



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

**INFORME FINAL PARA OPTAR AL TITULO DE MASTER EN
SALUD PÚBLICA**

**SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES NACIONALES
ROSALES Y DE MATERNIDAD. SAN SALVADOR. EL SALVADOR
ENERO - FEBRERO 2001.**

AUTOR

DR. MANUEL HERBERT GUZMÁN ROMERO.

TUTOR:

GUILLERMO GONZÁLEZ GONZALEZ. MD.MSc

MANAGUA, NICARAGUA
MAYO 2005

INDICE

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

1) INTRODUCCIÓN	1
2) ANTECEDENTES	4
3) JUSTIFICACIÓN	8
4) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
5) OBJETIVOS	11
6) MARCO TEÓRICO	12
7) DISEÑO METODOLÓGICO	44
8) RESULTADOS	49
9) DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	81
10) CONCLUSIONES	90
11) RECOMENDACIONES	94
12) BIBLIOGRAFÍA	75

ANEXOS

AGRADECIMIENTOS

- ❖ A mi padre y a mi madre, Herbert y Lucila
- ❖ A mis hermanas: Toñi, Ali, Lucy y Cecy, y a mi hermano Mauricio
- ❖ A mis hijos: Herbert Ernesto, Katya y Nuria
- ❖ A los doctores Ana Isabel Nieto, Mauricio Ventura y Roberto Tobar por su paciencia y apoyo incondicional.
- ❖ A mis maestros: Doctor Miguel Orozco, Licenciado Manuel Martínez y Doctor Guillermo González. González

RESUMEN

La necesidad de reformar el sector salud y en particular de disponer de un planteamiento coherente para la renovación hospitalaria vino a ser confirmado por la saturación de los nosocomios con cientos de víctimas de los terremotos de enero y febrero del 2001, y además por los daños y destrucción que sufriera la red pública de Salud.

Casi un tercio de la población (1,582.428 habitantes) fue afectada directamente en su vivienda y salud e indirectamente toda la población sufre las consecuencias de los movimientos telúricos.

En conjunto, el 25% (157) de los establecimientos de salud pública en 11 de los 14 departamentos resultaron afectados, el 90% de los hospitales (27) y 31% de las unidades de salud (111) resultaron dañados o destruidos, de los hospitales dañados dos de ellos los Hospitales Nacionales Rosales y de Maternidad sufrieron un daño severo, el MSPAS estima el costo de la reconstrucción en \$254 millones, obviamente cualquier esfuerzo por superar la crisis demanda de un diseño que resuelva la situación actual con visión de futuro.

Los resultados de la investigación realizada tienen trascendencia nacional ya que se dan en el contexto de la Reforma Sectorial y en la crisis inmediata del sector salud posterior a los terremotos, teniendo además como propósito práctico, aportar a la concertación de un diseño de Modelo hospitalario que contribuya a encontrar soluciones a los problemas principales que presentan los hospitales públicos del MSPAS.

Al relacionar el marco teórico, con los resultados obtenidos y la percepción de jefes de servicios, dirigentes gremiales se obtienen las siguientes conclusiones y recomendaciones.

Conclusión general

Los terremotos ocurridos en enero y febrero del año 2001, impactaron negativamente todo el proceso de gestión, los costos, los edificios, así como la producción y utilización de los recursos de los Hospitales Nacionales Rosales y de Maternidad. Casi de inmediato hubo

Una crisis generalizada que disminuyó aproximadamente a la mitad, la productividad y utilización de recursos, posteriormente durante el año 2001 hubo una tendencia a aumentar estos indicadores.

Conclusiones Específicas:

- 1) El proceso de Gestión de ambos hospitales durante los años 2000 – 2001 se caracteriza por:
 - Un proceso de dirección y de toma de decisiones centralizados, no participativo y de incumplimiento a la normatividad existente.
 - El modelo de gestión existente tanto en el Hospital Nacional Rosales como en el de Maternidad en el período 2000 – 2001, es centralizado el cual ha venido generando crisis y que alcanza su punto más álgido con el impacto de los terremotos.
 - El sistema de información existente en los Hospitales Nacionales Rosales y de Maternidad durante el período 2000 – 2001, se basa en la existencia de sistemas de información Gerencial, departamentos de Estadísticas, de planificación o de documentos médicos, sin embargo, tiene un rol muy restringido en cuanto a la información y comunicación necesaria hacia los recursos humanos de los hospitales, cuestión que genera incertidumbre y descontento.
 - El sistema de control de Gestión en ambos Hospitales cuenta con indicadores y otros mecanismos pero o no se aplican o es limitada su utilización.
- 2) La configuración estructural predominante en ambos Hospitales es la burocracia mecánica, cuyas características de centralización del poder, verticalismo en la operatividad de las decisiones, comunicación horizontal deficiente y exclusión de recursos humanos y pacientes en el proceso de decisiones, han hecho entrar en crisis a esta configuración generando conflicto, recelos descontentos, pasividad y actitudes mecánicas de los recursos humanos frente a los problemas hospitalarios, provocando finalmente un rechazo a esta forma de configuración estructural.

- 3) La asignación de recursos en ambos Hospitales durante el periodo 2000 -2001 decreció en el caso del Hospital Nacional Rosales y tuvo un leve incremento en el Hospital Nacional de Maternidad, en ambos casos el Presupuesto es considerado insuficiente para la demanda de atención.

El mecanismo de asignación de recursos vigente es el presupuesto Global (histórico) y el pago a los médicos es por hora laborada, se sabe que se aplica un mecanismo de cantidad de pacientes atendidos por hora, sin embargo como único criterio, mide parcialmente los resultados.

El financiamiento de ambos Hospitales ha pasado de ser público a mixto ya que la fuente “recursos propios”, que aporta al presupuesto hospitalario del 2 a 3 por ciento, se ha institucionalizado al consignarse en el Presupuesto de la Nación para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- 4) Los terremotos de Enero – Febrero del año 2001, afectaron seriamente los edificios, encamados y quirófanos de los Hospitales Nacionales Rosales y de Maternidad, produciendo un daño severo en particular a estos dos Hospitales de la Red Pública del MSPAS de 30 hospitales. El Hospital Nacional de Maternidad resulto más severamente dañado que el Hospital Nacional Rosales. Tal daño estuvo condicionado por el deterioro previo de la infraestructura causado por la falta de mantenimiento preventivo, falta de inversión y ausencia de planes de actuación en desastres.
- 5) En los Hospitales Nacionales Rosales y de Maternidad, luego de los terremotos de Enero – Febrero 2001, los indicadores de cobertura estudiados, consulta habitante, egresos por 100 habitantes y cirugías por 100 egresos, tuvieron en su mayoría una tendencia a la baja, la cual fue mas pronunciada en el Hospital Nacional de Maternidad, reflejando que los terremotos tuvieron un impacto negativo inmediato y también un efecto sostenido en el tiempo. Tanto el Hospital Nacional Rosales como el de Maternidad son considerados Hospitales de tercer nivel, especializados y de referencia Nacional, sin embargo el nivel de atención de la consulta brindada en ambos Hospitales, registra porcentajes considerables de atención que corresponde al primer nivel.

- 6) Los terremotos de Enero – Febrero 2001 influyeron negativamente en la utilización de los recursos cama y quirófano de ambos Hospitales, ya que hubo un descenso en los índices de ocupación de la cama y los quirófanos redujeron su capacidad a la mitad en el caso del Hospital Nacional Rosales y a dos tercios en el caso del Hospital Nacional de Maternidad.

Entre las recomendaciones para ambos hospitales se consideran:

- Definir un nuevo modelo de gestión basados en el Derecho a la Salud y el desarrollo de instrumentos empresariales para la gestión participativa de los hospitales Públicos.
- Adopción de una configuración estructural, más horizontal y participativa, la adhocracia.
- Reorganización estructural y administrativa que tenga como eje central la participación de los pacientes y los trabajadores en la toma de decisiones.
- Definición de ambos Hospitales como de tercer nivel y separar la consulta de primer nivel.
- Modificaciones como convertir el Hospital Nacional de Maternidad en un hospital de la mujer y crear un Centro Nacional de Trauma adscrito al Hospital Nacional Rosales.
- Disposición de instrumentos de gestión como políticas, planes estratégicos, actualización de normas y guías de manejo clínico entre otros.
- Realizar estudios y generar información acerca de la actividad, calidad y costes de los servicios hospitalarios.
- Aumentar el financiamiento público, eliminar la cuota voluntaria y desarrollar distintas alternativas para aumentar el financiamiento público.
- Mecanismo de asignación por presupuesto global (histórico), pagando a los médicos por objetivos suscribiendo contratos de desempeño con indicadores cualitativos y cuantitativos.
- Construcción del Hospital de Maternidad y reconstrucción del Hospital Rosales.

1) INTRODUCCIÓN

Con anterioridad a los terremotos, los Hospitales Nacionales Rosales y de Maternidad han venido registrando una seria problemática, salta a la vista el deterioro de la infraestructura y la incapacidad física de poder atender y albergar una población enferma que crece día a día, largas filas de pacientes esperan de pie interminables horas a ser atendidos, se sabe igualmente que hay que esperar meses por una consulta especializada¹.

Los principales reclamos de las y los pacientes giran en torno a problemas de maltrato, falta de medicamentos, citas prolongadas, “endosamiento” en los encamados donde es común ver dos pacientes en la misma cama, de igual forma señalan los pacientes no tener un médico fijo y que pasan por muchas manos lo cual genera dudas en la certeza del diagnóstico y tratamiento, más común se ha vuelto la queja por el cobro de una cuota voluntaria y los costos que asumen los pacientes al comprar algunos materiales, ejemplo: clavos o placas de platino, para sus tratamientos, esta situación ha generado deterioro en la imagen institucional de los establecimientos.

Previo a los terremotos se habían dado ya dos huelgas médicas que reivindicaban mejoras laborales y salariales, mejores condiciones de atención a los pacientes y la no privatización de la salud, los médicos y otros profesionales y técnicos de la salud señalan maltrato recibido por ejemplo: los cateos personales en los quirófanos para evitar pérdida de instrumental, el marcaje de tarjeta como único instrumento de evaluación del trabajo, entre otros.

Es común el señalamiento que hacen los médicos de la sobrecarga laboral, instalaciones inadecuadas, falta o deterioro de equipos, ausencia de o dudosa calidad de medicamentos².

La necesidad de reformar el sector salud y en particular de disponer de un planteamiento coherente para la renovación hospitalaria vino a ser confirmado por la saturación de los nosocomios con cientos de víctimas de los terremotos de enero y febrero 2001 y además por los daños y destrucción que sufriera la red pública de Salud.

¹ La Prensa Gráfica, 15 de mayo de 2001.

² Colegio Médico de El Salvador, Propuesta Ciudadana por la Salud, Pág. 44, julio de 1999.

Casi un tercio de la población (1,582.428 habitantes) fue afectada directamente en su vivienda y salud e indirectamente toda la población sufre las consecuencias de los movimientos telúricos.

En conjunto el 25% (157) de los establecimientos de salud pública en 11 de los 14 departamentos resultaron afectados, el 90% de los hospitales (27) y 31% de las unidades de salud (111) resultaron dañados o destruidos, el MSPAS estima el costo de la reconstrucción en \$254 millones³, obviamente cualquier esfuerzo por superar la crisis demanda de un diseño que resuelva la situación actual con visión de futuro.

De acuerdo a la CEPAL los dos terremotos causaron daños por un valor de \$ 1,603 millones de dólares, registrándose los mayores daños en el sector social con un total de \$616.7 millones de dólares de los cuales \$ 210.5 millones corresponden a educación, \$ 72.4 millones a salud y \$ 339 millones a viviendas y asentamientos humanos. Se considera que los terremotos retroceden la economía en al menos 5 años, la pérdida económica es equivalente al 13% del PIB.

El mayor problema es el déficit fiscal para el año 2001 el cual podría ser del 5% en relación al PIB (\$571.43 millones de dólares), y es casi el doble del déficit para el año 2000 (casi 3% PIB) en consecuencia si el déficit fiscal va en aumento, la posibilidad del financiamiento de la salud puede disminuir.

A nivel social el impacto de los terremotos aumentó el mapa de la pobreza en El Salvador, tradicionalmente se han considerado que los mayores índices de pobreza se registran en los departamentos de la zona norte del país; Chalatenango, Cabañas y Morazán, a los que ahora por efectos de los terremotos se agregan los departamentos de San Vicente, Cuscatlán, La Paz y en parte Usulután, resultando entonces que los pobladores de 7 de los 14 departamentos sobreviven en la pobreza.

³ MSPAS. Establecimientos de salud afectados por los terremotos enero – febrero de 2001. 03 de mayo de 2001.

En términos reales se considera que el 61% de los afectados son pobres y a consecuencia de los terremotos la pobreza aumentó entre 7 y 10%⁴ lo que equivale a que más de medio millón de salvadoreños (as) han pasado a engrosar las filas de los más pobres, considerando que previo a los terremotos 48% de la población estaba en pobreza actualmente esta cifra pasa a ser del orden del 58% equivalente a más o menos 3.700.000 personas.⁵

Con el presente estudio se pretende conocer la situación de los hospitales nacionales y de maternidad de San Salvador, El Salvador en el periodo de enero a febrero para proponer una alternativa de modelo hospitalario público que responda a las necesidades en salud de la comunidad y la mejoría continua del sistema público de salud en El Salvador.

⁴ Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. Marzo de 2001.

⁵ En base a población estimada por la Dirección General de Estadísticas y Censos, DIGESTYC, que es de 6,396,890 habitantes.

2) ANTECEDENTES

Los Hospitales del MSPAS pasaron por Decreto, de 15 en agosto de 1995 a 30 en septiembre de 1999, consumiendo entre los 30 nosocomios el 49% del presupuesto en salud⁶; previo al 15 de agosto de 1995 existían 15 hospitales en la red del Ministerio de Salud cuya gestión y financiamiento eran públicos, este financiamiento público ya incorporaba el gasto de los hogares a través de la cuota de recuperación social. Estos 15 hospitales consumían el 50% del presupuesto del Ministerio de Salud.⁷ Este aumento en la cantidad de hospitales surge al cambiar de categoría a 15 Centros de Salud convirtiéndolos en nosocomios de segundo y primer nivel.

Pese a algunos cambios importantes efectuados en los Hospitales Nacionales Bloom y Zacamil, las críticas en cuanto a la existencia de problemas de calidad y calidez en la atención se mantienen e igualmente se considera que la inversión estatal en salud es insuficiente pese a que el gasto mayor es en atención hospitalaria.

En El Salvador la reforma del sector salud se origina en parte de la inequidad, deficiencias y serias limitaciones que presenta el sector y por las justas aspiraciones sociales y, por otra parte, de los Programas de Estabilización Económica y Medidas de Ajuste Estructural orientadas por el BID y el BM, de allí desde 1990 al 2000 se han planteado al menos 11 propuestas de Reforma del Sector Salud⁸ o de hospitales en si, las cuales con mayor o menor profundidad y amplitud abordan el tema de la Reforma Hospitalaria.

⁶ MSPAS, Estimación del Gasto Nacional en Salud en El Salvador, Pág. 29, 1997

⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Estimación del Gasto Nacional en Salud en El Salvador durante 1996. Documento Final Mayo 1998 Pág. IV

⁸ 1.) La Reforma de Salud: hacia su equidad y eficiencia informe final ANSAL Mayo 1994. 2.) Modernización del Ministerio de Salud 1996. 3.) Proyecto de Apoyo a la Modernización del MSPAS. BID 4.) Hospital Modelo MSPAS 1997. 5.) Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom y la Nueva Alianza para el cambio, Agosto 1999. 6.) Proyecto de Garantía de la Calidad en los servicios de salud en El Salvador MSPAS, 1999. 7.) Una Propuesta de Reforma FUSADES Nov. 1998. 8.) Reforma del Sistema de Salud. Mesa 13 de las Bases para el Plan de Nación, Enero 1999. 9.) Propuesta de Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud en El Salvador, CONASA, febrero 1999. 10.) Propuesta Ciudadana por la Salud. Colegio Médico de El Salvador. 3 de Julio 1999. 11.) Modelo de Protección Social para El Salvador, STISSS Sept. 1999.

A consecuencia de los daños a la red pública hospitalaria ocasionados por los terremotos del 13 de enero y 13 de febrero del 2001, se ha reactivado el debate y los actores más relevantes preparan propuestas en torno a la construcción y/o reconstrucción de la infraestructura en un marco de Reforma Hospitalaria.

A la fecha no existen propuestas diferentes a las ya existentes, ni criterios compartidos o resultados concluyentes en la discusión que recién inicia, de allí la importancia de enriquecer la discusión en relación al modelo de hospitales necesarios.

Para el año 2003 el Ministerio de Salud cuenta con una red de 610 establecimientos, entre los cuales hay 30 hospitales (4.92%), 362 Unidades de Salud (59.34%), 169 Casas de Salud (27.70%), 48 Centros Rurales de Nutrición (7.87%) y 1 Clínica de Empleados del MSPAS (0.10%)⁹

De acuerdo a un estudio¹⁰ el tiempo promedio de funcionamiento de los Hospitales Públicos es de 61 años. El 57% de los hospitales tienen 46 años o más de funcionamiento, el 29% entre 16 y 30 años, el 14% entre 1 y 15 años. El promedio según categoría de hospital es el siguiente: Nacional Especializado entre los que se encuentran el Hospital Nacional Rosales y el de Maternidad 80 años, General Central 73 años y Nacional Periférico 28 años.

En cuanto a su estructura organizativa de acuerdo al “Reglamento General de Hospitales” (Decreto No. 55 de junio de 1996). Las instituciones hospitalarias por su complejidad se clasifican en:

- a) Hospital Nacional Especializado
- b) Hospitales Nacionales Generales, clasificados en:
 - Hospital Central
 - Hospitales Periféricos

⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Boletín sobre indicadores de salud vol. 3 año 2003

¹⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Organización Panamericana de la Salud, Encuesta de Actividades y recursos de los hospitales públicos de El Salvador, enero 2001

Se clasifican como Hospitales de Referencia Nacional o Nacional Especializado, los hospitales Rosales, Benjamín Bloom, Maternidad, Psiquiátrico y Zacatecoluca. De acuerdo al reglamento el concepto de hospital General Central es reemplazado por el de Hospital Departamental y Regional.

De acuerdo a la misma fuente el 100% de los hospitales especializados se encuentran en el Gran San Salvador, los hospitales nacionales especializados (17%) brindan servicios especializados: el Hospital Rosales atención médico quirúrgica a pacientes de trece años en adelante; el Hospital Benjamín Bloom, todas las especialidades pediátricas de cero a doce años; Hospital de Maternidad, atención gineco obstétrica y neonatal; Hospital Psiquiátrico y Hospital Neumológico.

En cuanto a población bajo responsabilidad del hospital, al Hospital Nacional Rosales le corresponde una población de 2.170.124 y al Hospital de Maternidad 1.788.280 habitantes, sin embargo el documento citado anteriormente sostiene que *“con la encuesta no se logra determinar como se realiza el cálculo”* y finalmente concluye que *“con la información relacionada no se puede realizar análisis según categoría de hospital, ya que no existe concordancia con las cifras suministradas”*¹¹.

En cuanto a la estructura, la encuesta dice que: *“los hospitales muestran una clara tendencia a la departamentalización, con énfasis en las áreas administrativas. Los organigramas muestran organizaciones piramidales clásicas”*... *“Solo el 17% (5) de los hospitales cuentan con departamento de planificación y el 25% (7) con auditoria interna. 11 hospitales informaron tener área de docencia, sin conocer su justificación ni su correspondencia con la calidad de hospital escuela”*.

El 23% de los hospitales, según la misma encuesta, informaron tener protocolos de manejo para cirugía, 20% para ginecología y obstetricia, 20% para medicina interna y 17% para pediatría y de acuerdo a la encuesta *“sin poder evaluar su estandarización, ni aplicación*

¹¹Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Organización Panamericana de la Salud, Encuesta de Actividades y recursos de los hospitales públicos de El Salvador, enero 2001.

3) JUSTIFICACIÓN

El extenso daño sufrido en la red pública de salud, la reducción de su capacidad de respuesta, el previsible deterioro de la salud de amplios sectores poblacionales y el apareamiento de epidemias como resultado de la vulnerabilidad sanitaria y por causas estructurales y estacionales, hacen prever que habrá una gran demanda y presión por los servicios públicos de salud, cuestión que vuelve necesario determinar la situación actual de los principales hospitales nacionales de referencia y definir criterios para su construcción o reconstrucción, a fin de restaurar a la brevedad la capacidad de respuesta de los hospitales públicos.

La mayoría de diagnósticos del sector salud y en particular de los hospitales públicos coinciden en que la falta de equidad y la cobertura insuficientes¹² son serios problemas que presentan estos establecimientos. La falta de cobertura se estima en aproximadamente un tercio de la población¹³ (2 millones de personas) de tal forma que este es uno de los retos a resolver.

La construcción, reconstrucción o habilitación de establecimientos de salud por parte del Ministerio ha puesto su énfasis en la infraestructura y en la transición hacia un modelo de gestión que reduce la responsabilidad del estado y aumenta el gasto de las / los pacientes y la participación de las empresas privadas en la provisión.

Este modelo de gestión que viene implementándose desde la década de los 80, de consenso en el MSPAS y en el ISSS, se basa en los siguientes componentes principales: Rectoría del MSPAS, separación de funciones entre financiador y proveedor, gestión por procesos, horizontalización de la estructura organizativa en correspondencia al nuevo modelo estructurado por procesos, contratos o convenios de gestión, asignación de recursos con base en producción de servicios, descentralización, coordinación interinstitucional,

¹² Consejo de Reforma del Sector Salud. Propuesta de Reforma Integral Salud. Diciembre 2000 San Salvador, El Salvador.

¹³ Consejo de Reforma del Sector Salud. Propuesta de Reforma Integral Salud. Diciembre 2000 San Salvador, El Salvador.

participación de proveedores públicos y privados con y sin fin de lucro, autonomía de gestión, participación social, entre otros¹⁴. La aplicación de este modelo ha puesto su énfasis en el cobro de la cuota voluntaria a las / os pacientes y en la concesión y compra de servicios a privados y algunas veces a pocas ONG's.

Los resultados de esta transición a la implantación de este modelo de gestión se expresan claramente en el financiamiento y gasto del sector salud, del cual el componente público representa el 45% y el privado 55%. El gasto total en salud equivale al 7.6% del PIB del cual el 3.5% es gasto público y el 4.2% es privado, superando el gasto de los hogares (3.9% del PIB) al gasto conjunto (3.2% PIB) del MSPAS (1.7% PIB) y del ISSS (1.5% PIB)¹⁵

De ahí que los resultados de la investigación realizada tienen trascendencia nacional ya que se dan en el contexto de la Reforma Sectorial y en la crisis inmediata del sector salud posterior a los terremotos, teniendo además como propósito práctico, aportar a la concertación de un diseño de Modelo hospitalario que contribuya a encontrar soluciones a los problemas principales que presentan los hospitales públicos del MSPAS.

¹⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Manual Administrativo Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI). Septiembre 2001. ISSS Plan Estratégico Quinquenal 1999-2004.

¹⁵ MSPAS / OPS. Estructura del financiamiento y gasto en salud en El Salvador agosto 2004.

4) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De qué forma los terremotos afectaron la capacidad de respuesta de los Hospitales Nacionales Rosales y de Maternidad durante el periodo Enero – Marzo 2001; específicamente cómo se vio afectada:

- La gestión y configuración estructural que prevalece en estos hospitales
- Cuál es el mecanismo de asignación financiera, con qué recursos cuenta y las fuentes de financiamiento de la cual disponen los establecimientos mencionados
- En qué estado se encuentra la infraestructura hospitalaria
- Qué nivel de cobertura alcanzan ambos hospitales
- La utilización de los servicios de encamados y quirófano

¿Cuáles son los puntos críticos principales en cuanto a la gestión, organización, condiciones físico estructurales y la utilización de algunos recursos y servicios según la percepción de jefes y personal médico?

5) OBJETIVOS

5.1) Objetivo General.

Identificar la situación de la gestión, organización las condiciones físico estructurales y el grado de utilización de algunos recursos y servicios de los Hospitales Nacionales Rosales y de Maternidad. Periodo 2000 – 2001. San Salvador, El Salvador

5.2) Objetivos Específicos:

- 5.1.1** Reconocer la situación de la gestión y tipificar la configuración estructural de los Hospitales sujetos del estudio
- 5.1.2** Analizar la asignación de recursos y fuentes alternativas de financiamiento en los hospitales referidos.
- 5.1.3** Caracterizar las condiciones físicas estructurales de los nosocomios dañados.
- 5.1.4** Identificar la cobertura de los Hospitales mencionados post terremoto.
- 5.1.5** Caracterizar los cambios ocurridos en la utilización de los servicios de encamados y quirófano.
- 5.1.6** Determinar los puntos críticos principales en cuanto a la gestión, organización, condiciones físico estructurales y la utilización de algunos recursos y servicios hospitalarios, de acuerdo a la percepción de jefes y personal médico de servicio que laboran en ambos hospitales.

6) MARCO TEÓRICO

Para caracterizar la prestación de servicios y la gestión de los hospitales Nacionales Rosales y de Maternidad, es necesaria la aplicación de una serie de conceptos que nos permitan un conocimiento lo más objetivo posible acerca de su situación.

La tarea emprendida se da en el contexto de la necesaria construcción y reconstrucción hospitalaria conocida por un macro entorno de debate e implementación de la reforma del sector salud, en la cual para solucionar los problemas de salud pública se plantean exclusivamente alternativas de mercado (Anexo 1), para comprender de mejor manera y asimilar esta situación es necesario recurrir a conceptos e indicadores propios de la evaluación de los servicios de salud, así como conceptos y referencias propios del macro entorno señalado, en tal sentido los conceptos y referencias principales que delimitan el presente trabajo son los siguientes:

6.1 Modelos organizacionales de los procesos de Gestión

6.1.1 Modelo de Gestión

El concepto de Modelo de Gestión es un proceso condicionado por factores políticos, culturales y sociales, como tal es dinámico e implica una construcción sucesiva de tal forma que lo enunciado constituye una aproximación a una definición.

Conjunto de principios y normas técnico-administrativa que orientan y rigen la organización y forma de administración del sistema de Salud, con la finalidad de obtener eficiencia y dar coherencia al sistema en su conjunto, propiciando equilibrio entre funciones centralizadas y descentralizadas y fomentando la participación efectiva de la sociedad civil en la formulación y evaluación de las políticas públicas de Salud¹⁶.

Carlyle Guerra de Macedo¹⁷ aporta al considerar que la esencia de la gestión es “El proceso de proveer (movilizar y asignar) recursos, organizarlos y utilizarlos para la producción de

¹⁶ Centro de Investigación y Estudios de la Salud/Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua CIES-UNAN Módulo Sistemas de Salud, Maestría en Salud Pública 98-2000, mayo 2000.

¹⁷Carlyle Guerra de Macedo, Modelos de Gestión y Eficacia de las Reformas de Salud en América Latina, Corporación de Salud y Política Sociales, Versión preliminar, Brasilia, febrero de 1999

determinados bienes y servicios con la finalidad de satisfacer necesidades/demandas”, agregando que la gestión implementa y complementa a las políticas.

Guerra de Macedo considera que el proceso de gestión comprende múltiples sistemas técnico-administrativos (subsistemas) entre ellos:

- Planificación y programación
- Información
- Comunicación
- Regulación y vigilancia.

Guerra de Macedo señala “parámetros específicos de gestión”

- Eficacia en la relación a los objetivos, incluyendo a la productividad en la realización de la producción determinada y complementándose con la mensuración de costo-efectividad y costo-beneficio en relación a los objetivos.
- Descentralización y Autonomía (grado de responsabilidades y atribuciones)
- Participación en las decisiones de gestión en su implementación, ejecución y evaluación y la existencia de mecanismos formales de participación.
- Transparencia expresada en el nivel de información pública sobre el proceso.

Más recientemente (año 2004) la Universidad de Barcelona¹⁸ aporta en cuanto que el análisis de la Gestión comprende:

- EL proceso de dirección y toma de decisiones.
- Tipos de estructura existente
- Modelo de Gestión existente
- Sistema de información existente
- Sistema de Control de Gestión

Este intento de aproximación a un concepto o Modelo de gestión, con los aportes señalados nos dan una visión y un campo de aplicación más amplio, que sirve sin duda a propósitos prácticos y académicos.¹⁹

¹⁸ Universitat de Barcelona, Master en Gestión de Centros y servicios de Salud, Modulo “Dirección y Planificación Estratégica en Salud.

¹⁹ Herbert Guzmán en base a fuentes señaladas.

Como parte de la solución a la crisis de los sistemas de atención se han considerado cambios importantes en su organización y la distribución del poder tales como la descentralización.

6.1.2 Descentralización

El concepto de descentralización no es unívoco y tiene por lo menos dos acepciones;²⁰

1. La que implica la transferencia de la responsabilidad desde el nivel central a los niveles locales, gubernamentales o no gubernamentales; abarca los conceptos de desconcentración y delegación y supone la planificación y administración de los recursos.

En esta acepción se la define como la transferencia de la responsabilidad en materia de planificación, gestión, obtención y asignación de recursos desde el gobierno central y sus agencias hacia;

- a) las unidades de campo de estos organismos del gobierno central
 - b) Las unidades o niveles gubernamentales subordinados
 - c) Las autoridades regionales o funcionales con alcance geográfico, y
 - d) Las organizaciones privadas o voluntarias no gubernamentales (Rondinelli, 1983)
2. La que diferencia los conceptos de delegación, desconcentración y descentralización es (más usada en el campo de la Salud Pública), en tanto;
 - a) La desconcentración es un acto administrativo de transferencia de facultades, programas y recursos de órganos centrales superiores a organismos de distinta jerarquía dentro de la misma jurisdicción, sin sostén jurídico. Esta transferencia implica el otorgamiento de un mayor grado de autonomía en las funciones técnicas y operativas hacia la Institución hospitalaria o región sanitaria, atenuándose la relación jerárquica funcional de los órganos desconcentrados respecto del nivel central.

