

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TÍTULO DE LA TESIS:**

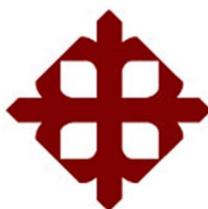
**PROPUESTA PARA LA CREACIÓN DE UNA CLÍNICA DE  
DIÁLISIS PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE  
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, EN EL CANTÓN DAULE  
DE LA PROVINCIA DEL GUAYAS**

**Previo a la Obtención del Grado Académico  
MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**ELABORADA POR:  
Lic. Karem Macías Villafuerte**

**DIRECTORA DE TESIS:  
Ing. Adela Zurita Fabre, Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador  
2015**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Lic. Karem Macías Villafuerte**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**.

Guayaquil, a los 16 días del mes de julio del 2015

**DIRECTORA DE TESIS**

---

Ing. Adela Zurita Fabre, Mgs.

**REVISORES:**

---

Dra. Cinthya Game Varas

---

C.P.A Laura Vera Salas

**DIRECTOR DEL PROGRAMA**

---

Ec. María del Carmen Lapo Maza, Mgs.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Lic. Karem Macías Villafuerte**

**DECLARO QUE:**

La Tesis "Propuesta para la creación de una clínica de diálisis para pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, en el cantón Daule de la provincia del Guayas" previa a la obtención del Grado Académico de **MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en las referencias bibliográficas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía general. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico de la Tesis referida.

Guayaquil, a los 16 días del mes de julio del año 2015

**LA AUTORA**

---

**Lic. Karem Macías Villafuerte**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Karem Macías Villafuerte**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución de la Tesis de Maestría titulada: "**Propuesta para la creación de una clínica de diálisis para pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, en el cantón Daule de la Provincia del Guayas**", cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 16 días del mes de junio del año 2015

**LA AUTORA:**

---

**Lic. Karem Macías Villafuerte**



# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

## SISTEMA DE POSGRADO

### ANALISIS URKUND

The screenshot displays the Urkund web interface. The top navigation bar shows the document title "KAREM MACIAS-ultima version-mayo.17.docx" and its submission date "2014-05-20 13:16 (-05:00)". The document was submitted by "krm\_da@hotmail.com" to the receiver "maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com". A message indicates a revision: "FW: REVISION Show full message". A progress indicator shows "2%" of the document's text is present in 5 sources.

Rank	Path/File name
1	KAREM MACIAS septiembre.14S.docx
2	<a href="http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_renal_cr%C3%B3nica">http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_renal_cr%C3%B3nica</a>
3	<a href="http://www.slideshare.net/yuliyomero/enfermedad-renal-cronica">http://www.slideshare.net/yuliyomero/enfermedad-renal-cronica</a>
4	<a href="http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/2134/Jerez%20Cevallos,%20Ana%20Cristina.p...">http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/2134/Jerez%20Cevallos,%20Ana%20Cristina.p...</a>
5	<a href="http://www.angelfire.com/mb/universidades/caece/esrategia_comp/ln5.doc">http://www.angelfire.com/mb/universidades/caece/esrategia_comp/ln5.doc</a>
6	<a href="http://www.udesa.edu.ar/portal/loaga/portal/biblioteca/Sedes/Dependencias/UnidadesAcademicas/Fe...">http://www.udesa.edu.ar/portal/loaga/portal/biblioteca/Sedes/Dependencias/UnidadesAcademicas/Fe...</a>
Alternative sources	
7	<a href="http://www.esacademic.com/dic_ncf/ies/wiki/A30461">http://www.esacademic.com/dic_ncf/ies/wiki/A30461</a>

The bottom section shows a side-by-side comparison of the document text. The left pane shows the original document text from May 2014, and the right pane shows the detected source text from September 2013. Both panes show a 98% match. The text in both panes is: "UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD Tesis de Grado: PROPUESTA PARA LA CREACIÓN DE UNA CLÍNICA DE DIÁLISIS PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, EN EL CANTÓN DAULE DE LA PROVINCIA DEL GUAYAS Previo a la obtención del Grado Académico MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD AUTORA: Lic. Karem Macias Villafuerte DIRECTORA: Ing. Adela Zurita Fabre, Mgs. Guayaquil, Ecuador 2014".

## AGRADECIMIENTO

Al haber terminado la maestría, agradezco:

A Dios por todo lo que me ha proveído, principalmente por darme salud y trabajo, para así poder culminar mis estudios, A mi madre y padre, por haberme siempre sobrellevado, cuando estaba realizando mi tesis, A mi hija Dafne, que siempre ha estado a mi lado y me decía “mami tu puedes”, y Al recuerdo de mi esposo que cuando estaba en vida le preguntaba por qué me dejaba trabajar y estudiar, “me contestaba siempre para que tu hija se sienta orgullosa de su madre”. A todas la personas que colaboraron en decirme tu puedes y en guiarme y en especial a mi tutora que fue mi guía para terminar mi tesis.

## DEDICATORIA

Al recuerdo de mi esposo; y a mi hija Dafne, por estar a mi lado, comprenderme y entenderme a pesar de su edad y de alegrarse con el poco tiempo que le doy.

*Karem*

# ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN .....	xiv
ABSTRACT .....	xv
INTRODUCCIÓN .....	1
<b>Capítulo 1: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA .....</b>	<b>10</b>
1.1 Marco legal .....	10
1.2 Modelo de gestión .....	12
1.2.1 La gestión en clínica .....	16
1.2.2 La clínica como empresa de servicios .....	18
1.2.3 Tipos de unidades clínicas .....	19
1.2.4 Diseño y prestación del servicio .....	24
1.3 Marco contextual .....	26
1.3.1 Salud .....	26
1.3.1.1 Componentes del nivel de vida .....	27
1.3.1.2 Campo de salud .....	28
1.3.1.3 Indicadores de gestión en salud .....	29
1.3.1.4 Promoción de salud .....	32
1.3.1.5 Niveles de complejidad de la atención a la salud .....	34
1.3.2 De la producción al servicio al cliente .....	35
1.3.2.1 Las estrategias del marketing en servicios de salud .....	35
1.3.2.2 La función del marketing en el área de la salud .....	37
1.4 El posicionamiento .....	39
1.5 Estudios de la insuficiencia renal crónica .....	42
1.5.1 Algunas definiciones .....	46
1.5.2 Causas y cuadro clínico .....	47
1.5.3 Diagnóstico y tratamiento .....	49
1.5.4 Factores de riesgo .....	54
1.5.4.1 La hipertensión arterial .....	55
1.5.4.2 La anemia .....	55
1.5.4.3 Acidosis metabólica .....	56
1.5.4.4 Dislipidemia .....	56
1.5.4.5 Equilibrio electrolítico .....	57
1.5.4.6 Malnutrición .....	57
1.5.4.7 Neuropatía .....	58
1.5.4.8 Enfermedad cardiovascular .....	58
<b>Capítulo 2: CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS DEL CANTÓN</b>	
<b>DAULE .....</b>	<b>60</b>
2.1 Ubicación .....	60
2.2 Origen etimológico e historia .....	62
2.3 División política y geografía .....	63
2.4 Actividad económica .....	63
2.5 Turismo .....	64

	<b>Pág.</b>
<b>2.6</b> Característica de la población .....	65
<b>2.6.1</b> Vivienda .....	65
<b>2.6.1.1</b> Tipo de vivienda de la comunidad .....	66
<b>2.6.1.2</b> Indicadores predefinidos de viviendas.....	67
<b>2.6.1.3</b> Qué se utiliza en los hogares para cocinar.....	67
<b>2.6.1.4</b> Cómo toman agua en los hogares.....	67
<b>2.6.2</b> Educación .....	68
<b>2.6.2.1</b> Condición de alfabetismo de 15 y más años .....	68
<b>2.6.3</b> Servicios básicos .....	69
<b>2.6.3.1</b> Teléfono.....	70
<b>2.6.3.2</b> Procedencia principal del agua recibida .....	70
<b>2.6.3.3</b> Luz eléctrica .....	71
<b>2.6.4</b> Aspectos de la comunidad.....	71
<b>2.6.4.1</b> Cómo se auto-identifica la población.....	72
<b>2.6.4.2</b> Estado civil de la comunidad .....	72
<b>2.6.4.3</b> Cantidad de habitantes que están asegurados .....	73
<b>2.7</b> Centros de salud del Cantón .....	74
<b>Capítulo 3: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	75
<b>3.1</b> Tipo de investigación.....	75
<b>3.2</b> Población y muestra .....	76
<b>3.3</b> Técnicas e instrumentos de levantamiento de información .....	78
<b>Capítulo 4: ANÁLISIS DE RESULTADOS E INFORME</b> .....	80
<b>4.1</b> Creación de una clínica de diálisis en el Cantón Daule.....	80
<b>4.2</b> Análisis socio-económico de los habitantes de Daule .....	86
<b>Capítulo 5: DISEÑO ORGANIZACIONAL DEL CENTRO DE HEMODIÁLISIS DEL CANTÓN DAULE</b> .....	96
<b>5.1</b> Gestión estratégica .....	96
<b>5.1.1</b> Diagnóstico de situación actual.....	96
<b>5.1.2</b> Misión y visión.....	98
<b>5.1.2.1</b> Misión .....	98
<b>5.1.2.2</b> Visión.....	98
<b>5.1.3</b> Objetivos, principios y valores.....	99
<b>5.1.3.1</b> Objetivos.....	99
<b>5.1.3.2</b> Principios .....	99
<b>5.1.3.3</b> Valores .....	100
<b>5.2</b> Gestión por procesos .....	101
<b>5.3</b> Gestión financiera .....	103
<b>5.4</b> Gestión operativa .....	104
<b>5.4.1</b> Requerimiento de personal .....	104
<b>5.4.2</b> Cartera de servicios .....	107
<b>5.4.3</b> Recomendaciones para el funcionamiento .....	107
<b>5.4.4</b> Resultados esperados .....	108

	<b>Pág.</b>
<b>Capítulo 6: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	110
<b>6.1</b> Conclusiones.....	110
<b>6.2</b> Recomendaciones.....	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113
GLOSARIO .....	117
ANEXOS	
<b>Anexo 1</b> Encuesta creación de una clínica de diálisis en Daule .....	119
<b>Anexo 2</b> Encuesta socio-económica y estudios de niveles demográficos de Daule .....	120
<b>Anexo 3</b> Plano de infraestructura.....	121

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla N° 1</b> Estadía de la enfermedad renal crónica.....	50
<b>Tabla N° 2</b> Tratamiento, de acuerdo con etapas .....	52
<b>Tabla N° 3</b> Tenencia de vivienda.....	66
<b>Tabla N° 4</b> Tipo de vivienda.....	66
<b>Tabla N° 5</b> Indicadores básicos predefinidos de vivienda.....	67
<b>Tabla N° 6</b> Combustible para cocinar .....	67
<b>Tabla N° 7</b> Cuidados en el consumo de agua .....	67
<b>Tabla N° 8</b> Nivel de instrucción de los habitantes de Daule, por grupos de edad.....	68
<b>Tabla N° 9</b> Porcentaje de alfabetismo en personas de 15 y más años.....	68
<b>Tabla N° 10</b> Disposición de servicios básicos, 2001-2010 .....	69
<b>Tabla N° 11</b> Disposición de línea telefónica .....	70
<b>Tabla N° 12</b> Procedencia principal del agua que reciben las viviendas.....	70
<b>Tabla N° 13</b> Procedencia de la energía eléctrica.....	71
<b>Tabla N° 14</b> Autoidentificación de etnia a la que pertenece .....	72
<b>Tabla N° 15</b> Estado conyugal de los habitantes .....	72
<b>Tabla N° 16</b> Afiliación a la seguridad social.....	73
<b>Tabla N° 17</b> Indicadores sociales del cantón Daule .....	73
<b>Tabla N° 18</b> Costos y frecuencia de movilización para atención de IRC .....	85
<b>Tabla N° 19</b> Variables generales para el análisis socio-económico .....	86
<b>Tabla N° 20</b> Provisión de otros servicios básicos por familia.....	91
<b>Tabla N° 21</b> FODA de instituciones de diálisis .....	97
<b>Tabla N° 22</b> Monto de inversión para la instalación del centro de diálisis ..	103
<b>Tabla N° 23</b> Requerimientos de personal para el funcionamiento de un centro de diálisis .....	106

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura Nº 1</b> Esquema de un proceso de generación de un bien y/o un servicio .....	15
<b>Figura Nº 2</b> La gestión en clínica, desde tres enfoques.....	17
<b>Figura Nº 3</b> La gestión clínica por procesos .....	20
<b>Figura Nº 4</b> Estructura organizacional de una clínica que ofrece una atención integral en salud.....	22
<b>Figura Nº 5</b> Planificación, creación y prestación de servicios.....	23
<b>Figura Nº 6</b> Prestación y evaluación de servicios .....	25
<b>Figura Nº 7</b> Componentes de un modelo para servicios de salud .....	29
<b>Figura Nº 8</b> Determinantes de la ventaja competitiva .....	37
<b>Figura Nº 9</b> Prevalencia actual de la enfermedad renal crónica en sus diferentes etapas .....	45
<b>Figura Nº 10</b> Problemas generados por disminución en funcionamiento renal.....	48
<b>Figura Nº 11</b> Ubicación del Cantón Daule en la Provincia del Guayas.....	61
<b>Figura Nº 12</b> Símbolos Patrios de Daule .....	61
<b>Figura Nº 13</b> Información sobre IRC.....	80
<b>Figura Nº 14</b> Conocimiento sobre derechos de pacientes con IRC.....	81
<b>Figura Nº 15</b> Conoce los riesgos y complicaciones de la IRC .....	81
<b>Figura Nº 16</b> Conoce en qué consiste el tratamiento de hemodiálisis .....	82
<b>Figura Nº 17</b> Dónde recibe tratamiento .....	82
<b>Figura Nº 18</b> Lugar geográfico al que acude por atención médica .....	83
<b>Figura Nº 19</b> Cuenta con carnet de discapacidad.....	83
<b>Figura Nº 20</b> Recibe ayuda económica del Gobierno .....	84
<b>Figura Nº 21</b> Acciones preventivas de salud sobre IRC .....	84

	<b>Pág.</b>
<b>Figura N° 22</b> Necesidad de contar con una clínica de diálisis en Daule .....	85
<b>Figura N° 23</b> Cantidad de personas que integran el grupo familiar .....	88
<b>Figura N° 24</b> Número de hijos por familia .....	89
<b>Figura N° 25</b> Tenencia de la vivienda .....	90
<b>Figura N° 26</b> Provisión de agua para consumo .....	90
<b>Figura N° 27</b> Provisión de energía eléctrica, recolección de basura y alcantarillado sanitario .....	91
<b>Figura N° 28</b> Vía de desechos .....	92
<b>Figura N° 29</b> Número de familias que comparten su hogar con otros grupos familiares .....	92
<b>Figura N° 30</b> Nivel de ingreso mensual familiar .....	93
<b>Figura N° 31</b> Nivel de escolaridad .....	94
<b>Figura N° 32</b> Lugar de procedencia .....	94
<b>Figura N° 33</b> Enfermedades frecuentes.....	95
<b>Figura N° 34</b> Mapa de procesos del centro de diálisis.....	102
<b>Figura N° 35</b> Organigrama propuesto para el centro de diálisis de Durán	105

## RESUMEN

La comunidad de Daule requiere urgente atención en el área de las enfermedades renales. En la actualidad muchos pacientes deben ser trasladados fuera de su ciudad ya que no disponen en su área un centro que ofrezca los servicios y beneficios de aquellos ubicados en las grandes ciudades, lo que les implica a pacientes y familiares un alto costo por tiempo, movilización, etc.

A través de encuestas aplicadas se concluye que es imperativo y de suma urgencia contar con una unidad especializada para pacientes renales crónicos, por lo que, este documento es una guía para la implementación y funcionamiento de una clínica de diálisis, cuáles serían los beneficios para la comunidad, los servicios que va a prestar, etc., todo ello orientado al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de la ciudad de Daule y sus alrededores.

Palabras claves: *enfermedades renales, insuficiencia renal crónica terminal, calidad de vida, diálisis, hemodiálisis, atención de salud, creación de clínica.*

## SUMMARY

Duale's community requires urgent attention in kidney diseases. Currently many patients must be moved out of town and there's not available in their area a kidney medical center that offers the services and benefits of those located in big cities, allowing them to patients and families involves a high cost of time, mobilization etc.

Through surveys conducted concluded that it is imperative and of utmost urgency to have a specialized unit for chronic renal patients, this document is a guide to the implementation and operation of a dialysis clinic, that benefits community, and the services that will give, etc., all aimed to improve life's quality of the habitants of Daules's and communities around.

Keywords: kidney disease, chronic renal failure, quality of life, dialysis, hemodialysis, health care, clinic building.

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el tratamiento renal sustitutivo tiene crecimiento acelerado, generando grandes demandas de recursos económicos y constituyéndose en un desafío para los sistemas de salud.

Las enfermedades renales que necesitan sustitución de la función renal cada día aumentan en todo el mundo y nuestro país no escapa a este fenómeno. Se estima que en EEUU el número de pacientes en diálisis es más de 300.000 y un 10% son dializados en un hospital o clínica. La cantidad de usuarios crónicos por año que necesita tratamiento de Hemodiálisis, está alrededor de 150 a 300 por millón de habitantes en Latinoamérica, y actualmente en hospitales y clínicas se internan o llegan solicitando hemodiálisis, un promedio de 160 a 200 pacientes por año, que deben esperar que muera otro paciente para conseguir lugar y así acceder a este tratamiento (Sckell de Duarte, 2005).

La Nefrología es una especialidad de la Clínica Médica que fue creada a medida que se mejoraron las técnicas de sustitución de la funcionalidad renal: la diálisis y el trasplante, creando una nueva esperanza de vida para los pacientes con déficit renal, cuyo destino antes de la diálisis y el trasplante era inexorablemente la muerte a corto plazo. Hoy existe la hemodiálisis, un procedimiento que alarga la vida y que resulta necesario y oportuno.

La insuficiencia renal es la condición en la cual los riñones dejan de funcionar correctamente esto es, dejan de eliminar de manera natural, por ejemplo, el exceso de agua dentro del organismo. Fisiológicamente, la insuficiencia renal se describe como una disminución en la filtración de la sangre de filtración glomerular. Para tratar esta deficiencia se utiliza la hemodiálisis, mediante la cual se elimina los residuos de potasio y urea del torrente sanguíneo., así como el exceso de agua; se trata de una terapia de

reemplazo renal (Villarroel, Medrano, Gómez Ugarte, Hinojosa, & Delma Villca, 2009).

La enfermedad renal contribuye significativamente a la morbilidad y mortalidad hospitalaria, lo que genera notablemente un alto costo tanto por los días de estancia en los centros de salud y hospitales, así como los que se genera por las discapacidades y/o fallecimientos resultantes de este problema de salud. Su tratamiento es un verdadero reto y se ha constituido en una problemática nacional (Estrada Ramírez & Fajardo Martillo, 2009).

La población con insuficiencia renal crónica en el Ecuador va en aumento y se requiere tomar acciones directas, organizadas y soportadas en una estructura organizacional óptima que permita minimizar sus efectos en quienes padecen de esta insuficiencia y de aquellos que conforman su entorno familiar y social.

De acuerdo al contexto expuesto, se hace imprescindible la creación de una clínica de diálisis en el cantón Daule, orientada a prestar servicios de Salud para mejorar la calidad de vida de los pacientes de la población en este sector y sus alrededores, satisfacer la necesidad de atención por parte de personal altamente especializado y capacitado en el tema, con tecnología de punta, que permita atender con calidad y calidez, y acorde a la necesidad de la población, así evitar que los pacientes deban ser trasladados a las diferentes clínicas de diálisis de la ciudad de Guayaquil.

Por tanto es necesario que el Cantón Daule cuente con este servicio de hemodiálisis, que obvie los traslados lejos de su residencia, ya que esto implica costos en movilización y deserción, e inclusive la muerte del paciente. Al ser creado el centro se podrá cumplir con el tratamiento integral de manera ininterrumpida, con una atención de calidad y costos accesibles (convenios con el Ministerios de Salud Pública e Instituto de Seguridad

Social y paciente particulares) para que mejoren su calidad de vida en un ambiente adecuado, con mejor accesibilidad y en su entorno económico.

Para este trabajo se ha previsto realizar un estudio bibliográfico cuyo fundamento teórico será una guía para el desarrollo de este proyecto. Se tomará información de los centros de diálisis del Guayas, de pacientes que reciben este tratamiento.

Este trabajo se realizará con una base teórica de modelos de gestión de unidades privadas para diálisis, se analizará la situación socio-económica de la localidad para cuantificar la demanda y oferta de los servicios y a su vez presentar un diseño o modelo de clínica para prestar el servicio de hemodiálisis y mejorar la calidad de vida de los pacientes del cantón Daule Provincia del Guayas, con la debida justificación y expresando los riesgos que conlleva esta enfermedad, de tal forma que ofrezca una acción de intervención y permita mejorar la calidad de atención con seguridad y responsabilidad de todas las personas y proveedores de servicios.

Este proyecto responde a un interés personal de su autora, y ha sido posible su diseño gracias a la buena apertura de la Administración del Centro de Diálisis de Guayaquil que ofreció su apoyo incondicional para el manejo de información y estadística relacionada con el tema.

## **ANTECEDENTES**

De acuerdo a la información recabada por la Jefatura de Estadística del Hospital Básico Vicente Pino Morán de Daule (Jefatura de área # 16), fueron atendidos 16.648 mil pacientes con diferentes diagnósticos, entre ellos Hipertensión Arterial 37%, Diabetes Mellitus 25%, Infección en vías urinarias 23%, Litiasis Renal 5%. Estos pacientes se derivaron al Hospital "Abel Gilbert Pontón" de la ciudad de Guayaquil, donde un 10% serán pacientes con diagnósticos de Insuficiencia Renal Crónica, los cuales son enviados a

diferentes unidades de diálisis, La Insuficiencia Renal es una afección grave en la cual los riñones dejan de eliminar los desechos del organismo. Podría decirse que es la etapa final del deterioro lento de los riñones, que es un proceso conocido como nefropatía.

La Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad provocada por el deterioro progresivo de la capacidad de filtración glomerular como consecuencia del no tratamiento de enfermedades como son: Diabetes Mellitus tipo I y II, Hipertensión Arterial, Infección Urinaria, Nefritis, Glomerulopatías Primarias y Secundarias, La Hiper-Uricemia (gota) entre otras.

La gran mayoría de los pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica no cuentan con recursos económicos suficientes como para cubrir las movilizaciones y el tiempo que ha de invertir en un control médico especializado en otra ciudad, por esta razón se ha creado este proyecto de una Clínica de Diálisis, y de esta manera brindar un servicio que le permita mejorar su calidad de vida, evitar que tenga que trasladarse el paciente y su familia o a su vez emigrar hacia la ciudad de Guayaquil para continuar su tratamiento.

Desde el año 2008 el Gobierno Nacional, Presidente del Ecuador, Ec. Rafael Correa, y el Vicepresidente, Lcdo. Lenin Moreno, a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social, presentaron el Programa de Protección Social, donde se incluirían a todas las enfermedades consideradas catastróficas, entre ellas la insuficiencia renal crónica (IRC) con su tratamiento de hemodiálisis, dado que esta enfermedad era muy costosa y no era factible ser solventado económicamente por los pacientes, llegando a fallecer muchos de ellos, sin respetar edad y condición social.

En la investigación social de campo realizada en el Hospital de Daule, área N° 16, muestra la problemática a través de sus datos epidemiológicos relacionados con los estados de morbilidad que en su mayoría afecta a esta población y que asiste frecuentemente al área de consulta externa, siendo

ésta la siguiente con diagnósticos de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Litiasis Renal e Infección de vías urinarias.

## **PROBLEMÁTICA**

La insuficiencia renal crónica terminal es una enfermedad en la que se presenta una pérdida progresiva e irreversible de la función renal. La hemodiálisis es uno de los métodos de mayor elección para suplir la función renal. Se debe realizar en forma continua y permite al individuo desarrollar actividades de la vida diaria; sin embargo, el tratamiento exige invertir alrededor de 12 horas por semana acompañada de una dieta restrictiva y una ingesta limitada de líquidos.

Para su supervivencia, estos enfermos deben someterse a hemodiálisis en diversos centros privados cuya relación con los pacientes de bajos recursos es conflictiva, así como las dificultades financieras que debe enfrentar el Estado cuando debe buscar prestadores externos para darles el servicio y el tratamiento. El Ministerio de Protección Social y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) son las instituciones que cubren estos gastos.

La necesidad de contar con un Centro de Diálisis en el Cantón Daule dedicado exclusivamente al tratamiento de hemodiálisis ambulatoria, ubicado en una zona estratégica del área del Cantón, permitiría la atención masiva, abaratando el costo de las prestaciones, así como la permanente oferta para los que requieran este tratamiento específico.

Los enfermos que padecen IRC experimentan modificaciones en su vida diaria que condicionan su calidad de vida. Los cambios que impone la hemodiálisis (HD) van desde hábitos básicos como la dieta o la disponibilidad de tiempo, hasta aspectos tales como el trabajo o los estudios, que afectan al proyecto de vida de una persona y condicionan cambios en la percepción de sí mismo y en las relaciones sociales. Por otra parte, en el

paciente renal aparecen alteraciones emocionales como ansiedad y depresión, negación de ciertas situaciones, ideas de suicidios, elevados de niveles de dependencia y suicidio, y trastornos del sueño así como una serie de síntomas físicos no específicos que condicionan su bienestar. Lo anterior es para contextualizar desde el ámbito médico y sobre todo desde la opinión de los nefrólogos como se manifiesta la IRC.

Según información proporcionada por el Hospital Básico Vicente Pino Morán, de Daule, la Diabetes es la causa más frecuente de insuficiencia renal, y constituye más del 25% de los casos nuevos. Incluso cuando los medicamentos y la dieta pueden controlar la Diabetes, la enfermedad puede conducir a nefropatía e insuficiencia renal. La mayoría de los diabéticos no desarrollan una nefropatía lo suficientemente grave como para causar insuficiencia renal. Hay cerca de 5879 mil diabéticos en Daule y de ellos, unos 16.648 padecen insuficiencia renal.

En Guayaquil, en base a investigación realizada por la autora, se obtuvo que hay 16 unidades de diálisis (privadas), más 4 dentro de los hospitales: Hospital Militar, Naval. Luis Vernaza y del IESS. Estas unidades cubren las necesidades de los pacientes de los cantones y recintos más cercanos. Todo esto aparte de la que está dentro del Hospital Guayaquil.

Se recabó esta información para confirmar que el lugar más cercano para recibir este tratamiento es Guayaquil y que Daule, definitivamente, no cuenta con una unidad de diálisis en la localidad, para tratar a los pobladores que padecen esta enfermedad de IRC.

Luego de la problemática descrita se enuncia la hipótesis de investigación como sigue: la creación de una clínica de diálisis en el cantón Daule permitirá mejorar las condiciones de salud y socio-económicas de sus habitantes, principalmente de pacientes que sufren de deficiencias renales, de lo que se derivan las siguientes variables:

- **Independiente:** *la puesta en funcionamiento de una clínica de diálisis para prevención y/o tratamiento de enfermedades renales*
- **Dependiente:** *mejoramiento de la calidad de vida y las condiciones de salud y socio-económica de pacientes y familiares.*

## **JUSTIFICACIÓN**

Se pensó en el tema por lo que al trabajar en una clínica de diálisis se vio la necesidad de realizar el estudio de los pacientes que provienen del Cantón Daule, y del Cantón Playas, y la que se escogió fue por la necesidad de los pacientes al trasladarse de los diferentes cantones a la ciudad de Guayaquil, debido a la distancia de 45 minutos aproximadamente de movilización tanto del paciente como del acompañante, además los limitados recursos económicos y difícil acceso del área rural al urbana.

Al conversar con familiares o acompañantes comentaron que no cuentan con recursos económicos y que pierden de hacer todas sus labores diarias para acompañar a familiar. Mediante entrevistas realizadas a pacientes que acuden a la clínica de diálisis SERDIDYV S.A., cuyos nombres son omitidos en este documento, se obtuvo que existen 16 pacientes diagnosticadas con insuficiencia Renal crónica Terminal: **una** persona en Santa Lucía, **una** en el Recinto Las Brisas, **dos** en el Recinto La Capilla, **una** en Salitre, **una** en el Recinto Bardasco, **una** en el Recinto Flor de María, **una** en Las Bijamas, **una** en Recinto Vijagua y **siete** en Daule.

Es bien conocido que a nivel Nacional es una realidad la falta de clínicas especializadas en tratamiento de sustitución renal (Diálisis), así como de especialización en Nefrología, los mismos que se concentran en las grandes ciudades y considerando que en esta localidad existe un hospital básico que atiende emergencias con limitaciones y 10 sub-centros de salud públicos en donde no hay las especialidades acordes al tratamiento requerido por el paciente, sólo se limitan a atención primaria.

En vista del problema social y de salud que atraviesa este cantón, su auge y crecimiento económico son los justificativos socioeconómicos para realizar una inversión acorde a las necesidades propias de la población, en función de precautelar la salud y mejorar la calidad de vida de sus pobladores en un entorno adecuado que le brinde calidad y calidez (Gobierno Provincial del Guayas, s/f).

La Clínica de Diálisis tendría un tercer nivel de atención, de complejidad 1 y categoría III.1 como Centro Especializado, de conformidad con el Acuerdo N° 00000318 del Sistema Nacional de Salud; contará con tecnología de punta, infraestructura moderna y personal altamente calificado, el mismo que se ubicaría en el km 2 de la vía Daule-Santa Lucía, donde ofrecerá los servicios de atención y tratamiento ambulatorio acordes con su nivel, con apertura a que el paciente de todo estrato socio-económico se le permita tener una atención de calidad con seguridad y responsabilidad del personal que presta el servicio.

