



INFORME ESTADÍSTICO ANUAL DE RECURSOS Y ACTIVIDADES  
DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
AÑO 2012



Ministerio de Salud Pública

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Nombre del Establecimiento de Salud _____		Sector Público <input type="checkbox"/>
Provincia: _____	Dirección: _____	Privado con fines de lucro <input type="checkbox"/>
Cantón: _____	Teléfono: _____	Privado sin fines de lucro <input type="checkbox"/>
Parroquia Urbana o Rural _____	E-mail: _____	Anexo al IESS <input type="checkbox"/>
Ciudad o Localidad: _____	Organismo del que depende: _____	USO INEC
	Tiempo de funcionamiento: _____	

CLASE Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO

ESTABLECIMIENTOS CON INTERNACIÓN		ESTABLECIMIENTOS SIN INTERNACION	
Hospital Básico ..... <input type="checkbox"/> 01			
Hospital General ..... <input type="checkbox"/> 02	Clínica General ..... <input type="checkbox"/> 12	Puesto de Salud ..... <input type="checkbox"/> 20	
Hospital Especializado:	Clínica Especializada en:	Subcentro de Salud ..... <input type="checkbox"/> 21	
<b>Agudo:</b>	Gineco - Obstetricia ..... <input type="checkbox"/> 13	Centro de Salud ..... <input type="checkbox"/> 22	
Infectología ..... <input type="checkbox"/> 03	Pediatría ..... <input type="checkbox"/> 14	Dispensario (Policlínico) ..... <input type="checkbox"/> 23	
Gineco - Obstetricia ..... <input type="checkbox"/> 04	Traumatología ..... <input type="checkbox"/> 15	Otros: ..... <input type="checkbox"/> 24	
Pediátrico ..... <input type="checkbox"/> 05	Psiquiatría ..... <input type="checkbox"/> 16	especifique	
<b>Crónico:</b>	Otras Clínicas Especializadas		
Psiquiátrico ..... <input type="checkbox"/> 06	..... <input type="checkbox"/> 17		
Dermatológico ..... <input type="checkbox"/> 07	especifique		
Oncológico ..... <input type="checkbox"/> 08			
Neumológico ..... <input type="checkbox"/> 09			
Geriátrico ..... <input type="checkbox"/> 10			
Hospital de Especialidades ..... <input type="checkbox"/> 11			

USO INEC	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	SECUENCIAL	CLASE	TIPO	ENTIDAD	SECTOR

PERSONAL QUE TRABAJA EN EL ESTABLECIMIENTO

Bloque 01

En las columnas correspondientes, anote el número de personal que trabaja en el Establecimiento de Salud, de acuerdo al desglose que se solicita. Considere que en la última columna se puede anotar el número de personas que trabajan menos de 4 horas diarias y el personal eventual y de llamada.

PERSONAL	USO INEC Personal	NÚMERO DE PERSONAL POR TIEMPO			EVENTUAL O DE LLAMADA y menos de 4 horas diarias
		8 horas diarias	6 horas diarias	4 horas diarias	
<b>100 MÉDICOS</b>	1	2	3	4	5
101 Médicos Generales	6	7	8	9	10
102 Cirujanos Generales	11	12	13	14	15
103 Cirujanos Plásticos	16	17	18	19	20
104 Medicina Interna (Internistas)	21	22	23	24	25
105 Anestesiólogos	26	27	28	29	30
106 Cardiólogos	31	32	33	34	35
107 Neurólogos	36	37	38	39	40
108 Traumatólogos	41	42	43	44	45
109 Psiquiatras	46	47	48	49	50
110 Oftalmólogos	51	52	53	54	55
111 Otorrinolaringólogos	56	57	58	59	60
112 Hematólogos	61	62	63	64	65
113 Intensivistas	66	67	68	69	70
114 Nefrólogos	71	72	73	74	75
115 Neumólogos	76	77	78	79	80
116 Gastroenterólogos	81	82	83	84	85
117 Geriátras	86	87	88	89	90
118 Oncólogos	91	92	93	94	95
119 Urólogos	96	97	98	99	100
120 Dermatólogos	101	102	103	104	105
121 Infectólogos	106	107	108	109	110
122 Endocrinólogos	111	112	113	114	115
123 Alergólogos	116	117	118	119	120
124 Diabetólogos	121	122	123	124	125

