

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESTUDIO COMPARATIVO DEL DESEMPEÑO HOSPITALARIO  
ENTRE EL HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL (CONSALUD), EL  
HOSPITAL MANUEL AMADOR GUERRERO (CSS) Y EL HOSPITAL  
NICOLÁS SOLANO (MINSA). AÑO 2002. PANAMÁ, REPÚBLICA DE  
PANAMÁ – VI.**

**POR**

**DR. OMAR SÁNCHEZ**

**TRABAJO FINAL COMO REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
MAESTRÍA DE ECONOMÍA DE LA SALUD Y GESTIÓN DE LOS  
SERVICIOS SANITARIOS**

**PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ**

**MAYO, 2004**

## **AGRADECIMIENTO**

De forma muy especial, al Dr. Orlando Carnota por su colaboración y atinadas recomendaciones para la elaboración de este documento.

A todo el cuerpo distinguido de Profesores participantes del Diplomado y Maestría de Economía de la Salud y Gestión de los Servicios Sanitarios, quienes apoyaron con gran profesionalismo la ejecución de este innovador proyecto.

A los organizadores de este Programa Docente y de toda la logística de su ejecución, por su visión futurista y preocupación de traer a nuestro medio, aspectos relevantes para la formación y actualización del recurso humano del Sector Salud, para que puedan contribuir a mejorar la gestión del Sector y también con el desarrollo del país.

A todos nuestros esposos, esposas y familiares que nos apoyaron en la participación de este Programa, por sus sacrificios y espíritu solidario incondicional en todos los aspectos importantes del ser humano, para la culminación de nuestro trabajo.

## TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO . . . . .	ii
TABLA DE CONTENIDO . . . . .	.iii
INDICE DE TABLAS. . . . .	.vi
INDICE DE CUADROS . . . . .	vii
INDICE DE GRÁFICOS. . . . .	.ix
I. INTRODUCCIÓN . . . . .	1
I. A. Planteamiento del Problema. . . . .	3
I. B. Marco Teórico. . . . .	4
I. B. 1. Hospital Integrado San Miguel Arcángel . . . . .	8
I. B. 2. Hospital Nicolás Solano . . . . .	.11
I. B. 3. Hospital Manuel Amador Guerrero. . . . .	.13
I. B. 4. Formas De Evaluación del Desempeño Hospitalario. . . . .	.18
I.B. 4.1. Indicadores de Comparación o “Benchmarking” para la Excelencia de los Hospitales (Top 20). . . . .	19
I.B. 4.2. Indicadores de Desempeño del Sistema de Salud Según Dimensiones de Acceso, Equidad, Calidad, Eficiencia y Sustentabilidad . . . . .	.21
I. B. 5. Indicadores Seleccionados para la Evaluación del Desempeño Hospitalario. . . . .	35
I.B. 6. Objetivo General. . . . .	39
I. B. 7. Objetivos Específicos. . . . .	39
I. B. 8. Resultados Esperados. . . . .	39
II. MATERIALES Y MÉTODOS. . . . .	.40
II. A. Tipo de Estudio. . . . .	40
II. B. Fuente de Información. . . . .	40
II. C. Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos. . . . .	.40

II. D. Ámbitos de Evaluación o Variables de Desempeño. . . . .	42
II. E. Criterios, Ámbitos o Dimensiones de Medición. . . . .	42
III. RESULTADOS. . . . .	46
III. A. Dimensión de Accesibilidad. . . . .	46
III. A. 1. Indicadores de Acceso Físico. . . . .	46
III. A. 2. Indicadores de Acceso Económico. . . . .	50
III. B. Dimensión de Calidad. . . . .	52
III. C. Dimensión de Eficiencia. . . . .	55
III. C. 1. Indicadores de Producción. . . . .	55
III. C. 2. Indicadores de Productividad. . . . .	57
III. C. 3. Indicadores de Costos. . . . .	61
III. C. 3.1. Costo Unitario de Consulta Ambulatoria. . . . .	61
III. C. 3.2. Costos Unitario por Egresos. . . . .	64
III. C. 3.3. Costos Unitarios de los Partos Vaginales y Partos por Cesáreas. . . . .	67
III. C. 3.4. Costo Unitario de la Consulta de Urgencia. . . . .	69
III. C. 3.5. Costo Unitario de las Cirugías Ambulatorias. . . . .	71
III. C. 4. Distribución Del Gasto Presupuestario. . . . .	73
III. C.4.1. Porcentaje del Gasto Presupuestario Asignado a Personal . . . . .	73
III. C.4.2. Porcentaje de Gasto Presupuestario Destinado a los Medicamentos. . . . .	75
III. D. Organización y Estructura. . . . .	77
IV. DISCUSIÓN . . . . .	82
IV. A. Dimensión de Accesibilidad. . . . .	82
IV. A.1 Indicadores de Acceso Físico. . . . .	82
IV. A. 2. Indicadores de Acceso Económico. . . . .	82
IV. B. Dimensión de Calidad. . . . .	82

IV. C. Dimensión de Eficiencia. . . . .	84
IV. C.1. Indicadores de Producción. . . . .	84
IV. C.2. Indicadores de Productividad. . . . .	85
IV. C.3. Indicadores de Costos. . . . .	86
IV. C.4. Distribución del Gasto Presupuestario. . . . .	88
IV. C. 4.1. Porcentaje del Gasto Presupuestario	
Destinado a Personal. . . . .	88
IV. C. 4.2. Porcentaje del Gasto Presupuestario	
Destinado a Medicamentos. . . . .	88
IV. D. Organización y Estructura. . . . .	89
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. . . . .	90
V. A. Conclusiones. . . . .	90
V. B. Recomendaciones. . . . .	92
VI. ANEXOS. . . . .	94
VII. BIBLIOGRAFÍA. . . . .	100

**INDICE DE TABLAS**

1.	CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN. PANAMÁ. 2002. ....	15
2.	CARTERA DE SERVICIOS DE HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN. PANAMÁ . AÑO 2002. ....	16
3.	CARACTERISTICAS DEL MODELO DE GESTIÓN DE LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑOS 1998-2004. ....	17
4.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	44
5.	VARIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PRODUCCIÓN DEL HOSPITAL SAN MIGUEL ARCANGEL CON RESPÉCTO A LOS HOSPITALES NICOLÁS A. SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. ....	84

## INDICE DE CUADROS

1. INDICADORES DE ACCESO FÍSICO DE LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO PANAMÁ. AÑO 2002. ....  
46
2. COSTO PROMEDIO DEL DÍA DE HOSPITALIZACIÓN EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. ....  
..... 50
3. INDICADORES DE LA DIMENSIÓN DE CALIDAD PARA LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. ....  
52
4. CARACTERÍSTICAS DE PRODUCCIÓN DE LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. ....  
56
5. COMPARACIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD DE LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, MANUEL AMADOR GUERRERO Y NICOLÁS SOLANO. PANAMÁ. AÑO 2002. ....  
.59
6. COSTO UNITARIO DE LA CONSULTA AMBULATORIA DEL HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL HOSPITAL MANUEL AMADOR GUERRERO PANAMÁ. AÑO 2002. ....  
62
7. COSTO UNITARIO DEL EGRESO POR SERVICIO EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS EN EL MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. ....  
64
8. COSTO UNITARIO DEL PARTO VAGINAL Y PARTO POR CESÁREAS EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. ....  
.....67

9. COSTO UNITARIO DE LA CONSULTA DE URGENCIA DE LOS HOSPITALES, SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. ....  
.....69
10. COSTO UNITARIO DE LAS CIRUGÍAS AMBULATORIAS DE LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. ....  
.....71
11. PORCENTAJE DEL GASTO PRESUPUESTARIO TOTAL ASIGNADO A PERSONAL EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. ....  
.73
12. PORCENTAJE DEL GASTO PRESUPUESTARIO DESTINADO A MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. ....  
75
13. CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. 2002. ....  
.. 78



## INDICE DE GRÁFICOS

1. INDICADORES DE ACCESO FÍSICO EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. .... 48
2. TIEMPOS DE ESPERA PARA EL ACCESO EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, MANUEL A. GUERRERO Y NICOLAS SOLANO PANAMÁ. AÑO 2002. .... 49
3. COSTO PROMEDIO DEL DÍA DE HOSPITALIZACIÓN EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. .... 51
4. TASA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. AÑO 2002. .... 53
5. INDICADORES DE CALIDAD EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, NICOLAS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO PANAMÁ. AÑO 2002. .... 54
6. COSTO UNITARIO DE LA CONSULTA AMBULATORIA EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, NICOLAS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS EN EL MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMA AÑO 2002. .... 63
7. COSTO UNITARIO DEL EGRESO POR SERVICIO, EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, NICOLAS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL MANUEL A. GUERRERO PANAMÁ. AÑO 2002. .... 65
8. COSTO UNITARIO POR PARTO VAGINAL Y CESAREAS EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL HOSPITAL MANUEL AMADOR GUERRERO PANAMÁ. AÑO 2002. .... 68
9. COSTO UNITARIO DE LA CONSULTA DE URGENCIAS EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, NICOLÁS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ AÑO 2002. .... 70
10. COSTO UNITARIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, NICOLÁS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. .... 72

11. PORCENTAJE DEL GASTO PRESUPUESTARIO DESTINADO A PAGOS DE PERSONAL EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. ....	74
12. PORCENTAJE DE GASTO PRESUPUESTARIO DESTINADO A MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, NICOLAS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. ....	76

## I. INTRODUCCIÓN

La atención sanitaria que se brinda en los hospitales, la más costosa de todas, debe ser eficaz, efectiva y eficiente, por lo cual el control de la eficiencia y la calidad, se convierte en un imperativo del sector salud.

Los hospitales y clínicas son superestructuras que concentran generalmente gran actividad, albergan a las personas con los problemas de salud más serios, requieren de gran cantidad de personal altamente calificado, utilizan tecnología de punta y brindan servicio hotelero, todo esto, deriva un gran consumo de recursos económicos. En estos lugares ocurren eventos biográficos de gran trascendencia para las personas, como son el nacimiento y la muerte. Por estas razones, cualquier esfuerzo de los responsables de formular y conducir políticas de Estado que contribuya a mejorar el funcionamiento de estas organizaciones, será agradecido por toda la sociedad.

Panamá, al igual que otros países, enfrenta la problemática de las crecientes necesidades de salud y la limitación de los recursos disponibles para satisfacerlas. Cuando esta situación no es reconocida y no se aplican soluciones apropiadas, el propio sistema, genera formas espontáneas de racionamiento como son las largas listas de espera, pobre accesibilidad por falta de infraestructuras y otras formas de deterioro de la calidad de los servicios, que al final tienen efectos negativos en la eficiencia, equidad, efectividad y calidad de la atención.

El gobierno de Panamá, tratando de modernizar la gestión hospitalaria y superar parte de estos problemas, inició el desarrollo del Proyecto de Reforma en el Sector Salud (PRSS) desde 1996, para que contribuyera a introducir cambios en el desempeño hospitalario.

Se creó un nuevo modelo de gestión, organización y provisión de Servicios de Salud en la Región de Salud de San Miguelito, estableciéndose una alianza estratégica entre la Caja de Seguro Social (CSS) y el Ministerio de Salud (MINSA) para el Financiamiento de los servicios. Se crearon legalmente las instancias de Compra (CONSALUD) y de Provisión de servicios (Patronato del Hospital

Integrado San Miguel Arcángel - HISMA) buscando la separación de los roles de gestión asumidos tradicionalmente por el Sistema de Salud.

El presente trabajo presenta un estudio descriptivo y comparativo de algunos resultados de indicadores del desempeño hospitalario del Hospital Integrado San Miguel Arcángel, con el modelo de CONSALUD y otros dos hospitales con modelos de gestión tradicional que son: el Hospital Nicolás Solano y el Hospital Manuel Amador Guerrero.

El **Hospital San Miguel Arcángel (HISMA)**, es un hospital regional de segundo nivel situado en la ciudad de Panamá, en el distrito de San Miguelito inaugurado en Diciembre de 1998 y constituyéndose desde ese entonces, en el Hospital Regional de la Región de Salud de San Miguelito. Surgió como una alternativa para el abordaje y resolución de algunos de los problemas del Sistema de Salud, como son la ineficiencia, inequidad, falta de oportunidad en la prestación de los servicios y la insatisfacción de la población. El HISMA gestionándose con un modelo piloto diferente, con un Patronato quien terceriza la provisión de servicios, asumió el reto de proveer servicios de salud con calidad, calidez y eficiencia, compitiendo con el modelo de gestión tradicional de los servicios de salud.

Durante sus cinco (5) años de funcionamiento, este hospital ha sido objeto de múltiples estudios, obteniendo buenos resultados en los diferentes aspectos en que ha sido evaluada su gestión.

El **Hospital Nicolás Solano**, situado en la ciudad de la Chorrera, es un hospital regional integrado, de segundo nivel de la Región de Salud de Panamá Oeste, cuyo sistema de financiación está a cargo de ambas entidades gubernamentales Ministerio de Salud (MINSAL) y Caja de Seguro Social (CSS) donde la administración de servicios de salud incluyendo su provisión, está a cargo del Ministerio de Salud (MINSAL). Se realiza un mecanismo de compensación de costos con la Caja de Seguro Social (CSS).

El **Hospital Manuel Amador Guerrero**, situado en la ciudad de Colón, es un hospital regional integrado, de segundo nivel de la Región de Salud de Colón,

cuyo sistema de financiación está a cargo de ambas entidades gubernamentales Ministerio de Salud (MINSA) y Caja de Seguro Social (CSS) donde la administración de servicios incluyendo su provisión, está a cargo de la Caja de Seguro Social (CSS). También realiza un mecanismo de compensación de costos con el Ministerio de Salud (MINSA).

Los tres hospitales son de segundo nivel de atención, con algunas diferencias en sus grados de complejidad y en el tipo de función docente. El Hospital Manuel A. Guerrero es un hospital docente-formador de recurso médico especializado, mientras que los otros dos hospitales, mantienen una función docente de capacitación y actualización del recurso humano existente, especializado o no. A pesar de estas diferencias, se consideran hospitales comparables por el grado de resolución esperado dentro de sus ámbitos poblacionales.

## **I. A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En base a todo lo expuesto, surge el **Planteamiento del Problema** en los siguientes términos:

¿ Obtendrá el Hospital San Miguel Arcángel (HISMA) mejores resultados de desempeño hospitalario con el modelo de gestión de CONSALUD que el Hospital Manuel Amador Guerrero (CSS) y el Hospital Nicolás Solano (MINSA) ambos de iguales niveles de atención, con modelos de gestión tradicionales ?

Justificamos nuestro trabajo comparativo de estos tres hospitales, por la situación crítica financiera, que tiene el Sector Salud con sus problemas de falta de coordinación para la utilización de los escasos recursos humanos, estructurales y financieros; con la adición, de una percepción por parte de algunos sectores administrativos quienes consideran que el modelo de gestión del HISMA, permite

tener mejores resultados de desempeño hospitalario que los alcanzados por otros hospitales, de iguales niveles de atención pero con modelos de gestión diferentes.

El Hospital Manuel Amador Guerrero y el Hospital Nicolás Solano tienen un sistema de financiación de ambas entidades (MINSAL-CSS) y la provisión de servicios está dada por la misma entidad pública que administra cada institución.

El Modelo de CONSALUD aplicado en el HISMA, tiene un sistema de financiamiento a cargo de ambas entidades (MINSAL-CSS) con la **separación** del sistema de provisión de servicios (HISMA); por lo cual evaluaremos, si este modelo puede ofrecer una respuesta a la problemática de coordinación y eficiencia, que permita solucionar algunos de los problemas que afectan el desempeño hospitalario.

## **I. B. MARCO TEÓRICO**

Reformas recientes de la administración de hospitales públicos contrarias a los modelos tradicionales basadas en presupuestos históricos, han dado lugar al surgimiento de nuevos conceptos de innovación técnica, administrativa y financiera.

Todos estos cambios van dirigidos a compensar los problemas sociales y problemas de falta de equidad en la distribución de los ingresos de los diferentes estados.

Así tenemos, las reformas dadas en el sistema de salud Chileno, donde se da una integración de los fondos nacionales de salud y los sistemas de atención privados. De igual forma las reformas de salud Colombiana con su Ley 100, donde el financiamiento de los hospitales públicos se integraron con subsidios de proveedores asegurados, de la población (co-pago) y subsidios del estado (1%), estableciéndose contratos para la provisión de salud, regentados por el Ministerio de Salud.

Panamá no escapa de estas reformas de salud; pues en nuestro país al igual que en aquellos donde se han dado estas reformas; la demanda de los

servicios de salud supera a la oferta de los mismos, existen crecientes problemas de salud con incrementos insostenibles en los costos, poca coordinación entre las entidades públicas de salud, con la consecuente duplicidad ineficiente de los servicios.

Buscando una forma de lograr la maximización de los escasos recursos existentes, surgió en nuestro país, la creación del modelo de gestión hospitalaria, el cual se aplicó en el Hospital Integrado San Miguel Arcángel, en el Distrito de San Miguelito, aprovechando la coyuntura de ser un hospital nuevo, para lo cual se crearon las instancias legales pertinentes que pudieran asegurar el establecimiento y funcionamiento del modelo.

- **Mediante la Ley 27 de 1° mayo de 1998**, se crea y organiza la empresa de utilidad pública Coordinadora Nacional de la Salud (CONSALUD) por la cual se le otorga el derecho y la responsabilidad de comprar servicios públicos de salud en el ámbito nacional con fondos provenientes de los presupuestos de la Caja del Seguro Social y el Ministerio de Salud.
- **La Ley N°28 de 11 de mayo de 1998**, por la cual se crea el Patronato del HISMA, y se dictan disposiciones relativas a la administración de este hospital, lo cual incluye la creación del Patronato, la administración de bienes, lo relativo al Consejo de Gestión, las atribuciones del Consejo de Gestión, lo relativo al Director Ejecutivo y la gestión de Recurso Humano
- **En esta ley N° 28, en el Capítulo I, artículo I**, “Se crea el Patronato del Hospital San Miguel Arcángel, como persona jurídica de interés público, sin fines de lucro con patrimonio propio y capacidad legal para ejercer derechos y contraer obligaciones regido por las normas del derecho privado”.
- **En el mismo Capítulo I, artículo 2, enuncia** “ El Patronato tendrá por objeto principal la producción de servicios hospitalarios de segundo nivel en el Hospital Integrado San Miguel Arcángel, con base en el estudio de las necesidades y demandas de servicios de la población de la Región de Salud de un Contrato Programa con la Sociedad Coordinadora”

- **En el Capítulo III, en el artículo 5** , establece que “ El control de los asuntos del Patronato estará a cargo de un organismo denominado Consejo de Gestión, integrado por representantes de organismos y asociaciones con personería jurídica y sin fines de lucro, pertenecientes a la sociedad civil organizada y a instituciones gubernamentales que tengan sede o representación en la Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre, y por el alcalde o alcaldesa del Distrito de San Miguelito, quien formará parte del Consejo como miembro ex officio”.



**FIGURA 1**  
**MODELOS DE FINANCIAMIENTO, COMPRA Y**  
**PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**



### **I. B.1. HOSPITAL INTEGRADO SAN MIGUEL ARCÁNGEL**

El **Hospital Integrado San Miguel Arcángel (HISMA)** es un hospital general de segundo nivel de atención, el cual brinda servicios de hospitalización, urgencias, cirugía ambulatoria, y consultas de evaluación pre y post internamiento en las especialidades básicas de **Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna Y Pediatría**. Además consta de subespecialidades como **Maxilo Facial, Neumología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Ortopedia y Evaluación Pre-Quirúrgica de Cardiología**.

El modelo de gestión del HISMA permite una administración, que se rige bajo las normas del derecho privado, en la que se introducen elementos de gestión con enfoque empresarial para enfrentar el desafío de lograr una cultura de eficiencia y liderazgo en la Provisión de servicios hospitalarios y obviar los obstáculos burocráticos que caracterizan al sector público. Estos hechos han generado algunas ventajas como son:

- La creación de un comprador de servicios independiente (CONSALUD) que administra un fondo fiduciario a título de los financiadores del mismo (CSS y MINSAL), regido a su vez por normas del derecho privado, lo cual garantiza que el hospital reciba sus pagos por servicios prestados y por lo tanto que pueda hacerle frente a sus obligaciones financieras al margen de las preferencias políticas
- La flexibilidad en la subcontratación de servicios, ventaja relacionada con la aplicación de las normas del derecho privado, favorece el mejor aprovechamiento de las ofertas del mercado.
- A pesar de que la naturaleza de la atención sanitaria es pública, la estrategia de sub-contratación de proveedores aplicada en el HISMA, hace más flexible la gestión de los recursos humanos y disminuye la presión social ejercida por los gremios sobre el gobierno. Igualmente esta

estrategia permite ajustar la mano de obra a los vaivenes de la demanda, haciendo más eficiente la inversión y disminuyendo el gasto.