La creación de esta Clínica de Diálisis es necesaria por cuanto la población con Insuficiencia Renal Crónica en el Ecuador, cada día va en aumento (Vicepresidencia de la República del Ecuador, 2012).

## **OBJETIVOS**

Vistos los antecedentes, problemática y justificación del actual proyecto, a continuación se describen los objetivos general y específicos, mismos que responden a la necesidad de una solución real y oportuna.

### **Objetivo general:**

Diseñar una propuesta para la creación de una clínica de Diálisis en el cantón Daule, provincia del Guayas; para ofrecer el servicio hemodiálisis a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

**Objetivos específicos:**

- Realizar un diagnóstico referente a enfermedades renales, tratamientos existentes y contexto en el que se desarrollan en general las instituciones de salud que ofrecen servicios de diálisis.
- Determinar los aspectos socio-económicos y necesidades de la población del cantón Daule provincia del Guayas, con respecto a esta problemática de salud.
- Diseñar un modelo de clínica de Diálisis para ser implementada en el cantón Daule provincia del Guayas

El presente documento está conformado por seis capítulos que van ofreciendo información relevante que sustenta la creación de la clínica de diálisis propuesta. En el primer capítulo se incluye la fundamentación teórica, legal y contextual en el que se enmarca el tema de las enfermedades renales, sus causas y consecuencias; el segundo capítulo hace referencia a las características generales del cantón Daule; el tercer capítulo ofrece explicación sobre la metodología aplicada para la investigación realizada; el cuarto capítulo presenta un análisis de los resultados obtenidos a través del proceso investigativo; el quinto capítulo abarca el diseño propuesto para la creación de la clínica y, finalmente, el capítulo sexto ofrece las conclusiones y recomendaciones sobre este tema.

# CAPÍTULO 1

## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Para diseñar el proyecto de creación de un centro de salud de hemodiálisis en el cantón Daule es preciso establecer algunos elementos que intervienen en la gestión propia de salud, así como la conceptualización básica que será utilizada a lo largo de este documento.

### 1.1. MARCO LEGAL

Siendo que la salud es uno de los derechos inalienables de todo ser humano, y considerando el énfasis que en este sector hace la Constitución Política del Ecuador 2008 y el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013, vale entonces mencionar algunos artículos que hacen referencia al sector **salud**, encaminados al cumplimiento de esta aspiración de estado.

La Constitución Política del Ecuador (2008), en su capítulo segundo “derechos del buen vivir”, sección séptima, art. 32 (p. 8), dice:

*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*  
(Gobierno Nacional de la República del Ecuador, 2008)

Este mismo documento, en su capítulo tercero “derechos de las personas y grupos de atención prioritaria”, sección sexta “personas con discapacidad”, art. 47 (p.13), dice.

*Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a:*

- *La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.*
- *La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas* (Gobierno Nacional de la República del Ecuador, 2008).

Siguiendo con el mismo capítulo tercero “derechos de las personas y grupos de atención prioritaria”, en su sección séptima “personas con enfermedades catastróficas”, art. 50 (p.14), asegura que: *“El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente”*.

En cuanto al Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir, en su literal 7 “Objetivos Nacionales para el Buen Vivir”, sección 3 “Políticas y Lineamientos” menciona ampliamente las gestiones orientadas a garantizar, entre otros derechos, el de la salud a todo nivel y sin distinción de etnias, condiciones sociales, económicas, culturales o de cualquier otra característica. Así a continuación se menciona las diferentes políticas que involucran el cuidado de la salud (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2009, págs. 202-204):

- **Política 3.1.** Promover prácticas de vida saludable en la población
- **Política 3.2.** Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad
- **Política 3.3.** Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad
- **Política 3.4.** Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural

Lo anterior confirma que la clínica sería de beneficio para la comunidad, más que todo generaría fuentes de empleo. Esta propuesta sería realidad como clínica privada y los servicios que brindaría serían por medios de convenios tanto como el Instituto de Seguridad Social, Ministerio de Salud Pública y otras entidades que querrían recibir el servicio.

## **1.2. MODELO DE GESTIÓN**

Las reformas estructurales planteadas en el último quinquenio por el Gobierno Nacional presenta reformas estructurales con la finalidad de lograr equidad en la cobertura y el acceso a los servicios de salud a fin de alcanzar abrigo universal en salud para todos los ecuatorianos y ecuatorianas; y la eficiencia en la orientación y uso de los recursos financieros de origen público para la salud (Temes Montes, 2002).

El logro de este fin ético y político está sustentado por tres premisas básicas: **(1)** un acuerdo político de la sociedad ecuatoriana en su conjunto sobre las prioridades en salud, **(2)** aplicar un modelo de atención integral y **(3)** una adecuada organización de las instituciones responsables del financiamiento y prestación de servicios de salud. El sostenimiento de estas premisas están presentes en la Política Nacional de Salud y la Ley del Sistema Nacional de Salud, elaboradas participativamente bajo la conducción del Consejo Nacional de Salud y consensuadas ampliamente con representantes de la sociedad, Gobiernos nacional, provincial y municipal, Congreso Nacional, ONGs, comunidad organizada, instituciones prestadoras de servicios y formadoras de recursos humanos para la salud, gremios, sindicatos y organismos de cooperación internacional entre otros (Gobierno Nacional de la República del Ecuador, 2005).

La Política Nacional de la Salud aporta la visión de mediano y largo plazo de las metas a lograrse en términos de cobertura y acceso a los servicios de salud y control y erradicación de enfermedades, y las estrategias programáticas, organizativas, de participación y de financiamiento para su efectivo cumplimiento. Es decir, la política da las orientaciones generales para la conducción sostenida y de largo aliento de las instituciones que conforman el sector, bajo la rectoría del Ministerio de Salud. El Sistema Nacional de Salud define el nuevo modelo de atención, la organización de las instituciones para garantizar cobertura universal en salud, la forma de gestión de recursos financieros, humanos, materiales, físicos y tecnológicos para la ejecución del Plan Integral de Prestaciones en Salud, la participación ciudadana para la fiscalización y veeduría social en la entrega de los servicios de salud y la promoción de la salud (Gobierno Nacional de la República del Ecuador, 2005).

Bajo esta óptica, también es necesaria la inversión privada para el desarrollo integral de la salud, a través, de la creación de una clínica de diálisis para otorgar tratamiento especializado a pacientes con enfermedades crónicas como la insuficiencia renal, brindando de esta forma servicios de calidad

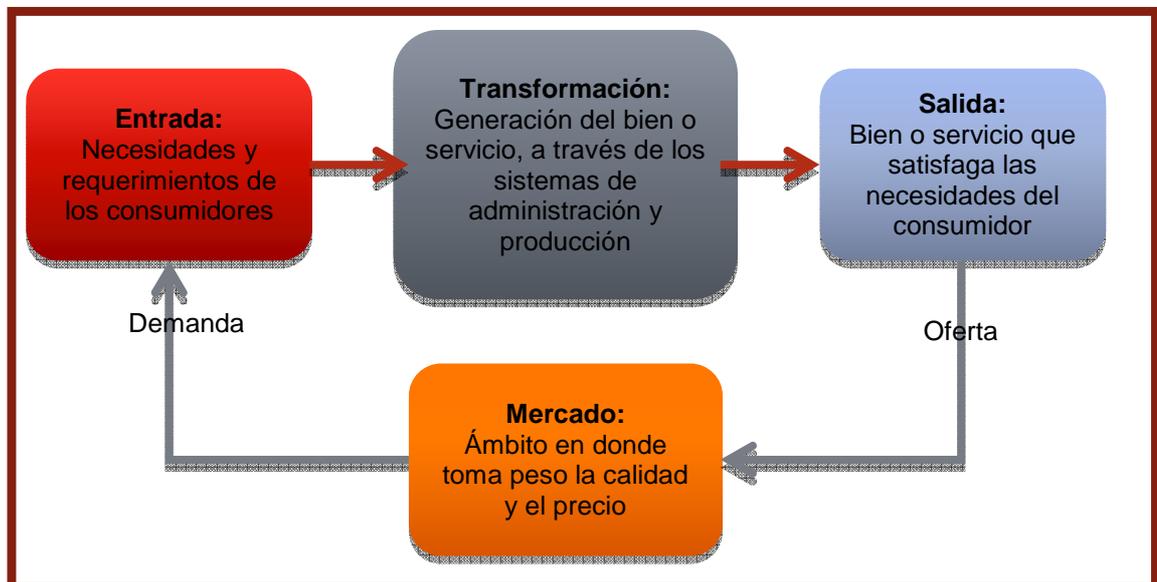
para obtener el buen vivir a los ciudadanos y ciudadanas del cantón Daule y sus alrededores, sector del país que ha alcanzado un importante crecimiento demográfico. Es preciso también, destacar el hecho que en el presente milenio se ha impulsado al sector de la salud, debido a las exigencias del mercado, los clientes, la innovación, la tecnología y la competitividad siempre crecientes.

Con los requisitos existentes, una serie de personas, de manera organizada, transforman mercancías preexistentes en productos o servicios nuevos. Estos son enviados al mercado social donde se supone tienen interés para otras personas, grupos o empresas que los adquieren o utilizan. Esa través del mercado cómo la empresa detecta las necesidades o demandas sociales que sirven (saturación, escasez, requisitos de calidad y precio) para modular el proceso productivo y los estándares de calidad y precio de los servicios que se pretende brindar, todo ciclo productivo (técnico o profesional específico de cada empresa) se alimenta y a su vez alimenta al ciclo económico. El papel del mercado es determinante allí no sólo se colocan los servicios, sino que es donde se generan los requisitos de los mismos a través de los juegos de oferta, demanda y competitividad (Temes Montes, 2002).

En este juego valen solamente dos términos “calidad” y “precio” que son los determinantes del éxito o fracaso de la gestión. Siendo que la calidad es parte de la percepción del usuario, no necesariamente puede ser conceptualizada de forma definitiva y el precio, por supuesto, que sometido a la apreciación del consumidor puede o no estar acorde al servicio. Así pues a la empresa le llegan, a través de la demanda del mercado, inputs (apreciaciones, percepciones, peticiones, etc.) que deben ser tomados en cuenta en el momento de tomar las decisiones que involucren la calidad y el precio, con el apoyo de los elementos o recursos que conforman cualquier tipo de empresa (Reyes Ponce, 2004):

- **Bienes y recursos materiales:** edificios, instalaciones, maquinarias, herramientas, materia prima directa o indirecta, insumos, etc.
- **Dinero:** efectivo disponible para pagos diarios urgentes, así como el capital que esté representado por títulos valores, acciones, obligaciones, etc.
- **Personas:** “elemento” activo e importante de la empresa, que se encuentra ubicado en los diferentes niveles jerárquicos de ésta y tiene funciones específicas orientadas la consecución de los objetivos institucionales.
- **Sistemas organizativos:** a través de los cuales las personas cumplen sus funciones y pueden ser los de producción, ventas, finanzas, información (base de datos), administración.

**Figura N° 1:**  
**Esquema de un proceso de generación de un bien o servicio**



ELABORACIÓN: La Autora  
FUENTE: (Robbins & Coulter, 2010)

Esencialmente, los fines de una organización empresarial son dobles: crecer (generar beneficios y aumentar el capital) y producir algo que precisa la sociedad.

### **1.2.1. La gestión en clínica**

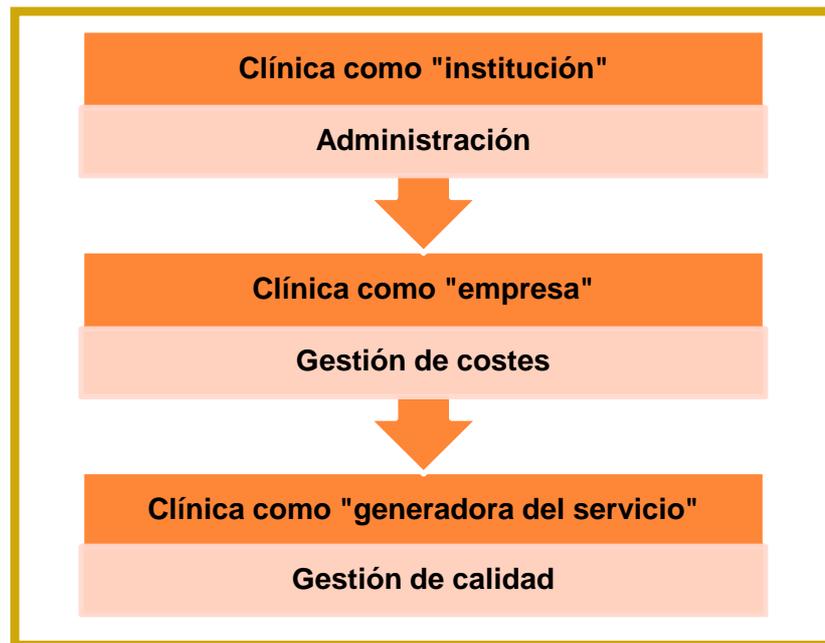
A lo largo de los años, en distintos países se ha enfocado el hecho de que los profesionales sanitarios (especialmente médicos) prestan sus servicios sin tener presentes en sus decisiones los gastos y, además establecen una relaciones muy particulares con sus “clientes” basadas en la extrema confianza de alguien que, en general no está en una situación anímica normal; los médicos además, representan el más alto nivel científico de la organización y esto es un factor determinante en sus relaciones con los demás trabajadores de la clínica que, en muchos casos, también son sus “clientes” (Temes Montes, 2002).

Si eso es así habrá que buscar fórmulas que permitan conciliar esa peculiaridad de los colectivos sanitarios y la necesidad de la gestión de recursos; buscando que la cadena de mando en una clínica no se fracture en los mandos intermedios, jefe de servicios, de las diferentes unidades médicas; para que, como colectivo, se sumen al convencimiento de que de cada uno depende la eficiencia y el cumplimiento de los siguientes requisitos (Temes Montes, 2002):

Liderazgo, voluntariedad y transparencia. Liderazgo para dirigir, con preparación técnica médica y gestora o con posibilidad de adquirir, la unidad de atención médica; voluntariedad sobre todo para quienes se incorporen a este nuevo modelo organizativo, deben hacerlo de forma voluntaria, por lo menos en una primera fase de desarrollo del proyecto y, finalmente, transparencia tanto a la hora exponer el proyecto como a la hora de elaborar los objetivos de lo que será el programa. Estos objetivos habrán de ser claros, concretos, medibles y alcanzables. Transparentes también a la hora de adjudicar incentivos (Temes Montes, 2002).

Es importante destacar que cuando se habla de la gestión en clínica se debe tener presentes tres enfoques, tal como se muestra en la **Figura N° 2**:

**Figura N° 2:**  
**La gestión en clínica, desde tres enfoques**



ELABORACIÓN: La Autora  
FUENTE: (Temes Montes, 2002)

El término **gestión** da cuenta del uso ordenado de recursos, mientras que **clínica** es la actividad médica dedicada al cuidado de los enfermos. Así, se presenta como la utilización adecuada de recursos para la mejor atención de pacientes, dentro de un marco de decisiones acertadas y responsabilidad de las propias acciones. De acuerdo con Temes Montes (2002), la gestión clínica está basada en la responsabilidad progresiva de quienes ofrecen el servicio y en la utilización de recursos y aplicación adecuada de mecanismos para la conservación de éstos.

La gestión en clínica tiene regulaciones para su funcionamiento; procura optimizar los recursos y mejorar la calidad de forma progresiva; establece un binomio imprescindible entre decisión y responsabilidad en términos de

alcanzar la eficacia, eficiencia y efectividad; toma las situaciones difíciles como oportunidad para capacitar, motivar y mejorar comportamientos.

### **1.2.2. La clínica como empresa de servicios**

En una sociedad económicamente activa, en base alineamientos de políticas de producción es necesario tomar en cuenta que, una organización debe contar como parte primordial con los recursos económicos, ya que si no se cuenta con liquidez no se podría iniciar operaciones, contratación de personas, adquisición de insumos y prestación de servicios.

En lo que se refiere al **capital**, se incluye los recursos fijos, así como el capital inmovilizado o material inventariable de un hospital que está formado por los edificios instalaciones y equipamiento. Se precisa disponer de importantes recursos para hacer frente a las necesidades cotidianas.

Las **personas**: como en todas las organizaciones, más aún en las empresas de servicios y especialmente en las empresas de profesionales, suponen el “activo” fundamental, lo que marca la diferencia. La dimensión de la plantilla y el consumo de recursos que supone (entre un 50 y un 70% del presupuesto), así como su nivel de profesionalización, con más de un 60% de titulados universitarios y más de un 10% de titulados superiores, licenciados o doctores, es de los más elevados que puedan dar en una organización (Temes Montes, 2002).

La **organización** y los procesos, son, en buena medida, el objeto de estudio básico, ya que no solamente se trata de un proceso productivo, es la generación de un diagnóstico, identificar el tratamiento correcto y los cuidados de personas enfermas para sanar o mejorar su dolencia, restableciendo su salud. Existen otros procesos productivos finalistas como son la dolencia y la investigación de salud y un sinnúmero de procesos

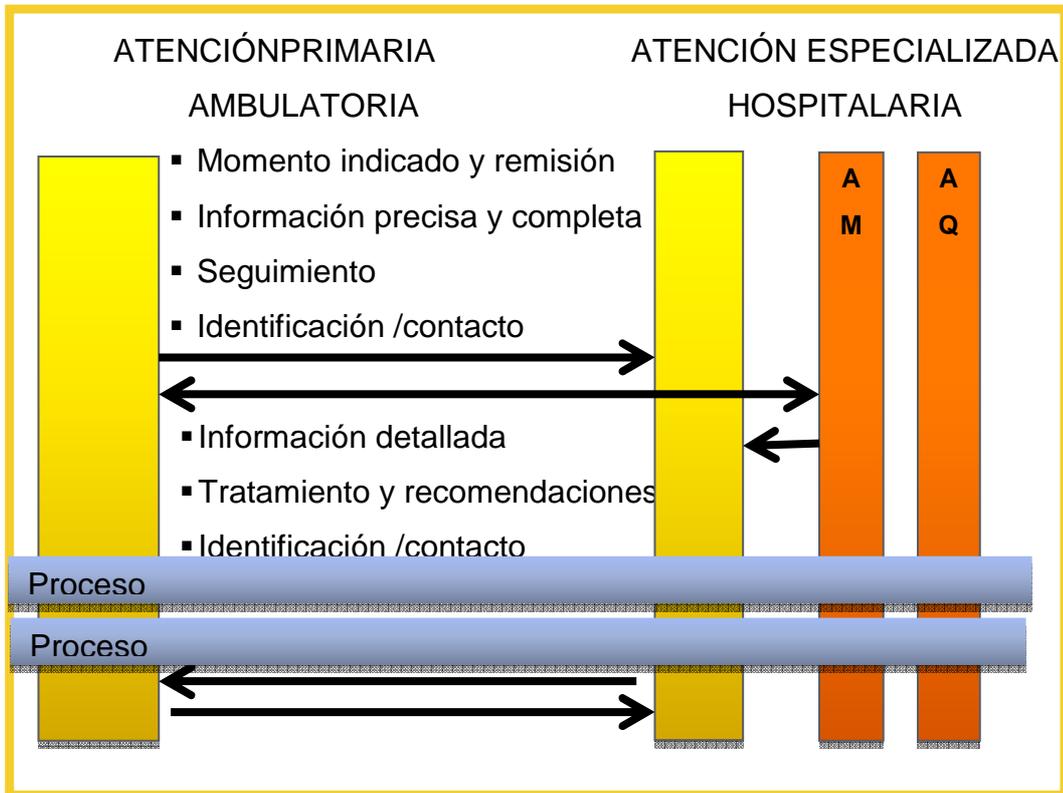
internos de apoyo a esos procesos fundamentales (administrativos, hosteleros, de mantenimiento), pero es importante resaltar que el servicio de salud, cualquiera que sea el nivel, es un proceso delicado, difícil porque se trata de personas que reciben directamente y en el momento un servicio que debe ser de calidad, y qué mejor si es a un precio justo.

Existe un mercado y una relación comercial en el mercado. Se presentan unos servicios y se generan unos ingresos económicos para invertir en capital y alimentar el proceso productivo. Y, en este proceso están las entradas y las salidas, las entradas que se corresponden a las necesidades y enfermedades y las salidas, la cura o mejora de la salud, la satisfacción de haber recibido un buen servicio y, sobre todo, la satisfacción del deber cumplido. (Temes Montes, 2002)

### **1.2.3. Tipos de unidades clínicas**

Desde esta posición es posible diferenciar unidades según su composición, aunque la tendencia más actual y técnicamente más lógica es aquella que abarca el proceso de forma completa y hace del enfermo el eje real de la gestión. Existen, sin embargo, otras unidades que incluyen una sola especialidad en el concepto clásico de la palabra: Urología, Reumatología, Nefrología, Laboratorio, y en las que generalmente conviven medicina o cirugía con cuidados de enfermería y servicios de apoyo que son imprescindibles para tratar al enfermo como único e indivisible. Para expresar gráficamente la diferencia entre las instituciones que cubren el proceso completo y aquellas que se orientan hacia una sola especialidad, se presenta la **Figura N° 3**, propuesta por Gonzalo Miño mencionado por Temes Montes (2002):

**Figura N° 3:  
La gestión clínica por procesos**



ELABORACIÓN: La Autora  
FUENTE: Temes Montes, 2002

Se puede concluir que la tendencia va hacia el modelo inicialmente descrito y que podríamos denominar Gestión clínica por procesos que pretende dar al paciente asistencia horizontal integrada (Temes Montes, 2002).

Las unidades pueden tener las siguientes características (Barquín Calderón, 2002):

- **Hospital general de gran complejidad o centro médico.** Constituidos por varias unidades médicas especializadas, pero coordinadas entre sí.
- **Hospital de Especialidades.** Unidad que conjuga en su planta física una o diversas disciplinas de atención médica, cada una con carácter de especialidad. Estos hospitales tienen cobertura regional dirigida a un

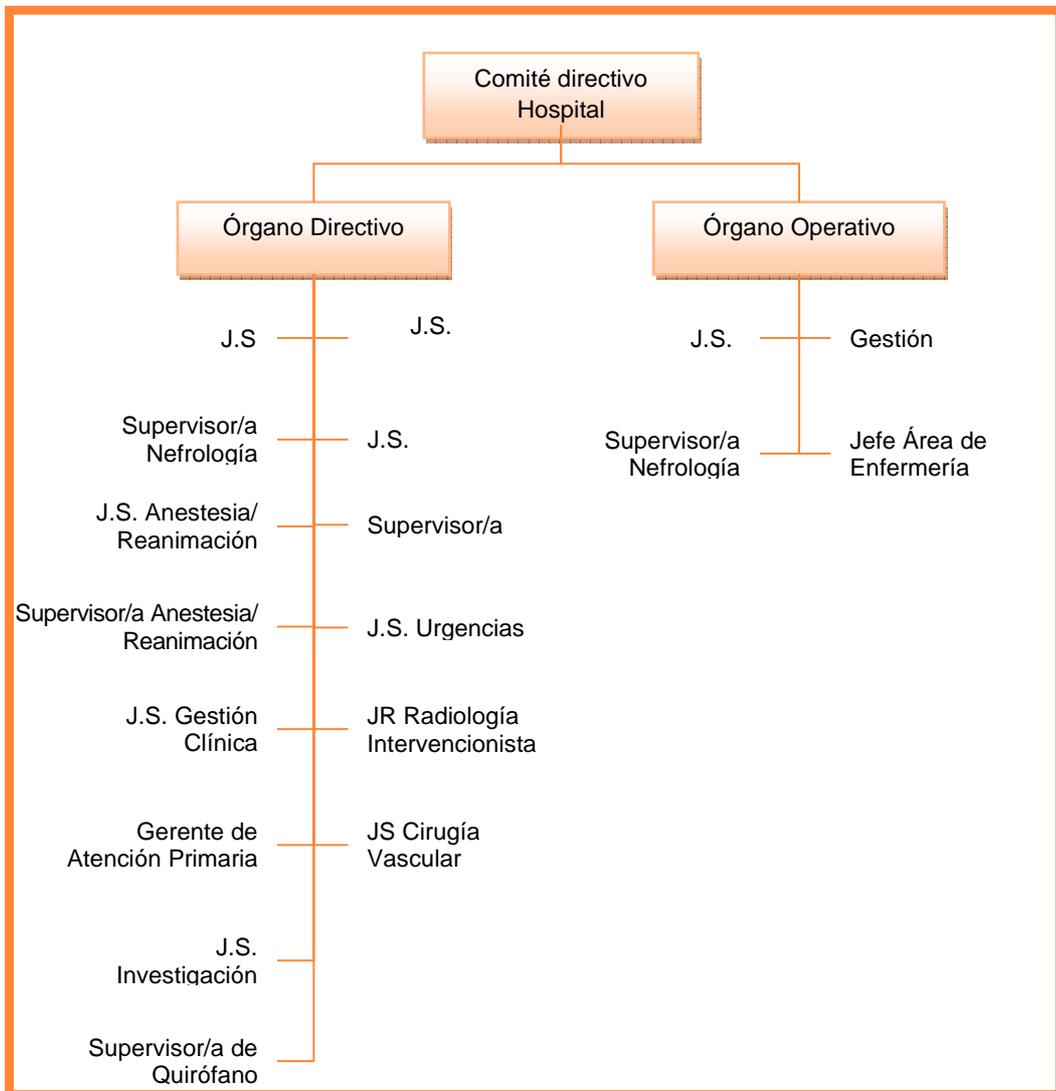
universo variable, según la concentración y dispersión demográfica en el área. Se relacionan sobre todo con los hospitales de segundo nivel para la referencia de pacientes.

- **Instituto y hospitales de especialidad.** Fundamentalmente están organizados para proponer atención de una sola disciplina. Su creación se debe a la conveniencia de agrupar recursos de alta complejidad para atender problemas muy específicos que presentan en un número reducido de enfermos; estas unidades pueden tener cobertura nacional; son entidades de investigación y normatividad en la materia propia de su especialidad para el resto de las unidades médicas del sistema.

Hay otras unidades establecidas en especial para cumplir con responsabilidades específicas mediante estrategias de atención especializada en los campos de salud mental, rehabilitación y asistencia social, ejemplos de estas son los hospitales para pre hospitalización o convalecencia de pacientes crónicos diversos, las unidades de enfermería con unidades de custodia anexas o sin ellas, y el sistema de urgencias (Barquín Calderón, 2002).

Ejemplo de lo indicado en el párrafo anterior se puede mencionar la “Unidad de Gestión Clínica de Nefrología” de Barcelona-España, que ofrece una atención sanitaria integral a los pacientes nefrológicos y que además tiene un cometido docente y de investigación. En la **Figura N° 4** se muestra su estructura organizacional (Barquín Calderón, 2002).