PERSONAL	USO INEC Personal	NÚMERO DE PERSONAL POR TIEMPO			EVENTUAL O DE LLAMADA y menos de 4 horas diarias	
		8 horas diarias	6 horas diarias	4 horas diarias		
Continuación de MÉDICOS						
125	Pediatras	126	127	128	129	130
126	Neonatólogos	131	132	133	134	135
127	Ginecólogos/Obstetras	136	137	138	139	140
128	De Salud Pública (Salubristas)	141	142	143	144	145
129	Epidemiólogos	146	147	148	149	150
130	De Salud Familiar y Comunitaria	151	152	153	154	155
131	Patólogo Clínico	156	157	158	159	160
132	Anatomo Patólogo	161	162	163	164	165
133	Citólogo	166	167	168	169	170
134	Radiólogo	171	172	173	174	175
135	Medicos Postgradistas	176	177	178	179	180
136	Médicos Residentes	181	182	183	184	185
137	Médicos Rurales	186	187	188	189	190
138	Otros (especifique)	191	192	193	194	195
<b>200</b>	<b>OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD CON TÍTULO UNIVERSITARIO</b>	196	197	198	199	200
201	Obstetricas	201	202	203	204	205
202	Obstetricas Rurales	206	207	208	209	210
203	Enfermeras	211	212	213	214	215
204	Enfermeras Rurales	216	217	218	219	220
205	Nutricionistas	221	222	223	224	225
206	Psicólogos	226	227	228	229	230
207	Educadores para la Salud	231	232	233	234	235
208	Ingenieros Sanitarios	236	237	238	239	240
209	Bioquímico	241	242	243	244	245
210	Químico-Farmacéutico	246	247	248	249	250
211	Trabajadora Social	251	252	253	254	255
212	Ingenieros Ambientales	256	257	258	259	260
213	Otros (especifique)	261	262	263	264	265
<b>300</b>	<b>LICENCIADOS Y/O TECNÓLOGOS</b>	266	267	268	269	270
301	En Fisioterapia	271	272	273	274	275
302	En Anestesiología	276	277	278	279	280
303	En Laboratorio Clínico	281	282	283	284	285
304	En Laboratorio Histopatológico	286	287	288	289	290
305	En Radiología	291	292	293	294	295
306	En Saneamiento Ambiental	296	297	298	299	300
307	En Alimentos	301	302	303	304	305
308	Otros (especifique)	306	307	308	309	310
<b>400</b>	<b>AUXILIARES DE ENFERMERÍA</b>	311	312	313	314	315
401	Con Certificado	316	317	318	319	320
402	Sin Certificado	321	322	323	324	325
<b>500</b>	<b>OTROS AUXILIARES</b>	326	327	328	329	330
501	De Fisioterapia	331	332	333	334	335
502	De Radiología	336	337	338	339	340
503	De Farmacia	341	342	343	344	345
504	De laboratorio	346	347	348	349	350
505	Otros (especifique)	351	352	353	354	355
<b>600</b>	<b>PERSONAL ADMINISTRATIVO</b>	356	357	358	359	360
601	Directivos y/o Gerentes y/o Administradores	361	362	363	364	365
602	De Recursos humanos	366	367	368	369	370
603	De Estadística y Registros Médicos	371	372	373	374	375
604	De Recursos Financieros	376	377	378	379	380
605	De Secretaría- Recepcionistas	381	382	383	384	385
606	De Servicios institucionales: (Bodegueros, guardalmacén, etc)	386	387	388	389	390
607	Otros (especifique)	391	392	393	394	395

PERSONAL	USO INEC Personal	NÚMERO DE PERSONAL POR TIEMPO			EVENTUAL O DE LLAMADA y menos de 4 horas diarias	
		8 horas diarias	6 horas diarias	4 horas diarias		
<b>700</b>	<b>PERSONAL SANITARIO DE APOYO</b>	396	397	398	399	400
701	Inspector Sanitario	401	402	403	404	405
702	Empleado sanitario	406	407	408	409	410
<b>800</b>	<b>PERSONAL DE SERVICIOS</b>	411	412	413	414	415
801	De Alimentación y Dietética	416	417	418	419	420
802	De lavandería, Ropería y Costura	421	422	423	424	425
803	De limpieza	426	427	428	429	430
804	Conserjes, Choferes, Guardianes	431	432	433	434	435
805	De Mantenimiento	436	437	438	439	440
806	Camilleros	441	442	443	444	445
807	Otros (especifique)	446	447	448	449	450

PERSONAL EN LA COMUNIDAD						
<b>900</b>	Promotores de la Salud en la Comunidad	451	452	453	454	455

**OBSERVACIONES, COMENTARIOS, ACLARACIONES:** (sobre el personal que trabaja en el establecimientos de salud.)

**Bloque 02**

**CONSULTAS DE MORBILIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REALIZADAS POR:  
MÉDICO, OBSTETRIZ, PSICÓLOGO Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA**

**Importante:** Los establecimientos de IESS, no deben llenar la información del Bloque 02

**CONSULTAS DE MORBILIDAD.-** Son las consultas realizadas por el Médico, Psicólogo u Obstetrix a los/las pacientes con relación a un cuadro patológico.

**PRIMERA CONSULTA DE MORBILIDAD.-** Es la CONSULTA brindada por primera vez a un paciente ante una enfermedad con diagnóstico presuntivo o definitivo. Cada nuevo episodio de una patología o una nueva patología, corresponderá a una consulta de "primera vez"

**CONSULTA SUBSECUENTE DE MORBILIDAD:** Es la CONSULTA o consultas posteriores a la primera de un mismo estado patológico o episodio hasta que éste concluya.

GRUPOS DE EDAD - PACIENTES		CONSULTAS POR:			ACTIVIDADES DE ENFERMERIA
		MÉDICO	OBSTETRIZ	PSICÓLOGO	
<b>TOTAL DE CONSULTAS DE MORBILIDAD (Suma de Primeras y Subsecuentes)</b>					
01	Menos de 1 mes	456			457
02	1 a 11 meses	458			460
03	1 a 4 años	461			463
04	5 a 9 años	464			466
05	10 a 14 años	467	468		470
06	15 a 19 años	471	472		474
07	20 a 35 años	475	476		478
08	36 a 49 años	479	480		482
09	50 a 64 años	483	484		486
10	65 y más años	487	488		490
11	Edad no especificada	491	492		494
12	<b>USO INEC</b> (Total Morbilidad)	495	496	497	498
13	<b>TOTALES DE PRIMERAS CONSULTAS</b> (Morbilidad)	499	500	501	502
14	<b>TOTALES DE CONSULTAS SUBSECUENTES</b> (Morbilidad)	503	504	505	506

**CONSULTAS DE PREVENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REALIZADO POR:  
MÉDICO, OBSTETRIZ, PSICÓLOGO Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA**

