

INFORME ESTADÍSTICO ANUAL DE RECURSOS Y ACTIVIDADES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AÑO 2007

USO INEC			
----------	--	--	--

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO			
Nombre del Establecimiento de Salud			
Provincia:	Dirección:	Sector Público <input type="checkbox"/> 1 Privado con fines de lucro <input type="checkbox"/> 2 Privado sin fines de lucro <input type="checkbox"/> 3 Anexo al IESS <input type="checkbox"/> 4	
Cantón:	Teléfono:		
Ciudad:	E-mail:		
Parroquia:	Organismo del que depende:		
Localidad:	Tiempo de funcionamiento:		

TIPO DE ESTABLECIMIENTO			
ESTABLECIMIENTOS CON INTERNACIÓN		ESTABLECIMIENTOS SIN INTERNACION	
Hospital Básico <input type="checkbox"/> 01 Hospital General <input type="checkbox"/> 02 Hospital Especializado: Agudo: Infectología <input type="checkbox"/> 03 Gineco - Obstétrico <input type="checkbox"/> 04 Pediátrico <input type="checkbox"/> 05 Crónico: Psiquiátrico <input type="checkbox"/> 06 Dermatológico <input type="checkbox"/> 07 Oncológico <input type="checkbox"/> 08 Neumológico <input type="checkbox"/> 09 Geriátrico <input type="checkbox"/> 10 Hospital de Especialidades <input type="checkbox"/> 11	Clínica General <input type="checkbox"/> 12 Clínica Especializada en: Gineco - Obstetricia <input type="checkbox"/> 13 Pediatria <input type="checkbox"/> 14 Traumatología <input type="checkbox"/> 15 Psiquiatria <input type="checkbox"/> 16 Otro <input type="checkbox"/> 17 especifique	Puesto de Salud <input type="checkbox"/> 20 Subcentro de Salud <input type="checkbox"/> 21 Centro de Salud <input type="checkbox"/> 22 Dispensario <input type="checkbox"/> 23 Otro: <input type="checkbox"/> 24 especifique	

PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	SECUENCIAL	CL
USO INEC				

PERSONAL

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 tiempo ocasional o de llamada" son aquellos que atienden eventualmente.

PERSONAL		USO INEC	NUMERO DE PERSONAL POR TIEMPO			OCASIONAL O DE LLAMADA
			8 horas diarias	4 a 7 horas diarias	Menos de 4 horas diarias	
100	MÉDICOS	1	2	3	4	5
101	Médico General	6	7	8	9	10
102	Cirujanos	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
125	Pediatras	126	127	128	129	130
126	Neonatólogos	131	132	133	134	135
127	Perinatólogos	136	137	138	139	140
128	Ginecólogos	141	142	143	144	145
129	Obstetras	146	147	148	149	150
130	De Salud Pública (Salubristas)	151	152	153	154	155
131	Epidemiólogos	156	157	158	159	160
132	De Salud Familiar y Comunitaria	161	162	163	164	165
133	Médicos Residentes	166	167	168	169	170
134	Médicos Rurales	171	172	173	174	175
135	Otros (especifique)	176	177	178	179	180