- Se evita la duplicidad en la inversión de recursos para la asistencia de una misma población, al integrar el presupuesto de la Caja del Seguro Social y el Ministerio de Salud en un fondo común.
- El uso del capital del estado se hace más eficiente, ya que se elimina la asignación de presupuestos históricos y en su lugar se aplica un sistema de compensación por producción y calidad.

Este hospital introduce desde sus inicios, algunas herramientas de gestión importantes entre las que resaltan, las siguientes:

- La evaluación periódica de la calidad en la prestación de los servicios,
- El monitoreo de la percepción de los usuarios con encuestas,
- Monitoreo de la calidad financiera, en donde los costos y el
- rendimiento de la inversión, adquieren posiciones de relevancia,
- Políticas para garantizar la atención oportuna, incrementado la
- agilidad diagnóstica de los servicios finales y de apoyo,
- Mecanismos que faciliten el acceso económico del usuario, conjugando la equidad y la solidaridad social al establecer grupos de la población con distintos grados de capacidad de pago por los servicios recibidos,
- Desarrolla un sistema de referencia y contrarreferencia hacia y desde todos los niveles de atención con médicos especialistas en turnos presenciales las 24 horas del día para garantizar la atención oportuna y la calidad en el seguimiento de los casos.

El Hospital Integrado San Miguel Arcángel, tiene una estructura Organizacional y Operativa constituida por:

- Un Consejo de Gestión (Apoyado por Asesoría Legal y Auditoría Interna). Este consejo controla los asuntos del Patronato y está integrado por 14 miembros representantes de la sociedad civil organizada que tienen sede o

representación en la región de salud de San Miguelito siendo elegidos democráticamente por las organizaciones a las que pertenecen.

- Una Dirección Ejecutiva (Apoyada por la Gerencia de Recursos Humanos, Unidad de Gestión y Auditoría de la Calidad, Unidad de Tecnología de la Información, Unidad de Análisis de Gestión y Planificación). El Director Ejecutivo es el responsable de la gestión directa.
- División de Servicios Hospitalarios
- División de Administración
- División de Diagnóstico, Apoyo y Tratamiento
- Unidades de Servicios Externalizados. En la actualidad se cuenta con 18 empresas externalizadas ( Organigrama en Anexo 1).

El recurso humano del HISMA esta dividido en:

- Aquellos contratados directamente por el Patronato, compuesto principalmente por el personal administrativo los cuales actualmente suman ciento sesenta (160).
- Los contratados por las empresas externalizadas, a las cuales el Patronato les compra los servicios de atención directa a los usuarios de este hospital, actualmente consta con dieciocho (18) empresas que prestan estos servicios.

El HISMA, brinda atención a todos los residentes de la Región de Salud de San Miguelito, la cual incluye los nueve (9) corregimientos del Distrito de San Miguelito y dos (2) corregimientos, Las Cumbres y Chilibre, los cuales pertenecen al Distrito de Panamá según la división política del país. Se atiende a la población asegurada y no asegurada, cuya patología corresponda al segundo nivel de atención.

La red de servicios primarios sobre la cual se fundamenta el sistema de referencia y contrarreferencia, consta de ocho (8) Centros de Salud y un (1) subcentro de Salud bajo la responsabilidad del MINSA y de dos (2) Policlínicas, una (1) Unidad Local de Atención Primaria en Salud (ULAPS) y un Centro de

Atención Preventiva y Promocional en Salud (CAPPS) bajo la responsabilidad de la CSS.

### **I. B. 2. HOSPITAL NICOLÁS SOLANO**

El **Hospital Regional Nicolás Solano**, a través de los años ha sido reestructurado en pro de la comunidad y la colectividad. Fue inaugurado el 2 de marzo de 1953 en el Distrito de la Chorrera, como hospital especializado para combatir la Tuberculosis. En el mes de junio de 1971, fue transformado en Hospital General, ya que el área sanitaria de la Chorrera necesitaba tener un Nosocomio. En su conversión, intervinieron dos factores:

1. Mayor énfasis en el tratamiento Ambulatorio y la integración del programa de Tuberculosis a los Centros de Salud lo cual trajo como consecuencia una reducción en la Hospitalización.
2. No se podía construir otro Hospital, debido al costo elevado.

Los pabellones fueron habilitados para prestar de forma gradual, los siguientes servicios : Ginecología, Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, Cardiología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Patología y Neumología.

Adicionalmente, se contaba con un Cuarto de Urgencias por 24 horas sirviendo este hospital, de base para los Centros de Salud.

La estructura física, instalaciones, equipamiento y la misma organización de sus servicios con el paso del tiempo, no permitían que la institución cumpliera a cabalidad con los propósitos y objetivos que le dieron su razón de ser. Todos los estudios y análisis realizados, motivaron al Ministerio de Salud a tomar la determinación de construir un nuevo nosocomio para la Región de Panamá Oeste.

Este nuevo Hospital Regional contaría con 250 camas y la estimación de la población de cobertura sería de 339,000 para el año 1997. Se inauguró oficialmente el día 24 de julio del año 2000. Actualmente está constituido por cuatro (4) edificios:

- a) El edificio No. 1 consta de dos plantas corresponde a la Farmacia, Fisioterapia y Consulta Externa, Departamento de Registros Médicos y Estadísticas.
- b) El edificio No. 2 consta de 5 plantas y corresponde a Hospitalización, Dirección Médica, Laboratorios Clínicos, Docencia y Neonatología.
- c) El edificio No. 3 consta de dos plantas que corresponden a Urgencias, Partos, Radiología, Quirófanos, Esterilización, Cutáneos, Intensivos, Cocina, Lavandería, Administración, Anatomía y Patología.
- d) El edificio No. 4 tiene un planta que corresponde a los Talleres y Oficina de Mantenimiento, entre otros.

El Hospital Nicolás Solano, está constituido por:

- La Dirección del Hospital, la cual es apoyada por los Comités de Consultorías de la Dirección Médica, Auditoría Interna, Auditoría de Contraloría y otras Asociaciones. Esta dirección depende de la Dirección Regional de Panamá Oeste y el Ministerio de Salud .
- Una Subdirección del Hospital Regional
- Una Subdirección de Servicios Médicos con la Administración de Servicios Médicos y los servicios de Apoyo.
- Una Subdirección de Docencia Médica e Investigación
- Una Subdirección Administrativa
- Una Subdirección de Servicios Generales (Organigrama en Anexo 2 ).

Este hospital tiene la responsabilidad de brindar atención hospitalaria de segundo nivel a los pacientes a toda la Región de Salud de Panamá Oeste. El sistema de referencia y contrarreferencia para este hospital se fundamenta en la red primaria de atención, la cual incluye cinco ( 5 ) Centros de Salud, once (11) Subcentros y treinta y tres (33) puestos de Salud a cargo del MINSa. Por parte de la CSS, incluye tres (3) policlínicas, dos (2) Unidades Locales de Atención Primaria en Salud (ULAPS) y un Centro de Atención Preventiva y Promocional en Salud (CAPPS).

### I. B. 3. HOSPITAL MANUEL AMADOR GUERRERO

El **Hospital Regional Manuel A. Guerrero**, está situado en la Provincia de Colón, la cual está constituida por cinco (5) Distritos, cuarenta (40) corregimientos y quinientos veintiocho (528) lugares poblados. El hospital tuvo su origen como un hospital de caridad con capacidad inicial de 20 camas en 1924 y ante la necesidad de incrementar la oferta de servicios a la población demandante, se aprobó la Ley 27, del 27 de Octubre de 1928, para la construcción de un hospital y un incinerador en la ciudad de Colón.

El hospital se inauguró en 1936 en la Ciudad de Colón, con capacidad de 200 camas y por el Decreto # 30 del 31 de mayo de 1937, se designó con el nombre "AMADOR GUERRERO". En 1970, se iniciaron acciones entre la comunidad y las autoridades de turno, para la realización de estudios que justificaran la construcción de un nuevo hospital con priorización en la atención de la población Materno Infantil, sobre la base de los indicadores de Salud y tomándose en cuenta, que se carecía de una infraestructura de este tipo en la Provincia de Colón.

En función de estos criterios se decide planear la construcción del nuevo hospital en 1976, el cual fue llamado COMPLEJO HOSPITALARIO MANUEL AMADOR GUERRERO inaugurándose el 28 de Febrero de 1989. Este nuevo hospital, se ubicó lateral al primer hospital, comunicándose a través de puentes y por razones de necesidad, se utilizaron las instalaciones de Pediatría y Ginecología, antes de la inauguración.

Actualmente la institución brinda servicios a la población asegurada y no asegurada las 24 horas, ofreciendo servicios tales como: **Medicina General, Ginecología, Obstetricia, Cirugía General, Cirugía Vascular, Cirugía Plástica, Pediatría, Neonatología, Medicina Interna Y Especializada, Urología, Dermatología, Psiquiatría, Laboratorio Clínico, Radiología Médica, Farmacia, Enfermería, Servicio Social, Banco De Sangre, Consulta Externa, Ortopedia, Endoscopia, Ultrasonido.**

El Hospital Manuel A. Guerrero, está constituido por:

- Una Dirección Médica, la cual es apoyada por Departamento de Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales, Epidemiología, Docencia Médica e Investigación, Control Fiscal, Planificación y otros Comités.
- Una Subdirección Administrativa con el Dpto de Recursos Humanos, Administración y Finanzas, Mantenimiento y Servicios Generales.
- Una Subdirección Médica con Servicio Médico Quirúrgico, Servicios de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y Servicios de Apoyo. (Organigrama en Anexo 3).

Este Hospital, tiene la responsabilidad de brindar atención de segundo nivel, a los pacientes de la Región de Salud de Colón, cuya red primaria de atención se compone de sesenta y una (61) instalaciones abiertas entre el MINSA y la CSS.

El Ministerio de Salud (MINSA), tiene bajo su responsabilidad once (11) Centros de Salud, diez (10) subcentros de Salud y treinta y cuatro (34) puestos de Salud. La Caja de Seguro Social (CSS), tiene bajo su responsabilidad, tres (3) policlínicas, una (1) Unidad Local de Atención Primaria en Salud (ULAPS) y una (1) Clínica de Salud Ocupacional.

Para los tres hospitales, resumimos sus **Características Generales**, su **Cartera de Servicios** y **Características del Modelo de Gestión** en las tablas adjuntas (1,2 y 3).



**TABLA 1 : CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN. PANAMÁ. 2002**

CARACTERISTICA	HOSPITAL		
	SAN MIGUEL ARCANGEL	MANUEL AMADOR GUERRERO	NICOLAS A. SOLANO
Población de responsabilidad	426,933	214,543	354,280
Números de camas	232	320	235
Egresos Totales	17,794	14,644	14,744
Porcentaje de Ocupación	74.56	54	57.8
Promedio de días estancia	3.5	4.3	5.8
Número de Médicos	204	116	86
Número de Enfermeras	65	109	82
Número de Auxiliares de Enfermería y asistentes de clínica	52	130	104
Centros de Referencia del 1er Nivel de Atención Ambulatoria a cargo del MINSA	8 Centros de Salud 1 Subcentro de Salud	11 Centros de Salud 10 Subcentros de Salud 34 Puestos de Salud	5 Centros de Salud 11 Subcentros de Salud 33 Puestos de Salud
Centros de Referencia del 1er Nivel de Atención Ambulatoria a cargo de la CSS	2 Policlínicas 1 ULAPS 1 CAPPS	3 Policlínicas 1 ULAPS 1 Clínica de Salud Ocupacional	3 Policlínicas 2 ULAPS 1 CAPPS
Centros Hospitalarios de Referencia de Tercer Nivel de Atención a cargo de la CSS	Complejo Hospitalario Metropolitano "Dr Arnulfo Arias Madrid"	Complejo Hospitalario Metropolitano "Dr Arnulfo Arias Madrid"	Complejo Hospitalario Metropolitano "Dr Arnulfo Arias Madrid"
Centros Hospitalarios de Referencia de Tercer Nivel de Atención a cargo del MINSA	Santo Tomás H. del Niño Psiquiátrico Nacional Oncológico	Santo Tomás H. del Niño Psiquiátrico Nacional Oncológico	Santo Tomás H. del Niño Psiquiátrico Nacional Oncológico

**FUENTE:** DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS DE LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, MANUEL A. GUERRERO, NICOLÁS SOLANO. PANAMÁ. AÑO 2002. POBLACIÓN SEGÚN LOS CENSOS DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, ESTIMACIONES PARA AÑO 2002; CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ.

**TABLA 2: CARTERA DE SERVICIOS DE HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN. PANAMÁ . AÑO 2002**

<b>CARTERA DE SERVICIOS</b>	<b>HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL</b>	<b>HOSPITAL MANUEL A. GUERRERO</b>	<b>HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO</b>
Servicios clínicos	Medicina, cirugía. Gineco-obstetricia, pediatría	Medicina, cirugía, Gineco-obstetricia, pediatría, odontología	Medicina, cirugía, Gineco-obstetricia, pediatría, odontología
Especialidades Médicas	Cirugía general Traumatología Ortopedia, Oftalmología, Otorrino, Cirugía maxilo-facial, medicina interna, Cardiología, Neumología, salud ocupacional, Radiología médica, Anestesiología, Cirugía pediátrica, Cirugía vascular periférica.	Medicina Interna, Cardiología, gastroenterología, oncología, fisiatría, psiquiatría, traumatología y ortopedia, oftalmología, Urología, otorrinolaringología, cirugía plástica, cirugía maxilo-facial, radiología médica, anestesiología, cirugía cardiovascular, neurología, infectología, neumología, dermatología, cirugía pediátrica, neurocirugía, salud ocupacional	Medicina Interna, Cardiología, gastroenterología, patología, oncología, fisiatría, psiquiatría, traumatología y ortopedia, oftalmología, Urología, otorrinolaringología, foniatría, cirugía plástica, cirugía maxilo-facial, radiología médica, anestesiología, salud ocupacional.

**FUENTE:** DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL MANUEL AMADOR GUERRERO, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO. AÑO 2002. PANAMÁ REPÚBLICA DE PANAMÁ.

**TABLA 3 : CARACTERISTICAS DEL MODELO DE GESTIÓN DE LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑOS 1998-2004.**

<b>Características del modelo de gestión</b>	<b>Hospital San Miguel Arcángel</b>	<b>Hospital Nicolás Solano</b>	<b>Hospital Manuel Amador Guerrero</b>
Financiamiento	MINSA-CSS	MINSA	CSS
Compra de Servicios	CONSALUD	MINSA	CSS
Proveedor de Servicios	Patronato y Empresas Externalizadas	MINSA	CSS
Legislación Laboral del Personal	Código de Trabajo	Código Administrativo	Código Administrativo
Tipo de Pago Presupuestario	Por Productos Pactados	Subsidio sin criterios de producción	Subsidio sin criterios de producción
Relaciones de Gremios con Dirección del Hospital	No existe	Fuerte	Fuerte
Relación Proveedor/Financiadore	Contrato-Programa	Subordinación	Subordinación
Control de Calidad	Sistematizado y Regulado por Contrato-Programa	No Sistematizado	No Sistematizado
Cultura de Costos	Fuerte	Débil	No existe en el período estudiado

**FUENTE:** ENTREVISTAS A DIRECTORES DE HOSPITALES, PLANIFICADORES REGIONALES Y NIVEL CENTRAL DEL MINSA Y CSS. PANAMÁ. 2004.

#### **I. B. 4. FORMAS DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO HOSPITALARIO**

De acuerdo a la literatura, un hospital puede ser evaluado usando una diversidad de técnicas. Estas formas de evaluación incluyen los compromisos de gestión que definen objetivos de cumplimiento específicos; sistemas de acreditación que evalúan el cumplimiento de los hospitales de ciertos criterios o estándares, sistemas de recompensa para los establecimientos «cinco estrellas» , la comparación o benchmarking del desempeño u otras formas de evaluación del desempeño con la utilización de indicadores de accesibilidad, equidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad.

Estas evaluaciones pueden ser usadas con distintos propósitos. En algunos gobiernos de Europa Occidental las usan como un medio para administrar el desempeño de los sistemas de cuidados de salud. En EE.UU. un sistema de evaluación puede ser concebido como un medio para informar a los consumidores y compradores, reduciendo la asimetría de la información, aportando evidencia para la toma de decisiones del usuario y también como mecanismo de financiación.

Cualquiera sea el propósito para adoptar un sistema de evaluación, éste debe ir acompañado de la voluntad política de corregir las prácticas subóptimas y /o de riesgo. También requiere de investigadores internos sensibilizados con los problemas técnicos - conceptuales y comprometidos en la medición del desempeño de sus hospitales.

Entre los métodos más agresivos para evaluar el desempeño hospitalario y lograr impacto en la mejoría de la gestión se encuentra la revelación de rankings de resultados clínicos por hospitales o médicos individuales. Este método ha despertado interés en muchos países como una estrategia para mejorar los estándares y para dar poder a los pacientes/clientes. Es necesario precaver que los rankings hospitalarios son problemáticos y pueden crear incentivos perversos.

Por lo tanto, quienes formulan políticas, deben también autoobligarse a establecer sistemas de evaluación que permitan :

- reconocer la incertidumbre intrínseca en el cuidado de la salud,
- mejorar las actuales técnicas de medición,
- destacar las diferencias gruesas a través de prácticas de benchmarking lo cual es más efectivo que formular rankings específicos,
- buscar un mejoramiento continuo, corrigiendo los problemas críticos.

Una atención de buena calidad se caracteriza por : (Donabedian,1986)

- Alto Grado de competencia profesional
- Eficiencia en la utilización de los recursos
- Garantía de riesgo mínimo para los pacientes
- Garantía de efecto favorable sobre la salud

Hay dos formas principales para evaluar la calidad con que se presta determinado servicio de salud:

- 1) Realizar estudios ad hoc que permitan evaluaciones profundas y detalladas de la calidad conque se presta el servicio (incluyendo la eficiencia).
- 2) Emplear indicadores que permitan tener una idea continua y rápida de la calidad de la atención que se brinda.

#### **I. B. 4.1. INDICADORES DE COMPARACIÓN O “ BENCHMARKING” PARA LA EXCELENCIA DE LOS HOSPITALES (TOP 20).**

En la actualidad, a nivel mundial se están realizando evaluaciones del desempeño cada vez más complejas y específicas que puedan tener mayor utilidad y certeza en la realización de comparaciones institucionales. Por ejemplo: España, ha tratado de facilitar a los hospitales, una herramienta de comparación (benchmarking) en la búsqueda de la excelencia en los servicios (Top 20), cuyo fundamento radica en los hospitales “Top 100” de

los Estados Unidos. Para ello se utilizaron seis (6) indicadores como suficientes, para identificar el perfil de los hospitales y describir su calidad, eficiencia y productividad. Estos parámetros son:

- Índice de Mortalidad Ajustada por Riesgo (IMAR-como Indicador de calidad).
- Índice de Complicaciones Ajustadas por Riesgo (ICAR- como indicador de calidad).
- la Estancia Media Ajustada por Casuística y Severidad (EMACS-como indicador de funcionamiento).
- el Índice de Ocupación (IO- como indicador de funcionamiento)
- el Coeficiente de Ambulatorización (CA- como indicador de funcionamiento)
- la Productividad Ajustada por Casuística (PAC- como indicador de eficiencia).

Los indicadores de calidad (IMAR-ICAR), informan sobre la mayor o menor mortalidad del problema en función del tipo de pacientes atendidos y miden dónde superan las complicaciones registradas a las previsibles, según las características de los casos recibidos. Las probabilidades de padecer una complicación se calculan para seis líneas de producto: cirugía mayor, cirugía menor, procedimientos cardíacos invasivos, endoscopias, pacientes de especialidades médicas y el resto de pacientes.

Los indicadores de funcionamiento (EMACS, IO y CA), ofrecen información suficiente para comprobar como los centros gestionan sus camas.

El único indicador de eficiencia seleccionado (PAC), sirve para determinar con que nivel de eficiencia relativa atiende un hospital a sus pacientes. En este caso se entiende, la productividad como la relación

existente entre la producción registrada en el hospital (egresos, consultas, intervenciones) y los gastos en que incurre para la misma.

Esta herramienta de evaluación persiguió tres objetivos:

1. Introducir una metodología de evaluación simple pero comprensible del funcionamiento y resultados de los hospitales.
2. Establecer patrones de referencia que sirvieran de Benchmarking para los hospitales españoles.
3. Reconocer la labor de los hospitales de alto rendimiento que formaron los Top 20. (Hospitales que conjugaban altos niveles de eficiencia y calidad).

#### **I. B. 4.2. INDICADORES DE DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD SEGÚN DIMENSIONES DE ACCESO, EQUIDAD, CALIDAD, EFICIENCIA Y SUSTENTABILIDAD**

Dentro del marco de la **Reforma del Sector Salud**, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) le encomendó al Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud-PHR, la elaboración de una guía de indicadores sobre cinco (5) dimensiones claves del desempeño del sistema de la salud: acceso, equidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad. Estos indicadores, pueden aplicarse a la medición del desempeño de diversas iniciativas gubernamentales como son, los servicios de salud específicos, los tipos o niveles de proveedores de salud ( hospitales), el ordenamiento organizativo-financiero y la asignación de fondos públicos.