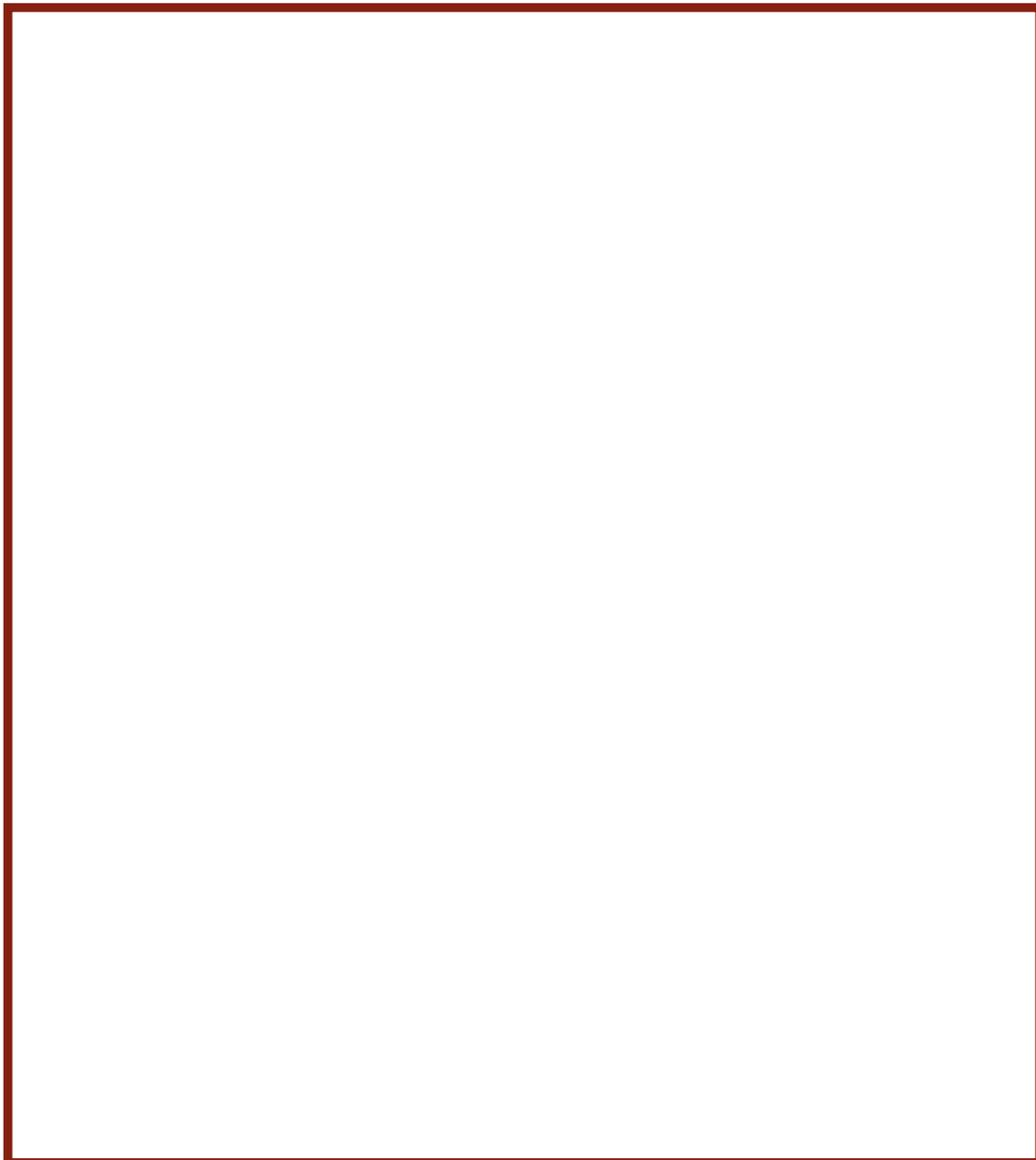
**Figura N° 4:**  
**Estructura organizacional de una clínica que ofrece atención integral en salud**

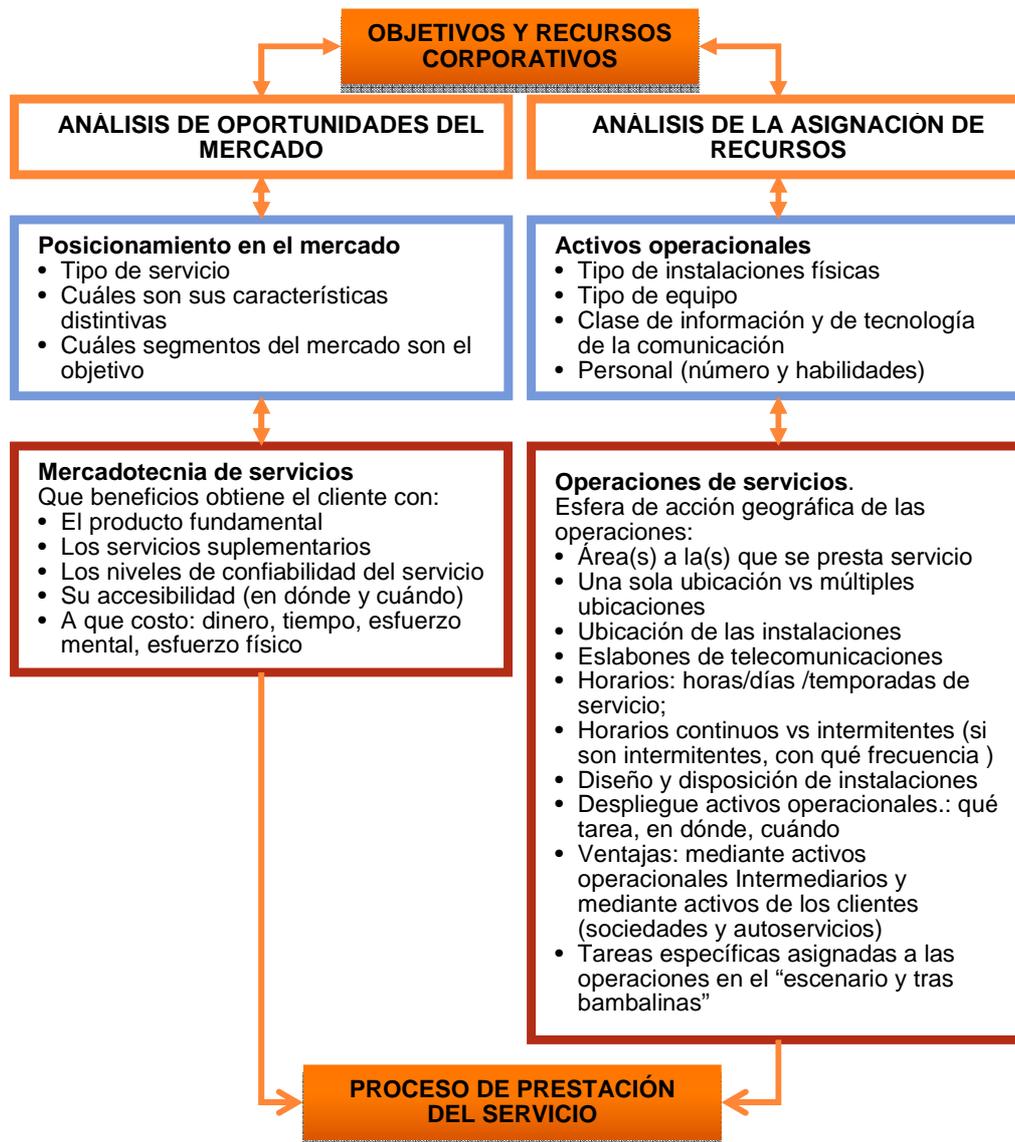


ELABORACIÓN: La Autora  
 FUENTE: Temes Montes, 2002

Adicionalmente, dentro de la gama de centros de servicios especializados, se encuentran aquellos que ofrecen el III nivel de atención y que corresponde a establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelven los problemas de salud de alta complejidad, tienen recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realizan trasplantes, cuidados intensivos, cuentan con subespecialidades reconocidas por la ley; de lo que se puede mencionar los siguientes servicios ambulatorios: servicios de tratamiento, diagnóstico, terapia psicológica, recuperación o rehabilitación.

**Figura N° 5:  
Planificación, creación y prestación de servicios**





ELABORACIÓN: La Autora  
FUENTE: Lovelock, 1997

#### **1.2.4. Diseño y prestación del servicio**

Todas las organizaciones de servicio se enfrentan a elecciones concernientes a los tipos de productos que deben ofrecer y a los procedimientos y operaciones que deben emplear para crearlos. La **Figura N° 5** que muestra los pasos clave involucrados en la planificación, creación y prestación de servicios, se inspiró en un modelo anterior (pero muy diferente), desarrollado por Sasser, Olsen y Wyckoff y en un derivado posterior de Maister (Lovelock, 1997).

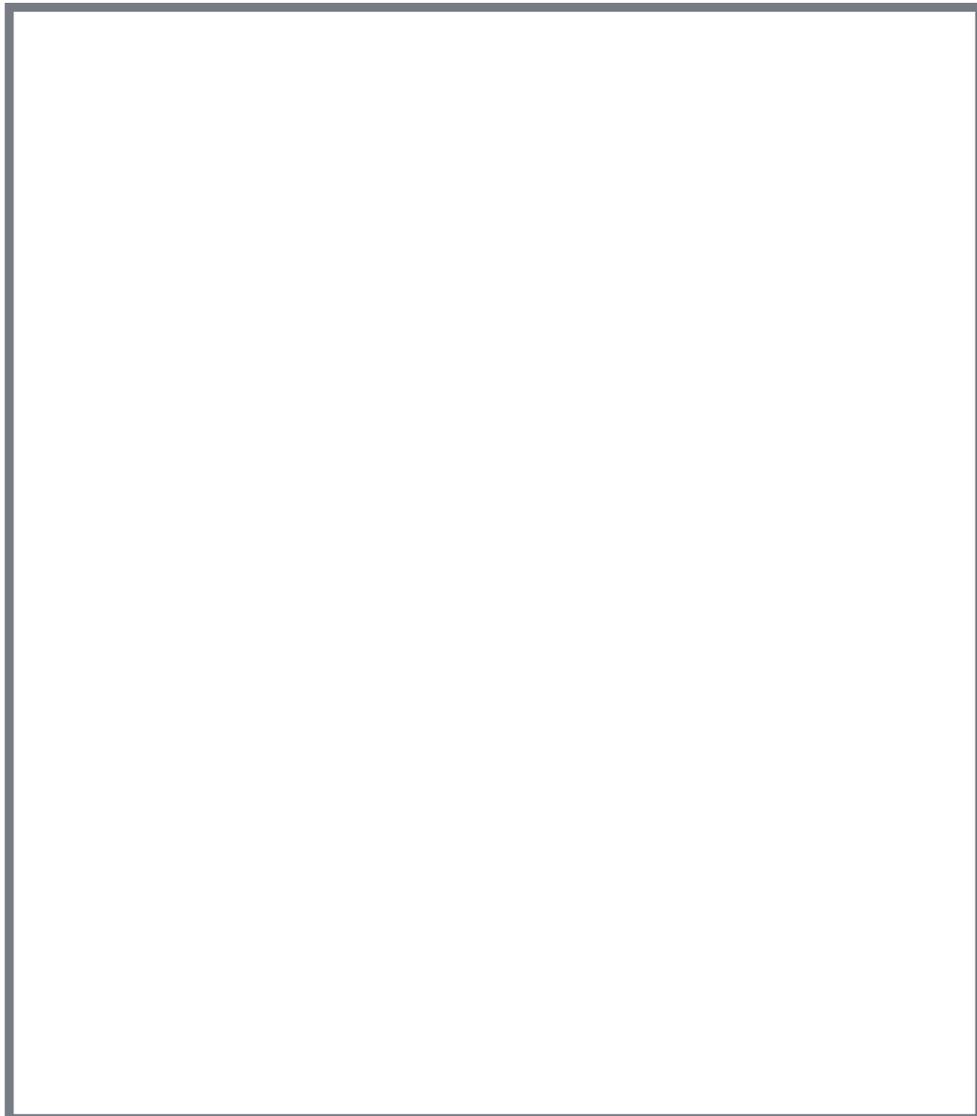
Tal como se establece en la **Figura N° 5**, el punto de partida son los objetivos institucionales mismos que deberán ser socializados y aceptados a todo nivel jerárquico de la institución. Determinados los objetivos se requiere analizar las posibilidades de éxito o fracaso, a través de un diagnóstico interno y externo, esto es, a lo interno con qué recursos se cuenta, tipo y características de las instalaciones, capital intelectual, tecnología y manejo de la comunicación e información.

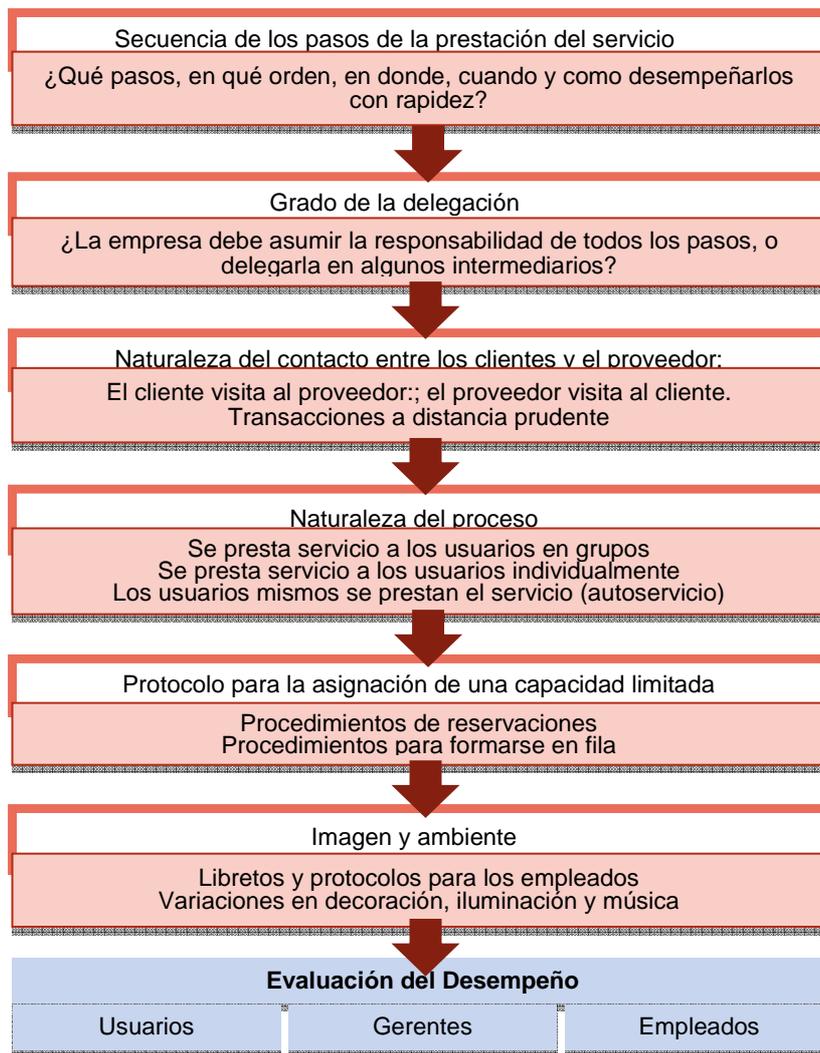
A lo externo, se trata de analizar el mercado y la competencia, de manera que permita aplicar estrategias de diferenciación del producto o servicio que se ofrece con respecto al de los otros proveedores y estrategias de posicionamiento y/o reposicionamiento para cada servicio que la empresa planea ofrecer a uno o más segmentos específicos del mercado, indicando las características que la distinguen de la competencia en formas significativas.

En una siguiente fase, se analiza la implicación de la mercadotecnia en el área de los servicios de la salud, de manera que se aclaren definiciones con respecto a cliente-usuario beneficiarios de servicios tanto los fundamentales como los suplementarios, los niveles de confiabilidad de estos servicios y en dónde y cuándo podrán tener acceso los clientes a ellos. Los costos incluyen dinero, tiempo, esfuerzo mental y esfuerzo físico.

Paralelamente, cabe comprender lo que estipula la operacionalización de los servicios, la esfera de acción geográfica y el horario de las operaciones, el diseño y la disposición de las instalaciones, cómo y cuándo se deben desplegar esos activos operacionales para el desempeño de tareas específicas. El concepto de las operaciones también aborda las oportunidades de obtener una ventaja por medio de intermediarios o de los clientes mismos; aclarando cuáles tareas se asignan a las operaciones de soporte (Lovelock, 1997).

**Figura N° 6:  
Prestación y evaluación de servicios**





ELABORACIÓN: La Autora  
FUENTE: Lovelock, 1997

En la **Figura N° 6** se desglosa algunas implicaciones relacionadas con el proceso propiamente dicho de la prestación del servicio.

### **1.3. MARCO CONTEXTUAL**

Para visualizar claramente el ámbito en el cual se va a desarrollar esta propuesta, se hace necesario revisar el contexto en el que se mueve la gestión de servicios de salud, sus conceptos básicos, la “producción” del servicio y las áreas que acompañan a la gestión de salud, tal como si se tratara de la generación de otros servicios.

#### **1.3.1. Salud**

En términos generales, se afirma que la salud es más que una simple ausencia de enfermedad, o funcionamiento armónico de todo el organismo, tanto desde el punto de vista físico como mental y social; el término “salud” lo cual implica que un individuo perfectamente saludable debe estar ajustado por completo a sí mismo y al medio que lo rodea (Barquín Calderón, 2003).

El término “salud” se relaciona íntimamente con el proceso de salud y enfermedad, que a su vez tiene que ver con “diagnóstico” y “tratamiento”, considerando la historia natural de la enfermedad y la producción social de salud dentro de un contexto en el que la “salud” es solamente un estar lejos de la enfermedad o de la salud negativa; es parte del desarrollo de una persona y de los pueblos, en donde son indispensables la equidad, la universalidad, la suficiencia de recursos, la cobertura, la accesibilidad y el trato humanitario del paciente (Barquín Calderón, 2002).

El considerar de esta manera a la salud, se orienta los esfuerzos a combatir las enfermedades, dejando de lado los aspectos esenciales de la salud y reforzando la idea de la salud como ausencia de enfermedad, esto es, limitándola a una concepción mecanicista y biológica que obvia factores sociales, ya que, reduce el problema de la salud a sólo uno de sus aspectos, la

enfermedad; mientras que se requiere romper los límites de una medicina pensada y realizadas desde la enfermedad y los medios destinados a su curación, es así que el concepto de salud trasciende al de enfermedad, englobándolo en los elementos que configuran la vida cotidiana de los individuos y los grupos sociales así como de las condiciones en las que éstos se desarrollan (García Martínez, Sáez Carreras, & Escarbajal de Haro, 2000).

#### **1.3.1.1. Componentes del nivel de vida**

Los esfuerzos que el hombre ha realizado para conseguir un mayor grado de bienestar se conjugan en el “nivel de vida”, esto es, el grado de satisfacción de las necesidades fundamentales del individuo, siendo estas necesidades muchas veces afectadas por condiciones ambientales, cultural, así como de organización económica, política y social. Estas necesidades han sido consideradas como “componentes” del nivel de vida, y son las siguientes, cuya combinación y de su diferente intervención se derivara el nivel de vida de una comunidad (Calvo Bruzos, 1991):

- Salud
- Alimentación y nutrición
- Educación, incluso alfabetización y preparación
- Condiciones de trabajo y situación laboral
- Consumo adicional y ahorro
- Transporte, vivienda, incluyendo todas las instalaciones de la vivienda.
- Ropa
- Recreo y diversiones
- Seguridad social
- Libertades humanas.

En toda la sociedad se va a encontrar que la calidad de vida se ve limitada por la cultura, la ubicación geográfica, sociocultural y por los ingresos de la

familia. Esto lleva a desencadenar problemas de salud y emocional por la falta de conocimiento.

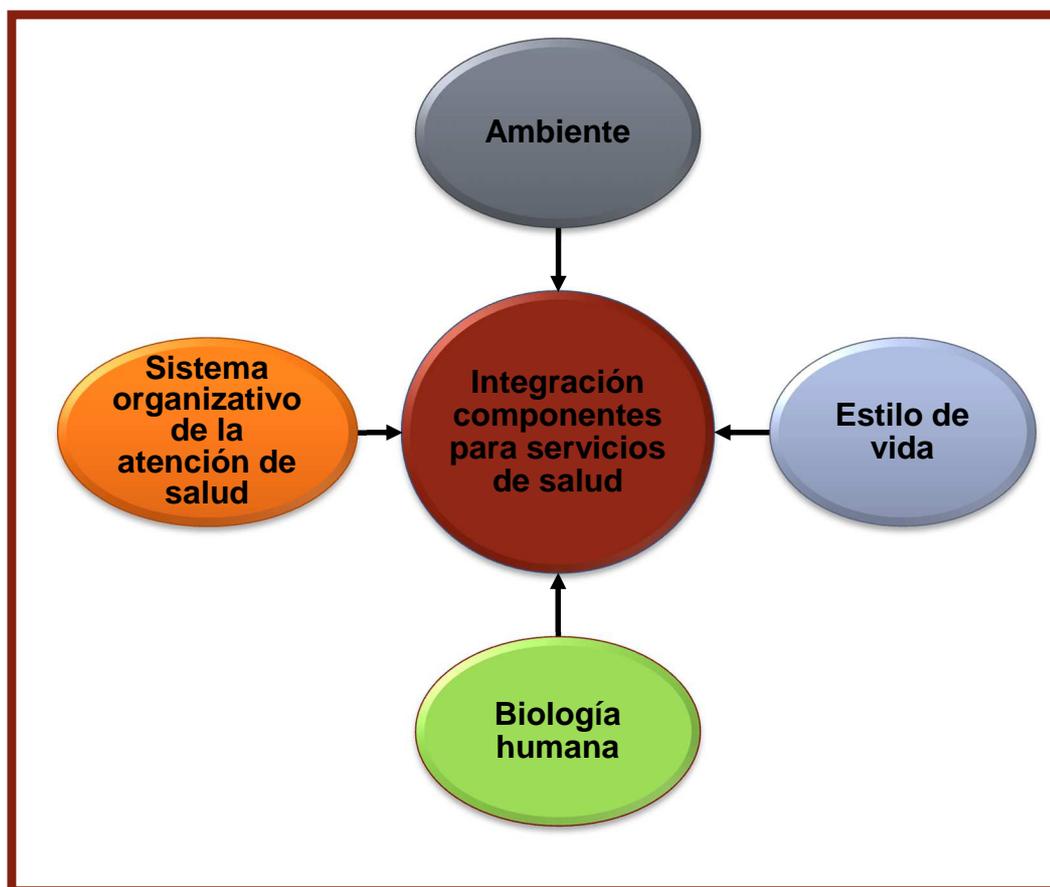
El primer componente de esta lista es “salud”, incluyendo condiciones demográficas. La razón por la que se colocó en primer lugar, independiente de su importancia, es que los datos para este componente se pueden obtener con mayor facilidad que los de otros componentes, aun cuando se deba considerar que todavía no se logra contar con datos adecuados en la mayor parte de los países. Una de las fuentes importantes de información por alcanzar es el denominado “estudio del nivel de vida familiar”: es decir, estudios sobre una base de muestreo de estados actuales de vida observados de manera directa y registrada en encuestas familiares o de vivienda.

#### **1.3.1.2. Campo de salud**

Es necesario ubicar el concepto de salud en un marco general para así analizar y estudiar la relación existente entre los factores de riesgo y los estados de salud y enfermedades. El propósito fundamental de este enfoque es la garantía de la salud. El investigador analista deberá tener en cuenta todos los factores que contribuyen a la preservación y recuperación de la salud. Es clara la necesidad de un encuadre teórico que considere como agentes nocivos no solamente los físicos, químicos biológicos, sino que también incluya el ruido, la fatiga de avión, el estrés ocupacional, la violencia doméstica, la falta de amor paterno o materno, los conflictos sexuales, como factores perniciosos para la salud (Vergara Quintero, 2007).

Dentro de la visión de este encuadre teórico que permite hacer un análisis bio-psico-social del estado de salud o enfermedad, se exige no sólo el examen del estilo de vida y de elementos ambientales y biológicos, sino también el de la organización de los servicios de salud, tal como se muestra en la **Figura N° 7**:

**Figura N° 7:  
Componentes de un modelo para servicios de salud**



ELABORACIÓN: La autora  
FUENTE: (Barquín Calderón, 2002)

### **1.3.1.3. Indicadores de gestión en salud**

A partir de la definición aceptada para el término “salud” como “estado físico completo de bienestar mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o falta de fuerza”, se resalta el *bienestar físico, social y mental*, por tanto, es evidente lo complejo de su medición y expresión objetiva y concreta.

En salud se ha ideado varios índices para comparar algunos aspectos negativos de la salud física, pero hasta hoy no se encontrado alguno adecuado y práctico para cuantificar el estado de salud mental de una

comunidad, o un estado de bienestar social (Barquín Calderón, 2002). Por tanto, parecerá una conclusión inevitable que no haya indicador específico para medir el nivel de la salud en forma integral.

De acuerdo con Barquín Calderón (2002) los componentes demográficos de los niveles de vida comprenden actualmente varias dificultades y problemas sin solución por lo que sugiere algunas características para definir indicadores que pudieran servir de algún apoyo para medir los niveles de salud y su referencia en términos no sólo de gran objetividad, sino de aceptación universal:

- **Disponibilidad.** Deberá disponerse de registros de mayor número posible de territorios y de países.
- **Cobertura.** El indicador se debe relacionar tanto como sea posible con cada país y territorio como un todo y no con un área seleccionada o un grupo determinado de población.
- **Calidad de datos básicos.** Los registros necesarios para estimar el indicador deberán ser de buena calidad, es decir, el indicador no deberá estar indebidamente afectado por defectos cualitativos entre registros, como los que surgen por el registro incompletos o por diferencias en las practica del registro, definiciones o procedimientos utilizados para clasificar y consolidar los datos.
- **Amplitud.** El indicador deberá tener un carácter tan amplio como la propia definición del término "salud". Esto implica que se toman en cuenta, tanto como sea posible, varios factores que afectan la salud a lo largo de la vida.
- **Simplicidad.** En lo posible, el cálculo del indicador deberá ser suficientemente sencillo para tener aceptación internacional.

- **Precisión o poder discriminatorio.** El indicador habrá de tener alta precisión y suficiente validez para distinguir entre los diversos países los niveles de salud, y para indicar los cambios que ocurren de cuando en cuando.

El diseño de indicadores de salud involucra aspectos tales como impacto y resultado del servicio de salud y deben servir para establecer las herramientas necesarias para uso de control directivo y la toma de decisiones en los niveles operativos y normativos del sistema (Narro Robles, 2001). Aun cuando establecer indicadores fijos tiene sus peculiaridades y dificultades, se puede identificar como “indicadores directos” los relacionados con la mortalidad y la morbilidad, así como la esperanza de vida.

La tasa estandarizada de mortalidad expresa el riesgo de morir en una población determinada, después de determinar el efecto que puede tener la estructura por edad de esa población. Se han sugerido muchos métodos para refinar las tasas de mortalidad; por ejemplo, calculando por separado la tasa para diversos grupos de edad, algunos investigadores recogen las cifras de poblaciones estándar, otros calculan el número de años de trabajo perdidos debido a la mortalidad, y otro más utilizan factores de ponderación en diferentes edades (Lovelock, 1997).

Este indicador se obtiene al sumar los valores que resultan de multiplicar las tasas de mortalidad específicas por la población porcentual de cada grupo de edad, en una población previamente seleccionada como un estándar. Se presenta como una tasa que indica el número de defunciones por cada mil habitantes en un período determinado (año calendario).

La morbilidad proporcional de 50 años y más a las muertes totales, o índices o supervivencias, fue la más discriminatoria de todas. Las razones por las

que esta proporción tiene el más alto valor discriminatorio no son difíciles de comprender, y debido a la acción de natalidad y mortalidad, las estructuras demográficas de los países varían (Barquín Calderón, 2002)

La esperanza de vida es un indicador que sintetiza el efecto general de los programas de salud y desarrollo que se aplican en una población determinada y expresa el nivel de calidad en materia de salud, en una sociedad específica y una época determinada. Se utiliza la esperanza de vida como promedio en número de años que se espera viva una persona. Se utiliza la esperanza de vida a los 40 años considerando el número de años que se espera que le resten por vivir a una persona (Narro Robles, 2001).

Este indicador tiene carácter exclusivo porque comprende la experiencia en mortalidad en todas las edades y evita, en cierto grado, los problemas relacionados con la distribución por edad de la población. Sin embargo las cifras no están disponibles en muchos países de mundo, y por lo regular no se calculan las áreas más pequeña dentro del país y sólo se obtienen intervalos de 10 años, relacionados en general con periodos censales que casi siempre se elaboran cada decenio; este indicador será más adecuado cuando pueda utilizarse en periodos mayores (Barquín Calderón, 2002)

#### **1.3.1.4. Promoción de salud**

Si la salud no es sólo la ausencia de una enfermedad, es necesario establecer que se debe atender su preservación y promoción, no sólo en cuanto al aspecto físico sino también en lo síquico y social; implica también el medio ambiente en el que se mueve la persona, las condiciones de trabajo; esto es, la salud implica todos los procesos que favorecen el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su propia salud y que tiene relación con el fortalecimiento de habilidades y capacidades básicas para involucrarse en su propio cuidado y modificar las

condiciones sociales, ambientales, económicas y familiares (Barrios Casas & Paravic Klijn, 2006).

Algunos elementos a tener en cuenta para desarrollar condiciones que lleven a una prevención y promoción efectiva de la salud se puede mencionar (Barquín Calderón, 2002):

- Flujograma situacional, con un árbol explicativo de problemas, que oriente esfuerzos hacia una planificación real y viable sobre las condiciones que pueden mejorar el sistema de prevención y promoción de la salud
- Censos de recursos humanos, físicos, materiales y financieros, con el fin de conocer los elementos y circunstancias que cuentan y que influyen en el sistema
- Análisis sectorial e institucional aplicado a grupos focales a través de encuestas y entrevistas. Se pueden estructurar modelos y técnicas de prioridades, así como una tabla de jerarquización de problemas, también se puede disponer de modelos matemáticos y participativos.

La salud, como **función social** se presenta como una categoría individual y social; es producto de las estrategias y las acciones de promoción; prevención, recuperación y rehabilitación que realizan los individuos, la familias, los grupos sociales y el conjunto de la sociedad para desarrollar y preservar la integridad y la capacidades de las personas y de las poblaciones.

La salud, como **sistema**, reconoce sus componentes y elementos y establece una serie de relaciones de manera que guarde relación mutua o interacción entre ellos, y que esa acción recíproca constante entrañe normas u organizaciones.

#### **1.3.1.5. Niveles de complejidad de la atención a la salud**

La salud, como base para establecer un **modelo de atención integral**, requiere de criterios para definir la intervención en la solución de los problemas de la comunidad y de otros sectores, además de los servicios de salud, tomando como base el hecho de que la salud es el resultado de la suma de muchos elementos, a ser cumplidos a través de procesos y procedimientos coherentes, que deben conducir a un servicio de calidad en sus diversos niveles de atención, considerando el enfoque comunitario y la medicina familiar para acceder a una medicina general integral apoyada en el equipo de salud y modelos de atención de amplia concepción, es decir, no sólo en lo que tiene relación con el aspecto médico. Así, Barquín Calderón (2002) reconoce tres niveles de atención en un sistema de atención integral:

El **primer nivel** se ocupa del diagnóstico, tratamiento de los padecimientos sencillos, seguimiento de casos de otros niveles; se enfoca a preservar y conservar la salud de la población por medio de las acciones de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los padecimientos que se presentan con cierta frecuencia, y cuya resolución es factible mediante recursos simples.

El **segundo nivel** está orientado a actividades dirigidas a la restauración de la salud, con atención a daños pocos frecuentes y de mediana complejidad; los servicios que otorga son proporcionados a pacientes derivados del primer nivel y a los que presentan espontáneamente urgencias médicas o quirúrgicas.

El **tercer nivel** realiza actividades de restauración y rehabilitación de la salud a usuarios que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamientos provenientes de otros niveles de atención; tiene como finalidad resolver el restante 80% de la demanda de consulta y la hospitalización de alta especialidad y que requiere de servicios muy complejos; emplea tecnología compleja y muy especializada; requiere y sirve

para formar personal altamente calificado en áreas específicas; sus investigaciones son de elevado rango científico o académico .

