888,45	534424,39	642650,36

Fuente: (Sánchez, 2016)

3.6 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL ACTUAL DE LA INSTITUCIÓN

3.6.1 Capacidad Instalada

Con la construcción del Pabellón Geriátrico Nuevo Amanecer en el 2012 y, posteriormente inaugurado en junio del 2014, la institución da un giro importante en su

gestión, ya que esta nueva unidad permitió proyectar una readecuación y reubicación integral de las demás unidades; así por ejemplo, la unidad de psiquiatría y adicciones que, hasta ese momento compartían las camas y servicios, fueron separadas y, el tratamiento de adicciones se trasladó a las instalaciones que hasta ese entonces eran utilizadas por los pacientes de psicogeriatría y cuidados paliativos. Por otro lado, la nominación del Pabellón Geriátrico “Nuevo Amanecer” permitió pensar en los nombres de los otros pabellones para la respectiva ubicación e identificación.

En la tabla 18 se puede conocer los nombres de las unidades (pabellones) y su capacidad instalada según registros hasta Diciembre del 2015.

Tabla 18. Capacidad instalada Centro de Reposo San Juan de Dios

CAPACIDAD INSTALADA CENTRO DE REPOSO SAN JUAN DE DIOS		
UNIDAD	SUBESPECIALIDAD	CAMAS
PABELLÓN GERIÁTRICO NUEVO AMANDECER	PSICOGERIATRÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS	84
PEBELLÓN SAN RICARDO PAMPURI	ADICCIONES	25
PABELLÓN SAN BENITO MENNI	PSIQUIATRÍA HOMBRES	42
PABELLON VENERABLE FRANCISCO CAMACHO	PSIQUIATRÍA MUJERES	40
TOTAL		191

Fuente: (Miyashiro, 2016)

3.6.2 Relación de la institución con el Ministerio de Salud Pública

En Septiembre del 2014, el MSP categoriza a la institución como “Centro Especializado de Tercer Nivel de Atención”, según la tipología de las Unidades Operativas del Sistema Nacional de Salud se ubica como “un establecimiento que presta servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, de referencia nacional, resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta” (Ministerio de Salud Pública, 2012)



Figura 12. Centro de Reposo San Juan de Dios integrado en la Red de Servicios
Fuente: (Reina, 2016)

De esta manera la institución se ubica en el “Modelo de Atención Integral de Salud” en la “Red Complementaria de Salud” conformada por clínicas y hospitales privados que prestan servicios al Ministerio de Salud Pública el cual, a su vez es el órgano rector del Sistema Nacional de Salud.

3.6.3 Usuarios / clientes

En Economía, un cliente es una persona natural o jurídica que realiza compras repetidas a menudo o, cuyo intervalo de tiempo entre una compra y otra es más corta que el realizado por el resto de clientes y, un proveedor de servicios es una persona o empresa que provee o abastece de todo lo necesario para un fin a grandes grupos, asociaciones, comunidades, etc. (Wikipedia, s.f.)

En el caso del Centro de Reposo San Juan de Dios, la institución es un proveedor de servicios hospitalarios, donde sus clientes son: el MSP, IEES, IEES CAMPESINO, ISSFA, ISSPOL y, los usuarios son los pacientes derivados de cada una de los componentes de esta “Red Pública Integral de Salud”, pacientes particulares y de beneficencia.

Se puede decir que, el comportamiento de la atención en la institución, se ha venido manejando desde el 2013 en un 83/17, es decir, el 83% de los usuarios son derivados de los clientes de la RPIS, mientras que el 17% pertenece a usuarios particulares y de beneficencia, sin embargo, este dato no es fijo, ya que depende del grado de morbilidad que dicho comportamiento tenga en un tiempo determinado y demanda de usuarios. Así por ejemplo, en la tabla 19 se observa que a la fecha 31 de Marzo del 2016 de las 191

camas disponibles, 135 están ocupadas y, de este número solo 7 pertenecen a pacientes particulares, es decir, solo un 5,1851% son usuarios que no utilizan los servicios de seguridad social o seguridad privada, por carecer de afiliación o simplemente porque no lo quieren utilizar y pagan por cuenta propia. De este 5,1851% usuarios, existen pacientes también que son subsidiados por la institución, parcial o totalmente.

Tabla 19. Atención a usuarios al 31 de marzo del 2016

ATENCIÓN DE USUARIOS AL 31 DE MARZO DEL 2016					
IESS	ISSFA	ISSPOL	MSP	PARTICULARES	TOTAL
98	25	1	4	7	135

Fuente: (Romero, 2016)

3.6.4 Debilidades en la gestión período 2013 – 2015

Una de las grandes debilidades que tiene la institución es, no contar con un sistema estadístico definido, actualmente todos los registros de indicadores asistenciales son administrados por el departamento de admisiones y, a la hora de solicitar información de parte de otras áreas, la entrega se torna lenta y hasta a veces imprecisa, además, ciertos procesos de información médica son gestionados de forma manual.

Esta particularidad hace que, el Centro de Reposo pierda la oportunidad de minar los datos y, sobre ellos obtener información que genere acciones de marketing que contribuyan a emprender estrategias que ayuden a rentabilizar la institución y lograr ventaja competitiva.

3.6.5 Avances

Con la construcción y readecuación de las unidades de atención, la institución no solamente logró una posición en la categorización como Centro Especializado de Tercer Nivel de Atención, sino que más bien dio paso a mejorar su estilo de trabajo y ampliar su portafolio de servicios. Así por ejemplo, entre el 2014 y 2015 se inicia el levantamiento de la información para los procesos del Sistema de Gestión de Calidad basados en las Normas ISSO 9001-2008, se mejoraron los sistemas de terapia física y ocupacional y, se implementaron las terapias recreativa, deportiva, respiratoria y espiritual, la capacidad de atención se incrementó en un 124% pasando de 85 a 191 camas, se implementaron las normas internacionales de Información financiera NIFS, se insertaron al proceso de gestión nuevas áreas administrativas como Calidad y Proyectos, Seguridad y Salud Ocupacional, Pastoral Vocacional, Comunicación y Marketing y Servicios Generales, Activos Fijos y Bodegas y; se reinsertaron áreas como Talento Humano, Pastoral de la Salud y Social. Actualmente, todas estas áreas de gestión, se encuentran avanzando en sus procesos de gestión.

En la tabla 20 se evidencia en detalle el Mapa de Procesos que actualmente involucra a las coordinaciones arriba mencionadas en el objetivo de levantar la información para el Sistema de Gestión de Calidad.

Tabla 20. Mapa de Procesos Centro de Reposo San Juan de Dios

MAPA DE PROCESOS CENTRO DE REPOSO SAN JUAN DE DIOS-QUITO	
PROCESOS GOBERNANTES	
DIRECCIÓN ESTRATÉGICA GESTIÓN DE CALIDAD DOCENCIA E INVESTIGACIÓN COMUNICACIÓN Y MARKETING SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL	
PROCESOS PRINCIPALES (CADENA DE VALOR)	
GESTIÓN DEL SERVICIO AL CLIENTE RECEPCIÓN DE PACIENTES EJECUCIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO	
PROCESOS DE APOYO	
APOYO MÉDICO	
TERAPIAS FARMACIA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA SERVICIO SOCIAL ENFERMERÍA	
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	
COMPRAS MANTENIMIENTO Y SEGURIDAD DE INFRAESTRUCTURA GESTIÓN DE CONVENIOS	
GESTIÓN FINANCIERA	
ADMINISTRACIÓN PRESUPUESTARIA CONTROL DE ACTIVOS REGISTRO CONTABLE GESTIÓN DE EGRESOS GESTIÓN DE INGRESOS	
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	
SELECCIÓN DE PERSONAL DESARROLLO DE PERSONAL	
GESTIÓN DE SISTEMAS	
MANTENIMIENTO Y SOPORTE A USUARIOS REDES Y COMUNICACIONES ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD DE BASES DE DATOS Y	

Fuente: (Tapia, 2016)

3.7 LINEAMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN CON LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS, PROVINCIA SUDAMERICANA SEPTENTRIONAL

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, es una institución católica sin ánimo de lucro, con presencia en 53 países de los cinco continentes y más de 400 puntos de atención, 1250 Hermanos, 40000 colaboradores aproximadamente y, varios programas de acción social y de salud con fuerte compromiso humanitario.

Para efectos de carácter administrativo y operativo, la Orden Hospitalaria se divide en veinte y dos provincias, una vice provincia, dos delegaciones generales y ocho delegaciones provinciales, su sede está en Roma y su denominación es “Curia General”, una provincia es un territorio con un número de obras apostólicas y Comunidades de Hermanos bajo un Superior Provincial, con sede en un país específico y su denominación es “Curia Provincial”. En Ecuador la Orden está presente con dos obras; una socio sanitaria que es el Centro de Reposo San Juan de Dios y, una obra social que es el Albergue San Juan de Dios. Ambas obras pertenecen a la Provincia Sudamericana Septentrional con sede en Perú.

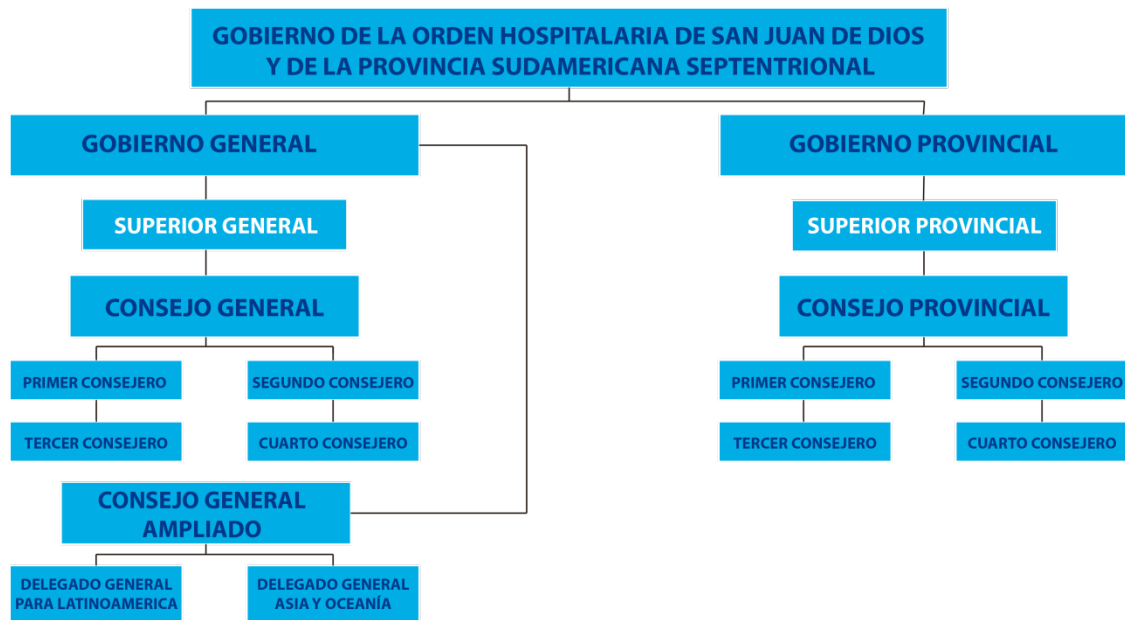


Figura 13. Estructura organizativa de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y de la Provincia sudamericana Septentrional.

Fuente: (Meza, 2016)

La Provincia Sudamericana Septentrional tiene bajo su jurisdicción 15 unidades de atención y gestión social; dos en Ecuador, nueve en Perú y cuatro en Venezuela, dentro de su plan estratégico, camina hacia una gestión hospitalaria integral desde una planeación que se anticipe al futuro y, una estrategia que logre la diferenciación frente a los demás actores del sector de salud.

En la tabla 21 se observan los lineamientos estratégicos que la gestión provincial trabaja.

Tabla 21. Lineamientos estratégicos Provincia Sudamericana Septentrional

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS	
NÚMERO	LINEAMIENTO
1	Modelo Clínico asistencial enfocado en la atención primaria
2	Desarrollo de excelencia en gestión hospitalaria
3	Implementar proyectos integrales e innovadores de servicios de salud enfocado en la persona
4	Establecer estrategias y servicios de medicina extrahospitalaria y telemedicina
5	Corporativización y desarrollo de unidades estratégicas de servicios
6	Maximizar el desempeño para rentabilizar los centros y lograr su sostenibilidad
7	Atender y cuidar la dimensión espiritual de la persona, relacionada con las otras dimensiones del ser humano (biológico, psicológico y social)
8	Transmisión de principios, valores e identidad de la Orden, como garantía de la Cultura Hospitalaria en cada centro.
9	Garantizar la defensa de la vida en cada uno de los centros.

Fuente: (Meza, 2016)

Tabla 22. Objetivos estratégicos Provincia Sudamericana Septentrional

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS APLICADOS A LA GESTIÓN		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
1.- Implantar una estructura organizacional corporativa de tipo matricial con estrategias de gestión en red para los servicios asistenciales y fortalecimiento de nuestra identidad	1.1.	Desarrollar una estrategia de ejecución económica financiera inteligente
	1.2.	Reestructurar e implementar el Plan Provincial de Pastoral de la Salud y Social, que esté basado en los documentos eclesiales de la Iglesia Católica y los documentos propios de la OHSJD
	1.3.	Implantar servicios corporativos
	1.4.	Implementar una gestión de la comunicación corporativa efectiva
	1.5.	Implantar una gestión del Talento Humano para el fortalecimiento de la cultura e identidad hospitalaria
	1.6.	Modernizar y mejorar la infraestructura, infoestructura y equipamiento según estándares
	1.7.	Ejecutar proceso y procedimientos éticos para los centros, a través de un comité de bioética provincial
	1.8.	Desarrollar una estructura y marco legal que de soporte y protección a las
	1.9.	Desarrollar un programa de formación que promueva la transmisión del carisma, creación de identidad y encarnación de la Cultura Hospitalaria
2.- Desarrollar un modelo asistencial basado en atención primaria integrado a estrategias de medicina extra hospitalaria y telemedicina	2.1.	Establecer los principios y políticas del modelo de salud
	2.2.	Definir el modelo de organización de los centros y corporativamente de modo coherente con el Modelo de Salud
	2.3.	Desarrollar el Sistema de Promoción y Protección de la Salud, utilizando la estrategia de la georeferenciación
	2.4.	Diseñar e implementar el Proceso de Atención asistencial en la Provincia
3.- Desarrollar una oferta de valor de servicios atractivos enfocada en el cliente.	3.1.	Definir un catálogo corporativo de precios diferenciados sobre la base del
	3.2.	Identificación y evaluación del mercado objetivo/ segmentos de significancia/ márgenes por segmentos
	3.3.	Evaluación de Posicionamiento y estrategias de Minería de Nicho
	3.4.	Desarrollo de Productos y Servicios en función del Mercado Objetivo
	3.5.	Desarrollo de acuerdos con socios estratégicos para proporcionar la Oferta Comercial diseñada
	3.6.	Definición de la estrategia de marketing y su aplicación/ Mix de canales a utilizar/ Modelo de ventas directas/ informes de seguimiento y control

Fuente: (Meza, 2016)

Tanto en la tabla 21 como en el 3.15, los ítems que están remarcados, tienen estrecha relación con la estrategia de posicionamiento de marca y los objetivos perseguidos en este trabajo de investigación que, a su vez se alinea a los requerimientos del Plan Estratégico que la Provincia Sudamericana Septentrional requiere hasta el 2020, en el caso de la tabla 22 los ítems remarcados con color amarillo requieren de una participación más directa desde la gestión de marca.

3.8 EL CAMINO HACIA LA SOSTENIBILIDAD

Actualmente la organización ha empezado a generar primeros indicadores de sostenibilidad en dos ámbitos específicos; en el cuidado del ambiente y en el ámbito social.

Por su parte, en el cuidado del ambiente se genera un ahorro de energía, utilizando paneles solares que abastecen de agua caliente, así mismo se realizaron cambios de focos incandescentes a focos de optimización de energía y, el manejo de residuos sólidos y líquidos, renovando así la licencia que otorga el Ministerio del Ambiente y el permiso del Emgirs-ep extendido por la Empresa Pública Metropolitana De Gestión Integral de Residuos Sólidos.

En lo que tiene que ver con áreas verdes, la institución cuenta con aproximadamente el 40% de espacio destinado a jardines y huertos de un total de cinco hectáreas que comprende el predio. Esta característica, propia de los Centros de San Juan de Dios en el mundo, le ha dado cierta ventaja competitiva frente a los demás actores del sector, ya que permite a la institución mantener grandes extensiones de jardines y áreas verdes que son aprovechadas por los colaboradores, los pacientes y sus familias y, a la vez también generar programas y proyectos de cultivo orgánico para el autoconsumo.

En lo referente al ámbito social, parte de los recursos financieros son direccionados a la obra del Albergue San Juan de Dios – Quito, especialmente en la contratación de

algunos profesionales del área administrativa y de la salud y, requerimientos específicos de acuerdo a las necesidades de dicha obra.

Sin embargo, y, a pesar de todos los esfuerzos, la organización necesita emprender en proyectos que demanden de una acertada interacción con su entorno, especialmente con sus barrios vecinos y sus organizaciones y, así lograr romper barreras y estereotipos que, en la actualidad están presentes y de esta manera caminar hacia la sostenibilidad.

CAPITULO IV

4. GESTIÓN DE LA IMAGEN CORPORATIVA

4.1 DEFINICIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE BRANDING

4.1.1 Concepto y antecedentes

Una marca es combinación de atributos, tangibles e intangibles, simbolizados por una marca registrada que, si se gestiona adecuadamente, genera valor e influencia. El concepto de valor puede interpretarse de varias maneras: desde el punto de vista del marketing o del consumidor es la promesa y la materialización de una experiencia; desde la perspectiva empresarial, supone la seguridad de alcanzar beneficios futuros; y, desde la óptica jurídica, es un elemento concreto de la propiedad intelectual (Llopis, 2011)

Branding es un anglicismo empleado en mercadotecnia que hace referencia al proceso de hacer y construir una marca (en inglés, brand equity), mediante la administración estratégica del conjunto total de activos vinculados en forma directa o indirecta al nombre y/o símbolo (logotipo) que identifican a la marca influyendo en el valor de la marca, tanto para el cliente como para la empresa propietaria de la marca (Wikipedia, s.f.)

Marcas como IBM, APPLE, NOKIA, SAMSUNG, TOYOTA, entre otras, son los líderes indiscutibles y, representan un modelo de cultura empresarial que se ha extendido a lo largo de todo el planeta y, en todo lugar se los identifica por su liderazgo, calidad y responsabilidad social.

La marca Centro de Reposo San Juan de Dios, constituye una institución sin fines de lucro de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, organización que brinda servicios de salud y sociales y, tiene presencia en el Ecuador durante 50 años.

La marca representa características tangibles e intangibles que crea condiciones especiales para que, cada uno de los usuarios se identifique con ellas y, adicionalmente, creen expectativas en los nuevos servicios que ofrecen de forma que los usuarios siempre estén pendientes de ellas creando una lealtad hacia la marca.

Una organización que ha administrado correctamente la marca ha logrado combinar de una manera efectiva lo que es tangible y lo intangible, es decir, que ha logrado que el usuario identifique y quiera a la marca, que combine la accesibilidad del servicio, la funcionalidad de la empresa y la experiencia del usuario.

Una administración adecuada de la Marca Centro de Reposo San Juan de Dios es importante porque:

- Personificará la marca.
- Tendrá un nombre que identifique el servicio claramente y al instante.
- Su logotipo debe despertar la atención del usuario.
- Deberá generar una experiencia vivencial en los usuarios.
- Transmitirá valores y principios.

El Centro de Reposo San Juan de Dios se rige por el siguiente organigrama a nivel mundial:

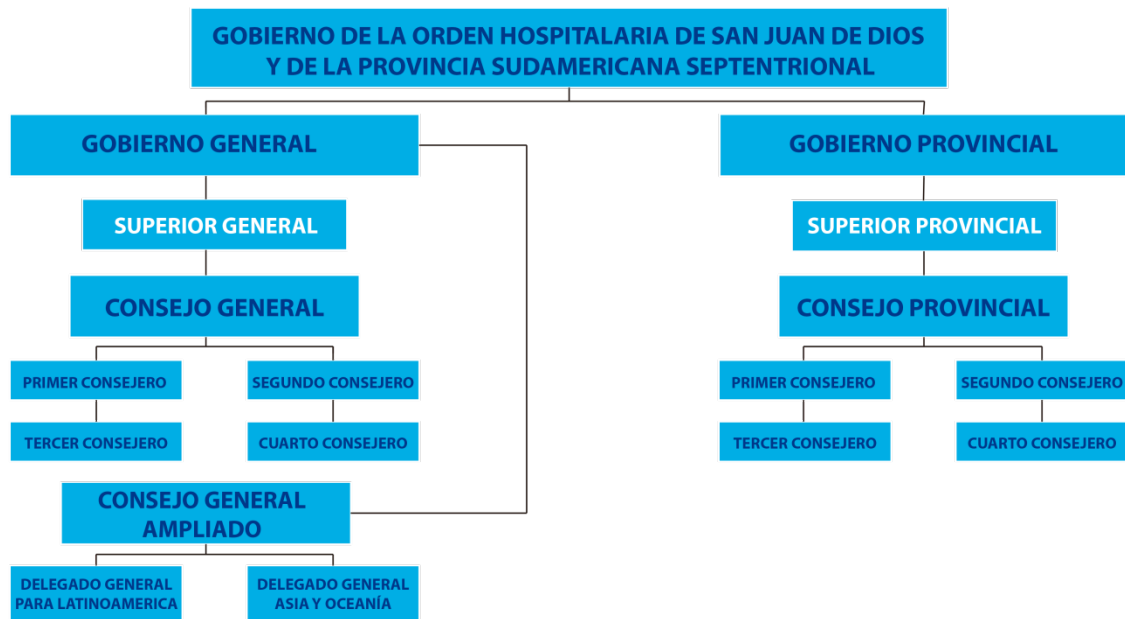


Figura 14. Estructura organizativa de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y de la Provincia sudamericana Septentrional.

Fuente: (Meza, 2016)

Con el propósito de mantener un adecuado nivel de comunicación y administración de cada uno de los organismos de salud diseminados en el mundo, en su caso, el Centro de Reposo San Juan de Dios reporta al “Superior Provincial” cuya sede de su gobierno provincial se encuentra en Lima – Perú.

4.1.2 Importancia de la marca

Sin un uso adecuado de la marca, la institución no trasciende y puede desaparecer, sin embargo, gestionar su marca para convertirla en perdurable en el tiempo no es tarea fácil, se requiere de mucho trabajo y acertadas ideas para que pueda ingresar y

mantenerse en la sociedad, no solo basta conseguir que ingrese en la mente del usuario sino en la vida misma.

Por consiguiente, el buen uso de la marca de la institución es importante porque:

- Ayudará a recordar el servicio brindado y permitirá crear intención de recompra.
- Promoverá la diferenciación con los demás servicios similares que se encuentran en el mercado.
- Creará confianza en el usuario.
- Desarrollará sentimientos de pertenencia y aspiraciones en el usuario.
- Será el principal valor de la institución con la enorme posibilidad de perdurar en el tiempo, superando en algunas ocasiones al servicio como tal.
- Será el puente que une la relación entre la institución y el usuario, de su gestión depende la ruptura o permanencia de dicha relación.
- No será subjetiva, su gestión será medible siempre y cuando se utilice una herramienta efectiva para su evaluación.
- Ayudará al desarrollo del ser humano e impulsará el mejoramiento de su vida.
- Entregará una promesa al usuario y fidelizará la institución.

El crecimiento sostenible que se verifica en estos cuatro últimos años en la institución, permite pensar que en lo posterior es viable crear un plan de desarrollo de marca que consolide la imagen institucional. En este contexto, la institución busca posicionarse como líder y referente en su ámbito de acción y, busca por medio de la penetración de su marca, tener mayor participación de mercado.

El desarrollo de la marca “Centro de Reposo San Juan de Dios” será de vital importancia porque:

- Permitirá consolidar su posición en el sector de la salud.
- Promocionará su modelo de atención hospitalaria.
- Permitirá estudiar la posibilidad de incrementar especialidades previo un estudio de mercado.
- Revalorizará la presencia y permanencia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en el país.

4.1.3 Elementos de la marca

Es importante mencionar que desde la perspectiva visual, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en el mundo no cuenta con un sistema de desarrollo de marca unificado, esto quiere decir que cada “gobierno provincial”, entiéndase por gobierno provincial, a la jurisdicción geográfica de sus unidades de atención distribuida en los cinco continentes, organizada por la entidad para efectos de optimizar su administración; maneja de forma autónoma la adaptación de los elementos de la marca de acuerdo a su realidad, actualmente cada “provincia” ha ido adaptando la marca de acuerdo a sus necesidades y objetivos propios de cada región, con líneas gráficas diferentes y colores variados, pero en su mayoría han conservado el símbolo y el nombre.

En la figura 15 se puede notar de manera integral las diferencias de los elementos entre una “provincia” y otra.

SISTEMA DE CODIFICACIÓN DE MARCA GLOBAL				
GOBIERNO GENERAL	GOBIERNO REGIONAL	CONTINENTE	PAIS SEDE	MARCA GOBIERNO REGIONAL
 ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS CON SEDE EN ROMA ITALIA	PROVINCIA SUDAMERICANA MERIDIONAL	AMERICA DEL SUR	ARGENTINA	 ORDEN HOSPITALARIA DE San Juan de Dios PROVINCIA SUDAMERICANA MERIDIONAL
	PROVINCIA SUDAMERICANA SEPTENTRIONAL	AMERICA DEL SUR	PERÚ	 ORDEN HOSPITALARIA DE San Juan de Dios PERÚ (HIMBUZILLA) OCUAYOS
	PROVINCIA COLOMBIANA	AMERICA DEL SUR	COLOMBIA	 ORDEN HOSPITALARIA DE San Juan de Dios PROVINCIA COLOMBIANA
	PROVINCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS	AMERICA DEL NORTE	USA	 HOSPITALIER ORDER Saint John of God USA PROVINCE
	PROVINCIA DEL BUEN PASTOR DE NORTEAMERICA	AMERICA DEL NORTE	CANADÁ	 Hospitaller Order of Saint John of God Province of the Good Shepherd in North America
	PROVINCIA DE MEXICO Y AMERICA CENTRAL	AMERICA CENTRAL	MEXICO	 SAN JUAN DE DIOS
	PROVINCIA IRLANDESA	EUROPA	IRLANDA	 Saint John of God Hospitaller Ministries (Nursing - Dietetics - Justice - Counselling - Education)
	PROVINCIA INGLESA	EUROPA	GRAN BRETANIA	 Hospitaller Order of Saint John of God
	PROVINCIA BÉTICA	EUROPA	ESPAÑA	 ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS Provincia Bélica
	PROVINCIA DE CASTILLA	EUROPA	ESPAÑA	 HSJD ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Provincia de San Juan de Dios
	PROVINCIA DE ARAGÓN-SAN RAFAEL	EUROPA	ESPAÑA	 Orden Hospitalaria de San Juan de Dios Provincia de Aragón - San Rafael
	PROVINCIA FRANCESA	EUROPA	FRANCIA	 ORDRE HOSPITALIER SAINT JUAN DE DIOS
	PROVINCIA BAVARESA	EUROPA	ALEMANIA	 BARMHERZIGE BRÜDER ÖSTERREICH
	PROVINCIA AUSTRIACA	EUROPA	AUSTRIA	 BARMHERZIGE BRÜDER ÖSTERREICH
	PROVINCIA ROMANA	EUROPA	ITALIA	 Ospedale San Pietro FATEBENEFRATELLI
	PROVINCIA LOMBARDO-VENETA	EUROPA	ITALIA	 PROVINCIA LOMBARDO-VERETA
	PROVINCIA DE COREA	ASIA	COREA	 천주의 성 요한 의료봉사 수도회 Hospitaller Order of St. John of God
	PROVINCIA DE AUSTRALIA	OCEANÍA	AUSTRALIA	 The Hospitaller Order of St John of God Oceania Province
	PROVINCIA DE POLONIA	EUROPA	POLONIA	 BONIFRATRY
	PROVINCIA DE PORTUGAL	EUROPA	PORTUGAL	 ORDEM HOSPITALARIA DE S. JOÃO DE DEUS
	PROVINCIA INDIA	ASIA	INDIA	 Hospitaller Order of St. John of God St. Thomas Province, India

Figura 15. Codificación de la marca global

Fuente: (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, 2016)

Sin embargo, existe la intención de entrar en la dinámica de homologar la marca con el objetivo de encaminar el trabajo hacia un mejor posicionamiento, para seguir brindando el servicio y perdurar en el tiempo. Por ejemplo, en el caso de las “Provincias” Sudamericana Septentrional, Meridional y Colombiana, ya cuentan con una estructura visual establecida que se extiende a todas y cada una de sus unidades de atención.

La “Provincia Sudamericana Septentrional”, con sede en Lima – Perú y que, a la vez, es el órgano rector del Centro de Reposo san Juan de Dios, ha establecido la siguiente línea gráfica para sus unidades de atención:

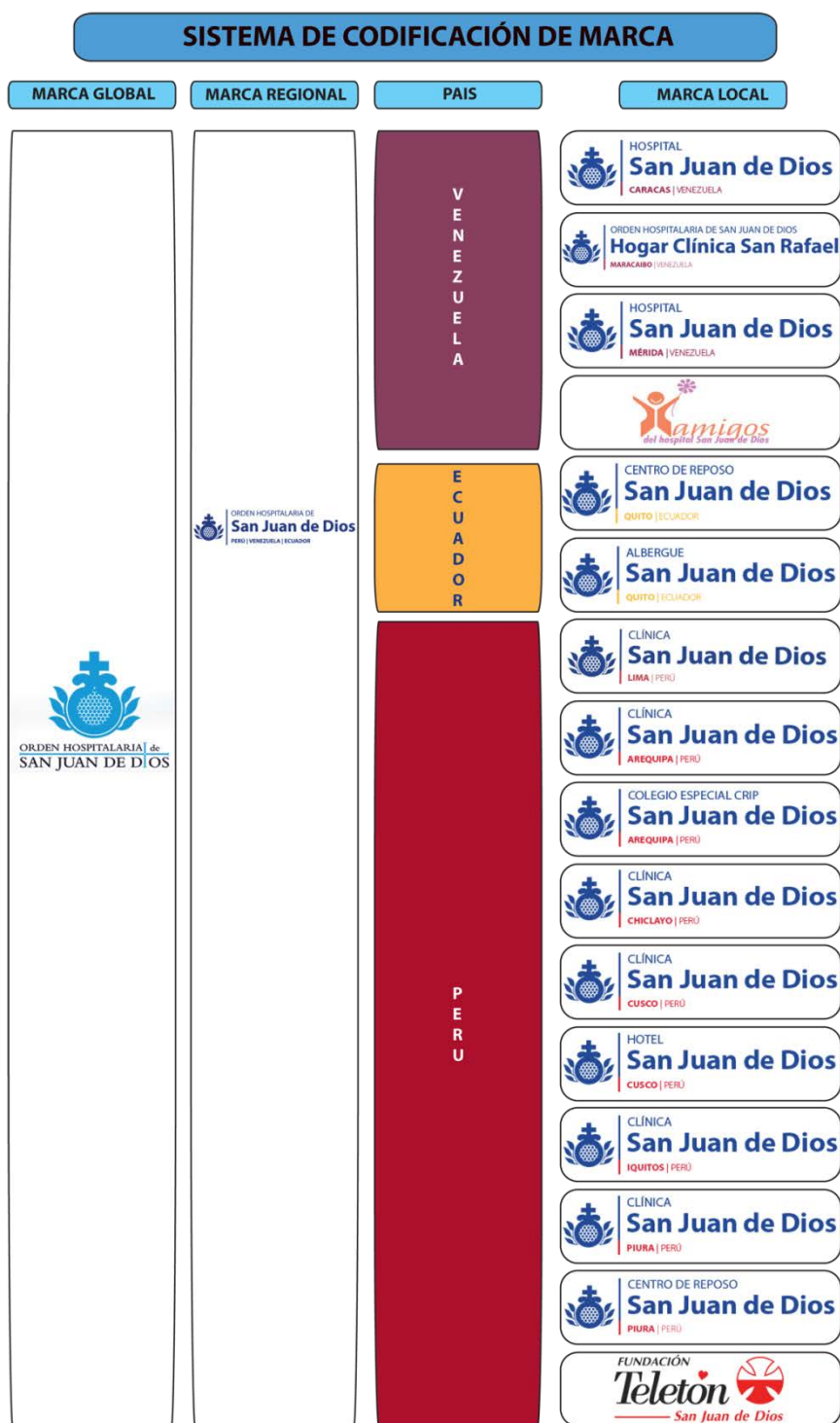


Figura 16. Codificación de la marca regional

Fuente: (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, 2016)

Como se puede ver en la gráfica, de todas las unidades de atención, los logotipos de las fundaciones únicamente difieren de la línea gráfica establecida, ya que tienen vínculos con otras marcas que cooperan con la organización, las cuales manejan su gestión con políticas propias.