**Importante: Los establecimientos de IESS, no deben llenar la información del Bloque 03**

**Bloque 03**

GRUPOS DE EDAD - PACIENTES		ATENCIÓN POR			ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA
		MÉDICO	OBSTETRIZ	PSICÓLOGO	
<b>NÚMERO DE PRIMERAS CONSULTAS ANUALES DE PREVENCIÓN</b>					
<b>NIÑOS</b>					
01	Menores de 1 año	507			508
02	1 - 4 años	509		510	511
03	5 - 9 años	512		513	514
<b>ADOLESCENTES</b>					
04	10 - 14 años	515		516	517
05	15 - 19 años	518		519	520
<b>ADULTOS</b>					
06	20 años y más	521	522	523	524
<b>MUJERES</b>					
07	Prenatal	525	526		527
08	Parto	528	529		530
09	Post-parto	531	532		533
<b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR:</b>					
10	Dispositivo Intrauterino ( DIU )	534	535		
11	Gestágenos Orales	536	537		
12	Inyectable	538	539		
13	Preservativos	540	541		
14	Implantes	542	543		
15	Vasectomía	544			
16	Otros	545	546		
17	<b>TOTAL *</b>	547	548		
* En la línea 17, se debe registrar el total de consultas de Planificación Familiar, cuando no se dispone del desglose.					
18	<b>USO INEC (Prevención Primeras)</b>	549	550	551	552

<b>DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER:</b>					
19	Cérvico Uterino	553	554		
20	Mamario	555	556		
21	<b>USO INEC (Detección de Cáncer)</b>	557	558		

<b>NÚMERO DE CONSULTAS SUBSECUENTES ANUALES DE PREVENCIÓN</b>					
<b>NIÑOS</b>					
22	Menores de 1 año	559			560
23	1 - 4 años	561		562	563
24	5 - 9 años	564		565	566
<b>ADULTOS</b>					
25	20 años y más	567	568	569	570
<b>MUJERES</b>					
26	Prenatal	571	572		
<b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR:</b>					
27	Dispositivo Intrauterino ( DIU )	573	574		
28	Gestágenos Orales	575	576		
29	Inyectable	577	578		
30	Preservativos	579	580		
31	Implantes	581	582		
32	Otros	583	584		
33	<b>TOTAL **</b>	585	586		
** En la línea 33, se debe registrar el total de Consultas de Planificación Familiar, cuando no se dispone del desglose.					
34	<b>USO INEC (Prevención Subsecuentes)</b>	587	588	589	590

**VISITAS DOMICILIARIAS, CERTIFICADOS MEDICOS Y SERVICIO DE EMERGENCIA**

**Bloque 04**

01	<b>NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS (Por Médico, Obstetrix y Enfermera)</b>	591	
VISITAS DOMICILIARIAS.- Es la actividad de trabajo de campo por medio de la cual se visita el domicilio, con fines de educación sanitaria, control de tratamiento, seguimiento del caso, etc.			
02	<b>NÚMERO DE CERTIFICADOS MÉDICOS OTORGADOS</b>	592	
03	<b>SERVICIO DE EMERGENCIA</b> (Sólo lo generado en el Servicio de Emergencia)	Número de Atenciones	593
04		Número de ingresos	594
05		Número de intervenciones quirúrgicas	595

**OBSERVACIONES, COMENTARIOS, ACLARACIONES:** (sobre Consultas de morbilidad , prevención . Bloques 2, 3 y 4)

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

En este bloque, si existe personal de odontología, necesariamente debe haber información en equipo y actividades, si no dispone de alguno de éstos datos, favor indique en observaciones. Referente a los equipos, debe anotar el número de los que se encuentra en "USO" en el establecimiento.

**Bloque 05**

EQUIPO	NÚMERO	PERSONAL	USO INEC	NÚMERO DE PERSONAL POR TIEMPO			EVENTUAL O DE LLAMADA y menos de 4 horas diarias		
				8 h. diarias	6 h. diarias	4 h. diarias			
01	Ambientes físicos (Consultorios)	596	21	Odontólogos Generales	611	612	613	614	615
02	Turbina de Alta Velocidad	597	22	Odontólogos Rurales	616	617	618	619	620
03	Turbina baja velocidad	598	23	Cirujanos Maxilofaciales	621	622	623	624	625
04	Lámpara de luz halógena	599	24	Implantólogos	626	627	628	629	630
05	Jeringa triple	600	25	Odontopediatras	631	632	633	634	635
06	Lámpara LED (luz por diodos)	601	26	Endodoncistas	636	637	638	639	640
07	Compresor	602	27	Periodoncistas	641	642	643	644	645
08	Esterilizador en seco	603	28	Ortodoncistas	646	647	648	649	650
09	Autoclave	604	29	Rehabilitadores Orales	651	652	653	654	655
10	Sillón dental	605	30	Asistentes dentales	656	657	658	659	660
11	Amalgamador	606	31	Auxiliar de Odontología	661	662	663	664	665
12	Rayos X dental	607	32	Mecánico Dental	666	667	668	669	670
13	Equipo móvil (trimodular o cuadrimodular)	608	33	Otros (especifique)	671	672	673	674	675
14	Otros (especifique)	609							
20	<b>USO INEC (Equipo)</b>	610	40	<b>USO INEC (Pers. Estomatología)</b>	676	677	678	679	680

**CONSULTAS DE MORBILIDAD Y PREVENCIÓN DE ESTOMATOLOGÍA**

GRUPOS PROGRAMÁTICOS	CONSULTAS DE ESTOMATOLOGÍA			
	MORBILIDAD	PREVENCIÓN		
		Primeras	Subsecuentes	
41	Menores de 1 año	681	682	683
42	1 - 4 años	684	685	686
43	5 - 9 años programados	687	688	689
44	10 - 14 años programados	690	691	692
45	5 - 14 años no programados	693	694	695
46	15 - 19 años	696	697	698
47	20 años y más	699	700	701
48	<b>EMBARAZADAS</b>	702	703	704
49	TOTAL *	705	706	707
50	<b>USO INEC (Morb. Prev. Estomatología)</b>	708	709	710

\* En la línea 49, se debe registrar el total de consultas de estomatología cuando no se dispone del desglose.