PERSONAL		USO INEC	NÚMERO DE PERSONAL POR TIEMPO			OCASIONAL O DE LLAMADA
			(8 horas diarias)	4 a 7 horas diarias	Menos de 4 horas diarias	
200	OTROS PROFESIONALES CON TÍTULO UNIVERSITARIO	181	182	183	184	185
201	Obstetrices	186	187	188	189	190
202	Obstetrices Rurales	191	192	193	194	195
203	Enfermeras	196	197	198	199	200
204	Enfermeras Rurales	201	202	203	204	205
205	Nutricionistas	206	207	208	209	210
206	Psicólogos	211	212	213	214	215
207	Educadores para la Salud	216	217	218	219	220
208	Ingenieros Sanitarios	221	222	223	224	225
209	Ingenieros Ambientales	226	227	228	229	230
210	Otros: (especifique)	231	232	233	234	235
300	TECNÓLOGOS	236	237	238	239	240
301	En Fisioterapia	241	242	243	244	245
302	En Anestesiología	246	247	248	249	250
303	En Alimentos	251	252	253	254	255
304	Otros: (especifique)	256	257	258	259	260
400	ESTUDIANTES INTERNOS **	261	262	263	264	265
401	De Medicina	266	267	268	269	270
402	De Enfermería	271	272	273	274	275
403	De Obstetricia	276	277	278	279	280
404	De Psicología Clínica	281	282	283	284	285
500	AUXILIARES DE ENFERMERÍA	286	287	288	289	290
501	Con Certificado	291	292	293	294	295
502	Con adiestramiento	296	297	298	299	300
503	Sin adiestramiento	301	302	303	304	305
600	OTROS AUXILIARES	306	307	308	309	310
601	De Anestesiología	311	312	313	314	315
602	De Fisioterapia	316	317	318	319	320
603	Instrumentistas	321	322	323	324	325
604	Camilleros	326	327	328	329	330
605	Otros: (especifique)	331	332	333	334	335
700	PERSONAL ADMINISTRATIVO	336	337	338	339	340
701	Administrador	341	342	343	344	345
702	De Recursos Humanos	346	347	348	349	350
703	De Estadística y Registros Médicos	351	352	353	354	355
704	De Contabilidad, Pagaduría y Administración de Caja	356	357	358	359	360
705	De Secretaría	361	362	363	364	365
706	Recepcionista	366	367	368	369	370
707	Otros: (especifique)	371	372	373	374	375
800	PERSONAL DE SERVICIO	376	377	378	379	380
801	De cocina	381	382	383	384	385
802	De lavandería	386	387	388	389	390
803	De limpieza	391	392	393	394	395
804	Conserjes, Choferes, Guardianes	396	397	398	399	400
805	De Mantenimiento	401	402	403	404	405
806	Otros: (especifique)	406	407	408	409	410

** Debe registrarse solamente a los Estudiantes Internos del último semestre.

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

Está página no deben llenar los Establecimientos que pertenecen al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), por cuanto los grupos de edad (programáticos) son diferentes.

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.

Bloque 02

GRUPOS DE EDAD - PACIENTES	CONSULTAS POR:			ACTIVIDADES DE ENFERMERIA
	MÉDICO	OBSTETRIZ	PSICÓLOGO	

NÚMERO DE PRIMERAS CONSULTAS **

01	Menos de 1 mes	411			412
02	1 a 11 meses	413		414	415
03	1 a 4 años	416		417	418
04	5 a 9 años	419		420	421
05	10 a 14 años	422	423	424	425
06	15 a 19 años	426	427	428	429
07	20 a 35 años	430	431	432	433
08	36 a 49 años	434	435	436	437
09	50 a 64 años	438	439	440	441
10	65 y más años	442	443	444	445
11	Edad no especificada	446	447	448	449
12	USO INEC	450	451	452	453

**** Para los Establecimientos del Ministerio de Salud que no disponen del desglose por grupos de edad del número de Consultas Primarias y Subsecuentes de morbilidad, deben registrar los **TOTALES DE CONSULTAS** en el recuadro anterior, además registrarán los **TOTALES DE PRIMERAS CONSULTAS** y **TOTALES DE SUBSECUENTES** en las líneas 13 y 14.**

13	TOTALES DE PRIMERAS CONSULTAS	454	455	456	457
14	TOTALES DE CONSULTAS SUBSECUENTES	458	459	460	461

NÚMERO DE CONSULTAS SUBSECUENTES

15	Menos de 1 mes	462			463
16	1 a 11 meses	464		465	466
17	1 a 4 años	467		468	469
18	5 a 9 años	470		471	472
19	10 a 14 años	473	474	475	476
20	15 a 19 años	477	478	479	480
21	20 a 35 años	481	482	483	484
22	36 a 49 años	485	486	487	488
23	50 a 64 años	489	490	491	492
24	65 y más años	493	494	495	496
25	Edad no especificada	497	498	499	500
26	USO INEC	501	502	503	504

EMERGENCIA

27	Número de Atenciones	505			
28	Número de ingresos	506			

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

Está página no deben llenar los Establecimientos que pertenecen al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), por cuanto los grupos de edad (programáticos) son diferentes.