### **1.3.2. De la producción al servicio al cliente**

El concepto en clínica como empresa de servicios acentúa la necesidad de analizar la institución proveedora del servicio de salud desde el punto de vista “comercial” e “industrial”. ¿Por qué comercial? Porque su principal función es proveer al usuario la satisfacción de sus necesidades, al igual como lo hacen todos los otros tipos de empresas. ¿Por qué industrial? Porque debe orientar sus esfuerzos, equipo, tecnología y talento humano hacia la “fabricación” o generación del servicio, con la participación de todos los niveles desde los más altos, los niveles medios hasta llegar al operativo que es el que sienta las bases para que toda la estructura organizacional pueda funcionar con equidad, calidad y calidez.

Este es el punto en el que todo se deriva en un enfoque hacia el cliente, a quien además de mantenerlo informado sobre procesos, diagnósticos, servicios, también se le debe hacer reconocer su grado de responsabilidad en cuanto a su auto cuidado que conduce a un “no enfermar”, como en las consecuencias que, con relación a los gastos, pueden tener algunas de sus aspiraciones (Temes Montes, 2002).

#### **1.3.2.1. Las estrategias del marketing en servicios de salud**

Toda institución que realiza sus actividades dentro del área de la salud, requiere de herramientas gerenciales con las cuales debe buscar permanentemente la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo organizacional. El marketing no es ajeno al funcionamiento de las empresas que ofrecen servicios de atención en la salud. La relación cliente-proveedor, cliente interno-cliente externo, en el fondo, se da en iguales circunstancias

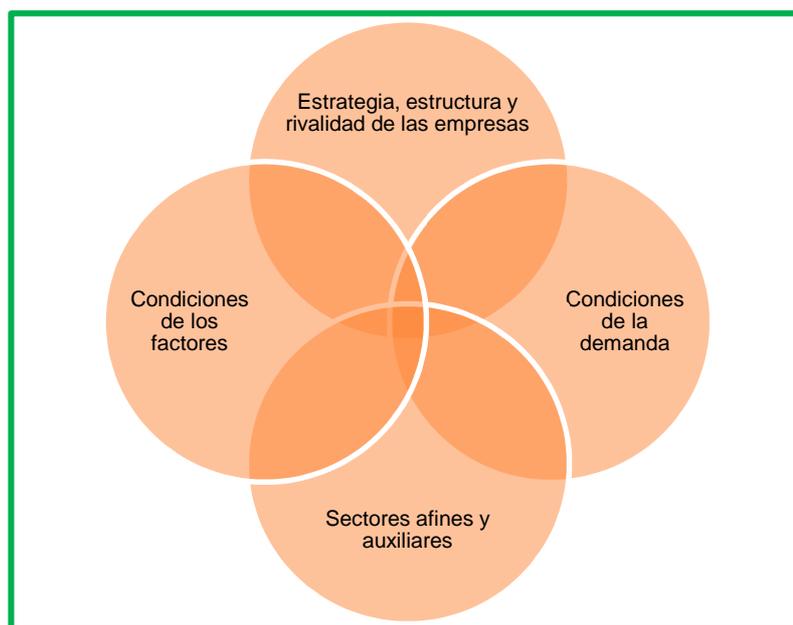
en todas las empresas. La diferencia la hace el producto o servicio que se ofrece y la percepción de calidad que el usuario final o cliente externo tiene con respecto al servicio recibido.

Con el paso del tiempo ha ido evolucionando el pensamiento estratégico, desde la idea de organizar el trabajo para lograr eficiencia y productividad, seleccionar las personas con habilidad para su trabajo, la organización y el buen uso y máximo aprovechamiento de los recursos, el desarrollo de un liderazgo estratégico para llegar a una cultura organizacional de calidad en el servicio, la administración fuera de fronteras y tradiciones, todo ello que permita la administración de instituciones orientadas al cliente, haciendo frente a las siguientes tres influencias del entorno como determinantes del éxito (D'Alessio Ipinza, 2008):

- Las condiciones competitivas generan un entorno exigente y competitivo para la organización, originando que ciertas estrategias sean más atractivas que otras.
- El control de los recursos estratégicos hace que las respuestas estratégicas entre organizaciones sean parecidas.
- Contar con recursos conduce a desarrollar una ventaja competitiva.

Revisando el término estrategia, se descubre un largo historial en su aplicación para alcanzar metas y objetivos básicos de largo plazo de una organización, y la adaptación de cursos de acción, acompañada de la asignación de recursos necesarios para lograr dichas metas. Con el paso del tiempo se define como una forma de crecimiento de una empresa en su relación producto-mercado; llegando a ser considerada como el elemento básico con que una empresa elige distinguirse (Porter, 2006)

**Figura N° 8:  
Determinantes de la ventaja competitiva**



ELABORACIÓN: La Autora  
 FUENTE: (Porter,2001)

La empresa logra ventaja competitiva a través de la innovación. La combinación de la estrategia que aplique la empresa, la estructura que la conforma y el reconocimiento de un estado de rivalidad con otras empresas, hace que las instituciones deban tomar en consideración y muy en serio el quehacer tanto interno como externo, la calidad y la calidez del servicio, así mismo las condiciones en los que se desarrolla tanto la oferta como la demanda de dicho servicio, sin dejar de tomar en cuenta las otras empresas que forman parte del campo de acción en el que se mueve la institución (Porter, 2001).

### 1.3.2.2. La función del marketing en el área de la salud

Las características de los servicios médicos y la comprensión de su implicación en términos de **ventaja competitiva** en el campo de la salud, hace reconocer al marketing como una ciencia integradora, dinámica y de alto nivel agregado, con la cual se pretende que la unidad de salud se oriente siempre hacia el cliente externo y hacia la comunidad, proyectando imagen y reconocimiento con base en servicios de calidad. Los cambios se

están dando, sobre todo con el efecto de la globalización los esquemas se vuelven más competitivos y, el área de la salud se ha convertido en un nuevo sector económico, que se somete al juego del mercado (ganancia y rentabilidad) en donde se amplían las expectativas sobre la salud (Franco G., 2007).

Por ello, el sistema de salud se asoma también a la influencia del marketing, basados en el principio de que la competencia presiona la mayor eficiencia y la búsqueda de la calidad de servicio (Kotler, 2001), lo que hace reaccionar al mercado (laboral y empresarial) en cuanto a:

- Regulaciones legales que involucren el uso y aplicación del marketing en esta área que se ha vuelto sumamente competitiva
- Aumento de ofertas de profesionales y entidades relacionadas directa o indirectamente con el área de atención en salud, lo cual también presiona al mercado laboral
- Actualización de normas relativas a la seguridad social y la salud pública, creación de una red nacional de salud que permita ofrecer el servicio solicitado, en las condiciones y términos de calidad que se requiere.

Para una compañía, hoy es más importante que hace 50 años prestar cuidadosa atención a la salud y bienestar. El personal calificado es cualitativamente distinto de un personal menos calificado. Es cierto que quienes trabajan con el conocimiento constituyen una minoría de la población que trabaja, pero rápidamente se están convirtiendo en el grupo singular más numerosos, y ya son los mayores creadores de riquezas. El éxito y, a decir verdad, la supervivencia misma de todo negocio dependerán cada vez más del conocimiento y eficiencia de su personal (Lovelock, 1997).

#### **1.4. EL POSICIONAMIENTO**

Hablar de posicionamiento es hablar de la ubicación de un producto, servicio o institución en la mente del consumidor (paciente) y presencia en el mercado (comunidad). Es aquella estrategia que supone una acción ofensiva o defensiva con el fin de crear una posición defendible frente a las cinco fuerzas competitivas, de tal modo que se obtenga un resultado superior al promedio de las empresas competidoras del sector. La institución debe realizar un diagnóstico de estas fuerzas competitivas y analizar su evolución probable luego confrontar sus puntos fuertes y débiles con las fuerzas competitivas, para evaluar su posición relativa respecto a éstas (Porter, 2008):

- **Amenaza de nuevos competidores:** los competidores potenciales susceptibles a entrar en un mercado, constituyen una amenaza que la empresa debe reducir y contra la cual debe protegerse creando barreras de entrada. La existencia de barreras defendibles y la capacidad de réplica, es lo que va a constituir el precio disuasorio de entrada para el competidor potencial (Porter, 2008).
- **Amenaza de productos sustitutos:** los productos sustitutos son aquellos que desempeñan la misma función para el mismo grupo de consumidores, pero que se basan en una tecnología diferente. Estos productos constituyen una amenaza permanente en la medida en que la sustitución pueda hacerse siempre. Esta amenaza puede agravarse cuando, bajo el impacto de un cambio tecnológico, la realidad calidad-precio del producto sustitutivo se modifica en relación calidad/precio del producto-mercado de referencia (Porter, 2008).
- **Poder de negociación de los clientes:** los clientes asumen una posición de poder para la negociación frente a los proveedores. Pueden influir la rentabilidad potencial de una actividad, obligando a la empresa a realizar

bajadas de precios, exigiendo servicios más amplios y condiciones de pago más favorables, o también, enfrentando a un competidor contra otro (Porter, 2008).

- **Poder de negociación de los proveedores:** reside en el hecho de que tienen la posibilidad de aumentar los precios de sus entregas, de reducir la calidad de los productos o de limitar las cantidades vendidas a un cliente concreto. Proveedores peligrosos pueden así hacer fuerza sobre la rentabilidad de una actividad si los clientes no tienen la posibilidad de repercutir en sus propios precios las subidas de costes aplicadas (Porter, 2008).
- **Análisis de la competencia:** la intensidad y formas de lucha competitiva entre rivales directos en un producto o servicio, varían según la naturaleza de la situación competitiva observada. La situación competitiva, describe el grado de independencia entre competidores, lo cual suscita unos comportamientos competitivos característicos (Porter, 2008).

Para identificar la posición adecuada en el mercado y poder diseñar una estrategia para llegar a esa posición se requiere tener en cuenta la **demanda** ¿Está aumentando o disminuyendo? ¿Se debe considerar formas opcionales para la prestación del servicio?; y, la **oferta** ¿Cuáles son sus recursos internos? ¿Cuál es su capacidad para superar las expectativas del paciente? ¿Puede ofrecer más de lo actual? ¿Hay una clara diferenciación del servicio que ofrece, con respecto al de la competencia?

Considerando que el posicionamiento consiste en definir la imagen que se quiere asignar a la institución y sus servicios frente a un público objetivo, se requiere un análisis de qué características va a utilizar para ello, que podría ser: el posicionamiento basado en las **características del servicio**, o la relación **precio-calidad**, o con respecto al uso o **beneficio** que recibe con el servicio, según el tipo de **usuario**.

Al hacer referencia a las **características del servicio**, vale recordar que un servicio es un “desempeño” más que un “objeto”, es intangible. Cuando los clientes compran bienes fabricados, toman posesión de objetos físicos, pero los servicios, debido a que son intangibles y efímeros, son algo que se experimenta, no que se posee. Incluso cuando hay elementos físicos de los cuales toma posesión el cliente, como un alimento, una porción considerable del precio que pagan los clientes es por el valor agregado acompañante, los elementos intangibles del servicio que pueden representar un papel importante para distinguir entre un proveedor de servicios y otro (Lovelock, 1997).

En cuanto a la relación **precio-calidad**, debe ser obvio que la determinación de las estrategias para fijar precios en una organización de servicio requiere tomar decisiones sobre una variedad de aspectos diferentes, basados en una clara comprensión de los objetivos de la organización como en una información sólida acerca de una gama de datos pertinentes. Analizados los costos y relacionados con la prestación de un servicios específico, la recuperación de una parte de los costos fijos, el nivel de utilidad (en caso de considerarlo) esta decisión debe estar basada en la realidad de la prestación del servicio así también manteniendo los términos de equidad y coherencia.

Con respecto a la calidad del servicio y **beneficio** que reciben los usuarios, se recalca que en términos de calidad y beneficios esto es medible solamente según la percepción y expectativa del cliente externo. La institución debe poner todo su empeño por cumplir con los servicios, en los términos de más altos índices de su propio concepto de calidad. Las nociones tradicionales de calidad fueron remplazadas por la idea de que la calidad estuviera impulsada por el cliente, esto ha dado un gran empuje a la mercadotecnia de servicios (Lovelock, 1997).

Finalmente en cuanto al **usuario** final (paciente y familiares) debe entenderse que independientemente de su origen y condición, la institución

debe orientar todo su esfuerzo por cubrir las necesidades y superar las expectativas del servicio.

Cada día nacen nuevas ideas o expectativas sobre los servicios, por lo tanto, la batalla en la mente del consumidor no se detiene y, la distracción de una empresa puede ser la oportunidad para otra que está atenta al movimiento empresarial. El secreto está en tomar la iniciativa antes que la competencia (Zapata Guerrero, 2006).

## **1.5. ESTUDIOS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

Difícilmente podría imaginarse el escocés Thomas Graham (1805-1869) la repercusión social, ética y económica que tendría su hallazgo cuando consiguió separar por medio de una membrana semipermeable, en un proceso que llamó diálisis, los coloides y los cristaloides de un fluido.

A partir de 1960, tras la comunicación de Scribner de los resultados obtenidos para prolongar la vida de pacientes con uremia terminal por medio de hemodiálisis repetidas, se inició una etapa nueva que llevaría a mantener en diálisis 35 años más tarde a más de medio millón de personas en el mundo desarrollado tras enormes problemas y controversias. Al mismo tiempo que se abría la esperanza para algunos, otros pacientes no podrían acceder a esos tratamientos por falta de máquinas, de médicos, personal especializado y de recursos económicos.

¿A quién tratar? Los diferentes países desarrollados fueron introduciendo el tratamiento de la uremia con diálisis de una manera progresiva. En los Estados Unidos, inicialmente con la participación de tribunales de valores humanos, quienes hacían la selección por criterios no estrictamente médicos. En Francia se ofrecía la diálisis a aquellos susceptibles de trasplante, mientras que en Inglaterra se llevó una política muy restringida

basada principalmente en atención domiciliaria para pacientes jóvenes, excluyendo de tratamiento a los mayores de 50 años hasta el inicio de los años 80.

En España, la primera hemodiálisis fue realizada en la Cruz Roja de Barcelona en febrero de 1957 por Emilio Rotellar, en un caso renal agudo. Poco tiempo más tarde se inicia el despegue definitivamente de la nefrología y la diálisis. En Barcelona, Hospital Clínico y Santa Cruz y San Pablo. En Madrid, la Fundación Jiménez Díaz. En los siguientes años la siembra es progresiva hasta alcanzar los 279 centros, públicos y privados a finales de 1993.

En los años 1960-1962 no existían máquinas ni equipos, pero sí enfermos. Ante la situación creada se iniciaron diferentes alternativas. La respuesta de la maquinaria burocrático-administrativa era demasiado lenta y algunos equipos iniciaron la respuesta de manera independiente. Era el comienzo de la diálisis privada.

En 1964 se creó la primera unidad de diálisis ambulatoria en el Hospital de San Pablo, de Barcelona. Recibió el desafortunado nombre de Club de Diálisis (significado diferente en su concepto anglosajón) basándose en la atmosfera anti clínica que los pacientes tenían. En 1969 se crearon dos pequeñas unidades de diálisis en hospitales de la Seguridad Social, lo que significaba el despegue de la diálisis pública. La distribución de los pacientes en los años siguientes, entre centros privados y públicos, dependería de las posibilidades de diálisis en el área, posibilidades que en algunas regiones eran rápidamente ofrecidas por la iniciativa privada, siempre más rápida que la lenta maquinaria de la oferta pública. ¿Qué ha pasado desde entonces? ¿Cómo está distribuida la oferta en otros países?

De acuerdo con lo mencionado por Mezzano y Aros (2005), en Estados Unidos, a finales de 1990 existían más de 1.800 instalaciones de diálisis. El 54% recibía atención médica en centros privados con carácter lucrativo y

solo un 24% en unidades de diálisis de centros hospitalarios en su mayoría de carácter no lucrativo. Un 18% recibe tratamiento con “diálisis peritoneal continua ambulatoria” (CAPD), aunque existen variaciones regionales importantes.

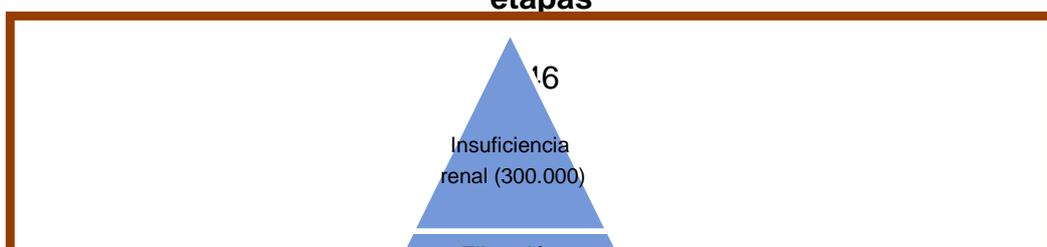
En el Reino Unido, las unidades de diálisis se organizan a nivel regional, con una férrea política de contención del gasto, que ha conducido a muchas críticas por la exclusión de determinados pacientes hasta recientemente. Solamente existen 89 unidades de diálisis pivotando la atención en la CAPD y el trasplante renal.

En Francia, de los 19.500 pacientes en diálisis a finales de 1994, un 25% se encuentran tratados en centros privados, un 27% en diálisis de autocuidados o domiciliaria y el resto en centros públicos. En Italia la proporción de pacientes en centros privados se acerca al 30%.

En España, a finales de 1993 un 55% (7.299 pacientes) se dializaban en alguno de los 129 centros privados y un 45% (5,92 pacientes) en uno de los 150 centros públicos. 1.250 pacientes se encontraban en CAPD y 120 en hemodiálisis domiciliaria.

La enfermedad renal crónica (ERC) se convirtió en problema una vez que sus proporciones eran las equivalentes a una epidemia. En Estados Unidos el total de pacientes con IRCT, necesitados de tratamiento sustitutivo renal, en las dos últimas décadas se ha incrementado a más de tres veces, llegando a una incidencia de 334 pacientes por millón de habitantes. Si se considera la tendencia de incremento demográfico, se pensaría que para el 2030 habrá 2,2 millones de pacientes (aproximadamente) con requerimientos de diálisis o trasplante (Mezzano A. & Aros E., 2005).

**Figura N° 9:**  
**Prevalencia actual de la enfermedad renal crónica en sus diferentes etapas**



<b>Fase</b>	<b>FG,(mL/min/1.73m<sup>3</sup></b>
5	<15
4	15-29
3	30-59
2	60-89
1	Normal -120

FUENTE: U.S. Renal Data System

La diabetes 2, con un 40% de los pacientes que ingresan a tratamiento sustitutivo renal, ocupa el primer lugar en Estados Unidos; debido a ello y al aumento explosivo de los costos, la incidencia mundial de IRCT entre los diabéticos tipo 2 se duplicó para el año 2010 (Mezzano A. & Aros E., 2005).

Además de los pacientes con IRCT, se ha estimado que al menos 8 millones de norteamericanos tienen una velocidad de filtración glomerular (VFG) disminuida en grado leve a moderado (fases 3 y 4, VFG 30-59 y 15-29 mL/min/1,73m<sup>2</sup> respectivamente) y, además, la presencia de enfermedad renal crónica es clínicamente importante no sólo porque puede progresar a IRCT o fase 5, correspondiente a una VFG menor de 15 mL/min/1,73m<sup>2</sup>, sino también, porque se asocia independientemente a un aumento de la morbimortalidad cardiovascular (Mezzano A. & Aros E., 2005).

En un estudio reciente, en el cual se estimó la VFG en una población superior a un millón de personas, se observó que para valores inferiores a 60 mL el riesgo de muerte, de eventos cardiovasculares y de hospitalizaciones aumenta paralelamente con la disminución del filtrado

glomerular. Estos hallazgos confirman la importancia en clínica y en la salud pública de la ERC.

En Chile la prevalencia de la ERC ha sido estudiada recientemente en el marco del Proyecto Encuesta Nacional de Salud 2003 del Ministerio de Salud. Se observó que la prevalencia de ERC en fases 3 y 4 (VFG de 30-59 y 15-29 mL respectivamente) es 5,7% y 0,2%. Estos porcentajes aumentan de forma significativa en mayores de 45 años y particularmente en mayores de 65 años. Adicionalmente, de acuerdo a lo comunicado en la encuesta de diálisis en Chile, si consideramos sólo los pacientes en hemodiálisis, la prevalencia de ERC en fase 5 correspondería aproximadamente a 0,1%.

Siendo que no existe curación definitiva para la mayor parte de las ERC, y estando el trasplante renal seriamente limitado por la disponibilidad de órganos, la mejor estrategia en el momento actual es concentrar los esfuerzos en el descubrimiento y diseño de mecanismos moleculares de la progresión y en estrategias y acciones de prevención y tratamiento de la renoprotección (Mezzano A. & Aros E., 2005).

### **1.5.1. Algunas definiciones**

La **enfermedad renal crónica (ERC)** o **insuficiencia renal crónica (IRC)** es una pérdida progresiva (por 3 meses o más) e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina con un filtrado glomerular (FG)  $<60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ . Por todo esto, los riñones pierden capacidad para eliminar desechos, concentrar orinar y conservar electrolitos en la sangre (Mezzano A. & Aros E., 2005).

Los síntomas de un deterioro de la función renal son inespecíficos y pueden incluir una sensación de malestar general y una reducción del apetito. A menudo, la enfermedad renal crónica se diagnostica como resultado del

estudio en personas en las que se sabe que están en riesgo de problemas renales, tales como aquellos con presión arterial alta o diabetes y aquellos con parientes con enfermedad renal crónica. La IRC también puede ser identificada cuando conduce a una de sus reconocidas complicaciones, como las enfermedades cardiovasculares, anemia o pericarditis (Mezzano A. & Aros E., 2005).

### 1.5.2. Causas y cuadro clínico

Las causas más comunes de ERC son: enfermedad diabética, elevación de la presión arterial (hipertensión) y glomerulonefritis (inflamación del glomérulo renal), todas estas causan alrededor del 75% de todos los casos de ERC en adultos. Ciertas áreas geográficas tienen una alta incidencia de nefropatía de HIV. En la práctica clínica, la mayoría de las nefropatías progresan lentamente hacia la pérdida total de la función renal. De acuerdo con la historia médica, las nefropatías han sido clasificadas según la parte de la anatomía renal que está comprometida (Otero, 2002):

- **Vascular**, que incluye enfermedades de grandes vasos sanguíneos como estenosis de arteria renal bilateral, y enfermedades de vasos sanguíneos pequeños, como nefropatía isquémica, síndrome urémico hemolítico y vasculitis;
- **Glomerular** que abarca un grupo diverso y subclasificado en: enfermedades glomerular primaria, como glomeruloesclerosis focal y segmentaria y nefropatía por IgA; y, enfermedad glomerular secundaria, como nefropatía diabética y nefritis lupus.
- **Tubulointersticial** que incluye enfermedad poliquística renal, nefritis tubulointersticial crónica (inducida por drogas o toxinas) y nefropatía de reflujo obstructiva (litiasis renal bilateral) y enfermedades de la próstata.

Los pacientes de ERC sufren de aterosclerosis acelerada y tienen incidencia más alta de enfermedades cardiovasculares, con un pronóstico más pobre. Inicialmente no tiene síntomas específicos y solamente puede ser detectada como un aumento en la creatinina del plasma sanguíneo a medida que la función del riñón disminuye (Jerez Cevallos, 2012), se va presentando las complicaciones que se muestran en la **Figura N° 10**.

**Figura N° 10:**

**Problemas generados por la disminución de funcionamiento del riñón**



ELABORACIÓN: La Autora  
FUENTE: (Jerez Cevallos, 2012)

### 1.5.3. Diagnóstico y tratamiento

La alteración renal se define como daño patológico o marcadores de daño, incluyendo anormalidades en la sangre, en orina o en estudios de imagen (Soriano Cabrera, 2004). En etapa inicial de ERC, cuando las manifestaciones clínicas y resultados de laboratorio son mínimas o inexistentes, se puede hacer un diagnóstico con base en algunas manifestaciones: fatiga, anorexia, pérdida de peso, picazón, náusea, hipertensión, poliuria, debilidad, nicturia, hematuria, dismenorrea, amenorrea, atrofia testicular, impotencia, déficit cognitiva, falta de atención, somnolencia, confusión, coma.

Es importante distinguir la ERC de la insuficiencia renal aguda (IRA) misma que puede ser reversible. Cuando se realiza el ultrasonido abdominal se puede medir el tamaño de los riñones. Los riñones con ERC usualmente son más pequeños que los normales (< 9 cm), salvo casos de nefrología diabética o riñón poliquístico.

Otra forma de la ERC de la IRA es un aumento gradual de la creatinina del suero (sobre varios meses o años) en comparación con un aumento repentino en la creatinina del suero (de varios días a semanas). Si estos niveles no están disponibles (porque el paciente ha estado bien y no ha tenido ningún análisis de sangre), ocasionalmente es necesario tratar a un paciente brevemente como si tuviera IRA hasta que se establezca si el empeoramiento renal es irreversible.

En pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis estándar se van acumulando numerosas toxinas urémicas, las que muestran lesiones celulares tóxicas en el suero, diversos pesos moleculares y algunas de ellas enlazadas a otras proteínas, primariamente a la albumina.

De acuerdo con Mezzano & Aros (2005) “todo individuo con una velocidad de filtración glomerular (VFG)  $<60$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup> durante 3 meses se clasifica dentro de una enfermedad renal crónica, independientemente de la presencia o no de daño renal”. De acuerdo con lo anterior, se justifica su inclusión porque la reducción de la función renal con estos valores o aún inferiores representa la pérdida de la mitad o más de la función renal normal de un adulto, que puede estar asociada con varias complicaciones (Mezzano A. & Aros E., 2005).

Los pacientes con daño renal se clasifican dentro de una enfermedad renal crónica, independientemente del nivel de tasa de filtración glomerular; se justifica la inclusión de personas con una VFG de 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> ya que la VFG puede ser sostenida en niveles normales o aún inferiores a pesar de daño renal y que los pacientes con daño renal tienen mayor riesgo de las dos principales complicaciones de la enfermedad renal crónica: pérdida total de la función renal y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (Mezzano A. & Aros E., 2005).

**Tabla N° 1:  
Estadíaje de la Enfermedad Renal Crónica**

<b>Características</b>	<b>Estadíaje</b>	<b>Porcentaje</b>
Disminuye ligeramente la función renal, daño renal <sup>†</sup> con <u>VFG</u> $>90$ ml/min/1.73 m <sup>2</sup>	Etapa 1	3,3
Leve reducción de la <u>VFG</u> (60-89 ml/min/1.73 m <sup>2</sup> ) con daño renal	Etapa 2	3,0
<u>VFG</u> = 30-59 ml/min/1.73 m <sup>2</sup> .	Etapa 3	4,3
Severa reducción de la <u>VFG</u> (15-29 ml/min/1.73 m <sup>2</sup> ). Etapa de preparación para la terapia de reemplazo renal	Etapa 4	0,2
Establecida la insuficiencia renal: <u>VFG</u> $<15$ ml/min/1.73 m <sup>2</sup> . Inminente terapia de reemplazo renal	Etapa 5	0,1

FUENTE: (Mezzano A. & Aros E., 2005)

La pérdida de proteínas en la orina es considerada un marcador independiente de falla de la función renal y enfermedad cardiovascular; por

tanto, ciertas directrices añaden la letra "P" a la etapa de enfermedad renal crónica, si existe una importante pérdida de proteínas. Para buscar la mejoría, la meta de la terapia es retrasar o parar la progresión de ERC a IRCT. El control de la presión arterial y el tratamiento de la enfermedad original, siempre que sea factible, son los amplios principios de dirección; generalmente, son usados los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs), o el antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II), dado que se ha encontrado que ellos retardan la progresión a IRCT.

La dieta hipoproteica (0.8g de proteínas/kg de peso del paciente/día) retrasa la aparición de los síntomas de uremia, un efecto especialmente útil ante TFG<25 ml/min, sin embargo, son terapias que deben ser manejadas por nutricionistas capacitados, pues dietas con un aporte menor de proteínas pueden ocasionar un balance nitrogenado negativo que contribuye a una desnutrición manejar las calorías, aproximadamente 35 Kcal/día es un tratamiento importante para prevenir la malnutrición en pacientes con ERC. Comúnmente, se requiere reemplazar la eritropoyetina y la vitamina D3, dos hormonas procesadas por el riñón, al igual que el calcio. Los quelantes de fosfatos se los usa para controlar los niveles de fosfato en el suero, que usualmente están elevados en la IRC. Después de que ocurra el IRCT, se requiere la terapia de reemplazo renal, en la forma de diálisis o de un trasplante (Mezzano A. & Aros E., 2005).

A medida que un paciente va aproximándose a la insuficiencia renal, deberán irse evaluando las opciones de tratamiento de sustitución renal. Dichas opciones son la diálisis y el trasplante. Las opciones de **diálisis** son:

- **Hemodiálisis** (uso de un riñón artificial), se realiza normalmente en un centro de diálisis tres veces a la semana durante 3-5 horas por sesión
- **Diálisis peritoneal**, el uso del revestimiento abdominal como filtro natural, que suele aplicarse a diario en el hogar del paciente.

El pronóstico de pacientes con enfermedad crónica del riñón tomados como referencia para datos epidemiológicos han demostrado que todos causan aumentos de la mortalidad a medida que la función del riñón disminuye (índice de mortalidad total). La causa principal de muerte en pacientes con enfermedad crónica del riñón es por enfermedades cardiovasculares, sin importar si hay progresión a IRCT.