En general comprende la capacidad de manejar efectiva y directamente herramientas técnico – administrativas tales como;

- El presupuesto (formulación, ejecución, reajustes, etc.)

²⁰ Ministerio de Salud y Acción Social. La Estrategia de Descentralización Hospitalaria Cap. II, OP. Cit pp 13 -22.

- La administración del personal (programa, selección, promoción, capacitación y adiestramientos, etc.).
- Los abastecimientos (programación, adquisición, distribución, control, etc.)
- La información (registro, recolección, procesamiento, uso, etc.)

Existen por lo menos tres formas de desconcentración.

- Horizontal; cuando la desconcentración es de un dominio a otro del mismo nivel.
- Vertical; cuando la desconcentración es de un dominio a otro de diferente nivel. Lo más común es que sea de un nivel jerárquico superior a uno inferior, pero puede también darse al revés.
- Funcional; cuando la transferencia o delegación no se refiere a niveles jerárquicos y sólo a personas dentro de la estructura administrativa institucional o aún a personas y grupos informales o no institucionalizados.

b) La delegación es un acto administrativo por el cual organismos centrales transfieren ciertas facultades a niveles jerárquicos inferiores. No implica la delegación del poder decisorio, por el contrario prevalece la relación de subordinación y coordinación entre el órgano delegante y el receptor. La responsabilidad última es del nivel central.

c) La 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. Tanto la desconcentración como la delegación pueden formar parte del proceso de descentralización, en la medida que constituyen alguna de sus etapas, pero se diferencia conceptualmente de otras alternativas usualmente propuestas como estrategias; regionalización, municipalización, horizontalización y privatización de los servicios de salud, por citar sólo algunas.

Existe descentralización cuando, en distinta medida, se admite que el poder público y/o las funciones publicas estén distribuidos y sean ejercidas con mayor o menor independencia por ciertos grupos estructurados en el seno del Estado (comunas, provincias, etc.) por

órganos creados específicamente a tales propósitos, así como cuando la competencia se ha atribuido a un nuevo ente, separado de la administración central, dotado de personería jurídica propia y constituida por órganos propios que expresan la voluntad de ese ente.

En general se considera a la descentralización como parte de un proceso (centralización descentralización) que – entre otras – contribuiría a la modernización del Estado; a la vez estrategia e instrumento, contendría características potenciales, que afectan simultáneamente los tres aspectos de la reforma institucional; mejorar la productividad de los servicios, remover la cultura administrativa al incorporar nuevos actores a la gestión y el control, y redistribuir los recursos estatales al fortalecer la capacidad de presión social sobre el sector público de la salud²¹.

En la actualidad en cuanto a Modelos de Gestión existen dos grandes mega tendencias: La de integración de funciones del sistema y de sus instituciones que esta más en función del sistema público de atención y la de separación de funciones entre financiador y proveedor ubicada en la lógica de la privatización de la salud promovida por el BID, BM²².

6.1.3 Las configuraciones Estructurales

De acuerdo a la Teoría de la Organización los elementos constituyentes de la estructura formal de la organización son: Los mecanismos de coordinación reguladores de los procesos de relación, información y control, los parámetros empleados en el diseño organizativo y el flujo de autoridad, la combinación de estos elementos resultan en distintas configuraciones estructurales.

En cada configuración estructural predomina uno de los cinco mecanismos de coordinación, que se presentan a continuación (cuadro A), desempeñando un papel de máxima importancia la parte fundamental de la organización.

²¹ Ministerio de Salud y Acción Social. La Estrategia de Descentralización Hospitalaria Cap. II, OP. Cit pp 13 -22.

²² Herbert Guzmán en base a fuentes señaladas

CUADRO A

Las configuraciones estructurales. Adaptada de Mintzberg

Configuración Estructural	Mecanismo de Coordinación	Parte fundamental de la organización	Tipo de Descentralización
Estructura Simple	Supervisión Directa	Vértice Estratégico	Centralización Vertical y Horizontal
Burocracia Maquinal	Normalización De procesos	Tecnoestructura	Descentralización Horizontal Limitada
Burocracia Profesional	Normalización De conocimientos	Núcleo Técnico	Descentralización Vertical y Horizontal
Forma Divisional	Normalización de Resultados	Línea media	Descentralización Vertical
Adhocracia	Adaptación Mutua	Staff de apoyo	Descentralización Selectiva
Organizaciones Misioneras	Normalización de reglas	Ideología	Descentralización
Organizaciones Políticas	Ninguno	Ninguna	Varios

Fuente: Varo Jaime, Gestión Estratégica de la calidad de los Servicios Sanitarios, un Modulo de Gestión Hospitalaria, Estructura y poder en el Hospital pag. 113 – 146, Madrid España, Díaz de Santo 1994.

Se utilizan unos determinados parámetros de diseño y prevalece un tipo de descentralización. Las distintas combinaciones de estos elementos dan lugar a cinco configuraciones estructurales. Mintzberg las ha denominado: la estructura simple u organización empresarial, la burocracia maquinal, la forma multidivisional o diversificada, la burocracia profesional y la adhocracia u organización innovadora.

Posteriormente, este autor ha descrito dos nuevas configuraciones: la organización misionera o misionaria y la organización o actividad política.

En la primera, el mecanismo principal de coordinación es la ideología o la cultura, entendida como un conjunto de reglas y creencias con un sentido de misión. La segunda configuración, la organización o actividad política, relacionada con el poder y no con la estructura, puede actuar en detrimento de la coordinación.

Los mecanismos de coordinación anteriormente expuestos, la clase de descentralización con mayor importancia relativa da lugar a las configuraciones estructurales de Mintzberg²³.

6.1.4 Configuraciones Estructurales Hospitalarias

Al analizar el hospital como una organización integrada en una de orden superior - el sistema sanitario público – o como una organización autónoma, se pueden reconocer cuatro configuraciones estructurales. Desde la perspectiva de la hipótesis de la congruencia de Mintzberg, el hospital puede verse como una estructura divisional y como una burocracia profesional; mientras que desde la tipología de síntesis reúne las características de la estructura funcional y de la matricial²⁴.

6.2 Financiamiento de los Hospitales

6.2.1 Modelos de financiamiento

Los modelos de financiamiento son las diversas formas de obtención administración y asignación de recursos económicos para el funcionamiento de servicios, programas o actividades de salud²⁵

El financiamiento de los servicios de salud, al igual que de cualquier actividad de producción de bienes o servicios, busca cubrir todas las necesidades del proceso de

²³ Varo Jaime, Gestión Estratégica de la calidad de los Servicios Sanitarios, un Modulo de Gestión Hospitalaria, Estructura y poder en el Hospital pag. 113 – 146, Madrid España, Díaz de Santo 1994.

²⁴ Varo Jaime, Gestión Estratégica de la calidad de los Servicios Sanitarios, un Modulo de Gestión Hospitalaria, Estructura y poder en el Hospital pag. 113 – 146, Madrid España, Díaz de Santo 1994.

²⁵ Héctor Ochoa, Ruth Lucio, Francisco Vallejo, Sonia Díaz, José Rosales, Axel Kroeger, Economía de la Salud, Manual Práctico para la Gestión local de la Salud. Editorial Pax México, Noviembre 1999

producción para alcanzar las metas deseables en cuanto a la cantidad y calidad de las prestaciones²⁶.

El financiamiento debe asegurar: La sostenibilidad, la regulación de la oferta y demanda, equidad, regulación de la eficiencia y calidad²⁷, el financiamiento debe reunir ciertas características entre ellas las más importantes son: el financiamiento debe ser responsable, oportuno, eficiente y suficiente.

6.2.2 Fuentes de Financiamiento

Las fuentes de financiamiento. Pueden definirse como las instancias primarias que proveen a la sociedad de recursos económicos para distintas actividades. De acuerdo al origen de los montos económicos, son cuatro las fuentes de financiamiento, clasificadas en internas y externas. En el caso del sistema de salud, las fuentes internas están constituidas por el Gobierno, las empresas y los hogares, y las externas a partir de los intercambios financieros sectoriales con el exterior, a través de agencias multilaterales o bilaterales²⁸.

6.2.3 Financiamiento y Prestación de Servicios²⁹

Los cuadros B y C nos presentan distintas combinaciones de financiamiento y prestación de servicios, en lo fundamental pueden presentarse características como:

Heterogeneidad:

Diversidad de agentes o personas físicas o morales que participen en el financiamiento y en la prestación de servicios de salud; pluralidad de intereses y flexibilidad en la intervención.

Unipartita:

Una fuente fundamental cuota de recuperación fiscal o presupuestal:

²⁶ Héctor Ochoa, Ruth Lucio, Francisco Vallejo, Sonia Díaz, José Rosales, Axel Kroeger, Economía de la Salud, Manual Práctico para la Gestión local de la Salud. Editorial Pax México, Noviembre 1999

²⁷ Héctor Ochoa, Ruth Lucio, Francisco Vallejo, Sonia Díaz, José Rosales, Axel Kroeger, Economía de la Salud, Manual Práctico para la Gestión local de la Salud. Editorial Pax México, Noviembre 1999

²⁸ Arredondo López Armando Dr, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México, julio 2000.

²⁹ Arredondo López Armando Dr, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México, julio 2000.

Bipartita:

DOS FUENTES: Aportaciones del Estado y de los Burócratas Servicios privados; aportaciones de pacientes y del Estado.

Tripartita:

TRES FUENTES: Aportaciones de patrones, Trabajadores y Estado.

6.2.4 Fondos de Financiamiento:

Los fondos de financiamiento son los receptáculos de los flujos económicos de las fuentes de financiamiento; su papel es administrar los recursos y comprar los servicios médicos, pudiendo ser fondos reales o fondos virtuales, la diferenciación mencionada, cobra importancia toda vez que los fondos virtuales y están en constante competencia con la adquisición de otros satisfactores; depende de las referencias del individuo y se pueden ver drásticamente reducidos ante caídas del ingreso , resultantes de las crisis económicas y las políticas de ajuste³⁰.

³⁰ Arredondo López Armando Dr, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México, julio 2000.

CUADRO B

FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

FINANCIAMIENTO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES	
	PUBLICA	PRIVADA
FINANCIAMIENTO PUBLICO	Financiamiento y prestaciones públicas de servicios. <ul style="list-style-type: none"> - Nuevas formas de incorporación de la seguridad social. - Canalización de fondos públicos específicos para determinadas acciones (tabaco, accidentes, pobreza). - Fondos de solidaridad - Cobro en nivel socioeconómico alto para pacientes no referidos por un nivel inferior excepto urgencias. - Cobro diferencial según: <ul style="list-style-type: none"> a) Nivel socioeconómico b) Tipo de unidad médica c) Tipo de localidad d) Tipo de servicio 	Financiamiento público y prestación privada de servicios <ul style="list-style-type: none"> - Subrogación al sector privado. - Privatización de áreas o funciones (lavandería, cafetería, administración). - Subrogación a medicina tradicional. - Subrogación del parto a parteras empíricas. - Subsidios a instituciones de beneficencia. - Comodato.
FINANCIAMIENTO PRIVADO	Financiamiento privado y prestación pública de servicios. <ul style="list-style-type: none"> - Atención de demandas del sector privado a precios de mercado sin subsidio en instalaciones del sector público. - Cobro a precios de mercado sin subsidio por lujos a derechohabientes y personas atendidas en instituciones de salud públicas. - Apoyo con hospitalización en instituciones públicas a la microempresa a la micro empresa médica privada de primer nivel de atención. - Subrogación al sector público de demandas de atención privadas. - Renta a particulares de instalaciones públicas. 	Financiamiento privado y prestación privada de servicios <ul style="list-style-type: none"> - Seguro médico privado - Desarrollo de alternativas de financiamiento como el prepago. - Desarrollo de la medicina tradicional. - Desarrollo de las cooperativas médicas y la micro empresa médica. - Desarrollo de las instituciones de beneficencia.

Adaptado de Bennett S. mystique of markets: public and private health care in developing countries. 11/

CUADRO C

FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

FINANCIAMIENTO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO PERSONALES	
	PUBLICA	PRIVADA
FINANCIAMIENTO PÚBLICO	Financiamiento público y prestación pública de servicios. <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de sistemas de información de rutina y encuestas. - Desarrollo de investigaciones - Formación de recursos humanos - Impuestos específicos para determinadas acciones: * <li style="padding-left: 20px;">Contaminación Ambiental - Promoción de la salud - Regulación sanitaria - Desarrollo comunitario 	Financiamiento público y prestaciones privada de servicios <ul style="list-style-type: none"> - Subrogación de monitoreo de sistemas de información al sector privado. - Apoyo de investigaciones en el sector privado con fondos públicos. - Becas para la formación de recursos humanos. - Incentivos al sector privado para promover acciones de salud. <ul style="list-style-type: none"> o Contaminación ambiental o Desarrollo comunitario o Condición del trabajo - Apoyo de instituciones públicas a sociedades civiles privadas para el fomento a la salud en actividades no personales.
FINANCIAMIENTO PRIVADO	Financiamiento privado y prestación pública de servicios. <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo del sector privado para el desarrollo de investigaciones en instituciones del sector público. - Apoyo del sector privado para el desarrollo de sistemas de información y encuestas en el sector público. - Becas del sector privado para la formación de recursos humanos en instituciones públicas. - Donaciones contra acciones específicas como contaminación, promoción de la salud o desarrollo comunitario. 	Financiamiento privado y prestación privada de servicios. <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de la industria ecológica. - Investigación privada sobre contaminación ambiental, promoción de la salud, regulación sanitaria, etcétera. - Formación de recursos humanos en el sector privado. - Acciones de la sociedad civil contra la contaminación.

London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, Health Policy Unit, 1991:1-70.

Figura 4. Combinaciones públicas y privadas en el financiamiento y prestación de servicios de salud. Servicios personales ^{11/}

6.2.5 Mecanismos de Asignación

Mecanismo de asignación financiera. Los mecanismos de asignación del gasto en salud, constituyen los lineamientos normativos, legislativos y técnicos que permiten proponer una distribución de los montos de financiamiento para la producción de los servicios de atención médica, así como para cambios en la política de ajuste del financiamiento³¹.

6.2.6 Gasto en Salud

Es toda erogación, desembolso o dispendio efectuado para financiar la provisión de servicios en forma directa a la población, así como para ejecutar acciones complementarias que inciden sobre el medio ambiente y las condiciones de higiene de los individuos³².

6.2.7 El Gasto Público en Salud

Comprende el gasto del Gobierno Central (efectuado) a través de los Ministerios de Salud Pública y las transferencias a otras instituciones gubernamentales de salud pública que operan con presupuestos propios; el gasto en salud de los Gobiernos descentralizados (Municipios en el caso de El Salvador) y el gasto en salud de los sistemas de seguridad social o de los sistemas oficiales de salud provisional. Este último componente incluye solamente los gastos en los programas de enfermedad y maternidad de estas instituciones³³.

6.2.8 Los Gastos Privados en Salud

Se refiere a los desembolsos monetarios efectuados, tanto por las empresas de seguros, industrias, instituciones sin fines de lucro y hogares en la compra de bienes y servicios médicos generales y especializados, compra o dotación de medicamentos, elaboración o pago de exámenes de laboratorio, prótesis y otro tipo de gastos³⁴ relacionados con los servicios clínicos ambulatorios, de hospitalización y rehabilitación de la salud.

³¹ Arredondo López Armando Dr. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México, julio 2000.

³² MSPAS Grupo Técnico Cuentas Nacionales en Salud Delimitación Conceptual para la estimulación del Gasto Nacional en Salud en El Salvador (segunda versión oficial) MSPAS. Julio 1997.

³³ MSPAS Grupo Técnico Cuentas Nacionales en Salud Delimitación Conceptual para la estimulación del Gasto Nacional en Salud en El Salvador (segunda versión oficial) MSPAS. Julio 1997

³⁴ MSPAS Grupo Técnico Cuentas Nacionales en Salud Delimitación Conceptual para la estimulación del Gasto Nacional en Salud en El Salvador (segunda versión oficial) MSPAS. Julio 1997

6.2.9 Formas de contratación y pago de los servicios de Salud.

Entre las nuevas tendencias de administración de salud se encuentran los modelos de contratación, que los Ministerios de Salud y los sistemas de Seguridad Social emplean como herramienta para buscar eficiencia asignativa del sistema³⁵.

De acuerdo a lo autores “al separar los proveedores de servicios de salud pública o privada, de los financiadores surgen diferentes alternativas para pagar los servicios de Salud prestados, fuera del sistema de pago por vía presupuestaría³⁶.

Modalidades de pago de la contratación³⁷

Los sistemas de pago pueden darse de cuatro maneras:

1. Capitación (población)
 2. Actividad (costo/volumen)
 3. Bloque o programa (presupuesto).
 4. Proceso (diagnóstico).
1. Capitación (población)

Se conviene el pago por persona beneficiaria del servicio de salud (per cápita); el contrato puede ajustarse de acuerdo con el riesgo de la población y el programa de servicios por cubrir y puede especificar los estándares de calidad.

La contratación se hace sobre la base de que el proveedor debe presentar y cumplir con un programa de servicios o cubrir cierto grupo de riesgos en un periodo determinado para cada beneficiario, generalmente relacionado con una región geográfica.

2. Actividad (costo/volumen). Define los servicios que se van a pagar y especifica su calidad. Este sistema favorece la producción, aunque puede generar inflación de servicios y de sus costos.

En el caso de los contratos en que la modalidad de pago es por actividades o atenciones prestadas, el financiador simplemente paga los servicios que reciben los beneficiarios a los precios predeterminados o tarifas.

³⁵ Héctor Ochoa, Ruth Lucio, Francisco Vallejo, Sonia Díaz, José Rosales, Axel Kroeger, Economía de la Salud, Manual Práctico para la Gestión local de la Salud. Editorial Pax México, Noviembre 1999

³⁶ Héctor Ochoa, Ruth Lucio, Francisco Vallejo, Sonia Díaz, José Rosales, Axel Kroeger, Economía de la Salud, Manual Práctico para la Gestión local de la Salud. Editorial Pax México, Noviembre 1999

³⁷ Héctor Ochoa, Ruth Lucio, Francisco Vallejo, Sonia Díaz, José Rosales, Axel Kroeger, Economía de la Salud, Manual Práctico para la Gestión local de la Salud. Editorial Pax México, Noviembre 1999

3. Bloque o programa (presupuesto). Establece una suma fija para un período determinado (presupuesto). Define servicios pero no volumen de producción. Puede especificar estándares de calidad.

Su principal ventaja es el control de los costos, pero tiende a la baja producción y productividad y genera poca información

4. Proceso (Diagnóstico). Define servicios y paga por procesos (DRG, PMC, HRG). El volumen de actividad es flexible. Específicamente estándares de calidad.

Denominado a veces pago por “nomenclador global” o DRG, o pago integral por diagnóstico atendido (PIDA).

A diferencia del pago por actividad, en el caso del pago por proceso se pactan costos globales: de un parto, de una pulmonía, de una fractura, etcétera, o de un grupo relacionado de diagnóstico y se obliga al proveedor a minimizar los costos reduciendo el número de actividades o insumos innecesarios para resolver un problema de salud.

6.3 Sistemas de Salud

6.3.1 Concepto

Hay mucha discusión y definiciones acerca de lo que es un sistema de salud, una de las que hace síntesis refiere que “para que exista un sistema de salud debe haber recursos humanos y capacidad instalada y un proceso administrativo que reúna este conjunto de elementos en un modelo cibernético y ecológico a fin de cubrir la demanda de servicios de la comunidad”³⁸. En otras palabras, de acuerdo al autor, los elementos esenciales del sistema de salud son: el insumo (política, planificación, recursos y programas), el proceso (procedimientos, estándares, utilización, eficiencia y costos) y el rendimiento o eficacia (estado de salud de la población, satisfacción y comodidad de los usuarios)³⁹.

El sistema de salud está inmerso o forma parte del sistema político y económico del país, para conformar así el sistema de desarrollo del país, este conjunto constituye un flujo cibernético en el cual los insumos en recursos humanos, físicos y financieros, la toma de decisiones, la selección de prioridades y el diseño de programas están en función de dar

³⁸ Dr. Alfredo Leonardo Bravo, Jefe Departamento de Administración de Servicios de Atención Médica de la OPS, IV Congreso Colombiano de Salud Pública, Colombia 8 al 11 de Diciembre de 1971.

³⁹ Ídem 16.

prestaciones de salud a la población. Los beneficios de este sistema cibernético los recibe la población por eso es que se dice que es ecológico, ya que mejora el estándar de vida de la población, su cultura y para alcanzar el estado de salud más alto posible.

6.3.2 Tipos de Sistemas de Salud

Los sistemas de salud son variados y depende de cada país y como se administren, en general, salvo excepciones coexisten varios sistemas en un mismo país pero hay uno que es predominante (Cuadro D)

Cuadro D
Tipos de Sistemas de Salud y sus Características Principales.

TIPO DE SISTEMA	DOCTRINA	CARACTERÍSTICAS			
		Países	Financiamiento	Pago por los servicios	Cobertura
Sistemas Bismarck de Seguridad Social	Solidaridad	Dinamarca, Francia, Bélgica, Alemania, Costa Rica.	- Público - Empresas - Aseguradoras	Gratuito	100% de la población
Sistemas Beveridge por impuestos. Servicio Nacional de Salud	Derecho a la Salud	Reino Unido, Suecia, Francia, Cuba, Canadá.	- Público	Gratuito	100% de la población
Sistemas Fragmentados	Transición al Mercado	El Salvador, Centro América, México.	- Público - Empresas - Trabajadores - Hogares	- Pago de bolsillo - Gratuito	40 a 60% de la población
Sistemas Privados con Fines de Lucro	Competencia	Estados Unidos	- Privado	- Pago de bolsillo - Mínimo Gratuito	- 5% privado - 14% de la población sin cobertura
Sistemas Privados sin Fines de Lucro	- Caridad - Beneficencia - Humanismo	Iglesias, Instituciones Humanitarias, ONG's en muchos países.	- Cooperación Humanitaria - Voluntariado - Institución - Hogares	- Gratuito - Mínimo Pago de bolsillo	1 a 5% de la población

Fuente: Díaz Muñoz, Ana Rita, Sistemas de Salud en Procesos de Reforma, Buenos Aires, OPS/OMS 1994
Fundación Pablo Iglesias, Políticas de Salud, Madrid, 16 de Mayo de 2001.

Hay distintas formas de tipificar los sistemas e infinidad de detalles a considerar, con fines prácticos adaptamos una tipificación sin mucho detalle y lo más aceptable posible, de tal forma que podemos distinguir varios sistemas de salud, entre ellos: Sistemas Bismarck basados en la seguridad social, fundamentados en la doctrina de la solidaridad y la redistribución del ingreso, es predominante en países como: Dinamarca, Francia, Bélgica, Alemania, Costa Rica, su financiamiento proviene de la fuente pública, de las empresas y de las / os asegurados, el pago por los servicios en el punto de la consulta es gratuito y proporciona cobertura al 100% de la población; Sistema Beveridge basado en un servicio

Nacional de Salud, fundamentado en la doctrina del Derecho a la Salud y el bien común, es predominante en países como el Reino Unido, Suecia, Francia, Canadá, su financiamiento proviene de los impuestos, el pago por los servicios en el punto de la consulta es gratuito y alcanza cobertura del 100% de la población; Sistemas fragmentados o segmentados, fundamentados en la doctrina del Derecho a la Salud, la solidaridad, la caridad, beneficencia y humanismo pero que en la actualidad predomina una transición hacia el mercado, el financiamiento proviene de la fuente pública, empresa, cotizantes y en países como El Salvador predomina el gasto de los hogares, el pago por los servicios en el punto de consulta es gratuito y pago de bolsillo, su cobertura es baja, del 40 al 60% de la población, Frenk y Londoño⁴⁰ definen una tipología de los Sistemas de Salud en América Latina, desde su particular enfoque que considera que el problema crucial de los sistemas de salud a nivel latinoamericano es resolver la integración, la cual de acuerdo a su visión “se refiere a cada uno de los dos componentes esenciales de los sistemas de salud, es decir, poblaciones e instituciones”, más adelante en el análisis de cada uno de estos tipos de sistemas incluyen la variable “libre elección” lo cual es determinante en su visión. Respecto a las poblaciones, la integración significa el grado que los diferentes grupos tienen acceso a cada una de las instituciones del sistema de salud y respecto a las instituciones la integración se refiere a los arreglos para llevar a cabo las funciones del sistema de salud⁴¹.

Esta tipología clasifica a los modelos de sistemas de salud de América Latina en: Modelo Público Unificado, vigente en Cuba y Costa Rica, en el cual el Estado financia y suministra servicios directos a través de un sistema único integrado verticalmente; Modelo Privado atomizado, desarrollado en Argentina y Paraguay, en este modelo la función de financiamiento se lleva a cabo ya sea mediante desembolsos del bolsillo de los consumidores o a través de múltiples agencias de seguros privados, los cuales reembolsan a los diversos prestadores de servicios; Modelo de Contrato Público, ejemplo Brasil, según los autores en algunos cuantos casos el financiamiento público se ha combinado con una creciente participación privada en la prestación de servicios; el Modelo Segmentado vigente en la mayoría de países latinoamericanos, es el modelo más común, estos sistemas se han dividido en tres grandes segmentos que corresponden a otros grupos sociales

⁴⁰ Julio Frenk y Juan Luis Londoño, investigadores de la Oficina del Economista Jefe del Banco Interamericano de Desarrollo. Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador de los Sistema de Salud en América Latina. 1997.

⁴¹ Ídem 18.

diferenciando población pobre y población con capacidad de pago, en donde el Ministerio de Salud atiende a la población en pobreza, el seguro social y el sector privado atienden a la población con capacidad de pago.

Sistemas Privados con Fin de lucro, fundamentados en la doctrina de la competencia que predomina en los Estados Unidos, cuyo financiamiento es principalmente privado aunque hay programas financiados con fondos estatales, el pago por los servicios en el punto de consulta es privado y mínimo gratuito, con una cobertura del 75% de la población se considera que hay un 14% de la población sin cobertura; están también los sistemas privados sin fin de lucro, cuya doctrina se fundamenta en la caridad, la beneficencia y el humanismo, está presente en varios países a cargo de Iglesias, Instituciones Humanitarias y ONG's y su financiamiento proviene de la cooperación internacional y nacional humanitaria, del voluntariado y de un mínimo pago de los hogares

6.3.3 Sistema, Servicio y Seguro Nacional de Salud

Estos conceptos de acuerdo al autor⁴² no son alternativas opuestas entre sí, sino que pueden ser diversas etapas de un mismo proceso o diversos mecanismos utilizados por las instituciones para dar prestaciones de salud a distintos grupos de la población.

Se entiende por Servicio Nacional de Salud una institución dependiente directamente del Ministerio de Salud, encargada de formular, Organizar y ejecutar una política integral de salud para todas las comunidades⁴³.

El Seguro Nacional de Salud constituye un mecanismo financiero que a través de cotizaciones de toda la población, distribuye equitativamente la carga financiera que significa el mantenimiento de un servicio o de un Sistema Nacional de Salud⁴⁴.

⁴² Alfredo Leonardo Bravo

⁴³ Dr. Alfredo Leonardo Bravo, Jefe Departamento de Administración de Servicios de Atención Médica de la OPS, IV Congreso Colombiano de Salud Pública, Colombia 8 al 11 de Diciembre de 1971

⁴⁴ Dr. Alfredo Leonardo Bravo, Jefe Departamento de Administración de Servicios de Atención Médica de la OPS, IV Congreso Colombiano de Salud Pública, Colombia 8 al 11 de Diciembre de 1971

6.3.4 Tendencias de los Sistemas de Salud.

La tipología anteriormente descrita expresa además, de ciertas características, la diversidad de sistemas y problemas que les son inherentes, en consecuencia existen también varias propuestas de modelos de sistemas de salud entre ellos están: la OPS/OMS inicialmente ha propuesto al Servicio Nacional de Salud como el ideal que debe ser cumplido a largo plazo en el proceso de desarrollo de la salud pública de un país⁴⁵

Otras alternativas para los sistemas fragmentados de países subdesarrollados de América Latina son:

- Modelo Neoliberal de competencia gestionada, nuevo Universalismo y Pluralismo Estructurado, fórmulas orientadas por el Banco Interamericano de Desarrollo, basados en la separación de funciones entre financiador (las / os pacientes) actuando como intermediarias las compañías de seguro y proveedores, que pueden ser prestadores privados con fin de lucro o públicos, este modelo se aplica actualmente en países como Colombia y Chile⁴⁶.
- Modelo de Desarrollo Humano Solidario: basado en el desarrollo de la protección social por el Estado, a través de la seguridad social cuyo objetivo es el universalismo igualitario, este modelo tiene como referentes a países de toda Europa occidental, Japón, Nueva Zelanda, Canadá, Cuba, Costa Rica⁴⁷.

6.4 Políticas de Salud

6.4.1 Concepto:

De acuerdo a la OPS/OMS⁴⁸ el sistema de Servicios de Salud puede ser concebido como formado por tres grandes componentes básicos: un componente cuyo ámbito de decisiones es de tipo político y que toma las grandes decisiones sobre política de salud, las decisiones de este nivel fluyen hacia el segundo componente, Técnico Administrativo de nexos o Normativo (Gestión) que se apoya en el tercer componente, el nivel técnico operacional que es el encargado de brindar servicios.

⁴⁵ Alfredo Leonardo Bravo

⁴⁶ Fundación Pablo Iglesias, Políticas de Salud, Madrid España, Mayo 2001.

⁴⁷ Fundación Pablo Iglesias, Políticas de Salud, Madrid España, Mayo 2001

⁴⁸ Organización Panamericana de la Salud. Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Formulación de Políticas de Salud, julio 1975, Santiago de Chile.

La política de salud forma parte de todo complejo interactuante, que son las políticas sociales éstas a su vez constituyen una globalidad con las políticas de Estado, la política de salud en sí es un proceso complejo en el que participan diversos actores, unos más activamente y con poder de decisión que otros y es una expresión de los intereses políticos diferentes que se juegan con el poder formal del Estado.