Bloque 03

GRUPOS DE EDAD - PACIENTES		ATENCIÓN POR			ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	
		MÉDICO	OBSTETRIZ	PSICÓLOGO		
NÚMERO DE PRIMERAS CONSULTAS ANUALES						
NIÑOS						
01	Menores de 1 mes	507			508	
02	1 - 11 meses	509			510	
03	1 - 4 años	511		512	513	
04	5 - 9 años	514		515	516	
ADOLESCENTES						
05	10 - 14 años	517		518	519	
06	15 - 19 años	520		521	522	
ADULTOS						
07	20 años y más	523	524	525	526	
MUJERES						
08	Prenatal	527	528		529	
09	Parto	530	531		532	
10	Post-parto	533	534		535	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR:						
11	Dispositivo Intrauterino (DIU)	536	537			
12	Gestágenos Orales	538	539			
13	Inyectable	540	541			
14	Preservativos	542	543			
15	Implantes	544	545			
16	Otros	546	547			
17	TOTAL *	548	549			

* En la línea 17, se debe registrar el total de consultas de Planificación Familiar, cuando no se dispone del desglose.

18	USO INEC	550	551	552	553
----	-----------------	-----	-----	-----	-----

DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER:					
19	Cérvico Uterino	554	555		
20	Mamario	556	557		
21	USO INEC	558	559		

NÚMERO DE CONSULTAS SUBSECUENTES ANUALES

NIÑOS					
22	Menores de 1 mes	560			561
23	1 - 11 meses	562			563
24	1 - 4 años	564		565	566
25	5 - 9 años	567		568	569
ADULTOS					
26	20 años y más	570	571	572	573
MUJERES					
27	Prenatal	574	575		
28	Post-parto	576	577		
PLANIFICACIÓN FAMILIAR:					
29	Dispositivo Intrauterino (DIU)	578	579		
30	Gestágenos Orales	580	581		
31	Inyectable	582	583		
32	Preservativos	584	585		
33	Implantes	586	587		
34	Otros	588	589		
35	TOTAL **	590	591		

** En la línea 35, se debe registrar el total de Consultas de Planificación Familiar, cuando no se dispone del desglose.

36	USO INEC	592	593	594	595
----	-----------------	-----	-----	-----	-----

CERTIFICADOS DE SALUD

37	Número de Certificados de Salud	596			
----	---------------------------------	-----	--	--	--

VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS POR MÉDICO, OBSTETRIZ Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Visita Domiciliaria: Se entiende por visita domiciliaria a 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.

Bloque 04

GRUPOS DE EDAD - PACIENTES	MÉDICO		OBSTETRIZ		ACT. DE ENFERMERÍA	
	Primeras	Subsecuentes	Primeras	Subsecuentes	Primeras	Subsecuentes

NÚMERO DE VISITAS DE MORBILIDAD							
01	Menos de 1 mes	597	598			599	600
02	1 a 11 meses	601	602			603	604
03	1 a 4 años	605	606			607	608
04	5 a 9 años	609	610			611	612
05	10 a 14 años	613	614	615	616	617	618
06	15 a 19 años	619	620	621	622	623	624
07	20 a 35 años	625	626	627	628	629	630
08	36 a 49 años	631	632	633	634	635	636
09	50 a 64 años	637	638	639	640	641	642
10	65 y más años	643	644	645	646	647	648
11	Edad no especificada	649	650	651	652	653	654
20	TOTAL USO INEC	655	656	657	658	659	660

NÚMERO DE VISITAS DE PREVENCIÓN							
NIÑOS							
21	Menores de 1 mes	661	662			663	664
22	1 - 11 meses	665	666			667	668
23	1 - 4 años	669	670			671	672
24	5 - 9 años	673	674				
ADOLESCENTES							
25	10 - 14 años	675	676	677	678		
26	15 - 19 años	679	680	681	682		
ADULTOS							
27	20 años y más	683	684	685	686		
MUJERES							
28	Prenatal	687	688	689	690	691	692
29	Parto	693	694	695	696	697	698
30	Post-parto	699	700	701	702	703	704
40	TOTAL USO INEC	705	706	707	708	709	710

SERVICIO DE ODONTOLOGÍA

Servicio Dental: Si el establecimiento dispone de este servicio, anote el equipo, personal, consultas y actividades en el año de la información. En equipo, anote el número de los que se encuentra en "USO" del establecimiento.