**ACTIVIDADES DE ESTOMATOLOGÍA**

ACTIVIDADES DE MORBILIDAD			ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN		
	ACTIVIDADES	NÚMERO		ACTIVIDADES	NÚMERO
51	Obturación	711	61	Profilaxis	719
52	Restauración	712	63	Aplicación de Fluor	720
53	Endodoncias	713	65	Sellantes	721
54	Exodoncias	714			
55	Periodoncias	715			
56	Cirugía Menor	716			
57	Ortodoncia / Ortopedia	717			
60	<b>USO INEC (Act. Morb. Estom.)</b>	718	70	<b>USO INEC (Act. Preven. Estomatología.)</b>	722

80	Número de Radiografías Dentales	723
90	Número de Certificados Odontológicos	724

**OBSERVACIONES, COMENTARIOS, ACLARACIONES:** (sobre Servicio de Estomatología, Bloque 5)

**EQUIPOS Y RECURSOS FÍSICOS DE LOS QUE DISPONE EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

En los espacios correspondientes, anote únicamente el número de los que se encuentran en "USO" en el establecimiento de salud.

**Bloque 06**

**LABORATORIO**

Marque las casillas correspondientes de acuerdo a lo que disponga el establecimiento (puede marcar varias opciones) y se debe registrar el total anual de DETERMINACIONES

Dispone de :

- Laboratorio Clínico .....  1
- Laboratorio Histopatológico .....  2
- Otros .....  3

Registrar únicamente las determinaciones realizadas por el establecimiento

NÚMERO DE DETERMINACIONES DE LABORATORIO	USO INEC	Consulta Externa	Hospitalización	Emergencia	
11	Hematológicos	725	726	727	728
12	Química Sanguínea	729	730	731	732
13	Microbiológicos	733	734	735	736
14	Bacterológicos	737	738	739	740
15	Coproparasitarios	741	742	743	744
16	Elemental y microscópico de orina	745	746	747	748
17	Serológicos	749	750	751	752
18	Tipificaciones	753	754	755	756
19	Gasometrías	757	758	759	760
20	Hormonales	761	762	763	764
21	Espermatogramas	765	766	767	768
22	Gravidez	769	770	771	772
23	Inmunológicos	773	774	775	776
24	Otros (especifique)	777	778	779	780
<b>30</b>	<b>USO INEC (Laboratorio)</b>	781	782	783	784

**Bloque 08**

**SERVICIO DE IMAGENOLÓGÍA**

EQUIPOS DE IMAGENOLÓGÍA	NÚMERO	
11	Rayos X (Fijo)	803
12	Rayos X (Portátil)	804
13	Tomógrafos	805
14	Ecógrafos	806
15	Fluoroscopios	807
16	Mamógrafos	808
17	Resonancia Magnética	809
18	Otros (especifique)	810
<b>20</b>	<b>USO INEC (Equipos Imagenología)</b>	811

NÚMERO DE EXÁMENES DE IMAGENOLÓGÍA	USO INEC	Consulta Externa	Hospitalización	Emergencia	
21	Radiografías	812	813	814	815
22	Tomografías	816	817	818	819
23	Ecografías	820	821	822	823
24	Fluoroscopias	824	825	826	827
25	Mamografías	828	829	830	831
26	Resonancia Magnética	832	833	834	835
27	Otros (especifique)	836	837	838	839
<b>30</b>	<b>USO INEC (Ex. Img.)</b>	840	841	842	843

**Bloque 09**

ANATOMÍA PATOLÓGICA	USO INEC	Consulta Externa	Hospitalización	
31	Exámenes Histopatológicos	785	786	787
32	Citológicos	788	789	790
33	Autopsias	791		792
34	Otros (especifique)	793	794	795
<b>40</b>	<b>USO INEC (Anatomía Patológica)</b>	796	797	798

**Bloque 07**

**FARMACIA**

Si el Establecimiento de Salud dispone de este Servicio, anote el número de recetas despachadas.

Dispone de:

- Farmacia y/o Botica .....  1
- Botiquín .....  2

RECETAS DESPACHADAS	NÚMERO	
11	Consulta externa	799
12	Hospitalización	800
13	Emergencia	801
<b>20</b>	<b>USO INEC (Recetas despachadas)</b>	802

EQUIPO DE DIAGNÓSTICO	NÚMERO	
01	Electroencefalógrafo	844
02	Electro Cardiógrafo	845
03	Ecocardiógrafo	846
04	Angiógrafo	847
05	Espirómetro	848
06	Ergonómetro	849
07	Endoscopio	850
08	Colonoscopio	851
09	Ecógrafo Doppler color	852
10	Audiómetros	853
11	Electromiógrafo	854
12	Gamma-Cámara	855
13	Otros (especifique)	856
<b>20</b>	<b>USO INEC (Equipo de Diagnóstico)</b>	857

Observaciones de esta página: Bloques 6, 7, 8 y 9

**EQUIPOS Y RECURSOS FÍSICOS DE LOS QUE DISPONE EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

En los espacios correspondientes, anote únicamente el número de los que se encuentran en "USO" en el establecimiento de salud.

