

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

WJIS-1
T 105
H 828
1998
C-1

INFORME FINAL PARA OPTAR AL TITULO DE
MAESTRO EN SALUD PUBLICA

**SISTEMATIZACION DEL MODELO
ORGANIZACIONAL
DEL HOSPITAL ESPAÑA DE CHINANDEGA
1995 - 1996**



Autores:

Dr. Silvio Romeo Morales Parajón
Licda. Rosario Hernández García
Dr. Donald Quintana Fajardo

Tutor:

Dr. Lorenzo Muñoz
Docente Investigador
CIES

MANAGUA SETIEMBRE 1998

CONTENIDO

	PAGINAS
PRESENTACION	
RESUMEN	
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACION	6
IV. OBJETIVOS	7
V. MARCO TEORICO	8
VI. HIPOTESIS	26
VII. DISEÑO METODOLOGICO	27
VIII. RESULTADOS	45
IX. DISCUSION	58
X. CONCLUSIONES	101
XI. RECOMENDACIONES	105
XII. BIBLIOGRAFIA	110
XIII. ANEXOS	112

PRESENTACIÓN

El presente documento contiene la sistematización teórica de la experiencia del proceso gerencial que se implementó en el Hospital España del Departamento de Chinandega, Nicaragua durante el año de 1996.

Es una experiencia novedosa en el campo de la gerencia de los servicios de salud hospitalario, en el país, el poder sistematizar teóricamente una experiencia como esta, desde la etapa de habilitación hasta el primer año de funcionamiento del mismo.

Es por tanto de mucha utilidad el poder conocer los errores y aciertos del proceso gerencial del hospital, campo en el cual no se tiene mucha experiencia en nuestro país, de forma tal que permita a los actuales gerentes y estudiantes en formación de Salud Pública obtener conocimientos prácticos de nuestra realidad nacional.

La Gerencia hospitalaria es una especialidad de la administración moderna de las empresas de servicios con una marcada complejidad, ya que el tratar de controlar y monitorear las diferentes líneas de los procesos de producción de los servicios de salud es muy complejo y especializado, por lo tanto el integrarlas en tiempo y forma se convierten en el éxito de cualquier gerente. En el presente estudio, por razones metodológicas y pedagógicas se trata de exponer los diferentes procesos en diferentes acápite, pero hay que estar claro que estos procesos se dan de manera simultánea y no necesariamente de manera armónica, de aquí se determina la importancia de este estudio, el cual se planteó como meta el **Sistematizar la Experiencia Gerencial** de esta compleja empresa a fin de mejorar la calidad de los servicios de salud que se le brindan a la población de Chinandega.

Finalmente quiero reconocer el esfuerzo de los autores de este estudio por aportar tan valiosos conocimiento científico-técnicos a la Salud Pública de Nicaragua.

Dr. Lorenzo Muñoz García.

Docente-Investigador

C.I.E.S.

RESUMEN

El presente estudio identifica los principales acontecimientos desarrollados en el proceso de implementación del modelo organizacional a través de la "Sistematización de la Experiencia del Modelo Organizacional del Hospital España de Chinandega durante el periodo de 1995 – 1996", dicho hospital se construye basado en la necesidad de ampliar la cobertura de los Servicios de Salud Médicos – Quirúrgicos de la población de Chinandega.

Se identifica la experiencia del proceso organizacional del Hospital España basado en el diseño del proyecto planificado y ejecutado por la Agencia de Cooperación Española Internacional (ACEI) y el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), como un nuevo modelo de organización y funcionamiento gerencial.

Para definir el nuevo modelo gerencial a implementarse, se realizó un diagnóstico integral de la situación de la gerencia del hospital, de manera relevante se encontró la inestabilidad laboral del equipo de dirección y la falta de capacitación gerencial, la no-existencia de un plan de apertura de la nueva unidad, falta de una metodología de planificación estratégica local, falta de definición de la misión, visión de la institución, los recursos humanos no tenían la suficiente capacitación y/o entrenamiento adecuado para desarrollar la administración hospitalaria, la no-existencia de las plantillas mínimas y máximas de los recursos humanos, aunado al desorden de los expedientes laborales de cada trabajador, no existía una organización del sistema de articulación con el resto de la red de servicios.

El Objetivo de la Sistematización de la Implementación del Modelo Organizacional del Hospital España de Chinandega, describe entre otros la organización gerencial según implantación del modelo organizacional, Identifica los principales elementos de la gerencia según estilos o técnicas de conducción del hospital, determina las

estrategias administrativo - financieras del modelo desarrollado, conoce el impacto de la cooperación externa en la implantación del nuevo modelo.

Se utilizó la metodología del esquema del proceder de la investigación Histórico – Compresivo, proceso metódico de la hermenéutica; siguiendo un análisis de la consideración estructural, integración de los elementos, y contexto del objeto, comprensión de hechos, tratamiento interpretativo y crítico de la información, construcción intersubjetiva; (Situación Problemática, Definición del Problema, las fases de: Entender, Comprender, Interpretar)

En el estudio se logró identificar las siguientes categorías de síntesis:

Organización Gerencial, Elementos Gerenciales de Conducción, Estrategias Administrativo - Financieras, Impacto de la Cooperación Externa del modelo instalado, y sus ejes principales fueron definidos a partir de los siguientes componentes: Misión, Visión, Modelo de Atención. Regulación de la Oferta, Naturaleza de los Servicios, Articulación con la Red de Servicios de Salud, Calidad de la Atención, Modelo Gerencial, Planificación Estratégica, Recursos Humanos, Normativas Técnico - Asistenciales y Administrativas, Organización del Servicio de Admisión, Organización del Sistema de Información, Fuentes de Financiamiento, Recuperación de Costos, Organización de los Servicios Privados, Formulación del Presupuesto por Egreso y Financiamiento de la Cooperación Externa.

Se definieron los ejes del Modelo de Atención:

- Misión.
- Visión.
- La oferta regulada de sus servicios a través de un sistema de recepción central de la demanda.
- La naturaleza mixta de los servicios (públicos y privados)

- La relación permanente y sistemática del hospital con los servicios del primer nivel de atención del SILAIS.
- Organización del servicio de admisión de pacientes.
- Desarrollo de un Modelo de información gerencial.
- La calidad de la atención e incremento del grado de solución de los problemas de salud de la población.

I.- INTRODUCCION

El Ministerio de Salud de la República de Nicaragua organiza la red de Servicios de Salud en dos niveles de Atención, el primer y segundo nivel; el segundo nivel de atención lo constituyen los hospitales generales departamentales, hospitales con servicios de referencia nacional y centros nacionales uniperfiles.

El Ministerio de Salud de Nicaragua posee una red de Hospitales integrada por 30 unidades, entre las cuales se encuentran unidades descentralizadas (por los rubros de gastos operativos, bienes y servicios) que dependen directamente del Nivel Central del Ministerio de Salud y unidades hospitalarias crónicas y agudas que dependen de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS).

En el ámbito de Latinoamérica existen experiencias de procesos de intervención directa en modelos asistenciales, administrativos u organizativos, para la transformación de los hospitales Públicos; en nuestro estudio se analizará el proceso de inicio de la implantación del modelo gerencial a desarrollarse a mediano plazo en el Hospital España de Chinandega; entre los principales elementos de análisis figuran:

- Modelo funcional.
- Organización del servicio de admisión y documentación.
- Programa de capacitación al cuerpo directivo.
- Diseño del sistema de información.
- Programa de mantenimiento.
- Ejecución del Presupuesto.

Para el funcionamiento de esta institución se debe lograr el desarrollo armónico de las actividades, a través de la consolidación de los procesos de fortalecimiento y desarrollo Gerencial del Gobierno Hospitalario utilizando la estrategia de CAPACITACIÓN

GERENCIAL en los servicios, para los cuadros de dirección y jefes de línea del Hospital, con visión administrativa, y que esta organización se desarrolle como una EMPRESA PUBLICA dentro del Sector Salud.

La estrategia de acompañamiento para el desarrollo de la implantación de un nuevo modelo gerencial hospitalario realizado por personal calificado y de amplia experiencia en el tema, facilita y acelera el proceso de transformación y modernización de los estilos de administración hospitalaria, así como de la Eficiencia y de la Calidad de la Atención por lo que en este estudio se presentan los principales acontecimientos desarrollados en el proceso de implementación del modelo organizacional.

II. ANTECEDENTES

El Hospital España nace como una necesidad de ampliar la cobertura de los servicios de salud de la población, a fin de dar una respuesta efectiva y eficiente a la realidad social que vive el departamento de Chinandega; en cuanto a sus necesidades de salud, por lo cual el Ministerio de Salud plantea las siguientes justificaciones:

- Una población creciente cada día, con deterioro marcado de las condiciones de vida y que requiere más atención sanitaria.
- Puestos y Centros de salud de la zona presionados por las demandas de servicios de salud.
- El cierre del Hospital Soviético, el cual estaba pasando por un agudo problema en cuanto a funcionamiento de equipos. (Estos equipos provenían del área Socialista y carecían de repuestos, información técnica y accesorios); Lo que ocasionó un estado total de obsolescencia e inadaptación tecnológica.
- La presión cada vez mayor sobre el Hospital "Mauricio Abdalah" el cual además de ser una construcción muy antigua de 124 años aproximadamente, así como el lugar en donde esta construido que posee más de 12 sumideros, lo que planteaba la necesidad urgente de descongestionar el tránsito y afluencia de pacientes y personal; a esto se le suma la obsolescencia de sus equipos e instalaciones.

El Proyecto de construcción del Hospital España fue realizado por una Empresa Española denominada IBADESA-MAFFEI, con financiamiento del gobierno de Nicaragua a través de un préstamo del gobierno de España, concebido como una obra denominada "Llave en Mano".

El Hospital medico-quirúrgico, es de referencia del SILAIS, (incluye toda la red de Servicios de Salud del departamento de Chinandega), es por lo tanto la unidad de máximo nivel de resolución.

Para definir el nuevo modelo gerencial a implementarse, previamente se realizó un diagnóstico integral de la situación de la gerencia del hospital, de manera relevante se encontró la inestabilidad laboral del equipo de dirección y la falta de capacitación gerencial, la no-existencia de un plan de apertura de la nueva unidad, falta de una metodología de planificación estratégica local, falta de definición de la misión, visión, los recursos humanos no tenían la suficiente capacitación y/o entrenamiento adecuado para desarrollar la administración hospitalaria, la no-existencia de las plantillas mínimas y máximas de los recursos humanos provocó el aumento desproporcionado de las contrataciones de personal y además estaban dirigidos a fortalecer el área administrativa y no a la parte asistencial, aunado al desorden de los expedientes laborales de cada trabajador, no existía una organización del sistema de articulación con la red de servicios y la débil organización de los servicios.

El equipamiento en su conjunto sufría desperfectos constantes por la falta de los manuales técnicos y de operación y la garantía de un año de los equipos (el hospital no podía intervenir en las reparaciones y estas se realizaban en Managua y/o en el extranjero) lo que provocó el tensionamiento en la ejecución de muchas actividades clínicas y de administración; no-existencia de normas técnicas asistenciales y administrativas, la estructura orgánica definida no estaba funcionando como tal, existía desconocimiento de los costos reales de los servicios ofertados, tanto del sector público, como del privado, el sistema de admisión y de información no respondía a las exigencias de la demanda de la población y de la administración eficiente y con calidad de la atención, se identificó falta de organización y diferenciación de los servicios públicos y privados y la no-existencia de un plan maestro de inversiones y mantenimiento hospitalario. Ante esta panorámica se inicio un proceso de participación democrática con

diferentes actores sociales, tanto en el ámbito local como autoridades nacionales, por lo cual se organizó un equipo de trabajo planificador (formado por autoridades del Hospital, SILAIS, sociedad civil, consultores, docentes del CIES, entre otros). Se inició un proceso de reflexión que llevó a la identificación no solo de los problemas sino también al encuentro de soluciones pertinentes y adecuadas al entorno. Se obtuvo como resultado la identificación de los principales componentes del nuevo modelo gerencial a desarrollarse y con el apoyo de la Agencia de Cooperación Española Internacional se logró el inicio del proceso de implantación de dicho modelo.

III. JUSTIFICACION

La instalación de un nuevo modelo organizacional lleva a negociar y concertar con las autoridades locales, quienes son los autores sociales más calificados para identificar las necesidades y requerimientos prioritarios en el campo de la Salud Pública, que necesita la población. Es por ello que el proceso de acompañamiento parte de un análisis conjunto, para luego identificar líneas de trabajo, desarrollar propuestas técnicas, capacitar al personal, usuarios y volver al análisis del problema mejor dotado con los instrumentos y técnicas necesarias para iniciar las transformaciones políticas, administrativas, técnicas y financieras que sean necesarias para modificar la estructura y cultura organizacional como empresa pública.

El presente estudio identifica la sistematización de la experiencia del proceso organizacional del hospital España basado en el diseño del proyecto planificado y ejecutado por la AECI y el CIES como un nuevo modelo de organización y funcionamiento gerencial. En el país no existe experiencia en este tipo de intervenciones y de análisis comparativo de lo planificado y desarrollado como un proceso de interacción académica y práctica de la conducción de una organización hospitalaria.

El análisis de los procesos gerenciales de intervención y/o acompañamiento como estrategia para la transformación de la búsqueda de nuevas modalidades de gerenciar los procesos de Modernización Hospitalarios, para lograr la eficiencia, eficacia y calidad en la prestación de los servicios de salud, y que dicha experiencia sea utilizada para los estudios académicos de los recursos en formación en salud pública, así también como para la implementación de nuevas formas de transformación de los estilos y técnicas de administración hospitalaria en nuestro sistema de salud.

IV.- OBJETIVOS

General:

Sistematización de la experiencia del proceso de implantación del modelo organizacional realizado en el Hospital España de Chinandega, en el período de Diciembre de 1995 a Diciembre de 1996.

Específicos:

1. Describir la organización gerencial según implantación del modelo organizacional.
2. Identificar los principales elementos de la gerencia según estilos o técnicas de conducción del hospital.
3. Determinar las estrategias administrativo - financieras del modelo desarrollado.
4. Conocer el impacto de la cooperación externa en la implantación del nuevo modelo.

V.- MARCO TEORICO

La situación económica de los años sesenta a los setenta provocó que en el sector sanitario la atención se centrara fundamentalmente en los hospitales, que de manera global, absorbían entre el ochenta y el noventa por ciento de los recursos y no resolvían probablemente más que un cinco por ciento de problemas de salud de la población. En esta época, especialmente crítica con los sistemas de cuidados, aparecen datos como los aportados en 1976 que se refieren a la contribución potencial de la reducción de la mortalidad en tantos por cien y la aceptación actual de los gastos de salud en Estados Unidos, el estudio deja bien claro que los sistemas de cuidados absorben el noventa por ciento del gasto y contribuye solo en un once por ciento a la reducción de la mortalidad. Como una consecuencia de la crisis también aparecen nuevas disciplinas como la Economía de la Salud que tratan de dar racionalidad al Sistema Sanitario (10).

Años después de la crisis de 1973 las recomendaciones de la OMS del congreso del Alma Ata de 1978 sugieren la necesidad económica sanitaria de modificar el centralismo del hospital en todos los sistemas sanitarios, orientando estas instituciones hacia fórmulas más esenciales y sobre todo más baratas tal y como ocurre con la atención primaria.

Como consecuencia de la controversia que suscita la labor de los hospitales, empieza a pensarse en la necesidad de cambiar la manera de dirigirlos. Hasta ese momento los hospitales estaban dirigidos por médicos que tenían prestigio profesional como especialistas clínicos y que dedicaban su tiempo a su actividad básica que era de carácter asistencial. Era frecuente escuchar frases como "el director esta operando". La mayoría de estas personas carecían de conocimientos elementales sobre gestión y dirección de empresa y además solían hacer compatible ese trabajo con la medicina privada e incluso en muchos casos con la labor docente en las facultades de medicina. Junto a este director médico en todos los casos, trabajaba un administrador que generalmente tenía una titulación media, unos conocimientos acordes con dicha titulación y un importante bagaje profesional adquirido en la experiencia diaria, una enfermera jefe completaba el equipo

directivo. Las comisiones de Dirección no existían en el reglamento del hospital y el contacto real entre los tres profesionales era muy escaso. Existía, además una junta facultativa compuesta por la mayoría de los jefes médicos de servicios y algunos representantes de los médicos adjunto o jefes clínicos. Por lo general, esta junta facultativa era escasamente operativa a la hora de cumplir con su función de asesorar al director, y con frecuencia se convertían en miniparlamentos donde muchas de las personas acudían para exponer su agravio o frustración. Los Directores avezados las convertían en grupos de trabajo para psicoterapia, una junta de gobierno que no gobernaba, completaba los órganos de participación del hospital (1, 10).

En las dos últimas décadas, el hospital encontró contextos sociopolíticos cambiantes, a la "bonanza económica" de los años setenta le siguió la crisis de los ochenta. ; en general el hospital público sufrió un proceso de deterioro estructural y funcional en los años setenta, quizás por un abandono conceptual, por un olvido generalizado o por una creencia de que ya no podía esperarse más de esa institución. Una institución olvidada en la misma estrategia de atención primaria y en la meta de "salud para todos".

En los años ochenta, el hospital público es testigo de la crisis económica que lo vuelve a relegar, esta vez no conceptualmente, sino por la propia situación y de déficit fiscal de la mayoría de nuestros países. El final de la década de los ochenta y principios de los noventa que podría denominarse de postcrisis en donde la estabilidad económica lograda en algunos de los países pone nuevamente al hospital dentro del debate sobre la forma de encontrar una solución al desarrollo con equidad. Este es el momento en que nos encontramos ahora y este debe ser a nuestro juicio el debate final. Que papel, que responsabilidad le corresponde al hospital público en el presente y futuro de nuestros países frente a las modificaciones estructurales de sus economías y frente a las reformas de sus estados y entre los nuevos modelos de sus estados y la participación de la Sociedad Civil.

Dentro de este contexto el hospital participa en la reforma y/o modernización del sector salud de la región, dentro del cual se destaca lo siguiente:

Los procesos de descentralización y desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) se están poniendo en práctica en la mayoría de los países para la gestión; en evaluación reciente se demuestra que de 34 países analizados en 31 de ellos existen procesos activos políticos y administrativos de reforma y/o modernización del estado en donde la descentralización y el desarrollo de los SILOS constituye la línea directriz (1).

El tratamiento especial que se da en los SILOS a la constitución de una red de servicios interrelacionados en donde el hospital público tiene una responsabilidad definida, no solo para integrar la misma, sino para facilitar el desarrollo de nuevos modelos de atención basados en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, en la investigación y desarrollo de recursos humanos, todo ello enmarcado dentro de un proceso de administración estratégica local y en la programación de actividades en función del riesgo de la población. De esta manera el hospital descentralizado pasa a constituirse en un elemento fundamental en el desarrollo de los SILOS y en el camino de su autogestión (1).

Ligado a lo anterior el hospital adquiere cada vez mayor importancia como un instrumento básico para lograr la calidad y la eficiencia de los modelos de atención de ahí se plantea la situación actual:

¿De qué hospital estamos hablando? Si bien el contexto antes anunciado puede ser ampliado a cualquier institución de salud, en este caso nos estamos refiriendo al hospital público cuyas características centrales se pueden identificar como:

"Aquella institución que presta atención de la salud con internación, de dependencia estatal (ya sea gobierno nacional, provincial o municipal) o de dependencia de otra institución que obtiene fondos públicos como es el caso de los hospitales Universitarios y de ciertas instituciones de la Seguridad Social, con atención gratuita en el momento de la prestación y con su personal en régimen de trabajo a sueldo". Una de las características fundamentales de este hospital es que está abierto a todo público sin ningún tipo de discriminación.

Este hospital público presenta lo que podría denominarse " las dos caras del hospital". Por un lado la cara negativa, pesimista y es el hospital con deterioro de su planta física, sin mantenimiento, con sus equipos en mal funcionamiento, con un ambiente desagradable, con pacientes en consultorios externos en largas colas matinales mientras que otros consultorios permanecen cerrados en turnos vespertinos, un paciente en donde además de su enfermedad y su pobreza debe aportar insumos críticos para ser atendido. Un hospital en fin, en donde su personal carece de la motivación necesaria para ser del mismo un hospital de la salud, un lugar amable dispuesto a trabajar junto con la población en la promoción y la mejoría de su salud.

Frente a esta cara negativa está la cara positiva, optimista del hospital publico. La del hospital que ha sido el origen de la mayoría del sistema de salud de nuestros países, en donde se han formado nuestros maestros, nos hemos formado muchos de nosotros y se siguen formando gran parte de los recursos humanos en salud. Es el lugar en donde se resuelven los problemas sin tener en cuenta la forma de pago ni los recursos del paciente, es en donde la accesibilidad de la atención está garantizada por el solo hecho de solicitarla. Es el hospital que ha resuelto y todavía resuelve la atención en centros urbanos en atención especializadas, y se constituye en muchas localidades semiurbanas y rurales como la única capacidad instalada disponible. Es el hospital que trabaja con la lógica del servicio público y la solidaridad social.