En la figura 17 se identifican los elementos de la marca desde la perspectiva visual:

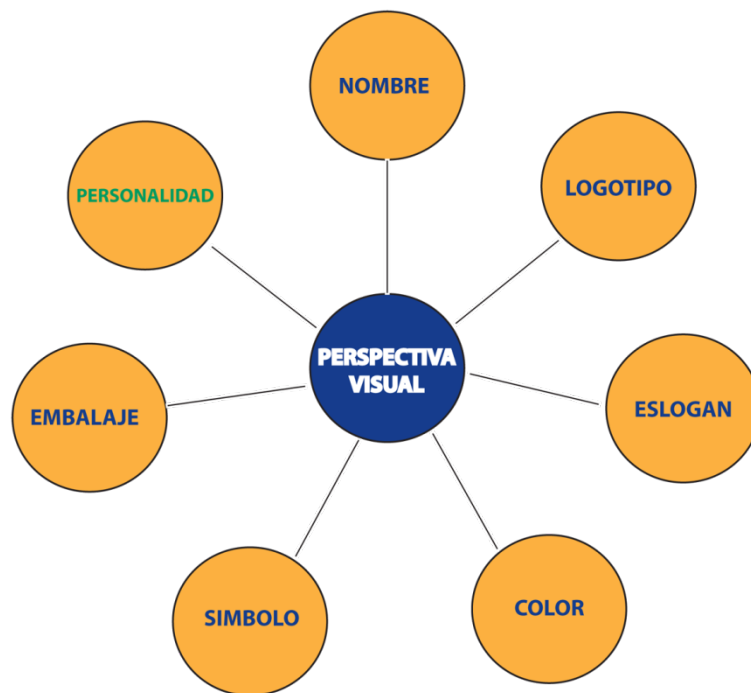


Figura 17. Elementos de marca desde la perspectiva visual.

4.1.3.1 Nombre

El nombre de la marca es “San Juan de Dios” y se atribuye al patrono de la Orden Hospitalaria, Juan Ciudad, posteriormente santificado por la Iglesia Católica y el nombre “Centro de Reposo San Juan de Dios vendría a ser la marca comercial.

4.1.3.2 Logotipo

La combinación de la granada como símbolo y el nombre Centro de Reposo San Juan de Dios, acompañado de las palabras Quito, Ecuador constituyen el logotipo de la institución, las letras o palabras identifican a la marca y su ubicación geográfica y, el símbolo asocia inmediatamente a aquello que representa.

4.1.3.3 Eslogan

“Nuestra prioridad, la Hospitalidad”

4.1.3.4 Color

Hasta hace tres años atrás, los colores de la marca no estaban definidos, se utilizaba el color rojo como color principal y el color azul como secundario. En la actualidad el color azul es el principal y el amarillo el secundario.

4.1.3.5 Símbolo

El símbolo es una granada (fruta) haciendo alusión a la ciudad de Granada - España, lugar donde empezó la Orden como tal.

4.1.3.6 Embalaje

No aplica para el Centro de Reposo San Juan de Dios.

4.1.3.7 Personalidad

Es una institución de credo católico que brinda servicios asistenciales y sociales.



Figura 18. Logotipo del Centro de Reposo San Juan de Dios

Fuente: (Centro de Reposo San Juan de Quito, 2014)

Por consiguiente, la marca Centro de Reposo San Juan de Dios, desde la perspectiva visual, cumple con los parámetros en un 90%, sin embargo, se debe destacar que el nombre comercial no está acorde a los servicios que actualmente brinda la institución, al estar codificado como hospital especializado de tercer nivel de atención por el MSP desde el 2014, se recomienda analizar la posibilidad de un cambio de nombre comercial a Hospital o Clínica San Juan de Dios.

4.1.4 Características de la marca

4.1.4.1 Personalidad

La institución ha sido reconocida desde sus inicios como un centro de rehabilitación que brinda su servicio desde la perspectiva religioso – católica. Se puede resumir que, los rasgos más característicos de la personalidad de su marca, la definen como una institución religiosa privada comprensiva, responsable y sincera que brinda atención específica.

En la tabla 23 se propone que con un adecuado plan de marketing y una correcta comunicación, se puede lograr mejorar los rasgos de personalidad que actualmente tiene la institución, corrigiendo aquellos que no están bien encaminados y, proyectar la marca hacia otros sectores que todavía no existen o no han sido explotados.

Tabla 23. Personalidad de la marca Centro de Reposo San Juan de Dios

PERSONALIDAD DE LA MARCA CENTRO DE REPOSO SAN JUAN DE DIOS	
LO QUE ES	LO QUE DEBE LLEGAR A SER
Sincera	Solidaria
Comprensiva	Acogedora
Da trabajo	Comprometida con los pacientes y sus familiares, los proveedores y colaboradores
Trabajadora	Carismática
Brinda apoyo	Alegre
	Brinda atención en psicología clínica
Los estudiantes hacen prácticas docentes	Sólidas relaciones con universidades y escuelas de postgrado y otras instituciones
Tiene convenios de prestación de servicios	Tiene tratamientos de rehabilitación física y Psicorehabilitación
Es una institución privada	Es una institución privada sin fines de lucro
Organizada	Seria
Es espiritual	Brinda acompañamiento espiritual desde la inteligencia espiritual y la programación neurolingüística
Católica	Hermanos de San Juan de Dios
Brinda atención médica especializada	Brinda atención médica de calidad a pacientes adultos mayores, personas con problemas de la mente y personas con problemas de adicción a las drogas y al alcohol
Responsable	Trabaja con calidad
A veces es indiferente	Enfoque en el que más necesita
	Confiable
	Segura
Humana	Humana

4.1.4.2 Imagen

Imagen percibida (de afuera hacia dentro).- Institución de convenio, de especialidad, buenas instalaciones, tiene consulta externa.

La imagen real o la realidad de la marca.- (de adentro hacia dentro) Institución de los hermanos de San Juan de Dios, oportunidad de crecer, buenas instalaciones, católica, sin fines de lucro, a mayor pacientes mayor trabajo, sueldos de acuerdo al mercado laboral, clima laboral no muy amigable.

La imagen deseada (su identidad).- Buena atención médica y buen trato a los pacientes, diagnóstico médico acertado y amabilidad, calidad en la atención global y buenas prácticas para la seguridad del paciente, coherencia con la misión, visión y valores de la institución.

Identidad.- Centro de cuidado de ancianos y rehabilitación de adictos y enfermos mentales. La institución debe encaminarse a:

- Hospital especializado de calidad.
- Programas de rehabilitación e inserción social y familiar.
- Compromiso y solidaridad con la sociedad (visitas domiciliarias gratuitas).
- Campañas médicas gratuitas.
- Participación ciudadana.
- Participación en eventos de salud y bienestar.

- Relaciones públicas con entidades dedicadas a la difusión de prevención de drogas, enfermedades mentales producto de problemas sociales.
- Capacitación en geriatría y cuidado al adulto mayor.
- Capacitación a asistentes del adulto mayor.

Carácter distintivo.- Desde el punto de vista jurídico se entiende que la marca "Centro de Reposo San Juan de Dios" no ha sido registrada, por lo que todavía no ha logrado obtener los derechos de propiedad intelectual en el país. Desde el punto de vista de posicionamiento, la institución tiene fuerte penetración en la Red Pública de Salud por medio de la Red Complementaria, tiene servicios bajo la modalidad de consulta externa como, Psicología Clínica y Rehabilitación que todavía no están completamente difundidos.

4.1.5 Tipos de marca

El objetivo de este análisis es conocer los tipos de marca desde un enfoque comercial y legal.

4.1.5.1 Enfoque comercial

Articula los conceptos de arquitectura de marca, identificando los modelos de gestión que las empresas utilizan para posicionarse en el mercado y crecer.

En la tabla 24 se definen las marcas y el respectivo modelo de gestión que integra la arquitectura de marca.

Tabla 24. Arquitectura de Marca

ARQUITECTURA DE MARCA	
MARCA	MODELO DE GESTIÓN
Única o paraguas	Monolítico
Autónoma o libre	Multimarca
De respaldo o endosada	Endosado
Blanca	Monolítico

Fuente: (Córdova, 2015)

Para interpretar la estructura de la tabla 24 se debe conocer qué se entiende por arquitectura de marca.

La arquitectura de marca viene a ser la política de marcas de una compañía; establece la manera en que ésta estructura su catálogo de productos y servicios en el contexto del mercado, comercializándolos de maneras diferenciadas o agrupadas. Es posible diferenciar tres estrategias diferentes en función de los diferentes roles de marca: El modelo de marca monolítica, el de marca respaldada y el de marca individual“ (Zorraquino, 2016)

En este sentido, la arquitectura de marca es importante en el desarrollo de una organización porque:

- Garantiza seguridad y organización en la gestión de ventas del servicio.

- Ofrece una herramienta estratégica que permite diseñar, ejecutar y evaluar los objetivos de marca institucional.
- Ayuda a que la empresa se destaque en el mercado.
- Organiza la cartera de servicios de la empresa.
- Ayuda a definir criterios para extender líneas de servicios.
- Define un modelo de gestión de marca específico.

Por tanto, la arquitectura de marca establece, qué tipo de marcas son inherentes a un modelo de gestión determinado de un servicio. Sin embargo, la arquitectura de marca es más afín a servicios cuyas organizaciones trabajan con fin de lucro, por lo que para el Centro de Reposo San Juan de Dios este enfoque comercial no aplica ya que su labor es eminentemente social, la institución no busca vender comercialmente sus servicios, sino más bien a través de la cooperación sanitaria, pretende subsidiar a un segmento de la población que no cuenta con los recursos suficientes para cubrir las necesidades socio sanitarias.

4.1.5.2 Enfoque legal

Desde la perspectiva legal las marcas son derechos de propiedad intelectual que deben protegerse a través de su registro, el cual le otorga a la organización los derechos de uso, en contraposición con la intención de que otra empresa quiera utilizar la misma marca o una parecida y perder participación de mercado

Para la Oficina Española de Patentes y Marcas (OEPM) en la mayor parte de las empresas, una marca elegida y utilizada con esmero representa un valioso activo comercial; para algunas puede ser incluso el activo más valioso que poseen. Esto se debe a que los consumidores valoran las marcas, su reputación, su imagen y el conjunto de cualidades que asocian a la marca y, están dispuestos a pagar más por un producto de marca que reconocen y que responde a sus expectativas. Así, el mero hecho de ser titular de una marca cuya imagen y reputación sean buenas, concede a la empresa una clara ventaja sobre sus competidores (OEPM, 2015)

La OEMP clasifica los tipos de marcas en seis grupos: las marcas de fábrica o de comercio, de servicio, colectivas, de garantía, de calidad, notoriamente conocidas y las marcas renombradas.

Para este estudio es importante que la institución registre su marca porque:

- Respalda y protegerá la inversión realizada, a pesar de que sea una institución sin fines de lucro.
- El usuario no tendrá confusión en la intención de uso.
- Podrá gestionar la salud de su marca de forma ordenada y a largo plazo.
- Tendrá mayor posibilidad de defensa a través de acciones penales en caso de mal uso por terceros.
- Mejorará las relaciones crediticias con entidades financieras.

En el caso ecuatoriano, la entidad estatal encargada de registrar la marca es el Instituto Ecuatoriano de Propiedad Intelectual IEPI, quien, además de contar con todas las garantías para el desarrollo de su gestión, también es miembro de la Organización

Mundial de Propiedad Intelectual, a través de IEPI, una organización en el Ecuador puede gestionar el trademark a nivel mundial.

Cabe señalar que la marca “Centro de Reposo San Juan de Dios” no está registrada en el IEPI, por tal motivo hay que proceder de forma inmediata con su registro o a su vez, se recomienda tomar acciones para gestionar el cambio de nombre y registrarlo como tal.

4.1.6 La marca como activo de la institución

El valor de la marca es un activo intangible en una organización que, a lo largo de la historia ha sido difícil de cuantificar, por tal razón, los departamentos financiero y contable no han encontrado una estrategia adecuada para su estimación, sobre todo cuando la marca es gestionada de forma independiente a los demás procesos de la empresa. Sin embargo, en la actualidad existen diversas metodologías que brindan soporte a los departamentos de gestión de marca para el desarrollo de cuantificación de la misma.

Por lo general, las organizaciones miden su valor de marca desde la perspectiva financiera, por considerarse ésta más acertada o por lo menos la que mayormente se aproxima al valor real, pero en la actualidad se habla de una fuerte dependencia y cooperación mutua entre los departamentos financieros y de marketing, ya que actualmente los métodos de medición desde este último tienden a medir dos variables importantes: conocimiento de marca e imagen y, posicionamiento de marca desde el plan estratégico de marketing.

Para la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, el valor de marca y su razón de ser es la asistencia a enfermos, excluidos y necesitados en los ámbitos social y sanitario, promoviendo el voluntariado, donaciones, apadrinamientos, subsidios y la labor social en general, como una organización sin ánimo de lucro.

Aunque el Centro de Reposo San Juan de Dios es una institución privada de la iglesia católica, es una institución de servicio público en el ámbito sanitario, socio sanitario y social, su trabajo es coordinado adecuadamente con las autoridades de salud y bienestar social de del país.

4.1.6.1 Situación Actual de la marca ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS



Figura 19. Logotipo de la Orden Hospitalaria de san Juan de Dios en el Gobierno General

Fuente: (OHSJD, 2016)

A lo largo de la historia y después de su reconocimiento y aprobación en la Iglesia en 1572, la Orden ha sabido adaptarse y renovarse de acuerdo a las exigencias y necesidades de los tiempos, de la Iglesia, de la sociedad y, sobre todo de las personas que son los destinatarios de su misión, los enfermos, los pobres y los necesitados (OHSJD, 2009).

La Orden gestiona su obra en los cinco continentes, a través de unidades de atención médica y fundaciones que, promueven la salud y la ayuda humanitaria a bajo la modalidad de donaciones voluntarias.

La misión de la Orden sostiene que bajo el concepto de Hospitalidad, se cuida la acogida, la promoción de la salud, el acompañamiento y compromiso en las realidades más vulnerables de cada época y sociedad, desde un concepto amplio de universalidad y favoreciendo la profesionalidad (OHSJD, 2016)

Mientras tanto en su visión, para la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, es importante el modelo con el que se lleva a cabo la acción. De éste depende que se favorezca el respeto y autonomía de las personas, evitando al máximo posible dependencias y paternalismos. Así, la Orden está abierta a nuevos criterios profesionales y sociales, a nuevas acciones y a las culturas y peculiaridades de cada realidad, a esto responde la permanencia histórica, basada en la respuesta a las necesidades de la persona bajo el concepto de Hospitalidad y humanización de la asistencia (OHSJD, 2016)

La estructura de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, está basada en centros de atención sanitaria y social sin fines de lucro y, su administración está distribuida por regionales llamadas “provincias” y delegaciones generales y provinciales, su filosofía de trabajo apunta a la atención integral (holística) desde el “carisma de la hospitalidad”.

Actualmente, la Orden Hospitalaria brinda el debido soporte en los hospitales, centros de salud, servicios sociales, fundaciones y comunidades religiosas de su pertenencia, en la gestión de cooperación con instituciones públicas, privadas y eclesiales mediante programas internacionales de acción social y de salud, la identidad de la institución es católica, sin embargo, la Orden no le es indiferente al ecumenismo.

Desde una perspectiva organizacional se puede afirmar que, en la actualidad la marca ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS es utilizada para dos funciones específicas, desde la gestión corporativa global cumple la tarea de representar la gestión a nivel mundial como una institución religiosa que cuenta con el aval de la Iglesia Católica que, además tiene la capacidad de responder a las necesidades actuales que la sociedad demanda y, desde la parte legal, cada una de las unidades de atención asistencial, social y de convivencia conventual registran la marca como su razón social.

4.1.6.2 Situación actual de la marca Provincia Sudamericana Septentrional



Figura 20. Logotipo de la Provincia Sudamericana Septentrional

Fuente: (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, 2016)

La Provincia Sudamericana Septentrional, o a su vez también llamada “Curia Provincial”, es el órgano rector de las acciones de las marcas locales de cada país miembro, su función es de control, apoyo en la gestión y, comunicación de todas las acciones que se lleva a cabo en los ámbitos asistencial, socio asistencial y social, espiritual, colaboradores, voluntarios, bienhechores, vida de hermanos de San Juan de Dios, promociona las acciones de la Orden a nivel global y de la Iglesia Católica en general.

El objetivo de la gestión de esta marca es promover el orden en la administración de las obras de la región desde una perspectiva integradora y, que a la vez, se enmarque con los propósitos de la Orden a nivel general y su posicionamiento gira más alrededor de los usuarios internos que externos por la naturaleza de su gestión, visualmente la marca utiliza el nombre “San Juan de Dios” y la granada como símbolo de la Orden.

Actualmente la institución trabaja en los siguientes objetivos:

- Colaborar activamente en la implementación y el cumplimiento de las Políticas de Gestión en los Centros de la Provincia, asesorando y acompañando activamente para el cumplimiento de sus objetivos.
- Asesoría y apoyo en la generación de proyectos estratégicos para los Centros.
- Coordinar y potenciar la fluidez comunicativa en los Centros de la Provincia a todos los niveles, para proyectar el desarrollo de una identidad corporativa única y direccionada.
- Incorporación de un sistema de medición y monitoreo de las actividades generales de los Centros de la Provincia.
- Coordinar las acciones necesarias para generar una transversalidad de las actividades de las áreas de Pastoral de Salud y Social de los Centros de la Provincia y, su relación con la gestión de las mismas.

A pesar de que su interés no es posicionarse como nombre comercial, el objetivo principal es brindar soporte a las marcas locales en el desarrollo de estrategias de posicionamiento para alcanzar mayor participación en la sociedad.

4.1.6.3 Situación actual de la marca Centro de Reposo San Juan de Dios-Quito

La marca Centro de Reposo San Juan de Dios, en la actualidad es conocida dentro del sector salud, ya que por sus labores propias de ser un centro de especialización, su difusión es realizada por diferentes organismos propios y gubernamentales, esta difusión se ha logrado gracias a que centros de estas mismas características son pocos en el campo de la salud a nivel país.

En el medio social la marca es poco conocida, ya que al brindar servicios como psiquiatría y adicciones, los cuales son considerados como resultado de problemas sociales, su difusión afronta la complicación de ser una enfermedad vergonzosa que, la sociedad ve con recelo y con cierta reticencia.

Caso contrario se suscita con geriatría, en la cual la institución goza de prestigio por prestar servicios asistenciales al sector social de la tercera edad, lo que es bien visto por la sociedad y, por lo tanto, su prestigio ha sido difundido a nivel nacional.

Visualmente la marca utiliza el nombre “San Juan de Dios” y la granada como símbolo de la Orden, la señalética interna está consolidada en un 80% y tiene presencia en redes

sociales y la web, mantiene los colores instituciones azul y gris y, el color amarillo como distintivo de marca país.

En la tabla 25 se analiza la codificación de la marca Centro de Reposo San Juan de Dios y su oferta de valor actual.

Tabla 25. Marca local Centro de Reposo San Juan de Dios

CODIFICACIÓN DE LA MARCA LOCAL						
MARCA GLOBAL	MARCA REGIONAL	MARCA LOCAL	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD	SERVICIO COMPLEMENTARIO	BENEFICIOS
ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS	PROVINCIA SUDAMERICANA SEPTENTRIONAL	CENTRO DE REPOSO SAN JUAN DE DIOS	PSIQUIATRÍA	PSIQUIATRÍA CLÍNICA	PSICOREHABILITACIÓN	
					REHABILITACIÓN	Terapia física
				Terapia ocupacional		
				Terapia respiratoria		
				Terapia recreativa		
				PSICOGERIATRÍA	Terapias alternativas	
					MEDICINA FAMILIAR	
				ADICCIONES	PSICOLOGÍA CLÍNICA	
					GERONTOLOGÍA	
					MEDICINA INTERNA	
				CUIDADOS PALIATIVOS	NUTRICIÓN	
					LABORATORIO	
					PASTORAL DE LA SALUD	Terapia espiritual
					FISIATRÍA	
TRABAJO SOCIAL						

Fuente: (Centro de Reposo San Juan de Quito, 2014)

Es importante señalar que el panorama actual se muestra favorable en el sector salud, por la tendencia en crecimiento de la demanda de servicios alternativos en especialidades como: geriatría, psicología y adicciones, por mencionar algunos, por lo que el cambio de nombre de la institución ayudaría a que la institución se vea obligada a entrar en una dinámica de mejoramiento continuo y, se estabilizaría en el tiempo con el apoyo de una óptima gestión de marca.

4.1.7 La gestión del Brand Equity

Actualmente el valor de marca San Juan de Dios es un activo intangible de la institución, el mismo que influye en las decisiones de los usuarios, en la tabla 26 se observa el estado actual del valor de marca en el Gobierno General, Provincial y el Centro de Reposo San Juan de Dios.

Tabla 26. Brand Equity en la institución en la actualidad

CODIFICACIÓN DEL BRAND EQUITY EN LA INSTITUCIÓN EN LA ACTUALIDAD				
MARCA	IDENTIDAD	MENSAJE	PROPUESTA DE VALOR	POSICIONAMIENTO ACTUAL
	Religiosidad	"Fatebenefratelli" (Haced el bien hermanos)	Asistencia a enfermos y necesitados	Sede de los Hermanos de San Juan de Dios en el mundo
	Religiosidad	"El carisma de la Hospitalidad"	No aplica	Sede de los Hermanos de San Juan de Dios en Perú, Venezuela y Ecuador
	Cuidado de ancianos	"Nuestra pryoridad, la Hospitalidad"	Asistencia a ancianos y enfermos mentales	Centro de cuidado de ancianos y rehabilitación de enfermos mentales y adictos

Fuente: (Centro de Reposo San Juan de Quito, 2014)

En Ecuador, la Orden es parcialmente conocida y el valor de marca de la institución está conceptualizado como un centro de cuidado de ancianos y rehabilitación de enfermos mentales y adictos y, la asistencia social ha ganado fuerza en esta última década desde el Albergue San Juan de Dios, ya que se ha visto en la obligación de atender al sector indigente, no solo del Casco Histórico de Quito sino de otros lugares del Ecuador, a su vez, en la actualidad acoge a migrantes extranjeros.

Actualmente, el Centro de Reposo procura mantener buenas relaciones con el MSP y con las aseguradoras públicas, para mantener vigentes los convenios de cooperación, sin embargo, se ha notado que el posicionamiento debe complementarse finalmente con la identidad de la Orden desde la parte socio asistencial y social, con el mensaje claro y alineado con su misión, creando un mix de atención entre lo sanitario y de ayuda social.

La gestión del Brand Equity en la institución debe basarse en los siguientes elementos:



Figura 21. Gestión del Brand Equity

Fuente: (Manrique, 2015)

A pesar de que los elementos de la figura 21 aplican para una institución hospitalaria con fines de lucro, la institución debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:

4.1.7.1 Nivel interno

El servicio que brindan los colaboradores debe ser basado en normas de calidad que, permitan que la Institución se posicione en el mercado como una entidad de servicios basados en las buenas prácticas de salud, en estrecha relación con los enunciados sociales de la Institución.

4.1.7.2 Calidad del servicio

Las características del servicio deben satisfacer las necesidades del usuario interno y externo y, cumplir con una serie de requisitos, objetivos y de percepción, orientados a producir una sensación de bienestar, esta orientación se logra con el compromiso de todos quienes son parte de la institución.

4.1.7.3 Fijación de precios

La relación calidad-precio tiene doble direccionamiento, la calidad del servicio influye en la proyección del precio y este, a su vez, ayuda a formar la percepción de su calidad, en la fijación de precios, el 86% de los pacientes son derivados del MSP y de las aseguradoras públicas, por tanto, la institución debe regirse al Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, mientras que solo el 14% de los pacientes se rigen a los precios por la atención definidos por la institución, la cual rige el precio para pacientes particulares en base a la referencia del tarifario nacional, tratando de mantener siempre los estándares de calidad. En la fijación de precios prima el sentido social.

4.1.7.4 Instalaciones

Deberá seguir contando con una estructura funcional que permita atender al usuario óptimamente desde el primer contacto.

4.1.7.5 Campañas de marketing

Estarán dirigidas a posicionar la marca desde la promoción social y gratuita, con una frecuencia establecida y un plan concreto. Las campañas de marketing deben orientarse a la parte social y asistencial, más no de ventas con un afán comercial.

4.1.7.6 Identidad Institucional

El Centro de Reposo cuenta con parámetros de identidad definidos pero deberá ampliar su difusión y penetración de mercado.

4.1.7.7 Actitud del personal

Se observa un bajo sentido de pertenencia, existe una alta rotación de personal, especialmente en la parte asistencial, lo que desmotiva al resto de colaboradores, se deberán crear mecanismos adecuados para lograr generar empoderamiento con la misión e identidad institucional.

4.1.7.8 Relaciones Públicas

Buscarán incrementar y fortalecer los vínculos con los sectores públicos y privados, mediante estrategias de comunicación concretas que generen empatía entre las partes.

4.1.7.9 Portal web

La presencia de la organización en esta red por medio de una plataforma informática que soporte un portal interactivo es de vital importancia, ya que genera conocimiento y conciencia de marca, el portal permite medir cuantitativamente el posicionamiento y establecer planes de acción para perdurar en el tiempo.

4.1.7.10 Enfoque de ventas

Debe tener un fin social.

4.1.7.11 Atención al usuario

Es el canal que ayuda a la marca a generar la imagen de la institución, anteriormente esta función le era atribuida específicamente a la publicidad a través de la difusión, actualmente la experiencia del usuario es un referencial de marca y un poderoso referente de marketing.

Las comunicaciones integradas al plan de marketing, buscarán desarrollar una estrategia integral de comunicación que soporte los objetivos de la institución, implementar las tácticas necesarias, analizar la ejecución y proponer mejoras continuas para obtener los mejores resultados comunicacionales, entender el poder de una marca, articular su propuesta de valor y, poder integrar todas y cada una de las acciones de comunicación bajo una única estrategia.

En tal sentido, una buena administración de marca no se centra solamente en trabajar de la mano con las 4 p's y 4 f's del marketing off y on line respectivamente, sino que busca interactuar con otros criterios administrativos y operacionales que ayudan a complementar el plan estratégico de la Institución.

4.1.8 Tendencias futuras del Branding

La gestión de marca se ve obligada a incorporar nuevas tendencias y nuevos especialistas que investigan el comportamiento del usuario desde la psicología, sociología, antropología, por nombrar algunos. Como consecuencia del avance tecnológico y la modernidad de los tiempos, existe una evolución de la sociedad con respecto al uso de los servicios de salud. A continuación se analizan algunas de las características de esta evolución:

4.1.8.1 Usuarios mejor informados

Debido a la globalización de la economía a nivel mundial, así como el acelerado desarrollo de las telecomunicaciones, la penetración del internet y el crecimiento de las

redes sociales, dan como resultado que el usuario en la actualidad tenga mucho conocimiento de los servicios de salud, por lo que la institución debe estar preparada para responder a sus inquietudes.

4.1.8.2 Diseño y Publicidad

Por el impulso de las comunicaciones, la forma de hacer publicidad varía de forma significativa y la publicidad tradicional se ha tornado ineficiente, por lo que en la actualidad los medios digitales están en auge y, la manera de emitir mensajes publicitarios tiene otras connotaciones, se han creado comunidades, el diseño se reinventa. En tal sentido, la institución debe ser selectiva y cuidadosa a la hora de emitir mensajes y promover campañas de salud, ya que el mínimo error puede entenderse por el usuario como marketing engañoso.

4.1.8.3 Mayores Responsabilidades en Salud

Las instituciones de salud enfrentan grandes retos en las responsabilidades sociales y medio ambientales que, de no ser cumplidas pueden acabar con ellas.

Los nuevos desafíos de la institución responden a:

- Fomentar el comercio electrónico e incrementar el uso de los medios digitales de forma que permitan que los servicios se ofrezcan al usuario en el menor tiempo posible.

- Agregar el mayor nivel de calidad a los servicios de forma que generen valores agregados a los usuarios.
- Mayor investigación y desarrollo tecnológico en servicios de salud para que sean factores diferenciadores con respecto a la competencia.
- Generar relaciones de responsabilidad y cooperación con el entorno social.
- Generar respeto al medio ambiente.
- Externalizar los servicios desde un punto de vista de labor social para generar posicionamiento de marca.
- Fomentar el trabajo humanizado y de calidad.

4.2 LA IMAGEN INSTITUCIONAL COMO FACTOR DE DESARROLLO Y CRECIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN

Para efectos de este estudio, es importante entender la relación que existe entre la imagen actual del Centro de Reposo San Juan de Dios y su posicionamiento, el cual requiere de una gestión de comunicación integral y, una gestión de la imagen institucional desde la investigación y la técnica.

Hablar de imagen institucional desde el marketing es hablar del posicionamiento de la marca y de sus servicios a través de la comunicación. De acuerdo a esta premisa, es válido creer que es fundamental integrar las comunicaciones en la estrategia de marketing de la institución.

La imagen institucional en el Centro de Reposo San Juan de Dios es importante porque:

- Potencializa el valor de marca para un mejor desempeño.
- Se posiciona en la mente del usuario y la institución cobra vida.
- Potencializa los atributos diferenciadores de la institución con respecto a la competencia.
- La referenciación, producto de la experiencia vivida por el usuario o por el boca a boca, influye al momento de elegir los servicios.
- Ayuda a consolidar la promesa del servicio y acorta el camino de decisión de elegir los servicios.
- Fideliza las relaciones con el usuario institucional: IESS, ISFFA, ISPOL, SEGURO CAMPESINO, MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.
- Atrae nuevos e importantes usuarios corporativos (Seguros Privados)
- Ayuda a mejorar permanentemente los procesos de selección de colaboradores y proveedores.
- Ayuda a mejorar las relaciones con su entorno.
- Establece parámetros para desarrollar estándares de calidad.

4.2.1 Componentes de la Imagen Institucional

Si bien es cierto, la imagen institucional no es construida estratégicamente en la administración de la institución, sino que más bien es definida por los usuarios interno y externo, la institución debe crear los mecanismos para que en el corto y mediano plazo, su imagen se consolide y se mantenga. La estrategia de gestión de la imagen institucional debe ser permanente y evaluable.