**Bloque 12****CIRUGÍA, OBSTETRICIA Y CUIDADOS ESPECIALES**

NÚMERO DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO		USO INEC	Consulta Externa	Hospitalización	Emergen- cia
21	Eléctroencefalogramas	858	859	860	861
22	Eléctrocardiogramas	862	863	864	865
23	Ecocardiogramas	866	867	868	869
24	Angiografías	870	871	872	873
25	Espirometrías	874	875	876	877
26	Ergonometrías	878	879	880	881
27	Endoscopías	882	883	884	885
28	Colonoscopías	886	887	888	889
29	Ecografía Doppler Color	890	891	892	893
30	Audiometrías	894	895	896	897
31	Electromiogramas	898	899	900	901
32	Otros: (especifique)	902	903	904	905
<b>40</b>	<b>USO INEC (Pruebas de Diagnóstico)</b>	906	907	908	909

**Bloque 10**

EQUIPO DE TRATAMIENTO		NÚMERO
01	Fisioterapia	910
02	Electro Shock	911
03	Equipo de Diálisis	912
04	Litotritor	913
<b>10</b>	<b>USO INEC (Equipo de Tratamiento)</b>	914

NÚMERO DE TRATAMIENTOS DE FISIOTERAPIA		USO INEC	Consulta Externa	Hospitalización
11	Electroterapia	915	916	917
12	Hidroterapia	918	919	920
13	Ejercicios Terapéuticos	921	922	923
14	Parafina	924	925	926
15	Compresas químicas	927	928	929
16	Termoterapia	930	931	932
17	Otros (especifique)	933	934	935
<b>20</b>	<b>USO INEC (Tratamientos Fisioterapia)</b>	936	937	938

OTROS TRATAMIENTOS		NÚMERO
21	Terapia de lenguaje	939
22	Terapia respiratoria	940
23	Terapia ocupacional	941
<b>30</b>	<b>USO INEC (Otros Tratamientos)</b>	942

TRATAMIENTOS DE DIÁLISIS		USO INEC	Consulta Externa	Hospitalización
<b>40</b>	<b>Número de Tratamientos de Diálisis</b>	943	944	945

**Bloque 11**

PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO CON RADIOISÓTOPOS		USO INEC	Consulta Externa	Hospitalización
01	Gammagrafía Tiroidea	946	947	948
02	Gammagrafía Ósea	949	950	951
03	Gammagrafía Renal	952	953	954
04	Gammagrafía de Otros Órganos	955	956	957
<b>10</b>	<b>USO INEC (Pruebas con Radioisótopos)</b>	958	959	960

**AMBIENTES FÍSICOS****NÚMERO**

01	Salas de Operaciones (Quirófanos generales y de emergencia)	961
02	Salas de Cuidados Intensivos	962
03	Salas de Cuidados Intermedios	963
04	Salas de Parto	964
<b>10</b>	<b>USO INEC (Ambientes Físicos)</b>	965

**EQUIPOS****NÚMERO**

11	Mesas de Operaciones	966
12	Equipos de Anestesia	967
13	Monitores	968
14	Electrobisturí	969
15	Electrocauterio	970
16	Lámpara Cielítica	971
17	Coche de paro	972
18	Coche de Cardioreanimación	973
19	Equipo de Fibrilación	974
20	Torre de Laparoscopia	975
21	Equipo de Laser	976
22	Respirador	977
23	Succionador	978
24	Mesas ginecológicas	979
25	Cunas de calor radiante	980
26	Termocunas	981
27	Incubadoras normales	982
28	Incubadoras de transporte	983
29	Otros: (especifique)	984
<b>30</b>	<b>USO INEC (Equipos Cirugía y Obstetricia)</b>	985

**EQUIPOS DE ESTERILIZACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO****NÚMERO**

31	Esterilizador en seco	986
32	Autoclaves	987
33	Otros: (especifique)	988
<b>40</b>	<b>USO INEC (Equipos de Esterilización)</b>	989

**OTROS EQUIPOS DEL ESTABLECIMIENTO****NÚMERO**

41	Ambulancias	990
42	Vehículos de Transporte	991
43	Otros: (especifique)	992
<b>50</b>	<b>USO INEC (Otros Equipos)</b>	993

Observaciones de esta página: Bloques 10, 11 y 12

## Bloque 13

## ACTIVIDADES DE VIGILANCIA SANITARIA

INSPECCIONES A:		TOTAL ANUAL
01	Viviendas	994
02	Establecimientos educacionales	995
03	Establecimientos públicos en general	996
04	Establecimientos de expendio de alimentos	997
05	Otras (especifique)	998
10	<b>USO INEC</b> ( <i>Actividades de Vigilancia Sanitaria</i> )	999

## Bloque 14

## ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL

Si el establecimiento dispone de personal de Trabajo Social, en las casillas respectivas, REGISTRE el número de las actividades desarrolladas en el año de información.