El concepto de política ha variado, aunque no su ejercicio, de una visión en que el que hacer en materia de salud pública era un atributo autoritario del Estado, a un enfoque en el cual considera que una política de salud surge del consenso entre los actores del proceso “sabemos ya que las políticas de salud (y de hecho, cualquier política pública) ya no son impuestas desde arriba por los poderes ejecutivos fuertes de antaño o adoptado unánimemente por parlamentos”⁴⁹.

La OPS/OMS⁵⁰ considera que “la política de salud, fundamenta el quehacer en materia de salud pública que ha definido el poder formal, tomando en cuenta las demandas del poder real” y que en esa confrontación surgen los lineamientos sanitarios que implantara, determinado grupo de poder en el aparato gubernamental.

Otra definición⁵¹ considera que una “política de salud para el sector señala las grandes directivas para el mismo, establece las prioridades sobre las cuales se elaboran los planes y los programas, indica los propósitos más generales del sector en relación con los valores que esa comunidad nacional considera prevalentes, marca los cambios que se operarán en el largo plazo, formula el marco sobre el cual se implementarán las actividades”.

Agregan los mismos autores que “una política global o sectorial es un conjunto coherente de proposiciones factibles, viables, que pueden ser impuestas al conjunto social y que apuntan al logro de una imagen horizonte, de un modelo o proyecto de país, con un estructura socioeconómica, cultural y política deseada que interpreta los fines que se pretenden mantener desde el punto de vista de quienes formulan y formalizan dicha política”.

⁴⁹ Vivianne Brachet, Márquez. Reforma del Sector Salud en América Latina: aclarando el vínculo entre actores y Estado. Corporación de salud y políticas sociales. Ciudad de México. Febrero de 1999.

⁵⁰ Ídem 23.

⁵¹ Abraham Sinis y Aquiles R. Lanza. Principios y prácticas de la administración de salud.

La política de salud tiene diversas áreas programáticas, tanto como diverso es el sector salud, además hay políticas explícitas e implícitas éstas últimas son difíciles de identificar y son la experiencia, el tiempo y los resultados concretos los que permiten ubicarlas.

6.4.2 Áreas Programáticas

Las áreas programáticas de política de salud pueden referirse a los siguientes contenidos:

- 1- El Modelo del Sistema de Salud
 - Reforma? Modernización?
 - El rol de las instituciones
- 2- Atención a la salud (personas y ambiente)
 - El modelo de organización de servicios de salud
 - El Modelo Gerencial (eficiencia, eficacia, equidad)
 - Atención a la niñez, mujeres, adultos
- 3- Financiamiento
 - Público %, privado %, mixto %, privado %, no gubernamental %, cooperación externa %
- 4- Legislación en Salud
 - Regulación, desregulación
- 5- Provisión de Servicios
 - Proveedores públicos, privado, mixto?
- 6- Recursos Humanos.
 - Calidad de los Recursos humanos, control, superación otros?
- 7- Medicamentos
 - Producción pública, privada o mixta?
 - Control, abastecimiento, costos.
- 8- Política Hospitalaria

6.5 Sistemas de Atención Médica

6.5.1 Concepto de Modelo de Atención:

Esquema teórico de un sistema o de una realidad compleja, tal como el conjunto de servicios de salud de un país, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento. Comprende una descripción esquemática del tipo y combinación de servicios que son usualmente ofrecidos en un país, región o sistema. Un caso típico de descripción de un modelo de atención es la caracterización de la combinación entre servicios curativos y preventivos predominante. La mayor parte de los nuevos modelos de atención refuerza los componentes de promoción de la salud en relación con las acciones curativas, la atención ambulatoria en relación a la domiciliaria y los componentes de acciones comunitarias en lugar de las dirigidas al individuo⁵².

Los sistemas de atención médica comprenden la atención privada con y sin fin de lucro. La atención médica en la seguridad social y a la atención médica en los servicios públicos de salud, cada uno cuenta con sus propias reglas, recursos, tecnologías y población de referencia.

Esta atención médica puede ser individual, familiar o comunal, y puede ser curativa, preventiva, de rehabilitación o integral, pudiendo incorporar etnoprácticas o medicina tradicional o ancestral en su terapéutica.

Estos sistemas de atención médica se combinan de diversas formas en cada país y por lo general hay predominancia de uno de ellos.

⁵² Modelos de Atención. www.lachsr.org/es/thesaurus.

La atención médica necesita de estructuras para otorgar prestaciones de salud, las cuales varían de país a país pero en general se contemplan las siguientes⁵³:

- a. Hospitales Generales, con todas las especialidades clínicas, incluyendo enfermedades infecciosas y epidemiología, que pueden o no ser docentes.
- b. Hospitales intermedios o auxiliares que no disponen de todas las especialidades
- c. Hospitales rurales, cuyo énfasis está en la atención preventiva y la hospitalización obstétrica y de emergencia.
- d. Hospitales especiales, tales como psiquiátricos y otros
- e. Centros de salud urbanos, destinados a la atención integral ambulatoria cerca de los sitios de residencia o de trabajo de los usuarios.
- f. Policlínicos destinados a la atención médica ambulatoria
- g. Postas o Puestos Médicos rurales o medicaturas rurales que no disponen de atención médica profesional permanente.

6.5.2 Niveles de Atención a la Salud⁵⁴.

El sistema de atención está integrado por tres niveles de atención. El primero se ocupa de la prevención, el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos sencillos, seguimiento de los casos referidos por los otros niveles y de la promoción del saneamiento y mejoramiento del ambiente; se apoya en los niveles superiores a donde refiere temporalmente a los pacientes.

Las actividades del primer nivel se enfocan primordialmente a preservar y conservar la salud de la población por medio de las acciones de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los padecimientos que se presentan con cierta frecuencia, y cuya resolución es factible mediante recursos simples.

En lo referente al medio se procura lograr un saneamiento ambiental básico; el primer nivel es, en suma, el ámbito de la medicina general.

⁵³ Organización Panamericana de la Salud. Guía para la coordinación de la Atención Médica. Documento Oficial de la OPS 108 (1971).

⁵⁴ Barquin, Manuel, Sistemas y Servicios de Salud, Dirección de hospitales: Sistemas de Atención Médica. 5ª. Edición. México. Interamericana 1988.

Las actividades del segundo nivel son dirigidas a la restauración de la salud, atendiendo daños poco frecuentes y de mediana complejidad; los servicios que otorgan son proporcionados a pacientes derivados del primer nivel y a los que se presentan espontáneamente con urgencias médicas o quirúrgicas. En lo que respecta al medio, se ejerce el control sanitario de la contaminación ambiental con apoyo del laboratorio.

El tercer nivel realiza actividades de restauración y rehabilitación de la salud a usuarios que presentan padecimientos de alta complejidad de diagnóstico y de tratamiento que han sido referidos por los niveles de atención.

A nivel ambiental del tercer nivel se ejercen acciones normativas y de “monitoreo” de la contaminación, que requieren de tecnología especializada. Cuando se trata de una capital de un país, este es el nivel central en lo referente a administración y normatividad.

El mecanismo de dirección y enlace administrativo del sistema se integra por los siguientes niveles jerárquicos: un nivel central, esencialmente normativo, de planeación, dirección y control (supervisión y evaluación); uno intermedio de adaptación de normas y manejo de programas y servicios en el ámbito provincial o de entidad federativa; y el nivel local, representado por la jurisdicción sanitaria y de atención médica distrital o municipal.

La integración del sistema tiene su expresión práctica en cada uno de los tres niveles de atención, a través de los siguientes puntos:

1. Acciones por realizar y servicios a proporcionar.
2. Tipo de unidades y dotación de los recursos físicos y humanos de las mismas⁵⁵

6.5.3 Niveles de atención en Salud y Grados de Complejidad⁵⁶

Para poder brindar una atención en salud acorde a las necesidades crecientes de los usuarios de servicio, es necesario realizar estudios o encuestas que permitan conocer cual es el comportamiento de la demanda.

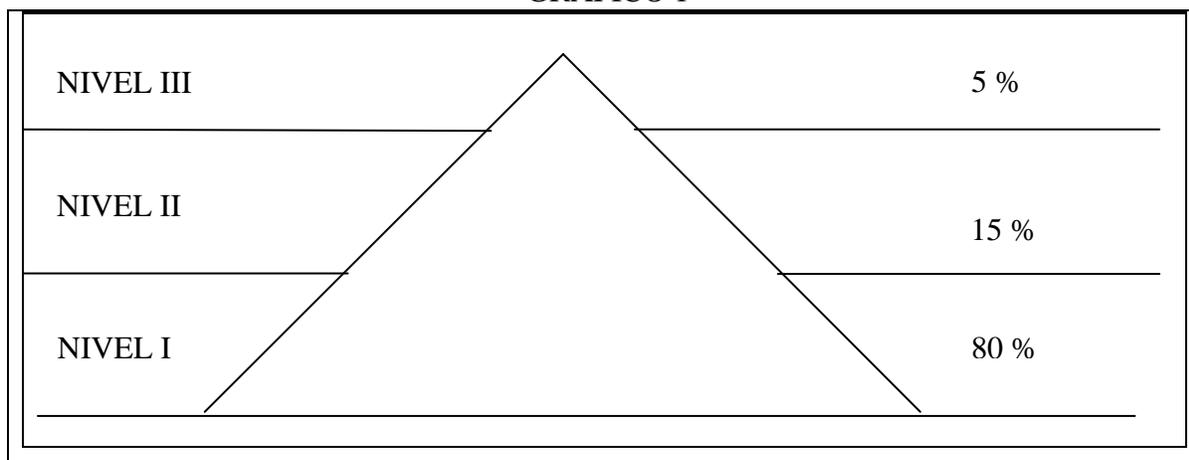
⁵⁵ Ídem 29

⁵⁶ Héctor Gómez Treviño, Ricardo Galán Morera, Niveles de Atención en Salud y Grados de Complejidad (separata).

De acuerdo a los autores⁵⁷ los estudios de morbilidad han mostrado que cerca del 80% de las patologías totales pueden ser resueltas satisfactoriamente con profesionales generales adecuadamente dotados (Gráfico 1)

Existe un 15% que requiere del concurso de médicos especialistas para lograr una atención acorde a sus patologías y que les permitan recuperar su salud o bien su rehabilitación oportuna.

GRÁFICO 1



Finalmente queda un 5% de las patologías que ameritan ser tratadas por subespecialidades clínicas y/o quirúrgicas para obtener una solución satisfactoria de sus problemas de salud.

En un comienzo, esto indujo a pensar que lo mas conveniente era organizar tres niveles de atención de manera que se brindara una atención piramidal en el cual el mayor volumen (80%) fuera presentado por el nivel I, seguida de la atención por especialidades (15%) en el nivel II y que el nivel III fuera el que presentara atención al resto (5%).

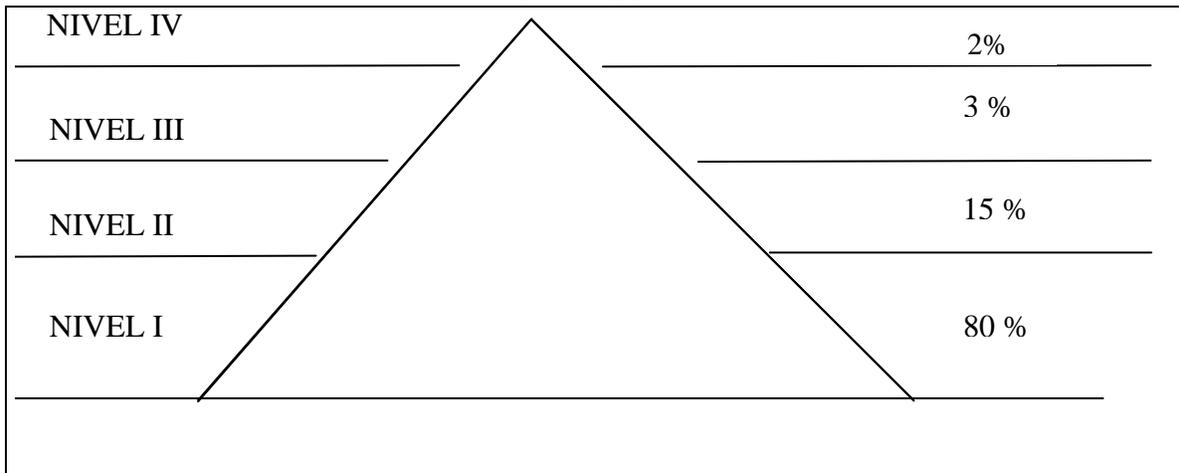
No obstante, los autores Gómez Treviño y Galán Morera luego de la experiencia vivida en hospitales universitarios. Han visto la necesidad de crear un cuarto nivel, para prestar a los casos que deben ser tratados por equipos profesionales multidisciplinarios para resolver una o más patologías que concurren simultáneamente en un mismo paciente. Han estimado que solamente un 2% de los pacientes justifican por su estado de salud en un nivel IV⁵⁸.

Por tanto proponen los siguientes niveles (Gráfico 2)

⁵⁷ Ídem 31.

⁵⁸ Ídem 31.

GRÁFICO 2



Entonces se pueden definir los niveles de atención como las agrupaciones de establecimientos de salud que permiten clasificar las actividades finales, intermedias y administrativas que puedan realizar, para satisfacer las necesidades de las personas que demandan atención.

Los elementos o factores de los grados de atención están dados por:

1. La misión institucional, que fija las políticas de las directivas en relación al nivel que se asume.
2. Las patologías a atender, que orientan las actividades a desarrollar.
3. El nivel de capacitación y especialización del recurso humano.
4. La dotación y equipos de la institución
5. Suministros
6. Las clases de actividades intermediarias finales o administrativas a realizar.

Esta clasificación tomada de Gómez Treviño y Galán Morera considera como eje fundamental al recurso humano, por ser este el motor del sistema de salud. Luego toma en consideración la dotación, la calidad y cantidad de equipos y los suministros para hacerlo operar y finalmente se asigna las actividades que según su nivel se deban asignar de acuerdo a los recursos obtenidos.⁵⁹

⁵⁹ Héctor Gómez Treviño, Ricardo Galán Morera

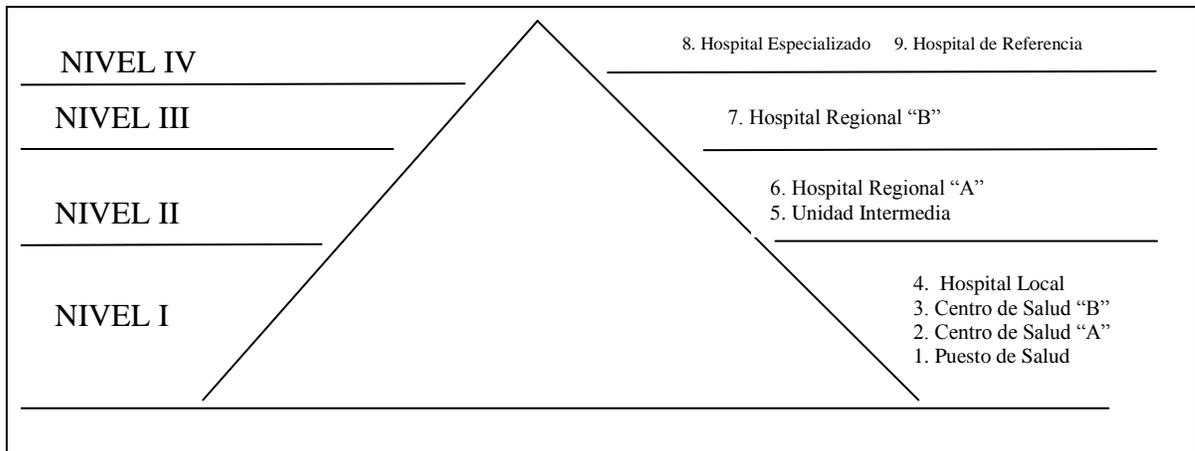
6.5.4 Grado de Complejidad

Al interior de cada nivel de atención, pueden identificarse diversos tipos de establecimientos de salud que ejecutan programas de salud. En Colombia se han encontrado ocho clases de establecimientos⁶⁰ (Gráfico 3)

1. Puesto de Salud
2. Centro de Salud “A”
3. Centro de Salud “B”
4. Hospital Local
5. Unidad Intermedia
6. Hospital Regional “A”
7. Hospital Regional “B”

Hospital Regional y/o de referencia

GRAFICO 3



FUENTE: Héctor Gómez Treviño, Ricardo Galán Morera

6.5.5 Tipos de Hospital

La evolución histórica de los hospitales se remonta a 3,000 años antes de Cristo, comenzando con el Xenodoquium griego, con el Valetudinarium Romano, pasando por la era cristiana considerada como la etapa de despegue de esta institución, continuando en la edad media con el aparecimiento de los Hospitales Religiosos, con el avance tecnológico de los siglos XVIII y XIX surgen los hospitales públicos avanzando al siglo XX hasta llegar al Hospital moderno desarrollándose a lo largo del siglo XX.

⁶⁰ Héctor Gómez Treviño y Ricardo Galán Morera, opus citi.

La OMS define ...”El hospital es parte integrante de la organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. Es también centro de formación del personal médico sanitario y de investigación bio-social.”

Etapas según el desarrollo organizativo⁶¹

Primera etapa

El concepto fundamental será el HOSPITAL – CARIDAD. En este tipo de centro, personal voluntario, generalmente a tiempo parcial, se ocuparía de los pacientes desde la perspectiva de “por enfermo hacia Dios”. Sin vías de financiación propias, su supervivencia dependería de la generosidad de donaciones recibidas.

Segunda etapa

Aquí cabría hablar del HOSPITAL – BENEFICENCIA. Se trata todavía de una institución de carácter humanitario. En el tiempo resulta diferente, según los países, pero su filosofía vendría representada por hechos como la Ley de Pobres, promulgada en España en tiempos de Isabel II y en la que se hacía corresponder la responsabilidad de la atención a los desheredados sobre las parroquias.

Tercera etapa

Corresponde al HOSPITAL – ASISTENCIAL. Se trata de la concreción a nivel asistencial de los logros sociales conseguidos por la Revolución Francesa. En esta etapa de la historia aparece, nítidamente, la responsabilidad de los diferentes Estados en la atención sanitaria a los súbditos.

⁶¹ Pastor y Aldeguer. Evolución histórica de los hospitales p1-15 en: Temes, J. L.; Pastor, V. y Díaz, J. L., Manual de Gestión Hospitalaria. Madrid, España. Mc Graw-Hill Interamericana de España.

Cuarta etapa

La constatación del aumento de los costes y su progresión imparable fuerzan la aparición del HOSPITAL – EMPRESA. Se trata de aplicar a la institución hospitalaria las técnicas y métodos que se han demostrado rentables en otros campos de actividad.

Quinta etapa

Vendría a ser una variante de la anterior. En efecto, el HOSPITAL INTEGRAL es un hospital – empresa, que forma parte de la partida presupuestaria responsable del 50 por ciento del gasto sanitario.

Por otro lado se trata de una organización jerarquizada, en la que se realiza un trabajo a tiempo pleno y clara tendencia a ampliar esa dedicación hasta conseguir la dedicación exclusiva de la mayoría de profesionales que desarrollan su labor en estos hospitales.

Al mismo tiempo tiene como objetivo la Unidad Asistencial. Esto es, plantea la asistencia desde los tres niveles:

1. Preventivo
2. Asistencial
3. Rehabilitador de manera conjunta y simultánea en el tiempo.

Se trata, pues, de la “última generación” de hospitales que, con su poderío técnico y tecnológico, amplían su ámbito de influencia hasta la comunidad representada por las áreas.

6.5.6 La Crisis de los sistemas de atención:

Desde la década de 1980 los sistemas de atención comenzaron a mostrar signos de una crisis que tenía a la base una variada causalidad, a la vez se generaron propuestas de reforma y ajuste a sus componentes. En el caso de América Latina y el Caribe la crisis se manifiesta como desigualdades en Salud, deterioro del acceso a la atención, disminuida calidad, eficacia, efectividad y altos costos, esta situación tiene a la base causas tales como:

- Crisis económica a nivel regional que retrasa y en el mejor de los casos estanca el desarrollo económico y social de la mayoría de países latinoamericanos.

- Alto endeudamiento externo, obligándose a los gobiernos a pagar altos intereses que disminuyen los recursos económicos destinados al gasto social y en particular en salud.
- Las Políticas de Estabilización Económica y las Medidas de Ajuste Estructural orientadas por el FMI, BID y BM e impulsadas en cada país como compensación a la estrategia de privatización, tendieron a disminuir el gasto en Salud.
- La Política Privatizadora de la Salud condicionada por los organismos financieros internacionales.
- Sobre Mortalidad evitable de alrededor del 50%.
- Grandes brechas de desigualdad en condiciones de vida y de Salud.
- Desafíos a los servicios de salud generados por los cambios demográficos, la urbanización y marginalización creciente y los cambios en los estilos de vida individuales y colectivos.
- Escasez y ausencia de servicios básicos.
- Cambios en el perfil epidemiológico con el apareamiento de enfermedades emergentes (VIH/SIDA) y reemergentes y aumento de enfermedades crónico degenerativas.
- Insuficiente financiamiento al sector Salud.
- Alza en el costo de los servicios de salud.
- Insuficiente cualificación de los Recursos Humanos en Salud.
- Deficiencias tecnológicas o introducción de tecnología inadecuada de alto costo no apropiada para resolver problemas básicos de Salud.
- Deficiente o inexistente educación, promoción de la Salud.
- Inadecuada gestión y administración de los escasos recursos existentes.

Sobre la base de esta complicada problemática estructural, en la cual hay condiciones sobre determinantes, los sistemas de atención a la salud comienzan a tener profundas reformas en algunos casos y ajustes significativos en otros.

En mayo de 1994 el “Análisis del Sector Salud de El Salvador” (ANSAL), estudio financiado por el BID, BM, la USAID, y la OPS/OMS, en su propuesta llamada “La Reforma de Salud: hacia su equidad y eficiencia” plantea las siguientes recomendaciones:

6.6 Reorganización de la Atención Especializada y Hospitalaria.

Transferencia de la Gestión de Hospitales del MSPAS e ISSS al Sector Privado

- *Es el elemento principal de la reorganización de este nivel de atención.*
- *Objetivo es mejorar su eficiencia.*

Principales modificaciones propuestas en el financiamiento de la Atención especializada Hospitalaria.

- *Aumento progresivo del gasto en este tipo de atención, equiparándolo con el del ISSS, el incremento servirá para infraestructura, equipamiento y para expandir la canasta ampliada.*
- *Subsidios parciales o totales por el estado de acuerdo a los siguientes parámetros:*

<i>* Indigentes (12% de la población)</i>	<i>100% de subsidio.</i>
<i>* Pobres Nivel 1 (18% de la población)</i>	<i>85% de subsidio</i>
<i>* Pobres Nivel 2 (20% de la población)</i>	<i>50% de subsidio</i>
<i>* No pobres (25% de la población)</i>	<i>sin subsidio.</i>
- *Recuperación de costos incurridos por los usuarios*
- *Seguro de atención medico-hospitalaria, obligatorio y Universal.*

Introducir incentivos adecuados.

- *Potestad de los hospitales de cobrarle a los asegurados, en el momento de consumir los servicios de la canasta ampliada por fuera de lo que el hospital le cobra al FONASA.*

Fortalecimiento Institucional de la Atención Especializada Hospitalaria.

- *Fortalecimiento centrado en desarrollo de Hospitales del MSPAS e ISSS ya existentes y en la creación de organizaciones privadas para administrar sistemas complejos de servicios de Salud. Los principales son:*
 - 1) *Incorporar instrumentos de la “atención médica gerenciada” entre estos:*
 - *Control de utilización,*
 - *Uso de personal adecuado,*

- *Uso de medicamentos genéricos en lugar de medicamentos de marca.*
 - *Patrones de conducta clínica.*
 - *Ruta crítica de atención al paciente.*
- 2) *MSPAS que desarrolle un sistema de acreditación de las organizaciones privadas para habilitarlas para que entreguen los servicios de la canasta ampliada.*
 - 3) *Implementar sistemas estandarizados para la producción de información de las organizaciones privadas.*
 - 4) *En los hospitales transferidos a organizaciones privadas, implementar sistemas de administración hospitalaria: mercadeo, personal, compra y almacenamiento de insumos y otros.*

5.5. Recursos Humanos para la atención Hospitalaria Especializada. Se han detectado 3 necesidades especiales:

- (1) Formación de una masa crítica de integrantes de cuerpos directivos y gerentes de organizaciones privadas de prepago.*
- (2) Capacitación en servicio de personal clínico de esas mismas organizaciones en la aplicación de los instrumentos de la “atención médica gerenciada”.*
- (3) Promover el incremento de la productividad y de la calidad de los servicios mediante la introducción de incentivos en los sistemas de compensación del personal*

5.6. Inversiones en la Atención Especializada Hospitalaria.

** Las Inversiones se centran en la rehabilitación de las plantas físicas y del equipamiento de los centros de Salud y Hospitales del MSPAS, así como en la implementación de programas de mantenimiento preventivo, las necesidades de inversión en los establecimientos del ISSS son inferiores. Esta “puesta al día” de las dependencias de ambas instituciones es esencial para que se pueda concretar la transferencia de su gestión a organizaciones privadas.*

En cuanto a las prestaciones a otorgar se establece una canasta básica y otra ampliada que representan el mínimo de servicios de salud a que tiene derecho toda la población salvadoreña”.

7) DISEÑO METODOLOGICO

a) Tipo de Estudio:

El estudio realizado es una investigación de tipo evaluativo que mide el desempeño post terremoto de algunos recursos y servicios hospitalarios de los Hospitales Rosales y de Maternidad, lo que se hizo con el fin de determinar sus áreas críticas, incluyendo el mejoramiento del Modelo de Gestión.

b) Muestra:

El estudio tomó una muestra del Universo de Hospitales Nacionales Especializados (5), seleccionando a los dos que sufrieron un daño severo que son los Hospitales Nacionales Rosales y el de Maternidad,

c) Unidad de observación:

la Unidad de Observación son el recurso cama y los quirófanos y los servicios de consulta que componen a dichas instituciones.

La selección de ambos hospitales se hace en base a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

d) Criterios de Inclusión

Hospitales Nacionales Especializados de tercer nivel que atienden un volumen elevado de pacientes y son centros de referencia Nacional.

Destinados Institucionalmente para atender a la Población en Pobreza.

Hospitales que sufrieron daño severo por los terremotos de enero y febrero de 2001.

Hospitales ubicados en el área metropolitana de San Salvador

e) Criterios de Exclusión

Hospitales de segundo nivel y con baja capacidad de atención y considerados generales o periféricos.

Que sus usuarios no sean Pobres.

Hospitales que no estén dañados por los terremotos.

Hospitales que no están ubicados en el área Metropolitana de San Salvador

f) Variables a Estudiar

Las variables contempladas en relación a los objetivos específicos del presente estudio son las siguientes: (cuadro 1):

- Configuración Estructural: diseño organizativo de ambos hospitales de acuerdo a la clasificación de Mintzberg.
- Asignación de Recursos: identificar la formula ó mecanismo de asignación de recursos; presupuesto histórico, per capita, e identificación de fuentes.
- Condiciones físico estructural: determinación de las condiciones de habilidades o inhabilitabilidad de los edificios.
- Cobertura: proporción de personas de ambos sexos que han recibido consultas ambulatorias, hospitalaria ó de emergencia contra la población de referencia.
- Tasa de utilización: se define como la relación entre el recurso utilizado y el recurso disponible para una actividad ó servicio por unidad de tiempo.
- Puntos críticos principales: registro cualitativo de los aspectos o problemas y sus causas más señaladas o consensuadas, en relación a: Gestión, organización, condición físico estructural y cobertura y utilización del recurso cama y quirófano.

CUADRO 1

g) VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN:

VARIABLE: DEFINICION	SU	INDICADOR	FUENTE DE OBTENCIÓN	TÉCNICA DE OBTENCIÓN	INSTRUMENTO
Tasa de Utilización: relación entre el recurso utilizado y el recurso disponible para una actividad o servicio por unidad de tiempo		<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de ocupación, - promedio de estancia, - productividad, - utilización de quirófano 	Registro hospitalario del MSPAS	Análisis de datos indirectos de fuentes primarias	Tabla de datos
Cobertura: proporción de personas de ambos sexos que han recibido consultas ambulatoria, hospitalaria o de emergencia contra la población asignada		<ul style="list-style-type: none"> - Consulta por paciente - Egresos por 100 habitantes - Cirugía por 100 egresos 	Registro Hospitalario del MSPAS	Análisis de datos indirectos de fuentes primaria	Tabla de Datos
Configuración Estructural: clasificación de los diseños de la organización hospitalaria y sus repercusiones en la conducta de los empleados		<ul style="list-style-type: none"> -Mecanismo de coordinación -Parte fundamental de la organización -Tipo de descentralización 	Registro Hospitalario del MSPAS	Análisis de datos indirectos de fuentes primarias	Tabla de Datos
Asignación de Recursos: mecanismo de asignación del gasto en salud, son los lineamientos normativos, legislativos y técnicos que permiten proponer una distribución de los montos de financiamiento		<ul style="list-style-type: none"> -Presupuesto histórico -Per capita ajustado -Años de vida saludables -Coeficientes de asignación Fuentes::Gobierno, empresa, hogares, préstamos, donaciones, mixtas-	Planeación Presupuestaria del MSPAS	Análisis de datos indirectos de fuentes primarias	Tabla de Datos Gráficos
Puntos Críticos Principales: registro de los aspectos o problemas y sus causas más señaladas o consensuadas		<ul style="list-style-type: none"> - Gestión - Organización, financiamiento - Condición físico estructural - Cobertura - Utilización recurso cama y quirófano 	Personal de dirección y de servicio médico de los Hospitales.	* Entrevista Abierta * Técnica Grupal	* Cuestionario semi-estructurado. * Árbol de Problemas
Condición Estructural: determinación de las condiciones de habitabilidad.	Físico	<ul style="list-style-type: none"> -Edificios habitables o inhabitables. -Equipos reparables o se descartan. 	División de Ingeniería del MSPAS.	Análisis de datos indirectos de fuentes primaria	Tabla de Datos

FUENTE: Dr. Herbert Guzmán

h) Recolección y Procesamiento de la Información

El estudio se realizó por un investigador, el cual obtuvo información de fuente primaria y secundaria.