De igual manera, estos indicadores se elaboraron para diversos destinatarios tales como:

- Autoridades encargadas de formular políticas y directores de programas en países de ingresos medianos y bajos.

- Evaluadores e investigadores que utilicen estos indicadores para seguimiento de cambios en el desempeño del sistema de salud a través del tiempo y evalúen la efectividad de algunas reformas.
- Donantes internacionales que quieran medir los resultados que tuvo la implementación de las políticas de reforma que apoyaron, comparando los resultados de algunos indicadores selectos, en diversos contextos y distintos niveles de desempeño.

Los indicadores del desempeño del sistema de salud, de acuerdo a esta guía incluyen las dimensiones de acceso, equidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad. Incluyen indicadores de uso común y para los que se puede obtener datos sin mucha dificultad, sin embargo no incluyen todos los indicadores que pueden utilizarse para la medición del desempeño. De igual manera, algunos indicadores incluidos en una dimensión, pueden también usarse para medir otras dimensiones. Los indicadores de esta guía son mediciones continuas o a intervalos, como valores numéricos, tasas y porcentajes y otros se clasifican de manera dicotómica.

A continuación, se desarrollan las cinco (5) dimensiones con sus respectivos indicadores, para medir el desempeño en los sistemas de salud y se incluyen algunos conceptos no incluidos en la guía, pero relacionados con las respectivas dimensiones.

1. **DIMENSIÓN DE ACCESO**, se refiere a la presencia o ausencia de barreras físicas o económicas que pueden enfrentar las personas para usar los servicios de salud.

Las barreras físicas (acceso físico) son aquellas relacionadas con la disponibilidad y suministro general de los servicios de salud y la distancia a que se encuentran los establecimientos de salud, la cual para los hospitales se considera entre los 10-15 kilómetros circundantes.

Las barreras económicas (acceso económico) están relacionadas con el costo de buscar y obtener atención médica, con respecto a los ingresos del paciente o del hogar.



Ejemplos de los Indicadores de acceso físico :

- ❖ Porcentaje de la población que vive dentro de una distancia de X kilómetros (10-15) de un hospital.
- ❖ Porcentaje de la población que vive dentro de una distancia de X (10-15) kilómetros de un hospital que presta atención de emergencia (obstétrica) las 24 horas del día.
- ❖ Porcentaje de la población que cuenta con servicio de ambulancia las 24 horas del día.
- ❖ Porcentaje de los establecimientos de salud equipados con teléfono o radio.
- ❖ Porcentaje de población (rural o pobre) que vive dentro de una distancia X kilómetros de un establecimiento de salud, hospital o farmacia.
- ♣ Población por médico,
- ♣ Población por enfermera,
- ♣ Población por cama de hospital

Ejemplos de los Indicadores de acceso económico:

- ♣ Costo privado promedio total de una estadía hospitalaria promedio como porcentaje del ingreso anual per cápita del hogar, para los usuarios que se encuentran en el quintil de ingreso per cápita más bajo.
- ♣ Costo privado promedio total de los medicamentos para un típico episodio de enfermedad de un paciente ambulatorio como porcentaje del ingreso mensual per cápita del hogar, para los usuarios que se encuentran en el quintil de ingreso per cápita más bajo.
- ♣ Costo privado promedio total de los episodios de enfermedades de pacientes ambulatorios tratados profesionalmente como porcentaje del ingreso mensual per per del hogar, para los usuarios que se encuentran en el quintil de ingreso per per más bajo.
- ♣ Costo promedio por día de hospitalización en el hospital público más cercano.

Estos indicadores requieren datos de una encuesta de gastos en salud a nivel de hogar y miden la dimensión económica del acceso a la atención curativa. Se incluye un indicador separado para los medicamentos o fármacos, por la alta participación de este componente del gasto en salud en la mayoría de los presupuestos de los hogares.

2. **DIMENSIÓN DE EQUIDAD**, se puede referir a las diferencias en el estado, utilización o acceso a la salud entre diferentes grupos de ingresos socioeconómicos, demográficos étnicos y /o de género. Para el cálculo de estos indicadores se necesita información sobre los gastos públicos en salud asignados al proveedor y datos sobre el número de unidades de servicios entregados por cada tipo de proveedor durante el mismo período utilizado para los datos de los gastos públicos.

Ejemplo de estos indicadores tenemos:

- ❖ la relación entre los subsidios de salud gubernamental recibido y el ingreso total recibido por el grupo de ingreso
- ❖ la relación entre el coeficiente de Gini para los subsidios de los servicios de salud públicos y el ingreso total o gasto total.

3. **DIMENSIÓN DE CALIDAD**, conceptualmente tiene múltiples dimensiones, pero existe un punto de referencia básico de amplia utilización por los expertos, como son las dimensiones de estructura, procesos y resultados. Arvedis Donabedian, define la calidad de la atención como “aquel tipo de atención de la que se espera que maximice una medida inclusiva del bienestar del paciente, después de tener en cuenta el equilibrio de las ganancias y pérdidas esperadas que asisten al proceso en todas sus partes”.(Donabedian 1980)

### **3. a. Estructura**

Incluye todos los aspectos de un sistema de salud que respaldan o están relacionados con la interacción entre el sistema de salud y el cliente como son: las condiciones físicas, económicas, las instalaciones, los sistemas de

información, los suministros, el personal, las calificaciones, incluso los aspectos gerenciales de gestión y supervisión. En buena medida se trata de características estáticas o difíciles de cambiar. Su relación con la calidad descansa en que ciertas deficiencias en la calidad de la atención podrían estar condicionadas por problemas de estructura pero está claro que la mejor estructura no garantiza calidad.

De Geyndt, establece cuatro categorías para los indicadores de estructura que son: Física, Ocupacional, Financiera y Organizacional.

- Física: incluye cimientos, equipos médicos, insumos farmacéuticos.
- Ocupacional: incluye recurso humano médico, no médico. Enfermera/médico y médico/habitantes.
- Financiera: considera presupuesto para operar y financiar.
- Organizacional: Relaciones entre autoridad y responsabilidad

Dentro de los indicadores estructurales, mencionaremos:

- ❖ Existencia de estándares nacionales para las calificaciones profesionales de los recursos humanos en salud, inclusive mecanismos de fiscalización.
- ❖ Proporción del personal de salud que posee calificaciones profesionales básicas, inclusive especialización en servicios específicos de atención de salud (primaria u otro nivel).
- ❖ Existencia de estándares nacionales para establecimientos, inclusive mecanismos de fiscalización.
- ❖ Proporción de establecimientos de salud que cumplen los estándares de estructura básica en base a los servicios que proveerán.
- ❖ Existencia de claros estándares nacionales para servicios de salud de alta prioridad
- ❖ Proporción de establecimientos en que las actuales directrices para el diagnóstico y tratamiento están disponibles por escrito. (protocolos)

- ❖ Existencia de un programa de control de calidad nacional, el que incluye personal capacitado y procedimientos establecidos para el diseño, monitoreo y mejoramiento de la calidad. Entre los subindicadores de la existencia de un efectivo control de calidad tenemos:
  - ❖ Revisión y actualización habitual de los estándares técnicos.
  - ❖ Métodos eficaces para comunicar los estándares al nivel del personal en terreno.
  - ❖ Aplicación habitual de métodos de comparación entre desempeño y estándares
  - ❖ Aplicación habitual de metodologías de solución de problemas en base a la información disponible.
  - ❖ Aplicación habitual de métodos para la incorporación de aportes de la comunidad al diseño de los sistemas y la gestión.
  - ❖ Proporción de establecimientos de salud que no tuvieron problemas de existencia de medicamentos durante los tres meses anteriores
  - ❖ Proporción de casos en que todos los medicamentos recomendados estaban disponibles.

### **3. b. Proceso**

Incluye todo lo que ocurre durante la interacción entre el sistema de salud y el usuario, incluye aspectos interpersonales de la atención y también aquellos del contexto de la prestación del servicio.

El proceso es el conjunto de acciones que realiza el sistema y sus exponentes (médicos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas, etc) sobre el paciente para arribar a un resultado específico que puede resumirse como mejorar la salud quebrantada del paciente. La atención médica conlleva un proceso complejo donde juegan un papel importante la interacción del paciente con el equipo de salud y la tecnología que se utilice.

La Historia Clínica es el documento principal, donde debe plasmarse todo el proceso de atención que recibe un paciente en un hospital. La calidad de la

historia clínica (y de otros documentos que se generen en la atención al paciente) es clave en la evaluación de la calidad del proceso de atención.

Ejemplo de indicadores de proceso tenemos:

- Grado de utilización de los servicios
- Habilidad del personal que brinda la atención para realizar las acciones sobre el paciente.
- Indicadores de calidad de documentos que plasman el proceso como la Historia Clínica.
- Proporción de clínicas en que los servicios están plenamente integrados de acuerdo a las normas nacionales
- Proporción del personal de la salud que fue supervisado de manera efectiva y oportuna de acuerdo a las normas nacionales.
- Proporción de contactos con pacientes en que el tratamiento recibido es coherente con los protocolos nacionales de diagnóstico y tratamiento, inclusive con las directrices para la interacción usuario-proveedor.
- Proporción de remisiones ordenadas y realizadas de acuerdo a las directrices y normas nacionales.
- Proporción de usuarios que conocen y comprenden las medidas esenciales necesarias para completar los tratamientos y evitar futuras condiciones posibles de prevenir.
- Proporción de usuarios que prosiguen los tratamientos recomendados hasta su término (tasa de abandono)
- Satisfacción de los usuarios.

### **3. c. Resultado**

Los resultados son consecuencia del proceso y se refieren a los cambios en el estado de salud actual y futuro de un paciente que se pueden atribuir a la atención de salud recibida. Incluyen las actitudes de los pacientes inclusive su satisfacción, los conocimientos respecto a su salud y los cambios de comportamiento relacionados con la salud.

El resultado se refiere al beneficio que se logra en los pacientes, aunque también se puede medir en términos de daño. El análisis de los resultados permite evaluar eficacia, efectividad y eficiencia de las prácticas médicas y de la atención hospitalaria en general. Los indicadores de resultados, se constituyen en los indicadores más utilizados para el mejoramiento de la calidad de la atención en países desarrollados, marginando las medidas del proceso y estructura.

Evaluar la calidad de los resultados es, en cierta forma, una vía para evaluar también proceso y estructura. Si los resultados son los deseables, la estructura y el proceso han sido por lo menos aceptables.

Algunos autores distinguen cuatro tipos básicos de Indicadores de Resultados que son: indicadores centinela , indicadores de datos agregados (más utilizados), indicadores trazadores, indicadores basados en la opinión de los pacientes.

Ejemplos de indicadores de resultados tenemos:

- ❖ Tasa de mortalidad hospitalaria general o por servicios.
- ❖ Tasa de reingreso por la misma enfermedad
- ❖ Tasa de infecciones intrahospitalarias
- ❖ Tasa de complicaciones relacionadas a la hospitalización (úlceras de decúbito, dehiscencia de suturas)
- ❖ Tasa de incapacidad física o psíquica al egreso
- ❖ Tasa de accidentes quirúrgicos por número de operaciones
- ❖ Tasa de mortalidad por complicaciones
- ❖ Satisfacción de usuarios

#### **4. DIMENSIÓN DE EFICIENCIA**

Existen algunas definiciones para eficiencia como son :

“ Los efectos o resultados finales obtenidos en relación con el esfuerzo realizado en términos de dinero, recursos y tiempo” (Documento de Evaluación de Programas de Salud de la OMS).

“ Es lograr una relación aceptable entre calidad de la atención y recursos empleados para lograrla”.

La eficiencia está relacionada con la calidad con que se brinda el servicio aunque realmente su significado es diferente. Un servicio de buena calidad deberá ser eficiente y un servicio eficiente contribuye a que éste sea de buena calidad.

La eficiencia considera los recursos empleados en la prestación de determinado servicio y suele cuantificarse en términos de “servicio prestado por unidad de recursos empleados”.

Eficiencia en la atención hospitalaria resulta equivalente a lograr un buen aprovechamiento de la cama. La medición es difícil y hay que recordar una premisa para buscar eficiencia: “ El paciente debe permanecer el tiempo indispensable para lograr un estado de salud que le permita ser atendido de forma ambulatoria”.

La comprensión del concepto de “eficiencia” de la atención médica se torna más fácil si se imbrica con otros dos conceptos ligados a la calidad de una acción de salud: la eficacia y la efectividad.

La atención hospitalaria debe brindarse con eficacia, efectividad y eficiencia.

**Eficacia** se refiere al grado en que la atención al paciente ha demostrado lograr el resultado deseado.

**Efectividad** incluye el impacto que tiene sobre la salud de la población, el procedimiento utilizado.

En la **Eficiencia** se consideran los gastos y costos relacionados con la eficacia o efectividad alcanzadas.

Si se tienen varias acciones de salud con igual eficacia y efectividad, la más eficiente será la que menos recursos utilice. Por otro lado, si tuviéramos que ordenar estos términos de acuerdo a su importancia, diríamos que lo primero que debe tener una acción de salud es eficacia, lo segundo efectividad y en tercer lugar eficiencia. Dicho en otras palabras, primero, lograr lo que persigue, segundo, tener impacto en la salud de la población y tercero lograr el efecto y el impacto con el menor gasto de recursos posible.

Según Galvez, “un sistema de salud es eficiente cuando logra un producto de salud socialmente aceptable, con un uso mínimo de recursos”. La cama es el recurso básico de la atención hospitalaria y su utilización eficiente es el sustrato de los indicadores de eficiencia más utilizados. Una cama hospitalaria es además un recurso caro y siempre debe estar bien utilizada.

Los **Indicadores de Eficiencia** más conocidos son:

- Promedio de estadía
- Índice Ocupacional
- Intervalo de Sustitución
- Índice de Rotación

El **Promedio de estadía o estancia media**, es el indicador de eficiencia hospitalaria más importante y utilizado de forma general; esto ocurre, probablemente por su claro significado y por su doble condición de indicador del aprovechamiento de la cama y de la agilidad de los servicios prestados en el hospital. Es la suma total de las estancias en un período, divididas por el total de episodios de hospitalización en el mismo período; mide el tiempo promedio que una unidad organizativa tarda en resolver los episodios de hospitalización. Se consideran estancias medias entre siete (7) y nueve( 9) días para un hospital general, aunque el indicador varía con el tipo de hospital, su grado de especialización, el tipo de servicio, las características sociales,



disponibilidad de recursos alternativos, organización del hospital y pautas de hospitalización empleadas por sus clínicos (prácticas individuales).

La estadía óptima para un paciente no depende solamente de la eficiencia en la atención sino también de las características del propio paciente y su enfermedad; por lo cual hoy día, se reconoce el papel predominante que tienen los ajustes en los indicadores hospitalarios( indicadores estandarizados o ajustados) para realizar comparaciones en el tiempo en una misma institución o entre varias instituciones en el mismo período de tiempo. Los ajustes más utilizados en la esfera sanitaria son los ajustes por edad y en los hospitales, los ajustes se realizan según la gravedad de la enfermedad, lo cual también va a influir en la estancia media.

El **Índice Ocupacional** responde a la pregunta “¿ De todo el tiempo disponible, cuánto tiempo estuvieron ocupadas las camas? . Se define como la proporción media en un período de tiempo en el que las camas han estado realmente ocupadas por algún paciente, respecto a su capacidad máxima de ocupación, expresado en porcentaje. Se estiman cifras del 85% como valor adecuado para un hospital general; sin embargo, el indicador varía como la estancia media según tipo de hospital, organización, componentes estacionales.

El **Índice de Rotación** expresa el número promedio de personas que pasan por una cama en un período dado. Indicador que mejor sintetiza la productividad del recurso-cama. Se considera adecuado un índice de rotación (IR) > de 3 ingresos / cama-mes. Este indicador es una función de la estancia media y el porcentaje de ocupación, por lo cual varía con los factores que afectan a cualquiera de ellos.

El **Intervalo de Sustitución** (IS), expresa de forma resumida, el tiempo promedio que transcurre entre la salida y entrada de un paciente a una cama.

Dicho en otra forma, es el promedio de tiempo en que las camas permanecen desocupadas entre un egreso y el ingreso siguiente. Es el complemento de la estancia media. Teóricamente su duración idónea es la suficiente para preparar la cama y el entorno para un nuevo paciente y no debería superar el día o día y medio. En la jerga hospitalaria se distingue entre camas “calientes” con IS menores a medio día (cuidados intensivos), camas “templadas” con  $IS < 1$  día y camas “frías” con  $IS > 1$  día. La suma del intervalo de sustitución y la estancia media, dan lugar a un indicador llamado ciclo medio hospitalario (CMH) que indica los días ocupados o no, que un hospital utiliza en promedio por cada paciente que ingresa.

Los indicadores de eficiencia también se pueden evaluar desde los aspectos de productividad y costos. Entendemos por productividad, la relación del trabajo con el tiempo del recurso humano (hora-médico) o material disponible (día-cama), expresando el promedio de producción por unidad de tiempo-recurso humano. Al hablar de costo promedio, relacionamos el trabajo con sus costos, es decir, el costo requerido en la producción de una unidad de trabajo.

Dentro de los indicadores desarrollados en la guía para esta dimensión tenemos:

- ❖ Visitas de pacientes ambulatorios por hora- médico
- ❖ Visitas de pacientes ambulatorios por hora-enfermera
- ❖ Relación entre visitas de pacientes ambulatorios y costos de personal
- ❖ Costos por día cama de hospital
- ❖ Costo por visita de paciente ambulatorio.
- ❖ Porcentaje de visitas de pacientes ambulatorios recibidos del sector privado
- ❖ Camas de hospitales privados como porcentaje del total
- ❖ Costos de personal como porcentaje del gasto ordinario total en salud
- ❖ Gastos en medicamentos e insumos como porcentaje del gasto ordinario en salud

- ❖ Número de enfermeras por médico
- ❖ Número de enfermeras por cama de hospital
- ❖ Número de médicos por cama de hospital
- ❖ Relación entre el sueldo promedio de un trabajador de la salud del sector público con un determinado nivel de experiencia y el sueldo de un trabajador de la salud comparable del sector privado.
- ❖ Puntualidad de los pagos de los trabajadores de la salud del sector público.
- ❖ Existencia de incentivos de desempeño para el personal del sector público.
- ❖ Gasto en medicamentos genéricos como porcentaje del gasto total en medicamentos
- ❖ Utilización de lista de medicamentos básicos en la adquisición.
- ❖ Porcentaje del presupuesto ordinario de salud del gobierno que se gasta en los servicios de salud públicos.
- ❖ Gasto en atención primaria como porcentaje de los gastos ordinarios
- ❖ Porcentaje del gasto público total en medicamentos asignado a los establecimientos de atención primaria y hospitales.
- ❖ En todos los establecimientos se cobran tarifas (sí/no)
- ❖ Los niveles de las tarifas promueven la eficiencia (sí/no)
- ❖ Porcentaje de asegurados inscritos en planes que usan copagos y deducibles, planes de atención controlada o planes sujetos a presupuestos globales.
- ❖ Tasa de Ocupación
- ❖ El sistema de transferencia de pacientes funciona eficazmente (sí/no)

## **5. Sustentabilidad**

Se refiere a la capacidad del sistema de continuar exitosamente con sus actividades normales en el futuro, en caso de suspenderse la ayuda extranjera.

El sistema debe ser capaz de aumentar sus actividades en el grado necesario para cubrir los aumentos generados por el crecimiento demográfico y económico.

Existen dos dimensiones en la sustentabilidad: la financiera y la institucional.

La financiera se refiere a la capacidad del sistema de salud de reemplazar los fondos de donantes externos, con fondos de terceros e internos.

La institucional se refiere a la capacidad del sistema, si está debidamente financiado, de reunir y manejar los recursos no financieros necesarios para llevar adelante sus actividades normales.

Ejemplos de indicadores de sustentabilidad:

- ❖ Porcentaje de todo el sistema de salud financiado con ingresos tributarios
- ❖ Porcentaje del sistema de salud público financiado con ingresos tributarios.
- ❖ Gasto público en salud como porcentaje de presupuesto total del gobierno.
- ❖ Gasto Público de Salud como porcentaje del PIB
- ❖ Porcentaje del gasto total en salud financiado por donantes
- ❖ Porcentaje del gasto público en salud financiado por donantes
- ❖ Porcentaje del gasto ordinario en salud financiado por donantes
- ❖ Porcentaje del gasto público en salud orientado a hospitales, a la atención primaria, a la medicina preventiva entre otros.
- ❖ Médicos extranjeros como porcentajes de todos los médicos.
- ❖ Cantidad de meses de la asistencia técnica extranjera financiada por donantes
- ❖ Gastos de donantes en asistencia técnica como porcentaje de todos los gastos en salud de los donantes.