En el marco de esta gestión, intencionalmente sugerida y llevada a cabo por la institución, la imagen debe ser abordada de forma integral en todos y cada uno de los procesos que conllevan a tener contacto con el usuario interno y externo, el personal y su comportamiento, las instalaciones, procesos, servicios, entre otros.

En la tabla 27 se puede observar una segmentación de los elementos de la identidad institucional.

Tabla 27. Elementos de la Imagen Institucional del Centro de Reposo San Juan de Dios

ELEMENTOS DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL DEL CENTRO DE REPOSO SAN JUAN DE DIOS				
MACRO ELEMENTO	ELEMENTO	MICRO ELEMENTO	LA INSTITUCION CUMPLE	
			SI	NO
NATURALEZA INSTITUCIONAL	Organigrama		x	
	Directorio		x	
	Recursos		x	
	Infraestructura		x	
	Entidad jurídica		x	
	Situación económico-financiera		x	
	Registro de marca			x
	Responsabilidad Social Institucional			x
	Objetivos		x	
	Destrezas		x	
	Representante legal		x	
IDENTIDAD INSTITUCIONAL	Identidad visual institucional	Manual de marca	x	
	Cultura institucional	Misión	x	
		Visión	x	
		Valores	x	
		Principios	x	
		Historia	x	
		Política de calidad	x	
		Proyectos sociales		x
		Voluntariado	x	
		Ayuda social	x	
		Capacitación	x	
COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL	Publicidad institucional		x	
	Notas informativas		x	
	Memoria institucional		x	
	Publicidad del servicio		x	
	Eventos			x
	Promociones			x
	Merchandising		x	x
	Marketing			x
	Comunicación gerencial interna y externa		x	
	Comunicación de resultados		x	
	Comunicación de crisis			x

En consecuencia, se afirma que es necesario establecer una línea base de gestión que estimule la creación, ejecución y evaluación del proceso de comunicación institucional en el corto plazo, de identidad institucional en el corto y mediano plazo y, de imagen institucional en el mediano y largo plazo.

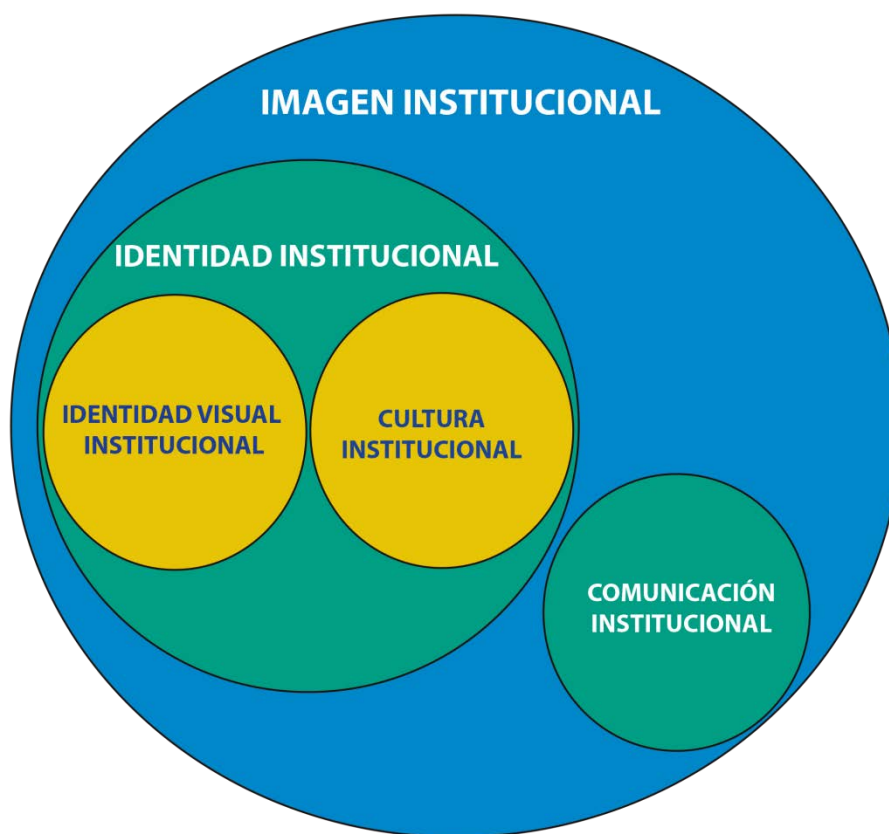


Figura 22. Modelo de creación de la Imagen Institucional para el Centro de Reposo San Juan de Dios

Se analiza que en la construcción y desarrollo de la imagen institucional, aproximadamente el 70% de la gestión, se concentra en la identidad institucional, en este sentido cabe destacar que el desempeño de la identidad y cultura institucional se consolidan como pilar fundamental en dicho desarrollo.

4.2.2 La Identidad Institucional

“Es el conjunto de características centrales, perdurables y distintivas de una organización, con las que la propia organización se auto identifica (a nivel introspectivo) y, se auto diferencia (de las otras organizaciones de su entorno)” (Capriotti, 2010)

Según Capriotti Peri, las características de la identidad corporativa son:

- La personalidad y las normas del fundador.
- La personalidad y normas de las personas clave.
- La evolución histórica de la organización.
- La personalidad de los individuos.
- El entorno social (Capriotti, 2009).

4.2.2.1 La personalidad y las normas del fundador

Juan Ciudad Duarte, es un pastor de ganado de origen portugués que migra a España y es influenciado por Juan de Ávila (santo), quien decide darle un giro a su vida personal y, después de haber sido dado de alta del sanatorio Rafael de Granada por un cuadro de demencia, funda el primer hospital para la asistencia a enfermos y necesitados, con medios económicos propios y donaciones.

4.2.2.2 La personalidad y normas de las personas clave

El Superior General es un Hermano de San Juan de Dios designado por la Institución, al igual que los cuatro consejeros que le preceden, existe una consejería ampliada conformada por dos consejeros, de las delegaciones para Latinoamérica y Asia y Oceanía respectivamente.

El Superior Provincial, por su lado también es precedido por cuatro consejeros provinciales y, cada unidad de atención tiene su Director Ejecutivo y Superior local para cada país.

Tanto superiores como consejeros, directores ejecutivos y superiores locales se manejan por políticas propias de La Orden de San Juan de Dios a nivel global, bajo los mismos “estatutos y constituciones”, normas específicas que se alinean con la filosofía del fundador.

Mediante los votos de castidad, pobreza, obediencia y hospitalidad, manifestamos públicamente nuestra donación plena a Dios. La Iglesia recibe nuestra oblación y la asocia al misterio pascual de Cristo; la Orden nos vincula así y nos proporciona los medios para vivir nuestra vocación; nosotros nos comprometemos a responder fielmente al llamamiento de Dios, tratando de actuar siempre como miembros vivos y creativos de la Iglesia y de la Orden (OHSJD, 1984, pág. 13)

La institución integra a los colaboradores como parte de su gestión, entendiendo por colaboradores a trabajadores, voluntarios y bienhechores, en el caso de los gerentes o directores de las obras, que no sean religiosos, deben tener inclinación de servicio al prójimo, profesar la fe católica y buena realización de tareas a través de los valores

humanos desde el carisma de San Juan de Dios. La institución no se cierra al “ecumenismo” sin embargo, es saludable que sus colaboradores clave tengan afinidad con la Iglesia Católica.

4.2.2.3 La evolución histórica de la organización

La organización fue aprobada como orden religiosa en 1572, luego en 1592 pierde peso ya que fue designada a ser congregación, por la coyuntura política y anti religiosa del siglo XIX tiende a desaparecer, pero sus miembros, conscientes de la importancia de su misión hacen que de nuevo se restablezca, para el siglo XX comienza su expansión a nivel mundial y, a la vez la iglesia católica santifica a algunos de sus miembros, brindando la oportunidad de que la Orden se consolide más.

El Centro de Reposo San Juan de Dios, que desde su inicio en 1967 tuvo buena relación en colaboración con la administración estatal de turno, obtuvo su propio recinto hospitalario en el año de 1976 mediante donación del terreno por parte de la Arquidiócesis de Quito, con el paso de los años la institución fue ganando prestigio por ser un referente en la atención psiquiátrica y adicciones, la parte geriátrica no era identificada como tal, sino más bien se brindaba un servicio de cuidado al anciano y, la figura de cuidados paliativos no estaba posicionada aunque siempre se vino realizando esta actividad.

Las campañas de prevención a sustancias psicotrópicas se realizaban en el recinto hospitalario y en eventos magnos en instituciones educativas y espacios públicos con el

nombre de “Jornadas Ricardo Pampuri”, el objetivo era llegar con un mensaje claro de “no a las drogas” especialmente al segmento joven y joven adulto. Para ese entonces el Ecuador era un país de paso, más no productor, este fenómeno hizo que comience a proliferar la venta sobre todo en las grandes ciudades como Quito y Guayaquil.

En los años noventa, el Centro de Reposo sufrió un declive, la débil administración y la mala situación del sistema de salud del país en ese entonces, hizo que los convenios de cooperación con el Estado se debiliten y, el recinto hospitalario entró en peligro de cerrar sus puertas, a esto se sumó el descontento de los colaboradores, quienes desfavorecidos se vieron en la necesidad de organizar manifestaciones de reclamo.

Actualmente, el Centro de Reposo goza de una consolidación como institución y se apoya mucho en los convenios de cooperación asistencial vigentes, esto le permite perdurar en el sector.

4.2.2.4 La personalidad de los individuos

Bajo el carisma de San Juan de Dios y la identidad de la “hospitalidad”, la institución busca en sus individuos un carácter distintivo, afinidad por la compasión al enfermo y necesitado, compasión entendida no como lástima sino como empatía con el sufrimiento del otro, sin necesidad de caer en el paternalismo, también debe tener la sana intención de interesarse y participar de la gestión de la institución, especialmente en las acciones que son atípicas como por ejemplo la “Pastoral de la Salud y Social”, la cual integra el

voluntariado, las donaciones, las escuelas de hospitalidad, bioética, entre otras, donde el enfermo y el necesitado es el protagonista.

4.2.2.5 El entorno social

Gira alrededor de la salud y de la cooperación, la institución cuenta con fundaciones y ONG,s que gozan de buenas relaciones con otras entidades públicas y privadas, a la vez, sus recintos hospitalarios denotan mucha disposición para colaborar con los gobierno de turno de los países donde está presente la Orden. En lo referente a la cooperación humanitaria, la institución realiza acciones especialmente en África y Latinoamérica, sobre todo apoya en catástrofes naturales y brotes de epidemias.

Estas y otras características promueven las pautas de conducta, valores filosóficos y operativos y, creencias compartidas, las cuales están integradas en la cultura organizacional, la cual constituye el “ser” de la institución, mientras que la filosofía busca integrar la misión, visión, valores y principios de la Orden en el “querer ser”.

4.2.3 La Comunicación Institucional

La comunicación en la institución es vital ya que su entorno gira alrededor de experiencias humanas, la credibilidad de la información identifica sus acciones y define su imagen.

Actualmente, la institución ha gestionado la comunicación institucional de forma parcial y, es necesario establecer una estrategia de comunicación técnica, a partir de lo trabajado hasta el momento, bajo cuatro ejes fundamentales:

- Comunicación estratégica.
- Comunicación institucional.
- Comunicación de crisis.
- Comunicaciones de marketing.

4.2.3.1 Comunicación estratégica

Deberá ser solicitada, monitoreada y evaluada por el Gerente General en coordinación con las gerencias de línea bajo un plan, estará dirigida al público interno y externo y, el diseño y ejecución estará a cargo de la Coordinación de Comunicación Institucional previa aprobación. La gestión de la comunicación estratégica busca, a nivel interno, apoyar al proceso de construcción de la imagen institucional, promover la visión institucional y generar sentido de pertenencia y confianza en los mandos medios, buscando su apoyo para motivar a los demás colaboradores.

A nivel externo, la gestión de la comunicación estratégica apoyará en la difusión de resultados y de acciones relevantes que la alta gerencia realice con el objetivo de obtener apoyo externo.

4.2.3.2 Comunicación institucional

Buscará mantener relaciones a corto, mediano y largo plazo con los pacientes, familiares, proveedores, medios de comunicación, instituciones de convenio, etc.; fomentando y promoviendo la misión, visión, valores y principios institucionales. En la comunicación institucional es importante entablar buenas relaciones con la comunidad, buscando colaborar con aquellos sectores sociales que demanden la participación de la institución, esto fomentará penetración de marca.

4.2.3.3 Comunicación de crisis

No existe en la institución un protocolo de manejo de comunicación de crisis, por lo que es necesario levantar un manual, ya que por la naturaleza de la institución, es urgente establecer un plan de crisis que dé lugar a la conformación de un comité de crisis, capaz de sobrellevar acciones preventivas y correctivas ante un evento adverso de cualquier característica y origen.

4.2.3.4 Comunicación de marketing

Es necesario que la institución se enfoque en construir estrategias que aporten al acercamiento hacia los usuarios desde el marketing relacional, con el propósito de obtener fidelidad a través de la publicidad, patrocinio, e mailing, redes sociales, multimedia y portal web.

La comunicación de marketing tendrá como objetivo:

- Incrementar la salud de la marca y fortalecer la imagen institucional.

- Crear comunidades de usuarios.
- Incrementar reconocimiento y referenciación.
- Atraer proveedores de calidad.
- Atraer colaboradores que se sientan identificados con la institución.
- Penetración de mercado.
- Ser un referente en el campo de la salud.

Para el Centro de Reposo San Juan de Dios, la comunicación institucional es importante porque:

- Ayudará al posicionamiento de la identidad institucional a mediano plazo y de la imagen a largo plazo.
- Esquematizará y estandarizará la gestión de las Relaciones Públicas.
- Proporcionará las herramientas adecuadas para una correcta gestión de la comunicación interna ascendente, descendente y horizontal.
- Implementará un sistema de comunicación de crisis y digital.
- Servirá de soporte en el crecimiento de los servicios de la institución.
- Construirá relaciones duraderas y estables con los pacientes.
- Ayudará a mejorar los procesos de gestión de atención al usuario
- Podrá difundir conocimiento científico y de Investigación.

4.2.4 El enfoque en el usuario

La orientación del servicio del Centro de Reposo San Juan de Dios, está directamente enfocada en el usuario, afirmación que se respalda en los valores y principios de la institución y, se corrobora con los componentes y resultados de la encuesta de satisfacción realizada en este trabajo:

4.2.4.1 Guardianía

Al ser el primer filtro de la institución y primer contacto con el usuario, el personal de guardianía debe tener una presentación impecable y, deberá responder acertadamente a las inquietudes demandadas, establecidas en su contrato de servicios.

4.2.4.2 Admisión e información

El equipo de recepción deberá estar capacitado para responder a todas las inquietudes del usuario por convenio y particular, como por ejemplo: precios, coberturas, horarios, nombres del personal médico, trabajo social, entre otros.

Se recomienda levantar un script de preguntas, respuestas y objeciones dentro de un manual establecido para responder a las necesidades del usuario.

4.2.4.3 Recepción del paciente (en piso)

El trato debe ser cordial y la explicación sobre los procedimientos a realizarse debe ser clara y adaptada a la realidad del paciente y sus familiares.

4.2.4.4 Atención en hospitalización

El médico tratante debe inspirar seguridad y confianza y, la explicación sobre el tratamiento médico debe ser claro y profesional, se recomienda levantar un instructivo de comunicación interpersonal propio de la institución con el objetivo de efectivizar la comunicación médico- paciente, familiar.

Debe cumplir con el instructivo del Ministerio de Salud Pública en lo referente a la historia clínica y los protocolos médicos respectivos.

4.2.4.5 Enfermería, cuidado directo

El manejo de las buenas prácticas de salud a ser aplicadas al paciente, deben ser de acuerdo al plan de salud recomendado por el médico, promover el buen trato y, la explicación de los procedimientos de la enfermera y auxiliares de enfermería deben ser claros y profesionales, ceñidos estrictamente a los instructivos médicos propios de la Institución.

4.2.4.6 Nutrición y dietética

Debe responder a las normas nutricionales y tener excelente capacidad de comunicación con el usuario para la explicación de la dieta alimenticia.

4.2.4.7 Administración hospitalaria

Debe cumplir estrictas normas de inocuidad y limpieza, comodidad de las instalaciones, señalización clara, seguridad de movilización, efectividad en la evacuación, cumplir con la normativa en brigadas de primeros auxilios, contra incendios, comunicaciones, entre otros.

Cabe destacar que la institución no cuenta con una rampa de evacuación en el edificio de geriatría, por lo que esto podría generar desconfianza en el usuario.

4.3 LOS INDICADORES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

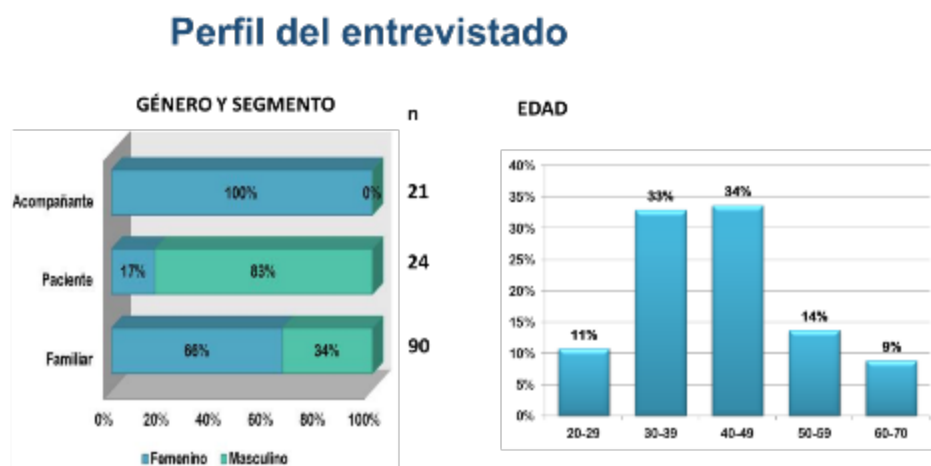
4.3.1 Resultados de la Encuesta de Satisfacción y el modelo matemático de proyección

4.3.1.1 Información técnica del estudio

Se realizó la encuesta a un universo de 135 usuarios entre pacientes, familiares y asistentes externos para el cuidado del paciente, al 31 de Marzo del 2016, los cuales dieron como resultado los siguientes indicadores:



Figura 23. Perfil del entrevistado por género y segmento



Muestra: 135

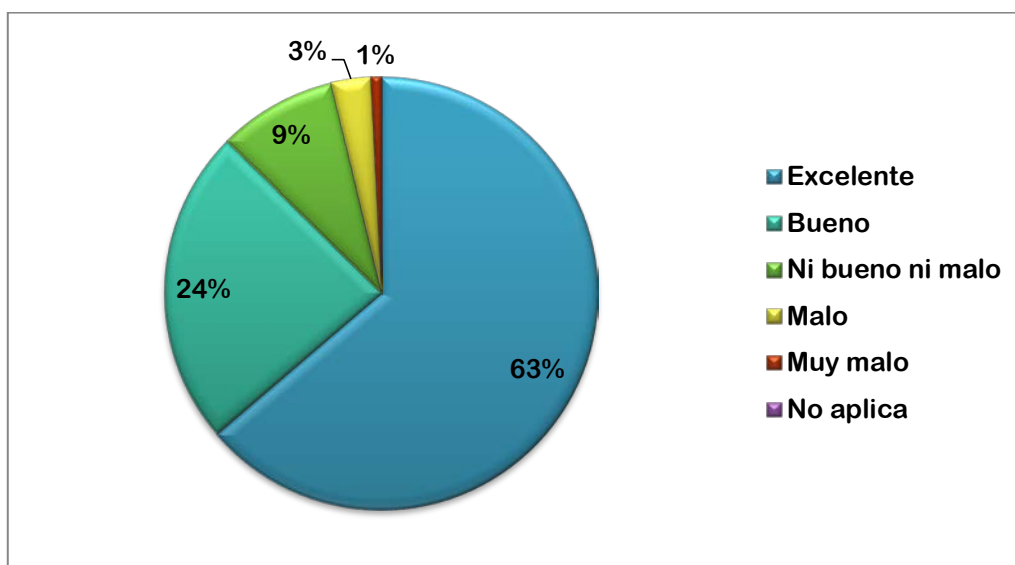
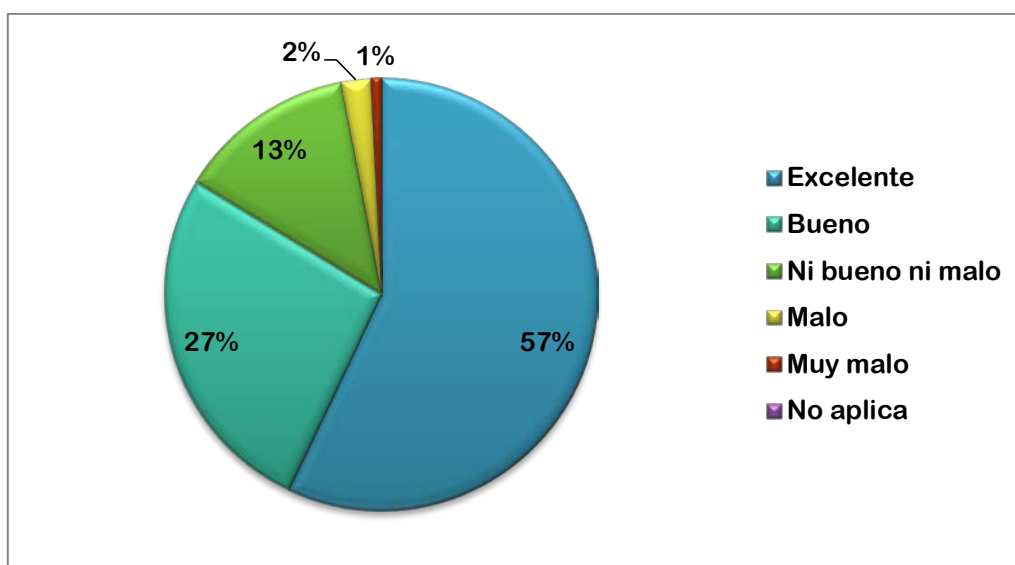
Figura 24. Perfil del entrevistado por género y segmento y edad

El análisis previo para la formulación del bloque de preguntas se basó en el enfoque en el usuario, el cual permitió establecer un diseño de encuesta de satisfacción, orientado a medir los servicios desde el ingreso del paciente, la hospitalización, el cuidado directo, el tratamiento y el alta.

En la tabla 28 se muestra el bloque de preguntas propuesto para este estudio de investigación.

Tabla 28. Plantilla de preguntas de la encuesta de Satisfacción

[illegible]

Pregunta 1: Ingreso del Paciente**a) Guardianía****Figura 25. Atención Cordial guardianía****Presentación personal****Figura 26. Presentación personal guardianía**

Conocimiento y solución de inquietudes

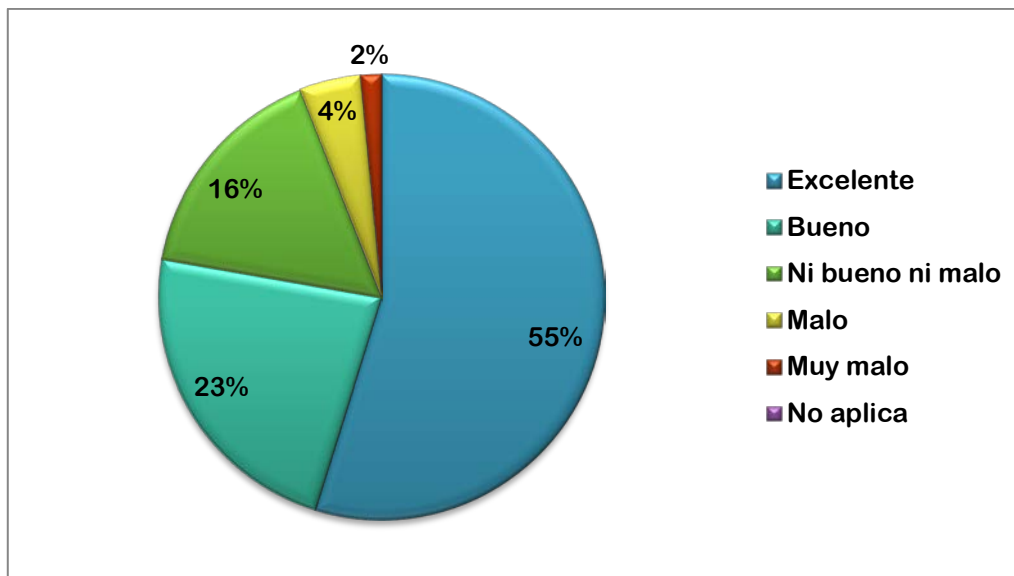


Figura 27. Conocimiento y solución de inquietudes guardianía

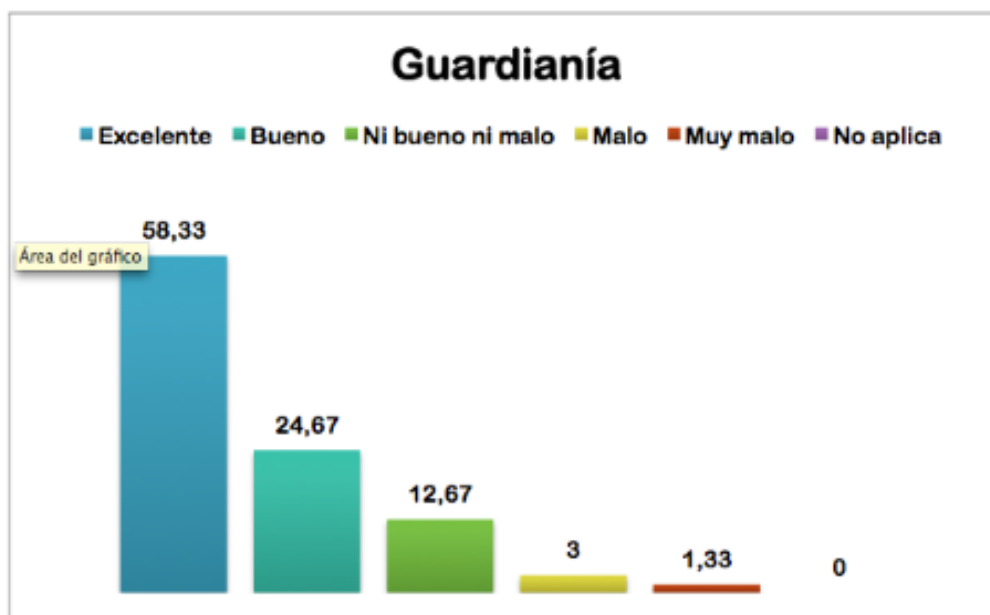


Figura 28. Ingreso del paciente-guardianía

El usuario consideró que el área de conserjería, al ingreso del paciente al recinto hospitalario, tiene un excelente procedimiento promedio del 58,33%, sin embargo, existe un 24,67% que calificaron la recepción solo como buena, un 8,33% denota no mostrar mucho interés por lo que pueda obtener por parte de conserjería, a pesar de que existe un 1,33% que alarma que la atención es mala.