La información primaria se obtuvo utilizando entrevistas individuales focalizadas (Anexo 2) que buscaban los puntos críticos principales, tal instrumento fue llenado por diez jefes de servicio y dirigentes gremiales de cada hospital, y mediante la realización de un diagnóstico participativo utilizando como técnica grupal el Metaplan, en el cual participaron jefes de servicios superiores e intermedios y dirigentes gremiales de los hospitales, este grupo trabajó colectivamente y fue diferente al grupo entrevistado.

El Metaplan es una metodología de participación grupal que se aplica para el diagnóstico y planificación y utiliza las técnicas de la visualización de la tarjeta y de la comunicación escrita. Para el desarrollo de esta metodología se utilizan tarjetas de distintos colores que sirven para expresar, priorizar y sintetizar ideas o planteamientos, cada participante mantiene el anonimato y las ideas pueden ser defendidas o contra argumentadas por cualquiera, cada tarjeta se va ubicando en un papelógrafo a la vista de todos, cumpliendo las siguientes reglas. Una sola idea por tarjeta, 3 renglones máximo, mensaje concreto, buena letra; en la metodología se identifican paso a paso: problemas, causas y soluciones principales y prioritarias, buscando a la vez debilidades y fortalezas.

La síntesis se va logrando al priorizar ideas y construir mapas de ideas en forma colectiva y consensuada, la validación se va dando durante el mismo proceso y culmina con la aprobación de los papelógrafos y el ordenamiento de ideas escritas en ellas por parte de todos los / las participantes.

La información secundaria se obtuvo de los documentos y estadísticas oficiales de los registros en las unidades de información, planificación o de estadísticas de los hospitales respectivos, además se elaboraron matrices con indicadores e información requerida a fin de garantizar uniformidad y precisión de los datos necesarios.

i) Procesamiento de la información:

Los datos así obtenidos se procesaron utilizando tablas estadísticas simples y cuadros comparativos, describiendo los resultados en el orden de los objetivos en forma semitextual, así como para los datos cualitativos se usaron matrices teniendo como eje de discusión las preguntas. Para el procesamiento de la información se usaron medios magnéticos y los programas utilizados fueron Word XP y Excel. El análisis es de tipo descriptivo con análisis cualitativo.

8) RESULTADOS

8.1) Configuración Estructural

8.1.1) Configuración Estructural del Hospital Nacional Rosales

El organigrama del Hospital Nacional Rosales ha sido el mismo para el período 2000-2001, la estructura orgánica del hospital no ha tenido cambios, a partir de 1999 comienza a funcionar el Comité de Gestión que es una estructura participativa de apoyo a la dirección, sin embargo no aparece en el organigrama del Hospital Nacional Rosales. El diseño del organigrama nos muestra que las 5 partes fundamentales de su organización están constituidas de la siguiente manera: (Figura 1)

Vértice Estratégico o alta dirección: Integrada por el Director y Subdirector y su personal asistente, gerentes, directores y subdirectores médicos, quienes se encargan de orientar la misión y tienen el máximo poder de decisión.

Núcleo de Operaciones: Constituido por aquellos que producen servicios como: médicos, enfermeras, auxiliares y técnicos de salud, son el otro extremo de la organización hospitalaria y están subordinadas a los mandos intermedios de la línea media.

Línea Media: Constituida por jefes de servicio y / o de sección tienen autoridad formal, estos mandos intermedios unen el vértice estratégico y el núcleo de operaciones.

Staff de Apoyo: Integrado por la División Administrativa y sus subdivisiones; mantenimiento, suministros y almacenes, servicios generales, alimentación y dietas y recursos humanos esta última formaría parte también de la tecnoestructura.

Estas unidades especializadas proporcionan apoyo al hospital y están subordinadas al vértice estratégico.

Tecnoestructura: Integrada por el Consejo Asesor, el patronato y la auditoría interna que tienen cierta autonomía, además comprende a la auditoría interna, asesor jurídico, informática, distintos comités, la unidad financiera, la unidad de planificación, relaciones

públicas y también puede considerarse como parte de la tecnoestructura el área de recursos humanos.

La configuración estructural del Hospital Nacional Rosales presenta las siguientes características en sus componentes básicos:

El Mecanismo de Coordinación; o sea como la organización coordina su trabajo y mantiene su unidad, es mediante la normalización de procesos (definición y estandarización de procesos), esto se evidencia en los puntos críticos del diagnóstico participativo al afirmarse que “no se cumple el manual de puestos y procedimientos y que hay y la falta de aplicación y actualización de normas internas del Hospital”⁶².

Sin embargo presenta otros mecanismos de coordinación como el de la normalización de capacidades y conocimientos (formación de médicos) ya que en el Hospital Nacional Rosales hay Formación de Médicos Internos y Residentes lo cual queda implícito en el diagnóstico participativo al reconocerse que “hay formación de especialistas capaces sin recursos adecuados”⁶³, el otro mecanismo de coordinación es el de la Normalización de Resultados (control de productos y rendimiento) que se evidencia cuando los participantes en el diagnóstico participativo reconocen que “en documentos existen controles pero no se practican” y “que existe el control tradicional pero el recurso humano responsable no cumple su función”⁶⁴.

Pese a coexistir los tres mecanismos de coordinación, la normalización de procesos es predominante y le sigue normalización de resultados.

La parte fundamental de la organización del Hospital Nacional Rosales es la Tecnoestructura ya que es allí en donde se aseguran la Normalización de Procesos de toda la institución.

⁶² Anexo 9

⁶³ Anexo 8

⁶⁴ Anexo 12

El tipo de Descentralización o sea, como la organización distribuye estructuralmente el poder⁶⁵, predominantemente en la estructura del Hospital Nacional Rosales es la descentralización horizontal limitada y selectiva ya que aunque hay centralización el poder se comparte con algunos miembros del staff y la tecnoestructura.

Otras características reconocidas en el diagnóstico participativo como son “Escasa participación e interés por gran mayoría del gremio”, la desconfianza mutua entre médicos y el Ministerio de Salud,⁶⁶ “no hay comunicación de planificación”, “no hay planificación de cambios en organigrama”⁶⁷, “falta de comunicación”, “existe falta de comunicación de la parte direccional”⁶⁸, “deterioro de la responsabilidad, mística laboral y psicológica del trabajo”⁶⁹. Son manifestaciones de una estructura con una autoridad centralizada, relaciones conflictivas, con un flujo de información escaso o vertical, que en conjunto con todo lo anteriormente expuesto indican que en el Hospital Nacional Rosales prevalece una configuración estructural que corresponde al de una burocracia mecánica, en una estructura divisional de acuerdo a la clasificación de Mintzberg.

⁶⁵ Gestión Estratégica de la calidad de los servicios. Cap. 5 Estructuras y poder en el Hospital.

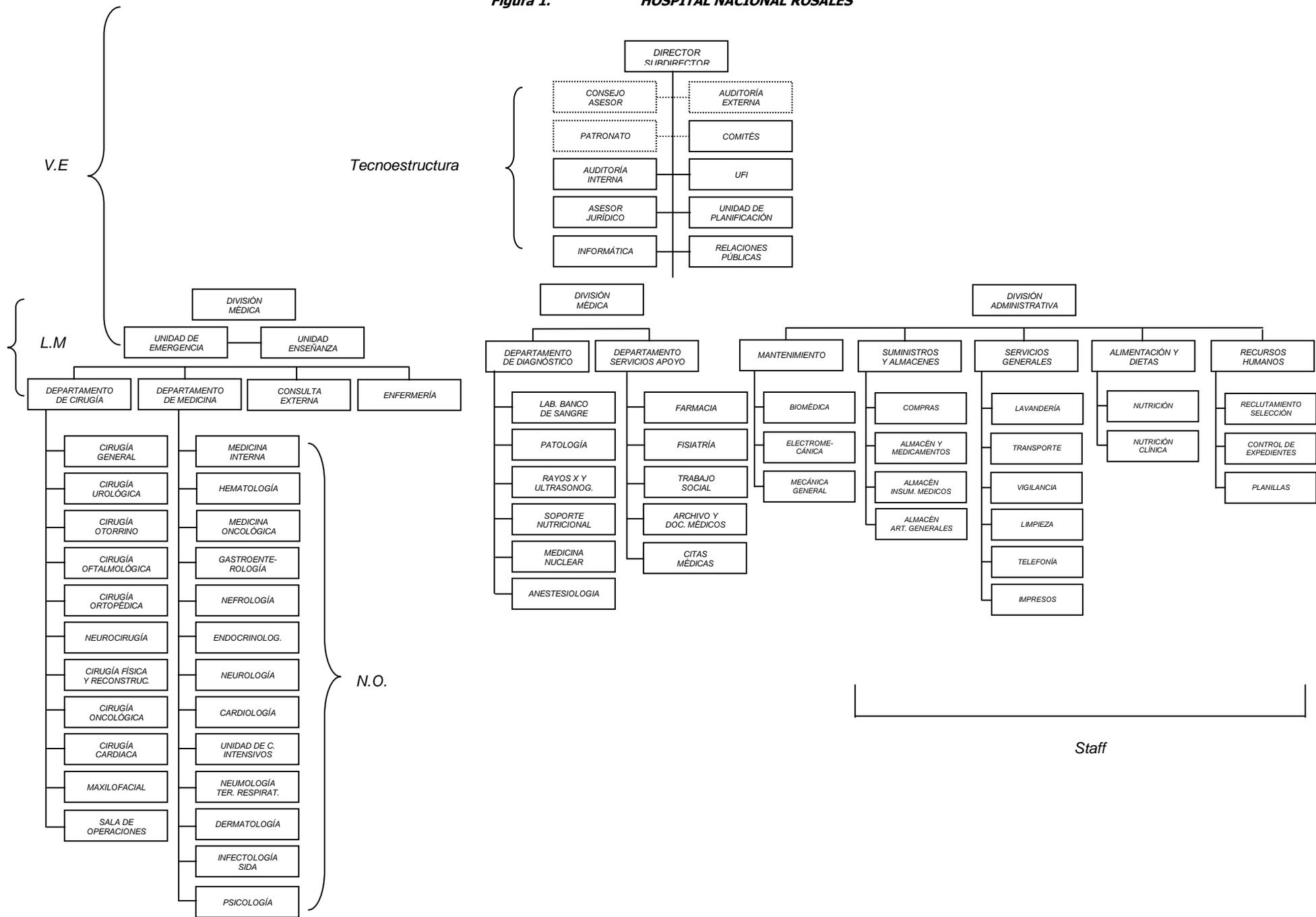
⁶⁶ Anexo 10 .

⁶⁷ Anexo 11 .

⁶⁸ Anexo 12.

⁶⁹ Anexo 6 .

Figura 1. HOSPITAL NACIONAL ROSALES



8.1.2) Configuración Estructural del Hospital Nacional de Maternidad

El organigrama del Hospital Nacional de Maternidad se mantiene vigente desde el año 2000 y su diseño nos muestra que las 5 partes fundamentales de su organización están constituidas de la siguiente manera: (Figura 2)

Vértice Estratégico: Esta integrado por el director / a, subdirector / a, las unidades asesoras, los comités de apoyo, el patronato y sus asistentes y los directores o jefes de división, estos tienen el máximo poder de decisión y se encargan de la dirección del Hospital y del cumplimiento de su misión.

Núcleo de Operación o Núcleo Técnico: En el otro extremo de la organización, esta conformado por aquellos que producen directamente los servicios y productos y comprende a los médicos, enfermeras, auxiliares y técnicos de salud y están subordinados a toda la estructura.

Línea Media: Compuesta por jefes de departamento y de servicio, tienen autoridad formal y unen el vértice estratégico con el núcleo de operaciones.

Staff de Apoyo: Integrado por la División Administrativa, Unidad Informática, Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucionales, el Departamento de Recursos Humanos, el Departamento de Mantenimiento y el Departamento de Servicios Generales, estas unidades y departamentos dan apoyo a toda la estructura hospitalaria.

Tecnoestructura: Integrada por las unidades asesoras, comités de apoyo, y el patronato, son los analistas de control y se encargan de la normalización del hospital además planifican, diseñan y cambian procesos de trabajo.

La configuración estructural del Hospital Nacional de Maternidad presenta las siguientes características en sus componentes básicos:

Mecanismos de Coordinación: En otras palabras como el hospital coordina su trabajo y mantiene su unidad, es mediante la Normalización de Procesos (definición y estandarización de procesos) en los puntos críticos del diagnóstico participativo se identifica como “ausencia y / o incumplimiento del marco legal intrahospitalario”⁷⁰, “luchar por el cumplimiento de normas y reglamentos “, “dar seguimiento a los procesos”, “monitoreo en cumplimiento de normas”⁷¹

Sin embargo hay otros mecanismos de coordinación como el de la Normalización de Capacidades y Conocimientos (formación de médicos) ya que en el Hospital Nacional de Maternidad hay formación de Médicos Internos y Residentes y se expresa en el diagnóstico participativo como: “por su variedad patológica es un centro de formación y de enseñanza aprendizaje”, “considerarse como centro de formación”⁷², el otro Mecanismo de Coordinación existente es la Normalización de Resultados (control de productos y resultados) el cual se expresa en el diagnóstico participativo como “aumento de la morbilidad perinatal”, índices de morbimortalidad materna infantil igual”⁷³.

En general hay un proceso de estandarización, de los tres mecanismos que existen el predominante es la Normalización de Procesos y la Normalización de Resultados.

La parte fundamental de la organización del Hospital Nacional de Maternidad es la tecnoestructura ya que allí es donde se afianza la Normalización de Procesos de toda la institución.

El tipo de Descentralización predominante en el Hospital Nacional de Maternidad, o sea como se distribuye estructuralmente el poder, es la descentralización horizontal limitada y selectiva, ya que aunque la toma de decisiones es centralizada, el poder de decisión se comparte con algunos miembros como jefes de unidades y divisiones que forman parte del vértice estratégico.

⁷⁰ Anexo 16

⁷¹ Anexo 23

⁷² Anexo 19

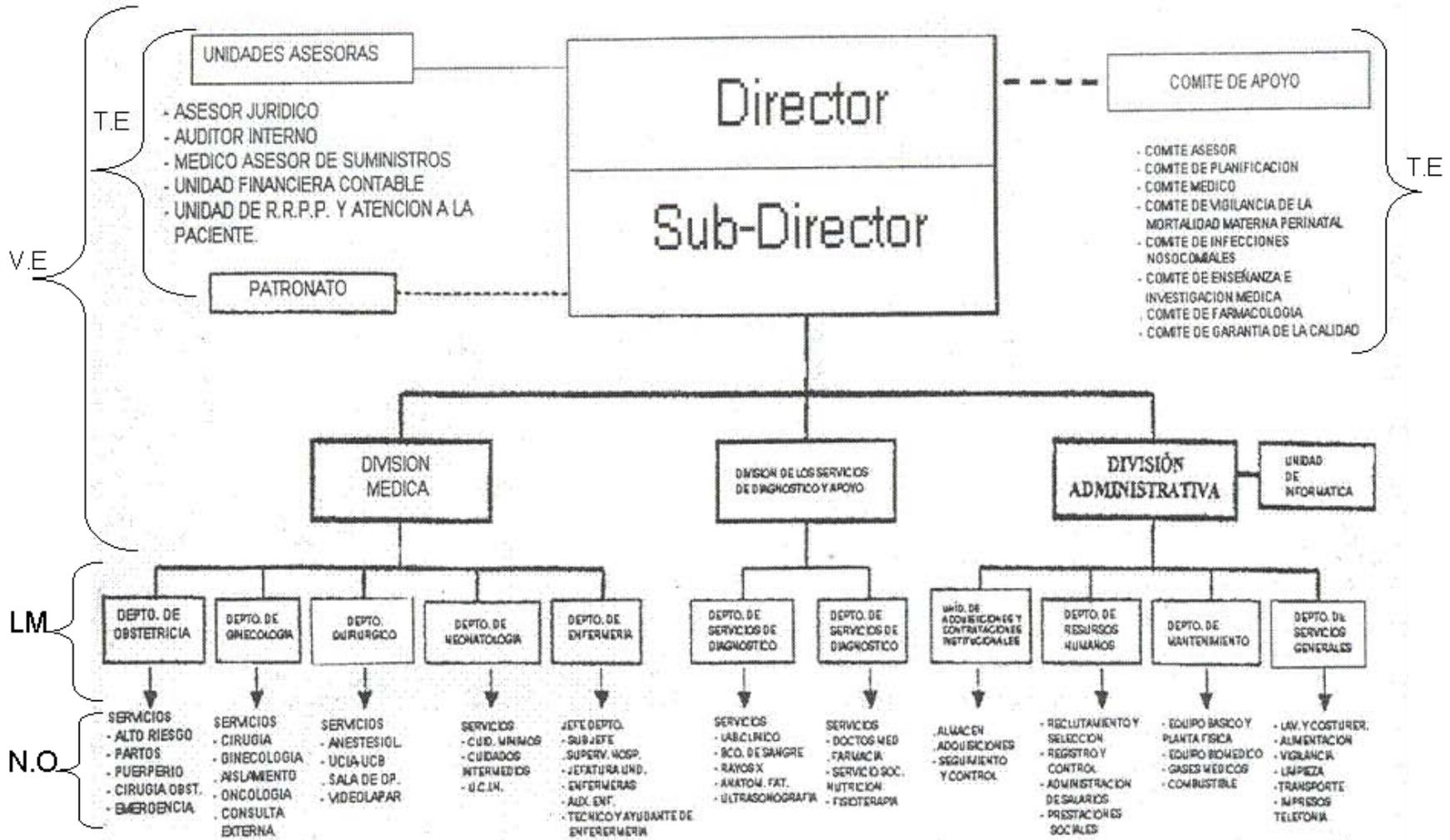
⁷³ Anexo 20

Otras características reconocidas en el diagnóstico participativo del Hospital Nacional de Maternidad son: Mala administración, falta de comunicación adecuada, se toman decisiones en forma intempestiva sin un análisis previo y de forma inconsulta, administración del hospital verticalista, lo cual crea descontento entre el personal, a excepción de un grupo “privilegiado” cercano a la administración, “el resto del personal no participa en la toma de decisiones “; “perdida de interés de la enseñanza hacia estudiantes internos, externos y residentes de parte de los médicos del staff que en su mayoría únicamente vienen a “desempeñar su trabajo” sin dejar su experiencia para el que esta formado”...⁷⁴. Estas características son manifestaciones de la existencia de una autoridad centralizada, con un flujo de información escaso y verticalista, conflictos entre distintos grupos especializados, desempeño de actividades rutinarias, desmotivación y comportamiento maquinal, sumados a la descripción anterior indican que en el Hospital Nacional de Maternidad prevalece una configuración estructural que corresponde al de una burocracia mecánica, con una estructura divisional de acuerdo a la clasificación de Mintzberg.

⁷⁴ Anexo 16

FIGURA 2

HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD
ORGANIGRAMA



8.2) Asignación de Recursos y Fuentes Alternativas de Financiamiento

8.2.1) Asignación de Recursos y Fuentes de Financiamiento del Hospital Nacional Rosales

El Hospital Nacional Rosales recibe 13.95%⁷⁵ del total del presupuesto para los hospitales del MSPAS y constituye la asignación mas elevada de la red hospitalaria.

El presupuesto del Hospital para 1999 fue de \$15.75 millones, para el año 2000 de \$17.55 millones con una variación porcentual de 11.63% y para el año 2001 fue de \$18.6 millones haciendo una variación porcentual de 6.02%, aproximadamente, de acuerdo el presupuesto registra un descenso de 5.61%. El monto asignado a la compra de medicamentos para 1999 fue de \$1.8 millones, para el año 2000 de \$1.9 millones y para el 2001 alcanzo la cifra de \$2.7 millones. (Tabla 1)

TABLA 1
CRECIMIENTO DEL PRESUPUESTO DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES
AÑOS 1999-2001

CONCEPTO	AÑOS		VARIACIÓN	
	1999	2000	ABSOLUTO	PORCENTUAL
PRESUPUESTO TOTAL	137,555,130.00	153,558,053.00	16,002,923.00	11.63%
MEDICAMENTOS	15,723,911.00	16,586,047.13	862,136.13	5.48%

CONCEPTO	AÑOS		VARIACIÓN	
	2000	2001	ABSOLUTO	PORCENTUAL
PRESUPUESTO TOTAL	153,558,053.00	162,799,533.75	9,241,480.75	6.02%
MEDICAMENTOS	16,586,047.13	23,000,005.00	6,413,957.87	38.67%

Fuente: Herbert Guzmán en base a datos de la Unidad Financiera Institucional del Hospital Nacional Rosales, Mayo 2001

⁷⁵MSPAS/OPS, Boletín No.1 Gestión en Salud pág. octubre 2000

El presupuesto del año 2001 para el Hospital Rosales proviene de dos fuentes: de los impuestos \$18.6 millones (97.85%) y de los recursos propios \$400,000 (2.15%), estos a su vez provienen de la cuota de recuperación social que el patronato cobra por servicio que el paciente recibe (Cuadro 2).

El presupuesto de este año muestra que no hay fondos GOES para el mantenimiento del edificio, ni para el rubro libros, textos y útiles ni para capacitación de personal, el 100% del presupuesto asignado para productos de papel y cartón, minerales no metálicos, materiales de oficina, materiales informáticos, materiales eléctricos y los pasajes al interior provienen de los recursos propios. (Cuadro 2)

En el caso de los bienes de uso y consumo diverso por cada colón del fondo GOES el patronato invierte 3 (321%) y en el caso de servicios de limpieza y fumigación la relación es de 9 colones de inversión (900%) de los recursos propios y un colón del fondo GOES, además en 1999 hay 6 médicos trabajando a tiempo parcial que reciben su salario del fondo propio, en tanto para medicamentos no se destina financiamiento de estos recursos.

CUADRO 2

HOSPITAL NACIONAL ROSALES
 PRESUPUESTO 2001, GOES Y RECURSOS PROPIOS
 VALORES EXPRESADOS EN COLONES TIPO DE CAMBIO ¢ 8.75

CONCEPTO	GOES	%	RECURSOS PROPIOS	%	APORTE FONDO PROPIO
	2001		2001		
SUELDOS	¢97,325,803.75	59.78%	0.00	0.00%	0.00%
AQUINALDOS	¢2,942,590.00	1.81%	0.00	0.00%	0.00%
SUELDOS	¢252,000.00	0.15%	0.00	0.00%	0.00%
AGUINALDOS	¢1,890.00	0.00%	0.00	0.00%	0.00%
POR REMUNERACIONES PERMANENTES	¢8,117,208.75	4.99%	0.00	0.00%	0.00%
POR REMUNERACIONES EVENTUALES	¢20,518.75	0.01%	0.00	0.00%	0.00%
POR REMUNERACIONES PERMANENTES	¢4,727,485.00	2.90%	0.00	0.00%	0.00%
PRODUCTOS ALIMENTICIOS PARA PERS.	¢3,506,335.00	2.15%	¢125,002.50	3.57%	3.57%
PRODUCTOS AGROPECUARIOS Y FOREST	¢0.00	0.00%	¢0.00	0.00%	0.00%
PRODUYCTOS TEXTILES Y VESTUARIOS	¢1,500,003.75	0.92%	¢0.00	0.00%	0.00%
PRODUCTOS DE PAPEL Y CARTON	¢0.00	0.00%	¢600,005.00	17.14%	100%
PRODUCTOS DE CUERO Y CAUCHO	¢0.00	0.00%	¢0.00	0.00%	0.00%
PRODUCTOS QUIMICOS	¢8,649,348.75	5.31%	¢1,105,002.50	31.57%	12.78%
PRODUCTOS MEDICINALES	¢23,000,005.00	14.13%	¢0.00	0.00%	0.00%
LLANTAS Y NEUMATICOS	¢0.00	0.00%	¢0.00	0.00%	0.00%
COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	¢726,906.25	0.45%	¢0.00	0.00%	0.00%
MINERALES NO METALICOS	¢0.00	0.00%	¢10,001.25	0.29%	100%
MINERALES METALICOS	¢49,997.50	0.03%	¢0.00	0.00%	0.00%
MATERIALES E INSTRUMENTAL DE LAB.	¢7,000,000.00	4.30%	¢0.00	0.00%	0.00%
MATERIALES DE OFICINA	¢0.00	0.00%	¢100,003.75	2.86%	100%
MATERIALES INFORMATICOS	¢0.00	0.00%	¢49,997.50	1.43%	100%
LIBROS, TEXTOS Y UTILES	¢0.00	0.00%	¢0.00	0.00%	0.00%
HERRAMIENTAS REPUESTOS Y ACC.	¢713,833.75	0.44%	¢0.00	0.00%	0.00%
MATERIALES ELÉCTRICOS	¢0.00	0.00%	¢100,003.75	2.86%	100%
BIENES DE USO Y CONSUMO DIVERSOS	¢155,618.75	0.10%	¢500,001.25	14.29%	321.3%
SERVICIO DE ENERGIA ELECTRICA	¢1,859,987.50	1.14%	0.00	0.00%	0.00%
SERVICIO DE AGUA	¢700,000.00	0.43%	0.00	0.00%	0.00%
SERVICIO DE TELECOMUNICACIONES	¢125,002.50	0.08%	0.00	0.00%	0.00%
MANTENIMIENTO Y REP DE MUEBLES	¢999,993.75	0.61%	0.00	0.00%	0.00%
MANTENIMIENTO DE VEHICULOS	¢49,997.50	0.03%	0.00	0.00%	0.00%
MANTENIMIENTO Y REP, DE INMUEBLES	¢0.00	0.00%	0.00	0.00%	0.00%
SERV. DE VIGILANCIA	¢275,003.75	0.17%	0.00	0.00%	0.00%
SERV. DE LIMPIEZA Y FUMIGACIONES	¢100,003.75	0.06%	¢899,998.75	25.71%	900%
PASAJES AL INTERIOR	¢0.00	0.00%	¢9,983.75	0.29%	100%
VIATICOS POR COMISION INTERNA	¢0.00	0.00%	0.00		0.00%
SUMAS	¢162,799,533.75	100.00%	¢3,500,000.00	100.00%	2.15%

Dr. Herberth Guzmán en base a datos de la Unidad Financiera del Hospital Nacional Rosales.

Los costos unitarios promedio en el Hospital Nacional Rosales (Cuadro 3) para los años 2000-2001 presentaron las siguientes variaciones: las cirugías aumentaron su valor pasando de \$22.68 en el año 2000 a \$30.23 en el año 2001, la consulta de medicina aumento levemente pasando de \$31.58 en el año 2000 a \$31.95 para el año 2001, la atención odontológica incremento su valor a más del doble al pasar de \$21.55 en el año 2000 a \$47.33 para el año 2001, la consulta de salud mental tuvo una reducción pasando de \$11.58 en el año 2000 a \$9.08 en el año 2001, finalmente la atención de emergencias elevo su valor pasando de \$51.15 en el año 2000 a \$55.36 para el año 2001.

CUADRO 3
HOSPITAL NACIONAL ROSALES
COSTO UNITARIO PROMEDIO DE ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA
EXPRESADO EN DOLARES
AÑOS 2000-2001

	2000	2001
1. Cirugía	22.68	30.23
2. Medicina	31.58	31.95
3. Odontología	21.55	47.33
4. Salud Mental	11.58	9.08
5. Emergencias	51.15	55.36

Fuente: Unidad Planificación del Hospital Nacional Rosales

8.2.2) Asignación de Recursos y Fuentes de Financiamiento del Hospital Nacional de Maternidad

El presupuesto del Hospital Nacional de Maternidad en el año 2000 es de \$7,962.22 millones y es el tercer monto más alto del presupuesto hospitalario del MSPAS, porcentualmente representa el 6.92%⁷⁶

⁷⁶MSPAS/OPS, Boletín No. 1 Gestión en Salud página 8, Octubre 2000

El presupuesto del hospital presenta un incremento porcentual de 1.17% ya que de 6.11% en el año 2000 pasó a 7.28% en 2001 (Tabla 2)

TABLA 2
CRECIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO
AL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD
PERIODO 1999/2000
EXPRESADO EN COLONES SALVADOREÑOS

Detalle	Año		Variación	
	1999	2000	Absoluta	Porcentual
Presupuesto	65,792,310.00	69,809,390.00	4,017,080.00	6.11%

Detalle	Año		Variación	
	2000	2001	Absoluta	Porcentual
Presupuesto	69,809,390.00	74,888,561.00	5,079,171.00	7.28%

Fuente: Dr. Herbert Guzmán en base a datos de la Unidad Financiera Institucional del Hospital de Maternidad.

El presupuesto asignado al Hospital Nacional de Maternidad para el 2001 proviene de dos fuentes: fondo GOES \$8,555,693.00 millones (96.66%) y fondo propio \$285,624.00 (3.34%) el dinero de este último proviene de las cuotas voluntarias que los pacientes pagan al patronato del hospital por servicio recibido. En la distribución del fondo GOES no aparecen montos asignados a libros ni a capacitación del personal. (Cuadro 4)

Al examinar la distribución del fondo propio se observa que 64% del combustible que consume el hospital, 23% de los textiles y vestuarios y 28% de los servicios de limpieza son pagados con este fondo además, en 1999 hay 11 médicos trabajando a tiempo parcial que reciben su salario del fondo propio, en tanto que a medicamentos no se le asigna ninguna cantidad.