ACTIVIDADES		TOTAL ANUAL
01	Entrevistas	1000
02	Visitas domiciliarias efectivas	1001
03	Visitas domiciliarias inefectivas	1002
04	Gestiones Intra institucionales	1003
05	Gestiones Extra institucionales	1004
06	Servicio Social a la comunidad	1005
10	<b>USO INEC</b> ( <i>Actividades de Trabajo Social</i> )	1006

## RESIDUOS PELIGROSOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

## Bloque 15

RESIDUOS PELIGROSOS RECOLECTADOS		Kg
01	Residuos infecciosos recolectados	1007
02	Residuos cortopunzantes recolectados	1008
03	Residuos especiales entregados a otra entidad diferente al municipio	1009
10	<b>USO INEC</b> ( <i>Residuos Peligrosos Recolectados</i> )	1010

RESIDUOS PELIGROSOS TRATADOS POR TIPO DE TRATAMIENTO		Kg
01	Residuos peligrosos tratados por autoclave	1011
02	Residuos peligrosos tratados con desinfectantes en polvo	1012
03	Residuos peligrosos tratados con desinfectantes líquidos	1013
04	Residuos peligrosos tratados mediante confinamiento	1014
05	Residuos peligrosos tratados por incineración	1015
10	<b>USO INEC</b> ( <i>Residuos Peligrosos por tipo de tratamiento</i> )	1016

INSTALACIONES MUNICIPALES DE TRATAMIENTO		SI/NO
01	El municipio recolecta los residuos peligrosos de su establecimiento de salud	1017
02	El municipio tiene una tarifa diferenciada por tipo de tratamiento de los residuos peligrosos de su establecimiento de salud	1018
04	El municipio informa sobre el tratamiento dado a los residuos peligrosos del establecimiento de salud	1019
05	El municipio emite certificados de tratamiento de los residuos peligrosos entregados por su establecimiento de salud	1020
10	<b>USO INEC</b> ( <i>Instalaciones Municipales de Tratamiento</i> )	1021

Observaciones de los bloques 13, 14 ,15 y generales.


<b>Elaboración:</b>			<b>Revisión y Aprobación:</b>		
Recursos Humanos:	_____ Nombre y Apellido	_____ Firma	_____	_____	_____
Inventarios:	_____ Nombre y Apellido	_____ Firma	_____	_____	_____
Estadística:	_____ Nombre y Apellido	_____ Firma	_____	_____	_____
				Director del Establecimiento de Salud	
			<b>Lugar y Fecha:</b>	_____	_____

### INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL INFORME ESTADISTICO ANUAL DE RECURSOS Y ACTIVIDADES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Este informe Estadístico, tiene como objetivo fundamental el de obtener información estadística de todos los establecimientos de salud del país, referente a los recursos humanos y físicos disponibles; y, el volumen de las principales actividades desarrolladas durante el año de la investigación.

#### RECOMENDACIONES GENERALES.-

- EL PLAZO DE ENTREGA AL INEC DE ESTE FORMULARIO DEBIDAMENTE COMPLETADO, NO DEBE EXCEDER DE 20 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU RECEPCIÓN.
- Se debe considerar el Tipo de establecimiento que esta informando, ya que de ello depende la complejidad en la atención que se brinda, y por tanto la información que es requerida.
- Tenga presente, que el formulario esta estructurado en 14 bloques de investigación debidamente identificados, y que corresponde a la información básica requerida para producir el Anuario de Recursos y Actividades de Salud.
- Recuerde que los datos que se requiere, corresponden de enero a diciembre del año de la investigación, es decir el año 2012.
- En los espacios sombreados "USO INEC" no debe registrar ningún dato.
- Cuando se registre información en las alternativas "Otros", se debe especificar a lo que se refiere.
- Referente a los recursos físicos que se solicita información en el formulario, deben ser los que están en USO y por tanto están disponibles y bajo la exclusiva administración del establecimiento informante.
- El número de las actividades que se solicita, como los exámenes y determinaciones que se registren, deben corresponder únicamente a los que se realicen en el establecimiento informante.
- En lo correspondiente al "Personal", debe registrar de acuerdo a las actividades que están desempeñando, independientemente de la modalidad con la que prestan los servicios en el establecimiento.
- Utilice los espacios destinados para "Observaciones ..." que constan entre los diferentes bloques para realizar cualquier aclaración

## LLENADO DEL FORMULARIO:

**IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.-** Escriba con letra legible el nombre del establecimiento, la provincia, cantón, parroquia urbana o rural, ciudad o localidad donde funciona, dirección, teléfono, e-mail, Organismo o institución del que depende (Ministerios, Municipios, IESS, Particular o Privado, etc.) y el tiempo de funcionamiento. A continuación marque con "X" la casilla que corresponda al Sector al que pertenece el establecimiento.

**CLASE Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO.-** Referente al Tipo de Establecimiento, el formulario recoge la tipificación de los Establecimientos de Salud que establece el Manual de Normas de Licenciamiento de los Servicios de Salud promulgado por el Ministerio de Salud Pública en el año 2004 y que se encuentra vigente en la actualidad. Marque con una "X" la casilla que corresponda al Tipo de establecimiento, de acuerdo con la clasificación establecida en el formulario.

### **BLOQUE 01 (Pág. 1, 2 y 3) PERSONAL QUE TRABAJA EN EL ESTABLECIMIENTO**

**PERSONAL.-** El personal se halla distribuido en: Médicos; Otros profesionales de la Salud con título universitario; Licenciados y/o Tecnólogos; Auxiliares de Enfermería; Otros Auxiliares; Personal Administrativo; Personal sanitario de apoyo; Personal de Servicio y Personal en la Comunidad.

**Médicos.-** Registre el número de Médicos que prestan sus servicios en el establecimiento informante, de acuerdo a la especialidad y/o subespecialidad solicitada en el formulario y en las columnas correspondientes al tiempo que trabajan "8 horas diarias"; "6 horas diarias"; "4 horas diarias"; y "Eventual o de llamada y menos de 4 horas diarias". (sean éstos de planta o a contrato).

**Otros Profesionales de la Salud y demás personal.-** Proceda de la misma forma que se indica para los médicos.

**Importante.-** En Personal administrativo, se debe registrar al personal (con o sin título universitario), que se dedica exclusivamente a labores administrativas, si es personal de salud y está desempeñándose en labores administrativas deberá constar como personal administrativo.