## **I. B. 5. INDICADORES SELECCIONADOS PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO HOSPITALARIO**

Para nuestro estudio, utilizamos algunos indicadores de la guía encomendada al Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud-PHR por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), dentro del marco de la Reforma del Sector Salud, que nos permitieran realizar una evaluación del desempeño hospitalario en tres (3) de las cinco (5) dimensiones elaboradas por este proyecto. Las dimensiones que evaluamos son las de Acceso, Calidad y Eficiencia incluyendo los indicadores de producción, productividad y costos dentro de la dimensión de eficiencia. También, separamos algunos indicadores de estructura dentro de la dimensión de calidad, para enfatizar los aspectos de organización y estructura en las instalaciones y poder puntualizar las diferencias en los modelos de gestión de los tres hospitales estudiados.

Estos indicadores son los siguientes:

### **A. Accesibilidad**

- Cobertura (egresos por personas)
- Cama/ habitantes
- Médico/habitantes
- Enfermera/ habitantes
- Tiempo de espera para la atención con especialidades
- Tiempo de espera para cirugías ambulatorias
- Tiempo de espera para cirugías de hospitalización
- Costo Promedio de día de Hospitalización

### **B. Calidad**

- Promedio día estancia
- Tasa mortalidad por 1000 egresos
- Tasa de infección intrahospitalaria
- Porcentaje de cesárea

- Porcentaje de nacidos vivos
- Tiempo de espera para atención con especialidades
- Tiempo de espera para cirugías ambulatorias
- Tiempo de espera para cirugías de hospitalización
- Evaluación Sistemática Mensual de la Satisfacción de usuarios

## **C. Eficiencia**

### **C.1 Producción**

- Egresos totales
- Nacimientos totales
- Partos totales
- Cesárea totales
- Intervenciones quirúrgicas totales
- Consultas de urgencias totales
- Consultas externa totales
- Exámenes de laboratorios totales
- Exámenes de laboratorios en pacientes hospitalizados
- Exámenes de imagenología totales
- Medicamentos despachados totales

### **C.2. Productividad**

- Número de camas
- Egresos totales del hospital
- Promedio día estancia
- Días cama ocupadas
- Egresos por cama
- Índice ocupacional
- Índice de rotación
- Número de cuartos quirúrgicos
- Intervenciones quirúrgicas totales
- Cirugías por salón de operaciones
- Consultas de urgencias totales

- Consultas externas totales
- Horas médicas /Cama
- Consulta Urgencia/horas médicas
- Horas médicas /DCO
- Egreso/horas médicas
- Exámenes totales/egresos
- Exámenes en Hospitalizados/Egresos
- Imagenología total / egresos
- Imagenología en hospitalizados/Egresos
- Medicamentos despachados total / Egresos
- Medicamentos despachados a hospitalizados / Egresos

### **C.3. Costos**

- Costo Unitario de la Consulta Ambulatoria por Servicio (Medicina Interna,Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia)
- Costo Unitario de Egreso Por Servicio(Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia)
- Costos Unitario de los Partos Vaginales y por Cesáreas (Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia)
- Costo Unitario de la consulta de Urgencia
- Costo Unitario de las Cirugías Ambulatorias

### **C.4. Distribución del Gasto Presupuestario**

- Porcentaje de gasto del presupuesto destinado a pago de personal.
- Porcentaje de gasto del presupuesto destinado a medicamentos.

## **D. Organización y Estructura**

- Población responsabilidad
- Números de camas
- Números de médicos total
- Médicos Generales
- Médicos Especialistas
- Médicos Residentes

- Médicos Internos
- Números de enfermeras
- Números de auxiliares
- Capacitación formal del recurso humano
- Reuniones del comité de infecciones nosocomial
- Existencia de estructura organizacional (organigrama)
- Tipo de Elección de Director del Hospital
- Existencia de Sistema de Información Gerencial
- Existencia de Evaluación formal del Desempeño de los Servicios
- Existencia de Sistema de Evaluación formal de Costos
- Nivel de Atención
- Tipo de modelo de gestión



#### **I. B. 6. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar si el HISMA, situado en la región de San Miguelito, con el modelo de gestión de CONSALUD, resulta con mejores resultados de desempeño hospitalario que el Hospital Manuel Amador Guerrero, situado en la ciudad de Colón, administrado por CSS, y el Hospital Nicolás Solano situado en la ciudad de la Chorrera, administrado por MINSA, comparando los resultados de sus indicadores de acceso, calidad, eficiencia, productividad, costos y estructura organizativa.

#### **I. B. 7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Comparar los resultados de desempeño hospitalario entre el Hospital Integrado San Miguel Arcángel, el Hospital Manuel Amador Guerrero y el Hospital Nicolás Solano.
- Comparar los resultados de los indicadores de acceso, calidad, eficiencia, productividad, costos y estructura organizativa del Hospital Integrado San Miguel Arcángel con respecto al Hospital Manuel Amador Guerrero y el Hospital Nicolás Solano.
- Presentar una propuesta de gestión para mejorar el desempeño hospitalario, según los resultados.

#### **I. B. 8. RESULTADOS ESPERADOS**

Esperamos encontrar mejores resultados de desempeño hospitalario en el Hospital San Miguel Arcángel (HISMA) por el modelo de gestión utilizado, que los obtenidos por el Hospital Manuel Amador Guerrero (CSS) y el Hospital Nicolás Solano (MINSA).

## **II. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **II. A. TIPO DE ESTUDIO**

El estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal el cual busca realizar una descripción comparativa de algunos indicadores que miden el desempeño hospitalario en cada uno de los hospitales señalados. Es un estudio retrospectivo, pues los resultados de los diferentes indicadores nos muestran hechos ocurridos anteriormente y es un estudio transversal según el período y secuencia del estudio, pues los resultados de los diferentes indicadores se obtuvieron para el momento estipulado del estudio. En nuestro caso, situamos nuestra comparación para los tres hospitales, en el año 2002.

### **II. B. FUENTE DE INFORMACIÓN**

El estudio lo realizamos en tres hospitales del país: Hospital Integrado San Miguel Arcángel (HISMA) de San Miguelito; el Hospital Regional Manuel Amador Guerrero de Colón; el Hospital Regional Nicolás A. Solano de Chorrera. En cada hospital, obtuvimos información de sus respectivos departamentos de Registros Médicos y Estadísticas locales y de algunas entrevistas con sus directivos. Otra fuente de información lo constituyeron: Departamentos de Registros Médicos Regionales y Centrales, entrevistas de autoridades regionales y centrales de cada instalación y de algunas fuentes secundarias disponibles en el país.

### **II. C. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La metodología utilizada consistió en la elaboración de un patrón comparativo del desempeño hospitalario de los hospitales escogidos para nuestro estudio, luego de una gran revisión de material escrito y experiencias en el campo de la evaluación del desempeño hospitalario. Realizamos ajustes para obtener un

producto que se enmarcara dentro de los aspectos cruciales de la reforma del sector salud y del sistema informativo actual de nuestro país.

Los hospitales escogidos, mantienen características similares en su nivel de atención, población de cobertura y algunas casuísticas de sus resultados de producción.

El instrumento utilizado en nuestro estudio, contiene algunas variables necesarias para poder construir los indicadores seleccionados y también se incluyeron algunos indicadores ya contruidos, para luego aplicarlo en cada uno de los hospitales señalados. De igual manera, se incluyeron algunas preguntas para que sirvieran de base para algunas entrevistas semiestructuradas a los directivos e informantes claves de cada institución. Dentro de estos directivos podemos mencionar algunos como: Dr. Pedro Contreras (Director Ejecutivo del HISMA), Dra Mitzi Ureña (Unidad de Gestión de Calidad), Dr. Abel Ibarra (Director Médico del Hospital Nicolás Solano), Dr. Adriano Ferro (Director Médico del Hospital Manuel A. Guerrero) Dr. Guillermo Chong ( Jefe de Docencia del Hospital Manuel A. Guerrero). De igual forma, la Dra Beatriz Vergara y el Dr. Eric Quiróz (Planificadotes de Salud del Nivel Central de la Caja de Seguro Social); Lcdo. Moisés Aranguren (Planificador Nacional de la Caja de Seguro Social); Lcdo Denis Santana (Unidad de Costos del Nivel Central de la Caja de Seguro Social) entre otros funcionarios.

El instrumento aplicado, no fue completado al 100%, pues dos (2) de los tres hospitales, en muchas ocasiones, carecían de la información solicitada y en otras, no se había concluído su procesamiento. (Anexo 4).

## **II. D. ÁMBITOS DE EVALUACIÓN O VARIABLES DE DESEMPEÑO**

- Acceso y Cobertura
- Calidad
- Eficiencia
- Productividad
- Costos
- Distribución del Gasto presupuestario
- Organización y estructura

## **II. E. CRITERIOS, ÁMBITOS O DIMENSIONES DE MEDICIÓN**

- Acceso:
  - Cobertura, cantidad de prestaciones por personas de acuerdo a población objetivo .
  - Tiempos de espera para prestaciones relevantes.
- Calidad :
  - Resultado y porcentaje de complicaciones asociadas a la intervención clínica o quirúrgica.
  - Tiempos de espera para prestaciones relevantes
  - Satisfacción del usuario: existencia de mediciones sistemáticas de la percepción del usuario sobre el proceso de atención global, sobre eventos centinela y atención de quejas o reclamos.
- Eficiencia: resultado de los productos finales, un conjunto seleccionado de indicadores de productividad y costos y la distribución del gasto presupuestario.
- Producción: resultados de los productos finales obtenidos por servicios.
- Productividad: relación de recurso relevante con producción principal.
- Costos: gasto efectivo por unidad de producción relevante.

- Distribución del gasto presupuestario: porcentajes de distribución del gasto presupuestario en personal y aspectos relevantes para el funcionamiento como los medicamentos.
- Organización y Estructura: existencia de comités de calidad, de infecciones nosocomiales, presencia de organigrama funcional, tipo de elección del director del nosocomio, cumplimiento de programas de capacitación, del proceso de evaluación de desempeño, presencia de sistema de información gerencial y sistema formal de evaluación de costos.

**TABLA 4**  
**OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

<b>VARIABLE DE DESEMPEÑO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>UNIDAD DE EVALUACIÓN</b>
Cobertura	Egresos por habitantes = $\frac{\text{Número de egresos anuales}}{\text{Población total asignada al hospital}}$	Cuantitativa	Acceso	Total hospital
Tiempos de espera	Lista de espera comparativas según servicios	Cuantitativa	Acceso	Hospital y servicio clínico
Calidad	Promedio estancia	Cuantitativa	Calidad	Hospital y servicio clínico
	Tasa de infecciones intrahospitalaria	Cuantitativa		Total hospital
	Porcentaje de cesáreas	Cuantitativa		Total hospital
	Porcentaje de nacidos vivos	Cuantitativa		Total hospital
	Tiempos de espera según servicios	Cuantitativa		Total hospital
Satisfacción del usuario	Evaluación sistemática mensual de la satisfacción de usuarios	Cualitativa		Total hospital
	Reclamos formales investigados y con respuestas	Cualitativa		
Productividad	Índice ocupacional	Cuantitativa	Eficiencia	Hospital y servicio clínico
	Índice de rotación	Cuantitativa		Hospital y servicio clínico
	Promedio de estancia	Cuantitativa		Total hospital
	Cirugías diarias por salón de operaciones	Cuantitativa		Total hospital
	Exámenes de imagenología por egreso	Cuantitativa		Total hospital
	Promedio de estadía	Cuantitativa		Hospital y servicio clínico
	Exámenes de laboratorio por egreso	Cuantitativa		Total hospital
Costos	Costo unitario por consulta ambulatoria	Cuantitativa	Eficiencia	Hospital y servicio clínico
	Costo unitario por egreso por servicio	Cuantitativa		Hospital y servicio clínico
	Costo unitario por parto vaginal y cesárea	Cuantitativa		Hospital y servicio clínico
	Costo unitario de la consulta de urgencia	Cuantitativa		Hospital
	Costo unitario de la cirugía ambulatoria	Cuantitativa		Hospital y servicio clínico

.... Continuación de Operacionalización de las Variables

<b>VARIABLE DE DESEMPEÑO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>UNIDAD DE EVALUACIÓN</b>
Distribución de gasto presupuestario	Porcentaje de gasto global destinado a personal Porcentaje de gasto destinado a medicamentos	Cuantitativa	Eficiencia	Total hospital
Organización y estructura	Presencia de Organigrama funcional	Cualitativa	Calidad	Total hospital
	Tipo de Modelo de Gestión	Cualitativa		Total hospital
	Comité de infecciones intrahospitalaria funcionando (mínimo 6 sesiones por año)	Cualitativa		Total hospital
	Población y Recurso Humano Necesario	Cuantitativa		Total hospital
	Evaluación Formal de desempeño de los servicios	Cualitativa		Total hospital
	Evaluación del cumplimiento de los programas de capacitación	Cualitativa		Total hospital
	Metodología para elección de directores.	Cualitativa		Total Hospital
	Existencia de Sistema de Información Gerencial	Cualitativa		Total Hospital
	Existencia de Sistema formal de Evaluación de Costos	Cualitativa		Total Hospital

### III. RESULTADOS

#### III. A. DIMENSIÓN DE ACCESIBILIDAD

##### III.A.1. INDICADORES DE ACCESO FÍSICO

#### CUADRO I

INDICADORES DE ACCESO FÍSICO DE LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.

Indicador	Hospital		
	San Miguel Arcángel	Hospital Nicolás Solano	Hospital Manuel Amador Guerrero
Cobertura (egresos por personas)	41.67 x 1000 habitantes	41.61 x 1000 habitantes	68.3 x 1000 habitantes
Cama/ habitantes	1840	1508	670
Médico/habitantes	2093	4120	1850
Enfermera/ habitantes	6568	4320	1963
Tiempo de espera para la atención con especialidades	4 días	90 días	98 días
Tiempo de espera para cirugías ambulatorias	26 días	* ND	* ND
Tiempo de espera para cirugías de hospitalización	13 días	146 días	145 días

FUENTE: DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. AÑO 2002. PANAMÁ REPÚBLICA DE PANAMÁ.\* DATO NO DISPONIBLE

Al evaluar los indicadores de acceso físico en aspectos de cobertura, el Hospital Manuel Amador Guerrero tiene mayor cantidad de egresos por habitantes (68.3 egresos por cada 1000 habitantes), le sigue el Hospital San Miguel Arcángel (41.67 egresos por cada 1000 habitantes) y el Hospital Nicolás Solano (41.61 egresos por cada 1000 habitantes). (Cuadro I y Gráfico I).

En la relación de cama por habitantes, el Hospital San Miguel Arcángel tiene una cama hospitalaria por cada 1840 habitantes; el Hospital Nicolás Solano



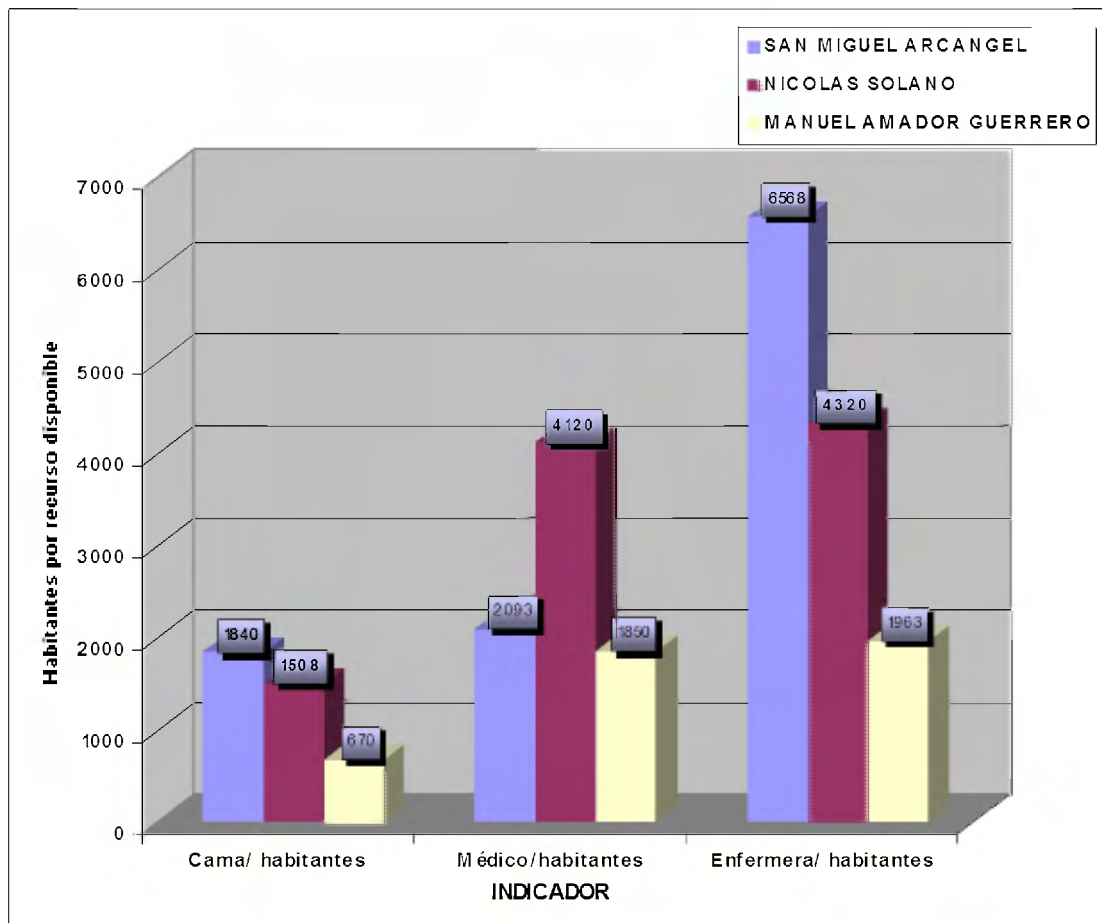
tiene una cama hospitalaria por cada 1508 habitantes y el Hospital Manuel Amador Guerrero tiene una cama hospitalaria por cada 670 habitantes.

En cuanto al número de médicos por habitantes, el Hospital San Miguel Arcángel cuenta con un médico por cada 2,093 habitantes; el Hospital Nicolás Solano cuenta con un médico por cada 4,120 habitantes y el Hospital Manuel Amador Guerrero cuenta con un médico por cada 1,850 habitantes.

En lo que respecta al número de enfermeras por habitantes, el Hospital San Miguel Arcángel tiene una enfermera por cada 6568 habitantes; el Hospital Nicolás Solano tiene una enfermera por cada 4320 habitantes y el Hospital Manuel Amador Guerrero tiene una enfermera por cada 1963 habitantes.

**GRÁFICO I**

**INDICADORES DE ACCESO FÍSICO EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.**

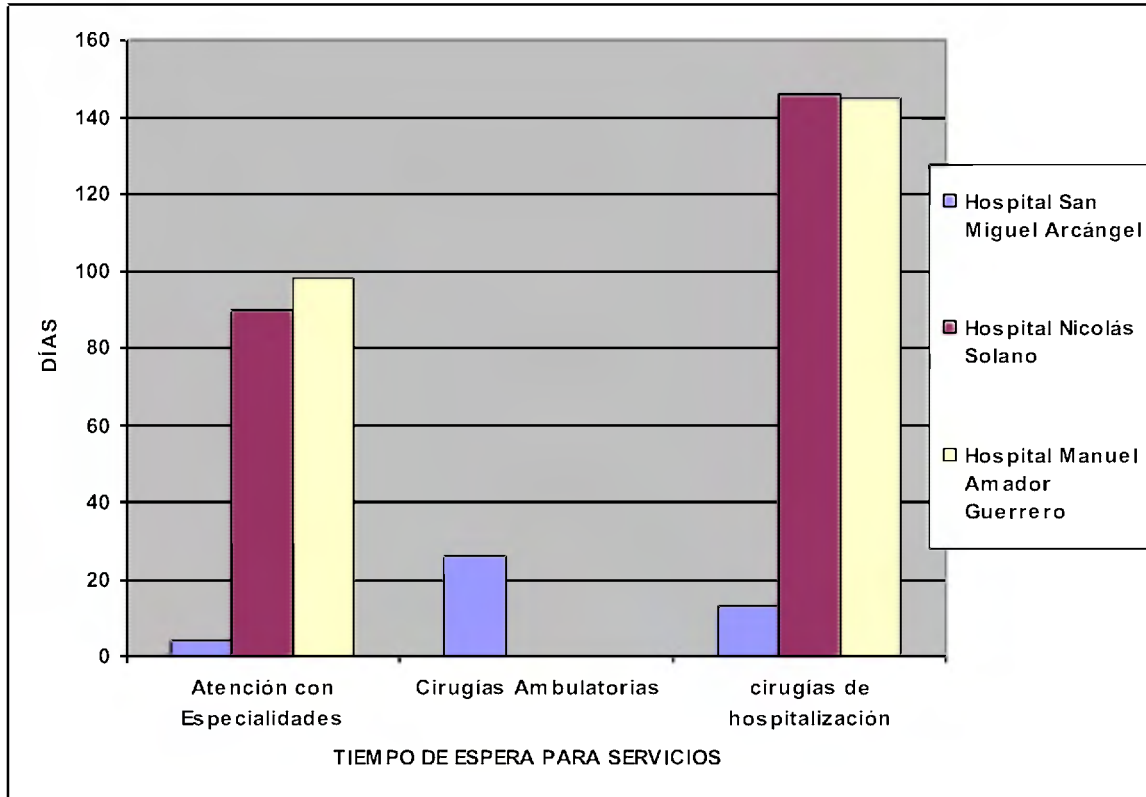


**FUENTE:** DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO, HOSPITAL MANUEL AMADOR GUERRERO. AÑO 2002. PANAMÁ REPÚBLICA DE PANAMÁ.