**Tabla N° 2:  
Tratamiento, de acuerdo con etapas**

<b>Etapas</b>	<b>Estado</b>	<b>Tratamiento</b>
<b>1</b>	Los pacientes suelen ser asintomáticos	El plan de acción clínica se centra en el diagnóstico y el tratamiento de la causa subyacente de la nefropatía crónica, por ejemplo, diabetes o hipertensión arterial, el tratamiento de las enfermedades concomitantes, las intervenciones para ralentizar la progresión y la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular
<b>2</b>	Síntomas relacionados con disfunción renal siguen siendo poco habituales durante esta etapa	El plan de acción clínica se centra en la evaluación y la prevención de la progresión de la enfermedad. La tasa de progresión de la IRC es variable y depende de la causa subyacente del daño renal. Generalmente, la reducción de la TFG se produce durante un período de varios años
<b>3</b>	Síntomas clínicos IRC. (anemia y trastornos en metabolismo mineral)	El plan de acción comprende la evaluación y el tratamiento de las complicaciones causadas por la IRC
<b>4</b>	Los pacientes de la etapa 4 pueden presentar anomalías de laboratorio y clínicas significativas relacionadas con la disfunción renal	El plan de acción comprende la preparación del paciente para el tratamiento de sustitución renal, es decir, diálisis o trasplante renal
<b>5</b>		Las personas que requieren diálisis se consideran pacientes con nefropatía en fase terminal. Reemplazo renal

ELABORACIÓN: La autora  
FUENTE:(Mezzano A. & Aros E., 2005)

EL **trasplante renal** restituye la función renal sin necesidad de diálisis, aunque muchos candidatos a trasplantes comienzan su tratamiento de sustitución renal con diálisis mientras esperan un trasplante. Implica la colocación de un nuevo riñón en la pelvis sin extraer los que están fallando. Algunos pacientes necesitan un período de diálisis antes de que el nuevo riñón comience a funcionar.

La tasa de supervivencia a 10 años para pacientes sometidos a tratamiento de sustitución renal es: 64% para pacientes luego de un primer trasplante renal; y, de sólo el 11% para pacientes dializados (Mezzano A. & Aros E., 2005).

Las terapias de reemplazo renal pueden mantener a los pacientes indefinidamente y prolongar su vida, la calidad de vida es severamente afectada. Sin embargo, es asociado a una mortalidad incrementada a corto plazo (debido a las complicaciones de la cirugía).

Sin embargo de lo anterior, al presentarse una nefropatía unilateral, el riñón restante puede tomar las funciones del faltante lo que se le conoce como una "hipertrofia compensadora"; ello ocurre por un incremento de tamaño de las nefronas, las razones por lo que esto ocurre está medido por moléculas vasoactivas, citocinas y factores de crecimiento y se debe inicialmente a una hiperfiltración adaptadora, a su vez mediada por un aumento de la presión y el flujo capilares glomerulares. La acción hiperfiltradora de los riñones es sin efectos nocivos, también se ve esta acción en embarazadas o en personas con defecto congénito en el cual nacen con un solo riñón. Entre los factores que pueden dificultar el tratamiento del paciente están:

- Problemas relacionados con la enfermedad, por ejemplo, progresión rápida de la IRC o ausencia de síntomas

- Factores relacionados con el paciente como falta de comprensión, miedo, negación o no conformidad al tratamiento
- Factores relacionados con el médico incluyendo falta de experiencia en enfermedades renales por parte de algunos médicos de atención primaria. Escasez de nefrólogos, esto hace que los médicos de atención primaria deban asumir una mayor parte de la atención de pacientes en prediálisis
- Problemas relacionados con el sistema sanitario, por ejemplo, políticas de reembolso del gasto sanitario

#### **1.5.4. Factores de riesgo**

A medida que progresa la enfermedad renal, el trastorno de las funciones excretoras y reguladoras de los riñones da lugar a complicaciones que afectan prácticamente a todos los sistemas orgánicos. Las complicaciones más frecuentes asociadas a la IRC son hipertensión, anemia, dislipidemia, osteopatía, malnutrición, neuropatía, mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, trastornos funcionales y una reducción del bienestar del paciente.

La prevalencia y la gravedad de las complicaciones normalmente aumentan con una  $TFG < 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ , es decir, a partir de la IRC etapa 3. No obstante, algunas complicaciones, incluyendo la hipertensión arterial y la anemia, pueden manifestarse relativamente pronto en el curso de la enfermedad renal. La prevención y el tratamiento de las complicaciones es esencial para ralentizar la progresión de la IRC y mantener la calidad de vida de los pacientes.

#### **1.5.4.1. La hipertensión arterial**

Es tanto causa como complicación de IRC. La hipertensión arterial, como complicación, puede manifestarse incluso con ligeras reducciones de la TFG. Los efectos adversos asociados a la hipertensión no controlada incluyen progresión acelerada de la IRC, desarrollo precoz y progresión más rápida de la enfermedad cardiovascular y mayor riesgo de accidente de cerebro vascular (Loor Vera & Velásquez Navarrete, 2012).

El tratamiento antihipertensivo comprende cambios tanto en el estilo de vida como en el uso de fármacos, hasta mantener una presión arterial objetivo <130/80 mm Hg. Los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y los bloqueadores del receptor y los bloqueadores del receptor de la angiotensina son los fármacos de primera elección, ya que aparte de disminuir la presión arterial reducen la proteinuria y ralentizan la progresión de la IRC (Loor Vera & Velásquez Navarrete, 2012).

#### **1.5.4.2. La anemia**

Consiste en disminución de glóbulos rojos y hemoglobina en la sangre; que provoca menor capacidad para transportar oxígeno, no secreta la cantidad suficiente de eritropoyetina (hormona que regula la producción de glóbulos rojos). Otros factores que pueden contribuir a la anemia son la deficiencia de hierro, la menor vida de los glóbulos rojos en presencia de uremia, hemorragias gastrointestinales, hiperparatiroidismo grave, malnutrición proteica e inflamación. El tratamiento de anemia (cuando la concentración de hemoglobina sea < 13,5 g/dl en hombres y <11,5 g/dl en mujeres) puede ralentizar la progresión de la IR.

Aproximadamente una cuarta parte de los pacientes con NC en las primeras fases presentan anemia renal; la tasa de prevalencia aumenta hasta aproximadamente el 75% en la fase terminal, cuando se hace necesaria la

diálisis; esta cifra puede llegar hasta el 95% en los pacientes dializados. La carga de la anemia renal puede aumentar de manera significativa durante los siguientes años mientras siga aumentando la incidencia de enfermedades como la diabetes, una de las principales causas de IRC (López Oliva, Del Castillo Caba, & Fernández Fresnedo, 2009).

#### **1.5.4.3. Acidosis metabólica**

El riñón es un principal regulador en el equilibrio ácido-básico del organismo, excretando Hidrogeniones ( $H^+$ ) y reteniendo Bicarbonato ( $HCO_3^-$ ) para mantener el equilibrio en situaciones como la alcalosis respiratoria o la acidosis respiratoria. Al no existir una adecuada excreción de  $H^+$  y una producción disminuida de  $HCO_3^-$  se genera una alteración paulatina del equilibrio ácido-básico, ocasionando Acidosis metabólica crónica. En la actualidad la acidosis metabólica crónica es usada como un criterio de elegibilidad para diálisis en pacientes con IRC Estadio 5.

#### **1.5.4.4. Dislipidemia**

La dislipidemia es un importante factor de riesgo de enfermedad cardiovascular y una complicación habitual de la IRC. La dislipidemia promueve la aterosclerosis, esto es, la placa cargada de colesterol se acumula en las paredes arteriales, ello produce estrechamiento y pérdida de elasticidad de las arterias que da como resultado un mayor riesgo de accidente cerebro vascular y de infarto agudo de miocardio. El tratamiento de la dislipidemia incluye una dieta con un contenido alto en fibra y bajo en grasas saturadas, pérdida de peso y fármacos hipolipemiantes como estatinas (por ejemplo, simvastatina y atorvastatina) (Loor Vera & Velásquez Navarrete, 2012).

#### **1.5.4.5. Equilibrio electrolítico**

Los trastornos del metabolismo del calcio y del fósforo se manifiestan en la IRC, etapa 3, y dan como resultado hiperparatiroidismo secundario y trastornos óseos (osteodistrofia renal). Los riñones desempeñan un importante papel en el mantenimiento de la salud ósea al activar la vitamina D, que aumenta la absorción del calcio por parte de los intestinos y que excreta el fosfato sobrante en la orina. Pacientes con IRC no tienen vitamina D activa y retienen fosfato, lo que produce una deficiencia de calcio (hipocalcemia) y un exceso de fósforo (hiperfosfatemia) en la circulación. La deficiencia de calcio estimula la liberación de la hormona paratiroidea (PTH), que obtiene calcio de los huesos. Con el tiempo, las glándulas paratiroideas se hiperactivan y cada vez segregan mayores cantidades de PTH. Este trastorno, denominado hiperparatiroidismo secundario, causa importantes daños óseos, que provocan dolor de huesos, deformidades y un mayor riesgo de sufrir fracturas. El hiperparatiroidismo secundario anula la eritropoyesis y contribuye a la anemia en los pacientes con NC. Por otra parte, promueve la calcificación vascular, que a su vez aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Adicionar vitamina D, restringir fósforo en la dieta, usar fijadores del fosfato (que reducen la absorción de fósforo de la sangre), ingerir medicamentos que inhiben la secreción de PTH, como la vitamina D activa, son estrategias para prevenir y tratar el hiperparatiroidismo secundario y los trastornos óseos abarcan (Llor Vera & Velásquez Navarrete, 2012).

#### **1.5.4.6. Malnutrición**

Los pacientes con IRC corren el riesgo de sufrir malnutrición, asociada a una mayor morbimortalidad. Diversos factores de la enfermedad renal aumentan el riesgo de malnutrición, incluyendo restricciones de la dieta, trastornos del

metabolismo proteico y energético, desequilibrios hormonales, proteinuria, pérdida de apetito y la sensación alterada del gusto relacionada con el empeoramiento de la función renal.

#### **1.5.4.7. Neuropatía**

Se asocia habitualmente a la IRC. Los síntomas relacionados con la disfunción nerviosa aumentan su frecuencia y gravedad cuando la enfermedad renal progresa hacia la fase terminal. Los síntomas del sistema nervioso central asociados a una reducción de la función renal incluyen fatiga, dificultad para concentrarse, problemas de memoria y trastornos del sueño. Cuando están afectados los nervios periféricos, los pacientes pueden manifestar sensaciones anómalas como prurito y escozor y calambres o debilidad muscular (Loor Vera & Velásquez Navarrete, 2012).

Los síntomas de alteración del sistema nervioso autónomo incluyen cambios en ritmo cardíaco y presión arterial. Si se desarrolla una progresión de síntomas neurológicos pueden indicar la necesidad de iniciar un tratamiento de sustitución renal. Algunos síntomas pueden mejorar con la diálisis (Loor Vera & Velásquez Navarrete, 2012).

#### **1.5.4.8. Enfermedad cardiovascular**

Ésta es la principal causa de morbimortalidad en los pacientes con IRC en cualquiera de sus fases. Las personas con NC son más propensas a morir de ECV que a desarrollar una insuficiencia renal. Las principales manifestaciones de enfermedad cardiovascular incluyen cardiopatía coronaria, enfermedad cerebro vascular, vasculopatía periférica e insuficiencia cardíaca congestiva. El mayor riesgo de enfermedad cardiovascular en los pacientes con IRC da como resultado una elevada prevalencia de los factores de riesgo tradicionales y no tradicionales

(relacionados con la enfermedad renal) (Loor Vera & Velásquez Navarrete, 2012).

El conjunto de causas y efectos presentado en detalle hace referencia a que la deficiencia renal, y sus derivaciones, es un tema de singular importancia que merece atención por parte de las instituciones públicas y privadas que prestan este servicio de salud.

## **CAPÍTULO 2**

### **CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS DEL CANTÓN DAULE**

Para determinar el lugar de intervención donde se construirá la Clínica de Diálisis, es necesario identificar aspectos biofísicos y socioeconómicos. El sector de ubicación directa comprende exclusivamente a una zona residencial, de estrato social medio-bajo (Gobierno Provincial del Guayas, s/f).

#### **2.1. UBICACIÓN**

El **Cantón de Daule** se encuentra localizado en el Ecuador, en región de la costa, en la Provincia del Guayas. Según las estadísticas presentadas en el último censo de población efectuado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) realizado en el año 2010, la población de Daule es de 139.926 mil habitantes de los cuales 93.750 viven en zona urbana y 46,176 en el resto del cantón.

Con una extensión de 475 km<sup>2</sup>, cuenta con cuatro parroquias rurales: Laurel, Limonal, Juan Bautista Aguirre y Las Lojas; se conecta con una parroquia satélite urbana que es La Aurora. Además hay 180 recintos pequeños en el cantón y se encuentra a 45 minutos de Guayaquil,

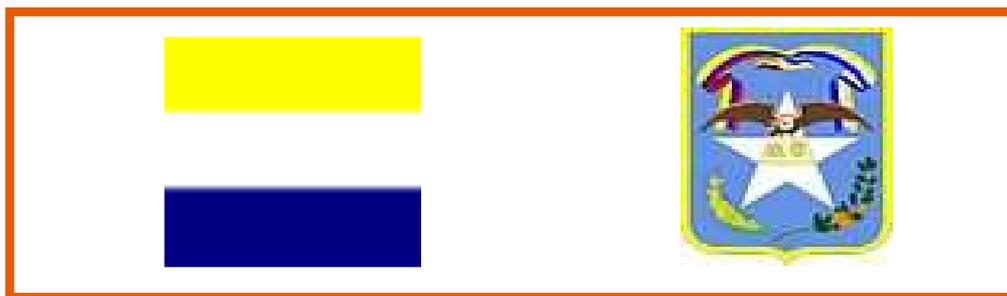
Debido a su cercanía a Guayaquil y en tener una parroquia propia dentro de la aglomeración urbana de Guayaquil (La Aurora), el cantón Daule (junto con el cantón cercano de Nobol) es parte de la conurbación de Guayaquil-Durán-Milagro-Daule la cual les dan una población de 3.021.792 habitantes.

**Figura N° 11:**  
**Ubicación del Cantón Daule en la Provincia del Guayas**



FUENTE: Gobierno provincial del Guayas

**Figura N° 12:**  
**Símbolos Patrios de Daule**



La bandera tiene tres franjas horizontales: amarillo arriba, blanco en el centro y azul en la parte de abajo. El **amarillo** simboliza la exuberancia agrícola del suelo, el oro que aportó el Cantón Daule para asegurar la independencia. El **blanco** es la pureza, y amor a la devoción a la paz y al trabajo. El **azul** representa la tonalidad perenne del cielo

El escudo consta de una estrella blanca que sirva de fondo a un cóndor con las alas desplegadas, y en cuyas garras sostiene un libro abierto en el que se lee "*la gloria de sus hijos*". En la parte superior en forma de cinto van entrelazadas las banderas de Daule y el Ecuador, que simboliza "*la hermandad de los pueblos*", y en su parte inferior hay de un lado una espiga de arroz y en el otro una rama de naranjo que representan "*la riqueza agrícola*", formando ambos medio óvalo; todos estos componentes van dentro de un marco que tiene la forma de un escudo español.

## **2.2. ORIGEN ETIMOLÓGICO E HISTORIA**

Según el historiador Emilio Estrada y Jonathan Chaguay, la palabra Daule proviene de las voces cayapas: *da*, red y *li*, pez, por lo tanto Daule significa "lugar donde se pesca con red".

La población tiene su origen en antiguos asentamientos indígenas de las indómitas tribus de los Daulis y los Chononos. Fue descubierta en 1534 por el capitán Benavides, que acompañaba a Pedro Alvarado en su intento de iniciar la conquista del Reino de Quito. Los españoles, considerando su situación geográfica y las bondades de su suelo, muy rico y apto para todo tipo de producción agrícola, se instalaron en ella y poco a poco fueron desarrollándola hasta convertirla en una de las más importantes de la región (Estrada Ycaza, 1980).

Erigida desde los primeros años de la conquista en tenencia, durante la colonia logró un desarrollo muy importante y su influencia política era tan determinante como las de Guayaquil y Quito. A la tenencia de Daule pertenecían los pueblos de Balzar y Santa Lucía. Fue una de las primeras ciudades que plegó a la revolución del 9 de octubre de 1820 de Guayaquil, proclamando su independencia dos días más tarde, el 11 de octubre.

A causa de esta gran importancia política, el Honorable Colegio Electoral de Guayaquil, presidido por José Joaquín de Olmedo, decretó su cantonización el 26 de noviembre de 1820. El cantón Daule fue cuna de personajes ilustres como el Padre Juan Bautista Aguirre, Dr. Vicente Piedrahita Carbo, General Cornelio Vernaza.

### **2.3. DIVISIÓN POLÍTICA Y GEOGRAFÍA**

Conformada por su cabecera cantonal (con su mismo nombre) y varias parroquias rurales que se llaman Laurel, Juan Bautista Aguirre, Los Tintos y Limonal, siendo la Aurora una parroquia satelital del Cantón Daule. Además existen alrededor de ciento ochenta recintos.

La superficie de este cantón es generalmente plana y su principal característica es el recorrido por todo su territorio por el río que lleva su nombre, de significado caudal y que nace en paraje de Santo Domingo con el nombre de Perica. Hoy su río es escasamente navegable y se accede de modo preferente a través de su antigua carretera que ha sido reparada y ampliada por el Honorable Consejo Provincial del Guayas.

### **2.4. ACTIVIDAD ECONÓMICA**

Prevalece la crianza de ganado de gran calidad, especialmente vacuno, caballar y porcino y la cría de aves de corral. En sus ríos fluye agua dulce, que permita disponer de una amplia gama de peces.

Con suelo muy fértil, la producción agropecuaria es de las más importantes del país. Es la capital arrocerá del Ecuador con más de 30.000 hectáreas dedicadas a este cultivo, exporta algunas frutas tropicales como el mango y su buena producción de maíz sostiene una pujante industria avícola. La ganadería vacuna es de primer orden, además de la porcina y caballar.

La principal industria la constituyen la piladoras y molinos de arroz. La artesanía está muy desarrollada en lo que se refiere a la elaboración de vistosos sombreros de paja toquilla, hamacas de mocora, escobas y una gran variedad de efectos para montar a caballo, confeccionados de cuero o maderas, así: estribos, bozales, guarda piernas, conchas, tapaderas, etc.

Sus habitantes se dedican a las actividades agrícolas y ganaderas, se confeccionan sombreros de paja, escobas, hamacas de mocora, ladrillos etc. Debido su potencial en la producción de arroz, existen grandes piladoras. El cantón Daule es uno de los que más han crecido, económica, social y culturalmente. Su desarrollo urbanístico y comercial es producto del esfuerzo tesonero de sus habitantes. Mantiene un activo comercio con Guayaquil y Quito, mediante una excelente vía.

La actividad económica del área es muy dinámica, existen varios negocios, tales como tiendas de víveres de primera necesidad, bazares, cabinas telefónicas, de servicio de internet, sectores de venta de flores, entre otros negocios.

## **2.5. TURISMO**

Este cantón es muy visitado por los turistas, nacionales y extranjeros, quienes disfrutan de sus vacaciones en haciendas y recintos. Los Balnearios El Mate y Riberas del Daule son muy concurridos. Entre las fiestas más notables están la patronal en honor al Señor de los Milagros o Cristo Negro, el 14 de septiembre, otras festividades importantes son la fecha de cantonización el 26 de noviembre, Virgen del Carmen el 16 de julio, Santa Clara el 12 de agosto, San Francisco el 4 de octubre. Los mejores atractivos turísticos de este cantón son las hermosas riberas del río Daule, surcar en

bote o canoa por este caudaloso y cautivante y río es una muy grata experiencia turística.

Existen balnearios de agua dulce como La Playita situado al frente de la ciudad y El Limonal cercanos a Daule.

Hay que visitar el museo del colegio Juan Bautista Aguirre y algunos recintos como Naupe, La Estancia y Cerro Las Matracas, en donde existen restos arqueológicos de las culturas Daule-Tejar, Chonana y Peripa. Muy ameno y agradable es visitar las haciendas y piladoras para conocer de la cosecha y pilado del arroz. El cultivo del camarón y la tilapia es otra llamativa visita, junto a los enormes sembríos de frutas tropicales de exportación.

Pasear por la ciudad es una cautivante experiencia, debido a la intensa actividad comercial que ofrece la oportunidad de admirar a la población montubia con sus botas, pantalón, guayabera y sombrero (Gobierno Provincial del Guayas, s/f).

## **2.6. CARACTERÍSTICA DE LA POBLACIÓN**

De acuerdo con los resultados del censo del 2010 de población y vivienda se tienen la siguiente información relativa a la vivienda, educación, servicios básicos y otros aspectos relativos en general a la comunidad.

### **2.6.1. Vivienda**

Los datos que se muestran en las tablas siguientes dan cuenta de la diferencia en cuanto al acceso de la población a los servicios básicos:

**Tabla N° 3:  
Tenencia de vivienda**

<b>Formas de tenencia</b>	<b>Hogares</b>	<b>%</b>
Propia y totalmente pagada	16.105	50,3
Propia y la está pagando	5.137	16,1
Propia (regalada, donada, heredada o por posesión).	4.108	12,8
Prestada o cedida (no pagada)	3.978	12,4
Arrendada	2.417	7,6
Por servicios	182	0,6
Anticresis	65	0,2
<b>Total</b>	<b>31.992</b>	<b>100,0</b>

Fuente: INEC, Censo de población y vivienda del 2010

**2.6.1.1. Tipo de vivienda de la comunidad.**

**Tabla N° 4:  
Tipo de vivienda**

<b>Tipo de vivienda</b>	<b>%</b>
Casa/villa	79,5
Rancho	12,4
Departamento	2,9
Mediagua	1,9
Covacha	1,5
Cuarto	1,0
Otra vivienda particular	0,4
Choza	0,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

Fuente: INEC, Censo de población y vivienda del 2010

### 2.6.1.2. Indicadores predefinidos de viviendas.

**Tabla N° 5:**  
**Indicadores básicos predefinidos de vivienda**

<b>Características</b>	<b>%</b>
Viviendas donde el SSHH no está conectado al alcantarillado	70,7
Porcentaje de hogares que no tratan el agua antes de beberla	24,8
Viviendas que no eliminan la basura por carro recolector	47,6

Fuente: INEC, Censo de población y vivienda del 2010

### 2.6.1.3. Qué se utiliza en los hogares para cocinar.

**Tabla N° 6:**  
**Combustible para cocinar**

<b>Formas de tenencia</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>
Gas	30.562	95,5
No cocina	777	2,4
Electricidad	91	0,3
Leña o carbón	557	1,7
Residuos vegetales y/o animales	5	0,0
Otro (gasolina, kerex, diésel).	0	0,0
<b>Total</b>	<b>31.992</b>	<b>100,0</b>

Fuente: INEC, Censo de población y vivienda del 2010

### 2.6.1.4. Cómo toman agua en los hogares.

**Tabla N° 7:**  
**Cuidados en el consumo de agua**

<b>Consumo de Agua</b>	<b>%</b>
Lo hierven	37,9
Lo beben tal como llega al hogar	24,8
Compran agua purificada	22,0
Le ponen cloro	14,0
La filtran	1,9

Fuente: INEC, Censo de población y vivienda del 2010

## 2.6.2. Educación

Del mismo censo se presenta una realidad que llama la atención con respecto al nivel de instrucción de los habitantes del cantón Daule.

**Tabla N° 8:**  
**Nivel de instrucción de los habitantes del cantón Daule, por grupos de edad**

<b>Nivel de instrucción</b>	<b>0 a 14 años</b>	<b>15 a 64 años</b>	<b>65 años y más</b>	<b>Total</b>
Ninguno	205	3.172	1.907	5.284
Centro de Alfabetización/(EBA)	-	514	202	716
Preescolar	456	54	10	520
Primario	5.834	18.213	1.801	25.848
Secundario	1.452	7.392	68	8.912
Educación Básica	3.486	652	20	4.158
Bachillerato - Educación Media	-	1.289	2	1.291
Ciclo Post bachillerato	-	127	1	128
Superior	-	948	5	953
Postgrado	-	18	1	19
Se ignora	138	1.170	260	1.568
<b>Total</b>	<b>11.571</b>	<b>33.549</b>	<b>4.277</b>	<b>49.397</b>

Fuente: INEC, Censo de población y vivienda del 2010

Este cuadro demuestra el nivel de estudio con su respectiva edad de la comunidad.

### 2.6.2.1. Condición de alfabetismo de 15 y más años

**Tabla N° 9:**  
**Porcentaje de alfabetismo en personas de 15 y más años**

<b>Área</b>	<b>Alfabeto</b>	<b>Analfabeto</b>
Urbana	95,01%	4,99%
Rural	83,94%	16,06%
Total	92,22%	7,78%

Fuente: INEC, Censo de población y vivienda del 2010

### 2.6.3. Servicios básicos

El tema de la disposición de servicios básicos es también un hecho a considerar en el estudio que se plantea en la presente investigación, ya que el nivel de insalubridad y restricción de servicios son variables que inciden en la calidad de vida de los habitantes del cantón. En 9 años, no han realizados proyectos de servicios eléctricos, eliminación de basura y conexión de servicios higiénicos.

**Tabla N° 10:**  
**Disposición de servicios básicos, rango de comparación años 2001 y 2010**

<b>Servicio</b>	<b>2001</b>	<b>2010</b>
<b>Electricidad</b>		
Con servicio eléctrico público	17.450	29.147
Sin servicio eléctrico y otros	1.330	2.326
<b>Eliminación de basura</b>		
Por carro recolector	4.742	16.481
Otra forma	14.038	14.992
<b>Conexión servicios higiénicos</b>		
Red pública de alcantarillado	1.838	6.699
Otra forma	16.942	24.774

Fuente: INEC, Censo de población y vivienda del 2010

En cuanto a otros elementos de los servicios básicos, cabe resaltar lo siguiente:

- La localidad no cuenta con un servicio de telefonía convencional, esto es, apenas el 24% de la población dispone de línea telefónica
- El abastecimiento de agua tiene su principal fuente la red pública, en un 45%, le sigue con un 25% el agua proveniente de los ríos y acequias, en un 18% de carros repartidores y en un 10% de pozos. Las aguas provenientes de la lluvia es un componente de abastecimiento de este

elemento y es utilizado para el lavado de ropa, plantas y limpieza en general, más no para el consumo humano.

- La empresa eléctrica provee de este servicio a un 93% de las familias. Se nota un leve intento de uso de los paneles solares lo cual se constituye en un esfuerzo aislado; en un importante 6% no se dispone de energía eléctrica.

En las tablas siguientes se confirma con datos específicos lo relacionado con la provisión de telefonía, agua y energía eléctrica.

### 2.6.3.1. Teléfonos

**Tabla N° 11:  
Disposición de línea telefónica**

<b>Teléfono convencional</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>
Si	7.600	24,0
No	24.392	76,0
<b>Total</b>	<b>31.992</b>	<b>100,0</b>

Fuente: INEC, Censo de población y vivienda del 2010

### 2.6.3.2. Procedencia principal del agua recibida

**Tabla N° 12:  
Procedencia principal del agua que reciben las viviendas**

<b>Medio de abastecimiento</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>
De red pública	14.055	45,0
De pozo	3.115	10,0
De río, vertiente, acequia o canal	7.895	25,0
De carro repartidor	5.722	18,0
Otro (Agua lluvia/albarrada)	686	2,0
<b>Total</b>	<b>31.473</b>	<b>100,0</b>

Fuente: INEC, Censo de población y vivienda del 2010

### 2.6.3.3. Luz eléctrica

**Tabla N° 13:  
Procedencia de la energía eléctrica**

<b>Medio de abastecimiento</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>
Red de empresa eléctrica de servicio público	29.147	93,0
Panel Solar	31	0,0
Generador de luz (Planta eléctrica)	50	0,'
Otro	313	1,'
No tiene	1.932	6,'0
<b>Total</b>	<b>31.473</b>	<b>100,0</b>

Fuente: INEC, Censo de población y vivienda del 2010

### 2.6.4. Aspectos de la comunidad

En las siguientes tablas se aprecia datos relacionados con la etnia a la que se consideran pertenecer los habitantes, su condición civil y seguridad social. A manera de resumen se puede indicar que:

- Los habitantes en un 51,9% se autocalifica como mestizo, en un 36,1% se autocalifica como montubio, que son las dos grandes clasificaciones en las que se ubican; le siguen en un 6,4% identificado como blancos y un 5,1% como afroecuatoriano.
- La base para la conformación familiar considera un 32,94% de unión libre y un 21,73% bajo contrato matrimonial, lo que equivale a un 54,67% del total considerado en las encuestas del INEC. La diferencia porcentual está distribuida entre solteros, separados, viudos o divorciados.
- En cuanto a contar con un seguro que le permita acceder a los servicios de salud, entre otros, cabe indicar que un 70,8% no se encuentra afiliado o no aporta al seguro social por lo que no podría acceder a los servicios que ofrece el Estado, principalmente a lo que a salud se refiere; un 27,74%

aporta al seguro social y al seguro campesino, sea a través de afiliación patronal o por afiliación voluntaria; un 1,01% se encuentra cubierto por el seguro de policía y fuerzas armadas y, finalmente un 0,44% sea encuentra en calidad de jubilado.

#### 2.6.4.1. Cómo se auto-identifica la población

**Tabla N° 14:  
Autoidentificación de etnia**

<b>Etnia</b>	<b>%</b>
Mestizo	51,9
Montubio	36,1
Blanco	6,4
Afroecuatoriano	5,1
Otros	0,3
Indígena	0,2
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

Fuente: INEC, Censo de población y vivienda del 2010

#### 2.6.4.2. Estado civil de la comunidad

**Tabla N° 15:  
Estado conyugal de los habitantes**

<b>Estado civil</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Soltero	30.064	38,2%	28,7%
Unido	29.635	32,8%	33,1%
Casado	19.551	21,6%	21,9%
Separado	6.046	4,8%	8,6%
Viudo	3.829	2,1%	6,4%
Divorciado	836	0,6%	1,3%

Fuente: INEC, Censo de población y vivienda del 2010

### 2.6.4.3. Cantidad de habitantes que están asegurados

**Tabla N° 16:  
Afiliación a la seguridad social**

<b>Aporte o afiliación</b>	<b>Total</b>
No aporta	27.648
IESS Seguro general	9.997
Se Ignora	1.329
IESS Seguro campesino	1.019
IESS Seguro voluntario	337
Seguro ISSFA	324
Es jubilado de IESS; ISSFA; ISSPOL	182
Seguro ISSPOL	90

Fuente: INEC. censo de población y vivienda del 2010

Adicionalmente a los datos presentados en las tablas precedentes, cabe resaltar algunos indicadores relacionados con vivienda y nivel de pobreza de los habitantes del cantón Daule, todo lo cual demuestra que este cantón requiere atención prioritaria en cuanto a servicios básicos y, por ende, en relación con la atención en servicios de la salud.