Estas dos caras, estas facetas de una realidad conocida son las que se deben analizar. Nuestro desafío será como hacer para rescatar la cultura básica del hospital público, como favorecer sus aspectos positivos y a su vez como lograr que su cara negativa desaparezca, dejando a la luz una institución comunitaria que aporte su experiencia, su modelo de atención a sistemas pluralistas dentro de redes de servicios coordinados apoyándose en la descentralización y en sistemas locales de salud. La magnitud de esta tarea se pone en evidencia si se considera solamente la capacidad instalada pública en América Latina y el Caribe. Es una tarea para aproximadamente seis mil hospitales

públicos. (42% del total de América Latina y el Caribe) y quinientas cincuenta mil camas (55%).

Marco Conceptual del Hospital Público en los SILOS:

Para iniciar el abordaje del tema de los hospitales públicos es necesario contar con definiciones precisas respecto de los hospitales y de su categorización como entidades publicas.

Se entiende por hospital, independientemente de su denominación **todo establecimiento dedicado a la atención médica en forma ambulatoria y por medio del internamiento sea dependencia estatal, privada, o de la seguridad social, de alta o baja complejidad; con fines de lucro o sin él, declarado en sus objetivos institucionales; abierto a toda la comunidad de su área de influencia o circunscrita su admisión a un sector de ella.** De acuerdo a lo descrito, lo fundamental es que debe ofrecer internamiento constituyendo esta uno de los objetivos principales de la institución (1, 3,4).

La clasificación respecto a la dependencia, se refiere fundamentalmente a que su funcionamiento es provisto por esos niveles aun cuando la responsabilidad de la administración esté a cargo de entidades nacionales, provinciales o municipales.

Por otra parte, en lo relativo al lucro es necesario aclarar que si bien estos establecimientos pueden generar ingresos, se consideran sin fines de lucro aquellos que los usan con el objeto de mejorar los servicios a través de reinversión e incentivo a su personal.

En América Latina en sus dos ultimas décadas han prevalecido dos subsistemas de atención médica; uno atención médica privada que de acuerdo al país y área en que se encuentre tiene importancia y características diferentes y un subsistema público que incluye una diversidad de instituciones en las que sobresalen los Ministerios de Salud y la Seguridad Social (5).

La composición institucional y sectorial ha sido caracterizada en algunos informes de la OPS de la siguiente forma:

- Un subsistema bajo la responsabilidad de los Ministerios de Salud destinado a los grupos humanos que no tienen la capacidad económica para entrar al subsistema privado y a aquellos no cubiertos por la Seguridad Social.
- Un subsistema de la Seguridad Social con responsabilidades de atención a la población trabajadora y a su familia que realiza aportes con cobertura limitada en la mayoría de los países y sus regiones.
- Instituciones descentralizadas o especiales de la Seguridad Social para los empleados públicos, fuerzas armadas o empresas estatales.
- Un subsistema de atención médica privada con fines de lucro que utilizan los grupos sociales con mayores recursos económicos.
- Un subsistema privado o semiprivado sin fines de lucro financiados por recursos privados, pero con frecuente participación financiera estatal, para cubrir las necesidades insatisfechas de la población o de algunos grupos profesionales.

Si bien el estado tiene una participación directa o indirecta en el financiamiento de varios de los subsistemas descritos, para los efectos de este análisis se ha considerado como HOSPITALES PÚBLICOS solo aquellos dependientes de los Ministerios de Salud y de la Seguridad Social (1).

Como integrantes de una red de servicios de atención de la salud, los hospitales públicos deben cumplir las siguientes funciones:

1. Atención médica Continuada: Concentrando una gran cantidad de recursos de diagnóstico y tratamiento para reintegrar rápidamente al paciente a su medio.

2. Atención médica Integrada: Constituyendo una estación intermedia dentro de una red de servicios de complejidad creciente.
3. Atención Médica Integral: Dado que la pertenencia de un establecimiento a una red garantiza la disponibilidad de todos los recursos para resolver un caso.
4. Área programática: El establecimiento tiene un área de influencia a la que brinda sus servicios y sobre cuya población deben evaluarse los resultados de sus acciones.
5. Efecto de los programas de salud: El establecimiento también actúa ejecutando programas preventivos y de promoción de la salud impulsados por la autoridad sanitaria.

En la práctica, además de lo descrito, los hospitales públicos en su conjunto actúan en lo particular, como:

- Reguladores de los costos del mercado de la salud
- Formadores de los recursos humanos.
- Impulsores del desarrollo y la investigación en el ámbito médico con el fin de promover una mejor calidad de la atención.

En el análisis del financiamiento de los hospitales públicos es muy importante distinguir entre la provisión del servicio y el financiamiento global de los servicios de salud. A consecuencia de la transformación del sector, hoy existen varias opciones en este aspecto:

- a) Los servicios hospitalarios pueden ser financiados y provistos por el estado en su totalidad, o mayoritariamente por este, coexistiendo con el sector privado.
- b) Los servicios hospitalarios financiados públicamente pueden proveer servicios al sector privado.

-
- c) Los servicios hospitalarios privados pueden a su vez vender servicio al subsector público.
- d) En América Latina y el Caribe el extremo de financiamiento y provisión de servicios privados no existe aun cuando cabe mencionar el caso del Brasil, donde la provisión de servicios hospitalarios es mayoritariamente privada con financiamiento predominantemente estatal.

El análisis de la organización de los hospitales públicos descansa sobre los siguientes conceptos: “Estructura Organizativa, Gestión Administrativa, Sistema de Información”.

Hospitales Empresas:

Antes de analizar la provisión de servicios hospitalarios es necesario definir que tipo de organización es el hospital público, en primer lugar debe considerarse al hospital como una Empresa, dejando de lado cualquier debate ideológico sobre el tema. Como empresa debe enfrentar varios procesos de producción complejos y relacionados entre sí, que se pueden agrupar de la siguiente manera:

- 1- Producción clínica: (Egresos, intervenciones quirúrgicas, consultas, etc.)
- 2- Producción técnica-médica: (Unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico, farmacia, laboratorio, imagenología)
- 3- Producción industrial: (Alimentación, lavandería, esterilización, aseo)

Además de las complejidades de producción el hospital público como empresa resulta ser una organización en la que coexisten varios grupos con intereses y objetivos diferentes, estos grupos son:

1. -El estado como propietario.
2. -El cuerpo directivo.

-
3. - El cuerpo médico.
 4. - El cuerpo profesional.
 5. - El cuerpo de auxiliares y paramédicos.

El cuerpo directivo es el responsable de unir directivos y reconducir a los grupos disidentes. Siendo el estado el propietario, sus objetivos surgen por reglas políticas lo cual en ocasiones interfiere directamente con la gestión del cuerpo directivo (1, 4, 9).

De esta realidad nace la necesidad de descentralizar la gestión del hospital público buscando una mayor autonomía de gestión administrativo - financiera. Por tanto la provisión de servicios hospitalarios se debe insertar en un modelo de Hospital Público Descentralizado y Autónomo, que acepta los límites del servicio público de regular y garantizar la cobertura, equidad, acceso y calidad de la atención.

Las características de estas alternativas de financiamiento deberían ser:

- 1- Crear incentivos correctos hacia la eficiencia y evitar la aparición de incentivos perversos, (castigo a la eficiencia).
- 2- Colaborar en la contención de costos.
- 3- Promover la provisión de servicios con estándares mínimos de calidad.¹

Se ha definido y se insistirá en que sin perjuicio de su carácter público y social, y sin necesidad de adquirir espíritu comercial, el hospital debe tender a obtener recursos para producir resultados, y a definir claramente responsabilidades gerenciales y someterlas a prueba de rendimiento. Dicho de otra forma, no se puede justificar una

¹ Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS HSS/SILOS-39
El Hospital Público, Tendencias y Perspectivas. OPS/OMS 1994.

gestión deficiente por la falta de búsqueda de beneficio. En el Hospital sea este de carácter público o privado coexisten tres tipos de empresas o lógicas de gestión:

- **CLINICA**
- **TECNICA**
- **HOTELERA.**

Hospital Público de Autogestión (HPA):

Requisitos básicos del Hospital Público de Autogestión:

- Contribuir a la extensión de la cobertura médica.
- Brindar el mejor nivel de calidad independientemente de su nivel de complejidad.
- Contar con un proceso técnico administrativo de gestión ágil y eficiente que asegure la optimización y el uso racional de los recursos y la adecuada producción y rendimiento institucional.
- Desarrollar además actividades de docencia e investigación, acciones de promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad en las áreas programáticas y dentro de la red que pueda integrar.
- Implementar el programa médico asistencial sobre la base de la estrategia de atención primaria.
- Promover y desarrollar la capacitación del personal, la educación continua y desarrollar la capacitación en servicios.
- Disponer de un área de servicio social que posibilite establecer la situación socioeconómica y el tipo de cobertura del demandante de servicios.

-
- Cumplir con los requisitos básicos que establezca el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
 - Estar Categorizado y Habilitado.
 - Alcanzar los indicadores mínimos de producción, rendimiento y calidad que establezca para su categoría.
 - Aprobar la evaluación periódica de control de eficiencia y calidad. (15).

El Hospital Público de Autogestión esta sujeto a las siguientes atribuciones y obligaciones, en el marco normativo de cada jurisdicción:

- Elaborar y elevar a las autoridades superiores inmediatas, para su aprobación, el programa anual operativo y el cálculo de gastos y recursos genuinos.
- Elaborar las normas de funcionamiento y los manuales de procedimientos técnicos y administrativos.
- Diseñar y proponer la constitución de nuevos servicios y programas que favorezcan el desarrollo institucional y la extensión de la cobertura.
- Designar, promover y reubicar dentro de la estructura aprobada y sancionar al personal en todos sus niveles y, conforme a las normas vigentes de la jurisdicción.
- Disponer sobre la ejecución del presupuesto y sobre los recursos generados por el propio hospital.
- Elaborar su propio reglamento interno y constituir comisiones y/o comités técnicos asesores.
- Extender los horarios de atención de los servicios brindando asistencia entre las 8:00 y las 20:00 horas, a excepción del servicio de emergencia. (15)

Ejes centrales de la propuesta del Hospital Público de Autogestión:

- La formulación de un nuevo modelo de gestión del hospital público, basado en la medición de los costos que el hospital brinda.
- Para ello será necesario identificar los productos finales de las actividades, concepto básico a partir del cual es posible desarrollar un presupuesto por cada hospital teniendo en cuenta el resultado de su gestión.
- La confección de presupuesto en cada hospital, identificando el producto hospitalario y sus costos, permitirá la evaluación de los servicios que se brindan en términos de eficiencia y eficacia técnica, tarea para la cual se propone reformar los actuales sistemas de información y organizativos internos.
- Se introducirán los conceptos de responsabilidad directiva y gerencial en el uso de los recursos y en la obtención de los resultados.
- La determinación del producto hospitalario será el elemento vinculante con el Presupuesto Público. Será también la herramienta para calcular los costos sobre los cuales se establecerán los acuerdos necesarios con las fuentes de financiamiento que aporten los recursos genuinos de cada hospital (terceros financiadores o compradores de servicios).
- Se definirá un marco legal propio para la gestión de los hospitales en las jurisdicciones provinciales, que lo dote de personería jurídica propia y le permita funcionar descentralizadamente, pero concebido de un modo tal que admita la utilización de las modernas técnicas administrativas de empresas de servicios destinados a actuar en el subsector público de la salud, y la inserción del HPA en el mercado prestador de servicios de atención de la salud. (15).

Una cuestión fundamental en el desarrollo del Hospital Público de Autogestión es considerar que el presupuesto se convierta en un instrumento del análisis

económico y de gestión, para lo cual es necesario especificar las actividades a desarrollar, el producto que se desea alcanzar y las unidades de gestión involucradas en cada caso.

 **Plan de Empresa:**

Un plan de empresa es el resultado de:

- a) Las estrategias elegidas por los Ministerios Provinciales para los Hospitales de Autogestión.
- b) La máxima utilización por parte de los responsable políticos, de los instrumentos jurídicos - normativos existentes para posibilitar la empresarialización de un Hospital Público.
- c) La adecuada organización de los recursos disponibles para iniciar las actividades en un contexto de cambio con respecto del Hospital Público tradicional.

En la literatura de Administración de empresas y por ende también en los trabajos de administración y gestión de hospitales, el plan estratégico hace referencia a las políticas globales del hospital y se definen a largo plazo (diez años), configurando las características generales del hospital:

La estrategia se sustenta en cuatro pilares básicos:

- I. Los fines (misión) que se quieren alcanzar.
- II. La dimensión del hospital (que actúa como restricción)
- III. El entorno que actúa modulando su actividad; y
- IV. Factores internos que condicionan las decisiones y resultados.

Dentro de este marco se debe incorporar:

-
- Perfil jurídico que conviene a la institución.
 - La forma de gobierno.
 - La organización con sus estructuras de dirección y control de gestión.
 - Los mecanismos de Auditoría y control de la Autoridad Sanitaria sobre los prestadores.

La delimitación de estas condiciones corresponde al más alto nivel de decisión política - Ministerio de Salud - y afecta de manera similar a todos los efectores de igual nivel y cometido, quedando definida la red de efectores del Sistema Sanitario, con sus distintos niveles de acción y sus respectivas interacciones. Una vez establecido el diseño global, el equipo de dirección designado por el órgano de gobierno, liderado por un gerente o director ejecutivo es el encargado de elaborar los presupuestos de actividad y de resultados esperados, habitualmente es un escenario a tres años. A esta tarea se la define genéricamente como **PLAN DE EMPRESA**.

Componentes del Modelo del Plan de Empresa del HPA:

- 1- Definición de la misión y finalidad del Hospital.
- 2- Dimensión (complejidad, nivel de resolución)
- 3- Análisis del entorno.
- 4- Análisis de factores internos.
- 5- Elaboración del análisis FODA. (15).

Tendencias y perspectivas futuras de los hospitales públicos en el contexto de los años noventa:

Se están introduciendo cambios que es menester tener en cuenta al considerar la perspectiva del desarrollo de los Servicios de Salud en la presente década. Diversos

cambios normativos, con especial referencia a la equidad y la cooperación intersectorial, nuevos recursos, mejor utilización de los existentes y mayor productividad así como nuevas tecnologías, nuevos métodos de financiamiento y la contracción económica de la mayoría de los países en desarrollo contribuyen a la creación del complejo medio en que ha de continuar el desarrollo de los Hospitales y la relación entre estos y las comunidades a que prestan asistencia.

El declinante poder económico ha estado acompañado del alto costo de las nuevas tecnologías y de apreciables cambios demográficos, como el crecimiento de la población y la proporción creciente de ancianos en algunos países. Los desplazamientos rurales - urbanos han creado presiones en los centros urbanos. Las migraciones sociopolíticas, ecológicas y económicas son de una escala mayor que como resultado de las luchas civiles, las hambrunas, las sequías y el desplazamiento de trabajadores calificados de las zonas menos prosperas a las más ricas.

También es mayor el número de países que definen y refuerzan las políticas de población, pues las altas tasas de fecundidad del mundo en desarrollo han hecho bajar el ingreso per - cápita y han empeorado los efectos de la pobreza. Existe, por lo tanto, preocupación creciente por la pobreza, las presiones demográficos y las concomitantes consecuencias.

En el futuro habrá mas cambios y presiones ocasionados por las alteraciones de las pautas patológicas, la investigación sobre Servicios de Salud orientada a la acción, los costos más altos, las presiones y la demanda social. Probablemente, los países tecnológicamente más adelantados necesitaran menos camas en los hospitales gracias al aumento de servicios ambulatorios y diurnos. Donde ello sea posible, los hospitales serán "horizontales" en lugar de "verticales", tanto por su estructura como por sus relaciones con los demás servicios de salud, y diseñados de modo que estén dotados de máxima flexibilidad. Por otra parte, muchos países en desarrollo, seguirán tratando de ponerse al día con las necesidades de los servicios hospitalarios esenciales. Pero ellos también se beneficiaran con las disposiciones relativas al uso más eficiente de esos servicios y de las camas de los hospitales.

Al desarrollarse los países, las pautas epidemiológicas han de cambiar, y serán más frecuentes los tipos de enfermedades que se observan en los países más desarrollados, como los trastornos ocupacionales y los relacionados con la industria, aunque los países prósperos suelen contener islas de pobreza y los países más pobres estratos de abundancia con sus propias pautas patológicas. Las enfermedades crónicas, especialmente las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, junto con las lesiones recibidas en accidentes de tránsito, parecen ser signo de país, " desarrollado". Pero la propagación de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana probablemente llegue a ser uno de los problemas más difíciles de resolver.

La reforma y/o modernización del sistema actual en favor del concepto del hospital del primer nivel de envío de casos, descrita en este informe probablemente tropiece con focos de resistencia que han de variar en cada comunidad. A muchos profesionales y personal administrativo superior del hospital no les agrada tener que cambiar de punto de vista y colaborar más estrechamente con los colegas de las diferentes divisiones del sistema de salud. Muchos sentirán que lo que hacen es más que suficiente y quizá respondan negativamente si se les pide que tomen más obligaciones. Pero si la reforma ha de tener éxito, todos los interesados deben darse cuenta de la necesidad de considerar al paciente dentro de su ambiente social y de extender la atención del individuo fuera del hospital; también habrá que prestar atención a la familia del paciente y a la comunidad. El éxito o fracaso del hospital dependerá del deseo de cambiar de los individuos y de recibir adiestramiento para satisfacer los nuevos requisitos. El personal superior no solo tendrá que cambiar de actitud, sino también aceptar la responsabilidad de estimular y adiestrar a los colegas subalternos de acuerdo con el nuevo punto de vista. Los administradores de hospitales ya no pueden considerar que sus presupuestos y cuentas son "privados"; para justificar las solicitudes del personal, suministros o fondos adicionales probablemente tengan que persuadir al consejo de salud de distrito, lo cual puede resultar más difícil que el acostumbrado debate con la dirección central de salud.²

² El hospital en Distritos Rurales y Urbanos. OMS/OPS Serie de Informes Técnicos #819. 1992

Con la crisis económica, las autoridades sanitarias entendieron que era necesario profesionalizar los equipos directivos de empresas que, como nuestros hospitales tienen plantillas de miles de trabajadores y presupuestos multimillonario. Aparece la figura del gerente que puede no ser médico y caso de serlo, debe tener una formación específica en el área de gestión y administración hospitalaria. Su trabajo directivo ha de realizarse en exclusiva y por lo tanto no podrá ser compatible con la labor asistencial y ni siquiera con la docente. Aparece pues, un grupo de personas cuyo único cometido es dirigir una gran empresa: El hospital.³

Los nuevos desafíos y responsabilidades del hospital para prepararse para la salud en el siglo XXI se pueden definir como:

- Integrarse a una red de Servicios apoyando el desarrollo de los SILOS, la participación social y la descentralización.
- Constituirse en un centro de desarrollo de la epidemiología y la estadística comunitaria.
- Desarrollar un ambiente humano y amigable para el paciente y su familia.
- Incorporar un proceso organizacional y administrativo de desarrollo de la calidad y la eficiencia.
- Facilitar el desarrollo del recurso humano y motivar la relación con la población y el de su ejercicio profesional.
- Facilitar la investigación clínica y epidemiológica.
- Desarrollar una estrategia ética social para cada paciente y para la comunidad.

³ Manual de gestión hospitalaria. JI Temes, V.Pastor, JL.Díaz pág.41 y 42.

Se necesitará para ello liderazgo, energía, paciencia y conocimiento. Así como necesitamos de un ambiente externo favorable, es responsabilidad nuestra, de los trabajadores de la salud y de los administradores hospitalarios, demostrar que si es posible poner al hospital público al servicio de la salud para todos con participación, equidad, eficiencia y calidad total.

VI.- HIPOTESIS

Los componentes integradores de la estrategia seleccionada son la “construcción de un nuevo modelo organizacional y el aprovechamiento del expertaje nacional” en la administración hospitalaria; este es el camino para la transformación del *Hospital Público a Empresa Pública* que permitirá desarrollar la oferta regulada, la naturaleza mixta de los servicios y la relación permanente y sistemática de la red de los servicios de salud del sistema, para la solución de los problemas de salud de la población, con eficiencia y calidad, lo que permitirá la construcción de las bases técnico – científicas del Hospital de Autogestión.