El tiempo de espera para la atención con las especialidades en el Hospital San Miguel Arcángel es de cuatro (4) días, mientras que en los otros hospitales es de noventa (90) días para el Hospital Nicolás Solano y de noventa y ocho (98) días para el Hospital Manuel A. Guerrero. (Cuadro II y Gráfico II)

### GRÁFICO II

**TIEMPOS DE ESPERA PARA EL ACCESO EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, MANUEL A. GUERRERO Y NICOLAS SOLANO. PANAMÁ. AÑO 2002.**



**FUENTE:** DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL MANUEL AMADOR GUERRERO, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO. AÑO 2002. PANAMÁ REPÚBLICA DE PANAMÁ.

El tiempo de espera para cirugía con hospitalización es de trece (13) días para el Hospital San Miguel Arcángel, mientras que en los otros hospitales es de ciento cuarenta y seis días (146) días para el Hospital Nicolás Solano y de ciento cuarenta y cinco (145) días para el Hospital Manuel Amador Guerrero.

No fue posible la comparación de los tiempos de espera para las cirugías ambulatorias, pues sólo pudimos contar con los datos del Hospital San Miguel Arcángel.

### III. A. 2. INDICADORES DE ACCESO ECONOMICO

#### CUADRO II

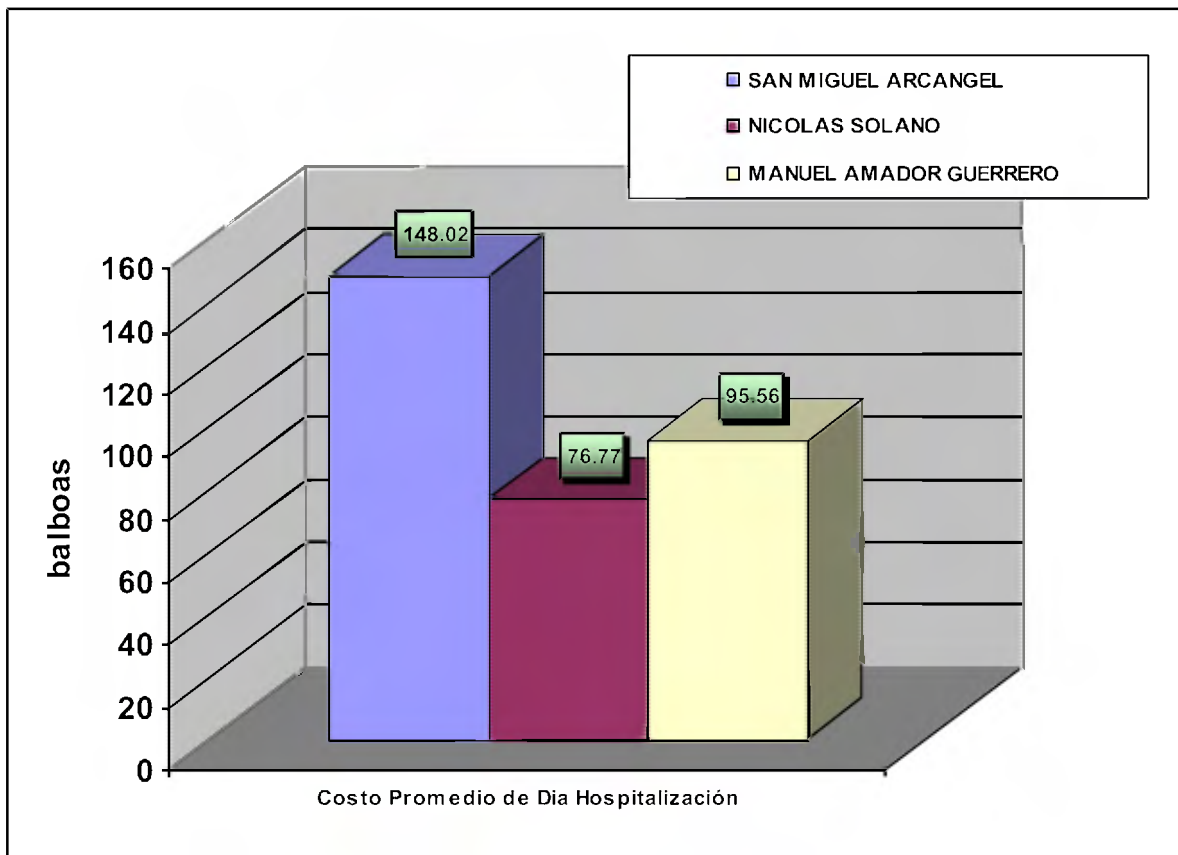
#### COSTO PROMEDIO DEL DÍA DE HOSPITALIZACIÓN EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.

Indicador	Hospital		
	San Miguel Arcángel	Nicolás Solano	Manuel Amador Guerrero
Costo Promedio de día de Hospitalización	148.02	76.77	* 95.56

**FUENTE:** DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO Y HOSPITAL MANUEL AMADOR GUERRERO. AÑO 2002. PANAMÁ REPÚBLICA DE PANAMÁ. \* COSTOS CONVENIDOS SEGÚN ACUERDOS MINSA-CSS. AÑO 2002.

Al evaluar este indicador de acceso económico, en el Hospital San Miguel Arcángel el costo promedio por día de hospitalización es de 148.02 balboas o dólares americanos, en el Hospital Nicolás Solano es de 76.77 balboas o dólares americanos y según costos convenidos para el Hospital Manuel Amador Guerrero es de 95.56 balboas o dólares americanos. (Cuadro II y Gráfico III).

**GRAFICO III**  
**COSTO PROMEDIO DEL DÍA DE HOSPITALIZACIÓN EN LOS HOSPITALES**  
**SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR**  
**GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.**



**FUENTE:** DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO Y DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN DE LA CSS PARA EL HOSPITAL MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.

### III. B. DIMENSIÓN DE CALIDAD

**CUADRO III**

**INDICADORES DE LA DIMENSIÓN DE CALIDAD PARA LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.**

Indicador	Hospital		
	San Miguel Arcángel	Nicolás Solano	Manuel Amador Guerrero
Promedio día estancia	3.5	5.8	4.3
Tasa mortalidad por 1000 egresos	10.6	14	26
Tasa de infección intrahospitalaria	1.06	0.01	1.25
Porcentaje de cesárea	20.57	24.76	13.3
Porcentaje de nacidos vivos	99	100	85.6
Tiempo de espera para atención con especialidades	4 días	90 días	98 días
Tiempo de espera para cirugías ambulatorias	26 días	*ND	*ND
Tiempo de espera para cirugías de hospitalización	13 días	146 días	145 días
Evaluación Sistemática Mensual de Satisfacción de Usuarios y tramitación de quejas.	Sí	No	No

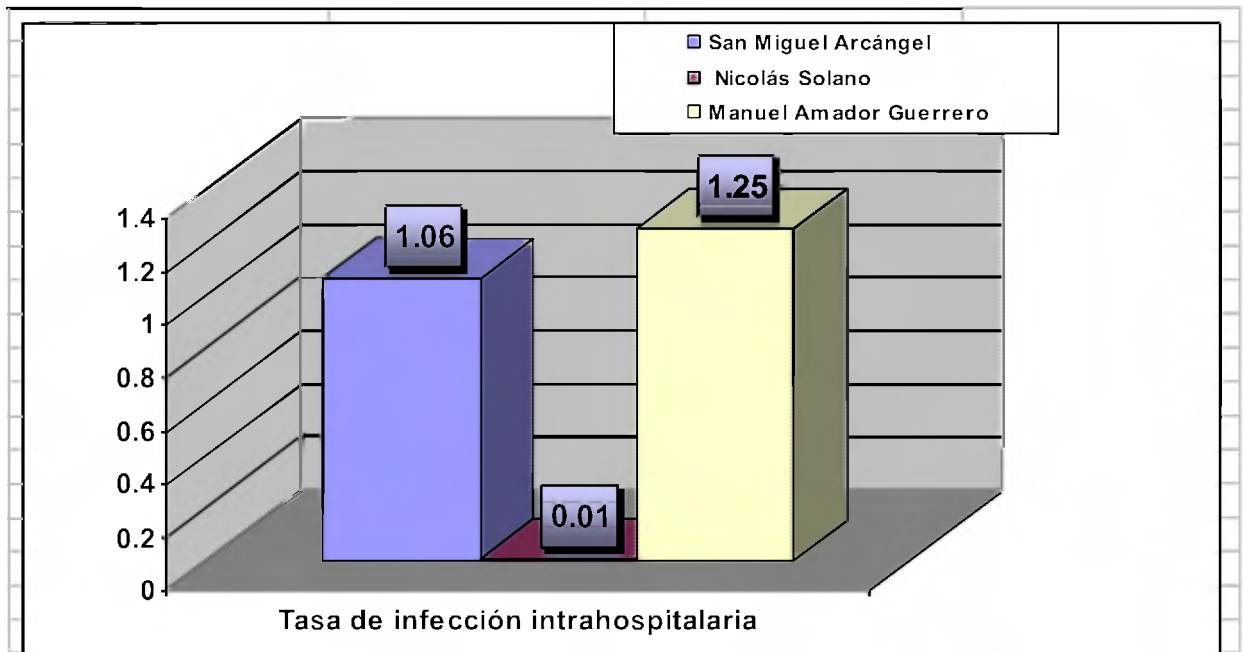
FUENTE: DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DEL HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO Y HOSPITAL MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. \* DATO NO DISPONIBLE.

Los promedios de días de estancia, fueron menores para el Hospital San Miguel Arcángel (3.5 días) que para los otros dos hospitales; para el Hospital Manuel Amador Guerrero fue de 4.3 días y para el Hospital Nicolás Solano fue de 5.8 días (Cuadro III).

Respecto a la tasa de infecciones intrahospitalarias, el Hospital Manuel A. Guerrero tiene una tasa mayor (1.25 %) que el Hospital San Miguel Arcángel (tasa de 1.06%) y que el Hospital Nicolás Solano (tasa de 0.01%) . (Gráfico IV)

**GRAFICO IV**

**TASA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. AÑO 2002.**



FUENTE: DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DEL HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO Y HOSPITAL MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ . AÑO 2002.

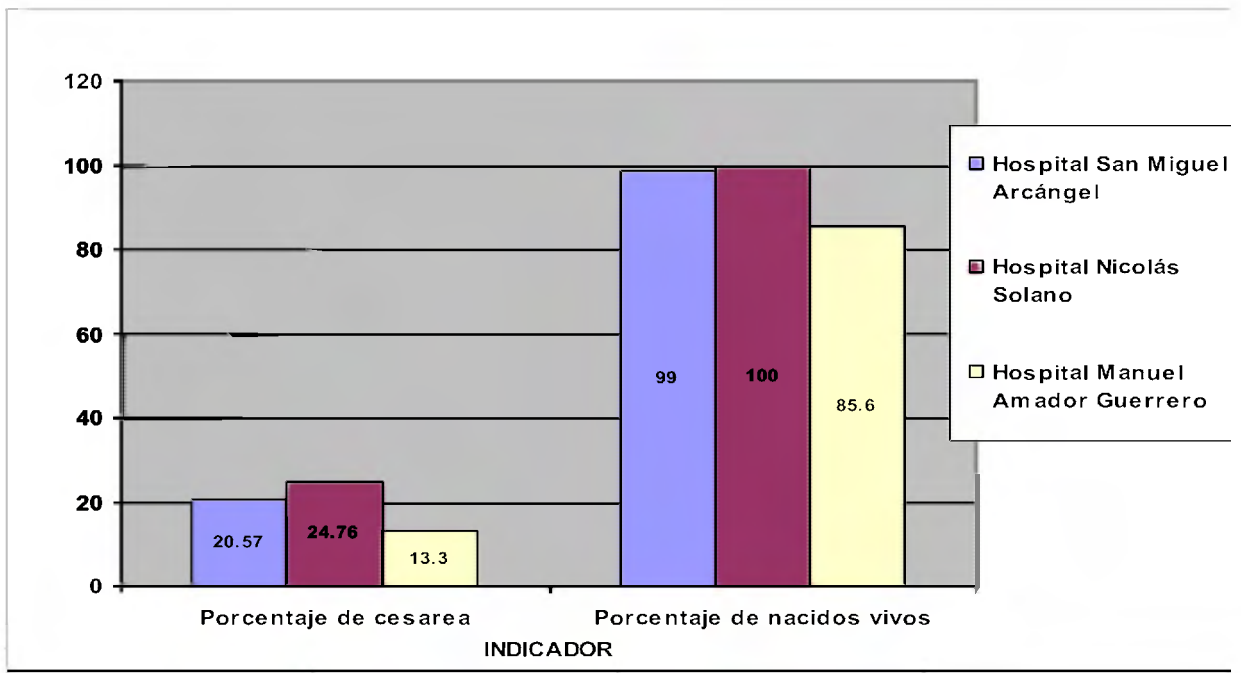
El mayor porcentaje de cesáreas se realiza en el Hospital Nicolás Solano con un porcentaje de 24.8%, seguido por el Hospital San Miguel Arcángel con 20.6% y luego el Manuel Amador Guerrero con un porcentaje es de 13.3%. Es importante, destacar que en el Hospital Manuel Amador Guerrero se utiliza la práctica del parto vaginal en los casos de cesáreas anteriores que no tengan

nuevas indicaciones quirúrgicas. En el Hospital San Miguel Arcángel y el Hospital Nicolás Solano, se sigue la norma nacional del Ministerio de Salud para los hospitales de segundo nivel, del nacimiento por cesárea en los casos de cesáreas anteriores. (Gráfico V)

Los nacimientos vivos para el Hospital Nicolás Solano, representaron el 100% de los mismos; el Hospital San Miguel Arcángel tuvo un 99% de nacidos vivos y el Hospital Manuel Amador Guerrero un 85.6% de nacidos vivos. (Gráfico V)

### GRÁFICO V

#### INDICADORES DE CALIDAD EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, NICOLAS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO . PANAMÁ AÑO 2002.



FUENTE: DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO Y HOSPITAL MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.



Dentro de la dimensión de calidad también hay que considerar los tiempos de espera tanto para la atención en consulta externa de especialidades, para las cirugías ambulatorias y para las cirugías que requieren hospitalización (Gráfico II).

Se puede suponer que un menor tiempo de espera redundaría en una mayor calidad en la atención a los pacientes.

La tasa de mortalidad hospitalaria también nos habla de la dimensión de calidad para un hospital, pues aunque siempre existe un riesgo de morir de acuerdo a la patología de cada paciente, los esfuerzos del hospital deben llevar a disminuir este riesgo y a disminuir las tasas de mortalidad a los más bajos niveles posibles de acuerdo al tipo de paciente que se atiende. La tasa de mortalidad en el Hospital Manuel Amador Guerrero es mayor (26 por 1000 egresos) que en el Hospital San Miguel Arcángel (10.6 por 1000 egresos) y en el Hospital Nicolás A. Solano (14 por 1000 egresos).

### **III. C. DIMENSIÓN DE EFICIENCIA**

#### **III. C.1. INDICADORES DE PRODUCCIÓN**

Los indicadores de producción de los hospitales de nuestro estudio, se presentan en el Cuadro IV, el cual muestra los mayores egresos hospitalarios en el Hospital San Miguel Arcángel, con 17,794. El Hospital Nicolás Solano tuvo 14,744 egresos y el Hospital Manuel Amador Guerrero tuvo 14,644.

Los partos totales atendidos del Hospital San Miguel Arcángel (4,932) y del Hospital Manuel Amador Guerrero (4,199) fueron similares; sin embargo el Hospital Nicolás Solano tuvo 2,851 partos. El Hospital San Miguel Arcángel casi duplica la cantidad de cesáreas (1,277) respecto al Hospital Manuel Amador Guerrero ( 659 ) mientras que el Hospital Nicolás Solano realizó 889 cesáreas totales.

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas totales, el Hospital San Miguel Arcángel realiza tres veces más cirugías (10,276) que el Hospital Manuel Amador

Guerrero ( 3,406) y un poco más que el doble de las cirugías efectuadas por el Hospital Nicolás Solano (4,002).

#### CUADRO IV

#### CARACTERÍSTICAS DE PRODUCCIÓN DE LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.

CARACTERÍSTICA	HOSPITAL		
	SAN MIGUEL ARCANGEL	NICOLAS SOLANO	MANUEL AMADOR GUERRERO
Egresos totales	17,794	14,744	14,644
Nacimientos totales	6,209	4,858	3,740
Partos totales	4,932	2,851	4,199
Cesárea totales	1,277	889	659
Intervenciones quirúrgicas totales	10,276	4,002	3,406
Consultas de urgencias totales	197,357	64,470	89,391
Consultas externa totales	31,642	23,127	20,842
Exámenes de laboratorios totales	208,172	895,947	697933
Exámenes de laboratorios en pacientes hospitalizados	69,930	744,651	137,654
Exámenes de imagenología totales	7,118	31,170	12,447
Medicamentos despachados totales	523,677	386,352	58,722

FUENTE: DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DEL HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO Y HOSPITAL MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.

En las consultas de urgencias, el Hospital San Miguel Arcángel tuvo el doble de consultas de urgencias (197,357 ) en comparación con el Hospital Manuel Amador Guerrero (89,391) y el triple respecto al Hospital Nicolás Solano quien realizó 64,470 consultas en el cuarto de urgencias.

En la consulta externa, el Hospital San Miguel Arcángel realizó 31,642 consultas, el Hospital Manuel Amador Guerrero realizó 20,842 y el Hospital

Nicolás Solano fueron 23,127 consultas. El Hospital San Miguel Arcángel tuvo 1000 consultas más que los otros dos hospitales.

El Hospital San Miguel Arcángel realizó un menor número de exámenes de laboratorio y de exámenes de imagenología sin embargo, despachó un mayor número de medicamentos que los otros dos hospitales. En el Hospital San Miguel Arcángel, se utiliza el sistema de unidosis para todos los pacientes hospitalizados y se consigna adecuadamente el dato de medicamento despachado.

### **III. C. 2. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD**

La productividad expresa la relación entre la cantidad de recurso utilizado y el nivel de producción resultante. Para ello, se define el recurso clave o estratégico, ya que en una misma prestación pueden participar diferentes tipos de recursos y la prestación principal asociada.

En el Cuadro V, podemos observar los indicadores de productividad del recurso físico (índice de ocupación e índice de rotación), correspondiendo su valor más alto al Hospital San Miguel Arcángel con un 74.56 % y 82.5 % respectivamente; el más bajo de estos indicadores correspondió al Hospital Amador Guerrero con un índice de ocupación y rotación de 54% y 44.2%. En cuanto al promedio de días de estancia, el Hospital San Miguel Arcángel, tuvo un valor de 3.5 días, el Hospital Manuel Amador Guerrero de 4.3 días y finalmente el Hospital Nicolás Solano tuvo un promedio de estancia de 5.8 días.

La productividad para cada unidad del recurso instalado (cama y cuarto quirúrgico), medidos por egresos por cama y cirugías por salón de operaciones, es mayor en el San Miguel Arcángel en comparación con los otros dos hospitales.

El indicador de cirugía por salón de operaciones, es menor en el Hospital Nicolás Solano con 2.1 cirugías por salón de operaciones.

Respecto al número de camas, el Hospital San Miguel Arcángel, tiene un menor número de camas (232) que el Hospital Manuel A. Guerrero y el Nicolás Solano (320 y 262 respectivamente), sin embargo tiene un mayor número de

egresos (17,794) una mayor cantidad de días camas ocupados (62,279) y un menor número de días de estancia intrahospitalaria (3.5 días).

Los egresos, las intervenciones quirúrgicas totales, la consulta de urgencia y la consulta externa son mayores en el Hospital San Miguel Arcángel que en el Hospital Nicolás Solano y el Hospital Manuel Amador Guerrero. Recordar que en el HISMA, se paga por producto producido lo cual puede constituir un incentivo a la producción y consecuentemente a la disminución de las listas de espera para la atención de pacientes y para las intervenciones quirúrgicas.