b) Admisión e información

Atención Cordial

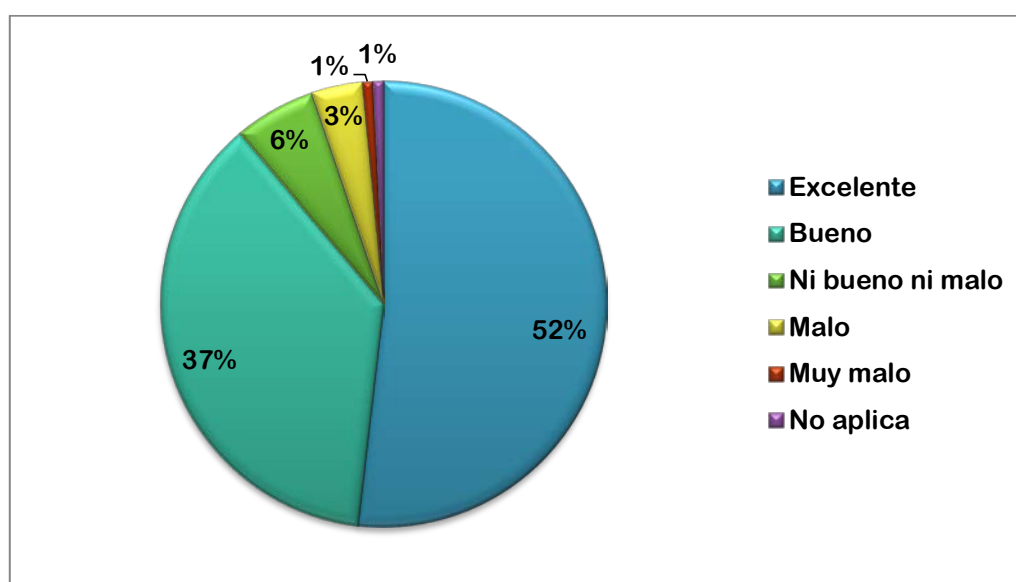


Figura 29. Atención cordial-admisión e información

Presentación personal

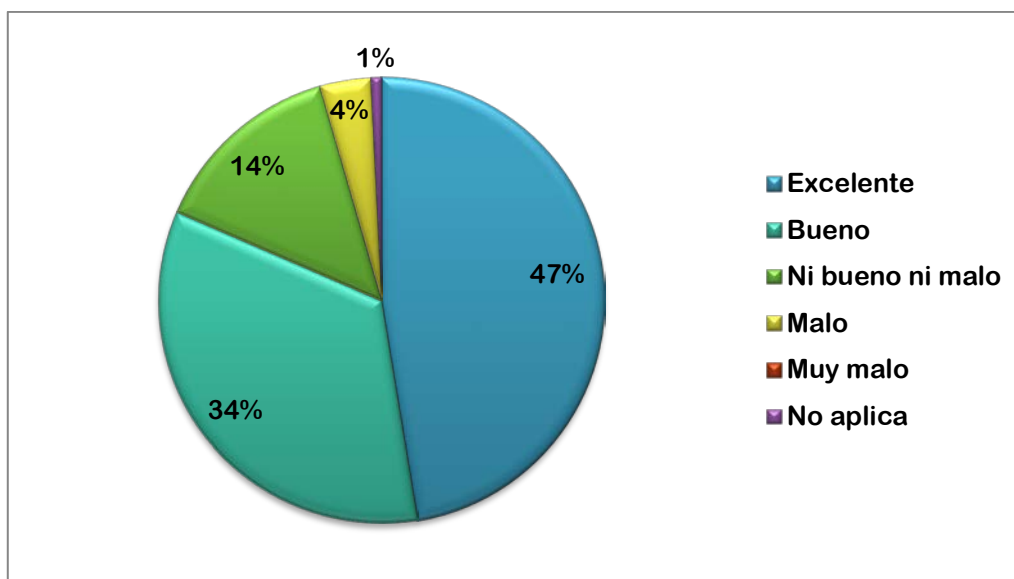


Figura 30. Presentación personal-admisión e información

Presentación de instalaciones

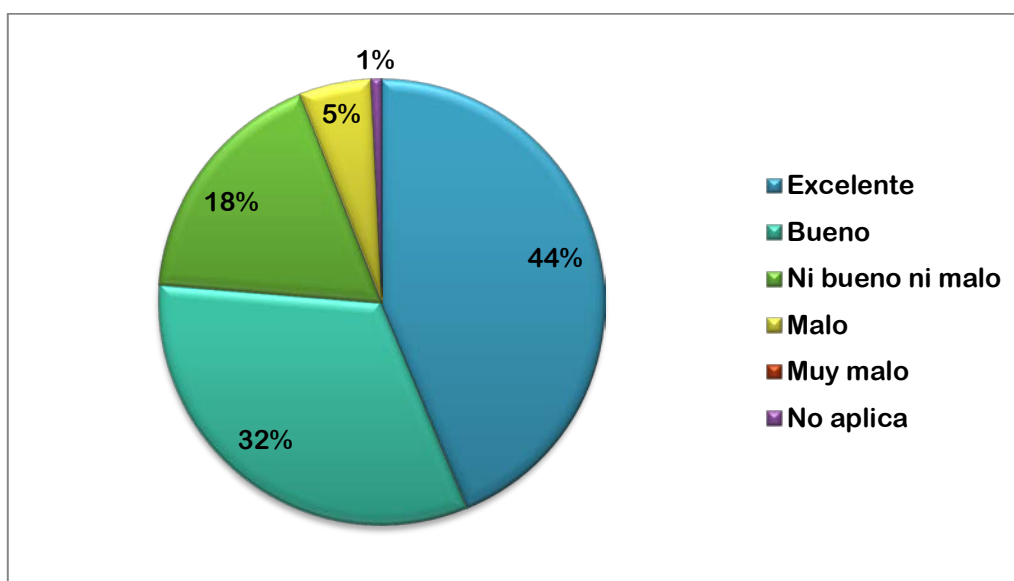


Figura 31. Presentación de instalaciones-admisión e información

Conocimiento y solución de inquietudes

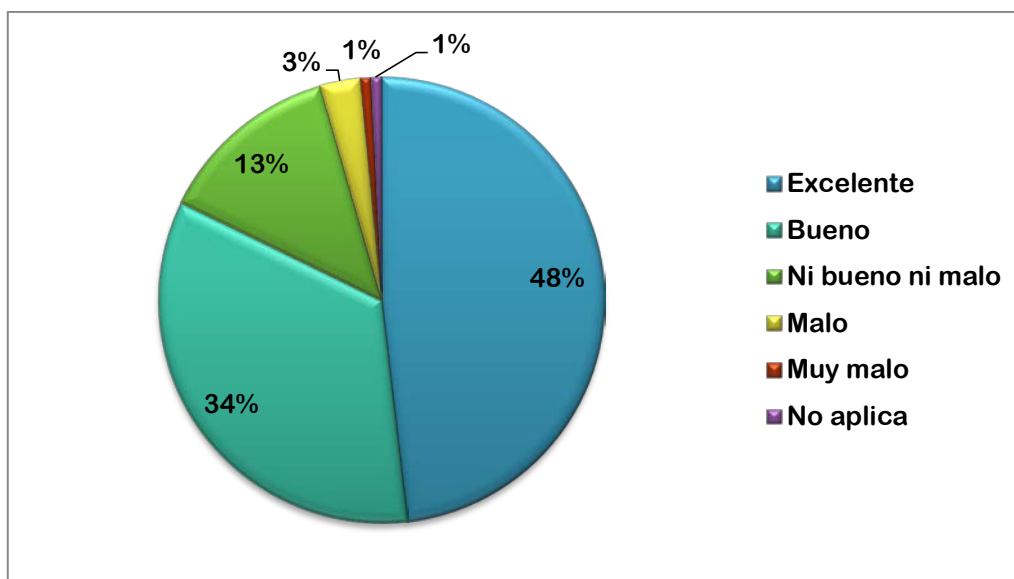


Figura 32. Conocimiento y solución de inquietudes-admisión e información

Tiempo de atención

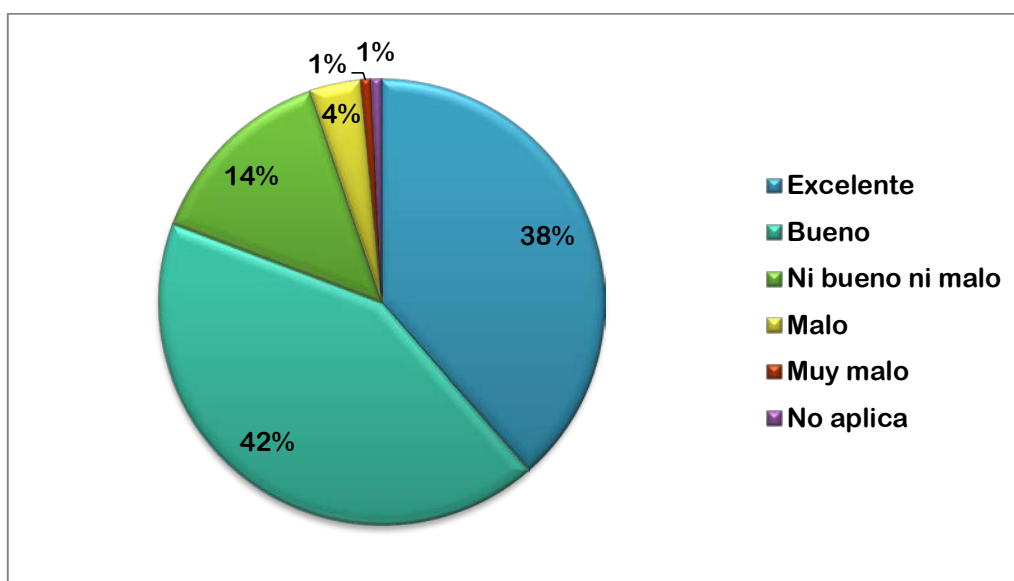


Figura 33. Tiempo de atención-admisión e información

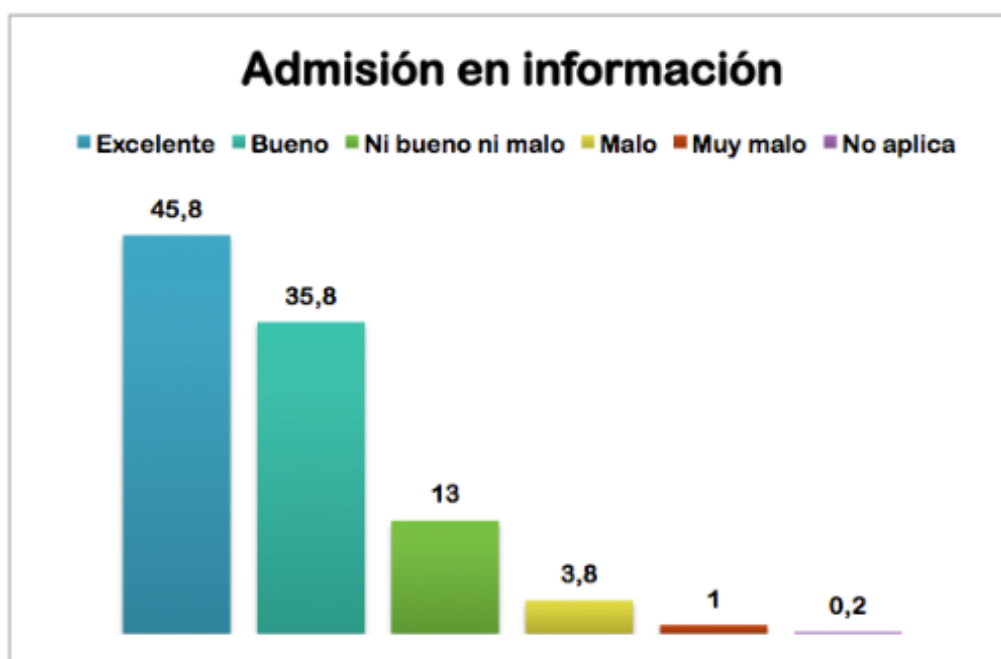


Figura 34. Ingreso del paciente-admisión e información

Para este efecto, el estudio fue dirigido a pacientes, familiares y asistentes externos de cuidado al paciente, en el cual el 45,80% de los encuestados sostienen que fueron atendidos, tratados, asesorados y acogidos de forma excelente, solo un 35,80% consideraron que la prestación del servicio en admisión e información fue buena. Al 13% le es indiferente a la calidad del servicio y llama la atención de que el 3,8% la califica como mala y un 1% sostiene que es muy mala.

Pregunta 2: Hospitalización

a) Recepción del paciente por enfermería (en piso)

Atención cordial

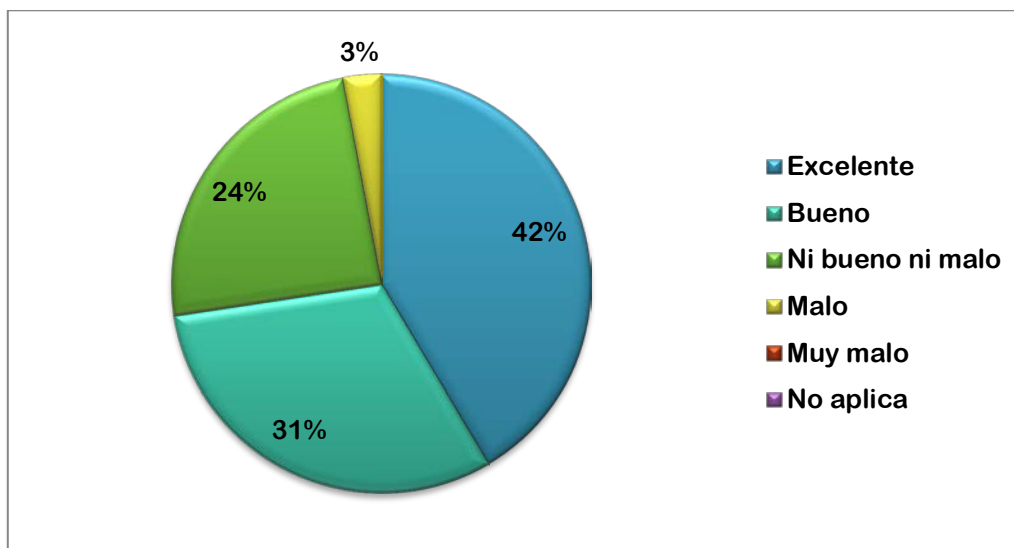


Figura 35. Atención cordial-recepción del paciente por enfermería (en piso)

Presentación personal

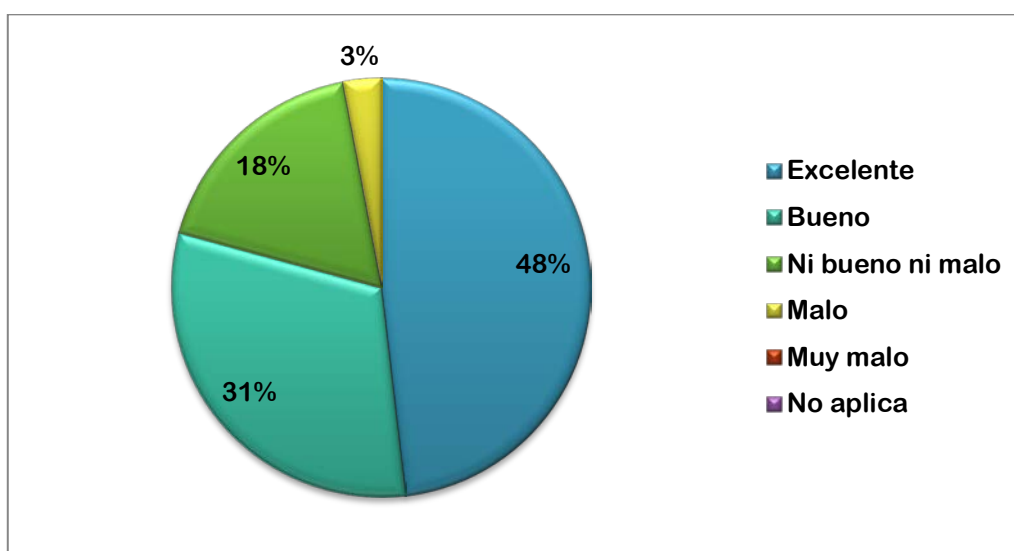


Figura 36. Presentación personal-recepción del paciente por enfermería (en piso)
Explicación clara sobre los procedimientos realizados por el paciente

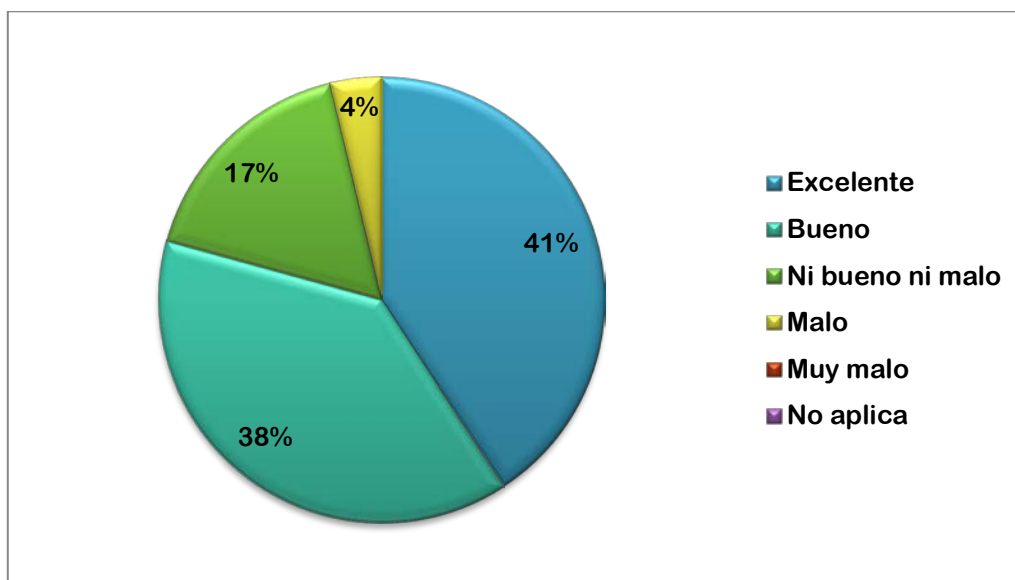


Figura 37. Explicación clara de procedimientos-recepción del paciente por enfermería (en piso)

Tiempo de espera

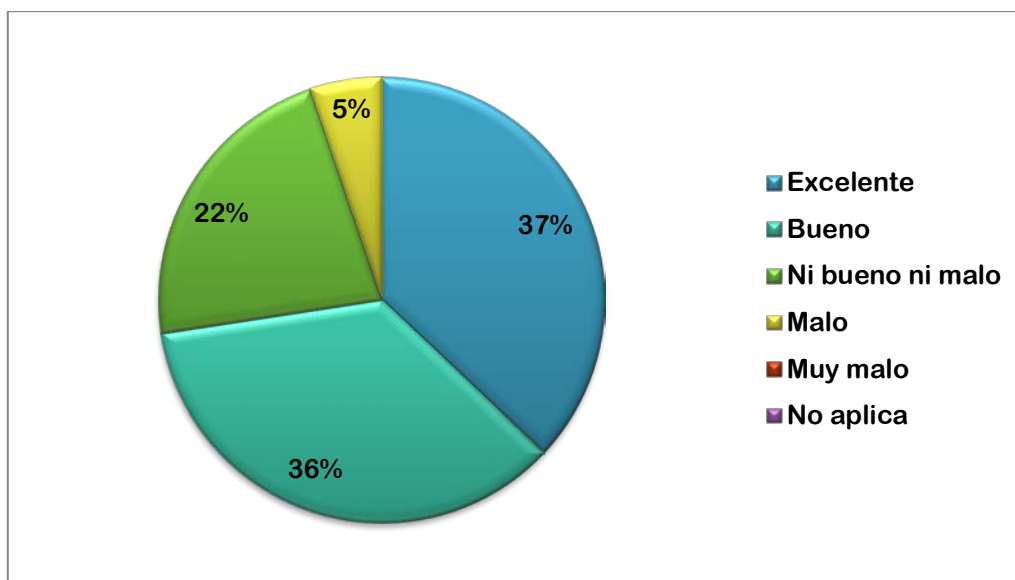


Figura 38. Tiempo de espera-recepción del paciente por enfermería (en piso)

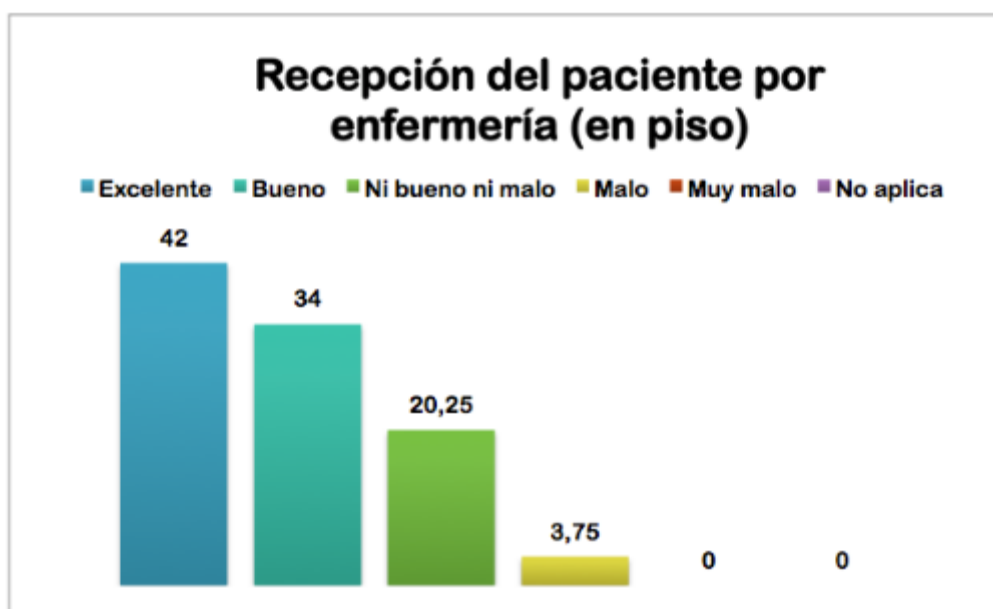


Figura 39. Hospitalización-recepción del paciente por enfermería (en piso)

En tal circunstancia, en el proceso de ingreso a hospitalización, el usuario cree que su recepción y trato del personal asistencial fue excelente en un 42%, el 34%% dijo que solo fue buena. Por otra parte, un 20.25% manifiesta que fue ni buena ni mala y un 3,75% lo considera como mala.

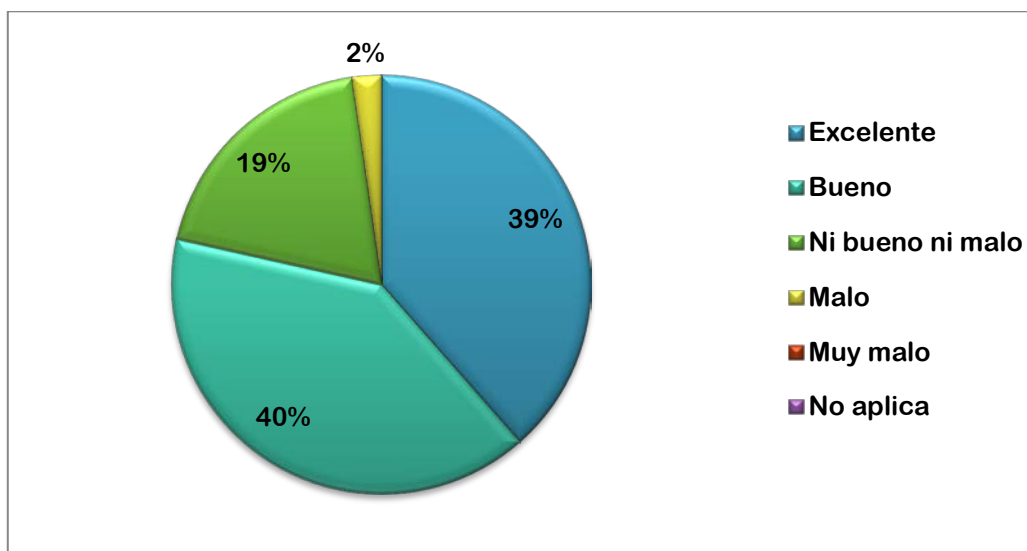
b) Atención en hospitalización**Trato y atención del profesional**

Figura 40. Trato y atención del profesional-Atención en hospitalización

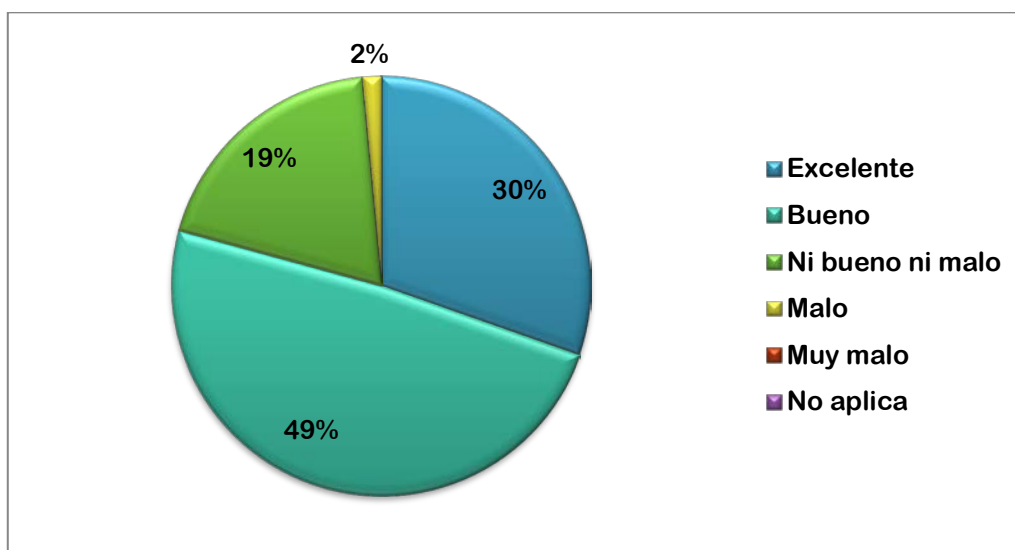
Conocimiento, confianza y seguridad que inspiró el profesional que le atendió

Figura 41. Conocimiento, confianza y seguridad que inspiró el profesional que le atendió -Atención en hospitalización

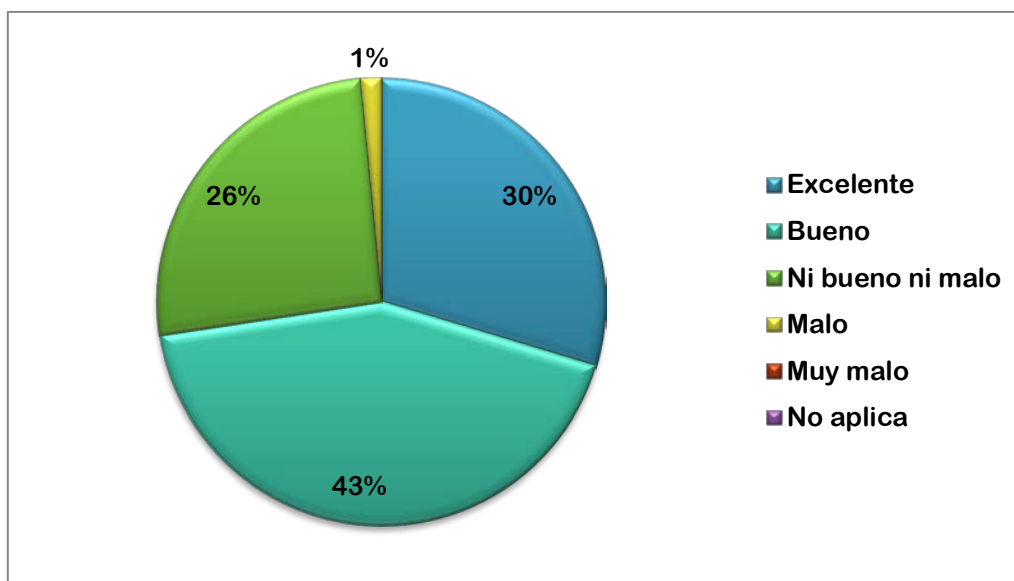
Explicación clara sobre la condición de salud del paciente por parte del profesional

Figura 42. Explicación clara sobre la condición de salud del paciente por parte del profesional -Atención en hospitalización

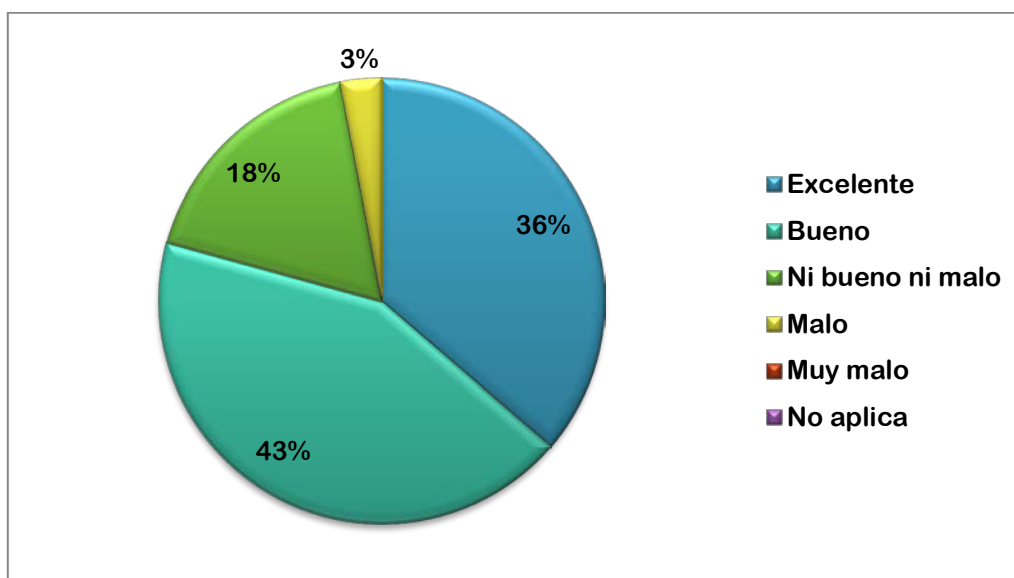
Tiempo de espera

Figura 43. Tiempo de espera-Atención en hospitalización

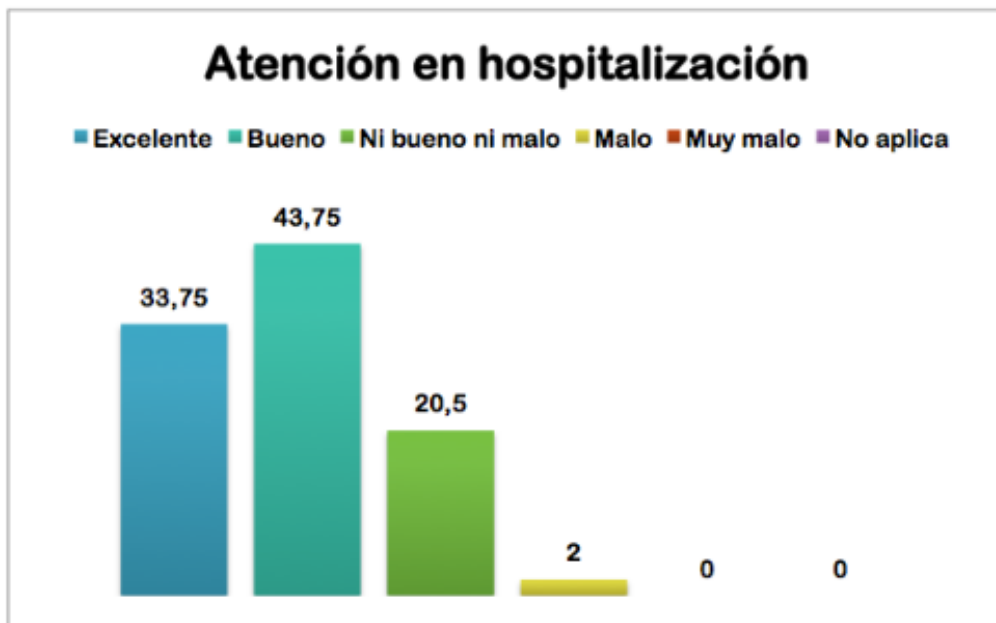


Figura 44. Hospitalización-Atención en hospitalización

Se verificó que para este estudio, solo el 33,75% de los encuestados calificó al profesional que le atendió de manera excelente y casi la mitad consideró que su atención fue buena.