Bloque 05

EQUIPO		NÚMERO	PERSONAL	USO IIEC	NÚMERO DE PERSONAL POR TIEMPO			OCASIONAL O DE LLAMADA	
					8 h. diarias	4 a 7 h. d.	menos 4 h.		
01	Ambientes físicos (Consultorios)	711	21	Odontólogos	725	726	727	728	729
02	Turbina	712	22	Odontólogos Rurales	730	731	732	733	734
03	Turbina baja velocidad (micromotor)	713	23	Auxiliar de Odontología	735	736	737	738	739
04	Luz halógena	714	24	Cirujanos Maxilofaciales	740	741	742	743	744
05	Jeringa triple	715	25	Odontopediatras	745	746	747	748	749
06	Lámpara	716	26	Endodoncistas	750	751	752	753	754
07	Compresor	717	27	Periodoncistas	755	756	757	758	759
08	Esterilizador en seco	718	28	Rehabilitadores Orales	760	761	762	763	764
09	Auto clave	719	29	Mecánico Dental	765	766	767	768	769
10	Sillón dental	720	30	Otros (especifique)	770	771	772	773	774
11	Rayos X dental	721							
12	Equipo móvil (trimodular o cuatrimodular)	722							
13	Otros (especifique)	723							
20	USO IIEC	724	40	USO IIEC	775	776	777	778	779

CONSULTAS DE MORBILIDAD Y PREVENCIÓN DE ODONTOLOGÍA

GRUPOS PROGRAMÁTICOS			CONSULTAS DE ODONTOLOGÍA							
			MORBILIDAD				PREVENCIÓN			
			Primeras	Subse-cuentes	EMBARAZADAS		Primeras	Subse-cuentes	EMBARAZADAS	
					Primeras	Subse-cuentes			Primeras	Subse-cuentes
41		Menores de 1 año	780	781			782	783		
42		1 - 4 años	784	785			786	787		
43		5 - 9 años programados	788	789			790	791		
44	ADOLESCENTES	10 - 14 años programados	792	793	794	795	796	797	798	799
45		15 - 19 años	800	801	802	803	804	805	806	807
46		5 - 14 años no programados	808	809	810	811	812	813	814	815
47	ADULTOS	20 años y más	816	817	818	819	820	821	822	823
50	USO INEC		824	825	826	827	828	829	830	831

En los campos 794 y 795, se debe colocar el número total de consultas primeras y subsecuentes de embarazadas, de 10 a 19 años, sin considerar que sean programados o no programados y cuando no se dispone del dato desglosado.

ACTIVIDADES DE ODONTOLOGÍA

ACTIVIDADES		Primeras	Subsecuentes	Primeras	Subsecuentes
ACTIVIDADES DE MORBILIDAD					
51	Obturbación	832	833		
52	Restauración	834	835		
53	Endodoncias	836	837		
54	Exodoncias	838	839		
55	Periodoncias	840	841		
56	Cirugía Menor	842	843		
57	Ortodoncia / Ortopedia	844	845		
60	USO IIEC	846	847		
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN					
61	Profilaxis			848	849
62	Aplicación de Fluor			850	851
63	Sellantes			852	853
70	USO IIEC			854	855
80	Número de Radiografías Dentales	856			
90	Número de Certificados Odontológicos	857			

Bloque 06**LABORATORIO**

Si el Establecimiento de Salud dispone de este Servicio, anote el personal y el total anual de exámenes de laboratorio

Dispone de :

Laboratorio Clínico ☐ 1

Laboratorio Histopatológico ☐ 2

Otros ☐ 3

	PERSONAL	USO INEC	Número de personas por tiempo		
			8 h. d.	4 a 7 h.d.	< de 4 h.d.
01	Médico Patólogo Clínico	858	859	860	861
02	Médico Anatomo Patólogo	862	863	864	865
03	Médico Citólogo	866	867	868	869
04	Bioquímico	870	871	872	873
TECNÓLOGOS					
05	En Laboratorio Clínico	874	875	876	877
06	En Histopatología	878	879	880	881
07	Auxiliares de Laboratorio	882	883	884	885
10	USO INEC	886	887	888	889