Aunque el Hospital Manuel Amador Guerrero tiene igual número de salones quirúrgicos que el HISMA; también, tiene mayores salones quirúrgicos no utilizados respecto al HISMA. El Hospital San Miguel Arcángel tiene un salón quirúrgico adicional respecto al Hospital Nicolás Solano, pero funcionalmente mantienen igual número de quirófanos (5). Esto último, debería provocar una producción quirúrgica algo similar entre el Nicolás Solano y el HISMA.

Observamos que el Hospital San Miguel Arcángel cuenta con la mayor cantidad de horas médicas contratadas al compararlo con el Hospital Nicolás Solano. No contamos con datos del Hospital Manuel Amador Guerrero para esta comparación.

Al observar la relación horas médicas por cama y las horas médicas por día cama ocupado (DCO) vemos que en el Hospital San Miguel Arcángel, hay mayor cantidad de ambas, respecto al Hospital Nicolás Solano.

Al evaluar la relación egresos por horas médicas, vemos que el Hospital San Miguel Arcángel tiene menor cantidad de egresos por horas médicas contratadas que en el Hospital Nicolás Solano.

Al evaluar la relación consulta de urgencias atendidas por horas médicas contratadas vemos que el Hospital San Miguel Arcángel tiene menor cantidad de consulta de urgencias atendidas por horas médicas contratadas que en el Hospital Nicolás Solano.

## CUADRO V

**COMPARACIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD DE LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, MANUEL AMADOR GUERRERO Y NICOLÁS SOLANO. PANAMÁ. AÑO 2002.**

Indicador	HOSPITAL		
	SAN MIGUEL ARCANGEL	NICOLAS SOLANO	AMADOR GUERRERO
Número de camas	232	262	320
Egresos totales del hospital	17,794	14,744	14,644
Promedio día estancia	3.5	5.8	4.3
Días cama ocupadas	62,279	85,515	62,969
Egresos por cama	76.7	56.27	45.76
Índice ocupacional (%)	74.56	57.80	54.00
Índice de rotación	82.5	46.4	44.2
Número de cuartos quirúrgicos	6 (5 operativos)	5	6 (3 operativos)
Intervenciones quirúrgicas totales	10,276	4,002	3,406
Cirugías por salón de operaciones	5.63	2.1	3.11
Consultas de urgencias totales	197,357	64,470	89,391
Consultas externas totales	31,642	23,127	20,842
Horas médicas / Cama	1,483.34	391.75	*Nd
Consulta Urgencia / Horas médicas	0.57	0.63	*Nd
Horas médicas / DCO	5.53	1.2	*Nd
Egreso / Horas médicas	0.05	0.14	*Nd
Exámenes de laboratorio totales / egresos	11.78	60.76	47.66
Exámenes de laboratorio en Hospitalizados / egresos	3.93	50.5	9.40
Imagenología total / egresos	3.37	1.77	3.73
Imagenología en pacientes hospitalizados / Egresos	0.40	2.00	0.85
Medicamentos despachados total / Egresos	56.63	25.52	61.39
Medicamentos despachados a hospitalizados / Egresos	29.43	24.79	4.01

FUENTE: DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL MANUEL AMADOR GUERRERO, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO. AÑO 2002. PANAMÁ REPÚBLICA DE PANAMÁ.\* DATO NO DISPONIBLE.

Cabe señalar que en el Hospital Nicolás Solano, labora adicionalmente personal contratado por la Caja de Seguro Social, este personal no está contemplado dentro de las horas médicas contratadas por el Hospital Nicolás Solano ya que no forma parte de su planilla regular. De igual manera, no se contemplan las horas por disponibilidad asignadas, para las jornadas extraordinarias.

Al evaluar el indicador de exámenes de laboratorio totales por egreso observamos que el Hospital Nicolás Solano y Hospital Manuel Amador Guerrero cuentan con un mayor número de exámenes por egreso (60.76 y 47.66 respectivamente) en comparación al Hospital San Miguel Arcángel que solo presentó 11.78 exámenes de laboratorios totales por egreso.

En cuanto a los exámenes de laboratorio a pacientes hospitalizados por egreso, el HISMA realizó 3.93 exámenes de laboratorio por egreso, el Hospital Nicolás Solano realizó 50.5 exámenes y el Hospital Manuel A. Guerrero, realizó 9.40 exámenes de laboratorio a pacientes hospitalizados por egreso. En otras palabras, se hizo doce veces más exámenes de laboratorio en hospitalizados por egreso, en los hospitales Nicolás Solano y Manuel A. Guerrero, que en el Hospital San Miguel Arcángel.

En cuanto a exámenes de imagenología en pacientes hospitalizados por egreso, en el Hospital Nicolás Solano se realizó un promedio de 2.00 exámenes por egreso; en el Hospital Manuel A. Guerrero un total de 0.85 exámenes por egreso y en el Hospital San Miguel Arcángel un total de 0.4 exámenes por egreso (cinco veces menor, el número de exámenes por egreso que en el Hospital Nicolás Solano).

Los medicamentos despachados a pacientes hospitalizados por egreso, mostraron un valor para el Hospital San Miguel Arcángel de 29.43, para el Hospital Nicolás Solano de 24.79 y para el Hospital Manuel Amador Guerrero de 4.01 medicamentos despachados por egreso. Hay que recordar, que el HISMA, lleva una estricta contabilización de los medicamentos despachados por el sistema de unidosis.

### **III. C. 3. INDICADORES DE COSTOS**

Los sistemas de evaluación de costos existen solamente en el Hospital San Miguel Arcángel y en el Hospital Nicolás A. Solano. El Hospital Manuel A. Guerrero, no tiene un sistema formal de evaluación de costos, ni para el período del estudio (2002), ni en la actualidad. Este hospital, utiliza los Costos Convenidos entre el MINSA y CSS según Convenios para Hospitales Regionales del Interior de la República. Esta aclaración es importante, para el análisis de los resultados, pues por lo general estos costos Convenidos, por tratarse de Costos de negociación, resultan más bajos que los costos reales.

#### **III. C. 3.1. COSTO UNITARIO DE CONSULTA AMBULATORIA**

Los costos unitarios de las consultas ambulatorias, son muy variables. El costo unitario de la consulta de Medicina Interna es mayor en el HISMA (42.48 balboas) que en el Hospital Nicolás Solano (22.52 balboas). Según costos convenidos en el Hospital A. Guerrero la consulta ambulatoria tiene un costo de 21.68 balboas. El costo unitario de las consultas de Cirugía en el HISMA es menor (8.91 balboas), que en el hospital Nicolás Solano (16.80 balboas) y también menor, que el costo convenido para el Manuel A. Guerrero (18.51 balboas).

La consulta de Ginecología y Obstetricia tiene un mayor costo en el Nicolás Solano (44.33 balboas) comparativamente con el HISMA (24.71 balboas) y que el costo convenido para el Hospital Manuel A. Guerrero (23.62 balboas). La consulta de Pediatría en el HISMA es de 23.09 balboas, bastante similar al costo convenido para el Hospital Manuel A. Guerrero ( 20.32 balboas). No contamos con este dato para el Hospital Nicolás A. Solano. (Cuadro y Gráfico VI).

**CUADRO VI****COSTO UNITARIO DE LA CONSULTA AMBULATORIA DEL HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL HOSPITAL MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.**

COSTO UNITARIO DE LA CONSULTA AMBULATORIA POR SERVICIO	HOSPITAL		
	SAN MIGUEL ARCANGEL	NICOLAS SOLANO	(*) MANUEL AMADOR GUERRERO
MEDICINA INTERNA	42.48	22.52	21.68
GINECO-OBSTETRICIA	24.71	44.33	23.62
PEDIATRÍA	23.09	ND	20.32
CIRUGÍA	8.91	16.80	18.51
TOTAL	24.80	27.88	16.83

**FUENTE:** DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO Y EL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN DE LA CSS PARA EL HOSPITAL MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. (\*) SE UTILIZARON COSTOS CONVENIDOS PARA HOSPITALES REGIONALES DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA, SEGÚN ACUERDOS MINSA-CSS 2002.

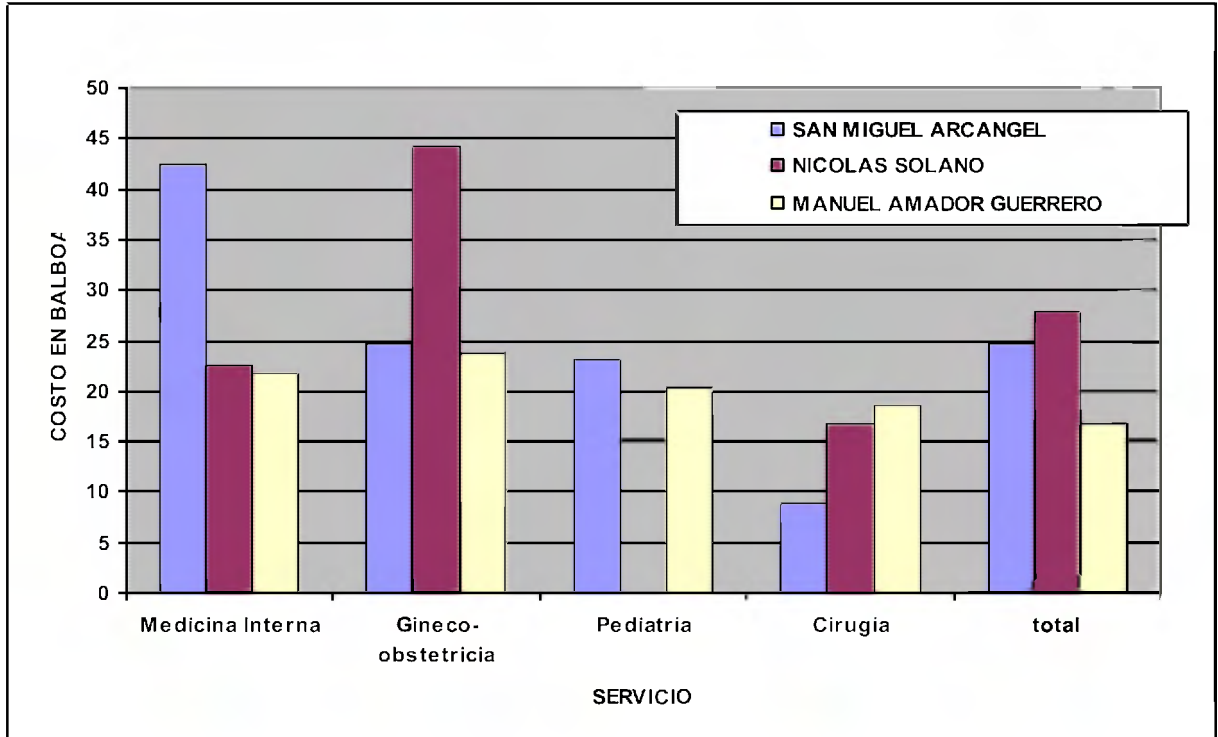
Es importante señalar que el HISMA, no realiza consultas ambulatorias a nivel de consulta externa por referencias de libre demanda. Las consultas ambulatorias a nivel de consulta externa, son para evaluaciones de los pacientes, pre y post hospitalización. De hecho, se limita el ingreso al hospital, a pacientes de la región de Salud de San Miguelito y según patologías protocolizadas.

Todos los costos unitarios de la consulta ambulatoria, incluyen los medicamentos, pruebas de laboratorio y exámenes de gabinete requeridos, que en muchas ocasiones no se realizan en la red primaria.



## GRÁFICO VI

**COSTO UNITARIO DE LA CONSULTA AMBULATORIA EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, NICOLAS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMA. AÑO 2002**



**FUENTE:** DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO Y DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN DE LA CSS PARA EL HOSPITAL MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 2002

En el aspecto de los costos unitarios totales de la consulta ambulatoria, podemos señalar que los valores son similares en los hospitales HISMA (24.80 balboas) y el Nicolás A. Solano (27.88 balboas). Según los costos convenidos para el Hospital Amador Guerrero la consulta ambulatoria es de 16.83 balboas.

### III. C. 3. 2. COSTOS UNITARIO POR EGRESOS

#### CUADRO VII

**COSTO UNITARIO DEL EGRESO POR SERVICIO EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.**

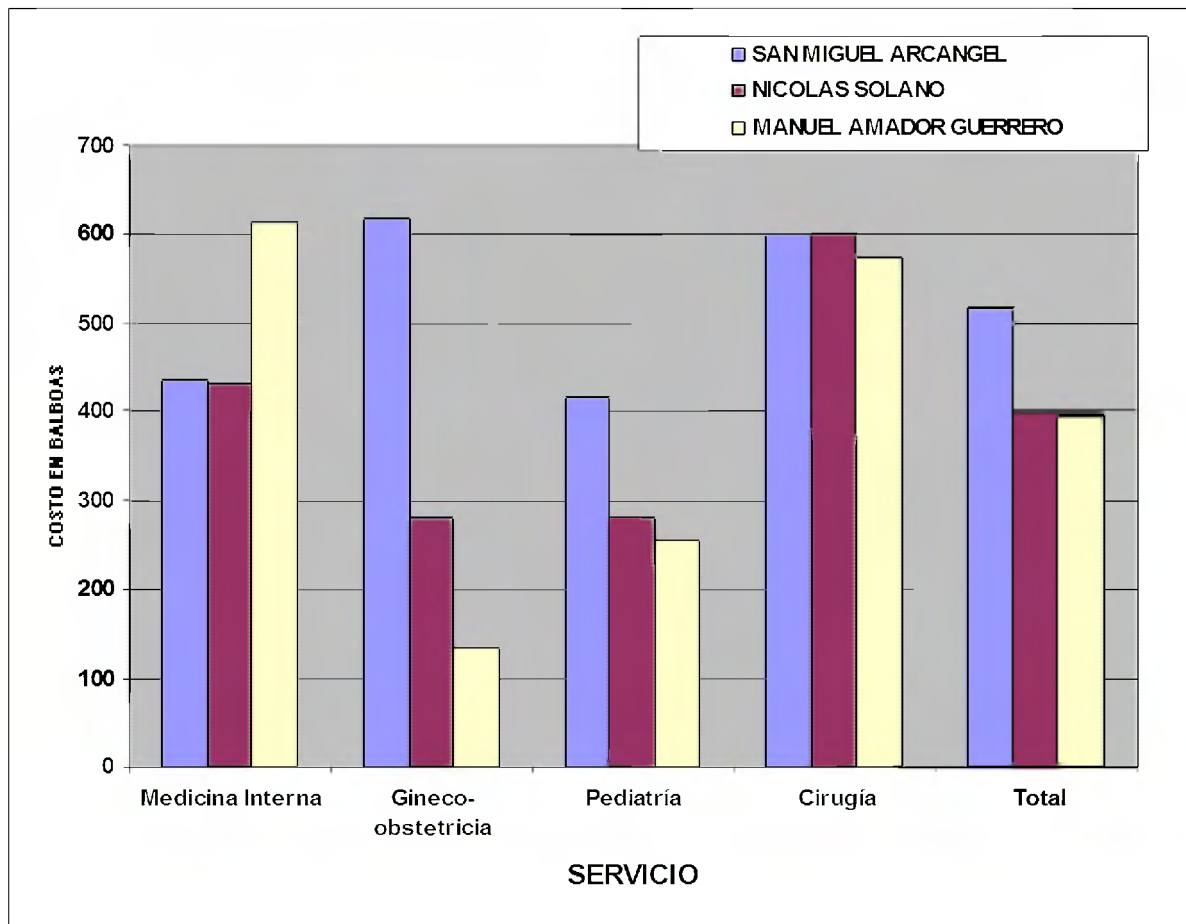
COSTO UNITARIO DE EGRESO POR SERVICIO	HOSPITAL		
	SAN MIGUEL ARCANGEL	NICOLAS SOLANO	(*) MANUEL AMADOR GUERRERO
MEDICINA INTERNA	436.21	432.52	613.98
GINECO-OBSTETRICIA	618.90	280.57	135.00
PEDIATRÍA	417.48	280.39	257.28
CIRUGÍA	599.77	601.74	574.06
TOTAL	518.09	398.81	395.08

**FUENTE:** DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO Y DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN DE LA CSS PARA EL HOSPITAL MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. (\*) COSTOS CONVENIDOS SEGÚN ACUERDOS MINSA-CSS. 2002.

El costo unitario del egreso hospitalario varía según el tipo de servicio y los hospitales. El costo unitario del egreso de Cirugía es similar en el San Miguel Arcángel y en el Hospital Nicolás A. Solano (599.77 y 601.74 balboas, respectivamente); sin embargo, según los costos convenidos para el Hospital Manuel A. Guerrero el valor es menor (574.06 balboas). El costo unitario del egreso de Medicina Interna en el Hospital Nicolás Solano y el San Miguel Arcángel es también bastante similar (432.52 y 436.21 balboas, respectivamente), a diferencia de los costos convenidos para el Hospital Manuel Amador Guerrero donde éste, resulta mayor (613.98 balboas) que para los otros dos hospitales.

## GRÁFICO VII

**COSTO UNITARIO DEL EGRESO POR SERVICIO, EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, NICOLAS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL MANUEL AMADOR GUERRERO . PANAMÁ. AÑO 2002.**



**FUENTE:** DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO Y DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN DE LA CSS PARA EL HOSPITAL MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. (\*) COSTOS CONVENIDOS SEGÚN ACUERDOS MINSA-CSS. 2002.

En cuanto al costo unitario del egreso de pediatría, según costos convenidos el Hospital Manuel A. Guerrero tiene un valor de 257.28 balboas. El

costo unitario del egreso de pediatría en el Hospital Nicolás Solano es de 280.39 balboas, mientras que en el HISMA, este costo es de 417.48 balboas. Importante resaltar que en el caso del HISMA, en Pediatría, se incluye al servicio de neonatología.

El egreso en Ginecología-Obstetricia en el Hospital Manuel A. Guerrero según costos convenidos resulta el más bajo (135.00 balboas). En el Hospital Nicolás Solano el costo unitario de este egreso es de 280.57 balboas, sin embargo, en el San Miguel Arcángel el egreso es de 601.74 balboas, resultando el mayor .

### III. C. 3.3. COSTOS UNITARIOS DE LOS PARTOS VAGINALES Y PARTOS POR CESÁREAS

El costo unitario de un parto por cesárea en el Hospital Nicolás Solano es más alto (B/. 291.00) que en el HISMA (B/. 156.00) y también que el costo convenido para el Manuel A. Guerrero (B/ 188.00). El costo unitario del parto vaginal, en el Hospital Nicolás Solano es más alto (B/. 237.00), que en el HISMA (B/. 152.00) y también que el costo convenido para el Hospital Manuel A. Guerrero (B/ 112.00). (Cuadro y Gráfico VIII ).