CUADRO 4

PRESUPUESTO ASIGNADO AL HOSPITAL
NACIONAL DE MATERNIDAD PARA EL AÑO 2001
EXPRESADO EN COLONES SALVADOREÑOS
TIPO DE CAMBIO ₡ 8.75

CUENTA	FONDO GOES	%	FONDO PROPIO	%	APORTE FONDO PROPIO
REMUNERACIONES	55,260,712.50	73.79%	0.00	0.00%	
MEDICAMENTOS	4,097,336.25	5.47%	0.00	0.00%	
INSUMOS MEDICOS Y PRODUCTOS QUÍMICOS	6,523,720.00	8.71%	1,264,228.26	50.59%	19.38%
COMBUSTIBLE	323,855.00	0.43%	205,826.25	8.24%	63.56%
REPARACIONES Y ACCESORIOS	679,997.50	0.91%	11,229.75	0.45%	1.65%
PAPELERIA Y UTILES	367,080.00	0.49%	52,390.63	2.10%	14.27%
TEXTILES Y VESTUARIOS	896,000.00	1.20%	203,997.50	8.16%	22.77%
ALIMENTOS	2,285,290.00	3.05%	140,297.50	5.61%	6.14%
MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EQUIPO	344,286.25	0.46%	73,950.01	2.96%	21.48%
VIATICOS Y PASAJES	2,003.75	0.00%	0.00	0.00%	
SERVICIOS BÁSICOS	1,873,987.50	2.50%	0.00	0.00%	
SERVICIO VIGILANCIA	298,322.50	0.40%	0.00	0.00%	
OTROS (SERVICIO LIMPIEZA	1,935,972.50	2.59%	547,290.10	21.90%	28.27%
TOTALES	74,888,563.75	100.00%	2,499,210.00	100.00%	3.34%

FUENTE: Dr. Herberth Guzmán en base a datos de la unidad financiera institucional del Hospital de Maternidad

Los costos unitarios promedio de los servicios (Cuadro 5) que brinda el Hospital Nacional de Maternidad para el período 2000-2001, presentaron las siguientes variaciones: el tratamiento oncológico aumento pasando de \$324.58 en el año 2000 a \$442.71 para el año 2001, la cirugía ginecológica incremento su valor pasando de \$230.74 en el año 2000 a \$520.65 para el año 2001, la atención puerperal también elevo su costo pasando de \$153.57 en el año 2000 a \$173.18 en el año 2001, el costo del embarazo de alto riesgo aumento pasando de \$154.59 en el año 2000 a \$262.18 para el año 2001, la cirugía obstétrica registra una elevación al pasar de \$193.32 en el año 2000 a \$240.04 en el año 2001, la atención neonatal igualmente se elevo pasando de \$385.4 en el año 2000 a \$467.58 para el año 2001, el servicio de aislamiento también registro un incremento elevado pasando de \$243 en el año 2000 a \$305 para el año 2001. En general el costo unitario promedio de los servicios hospitalarios aumento al pasar de \$222.19 promedio para el año 2000 a \$275.04 en promedio para el año 2001.

CUADRO 5
HOSPITAL DE MATERNIDAD
COSTO PROMEDIO DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS
2000-2001

SERVICIO	COSTO UNITARIO PROMEDIO	
	2000	2001
Oncología	\$324.58	\$442.71
C. Ginecológico	\$230.74	520.65
Puerperio	153.57	173.18
Emb. Alto riesgo	154.59	262.18
C. Obstétrica	193.32	240.04
Neonatología	385.4	467.58
Aislamiento	243	305
Costo Promedio Hospitalización	222.19	275.04

Fuente: Estadísticas y documentos médicos del Hospital Nacional de Maternidad

8.3) Condición Físico Estructural

8.3.1) Áreas que fueron afectadas por los terremotos del año 2001 En el Hospital Nacional Rosales

El edificio del Hospital Nacional Rosales está en función desde el 13 de julio de 1902 y debido a su antigüedad, escaso mantenimiento y a los efectos del terremoto de 1986 se encontraba seriamente deteriorado con anterioridad a los terremotos del año 2001, posterior a ellos varias comisiones evaluaron la infraestructura, por su parte el MSPAS calificó como severo el daño (Cuadro 6) ocasionado al hospital y la Unidad de Planificación del Hospital Nacional Rosales emitió el siguiente dictamen:

Después del pasado terremoto del 13 de enero muchas áreas del Hospital Nacional Rosales quedaron inhabilitadas, siendo estas las siguientes: 2do. Medicina Hombres, 3ro. Medicina Hombres, Edificio de los Quirófanos Centrales, todos los servicios que se encuentran en el Sótano siendo estos el 4to. Cirugía Hombres, Ortopedias Hombres y Mujeres, el Servicio de Urología Hombres y Mujeres, el edificio Administrativo del Hospital del cual se tuvieron que desalojar las áreas de la Administración, la Unidad Financiera y la Unidad de Planificación

quedando funcionando dentro de esta edificación la dirección del Hospital, la Unidad Jurídica y el departamento de Telefonía.

8.3.2) Áreas que fueron afectadas por los terremotos del año 2001 en el Hospital Nacional de Maternidad.

El edificio del Hospital Nacional de Maternidad se inauguró en 1954 y tenía en consecuencia 47 años de estar funcionando, en la actualidad luego de los terremotos del año 2001 de acuerdo al MSPAS el Hospital sufrió un daño severo (Cuadro 6) en su infraestructura, el Departamento de Estadísticas y documentos médicos del Hospital Nacional de Maternidad consideró su condición física estructural de la siguiente forma:

“El edificio (clínica Ginecológica) que alberga la Consulta Externa se encuentra en el 100% inhabilitado, el 70% de la infraestructura del hospital se encuentra dañada, quedando el 30% para hospitalización y oficinas administrativas.

Se está construyendo el estacionamiento, local provisional para la Consulta Externa.

La institución cuenta con 9 quirófanos, de los cuales solamente se encuentran funcionando 3 para toda cirugía mayor de emergencia y un quirófano improvisado en el área de Emergencia para los procedimientos menores, por lo tanto en cuando a cirugía electiva estamos a cero.

CUADRO 6
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AFECTADOS POR LOS DOS TERREMOTOS
 ENERO – FEBRERO 2001

FECHA	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	TIPO DE DAÑO			TOTAL DAÑADO	COSTO REPARACION	COSTO RECONSTRUCCION**
		LEVE	MODERADO	SEVERO			
13 DE ENERO	Unidades de Salud	54	15	10	79		
	Hospital de Segundo Nivel	9	4	4	17		
	Hospital de Tercer Nivel	1	2	2*	5		
	Casas de Salud	3	0	0	3		
	Centro Rural de Nutrición	0	0	1	1		
	Oficinas Administrativas	6	3	4	13		
	Total	73	24	21	118	\$ 32 mill.	\$ 223 mill.**
13 DE FEBRERO	Unidades de Salud	8	22	2	32		
	Hospitales de Segundo Nivel	2	1	1	5		
	Oficinas Administrativas	0	0	2	2		
	TOTAL	11	23	5	39	\$ 5.3	\$ 31 mill.**
	GRAN TOTAL	84	47	26	157	\$ 37.3	\$ 254 mill.**

* Hospital Nacional Rosales y Hospital Nacional de Maternidad

** Incluye costos de refuerzo de infraestructura, equipo y mejoras en la gestión

8.4 Cobertura

8.4.1) Cobertura del Hospital Nacional Rosales

Los indicadores de cobertura del Hospital Nacional Rosales (Tabla 3) en el período 2000-2001 post terremotos registran los siguientes cambios: La consulta por habitante aumento pasando de 0.14 en el año 2000 a 0.16 consultas por habitante para el año 2001.

Los egresos por 100 habitantes disminuyeron de 1.44 en el año 2000 a 1.29 egresos por cien habitantes para el año 2001,

Y las cirugías por 100 egresos registran un descenso de 0.98 cirugías en el año 2000 a 0.78 cirugías por 100 egresos para el año 2001.

TABLA 3

INDICADORES DE COBERTURA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES AÑOS 2000-2001

INDICADOR	2000	2001
Consulta por habitante	0.14	0.16
Egresos por 100 habitantes	1.44	1.29
Cirugías por 100 egresos	0.98	0.78

Fuente: Herbert Guzmán en base a datos de la Unidad de Planificación del Hospital Nacional Rosales de El Salvador (Ver Anexo 3)

8.4.2) Nivel de Atención de la Consulta en el Hospital Nacional Rosales

La consulta por especialidades muestra que 47% de las consultas corresponden a las distintas subespecialidades de medicina, un 50% son consultas de cirugía y sus subespecialidades, y 3% corresponden a otras consultas por especialidad, (Cuadro 7).

CUADRO 7

HOSPITAL NACIONAL ROSALES CONSULTA EXTERNA DE ENERO A DICIEMBRE DE 2000

CONSULTA TOTAL EFECTUADA Y PORCENTAJES

MEDICINA		
ESPECIALIDAD	Cx EFECTUADA	%
MEDICINA INTERNA	16990	23.62
CARDIOLOGÍA	11963	16.63
GASTROENTEROLOGÍA	10161	14.13
ENDOCRINOLOGÍA	7823	10.88
HEMATOLOGÍA	4425	6.15
NEFROLOGÍA	2178	3.03
DERMATOLOGÍA	5110	7.10
NEUMOLOGÍA	4901	6.81
REUMATOLOGÍA	2103	2.92
NEUROLOGÍA	4540	6.31
PSIQUIATRÍA	528	0.73
PSICOLOGÍA	1202	1.67
TOTAL	71924	100%

CIRUGÍA		
ESPECIALIDAD	Cx EFECTUADA	%
CIRUGÍA GENERAL	12577	16.57
OFTALMOLOGÍA	33166	43.70
NEUROLOGÍA	4497	5.93
CIRUGÍA PLÁSTICA	2408	3.17
ORTOPEDIA	7183	9.46
UROLOGÍA	7258	9.56
OTORRINOLARINGOLOGÍA	3549	4.68
PROCTOLOGÍA	2230	2.94
ESTOMATOLOGÍA	2768	3.65
ANESTESIOLOGÍA	258	5.26
TOTAL	75894	100%

ESPECIALIDAD	Cx EFECTUADA	%
MEDICINA NUCLEAR	1733	35.32
MEDICINA FÍSICA Y REABILITACIÓN	1334	27.19
NUTRICIÓN	1354	27.59
PEDIATRÍA	486	9.9
TOTAL	4907	100%

TOTAL DE CONSULTAS EXTERNAS EFECTUADAS DE ENERO A DICIEMBRE DE 2000: 152,725

JEFATURA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES

Al examinar la morbilidad atendida en el Hospital Nacional Rosales durante el año 2000 (Cuadro 8) se observa que el 19% corresponde al primer nivel de atención (diarrea, enteritis y gastroenteritis, lumbago y depresión), 38% al tercer nivel de atención (heridas por arma blanca y de fuego, y por vehículos automotores), más otro 43% al mismo nivel de atención pero consideradas crónico degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica y cáncer Cérvico uterino), aunque el cáncer cérvico uterino debería ser atendido en el Hospital Nacional de Maternidad.

CUADRO 8
PERFIL DE MORBILIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES
AÑOS 2000 - 2001

N°	MORBILIDAD HOSPITALARIA	2000		2001 enero- marzo	
		N DE CASOS	%	N DE CASOS	%
1	DIABETES MELLITUS	1,392	18.18	607	26
2	HERIDA POR ARMA BLANCA	1,080	14.11	239	.10
3	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1,013	13.23	344	15
4	POR VEHÍCULO AUTOMOTOR	933	12.19	215	9
5	HERIDA POR ARMA DE FUEGO	905	11.82	242	10
6	DIARREA, ENTERITIS Y GASTROENTERITIS	596	7.78	97	4
7	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	482	6.29	134	6
8	LUMBAGO	428	5.59	196	8
9	CÁNCER CERVICO UTERINO	424	5.54	94	4
10	DEPRESIÓN	408	5.26	139	6
	TOTAL	7,656	100.0	2307	100.

FUENTE: Estadísticas y documentos médicos del Hospital Nacional Rosales.

Al examinar las causas de consulta en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional Rosales (Cuadro 9) durante al período de enero a marzo de 2001, se observa que 39.54% de las causas corresponden a patologías de resolución en el primer nivel de atención (diarreas, gastroenteritis de presunto origen infeccioso, infección de vías urinarias y faringitis aguda).

CUADRO 9
CAUSAS DE CONSULTA EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA
DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES EN EL PERÍODO
ENERO-MARZO DE 2001.

N°	CAUSAS DE CONSULTA	N° DE CASOS	%
1	DIARREA, GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	360	20.93
2	CUERPO EXTRAÑO PARTE EXTERNA DE OJO, SITIO NO ESPECIFICADO	240	13.96
3	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	200	11.63
4	TRAUMATISMO DE LA CABEZA NO ESPECIFICADO	160	9.31
5	FRACTURA DE LA DIÁFISIS DE LA TIBIA	160	9.31
6	ENFERMEDADES VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA	120	6.98
7	FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	120	6.98
8	CÓLICO RENAL NO ESPECIFICADO	120	6.98
9	FRACTURA DE LA DIÁFISIS DEL CÚBITO	120	6.98
10	TRAUMATISMO DEL PIE Y DEL TOBILLO NO ESPECIFICADO	120	6.98
	TOTAL	1,720	100.00

FUENTE: Departamento de Estadísticas y Documentos Médicos del Hospital Nacional Rosales.

8.4.4) Cobertura del Hospital Nacional de Maternidad

En cuanto al Hospital Nacional de Maternidad los indicadores de cobertura durante el período 2000-2001 (Tabla 4) post terremoto registran los siguientes cambios: La consulta por habitante disminuyó pasando de 0.06 consulta/habitante/año en el 2000 a 0.04 consulta/habitante/año para el año 2001, los egresos disminuyeron pasando 1.33 egresos por cien habitantes en el año 2000 a 1.07 egresos por cien habitantes para el año 2001, las cirugías igualmente se redujeron pasando de 63 cirugías /100 egresos en el año 2000 a 54 cirugías/100 egresos para el año 2001.

Tabla 4
Indicadores de Cobertura del Hospital Nacional
de Maternidad años 2000-2001

INDICADOR	AÑO 2000	AÑO 2001
Consulta por habitante	0.06	0.04
Egresos por 100 habitantes	1.33	1.07
Cirugías por 100 egresos	63	54

Fuente: Herbert Guzmán en base a datos del Departamento y documentos médicos del Hospital Nacional de Maternidad.(Anexo3)

8.4.5) Nivel de atención de la consulta en el Hospital Nacional de Maternidad.

Para el año 2000 se brindaron un total de 162.604 consultas de las cuales, el 50% (81,302) corresponden a consultas externas, otro 17% (27,736) a consultas ginecológicas y 33% (53,566) son consultas especializadas⁷⁷.

Al examinar las diez primeras causas de morbilidad de consulta atendidas por el Hospital Nacional de Maternidad se observa que para el año 2000 (Cuadro 10) el 77% de las consultas corresponden al tercer nivel de atención y el 3% al primer nivel de atención (supervisión de anticonceptivos) mientras que para el año 2001 (Cuadro 11) el 98.44% corresponden a consultas de tercer nivel y el 1.56% son consultas del primer nivel de atención (supervisión de anticonceptivos y control de embarazo).

CUADRO 10
HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA
AÑO 2000.

No.	CAUSAS	CASOS	%
1	Displasia cervical leve	3,520	18.07
2	Leiomioma del útero sin otra especificación	720	3.70
3	Prolapso uterovaginal completo	640	3.29
4	Supervisión del uso de drogas anticonceptivas	600	3.08
5	Tumor maligno del cuello del útero	480	2.46
6	Infertilidad femenina	480	2.46
7	Displasia cervical moderada	440	2.26
8	Displasia cervical severa	360	1.85
9	Carcinoma in situ del cuello del útero	320	1.64
10	Tumor maligno de la mama	320	1.64
Total		7,880	

Fuente: Depto. Estadísticas y documentos médicos del Hospital Nacional de Maternidad.

⁷⁷ Hospital Nacional Rosales, departamento de Estadísticas y Documentos Médicos, Febrero 2005

CUADRO 11
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA
AÑO 2001.

No.	CAUSAS	CASOS	%
1	Displasia del cuello del útero (leve, moderada y severa)	12,000	38.75
2	Prolapso uterino	2,680	8.71
3	Tumor maligno de la mama	2,000	6.5
4	Cáncer invasivo del cuello del útero	1,840	5.98
5	Leiomioma del útero	1,080	3.51
6	Atención para la anticoncepción (Incluye: supervisión del uso de droga anticonceptiva y prescripción inicial de anticonceptivo)	400	1.3
7	Quiste ovárico	240	0.78
8	Tumor maligno del ovario	240	0.78
9	Tumor benigno de la mama	240	0.78
10	Control del embarazo	80	0.26
Total		20,800	

Fuente: Depto. Estadísticas y documentos médicos del Hospital Nacional de Maternidad.

8.5) Utilización de los Recursos

8.5.1) Utilización de Recursos en el Hospital Nacional Rosales

En cuanto a utilización del recurso cama en el Hospital Nacional Rosales durante el período 2000-2001 (Tabla 5) encontramos la siguiente situación: el índice de ocupación disminuyó pasando de 78% en el año 2000 a 76% en el año 2001 posterior a los terremotos, el promedio de estancia aumentó levemente pasando de 7.84 días paciente en el año 2000 a 8.09 días en el año 2001 y la productividad se mantuvo ya que tanto en el año 2000 como en el 2001 se registran 38 egresos por cama aproximadamente.

TABLA 5
Utilización Cuantitativa del Recurso Cama Pacientes Agudos y Crónicos del Hospital Nacional Rosales años 2000-2001

INDICADOR	AÑO 2000	AÑO 2001
Índice de Ocupación %	78.1%	76.37%
Promedio de estancia. Días/paciente	7.84	8.09
Productividad. Egresos/ cama	37.80	38.11

Fuente: Herbert Guzmán en base a datos de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Salud Pública en cifras 1997-2003 MSPAS, mayo 2004 (Anexo 4).

En relación a la utilización del quirófano (Tabla 6) se observa que, para el año 2000 existían en el Hospital Nacional Rosales 14 quirófanos, 4 de ellos dedicados a la atención de emergencia y funcionando 24 horas, y 14 quirófanos destinados a la atención de cirugía electiva funcionando de 7 a.m. a 2 p.m., produciendo un promedio de 450 cirugías al mes, para el año 2001, esta situación cambió ya que después de los terremotos se contó con 11 quirófanos a marzo del 2001 de los cuales 4 se dedicaron a la atención de emergencias funcionando siempre por 24 horas y 7 se destinaron a cirugía electiva funcionando de 7 a.m. a 2 p.m., produciendo un promedio de 225 cirugías al mes.

**TABLA 6
HOSPITAL ROSALES
UTILIZACIÓN DE QUIRÓFANOS
AÑO 2000**

Cantidad de Quirófanos	Quirófano Servicio	Cirugías por mes	Horario
4	emergencia		24 horas
14	Cirugía electiva	450	7 a.m. – 2 p.m

Fuente: Unidad de Planificación Hospital Nacional Rosales

AÑO 2001

Cantidad de Quirófanos	Quirófano Servicio	Cirugías por mes	Horario
4	Emergencia		24 horas
7(marzo 2001)	Cirugía electiva	225	7 a.m. – 2 p.m.

Fuente: Unidad de Planificación del Hospital Nacional Rosales

8.5.2) Utilización de Recursos en el Hospital Nacional de Maternidad

En cuanto a la utilización cuantitativa del recurso cama en el Hospital Nacional de Maternidad en el período 2000-2001 (Tabla 7) encontramos la siguiente situación: El índice de ocupación disminuyó pasando de 97.5% en el año 2000 a 93.25% en el año 2001 posterior a los terremotos, el promedio de estancia se redujo pasando de 5.37 días/paciente en el año 2000 a 4.4 días/paciente en el año 2001, la productividad también decreció pasando de aproximadamente 98 egresos/cama en el año 2000 a 61 egresos/cama en el año 2001.

TABLA 7

Utilización cuantitativa del Recurso Cama Pacientes Agudos y Crónicos del Hospital Nacional de Maternidad Años 2000-2001

INDICADOR	AÑO 2000	AÑO 2001
Índice de ocupación %	97.5%	86.58%
Promedio de estancia. Días / paciente	5.37	4.4
Productividad. Egresos / cama	98.28	61.20

Fuente: Herbert Guzmán en base a datos de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Salud Pública en Cifras 1997-2001, MSPAS mayo 2004 (Anexo 4).

En cuanto a la utilización del quirófano (Tabla 8) se encontró que tanto para el año 2000 como para el 2001 el Hospital Nacional de Maternidad, disponía de 8 quirófanos, 3 de ellos destinados a cirugía electiva funcionando 8 horas al día y otros 5 quirófanos destinados a emergencia funcionando 24 horas con una producción para el año 2000 de 16,838 cirugías en tanto esta producción para el año 2001 disminuyó a 11.693 cirugías.

TABLA 8
HOSPITAL DE MATERNIDAD
UTILIZACIÓN DE QUIRÓFANOS
AÑO 2000

Cantidad de Quirófanos	Quirófano Servicio	Cirugías/año	Horario
8	3 electiva 5 emergencia	16,838	8 horas/día 24 horas

AÑO 2001

Cantidad de Quirófanos	Quirófano Servicio	Cirugías por mes	Horario
8	3 electiva 5 emergencia	11,693	8 horas/día 24 horas

Fuente: Depto. Estadística y documentos Médicos del Hospital Nacional de Maternidad

74

8.6) Puntos Críticos Prioritarios

La identificación cualitativa de los puntos críticos principales, busco información adicional en base a la experiencia vivida por personal de los Hospitales, tratando de centrarse en explicarse aspectos de la gestión, organización, condiciones físico estructurales y la utilización de algunos recursos hospitalarios, las entrevistas individuales realizadas y la metodología utilizada en el diagnóstico participativo (Cualitativo) identifica en general los puntos críticos principales, pero estableciendo luego una priorización de acuerdo a como lo perciben Jefes, dirigentes y otro personal médico de los Hospitales Nacionales Rosales y de Maternidad.

La redacción de los puntos críticos prioritarios rescata textualmente las opiniones del personal participante, no es lenguaje estrictamente técnico, de allí que puedan haber diferencias en las nomenclaturas.

De acuerdo a la percepción de jefes de servicio, dirigentes gremiales y personal de servicio del Hospital Nacional Rosales y entrevistados o participantes en el diagnóstico participativo, los puntos críticos prioritarios y sus causas son los siguientes:⁷⁸

⁷⁸ Anexo 5.

Cuadro 12. Hospital Nacional Rosales: Puntos críticos y sus causas

PUNTOS CRITICOS PRIORITARIOS	CAUSAS DE ESTOS PUNTOS CRITICOS
Alto Porcentaje de la infraestructura deteriorada, inadecuada e insegura.	Falta de mantenimiento preventivo
Escasez de equipos, instrumental, material y medicamentos, caducidad de algunos equipos e instrumental y poca tecnología de punta.	Presupuesto inadecuado
Presupuesto limitado.	* Falta de voluntad política del MSPAS * No hay política p/proveer serv. De 3er. N.
Recursos humanos insuficientes, seleccionados, contratados Y ubicados en base a criterios arbitrarios, la mayoría de los médicos están contratados por 2 horas y algunos por 4, laborando en horario matutino, lo cual provoca acumulación de trabajo. Los salarios son bajos y un gran numero de especialistas trabajan ad-honoren. No hay o son insuficientes los incentivos económicos, morales o académicos para la superación del personal. Algunos trabajadores tienen poca conciencia de la responsabilidad que asumen, demostrando poca mística en el trabajo.	*No hay política de contratación de personal * Actitudes antitéticas, compadrazgo * Apatía y falta de mística de los trabajadores
Desajuste organizacional, descoordinación entre establecimientos del MSPAS, mal funcionamiento del Sistema de Referencia y retorno, saturación de pacientes de primero y segundo nivel, escasez de recursos técnicos y de diagnóstico, imprecisión de algunas áreas de servicio, tales como cirugía maxilofacial y cirugía plástica, unidad de emergencia con serias carencias.	* Falta de Planificación y organización, mala canalización de recursos, no hay sistema de salud
Ausencia de Políticas de Salud y en particular de Política Hosp. desinterés de las autoridades a nivel central del MSPAS y en consecuencia una pobre respuesta a la problemática del hospital.	* Poca a nula participación gremial, desinterés Gubernamental por los desposeídos.
Deficiencias administrativas, entre ellas la más importante nivel de atención indefinido, ausencia de normas de atención y reglamentos en áreas de servicio, existen distintas manifestaciones de corrupción, un sistema de compras poco ágil e inoportuno, es poco conocida la producción del Hospital Nacional Rosales y el rendimiento individual.	* Burocracia, desinterés por la información
Divorcio entre el componente docente del hospital y el resto de la estructura, no hay programas de enseñanza ni coordinación entre las instituciones, a la vez la supervisión es inexistente, hay un bajo rendimiento académico, lo cual ocasiona un deficiente nivel técnico asistencial. El bajo rendimiento se origina en la apatía del Staff del Hospital Nacional Rosales y en la deficiente preparación del estudiantado de medicina, internos y residentes. El personal presenta niveles de desactualización académica.	* No hay coordinación entre la facultad de medicina y el Hospital Nacional Rosales
Los daños ocasionados por los terremotos al destruir los quirófanos Y varios encamados, redujeron al mínimo la capacidad de respuesta del Hospital, provocando hacinamiento en diferentes servicios, Agravamiento de la salud de los pacientes debido a la larga espera Y falta de tratamiento. Tal crisis vino a demostrar la vulnerabilidad de la infraestructura hospitalaria y la importancia de contar con un plan de emergencia para desastres.	* Falta de plan de emergencia para atención a Desastres
La atención del paciente es deficitaria y de baja calidad, hay hacinamiento en los encamados en particular en cuidados críticos, el transporte interno de los pacientes es muy difícil.	* Problema de capacitación al personal, ausencia de programa de garantía de la calidad, falta de evaluación.

FUENTE: Dr. Herbert Guzmán. A partir de mayoría de opiniones de entrevistas personales.

El diagnóstico participativo realizado en base a la técnica de metaplan incorporó a los jefes de servicio y dirigentes del Hospital Nacional Rosales y del Colegio Médico de El Salvador, reconoce como principales los siguientes problemas y sus causas en el Hospital Nacional Rosales

PROBLEMAS

Causas mediatas:

- No hay interés en el MSPAS por solucionar los problemas
- Falta de una política Nacional de Salud y Política Hospitalaria

Causas inmediatas:

- Deficiencias en la Administración del Hospital Nacional Rosales
- Corrupción en distintas formas y a varios niveles
- Presupuesto insuficiente
- Infraestructura inadecuada
- Deterioro de la responsabilidad laboral de los trabajadores.

Fortalezas:

- Antigüedad
- Reconocimiento público a la calidad de atención médica y como principal centro de referencia nacional.
- Tradición en su función asistencial y docente, en la formación de pregrado y post grado
- Recursos humanos calificados
- El hospital tiene una gran gama de especialidades
- Desarrollo de técnicas quirúrgicas apropiadas
- Mística y conciencia de los trabajadores en sus labores.

En las entrevistas personales y en el diagnóstico participativo realizado con jefes de servicio, dirigentes gremiales, personal de servicio, médicos ad honorem del Hospital Nacional de Maternidad se señalan los siguientes puntos críticos prioritarios y sus causas⁷⁹

⁷⁹ Anexo 16 .

Cuadro 13. Hospital Nacional de Maternidad: puntos críticos prioritarios y sus causas.

PUNTOS CRITICOS PRIORITARIOS	CAUSAS DE ESTOS PUNTOS CRITICOS
* Daño a la infraestructura y reducción de espacios para consulta externa y cirugía electiva, retraso en atención de consulta externa por no contar con espacio físico adecuado.	* Destrucción por el terremoto * Falta de espacio para construcción * Falta de fondos proporcionados por el Gobierno para la remodelación del edificio.
* Mala administración, falta de comunicación adecuada, se toman decisiones de forma inintempestiva sin un análisis previo y de forma inconsulta, administración del hospital verticalista, lo cual crea descontento entre el personal, a excepción de un grupo "privilegiado" cercano a la administración el resto del personal no participa en la toma de decisiones.	* Políticas de admn. anterior que favorecieron solo a un grupo que realmente no es el idóneo p/dirigir el hospital, la administración es vertical, corrupción, falta de capacidad técnica para análisis y solución, falta de voluntad, no tomar en cuenta opiniones (fuera) bajos salarios del personal lo cual crea descontento. falta de interés del Gobierno a resolver los problemas
* Personal médico idóneo y paramédico insuficiente (enfermeras y terapeutas), plazas compartidas y falta de interés personal. * Falta de presupuesto	* Falta de presupuesto basado en el diagnóstico Falta apoyo verdadero del Ministerio de Salud
* Situación del equipo médico e insumos	Falta de presupuesto
* Pérdida del interés de la enseñanza hacia estudiantes internos, externos y residentes de parte de los médicos del staff que en su mayoría únicamente vienen a "desempeñar su trabajo" sin dejar su experiencia p/ el que esta formando. Esto es crónico. Retraso en la enseñanza quirúrgica en los médicos pendientes, situación de ciencia y tecnología.	* Acomodamiento del personal a no hacer nada o ir a pasar el tiempo.

FUENTE:: Herbert Guzmán. A partir de mayoría de opiniones de entrevistas personales

El diagnóstico participativo del Hospital Nacional de Maternidad realizado con jefes de servicios y administrativos reconoce los siguientes problemas y fortalezas⁸⁰

Problemas Principales

- No hay una infraestructura adecuada para el buen funcionamiento del hospital
- Mala administración
- Equipo, materiales y medicamentos insuficiente
- Recursos humanos insuficientes
- Baja asignación presupuestaria
- Ausencia y/o incumplimiento del marco legal intra hospitalario
- No participación médicos del hospital en la enseñanza que afecta el resultado final (atención de la paciente)

⁸⁰ Anexo 17.