**Tabla N° 17:  
Indicadores sociales del cantón Daule**

<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Vivienda</b>	
Casas, villas o departamentos	85,0
Servicio eléctrico	93,0
Servicio de agua entubada por red pública	36,0
Red de alcantarillado	14,2
Servicio de recolección de basura	37,2
<b>Pobreza</b>	
Incidencia de la pobreza de consumo	49,8
Incidencia de la extrema pobreza de consumo	48,6
Pobreza por necesidades básicas insatisfechas	82,2
Extrema pobreza por necesidades básicas insatisfechas	48,6
Personas que habitan en Viviendas Inadecuadas	20,4
Personas que habitan viviendas con servicios inadecuados	70,3

FUENTE: Gobierno provincial del Guayas

## **2.7. CENTROS DE SALUD DEL CANTÓN**

El hospital de Daule, debido a su ubicación presta atención a los habitantes del cantón Daule, así como a poblados aledaños de Nobol, Salitre, Santa Lucía y Pedro Carbo, a diario registra unas 200 consultas, en medio de limitaciones: faltan médicos, fármacos, solo hay dos quirófanos básicos, 10 camas para hospitalización y en Emergencia casi no hay equipos.

El hospital atiende consultas externas y de emergencia, pero cuando se encuentran con la necesidad de ofrecer atención especializada, los pacientes son derivados a la ciudad de Guayaquil “Hospital Abel Gilbert Pontón” de especialidades y, la otra parte de la comunidad, si tienen seguro social, se atienden en el Hospital de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en donde atienden emergencias y consultas externas en las áreas básicas; si se tratara de una necesidad de atención especializada, los pacientes son direccionados para que se atiendan en el Hospital del IESS en Guayaquil.

En la comunidad se encuentran tres clínicas, pero son privadas lo que significa un mayor desembolso para recibir la atención especializada que se busca; esto hace que en general deban trasladarse a Guayaquil, principalmente.

La comunidad de Daule espera con ansiedad la construcción de un centro que ofrezca atención médica especializada, ello redundaría en el mejoramiento de su calidad de vida, así como una disminución en los costos, principalmente en cuanto se refiere a la movilización hacia otras ciudades para recibir el servicio médico.

## **CAPÍTULO 3**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

Con el fin de exponer de manera amplia el trabajo de campo realizado para el levantamiento de información que permite sustentar la necesidad de creación de una clínica de diálisis en el cantón Daule, objeto de esta propuesta, a continuación se presenta la metodología aplicada, población, muestra, técnicas e instrumentos utilizados, para luego presentar un análisis de los datos encontrados en dicho trabajo de campo.

#### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Las dos medidas de frecuencia más utilizadas en la investigación clínica son la prevalencia y la incidencia. La prevalencia de un fenómeno es el número de veces en el que se encuentra dicha condición en una población en un momento determinado; se expresan usualmente en porcentajes. La incidencia de un fenómeno, corresponde al número de personas que presentan el estado de salud-enfermedad durante un período determinado y en una población inicialmente (Ruiz Morales, Gómez Restrepo, & Londoño Trujillo, 2001).

Para el caso que ocupa esta investigación se dio prioridad a la medida de prevalencia, pues era importante obtener información relacionada con la cantidad de personas que padecen una enfermedad específica y el estado o etapa en la que se encuentra dicha enfermedad, aunado al hecho de contar o no con la atención de salud que permita al paciente superar o al menos disminuir su dolencia o afectación de salud.

Esta investigación tiene un enfoque cuantitativo, ya que se pretende conocer el total de personas que sufren enfermedades relacionadas con deficiencias del riñón y su necesidad de disponer de un centro de salud que ofrezca los

servicios de atención especializada. Además, es también importante conocer la frecuencia de movilización hacia otros lugares para recibir dicha atención especializada. Se apoya en la idea de que las personas pueden ofrecer información sobre sus propias experiencias, opiniones, sentimientos, valores, comportamientos, decisiones, etc., y que esa información es válida para construir un nivel de comprensión desde sus propios puntos de vista (Bernal Torres, 2006), y que puedan ser superados a través de la implementación de un centro de diálisis en la ciudad objeto de la investigación.

Para obtener la información de base, se realizará un análisis documental que permitirá disponer de elementos de juicio para sustentar la idea del centro de diálisis (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2006).

### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

Con respecto a la población, ésta es conformada por todos los usuarios y familiares de los centros de salud que proveen atención especializada en el área que corresponde a las deficiencias y enfermedades del riñón. La población, por tanto, está conformada por usuarios (y familiares) que están realizando tratamiento de hemodiálisis en las diferentes clínicas de la ciudad de **Guayaquil**, como son: Cenagsa, Biodial, Dialcivar, Dialinter, Diálisis center, Farmadial, Fundación Renal, Iedyt, Inridi, Integradial, Nefrosalud, Pasal, Serdialsa, Serdidyv, Sermens, Unidial, y los hospitales que dan el servicio tales como el Hospital Militar, Naval, Luis Vernaza, Hospital de Especialidades Gilbert Pontón (conocido como Hospital Guayaquil) y del Instituto de Seguridad Social “Teodoro Maldonado Carbo”.

De esta población, se debe verificar si se puede abordar a su totalidad o es preferible seleccionar una muestra, identificando el tipo y su construcción (Heinemann, 2003). Además, es importante determinar si se va a trabajar

con población finita o infinita, para ello vale definir cada una de ellas: población **finita**: es el conjunto o agrupación de la que se conoce la cantidad limitada de elementos y, que inclusive, existe un registro documental de dichas unidades; mientras que la población **infinita** es la que tiene un número extremadamente grande de componentes, y se desconoce el total de elementos que la conforman (Arias, 2006).

Por ello, tomando como universo los 93.750 pobladores de la zona urbana de Daule, sea que estén afiliados o no al régimen de seguridad social, y aplicando la siguiente fórmula estadística, se obtiene la muestra para poblaciones finitas, a ser considerada para el levantamiento de información.

$$n = \frac{s^2 * Z^2 * N}{N * E^2 + Z^2 * s^2}$$

$$n = \frac{P * Q * Z^2 * N}{N * E^2 + Z^2 * P * Q}$$

$S^2$  = Varianza

Z = Valor normal

E = Error

N = Población

P = Proporción

Q = 1-P

De lo anterior se tiene:

Tamaño de la Población (N)	93.750
Error Muestral (E)	0,06
Proporción de Éxito (P)	0,90
Proporción de Fracaso (Q)	0,10
Valor para Confianza (Z) (*)	<b>1,96</b>

(*) Si:	Z
Confianza el 99%	2,32
Confianza el 97.5%	1,96
Confianza el 95%	1,65
Confianza el 90%	1,28

Tamaño de la muestra:

Según la fórmula 96

Muestra óptima 96

Los datos se los representó y se despejó la fórmula para determinar el tamaño de la muestra, y como resultado arrojó un total de 96 usuarios, sin embargo, con el fin de conseguir mayor información se aplicó 200 encuestas, con el fin de conseguir al menos 100 encuestas válidas. Los integrantes de la muestra seleccionados fueron exclusivamente usuarios y sus familiares, del Hospital Básico Vicente Pino Morán de Daule (Jefatura de área # 16) y del Instituto de Seguridad Social.

Así, se consideró que esos usuarios a ser encuestados, son una muestra realmente representativa considerando que pertenecen a ella pacientes y sus familiares que sienten la necesidad de atención médica especializada, en áreas cercanas a su quehacer diario.

### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN**

Para determinar el lugar de intervención donde se construirá la Clínica de Diálisis, es necesario identificar aspectos biofísicos y socio-económicos. El sector de ubicación directa comprende exclusivamente a una zona residencial, de estrato social medio-bajo (Gobierno Provincial del Guayas, s/f), por lo que era necesario identificar la técnica para obtener información y diseñar los instrumentos necesarios.

Se decidió por la aplicación de la encuesta, mediante un formulario con preguntas abiertas y cerradas, de manera que se pudiera obtener la mayor cantidad de datos relevantes por parte del participante, de esta forma se podía establecer una retroalimentación informativa (Maceiras, 2002). Las preguntas abiertas son más adecuadas en contextos exploratorios y de primeras aproximaciones. Las cerradas son más útiles en estudios en extensión y en dominios mejor conocidos porque para “cerrar” las preguntas hay que idear alternativas de respuesta que realmente funcionen bien. Esto es solamente posible cuando se conoce el contexto en el que se va a investigar (Grasso, 2006). Por esto, la encuesta diseñada es una combinación de preguntas abiertas y cerradas y con el fin de llegar a un análisis objetivo de la situación problema investigada.

Las encuestas fueron dirigidas a los usuarios del Hospital Básico Vicente Pino Morán de Daule y a la Unidad de Atención Ambulatoria Daule del IESS, la aplicación fue exclusivamente a un integrante del grupo que se presentaba a recibir la atención de salud en estos centros.

Como el propósito de la encuesta era recabar información no solamente con respecto al número de personas afectadas, directa o indirectamente, por las enfermedades renales, sino también para conocer tanto su situación socio-económica, laboral, social, instruccional, familiar, de ubicación geográfica, y, además conocer sus expectativas en torno a la posibilidad de contar, en su propia localidad, con un centro que ofrezca atención preventiva y correctiva para tratamiento de hemodiálisis.

En el siguiente capítulo se presenta un análisis de las respuestas proporcionadas por las personas encuestadas, con su correspondiente informe.

## CAPÍTULO 4

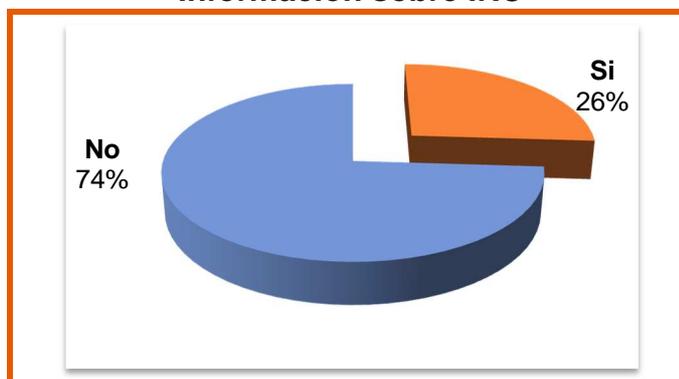
### ANÁLISIS DE RESULTADOS E INFORME

Luego de realizado el levantamiento de información a través de los instrumentos diseñados para el efecto, se procedió a validar las encuestas y, del total de formularios obtenidos y la tabulación de datos, se da paso al siguiente análisis.

#### 4.1 CREACIÓN DE UNA CLÍNICA DE DIÁLISIS EN EL CANTÓN DAULE

##### 1. ¿Está informado/a sobre la insuficiencia renal crónica?

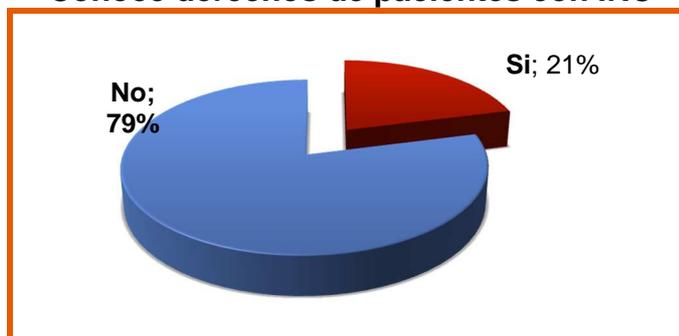
**Figura N° 13:  
Información sobre IRC**



Las personas mayormente desconocen lo que es la IRC (74%), lo cual da cuenta del bajo nivel de información que manejan sobre causas, efectos y posibles eventos de prevención o de detección de este tipo de enfermedad.

## 2. ¿Sabe cuáles son los derechos de un paciente con IRC?

**Figura N° 14:**  
**Conoce derechos de pacientes con IRC**



De 100 encuestados, 21 sí conocen qué es IRC, en general por referencia de familiares con esta deficiencia, y el otro 79 desconocen cuáles son los derechos a los que puede apelar en caso de sufrirla. Se mantiene el hecho de un bajo nivel de manejo de la información relacionada con este aspecto.

## 3. ¿Está informado/a sobre riesgos y complicaciones que causa la IRC?

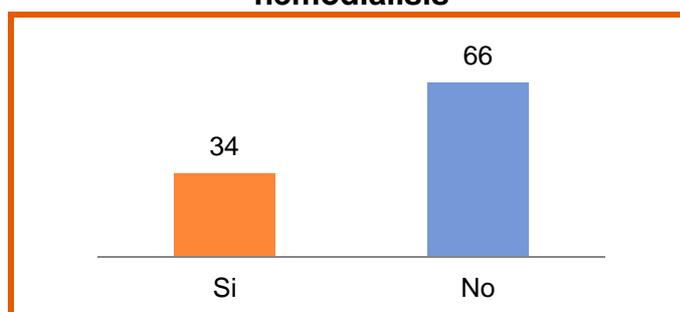
**Figura N° 15:**  
**Conoce los riesgos y complicaciones de la IRC**



En esta figura se aprecia que el 79% de usuarios que visitan los centros de salud desconocen los riesgos y complicaciones de un paciente con IRC; se mantiene el 21% de aquellos que de alguna manera sufren de cerca de esta deficiencia, sea por propia experiencia o por tener algún familiar cercano.

#### 4. ¿Tiene conocimiento del tratamiento de hemodiálisis?

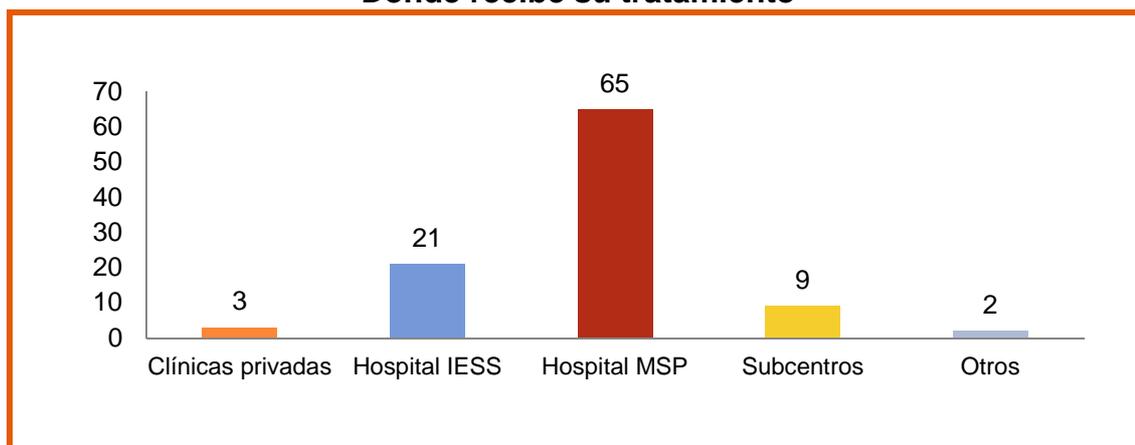
**Figura N° 16:**  
**Conoce en qué consiste el tratamiento de hemodiálisis**



El 34% de los encuestados conoce del tratamiento de hemodiálisis y que de alguna manera está relacionada con el funcionamiento del riñón, aunque no necesariamente lo sufren. El 66% desconoce del tratamiento.

#### 5. En caso de padecer usted la enfermedad o algún miembro de su familia ¿dónde recibe su tratamiento?

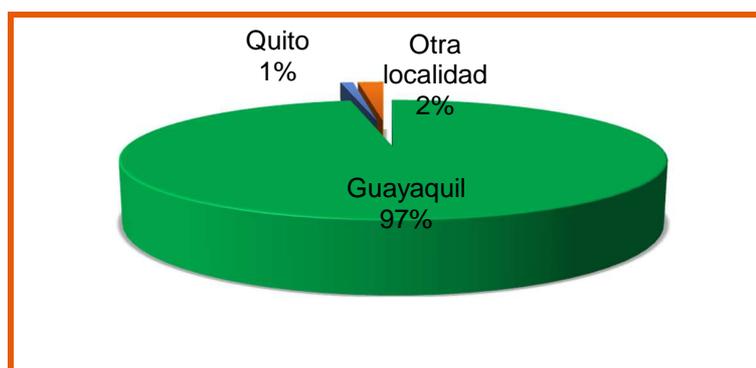
**Figura N° 17:**  
**Dónde recibe su tratamiento**



La mayoría de los encuestados son atendidos en el Hospital del MSP (65%), en los subcentros de salud el 9%; en clínicas privadas el 3%; y, en hospital IESS el 21%. Un 2% aparentemente utilizan consultorios privados.

**6. ¿A qué ciudad o localidad acude?**

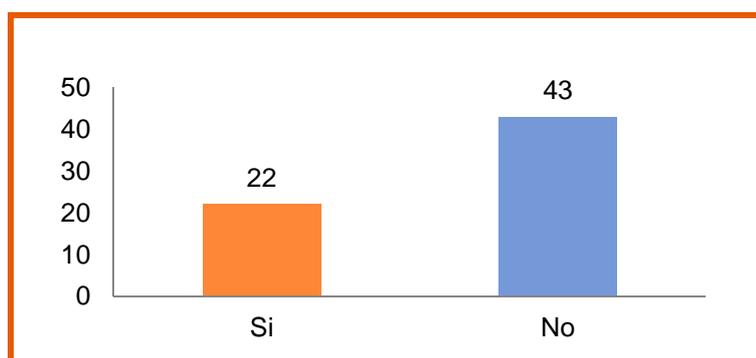
**Figura N° 18:  
Lugar geográfico al que acude por atención médica**



Tal como se ha venido afirmando, casi la totalidad (97%) de personas acuden a centros de salud en Guayaquil, por no contar en Daule con un centro que ofrezca las condiciones necesarias para atender dolencias de alto espectro.

**7. ¿Algún miembro de su familia es discapacitado y tiene carnet que lo acredite como tal?**

**Figura N° 19  
Cuenta con Carnet de Conadis**

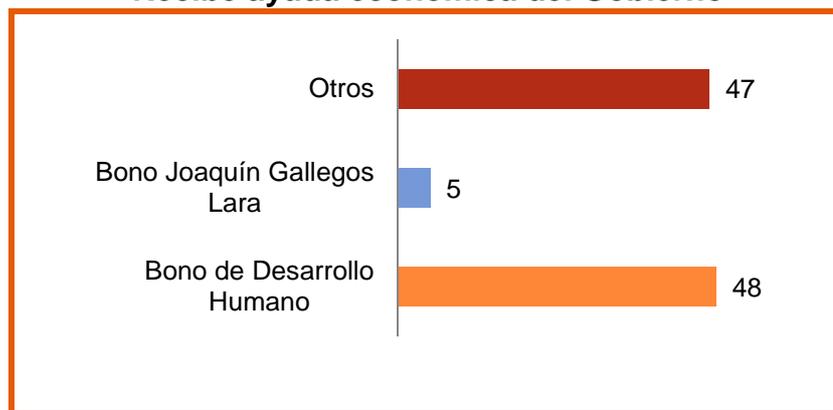


De 100 personas encuestadas 35 no justificaron la necesidad de contar con el carnet del CONADIS; de los otros 65 que dijeron tener algún tipo de discapacidad o contar con familiar con discapacidades diferentes, solamente 22 cuentan con carnet de CONADIS y 43 no lo tiene y por lo tanto, se asume

que desconocen el trámite para obtenerlo y los beneficios que se ofrecen a las familias.

### 8. ¿Recibe algún tipo de ayuda económica del Gobierno?

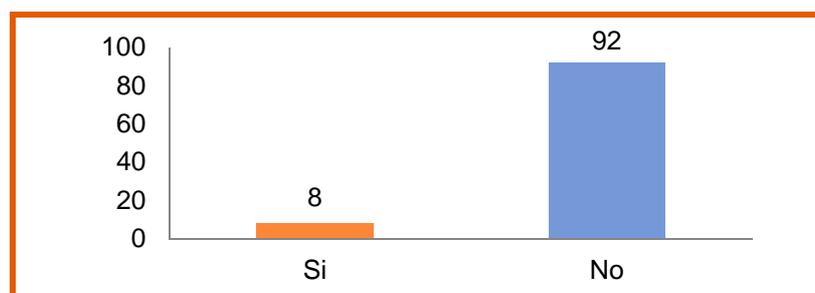
**Figura N° 20:  
Recibe ayuda económica del Gobierno**



Un 53% reciben bono (Desarrollo Humano y Joaquín Gallegos Lara), un 1% está jubilado por tanto depende de su pensión mensual, y un total de 46% no recibe apoyo alguno, lo que implica que debe ampliarse la cobertura de atención en la salud, para paliar un poco la necesidad de recursos.

### 9. ¿Se llevan a cabo en la comunidad actividades preventivas de salud sobre la IRC?

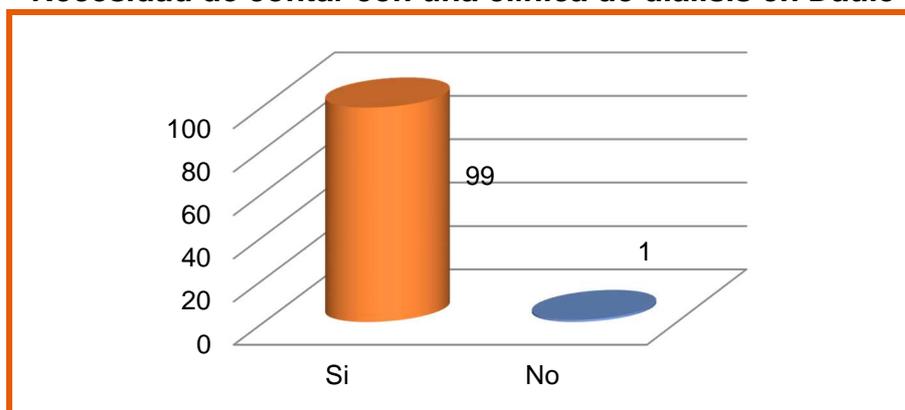
**Figura N° 21:  
Acciones preventivas de salud sobre IRC**



Solamente el 8% de los encuestados conoce la existencia de actividades de prevención sobre esta enfermedad. Se hace presente nuevamente la necesidad de difusión de todo lo relacionado con esta dolencia.

**10.¿Le gustaría que exista una clínica de diálisis en Daule?**

**Figura N° 22:  
Necesidad de contar con una clínica de diálisis en Daule**



Conocido brevemente en qué consiste la IRC y sus posibles formas de prevención, las personas encuestadas opinaron que sí sería necesaria una clínica en esta localidad, a donde acudir para su tratamiento.

**11.¿Cuánto gasta para movilizarse a la ciudad de Guayaquil cuando acude a recibir atención médica? ¿con qué frecuencia?**

**Tabla N° 18:  
Costos y frecuencia de movilización para atención de IRC**

Movilización	Cantidad	Usuarios
Gasto en dólares	15	44
	25	32
	50	17
	Otra	7
Frecuencia de viaje	Diario	55
	Semanal	34
	Mensual	9
	No viaja	2

El costo es alto y la frecuencia también lo es, cuando ese tiempo y dinero pueden muy bien invertirlo en mejorar su calidad de vida, si contaran con la unidad médica en su localidad, propuesta en esta investigación.

## 4.2 ANÁLISIS SOCIO-ECONÓMICO DE LOS HABITANTES DE DAULE

Debido a los cambios de la Constitución Política del Ecuador 2008 y el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013, se ve la necesidad de la creación de una clínica de diálisis, por la demanda que la población presenta a nivel de salud. Además Daule está creciendo, muchas empresas están instalándose en este cantón, y debería tener su propio centro de salud y unidades de especialidades para cualquier clase de emergencia que surja.

**Tabla N° 19:  
Variables generales para el análisis socio-económico**

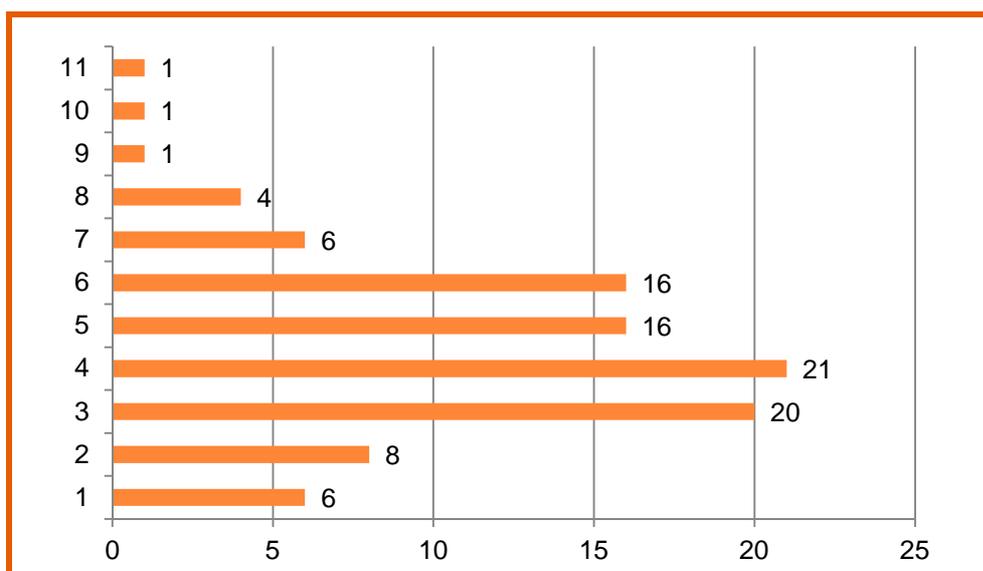
<b>Variable</b>	<b>Descripción</b>	<b>Usuarios</b>
Sexo	Masculino	52
	Femenino	48
Rango de edad	19-29	18
	30-39	28
	40-49	20
	50-59	13
	60-69	15
	70-79	6
Estado civil	Soltero/a	16
	Unión libre	44
	Casado/a	31
	Separado/a	5
	Viudo/a	1
Situación laboral	Trabaja	41
	Desempleado	45
	Discapacitado	14

De la **Tabla N° 19** se desprende que:

- El mayor número de usuarios con problemas y enfermedades corresponde al sexo masculino, en un 52%. Se asumiría que ello ocurre debido al descuido en sus hábitos alimenticios e ingestión de licor y tabaco que le afecta a su organismo y conlleva a desencadenar enfermedades.
- En lo que respecta a la edad de los encuestados que presentan este problema de salud, los tres porcentajes más altos de edad se encuentran en el rango de 30-39 (28%), de 40-49 (20%) y de 19-29 (18%), en ese orden, lo que pudiera ser resultado de la falta de conocimiento sobre prevención y tratamiento del IRC.
- Un gran porcentaje de pobladores se encuentran en unión libre (44%), el 31% son casados y los que están solteros son el 16%; un 5% está separado y 1% viudo. Ello da un 75% que vive en familia lo que da una idea de a cuántos de su entorno afecta cada paciente que sufre de esta dolencia.
- Con relación a la situación laboral de los encuestados, un total de 41 trabajan, nivel casi similar a las personas desocupadas (45), los 14 restantes tienen alguna capacidad especial; ello confirma que se necesitan clínicas especializadas o lugares que ofrezcan servicios gratuitos, en convenios con instituciones de salud y el IESS. El gran porcentaje que se va encontrar es seguro campesino.

## 1. Número de integrantes por grupo familiar

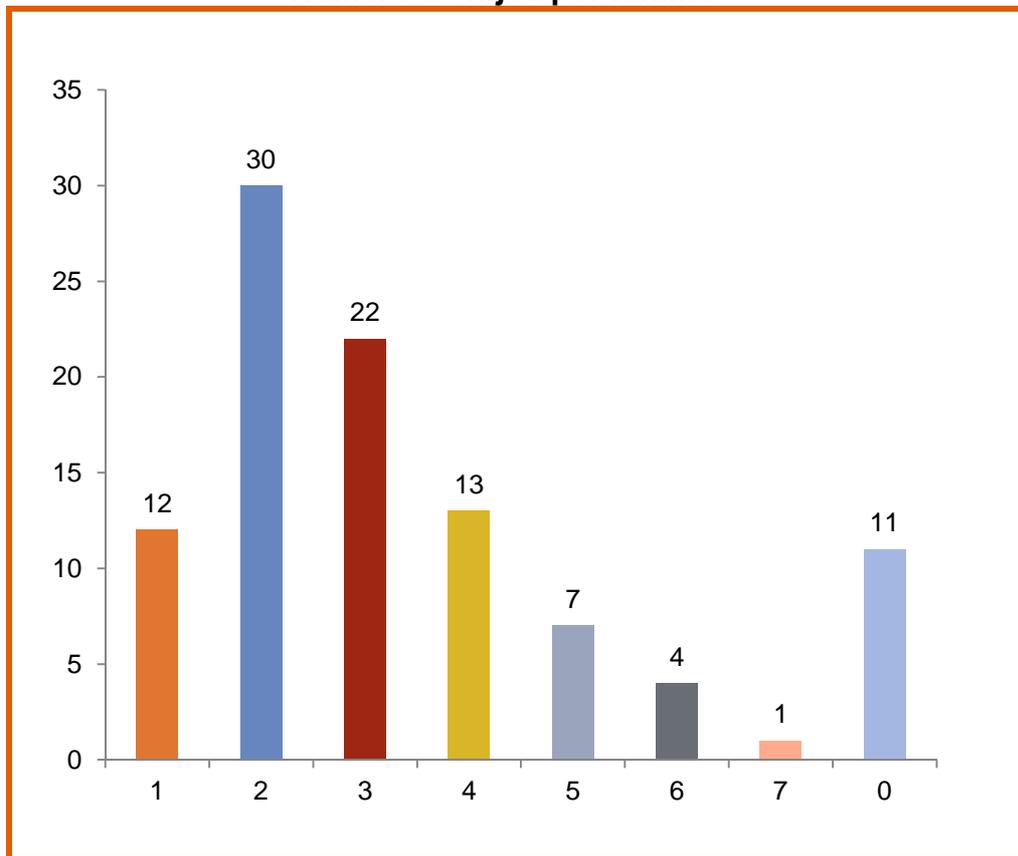
**Figura N° 23:**  
**Cantidad de personas que integran el grupo familiar**



El eje de las X representa el número de familias, y el eje de las Y corresponde a la cantidad de personas que conforman el grupo familiar, por ejemplo: 21 familias están formadas por 4 integrantes, seguidos de 20 con 3 integrantes por vivienda; le siguen 16 que están conformadas por 6 y 5 integrantes, respectivamente; sin embargo, llama la atención que 6 familias cuenten 7 integrantes y peor todavía es el hecho de que una familia pueda tener 9, 10 u 11 integrantes, por vivienda, lo que seguramente representará un esfuerzo mayor cuando se trata de destinar recursos familiares para atender a sus pacientes.