#### CUADRO VIII

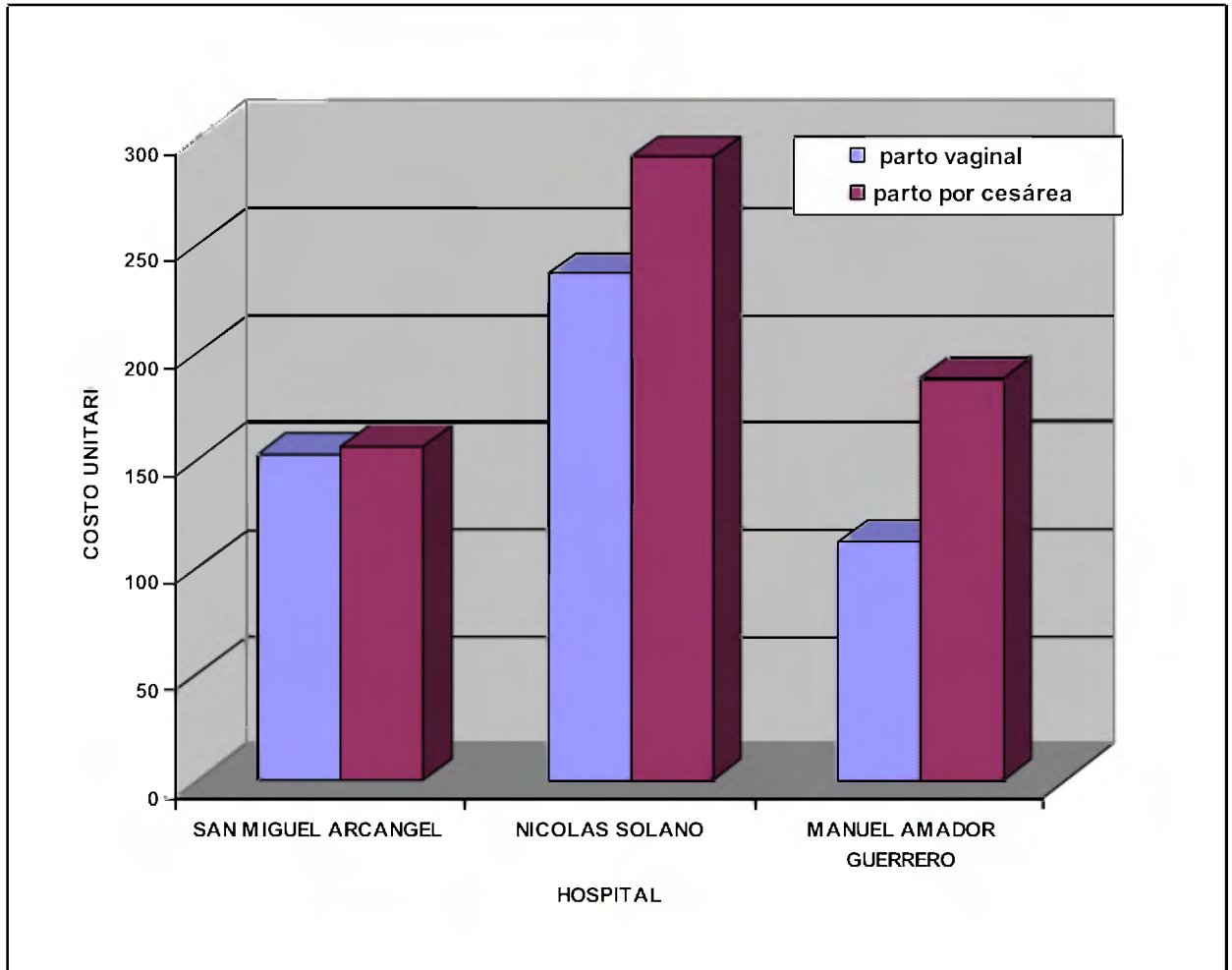
**COSTO UNITARIO DEL PARTO VAGINAL Y PARTO POR CESÁREAS EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.**

Costo unitario	HOSPITAL		
	SAN MIGUEL ARCANGEL	NICOLAS SOLANO	(*) MANUEL AMADOR GUERRERO
Parto vaginal	152.00	237.00	112.00
Parto por cesárea	156.00	291.00	188.00

**FUENTE:** DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO Y DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN DE LA CSS PARA EL HOSPITAL MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. (\*) COSTOS CONVENIDOS SEGÚN ACUERDOS MINSA-CSS. 2002.

## GRÁFICO VIII

COSTO UNITARIO POR PARTO VAGINAL Y CESAREAS EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL HOSPITAL MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO.2002



**FUENTE:** DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO Y DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN DE LA CSS PARA EL HOSPITAL MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. (\*) COSTOS CONVENIDOS SEGÚN ACUERDOS MINSA-CSS. 2002.

### III. C. 3.4. COSTO UNITARIO DE LA CONSULTA DE URGENCIA

El costo unitario de la consulta de urgencia, es menor en el Hospital Nicolás A. Solano cuyo valor es de 11.37 balboas que en el HISMA cuyo valor de 19.39 balboas. Según el costo convenido para el Hospital Manuel A. Guerrero, la consulta de urgencia es de 14.84 balboas. (Cuadro IX).

#### CUADRO IX

#### COSTO UNITARIO DE LA CONSULTA DE URGENCIA DE LOS HOSPITALES, SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.

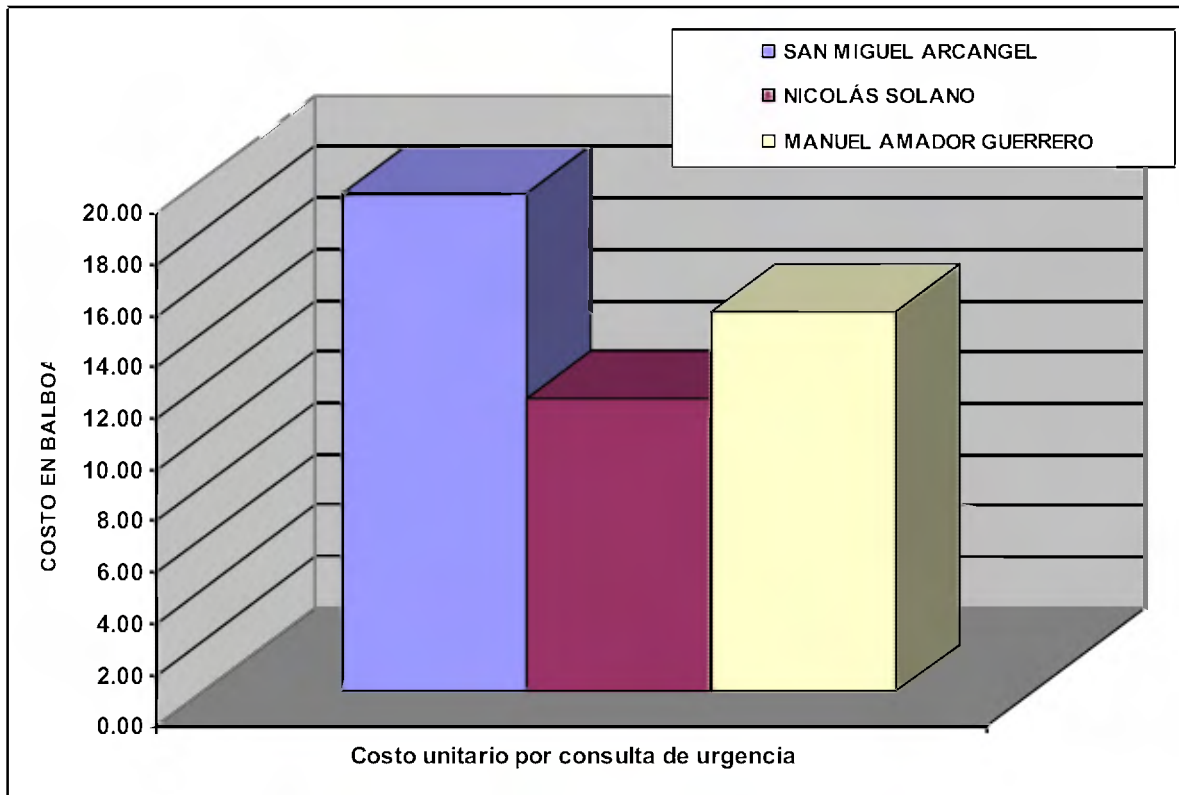
COSTO UNITARIO	HOSPITAL		
	SAN MIGUEL ARCÁNGEL	NICOLAS SOLANO	MANUEL AMADOR GUERRERO
Consulta de urgencia	19.39	11.37	14.84

**FUENTE:** DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO Y DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN DE LA CSS PARA EL HOSPITAL MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. (\*) COSTOS CONVENIDOS SEGÚN ACUERDOS MINSA-CSS. 2002.

Este costo unitario mayor que presenta el Hospital San Miguel Arcángel, a pesar de tener una mayor producción total, puede ser producto de que la atención brindada en el servicio de urgencias gineco-obstétricas y en el servicio de urgencias pediátricas del HISMA, las otorguen exclusivamente los médicos especialistas, pues no existe la figura del médico interno y residente en este hospital.

GRÁFICO IX

**COSTO UNITARIO DE LA CONSULTA DE URGENCIAS EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, NICOLÁS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.**



**FUENTE:** DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO Y DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN DE LA CSS PARA EL HOSPITAL MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. (\*) COSTOS CONVENIDOS SEGÚN ACUERDOS MINSA-CSS. 2002.



### III. C. 3.5. COSTO UNITARIO DE LAS CIRUGÍAS AMBULATORIAS

El costo unitario de las cirugías ambulatorias en el Hospital San Miguel Arcángel, es de 94.02 balboas, mientras que el costo convenido para el Hospital Manuel A. Guerrero es de 181.82 balboas. No contamos con estos datos para el Hospital Nicolás A. Solano. En este caso, el costo convenido resulta dos veces mayor, respecto al HISMA. (Cuadro X ).

#### CUADRO X

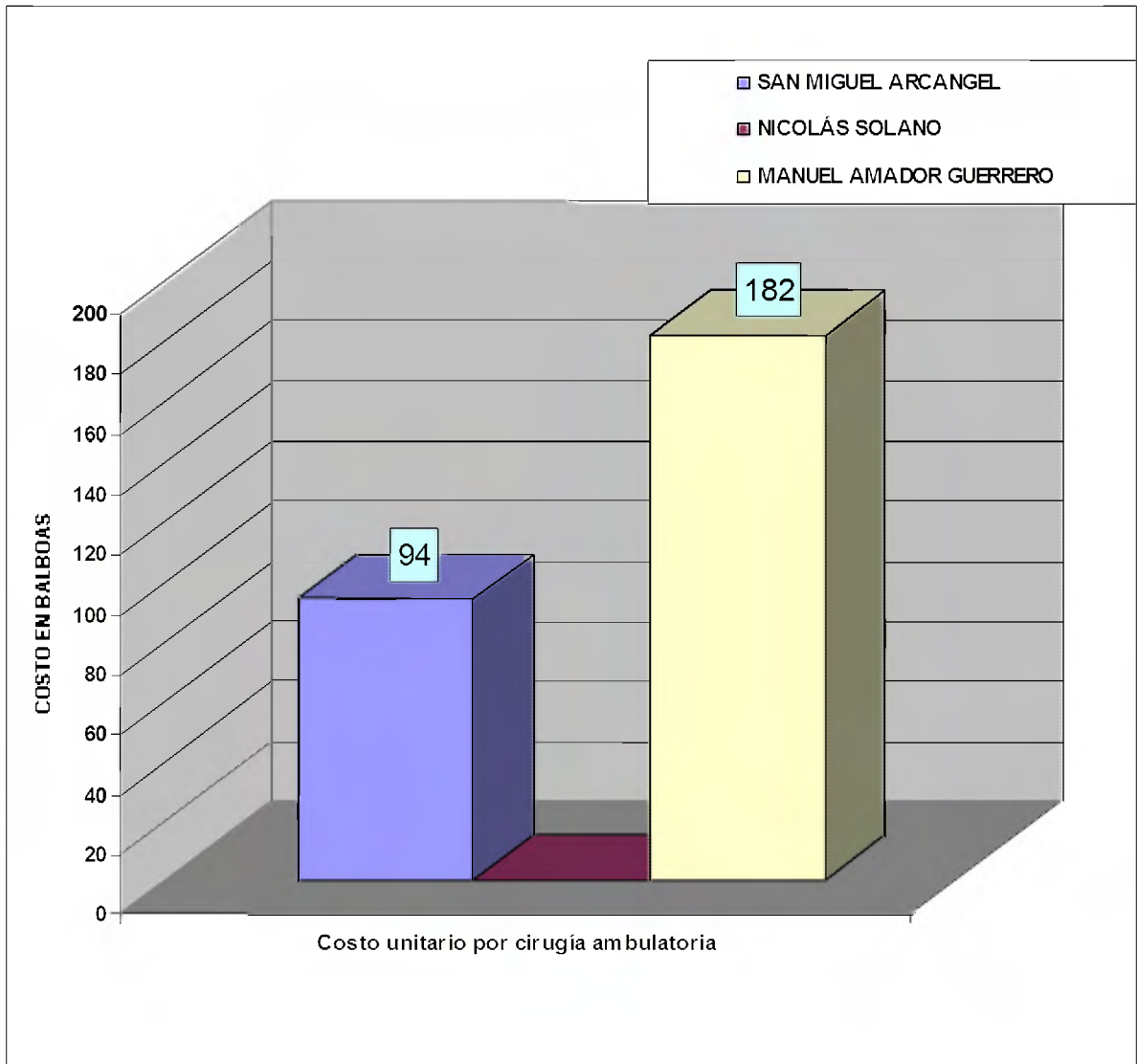
**COSTO UNITARIO DE LAS CIRUGÍAS AMBULATORIAS DE LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.**

COSTO UNITARIO	HOSPITAL		
	SAN MIGUEL ARCANGEL	** NICOLAS SOLANO	(*) MANUEL AMADOR GUERRERO
Cirugía Ambulatoria	94.02	ND	181.82

FUENTE: DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO Y DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN DE LA CSS PARA EL HOSPITAL MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. (\*) COSTOS CONVENIDOS SEGÚN ACUERDOS MINSA-CSS. 2002. \*\* DATOS NO DISPONIBLES.

GRÁFICO X

**COSTO UNITARIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, NICOLÁS SOLANO Y COSTOS CONVENIDOS PARA EL MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.**



**FUENTE:** DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO Y DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN DE LA CSS PARA EL HOSPITAL MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002. (\*) COSTOS CONVENIDOS SEGÚN ACUERDOS MINSA-CSS. 2002. \*\* DATOS NO DISPONIBLES.

### III. C. 4. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PRESUPUESTARIO

#### III. C.4.1. PORCENTAJE DEI GASTO PRESUPUESTARIO ASIGNADO A PERSONAL

#### CUADRO XI

**PORCENTAJE DEL GASTO PRESUPUESTARIO TOTAL ASIGNADO A PERSONAL EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.**

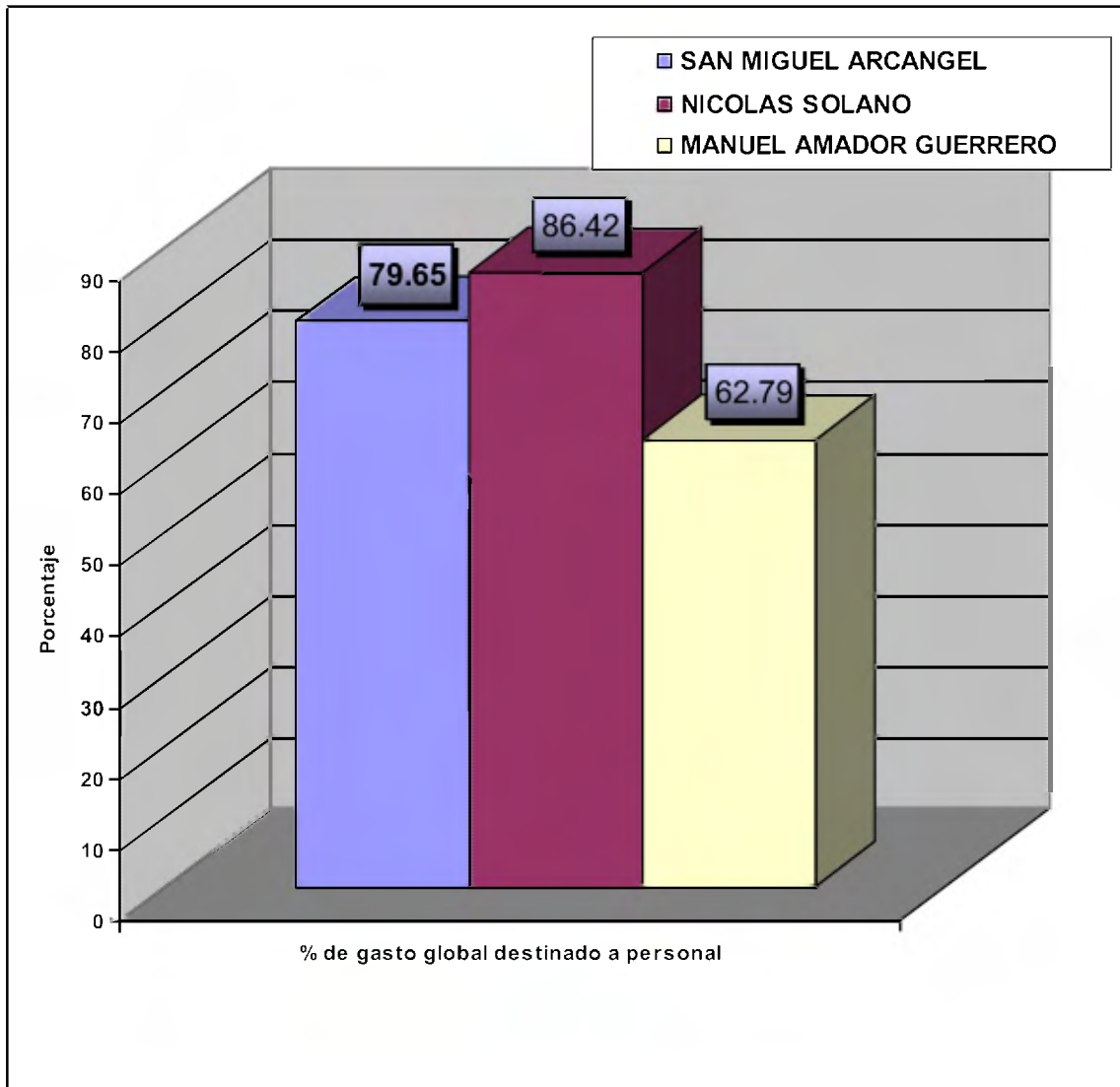
	HOSPITALES		
	SAN MIGUEL ARCANGEL	NICOLAS SOLANO	MANUEL A- GUERRERO
Porcentaje del gasto total presupuestario asignado a personal	79.65	86.42	62..79
Monto del presupuesto asignado a personal	9,418,509.00	5,560,117.00	8,570,077.00
Gasto Presupuestario Total Asignado	11,824,213	6,433,483.00	13,647,891.00

**FUENTE:** DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO. DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO DE LA CSS PARA EL HOSPITAL MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.

El Cuadro XI, muestra el porcentaje del gasto total presupuestario asignado al personal. El Hospital Nicolás Solano asignó el 86.42% (5,560,117.00 balboas) de su presupuesto a gastos de personal. El Hospital San Miguel Arcángel, destinó el 79.65 % (9,418,509.00 balboas) de su presupuesto y en el Hospital Manuel Amador Guerrero, el porcentaje asignado al personal, representó el 62.79% (8,570,077.00 balboas) de su presupuesto total. El resto del presupuesto en los tres hospitales, se utilizó para gastos de funcionamiento.

GRÁFICA XI

PORCENTAJE DEL GASTO PRESUPUESTARIO DESTINADO A PAGOS DE PERSONAL EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.



FUENTE: DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO. DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO DE LA CSS PARA EL HOSPITAL MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.

**III. C. 4.2. PORCENTAJE DE GASTO PRESUPUESTARIO DESTINADO A LOS MEDICAMENTOS**

**CUADRO XII**

**PORCENTAJE DEL GASTO PRESUPUESTARIO DESTINADO A MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.**

	HOSPITALES		
	SAN MIGUEL ARCÁNGEL	NICOLAS SOLANO	MANUEL AMADOR GUERRERO
Porcentaje del gasto total presupuestario destinado a medicamentos	10.3	1.53	11.4
Monto en Balboas, destinado a medicamentos del gasto total presupuestario	1,215,746.00	98,209.00	1,550,000.00

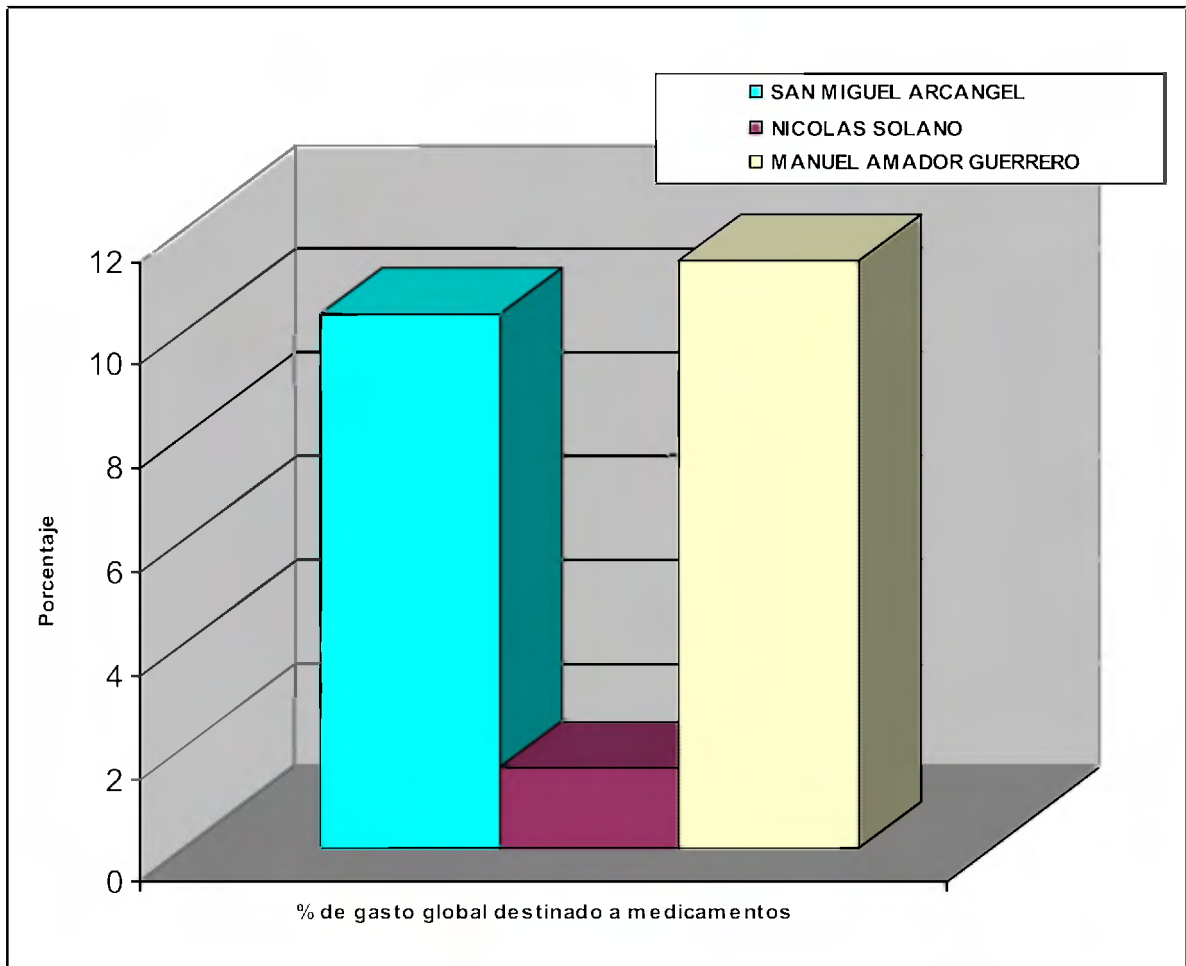
**FUENTE: DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO. DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO DE LA CSS PARA EL HOSPITAL MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.**

En el cuadro XII, podemos observar que el Hospital San Miguel Arcángel destina un 10.3 % de su gasto presupuestario a medicamentos incluyendo las dosis administradas y los medicamentos despachados, esto representa el monto de 1,215,746.00 balboas. El Hospital Manuel A. Guerrero destina el 11.4 % de su gasto presupuestario a medicamentos, incluyendo las propias medicinas y drogas y los artículos farmacéuticos, lo cual representa un monto de 1,550,000.00 balboas. El Hospital Nicolás Solano, es el que menor porcentaje de su gasto

presupuestario (1.53 %) destina a los medicamentos, lo cual representa en monto a los 98,000.00 balboas. (Gráfico XII).