### **BLOQUE 02 (Pág. 3) CONSULTAS DE MORBILIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REALIZADAS POR MÉDICO, OBSTETRIZ, PSICÓLOGO Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA**

El número Total de Consultas de Morbilidad deben informarse, haciendo la sumatoria de las primeras consultas, más las subsecuentes, en forma independiente, por Médico, Obstetrix, Psicólogo y Actividades de Enfermería, de acuerdo a los grupos de edad establecidos. En las filas 13 y 14 de este bloque, debe registrar los totales de **Primeras Consultas** (Fila 13) y el Total de **Consultas Subsecuentes** (Fila 14), en los casilleros destinados para el efecto.

*Es importante, que revise detenidamente la Definición de los términos de: CONSULTAS DE MORBILIDAD, PRIMERAS CONSULTAS DE MORBILIDAD Y CONSULTAS SUBSECUENTES DE MORBILIDAD, incluidos en el mismo formulario para que pueda consignar la información con mejor precisión.*

### **BLOQUE 03 (Pág. 4) CONSULTAS DE PREVENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REALIZADO POR MÉDICO, OBSTETRIZ, PSICÓLOGO Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA.-**

Las consultas de prevención deben informarse en forma independiente, por Médico, Obstetrix, Psicólogo y las Actividades de Enfermería, clasificadas en Primeras y Subsecuentes y por grupos programáticos establecidos en el formulario. Se debe considerar cuidadosamente las instrucciones específicas que constan en este bloque.

### **BLOQUE 04 (Pág. 4) NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS POR EL ESTABLECIMIENTO**

Se entiende por Visita Domiciliaria a la actividad de trabajo de campo por medio de la cual se visita el domicilio de los pacientes, con fines de educación sanitaria, control de tratamiento, seguimiento del caso, etc. Si el establecimiento efectúa esta actividad, registre el total de visitas en la casilla respectiva al número de visitas realizadas, por médico, obstetrix y enfermera.

#### **NÚMERO DE CERTIFICADOS MÉDICOS OTORGADOS POR EL ESTABLECIMIENTO**

Si el establecimiento ha otorgado certificados médicos, anote el número en la casilla respectiva.

#### **SERVICIO DE EMERGENCIA**

Tenga presente que el número de atenciones, de ingresos y de intervenciones quirúrgicas, corresponden exclusivamente a este servicio.

### **BLOQUE 05 (Pág. 5) SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**

Si existe personal de estomatología necesariamente debe haber información en equipo y actividades, si no dispone de alguno de éstos datos, por favor indique en el espacio destinado a Observaciones.

**Equipo:** Registre el número de cada uno de los equipos del listado y que se encuentren en USO en el establecimiento. En los Subcentros y Puestos de Salud que realizan actividades de estomatología con el equipo móvil que no pertenece al establecimiento informante, **no registre el equipo.**

**Personal:** Registre el número que corresponda, en las líneas y columnas establecidas.

**CONSULTAS DE MORBILIDAD Y PREVENCIÓN DE ESTOMATOLOGIA:** Registre en los espacios correspondientes para cada uno de los grupos programáticos, el número total de Consultas de Morbilidad, las Primeras y las Subsecuentes de Prevención.

**ACTIVIDADES DE ESTOMATOLOGÍA:** Registre el número de actividades anuales, realizadas en este servicio de acuerdo al desglose que consta en el formulario, tanto de Morbilidad como de Prevención.

**Radiografías Dentales.-** Registre el número de radiografías tomadas a los pacientes con el equipo existente en el establecimiento.

**Certificados Odontológicos.**- Registre el número de los Certificados emitidos por el Odontólogo del establecimiento.

## EQUIPOS Y RECURSOS FÍSICOS DE LOS QUE DISPONE EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

### **BLOQUE 06** (Pág. 6) LABORATORIO

En este espacio se debe registrar en primera instancia la disponibilidad de este servicio, marcando con una "X" lo que dispone el establecimiento y a continuación debe registrar el número de determinaciones de laboratorio efectuados según los diferentes servicios y en las columnas respectivas. Deben constar únicamente las determinaciones (exámenes) realizadas en el laboratorio(s) que pertenecen al establecimiento.

### **BLOQUE 07** (Pág. 6) FARMACIA

En este bloque siempre habrá uno de los dos casilleros marcados. Si el establecimiento dispone únicamente de Botiquín, marque con una "X", la casilla que corresponde a **Botiquín**. En las líneas de "Recetas Despachadas", registre el número de ellas que fueron despachadas en el año de investigación por la Farmacia, Botica y/o Botiquín del establecimiento, sea en Consulta Externa, Hospitalización y/o Emergencia. *Recuerde que los Botiquines generalmente existen en los establecimientos de menor complejidad y no están atendidos necesariamente por un profesional farmacéutico.*

### **BLOQUE 08** (Pág. 6) SERVICIO DE IMAGENOLÓGÍA:

Si el establecimiento dispone de este servicio, registre el número de cada uno de los equipos que dispone y que se encuentre en USO en el establecimiento, de acuerdo a la clasificación establecida y a continuación debe registrar el Número de exámenes de imagenología. Considere que para un equipo existente habrá información en exámenes y registros en "Personal" (Bloque 1) que es especializado para este servicio. Ejemplo: si informa tomografías, debe existir dato en tomógrafo. En caso de existir el equipo y no hay actividades o personal, debe indicarse en observaciones la razón de ello.