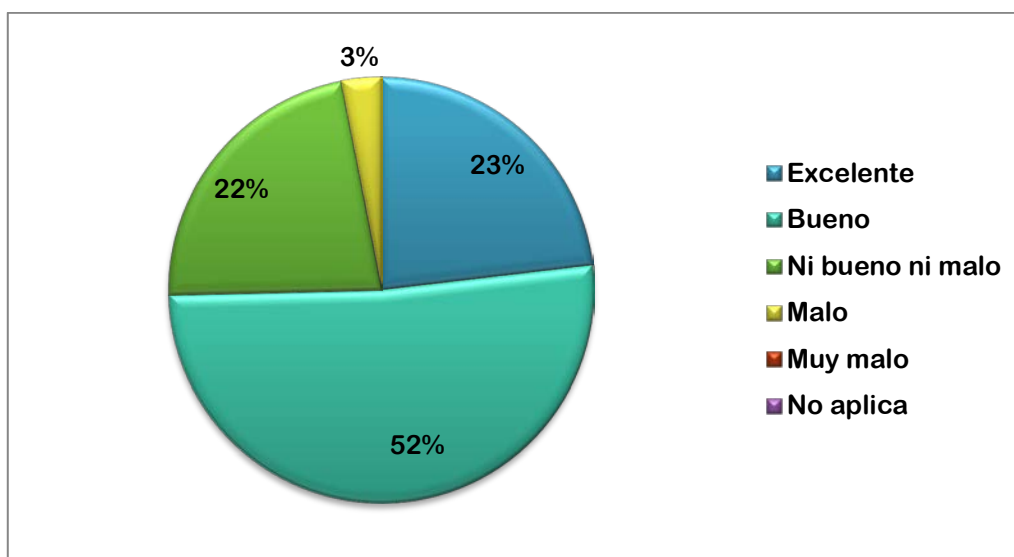
c) Enfermería.- Cuidado directo**Manejo de las medidas de seguridad al paciente**

Figura 45. Manejo de las medidas de seguridad al paciente-. Enfermería.- Cuidado directo

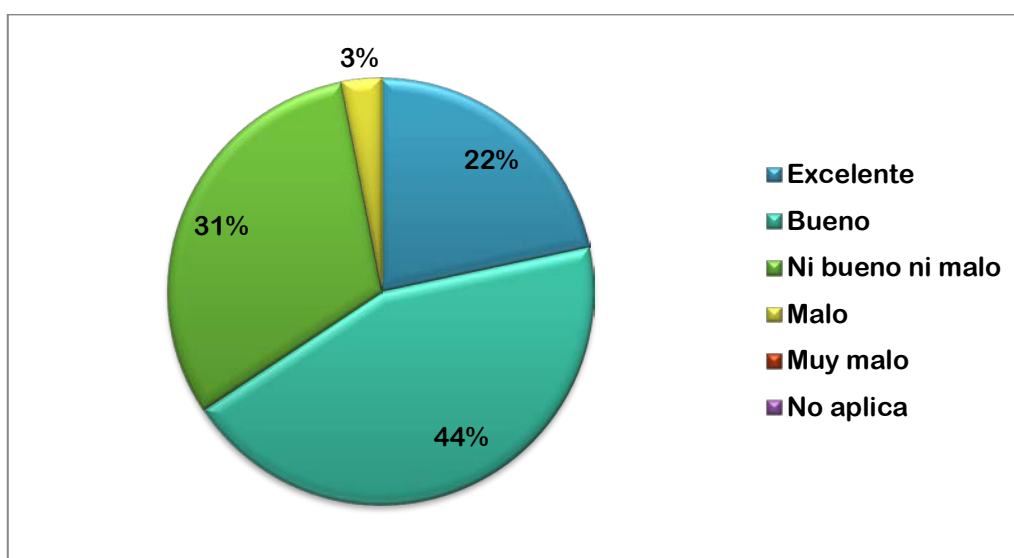
Manejo de la higiene del paciente

Figura 46. Manejo de la higiene del paciente-Enfermería.- Cuidado directo

Trato al paciente

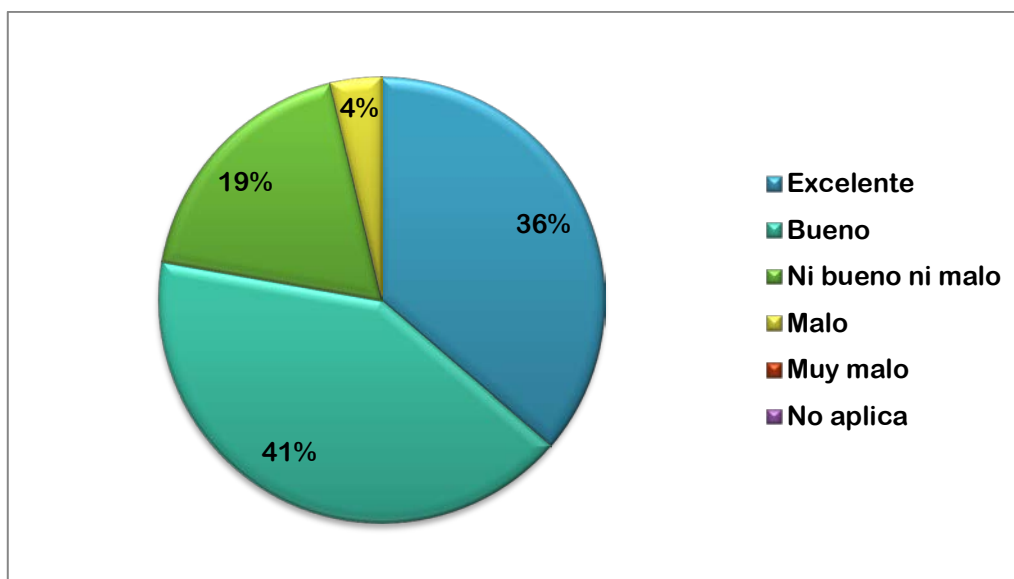


Figura 47. Trato al paciente-Enfermería.- Cuidado directo

Explicación clara sobre los procedimientos realizados con el paciente

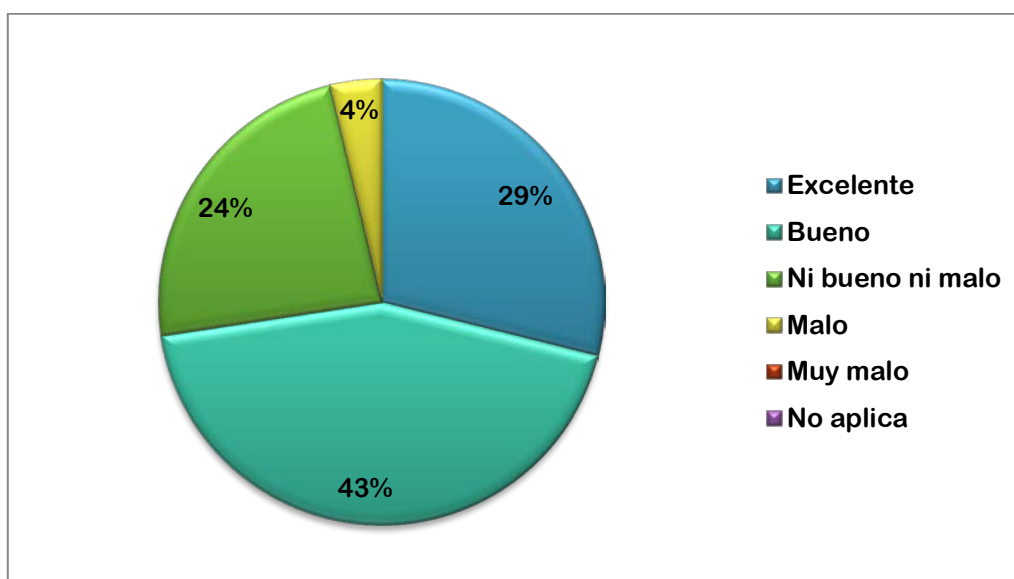


Figura 48. Explicación clara sobre los procedimientos realizados con el paciente - Enfermería.- Cuidado directo

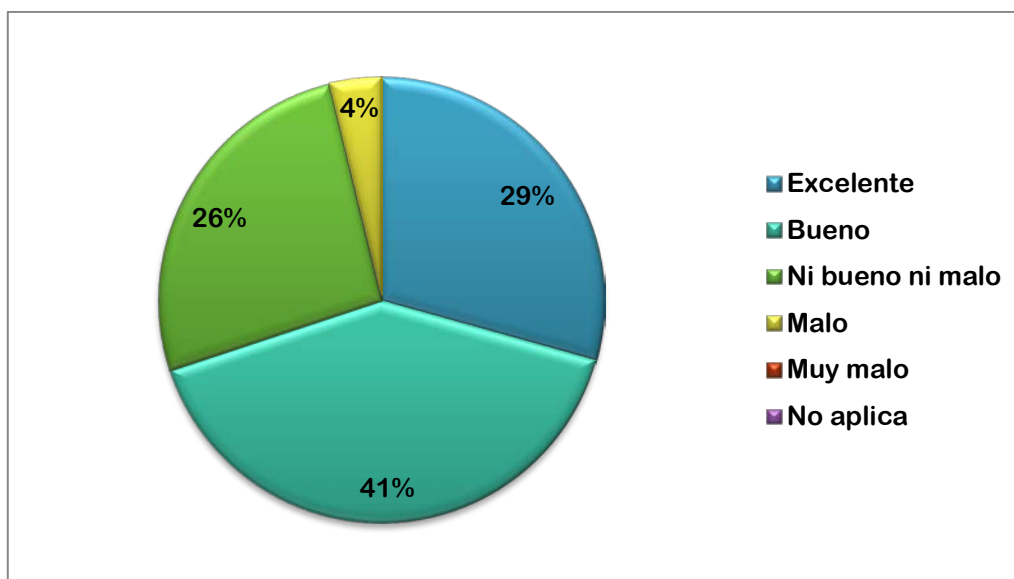
Tiempo de respuesta al llamado del paciente

Figura 49. Tiempo de respuesta al llamado del paciente -Enfermería.- Cuidado directo

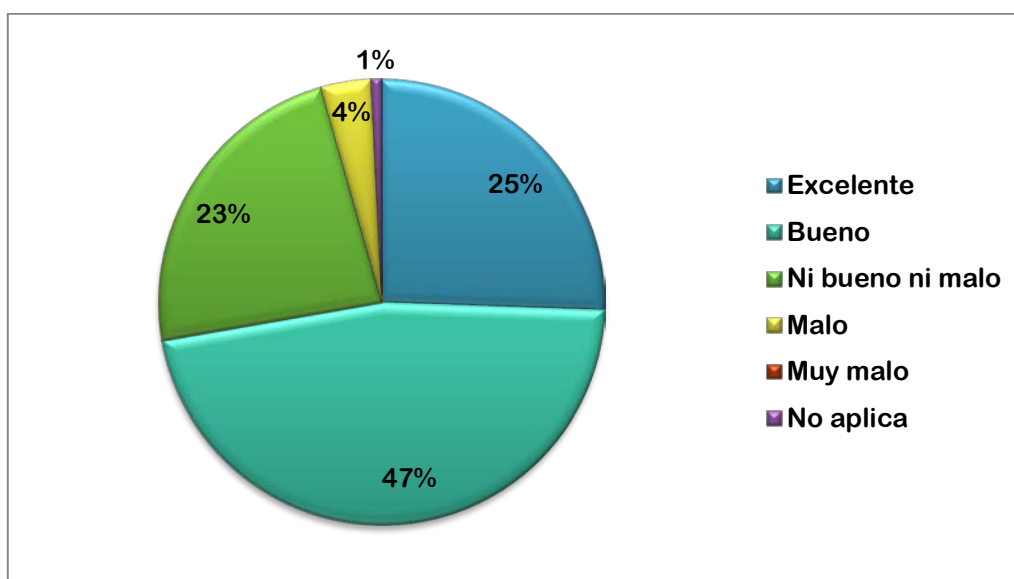
Atención cordial del/la auxiliar de enfermería

Figura 50. Atención cordial del/la auxiliar de enfermería -Enfermería.- Cuidado directo

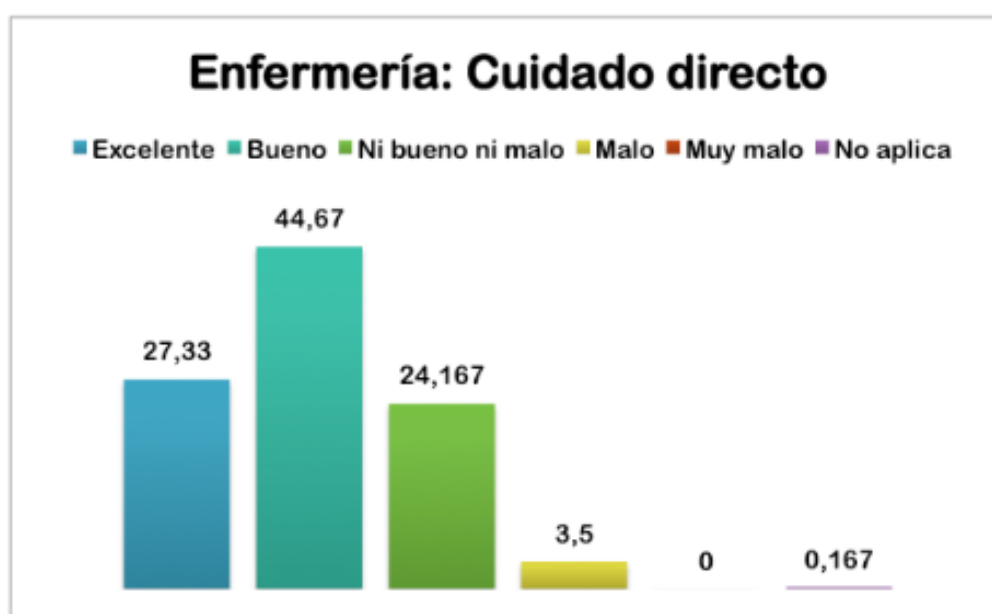


Figura 51. Hospitalización-Enfermería.- Cuidado directo

En este caso de estudio, solo la cuarta parte de los encuestados consideran que la labor del departamento de enfermería es excelente, mientras que casi la mitad de ellos manifestaron que solo es buena y, para la otra cuarta parte le es indiferente opinar por lo que la calificó como ni buena ni mala.

d) Nutrición y dietética

Información a su ingreso sobre la dieta a ser administrada

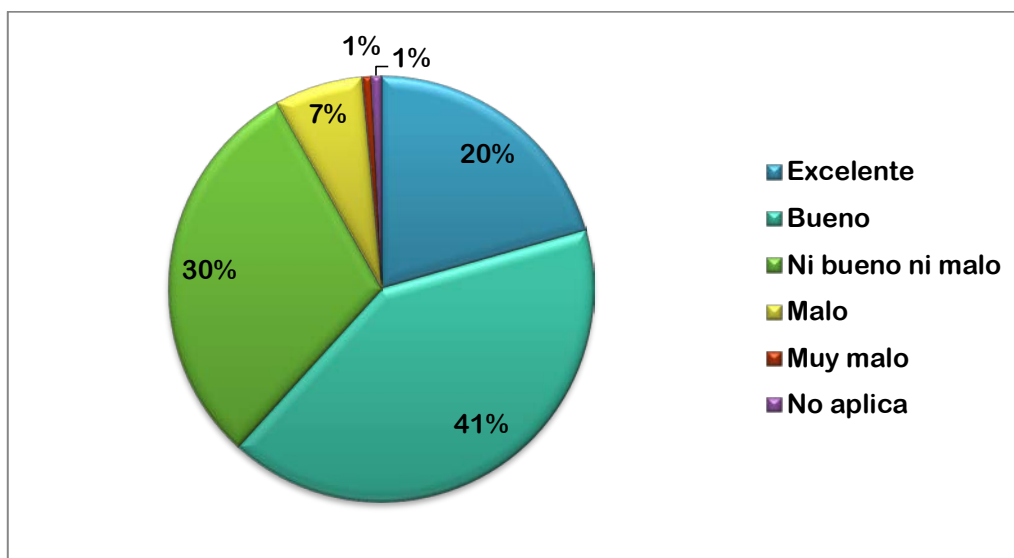


Figura 52. Información a su ingreso sobre la dieta a ser administrada- Nutrición y dietética

Presentación de alimentos

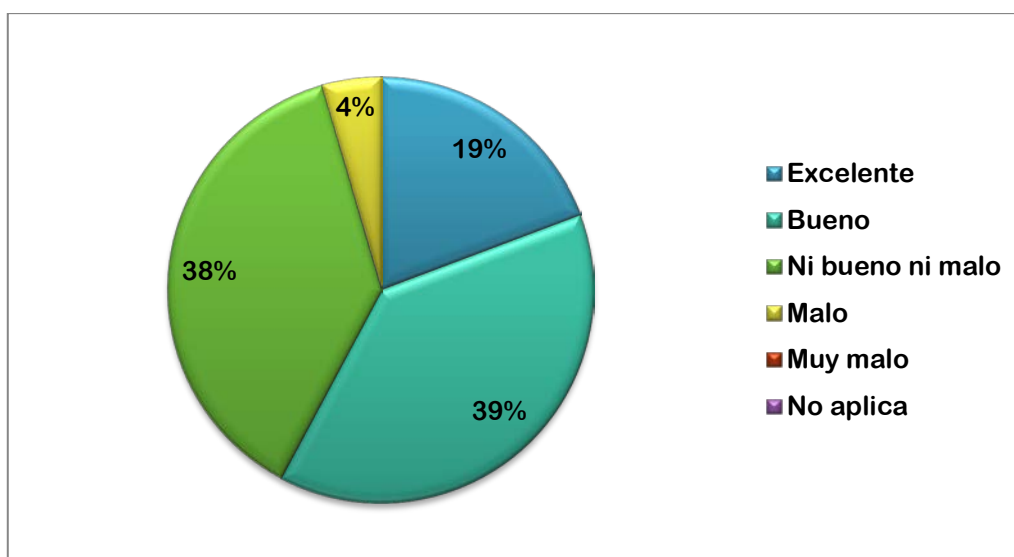


Figura 53. Presentación de alimentos - Nutrición y dietética

Limpieza de cubiertos y platos

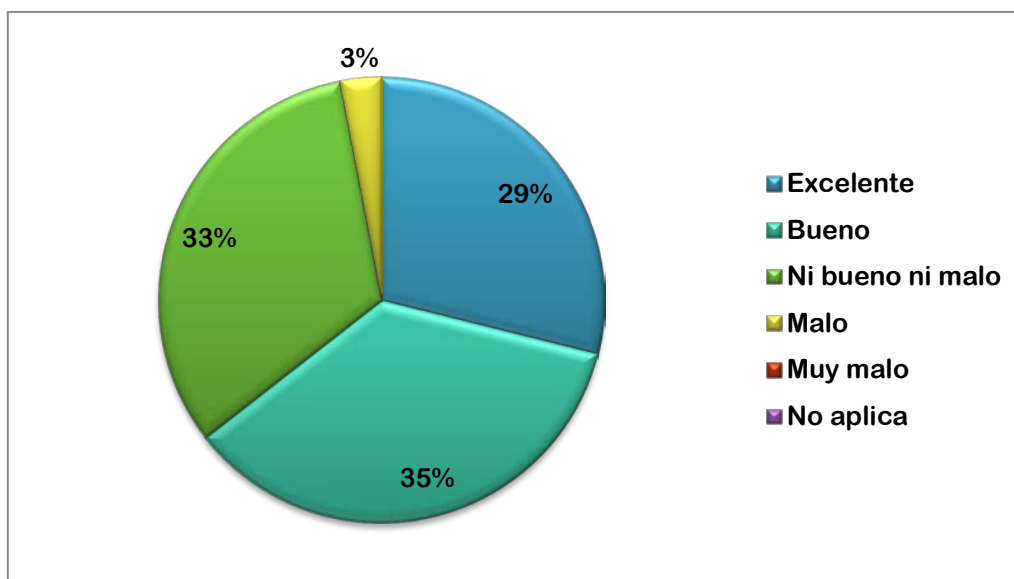


Figura 54. Limpieza de cubiertos y platos - Nutrición y dietética

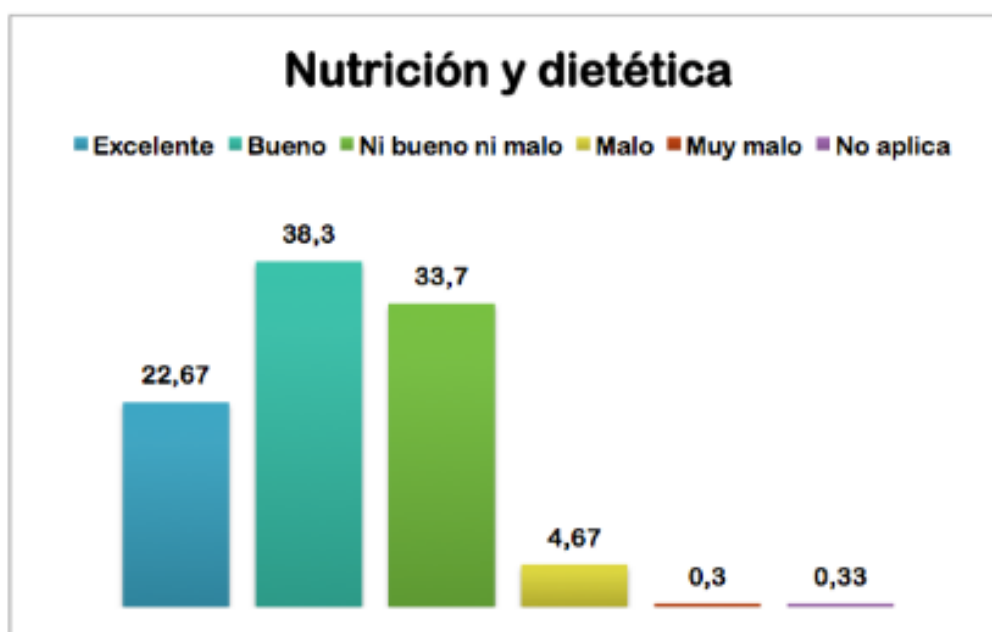


Figura 55. Hospitalización- Nutrición y dietética

El 22,67% manifiesta que la atención de nutrición y dietética es excelente, el 38,30% la ha considerado como buena, a un considerable 33,7% le parece ni buena ni mala y, solo el 4,67% lo califica como mala.

e) Lavandería y ropería

Cuidado de la ropa

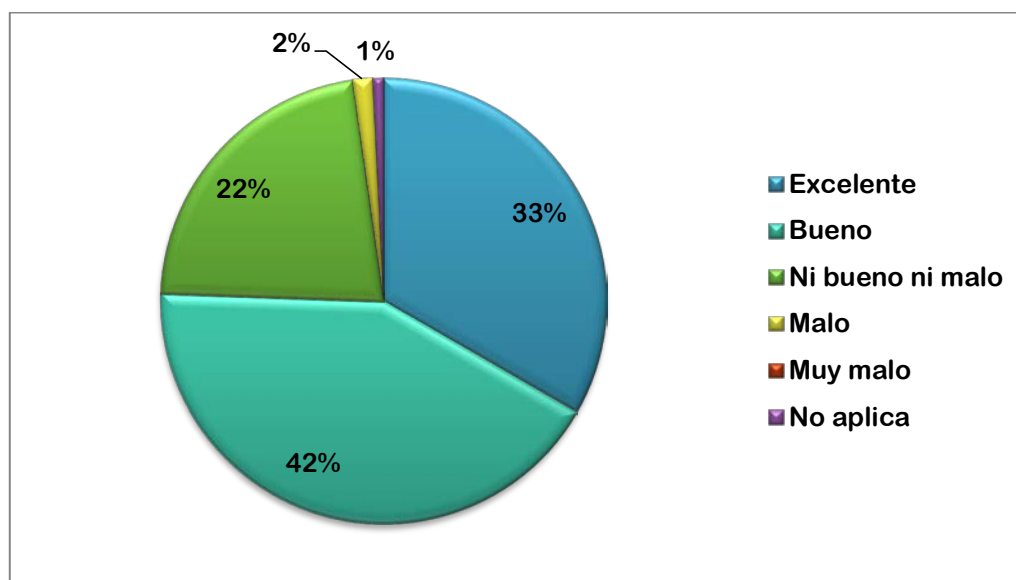


Figura 56. Cuidado de la ropa- Lavandería y ropería

Entrega completa de prendas

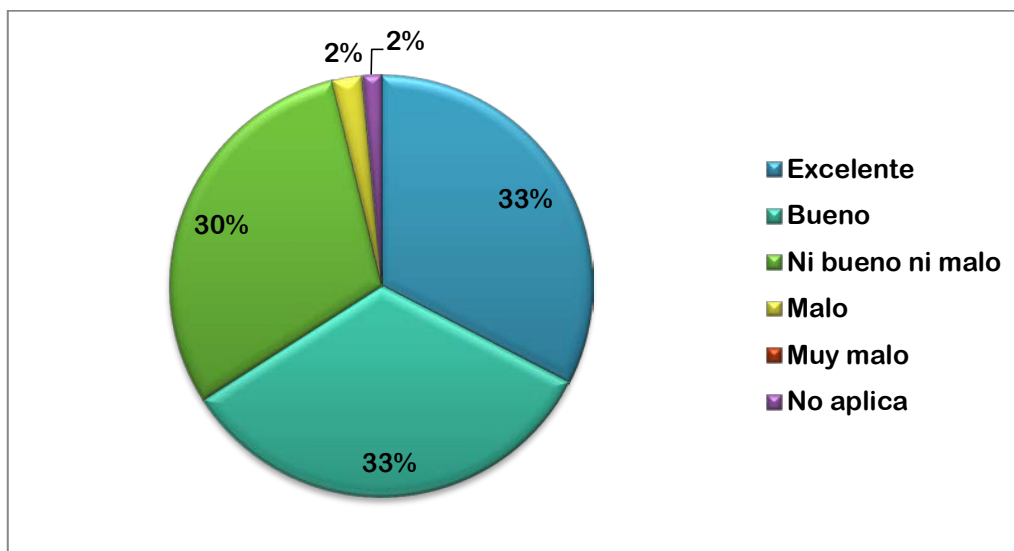


Figura 57. Entrega completa de prendas- Lavandería y ropería

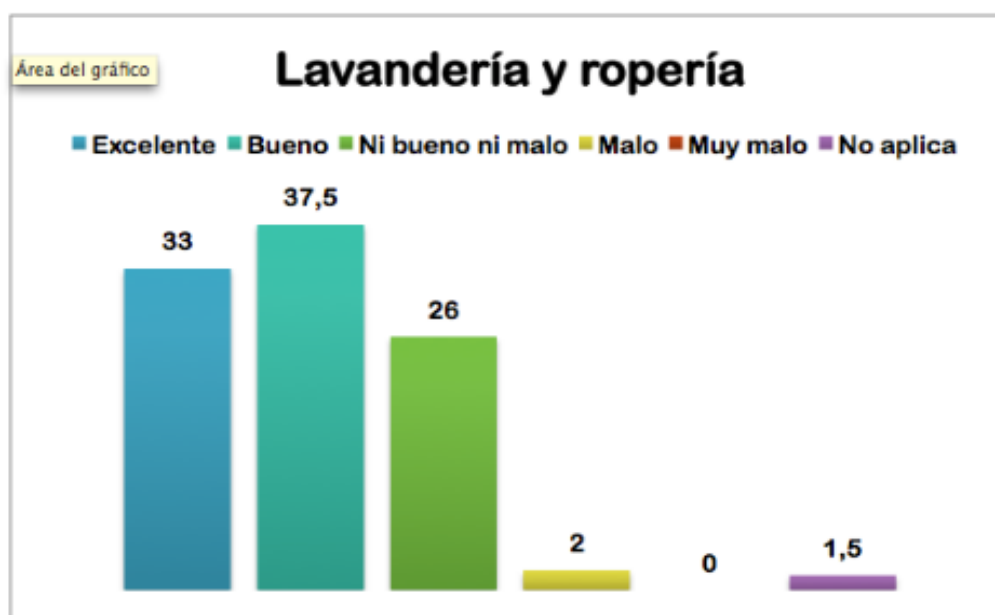


Figura 58. Hospitalización-Lavandería y ropería

El 33% dice estar conforme con el servicio de lavandería y ropería, lo califican como excelente, un 37,5% dice que es apenas bueno, sin embargo, existe un 1,5% de usuarios

encuestados que no califican el servicio por no tener contacto con tal servicio. Consecuentemente existe un promedio de un 26% de usuarios que califican al servicio entre ni bueno ni malo.

f) Administración hospitalaria

Comodidad

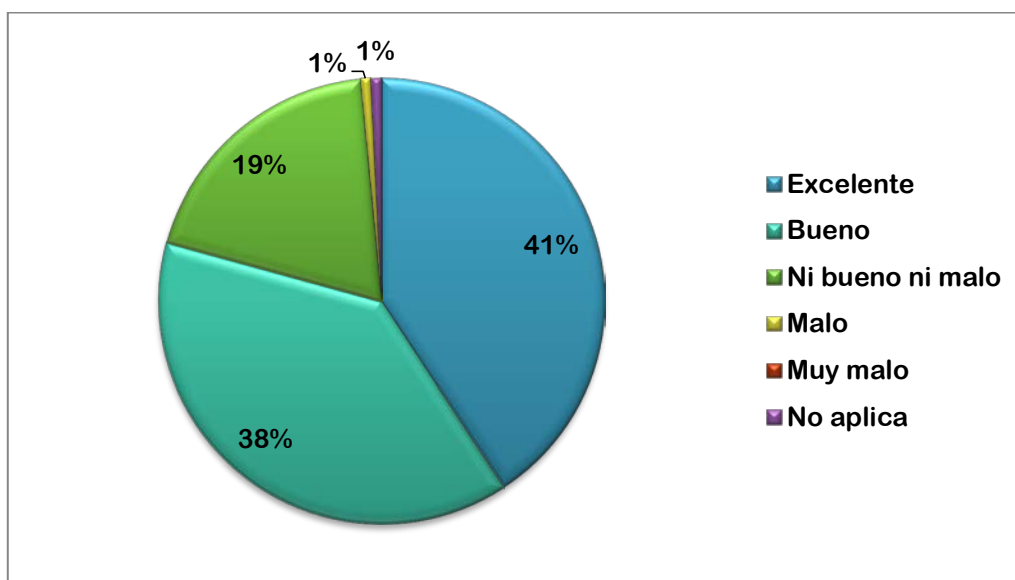


Figura 59. Comodidad-Administración hospitalaria

Limpieza de habitaciones

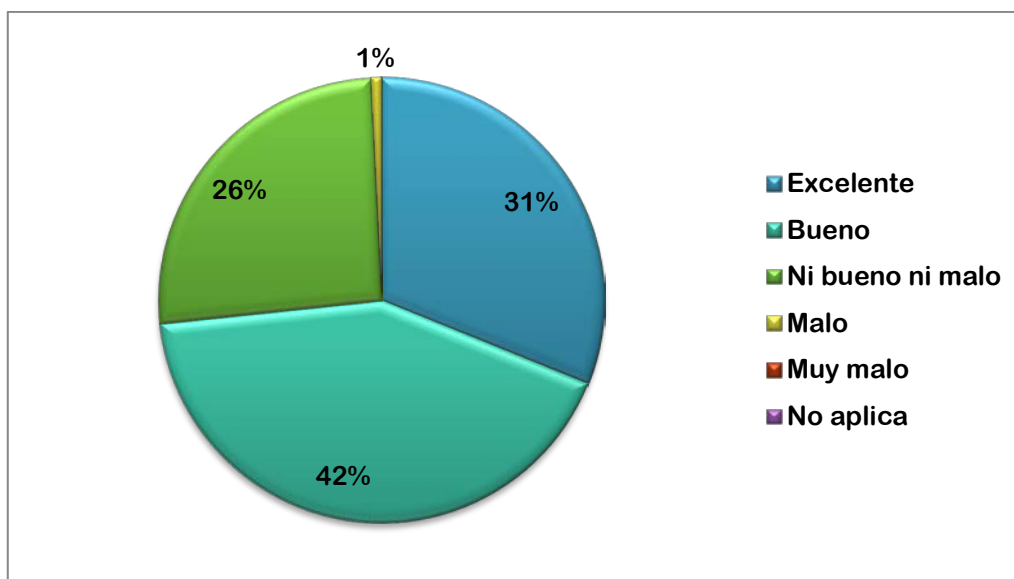


Figura 60. Limpieza de habitaciones-Administración hospitalaria

Limpieza de las salas de espera

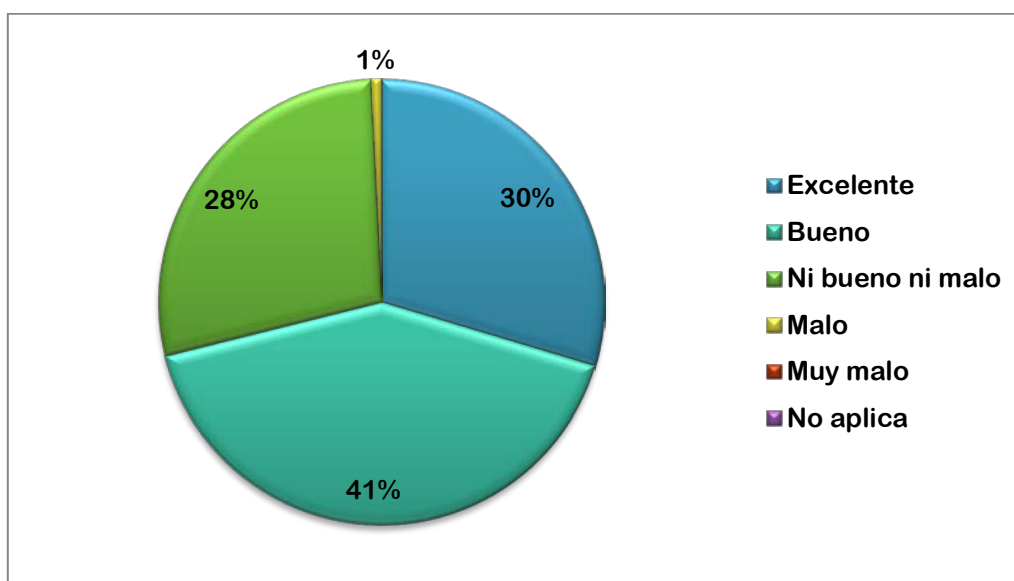
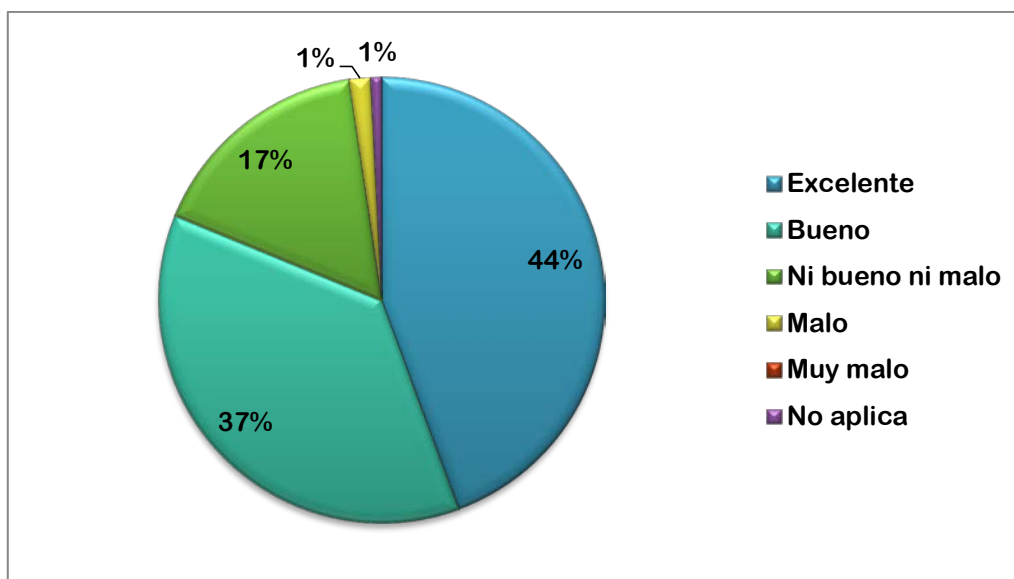