Problemas Prioritarios

- 1) Mala administración de los recursos restringidos, señalando como causa prioritaria: incapacidad de las personas que dirigen, falta de política de población y de salud adecuada y falta de apoyo a nivel central
- 2) Presupuesto inadecuado
- 3) La corrupción señalado como causas: modelo social corrupto como generador de la corrupción a niveles inferiores, ausencia en el modelo educativo de prevención de la corrupción, incumplimiento de normas, reglamentos y la ley de hospitales, incongruencias del marco legal, ausencia de monitoreo continuo de los procesos e influencias extrainstitucionales.

Fortalezas

- 1) Contamos con personal médico y técnico de alta calidad
- 2) Credibilidad de la población por los servicios médico hospitalarios
- 3) Por la variedad patológica es un centro de formación y de enseñanza aprendizaje.
- 4) Centro de referencia
- 5) Accesibilidad geográfica

En ambos establecimientos los participantes en el diagnóstico manifestaron que hay ausencia, incumplimiento y falta de respeto a la norma y reglamentos por parte del personal, ausencia de políticas hospitalarias, falta de control y monitoreo de actividades y de solución a problemas, en el caso del Hospital Nacional Rosales se señala que hay falta de comunicación y retardo en la toma de decisiones a nivel de la dirección y que hay escasa participación e interés por una mayoría del gremio, en el caso del Hospital Nacional de Maternidad se percibe que el problema prioritario es la mala administración, señalando como causa prioritaria la incapacidad de las personas que dirigen y otras como la falta de adecuadas políticas de población y de salud y falta de apoyo a nivel central.

Otros problema reconocido como prioritarios son: las manifestaciones de corrupción a cuya base están el incumplimiento de normas y reglamentos del hospital, influencias extra institucionales ausencia de monitoreo de los procesos y ausencia de educación para la prevención de la corrupción.

Otros hallazgos en el diagnóstico participativo referidos a la gestión de ambos hospitales son: poca comunicación hacia la base y escasas participación de los trabajadores en la toma de decisiones; en el Hospital Nacional Rosales no hay comunicación de cambios en el organigrama, hay dualidad de funciones, manejo inadecuado de problemas administrativos y abusos de autoridad, hay manual de puestos y procedimientos pero es poco conocido y aplicado.

Hay falta de interés personal; deterioro de la responsabilidad, mística laboral y del aspecto psicológico del trabajador, existe desconfianza entre médicos del nivel central del MSPAS y los del Hospital Nacional Rosales y fuerzas que tratan de mantener el status quo en este Hospital.

En cuanto al aspecto docente en el Hospital Nacional Rosales se considera que hay divorcio entre el componente docente y el asistencial no hay programas de enseñanza ni coordinación entre las instituciones. Hay un bajo rendimiento académico que genera deficiente nivel técnico asistencial. En ambos Hospitales se estima que esta situación se origina en el staff de médicos (Hospital Nacional de Maternidad) ha perdido interés en la enseñanza y en su apatía (Hospital Nacional Rosales) y en la deficiente preparación de los estudiantes.

9) DISCUSION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Los Hospitales Nacionales Rosales y de Maternidad forman parte de la red de establecimientos del Ministerio de Salud y constituyen junto con la red hospitalaria del Seguro Social, Sanidad Militar y Bienestar magisterial un Sistema de Salud fragmentando o segmentado de acuerdo a la definición de Frenk y Londoño, que diferencia población pobre y población con capacidad de pago.

Inicialmente estos hospitales se conciben en el concepto de la doctrina de de beneficencia, actualmente se considera que transitan hacia una doctrina de mercado en la que se impone el repago por parte de los pacientes y muchos de sus servicios son dados en concesión a proveedores privados. En atención a lo anterior la tendencia del sistema público de salud, el cual incluye a los Hospitales Nacionales Rosales y de Maternidad, es hacia un Modelo Neoliberal de acuerdo a la clasificación de la Fundación Pablo Iglesias.

El proceso de Gestión de ambos Hospitales se caracteriza por: un proceso de dirección y de toma de decisiones centralizados, no participativo y de incumplimiento a la normatividad existente, tal situación la expresan con bastante claridad los jefes, dirigentes y personal de servicio en las entrevistas individuales y en el diagnóstico participativo realizado. De acuerdo a lo expresado, en el Hospital Nacional Rosales, “no hay políticas de salud y en particular hospitalaria” además⁸¹, “no hay planeación estratégica” esto indicaría que la dirección y proceso de toma de decisiones no solo es centralizado sino que además el estilo de dirección es individual, autárquico; el carácter no participativo y excluyente en la toma de decisiones se expresa como “escasa participación e interés por gran mayoría del gremio”⁸² y al aseverar que “las recomendaciones dadas por el gremio al Comité de Gestión, se retardan, se cumplen parcialmente o no se cumplen”⁸³.

⁸¹ Anexo 5.

⁸² Anexo 10.

⁸³ Anexo 12.

La inexistencia o el incumplimiento a la normatividad existente se describe como “ausencia de normas de atención y reglamentos en área de servicios”⁸⁴ y como “no se cumplen el manual de puestos y procedimientos”⁸⁵.

En el caso del Hospital Nacional de Maternidad el carácter centralizado y no participativo del proceso de dirección y toma de decisiones se expresa como “se toman decisiones de forma intempestiva sin un análisis previo y de forma inconsulta”⁸⁶ las deficiencias normativas se manifiestan como “no cumplimiento de normas establecidas en reglamento interno” e “incumplimiento de normas y reglamentos ley del Hospital”⁸⁷.

La configuración estructural dominante en ambos Hospitales es la burocracia mecánica, aunque teóricamente se concibe a los Hospitales como burocracias profesionales, sin negar que hay similitud entre ambas configuraciones, hay una serie de características que nos llevan a concluir que la burocracia mecánica es la configuración estructural predominante, así vemos como los principales parámetros de diseño de una burocracia profesional, como son la preparación y la especialización del puesto⁸⁸ son inexistentes en ambos Hospitales, de acuerdo a la percepción de jefes, dirigentes y personal de servicio del Hospital Nacional Rosales se expresa como “recursos humanos insuficientes, seleccionados, contratados y ubicados en base a criterios arbitrarios⁸⁹ y por el “divorcio entre el componente docente del Hospital y el resto de la estructura”⁹⁰ en el Hospital Nacional de Maternidad la inexistencia o poco desarrollo de la preparación y la especialización horizontal del puesto es percibida por jefes y dirigentes del Hospital como “trafico de influencias para nombramientos no por idoneidad” y como “no participación de médicos del Hospital en la enseñanza que afecta el resultado final” (atención de la paciente).⁹¹

⁸⁴ Anexo 5

⁸⁵ Anexo 9

⁸⁶ Anexo 5

⁸⁷ Anexo 10

⁸⁸ Varo Jaime, Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios, Editorial Díaz Santos 1994

⁸⁹ Anexo 5.

⁹⁰ Anexo 5.

⁹¹ Anexo 17

Otra característica de la burocracia profesional es que la formulación de la estrategia constituye un proceso ascendente: esta controlado en primer lugar por las Asociaciones Científicas, después por el nivel técnico y en última instancia por el aparato administrativo⁹², en el caso del Hospital Nacional Rosales, este proceso es inexistente ya que de acuerdo a la percepción de jefes y personal de servicio hay “poca o nula participación gremial en la formulación política”.⁹³

Igualmente en el Hospital Nacional de Maternidad los jefes y personal de servicio manifiestan que “hay falta de administración participativa”.⁹⁴

Esta situación ha provocado descontento y conflictos entre los médicos y finalmente rechazo a esta configuración estructural, llegando a proponer soluciones estructurales tales como: en el Hospital Nacional Rosales “impulsar la planificación participativa” “auditoria social de la Salud, estrategia de coordinación intra e interinstitucional entre otras”⁹⁵. En el caso del Hospital Nacional de Maternidad jefes, dirigentes y personal de servicio proponen: “participación social, administración horizontal, afinar con el personal el diagnóstico actual del Hospital, FODA por cada departamento”⁹⁶.

Lo anterior es contradictorio con una de las características de la burocracia profesional que es la de que “culturalmente los profesionales aceptan mejor esta clase de estructura por tener asimiladas las normas y procedimientos profesionales”⁹⁷

Modelo de Gestión existente: El modelo de gestión existente tanto en el Hospital Nacional Rosales como en el Hospital Nacional de Maternidad es centralizado, con alguna diferencia en el Hospital Nacional Rosales ya que hay un comité de gestión funcionando aunque de acuerdo al diagnóstico participativo “el comité de gestión ha sido bloqueado”⁹⁸.

⁹² Varo Jaime. Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios, editorial Díaz de Santos 1994.

⁹³ Anexo.5

⁹⁴ Anexo 20

⁹⁵ Anexo5

⁹⁶ Anexo 5

⁹⁷ Varo Jaime. Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios, editorial Díaz de Santos 1994.

⁹⁸ Anexo 7

Los jefes, dirigentes y personal de servicio que intervinieron en el diagnóstico participativo del Hospital Nacional Rosales reconocen lo siguiente: “hay una administración crónicamente deficiente”, falta de organización a todo nivel y que se ha generado una cultura de irresponsabilidad⁹⁹, además no hay políticas de Salud, ni de recursos humanos, ni de ingresos y egresos¹⁰⁰, se reconocen también que “hay falta de vigilancia en el cumplimiento de la continuidad de la solución de problemas”.¹⁰¹ Esta situación es indicativa de una crisis en la gestión hospitalaria de carácter permanente.

En el Hospital Nacional de Maternidad jefes, dirigentes y personal de servicios perciben que hay “mala administración, no se convoca a reuniones y que no se notifican cambios”, se considera como problema prioritario la “mala administración de recursos restringidos” y que esta es debida a “incapacidad de las personas que dirigen, limitado conocimiento de gerencia de recursos en salud”, a que priva un pensamiento en el cual el “bien individual impera sobre el bien colectivo”, “falta de políticas hospitalarias y de apoyo del nivel central”¹⁰², se reconoce que esta situación genera consecuencias serias tales como “mala atención al usuario, pobre cobertura de los servicios de salud, un aumento o estancamiento en la morbilidad perinatal y neonatal”, además de “equipos e insumos inadecuados e insuficientes”.

En cuanto al sistema de información existente: en ambos Hospitales, existen sistemas de información gerencial y/o departamentos de planificación o de estadísticas o documentos médicos, sin embargo la percepción del personal es que en el Hospital Nacional Rosales existe “una burocracia y desinterés por la información”¹⁰³ que “no hay comunicación de planificación ni de cambios en el organigrama”¹⁰⁴, se señala específicamente que “existe falta de comunicación de la parte direccional”¹⁰⁵.

⁹⁹ Anexo 6

¹⁰⁰ Anexo 7

¹⁰¹ Anexo 10

¹⁰² Anexo 20

¹⁰³ Anexo 5

¹⁰⁴ Anexo 11

¹⁰⁵ Anexo 12

Situación similar se plantea en el Hospital Nacional de Maternidad en donde el personal médico y paramédico señala que hay “falta de comunicación adecuada”¹⁰⁶, que “se generan rumores por falta de información oficial”, “no se notifican cambios” y que existe “deficiente comunicación de la dirección con otros departamentos”¹⁰⁷

En cuanto al sistema de control de gestión: El personal médico y para médico del Hospital Nacional Rosales manifiesta que “es poco conocida la producción del Hospital y el rendimiento individual”¹⁰⁸, que en “documentos existen controles pero no se practican”, “no hay auditoria médica”, así como “no hay controles en la enseñanza de formación de especialistas” y “que no existe o no a existido control sobre los recursos económicos del Hospital”¹⁰⁹.

Los jefes, dirigentes y personal médico del Hospital Nacional de Maternidad opinan: hay “falta de capacidad técnica para análisis y solución”¹¹⁰ y que “hay desorden administrativo”¹¹¹

Asignación de Recursos y Fuentes alternativas de Financiamiento: El crecimiento del presupuesto del Hospital Nacional Rosales durante el periodo 1999 – 2001 disminuyó porcentualmente en 6 puntos, esta situación es percibida por los jefes, dirigentes y personal de servicio como “presupuesto insuficiente”¹¹², en el caso del Hospital Nacional de Maternidad el presupuesto asignado durante el período 1999 – 2001, apenas creció un 1.17 por ciento, cuestión que perciben los jefes, dirigentes y personal de servicio como “falta de presupuesto”¹¹³.

El mecanismo de asignación de recursos en los Hospitales Nacionales Rosales y de Maternidad es el presupuesto global (histórico) y el pago a los médicos es por hora, en el Hospital Nacional Rosales el personal médico lo percibe como “la mayoría de médicos solo

¹⁰⁶ Anexo 16

¹⁰⁷ Anexo 17

¹⁰⁸ Anexo 5

¹⁰⁹ Anexo 12

¹¹⁰ Anexo 16

¹¹¹ Anexo 19

¹¹² Anexo 6.

¹¹³ Anexo 16.

tienen 4 horas” y que los sueldos son bajos¹¹⁴, en el Hospital Nacional de Maternidad el personal médico propone “crear nueva plaza/médico...mínimo 6 horas”¹¹⁵. El financiamiento de ambos Hospitales ha pasado de ser público a mixto, ya que en el Hospital Nacional Rosales la fuente recursos propios que provienen del gasto de bolsillo de los hogares aporta el 2.15 por ciento (\$400.000) al presupuesto del hospital para el año 2001 en tanto el 97.85 por ciento (\$18.6 millones) provienen de la Fuente GOES, similar situación se da en el Hospital Nacional de Maternidad en donde el fondo propio, los hogares, aportan el 3.34 por ciento (\$285.624.00) al presupuesto del Hospital en tanto el 96.66 por ciento (\$8.555.6936 millones) provienen de la fuente GOES, los jefes, dirigentes y personal de servicios perciben que en el Hospital Nacional Rosales el cobro a pacientes es inconstitucional y moralmente los médicos no debemos apoyarlo”¹¹⁶, mientras que en el Hospital Nacional de Maternidad el personal manifiesta que el “paciente paga por servicios (consulta, laboratorios y otros)”¹¹⁷.

Esta cuota de recuperación que se ha institucionalizado al aparecer consignada en el Presupuesto de la Nación, se ha convertido en la más fuerte barrera al acceso a la atención de salud.

Entre el año 2000 y el año 2001 los costos unitarios promedio para ambos hospitales se incrementaron, pasando de \$27.70 dólar promedio en el año 2000 a \$34.79 promedio para el año 2001 en el Hospital Nacional Rosales, en el Hospital Nacional de Maternidad este costo unitario promedio paso de \$272.19 en el 2000 a \$275 en el año 2001.

Condición Físico Estructural: El impacto de los terremotos en ambos hospitales esta condicionado por la antigüedad y escaso o ningún mantenimiento de los edificios, además por los efectos de un terremoto previo ocurrido en octubre de 1986, el edificio más dañado fue el del Hospital Nacional de Maternidad y entre los diferentes servicios los más afectados fueron los quirófanos y los encamados, en general de todos los hospitales

¹¹⁴ Anexo 6.

¹¹⁵ Anexo 16.

¹¹⁶ Anexo 14.

¹¹⁷ Anexo 2.

especializados del MSPAS (5), solo los hospitales Nacionales Rosales y de Maternidad registraron un daño severo.

La percepción que los jefes, dirigentes y personal de servicios tienen acerca del impacto de los terremotos en los edificios y de otras causas que contribuyeron a un mayor deterioro, son las siguientes: en el Hospital Nacional Rosales “alto porcentaje de la infraestructura deteriorada, inadecuada e insegura” debido a “falta de mantenimiento preventivo”¹¹⁸, y a que “a nivel central no existe Plan contingencial”¹¹⁹ en resumen “los daños ocasionados por los terremotos al destruir los quirófanos y varios encamados, redujeron al mínimo la capacidad de respuesta del hospital, provocando hacinamiento en diferentes servicios, agravamiento de la salud de los pacientes, debido a la larga espera y falta de tratamiento. Tal crisis vino a demostrar la vulnerabilidad de la infraestructura hospitalaria y la importancia de contar con un Plan de emergencias para desastres”¹²⁰.

En el Hospital Nacional de Maternidad del personal percibe “daño a la infraestructura y reducción de espacios para consulta externa y cirugía electiva, retraso en atención de consulta externa por no contar con espacio físico adecuado”¹²¹, lo cual tendría como causas: “destrucción por el terremoto”, “falta de espacio para construcción”, “falta de fondos proporcionados por el gobierno para la remodelación del edificio”¹²².

Cobertura

Cobertura del Hospital Nacional Rosales

La cobertura del Hospital Nacional Rosales en el período 2000 – 2001, aunque se mantuvo la consulta por habitante, la tendencia fue a la baja en cuanto a egresos y cirugías.

El nivel de la atención brindada en el Hospital Nacional Rosales se supone que es de tercer nivel, sin embargo encontramos que el 19 por ciento, casi un quinto de la morbilidad registrada, corresponde al primer nivel de atención (diarrea, enteritis y gastroenteritis,

¹¹⁸ Anexo 5.

¹¹⁹ Anexo 9.

¹²⁰ Anexo 5.

¹²¹ Anexo 16.

¹²² Anexo 16.

lumbago y depresión), además de que entre el 43 por ciento de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas, hay problemas que pueden ser atendidos a un 2º nivel, además al examinar las causas de consulta en la unidad de emergencia del mismo hospital se observa que el 40 por ciento de las causas corresponden al primer nivel de atención, de allí que podríamos hablar de una subutilización al utilizar un hospital de tercer nivel para atender problemas de primero y segundo nivel de atención.

La percepción del personal médico es que “no esta definido el nivel de atención que debe tener el Hospital Nacional Rosales” y que “el Hospital Nacional Rosales tiene un acceso universal de pacientes”, entre cuyas causas podrían encontrarse que hay “desorden central de los niveles de atención y la falta de normas internas del Hospital Nacional Rosales” (no aplicación y actualización), además que las “referencias de los Hospitales y Unidades de Salud son inadecuadas”¹²³.

Cobertura del Hospital Nacional de Maternidad

La cobertura del Hospital Nacional de Maternidad del año 2000 – 2001 claramente registra un descenso en los indicadores de consulta por habitante, egresos y cirugías.

El 3 por ciento de las consulta del Hospital en el año 2000 corresponden al primer nivel de atención (supervisión de anticonceptivos), aunque esta consulta disminuye en el año 2001, siempre podría considerarse algún nivel de subutilización ya que el Hospital Nacional de Maternidad es considerado de tercer nivel, en relación a esto la percepción del personal médico del Hospital Nacional de Maternidad es que hay “incumplimiento de norma para clasificarse como Hospital escuela y/o III Nivel”¹²⁴.

Utilización de los recursos en el Hospital Nacional Rosales

La utilización de la cama por pacientes agudos y crónicos en el Hospital Nacional Rosales registra un descenso de 4 puntos porcentuales posterior a los terremotos del año 2001 y el

¹²³ Anexo 9.

¹²⁴ Anexo 17.

promedio de estancia y la productividad se mantuvo, aunque registra un leve incremento de 0.25 para el promedio de estancia y de 0.30 para la productividad.

Debido al impacto de los terremotos los quirófanos del Hospital Nacional Rosales disminuyeron pasando de 18 quirófanos en el año 2000 a 11 en el año 2001, la producción igualmente disminuyó de 450 cirugías por mes en el año 2000 a 225 cirugías por mes en el año 2001.

La percepción de jefes, dirigentes y personal de servicio en que “los daños ocasionados por los terremotos al destruir los quirófanos y varios encamados, redujeron al mínimo la capacidad de respuesta del Hospital” señalando como causa de esta situación “la falta de un Plan de emergencia para atención de desastres”¹²⁵

Utilización de los recursos en el Hospital Nacional de Maternidad

Luego de los terremotos del año 2001 la utilización de la cama por pacientes agudos y crónicos del Hospital Nacional Rosales, registra un descenso tanto en los índices de ocupación, 4 puntos menos que en el año 2000, como al promedio de estancia, 1 punto menos que en el año 2000 y en cuanto a la productividad, 37 puntos menos que en el año 2000.

Luego de los terremotos del 2001 en el Hospital Nacional de Maternidad, la cantidad de cirugías realizadas en los 8 quirófanos, disminuyeron registrando un descenso de 5145 cirugías menos que en el año 2000, a la base de esta situación esta el “daño a la infraestructura y reducción de espacios para consulta externa y cirugía electiva, retraso en la atención de consulta externa por no contar con espacio físico adecuado” señalando como causas “la destrucción por el terremoto, falta de espacio para construcción y falta de Fondos proporcionados por el gobierno para la remodelación del edificio”¹²⁶.

¹²⁵ Anexo 5.

¹²⁶ Anexo 5.

10) CONCLUSIONES

1. Los terremotos ocurridos en enero y febrero del año 2001, impactaron negativamente todo el proceso de gestión, los costos, los edificios, así como la producción y utilización de los recursos de los Hospitales Nacionales Rosales y de Maternidad. Casi de inmediato hubo una crisis generalizada que disminuyó aproximadamente a la mitad, la productividad y utilización de recursos, posteriormente durante el año 2001 hubo una tendencia ha aumentar estos indicadores pero siempre hubo una tendencia a la baja.

Tal situación se considera que tiene a la base causas tales como:

- El impacto desequilibrador propiamente tal de los terremotos que afectaron la estructura, infraestructura y recursos de ambos hospitales.
- La ausencia de un plan de contingencia o de emergencia para actuar en caso de desastre.
- La falta de mantenimiento preventivo y correctivo de ambos hospitales.
- Una administración crónicamente deficiente de ambos hospitales.

De acuerdo a lo anterior si bien se reconoce el impacto de los terremotos, también se identifica una crisis pre existente que se agrava al momento de producirse los seísmos.

2) El proceso de Gestión de ambos hospitales durante los años 2000 – 2001 se caracteriza por:

- Un proceso de dirección y de toma de decisiones centralizados, no participativo y de incumplimiento a la normatividad existente.
- El modelo de gestión existente tanto en el Hospital Nacional Rosales como en el de Maternidad en el período 2000 – 2001, es centralizado el cual ha venido generando crisis y que alcanza su punto más álgido con el impacto de los terremotos.

- El sistema de información existente en los Hospitales Nacionales Rosales y de Maternidad durante el período 2000 – 2001, se basa en la existencia de sistemas de información Gerencial, departamentos de Estadísticas, de planificación o de documentos médicos, sin embargo tiene un rol muy restringido en cuanto a la información y comunicación necesaria hacia los recursos humanos de los hospitales, cuestión que genera incertidumbre y descontento.
- El sistema de control de Gestión en ambos Hospitales cuenta con indicadores y otros mecanismos pero o no se aplican o es limitada su utilización, esto debido posiblemente a escasa capacidad técnica para su sistematización, distribución y aplicación como instrumento de control de resultados de los Hospitales.

3) La configuración estructural predominante en ambos Hospitales es la burocracia mecánica, cuyas características de centralización del poder, verticalismo en la operatividad de las decisiones, comunicación horizontal deficiente y exclusión de recursos humanos y pacientes en el proceso de decisiones, han hecho entrar en crisis a esta configuración generando conflicto, recelos descontentos, pasividad y actitudes mecánicas de los recursos humanos frente a los problemas hospitalarios, provocando finalmente un rechazo a esta forma de configuración estructural.

Se considera como las causas que subyacen en esta problemática, la prevalencia de dicha configuración sin cambios significativos por más de cuatro décadas, a la incapacidad gerencial y falta de responsabilidad y compromiso laboral.

4) La asignación de recursos en ambos Hospitales durante el periodo 2000 -2001 decreció en el caso del Hospital Nacional Rosales y tuvo un leve incremento en el Hospital Nacional de Maternidad, en ambos casos el Presupuesto es considerado insuficiente para la demanda de atención.

El mecanismo de asignación de recursos vigente es el presupuesto Global (histórico) y el pago a los médicos es por hora laborada, se sabe que se aplica un mecanismo de cantidad de pacientes atendidos por hora, sin embargo como único criterio, mide parcialmente los resultados.

El financiamiento de ambos Hospitales ha pasado de ser público a mixto ya que la fuente “recursos propios”, que aporta al presupuesto hospitalario del 2 a 3 por ciento, se ha institucionalizado al consignarse en el Presupuesto de la Nación para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Tal situación ha generado rechazo por parte de los recursos humanos hospitalarios y de la población.

Debido a la disminución de la cobertura y a los daños ocasionados a los recursos, a consecuencia de los terremotos, los costos unitarios promedio en ambos hospitales aumentaron.

- 5) Los terremotos de Enero – Febrero del año 2001, afectaron seriamente los edificios, encamados y quirófanos de los Hospitales Nacionales Rosales y de Maternidad, produciendo un daño severo en particular a estos dos Hospitales de la Red Pública del MSPAS de 30 hospitales. El Hospital Nacional de Maternidad resulto más severamente dañado que el Hospital Nacional Rosales. Tal daño estuvo condicionado por el deterioro previo de la infraestructura causado por la falta de mantenimiento preventivo, falta de inversión y ausencia de planes de actuación en desastres.
- 6) En los Hospitales Nacionales Rosales y de Maternidad, luego de los terremotos de Enero – Febrero 2001, los indicadores de cobertura estudiados, consulta habitante, egresos por 100 habitantes y cirugías por 100 egresos, tuvieron en su mayoría una tendencia a la baja, la cual fue mas pronunciada en el Hospital Nacional de Maternidad, reflejando que los terremotos tuvieron un impacto negativo inmediato y también un efecto sostenido en el tiempo. Tanto el Hospital Nacional Rosales como el de Maternidad son considerados Hospitales de tercer nivel, especializados y de referencia Nacional, sin embargo el nivel de atención de la consulta brindada en ambos Hospitales, registra porcentajes considerables de atención que corresponde al primer nivel, 19% de la morbilidad registrada y 40% de la consulta en la unidad de emergencia en el Hospital Nacional Rosales y 3% en el Hospital Nacional de Maternidad, en tal sentido podríamos hablar de subutilización del recurso Hospital del tercer nivel, tal situación encuentra su explicación en el reglamento de

Hospitales que establece que estos establecimientos deben brindar ese tipo de consulta.

- 7) Los terremotos de Enero – Febrero 2001 influyeron negativamente en la utilización de los recursos cama y quirófano de ambos Hospitales, ya que hubo un descenso en los índices de ocupación de la cama y los quirófanos redujeron su capacidad a la mitad en el caso del Hospital Nacional Rosales y a dos tercios en el caso del Hospital Nacional de Maternidad.

11) RECOMENDACIONES

La mayoría de propuestas de solución a los problemas principales encontrados en las entrevistas y en el diagnóstico participativo realizado con jefes de servicio, dirigentes y personal de servicio médico, giran en torno a modificar el modelo de Gestión de ambos Hospitales, basando en ellas y en los resultados del estudio se hacen las siguientes recomendaciones:

1) Modelo de Gestión

- ✓ Definir un nuevo modelo de gestión basado en el Derecho a la Salud.

Fundamentado en los siguientes principios: Solidaridad, subsidiaridad, gratuidad, universalidad, equidad, calidad, cumplimiento de las obligaciones del estado en cuanto a respeto, protección y realización del derecho a la salud, así como las obligaciones de no ejercer discriminación, progresar suficientemente, participación y establecimiento de recursos jurídicos, compromisos que están consignados y ratificados en los convenios y tratados internacionales suscritos por El Salvador.

- ✓ Definición de ambos hospitales como establecimientos de tercer nivel, separar la consulta de primer nivel construyendo unidades de salud o refiriendo a otros establecimientos para que atiendan este tipo de consulta y descongestionar los establecimientos.

- ✓ Atención Integral:

Prevención, curación, rehabilitación de tercer nivel

Protección Medioambiental y sanitaria en su entorno geográfico, aplicando medidas de protección y fomento del medio ambiente circundante al hospital, por ejemplo el Hospital Nacional de Maternidad esta ubicado en el punto más contaminado de todo el país en relación a eso pueden encaminarse varias intervenciones que eliminen la polución, también pueden desarrollarse actividades de protección ecológica, así como en el área geográfica de los

hospitales monitorear las condiciones sanitarias por ejemplo de los manipuladores de alimentos.

Desplazamiento de las y los especialistas de acuerdo a demandas, a atender casos en los establecimientos de primer y segundo nivel.

Estructura organizativa flexible (adhocracia) y adaptable poniendo énfasis en los resultados cuantitativos y cualitativos de salud, los costos y la demanda en vez de en la estructura, el personal y la norma.

Reorganización estructural y administrativa que tenga como eje central la participación de los pacientes y los trabajadores en la toma de decisiones.

Definir a ambos Hospitales como Hospital escuela y definir unidades de enseñanza con mecanismos permanentes de coordinación institucional con la facultad de medicina.

Actualización de reglamentos de hospitales, normas guías de manejo medico quirúrgico y de procedimientos, definir procesos de selección, contratación, promoción y evaluación de recursos, así mismos normas de aplicación a los distintos servicios, infraestructura y otros insumos.

Impulsar medidas preventivas y represivas para combatir la corrupción, sanear los hospitales.

Elaborar y desarrollar una estrategia de gerencia para el cambio.

2) Desarrollo de Instrumentos empresariales en la gestión hospitalaria Pública.

Fortalecimiento de la Gestión Pública

- Administración horizontal basada en la gerencia, planificación y dirección estratégica participativa.
- Cultura de empresa pública buscando réditos para el gasto en salud, sin fin de lucro y sin ánimo de pérdida.
- Gestión orientada al paciente, eliminando todos los trámites burocráticos en el punto de atención.
- Formar recursos humanos en: Derecho a la Salud, Gerencia de Servicios Públicos de salud, Administración de hospitales públicos y Economía de la Salud Pública.

- Fortalecer la capacidad de elaborar y desarrollar políticas de largo alcance como las políticas hospitalarias de recursos humanos, financiamiento y docente asistencial.
- Fortalecer la capacidad de planificación, control, regulación, financiamiento y provisión de servicios públicos.
- Elaborar participativamente la política Hospitalaria de ambos establecimientos.
- Disponer de instrumentos de dirección: como planes, programas y proyectos de desarrollo de los servicios y de los recursos humanos, estrategia de comunicación interna bidireccional y hacia la población, desarrollar programas de garantía de calidad, elaborar un plan de actuación en desastres.