VII.- DISEÑO METODOLOGICO

El presente estudio describe los principales acontecimientos del proceso de implementación del modelo organizacional. El esquema del proceso investigativo fue el proceder de la investigación Histórico – Compresivo, se definió la situación problemática y definición del problema, posteriormente se realizo el análisis de los siguientes componentes: consideraciones estructurales, integración de los elementos y contexto del objeto, comprensión de hechos, tratamiento interpretativo y crítico de la información y la construcción intersubjetiva bajo el enfoque del proceso metódico de la hermenéutica.

RESUMEN DE LAS FASES DEL DISEÑO METODOLOGICO:

FASES	MOMENTOS
PRIMERA: ENTENDER	<ol style="list-style-type: none">1. <i>Preconceptualización Totalizante</i>2. <i>Constatación de hechos</i>3. <i>Delimitación del campo:</i><ul style="list-style-type: none">• <i>Texto</i>• <i>Contexto</i>
SEGUNDA: COMPRENDER	<ol style="list-style-type: none">1. <i>Registro Protocolar</i>2. <i>Confrontación Crítica</i>
TERCERA: INTERPRETAR	<ol style="list-style-type: none">1. <i>Análisis</i>2. <i>Discusión</i>

Primera Fase:

Entender

PRIMER MOMENTO:

Preconceptualización

Totalizante

desconocimiento de los costos reales de los servicios ofertados, falta de organización y diferenciación de los servicios públicos y privados, las estructuras centrales del Ministerio de Salud responsables de la normación y regulación no brindaron el apoyo y asesoría técnica para la conducción de la apertura y puesta en funcionamiento del hospital, la sociedad civil no participo en el proceso de habilitación y funcionamiento.

Se revisaron los análisis y diagnósticos existentes en el Hospital y SILAIS, se procedió con los análisis estadísticos de producción de los servicios del primer semestre de funcionamiento del Hospital, tratando de identificar la eficiencia de la productividad de los servicios asistenciales, se continuaron las entrevistas abiertas (ver anexo No 1) a diferentes actores del Hospital, relacionados al funcionamiento, misión, visión, estrategias definidas del Hospital.

Entrevistas con funcionarios de la Intendencia Nacional de Hospitales del Ministerio de Salud, relacionadas con las perspectivas de desarrollo del Hospital, conducción, normación y regulación

interna del mismo. La revisión del anteproyecto y proyecto de Desarrollo Gerencial del Hospital España financiado por la Agencia de Cooperación Española Internacional y ejecutado con la asesoría técnica del CIES, para lo cual se revisaron todas las fuentes de información que llevaron a definir una conceptualización totalizante de la situación problemática e identificar las posibles estrategias de soluciones para lograr la sistematización de esta experiencia.

SEGUNDO MOMENTO:

Constatación de hechos

Las entrevistas abiertas, se consideraron como la técnica permanente para el desarrollo de la investigación y se inicio el desarrollo de la observación de los diferentes procesos organizacionales según ficha de observación preestablecida y diseñada (ver anexo No. 2), en este momento se logro plantear una posible hipótesis situacional del problema que se exploraba y que se estaba analizando, se disponía de mas elementos técnicos para ir estructurando una especie de mapa conceptual del problema a investigar, en este momento se logro definir los descriptores para el abordaje del proceso a desarrollarse, se identificaron los principales componentes del modelo organizacional a estudiarse, estableciéndose las siguientes categorías:

TERCER MOMENTO:

Delimitación del campo
(texto - contexto)

Categoría de Síntesis:

- ⇒ Organización Gerencial
- ⇒ Elementos Gerenciales de Conducción
- ⇒ Estrategias Administrativo-Financieras
- ⇒ Impacto de la Cooperación Externa

Se definió el alcance de la existencia del problema, definiéndose los hechos directos pertinentes (texto), los hechos indirectos pertinentes (contexto), y se descartaron los no pertinentes, se continuó analizando y recolectando información relacionada a la situación del Hospital y nuevamente se realizaron entrevistas a los jefes de servicios y al equipo de dirección del Hospital.

Se realizaron los análisis técnicos del Modelo Organizacional que se estaba iniciando (texto) y se contrastaron con el proceso de recolección y análisis de la bibliografía relacionada al tema.

Entrevista con expertos e investigadores de la Escuela de Salud Pública de Managua (CIES) relacionado al modelo organizacional, y los principales elementos del contexto del modelo que se estaba implementado, lo que dio como resultado el delimitar el campo investigativo.

Segunda Fase:

Comprender

PRIMER MOMENTO:

Registro Protocolar

En esta fase se logro delimitar y registrar toda la información que consolido el campo del texto y contexto de la investigación lográndose el análisis del modelo instalado y sus ejes principales fueron definidos a partir de los siguientes componentes:

- ⇒ Misión
- ⇒ Visión
- ⇒ Modelo de Atención
- ⇒ Regulación de la Oferta
- ⇒ Naturaleza de los Servicios
- ⇒ Articulación con la Red de Servicios de Salud
- ⇒ Calidad de la Atención
- ⇒ Modelo Gerencial
- ⇒ Planificación Estratégica
- ⇒ Recursos Humanos
- ⇒ Normativas Técnico – Asistenciales y Administrativas.
- ⇒ Organización del Servicio de Admisión.

- ⇒ Organización del Sistema de Información.
- ⇒ Fuentes de Financiamiento
- ⇒ Recuperación de Costos
- ⇒ Organización de los Servicios Privados
- ⇒ Formulación del Presupuesto por Egreso.
- ⇒ Financiamiento de la Cooperación Externa.

SEGUNDO MOMENTO:

Confrontación crítica

Las unidades de análisis la constituyeron los servicios médicos – quirúrgicos y administrativos – financieros del Hospital España y la recolección de datos se realizó a través de Fuentes Primarias y Secundarias.

Fuentes Primarias:

Entrevista abierta semiestructurada a Directivos y personal profesional y técnico de la unidad, en muestreo aleatorio simple con una alta representatividad (62%) del universo.

Fuentes Secundarias:

Los diferentes informes, de producción de servicios, administrativos-financieros, epidemiológicos, de recursos humanos, observación del desarrollo de las actividades gerenciales, informes de evaluación del

Tercera Fase:

Interpretar

PRIMER MOMENTO:

Análisis

Modelo de Desarrollo Funcional y Gerencial implementado por el CIES/AECI.

Las unidades de análisis y las fuentes de recolección de información permitieron realizar la confrontación crítica del proceso a través de la definición y comprensión del consenso de la misión y visión del hospital con relación al modelo organizacional que se estaba implementando, dicha relación se obtuvo en el análisis de cada componente y la categoría de síntesis (ver matriz de descriptores y matriz de fuente de obtención de la información) así como las tablas resúmenes (ver anexo No. 3) las cuales se convirtieron en los instrumentos básicos para el proceso investigativo y de análisis técnico.

SEGUNDO MOMENTO:

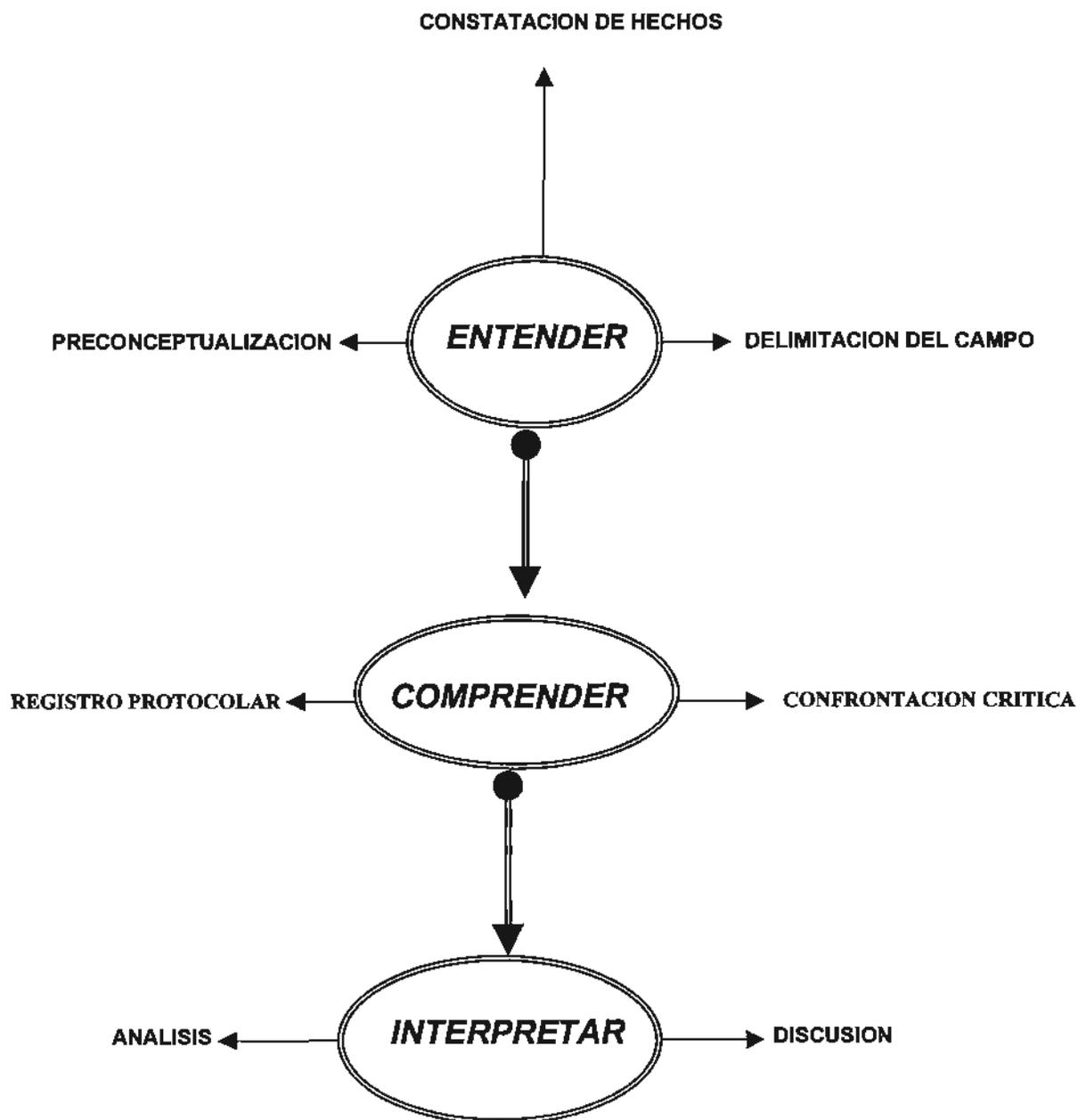
Discusión

La fase de interpretación de la información se realizó en forma descriptiva – analítica según definición de descriptores, categoría de síntesis y plan de análisis por grado de asociación de los descriptores (ver anexo No. 7). Para tal fin se estableció una matriz que contiene los descriptores y las categorías de síntesis, las cuales se diseñaron según interrogantes y/o cuestiones y que en el orden metodológico para el análisis y definición de resultados, discusión,

	<p>recomendaciones y conclusiones tuvieron un comportamiento de análisis para el proceso investigativo, desarrollándose una interrelación de manera vertical y horizontal (simultáneamente), lo que facilitó la comprensión histórica del problema, no tanto en cuanto a sus antecedentes, sino en cuanto a su dinámica propia junto con otros factores (internos y externos) que constituyen la realidad investigada, sobre una hipótesis de sentido sobre la existencia real que genera una nueva teoría, con la descripción de la sistematización del modelo organizacional.</p>
--	---

Nota: Ver anexo No. 5, "Esquemmatización del Diseño Metodológico"

DIAGRAMA DEL DISEÑO METODOLOGICO



MATRIZ DE DESCRIPTORES DEL NUEVO MODELO ORGANIZACIONAL DEL

HOSPITAL ESPAÑA, CHINANDEGA, 1995 – 1996

CATEGORIA DE SINTESIS	ORGANIZACIÓN GERENCIAL	ELEMENTOS DE GERENCIA	ESTRATEGIAS ADMIN. – FINANC.	IMPACTO DE LA COOPERACION EXTERNA
1- MISIÓN	Existe conocimiento de la misión del Hospital?	El equipo de dirección del hospital ha definido la misión?	Se dirige el financiamiento para cumplir con la misión?	La cooperación externa facilita el cumplimiento de la misión?
2- VISIÓN	Se conoce la visión de los próximos 5 años del hospital?	Qué elementos se definieron para la construcción de la visión del hospital?	Las estrategias administrativas financieras están orientadas a ir fortaleciendo la visión?	La cooperación externa conoce y está apoyando la visión del Hospital?
3- MODELO DE ATENCIÓN	La organización gerencial corresponde al modelo de atención?	Cuáles son los elementos centrales de conducción del modelo?	El financiamiento está dirigido al fortalecimiento del modelo?	Qué aportes proporciona la cooperación externa para el desarrollo del modelo?
4- REGULACIÓN DE LA OFERTA	Existe una estructura que evalúe la oferta de los servicios?	Qué elementos se definieron para regular y controlar la oferta de los servicios?	Cómo regula la oferta de los servicios la ejecución del presupuesto?	Cuál es la importancia de la regulación de la oferta, para el desarrollo de los programas de la cooperación externa?
5- NATURALEZA DE LOS SERVICIOS	Se establecen diferencias en la administración de los servicios públicos vs Privados?	Qué grado de organización y dirección existe entre los servicios público vs. privados?	El financiamiento se prioriza sobre la base de la naturaleza de los servicios? Qué estrategias se desarrollan para el autofinanciamiento de los servicios según su naturaleza? Son rentables los Servicios privados?	La cooperación externa apoya el desarrollo de los servicios según su naturaleza (público vs. privado)?

DISEÑO METODOLOGICO

CATEGORIA DE SINTESIS	ORGANIZACIÓN GERENCIAL	ELEMENTOS DE GERENCIA	ESTRATEGIAS ADMIN. – FINANC.	IMPACTO DE LA COOPERACION EXTERNA
6- ARTICULACIÓN CON LA RED DE SERVICIOS DE SALUD	Existe normativa del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes?	Cuáles son los ejes del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes?	Existe la definición de un presupuesto para el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes?	Qué programas desarrolla la Cooperación externa para fortalecer la articulación de la red de servicios de salud?
7- CALIDAD DE LA ATENCIÓN	Qué programas se desarrollan en función de mejorar la calidad de la atención?	Qué sistemas de monitoreo y evaluación se utilizan para los programas de garantía de la calidad de la atención?	Se han realizado estudios operativos de como un programa de calidad de la atención disminuye costos y gastos?	La cooperación externa apoya los programas de calidad? Sé priorizan las actividades de la calidad de la atención en las intervenciones de la cooperación externa?
8- MODELO GERENCIAL	Está definido un modelo de desarrollo gerencial?	Cuáles son los ejes de integración del modelo gerencial? Participan todos los órganos de dirección en el modelo gerencial?	El modelo gerencial se desarrolla sobre la base de costo/eficiencia, costo/efectividad, costo/utilidad?	Qué aporte brinda la cooperación externa en el fortalecimiento del modelo?
9- PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	Existe la definición de una metodología de planificación estratégica?	Cual es la importancia de la planificación estratégica como instrumento de gerencia rutinaria?	Qué respaldo financiero tiene la planificación estratégica del hospital?	Cuál es el aporte de la cooperación externa en la planificación estratégica?
10- RECURSOS HUMANOS	Cómo se definen las políticas de recursos humanos?	Qué elementos se desarrollan para administrar, conducir, evaluar y promocionar los RH?	Existen análisis de incentivos para la eficiencia del desempeño de los recursos humanos?	Cuál es el aporte específico de la cooperación externa para el desarrollo de los recursos humanos?
11- NORMATIVAS TÉCNICO ASISTENCIALES Y	Qué sistema de monitoreo se utiliza para los procesos de	Existe inventario de todas las normas, reglamentos, etc. de	Se planifica el financiamiento para desarrollar los	Cuál es la importancia de las normativas de los servicios

CATEGORIA DE SINTESIS	ORGANIZACIÓN GERENCIAL	ELEMENTOS DE GERENCIA	ESTRATEGIAS ADMIN. – FINANC.	IMPACTO DE LA COOPERACION EXTERNA
ADMINISTRATIVAS	formulación, diseño, validación, implementación, capacitación, etc. de las diferentes normativas y/o reglamentos?	los servicios de salud, asistenciales y administrativas? Se han identificado las necesidades de elaboración de las diferentes normativas, según orden de prioridades?	procesos de normación de los servicios?	hospitalarios para la cooperación externa?
12- ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE ADMISIÓN	Por qué el servicio de admisión es un eje importante para la gerencia hospitalaria?	Qué elementos gerenciales se definieron para la reorganización del servicio de admisión?	Qué importancia tiene el servicio de admisión en el manejo y control de la ejecución presupuestaria?	Cuál es la importancia del desarrollo del servicio de admisión, con relación a los programas de la cooperación externa?
13- ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN	Cómo está estructurado y/o diseñado el sistema de información para la toma de decisiones del nivel local? Cuál es la calidad y confiabilidad de la información que se registra en el sistema?	Cuáles son los componentes de mayor relevancia del sistema de información para la gerencia del equipo de dirección? Quiénes utilizan el sistema de información para el desarrollo de la gerencia según nivel jerárquico de la estructura organizacional (jefes de departamentos, de servicios, otro personal, etc.)?	Cuáles son los elementos y/o indicadores que se registran en el sistema de información para el control administrativo – financiero?	La cooperación externa utiliza el sistema de información del hospital, para el desarrollo de sus programas?
14- FUENTES DE FINANCIAMIENTO	Cómo se organiza el financiamiento de las actividades según	Qué importancia tiene la fuente de financiamiento para la	Cuál es la relación estratégica del financiamiento global y	La cooperación externa ayuda al ordenamiento de la

DISEÑO METODOLOGICO

CATEGORIA DE SINTESIS	ORGANIZACIÓN GERENCIAL	ELEMENTOS DE GERENCIA	ESTRATEGIAS ADMIN. - FINANC.	IMPACTO DE LA COOPERACION EXTERNA
	fuelle de financiamiento?	conducción gerencial de los servicios?	el conocimiento de las diferentes fuentes de financiamiento para la toma de decisiones?	ejecución del financiamiento según su fuente?
15- RECUPERACIÓN DE COSTOS	Cómo se organizo el proceso de recuperación de costos? Que mecanismos de control de costos se implementaron?	Qué elementos se definieron para la estratificación y políticas de recuperación de costos?	Sobre la base de qué elementos técnicos se definieron las estrategias de recuperación de costos? Cuáles son las estrategias implementadas para la recuperación de costos?	Los programas financiados por la cooperación externa apoyan y participan en la recuperación de costos?
16- ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PRIVADOS	Por qué se organizaron estos servicios? Cómo fue el proceso para diseñar estos servicios?	Cuáles fueron los instrumentos técnicos que se utilizaron para la organización de estos servicios?	Cómo se definieron las estrategias administrativas - financieras para la rentabilidad de estos servicios?	Apoya la cooperación externa las iniciativas de la oferta de los servicios privados?
17- FORMULACION DEL PRESUPUESTO POR EGRESO	Se formula el presupuesto global del hospital por egresos?	Cuáles son los principales elementos para formular el presupuesto por egreso? Qué ventajas tiene formular el presupuesto por egreso?	En base a que se definió como estrategia la formulación del presupuesto por egreso?	Que importancia tiene para la cooperación externa el formular el presupuesto por egresos?
18- FINANCIAMIENTO DE LA COOPERACIÓN EXTERNA	Se organiza la cooperación externa para el apoyo gerencial del hospital?	Cuáles son los elementos básicos para negociar la cooperación externa	Cuáles son las estrategias administrativo - financieras para	Cuál es el impacto de la cooperación externa en el desarrollo integral del hospital?

DISEÑO METODOLOGICO

CATEGORIA DE SINTESIS	ORGANIZACIÓN GERENCIAL	ELEMENTOS DE GERENCIA	ESTRATEGIAS ADMIN. – FINANC.	IMPACTO DE LA COOPERACION EXTERNA
	El financiamiento de la cooperación externa es dirigido a resolver las prioridades del hospital?	según prioridades del hospital? Se conocen los problemas de salud del SILAIS al momento de la negociación con la cooperación externa?	orientar a la cooperación externa según necesidades de salud?	

