

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

Este informe tiene como objetivo, conocer información estadística referente al volumen de las actividades desarrolladas; así como, los recursos humanos y materiales disponibles en cada uno de los Establecimientos de Salud investigados.

RECOMENDACIONES GENERALES.-

- Tome en cuenta el tipo de establecimiento que esta informando, ya que la información depende en gran parte de la complejidad de la atención que se brinda.
- El plazo de entrega al INEC de este formulario completo no debe exceder de 20 días a la fecha de recepción.
- Considere que el formulario esta distribuido en **14 bloques** de información que requiere ser investigado como fuente básica 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 investigación.
- En los espacios sombreados **"USO INEC"** no debe registrar dato alguno ya que estos, son de uso exclusivo para el INEC.
- Cuando se registre información en las alternativas "Otros", debe especificar a lo que se refiere.
- Utilice el espacio de Observaciones para realizar cualquier aclaración sobre la información proporcionada.
- Los equipos que se solicita en el formulario deben ser de propiedad del establecimiento y estar en uso.

LLENADO DEL FORMULARIO

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO.- Escriba con letra legible el nombre del establecimiento, la provincia, cantón, parroquia rural o localidad donde funciona, dirección, teléfono, E-mail, el Organismo o institución del que depende (Ministerios, Municipios, Particular o Privado, IESS, etc.), y el tiempo de funcionamiento.

En la casilla correspondiente marque con una "X" el Sector al que pertenece el establecimiento

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 a la nueva denominación del Tipo de establecimiento, de acuerdo con la clasificación establecida en el formulario.

BLOQUE 01 (Pág. 1 y 2)

PERSONAL.- El personal se halla distribuido en: Médicos; Otros profesionales con título universitario; Tecnólogos; Estudiantes Internos; Auxiliares de Enfermería; Otros Auxiliares; Personal Administrativo; y, Personal de Servicio.

Médicos.- Anote el número de Médicos que prestan sus servicios en el establecimiento informante, de acuerdo a la especialidad solicitada en el formulario y en las columnas correspondientes al tiempo que trabajan "8 horas diarias"; "4 a 7 horas diarias"; "Menos de cuatro horas diarias"; y "ocasional o de llamada", que son los médicos que eventualmente dan atención en el establecimiento. Para el resto de personal, proceda de la misma forma que se indica para los médicos.

En la columna "USO INEC", no realice ninguna anotación, sirve para uso de las Oficinas del INEC:

BLOQUE 02 (Pág. 3)

CONSULTAS DE MORBILIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REALIZADO POR MÉDICO, OBSTETRIZ, PSICÓLOGO Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA.-

Esta página del formulario debe ser llenado únicamente por los establecimientos que **NO** pertenecen al INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS), por cuanto los grupos de edad establecidos son diferentes.

Las consultas de morbilidad deben informarse en forma independiente, por Medico, Obstetriz, Psicólogo y las Actividades de Enfermería, clasificadas en Primeras y Subsecuentes y por grupos de edad establecidos en el formulario; y, además las consultas brindadas en el servicio de Emergencia.

CONCEPTOS:

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

Primeras Consultas de Morbilidad.- Son las Consultas brindadas por primera vez a un paciente ante una enfermedad con diagnóstico presuntivo o definitivo. Cada nuevo episodio de una patología, corresponderá a una consulta de "primera vez", en el año de la investigación.

Consultas Subsecuentes de Morbilidad.- Son la Consulta o Consultas posteriores a la primera de un mismo estado o episodio patológico hasta que concluya el tratamiento.

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 Medico, Obstetriz, Psicólogo y las Actividades de Enfermería, clasificadas en Primeras y Subsecuentes y por grupos programáticos establecidos en el formulario; y, además el número de Certificados de Salud extendidos por Médicos.

BLOQUE 04 (Pág. 5)

VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS POR MÉDICO, OBSTETRIZ Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

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.

Están clasificadas de acuerdo al profesional que brinda estas consultas en el domicilio, según sean preventivas o de morbilidad, por grupo de edad. Si el establecimiento realiza esta actividad, anote en la casilla respectiva el número de visitas efectuadas en el año, por cada uno de los profesionales de acuerdo a la distribución solicitadas en el formulario.

BLOQUE 05 (Pág. 6)

SERVICIO DE ODONTOLOGÍA:

En este bloque se debe registrar equipo, personal y actividades. De faltar una de ellas se debe indicar en Observaciones.

EQUIPOS: Si el establecimiento dispone de este servicio, **anote el número** de cada uno de los equipos del listado y que se encuentren en USO en el establecimiento.

PERSONAL: En las columnas respectivas, **anote el número** de odontólogos, incluyendo los rurales y demás personal que trabaja en este servicio.

CONSULTAS DE MORBILIDAD Y PREVENCIÓN DE ODONTOLOGÍA: Anote en los espacios correspondientes el número de consultas de morbilidad, de prevención, de Embarazadas en primeras y subsecuentes.

ACTIVIDADES DE ODONTOLOGÍA: Anote el número de actividades anuales, realizadas en este servicio de acuerdo al desglose que consta en el formulario, tanto de Morbilidad y de Prevención.

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

Certificados de Odontología. - Los que son dados solamente por el Odontólogo del establecimiento.

BLOQUE 06 (Pág. 7)

LABORATORIO:

En este bloque se debe registrar equipo, personal y exámenes. De faltar una de ellas se debe indicar en Observaciones.

Si el establecimiento dispone de este servicio, marque con una "X" la casilla correspondiente.