Sistema eficaz de información:

- Distribución de la información vertical y horizontal y hacia la población.
- Información sobre actividades, calidad, costes.
- Realizar estudios de la capacidad de oferta de servicios de los hospitales y la demanda de atención.
- Generar información completa acerca de la morbilidad y mortalidad y de todos los indicadores de acuerdo a la normativa internacional, que permita la evaluación de los hospitales en base a indicadores cuantitativos y cualitativos.

Control

- Definir estrategias de control y auditoria social de las prácticas hospitalarias, generando mecanismos que garanticen su cumplimiento.
- Establecer en cada hospital la defensoría del derecho a la Salud del paciente, como instancia independiente que proteja y haga cumplir el derecho del paciente.

Gestión y Planificación de los Recursos Humanos.

- Formación continua
- Plan de incentivos educativos, morales y económicos para los profesionales, basados en eficiencia y resultados.
- Distribución de puestos basado en resolución de problemas, gestión de programas y proyectos, y en criterios demográficos y geográficos.
- Autonomía en el ejercicio profesional, pero medir el desempeño en base a resultados cuantitativos y cualitativos.

- Proceso de selección y contratación por oposición basada en capacidades.
- Evaluación en base a cumplimiento de principios y compromisos del estado.

Centralización de Servicios

- Centralización de compras y participación social en el proceso.
- Acreditación de proveedores de insumos.
- Negociación de contrataciones.

Desarrollo del hospital

- Diversificación de servicios y beneficiarios por ejemplo en el Hospital Nacional Rosales implementar cardiología pediátrica y coordinar con el Hospital Nacional Benjamín Bloom.
- Fusión (ejemplo: fusionar oncología mujeres del Hospital Nacional Rosales y pasarlo al Hospital Nacional de Maternidad)
- Alianzas (ejemplo: con ONG's e Iglesias y otros hospitales a nivel internacional)

Marketing Social

- Proyección de imagen institucional
- Estrategia hospitalaria de educación en salud dirigida a la población.
- Estrategia de satisfacción del paciente
- Análisis de necesidades de salud

Orientación del servicio al paciente

- Información, promoción y educación
- Calidad y calidez en la atención

Modelo de relación

- Coordinación intra e inter Hospitalaria.
- Coordinación con formadoras de recursos humanos
- Coordinación con centros de investigación

Modernización Terapéutica

- Producción Nacional de medicamentos genéricos.
- Desarrollo y aplicación de terapias alternativas: Medicina natural, acupuntura, mesoterapia y otras.
- Preparación para el cambio a medicamentos de última generación.

Modificaciones específicas

- Convertir al Hospital Nacional de Maternidad en un Hospital de la Mujer..

- Crear un centro Nacional de trauma.

Financiamiento

- Aumentar el financiamiento público y hacer una asignación por Presupuesto global, pagando a los médicos por objetivos basados en compromisos (o contratos) de desempeños colectivos e individuales.
- Eliminar las cuotas voluntarias ya que constituyen barreras al acceso a la salud.
- Implementar estrategias de autofinanciamiento parcial a partir de la venta de servicios a otras instituciones públicas, hospitales privados y compañías aseguradoras, asegurando el área de influencia territorial y poblacional.
- Racionalización, optimización de los recursos financieros disponibles.
- Crear un seguro público contra accidentes vehiculares aplicado a los motoristas.
- Documento del apoyo filantrópico a los Hospitales públicos (donación, legados).

97

Modificaciones específicas

- Reconstrucción provisional de infraestructura, dar mantenimiento preventivo y definir plazo de estas medidas.
- Convertir al Hospital Nacional de Maternidad en un Hospital de la Mujer.
- Crear un Centro Nacional de trauma, sobre la base del servicio de emergencia del Hospital Nacional Rosales.
- Construir los nuevos hospitales en base a requerimiento arquitectónicos hospitalarios.
- Compra de equipo nuevo y tecnológico de punta y dar mantenimiento al que esta en uso.

12) BIBLIOGRAFIA

- 1) ANSAL Informe final Sistema de Servicios de salud mayo 1994
- 2) ANSAL Informe final Percepción comunitaria y demanda de servicios de salud mayo 1994
- 3) ANSAL Informe final La Reforma de Salud: hacia su equidad y eficiencia mayo 1994
- 4) Arredondo López Armando Dr., Profesor – Investigador Titular. Unidad de Economía de La Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México, del Programa de Diplomado en Gerencia de Servicios de Salud Julio 2000
- 5) Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo en El Salvador Estrategias y Proyectos, 1998
- 6) Boletín de Estudios Económicos, Nuevas Tendencias en Los Sistemas de Salud Europeos, Separata diciembre 1996
- 7) Colegio Medico de El Salvador, propuesta ciudadana por la Salud, Junio 1999
- 8) Coordinación de Modernización del Hospital, El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom y la Nueva Alianza para el cambio, Agosto 1999
- 9) Consejo de Reforma del Sector Salud, Propuesta de Reforma Integral de Salud, diciembre 15 de 2000
- 10) Corporación de Salud y Políticas Sociales, Las Reformas de Salud en América Latina: Fundamentos y Análisis Critico, enero 1999
- 11) Fundación Friederich Ebert Sistemas de Salud en El Salvador: Diagnóstico y Lineamientos de Reforma, noviembre 2000
- 12) Fundación Friederich Ebert La Reforma del sector Salud en El Salvador: Análisis de la Propuesta del Consejo de Reforma y Pautas para su seguimiento, abril 2001

- 13) Jaramillo Pérez Iván, Macro tendencias en el Proceso de Reforma Sectorial de Salud en Latinoamérica USAID, septiembre 2000
- 14) Majano Miguel Roberto Dr., Mortalidad Perinatal y Neonatal en El Hospital Nacional de Maternidad Dr. Raúl Argüello Escolan” durante los años 1994 a 1998; Mayo 1999.
- 15) MSPAS. Dirección Nacional de Modernización, La salud de El Salvador visión del futuro octubre 1996
- 16) MSPAS. Dirección Nacional de Modernización, Modernización del Ministerio de Salud octubre 1996
- 17) MSPAS. Dirección Nacional de Modernización, Dirección Departamental Modelo 1999
- 18) MSPAS. Dirección Nacional de Modernización, Organización de los Sistemas Sanitarios, enero 1999
- 19) MSPAS. Dirección Nacional de Modernización, Hospital Modelo 1997
- 20) MSPAS Resumen del Proceso de Modernización septiembre 1997
- 21) MSPAS.BID Proyecto de apoyo a la modernización 13 de Marzo de 1,999
- 22) MSPAS Proyecto de Garantía de la calidad de los Servicios de Salud en El Salvador, 1999
- 23) MSPAS/OPS Elaboración de una propuesta de metodología para la Construcción y Desarrollo de Círculos de calidad en Hospitales Nacionales del área Metropolitana de San Salvador, Julio 1999
- 24) MSPAS/OPS Encuesta de actividades y recursos de los Hospitales Públicos de El Salvador, diciembre 2000
- 25) MSPAS/OPS Proyecto de Desarrollo de La Red de Servicios de Salud en El Salvador, marzo 2001

- 26) MSPAS Estimación del gasto Nacional de Salud, 1997
- 27) OPS/OMS Manual de Prototipo de Educación en Administración Hospitalaria 1996
- 28) Pavón Lasso Hipólito, Evaluación de los Servicios de Salud, 2ª edición 1985.
- 29) Rena Eichler, El Financiamiento de la Reforma de la Salud en El Salvador: Marco para las Decisiones Políticas, Julio 1999
- 30) Revista Panamericana de Salud, Estructura y Recursos Humanos en un Hospital Público Chileno: una experiencia del cambio, 1997
- 31) SIMETRISSS propuesta “Modelo de Modernización Hospitalaria basada en la participación del Derecho Habiente y de el Trabajador, octubre 2000

ANEXOS

Anexo 1

PROPUESTA DE REFORMA O MODELO HOSPITALARIO

- 1) La reorganización de la atención especializada y hospitalaria se basa en la hipótesis de que la gestión de este nivel de atención se realiza en forma mas eficiente cuando los servicios se administran en forma privada, asumiendo además el proveedor el riesgo derivado de la variación en la utilización y costo de los mismos(es decir, cuando el proveedor es pago por persona cubierta y no por servicios brindado). Por lo tanto se propone transferir la gestión de los hospitales del MSPAS e ISSS a organizaciones privadas de diversa índole societaria para que las administren. ANSAL P.109 – 110 Informe Final la Reforma de Salud: hacia su equidad y eficiencia Mayo 1994.
- 2) También se puede caracterizar el ambiente organizacional del hospital moderno previsto como un negocio privado funcionando con toda la eficiencia, estructura, tecnología y sistemas implícitos en un negocio moderno bien dirigido. Hospital Modelo MSPAS 1997 P.1.

SISTEMA HOSPITALARIO DE RECUPERACIÓN DE COSTOS... se contempla la iniciación de programas de cobro para servicios de hospitalización, consulta externa, servicios de laboratorio y gabinete. Se incorporara el principio de evaluación socio económico del paciente como condición preliminar a la determinación de la habilidad para pagar. En ningún caso es el intento del programa rechazar un paciente por no poder pagar. Sin embargo, es la expectativa del programa pedir algo del paciente con capacidad de pago, aunque sea mínimo. Para instalar el concepto del costo del servicio, incluyendo la presentación al paciente de una cuenta con cobros cancelados. Hospital Modelo P.6 MSPAS 1997.

- 3) En un sistema de salud organizado sobre la base del seguro, en el cual el objeto de equidad se cumple a través del financiamiento con recursos fiscales del seguro correspondiente a la población vulnerable, carecerá de sentido mantener centros asistenciales de naturaleza pública. Al respecto los establecimientos existentes pueden o bien ser privatizados, o ser otorgados en concesión al personal que se desempeña en el mismo, a una ONG, etc.

... en este nuevo régimen tampoco tiene cabida una institución como el ISSS para administrar y proveer la atención médica. La infraestructura hoy disponible propiedad de este organismo puede también privatizarse o darse en concesión... La organización del sistema de salud en El Salvador: una Propuesta de Reforma Mónica Panadeiros (FUSADES) nov. 1998.

4. El Fondo de Solidaridad para la Salud tendrá entre sus funciones principales la afiliación o aseguramiento de la población y la compra de servicios de salud a los proveedores, respetando los principios de libre competencia, con base en la respectiva ley de licitaciones y aplicando mecanismos que garanticen transparencia. CONASA Propuesta de Lineamientos... P. 62 febrero 1999.

... los actuales establecimientos de salud gubernamentales se convertirán en entidades con AUTONOMIA DE GESTIÓN que administraran los servicios en forma independiente, pero cumpliendo las normas que el Ministerio de Salud MSPAS establezca para el sistema. Este nuevo esquema fomenta la competencia, con la consecuente mejora en la calidad de la atención. -CONASA Propuesta de Lineamientos P.63 febrero 1999.

... transferir progresivamente del Ministerio de Salud a otras entidades, las funciones asistencialistas que actualmente tienen asignadas, CONASA Propuesta de Lineamientos P.45 febrero 1999.

... introducir mecanismos que fomenten la participación privada en la provisión de los servicios de salud CONASA Propuesta de Lineamientos P.46 febrero 1999.

En fecha El Ministerio De Salud Publica Y El Banco Interamericano De Reconstrucción Y Fomento BIRF suscribieron el convenio de préstamo número 7034 para la ejecución del “Proyecto de Reconstrucción para la emergencia del Terremoto y Ampliación de Servicios de Salud”.

El proyecto consta de cuatro sub. Componentes, con un presupuesto total proyectado de \$164.3 Millones.

COMPONENTES	MONTO
Componente 1 Reconstrucción de Emergencia de la Red Hospitalaria del MSPAS en áreas Afectadas por los terremotos	\$127.0 Millones
Componente 2 Fortalecimiento de Servicios Esenciales de Salud y Nutrición en Áreas afectadas por los terremotos y extremadamente pobres	\$16.5 Millones
Componente 3 Desarrollo Institucional para la formulación de políticas, programas de prioridad Nacional y sistemas de apoyo	\$16.0 Millones
Componente 4 Administración del Proyecto	\$4.8 Millones
TOTAL	\$164.3 Millones

El componente 3 Desarrollo Institucional del MSPAS comprendería siete áreas de inversión y un modelo de gestión el cual era obligatorio desarrollar primero antes de cualquier desembolso, El modelo así pactado estaba basado en los siguientes mecanismos:

- Separación de Funciones (Rector MSPAS-Ejecutar Proveedores Privados)
- Descentralización que incluye reemplazo de las direcciones departamentales por unidades gerenciales de salud, conocidas como SIBASIS
- Devolución
- Autonomía de Gestión

- Acuerdos de desempeños, contratos y un esquema de incentivos
- Contratación de proveedores con fines de lucro, cooperativos
- Una unidad dentro del MSPAS para monitorear y evaluar los servicios de salud
- Una unidad dentro del MSPAS para elaborar, negociar y manejar los acuerdos de desempeño y contratos de servicio
- Establecer sistemas de vigilancia para enfermedades transmitidas por vectores VIH/SIDA y ETS
- Participación de la comunidad en la provisión de servicios básicos de salud y nutrición

ANEXO 2

Entrevista acerca de la situación del Hospital Nacional Rosales Post terremotos de Enero y Febrero 2001

Dirigida a: Jefes de servicio, dirigentes gremiales y otro personal médico

Realizada en: El Hospital Nacional Rosales

Fecha: Mayo 2001, San Salvador

Entrevistador: Herbert Guzmán

Por favor complete las siguientes preguntas

- 1) A partir de su experiencia cuales considera que con los puntos críticos más importantes de la situación de este hospital?
- 2) De los puntos críticos por usted mencionados cual seria el orden de prioridades?
- 3) Que causas considera usted que están a la base de estos puntos críticos prioritarios?
- 4) Que solución recomienda usted para superar los puntos señalados?
- 5) Pregunta complementaria.

ANEXO 2 A

Entrevista acerca de la situación del Hospital Nacional de Maternidad Post terremotos de Enero y Febrero 2001

Dirigida a: Jefes de servicio, dirigentes gremiales y otro personal médico

Realizada en: El Hospital Nacional de Maternidad

Fecha: Mayo 2001, San Salvador

Entrevistador: Herbert Guzmán

Por favor complete las siguientes preguntas

- 1) A partir de su experiencia cuales considera que con los puntos críticos más importantes de la situación de este hospital?
- 2) De los puntos críticos por usted mencionados cual seria el orden de prioridades?
- 3) Que causas considera usted que están a la base de estos puntos críticos prioritarios?
- 4) Que solución recomienda usted para superara los puntos señalados?
- 5) Pregunta complementaria.

ANEXO 3
COBERTURA
DATOS ESTADÍSTICOS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES
AÑOS 2000 - 2001

	AÑO 2000	AÑO 2001
Población de Referencia	1,499,245	1,425,728
Consulta total	216,023	229,964
Consulta externa	184,774	199,185
Consulta Emergencia	31,249	30,779
Ingresos		
Egresos	21,600	18,467
Intervención quirúrgica	21,153	14,326

Fuente: Unidad de Planificación del Hospital Nacional Rosales, 18 de febrero de 2005

COBERTURA
DATOS ESTADÍSTICOS DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD
AÑOS 2000 - 2001

	AÑO 2000	AÑO 2001
Población de referencia	1,989,001	2,029,627
Total consultas preventivas y curativas	82,880	59,562
Consulta Emergencia	41,927	36,454
Ingresos	25,500	19,654
Egresos	26,619	21,853
Intervención quirúrgica	16,838	11,720

Fuente: Departamento Estadístico y documentos médicos del Hospital Nacional de Maternidad

ANEXO 4
DATOS ESTADISTICOS ACERCA DE LA UTILIZACION DEL RECURSO CAMA
PACIENTES AGUDOS Y CRONICOS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES
AÑOS 2000-2001

DATO	AÑOS	
	2000	2001
% de Ocupación	78.1%	76.37%
Promedio de Estancia	7.84	8.09
No. de Egresos	16.825	13.4151
No. de Camas	445	352

Fuente: Herbert Guzmán en base a datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Salud Pública en cifras 1997-2001, mayo 2004.

DATOS ESTADISTICOS ACERCA DE LA UTILIZACION DEL RECURSO CAMA
PACIENTES AGUDOS Y CRONICOS DEL HOSPITAL NACIONAL DE
MATERNIDAD
AÑOS 2000-2001

DATO	AÑOS	
	2000	2001
% de Ocupación	97.50%	86.58%
Promedio de Estancia	5.37	4.4
No. de Egresos	32.435	26.442
No. de Camas	330	432

Fuente: Herbert Guzmán en base a datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Salud Pública en cifras 1997-2001,

ANEXO 5

**CONSOLIDADO DE RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS
"DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES POST TERREMOTOS
DE ENERO Y FEBRERO DE 2001**

MAYO/2001

PUNTOS CRÍTICOS MÁS IMPORTANTES	PUNTOS CRÍTICOS PRIORITARIOS	CAUSAS DE ESTOS PUNTOS CRÍTICOS	SOLUCIONES RECOMENDADAS
1. Presupuesto limitado	Alto porcentaje de la infraestructura deteriorada, inadecuada e insegura.	⊕ Falta de mantenimiento preventivo	⊕ Reconstrucción de infraestructura, mantenimiento preventivo y construcción de nuevo hospital
2. Alto porcentaje de la infraestructura deteriorada, inadecuada e insegura.	Escasez de equipos, instrumental, material y medicamentos, caducidad de algunos equipos e instrumental y poca tecnología de punta.	⊕ Presupuesto inadecuado	⊕ Aumento de presupuesto y mejorar su planificación
3. Escasez de equipo, instrumental, material y medicamentos, caducidad de algunos equipos e instrumental y poca tecnología de punta.	Presupuesto limitado.	⊕ Falta de voluntad política del MSPAS ⊕ No hay política p/proveer servicios de 3er nivel	⊕ Impulsar estrategia de convencimiento al MSPAS ⊕ Elaborar política hospitalaria
4. Recursos humanos insuficientes, seleccionados, contratados, ubicados en base a criterios arbitrarios, la mayoría de los médicos están contratados por dos horas y algunos por 4, laborando en horario matutino, lo cual provoca acumulación de trabajo. Los salarios son bajos y un gran número de especialistas trabajan ad-honoren. No hay o son insuficientes los incentivos económicos, morales o académicos para la superación del personal. Algunos trabajadores tienen poca conciencia de la responsabilidad que asumen, demostrando poca mística en el trabajo.	Recursos humanos insuficientes, seleccionados, contratados y ubicados en base a criterios arbitrarios, la mayoría de los médicos están contratados por 2 horas y algunos por 4, laborando en horario matutino, lo cual provoca acumulación de trabajo. Los salarios son bajos y un gran número de especialistas trabajan ad honoren. No hay o son insuficientes los incentivos económicos, morales o académicos para la superación del personal. Algunos trabajadores tienen poca conciencia de la responsabilidad que asumen, demostrando poca mística en el trabajo.	⊕ No hay política de contratación de personal ⊕ Actitudes antiéticas, compadrazgo ⊕ Apatía y falta de mística de los trabajadores	⊕ Elaborar política de Recursos Humanos
5. Desajuste organizacional, descoordinación entre establecimientos del MSPAS, mal funcionamiento del Sistema de referencia y retorno, saturación de pacientes de primero y segundo nivel, escasez de recursos técnicos y de diagnóstico, imprecisión de algunas áreas de servicio, tales como cirugía maxilofacial y cirugía plástica, unidad de emergencia con serias carencias.	Desajuste organizacional, descoordinación entre establecimientos del MSPAS, mal funcionamiento del Sistema de Referencia y retorno, saturación de pacientes de primero y segundo nivel, escasez de recursos técnicos y de diagnóstico, imprecisión de algunas áreas de servicio, tales como cirugía maxilofacial y cirugía plástica, unidad de emergencia con serias carencias.	⊕ Falta de planificación y organización, mala canalización de recursos, no hay sistema de salud	⊕ Impulsar la planificación participativa ⊕ Auditoría social de la salud ⊕ Estrategia de coordinación intra e inter institucional
6. Ausencia de políticas de salud y en particular de política hospitalaria. Desinterés de las autoridades a nivel central del MSPAS y en consecuencia una pobre respuesta a la problemática del hospital.	Ausencia de políticas de salud y en particular la política hospitalaria. Desinterés de las autoridades a nivel central del MSPAS y en consecuencia una pobre respuesta a la problemática del hospital.	⊕ Poca o nula participación gremial, desinterés gubernamental por los desposeídos.	⊕ Estilo de Gerencia Participativa
7. Divorcio entre el componente docente del hospital y el resto de la estructura, no hay programas de enseñanza ni coordinación entre las instituciones, a la vez la supervisión es inexistente, hay un bajo rendimiento académico, lo cual ocasiona un deficiente nivel técnico asistencial. El bajo rendimiento se origina en la apatía del staff del Hospital Nacional Rosales y en la deficiente preparación del estudiantado de medicina, internos y residentes. El personal presenta niveles desactualización académica.	Deficiencias administrativas, entre ellas la más importante nivel de atención indefinido, ausencia de normas de atención y reglamentos en áreas de servicio, existen distintas manifestaciones de corrupción, un sistema de compras poco ágil e inoportuno, es poco conocida la producción del Hospital Nacional Rosales y el rendimiento individual.	⊕ Burocracia, desinterés por la información	⊕ Definir estrategia de comunicación, estrategia anticorrupción.
8. Deficiencia administrativa, entre ellas la más importante nivel de atención indefinido, ausencia de normas de atención y reglamentos en áreas de servicio, existen distintas manifestaciones de corrupción, un sistema de compras poco ágil e inoportuno, es poco conocida la producción del Hospital Nacional Rosales y el rendimiento individual.	Divorcio entre el componente docente del hospital y el resto de la estructura, no hay programas de enseñanza ni coordinación entre las instituciones, a la vez la supervisión es inexistente, hay un bajo rendimiento académico, lo cual ocasiona un deficiente nivel técnico asistencial. El bajo rendimiento se origina en la apatía del staff del Hospital Nacional Rosales y en la deficiente preparación del estudiantado de medicina, internos y residentes. El personal presenta niveles desactualización académica.	⊕ No hay coordinación entre la facultad de medicina y el Hospital Nacional Rosales	⊕ Elaborar política docente – asistencial y mecanismos de aplicación.
9. La atención del paciente es deficitaria y de baja calidad, hay hacinamiento en los encamados en particular en cuidados críticos, el transporte interno de los pacientes es muy difícil.	Los daños ocasionados por los terremotos al destruir los quirófanos y varios encamados, redujeron al mínimo la capacidad de respuesta del hospital, provocando hacinamiento en diferentes servicios, agravamiento de la salud de los pacientes, debido a la larga espera y falta de tratamiento. Tal crisis vino a demostrar la vulnerabilidad de la infraestructura hospitalaria y la importancia de contar con un plan de emergencia para desastres.	⊕ Falta de plan de emergencia para atención desastres	⊕ Elaborar plan de actuación en desastres y capacitar al personal.
10. Los daños ocasionados por los terremotos al destruir los quirófanos y varios encamados, redujeron al mínimo la capacidad de respuesta del hospital, provocando hacinamiento en diferentes servicios, agravamiento de la salud de los pacientes, debido a la larga espera y falta de tratamiento. Tal crisis vino a demostrar la vulnerabilidad de la infraestructura hospitalaria y la importancia de contar con un plan de emergencia para desastres.	La atención del paciente es deficitaria y de baja calidad, hay hacinamiento en los encamados en particular en cuidados críticos, el transporte interno de los pacientes es muy difícil.	⊕ Problema de capacitación al personal, ausencia de programa de garantía de la calidad, falta de evaluación	⊕ Elaborar programa de garantía de la calidad ⊕ Defensoría del derecho del paciente

Dr. Herbert Guzmán. A partir de mayoría de opiniones de entrevistas personales

ANEXO 6

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEL HOSPITAL ROSALES

09 MAYO DE 2001

<p>PROBLEMAS PRINCIPALES</p>

<i>Falta de política asistencial</i>	<i>Mala planificación</i>	<i>Infraestructura inadecuada</i>
<i>Falta de política asistencial</i>	<i>Mala planificación</i>	<i>Edificio deteriorado y viejo</i>
<i>No hay política de ingreso y egreso</i>	<i>Falta de organización interna</i>	<i>Falta de equipo y tecnología</i>
<i>Las especialidades tienen mucha consulta que no corresponde al nivel de complejidad</i>	<i>Falta adecuada organización y respeto a normas y reglas por personal</i>	<i>Administración crónicamente deficiente</i>
<i>Corrupción</i>	<i>Falta de organización a todo nivel</i>	<i>Administración crónicamente deficiente</i>
<i>Corrupción, mal manejo de fondos</i>	<i>No hay optimización de recursos</i>	<i>Deterioro de la responsabilidad laboral en los trabajadores</i>
<i>Corrupción</i>	<i>Presupuesto insuficiente</i>	<i>Pérdida de conciencia y mística por el personal</i>
<i>Corrupción en colocación de puestos (asignar puestos)</i>	<i>Bajo presupuesto</i>	<i>Cultura de irresponsabilidad</i>
<i>Corrupción económica (desfalco)</i>	<i>Falta presupuesto adecuado</i>	<i>Personal no consciente de su trabajo</i>
<i>Corrupción, económica, moral, ética y laboral</i>	<i>Hospital "solo" de 4 horas, de atención por especialista</i>	<i>Deterioro de responsabilidad mística laboral, psicológica, del trabajo.</i>
<i>Sustracción de insumos</i>	<i>La mayoría de médicos solo tienen 4 horas</i>	
	<i>Sueldos bajos</i>	

ANEXO 7

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEL HOSPITAL ROSALES

PROBLEMAS PRINCIPALES	09 MAYO DE 2001	
<i>Presupuesto insuficiente</i>	<i>Falta de una política de salud</i>	<i>No hay interés en solucionar el problema</i>
<i>Económico</i>	<i>Falta de una política de salud</i>	<i>No hay interés en solucionar los problemas</i>
<i>Presupuesto</i>	<i>Falta de política de formación, selección de Recursos Humanos en salud.</i>	<i>La salud no es prioritaria por las políticas gubernamentales</i>
<i>Mal presupuesto</i>	<i>No políticas de ingreso egreso</i>	<i>Falta de un sistema de salud</i>
<i>Presupuesto</i>	<i>Falta de formación del Recurso Humano</i>	<i>Mala estructura de red hospitalaria</i>
<i>Presupuesto no responde a la demanda</i>	<i>Falta de Políticas de Salud</i>	<i>La salud no es una "mercancía" rentable</i>
		<i>Nuestro país dependiente es víctima de la globalización</i>
		<i>La salud para la globalización en tercer mundo no es rentable y obedeció disminución poblacional.</i>
		<i>El marco global busca ventajas económicas no sociales</i>

ANEXO 8

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEL HOSPITAL ROSALES

FORTALEZAS

09 DE MAYO DE 2001

<i>Reconocimiento público</i>	<i>Docencia del hospital</i>	<i>Conciencia de muchos médicos en defensa del H.R.</i>
<i>Credibilidad</i>	<i>Interés y lucha de algunos médicos en proveer enseñanza</i>	<i>Mística de trabajo</i>
<i>Antigüedad</i>	<i>Enseñanza de Postgrado</i>	<i>Mística de trabajo del personal</i>
<i>Ser el único hospital que no rechaza pacientes</i>	<i>Formador de recursos humanos</i>	<i>Mística de algunos médicos en su trabajo (enfermeras y otros trabajadores)</i>
<i>Reconocimiento de la población del país para encontrar su curación</i>	<i>Alianza estratégica con fac. med.</i>	<i>Propuesta del personal para luchar contra el caos.</i>
<i>Alto nivel de calidad de su laboratorio (incluido servicio de banco de sangre)</i>	<i>Formación de especialistas capaces sin recursos adecuados</i>	
<i>Gremio médico es el referente para otros hospitales</i>	<i>Presencia de especialistas capacitados</i>	<i>Principal Centro de Referencia Nacional</i>
<i>Calidad de atención médica</i>	<i>Integra grupo de médicos con capacidad técnica adecuada para su nivel.</i>	<i>Accesible geográficamente</i>
<i>Funciona un comité de gestión</i>	<i>Personal calificado</i>	<i>Centro de asistencia indigentes</i>
	<i>Concentración de una gran gama de especialidades</i>	<i>Sus enfermos son "pacientes"</i>
	<i>Médicos altamente calificados</i>	
	<i>Alta calidad de especialistas</i>	
	<i>Personal capacitado</i>	
	<i>Invento de métodos idóneos para tratamiento</i>	

ANEXO 9

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES 16 DE MAYO DE 2001

¿QUÉ SIGNIFICA FALTA DE POLÍTICA?

A nivel central no existe plan contingencial hacia H.R. porque implica compromisos y desajustes presupuestarios y políticos.

No se cumplen el manual de puestos y procedimientos.

Desorden central de los niveles de atención y la falta de normas internas del H.R. (su aplicación y actualización).

No ha variado la condición real de los salvadoreños en relación pobreza/salud.

Recurso humano no tiene definida su función.

No está definida el nivel de atención que debe tener el H.R.

No hay voluntad del grupo dominante de mantener con salud y educación a la gran mayoría significa costos.

Desorden en asignación de plazas/puestos/salarios.

Hay desorden en la categorización del nivel del hospital.

No puede existir política asistencial adecuada, dentro de una organización con una política de desorden.

Inadecuada elección de personas en puestos técnicos y administrativos.

El hospital tiene un acceso universal de pacientes.

Desperdicia el recurso técnico humano.

Las referencias de los hospitales y U. De S. son inadecuadas

A nivel central persiste la idea de no progresar H.R. (no contingencia).

Falta de auténtico liderazgo

Los departamentos se orientan a una atención general.

Falta de un auténtico liderazgo que defina una visión.

Deterioro doloso en funcionamiento de muchas especialidades por el Ministerio de Salud.