MATRIZ DEL PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

DESCRIPTORES	FUENTE	TECNICA	INSTRUMENTOS
1- Correlación de la misión y la visión del hospital.	<ul style="list-style-type: none"> - Memoria de gestión del Hospital España 1996, fuente indirecta. - Informe final del Proyecto Desarrollo Gerencial y funcional del Hospital España, AECI/CIES, fuente indirecta. - Entrevista, directa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de datos. - Muestreo simple aleatorio. - Observación del desarrollo de las actividades. - Observación y verificación de documentos oficiales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista abierta semiestructurada. - Resúmenes de informes. - Guía de observación
2- Definición del nuevo modelo gerencial.	<ul style="list-style-type: none"> - Memoria de gestión del Hospital España 1996, fuente indirecta. - Informes de la Intendencia Nacional de Hospitales, fuente indirecta. - Informes de evaluación del SiLAIS de Chinandega, fuente indirecta. - Observación de actividades, fuente directa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de datos - Análisis integrado. - Procesamiento de datos 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista abierta semiestructurada - Tablas resúmenes - Guía de observación
3- Definición del Programa de Calidad de la Atención	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionamiento de normas del comité, fuente directa. - Actas de reunión del comité, fuente indirecta. - Entrevistas abiertas semiestructuradas, fuente directa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de datos - Análisis integrado. - Procesamiento de datos 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista abierta semiestructurada. - Resúmenes de informes.

DISEÑO METODOLOGICO

DESCRIPTORES	FUENTE	TECNICA	INSTRUMENTOS
4- Planificación Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> - Memoria de gestión del Hospital España, 1996, fuente indirecta. - Plan estratégico del Hospital España, 1997, fuente directa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verificación directa del plan. - Observación del funcionamiento de planes disgregados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas. - Guía de observación de funcionamiento del plan.
5- Desarrollo de Recursos Humanos.	<ul style="list-style-type: none"> - Memoria de gestión del Hospital España, 1996, fuente indirecta. - Nóminas fiscales y de fondos propios, fuente directa. - Expedientes Laborales, fuente directa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación directa del funcionamiento del departamento de recursos humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista. - Guía de observación.
6- Proceso de elaboración e implantación de normas y/o reglamentos.	<ul style="list-style-type: none"> - Normas y/o reglamentos, fuente directa. - Entrevistas, fuente directa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación directa - Guía de observación del funcionamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas. - Cuadros resúmenes. - Guía de observación
7- Sistema de Información.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista, fuente directa. - Existencia del Sistema de información, fuente directa. - Informes varios, fuente indirecta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación directa. - Análisis de los productos, informes del sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas. - Cuadros resúmenes - Guía de observación
8- Organización del servicio de admisión.	<ul style="list-style-type: none"> - Documentos varios del hospital, fuente indirecta. - Informes final del proyecto de desarrollo funcional y 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación directa. - Análisis de los productos, informes del sistema.- 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas. - Cuadros resúmenes - Guía de observación

DESCRIPTORES	FUENTE	TECNICA	INSTRUMENTOS
	<p>gerencial del Hospital España, AECI/CIES, 1996, fuente indirecta.</p> <p>- Informes gerenciales de la dirección del Hospital España, fuente directa.</p>		
9- Naturaleza mixta de los servicios.	<p>-- Documentos varios del hospital, fuente indirecta.</p> <p>- Informes final del proyecto de desarrollo funcional y gerencial del Hospital España, AECI/CIES, 1996, fuente indirecta.</p> <p>- Informes gerenciales de la dirección del Hospital España, fuente directa.</p>	<p>- Observación directa.</p> <p>- Análisis de la producción de servicios según registros del sistema de información.</p>	<p>- Entrevistas.</p> <p>- Cuadros resúmenes</p> <p>- Guía de observación</p>
10- Análisis de las fuentes de financiamiento y ejecución presupuestaria.	<p>- Registros contables del Hospital España, fuente directa.</p> <p>- Entrevistas, fuente directa.</p> <p>- Informes evaluativos semestrales del Hospital España, fuente directa.</p> <p>- Informes de rendición presupuestaria, fuente directa.</p>	<p>- Análisis financiero de la ejecución presupuestaria.</p> <p>- Análisis de la relación de ingresos y egresos, movimiento de registros contables, financieros.</p>	<p>- Registros contables y financieros del sistema.</p> <p>- Guía de análisis de observación.</p> <p>- Cuadros resúmenes.</p>

VIII.- RESULTADOS

Perfil del hospital:

El Hospital España, es una unidad Médico Quirúrgico que se encuentra ubicada en la zona sur - oeste de la cabecera departamental de Chinandega, carretera a Los Millonarios, inició su funcionamiento el 13 de Diciembre de 1995, fue dotado de 145 camas, y para efectos presupuestarios del Ministerio de Salud posee 102 camas las que se distribuyen de la siguiente manera:

Cirugía	34 camas
Medicina Interna	32 camas
Ortopedia y Traumatología	28 camas.
Unidad de Cuidados Intensivos	<u>8 camas</u>
Total	102 camas.

Este Hospital medico-quirúrgico, de adultos se caracteriza por que su nivel de resolución esta dirigido a la atención de casos agudos; con relación a su infraestructura es una construcción horizontal, de fácil acceso, con atención de adultos en un 95% y un 5% corresponde a la atención infantil especializada en Ortopedia y Traumatología. La población que cubre es de 372,049 de los cuales 118,078 habitan en el municipio de Chinandega (31.7%).

El Hospital España esta clasificado de acuerdo al Reglamento Interno de hospitales del Ministerio de Salud como **Médico-Quirúrgico, Departamental**, funciona como unidad de referencia del SILAIS de Chinandega, con las siguientes Especialidades:

- Medicina Interna
- Endocrinología
- Psiquiatría.

-
- Dermatología
 - Psicología
 - Cirugía General
 - Otorrinolaringología
 - Oftalmología
 - Ortopedia y Traumatología
 - Imagenología
 - Urología
 - Máxilo Facial
 - Patología
 - Laboratorio Clínico
 - Anestesiología.

Los servicios médicos-quirúrgicos tienen bajo su responsabilidad la cobertura de los 13 municipios del departamento de Chinandega, que equivalen a una población de 372,049 de los cuales 118,078 habitan en el municipio de Chinandega (31.7%)

Los centros de gravedad del Hospital España para su desarrollo y fortalecimiento son las áreas de:

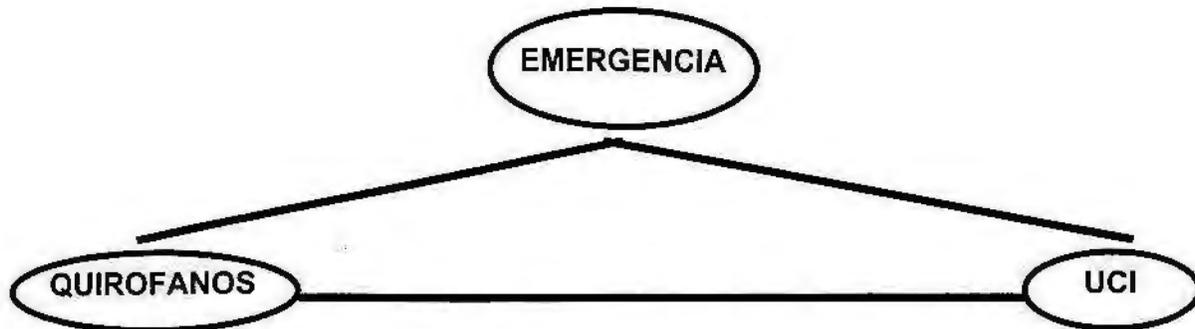
- Emergencia.
- Medicina Interna.
- Cirugía General.

- Ortopedia y Traumatología.
- Sala de Operaciones.
- Unidad de Cuidados Intensivos.
- Docencia.
- Servicio de Atención Privada (SAP).
- Departamento de Mantenimiento.

La ruta crítica de la Organización de los Servicios en el Hospital España es la siguiente:

- Emergencia
- Sala de Operaciones
- Cuidados Intensivos
- Consulta Externa
- Laboratorio
- Admisión
- Servicios Privados

“ Triada de Servicios Críticos ”



El Hospital España, atiende las 24 horas del día, todos los días del año, de manera ininterrumpida, pertenece al sector público, el flujo de pacientes es por dos vías, por **CONSULTA EXTERNA**, en el caso de pacientes ambulatorios y por **EMERGENCIA** en el caso de pacientes agudos, y por ambas vías se desarrolla el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes.

Las perspectivas inmediatas y mediatas con que cuenta el hospital, son el desarrollo docente en el ámbito de Pre y Post grado con perfil de Investigación Clínica Aplicada, así como el fortalecimiento tecnológico de las diferentes sub-especialidades que posee el Hospital (Endocrinología, Otorrinolaringología, Maxilo-Facial, Urología, Oftalmología, entre otras) y las posibles áreas de apertura, tales como Psiquiatría, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía por Laparoscopia, Cirugía por Artroscopia, Cirugía Ambulatoria, Neurología, entre otras.

 **ORGANIZACION GERENCIAL SEGUN IMPLANTACION DEL MODELO:**

⇒ **Misión**

El Hospital define al Paciente como centro de todas las actividades desarrolladas, prestándole atención dentro de los criterios de Equidad y Calidad Total. Para asegurar la calidad de la atención se aplican los procedimientos de atención a las patologías más frecuentes, las que se desarrollan según protocolos de atención, los cuales fueron aprobados por las autoridades del Hospital.

El hospital España es un centro público, perteneciente al Sistema Nacional de Salud de Nicaragua, sin fines de lucro, con atención diferenciada para aquellos pacientes que lo soliciten y con capacidad de pago, Los recursos económicos provienen de los fondos asignados por el presupuesto del estado y los que se pueda proveer a través de la aplicación de formas alternativas de autofinanciamiento de acuerdo a las normas nacionales, los que pasan a ser parte del patrimonio del hospital.

El hospital España procurará incorporar aquellos avances en técnicas y procedimientos que redunden en un mayor beneficio para los usuarios. Las investigaciones operativas de los procesos de asistencia, así como el control de la calidad de la atención y el compromiso del personal a su mejoría, constituyen las estrategias del mejoramiento continuo de la atención que se brinde a la población. (Referencia: informe final del desarrollo del proyecto desarrollo funcional y gerencial del hospital España Chinandega, diciembre de 1996. AECI/CIES).

⇒ **Visión:**

El hospital España ha definido los procesos de cambios para un periodo de cinco años en los cuales se logrará la implantación del modelo de EMPRESA PUBLICA teniendo como centro de gravedad al PACIENTE, con el principio filantrópico que debe caracterizar a este tipo de institución (referencia: Memoria de gestión del hospital España 1996-1997).

⇒ **Modelo de atención:**

Los ejes del modelo de atención son los siguientes:

- La oferta regulada de sus servicios, a través de un sistema de recepción central de la demanda.
- La naturaleza mixta de los servicios (públicos y privados)
- La relación permanente y sistemática del hospital con los servicios del primer nivel de atención del SILAIS.
- La calidad de la atención e incremento del grado de solución de los problemas de salud de la población.

⇒ **La oferta regulada de sus servicios, a través de un sistema de recepción central de la demanda.**

Se espera que la remisión de los pacientes se realice en un 70% por la consulta externa por la referencia de los centros de salud y puestos de salud con médicos, esto se garantizará con la coordinación y docencia permanente del hospital a los servicios de Salud Municipales del SILAIS. La consulta externa estará en disposición del desarrollo de los recursos técnicos y científicos del nivel local, para ello se implementó la atención ambulatoria, endoscopia, electrocardiografía, anatomía patológica, ultrasonografía, laboratorio clínico, entre otros.

El ingreso a la hospitalización se realiza por dos vías:

- EMERGENCIA
- CONSULTA EXTERNA (según protocolos de asistencia)

⇒ **Desarrollo de una propuesta de organización del servicio de admisión del hospital España:**

El servicio de admisión de pacientes funciona las 24 horas del día por todo el año, cada paciente a ser ingresado por emergencia y/o consulta externa se le realiza la apertura del expediente clínico según sea nuevo y en el caso de ser subsecuente se le busca su historia clínica, para el control de los pacientes se desarrolló un sistema computarizado que registra los datos mas relevantes del paciente, además se registra los motivos de egresos, consultas ambulatorias de emergencia y consulta externa, los eventos quirúrgicos que se desarrollen por cada paciente, así también estará conectado el sistema en red para facilitar los datos a la dirección, subdirección médica y docencia. Se dispuso una pizarra de control, conteniendo disposición de camas y nombre de los pacientes, así como su reporte de estado general de salud.

⇒ **Desarrollo de un modelo de sistema de información gerencial para el hospital España:**

Se desarrolló un sistema computarizado para la recolección de la información estadística, respetando los formatos definidos por el sistema nacional de estadística del nivel central del MINSA, y se agregó otro tipo de información para la toma de decisiones del gobierno hospitalario capaz de llevar la información a niveles más operativos (por ejemplo: procedencia de los pacientes, situación de la referencia, estado crítico, grupos de edad, sexo, entre otros).

Desarrollo de una propuesta para la implementación de un modelo de información que permita a los usuarios el conocimiento de la dinámica de los procedimientos de admisión en la unidad así como elementos básicos de la información acerca de los diferentes servicios del hospital, disponibilidad de camas y estado de los pacientes ingresados en la unidad. Dicho sistema estuvo acompañado de un programa de capacitación que se simplificó con relación al nivel cultural de los diferentes usuarios.

⇒ **La naturaleza mixta de los servicios (públicos y privados)**

Se organizó el flujograma de la atención diferenciada (usuarios con capacidad de pago) y de la población indigente, manteniendo el principio universal de la atención del servicio de emergencia, que es de manera inmediata con eficiencia y calidad, independientemente de las particularidades de cada paciente o usuario.

Los servicios privados que oferta el hospital, se dan a precios de producción, debido a que en este periodo, no se ha iniciado el estudio de costos de los servicios privados, (este es un componente a desarrollarse dentro del nuevo modelo).

Los servicios públicos y privados mantienen un equilibrio en cuanto a la calidad de la prestación técnica - científica del cuerpo médico y paramédico, teniendo diferencia en los aspectos de hostelería.

⇒ **La relación permanente y sistemática del hospital con los servicios del primer nivel de atención del SILAIS.**

Se reorganizó el Sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes (SRC), donde la nueva conceptualización plantea que es el Hospital quien monitorea y coordina las actividades del SRC, como unidad docente y de control de la calidad, lo que permite mayor interés, responsabilidad y compromiso por cada jefatura de los servicios del hospital, y por lo tanto de cada médico asistencial.

⇒ **La calidad de la atención e incremento del grado de solución de los problemas de salud de la población.**

Se organizó y reglamentó el comité de garantía de la calidad como órgano staff, aglutinó las funciones y actividades de los subcomités de ética y disciplina médica, uso racional de medicamentos y materiales de reposición periódica, infecciones nosocomiales, historias clínicas, análisis de mortalidad y morbilidad, entre otros.

Además de la implementación de programas de evaluación de la percepción de los usuarios con relación a la calidad y trato recibido por todos los actores del hospital (asistenciales y administrativos).

PRINCIPALES ELEMENTOS DE LA GERENCIA SEGUN ESTILOS O TECNICAS DE CONDUCCION:

Según Organigrama General del Hospital (ver anexo No. 6), organizativamente se encuentra rectorado por un Director General de quien dependen tres tramos de gerencia los cuales son denominados Sub Direcciones, a saber:

- **Subdirección de Atención Médica**
- **Subdirección Docente**
- **Subdirección Administrativa**

De acuerdo al Reglamento Interno de Hospitales del Ministerio de Salud, el Departamento de Enfermería depende de la Sub Dirección Médica; pero participa directamente en el equipo de dirección del Hospital.

En el desarrollo gerencial se implementó y consolidó como órgano staff, el Comité de Garantía de la Calidad, este aglutina las funciones de los comités de Ética y Disciplina Médica, de Uso Racional de Medicamentos y Materiales de Reposición Periódica, de Infecciones Nosocomiales, de Historias Clínicas, de Análisis de Mortalidad y Morbilidad, y otros.

La subdirección Médica:

Se constituyó en la estructura de mayor complejidad por lo cual contiene los tramos más amplios de Administración para un total de 10; a saber:

-
- Dpto. De Cirugía.
 - Dpto. De Ortopedia.
 - Dpto. De Medicina Interna.
 - Dpto. De Emergencia.
 - Dpto. de Enfermería
 - Servicio de Consulta Externa.
 - Servicio de Laboratorio y Patología.
 - Servicio de Imagenología.
 - Servicio de Epidemiología y Trabajo Social.
 - Abastecimiento Técnico Material Médico.

La complejidad de esta estructura la identifica como el eje principal de la función gerencial y asistencial de la unidad. Es importante destacar que también se coordina el funcionamiento de la atención técnica de los Servicios Privados de Hospitalización.

La subdirección Docente:

Estructuralmente esta compuesta por cuatro tramos de control administrativo, siendo estos:

- Biblioteca
- Programa de Internado Rotatorio
- Educación Permanente
- Investigaciones.

La subdirección Administrativa:

Está conformada por siete tramos de control administrativo los cuales son:

- Contabilidad
- Recursos Humanos
- Servicios Generales
- Mantenimiento
- Abastecimiento Técnico Material no Médico
- Finanzas
- Alimentación

Es de mucha importancia el apoyo de esta estructura con el funcionamiento estrecho para el control de los Servicios de Atención Privada.

ESTRATEGIAS ADMINISTRATIVO FINANCIERAS DEL MODELO DESARROLLADO:

Se identificó que esta área desarrolla su accionar en la ejecución presupuestaria retrospectiva a fin de liquidar deudas existentes y adquirir nuevos servicios y financiamiento para el funcionamiento del que hacer de la unidad hospitalaria.

Los controles selectivos de activos y pasivos de la unidad así como el inventario general del hospital no se realizan debido a falta de planificación y recursos humanos capacitados.

Estas debilidades han sido identificadas por el nivel central del Ministerio de Salud por lo cual se han realizado cambios de personal, sin embargo no se ha analizado la relación

función - estructura (el área de contabilidad no tiene clara sus funciones y carece de personal técnico calificado), significando debilidades operativas de importancia.

Ante esta situación se reorganizaron las áreas de Recursos Humanos y Contabilidad para realizar el inventario físico costeadado.

En el área de Recursos Humanos se elaboraron y actualizaron los Expedientes del Personal utilizando Ficha de Datos Generales, Diplomas, Certificados de Salud, Fotografía y Anecdotario de incidencias administrativas utilizando registro por años de servicios y orden alfabético. Esto permitió definir la plantilla mínima y máxima de recursos humanos por categoría y priorización de necesidades de la estructura hospitalaria.

Se procedió a actualizar inventario físico de materiales y equipos con el debido costo de cada uno de estos, lo que permitió un conocimiento real a fin de enriquecer la base de datos para el Presupuesto General de la unidad.

IMPACTO DE LA COOPERACION EXTERNA EN LA IMPLANTACION DEL NUEVO MODELO:

Esta organización es reciente (un año), por lo cual la gestión de la cooperación externa se ha dado de manera paulatina y se logro dirigir y desarrollar dos áreas:

- ❖ En la parte administrativa con el Proyecto de Desarrollo Funcional y Gerencial del Hospital España financiado por la Agencia de Cooperación Española Internacional y ejecutado por el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (C.I.E.S.).
- ❖ En el área clínica se realizó un componente de capacitación técnica, intercambio de procedimientos en el área de Ortopedia y Traumatología, Cirugía General, Urología y Oftalmología. Se considera que la Cooperación del Club Rotario de Chinandega realizó un papel importante con la coordinación y gestión de las autoridades del MINSA, para gestionar la presencia de brigadas médicas de Estados Unidos, Holanda, entre otros.

Con la Cooperación de Holanda se logró concretizar el proyecto denominado **“Articulación entre el I y el II nivel de atención para el abordaje de los pacientes con diabetes mellitus en el SILAIS de Chinandega 1997”**. el organismo financiador es Rotary International de Holanda y Alcaldía de Eindhoven para un monto previsto de US. \$65,590.78 (sesenta y cinco mil quinientos noventa dólares con 78 centavos)

Otro proyecto que se logró concretizar y ejecutar fue el **“ Desarrollo funcional y gerencial del hospital España de Chinandega - 1996,”** financiado por la agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y con un monto de U\$90,000.00, para una duración de seis meses, dicha agencia sub-contrató al Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES / UNAN - Managua)

El objetivo general del proyecto fue:

Dotar al hospital España de un sistema de organización y gestión que garantizará una máxima calidad y eficiencia de los servicios prestados por el hospital.

De manera general el hospital desarrolló un proceso organizacional propio en el que se fueron adaptando los aspectos teóricos y técnicos a la realidad del hospital, logrando un proceso de motivación y empoderamiento de la gerencia moderna de la especialidad de salud pública como es la administración hospitalaria. (Gerencia de hospitales con visión de empresa pública). Las otras cooperaciones se han desarrollado sobre la base de la modalidad de brigadas médicas de atención directa a la población en coordinación y trabajo en equipo con los médicos especialistas de base del Hospital España.