## 2. Cantidad de hijos por familia

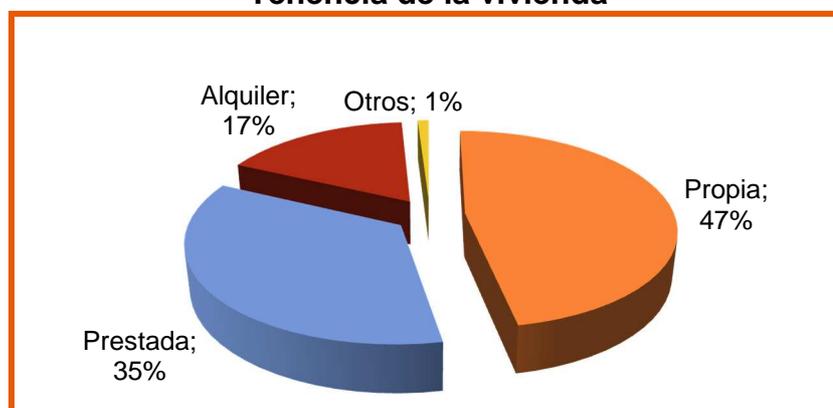
**Figura N° 24:  
Número de hijos por familia**



En el eje de las X se muestra la cantidad de hijos y en el eje de las Y el número de familias, llama la atención en el gráfico que de los encuestados, uno pertenece a una familia con 7 hijos, 4 tienen 6, 7 tienen 5. Ello significa que los recursos se hacen más limitados, no solamente porque tienen que destinarlos para movilización y atención médica del paciente, sino que además deben marginar un monto para alimentación, educación y manutención de todos los integrantes de la familia.

### 3. Vivienda

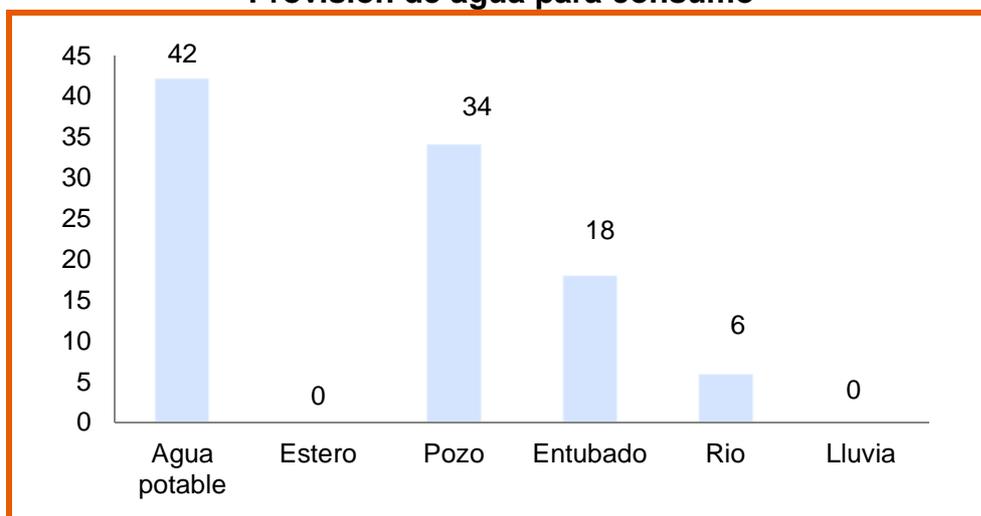
**Figura N° 25:  
Tenencia de la vivienda**



El 47% sí cuenta con vivienda propia, el 35% vive en casa prestada de familiares o amigos y el 1% tiene vivienda durante el tiempo que labore.

### 4. Provisión de agua potable

**Figura N° 26:  
Provisión de agua para consumo**

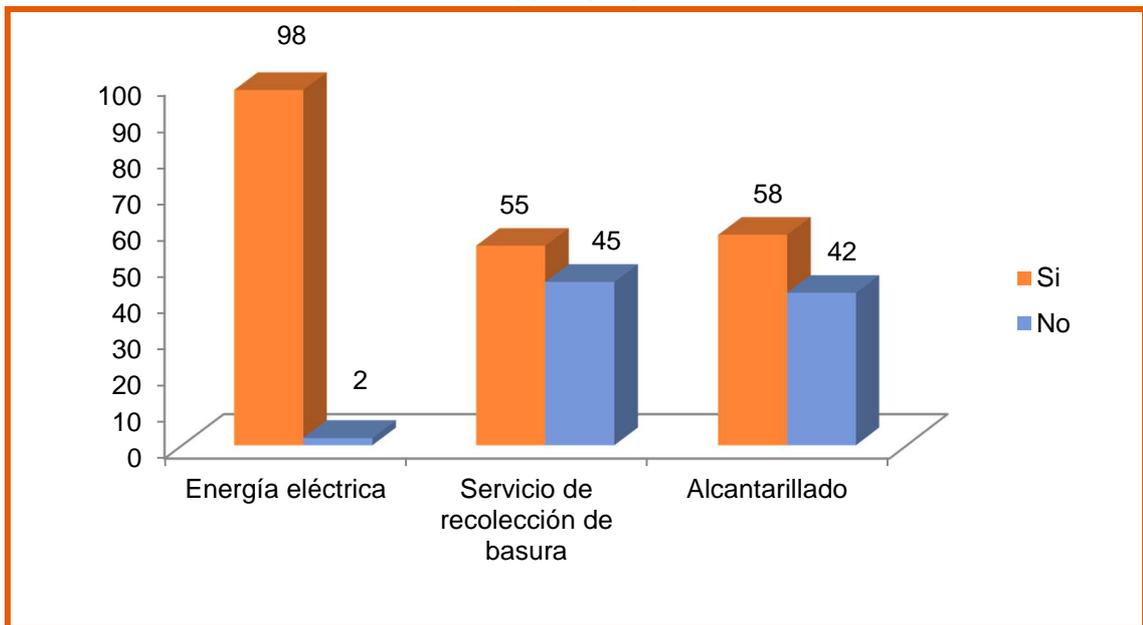


Del total de encuestados, 42 disponen de agua potable mediante tanquero, 34 se abastecen de agua de pozo, a 18 les llega el agua a su casa por tubería que instalan, y un 6 se abastecen del agua del río.

**Tabla N° 20:  
Provisión de otros servicios básicos por familia**

<b>Descripción</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>5. Energía eléctrica</b>	98	2
<b>6. Servicio de recolección de basura</b>	55	45
<b>7. Alcantarillado</b>	58	42

**Figura N° 27:  
Provisión de energía eléctrica, recolección de basura y alcantarillado sanitario**

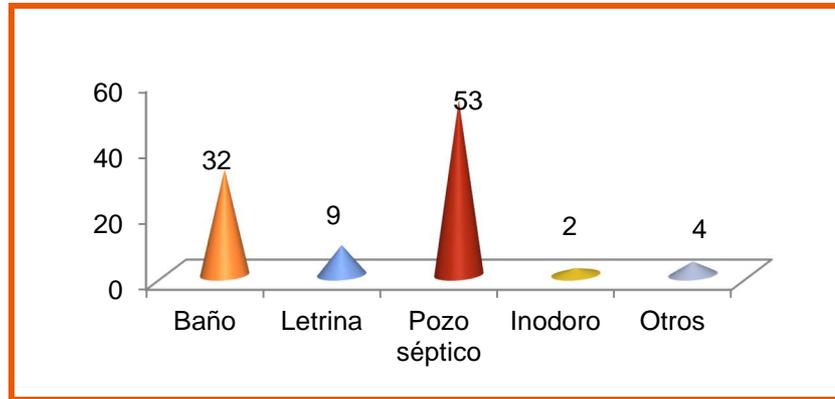


Aun cuando la mayoría de los encuestados aseguran contar con energía eléctrica, es importante anotar que casi para la mitad de ellos es ineficiente la recolección de basura y alcantarillado sanitario, estos dos últimos aspectos inciden en muy alto grado el nivel de salubridad de las familias y sus posibles efectos en la salud.

En lo que tiene que ver con el desecho de la basura, de ese 45% no atendido, aseguran que la queman en su patio o la botan al río, ambas acciones afectan al ecosistema y, por ende, a la salud.

## 8. Vía de desechos

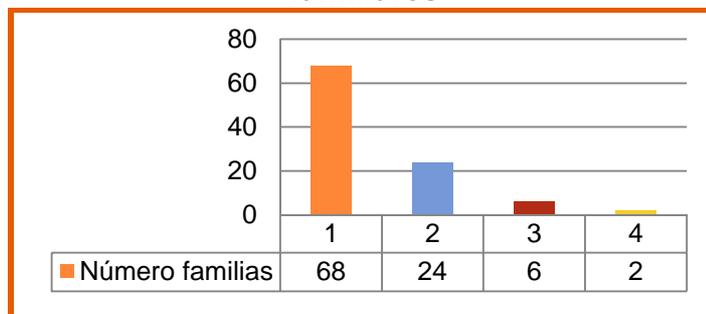
**Figura N° 28:  
Vía de desechos**



Los resultados presentados en esta figura confirman lo expuesto en la figura 27, en cuanto a la disposición de una red de alcantarillado sanitario, ya que las familias deben buscar formas de eliminar los desechos orgánicos, sea a través de un pozo séptico o letrinas que son construidas por ellos mismos. Cabe resaltar que estas formas de desecho también afectan a la salud de los integrantes de las familias, lo que ahonda más la problemática de prevención y tratamiento de enfermedades.

## 9. Cuántas familias comparten el hogar

**Figura N° 29:  
Número de familias que comparten su hogar con otros grupos familiares**

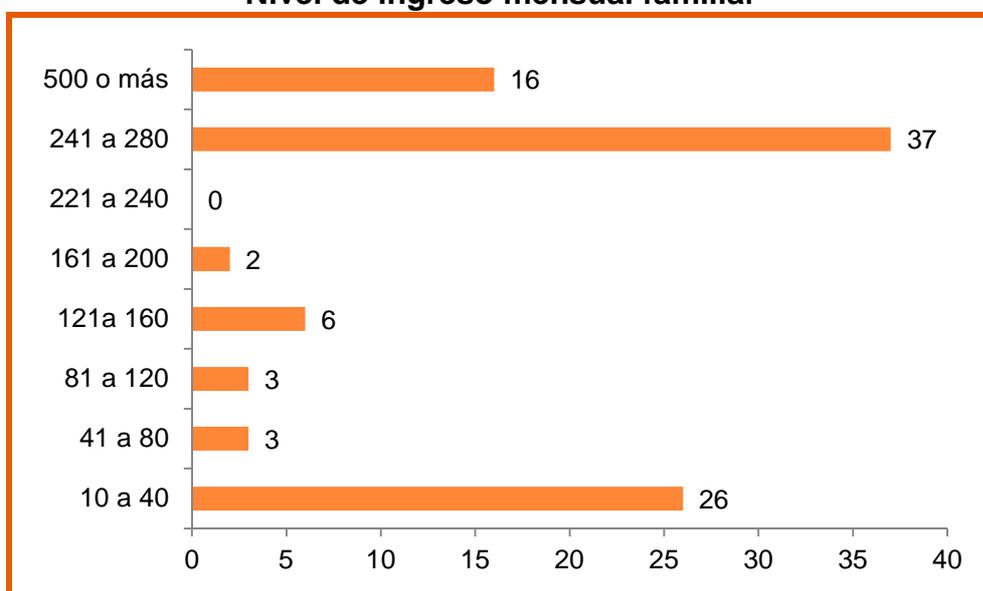


Los resultados indican que un 68% no comparten su vivienda. El 24% residen 2 familias en una vivienda, el otro 6% ocupan 3 familias y un 2%

comparte la casa 4 familias. De ese 68% se entiende que solamente habría un ingreso económico de la familia; mientras que de los otros casos el ingreso proviene de diferentes integrantes de los otros familiares y cubriría los gastos por necesidades básicas y otros elementos de supervivencia familiar.

## 10. Ingreso mensual familiar

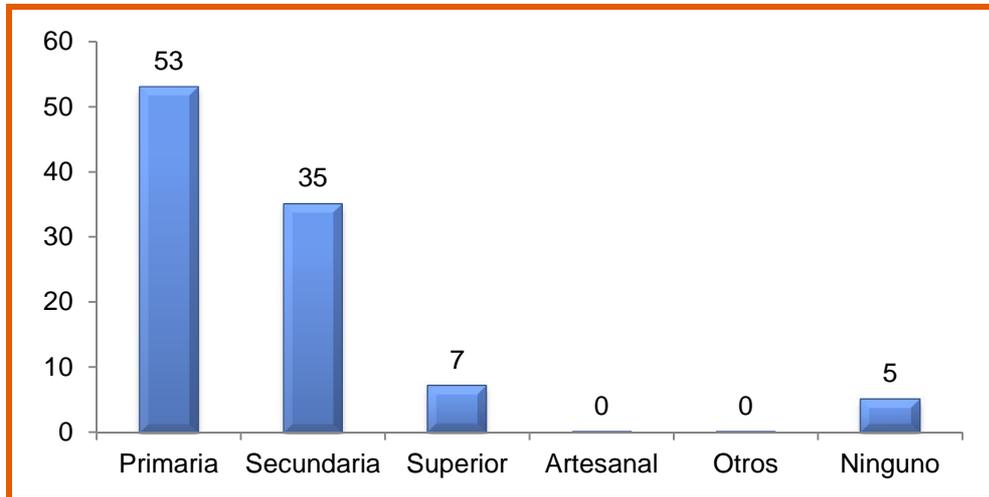
**Figura N° 30:  
Nivel de ingreso mensual familiar**



Se aprecia que 37 encuestados tienen un ingreso familiar mensual entre 241 y 280 dólares, mientras que 26 familias apenas cuentan con un ingreso entre 10 y 40 dólares mensuales, esto considerando los extremos que más llaman la atención; lo cual confirma que el nivel de ingreso es relativamente bajo como para afrontar enfermedades de alto riesgo y de alto costo.

## 11. Escolaridad

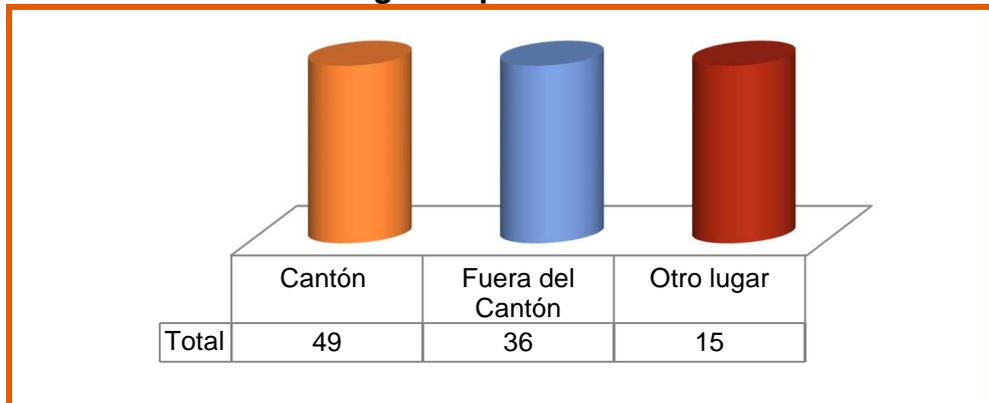
**Figura N° 31:  
Nivel de escolaridad**



El cuadro muestra que los usuarios investigados apenas tienen nivel primario (53) y secundario (35), ello se deriva que se los considere mano de obra no calificada, con bajos salarios que no permiten la satisfacción de necesidades básicas del grupo familiar, peor para cubrir el traslado a otra localidad para recibir atención médica especializada.

## 12. Si vive en el cantón o de dónde procede

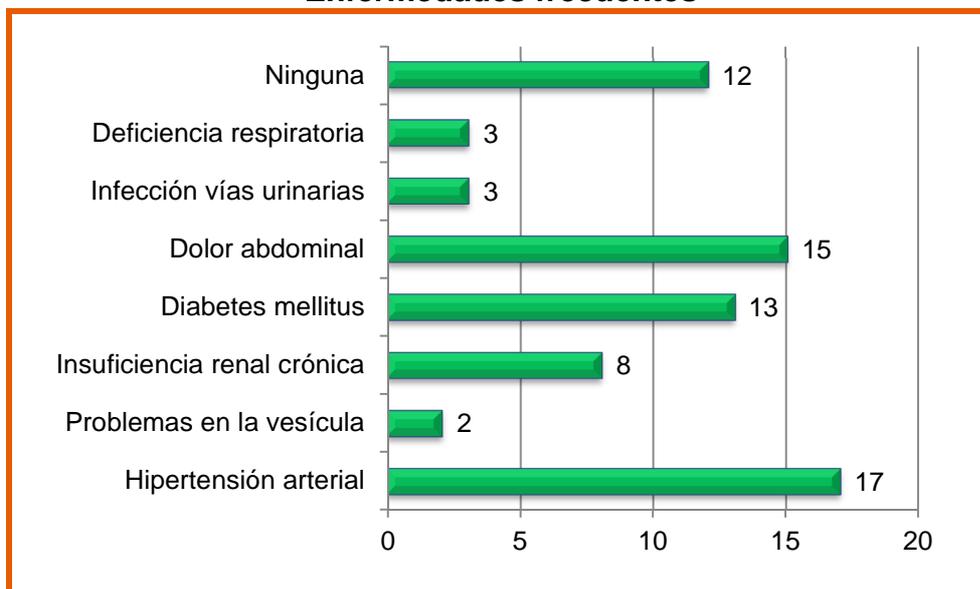
**Figura N° 32:  
Lugar de procedencia**



En la encuesta realizada en el estudio de campo, demuestra que los usuarios que necesitaron la atención son de la misma comunidad (49) seguido de recintos cercanos como son Santa Lucia, los Recintos Flor de María, Cabuyal, la capilla, Higuerón, Porvenir, San Gabriel, Candilejos, y la Fortuna (36) y los que vienen fuera de la localidad (15), por ejemplo, Salitre, Pedro Carbo, Nobol y Petrillo, principalmente. Esto significa que la insuficiencia de centros de salud para atender a los pacientes con IRC afecta no solamente a los habitantes del cantón Daule sino de muchas áreas geográficas cercanas a este cantón.

**13. Enfermedad durante los últimos meses, de usted, o de algún miembro de su familia, Menciónelas:**

**Figura N° 33:  
Enfermedades frecuentes**



Mayormente se reconoce que la hipertensión arterial, el dolor abdominal y la diabetes mellitus son enfermedades que aquejan a las personas, le sigue en orden la IRC. La insuficiencia en la atención en salud y la poca disponibilidad de recursos agravan la situación en general de los pobladores.

## **CAPÍTULO 5**

### **DISEÑO ORGANIZACIONAL DEL CENTRO DE HEMODIÁLISIS DEL CANTÓN DAULE**

La tendencia actual de organización y administración de las empresas y el estado permanente de competitividad hace que, independientemente de la función o del propósito de existencia de una institución, ésta deba contar con una estructura organizacional básica por un lado, y específica por otro, esto es, como toda empresa, debe contar con un equipo de base que se constituye en los pilares para sustentar el funcionamiento especializado.

Así, los centros de diálisis no escapan a esta tendencia, sobre todo porque su organización interna permite ofrecer el servicio que el usuario requiera, manteniendo el compromiso de calidad y mejora continua para ofrecer la satisfacción de necesidades de sus pacientes. Por ello, en este capítulo se describe los elementos estructurales y organizacionales necesarios para que el centro de diálisis, objeto de esta investigación, funcione eficientemente.

#### **5.1 GESTIÓN ESTRATÉGICA**

Para que el centro de diálisis funcione de manera eficiente y cumpla con la función orientadora de su creación, es necesario realizar, como punto de partida, un análisis de situación actual que dé paso al establecimiento de su misión, visión y valores.

##### **5.1.1 Diagnóstico de situación actual**

Para realizar un diagnóstico se requiere conocer los antecedentes y situaciones que se presentan en el entorno específico del objeto de análisis, en este caso. De la aplicación de la matriz FODA se obtuvo un resumen que se presenta en la **Tabla N° 4**.

**Tabla N° 21:  
FODA de instituciones de diálisis**

<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Equipo médico especializado</li> <li>2. Personal operativo, de apoyo y de servicios altamente capacitados</li> <li>3. Equipo tecnológico sofisticado (en algunas áreas)</li> <li>4. Instalaciones modernas, funcionales y con ambiente acogedor</li> <li>5. Atención al cliente con calidez, calidad, eficacia y eficiencia</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alta tasa de crecimiento poblacional</li> <li>2. Alianzas estratégicas con otras instituciones</li> <li>3. Insuficiente cobertura pública y privadas</li> <li>4. Programas continuos de capacitación y especialización</li> <li>5. Políticas de Estado orientadas a la salud</li> </ol>
<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insuficiencia en cantidad de personal especializado, operativo de apoyo y de servicios</li> <li>2. Falta de liquidez</li> <li>3. Escasa capacitación</li> <li>4. Equipos tecnológicos desactualizados</li> <li>5. Incumplimiento de pagos por parte de contratantes</li> <li>6. Falta de equipamiento adecuado</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Altos costos de insumos médicos</li> <li>2. Casos de negligencia médica que llevan al cierre de clínicas</li> <li>3. Presencia de nuevas clínicas sin la suficiente especialización</li> <li>4. Cambio de políticas y leyes</li> <li>5. No aprobar el licenciamiento por parte del Ministerio de salud Pública</li> <li>6. Ausencia de pacientes y/o deserción por mala atención</li> <li>7. Falta de planes de emergencia</li> </ol>

Se hace necesario identificar los elementos mencionados en la **Tabla N° 21** de manera que permitan establecer las estrategias que permitan funcionar adecuadamente el centro de diálisis objeto de esta propuesta.

- **(F1, F2, F5 - O4, O5 - D1, D3)**

Establecer una estructura organizacional adecuada en donde el personal especializado pueda desarrollar sus actividades con calidad y calidez, aprovechando las oportunidades de capacitación y especialización apoyadas por las políticas gubernamentales,

- **(F3, F4, F5 - O1, O2, O3 - D2, D4, D5, D6 - A1)**

Establecer alianzas estratégicas con proveedores y otras instituciones que ofrezcan el mismo servicio con el fin de proveer al usuario el mejor servicio posible de prevención y tratamiento de enfermedades renales, a tiempo y a un costo adecuado

- **(F5 - A6)**

Diseñar programas de comunicación directa con los pacientes y sus familiares para involucrarlos en el proceso y evitar la deserción

## **5.1.2 Misión y visión**

El funcionamiento del centro de diálisis propuesto, tendría establecidos los siguientes lineamientos básicos:

### **5.1.2.1 Misión**

Ofrecer la oportunidad de mejorar su calidad de vida a pacientes que padecen de insuficiencia renal, a través de los servicios de diálisis ofrecidos por personal debidamente calificado, equipos de alto niveles tecnológicos basados en experiencia científica.

### **5.1.2.2 Visión**

Ser una clínica altamente competitiva en el tratamiento integral de Insuficiencia Renal Crónica a la mayor cantidad de pacientes, otorgándoles servicios óptimos que mejoren su calidad de vida y les permitan reinsertarse a la sociedad y a la población económicamente activa.

### 5.1.3 Objetivos, principios y valores

Aunado a la misión y visión del centro de diálisis, cabe establecer los objetivos principales hacia los cuales orientar los esfuerzos, los principios que regularán el funcionamiento de dicho centro y los valores que sostendrán el diario quehacer institucional:

#### 5.1.3.1 Objetivos

Dos principales objetivos guían la acción del centro:

- Ofrecer tratamiento de diálisis a los pacientes que así lo requieran, de acuerdo con el diagnóstico establecido basado en evidencia científica.
- Convertirse en un centro de educación e investigación sobre el campo de las enfermedades renales

#### 5.1.3.2 Principios

Los principios a tener siempre presentes por quienes hacen el centro son:

- **Ética y moral:** Todo el accionar de los profesionales y el personal que labore en el centro de diálisis deberá estar orientado a mantener un alto nivel de ética social y médica, y la moral que debe regir en el diario quehacer del servicio de salud.
- **Respeto y toma de decisiones:** Los pacientes (y/o sus familiares) tienen derecho a rechazar cualquier alternativa de tratamiento, pero para ello le deben haber sido explicadas ampliamente las ventajas y desventajas del mismo.

- **Beneficio:** Toda alternativa de tratamiento del paciente debe estar basado en que el beneficio esperado debe ser superior al riesgo al que es sometido el paciente con dicho tratamiento.
- **Trato justo y solidario:** Todas las personas tienen derecho a ser atendidas en cuanto a su solicitud de atención, independientemente de su raza, sexo, condición social o económica o cualquier otro elemento que pudiera generar discriminación.

### 5.1.3.3 Valores

Los principales valores se detallan a continuación:

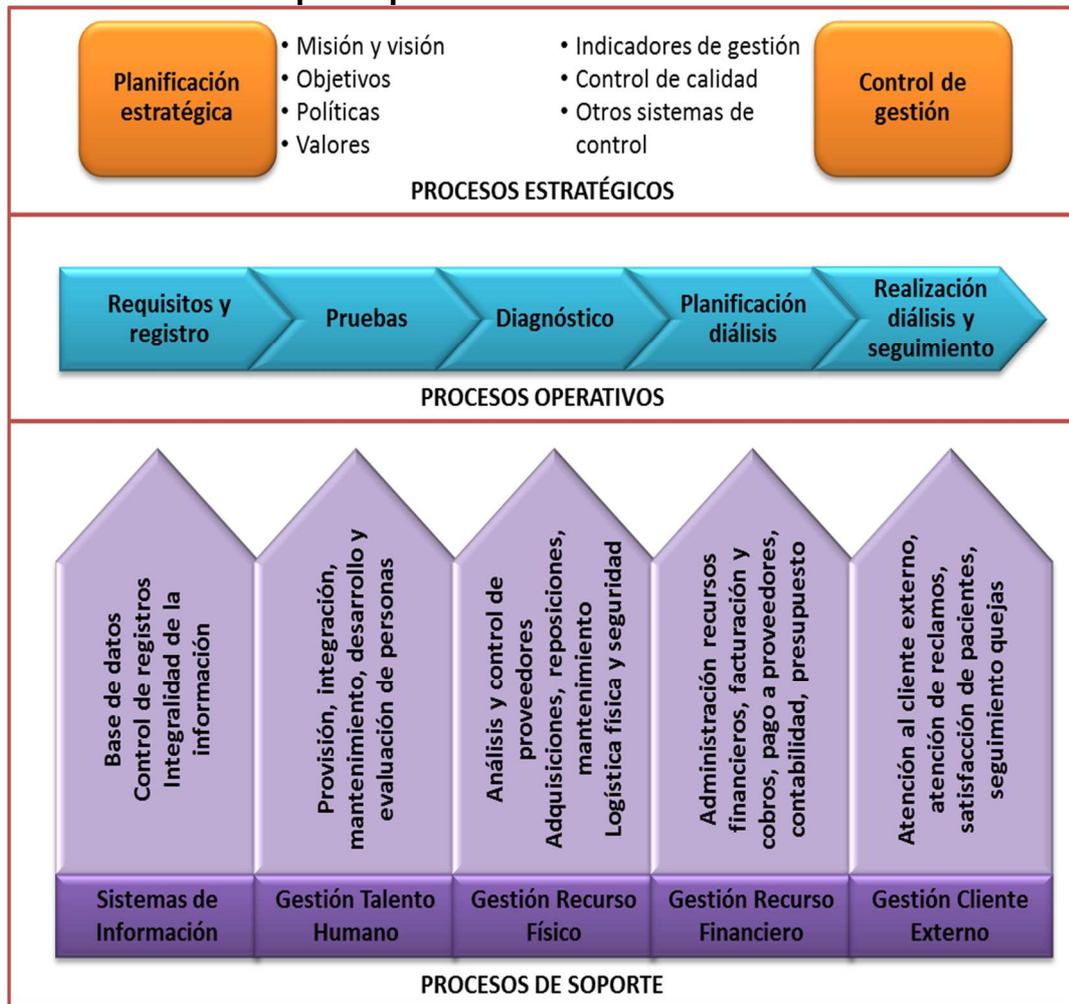
- **Confianza:** Ofrecer seguridad firme sobre el desempeño profesional, basada en la experiencia y los conocimientos adquiridos en el tema.
- **Paciencia:** Tener actitud de tranquilidad ante la necesidad del paciente de conocer sus dolencias y dificultades de salud.
- **Espíritu de servicio:** Desarrollar un alto nivel de pasión por lo que se hace con respecto a la atención del paciente y las necesidades de información de sus familiares.
- **Honestidad:** Ser decente, razonable, justo y honrado en todo lo que hace y siente, manteniendo siempre en alto nivel el respeto a la verdad.
- **Entusiasmo:** Demostrar empeño e interés en el cumplimiento de la tarea encomendada.