NÚMERO DE EXÁMENES DE LABORATORIO		USO INEC	Consulta Externa	Hospitalización	Emergencia
11	Hematológicos	890	891	892	893
12	Química Sanguínea	894	895	896	897
13	Microbiológicos	898	899	900	901
14	Bacterológicos	902	903	904	905
15	Coproparasitarios	906	907	908	909
16	Elemental y microscópico de orina	910	911	912	913
17	Serológicos	914	915	916	917
18	Tipificaciones	918	919	920	921
19	Gasometrías	922	923	924	925
20	Hormonas	926	927	928	929
21	Espermatogramas	930	931	932	933
22	Gravidez	934	935	936	937
23	Otros (especifique)	938	939	940	941
30	USO INEC	942	943	944	945

ANATOMÍA PATOLÓGICA		USO INEC	Consulta Externa	Hospita- lización
31	Exámenes Histopatológicos	946	947	948
32	Citológicos	949	950	951
33	Autopsias	952		953
34	Otros (especifique)	954	955	956
40	USO INEC	957	958	959

Bloque 07**FARMACIA**

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

Dispone de:

Farmacia y/o Botica ☐ 1

Botiquín ☐ 2

	PERSONAL	USO INEC	Número de personas por tiempo		
			8 h. d.	4 a 7 h.d.	< de 4 h.d.
01	Farmacéutico	960	961	962	963
02	Auxiliar de Farmacia	964	965	966	967
10	USO INEC	968	969	970	971

RECETAS DESPACHADAS		NÚMERO
11	Consulta externa	972
12	Hospitalización	973
13	Emergencia	974
20	USO INEC	975

Bloque 08**SERVICIO DE IMAGENOLÓGÍA**

PERSONAL DE IMAGENOLOGÍA		USO INEC	Número de personas por tiempo			Ocasional o de llamada
			8 h. d.	4 a 7 h.d.	< de 4 h.d.	
01	Médico Radiólogo	976	977	978	979	980
02	Tecnólogos en Radiología	981	982	983	984	985
03	Auxiliares de Radiología	986	987	988	989	990
10	USO INEC	991	992	993	994	995

EQUIPOS DE IMAGENOLOGÍA		NÚMERO
11	Rayos X	996
12	Tomógrafos	997
13	Ecógrafo	998
14	Portátiles	999
15	Fluoroscópios	1000
16	Mamógrafo	1001
17	Resonancia Magnética	1002
18	Otros (especifique)	1003
20	USO INEC	1004

NÚMERO DE EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA		USO INEC	Consulta Externa	Hospitalización	Emergencia
21	Radiografías	1005	1006	1007	1008
22	Fluoroscopias	1009	1010	1011	1012
23	Tomografías	1013	1014	1015	1016
24	Ecografías	1017	1018	1019	1020
25	Resonancia Magnética	1021	1022	1023	1024
26	Mamografías	1025	1026	1027	1028
27	De maxilar	1029	1030	1031	1032
30	USO INEC	1033	1034	1035	1036

EQUIPOS Y RECURSOS FÍSICOS QUE DISPONE EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

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

Bloque 09

EQUIPO DE DIAGNÓSTICO		NÚMERO
01	Electroencefalógrafo	1037
02	Electro y Eco Cardiógrafo	1038
03	Ecosonógrafo	1039
04	Angiografo	1040
05	Expirómetro	1041
06	Ergonómetro	1042
07	Endoscopio	1043
08	Colonoscopia	1044
09	Eco. Doppler Color	1045
10	Otros (Especifique)	1046
20	USO INEC	1047

NÚMERO DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO		USO INEC	Consulta Externa	Hospitalización	Emergencia
21	Eléctroencefalogramas	1048	1049	1050	1051
22	Eléctrocardiogramas	1052	1053	1054	1055
23	Ecosonogramas	1056	1057	1058	1059
24	Ecografía Doppler Color	1060	1061	1062	1063
25	Electromiograma	1064	1065	1066	1067
26	Otros: (Especifique)	1068	1069	1070	1071
30	USO INEC	1072	1073	1074	1075

Bloque 10

EQUIPO DE TRATAMIENTO		NÚMERO
01	Fisioterapia	1076
02	Electro Shock	1077
03	Equipo de Diálisis	1078
04	Litotritor	1079
10	USO INEC	1080