IX. DISCUSION

El Hospital España ha definido su Misión como el centro de gravedad para la atención de los pacientes, para lograr equidad, accesibilidad y calidad de la atención, como un centro público, perteneciente al Sistema Nacional de Salud de Nicaragua, sin fines de lucro, con atención diferenciada para aquellos pacientes que lo soliciten y con capacidad de pago, así también tiene presente el desarrollo de la tecnología de acuerdo al perfil epidemiológico y la realidad del país, esto se correlaciona con la Visión donde se plantea que los procesos de cambios del Hospital serán en un periodo de cinco años en los cuales se lograra la implantación del modelo de EMPRESA PUBLICA sin perder el centro de gravedad, el PACIENTE, este proceso planteado como tal, garantizará el desarrollo de la gerencia moderna en la institución hospitalaria, Según los desafíos del siglo XXI, pretende integrar la red de servicios de apoyo para el SILAIS, participación social y la descentralización, ser el centro de la epidemiología y la estadística comunitaria, la calidez de atención a los usuarios, búsqueda constante de la calidad y la eficiencia, desarrollo de recursos humanos, desarrollo de la investigación clínica epidemiológica, desarrollo de la mística y la ética de la organización.

El sistema de atención médica de los pacientes se fundamenta en la búsqueda de la atención eficiente, accesible, ordenada y con Calidad Total, esto se operativiza con los siguientes procesos:

- ❖ Capacitación Clínica y Gerencial al Personal calificado tanto médico como administrativo y personal técnico de apoyo.
- ❖ Elaboración, validación, implementación y ejecución de los protocolos de atención, normas administrativos - asistenciales y diferentes reglamentos (de enfermería, médicos especialistas, generales, internos, disciplinario de trabajadores de la Salud).

- ❖ Implementación y desarrollo del Comité de Garantía de la Calidad Total, donde su base estratégica serán los círculos de Calidad, implementados a todos los niveles del gobierno hospitalario.
- ❖ Desarrollo de un sistema de radio-comunicación con frecuencia UHF (frecuencia oficial del Ministerio de Salud de Nicaragua) capaz de integrar a todos los Municipios del SILAIS, así también a toda la red de Hospitales con Servicios de Referencia Nacional.
- ❖ Implementación del Sistema de admisión de Pacientes donde se identifique de manera sistematizada y electrónicamente los registros integrales de cada paciente.
- ❖ Existencia de un único expediente clínico accesible las 24 horas del día, durante todo el año.
- ❖ Garantía de la atención continuada especializada en el momento de la internación del paciente y posteriormente el seguimiento externo el que se realiza en dos vías, una desde la consulta externa del Hospital y la otra con la articulación y continuidad de la atención en las unidades del primer nivel de atención según procedencia y domicilio del paciente.
- ❖ Establecimiento de Políticas de pagos y ofertas de servicios de acuerdo a los grupos blancos del mercado de los servicios de salud del hospital, con el objetivo de garantizar la equidad, accesibilidad a toda la población sea está con capacidad de pago ó no.
- ❖ Fortalecer y desarrollar toda una cultura gerencial de la búsqueda de la EFICIENCIA, CALIDAD Y ACCESIBILIDAD, triada que se caracteriza por la garantía de los indicadores de medición integral de los procesos de modernización de la administración hospitalaria.
- ❖ Desarrollo de políticas de Recursos Humanos que sean capaces de mantener al personal estimulado para la búsqueda de la calidad y eficiencia de la atención a los pacientes, dichas políticas se fundamentan en la eliminación de los incentivos perversos

y el establecimiento de incentivos reales adecuados al desarrollo de las finanzas, reforzados con incentivos de desarrollo académico y social.

Una vez que se operativizaron estos procesos se realizó la intervención en los servicios claves que son la puerta de entrada y articulación del hospital con el SILAIS, estos son la CONSULTA EXTERNA y EMERGENCIA, dicha priorización respondió a la demanda y oferta de la población, la garantía de este proceso es la implantación y ejecución del Programa de Admisión de Pacientes.

El área de Admisión implementó el ordenamiento de los expedientes clínicos únicos por cada paciente y se organizaron según la metodología del sistema médico orientado al paciente (SMOP), así también el inicio del registro sistematizado y electrónico en el departamento de emergencia, lo que ha permitido controlar y ordenar el flujo de la comunicación a lo interno del hospital, y a lo externo con los familiares y medios de prensa, para dar una información oportuna y confiable con relación al estado mórbido de cada paciente que está hospitalizado, el desarrollo de este proceso trajo como consecuencia la fluidez y garantía de la oferta de los Servicios del Hospital, en dos vías, para la población en general y para las unidades de salud del SILAIS, lo que ha permitido el establecimiento de prioridades en problemas de salud del SILAIS y el fortalecimiento de la articulación de la red expresado en el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes (SRCP), dicho sistema permitió el análisis mensual y sistematizado de este proceso, en toda la red de servicios de salud, en dos áreas, clínica y administrativa - gerencial, lográndose romper los muros intrahospitalarios y permitiendo una comunicación y accesibilidad de los profesionales de la salud del SILAIS.

El Hospital España está claro que es una unidad integrante de la red de servicios de salud del SILAIS, por tal razón se pretende cumplir con las funciones de: Atención Médica Continuada (concentra recursos de diagnóstico y tratamiento), Atención Médica Integrada (estación intermedia dentro de una red servicios), Atención Médica Integral (garantiza la disposición de todos los recursos para resolver un caso), Área Programática (área de

influencia para garantizar la prestación de los servicios), Efectos de los Programas de Salud (ejecutar programas preventivos, de promoción de la salud según lineamientos del SILAIS).

La introducción de los instrumentos básicos de gerencia en todos los niveles de la administración del Hospital permitió el desarrollo técnico de los procesos, se destacan las actas de consejo de dirección, consejo técnico ampliado, normas técnico-administrativas del Departamento de Emergencia, Cirugía General, Enfermería, Recursos Humanos, entrega de turno, normas del comité de Garantía de Calidad, así también un sistema de admisión y vigilancia epidemiológica.

El proceso de elaboración de todos estos documentos partió de la base de la negociación y el convencimiento de la necesidad de los mismos con todos los niveles de mando del gobierno hospitalario, a fin de involucrarlos en las diferentes tareas y lograr documentos que partieran de la realidad organizativa, para lo cual se capacitó al personal; metodológicamente todos estos documentos se constituyeron en la base de la estrategia para la elaboración del Plan Estratégico de la unidad; lo que permitió la operativización del mismo ya que todo el personal se apoderaron del conocimiento y definieron sus propias realidades logrando definir las metas y objetivos reales y que posteriormente facilitaría su cumplimiento, así también se consideró la base presupuestaria del año anterior.

El nuevo modelo de gerencia permitió realizar la planificación, evaluación del desempeño, definición de plantilla mínima y máxima de recursos humanos, con atención de los trabajadores como clientes internos dentro del proceso de atención de la calidad total del hospital.

El modelo gerencial desarrolló las técnicas de análisis de fuerza laboral, a través de la revisión, auditoría, ordenamiento y negociación con los sindicatos de las diferentes nóminas (total 18 nóminas) lográndose reducir a cinco nóminas, así también se identificó dentro de esta fuerza laboral un nivel de profesionalización muy bajo con relación a los cargos desempeñados y un déficit de personal de aproximadamente 48 personas con mayor

necesidad en el área de enfermería; de igual forma se detectó falta de manejo a nivel local de los recursos humanos reales por cada servicio, existen recursos que ya tienen la edad laboral para acogerse al proceso de jubilación siendo mayor este problema en el área médica y de enfermería.

De acuerdo a lo que se detectó en la revisión de los expedientes laborales existe desorden en el manejo de los mismos tanto en el llenado como en la ubicación de los mismos.

Con relación al manejo de los recursos humanos se detectó una debilidad gerencial que partía de la base de falta de capacitación del personal técnico de esta área, así como la no priorización del cuerpo directivo, y la falta de la sistematización electrónica de la información de esta sección.

El nuevo Modelo Gerencial permite tener control sobre los procesos de descentralización de los servicios, esto facilita la organización y desarrollo de los Servicios Privados como unidad de costo descentralizada capaz de generar utilidades, para el desarrollo de los procesos de Autofinanciamiento del Hospital, tales como completar la nómina de recursos humanos, incentivos del personal, priorización de áreas de mantenimiento, financiamiento de actividades recreativas y la atención médica del personal que no cubre la Seguridad Social.

Los Servicios Privados se desarrollan como centros de costos, con capacidad para el autofinanciamiento, y generar utilidades para fortalecer los servicios generales o de los indigentes que la institución no logra financiar, de esta manera los Servicios Privados se convierten en unidades descentralizadas y centros de costos que son los embriones de la administración empresarial pública del Hospital. Para lo cual se identificaron los procesos de producción como cualquier empresa, que se pueden agrupar de la siguiente manera:

- 1- Producción Clínica: egresos, intervenciones quirúrgicas, consultas, otros de índole privada (pago por servicio).

2- Producción Técnica Médica: unidades de apoyo diagnóstico, terapéutico, farmacia, laboratorio, imagenología, otros.

3- Producción Industrial: alimentación, lavandería, esterilización, limpieza, otros.

Además de las complejidades de producción el hospital resulta ser una organización en la que existen grupos de poder y con intereses, objetivos diferentes, en estos grupos se destacan el cuerpo médico, el cuerpo directivo, el estado como propietario, el cuerpo profesional no médico, el cuerpo de enfermería, paramédicos, sindicatos, sociedad civil, políticos, religiosos, entre otros.

Los procesos de organización en los diferentes servicios y niveles administrativos permiten identificar las necesidades de apoyo y desarrollo financiero que el hospital no posee para solventar los recursos humanos y materiales para su avance, los cuales se tiene que gestionar por la vía de la cooperación externa, de tal manera que se pueda demostrar la articulación que se genera entre el desarrollo de las actividades en la prestación de los servicios de salud que reciben los usuarios. De esta manera la cooperación externa se logró dirigir en dos direcciones estratégicas, para la parte administrativa y para el área clínica.

En el área Administrativa la cooperación se desarrolló para el fortalecimiento de la capacitación gerencial, la cual fue dirigida a los jefes de departamento, servicios y unidades tanto del área clínica, como administrativa. Lográndose mejorar los procesos de planificación, administración, control, monitoreo, evaluación de todas las actividades administrativas.

En el área clínica la cooperación se enmarco en el apoyo de la dotación de materiales de reposición periódica, medicamentos, equipos médicos, y el intercambio de las experiencias de conocimientos técnicos, procedimientos, disseminación de literatura médica, entre otros.

Capacidad instalada y equipamiento:

Según estadísticas del MINSA Central y del Hospital se encuentran instalados un total de 377 (trescientos setenta y siete) equipos, de los cuales 226 son electromédicos y 151 electromecánicos; agrupados en 75 líneas aproximadamente.

Es importante mencionar que el 55% de los equipos han sufrido desperfectos y de este porcentaje el 60% se han reparado más de tres veces, lo que nos hace pensar en la calidad deficiente de estos equipos, sumando a esto la poca capacitación de los técnicos y/o usuarios que operan estos equipos.

En el área de infraestructura existen problemas de diseño, ya que en las áreas de Emergencia, Quirófano, y Cuidados Intensivos no presenta un flujograma funcional de lo más adecuado para diferenciar las áreas Gris, Blanca y Roja.

No se contemplaron en el diseño las siguiente áreas:

- Taller de Mantenimiento.
- Banco de Sangre.
- Laboratorio de Microbiología.
- Farmacia.
- Rehabilitación Físico Motora.
- Área de Atención Crítica de Pacientes en el Departamento de Emergencia.

Así también el Sistema de drenaje de aguas pluviales no se encuentra revestido. El Sistema Eléctrico presenta muchas fluctuaciones de voltaje. El Techo del Hospital se ha cambiado casi en un 50% por encontrarse oxidado.

El Material que se utilizó para el piso no es el más adecuado para un hospital, ya que es ladrillo de tipo esmerilado y poroso, lo que no facilita el uso de lampazos; por lo que obligatoriamente se tiene que lavar. La pintura que se utilizó es de agua y no de aceite sellador que es la adecuada para los Hospitales.

Análisis de gestión de la dirección:

Al momento de la habilitación del Hospital no se había elaborado la planificación estratégica de funcionamiento, dicha apertura se forzó por presiones sociales y políticas de diferentes sectores sociales de la sociedad de Chinandega, por lo que el MINSA representado por el SILAIS tuvo que dar la respuesta inmediata, para iniciar funciones el 13 de Diciembre de 1995. -

Desde este momento el proceso Gerencial y Organizativo, inició con deficiencia, a esto se le suma que la empresa encargada del Proyecto IBADESA-MAFFEI no cumplió un proceso organizativo en tiempo y forma en la entrega de la obra, así también con las actividades de capacitación y funcionamiento de los equipos, manuales técnicos y operativos, mantenimiento preventivo y correctivo, entre otros. La situación antes planteada convirtió al cuerpo de Dirección en un equipo para solucionar problemas coyunturales, operativos, para el funcionamiento del Hospital.

Financiamiento:

Depende de dos vías: Presupuesto Fiscal y Recuperación de Venta de Servicios, denominados Fondos Propios.

Los fondos propios equivalen casi al 60% de lo que el estado asigna mensualmente a esta Unidad Hospitalaria con relación al presupuesto fiscal.

Es importante destacar que el mayor porcentaje de Fondos Propios se utiliza para pagar la planilla de recursos humanos contratados (58 personas), así también para completar salarios a personal de nómina fiscal que no se le garantiza el 100% sus prestaciones, así

como los cargos transitorios que se les completan todos sus incentivos. El resto de este financiamiento se utiliza para tratar de reducir la brecha del déficit del presupuesto fiscal, como en el rubro de mantenimiento, medicamentos, servicios no personales y personales entre otros.

Recursos humanos:

Se destacan dos problemas importantes: Personal de Enfermería, en un 40% a 50% no velan por tener más de 20 años de trabajar en el MINSA, esto provoca que el personal joven tenga que trabajar de noche.

Personal de limpieza, CPF, cocina, estadísticas, secretarias, entre otros no están en nómina fiscal por lo que se tienen que pagar de fondos propios, esto provoca inestabilidad laboral, y el mal uso de los fondos propios, (lo que se logra recuperar no se puede invertir directamente en los servicios asistenciales del Hospital).

La fuerza laboral se encuentra distribuida de la siguiente manera:

Nómina Fiscal	279
Cargos Transitorios	19
Médicos Internos	16
Médicos Horarios	4
Nómina de Fondos Propios	58
Total:	376

El Salario promedio de los trabajadores de la Nómina de Fondos Propios es de C\$272.31 y el de Nómina Fiscal es de C\$301.00.

En esta área es importante destacar el **proyecto de rehabilitación social integral de los reos del Sistema Penitenciario**, con el objetivo de apoyar al tratamiento de integración de estas persona a la sociedad, comunidad y la familia, dicho apoyo se basa en:

- fuentes de trabajo.
- prestación de servicios de salud.
- ayuda económica.
- asignación de cosméticos, ropa y otros insumos de uso personal.
- desarrollo de un plan de educación de moral y cívica, relaciones humanas.

Estas actividades las coordina el departamento de trabajo social y el servicio de psicología del hospital en coordinación con la dirección del Sistema Penitenciario de Chinandega, y miembros de la Iglesia Católica.

Análisis de los servicios:

El departamento de Emergencia, fue objeto de un cambio cualitativo, según lineamientos de la **ATENCIÓN INTEGRAL**, conceptualizándose como la atención medica general y no por discriminación de especialidades, según queja principal del paciente.

Se reorganizó el servicio de Ortopedia y Traumatología elevándose a departamento, según resolución ministerial de 1983.

Las jefaturas de los departamentos clínicos se descentralizaron con autoridad y responsabilidad, es decir se les entregó el poder gerencial para administrar a:

- Médicos de bases.
- Médicos generales.
- Médicos internos.

-
- Enfermeras.
 - Auxiliares de enfermería.
 - Personal de limpieza.
 - Materiales de reposición periódica.
 - Medicamentos.

Se logró definir, el organigrama estructural y funcional del hospital, según consenso del gobierno hospitalario (ver anexo No. 6).

Se organizó la jefatura de turno, normándose las funciones y responsabilidades de los diferentes actores, lográndose establecer que el jefe del turno es la autoridad que representa al director en funciones durante el turno.

La entrega del turno se realiza a las 7:00 a.m. en cada departamento médico y luego de las 7:30 a 8:15 se realiza la entrega al Director General. (Área Médica y administrativa en conjunto) existen formatos por Departamentos para la sistematización de la información.

Se reorganizó el servicio de atención diferenciada o privado, estableciéndose un gerente Administrativo que coordina el subdirector Médico, apoyado por la subdirección administrativa.

Se elaboraron las normas organizativas y funcionales del Departamento de Enfermería, Emergencia, Servicios de Atención Diferenciada, Cirugía, Plan de Emergencia para situaciones de Desastres Naturales y provocados por el hombre, y Jefes de Turno.

Se diseñó el Plan de lucha Anti-Epidémica, dirigido al abordaje de la Malaria, Leptospirosis, Cólera y Dengue. Se capacitó a todo el personal Médico y paramédico del Hospital, según manejo del Plan.

Servicios diferenciados:

Esta estructura la coordina el Subdirector Médico es un servicio que presta atención médica diferenciada a los usuarios con capacidad de pago, (es la principal fuente de financiamiento), sus principales prestaciones son:

- Venta de servicios a las Empresas Médicas Previsionales.
- Venta de servicios al programa de Riesgo Laboral del INSS.
- Convenios con Empresas Privadas.
- Venta de Servicios de Hospitalización, Rayos X, Farmacia, Ultrasonido, Consulta Externa, Laboratorio y Patología a la población con capacidad de pago.
- Prestación de servicios a los trabajadores del hospital y familiares de los mismos.

Mantenimiento:

El 100% de los recursos humanos que laboran en esta área (Total 5) son financiados por fondos propios, el nivel académico y técnico es muy bajo lo que obliga a sub-contratar los servicios de reparaciones de equipos de mediana y mayor complejidad, este departamento está dotado de las herramientas necesarias, pero no tiene espacio físico adecuado, lo que limita aun más el nivel resolutivo de esta estructura.

Para el año 1996, con el escaso personal y sin conocimientos de mantenimiento hospitalario, se efectuaron los siguientes servicios rutinarios de mantenimiento, tanto eléctricos, de instalaciones, de fallas menores, trabajos de carpintería, hidrosanitarios y electromecánica.

El total de órdenes ejecutadas en los diferentes servicios fueron:

- 941 órdenes trabajadas de manera informal, para un costo promedio de mano de obra de C\$90,609.00 córdobas.
- El mantenimiento programado formal, que consiste en llevar un mantenimiento sostenido con períodos de intervalos de 1, 2 y 3 meses para toda la línea de los equipos, tanto electromédicos, como electromecánicos, se logró desarrollar.

A pesar de las dificultades para mantener un mantenimiento programado por la falta de personal se logro cumplir en gran parte el programa; quedando pendiente la hoja de vida por cada equipo.

Según programa del **primer trimestre** de 1996, se realizó lo siguiente:

- 20 Mantenimientos programados en la línea de electromedicina, para un costo real en mano de obra de C\$3,911.50 córdobas.
- 10 Mantenimientos programados en la línea de electromecánica, para un costo real en mano de obra de C\$1,633.35 córdobas.

Con esto se obtienen los siguientes resultados del primer trimestre 1996.

- 30 órdenes programadas ejecutadas. Con un costo de trabajo de mano de obra, con un total de C\$5,544.85 córdobas.

En el mantenimiento programado para el segundo trimestre de 1996:

- Se realizaron 27 ordenes en la línea de electromedicina, para un costo real en mano de obra de C\$6,100.00 córdobas.

- 20 Mantenimientos programados en la línea de electromecánica, para un costo en mano de obra de C\$4,100.00 córdobas.

En el **Segundo trimestre de 1996**, se obtuvieron los siguientes resultados:

- 47 órdenes programadas ejecutadas con un costo de trabajo en mano de obra total de C\$10,200.00 córdobas.

En los dos trimestres se efectuaron un total de 77 órdenes de trabajo programadas, para un costo de mano de obra de C\$15,744.85 córdobas.

Alimentación:

En este Servicio se han elaborado instrumentos de control, se ha logrado restringir la salida de productos como desperdicios, que en realidad son alimentos en buen estado, lo que se convierte en descapitalización del Hospital.

De manera general se ha mejorado la calidad de los alimentos tanto para pacientes como para los trabajadores ya que es una preocupación del equipo de dirección el brindarle al trabajador la alimentación adecuada y con calidad, como una estrategia de mejorar las condiciones laborales y salariales.

Actualmente se están elaborando las normas de atención, procesamiento, almacenaje, etc., de este servicio.