### **BLOQUE 09** (Pág. 6 y 7) EQUIPO DE DIAGNÓSTICO

Si en el establecimiento existen los equipos descritos en el formulario, anote el número de los que están en USO y el número de pruebas de diagnóstico realizadas en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia. Igualmente, se debe tener presente, que para cada equipo existente habrá las actividades (pruebas) respectivas; ejemplo: si informa electroencefalogramas, debe existir dato en electroencefalógrafo. Caso de existir el equipo y no hay actividades debe indicarse las razones en el espacio de Observaciones.

### **BLOQUE 10** (Pág. 7) EQUIPO DE TRATAMIENTO Y NÚMERO DE TRATAMIENTOS

Si el establecimiento dispone de los equipos que están listados, anote el número de los que se encuentre en USO y el número de Tratamientos realizados en Consulta Externa y Hospitalización durante el año 2009. Tenga presente que si existe información en este bloque, debe existir información correspondiente en el bloque de personal.

### **BLOQUE 11** (Pág. 7) PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO CON RADIOISÓTOPOS

Registre el número de pruebas de diagnóstico con radioisótopos realizadas en el año 2009, en Consulta Externa y Hospitalización, de acuerdo al detalle que se solicita. Tenga presente que si existen estas pruebas de diagnóstico debe informar la existencia de una "Gammacámara" en el establecimiento que está informando.

### **BLOQUE 12** (Pág. 7) CIRUGÍA, OBSTETRICIA Y CUIDADOS ESPECIALES

El establecimiento que dispone de estos Servicios, debe informar en este bloque el número de **ambientes físicos** según corresponda y el número de **equipos** disponibles y en uso, que pueden estar físicamente en cualquiera de los servicios anotados. Tenga presente que debe haber alguna correspondencia con el personal que se informó en el primer bloque del formulario.

## EQUIPOS DE ESTERILIZACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO

Registre el número de equipos de esterilización que se encuentren en USO en el establecimiento, pueden estar en cualquier Servicio.

## OTROS EQUIPOS DEL ESTABLECIMIENTO

Registre el número de Ambulancias, Vehículos de transporte y "Otros" de que dispone en establecimiento, en Otros se registrará los equipos que sean diferentes a los mencionados anteriormente.

### **BLOQUE 13** (Pág. 8) ACTIVIDADES DE VIGILANCIA SANITARIA

Estos datos deben informar únicamente los establecimientos que realicen actividades de vigilancia sanitaria como es el caso de los que pertenecen a los Ministerios de Salud y de Defensa Nacional.

### **BLOQUE 14** (Pág. 8) ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL:

Estos datos deben informar únicamente los establecimientos de salud siempre y cuando la Trabajadora Social sea parte integrante del personal de la unidad de salud informante.

## **BLOQUE 15 (Pág. 8) RESIDUOS PELIGROSOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD:**

### **Residuos peligrosos recolectados**

Se establecen 3 literales, los mismos que tratan de averiguar la cantidad de residuos recolectados por peso. El peso en este tipo de Residuo se establece en Kilogramos.

**Residuos sólidos:** Material inservible y a veces peligroso, con bajo contenido líquido. Los residuos sólidos comprenden basura urbana, desechos industriales y comerciales, fangos cloacales, desechos provenientes de operaciones agrícolas, cría de animales, desechos de servicios de salud, entre otras.

**Residuos corto punzantes:** Se denomina material corto punzante a las agujas, cánulas, bránulas, catéteres venenosos, hojas de bisturí, ampollas de vidrio rotas, hojas de afeitar, punzones de biopsia o dermal puncha, o a cualquier insumo o herramienta que posea filo o punta que pudiese producir una herida por corte o punción

**Residuos especiales:** Son residuos que están compuestos con determinadas sustancias o materiales, constituyentes en una concentración tal que, en función de la cantidad y forma de presentación del residuo, le pueden dar a este, características de peligrosos, es decir, que impliquen un riesgo sobre las personas o el ambiente. Ejemplo: las medicinas caducadas.

**Residuos sólidos peligrosos:** Residuos que por ser tóxicos, infecciosos, radiactivos o inflamables, representan un peligro ya sea real o potencial, para la salud humana, otros organismos vivos y el medio ambiente.  
**Desinfectantes:** Sustancia en forma líquida o sólida que destruye o elimina los organismos potencialmente patógenos al ser humano o al ambiente.

### **Residuos peligrosos tratados por tipo de tratamiento.**

Se establecen 5 literales, los mismos que tratan de averiguar la cantidad de residuos tratados por peso. El peso en este tipo de Residuo se establece en Kilogramos.

**Tratamiento de residuos sólidos mediante incineración:** Proceso que inactiva contaminantes ambientales o potenciales enfermedades para el ser humano mediante altas temperaturas que son controladas en instalaciones diseñadas para tal fin.

**Tratamiento de residuos sólidos mediante confinamiento:** Espacio físico construido con el fin de almacenar sustancias perjudiciales al hombre, mediante el completo aislamiento al ambiente. Esta construcción puede ser superficial o subterránea, dependiendo del riesgo contaminante que pueda presentar.

**Tratamiento de residuos sólidos mediante autoclave:** Instrumento diseñado para esterilizar los patógenos contenidos en residuos o instrumentos mediante la exposición a temperaturas y presión controladas en un tiempo definido.

**Certificados de tratamiento:** Documento oficial que es emitido para establecer el tipo de tratamiento al que fue sometido un residuo contaminado por una entidad con la suficiencia técnica comprobada.

### **Número de instalaciones municipales de tratamiento y disposición de residuos**

En los cuatro (4) primeros literales, se limita a contestar SI o NO, si el Municipio realiza las actividades citadas.

### **OBSERVACIONES**

Estos espacios están destinados para que pueda realizar explicaciones u observaciones que sirvan para aclarar la información proporcionada.