Figura 61. Limpieza de las salas de espera -Administración hospitalaria

Accesibilidad para movilidad de pacientes y transeúntes



**Figura 62. Accesibilidad para movilidad de pacientes y transeúntes -
Administración hospitalaria**

Señalización clara

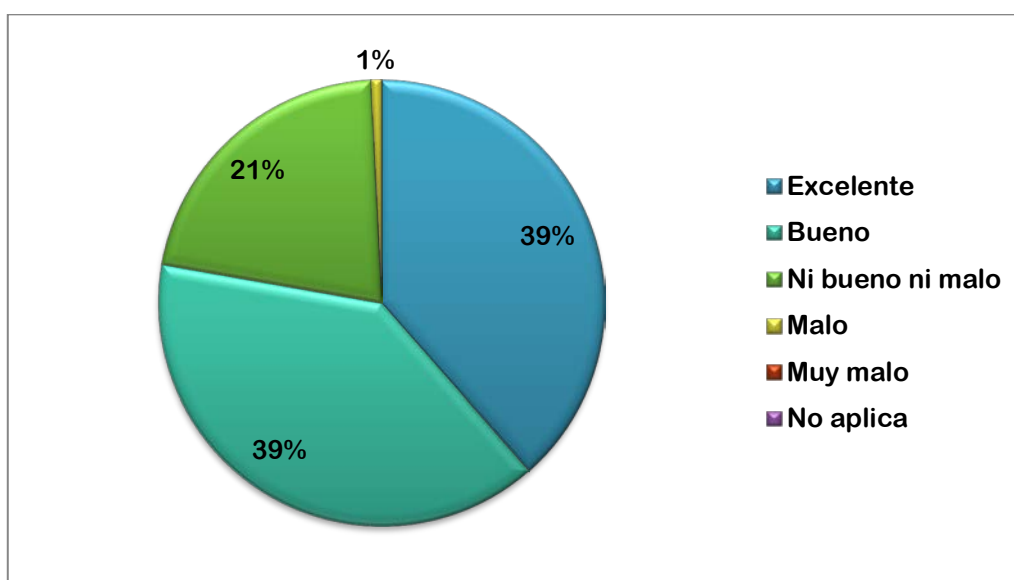


Figura 63. Señalización clara-Administración hospitalaria

Claridad en los rubros facturados

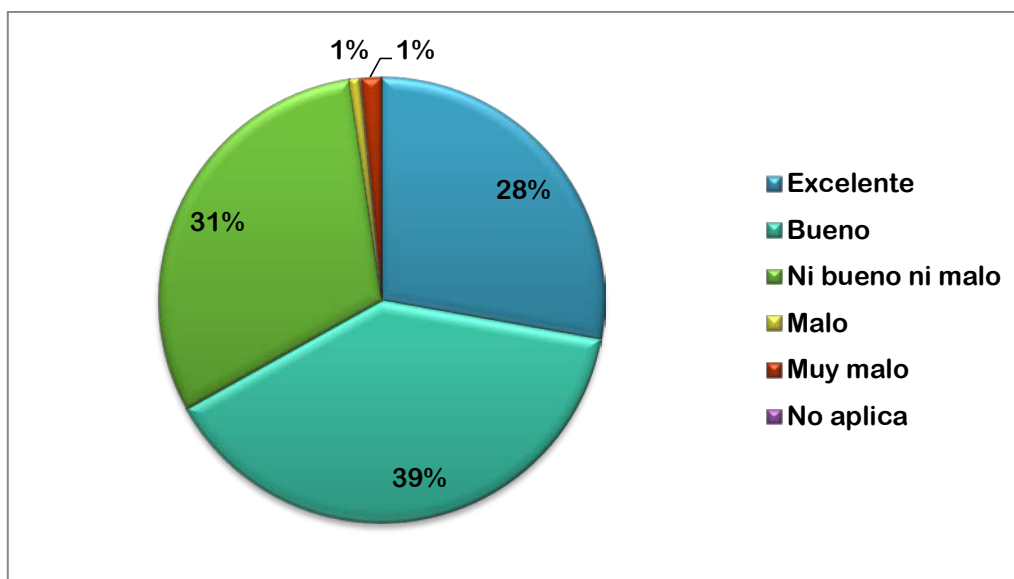


Figura 64. Claridad en los rubros facturados-Administración hospitalaria

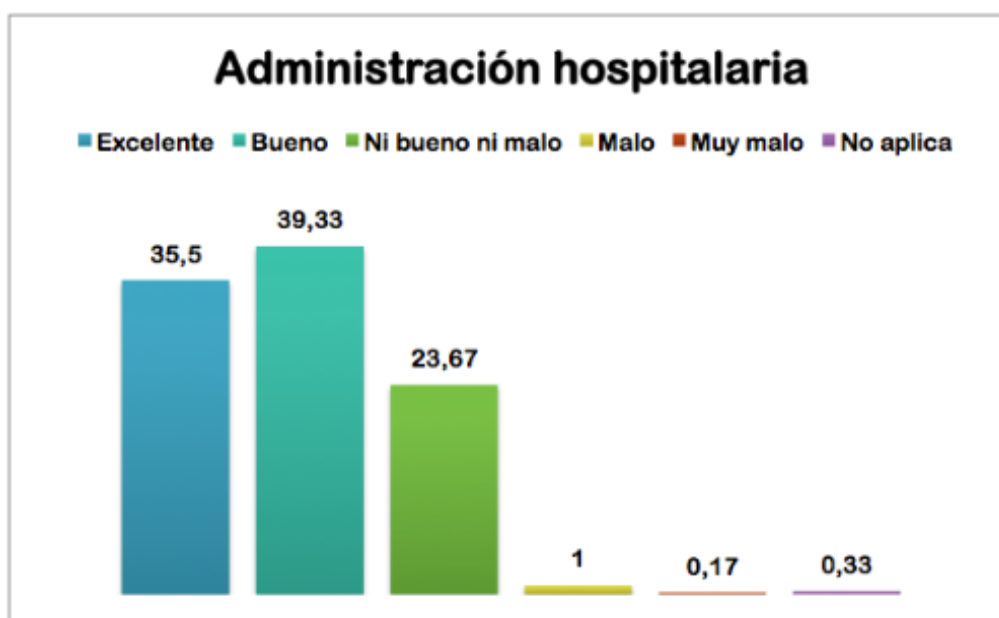


Figura 65. Hospitalización-Administración hospitalaria

En lo que respecta a la limpieza, confort, amplitud de las unidades hospitalarias así como en la transparencia financiera, 35,5% de los usuarios manifestaron que es excelente y un 39,33% lo califican como bueno. Un 23,67% le es indiferente la calidad de este servicio y solo un encuestado lo calificó como malo.

g) Trabajo social

Atención cordial

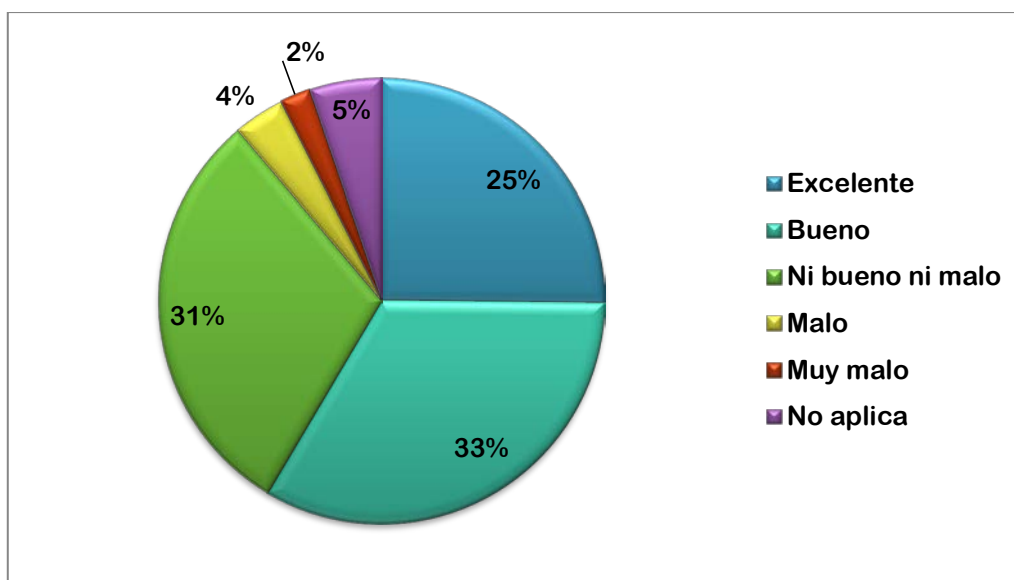


Figura 66. Atención cordial-Trabajo social

Presentación personal

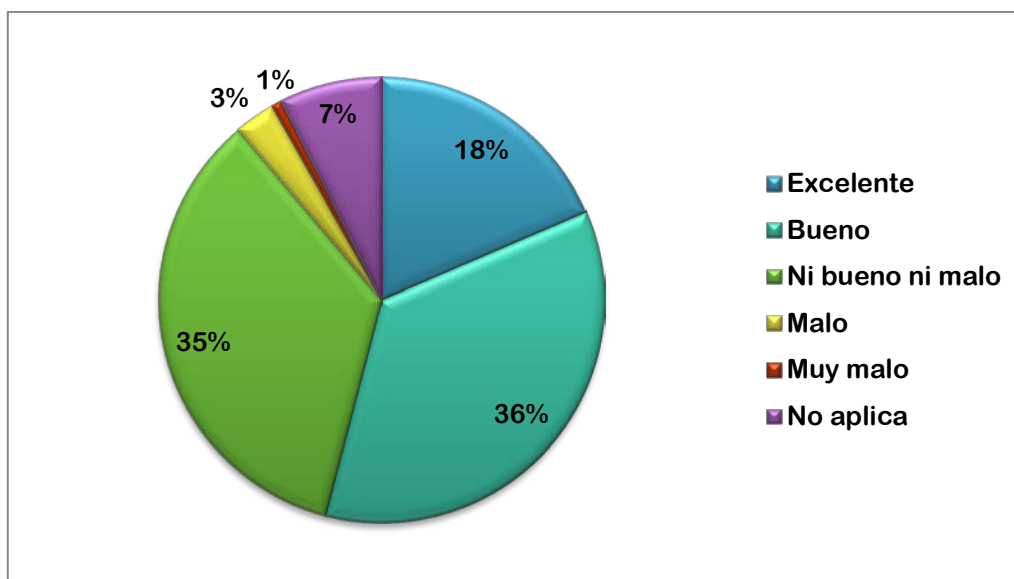


Figura 67. Presentación personal-Trabajo social

Conocimiento y solución de inquietudes

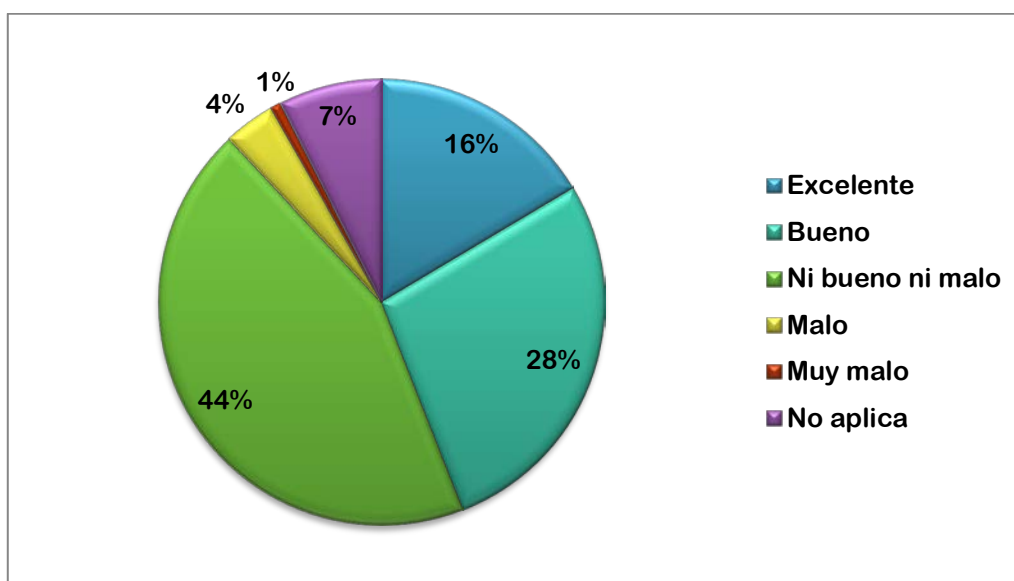


Figura 68. Presentación personal-Trabajo social

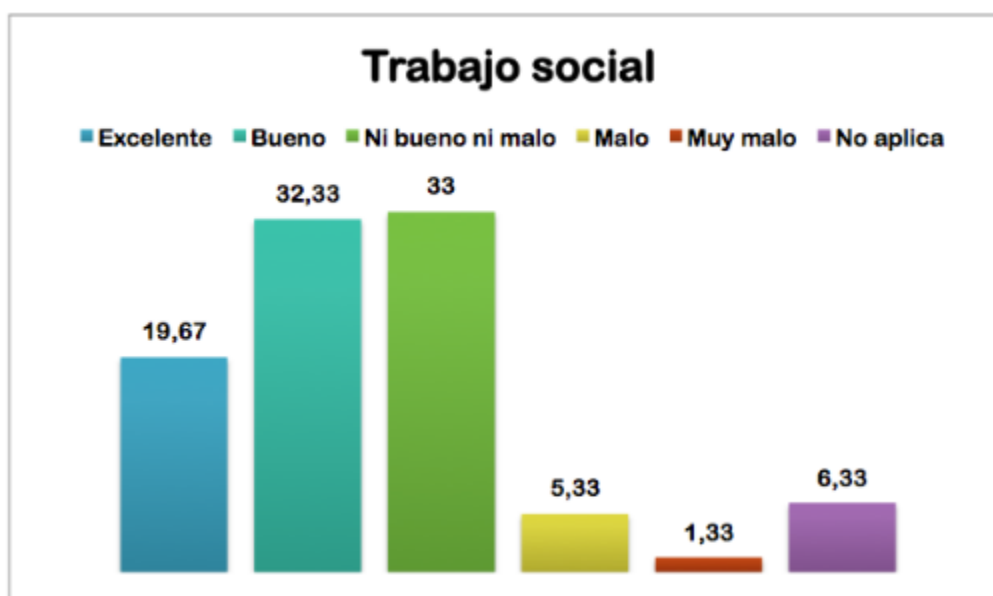


Figura 69. Hospitalización-Trabajo social

Se considera que el área de Trabajo Social, al ingreso del paciente al recinto hospitalario, tiene un excelente procedimiento promedio en un 19,67%, existe un 32,33% de usuarios que califican la gestión como buena, existe un considerable 40% donde los encuestados no muestran interés por calificar el servicio, posiblemente sea porque no existió un contacto con el personal de Trabajo Social o, porque no les ha sido lo suficientemente satisfactoria.

En la tabla 29 se observan las áreas de atención que tuvieron menor puntaje en excelencia.

Tabla 29. Menor puntaje en excelencia.

Variables medidas	Porcentaje de las Variables					
	Excelente	Bueno	Ni bueno ni malo	Malo	Muy malo	No aplica
Guardianía	58,33	24,67	12,67	3	1,33	0
Admisión e información	45,8	35,8	13	3,8	1	0,2
Recepción del paciente por enfermería	42	34	20,25	3,75	0	0
Atención en hospitalización	33,75	43,75	20,5	2	0	0
Enfermería.- Cuidado directo	27,33	44,67	24,17	3,5	0	0,17
Nutrición y dietética	22,67	38,33	33,67	4,67	0,33	0,33
Lavandería y ropería	33	37,5	26	2	1	0,5
Administración hospitalaria	35,5	39,33	23,67	1	1,17	0,33
Trabajo social	19,67	32,33	33	5,33	1,33	6,33
Sumatoria	318,05	330,38	206,93	29,05	6,16	7,86
Total	35,34	36,71	22,99	3,23	0,68	0,87

4.3.1.2 Conclusiones

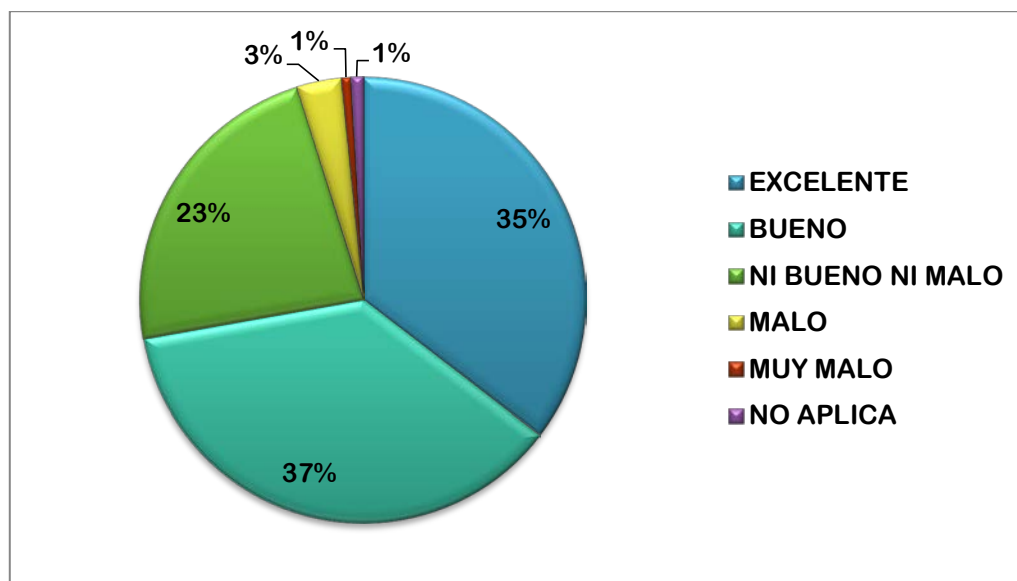


Figura 70. Porcentaje global de calificación

El 72% de los encuestados califican el servicio entre bueno y excelente, lo que quiere decir que los procesos de atención están dentro de los estándares normales, sin embargo, existe casi una cuarta parte que considera al servicio no muy alentador pero que tampoco es malo.

4.3.2 Contratación de la Hipótesis

El posicionamiento de la marca “Centro de Reposo San Juan de Dios” en la Red Complementaria de Salud permitirá maximizar el desempeño y rentabilizar la institución en un 15%, para permanecer en el tiempo, en una gestión hospitalaria integral en el Distrito Metropolitano de Quito.

De acuerdo a los resultados de la encuesta, se evidencia que la Institución mantiene estándares de servicio que son buenos y tienden a ser excelentes, lo que demuestra que se puede realizar un buen posicionamiento de la marca en la mente de los pacientes y de sus familiares, los cuales pueden ser buenos referentes de los servicios que proporciona la Institución y se puede alcanzar de manera rápida y efectiva el 15% de rentabilidad de la organización.

CAPITULO V

5. DESARROLLO DE UNA ESTRATEGIA FUNCIONAL DE IMAGEN INSTITUCIONAL, ENFOCADA EN EL CLIENTE

5.1 IMPLEMENTAR UNA GESTIÓN DE IMAGEN INSTITUCIONAL INTEGRAL EFECTIVA

Para que la comunicación institucional del Centro de Reposo San Juan de Dios sea eficiente y eficaz, se debe desarrollar una estrategia de reordenamiento de la gestión, dado que no existen parámetros establecidos y cada área solicita sus requerimientos de comunicación de forma espontánea.

Lo primero es generar una estrategia que se encargue de receptar los requerimientos de comunicación de marca, tanto a nivel interno y externo de dichas áreas, mediante la elaboración de matrices que van a generar el “Plan de Comunicación Anual”.

La recepción de la información de los departamentos y la consolidación del “Plan anual de Comunicación” se basará en los siguientes formatos:

Tabla 30. Formatos de gestión de comunicación Interna y Externa

FORMATOS GESTIÓN DE COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA	
NÚMERO	NOMBRE
1	Recepción Requerimientos de Comunicación interna y externa
2	Matriz de Requerimientos de Comunicación interna y externa
3	Plan de Comunicación interna y externa
4	Matriz de ejecución de comunicación interna y externa

5.1.1 Recepción Requerimientos de Comunicación interna y externa

Constituye un formato que receptorá los requerimientos de las distintas áreas de gestión de la institución incluida la alta gerencia, sean estas campañas de difusión, capacitaciones, talleres, boletines, comunicados, etc. En este se detallará el contenido de la información, objetivos, periodicidad, es decir, si la acción comunicacional es diaria, semanal, mensual y demás, por otro lado se detallarán los medios o canales de comunicación que el solicitante requiera para su difusión. (Anexo 4)

5.1.2 Matriz de Requerimientos de Comunicación Interna y Externa

Una vez que se ejecute la recepción de requerimientos de comunicación de las distintas áreas, dicha información pasará a la matriz de requerimientos de comunicación externa e interna, formando así un consolidado, el cual definirá el orden y comprensión de requerimientos de forma integral y, estos a su vez se trasladarán al “Plan de Comunicación Anual”. (Anexo 5)

5.1.3 Plan de Comunicación Anual Interna y Externa

Tendrá la ventaja de poder consolidar el área, responsable, objetivos, actividades a ser generadas y sus respectivos elementos, así como fechas de generación y periodicidad. (Anexo 6)

Esta herramienta ayudará a la gestión de la comunicación institucional porque:

- Generará el plan de comunicación anual.
- Ordenará la gestión en tiempos y frecuencias.
- Canalizará y orientará los objetivos de cada área al de la institución.
- Identificará el público objetivo y los medios a utilizar.
- Identificará acciones concretas encaminadas a resultados específicos y su posterior evaluación.

5.1.4 Matriz de Ejecución de Comunicación Interna y Externa

Consolida las actividades a ser realizadas, e indica las fechas de inicio y término de las mismas, además tiene la opción de generar comentarios u observaciones que resulten de la ejecución. (Anexo 7)

La matriz de ejecución de la comunicación interna y externa es importante porque:

- Permitirá realizar un control y seguimiento de las actividades.
- Ayudará a obtener los indicadores de cumplimiento, de impacto y de resultados.

- Permitirá controlar el cronograma de gestión.
- Permitirá realizar informes.

El segundo paso es levantar un “Manual de Gestión de Imagen Institucional” cuyo objetivo será:

- Integrar la gestión de la identidad y la comunicación institucional en base a instructivos.
- Normar las necesidades de comunicación y marketing interno y externo de la institución.

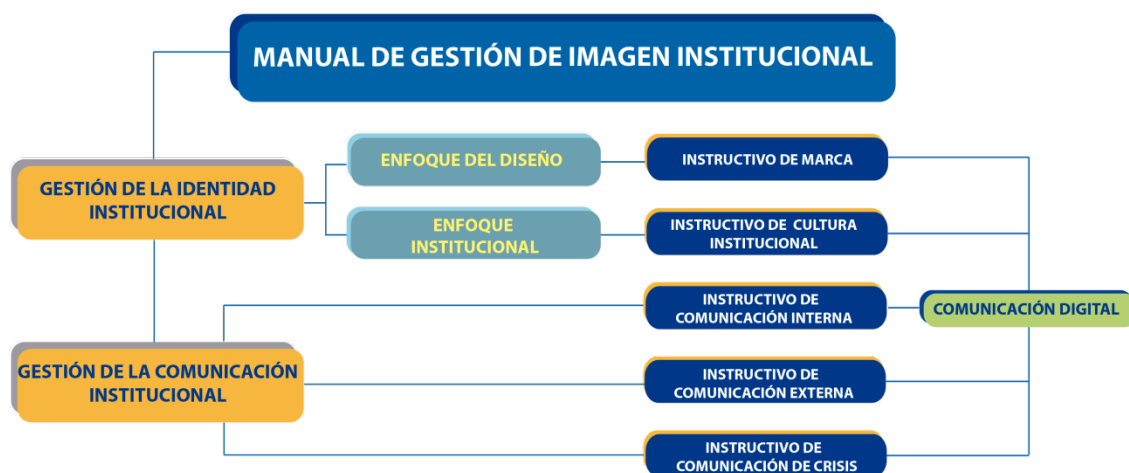


Figura 71. Modelo del Manual de Gestión de Imagen Institucional

Como se puede ver en la figura 71, es necesario delimitar la gestión de la identidad institucional con la de la comunicación institucional, sin embargo, ambas gestiones necesitarán de instructivos que permitan enfocar específicamente dicha gestión. El manual facilitará el uso adecuado de sus instructivos y garantizará el debido

funcionamiento y desarrollo de sus contenidos, el alcance será normar la comunicación interna y externa de la institución y crear sinergias entre las mismas.

La gestión de la identidad institucional será manejada desde dos enfoques, por una parte el del diseño cuya gestión se basa en el instructivo de marca y, por otra parte el institucional el cual rige el instructivo de cultura institucional como tal.

Por otro lado, la comunicación institucional manejará los instructivos de comunicación interna, externa y de crisis. La comunicación digital interactuará y colaborará en los cinco instructivos detallados en la figura 71 como una herramienta imprescindible para responder a las necesidades tecnológicas y comunicacionales actuales.

El Manual de Gestión de la Imagen Institucional se distribuirá de la siguiente forma:

5.1.5 Instructivo de marca

Administrará y gestionará la normativa del Manual de Marca de la Institución para el uso adecuado de sus componentes en las aplicaciones gráficas físicas y digitales.

Las principales tareas u operaciones del Departamento de Comunicación Institucional son:

- Adaptación de logo, logotipo, isotipo, isologo, eslogan, entre otros; de la marca Centro de Reposo San Juan de Dios en el diseño de piezas gráficas físicas y digitales, en base a un patrón determinado.

- Diseño y mantenimiento de la Señalética en las áreas de la institución.
- Control del correcto uso de los distintivos institucionales por parte de los colaboradores de la institución.
- Soporte técnico a la coordinación de Activos Fijos para el adecuado uso de la marca en la producción de papelería médica, administrativa e insumos en general.
- Monitoreo y control de uso adecuado de: Fondo de escritorio, diapositivas de power point y demás material de uso frecuente.

5.1.6 Instructivo de Cultura Institucional

Normará el empleo adecuado de sus componentes en documentos físicos y digitales. La reseña histórica de la institución, misión, visión, valores, organigrama, política de calidad, cartera de servicios, entre otros, son parte de este instructivo y, es responsabilidad del departamento de comunicación en coordinación con la alta gerencia y la coordinación de calidad, velar por el correcto uso de la información.

5.1.7 Instructivo de Comunicación Interna

Verificará que el público interno conozca la información que se genera en la institución de forma eficaz, rápida, confiable y coherente con la misión, visión y los valores de la institución.

El principal objetivo es fortalecer los vínculos laborales y personales del usuario interno de la institución, impulsando el desarrollo de los procesos de comunicación con la

creación de estrategias y canales físicos y virtuales, para transmitir y difundir la información de manera oportuna y contribuir al logro de los objetivos de la institución.

5.1.8 Instructivo de Comunicación Externa

Verificará que el público externo conozca la información que se genera en la institución de forma eficaz, rápida, confiable y coherente con los valores de la institución.

El objetivo principal es fortalecer los vínculos con los grupos de interés externos, impulsando el desarrollo de los procesos de comunicación con la creación de estrategias y canales físicos y virtuales, para transmitir y difundir la información de manera oportuna y contribuir al logro de los objetivos de la institución

Los instructivos de comunicación interna y externa son importantes porque:

- Posicionarán la comunicación interna y externa como elementos estratégicos que apoyan a la difusión de lo que es la institución y de lo que pretende ser.
- Formalizarán la comunicación interna y externa para lograr mayor efectividad en los mensajes dirigidos a los usuarios internos y externos.
- Apoyarán al posicionamiento de la Imagen institucional en el mediano y largo plazo.

5.1.9 Descripción de tareas u operaciones del Departamento de Comunicación Institucional

- Receptar las necesidades de comunicación de las áreas involucradas de gestión de la institución incluido el Departamento de Comunicación Institucional.
- Receptar las necesidades de comunicación interna y externa en el formato: Necesidades de Comunicación (Anexo 4)
- Integrar las necesidades de Comunicación interna y externa en el formato: Matriz de Necesidades de Comunicación (Anexo 5)
- Consolidar la matriz: Plan de Comunicación Anual (Anexo 6)
- Gestionar la matriz de Ejecución de Comunicación Interna y Externa (Anexo 7)
- Pautaje en medios físicos y digitales.
- Diseñar campañas de comunicación interna y externa y penetración de marca.
- Diseñar programas de comunicación directa externa para posicionar la marca.
- Generar boletín informativo de acuerdo a requerimientos de las áreas de gestión.
- Abordaje fotográfico y video gráfico en eventos internos y externos.
- Redacción de notas informativas de eventos internos y externos.
- Generar piezas gráficas para notas informativas de eventos internos y externos.
- Publicación de notas informativas de eventos internos y externos en medios propios o contratados.
- Realizar encuestas de satisfacción de comunicación interna y externa o implementar mecanismos alternativos que midan dicha satisfacción.

- Realizar informes sobre campañas de comunicación interna y externa para la alta gerencia.

5.1.10 Instructivo de Comunicación de Crisis

Será diseñado para gestionar una crisis institucional con metodología, rigor y profesionalidad, utilizando las indicaciones necesarias y procedimientos a seguir a la hora de enfrentarse a situaciones adversas naturales, sociales y operacionales.

El objetivo es establecer las políticas y guías de administración del riesgo y respuesta institucional, dando solución a cualquier crisis interna y externa que comprometa la estabilidad y la imagen institucional, para conservar su credibilidad y profesionalismo.

El instructivo de comunicación de crisis es importante porque:

- Maximizará las oportunidades y minimizará las amenazas derivadas de temas potencialmente conflictivos, reacciones y actitudes de los usuarios.
- Desarrollará estrategias de respuesta afines a cada área que conforma la institución ante una crisis.
- Identificará potenciales planes de mejora de la Gestión de Comunicación de Crisis por medio de una constante evaluación de la misma para conservar la imagen institucional.