Al personal de esta área se le prioriza con chequeos médicos cada seis meses, así también se les garantizan los medicamentos según resultados del mismo. Existe un plan

de educación continua dirigido a todo el personal de alimentación con énfasis en los valores nutritivos de los alimentos para el desarrollo de la dieto-terapia.

Abastecimiento técnico material médico:

Se ha profundizado el proceso de control de medicamentos y materiales de reposición periódica a través de los perfiles terapéuticos, así también se han sistematizado los controles selectivos por el departamento de contabilidad, dando como resultado un mejor uso racional de estos insumos.

Así también se han realizado compras de medicamentos con el presupuesto fiscal y fondos propios para garantizar los medicamentos a la población en general, familiares de trabajadores del Hospital, trabajadores del hospital y del SILAIS.

Las bodegas tienen las condiciones necesarias para un excelente almacenamiento de medicamentos y otros insumos médicos.

La calificación técnica es de dos licenciadas en farmacia y un auxiliar de contabilidad. Está dotado de equipo computarizado para los registros y desarrollo del programa.

Administración:

Esta área se limitó a la ejecución presupuestaria retrospectiva o sea pago por deudas existentes, en la reorganización de la gestión se logró el pago prospectivo o sea ejecutar según planificación y desarrollo de los servicios de salud, basado en las prioridades de los servicios asistenciales. Se implementaron nuevos instrumentos de control en el área financiera, contable y de recursos humanos.

Se lograron sistematizar los controles selectivos de activos y pasivos, se realizó el inventario general del hospital costado, lo cual no se realizó al momento de la apertura.

En el almacén general y almacén de Abastecimiento Técnico Material (ATM) se lograron organizar los kardex, tarjetas de estiba, e inventarios. Así como implementar nuevos formatos de ingresos y egresos de productos.

En la gestión Administrativa se aclararon las cuentas por cobrar, así como pagar los diferentes incentivos que se les debían al personal del hospital, incluyendo desde el mes de marzo de 1996.

En el área administrativa se necesita consolidar la **CONTABILIDAD** que se define como el área más importante dentro del proceso administrativo de cualquier organización.

Producción de servicios:

El Hospital España tuvo una producción para 1996 de 37,297 consultas médicas, de las cuales 18,629 fueron brindadas en el departamento de emergencia, lo que equivale casi al 50%, esto nos indica que la emergencia y consulta externa tienen un peso sustantivo en la atención ambulatoria, la consulta externa según fondo de horas médicas programadas, tiene una productividad de **tres pacientes por hora** promedio, para una relación aceptable según indicadores de calidad de la atención médica especializada.

De manera general, el hospital presentó un índice ocupacional del 72% a expensas del servicio de Medicina Interna; es importante mencionar que en lo que respecta a Cirugía y Ortopedia el hospital se vio obligado a realizar cirugías de emergencia por un período de tres meses (Septiembre, Octubre y Noviembre), debido a la falta de bolsas de sangre, que la Cruz Roja no abasteció a Nivel Nacional.

El promedio de estancia fue de seis días, considerando los servicios de Medicina Interna, UCI, Ortopedia y Traumatología, es una estadía aceptable a los costos y perfil de este hospital; aún así la meta para 1997 será disminuir este indicador a cuatro días paciente/cama.

El índice de sustitución fue de 2.26 y un giro cama de 43, lo que nos indica que se tiene que mejorar la efectividad y eficacia en la utilización y estancia de los pacientes con relación a las camas disponibles.

El Hospital presentó una producción de 4,342 egresos, para un balance equitativo según especialidades, el índice más alto fue el de Medicina Interna, situación que en parte se puede explicar por escasez de bolsas de sangre en el país y el perfil epidemiológico del territorio (cólera, leptospirosis, malaria complicada, Intoxicación por plaguicidas, enfermedad diarréica aguda, entre otros).

Según la relación de egresos, tasa de mortalidad neta de 1.3 y la tasa de mortalidad bruta de 3.2, nos indica que:

- La tasa de mortalidad neta del hospital es excelente con relación a la media nacional que es de 4,6 (según dirección general de estadísticas del MINSA central).
- El hospital está recibiendo pacientes en fase terminal.
- La referencia del primer nivel de atención no es oportuna en tiempo y forma.
- Los niveles de deterioro de las condiciones de vida de la población, altas tasas de analfabetismo y la cultura con relación al uso de los servicios de salud, están provocando un mayor daño a los pacientes que se atienden en el hospital.

Con relación a las cirugías realizadas, el índice de planificación fue de excelencia para indicadores de calidad de la atención, ya que 1775 fueron cirugías electivas y solamente 384 fueron de emergencia, además no existen listas de pacientes de espera para cirugías, esto se explica en gran parte por ser una unidad nueva (un año de funcionamiento).

Las recetas despachadas fueron 60,658 (sesenta mil seiscientos cincuenta y ocho) para un 41% de cumplimiento, con la relación de una receta por paciente. Esto se explica por la

capacidad de abastecimiento que tiene el estado, es importante mencionar que el orden de priorización de la atención de las recetas despachadas, según servicio de procedencia del paciente fue:

- Emergencia.
- Servicios de hospitalización.
- Consulta Externa.

Se garantizó un total de 15,360 placas de Rayos X, para un 91% de cumplimiento según lo programado.

Diez primeras causas de mortalidad:

- Intoxicaciones por Plaguicidas
- Hipertensión Arterial
- Cardiopatía Isquémica
- Alcoholismo Crónico
- Insuficiencia Renal Crónica
- Infarto Agudo al Miocardio
- Tuberculosis Pulmonar
- Diabetes Mellitus
- Politraumatismo
- Accidente Cerebro Vascular

Diez primeras causas de morbilidad:

- Síndrome Diarréico Agudo
- Enfermedad Pulmonar Crónica
- Diabetes Mellitus
- Apendicitis

-
- Hernia Inguinal
 - Colelitiasis
 - Insuficiencia Renal Crónica
 - Adenoma Prostático
 - Fractura de Cúbito y Radio
 - Neumonía Basal

Vigilancia epidemiológica:

La Vigilancia Epidemiológica del hospital, se ha limitado a llevar el control de la hoja de enfermedad de Notificación Obligatoria; que sé monitorea administrativamente, no se desarrolla una vigilancia activa y de control in situ del hospital al territorio, por limitaciones de recursos humanos, materiales y logística.

La principal patología que se presentó fue la **INFECCION RESPIRATORIA AGUDA**, con un total de 1,664 casos, donde el principal grupo de edad afectado fue de 15 a 49 años (884 casos). La segunda patología en orden de importancia fue la **MALARIA**, con un total de 687 casos y de manera importante el grupo de edad más afectado fue el de 15 a 49 años con (519 casos). Posteriormente se presentó la **ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA**, con 491 casos y el grupo más afectado fue el de 15 a 49 años con 285 casos y en cuarto lugar se presentó la **INTOXICACION POR PLAGUICIDAS** con 203 casos, el grupo más afectado fue el de 15 a 49 años, esa patología presentó una mortalidad de 18 casos.

Según el comportamiento de las Enfermedades por Vigilancia Epidemiológica en orden descendente fueron:

- Lesión por mordedura de Serpiente
- Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda

-
- Conjuntivitis
 - Brotes de Intoxicación Alimentaria
 - Mortalidad por Intoxicación de Plaguicidas
 - Intoxicación por otras sustancias desconocidas
 - Lesión por animales transmisores de rabia.
 - Tuberculosis
 - Dengue Clásico
 - Hepatitis Viral
 - Intoxicación por sustancias farmacológicas
 - Dengue Hemorrágico
 - Fallecidos por Tuberculosis
 - Mortalidad por Enfermedad Diarréica Aguda
 - Cólera
 - Meningitis Bacteriana
 - Meningitis Tuberculosa
 - Fallecidos por sustancias farmacológicas
 - Fallecidos por sustancias desconocidas
 - Un caso de rabia humana presuntiva

Es importante destacar que el mayor porcentaje de casos se presenta entre las edades de 15 a 49 años y luego en el grupo de 50 a más años. La gran mayoría de pacientes eran de origen de Chinandega, El Viejo, Corinto, Chichigalpa, Villanueva, Somotillo y otros.

El programa de Vigilancia Epidemiológica, fue llevado desde el momento que el hospital inició sus funcionamiento y el registro que se realiza es de mucha confiabilidad.

Otros rubros de producción:

Area de Alimentación:

Se elaboraron 201,387 raciones de las cuales 115,151 se le proporcionaron al personal para un 57% y se sirvieron a los pacientes un total de 86,236 para un 42.8%, es importante mencionar que se mejoraron los controles y la calidad de la alimentación con prioridad para los pacientes, como medida terapéutica (dietoterapia).

Area de Laboratorio Clínico:

Se realizaron 82,437 exámenes de los cuales 48,294 fueron a través del departamento de Emergencia.

Del total de exámenes realizados, la mayor demanda se presentó en biometría hemática completa, examen general de orina, malaria y triglicérido.

Area de Lavandería:

Se presenta una producción de 293,761 libras, lo que equivale a un promedio de 2,880 libras de ropa lavada percápita por cama anual.

Area de Ropería:

Se realizó un esfuerzo extraordinario con los fondos presupuestados para la elaboración de ropa hospitalaria, lográndose la confección de 1,000 camisonos, 2,000 Mascarillas, 800 Sábanas, 500 Pijamas, 200 Forros de almohadas, 100 delantales, 100 gorros de cocina, 100 gorros de Sala de Operaciones, 24 gabachas de CPF para un costo de C\$18,860.0

Situación del presupuesto:

La situación del presupuesto fiscal para gastos directos del hospital es bastante crítica, se realizó una programación basada en escenarios posibles del desarrollo del hospital, dicho presupuesto fue insuficiente para la realidad operativa del hospital, siendo el primer año de funcionamiento no se tenían parámetros de comportamiento.

Se programaron para el año 1,996 una cantidad de C\$1,972,945.34 (un millón novecientos setenta y dos mil novecientos cuarenta y cinco córdobas con 34/100 solamente) y se asignó un monto de C\$1,833,544.11 (un millón ochocientos treinta y tres mil quinientos cuarenta y cuatro córdobas con 11/100 solamente) para gastos directos descentralizados, lográndose ejecutar C\$1,833,549.73 (un millón ochocientos treinta y tres mil quinientos cuarenta y nueve córdobas con 73/100 solamente) que equivale al 100% de lo asignado. Los fondos fiscales incluyen tanto lo asignado para gastos de alimentación, combustible y lubricantes, viáticos, servicios de mantenimiento, gasas quirúrgicas y fago (gastos varios).

Con relación a los fondos propios se logró captar C\$1,285,915.96 (un millón doscientos ochenta y cinco mil novecientos quince córdobas con 96/100) y se ejecutó C\$1,255,981.75 (un millón doscientos cincuenta y cinco mil novecientos ochenta y un córdobas con 75/100 solamente) que equivale aproximadamente al 98% de lo captado, es importante mencionar que el mayor porcentaje de los fondos propios se ejecuta en la contratación de recursos humanos del área de intendencia, administración y el complemento de los incentivos de los trabajadores de nómina fiscal y cargos transitorios.

El presupuesto fiscal se ejecutó de la siguiente manera:

a) Servicios no personales:

C\$110,698.44 (ciento diez mil seiscientos noventa y ocho córdobas con 44/100) que incluyen: servicios básicos (teléfono, fax, telefax nacional, teléfonos, telex y telefax internacional, agua y alcantarillado, energía eléctrica, correos y telégrafos internos, correos y telégrafos externos, alquiler de maquinaria, equipos, medios de transporte, alquiler de fotocopias, mantenimiento, reparación y limpieza de edificios, medios de transporte, maquinas y equipos, fumigación, estudios, investigaciones y proyectos de factibilidad, capacitación, imprenta, publicaciones y reproducciones, propaganda, pasajes y viáticos, atenciones sociales, otros servicios).

b) Materiales y suministros:

C\$1,714,195.31 (un millón setecientos catorce mil ciento noventa y cinco córdobas con 31/100 solamente) que incluyen: productos agroforestales, textiles y vestuarios, hilados, telas, acabados textiles, calzado, productos de papel, papelería, cartones, otros, productos de artes gráficas, libros, revistas, periódicos, textos de enseñanza, llantas, neumáticos, combustibles y lubricantes, insecticidas, fungicidas, abonos, fertilizantes, productos medicinales, tintes, pinturas, herramientas menores, útiles de oficinas, productos sanitarios, productos menores técnico quirúrgicos y de laboratorios.

c) Bienes de uso:

C\$8,655,098.00 (ocho mil seiscientos cincuenta y cinco mil córdobas con 98/100 solamente) incluyen: maquinarias y equipos de oficina, de comunicación, de computación y equipo médico.

Los fondos propios se ejecutaron de la siguiente manera:

a) Servicios personales:

C\$834,625.96 (ochocientos treinta y cuatro mil seiscientos veinticinco córdobas con 96/100 solamente).

b) Servicios no personales:

C\$160,313.56 (ciento sesenta mil trescientos trece córdobas con 56/100 solamente).

c) Materiales y suministros:

C\$45,868.55 (cuarenta y cinco mil ochocientos sesenta y ocho córdobas con 55/100 solamente).

d) Bienes de uso:

C\$41,780.41 (cuarenta y un mil setecientos ochenta córdobas con 41/100 solamente).

e) Transferencias corrientes

C\$ 250.00 (doscientos cincuenta córdobas).

f. Prestamos entre cuentas:

C\$173,143.27 (ciento setenta y tres mil ciento cuarenta y tres córdobas con 27/100 solamente).

Con relación a los préstamos otorgados a los trabajadores de esta unidad hospitalaria, se plantea que el 11.51% de 356 trabajadores fueron favorecidos con préstamos personales, el monto total fue de c\$25,731.50 (veinticinco mil setecientos treinta y un córdobas con 50/100 solamente) para beneficio de 41 trabajadores.

Sistematización de otras actividades:

a.- Sub dirección Médica

Situación actual

Durante el periodo comprendido entre el 12 de Septiembre de 1995 a Diciembre 96 funciona la subdirección médica teniendo como tarea el desarrollo de actividades asistenciales, docentes, de investigación y administrativas; que realizan los departamentos y servicios de apoyo estableciendo mecanismos para supervisarlas y controlarlas adecuadamente. Entre estas actividades tenemos las siguientes:

- Organización y creación de los departamentos y servicios de apoyo del Hospital.
- Formación de los comités: farmaco-terapéuticos, de historias clínicas, nosocomiales, ética, morbi-mortalidad y el comité de calidad.
- Diseño y ejecución de plan permanente de lucha anti-epidémico (dengue, malaria, cólera y leptospirosis)
- Apoyo técnico en la elaboración, desarrollo y seguimiento de proyectos del Hospital.
- Participación activa en los convenios tanto con empresas como inter-institucionales.
- Apoyo técnico en la elaboración de normas administrativas y de funcionamiento en los diferentes Servicios.
- Organización de los Jefes de Turno a través de la elaboración de los Roles respectivos.
- Elaboración del Organigrama del Hospital España.

-
- Elaboración de Plan de Atención para situaciones de Desastres.

Actividades rutinarias:

- Realización de Consejo Técnico Ampliado
- Participación de Entrega de Guardia.
- Recorrido por los Servicios.
- Despacho con Jefes de Departamentos y Servicios de Apoyo.
- Apoyo en las exoneraciones de Medicamentos y Endoscopia relacionadas con el Trabajo Social y responsabilidad total en ausencia de esta.
- Asumir gestiones que le competen a la Dirección en ausencia del Director.
- Resolver problemas varios del personal a cargo de la Sub Dirección Médica y con los Sindicatos.
- Velar para que se cumpla el Plan de Lucha Anti-Epidémico a través del sistema de vigilancia en la Emergencia.
- Velar por el cumplimiento de los Convenios de ambos Hospitales, empresas místicas previsionales, otros.
- Solución de problemas médicos de los diferentes servicios según necesidades.
- Control sobre los servicios de apoyo (laboratorio, Patología, Rayos X, Farmacia, A.T.M., Estadísticas, Consulta Externa.)

Actividades especiales o eventuales:

- Asume de manera interina la Dirección, en ausencia del Director.
- Ejecución de Proyecto "Apoya al Desarrollo Gerencial y Funcional, Hospital España, Chinandega".
- Capacitación y Organización del personal de Salud sobre manejo de pacientes con Dengue, Malaria, Leptospirosis y Cólera.
- Participación activa en las auditorías internas y externas que se le realizan al Hospital España.

Departamento de Enfermería:

Actividades principales:

- Elaborar plan de trabajo anual y mensual.
- Elaborar cálculo de recursos humanos.
- Establecer mecanismo de trabajo.
- Impulsar el plan de Educación Permanente.
- Asegurar el cumplimiento de normas y funciones de cada miembro del equipo.
- Asegurar la disciplina del personal.

Actividades rutinarias:

- Participar en la entrega de turno de Enfermería y Dirección.
- Revisar informe diario de Supervisora.
- Control de asistencia del personal de Enfermería.
- Enviar informe diario del personal de Enfermería a Recursos Humanos.
- Supervisión de todos los Servicios.

Actividades especiales.

- Celebrar el día de la Enfermera.
- Celebrar el día de la Auxiliar de Enfermería.
- Estímulos mensuales por el Comité de Calidad de Atención y Disciplina.
- Evaluación al personal de Enfermería Semestral y Anual.
- Celebrar el día de la Técnica Quirúrgica.
- Celebrar cumpleaños del personal de Enfermería, por el Comité de Eventos Sociales.

Problemas

- Falta de recursos humanos.
- Falta de Equipos de protección en áreas contaminadas.
- Falta de apoyo para la superación profesional (becas de estudio).
- Falta de transporte para el personal.
- Faltas de incentivos, Ejemplo: Zonaje y Cargos.
- Limitación de material.

Expectativas:

- Implementar en todos los Servicios el plan de cuidado.
- Hacer cumplir las normas establecidas en todos los Servicios.
- Capacitar al personal de Enfermería y programar conferencia de Relaciones humanas, para mejorar la atención brindada al paciente.
- Implementar Técnicas de Recreación al personal para la motivación de este gremio.

Sub dirección de Docencia:

Actividades Principales:

- Formación de 35 Médicos Internos.
- Diseño y Ejecución de Plan de Educación Permanente del Personal Médico y paramédico.
- Apoyo Técnico de la Sub Dirección Docente en la elaboración, desarrollo y seguimiento de Proyectos del Hospital.
- Se realizaron gestiones para desarrollar el Centro de Información y Documentación.
- Apoyo Técnico para elaboración de Normas Administrativas y de Funcionamiento en los diferentes Servicios.
- Realización de Eventos Científicos.

Actividades Rutinarias:

- Participación de Entrega de Guardia.
- Recorrido por los Servicios.
- Apoyo Metodológico en Elaboración de Programas de Educación Permanente.
- Seguimiento y Supervisiones periódicas de actividades de enseñanza.
- Evaluación de las actividades y elaboración de informes.
- Elaboración de Plan de Rotación de Médicos Internos.
- Calendarización de Programa Académico Internado Rotatorio.
- Orientación a Médicos Internos cada 10 semanas de los Programas de Vigilancia Epidemiológica, Farmacia, Laboratorio, Rayos X.
- Evaluación y elaboración de informes de rendimiento académico del Internado para archivo y envío a la UNAN.
- Organización de Actividades de Capacitación.

Actividades Especiales:

- Taller de Capacitación sobre la importancia de la Educación Permanente en el Proceso de Trabajo dirigida a Facilitadores.
- Congreso Médico Departamental.
- Ejecución de Proyecto "Apoyo al Desarrollo Gerencial y Funcional Hospital España Chinandega".
- Capacitación al personal de Salud sobre manejo de pacientes con Dengue, Malaria, Leptospirosis y Cólera.
- Jornada de Salud Departamental

Dificultades:

- Falta de un Centro de Documentación e Información adecuado.
- Falta de incentivo por responsabilidad a facilitadores del proceso docente en los Servicios.
- Falta de presupuesto para invertir en materiales educativos y didácticos.
- Limitado número de Recursos Humanos principalmente en Enfermería.
- Falta de capacitación a facilitadores en aspectos metodológicos, de monitoreo y evaluación.
- Falta de trabajo en equipo más beligerante.
- Los diferentes Jefes no consideran dentro de su plan de trabajo el apoyo a Docencia.

Subdirección administrativa:

Actividad Principal:

- Rendir fondos Presupuestados y Fondos Propios cada mes.
- Rendir fondos asignados para compra de Gasas Quirúrgicas.
- Rendir planillas de pago (Transitoria, Fiscal, Horarios y Fondos propios)

-
- Rendir planillas de Bono de Productividad (Fiscal, Transitoria y Horarios)
 - Rendir planilla de Aguinaldo (fiscal, Transitoria, Horarios y Fondos Propios)
 - Rendir Planilla de Bono Navideño (fiscal, Transitoria, Horarios).