NÚMERO DE TRATAMIENTOS DE FISIOTERAPIA		USO INEC	Consulta Externa	Hospitalización
11	Electroterapia	1081	1082	1083
12	Hidroterapia	1084	1085	1086
13	Ejercicios Terapéuticos	1087	1088	1089
14	Otros (Especifique)	1090	1091	1092
20	USO INEC	1093	1094	1095

Bloque 11

NÚMERO DE TRATAMIENTOS DE RADIOISÓTOPOS		USO INEC	Consulta Externa	Hospitalización
01	Captación - tiroidea	1096	1097	1098
02	Gammagrafía - tiroidea	1099	1100	1101
03	Gammagrafía de otros órganos	1102	1103	1104
04	Otros (Especifique)	1105	1106	1107
10	USO INEC	1108	1109	1110

Bloque 12

CIRUGÍA		NÚMERO
01	Salas de Operaciones (Quirófanos)	1111
02	Mesas de Operaciones	1112
03	Equipos de Anestesia	1113
04	Monitores	1114
05	Electrobisturí	1115
06	Coche de paro	1116
07	Equipo de Fibrilación	1117
08	Laparoscopia	1118
09	Laser	1119
10	USO INEC	1120

OBSTETRICIA		NÚMERO
11	Sala de Parto	1121
12	Camas de trabajo de parto (dilatación)	1122
13	Mesas Ginecológicas	1123
20	USO INEC	1124

CAMAS		NÚMERO
21	De Emergencia	1125
22	De recuperación post-operatoria	1126
30	USO INEC	1127

EQUIPO PARA RECIEN NACIDOS		NÚMERO
70	Termocunas y/o Incubadoras	1128

EQUIPO DE ESTERILIZACIÓN		NÚMERO
31	Esterilizador en seco	1129
32	Auto claves	1130
33	Otros: (Especifique)	1131
40	USO INEC	1132

EQUIPOS DE CUIDADOS INTENSIVOS		NÚMERO
41	Respirador	1133
42	Electrocauterio	1134
43	Succionador	1135
44	Coche de paro	1136
45	Desfibrilador	1137
46	Otros: (Especifique)	1138
50	USO INEC	1139

OTROS EQUIPOS		NÚMERO
51	Ambulancias	1140
52	Camillas	1141
53	Otros: (Especifique)	1142
60	USO INEC	1143

Bloque 13

Bloque 14

SANEAMIENTO AMBIENTAL						
PERSONAL		USO INEC	NÚMERO DE PERSONAL POR TIEMPO			OCASIONAL O DE LLAMADA
			8 h. diarias	4 a 7 h. d.	menos de 4 h. d.	
01	Inspector Sanitario	1144	1145	1146	1147	1148
02	Trabajador Sanitario	1149	1150	1151	1152	1153
09	USO INEC	1154	1155	1156	1157	1158

TRABAJO SOCIAL

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

ACTIVIDADES	TOTAL ANUAL
-------------	-------------

INSPECCIONES A:		
11	Viviendas	1159
12	Establecimientos educacionales	1160
13	Establecimientos públicos en general	1161
14	Establecimientos de expendio de alimentos	1162

CONTROL DE PLAGAS		
15	Viviendas Tratadas	1163
16	Viviendas Repetidas	1164
20	USO INEC	1165

COMUNIDAD		
30	Promotores de la Salud en la Comunidad	1166

PERSONAL		USO INEC	NÚMERO DE PERSONAL POR TIEMPO		
			8 h. diarias	4 a 7 h. d.	menos de 4 h. d.
01	Trabajadora Social	1167	1168	1169	1170
02	Auxiliar de Trabajo Social	1171	1172	1173	1174
10	USO INEC	1175	1176	1177	1178

ACTIVIDADES		TOTAL ANUAL
11	Entrevistas	1179
12	Visitas domiciliarias efectivas	1180
13	Visitas domiciliarias inefectivas	1181
14	Gestiones Intra.institucionales	1182
15	Gestiones Extra-institucionales	1183
16	Servicio Social a la comunidad	1184
20	USO INEC	1185

OBSERVACIONES:

ELABORADO POR:

REVISADO POR:

LUGAR Y FECHA:

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.