- **Innovación:** Ser capaz de desarrollar ideas para mejorar el servicio o establecer nuevas formas de cumplir con su tarea.
- **Responsabilidad:** Cumplir con sus obligaciones y responder por resultados.
- **Trabajo en equipo:** Desarrollar tareas en forma coordinada con los otros integrantes del equipo, buscando resultados óptimos.
- **Productividad:** Lograr los resultados esperados con una relación óptima entre los recursos utilizados y el tiempo utilizado para obtenerlos.
- **Puntualidad:** Lograr el cumplimiento de una obligación o de un ofrecimiento en términos de tiempo, calidad y resultados.
- **Disciplina:** Cumplir y hacer cumplir las reglas, órdenes, procesos en términos de lograr los resultados con calidad que esperan los pacientes o beneficiarios.

## 5.2 GESTIÓN POR PROCESOS

Con el fin de alcanzar los objetivos del centro, es necesario identificar las actividades que se cumplen a lo interno, para ello, han sido agrupadas por “proceso” manteniendo la visión sistémica de la atención en salud, tal como se muestra en la **Figura N° 34**.

**Figura N° 34:**  
**Mapa de procesos del centro de diálisis**



ELABORACIÓN: La Autora  
FUENTE: SEDEN (s/f)

De acuerdo con la **Figura N° 34**, se identifican tres niveles de procesos: los **estratégicos** que son aquellos que permiten cumplir la misión y la visión y son los que generalmente son desarrollados por funcionarios que tienen asignado un alto nivel jerárquico en el centro. Los **operativos** son aquellos que tienen impacto directo en los clientes externos, están relacionados con los objetivos del centro. Finalmente, los **de soporte** son los que permiten que el resto del centro funcione, están dentro de las funciones básicas y tienen relación directa con el cliente interno (Gutiérrez Guillén & Chaín de la Bastida, s/f).

### 5.3 GESTIÓN FINANCIERA

En esta sección se muestra algunas pautas para el funcionamiento del centro de diálisis, en lo relacionado con la inversión y actividades logísticas.

**Tabla N° 22:**  
**Monto de inversión para la instalación del centro de diálisis**

Rubros	Cantidad	Costo individual	Costo total
Terreno	1	80.000	80.000
Rellenos del Terreno	1	100.000	100.000
Infraestructura 601 m <sup>2</sup> x \$450 cada m <sup>2</sup>	1	270.450	270.450
Equipos médicos e insumos	1	277.225	277.225
Sillones reclinables	12	1.200	14.400
Balanza	1	1.200	1.200
Generador Eléctrico	1	18.000	18.000
Planta de tratamiento de agua: Osmosis inversa 5 membranas, 2 tanques de presión 3 lechos filtrantes 2 bombas de succión y 2 distribución.	1	25.000	25.000
Coche de paro pintado	1	1.000	1.000
Esterilizador A.I. STAR DRY 15 litros	1	850	850
Central de aire acondicionado (12 aires)	1	24.000	24.000
Central de teléfono con 2 líneas y 10 teléfonos	1	2.500	2.500
Tubería para sala de diálisis	1	8.500	8.500
Refrigeradora y vitrina congelador	1	4.500	4.500
Cama eléctrica 2 motores Century y colchón	1	1.400	1.400
Silla de rueda G. F. negra pie abatibles	4	219	876
Lavadora y secadora	2	1.350	2.700
Televisores	4	600	2.400
Tacho de basura pequeños (10) y grandes (10) para toda la unidad	1	580	580
Equipos de oficina	1	6.000	6.000
Computadoras e impresoras	10	750	7.500
Escritorios	7	299	2.093
Casillero para pacientes y empleados de 12 P	4	960	3.840
Tandem 3 asientos cromados (para espera de familiares de los pacientes)	6	186	1.116
Archivadores aéreos	7	135	1.350
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>826.904</b>	<b>857.480</b>

Nota: Las Máquinas de Hemodiálisis en comodato por compra de kit de hemodiálisis (12) Debe cumplir un máximo veinticinco mil horas de uso, para sustituirla por otra.

Se ha proyectado la inversión de una compra de terrenos de 10.400 m<sup>2</sup> (80 x 130 m) por el costo de 80.000 mil dólares en donde se construiría el centro de diálisis de 601 m<sup>2</sup> x \$450 por m<sup>2</sup> dando el costo de 270.450 dólares y cuya inversión en equipamiento exclusivamente para el tratamiento de hemodiálisis sería de 54.550 dólares para dotar a los usuarios de iguales y mejores condiciones de otros centros en cualquier ciudad del país. Para el efecto su ubicación estratégica es en la vía Daule-Santa Lucía, en base a un estudio previo de factibilidad donde se privilegia accesos directos, condiciones y medios adecuados.

En la **Tabla N° 22** se muestra los rubros y valores de inversión que corresponde a cada uno.

## **5.4 GESTIÓN OPERATIVA**

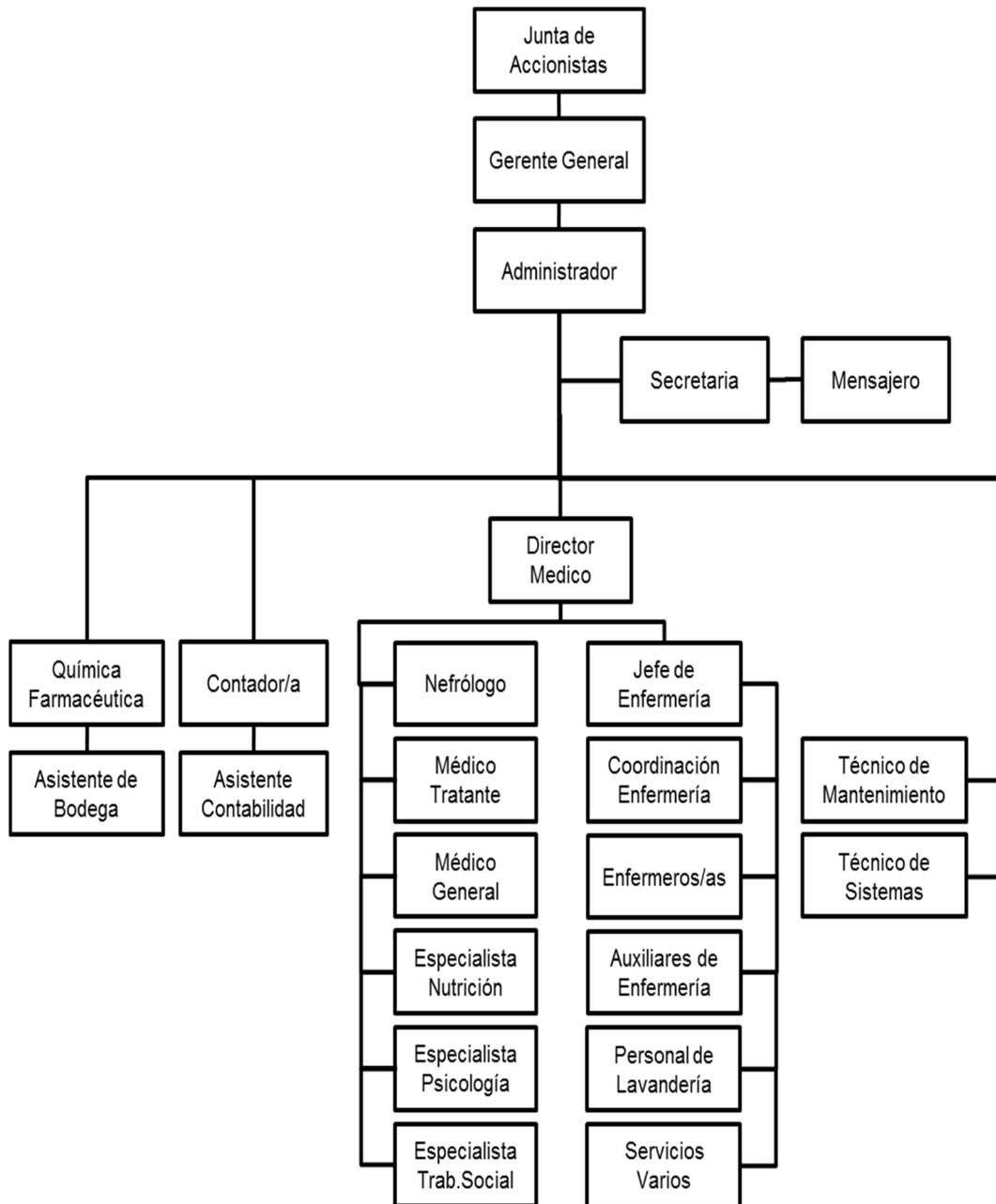
La gestión operacional del centro de diálisis establece como base tanto el equipo de colaboradores así como la oferta de los servicios por parte del centro de diálisis a ser ubicado en la vía Daule-Santa Lucía.

La **Figura N° 35** muestra el organigrama del centro de diálisis.

### **5.4.1 Requerimiento de personal**

Para atender el esquema organizacional, tal como ocurre con cualquier tipo de empresa, la base de operaciones está en manos de los colaboradores, por ello, se considera ciertos valores dentro del esquema operativo (ver **Tabla N° 23**).

**Figura N° 35:**  
**Organigrama propuesto para el Centro de Diálisis**



Nota: el organigrama tiene carácter "funcional", esto es, no muestra niveles jerárquicos sino relaciones de trabajo según tareas

FUENTE: clínica de Diálisis SERDIDYV S.A.  
 Elaborado: La autora

**Tabla N° 23:**  
**Requerimientos de personal para funcionamiento del centro de diálisis**

<b>Personal</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo individual</b>	<b>Costo mensual</b>
<b>Personal Operativo</b>			
Gerente General	1	387,67	387,67
Administrador	1	358,26	358,26
Director Médico	1	387,67	387,67
Nefrólogo	2	387,67	775,34
Médico Tratante o General	3	387,67	1163,01
Jefe de Enfermería	1	387,67	387,67
Licenciado/a Enfermería (1 por cada 6 pacientes) (incluye Coordinador/a por turno)	6	383,62	2301,72
Auxiliar de Enfermería (1 por cada 12 pacientes)	3	374,78	1124,34
Psicólogo/a	1	385,08	385,08
Nutricionista	1	379,20	379,20
Trabajador/a Social	1	352,85	352,85
Químico-Farmacéutico/a	1	385,08	385,08
Técnico/a de Mantenimiento	1	374,78	374,78
Auxiliar de Servicios Varios	3	340,34	1021,02
Personal de Lavandería	1	340,34	340,34
<b>Personal Administrativo</b>			
Secretaria	1	347,45	347,45
Asistente de Bodega	1	344,59	344,59
Mensajero	1	344,59	344,59
Técnico/a de Sistemas	1	354,55	354,55
<b>Personal Financiero</b>			
Contador/a	1	352,85	352,85
Asistente de Contabilidad	1	347,45	347,45
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>\$7.704,16</b>	<b>\$12.215,51</b>

Nota: se ha tomado en consideración el salario mínimo establecido por el organismo gubernamental. La política interna como empresa privada puede establecer rango de comisión de acuerdo al nivel de responsabilidad y resultados de cada uno de los funcionarios de los diferentes niveles jerárquicos.

ELABORACIÓN: La Autora

FUENTE: (Ministerios de Relaciones Laborales, 2014)

## 5.4.2 Cartera de servicios

La siguiente es la cartera de servicios a ofrecer a la comunidad, a través del centro de diálisis:

- Venta de Servicios de Hemodiálisis
- Cirugía puesta de catéter y fistula
- Farmacia
- Consulta Especializadas:
- Consulta psicológica,
- Rayos X

## 5.4.3 Recomendaciones para el funcionamiento

Como toda institución que inicia funciones, aun cuando exista un mercado cautivo, se debe establecer algunas estrategias que permitan seguir funcionando sin perder de vista la función principal del proyecto:

- **Evitar el crecimiento rápido.** La necesidad de crecimiento de un negocio es importante, pero en el caso de una clínica pudiera presentar conflictos de sobre-expansión lo que presentaría problemas para mantener en alto índice la atención a los pacientes y sus familiares. El crecimiento debe darse paulatinamente a medida que se expanden las posibilidades de recursos disponibles. Así también, cuando inicie el funcionamiento de la clínica, que con base a las necesidades que va a cubrir no requeriría de mayor planeamiento de mercado, cada paciente o familiar son derivados por los propios hospitales o por referencias de médicos y allegados lo que hace que no requiera mayor estrategia de marketing sino solamente el excelente servicio y calidad como carta de presentación en el medio externo. Por ello, el paciente que ha sido referido a las clínicas de diálisis, tiene la opción de seleccionar la más conveniente en base a ubicación

geográfica únicamente, porque los costos son cubiertos por la entidad gubernamental correspondiente o por el seguro médico privado.

- **Llevar un control estricto de las finanzas.** Asumir demasiadas deudas en función de un futuro ingreso es un gran error. A medida que se va creciendo puede, de acuerdo a lo planificado, buscarse nuevos financiamientos para ampliar los servicios o la infraestructura. Mientras, se debe evitar los gastos excesivos que pudieran llevar a un alto nivel de endeudamiento.
- **Mantener en reserva un cierto índice de liquidez.** Se debe estar preparados a las posibilidades de incremento en costos de insumos, impuestos, etc.
- **Contar con equipo gerencial y operativo de alto nivel.** Mantener en la planta operativa a colaboradores sin preparación o incompetentes puede llevar al centro al fracaso. Además es importante contar con personal, además de calificado, debidamente motivado y comprometido, que conserven y observen los valores enunciados anteriormente, para ayudar a sacar adelante el centro

#### **5.4.4 Resultados esperados**

Como toda institución de servicios, debe determinarse ciertas pautas de funcionamiento, algunas de ellas se mencionan a continuación:

- Estándares de cumplimiento, tanto a nivel operativo como gerencial, de manera coordinada entre departamentos, buscando disminuir o eliminar las posibles barreras interdepartamentales que se podrían formar con el quehacer diario

- Diseño de programas para aplicación de acciones correctivas, sin lesionar el clima interno, siempre buscando el mejoramiento continuo de los procesos con el fin de incrementar la satisfacción del cliente externo
- Procesos internos actualizados, en caso de ser necesario, orientándolos hacia la calidad del servicio
- Programas de inducción, reinducción e integración del personal con el fin de establecer un clima de trabajo armónico que beneficie tanto al cliente interno como al externo
- Políticas de mejoramiento continuo de la calidad, difundirlas ampliamente entre todos los niveles jerárquicos
- Programas de capacitación formal, tanto a nivel de especialización como operativa, como parte del crecimiento profesional de los colaboradores
- Programas de ampliación de servicios, en la medida de lo posible, buscando ofrecer atención de primera instancia y especializada.

## **CAPÍTULO 6**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Como parte del resultado de esta investigación y respondiendo a lo planteado originalmente, a continuación se presenta las siguientes conclusiones y recomendaciones:

#### **6.1 CONCLUSIONES**

Debido a las condiciones de vida de la población, en general, las enfermedades de todo tipo se hacen presentes en personas de cualquier edad, condición social, etc., y, en cuanto a las enfermedades renales, objeto de esta investigación, se ha demostrado que un alto porcentaje (0,1%) padece de IRC. Los tratamientos principales, diálisis y hemodiálisis, son una necesidad frecuente lo que hace necesario contar con unidades médicas que contribuyan a aliviar estas dolencias.

Los hospitales del IESS y del MSP no abastecen la demanda actual y, a medida que avanzan estas dolencias, se convierten en un punto crítico en lo que a atención de la salud se refiere.

La población, concretamente de Daule y sus alrededores, requieren disponer de recursos económicos altos para su movilización y atención médica en otras localidades, lo que en algunos casos se deriva en deserción en la búsqueda de tratamiento, y hasta fallecimientos.

Los tipos de tratamiento son conocidos por pocas personas que padecen el IRC y/o de sus familiares, lo cual hace más difícil la intervención del sistema de salud por resistencia de pacientes que no dan importancia al tratamiento.

En su mayoría, las personas que acuden a estos centros, desconocen las causas y consecuencias de una deficiencia renal, debido a que no están informados adecuadamente sobre estos temas de salud. Muchos se enteran de su deficiencia cuando acuden por un simple dolor abdominal (por ejemplo) y, al ser valorados y su caso no puede ser manejado en las casas de salud de Daule, deben ser remitidos a un centro especializado en donde le diagnostican su enfermedad.

En general, en la mayoría de los casos de IRC se encontró que la diabetes y la hipertensión arterial son las dos causas más comunes. Eso se demostró en la pregunta 13 de la encuesta socio-económica, sección salud.

Otras afecciones que han provocado en estos pacientes la deficiencia renal fueron: trastornos auto-inmunitarios (lupus eritematoso sistemático y esclerodermia), anomalías congénitas en los riñones, ingesta de químicos y alcohol, cálculos renales, infección, entre otros.

El poco cuidado de la salud, debido al desconocimiento de causas y efectos de las enfermedades en general, hacen necesario que la localidad cuente con una institución de salud especializada que ayude a disminuir la problemática que engloban las enfermedades denominadas “silenciosas” y que al final llevan a consecuencias mayores por no ser diagnosticadas a tiempo.

Este problema genera salida de dinero y uso de un tiempo importante para los afectados, debido a que los pacientes y sus familiares deben trasladarse a centros de salud de otras localidades para realizar su tratamiento (tres veces por semana, en el mejor de los casos), lo cual disminuye su calidad de vida.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

La propuesta de este proyecto es para tratar de contribuir con la comunidad y con los usuarios que requieren el servicio de tratamiento de hemodiálisis con diagnóstico de Insuficiencia renal Crónica.

Se requiere, además, hacer una difusión más amplia de las causas y los efectos de estas dolencias, de manera que sean identificadas a tiempo y los mismos pacientes busquen el tratamiento, sea de prevención o de corrección.

Se debe buscar el involucramiento de los pacientes y familiares al programa de prevención o corrección, como forma de mejorar sus condiciones de vida y de quienes los rodean. Se debe recordar que en cada grupo familiar, si hay un paciente con deficiencia renal, todos los integrantes son afectados de una u otra manera. El apoyo familiar es importante y eso es lo que hay que resaltar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- INEC. (2010). Recuperado el 25 de 09 de 2012, de Censo de población y vivienda .
- Arias, F. G. (2006). *El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica*. Caracas: Episteme.
- Barquín Calderón, M. (2002). *Gerencia Hospitalaria* (7ma ed.). México, D.F.: Ingramex.
- Barquín Calderón, M. (2003). *Dirección de hospitales*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Barrios Casas, S., & Paravic Klijn, T. (2006). Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. *Rev. Latino-am Enfermagem*; 14(1), 136-141.
- Bernal Torres, C. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Pearson Educación de México, S.A. de C.V.
- Calvo Bruzos, S. (1991). *Educación para la salud en la escuela*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Cruz Chávez, J. C. (2009). Plan estratégico de relaciones públicas para un hospital médico. *Tesis Doctoral, Instituto Politécnico Nacional*.
- D'Alessio Ipinza, F. (2008). *El proceso estratégico: Un enfoque de gerencia*. Lima: Pearson Educación.
- Drucker, P. F. (2002). *La Gerencia en la Sociedad Futura*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Estrada Ramírez, R., & Fajardo Martillo, J. (2009). Proyecto de Inversión para la Creación de un Centro General de Hemodiálisis del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en la ciudad de Guayaquil. *Tesis de Grado, Facultad de Economía y Negocios, Escuela Superior Politécnica del Litoral*. Guayaquil, Ecuador.
- Estrada Ycaza, J. (1980). *Apuntes para una historia de Daule*. Quito: Museo Antropológico y Archivos, Banco Central del Ecuador.

- Franco G., Á. (2007). Globalización, gobernabilidad y salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia*, 24, 36-44.
- García Martínez, A., Sáez Carreras, J., & Escarbajal de Haro, A. (2000). *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán Ediciones S.A.
- Gobierno Nacional de la República del Ecuador. (2005). *Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <http://10.134.1.5:8080/xmlui/handle/123456789/795>
- Gobierno Nacional de la República del Ecuador. (2008). Constitución Política del Ecuador. Ecuador: Gobierno Nacional del Ecuador.
- Gobierno Provincial del Guayas. (s/f). *La Prefectura Guayas*. Recuperado el 16 de Octubre de 2012, de <http://www.guayas.gob.ec/cantones/daule>
- Grasso, L. (2006). *Encuestas. Elementos para su diseño y análisis*. Córdoba: Encuentro.
- Gutiérrez Guillén, E. J., & Chaín de la Bastida, J. L. (s.f.). *Gestión por procesos en un centro de hemodiálisis*. Obtenido de Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN): [https://www.seden.org/publicaciones\\_articulodet.asp?idioma=&pg=publicaciones\\_revistadet.asp&buscar=&id=16&idarticulo=68&Datapageid=9&intInicio=1#](https://www.seden.org/publicaciones_articulodet.asp?idioma=&pg=publicaciones_revistadet.asp&buscar=&id=16&idarticulo=68&Datapageid=9&intInicio=1#)
- Heinemann, K. (2003). *Introducción a la metodología de la investigación empírica: en las ciencias del deporte*. Barcelona: Paidotribo.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Jerez Cevallos, A. C. (2012). Alteraciones psicológicas frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica, del servicio de nefrología del hospital del IESS de la ciudad de Ambato en el período Septiembre 2011-Enero 2012. *Informe de Investigación, previo para obtener el título de Psicólogo Clínico, Universidad Técnica de Ambato*. Ambato, Ecuador.

- Kotler, P. (2001). *Dirección de marketing*. México, D.F.: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Loor Vera, L. J., & Velásquez Navarrete, M. C. (2012). Insuficiencia renal crónica en pacientes que acuden al servicio de medicina interna del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, en la ciudad de Portoviejo, durante el período de Junio a Septiembre del 2011. *Tesis de grado, previo a la obtención del título de Licenciado en Laboratorio Clínico, Universidad Técnica de Manabí*. Portoviejo, Ecuador: Repositorio UTM.
- López Oliva, M. O., Del Castillo Caba, D., & Fernández Fresnedo, G. (2009). Manejo de la anemia en la enfermedad renal crónica del paciente trasplantado renal. *Nefrología*, 29 (sup 1), 25-30.
- Lovelock, C. H. (1997). *Mercadotecnia de Servicios*. México: Prentice Hall, 3era Edición.
- Maceiras, L. (2002). Encuesta de satisfacción de Usuarios. *Revista de salud pública Educ Salud*, 28-33.
- Mezzano A., S., & Aros E., C. (2005). Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. *Revista Médica de Chile*, 133, 338-349.
- Ministerio de relaciones laborales (2014). *Remuneración mínima sectorial; comisión sectorial No.21 "actividad de salud"*. Tomado de <http://www.relacioneslaborales.gob.ec/salarios-minimos-sectoriales-2014/>
- Namakforoosh, M. (2005). *Metodología de la investigación*. México: Limusa.
- Narro Robles, J. (2001). Medición de la salud pública y de los servicios de salud. En J. R. De La Fuente, & R. Tapia Conyer, *La medición en salud a través de indicadores* (págs. 17-30). México, D.F.: Siglo XXI Editores, S.A. de C.V.
- Otero, L. M. (2002). Enfermedad renal crónica. *Colombia Médica*, 33 (1), 38-40.
- Porter, M. (2001). Ser competitivo. *Harvard Deusto Business Review; ESPECIAL 100*, 38-61.
- Porter, M. (2006). *Estrategia y ventaja competitiva*. Madrid: Deusto.

- Porter, M. (2008). Las cinco fuerzas competitivas que le dan forma a la estrategia. *Harvard Business Review*, 86 (1), 58-77.
- Reyes Ponce, A. (2004). *Administración Moderna*. México D.F.: Limusa.
- Robbins, S., & Coulter, M. (2010). *Administración*. México, D.F.: Pearson Prentice Hall.
- Ruiz Morales, Á., Gómez Restrepo, C., & Londoño Trujillo, D. (2001). *Investigación clínica: epidemiología clínica aplicada*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Sckell de Duarte, C. (2005). Rentabilidad de la hemodiálisis en el Hospital de Clínicas. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 38 (4), 30-37.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2009). *Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural*. Quito: SENPLADES.
- Soriano Cabrera, S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 24 (6), 27-34.
- Temes Montes, J. L. (2002). *Gestión Hospitalaria*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Vergara Quintero, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 41-50.
- Vicepresidencia de la República del Ecuador. (2012). Recuperado el 2013, de [http://www.vicepresidencia de la república.gob.ec](http://www.vicepresidencia.de.la.república.gob.ec)
- Villaruel, M., Medrano, M., Gómez Ugarte, M., Hinojosa, M., & Delma Villca, Y. (2009). Valoración del paciente pre y post-hemodializado con la determinación de urea y creatinina. *Revista de Investigación e Información en Salud*, 24-31.
- Williams, M. (2001). *Las Base Para Decisiones Gerenciales*. Bogotá: Quimbecor World, Undécima edición.
- Zapata Guerrero, E. E. (2006). *Marketing: ¿Ciencia o Arte?* Colombia: Revista Colombiana de Marketing.

## Glosario

- IRC** : Insuficiencia renal crónica.
- IRCT** : Insuficiencia renal crónica terminal.
- IRA** : Insuficiencia renal aguda.
- ERC** : Enfermedad renal crónica.
- HD** : Hemodiálisis.
- IESS** : Instituto de Seguridad Social.
- HTA** : Hipertensión Arterial.
- INEC** : Instituto nacional de estadística y censo.
- VFG** : Velocidad de filtración glomerular.
- CAPD** : Diálisis peritoneal continua ambulatoria.
- TFG** : Tasa de filtración glomerular.
- FG** : Filtrado glomerular.
- HIV** : Hipertrofia ventricular izquierda.
- PTH** : Parathormona o hormona paratiroidea.
- IECA** : Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.
- ARA II** : Antagonista de los receptores de angiotensina II.
- IgA** : Inmuno globulina A
- DMII** : Diabetes mellitus
- D.R.** : Dificultad respiratoria
- ECV** : Enfermedad cardiovascular.

# **ANEXOS**

## ENCUESTA CREACIÓN DE UNA CLÍNICA DE DIÁLISIS EN EL CANTÓN DAULE

Estimado usuario su opinión es muy importante y nos ayudará para conocer su necesidad, le agradecemos llene la encuesta.

USUARIO:.....FECHA:.....  
SEXO:.....EDAD:.....ESTADO CIVIL.....  
OCUPACION.....

1. ¿Usted está informado sobre la Insuficiencia Renal Crónica?  
Sí  No
2. ¿Sabe cuáles son los derechos de un paciente con Insuficiencia Renal Crónica?  
Sí  No
3. ¿Usted está informado sobre los riesgos y complicaciones que causa la IRC..?  
Sí  No
4. ¿Usted tiene conocimiento del tratamiento de hemodiálisis?  
Sí  No
5. En caso de padecer usted la enfermedad o algún miembro de su familia donde recibe su tratamiento.  
Clínica Privada  Hospital MSP  Sub-centros   
Hospital del IESS  Otros
6. Si es afirmativo a qué lugar geográfico acuden.  
Guayaquil  Quito  Otro lugar \_\_\_\_\_
7. ¿Algún miembro de su familia es discapacitado y tiene carnet que lo acredite como tal?  
Sí  No
8. ¿Recibe algún tipo de ayuda económica del Gobierno.  
Bono de Desarrollo Humano   
Bono Joaquín Gallegos Lara  Otros \_\_\_\_\_
9. Se llevan a cabo en la comunidad actividades preventivas de salud sobre esta enfermedad?  
Sí  No
10. ¿Le gustaría que exista una clínica de diálisis en Daule?  
Sí  No
11. ¿Cuánto es su gasto para movilizarse a la ciudad de Guayaquil?  
\$15  \$25  \$50  Otro \_\_\_\_\_  
Diario   
Semanal   
Mensual

**ENCUESTA SOCIO-ECONÓMICA  
ESTUDIOS DE NIVELES DEMOGRÁFICOS DE CANTÓN DAULE**

**DATOS DEL HOGAR**

1. **Número de integrantes por grupo familiar**
2. **Cuantos hijos tiene:** .....
3. **Vivienda:** Propia ( ) Alquiler ( ) Prestador/cuidador ( ) Otros ( )
4. **Red pública:** Agua potable ( ) Pozo ( ) Rio ( ) Estero ( ) Entubada ( ) Lluvia ( )
5. **Energía eléctrica:** Si ( ) No( )
6. **Servicio de recolección de basura:** Si ( ) No ( )
7. **Alcantarillado:** Si ( ) No ( )
8. **Vía de desechos:** Baño ( ) Letrina ( ) Pozo Séptico ( )  
Inodoro ( ) Otros \_\_\_\_\_

**CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS**

9. **Cuántas familias comparten el hogar:**.....
10. **Ingreso mensual familiar:** \$40 ( ) \$80 ( ) \$250 ( ) \$500 o más ( )

**EDUCACIÓN**

11. **Nivel de estudio:** Ninguna ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Artesanal ( )  
Universidad ( ) Otros.....

**UBICACIÓN GEOGRÁFICA**

12. **Si vive aquí en el cantón indíquenos o donde**  
En el cantón ( ) Fuera del cantón ( )  
  
Mencione otro lugar:.....

**SALUD**

13. **Enfermedad durante los últimos meses, de usted, o de algún miembro de su familia, Menciónelas:**  
.....

Guayaquil, 27 de marzo del 2013