Actividad Rutinaria:

- Recibir los ingresos de los diferentes servicios que presta el Hospital.
- Elaboración de informes diarios, estado de cuenta de banco
- Emisión de cheque.
- Recepcionar todas las facturas y registrarlas en tarjeta de proveedores.
- Pagar cheques a proveedores
- Pagar salarios de planillas (Fiscales, transitoria, Horarios, Personal contratado)
- Elaboración de minutas para depósitos.
- Pasar copia de planillas al Dpto. de R.R.H.H.
- Pasar a Contabilidad copia de los recibos de ingreso, minutas de depósitos, comprobantes de cheques cancelados a sus beneficiarios con sus respectivas documentación (Soportes).
- Codificar los gastos según lo efectuados.
- Elaborar cheques, buscarles firmas, y sello.
- Llevar control de todos los convenios existentes (Convenios Internos)
- Pasar a área de finanzas informe de deudas por pagar.
- Control y autorización de fotocopias de los distintos departamentos.
- Elaborar conciliaciones bancarias de las cuentas (Fondos propios y Fondos presupuestados)
- Llevar controles de préstamos personales.
- Llevar control de caja chica.

Actividades especiales:

- Atención al personal del MINSA Central que vienen a realizar auditorías, otorgarles toda la información que sea necesaria de acuerdo a las necesidades solicitadas.
- Atención a visitas del SILAIS para realizar análisis evaluativo de la situación existente en este centro hospitalario.

Area de contabilidad:

Actividad principal:

- Realizar inventario Físico general y cotejar los activos fijos ya que no se realizó desde su recepción del hospital al momento de su apertura.
- Montaje del sistema contable al inicio de mes, operaciones con equipo de Consultores del nivel central del MINSA.
- Verificar los equipos que entraron al hospital y los que hacen falta por recibir, por parte de la empresa constructora (IBADESA-MAFFEI)

Actividad rutinaria:

- Registrar todos los movimientos contables de fondos propios y presupuestados
- Llevar al día los kardex de Almacén General, Alimentación, y A.T.M.
- Recepcionar las facturas de gastos de Fondos Propios y Presupuesto, así mismo registrarlas en las tarjetas de los proveedores, remitirlas al departamento de Finanzas para realizar programación para su debido pago.
- Realizar arqueos diarios a Caja General, Caja Chica para conocer el flujo de banco y caja.
- Verificar los movimientos de activos fijos.

-
- Realizar inventarios selectivos a los 3 almacenes.

Actividades especiales:

- Realizar cierre de año del sistema contable.
- Entregar documentación al SILAIS para ser entregada al gobierno.
- Atender al personal de auditoría interna del MINSA Central y Contraloría de la República quienes realizan inspección de la infraestructura y los activos fijos del Hospital.

Mantenimiento:

Actividad principal:

Las actividades programadas de mantenimiento en el año fueron de la siguiente manera:

- | | | |
|------|-----------------------------------|---------------|
| - 47 | Electromedicina con un costo de | C\$ 15,750.00 |
| - 30 | Electromecánica con un costo de | C\$ 18,355.00 |
| - 77 | Ordenes de Reparaciones Internas. | C\$ 34,105.00 |

(Sin embargo en el periodo del 2do. semestre se realizaron unas ordenes de trabajo comprando los servicios de personal ajeno a esta institución ya que el personal de esta área no esta capacitado para dichas reparaciones por ejemplo en los equipos de Oftalmología).

Actividad rutinaria:

- Revisar diario planta de emergencia.
- Resolver cualquier problema que se presente en los equipos.

-
- Dar mantenimiento a todos los equipos que lo necesiten.
 - Atender cualquier llamado de los diferentes servicios por equipos dañados.
 - Participar en las revisiones que otras empresas realizan en los equipos que tienen garantía.
 - Brindar Mantenimiento programado a los Quirófanos.

Departamento de alimentación:

Actividad principal:

- Elaboración de Alimentación a pacientes y personal.
- Elaboración de alimentación al Servicio de Pensionado o Privado.
- Elaboración de menú tanto del personal como pacientes.

Actividad rutinaria:

- Recepcionar productos para la preparación de alimentación.
- Elaboración de informe de recepción según productos recibido con sus respectivas facturas.
- Llevar control de kardex según entrada y salida de productos.
- Entrega de productos de bodega para el área de preparación de alimentos.
- Distribuir alimentos tanto a pacientes como empleados.
- Elaboración de informe de consumo diario.
- Elaboración de pedidos de productos al Dpto. de Compras con el visto bueno de la Administración.
- Enviar facturas con sus respectivos informes de recepción a la Administración.
- Elaboración de informe de raciones servidas tanto del personal como pacientes.

Area de lavandería:

Actividad especial:

- Lavado general de ropa confeccionada.
- Confección de gabachas, mascarillas, carpetas de expedientes, bolsas para cadáveres, mosquiteros.
- Forrado de colchones de los diferentes servicios.
- Rotulación de ropa hospitalaria.

Actividad rutinaria:

- Ubicar a los trabajadores en el área asignada.
- Levantar de cada servicio ropa sucia para lavarla.
- Entregar ropa hospitalaria a los médicos de turno.
- Entregar ropa limpia a los diferentes servicios.
- Garantizar los productos de limpieza (jabón, detergente, cloro, etc.) al personal de turno para el lavado de ropa.
- Llevar control de libras de ropa lavadas por servicios.
- Supervisar las tareas asignadas a cada trabajador.

Actividad principal:

- Elaborar roll de turno de los trabajadores.
- Elaborar informe de ropa lavada y enviarla a Estadística y Admón.
- Realizar pedidos de material al Departamento de Compras con visto bueno de la Administración.

Principales problemas:

- Lavadoras muy pequeñas para el volumen de ropa que se lava.
- Se necesita una bodega adecuada para el almacenamiento de productos (Cloro, Jabón, Detergente, etc.)
- Se necesita un cuarto para realizar la separación de ropa sucia.

Area de servicios generales:

Actividad principal:

- Garantizar tanques de Oxígeno medicinal y Oxido nitroso al centro.
- Estar pendiente de las fallas que tengan los vehículos del centro.
- Elaboración de roll para personal de esta dependencia.
- Realizar informe de consumo de combustible (Mensual).
- Consolidar y realizar informe de las llamadas que se hicieron en el mes, distribuidas entre los servicios y departamentos que las solicitaron.
- Garantizar combustible tanto para la planta como para el incinerador.
- Garantizar corte de grama de este centro.

Actividad rutinaria:

- Supervisión general del centro.
- Supervisión diaria de los vehículos.
- Controlar movimientos de los vehículos.
- Garantizar combustible a los vehículos.
- Recolección de basura de todo el centro.
- Traslado de reos (Por la mañana y la Tarde).
- Supervisión de central telefónica.
- Realizar depósito diario.

Actividad especial:

- Arborizar el centro.
- Realizar reuniones con el sistema penitenciario, ya que se tienen reos asignados a este centro.
- Realizar informes del comportamiento de reos pasarlo al Sistema Penitenciario, Administración y Dirección del Hospital.

Area almacén general:

Actividad principal:

- Realizar despacho de productos a todos los servicios y departamentos de este centro, según roles establecido para retiro de pedidos.
- Estar pendiente del material que no haya en existencia, pedirlo a la Administración para que no se atrase en la entrega de los mismos.

Actividad rutinaria:

- Llevar Kardex físico del producto que sale y entra a este Almacén.
- Mantener limpio el Almacén.
- Recibir productos que trae el comprador hacerle su respectivo informe de recepción y enviarlo a la Administración con su factura y copia a Contabilidad.
- Realizar vales de salida de los materiales.

Actividad especial:

- Realizar inventario de cierre de año.
- Realizar informe de precios de los productos recibidos.

-
- Realizar informe mensual y enviarlo a la Administración.

Area de recursos humanos:

Actividad principal:

- Elaborar informe al SILAIS, de Movimiento de planilla fiscal aplicando los incentivos a que tienen derecho, apoyando con los roles de turno.
- Elaborar informe de fuerza de trabajo tomando en cuenta las altas y las bajas de personal de acuerdo a sus perfiles ocupacional de manera mensual.
- Actualización de vacaciones al personal de nomina fiscal, transitoria, personal contratado, conforme reportes de los jefes de departamento.
- Elaborar tarjetas de alimentación conforme roles.
- Elaboración de planillas de pago para personal contratado.
- Elaboración de planillas de pago de incentivos (Convenios Internos)

Actividad rutinaria:

- Elaborar tarjetas de asistencia del trabajador.
- Controlar el personal en vacaciones tanto al inicio de las mismas como el día que corresponde reingresar a sus labores.
- Supervisar actividades del departamento.
- Actualizar expedientes de cada recurso que labora para este centro asistencial, tomando en cuenta los siguientes datos: Personales, Familiares, Estudios Realizados, Empleos anteriores.

Unidad de compras:

Actividad principal:

- Revisar los almacenes (General, Alimentación), para cubrir las necesidades que tienen.
- Hacer pedido a los proveedores conforme las necesidades existentes.
- Recibir pedidos de proveedores ya programados.
- Recibir facturas de los proveedores y llevarlas a la administración.

Actividad rutinaria:

- Realizar depósito de ingreso diario.
- Cotizar precios de los diferentes productos solicitados por los almacenes.
- Realizar programación de compras.
- Pago de cheques a proveedores.
- Realizar informe mensual de compras y pasarlo a la Administración.

Otras actividades recreativas y de motivación al personal:

- El Hospital España, se habilita con recursos humanos que laboraban en el Hospital Soviético o Lucrecia Lindo y el Hospital Mauricio Abdalah, se juntan dos culturas diferentes dentro del mismo Sistema de Salud, esto en algunos momentos a creado fricciones y malestares propios de todo proceso de reorganización laboral ante una nueva expectativa de un hospital nuevo y que supuestamente tenía un fuerte financiamiento al desarrollarse esta organización, la realidad es otra. Una de las estrategias para disminuir las tensiones y lograr la armonía y trabajo en equipo, fue la de desarrollar actividades sociales tales como:
 - ◆ Formación de un equipo de Béisbol con participación de médicos, laboratoristas, administrativos y otros.

Realizar fiestas para la celebración de:

- ◆ Secretarias
- ◆ Intendente
- ◆ Fisioterapista
- ◆ Rayos X
- ◆ Farmacéuticos
- ◆ Celebración de cumpleaños
- ◆ Fiesta de fin de año
- ◆ Intercambios de regalos por departamentos
- ◆ Celebración de Purísima
- ◆ Día de las madres
- ◆ Estadísticas
- ◆ Trabajador de la Salud
- ◆ Día de la Enfermera
- ◆ Día del Médico
- ◆ Se proporcionaron 100 regalos para los pacientes el día 25 de Diciembre de 1996, el cual consistía en una toalla, un Jabón de baño, así como la celebración de cantos navideños con un coro local que coordinaron las Hermanas Josefinas del Hospital.

Principales problemas de la gerencia:

Infraestructura y equipo:

Esta unidad hospitalaria presenta desde nuevo, problemas de tecnología e infraestructura, se encontró que en la revisión de los activos fijos que entraron con el paquete de España al igual que el edificio presenta una serie de irregularidades donde se ha tenido que ir

revisando técnicamente dichas situaciones lo que no permitió en este año desarrollar las actividades normales.

La garantía de los equipos no ha sido capaz de responder con eficacia y responsabilidad ya que hay equipos que tienen has más de tres reparaciones.

Area de Contabilidad:

Obedece a un sistema del Nivel Central el cual no es adecuado para la toma de decisiones de manera local y oportuna capaz de contabilizar las cuentas que se mueven, igualmente existe poco desarrollo técnico de los recurso humano que laboran en esta área.

Es necesario un recurso que realice el control de los activos fijos del hospital, ya que debido a la falta del mismo no se toman en cuenta los costos de los activos fijos recibidos para poder sacar la depreciación acumulada de dichos equipos lo cual provoca serios problemas al momento de preparar el documento de entrega de gobierno porque las cifras no son reales.

Area de finanzas:

Uno de los problemas más serios que tienen el área es que el desembolso fiscal es proporcionado con desfase de un mes y el mismo se debe rendir en periodo máximo de seis días lo cual no permite realizar una distribución más eficaz de los recursos económicos en las necesidades prioritarias.

En esta área es donde se refleja todos los ingresos y egresos que la institución tiene, no se ha realizado el montaje del Registro Tres "Programación del gasto real", el cual ayudará a mantener una información rápida y eficaz, ya que permitirá llevar un control de

la proyección de presupuesto de los gastos operativos y otros. Igualmente, se trabaja con crédito lo que ocasiona que los proveedores aumenten los precios de los productos.

En el área de Finanzas el principal problema es la entrega del reembolso fiscal que normalmente viene en los últimos días del mes teniendo un déficit de 25 días aproximado, lo que obliga a trabajar con una política de crédito, donde se paga precios más altos de los productos y artículos de consumo. Como consecuencia no se implementó el Registro Tres lo que facilitara tener un mejor manejo de los fondos fiscales que desembolsa el Ministerio de Salud de acuerdo a lo proyectado y autorizado.

Area de recursos humanos:

Esta área sufrió cambios de Dirección lo que provocó desorganización de Expedientes, Planilla de honorarios (Convenios internos), Planillas de pago de personal contratado, desorganización en la elaboración de Fuerzas de trabajo, así mismo atraso de informes que se deben presentar en tiempos establecidos.

Area de alimentación:

Al inicio de apertura de la unidad a la fecha se han presentado serios problemas tales como los equipos en mal estado, ya que los mismos son equipos en garantía que tenían que ser reparados por CEMSA (Empresa contratada por IBADESA) quienes muchas veces se atrasaban hasta un mes en dichas reparaciones, lo que provocaba desorganización debido a que el personal que labora en esta área es limitado para la carga de trabajo debido a que los equipos están en mal estado.

Area de lavandería:

Esta área como en la anterior cuenta con equipos en mal estado lo que generaba desorganización y aumento de trabajo manual a los empleados de ese departamento. El tipo de construcción no es el adecuado ya que no hay espacio para clasificación de ropa

Area de intendencia:

- El piso que se le puso a este centro no es adecuado, ya que la limpieza del mismo genera doble esfuerzo por parte de los empleados para poder darle un buen mantenimiento (lavado constante y permanente).
- Poco personal (Personal existente labora muchas veces en varias áreas para poder tener limpio el centro).

Area de mantenimiento:

Esta área es la principal para el buen funcionamiento del centro ya que son quienes tienen que velar por los equipos de la unidad, pero como los equipos estaban en garantía por lo general se tenía que esperar hasta que CEMSA se hiciera presente para poder darle una respuesta, cabe hacer mención que el personal que labora es mínimo y que la falta de repuestos de equipos muchas veces obligaba a parar el trabajo, por estar pendiente de entrega por parte de CEMSA, lo que originaba atraso y desorganización.

Area de almacén general:

En esta área el principal problema es el tipo de construcción ya que no da abasto para poder resguardar todo el material que se utiliza, usualmente no se cuenta con los recursos necesarios y con la capacidad que se requiere, además no existe como tal pues no se programó en la construcción inicial.

X.- CONCLUSIONES

El Hospital España está clasificado como un Hospital departamental, médico - quirúrgico, de referencia del SILAIS de Chinandega, que atiende a una población de 372.049, el desarrollo de los servicios de salud hospitalarios está dado por emergencia, medicina interna, cirugía general, ortopedia y traumatología, sala de operaciones, cuidados intensivos, docencia, servicios privados y mantenimiento, la ruta crítica de la organización de los servicios es: emergencia, sala de operaciones, cuidados intensivos, consulta externa, laboratorio, admisión, y servicios privados. Dentro de esta ruta se define la triada de los servicios críticos: Emergencia, Sala de Operaciones y Unidad de Cuidados Intensivos.

El hospital España define su misión como un centro público, perteneciente al Sistema Nacional de Salud de Nicaragua, sin fines de lucro, con atención diferenciada para aquellos pacientes que lo soliciten y con capacidad de pago, Los recursos económicos provienen de los fondos asignados por el presupuesto del estado y los que se pueda proveer a través de la aplicación de formas alternativas de autofinanciamiento de acuerdo a las normas nacionales, los que pasan a ser parte del patrimonio del hospital, Incorpora aquellos avances en técnicas y procedimientos que redunden en un mayor beneficio para los usuarios. Las investigaciones operativas de los procesos de asistencia, así como el control de la calidad de la atención y el compromiso del personal a su mejoría, constituyen las estrategias del mejoramiento continuo de la atención que se brinde a la población. La visión se definió a través de procesos de cambios para un periodo de cinco años en los cuales se logrará la implantación del modelo de EMPRESA PUBLICA con la atención integral del PACIENTE, y el principio filantrópico que debe caracterizar a este tipo de institución.

Para lo cual a los efectos de esta investigación se concluyen los siguientes elementos en el proceso de implantación del modelo propuesto:

1. - Los ejes del modelo de atención son los siguientes:

- La oferta regulada de sus servicios, a través de un sistema de recepción central de la demanda.

-
- La naturaleza mixta de los servicios (públicos y privados)
 - La relación permanente y sistemática del hospital con los servicios del primer nivel de atención del SILAIS.
 - La calidad de la atención e incremento del grado de solución de los problemas de salud de la población.
2. – El mayor porcentaje de remisión de los pacientes se realiza por la consulta externa, a través de la referencia de la red de servicios de salud del SILAIS.
3. - La consulta externa esta en disposición del desarrollo de los recursos técnicos y científicos del nivel local, tales como la atención ambulatoria, endoscopía, electrocardiografía, anatomía patológica, ultrasonografía, laboratorio clínico, entre otros.
4. - El ingreso a la hospitalización se realiza por dos vías: EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA.
5. - El servicio de admisión de pacientes, desarrolla un sistema computarizado que registra los datos más relevantes del paciente, así también estará conectado el sistema en red para facilitar los datos a la dirección, subdirección médica y docencia.
6. – Se dispone de un mecanismo para control de la disposición de camas y nombre de los pacientes, con su reporte del estado general de salud.
7. - El Organigrama del Hospital, se encuentra rectoreado por un Director General del cual dependen tres tramos de gerencia, los cuales son denominados subdirecciones, a saber:
- **Subdirección de Atención Médica**
 - **Subdirección Docente**
 - **Subdirección Administrativa**

-
8. - Se implementó y consolidó como órgano staff, **el Comité de Garantía de la Calidad.**
 9. - Las áreas administrativas de Recursos Humanos y Contabilidad garantizaron el avance en la realización del inventario físico costeadado y la elaboración y actualización de los Expedientes del Personal.
 10. - La Cooperación Externa fortalecieron dos áreas de intervención, el área administrativa con el Proyecto de Desarrollo Funcional y Gerencial del Hospital España financiado por la Agencia de Cooperación Española Internacional y ejecutado por el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (C.I.E.S.) y en el área clínica se realizó un componente de capacitación técnica, intercambio de procedimientos en el área de Ortopedia y Traumatología, Cirugía General y Urología.
 11. - Se desarrolló un proceso propio gerencial participativo, que fue adaptado a los aspectos teóricos y técnicos de la realidad del hospital.
 12. - Se organizó el Sistema de Información Gerencial computarizado, para la toma de decisiones a nivel local.
 13. - Se definieron los flujogramas, protocolos de atención, normas técnicas asistenciales y administrativas.
 14. - Se definieron las bases técnicas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes, según nuevo rol del Hospital.
 15. - No se definieron compromisos de gestión como instrumento gerencial para el desarrollo del modelo organizacional implementado.
 16. - Los expedientes clínicos se organizaron por la metodología del sistema médico orientado al paciente (SMOP).

17. - Se definieron las plantillas mínimas y máximas de recursos humanos, así como el ordenamiento de cada expediente laboral de los trabajadores.

18. - Los servicios de atención privada iniciaron su reordenamiento para funcionar como centros de costos, capaces de lograr su autofinanciamiento.

19. - El departamento de mantenimiento realizó las actividades de mantenimiento correctivo en un ochenta por ciento aproximadamente y el resto de actividades se destinaron para el mantenimiento preventivo.