PERSONAL. - Anote el número de personas que trabajan en el servicio de laboratorio, de acuerdo a su especialidad.

NÚMERO DE EXÁMENES DE LABORATORIO. - En las casillas correspondientes, anote el número de exámenes de laboratorio realizados durante el año de investigación y en el establecimiento, de acuerdo al tipo de examen que se solicita en el informe y en el Servicio pertinente.

BLOQUE 07 (Pág. 7)

FARMACIA:

Cuando en el establecimiento exista el servicio de farmacia y/o botica, marque con una "X" la casilla correspondiente. En este bloque habrá un solo casillero marcado.

PERSONAL. - En las casillas respectivas anote el número de personas que trabajan en la farmacia o botica, de acuerdo a lo solicitado en el formulario.

RECETAS DESPACHADAS. - En las líneas correspondientes, anote el número de recetas despachadas en el año, en la farmacia o botica del establecimiento, en Consulta Externa, Hospitalización y/o Emergencia.

Botiquín. - Si el establecimiento dispone únicamente de Botiquín, marque con una "X", la casilla correspondiente a botiquín. Los botiquines generalmente existen en los establecimientos de menor complejidad y no están atendidos por un profesional farmacéutico.

BLOQUE 08 (Pág. 7)

SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA:

PERSONAL. - En las columnas respectivas, anote el número de personas que trabajan en el servicio de imagenología, de acuerdo a la especialidad solicitada.

EQUIPOS. - Si el establecimiento dispone de este servicio, anote el número de equipos que se encuentren en USO en el establecimiento, de acuerdo a la clasificación establecida en el formulario.

NUMERO DE EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA. - En las casillas respectivas, anote el número de EXÁMENES realizados en el establecimiento durante el año, de acuerdo al detalle que se solicita.

BLOQUE 09 (Pág. 8)

EQUIPOS Y RECURSOS FISICOS QUE DISPONE EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

EQUIPO DE DIAGNÓSTICO.- Si en el establecimiento existen estos equipos, anote el número de los que están en USO y el número de pruebas de diagnóstico realizadas en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.

BLOQUE 10 (Pág. 8)

EQUIPO DE TRATAMIENTO.- Si el establecimiento dispone de este equipo, anote el número de los que se encuentre en USO y el número de Tratamientos de Fisioterapia realizados en Consulta Externa y Hospitalización durante el año.

BLOQUE 11 (Pág. 8)

NÚMERO DE TRATAMIENTOS DE RADIOISÓTOPOS.- Anote el número de tratamientos realizados en el año, en Consulta Externa y Hospitalización, de acuerdo al detalle que se solicita.

BLOQUE 12 (Pág. 8)

CIRUGÍA.- El establecimiento con internación hospitalaria que dispone de servicio de cirugía debe informar en esta sección. Anote el número de quirófanos, mesas de operación y los otros equipos que se detalla y que se encuentren en USO.

OBSTETRICIA.- En los establecimientos con internación que disponen de salas de parto, anote el número en la casilla correspondiente. Si dispone de camas de trabajo de parto (dilatación) que son aquellas en las cuales las pacientes esperan antes de que se realice el parto, anote el número en la casilla respectiva. Si el establecimiento cuenta con mesas ginecológicas, anote el número en la casilla respectiva.

CAMAS.- Anote el número de camas de emergencia y de recuperación post-operatoria disponibles en el establecimiento.

EQUIPO PARA RECIEN NACIDOS

Anote el número de termocunas y/o incubadoras que dispone el establecimiento.

ESTERILIZACIÓN.-Anote el número de aparatos de esterilización que se encuentren en USO en el establecimiento.

EQUIPOS DE CUIDADOS INTENSIVOS.- Anote el número de cada uno de los equipos que se encuentran en USO en el establecimiento con internación, de acuerdo al detalle solicitado.

OTROS EQUIPOS.- Se anotará los equipos que sean diferentes a los mencionados anteriormente. Ejem. Ambulancias, camillas.

BLOQUE 13 (Pág. 9)

SANEAMIENTO AMBIENTAL:

Estos datos deben informar únicamente los establecimientos que realicen actividades de Saneamiento Ambiental como es el caso de los establecimientos dependientes de los Ministerios de Salud y de Defensa Nacional.

Personal.- Cuando el establecimiento de salud disponga de personal para esta actividad, anote su número de acuerdo a la clasificación solicitada.

Actividades.- En las líneas respectivas anote el número de actividades o Inspecciones de saneamiento ambiental realizadas en el año de acuerdo a la distribución solicitada en el formulario.

Control de Plagas.- Anote en la casilla correspondiente los datos solicitados.

COMUNIDAD.

Promotores de la Salud.- En la casilla correspondiente anote el número de promotores de salud.

BLOQUE 14 (Pág. 9)

TRABAJO SOCIAL:

Estos datos deben informar únicamente los establecimientos de salud que disponen de este servicio. Hay que considerar que este personal debe pertenecer al establecimiento de salud.

Personal.- Anote el número de trabajadoras sociales y auxiliares que laboran en el establecimiento de salud.

Actividades.- En las líneas correspondientes anote las actividades realizadas en el año de acuerdo a la distribución solicitada en el formulario.

OBSERVACIONES.- Si desea hacer alguna aclaración o por alguna circunstancia, no dispone de datos en uno a más de los rubros solicitados en el presente formulario, sírvase indicar en las líneas dispuestas para OBSERVACIONES.