Infraestructura sin mantenimiento

Elementos internos y externos que impiden desarrollo hospitalario.

Mala calidad de atención.

No hay normas para definir al hospital de 3er Nivel

Las normas son internas que no están avalados por el Ministerio son de acuerdo a necesidades y demandas.

Número de camas es insuficiente para la demanda.

Inadecuada utilización de camas.

Pacientes amontonados en los servicios.

ANEXO 10

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES

16 DE MAYO DE 2001

¿QUÉ SIGNIFICA FALTA DE POLÍTICA?

Fuerzas que tratan de mantener status quo.

No hay continuidad en la solución de los problemas

Sistema financiero injusto, que no permite el desarrollo de programas sociales y evolución de la sociedad.

Poca voluntad o indiferencia a un compromiso real a los cambios

Falta de vigilancia en el cumplimiento de la continuidad de la solución de los problemas.

No se han cumplido acuerdos de solución a los problemas principalmente por el Ministerio de Salud.

Desconfianza mutua entre médicos y el Ministerio de Salud.

No hay continuidad en la salud de los problemas.

Poco interés y participación por un sector del gremio.

Falta o escasa comunicación intergremial.

Falta de seguimiento, a la resolución de problemas por el gremio y el área administrativa.

No se da continuidad a los problemas por falta de voluntad del sector médico del H.R.

Escasa participación e interés por gran mayoría del gremio.

ANEXO 11

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES

16 DE MAYO DE 2001

SITUACIÓN DE LA PLANEACIÓN	SITUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	SITUACIÓN DE LA INTEGRACIÓN
<i>Hay pero con pensamiento del pasado falta de modernización para planificar en el 2001</i>	<i>Sí existe organización pero se desconoce.</i>	<i>Existe integración mal aplicada</i>
<i>No están definidos en forma clara</i>	<i>Duplicidad y redundancia con la existencia de las divisiones en H.R.</i>	<i>Mala planificación del desarrollo</i>
<i>Existe idea de planeación pero los problemas superan las capacidades</i>	<i>Manejo inadecuado de problemas administrativos.</i>	<i>Existe en documentos pero no en la práctica.</i>
<i>Existe algún proceso de planificación y organización, pero hay anarquía.</i>	<i>Abuso de autoridad</i>	<i>Deterioro por terremoto</i>
<i>La planeación si hay no es dinámica</i>	<i>Dualidad en funciones</i>	<i>Existe integración tradicional dentro de la administración, pero no existe una adecuada remuneración, desarrollo R.H. y capacitación.</i>
<i>No hay planeación estratégica, solo escrita.</i>	<i>Cantidad excesiva de funciones con pocas horas de trabajo</i>	<i>No hay aplicación de las funciones de integración en el desarrollo integral del recurso humano.</i>
<i>No hay comunicación de planificación</i>	<i>Existe organización tradicional pero muchos funcionarios no cumplen o las obvian</i>	
<i>Comité de gestión ha sido bloqueado por "leguleyadas" a nivel del Ministerio de Salud.</i>	<i>No hay comunicación de cambios en organigrama</i>	
<i>Comité de gestión bloqueado evitando así la modernización.</i>		

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES

16 DE MAYO DE 2001

SITUACIÓN DE LA DIRECCIÓN	SITUACIÓN DEL CONTROL
<i>Falta de comunicación</i>	<i>No hay control práctico</i>
<i>Retardo en toma de decisiones</i>	<i>En documentos existen controles pero no se practican</i>
<i>El gremio ha dado liderazgo a la dirección actual del H.R.</i>	<i>Existe el control tradicional pero el recurso humano responsable no cumple su función.</i>
<i>Comité de gestión ha aumentado el liderazgo en la dirección.</i>	<i>No hay auditoría médica</i>
<i>Hay motivación pero falta comunicación y fuerza</i>	<i>H.R. No está certificado a qué nivel pertenece</i>
<i>Las recomendaciones dadas por el gremio al C. de G. Se retardan, se cumplen parcialmente o no se cumplen.</i>	<i>No hay autopsias</i>
<i>Existe falta de comunicación de la parte direccional.</i>	<i>No hay controles en enseñanza de formación de especialistas</i>
<i>Varios organigramas</i>	<i>Puede existir control de la calidad en la formación del recurso especializado.</i>
	<i>No existe o no ha existido control sobre los recursos económicos del H.R.</i>
	<i>No hay control sobre la docencia.</i>

ANEXO 13

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES

SOLUCIONES

22 DE MAYO DE 2001

FALTA DE POLÍTICA		DEFICIENCIAS ADMINISTRATIVAS	
Establecer objetivos claros de atención.	Estimular enseñanza e investigación.	Aplicar normas y reglamentos con evaluación periódica de resultados.	Eliminar divisiones médicas reorganizando y fortaleciendo los departamentos.
Participación directa con el gremio en la gestión hospitalaria	Interrelación adecuada entre Hospital Rosales y Ministerio de Salud aspectos económicos, administrativos, programáticos.	Auditoría médica y administrativa.	Crear políticas de formación y capacitación de los recursos de salud a los diferentes niveles de atención.
Establecer normas de ingreso y egreso	Ofrecer trabajo al recurso formado para fortalecer otros niveles de atención.	Modernizar la administración en base al nivel de atención estricto del H.R.	Formación de recursos humanos en salud a nivel universitario bajo un mismo curriculum que responda a las necesidades de la gente.
Depuración estricta del nivel de atención del H.R. con la consecuente reducción de camas con igual presupuesto central.	Organizar adecuadamente los diferentes niveles de atención de acuerdo a nuestra realidad.	Contratar personal idóneo y calificado en administración hospitalaria.	Hacer planeación estratégica
Planificación estratégica de solución de problemas acorde a la realidad: Plan Nacional de Salud.	Incrementar la relación con la escuela de medicina.	Modificación del organigrama actual.	Gerenciar cada especialidad para mejorar su rendimiento.
Establecer protocolos de atención.	Buscar participación ciudadana	Dar a conocer el manual de puestos y mandos.	Permitir continuidad de trabajadores eficientes y honestos sin importar cambios de dirección política.
Implementación de un sistema de comunicación y transporte eficiente hacia y de centros de salud.	Planificación producción de recurso médico participando Ministerio de Salud, universidades.	Capacitación de mandos medios.	Crear manuales de puestos y funciones.
Establecer una red de referencia y contra referencia.	Política salarial en que el recurso humano devengue igual de acuerdo a su nivel tabulador salarial en todo el sistema.	Eliminar las divisiones médicas.	Actualizar y revisar manuales de puestos y funciones.
			1 Subdirector médico 1 Subdirector administrativo en sustitución de divisiones
			Datos con recurso humano técnico-asesor en los aspectos asistenciales, planificación educacionales.
			Reingeniería del comité de enseñanza buscando las personas idóneas.

ANEXO 14

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES

SOLUCIONES

22 DE MAYO DE 2001

PRESUPUESTO INSUFICIENTE

Obtener recursos económicos de pago de impuestos por grandes evasores como TACA.

Descentralización administrativa

Atención únicamente a población de bajos recursos.

Aumentar impuestos a cigarros y alcohol.

Mal presupuesto

Vender servicios privados (pensionados)

Buscar ayuda ciudadana

Modificar distribución de recursos dentro del Ministerio de Salud. Ejemplo: 50% presupuesto lo usan una minoría de funcionarios.

Cobro a paciente inconstitucional y moralmente los médicos no debemos apoyarlo.

Incremento del presupuesto de salud.

Optimizar recursos humanos

No representan ingresos directos al hospital el dinero tomado a los pacientes.

Recortar o eliminar partida secreta presidencial

Cobrar a pacientes??
Colaboración??

Crear fundaciones pro proyectos salud.

Optimizar el presupuesto del H.R. al depurar el nivel de atención.

Definir el papel del trabajo social.

Vender servicios a instituciones privadas de recurso que solo tiene el hospital.

Controlar corrupción

Cobro proporcional a cada paciente y mantener presupuesto del nivel central.

Formar un patronato que realmente trabaje para el hospital y no para ellos.

Seguro obligatorio para motoristas.

Cobrar los servicios dados a pacientes del ISSS.

Presupuesto suficiente de acuerdo a las necesidades de salud con contraloría estricta para su utilización.

Atención a centroamericanos?

ANEXO 15

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES

SOLUCIONES

22 DE MAYO DE 2001

DETERIORO DE LA RESPONSABILIDAD LABORAL DE LOS TRABAJADORES

Frustración de no poder aplicar conocimientos adquiridos por falta de recursos técnicos.

Irrespeto a autoridades y falta de disciplina.

Tener horas de trabajo en un solo establecimiento de salud.

La estructura socioeconómica incide en la mentalidad y comportamiento de los médicos.

Concientizar al gremio sobre sus responsabilidades.

Programar incentivos económicos y académicos al gremio médico y otros grupos laborales.

Mejorar ambientes morales y éticos en lugares de trabajo.

Estimular personal por medio de capacitación e incentivos laborales.

Aumento de horas de trabajo

- 1) *Contrato de especialistas a 8 horas.*
- 2) *Salario acorde a responsabilidades y costo de la vida*
- 3) *Recursos tecnológicos e insumos modernos y suficientes.*

Nivelación salarial

La mejoría de las condiciones materiales y tecnológicas para satisfacciones académicas y mejora la disposición para el trabajo.

1. *Cumplimiento de normas y leyes*
2. *Selección adecuada del personal*
3. *Diferentes incentivos para estimular la responsabilidad laboral.*

DETERIORO INFRAESTRUCTURA EQUIPOS

Mejores equipos y tecnología

Nueva infraestructura física

CONSOLIDADO DE RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

**“DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD”
POST TERREMOTOS DE ENERO Y FEBRERO DE 2001**

PUNTOS CRÍTICOS MÁS IMPORTANTES	PUNTOS CRÍTICOS PRIORITARIOS	CAUSAS DE ESTOS PUNTOS CRÍTICOS	SOLUCIONES RECOMENDADAS
1. <i>Daño a la infraestructura y reducción de espacios para consulta externa y cirugía electiva, retraso en atención de consulta externa por no contar con espacio físico adecuado.</i>	⊕ <i>Daño a la infraestructura y reducción de espacios para consulta externa y cirugía electiva, retraso en atención de consulta externa por no contar con espacio físico adecuado.</i>	⊕ <i>Destrucción por el terremoto</i> ⊕ <i>Falta de espacio para construcción</i> ⊕ <i>Falta de fondos proporcionados por el gobierno para la remodelación del edificio.</i>	⊕ <i>Derivar la atención de 1º y 2º nivel, Restablecer a corto plazo la implementación de quirófanos provisionales para la atención de cirugía electiva sobre todo los oncológicos y completar la práctica quirúrgica, reparación de áreas afectadas, modificación del espacio físico para evitar hacinamiento. Buscar a la mayor brevedad ayuda internacional como cruz roja, médicos sin fronteras, ONG's, etc. que aporten colaboración económica y humana para la reconstrucción, solicitar apoyo al Gobierno para la compra de terreno donde puedan ubicarse las nuevas instalaciones.</i>
2. <i>Personal médico idóneo y paramédico insuficiente (enfermeras y terapistas), plazas compartidas y falta de interés personal.</i>	⊕ <i>Mala administración, falta de comunicación adecuada, se toman decisiones de forma intempestiva sin un análisis previo y de forma inconsulta, administración del hospital verticalista, lo cual crea descontento entre el personal, a excepción de un grupo "privilegiado" cercano a la administración el resto del personal no participa en la toma de decisiones.</i>	⊕ <i>Políticas de administración, anterior que favorecieron solo a un grupo que realmente no es el idóneo para dirigir el hospital, la administración es vertical, corrupción, falta de capacidad técnica para análisis y solución, falta de voluntad, no tomar en cuenta opiniones (fuera) bajos salarios del personal lo cual crea descontento. Falta de interés del gobierno a resolver los problemas.</i>	⊕ <i>Participación social, administración horizontal, afinar con el personal el diagnóstico actual del estado del hospital, FODA por cada departamento integrado, mejor salario en base a calidad del trabajo. Darle al trabajo asistencial el valor que realmente tiene en el desempeño del Hospital y no privilegiar exclusivamente lo administrativo como se ha hecho a la fecha, que ha hipertrofiado el trabajo burocrático.</i>
3. <i>Mala administración, falta de comunicación adecuada, se toman decisiones de forma intempestiva sin un análisis previo y de forma inconsulta, administración del hospital verticalista, lo cual crea descontento entre el personal, a excepción de un grupo "privilegiado" cercano a la administración, el resto del personal no participa en la toma de decisiones.</i>	⊕ <i>Personal médico idóneo y paramédico insuficiente (enfermeras y terapistas), plazas compartidas y falta de interés personal.</i>	⊕ <i>Falta de presupuesto basado en el diagnóstico.</i>	⊕ <i>Crear nueva plaza/médico, no personal ad-honorem, ni contratado parcialmente mínimo 6 horas de contrato jefatura a tiempo completo, crear plazas para personal paramédico (enfermeras-terapistas).</i>
4. <i>Falta de presupuesto</i>	⊕ <i>Falta de presupuesto</i>	⊕ <i>Falta apoyo verdadero del Ministerio de Salud.</i>	⊕ <i>Luchar por aumentar el presupuesto hospitalario.</i>
5. <i>Situación del equipo médico e insumos</i>	⊕ <i>Situación del equipo médico e insumos</i>	⊕ <i>Falta de presupuesto</i>	⊕ <i>Compra de equipo médico nuevo, el cual es insuficiente (ventiladores, incubadoras) darle mantenimiento al equipo, incluido el recuperable.</i>
6. <i>Pérdida del interés de la enseñanza hacia estudiantes internos, externos y residentes de parte de los médicos del staff que en su mayoría únicamente vienen a "desempeñar su trabajo" sin dejar su experiencia para el que está formado. Esto es crónico. Retraso en la enseñanza quirúrgica en los médicos pendientes, situación de ciencia y tecnología.</i>	⊕ <i>Pérdida del interés de la enseñanza hacia estudiantes internos, externos y residentes de parte de los médicos del staff que en su mayoría únicamente vienen a "desempeñar su trabajo" sin dejar su experiencia para el que está formando. Esto es crónico. Retraso en la enseñanza quirúrgica en los médicos, pendientes, situación de ciencia y tecnología.</i>	⊕ <i>Acondicionamiento del personal a no hacer nada o trabajar al mínimo e iría pasando.</i>	⊕ <i>Fortalecer la enseñanza en el plan de formación de ginecólogos en el área de colposcopia, videolaparoscopia.</i>

Dr. Herbert Guzmán. A Partir de mayoría de opiniones de entrevistas personales.

ANEXO 17

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD

14 DE MAYO DE 2001

PROBLEMAS PRINCIPALES				
No hay infraestructura adecuada para el buen funcionamiento del Hospital.	Mala administración	Recursos humanos insuficientes	No participación de médicos del hospital en la enseñanza que afecta el resultado final (atención de la paciente)	Presupuesto inadecuado
El espacio físico es insuficiente.	Mala administración	Personal médico y paramédico escaso	Falta de participación de médicos de staff obstétrica	Paciente paga por servicios (consulta, laboratorios partos)
Infraestructura reducida en un 30%	Se toman decisiones de forma intempestiva sin análisis y forma inconulta	Laboran personal ad-honoren	Pérdida de interés en la enseñanza hacia estudiantes, externos, internos, residentes.	Ausencia y/o incumplimiento del marco legal intra hospitalario.
Problemas daños de quirófanos para cirugías electivas.	Se generan rumores por falta de información oficial.	No hay terapeuta en recién nacidos	Baja asignación presupuestaria	Falta legislación con relación a verificación de autopsias.
Hacinamiento, insalubridad, inseguridad, desorden.	No se convoca a reuniones	Tráfico de influencias para nombramiento, no por idoneidad	Burocracia que afecta la adquisición de insumos	No se cumple con las normas necesarias en cuanto a la verificación de autopsias en h escuela.
Falta infraestructura que permita aplicar tecnología en el diagnóstico de lesiones.	No se notifican cambios	Plazas compartidas	No existe equipo médico suficiente para las necesidades y las demandas.	Incumplimiento de normas para clasificarse como hospital escuela y/o III nivel.
Falta de oportunidad en la prestación del servicio (a usuarios)	Deficiente comunicación de la dirección con otros departamentos	Ausencia de horas médicos	⊕ Falta equipo (instrumental) quirúrgico ⊕ Restricción en medicamentos ⊕ No hay atención médica farmacológica suficiente.	
Falta de equipo y espacio para la atención del recién nacido integralmente.	Incapacidad para dar respuesta a necesidades del neonato que requiere tratamiento quirúrgico	Falta de recurso humano para la atención integral y subespecializado del H.M.	Las jeringas, agujas, sellos de heparina no alcanzan	
Mala administración	Problema prioritario		Cuadro básico restringido (de medicamentos)	
Mala administración	Presupuesto inadecuado	Todos son prioritarios con uno que falte ya no funciona el sistema.	Falta de equipo médico	
Mala administración	Presupuesto insuficiente		El equipo médico en uso no recibe mantenimiento.	
Mala administración de recursos restringidos	Bajo presupuesto			

ANEXO 18

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD 21 DE MAYO DE 2001

*MALA
ADMINISTRACIÓN*

Los objetivos por los que fue creado el Hospital hace 47 años han cambiado y debemos actualizarlos.

Es necesario crear las condiciones para que el hospital resuelva los problemas de madre e hijo en forma inmediata.

Capacidad de proyección a futuro de acuerdo a la tecnología.

ANEXO 19

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD 14 DE MAYO DE 2001

FORTALEZAS

<i>Contamos con personal médico y técnico de alta calidad.</i>	<i>Credibilidad de la población por los servicios médicos hospitalarios.</i>
<i>Personal con experiencia</i>	<i>Credibilidad de la población por los servicios asistenciales.</i>
<i>Contar con equipo técnico que desee trabajar.</i>	<i>Credibilidad de los pacientes</i>
<i>Recurso Humano Personal – Pacientes</i>	<i>Confianza de pacientes</i>
<i>Recursos humanos calificados</i>	<i>Prestigio del hospital</i>
<i>Tenemos personal especializado en el área de gineco – obstetricia, neonatología – patología.</i>	<i>El prestigio del hospital ganado en épocas pasadas permanece en la población.</i>
<i>Disponibilidad del personal para trabajar</i>	<i>Amor al hospital</i>
<i>El hospital es rescatable con un poco de esfuerzo.</i>	<i>Centro de referencia</i>
<i>El hospital es rescatable con un poco de esfuerzo.</i>	<i>Centro de referencia</i>
<i>Accesibilidad geográfica para la población.</i>	<i>Por su variedad patológica es un centro de formación y de enseñanza-aprendizaje</i>
<i>Accesibilidad geográfica para la población.</i>	<i>Considerarse centro de formación</i>
	<i>Variedad patología para enseñanza – aprendizaje.</i>

ANEXO 20

**DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD
ARBOL DE PROBLEMAS
PROBLEMAS PRIORITARIOS
14 DE MAYO DE 2001**

Aumento de la morbimortalidad perinatal

Índices de morbimortalidad materno infantil igual.

Mortalidad perinatal neonatal estática

No se da la atención ideal al paciente.

Pobre cobertura de los servicios de salud.

Mala atención al usuario (medicamentos)

Incompletos servicios de salud prestados

Descontento general de miembros de la comunidad hospitalaria.

Distribución inadecuada de recursos

Corrupción

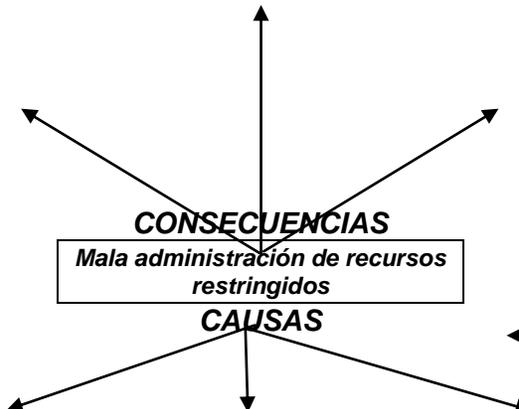
Desorden administrativo

Malos resultados

Equipo e insumo médico inadecuado e insuficiente

Mala preparación de recursos en formación

Personal médico y paramédico escaso.



PROBLEMA PRIORITARIO

Por "incapacidad" de las personas que dirigen
1

Por incapacidad de las personas que dirigen.

Limitado conocimiento de Gerencia de recursos en salud.

Falta de administración participativa

Orgullo, ignorancia, falta de capacidad administrativa y peleas personales.

Nombramientos políticos no por idoneidad.

Falta de asesoramiento técnico administrativo.

Las limitaciones de no ser administrador en salud.

Bien individual impera sobre bien colectivo.

Falta de políticas de población y salud adecuada
2

Falta de políticas de población y salud adecuada.

Problemas políticos y no darle a la salud su importancia.

Poca visión del problema de salud

Políticas de salud no acordes a las necesidades reales.

Falta de apoyo de nivel central
3

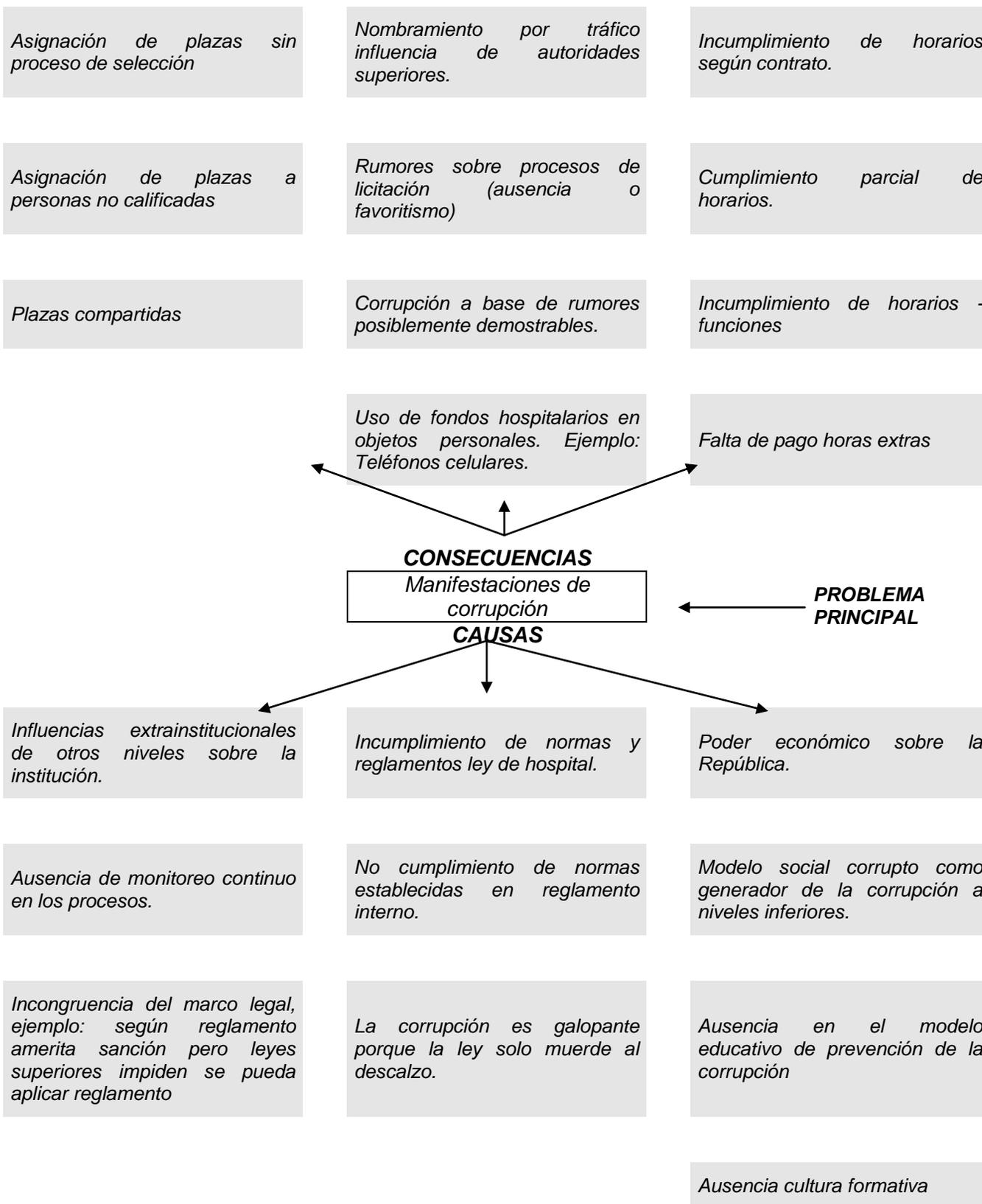
Falta de apoyo del nivel central.

Mala distribución de los recursos económicos del estado y falta de apoyo al sector salud.

ANEXO 21

**DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD
PROBLEMAS PRIORITARIOS**

21 DE MAYO DE 2001



ANEXO 22

**DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD
21 DE MAYO DE 2001
SOLUCIONES**

NO HAY INFRAESTRUCTURA ADECUADA

MALA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS RESTRINGIDOS

<i>Reestructuración del espacio físico.</i>	<i>Renovación de unidad de cuidados intensivos para satisfacer la demanda.</i>	<i>Cargos médicos y administrativos por proceso de selección y no políticos.</i>
<i>Nuevo hospital con nueva visión</i>	<i>Reestructurar en base a prioridad</i>	<i>Descentralizar la atención.</i>
<i>Gestión para renovación de áreas a corto plazo.</i>	<i>Creación nuevo hospital con funcionamiento real y verdadero del III nivel.</i>	<i>Adaptación de horas contratadas a las necesidades de la población.</i>
<i>Remodelar hospital</i>	<i>Ampliar centro quirúrgico para atender la cirugía electiva.</i>	<i>Disminuir cargos gerenciales y fortalecer niveles operativos.</i>
<i>Reingeniería en el sector salud con compromiso de satisfacer las demandas y necesidades.</i>	<i>Reestructurar en base a tratar de ser eficientes y eficaces.</i>	<i>Participación del personal en la toma de decisiones.</i>
<i>Autonomía hospitalaria</i>	<i>Nuevo hospital materno-infantil óptimo.</i>	<i>Nombramiento de recurso acreditado e idóneo para el cargo.</i>
<i>Creación de nuevo hospital con proyección a futuro.</i>	<i>Infraestructura planeada a corto, mediano y largo plazo.</i>	<i>Reestructurar horas médico</i>
<i>Apoyo autoridades y gobierno central (más inversión económica en salud)</i>	<i>Cambio físico, administrativo y mental de acuerdo a la luz del conocimiento actual.</i>	<i>Horizontalizar la estructura organizativa.</i>
	<i>Limitar atención al 3er nivel hasta que el sistema de salud sea adecuado en todo el país.</i>	<i>Monitoreo continuo del cumplimiento de funciones.</i>
	<i>Limitar atención al 3er nivel</i>	
	<i>Prenatal, PF., PAP, Partos, Cx ginecológicas en pacientes sin riesgo es consulta de 1º y 2º nivel.</i>	

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD

21 DE MAYO DE 2001

SOLUCIONES

CORRUPCIÓN

Optimizar el uso de los recursos que se tienen, mejorando el cumplimiento de horarios y haciendo una distribución de acuerdo a prioridades.

Mejor comunicación en la toma de decisiones.

Que las autoridades tengan valor de aplicar la ley y no cubrir al corrupto por interés político o amiguismo.

Participación a la población hospitalaria de proyectos.

Crear métodos para seleccionar el personal.

Monitoreo en cumplimiento de normas.

Remuneración justa y escalafón adecuado incentivos al progreso.

Crear métodos de evaluación y monitoreo de funciones y cumplimiento de horarios.

Marco legal que defina lineamientos claros en proceso de licitación.

Fortalecer la administración por valores.

Luchar por el cumplimiento de normas y reglamentos.

Retirar de forma honrosa al recurso que ha finalizado su vida profesional útil.

Concientizar al recurso de la importancia de sus funciones.

Centralizar al personal a tiempo completo (8 horas) para cumplimiento de horarios.

Dar seguimiento a los procesos.

Plantear un sistema de educación contra la corrupción.

Recalificar de forma continua al personal.

ANEXO 24

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD 21 DE MAYO DE 2001 SOLUCIONES

PRESUPUESTO INADECUADO

NO PARTICIPACIÓN MÉDICOS DEL HOSPITAL EN LA ENSEÑANZA QUE AFECTA EL RESULTADO FINAL (ATENCIÓN DE LOS PACIENTES)

Asignación de recursos económicos de acuerdo a producción y necesidades.

Mayor inversión (en el presupuesto de la nación) en Salud.

Aclarar de una vez por todas las necesidades de la relación U – Hospitales o Ministerio de Salud.

Presupuesto en base a las necesidades de 3er Nivel.

Información continua a través de medios de comunicación el presupuesto inadecuado.

Asignar "Horas docente", plazas para docencia.

El Estado debe tener como objetivo primordial la salud de la población.

Racionalizar el uso del presupuesto. Implementar nuevas formas de financiamiento.

Formación del grupo de profesores a nivel de post grado en forma eficiente, exclusiva e independiente.

Disminuir el presupuesto en otras áreas y aumentarlo en salud.

Elaborar protocolo de atención que ayuden a optimizar el uso de medicamentos.

Mejor remuneración a las plazas asignadas.

Asignar partidas según prioridades.

Crear sistema de recuperación de costos en base a estudio socioeconómico.

Asignar horas para coordinador de enseñanza en neonatología.

Dinamizar actividades del patronato.

Reeducar u orientar a médicos del Hospital docente o no, de su papel en la enseñanza para obtener mejores resultados de la atención de pacientes.

Divulgación de las deficiencias hospitalarias como consecuencia del presupuesto inadecuado.

Asignar recursos de infraestructura para docencia continua.

Gestionar mayor apoyo al nivel central.

Contratar médicos con capacidad de docencia.

Capacitación a docentes en metodología educativa.

Responsabilizar a médicos de staff de la enseñanza de los recursos en formación.

Programar actividades de educación médica continua.