XI. RECOMENDACIONES

1. Mejorar niveles organizativos de los servicios hospitalarios mediante asesoría técnica directa de alta calificación, que sea sistemática y permanente haciendo énfasis en los factores que incrementan la producción y productividad.
2. Desarrollar y sistematizar la planificación estratégica local de todos los servicios hospitalarios con la lógica de la formulación en orden ascendente (de la base al ápice estratégico).
3. Desarrollar el área de consulta externa con la finalidad de incrementar el flujo del paciente a hospitalización y reducir la presión del departamento de emergencia. El incremento de esta actividad se basa en la programación de la misma y optimización de la infraestructura y diversos recursos.
4. Sistematizar la información integral de los centros de costos, mediante un software que sea sencillo e integral con todas las actividades del hospital así también para tener un conocimiento de los costos por patología y procedimientos, la ventaja de este sistema de clasificación de pacientes que definirá la red de servicios de atención y administración que proporcionaría un lenguaje y terminología común y manejable por el cuerpo clínico administrativo de apoyo y restos de gerente del hospital, esto permitirá la definición de un modelo eficaz y eficiente de los servicios de admisión del hospital.
5. Realizar estudio sobre las principales líneas de mantenimiento sostenido, de la tecnología médica y de apoyo del hospital, con el objetivo de lograr un desarrollo sostenido que sirva de eje integrador del autofinanciamiento de la empresa hospitalaria.

6. Capacitar permanentemente a los jefes intermedios, sobre la estructura organizativa y funcional del hospital, aumentando la coherencia en los procesos de toma de decisiones y disminuyendo las incertidumbres sobre las responsabilidades de cada funcionario, puesto o cargo dentro de la estructura organizacional.
7. Establecer un presupuesto integral de ingresos y egresos para todo el hospital que contemple las distintas vías de financiamiento (presupuesto fiscal, convenio con empresas médicas previsionales, venta de servicios de medios diagnósticos, servicios de docencia, alimentación, cooperación externa, etc.) Este presupuesto estará basado en los principios de costo/beneficio, costo/eficiencia y costo/utilidad por cada proceso de producción de los diferentes servicios que se ofertan y ejecutan en el hospital.
8. Implementar un nuevo modelo de referencia y contrarreferencia de pacientes basado en la equidad, accesibilidad y calidad del sistema con la implementación de una red de comunicación oportuna y eficaz según grupos de riesgo y territorio de alto potencial epidemiológico, con la estrategia de involucrar en esta actividad a otros sectores tanto de salud como del área productiva, militar y privada así también los especialistas del hospital desarrollarán actividades de evaluación y monitoreo constante en la parte científica técnica de esta actividad (primer nivel de atención).
9. Desarrollar el programa eje del proceso gerencial del hospital según niveles de responsabilidad, dicho programa será el de **GARANTIA DE LA CALIDAD TOTAL**, este programa tendría como componentes básicos:
 - ★ Análisis de morbilidad y manejo terapéutico o comunitario.
 - ★ Análisis de mortalidad para la toma de decisiones.
 - ★ Análisis de infecciones nosocomiales basadas en políticas de costos.
 - ★ Análisis de uso racional de medicamentos, con énfasis en el uso de antibióticos y anestésicos.

-
- ★ Desarrollo y mantenimiento de la tecnología médica apropiada.
 - ★ Formación de los recursos humanos con políticas salariales y otras prestaciones sociales para garantizar su permanencia y/o estabilidad dentro de la organización.
 - ★ Involucrar a otros sectores de la sociedad civil para garantizar el mantenimiento de la infraestructura.
 - ★ Mantener una revisión continua de las historias clínicas para la proyección de futuras investigaciones científicas de cualquier área (clínica aplicada, epidemiológica, administrativa, etc.).
 - ★ Evaluaciones constante del desempeño del personal médico en general y de enfermería, laboratorios, rayos X, farmacia, rehabilitación, patología, principalmente.

Este programa de calidad total deberá ser capaz de mantenerse como un instrumento de gestión en el proceso gerencial, de cada unidad, servicio, departamentos, subdirecciones, y de la dirección general del hospital.

10. Desarrollar un programa especial de satisfacción de los usuarios, como un instrumento de revisión diaria por los gerentes del hospital para la toma de decisiones y formulación de estrategias para retroalimentar el programa de garantía de calidad total.
11. Implementar el sistema anual de validación y reformulación de los diferentes procesos normativos, tanto del área asistencial como del área administrativa.
12. Fortalecer el proceso de descentralización del hospital, para tal fin se deberá desarrollar la "autoridad del jefe de departamento" el que tendrá las siguientes responsabilidades:
 - Administrar los Recursos Humanos que laboran en su departamento (médicos especialistas, médicos generales, médicos internos, médicos residentes, jefe de

enfermería, enfermeras, auxiliares de salud, secretarías clínicas, camilleros, conserjes, cuerpo de vigilancia, etc.).

- Recursos materiales de reposición periódica médicos y no médicos.
- Medicamentos
- Inventario físico patrimonial
- Recursos financieros

De tal manera que cada departamento se maneje como unidad de costos descentralizada dentro del hospital.

13. Establecer los compromisos de gestión según orden jerárquico, de tal manera que se garantice la correlación estructural, de procesos y resultados de la implantación del nuevo modelo, teniendo el siguiente orden:

- Compromiso de Gestión entre la Intendencia Nacional de Hospitales y el Equipo de Dirección del Hospital.
- Compromiso de Gestión entre el SILAIS y el Director del Hospital, (según aspectos particulares del desarrollo del SILAIS, que involucre la participación del Hospital, ejemplo: el SRC y que se garantice la existencia de la estrategia de los SILOS).
- Compromiso de Gestión entre el Director del hospital y los Jefes de Departamentos.
- Compromisos de Gestión entre el Jefe de Departamento y los Médicos de Bases y Jefa de Enfermería.

14. Organizar la unidad de proyectos y cooperación externa, que tendrá como finalidad gestionar financiamiento para el fortalecimiento de los procesos asistenciales y administrativos del hospital. Dicha unidad de proyectos y cooperación externa tendrá un carácter funcional, operativo y no estructural.

-
15. Desarrollar de manera participativa y ascendente (de las bases al ápice estratégico), el Plan de Empresa del Hospital para un periodo de tres años, con los lineamientos del Autofinanciamiento y el desarrollo de la autogestión hospitalaria.

 16. Organizar la junta directiva del hospital con representantes de la sociedad civil productores comerciantes, profesionales, empresarios, políticos, etc. y toda aquella persona natural o jurídica que de forma voluntaria quiera apoyar el desarrollo del hospital. Dicha junta tiene que ser garante de los procesos administrativos, atención médica, contabilidad a través del apoyo para realizar estas actividades y no como arbitro de los procesos gerenciales.

 17. El equipo gerencial del hospital y la Junta Directiva del mismo serán los responsables de organizar la **Fundación de Desarrollo del Hospital España**, dicha fundación deberá tener personería jurídica con estatutos fundamentados en políticas filantrópicas para el desarrollo social pero con carácter empresarial que debe tener el hospital.

XII.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- OPS/OMS. EL HOSPITAL PUBLICO TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS
HSS/SILOS-39.
- 2.- MINSA. DIRECTORIO NACIONAL DE HOSPITALES DGDSS/MINSA 1994.
- 3.- MINSA. POLITICA NACIONAL DE SALUD OCTUBRE 1993.
- 4.- MINSA. REFORMA DEL SECTOR SALUD DEMOCRATIZACION
DE LA GESTION MARCO CONCEPTUAL
SEPTIEMBRE 1994.
- 5.- MINSA. SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE NICARAGUA
DE CARA AL SIGLO XXI. SEPT.1995.
- 6.- MINSA. METODOLOGIA DE PLANIFICACION LOCAL
ESTRATEGICA DE HOSPITALES 1995.NOVIEMBRE 1994.
- 7.- MINSA. REGLAMENTO INTERNO DE HOSPITALES 1996.
- 8.- AECI/CIES. INFORME FINAL DEL PROYECTO DE DESARROLLO FUNCIONAL Y
GERENCIAL DEL HOSPITAL ESPAÑA CHINANDEGA, DICIEMBRE DE 1996.
- 9.- BID. PLANIFICACION ESTRATEGICA MATERIAL DE APOYO CURSO DE
GERENCIA 1996.
- 10.-BID. PRINCIPIOS GENERALES DE ADMINISTRACION
MATERIAL DE APOYO CURSO DE GERENCIA 1996.
- 11.-MINSA. MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DEL COMITE DE EVALUACION
DE LA CALIDAD DE HOSPITALES 1996.
- 12.-MINSA. SISTEMA DE PLANIFICACION ESTRATEGICA Y PROGRAMACION LOCAL
1996.
- 13.-MINSA. MANUAL PRACTICO DE ESTADISTICAS 1995.
- 14.-MINSA/OPS/OMS. MANUAL BASICO DE GERENCIA HOSPITALARIA,
INTENDENCIA NACIONAL DE HOSPITALES 1997.

-
- 15.-MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL DE LA NACION HOSPITAL PUBLICO DE AUTOGESTION, MARCO CONCEPTUAL, ESTRATEGIAS E INSTRUMENTOS OPERATIVOS ARGENTINA, 1997.
 - 16.-GLARP,GRUPO LATINOAMERICANO DE REHABILITACION PROFESIONAL,CURSO DE METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION, MODULO No 5, SERIE INVESTIGACIONES, BOGOTA, COLOMBIA 1992.
 - 17.-PLANIFICACION Y ORGANIZACIÓN DE EMPRESAS, 8va EDICION, GUILLERMO GOMEZ CEJA, MEXICO 1994.
 - 18.-PROGRAMA DE MODERNIZACION DEL SECTOR SALUD, 1998 - 20002 MINSA, DOCUMENTO DE CONSULTA NACIONAL, AGOSTO 1998.
 - 19.-MINSa, POLITICA NACIONAL DE SALUD 1997 – 2002, MANAGUA 1997.

XIII. ANEXOS

CONTENIDO DE LOS ANEXOS:

1.- EJES DE LA ENTREVISTA ABIERTA SEMIESTRUCTURADA

2.- EJES DE LA GIUA DE OBSERVACION

3.- TABLAS RESUMENES:

↳ **TABLA No. 1 ORGANIZACIÓN GERENCIAL RELACIONADA A LOS PROCESOS DE TRANSFORMACION DEL HOSPITAL**

↳ **TABLA No. 2 PRINCIPALES ELEMENTOS DE LA GERENCIA RELACIONADOS A LOS PROCESOS DE TRANSFORMACION DEL HOSPITAL**

↳ **TABLA No. 3 PRINCIPALES ESTRATEGIAS ADMINISTRATIVO FINANCIERAS IMPLEMENTADAS PARA LA TRANSFORMACION DEL HOSPITAL**

↳ **TABLA No. 4 IMPACTO DE LA COOPERACION EXTERNA EN LA TRANSFORMACION DEL HOSPITAL**

4.- GLOSARIO

5.- ESQUEMATIZACION DEL DISEÑO METODOLOGICO

6.- ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL ESPAÑA DE CHINANDEGA

7.- PLAN DE ANALISIS DEL GRADO DE ASOCIACION DE LOS DESCRIPTORES

ANEXO No. 1

EJES DE LA ENTREVISTA ABIERTA SEMIESTRUCTURADA

Fecha: _____

Responsabilidad: _____

Años de experiencia administrativa: _____

I. Conoce, y que grado de participación tuvo en la definición de la Misión del Hospital?

II. Conoce, y que grado de participación tuvo en la definición de la Visión del Hospital?

III. Conoce, y que grado de participación tuvo en la definición del Nuevo Modelo Implementado?

IV. Como se elaboró la regulación de la oferta de los diferentes servicios de atención médica del hospital?

V. Como interpreta la naturaleza mixta de los servicios (público y privados) en el nuevo modelo gerencial?

VI. Que diferencias importantes considera usted en la definición del nuevo sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes en relación al modelo tradicional?

VII. Cuales son los ejes fundamentales del programa de Garantía de la Calidad de la Atención?.

VIII. Participó en la construcción de la Planificación Estratégica del Hospital?

- IX. Conoce las políticas de motivación e incentivos para los recursos humanos?
- X. Como es el proceso de desarrollo de normativas y/o reglamentos?
- XI. Qué importancia tiene el servicio de admisión y el sistema de información en el nuevo modelo gerencial?
- XII. Conoce las fuentes del financiamiento del presupuesto general del hospital?
- XIII. Conoce el impacto de la cooperación externa en el desarrollo de los servicios de salud?

ANEXO No 2

EJES DE LA GUIA DE OBSERVACION

Departamento: _____

Fecha: _____

Responsabilidad: _____

Observación:

1. A nivel de la estructura observada conocen la misión y la visión del hospital, relacionan estos ejes de desarrollo.
2. Como se interpreta la implementación del nuevo modelo gerencial, en la practica lo ejecutan según su definición estructural.
3. Cuales son los elementos básicos del programa de Calidad de Atención y como los aplican en la prestación de servicios.
4. Que normas de atención, se aplican para mejorar la calidad de la atención en los servicios hospitalarios.
5. Como se maneja la planificación estratégica, en cuanto a metodología, instrumento de trabajo, instrumento de evaluación, seguimiento en los diferentes niveles.
6. Existen planes de trabajos, tienen uniformidad metodológica y de diseño.
7. Existe algún instrumento para la evaluación del desempeño de los recursos humanos y como lo aplican.

8. La aplicación de normas, reglamentos, etc., se aplican de manera uniforme y son la base del desarrollo de las actividades cotidianas.
9. Se utiliza el sistema de información para la gerencia de los servicios hospitalarios.
10. Grado de efectividad del servicio de admisión, existen filas, listas de esperas para citas, principales causas.
11. La satisfacción del usuario de los servicios generales, esta en correlación con los servicios privados.
12. El índice de ocupación de los servicios privados y generales tiene una correlación en la producción de los servicios, y calidad de la atención.
13. La cooperación externa tiene presencia sustantiva en el que hacer diario del hospital y es percibido por el cliente interno y externo.

ANEXO No 3

TABLAS RESUMENES

TABLA No. 1

**ORGANIZACIÓN GERENCIAL RELACIONADA A LOS PROCESOS DE
TRANSFORMACION DEL HOSPITAL**

CATEGORIA DE SINTESIS	ORGANIZACIÓN GERENCIAL	OBSERVACIONES

Fuente: Entrevistas, Guías de observación, Informes varios
1995 - 1996.

TABLA No. 2

**PRINCIPALES ELEMENTOS DE LA GERENCIA RELACIONADOS A LOS
PROCESOS DE TRANSFORMACION DEL HOSPITAL**

CATEGORIA DE SINTESIS	ELEMENTOS GERENCIALES DE DIRECCION	OBSERVACIONES

Fuente: Entrevistas, Guías de observación, Informes varios
1995 – 1996.

TABLA No. 3

**PRINCIPALES ESTRATEGIAS ADMINISTRATIVO FINANCIERAS IMPLEMENTADAS
PARA LA TRANSFORMACION DEL HOSPITAL**

CATEGORIA DE SINTESIS	ESTRATEGIAS ADMINISTRATIVO FINANCIERAS	OBSERVACIONES

Fuente: Entrevistas, Guías de observación, Informes varios
1995 – 1996.

TABLA No. 4

**IMPACTO DE LA COOPERACION EXTERNA EN LA TRANSFORMACION DEL
HOSPITAL**

CATEGORIA DE SINTESIS	IMPACTO DE LA COOPERACION EXTERNA	OBSERVACIONES

Fuente: Entrevistas, Guías de observación, Informes varios
1995 - 1996.

ANEXO No 4

GLOSARIO:

Proceso metódico de la hermenéutica: En términos amplios es un esquema orientador de las acciones de búsqueda y la estrategia lógica y procedimental que planea el investigador para dar respuesta a la pregunta o preguntas que definen su problema de investigación. Debido a que la interpretación comprensiva involucra tanto el dominio y la fidelidad informativa (centrada en la observación) como los criterios y la intuición científica del investigador, no es posible hablar de un diseño metodológico formalizado y universal. Este método hace a las concepciones tradicionales que no se dirigen a un simple rechazo o desconocimiento, si no a la relativización de su alcance o cobertura y a la justa ponderación de sus propiedades o intereses investigativos, (para mayor información consultar "curso de metodología de la investigación, grupo latinoamericano de rehabilitación profesional", GLARP, 1992)

Texto: Objeto directo de estudio (identificación, delimitación).

Contexto: Espacio de referencia, externo, del objeto directo de estudio.

Mapa Conceptual: Delimitación posible entre aquello que va a ser objeto directo de estudio (texto) y aquello que va a ser asumido como espacio de referencia (contexto).

Entender: Constituye la diferenciación conceptual del objeto de estudio específico, determinado tanto lo que le es propio como lo común.

Comprender: Proceso de ubicar el texto en su tradición, es decir, de enlazar su presente con el pasado que le es propio.

Interpretar: Es el momento de formulación del sentido que el hecho presente ha adquirido gracias a su vinculación histórica y a su confrontación crítica.

Descentralización: Es un acto político, jurídico y administrativo, por medio del cual se transfieren niveles de decisiones, funciones, facultades, programas y recursos a un ente de derecho público de otra jerarquía.

Equidad: Implica una distribución igualitaria de las actividades de salud para los diferentes grupos de la población, de acuerdo a sus necesidades de salud.

Eficiencia: Uso de los recursos de salud, se alcanza no necesariamente reduciendo los costos, pues la descentralización puede incluso elevarlos, sino optimizando el nivel de impacto que se logre sobre la población al solucionar en forma concreta los problemas locales de salud.

Eficacia: Se asegura en tanto la descentralización mejora la accesibilidad a los servicios, ubique las actividades de salud y los efectores cerca de la gente y mejore la utilización de los mismos.

ESQUEMATIZACIÓN DEL DISEÑO METODOLOGICO

ENTENDER

1. Preconceptualización: Definición de la problemática y definición de estrategias

2. Constatación de hechos: Definición de descriptores y categoría de síntesis (organización gerencial, elementos gerenciales de conducción, estrategias administrativo - financieras, impacto de la cooperación externa)

3. Delimitación del campo: Alcance de la existencia del problema.

- **Texto:** "Análisis técnico del modelo organizacional"
- **Contexto:** "Factores externos del modelo organizacional"

1. Registro Protocolar: Análisis del modelo instalado y sus ejes de desarrollo

2. Confrontación Crítica: Unidades de análisis fueron los Servicios Médicos - Quirúrgicos y Administrativos - Financieros del hospital

COMPRENDER

INTERPRETAR

1. Análisis: Confrontación crítica del proceso a través de la definición y comprensión de la Misión y Visión en relación al Modelo Organizacional

2. Discusión: Interpretación de la información de forma descriptiva analítica según definición de descriptores, categorías de síntesis y grado de asociación.

ANEXO No 7

PLAN DE ANÁLISIS DEL GRADO DE ASOCIACION DE LOS DESCRIPTORES

VARIABLE X	VARIABLE Y	GRADO DE ASOCIACIÓN
- Visión del hospital	- Misión del hospital	Existencia de correlación con la misión actual del hospital que será revisada anualmente para alcanzar la visión de los próximos cinco años del hospital como es la gerencia de la organización como EMPRESA PUBLICA.
- Modelo de atención	- Articulación con la red de servicios	El nuevo modelo de atención tiene como objetivo la atención eficiente, accesible, ordenada, con calidad total, priorizando la consulta externa y el servicio de emergencia, apoyado con un sistema moderno de admisión de pacientes, esto permitirá mantener una oferta de servicios a la red de unidades de salud del SILAIS de Chinandega de tal manera que el sistema de referencia y contrarreferencia sea eficaz y oportuno.
- Modelo gerencial	- Planificación estratégica.	Con la introducción de instrumentos de gerencia, tales como: norma de entrega de turno, actas de consejos de dirección, consejos técnicos, consejos ampliados, funcionamientos del comite de garantía de la calidad, vigilancia epidemiologica, funcionamiento del nuevo modelo de admisión de pacientes, permiten realizar un proceso continuo y cambiante de la planificación estratégica del hospital como un instrumento rector del nuevo modelo de gerencia.

VARIABLE X	VARIABLE Y	GRADO DE ASOCIACIÓN
- Modelo gerencial	- Sistemas de organización y evaluación de los recursos humanos.	El nuevo modelo de gerencia permite realizar la planificación, evaluación del desempeño, definición de plantilla mínima y máxima de recursos humanos, con atención de los trabajadores como clientes interno dentro del proceso de atención de la calidad total del hospital.
- Modelo gerencial	- Organización de los servicios privados.	El nuevo modelo gerencial permite tener control sobre los procesos de descentralización de los servicios, esto facilita la organización y desarrollo de los servicios privados como unidad de costo descentralizada capaz de generar utilidades financieras para el desarrollo de los procesos de autofinanciamiento del hospital.
- Modelo organizativo.	- Articulación de la cooperación externa en la prestación de servicios.	Los procesos de organización en los diferentes servicios y niveles administrativos permiten identificar las necesidades de apoyo y desarrollo financiero que el hospital no posee para solventar los recursos humanos y materiales para su avance, los cuales se tiene que gestionar por la vía de la cooperación externa, de tal manera que se pueda demostrar la articulación que se genera entre el desarrollo de las actividades en la prestación de los servicios de salud que reciben los usuarios.