5.1.11 Descripción de tareas u operaciones del Departamento de Comunicación Institucional

- Formar e implementar el Comité de Gestión de la Comunicación de Crisis (CGCC) para procesar la información entregada por el Comité de Crisis de la Institución.
- Capacitar a los miembros del CGCC de la institución, en la Gestión de Riesgos Comunicacionales.
- Recibir comunicación de cada acción que se va a tomar en cada CGCC de la institución, para emitir opinión.
- Fomentar y animar la práctica de gestionar los riesgos comunicacionales en los Directivos y Colaboradores.
- Comunicar al Director General sobre un posible riesgo o evento, que amerite activar el CGCC.
- Recomendar un tipo de respuesta y plan de acción comunicacional.
- Entrenar y formar a los portavoces designados para emitir comunicaciones en la institución.

5.2 DISEÑAR UN PLAN DE INDUCCIÓN Y RE INDUCCIÓN DE LA IDENTIDAD INSTITUCIONAL A LOS COLABORADORES, DE ACUERDO A LA MISIÓN Y VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

El plan de inducción y re inducción de la identidad institucional, tiene como objetivo hacer que los colaboradores participen en el proceso de comunicación de la identidad

institucional del Centro de Reposo San Juan de Dios. No solo pretende aportar a los planes de capacitación que la institución programa para los empleados, sino que más bien buscará posicionar en ellos lo que la institución es y desea ser, mediante la comunicación constante de sus acciones de marketing, comunicación gerencial y de resultados, basados en el fortalecimiento de los niveles de pertenencia hacia la institución para generar imagen institucional.

El plan de inducción y re inducción de la identidad institucional es anual y, afecta directamente a las tres gerencias que actualmente existen, dichas gerencias basan su gestión de acuerdo a la naturaleza de la institución y su ámbito de acción.

En la tabla 31 se detallan los temas, la respectiva gerencia y el público objetivo.

Tabla 31. Talleres dirigidos a colaboradores

TALLERES DIRIGIDOS A COLABORADORES			
ÁREA	TEMA	PÚBLICO	TRIMESTRE
GERENCIA DE PASTORAL DE LA SALUD	Historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios	Todo el personal	1
GERENCIA MÉDICA	Asistencia Integral al paciente	Equipo asistencial	2
GERENCIA ADMINISTRATIVA	Excelencia en la Gestión Hospitalaria	Equipo asistencial y administrativo	3
	Los procesos y la calidad en la Gestión Hospitalaria	Equipo asistencial y administrativo	4

Los principales elementos que los colaboradores deberán asimilar durante el proceso de capacitación de la identidad institucional son:

- Conocer la historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.
- Conocer la Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.
- Participar de la planificación y líneas de acción de la Gerencia de Pastoral de la Salud y Social.
- Conocer modelos actuales dirigidos a la Asistencia Integral al Paciente en base a los requerimientos del Modelo Integral de Salud (MAIS) adaptados a la realidad de la institución.

- Posicionar la política de calidad de la institución.
- Reflexionar sobre la importancia de la calidad y la humanización en la atención hospitalaria orientada al servicio.
- Posicionar la misión, valores y principios de la institución.
- Posicionar la visión de la institución, dirigida a buscar la excelencia en la atención médica y social orientada a la integralidad y transparencia.
- Socializar los avances de la institución en lo referente a sus procesos de gestión orientados a resultados.
- Conservar y fortalecer el alto compromiso de los colaboradores con la institución.

5.3 CREAR UNA ESTRATEGIA DE BRANDING QUE PERMITA POSICIONAR A LA ORGANIZACIÓN EN EL MERCADO DEL SECTOR SALUD PARA UNA MAYOR PARTICIPACIÓN

5.3.1 Justificación

Como ya se mencionó en capítulos anteriores, aunque el Centro de Reposo San Juan de Dios es una institución privada de la iglesia católica, es una entidad de servicio público en el ámbito sanitario, socio sanitario y social, el trabajo coordinado con las autoridades de salud y bienestar social del país y su pertenencia a la Red Complementaria de Salud, permite que la institución pueda generar acciones de posicionamiento y generar valor de marca.

Además, el crecimiento sostenido en estos últimos años facilitaría a que la alta gerencia destine un rubro en su plan presupuestario para el levantamiento de un plan de Branding estratégico que busque posicionar la marca en el mercado del sector salud. Por estas y otras razones se cree que es importante y necesario crear dicho plan en miras de constituir una institución sólida y participativa en la sociedad y su entorno.

5.3.2 Estrategia

5.3.2.1 Objetivos

- Desarrollar una estrategia de posicionamiento que permita difundir la marca y generar valor alrededor de sus ventajas competitivas.
- Crear una visión de la marca que de soporte a la misión y visión general de la institución.
- Construir una promesa de marca de la mano con los componentes del instructivo de cultura organizacional que, genere compromiso con los usuarios internos, externos y grupos de interés en general.

5.3.2.2 Análisis de los grupos de interés

Es necesario establecer un análisis de los grupos de interés de la institución previa delimitación de la estrategia de Branding, para ello se observa que es fundamental segmentar el análisis de la siguiente manera:

- Tipo de público.- Si es de carácter interno o externo.
- Expectativa.- Es decir, qué piensa la institución Centro de Reposo San Juan de Dios que los grupos de interés esperan de ella.
- Objetivo.- Qué piensa el Centro de Reposo que debe obtener de la relación con los grupos de interés.
- Canal de comunicación.- Cuáles son los canales y mecanismos de gestión más adecuados para generar Branding relacional.

En la tabla 32 se detallan los posibles grupos de interés que se relacionan con la institución.

Tabla 32. Grupos de interés

GRUPO	TIPO DE PÚBLICO	EXPECTATIVA	OBJETIVO	CANAL DE COMUNICACIÓN
ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS	EXTERNO	Fortalecer vínculos interinstitucionales	Apertura y respaldo	E-mailing, portal web, video conferencia.
INSTITUCIONES DE CONVENIO	EXTERNO	Buen servicio, claridad en los rubros facturados. Disponibilidad	Pagos a tiempo, mayor participación	Informes de resultados, eventos de prevención de drogas, cuidado del adulto mayor y salud mental
USUARIOS	EXTERNO	Atención de calidad.	Buena comunicación, ganar ganar	Call center, contact center, redes sociales, portal web
FAMILIARES	EXTERNO	Cordialidad, calidad en la atención para sus familiares, amabilidad, valores, profesionalismo, calidad en la información	Satisfacción en el servicio brindado, ganar ganar, claridad en los acuerdos	Call center, contact center, redes sociales, portal web, reuniones.
COLABORADORES	INTERNO	Seguridad laboral, estabilidad, salario justo, buen trato	Compromiso, sentido de pertenencia.	Correo electrónico, carteleras, reuniones.
MÉDICOS DE LA ESPECIALIDAD	EXTERNO	Buena atención	Referenciación	E mailing, cartas.
AUTORIDADES CIVILES	EXTERNO	Cumplimiento de las normas establecidas.	Obtención ágil y oportuna de las autorizaciones y permisos de funcionamiento	Informes, actualización de permisos de funcionamiento, participación en eventos
AUTORIDADES ECLESIALES	EXTERNO	Alineamiento con la filosofía cristiana	Apoyo y respaldo, mayor participación	Eventos de difusión de valores, visitas, revista institucional, memoria de sostenibilidad.
PROVEEDORES	INTERNO	Pagos al día, buena relación comercial, satisfacción, relaciones duraderas	Buena calidad, a precio razonable, descuentos, relaciones duraderas.	Call center, contact center, redes sociales, portal web, reuniones.
INSTITUCIONES DE DIFUSIÓN DE LA SALUD	EXTERNO	Cooperación interinstitucional,	Mayor participación	Eventos de prevención de drogas, cuidado del adulto mayor y salud mental
INSTITUCIONES PRIVADAS DE SALUD	EXTERNO			
FUNDACIONES	EXTERNO			
ONG,S	EXTERNO			
INSTITUCIONES ACADÉMICAS	EXTERNO	Convenios, pasantías, prácticas pre profesionales, relaciones duraderas	Reconocimiento, respaldo, referenciación.	correo electrónico, eventos y casas abiertas
ASEGURADORAS DE SALUD PRIVADAS Y PREPAGAS	EXTERNO	Servicio de calidad	Buenas negociaciones, ganar ganar, relaciones duraderas	Eventos de prevención de drogas, cuidado del adulto mayor y salud mental
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	EXTERNO	Ética y liderazgo, buenas prácticas	Respaldo, promoción y penetración de marca	Entrevistas
VECINOS	EXTERNO	Apoyo, cooperación	Buenas relaciones, respaldo	Volantes, informes

5.3.2.3 Desarrollo de la visión de la marca

Trabajan para liderar en el sector de la salud con un mensaje claro y alineado con la misión de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, generando calidad en los servicios de atención sanitaria y de ayuda social. Esforzándose por cumplir con la normativa vigente y mantener la cooperación con el Estado, procuran cumplir los estándares de salud en las especialidades de psiquiatría, geriatría, adicciones y cuidados paliativos, así como los servicios complementarios y programas de rehabilitación en general, buscando siempre generar valor para sus usuarios.

5.3.2.4 Desarrollo de la promesa de marca

Centro de Reposo San Juan de Dios, una institución que brinda asistencia personalizada, bajo estrictas normas de calidad, buscando siempre la humanización y el buen trato hacia los pacientes y sus familiares, así como de sus colaboradores. Por otro lado, la institución aporta con otros sectores sociales subsidiando algunas de las necesidades del Albergue San Juan de Dios y, generando campañas de salud especializadas gratuitas en la ciudad de Quito.

5.3.2.5 Desarrollo del posicionamiento de marca

Branding interno

- Generar un plan de difusión interna de valores, misión y visión institucional, así como de las políticas de calidad, seguridad y salud ocupacional para colaboradores y proveedores, a través de talleres de fortalecimiento de la identidad institucional.
- Desarrollo de la Campaña “El valor del mes” impulsada en carteleras, correo interno, banners, habladores.
- Diseñar el Boletín Informativo Bimensual, físico y digital, que informe las acciones realizadas en la institución y, que sirva de canal para el fomento de la identidad institucional y sus contenidos.

Branding externo

- Registrar la marca Centro de Reposo San Juan de Dios en el IEPI.
- Levantar una base de datos de quienes conforman los grupos de interés, con el objetivo de generar presencia de marca en fechas especiales por medio de e mailing.

- Migrar la página web vigente a un portal web, con la finalidad de generar comunicación inter relacional y comercio electrónico.
- Desarrollar un blog institucional y participar en blogs de salud.
- Envío de carta ejecutiva a los grupos de interés donde se informa los datos generales de la institución y su aporte al sector de la salud y social, así como su visión y compromiso, cada mes de marzo, mes en que la institución está de aniversario.
- Mejorar el servicio de atención telefónica y on line con la creación de un call center y contact center, así como mejorar los tiempos de respuesta en redes sociales.
- Participar en casas abiertas y eventos de prevención de drogas, cuidado del adulto mayor y salud mental con instituciones de difusión de salud, instituciones privadas de salud, fundaciones y ong's, instituciones académicas, aseguradoras de salud privadas y prepagas, instituciones de convenio, buscando siempre líneas de cooperación inter institucional.
- Participación en medios radiales, televisivos que hablen de temas formativos: valores, adulto mayor, realidad social, inclusión, prevención entre otros.
- Participar en eventos de la iglesia católica, de difusión de valores y ayuda social.

- Incrementar los vínculos con la comunidad a través del fortalecimiento de campañas médicas gratuitas.
- Activación de la marca en parques, centros comerciales y otras plazas, por medio de auspiciantes, especialmente farmacéuticas.

5.4 CREAR UN SISTEMA DE DESARROLLO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS EN FUNCIÓN DEL MERCADO OBJETIVO, ENFOCADO EN EL CLIENTE

La Institución debería crear, desarrollar y mantener sus servicios que son:



Figura 72. Cartera de servicios del Centro de Reposo San Juan de Dios

Fuente: (Centro de Reposo San Juan de Quito, 2014)

En estos servicios se ha detectado que se tienen determinadas ventajas comparativas que han permitido un crecimiento sostenido en el tiempo y, por lo cual se debe consolidar este crecimiento mediante la elaboración de un sistema integral, el cual se describe a continuación:

5.4.1 **Sistema Integral**

Este sistema debe estar basado en cuatro pilares fundamentales que son:

- Creación y mejora de procesos, procedimientos y de una plataforma tecnológica.
- Elaboración de una estrategia corporativa que debe estar contenida en el plan de marketing digital que permita comercio electrónico intensivo.
- Creación de un plan estratégico de identidad y posicionamiento de marca.
- Capacitación Intensiva.

Estos cuatro pilares deben estar orientados en función del servicio al paciente como razón de ser de la Institución; es decir, dando cumplimiento a lo enunciado en la Misión y Visión de la misma.

El enfoque al paciente requiere que toda la estructura de la organización esté en función del paciente y, se deben aplicar los conceptos del marketing de relaciones, con el propósito de fortalecer y establecer relaciones firmes con los pacientes y sus familiares, las mismas que deben ser satisfactorias para los involucrados.

Es importante mencionar que los procesos y procedimientos de la Institución deben estar correctamente alineados en función de la atención al paciente y, los mismos deben ser flexibles y proactivos, de forma que sean simples, no burocráticos y de fácil aplicación.

La institución debe estar lista y preparada para conocer a sus pacientes y, en base a este conocimiento debe ir adecuando sus servicios a estas necesidades, para lograr que el servicio este en un constante crecimiento y satisfacción de los requerimientos de los usuarios.

En este enfoque resulta fundamental la aplicación del plan de marketing digital, ya que el mismo facilitará el conocimiento de los pacientes mediante el uso de Bussines Intelligent que, permiten el análisis de un gran volumen de datos para lograr un trato personalizado a los pacientes.

El mismo plan de marketing digital permitirá establecer los debidos parámetros de análisis del grado de satisfacción de los pacientes de manera rápida, a un costo asequible y competitivo, de forma que permita que la toma de decisiones gerenciales sea objetiva.

El departamento de comunicaciones debe establecer los adecuados canales de comunicación con los usuarios internos y externos para lograr una comunicación fluida e interactiva, mediante la emisión de los respectivos manuales para todos los miembros de la Institución sin excepción.

Es importante mencionar que el departamento de comunicaciones, deberá crear nuevos canales de comunicación con los pacientes, a través de la implementación de diferentes redes sociales, blogs, e mailing, que le permita establecer una comunicación directa y personalizada

En el campo de la salud, por ser un sector muy sensible, es necesario privilegiar la comunicación directa y confidencial, en la cual se deben observar las necesidades y preferencias individuales, ya que los pacientes están sujetos a una fuerte carga emocional en la cual priman los sentimientos y las emociones, por lo que los mensajes deben ser muy bien analizados y comunicados.

Es fundamental para poder mantener los adecuados niveles de servicio, implementar un plan de capacitación completo y adecuado a las necesidades de los miembros de la institución, este plan debe recoger los principios sociales fundamentales de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, en los cuales se prioriza al ser humano como la razón de ser de la institución.

Todo lo enunciado anteriormente, tiene como objetivo lograr un adecuado nivel de fidelización de los pacientes a la institución, lo que permitirá que la misma pueda mantener un crecimiento sostenido y constante en el tiempo.

Adicionalmente al objetivo de fidelización, se debe hacer hincapié en mejorar y lograr un adecuado grado de penetración y recordación de la marca SAN JUAN DE DIOS. Este es un elemento esencial en el marketing moderno, ya que se convierte en un factor clave de la fidelización y de posicionamiento en el mercado.

La aplicación de este sistema permitirá crecer y rentabilizar la operación, como ya se demostró en la contratación de la hipótesis en un 15%.

A continuación se realizará un breve análisis de los ingresos y gastos de la Institución para los años 2014, 2015 y 2016.

Tabla 33. Estado de pérdidas y ganancias 2014-2015

AÑO	2014	2015
INGRESOS	2734953,58	4317901,55
INGRESOS OPERATIVOS		
SERVICIOS HOSPITALARIOS		
SERVICIOS HOSPITALARIOS	2210460,91	3786521,64
SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y TERCERIZADOS		
CONSULTA EXTERNA	228572,43	28149,01
SERVICIOS TERCERIZADOS Y LAVANDERÍA	24091,98	349748,99
INGRESOS NO OPERATIVOS		
INGRESOS NO OPERATIVOS		
INGRESOS NO OPERATIVOS	22756,70	33063,69
INTERESES BANCARIOS	22007,14	45605,62
DONACIONES EN EFECTIVO Y OTROS	3108,72	4901,07
INGRESOS VARIOS		
INGRESOS VARIOS		
INGRESOS VARIOS	223955,70	69911,53
COSTOS	192358,04	384233,12
COSTO DE VENTAS		
COSTOS DE VENTAS	192358,04	384233,12
COSTOS DE INVENTARIOS: MEDICINAS, INSUMOS MÉDICOS Y ART. ASEO PERSONAL		
GASTOS	2008171,15	3291018,07
GASTOS OPERATIVOS		
GASTOS		
NOMINA	1024650,19	1649111,32
BENEFICIOS AL PERSONAL	29916,11	71394,83
GASTOS GENERALES	152738,89	267780,57
SERVICIOS BÁSICOS	35926,80	50724,32
MANTENIMIENTO y REPARACIONES	67441,61	60045,33
SERVICIOS VARIOS	317109,82	415417,99
GASTO PROVISIONES CTAS. POR COBRAR	117702,35	125342,85
DEPRECIACIÓN DE ACTIVOS	207032,83	358285,28
JUBILACIÓN PATRONAL	39106,57	91539,61
GASTOS NO OPERATIVOS		
GASTOS NO OPERATIVOS		
GASTOS FINANCIEROS	5315,49	11946,97
GASTOS DE GESTIÓN	14057,13	194318,80
DESCUENTO EN COMPRAS		
DESCUENTO EN COMPRAS	-2826,64	-4889,80
RESULTADO DEL EJERCICIO	534424,39	642650,36

Tabla 34. Estado de pérdidas y ganancias para el 2016 proyectado con un crecimiento del 15%

INGRESOS	\$ 4.965.586,78
INGRESOS OPERATIVOS	
SERVICIOS HOSPITALARIOS	
SERVICIOS HOSPITALARIOS	\$ 4.354.499,89
SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y TERCERIZADOS	
CONSULTA EXTERNA	\$ 32.731,36
SERVICIOS TERCERIZADOS Y LAVANDERÍA	402.211,34
INGRESOS NO OPERATIVOS	
INGRESOS NO OPERATIVOS	
INGRESOS NO OPERATIVOS	\$ 8.023,24
INTERESES BANCARIOS	\$ 52.446,46
DONACIONES EN EFECTIVO Y OTROS	5.636,23
INGRESOS VARIOS	
INGRESOS VARIOS	
INGRESOS VARIOS	\$ 80.398,26
COSTOS	\$ 441.868,08
COSTO DE VENTAS	
COSTOS DE VENTAS	\$ 441.868,08
COSTOS DE INVENTARIOS:	
MEDICINAS, INSUMOS	
MÉDICOS Y ART. ASEO	
PERSONAL	
GASTOS	\$ 3.784.670,78
GASTOS OPERATIVOS	
GASTOS	
NOMINA	\$ 1.896.478,01
BENEFICIOS AL PERSONAL	\$ 82.104,05
GASTOS GENERALES	\$ 307.947,65
SERVICIOS BÁSICOS	\$ 58.332,96
MANTENIMIENTO y REPARACIONES	\$ 69.052,12
SERVICIOS VARIOS	\$ 477.730,68
GASTO PROVISIONES CTAS. POR COBRAR	\$ 144.144,27
DEPRECIACIÓN DE ACTIVOS	\$ 412.028,07
JUBILACIÓN PATRONAL	\$ 105.270,55
GASTOS NO OPERATIVOS	
GASTOS NO OPERATIVOS	
GASTOS FINANCIEROS	\$ 13.739,01
GASTOS DE GESTIÓN	\$ 223.466,62
DESCUENTO EN COMPRAS	
DESCUENTO EN COMPRAS	\$ -5.623,27
RESULTADO DEL EJERCICIO	\$ 739.047,91

Fuente: Coordinación de Contabilidad; Centro de Reposo San Juan de Dios

En la siguiente figura, se visualiza como el crecimiento ha sido sostenido, por lo que la operación de la Institución está siendo rentable y se recomienda realizar un estudio para definir una política de crecimiento en la infraestructura, de forma que permita captar un mayor mercado y asegurar la permanencia en el mercado.

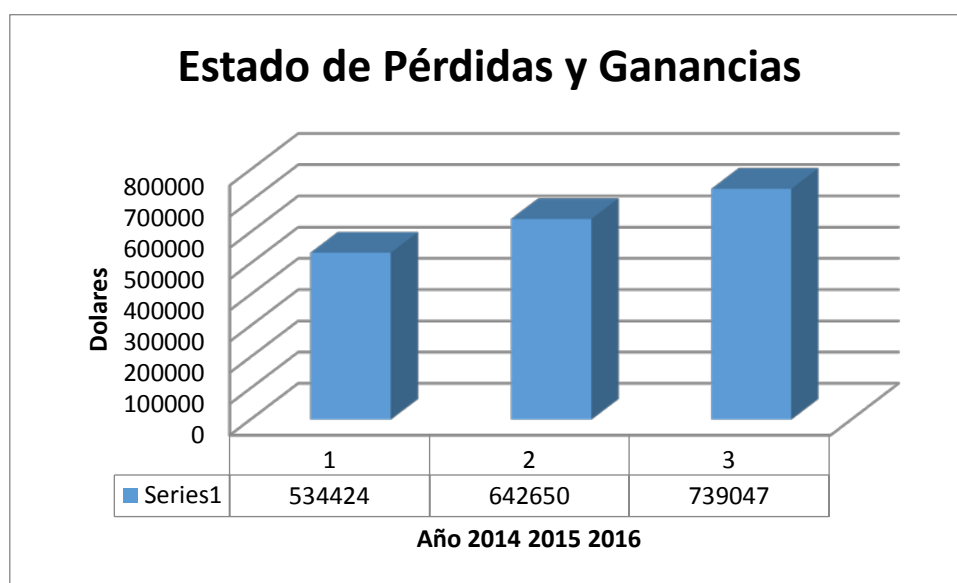


Figura 73. Estado de pérdidas y ganancias

Fuente: Coordinación de Contabilidad; Centro de Reposo San Juan de Dios

5.5 DEFINIR LA ESTRATEGIA DE MARKETING Y SU APLICACIÓN, MIX DE CANALES DE COMERCIALIZACIÓN, PLAN DE COMISIONES Y MODELOS DE VENTAS

5.5.1 Situación y Análisis

5.5.1.1 Metas

- Cambiar la percepción actual de los usuarios actuales y potenciales sobre la marca Centro de Reposo San Juan de Dios mediante un plan de marketing digital.
- Posicionar la institución como un centro especializado de tercer nivel de atención, con enfoque en el usuario, servicio de calidad y seguridad del paciente, generando

experiencias positivas, utilizando herramientas de comunicación on line adecuadas.

- Segmentar al usuario por perfiles para el desarrollo de campañas digitales personalizadas.
- Elaborar un plan de marketing digital que permita comercio electrónico intensivo.

Se debe especificar que para este caso no se propone un plan de comisiones, ya que su naturaleza responde a lograr encontrar indicadores que direccionen la venta directa: usuario potencial – servicio.

5.5.1.2 Perfil del usuario

Tabla 35. Perfil del usuario

PERFIL DEL USUARIO		
Geográfica	Ciudad	Quito - Valles de Tumbaco y los Chillos
	Población Segmento Objetivo	1000000
Demográfica	NSE	Medio Típico- medio alto
	Edad	25 - 45 años
	Género	Hombres y Mujeres
	Tamaño de familia	4 integrantes
Psico gráfica	Estilo de vida	Personas activas laboralmente, posiblemente presencia de adultos mayores en sus hogares o están a cargo de ellos, buscan alternativas y servicios de salud serias.
Conductual	Toma de decisiones	Generalmente el hombre toma las decisiones en servicios de salud para terceros.
	Búsqueda del beneficio	Busca honestidad en el servicio.

5.5.1.3 Centro de Reposo San Juan de Dios (FODA)

Tabla 36. Centro de Reposo San Juan de Dios

E MARKET PLACE		
E MARKET PLACE	ACCIONES	INDICADORES
Facebook Adds	Nivel nacional.	Número de fans-interacciones
	25 a 45 años.	
	Todo género.	
	Cualquier estado civil.	
	Direccionamiento de banners al fan page.	
Google Adwords Search y Display	Posicionamiento pagado usando Google Adwords. Para posicionar más rápidamente las páginas web, se realizará una estrategia pagando por Google Adwords para aparecer dentro de los primeros resultados, con palabras clave como: geriatría, gerontología, adulto mayor, psiquiatría, adicciones, psicología, rehabilitación física, Psicorehabilitación.	CTR- IMPRESIONES - CPC
	Campaña de re-marketing en la red de display Google pagando por Google Adsense. Cuando los potenciales clientes buscan "geriatría quito" y entran a cualquiera de las páginas del hospital, instalando un pixel de seguimiento, con el objetivo de que mandar publicidad dentro de la red de display de Google con un Banner con los servicios de geriatría del hospital.	
Youtube	Video mensual sobre las diferentes especialidades que hay en la institución para de igual forma, posicionarlo dentro de los primeros resultados de búsqueda en Google.	Número de visitas y reproducciones
App en smart phones	Wap launch para agendar citas médicas.	Número de apps descargadas
Twitter	Tips de salud, cuidado del adulto mayor, etc.	Número de seguidores
Multimedia	Generar comunicación interactiva en whatsapp, skype, Messenger.	Registro de comunicaciones
Google My bussines	Donde aparezcan fotos del Hospital cuando busquen las diferentes especialidades.	CTR
Search Engine Optimization	Adquiriendo de uno a 10 dominios en los campos que al hospital le interese, con el objetivo de salir dentro de los primeros	CTR

resultados de búsqueda en google.

Tabla 37. FODA

FODA		
CENTRO DE REPOSO SAN JUAN DE DIOS	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Redes sociales	Comunicación de las acciones de marketing alrededor de los servicios de la institución.	Fidelización y personalización del servicio.
Google Adwords Search y Display	Direccionamiento de banners según palabras claves utilizadas.	Captación de usuarios como clientes potenciales.
Youtube		
App en smart phones	Actualización sencilla.	Personalización del servicio.
Multimedia	Comunicación directa con el usuario actual y potencial.	Mayor posibilidad de compra del servicio.
Google My bussines	Direccionamiento de fotografías.	Captación de usuarios como clientes potenciales.
Search Engine Optimization	Se asegura el dominio al ser adquirido.	Generar mayor engagement.
FODA		
CENTRO DE REPOSO SAN JUAN DE DIOS	DEBILIDADES	AMENAZAS
Redes sociales	Análisis de las acciones realizadas por parte de la competencia.	Clientes insatisfechos y la competencia, pueden hablar mal de la institución.
Google Adwords Search y Display	Páginas basura que pueden aparecer antes.	Cookies.
Youtube		
App en smart phones	Desarrollo costoso.	Incompatibilidad con tecnologías.
Multimedia	No todos tienen acceso a esta tecnología.	
Google My bussines	Herramienta muy poco conocida.	
Search Engine Optimization	Puede resultar costoso.	Cookies.

5.5.1.4 Percepción de la marca



Figura 74. Percepción de la marca

5.5.2 Objetivos

5.5.2.1 Objetivos estratégicos

- Estar en el top of mind de los centros médicos de la especialidad.
- Desarrollar estrategias interactivas que permitan conocer el portafolio de servicios de la institución.
- ROI.- Obtener un 15% de rentabilidad.
- Engagement.- Generar interacción con la marca a través de aplicativos digitales.

5.5.2.2 Ventas, relación de marca

- Ventas.- Comunicar al mercado que el Centro de Reposo San Juan de Dios atiende al público en general y no solamente a afiliados.
- Diferenciación.- Fortalecer la comunicación de la identidad institucional que permita generar una percepción de servicios diferente, valores agregados.
- Brand Equity.- Comunicar todos los atributos para lograr diferenciación por valor de servicio y no por precio.

5.5.2.3 Satisfacción del usuario

Los pilares fundamentales:

- Buen manejo en la atención del paciente.
- Calidad en el servicio.
- Enfoque en el usuario.
- Adecuada administración hospitalaria.
- Adecuada relación precio servicio.

5.5.2.4 Duración de permanencia y recepción

En el plan de marketing digital, la campaña se la contempla como semestral.

220

Emarket place	Precio por Clic	Total de Clics	MES					
			1	2	3	4	5	6
Facebook	\$ 0,50		\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00
Clics		6.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Google Display	\$ 0,50		\$ 250,00	\$ 250,00	\$ 250,00	\$ 250,00	\$ 250,00	\$ 250,00
Clics		3.000	500	500	500	500	500	500
Google Search	\$ 0,50		\$ 250,00	\$ 250,00	\$ 250,00	\$ 250,00	\$ 250,00	\$ 250,00
Clics		3.000	500	500	500	500	500	500
Total por mes			\$ 1.000,00	\$ 1.000,00	\$ 1.000,00	\$ 1.000,00	\$ 1.000,00	\$ 1.000,00
TOTAL MEDIOS DIGITALES								\$ 6.000,00

5.5.2.5 Cuantificación de la eficiencia

Tabla 39. Cuantificación de la eficiencia

CUANTIFICACIÓN DE LA EFICIENCIA	
OBJETIVOS	INDICADORES
INTERACCIÓN/FIDELIZACIÓN	Número de páginas vistas
	Número de visitantes únicos
	Número de favoritos
	compartidos
	Ubicación de los visitantes
	Número de visitas desde el smart phone
	Mapa de calor y patrón de Clic: Participación e interacción
ENGAGEMENT	Compromisos: tasa de rebote/ tiempo de permanencia
	Sentimientos: Comentarios/ menciones
RECORDACIÓN DE MARCA/VISIBILIDAD	Followers
	Fans
	Clics
	Retweets
	Tweet reach
	suscriptores
	Inbound links

5.5.3 Comunicaciones integradas de Marketing Digital

5.5.3.1 Segmentación

El grupo objetivo son personas de 18 a 45 años tienen, son usuarios o han accedido a Facebook mediante un teléfono inteligente o Tablet.



Figura 75. Distribución de telefonía móvil, por tipo de abonado

Fuente: ARCOTEL con información entregada por las operadoras: CNT EP (Cnt), CONECEL S.A. (Claro) y OTECEL S.A. (Movistar)

El grupo económico “A” representa el 1.9% de la población y poseen las siguientes características:

Tabla 40. Grupo Económico “A”

Poseen vivienda	El jefe de hogar tiene estudios superiores	El 79% tiene un seguro de salud privado	Tienen hasta 4 celulares por hogar
El 95% tiene la mayoría de bienes de hogar	Dispone de hasta dos vehículos	El 100% tiene internet y el 90% usa el correo	El 92% está en alguna red social de internet

Fuente: (Ecuador en Cifras, 2011)

El grupo económico “B” representa el 11.2% de la población y tiene las siguientes características:

Tabla 41. Grupo económico “B”

Poseen vivienda	El jefe de hogar tiene estudios superiores	El 47% tiene un seguro de salud privado	Tienen hasta 3 celulares por hogar
El 80% tiene la mayoría de bienes de hogar	Dispone de hasta un vehículo	El 98% tiene internet y el 90% usa el correo	El 76% está en alguna red social de internet

Fuente: (Ecuador en Cifras, 2011)

El grupo económico “C” representa el 22.8% de la población y tiene las siguientes características:

Tabla 42. Grupo económico “C”

Poseen vivienda	El jefe de hogar tiene estudios secundarios	El 47% tiene un seguro de salud privado	Tienen hasta 3 celulares por hogar
El 67% tiene la mayoría de bienes de hogar		El 90% tiene internet y el 77% usa el correo	El 63% está en alguna red social de internet

Fuente: (Ecuador en Cifras, 2011)

5.5.3.2 Online value proposition (Propuesta de valor en línea) OVP

Centro de Reposo San Juan de Dios es una institución de servicios hospitalarios en Geriátrica, Psiquiatría, Adicciones y Cuidados Paliativos, bajo la modalidad de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias, además tiene programas de Rehabilitación y Psicorehabilitación, cuenta con excelentes profesionales y tecnología de punta. Trabaja para brindar una buena experiencia en el proceso de atención.

La propuesta de valor en línea aportará significativamente en la estrategia porque:

- Generará expectativas en los canales tradicionales.
- Proporcionará la recordación de marca y viralidad en redes sociales.
- Generará acciones de contact center y community manager.

5.5.3.3 Integración (OVP: consistente y base de datos)

La propuesta de valor en línea es importante para la estrategia digital porque permitirá:

- Conectar campañas de marketing tradicional con digital.
- Sondear del número de personas que asisten a activaciones off line.
- Hacer seguimiento a necesidades de usuarios.
- Obtener un cruce de bases de datos de auspiciantes de campañas off line y on line.
- Enviar revistas digitales, artículos de interés para fidelizar usuarios.
- Categorizar usuarios para futuros planes de marketing.
- Categorizar usuarios con patologías de la especialidad para crear comunidades de interés.

5.5.3.4 Herramientas: funcionalidad web, e mail

- **Portal web.-** Posicionamiento pagado usando Google Adwords. Para posicionar más rápidamente las páginas web, se realizará una estrategia pagando por Google Adwords para aparecer dentro de los primeros resultados.

- **Bases de datos para mailing.-** Campaña para recolectar emails a través de Facebook e Instagram:
 - Configuración de email con auto respondedores.
 - Segmentación de lista de correos por intereses.
 - Recopilación de emails a través de página web.
- **Alianzas estratégicas para auspicios.-** Especialmente con farmacéuticas e instituciones de la salud.
- **Videos institucionales.-** Que serán colocados en el portal web, Facebook y youtube.
- **Google search y display.-** Campaña de re-marketing en la red de display Google pagando por Google Adsense. Cuando los potenciales clientes buscan "geriatria quito" y entran a cualquiera de las páginas del hospital, instalando un pixel de seguimiento, con el objetivo de que mandar publicidad dentro de la red de display de Google con un Banner con los servicios de geriatria del hospital.
- **Estratega digital.-** Que genere tiempos de respuesta inmediata.
- **Multimedia.-** Para personalizar las respuestas a las inquietudes de los usuarios.
- **Google My bussines.-** Generará posicionamiento visual en el internet.
- **Cerche Engine Optimization.-** Posicionamiento natural por medio de Search Engine Optimization, adquiriendo de uno a 10 dominios en los campos que al hospital le interese, con el objetivo de salir dentro de los primeros resultados de búsqueda en google:
 - "Geriatria Ecuador." www.geriatriaecuador.com (está disponible).
 - "Geriatria Quito." www.geriatriaquito.com (está disponible).
 - www.geriatriasquito.com (está disponible).

- "Salud mental". www.saludmentalecuador.com (está disponible).
- "Tratamiento adicciones quito". www.tratamientodeadiccionesquito (está disponible).
- "Fisioterapia Quito". www.fisioterapiaquito.com (está disponible).

El objetivo es comprar 10 dominios que estarían a nombre del Hospital San Juan de Dios, para posicionarse dentro de los primeros resultados de búsqueda en la red de Google. Con esto, aumenta la probabilidad de que busquen sus servicios.

Después de comprar los dominios, hacer una página web por cada dominio, con el objetivo de posicionarle fácilmente dentro de los primeros puestos de búsqueda. El objetivo de estas páginas es que la gente encuentre un poco de información en esta página y, después dirigirles a la página principal. Por ejemplo, un potencial cliente pone "doctores geriatría en Quito", y que aparezcan de las 10 páginas, unas 5 páginas en los primeros resultados. Si hace click en cualquiera de las 5 páginas, esta página después les dirige a la página oficial del hospital.

- **Redes Sociales.-**

- Campañas de marketing en Facebook, focalizado por los diferentes segmentos de negocios y usuarios.
- Campañas de re-marketing en Facebook, de acuerdo a los usuarios que visitaron las páginas web de las diferentes especialidades.

5.5.3.5 Marketing 360 grados

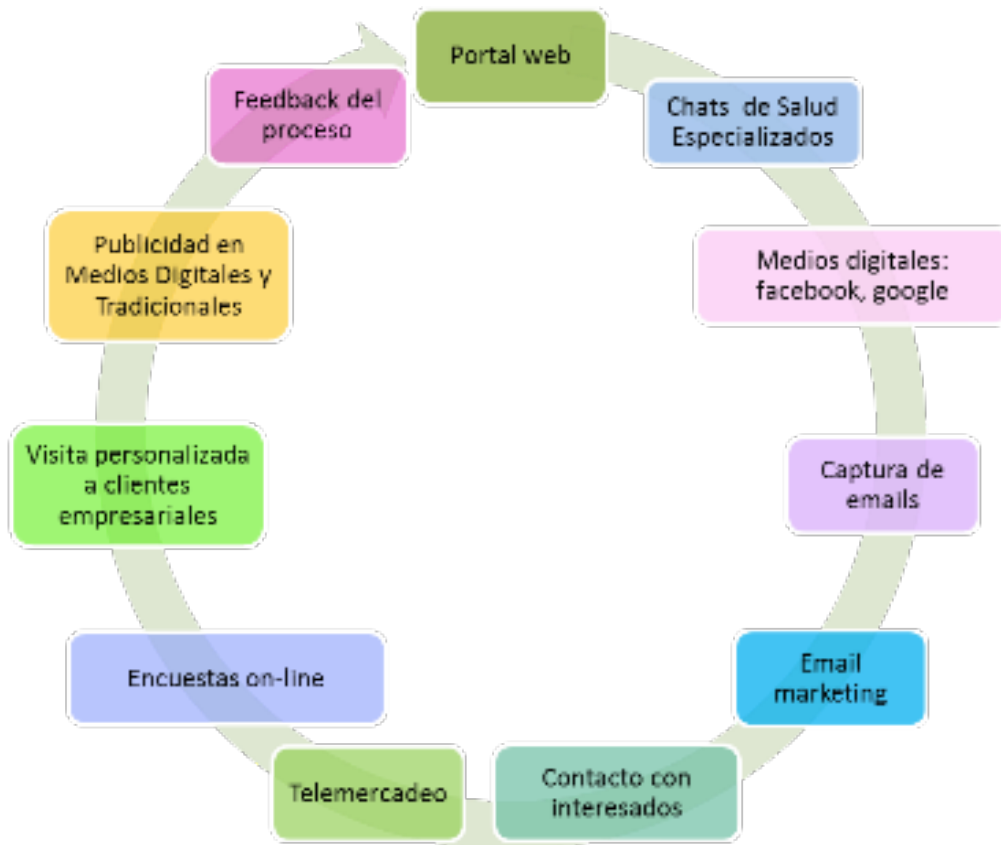


Figura 76. Marketing 360 grados

Fuente: (Axel Designer, 2016)

- El proceso arranca en un Portal web donde se exponen banners (publicidad), hipervínculos o artículos que hablan sobre el Centro de Reposo San Juan de Dios e inducen a dejar el email para continuar en contacto con el servicio.
- Estos emails se segmentan y se envía selectivamente información a los interesados. Siempre dejando la posibilidad de que los consumidores se retiren de la base de datos.
- Se hace contacto con los interesados que han dejado sus datos para recibir mayor información o que han hecho clic en la oferta.

- Posteriormente Tele marketing realiza llamadas a cada usuario interesado.
- Se programan visitas personalizadas para llevar el portafolio de servicios cuando se trata de clientes empresariales.
- Se hace nuevamente publicidad en medios masivos y, los usuarios hacen reenvíos a otros amigos que pueden estar interesados en la oferta.

5.5.4 **Tácticas**

5.5.4.1 **E marketing mix (4 F's y 4 P's)**

- **Flujo.-** O participación, para generar recordación de marca a través de activaciones como: maratones, caminatas, bailo terapia, brigadas médicas, etc...
- **Funcionalidad.-** O Peer to peer, en la página Web, se incluirá un campo para publicar testimonios, con líderes de opinión que cuentan su experiencia.
- **Feedback.-** O personalización, para generar engagement con el usuario a través de Estrategia Digital, chats en línea, contact center. El objetivo es dar soporte a usuarios que tienen preguntas o tuvieron problemas en la atención.
- **Fidelización.-** O predictive modelling, la cual permitirá:
 - Conocer las preguntas más frecuentes realizadas en los blogs y chats, para asegurar que lo que necesitan sea lo que el Centro de Reposo brinda como servicio.

- Cuando se pauta promociones, conocer el segmento que más “likes” tiene para seguir fidelizándolos.
- Número de aplicaciones, descargadas y utilizadas para poder mejorar o desarrollar nuevos servicios.
- Tiempo promedio de consulta para poder determinar el número exacto de visitas que puede abarcar.
- Seguir de cerca los testimoniales para conocer qué les motiva a visitar la institución (obtener más insights).
- Estadísticas de servicio al usuario para toma de decisiones.

5.5.4.2 Social network

Según el medio, se usarán plataformas por criterio de segmentación y cobertura, usando redes sociales como: Facebook, Twitter, Microsoft Advertising, Youtube, redes de publicidad como Google Adwords:

- Los anuncios aparecerán en el stream principal de noticias y también en la sección derecha, estos irán rotando con otros anuncios.
- Existen 3 formatos de banners que aparecerán en distintas páginas afiliadas a la red de publicidad y relacionadas con las búsquedas que realizan las personas en Google. Al hacer Clic conecta al Fan Page.
- Para Google search, display y Cerche Engine Optimization, se seleccionarán 10 palabras claves que generen la búsqueda tanto en el buscador de relacionados como páginas web de propiedad de la institución.

- El canal de youtube estará vinculado al portal web y a redes sociales, con el objetivo de generar visitas y recordación de marca.

5.5.4.3 E campaing

El objetivo de la campaña digital de marketing es dar a conocer los atributos más importantes de la marca, al grupo objetivo correcto y poner a disposición información importante en plataformas digitales que lleguen a los usuarios. Además alinear las estrategias on line con las estrategias off line y así alcanzar el objetivo general de Marketing mediante:

- Buen servicio: la calidez y profesionalismo del talento humano del Centro de Reposo San Juan de Dios, genera una positiva experiencia.
- Calidad: La institución está en proceso de certificación como el mejor Centro de la Especialidad del país.
- Enfoque en el usuario.- El proceso de atención asistencial es efectivo en sus tres modalidades de atención.
- El concepto de e campaing es: “Nuestra prioridad, la hospitalidad”

5.5.5 Acciones

5.5.5.1 Estructura de las responsabilidades



Figura 77. Estructura de responsabilidades

5.5.5.2 Recursos internos y responsabilidades

El Gerente de Marketing tendrá las siguientes responsabilidades:

- Diseñar e implementar estrategias y planes de Marketing y de Desarrollo de Servicios en coordinación con el departamento financiero.
- Diseñar desde el punto de vista de negocios el ciclo de vida de los servicios de la institución, siendo su total responsabilidad el manejo de la cartera de nuevos servicios.
- Diseñar e implementar las campañas de Marketing y de difusión.
- Supervisar y coordinar las estrategias comunicacionales, tanto en la Orden Hospitalaria como a la comunidad y a todo su entorno influyente.

El Jefe de atención al usuario responderá a:

- Brindar excelencia de acuerdo a estándares de servicio ofrecido.
- Supervisar las operaciones de atención al usuario.
- Responder y resolver las solicitudes e inquietudes de los usuarios.
- Proporcionar entrenamiento a sus colegas en tareas de operación y reforzar los estándares operativos.
- Asegurar un ambiente atractivo para los usuarios manteniendo un área limpia y ordenada.

El jefe de comunicación y marketing deberá:

- Preparar y dar seguimiento al Marketing del plan aprobado por la alta Gerencia y mantener en alto los índices de calidad tanto en las ventas como en el servicio.
- Realizar estrategias de ventas con enfoque social, comunicación digital, incluyendo publicidad y relaciones públicas.
- Desarrollar el marketing estratégico (es el que establece la misión, la visión, proyecciones) y, el marketing operativo (establece lo que es conocido como “las 4P”).
- Realizar el proceso de recopilación, procesamiento y análisis de información, respecto a los temas relacionados con el mercado de la salud así como usuarios, competidores y mercado; con el fin de crear un plan estratégico para la institución (investigación de mercado).

- Establecer las ventas futuras de la institución con respecto a sus servicios a un determinado grado de esfuerzo de mercadeo (proyecciones de ventas).
- Organizar las acciones de comunicación, de carácter informativo, con el fin de crear o modificar actitudes, creencias o conductas del público objetivo (Relaciones públicas).

Las funciones del Jefe de Marketing on line serán:

- Elaborar, planificar, ejecutar y controlar la estrategia global de Marketing Online.
- Gestionar y optimizar el presupuesto de Marketing Online.
- Gestionar la base de datos, segmentación y desarrollo de acciones de e-mail marketing.
- Incrementar las visitas a la Web y lograr altas tasas de conversión de tráfico en clientes.
- Desarrollar y planificar estrategias para óptimos posicionamientos (SEO y SEM).
- Realizar y gestionar boletines electrónicos y blogs.
- Investigar y Optimizar de la usabilidad y experiencia del usuario en la Web.
- Conversión de clientes a clientes fieles, mediante acciones de e-mail marketing y otras técnicas de fidelización online.
- Crear acciones de promoción y publicidad online que direccionen tráfico hacia el sitio web y potencien la marca.
- Colaboración en la definición, actualización y mejoras de la arquitectura de contenidos y publicitaria.

- Establecimiento de métricas de control y seguimiento en tiempo real para lograr los objetivos en los resultados. (Conversión, ROI).
- Selección de plataformas y soportes publicitarios. Análisis y seguimiento de las campañas contratadas.
- Controlar y Coordinar Diseño y Producción de Creatividades (Flash, Rich Media, Videos, etc.).
- Creación de acciones de marketing asociadas a la Web 3.0 (Entornos colaborativos, Redes Sociales, blogs, comunidades, RSS, etc.).
- Elaboración periódica de informes detallados y análisis de los resultados para la Dirección de Marketing.
- Gestionar el Branding online (marcas y dominios).
- Colaboración e implicación en decisiones acerca de software y sistemas.

Finalmente el estratega digital deberá realizar las siguientes funciones:

- Crear medidores de conversión a ventas y leads internos de marketing.
- Crear contenido profesional (blogs, estudios, papers) de lo que la audiencia más comenta y busca.
- Generar respuestas directas a los usuarios de la marca.
- Manejar estratégicamente el concepto de la marca.
- Buscar datos de interés del público de la empresa que se pueden compartir en la web.
- Crear múltiples campañas de: Educación, Promoción, Lanzamiento, Posicionamiento, Mantenimiento.

- Crea, mantiene, cuida y hace crecer una base de datos de emailing, enviando mails que importan a la gente.
- Participar activamente en la conversación de la marca en otras comunidades nicho como foros.
- Manejar la estrategia de "inbound" marketing y "outbound" marketing.

5.5.6 Control

5.5.6.1 Web análisis

Para realizar un seguimiento detallado de los casos ingresados, en proceso y resueltos, se dispondrá de una herramienta de atención al usuario digital que funciona en web y aplicación móvil, donde se podrán atender casos ingresados y/o identificados vía e-mail, chat, Facebook y Twitter, a su vez esta herramienta también permitirá disponer de información estadística de servicio al cliente online que es muy útil para el proceso de toma de decisiones.

Se hará uso de todas las herramientas de medición disponibles en los elementos de las redes sociales, así como se clasificará y valorará toda la información generada de la gestión del call center y contact center.

5.5.6.2 Pki's

Frecuencia de informes

- Plantillas de registro y seguimiento diario para análisis del comportamiento obtenido en los diferentes canales utilizados.
- Reportes de información general: semanal.
- Reportes mensuales y trimestrales: Debe ser un resumen de los reportes semanales.

Awareness

- Crecimiento.
- Tipo de exposición de la marca.
- Alcance de los usuarios.
- Comentarios sobre la campaña.

Aumento de las ventas

- Nuevos usuarios.
- Tráfico por: hora, día, semana, mes.
- Intención de compra.

Actividades on line

- Número de veces que comparten actividad.
- Seguidores y visitas ganadas.
- Testimonios de los usuarios.

Página web

- Número de visitas en línea.
- Tiempo de duración de la visita.
- Páginas vistas.
- Estadístico de los canales desde donde provienen las visitas por presencia de la marca en otras web sites.

Facebook

- Número de fans.
- Análisis menciones positivas y negativas de la marca.
- Cometarios y Menciones.

Twitter

- Número de seguidores versus incremento en un periodo de tiempo.
- Número de Tweets que mencionan a la marca.

Youtube

- Número de visualizaciones.
- Número de comentarios.
- Número de menciones.

Microsoft Advertising

- Número de Impresiones.

Aplicaciones

- Número de aplicaciones descargadas.
- Porcentaje de uso.

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- Es prioritario que la marca de la Institución sea registrada en el IEPI, para que la misma tenga valor legal y se constituya en un activo.
- Estructura orgánica de la Institución y sus cuadros directivos no orientadas al paciente.
- Necesidad de una plataforma digital que cubra todos los aspectos operativos y administrativos de la organización.
- Falta de programas de capacitación en general y en especial a los mandos medios (enfermería) como resultado de la encuesta de satisfacción.
- La organización carece de certificaciones de organismos especializados en las áreas administrativas y operacionales de salud.
- Ausencia de políticas de cooperación internacional que se expresa, en la falta de convenios internacionales con entidades similares extranjeras para intercambiar experiencias y establecer planes de acción conjunta.

6.2 RECOMENDACIONES

- Inscribir el nombre comercial en el IEPI.
- Revisar la estructura orgánica funcional e implementar la misma basada y orientada en el servicio al paciente.
- Adquirir una plataforma digital de acuerdo a las recomendaciones de la ley de comercio electrónico ecuatoriano y que cumpla con lo dispuesto por el Ministerio de Salud.
- Establecer planes de capacitación al personal médico y administrativo según las necesidades específicas de la Institución.
- Preparar y capacitar a la Institución para la obtención de certificaciones internacionales que permitan garantizar la calidad del servicio.
- Fortalecer al departamento de Comunicaciones para que cree, establezca y mantenga relaciones internacionales con entidades similares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución del Ecuador*. Quito, Ecuador: Presidencia de la República.
2. Asamblea Nacional. (2012). *Proyecto de Ley Orgánica General de Salud*. Quito, Ecuador: Código Orgánico de Salud.
3. Axel Designer. (2016). *Publicidad en Chimbote* . Obtenido de <http://www.axeldesigner.com/2013/01/publicidad-en-chimbote.html>
4. Capriotti, P. (2010). *Branding Corporativo*. Santiago de Chile, Santiago, Chile: Colección de libros de la empresa.
5. Capriotti, P. (2009). *Branding Corporativo: Fundamentos para la gestión estratégica de la Identidad Corporativa*. Santiago de Chile, Chile: Andros Impresores.
6. Castro, C. (2011). *Las dificultades de la medición del desarrollo humano y la igualdad*. Obtenido de http://singeneroddedudas.com/2003_2012/economiafeminista/1372/las-dificultades-de-la-medicion-del-desarrollo-humano-y-la-igualdad
7. Centro de Reposo San Juan de Quito. (2014). *Memoria de Sostenibilidad 2014*. Obtenido de https://issuu.com/centroderepososjdquito/docs/memoria_san_juan_dios_2015_f
8. CESLA. (2015). *Crecimiento de la economía ecuatoriana*. Obtenido de <http://www.cesla.com/informe-economia-ecuador.php>
9. Chang, C. (2011). *Lineamientos Estratégicos del Ministerio de Salud Pública*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
10. Consejo Nacional de Salud. (2007). *III Congreso por la Salud y la Vida*. Obtenido de <http://www.conasa.gob.ec/phocadownload/cosavis/COSAVI%20Declaracion%20de%20Cuenca%202007.pdf>
11. CONSEP. (2008). *Tercera encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media 2008*. Quito: Observatorio Nacional de Drogas.
12. Córdova, R. (2015). *¿Qué es la arquitectura de marca?* Obtenido de <http://www.paredro.com/que-es-la-arquitectura-de-marca/>

13. Dieterich, S. (2006). *El socialismo del siglo XXI*. México D.F.: Pearson.
14. Ecuador en Cifras. (2011). *Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico NSE 2011*. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Encuesta_Estratificacion_Nivel_Socioeconomico/111220_NSE_Presentacion.pdf
15. El Universo. (20 de abril de 2007). *TSE comunicó resultados de consulta popular*. Obtenido de <http://www.eluniverso.com/2007/04/20/0001/8/98B624B6DCCE4030B8D0BD71E8A1C142.html>
16. Enciclopedia de Economía. (2009). *Socialismo*. Recuperado el 12 de enero de 2016, de <http://www.economia48.com/spa/d/socialismo/socialismo.htm>
17. Flores, A. (10 de marzo de 2016). Áreas de intervención de los colaboradores [asistente.th@centrosanjuandedios.ec]. (R. Alvarado, Ed.) Quito, Pichincha, Ecuador: Centro de Reposo San Juan de Quito.
18. Flores, A. (10 de marzo de 2016). Concentración por número de colaboradores [asistente.th@centrosanjuandedios.ec]. (R. Alvarado, Ed.) Quito, Pichincha, Ecuador: Centro de Reposo San Juan de Dios.
19. Flores, A. (10 de marzo de 2016). Concentración por número de colaboradores [asistente.th@centrosanjuandedios.ec]. (R. Alvarado, Ed.) Quito, Pichincha, Ecuador.
20. Flores, A. (12 de marzo de 2016). Valor en nómina anual [asistente.th@centrosanjuandedios.ec]. (R. Alvarado, Ed.) Quito, Pichincha, Ecuador.
21. INEC. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Quito: UNICEF.
22. INEC. (2014). *Estadísticas de Camas y Egresos Hospitalarios*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas-de-camas-y-egresos-hospitalarios-2014/>
23. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2014). *Informe de Rendición de Cuentas 2014*. Obtenido de <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/3780216/2015+04+01+Rendicion+de+cuentas+v3.pdf>
24. Jiménez, R. (2012). *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual*. Ecuador.
25. Llopis, E. (2011). *Branding & Pyme: Un modelo de creación de marca para pymes y emprendedores*. Navarra: MARKETPYM.

26. Lucio, R., Villacrés, N., & Hernández, R. (2011). *Sistema de salud de Ecuador*. Quito, Ecuador: Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social.
27. Malo, M. (2013). *La Salud en el Ecuador Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
28. Manrique, J. (2015). *Generación de Modelos de Negocios, Gestión de Marca y Franquicias en Odontología*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/jorgemanriquechavez/generacin-de-modelos-de-negocios-gestin-de-marca-y-franquicias-en-odontologa>
29. Meza, E. (10 de marzo de 2016). Plan Estratégico 2016-2020, Provincia Sudamericana Septentrional [enrique.meza@sanjuandedios.pe]. (R. Alvarado, Recopilador) Quito, Pichincha, Ecuador.
30. Ministerio de Finanzas. (2016). *Generalidades Presupuesto General del Estado*. Obtenido de https://www.unicef.org/ecuador/ASAMBLEA_Presentacion_Proforma_del_PGE_2016_GastoSocialAdolescencia_FS.pdf
31. Ministerio de Salud Pública. (17 de diciembre de 2012). *Modelos de Atención Integral del Sistema de Salud*. Quito, Ecuador. Obtenido de Webservicio Quito.
32. Ministerio de Salud Pública. (2014). *Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/fortalecimiento-de-la-red-de-servicios-de-salud-y-mejoramiento-de-la-calidad/>
33. Miyashiro, E. (15 de marzo de 2016). Capacidad instalada [director.ejecutivo@centrosanjuandedios.ec]. (R. Alvarado, Recopilador) Quito, Pichincha, Ecuador.
34. MSP. (2012). *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. Quito, Ecuador: Asamblea Constituyente.
35. Naciones Unidas. (2013). *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en acción*. Obtenido de <http://www.un.org/es/millenniumgoals/bkgd.shtml>
36. OEPM. (17 de diciembre de 2015). *El secreto está en las marcas*. Obtenido de http://www.wipo.int/export/sites/www/sme/en/documents/guides/customization/making_a_mark_es.pdf
37. OHSJD. (1984). *Espiritualidad de la Orden*. Obtenido de <http://www.ohsjd.org/Objects/Pagina.asp?ID=1407>
38. OHSJD. (17 de diciembre de 2000). *La asistencia a los enfermos y necesitados: Según el estilo de San Juan de Dios*. Obtenido de <http://www.ohsjd.org/Resource/CartadeIdentidadfinal.pdf>

39. OHSJD. (2009). *Estatutos Generales*. Recuperado el 20 de diciembre de 2014, de <http://www.ohsjd.org/Resource/Espaolfinaljulio10DEFINITIVO.pdf>
40. OHSJD. (2016). *Misión*. Obtenido de <http://www.ohsjd.org/Objects/Pagina.asp?ID=2521&T=Mision>
41. OMS. (Julio de 2015). *Cuidados paliativos*. Recuperado el 12 de febrero de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>
42. Orden Hospitlaria San Juan de Dios. (2016). *Novedades*. Obtenido de <http://www.sanjuandediosoh.com/home.php>
43. Organismo Andino de Salud. (2010). *Sistema de Salud Ecuador*. Obtenido de <http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/002-CASENilda%20Villacres.pdf>
44. Organización Panamericana de la Salud. (2010). *La equidad en la mira: La salud pública en el Ecuador en las últimas décadas*. Quito, Ecuador: CONASA.
45. Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Salud en las Américas: Ecuador*. Obtenido de http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=202&Itemid=
46. PNUD. (2010). *Desarrollo humano y equidad en el contexto de los organismos internacionales*. Obtenido de <http://www.undp.org/cu/documentos/idh/idh99/capitulo2.pdf>
47. Reina, C. (10 de marzo de 2016). Centro de Reposo San Juan de Dios integrado en la Red de Servicios [sistemas@centrosanjuandedios.ec]. (R. Alvarado, Recopilador) Quito, Pichincha, Ecuador.
48. Revista EKOS. (2012). *Salud y Bienestar*. Quito, Ecuador: El Comercio.
49. Romero, L. (31 de marzo de 2016). Atención a usuarios [secretaria@centrosanjuandedios.ec]. (R. Alvarado, Ed.) Quito, Pichincha, Ecuador: Centro de Reposo San Juan de Dios Quito.
50. Sánchez, M. (15 de marzo de 2016). Estado de Resultados [director.administrativo@centrosanjuandedios.ec]. (R. Alvarado, Recopilador) Quito, Pichincha, Ecuador.
51. SENPLADES. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Recuperado el 17 de diciembre de 2014, de <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>
52. SIISE. (2013). *Unidades Operativas del Ministerio de Salud*. Obtenido de http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/glosario/figlo_uniope.htm

53. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud. (17 de diciembre de 2015). *Plan Nacional de Cuidados Paliativos*. Quito, Ecuador: Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud. Obtenido de Webservicio Quito.
54. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. (2012). *Modelo de Atención Integral de Salud*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
55. Tapia, F. (10 de marzo de 2016). Mapa de procesos [proyectos.calidad@centrosanjuandedios.ec]. (R. Alvarado, Ed.) Quito, Pichincha, Ecuador: Centro de Reposo San Juan de Dios.
56. UNDP. (2012). *International Human Development Indicators*. Obtenido de <http://hdrstats.undp.org/en/indicators/53906.html>
57. UNICEF. (1988). *El enfoque basado en los derechos humanos y cooperación en favor de los niños*. Obtenido de <https://www.unicef.org/spanish/rightsite/sowc/pdfs/panels/El%20enfocoque%20basado%20en%20los%20derechos%20humanos%20y%20cooperacion%20en%20favor%20de%20los%20ninos.pdf>
58. UNICEF. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Obtenido de <https://www.unicef.org/ecuador/esanut-2011-2013.pdf>
59. UNODC. (2015). *Informe Mundial sobre las drogas*. Obtenido de https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf
60. Viteri, G. (2014). *Situación de la Salud en el Ecuador*. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
61. Wikipedia. (s.f.). *Branding*. Recuperado el 20 de septiembre de 2016, de <http://es.wikipedia.org/wiki/branding>
62. Wikipedia. (s.f.). *Cliente (economía)*. Obtenido de https://es.wikipedia.org/wiki/Cliente_%28econom%C3%ADa%29
63. Wikipedia. (s.f.). *Neoliberalismo*. Recuperado el 2014 de diciembre de 2014, de <http://es.wikipedia.org/wiki/Neoliberalismo>
64. Wikipedia. (s.f.). *Socialismo del siglo XXI*. Obtenido de https://es.wikipedia.org/wiki/Socialismo_del_siglo_XXI
65. Zas, B., Grau, J., & Hernández, E. (2005). *Psicología de la salud y gestión Institucional: Fundamentos y aplicaciones*. México D.F.: Universidad de Guadalajara.
66. Zorraquino. (2016). *Branding*. Obtenido de www.zorraquino.com/diccionario/branding

ANEXOS

ANEXO 1: Categorización San Juan de Dios

Ministerio
de Salud Pública

Coordinación Zonal de Salud 9-SALUD



Oficio Nro. MSP-CZ9-CZ-VSP-2014-0043-O

Quito, D.M., 08 de septiembre de 2014

Asunto: CATEGORIZACIÓN SAN JUAN DE DIOS

Hermano
Enrique Miyashiro
Director General
CENTRO DE REPOSO SAN JUAN DE DIOS
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No.MSP-CZ9-SG-2014-3831-E ingresado el 1 de septiembre del 2014 en el que solicita por escrito en que categoría se encuentra la institución San Juan de Dios, establecimiento representado por Usted, la Dirección de la Vigilancia de la Salud Pública luego de revisar el sistema informático para Emisión de Permiso de Funcionamiento, informa que el establecimiento se encuentra Tipificado en Centros Especializados, código 1.3.1.1, Tercer Nivel de Atención.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



Dra. Linda Lora Riofrio Castro
DIRECTORA ZONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA (E)

Referencias:
- MSP-CZ9-SG-2014-3831-E

Anexos:
- DPSP-SECGENERAL3831-e.pdf

pm

ANEXO 2: Necesidades de Comunicación: Solicitud de datos

NECESIDADES DE COMUNICACIÓN: DATOS SOLICITUD				
ÁREA	(Ponga el nombre del área que solicita)		Comunicación Interna	Comunicación Externa
CÓDIGO DEL ÁREA		NOMBRE DEL AR		
FECHA SOLICITUD				
CONTENIDO DE LA INFORMACIÓN	OBJETIVO	PERIODICIDAD	MEDIOS	
(Describa la información que desea Que sea comunicada)	(Describa la razón de la generación de la comunicación)	(Determine la periodicidad de la comunicación o la fecha propuesta para su generación)	(Determine la forma como se realizará la comunicación)	

NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE	
Nombre:	(Poner nombre y apellido)
Cargo:	(Poner su cargo)

ANEXO 3: Matriz de Necesidades de Comunicación

[illegible]

ANEXO 4: Matriz del Plan de Comunicación

[illegible]

ANEXO 5: Matriz de ejecución de Comunicación Interna y Externa

[illegible]