**GRÁFICO XII**

**PORCENTAJE DE GASTO PRESUPUESTARIO DESTINADO A MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCANGEL, NICOLAS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.**



FUENTE: DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO. DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO DE LA CSS PARA EL HOSPITAL MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.

### III. D. ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA

En la Organización y Estructura, se revisaron las características del tipo de modelo de gestión, nivel de atención, población de responsabilidad, distribución del recurso humano médicos y enfermeras y auxiliares de enfermería, la existencia o no un Programa de capacitación formal para este recurso humano con cumplimiento.

Además, la existencia de comités formales con reuniones al menos seis (6) veces por año, en este caso evaluamos el comité de infecciones nosocomiales, la existencia de una estructura organizacional (organigrama), la metodología para elegir al director del nosocomio, la existencia de evaluación sistemática del desempeño de los servicios (Auditorías mensuales u otro período que exprese una periodicidad), existencia de Sistema de Información Gerencial y la existencia de un Sistema formal de evaluación de Costos .

En cuanto a la población de responsabilidad, el Hospital San Miguel Arcángel tiene una mayor población responsabilidad que los otros dos hospitales del estudio (426,933 habitantes). Tiene una relación de población casi del doble, respecto a la población del Hospital Manuel A. Guerrero ( 214,543 habitantes) y tiene una relación de 1.2 más habitantes, que el Hospital Nicolás A. Solano (354,280 habitantes).

El número de camas que posee cada hospital es muy similar para los tres. El Hospital Manuel A. Guerrero cuenta con un mayor número de camas (320 camas), mientras que el Hospital San Miguel Arcángel tiene 232 camas y el Hospital Nicolás Solano tiene 235 camas.

En cuanto a la distribución del recurso humano por hospital, sobretodo del personal médico y de enfermería, resultó muy difícil encontrar la información de las horas contratadas ni de las horas trabajadas en los tres (3) hospitales por área de producción o servicio; por tal razón, no podemos conocer el rendimiento de los gastos por personal contratado. Obtuvimos el número de funcionarios solamente.

## CUADRO XIII

**CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. 2002.**

CARACTERÍSTICA	HOSPITAL		
	MIGUEL ARCANGEL	NICOLAS A. SOLANO	MANUEL AMADOR GUERRERO
Nivel de Atención	II	II	II
Tipo de modelo de gestión	Tercerización de servicios	Tradicional	Tradicional
Población responsabilidad	426,933	354,280	214,543
Números de camas	232	235	320
Números de médicos total	204	86	116
Médicos Generales	43	15	43
Médicos Especialistas	161	56	53
Médicos Residentes	0	0	4
Médicos Internos	0	15	16
Números de enfermeras	65	82	109
Números de auxiliares	52	104	130
Cumplimiento de Programas de Capacitación formal del recurso humano	Si	no	si
Reuniones del comité de infecciones nosocomial (6 anuales)	Si	si	si
Existe una estructura organizacional (organigrama)	Si	si	si
Tipo de Elección del Director del Hospital	Concurso	Asignación	Asignación
Existencia de evaluación sistemática del desempeño de los servicios (Auditorías Mensuales)	Si	no	no
Existencia de Sistema de Información Gerencial	Si	no	no
Existencia de Sistema formal de Evaluación de Costos	Si	si	no

**FUENTE:** DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS DEL HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL, HOSPITAL NICOLÁS SOLANO. PLANIFICACIÓN DE LA CSS PARA EL HOSPITAL MANUEL A. GUERRERO. ENTREVISTAS A PERSONAL CLAVE. PANAMÁ. 2002.



Se observa el mayor número de especialistas en el Hospital San Miguel Arcángel, al ser comparado con los otros dos hospitales, sin embargo existe mayor número de subespecialidades médicas en los Hospitales Nicolás Solano y Manuel A. Guerrero (Tabla 2, Cartera De Servicios), a pesar de tener menor número de especialistas.

El Hospital Manuel Amador Guerrero, es docente (formación de especialistas), no así el Hospital Nicolás Solano y el Hospital San Miguel Arcángel. El hospital Manuel Amador Guerrero cuenta con el mayor número de personal de enfermería y auxiliar, mientras que el Hospital San Miguel Arcángel tiene el menor número de estos recursos.

El Hospital San Miguel Arcángel permite la flexibilidad a las empresas externalizadas de ajustar y modificar la estructura de personal según las necesidades de atención en las diferentes áreas del servicio según la demanda y porcentaje de ocupación.

En cuanto a la capacitación formal observamos que el Hospital San Miguel Arcángel cuenta con un Programa Anual de docencia para el recurso humano contratado por la administración del hospital y además las empresas externalizadas también cumplen con un Programa de docencia para el recurso humano contratado por ellas y para el personal de salud de la Región de Salud de San Miguelito las Cumbres y Chilibre.

El Hospital Manuel Amador Guerrero cuenta con un Programa de Formación docente para residentes e internos y en la actual administración, se estableció el área programática de gestión, capacitación e investigación, para estructurar los objetivos, metas, actividades, recurso responsabilidad, fecha de ejecución durante todo el año, tanto para el personal médico, como el personal de enfermería y administrativo.

Para el Hospital Nicolás Solano no contamos con datos de un Programa formal de docencia. Anualmente se realizan las Jornadas Médicas del Hospital Nicolás Solano.

En cuanto a la existencia de comités formales, en los tres hospitales existen comités diversos pero el que observamos cumplía de forma sistemática con reuniones formales en los tres hospitales, era el comité de infecciones nosocomiales. Este comité es presidido por un médico Infectólogo en todos los hospitales. El HISMA, presenta otros comités, pero no fueron considerados en el estudio.

La existencia de estructura organizacional, medido por la confección del organigrama funcional y jerárquico, existía en los tres hospitales de estudio. El organigrama del Hospital San Miguel Arcángel posee una estructura organizacional más horizontal, con menos direcciones intermedias y más unidades de apoyo o de asesoría a la Dirección del Hospital que los otros hospitales. (Organigramas en Anexos).

El tipo de modelo de gestión del Hospital San Miguel Arcángel es nuevo, el cual presenta la tercerización de los servicios, la separación entre el ente financiador (MINSA y CSS) , el ente comprador (CONSALUD) y ente proveedor de servicio (HISMA con las empresas externalizadas). El Hospital Manuel A. Guerrero y el Hospital Nicolás Solano son administrados con un modelo de gestión tradicional ya descrito anteriormente.

El único Director de Hospital elegido por concurso, es el del HISMA, los otros Directores son asignados por el gobierno de turno, lo cual inestabiliza la gestión hospitalaria con intereses políticos partidistas. Por otra parte, de esta forma no se necesita considerar los perfiles determinados para el cargo.

En el Hospital San Miguel Arcángel, existe una evaluación sistemática del desempeño de los servicios, de forma periódica, diaria y mensual para poder establecer la facturación a las empresas externalizadas. Se evalúa la satisfacción del usuario intrahospitalario de forma diaria con los egresos y se tramitan formalmente las quejas para corregir las fallas o aplicar sanciones. En los otros hospitales del estudio, las auditorías, encuestas de satisfacción y trámites de quejas, se establecen de forma esporádica, sin ninguna sistematización para su aplicación y los resultados son evaluados con buenas recomendaciones para

mejorar el desempeño, pero no se implementan. El proceso de quejas no recibe una tramitación formal para corregir las fallas.

El HISMA, posee un sistema de Información Gerencial, el cual desde su inicio ha perseguido la meta de mejorar y registrar los datos de forma veraz y oportuna, pues este registro es fundamental para las evaluaciones económicas. De igual manera, se ha preocupado por el establecimiento de un sistema formal de evaluación de los costos, pues resulta vital para su funcionamiento.

El Hospital Nicolás Solano, tiene un sistema de Información tradicional, con abundantes datos que no se analizan ni se cuestiona la utilidad de los mismos. Esto ocasiona exceso de trabajo y carencia de información útil para la gestión.

En el Hospital Manuel A. Guerrero, ocurre un fenómeno similar con el agravante que este hospital, carece de un sistema formal de evaluación de costos y negocia su producción mediante costos convenidos entre el MINSA y la CSS.

## **IV. DISCUSION**

### **IV. A. DIMENSIÓN DE ACCESIBILIDAD**

#### **IV. A.1 INDICADORES DE ACCESO FÍSICO**

La relación del número de camas por habitantes, en el Hospital San Miguel Arcángel y el Hospital Nicolás Solano está dentro de los estándares internacionales establecidos, no así el Hospital Manuel Amador Guerrero, cuyo número de camas es muy alto para la población bajo su responsabilidad.

Utilizando como indicador de acceso, al tiempo de espera para cirugías de hospitalización, en el Hospital San Miguel Arcángel este tiempo se maneja por debajo de los 15 días, mientras que en los otros hospitales, está por encima de los 140 días.

#### **IV. A. 2. INDICADORES DE ACCESO ECONÓMICO**

El Hospital San Miguel Arcángel tiene buen registro del gasto, lo que podría explicar el costo promedio por día de hospitalización, mayor en este hospital, respecto a los otros hospitales. Además, la atención en el Hospital San Miguel Arcángel está dada en su totalidad, por médicos con idoneidad, ya sean especialistas o médicos generales. No existen médicos residentes, ni médicos internos en este hospital.

### **IV. B. DIMENSIÓN DE CALIDAD**

En cuanto al promedio de días estancia, el Hospital Nicolás Solano presenta 2.8 días más que el Hospital San Miguel Arcángel y el Hospital Manuel Amador Guerrero presenta 0.8 días más, que el Hospital San Miguel Arcángel.

La tasa bruta de mortalidad hospitalaria por 1000 egresos, las cuales no están ajustadas ni por casuística, ni por gravedad, ni grupo etéreo, en el Hospital

San Miguel Arcángel es mucho más baja que en los otros dos hospitales. Este ajuste no fue posible, por las dificultades en los registros de esta información, muy variable en los tres hospitales.

El Hospital que puede realizar en estos momentos el ajuste señalado, es el San Miguel Arcángel.

El porcentaje de cesáreas es menor en el Hospital Manuel Amador Guerrero con relación al Hospital Nicolás Solano y al Hospital San Miguel Arcángel; esto se puede explicar porque en el Hospital Manuel A. Guerrero, a pesar de ser un hospital de segundo nivel de atención, se tiene normada la posibilidad de parto vaginal luego de una cesárea anterior si no hay otra contraindicación para el mismo. El Hospital Nicolás Solano y el San Miguel Arcángel, siguen la norma nacional de no permitir parto vaginal en casos de cesárea anterior en los hospitales de segundo nivel de atención.

El porcentaje de nacidos vivos es más bajo en el Hospital Manuel Amador Guerrero con relación a los otros dos hospitales. Esto amerita un estudio analítico para asociar posibles causas.

Se evalúa la satisfacción del usuario intrahospitalario de forma diaria con los egresos y se tramitan formalmente las quejas para corregir las fallas o aplicar sanciones. En los otros hospitales del estudio, las encuestas de satisfacción y trámites de quejas, se establecen de forma esporádica, sin ninguna sistematización para su aplicación y las recomendaciones no se implementan. El proceso de quejas no recibe una tramitación formal para corregir las fallas.

#### IV. C. DIMENSIÓN DE EFICIENCIA.

##### IV. C.1. INDICADORES DE PRODUCCIÓN.

En cuanto a los indicadores de producción hospitalaria el HISMA presenta mayor producción de egresos, nacimientos, intervenciones quirúrgicas, consultas de urgencias y consultas externas como se muestra a continuación con la variación de estas características de producción, respecto a los Hospitales Nicolás Solano y Manuel A. Guerrero. (Tabla 5)

**TABLA 5**

**VARIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PRODUCCIÓN DEL HOSPITAL SAN MIGUEL ARCANGEL CON RESPÉCTO A LOS HOSPITALES NICOLÁS A. SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO. AÑO 2002**

Características	Variación de las características de Producción del HISMA respecto a los hospitales	
	Nicolás Solano	Manuel A. Guerrero
Egresos totales	1.21	1.22
Nacimientos totales	1.28	1.66
Partos totales	1.73	1.17
Cesárea totales	1.44	1.94
Intervenciones quirúrgicas totales	2.57	3.02
Consultas de urgencias totales	3.06	2.21
Consultas externa totales	1.37	1.52
Exámenes de laboratorios totales	0.23	0.30
Exámenes de laboratorios en pacientes hospitalizados	0.094	0.51
Exámenes de imagenología totales	0.23	0.57
Medicamentos despachados totales	1.35	8.92

**FUENTE:** DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS DEL HISMA, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL A. GUERRERO. PANAMÁ. AÑO 2002.

La consulta externa del HISMA no es la consulta característica de los hospitales tradicionales, pues esta atención ambulatoria se destina a la evaluación pre y post hospitalaria exclusivamente.

En lo relacionado a los servicios intermedios como los laboratorios y exámenes de imagenología, la producción es mayor en el Nicolás Solano y en el Manuel A. Guerrero ambos hospitales manejados por el sistema tradicional, lo cual puede estar ligado a la ausencia de protocolos de atención monitoreados, que se traduce muchas veces en la solicitud y realización de exámenes en exceso, para la producción del egreso, de la cirugía o de la consulta.

En el renglón de medicamentos despachados, la mayor cantidad de medicamentos despachados se produce en el HISMA. En este hospital, el registro del gasto es más eficiente y el costo del egreso por servicios, consultas de urgencia, consultas pre y post hospitalarias y cirugías, incluyen los medicamentos despachados por la farmacia del hospital. Por otra parte, se debe considerar los aspectos contractuales de los proveedores dentro del HISMA, quienes tienen que completar los tratamientos de los pacientes y mantener, la concepción de la atención integral en los casos atendidos, como principio de calidad el cual es formalmente monitoreado y evaluado.

#### **IV. C. 2. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD**

El HISMA presenta claramente mejores indicadores de productividad entre los que tenemos: menor promedio de días en estancias (3.5 días), mayor porcentaje de ocupación (74.6 %), mayor índice de rotación por cama (82.5 egresos por camas), mayor cantidad de cirugías por quirófanos (5.6), menor cantidad de exámenes de laboratorios por egresos (3.9), menor cantidad de exámenes de imagenología por egresos (0.4) que los otros dos hospitales del estudio.

#### IV. C.3. INDICADORES DE COSTOS

En el Hospital Manuel Amador Guerrero la mayoría de los costos unitarios presentados, resultan aparentemente menor que en los otros dos hospitales pero es importante aclarar, que no existe un sistema formal de evaluación de costos, funcionando efectivamente, por lo que para este estudio se utilizaron los Costos Convenidos para los Hospitales Regionales en la negociación entre MINSA y CSS, lo cual no es un costo real y algunas veces se aleja mucho de la realidad.

El costo unitario total de la consulta externa del hospital San Miguel Arcángel (24,80 Balboas) es menor que la del hospital Nicolás Solano (27.88 Balboas) y resulta mayor que el costo convenido para el hospital Manuel Amador Guerrero (16.83 Balboas).

El costo unitario promedio del egreso por servicio del hospital San Miguel Arcángel (518.09 Balboas), es mayor que el del hospital Nicolás Solano (398.81 Balboas) y que el costo convenido del hospital Manuel Amador Guerrero (395.08 Balboas).

En este punto, es importante recalcar los siguientes aspectos:

1. El registro del gasto del hospital San Miguel Arcángel está mejor cuantificado debido a que se paga por producción, el registro de gasto de los hospitales tradicionales generalmente no es contabilizado en su totalidad.
2. Los servicios finales en el HISMA contempla la atención por especialistas las 24 horas del día, los 365 días del año de manera presencial lo cual incrementa el gasto, pero permite la atención oportuna.

El costo unitario del parto vaginal en el HISMA (152 Balboas) es menor que el del hospital Nicolás Solano (237 Balboas) y mayor que el costo convenido para el hospital Manuel Amador Guerrero (112 Balboas).



Si comparamos el Hospital San Miguel Arcángel y el Hospital Nicolás Solano podemos observar que en el Hospital San Miguel Arcángel el costo del parto vaginal es menor, probablemente por la elevada productividad de los mismos.

El parto por cesárea del Hospital San Miguel Arcángel (156 Balboas) es menor que el del hospital Nicolás Solano (291 Balboas) y menor que el costo convenido para el Hospital Manuel Amador Guerrero (188 Balboas), esto se puede explicar por el volumen de producción de los salones de operaciones. El número de cesáreas es mayor en el Hospital San Miguel Arcángel que en el Hospital Nicolás Solano y presenta el doble de cesáreas que el Hospital Manuel Amador Guerrero. La atención de la embarazada es efectuada por médicos ginecólogos y la atención del recién nacido es efectuada por médicos pediatras las 24 horas del día.

El costo unitario de atención a urgencias en el Hospital San Miguel Arcángel (19.39 Balboas) es mayor que la del hospital Nicolás Solano (11,37 Balboas) y que el costo convenido para el hospital Manuel Amador Guerrero (14.84 Balboas) . Para esta consulta de urgencia en el caso del Hospital San Miguel Arcángel, se le asigna los medicamentos despachados en la farmacia, y la atención de la población infantil menor de cinco años es brindada por pediatras.

El costo de la cirugía ambulatoria en el Hospital San Miguel Arcángel (92,04 Balboas) es menor que el costo convenido para del hospital Manuel Amador Guerrero (181.82 Balboas) y el dato no estaba disponible para el hospital Nicolás Solano. Se puede inferir, que el costo de la cirugía ambulatoria resulta menor en el HISMA, que en los otros dos hospitales.

#### **IV. C. 4. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PRESUPUESTARIO**

##### **IV. C. 4.1. PORCENTAJE DEL GASTO PRESUPUESTARIO DESTINADO A PERSONAL**

El porcentaje del gasto presupuestario asignado a personal representa más del 50% del presupuesto global en los tres (3) hospitales bajo estudio. El Hospital Nicolás Solano, fue el que informó el menor monto presupuestario, pero mostró el mayor porcentaje de asignación presupuestaria al gasto de personal (86.42%) con muy poca capacidad de respuesta para el funcionamiento.

##### **IV. C. 4.2. PORCENTAJE DEL GASTO PRESUPUESTARIO DESTINADO A MEDICAMENTOS**

El HISMA y el Hospital Manuel A. Guerrero, tienen una asignación presupuestaria similar para los medicamentos, no así, el Hospital Nicolás Solano, cuya asignación es proporcional a su cuestionable presupuesto de funcionamiento (1.53%). La asignación presupuestaria a medicamentos es onerosa para la mayor parte de los hospitales, sin embargo, el porcentaje que muestra el Hospital Nicolás Solano, consideramos que es muy bajo para el funcionamiento anual de un hospital de esta envergadura.

#### **IV. D. ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA**

Los aspectos de organización y estructura, se incluyen dentro de la dimensión de calidad y en este caso, resumen algunos aspectos cualitativos del modelo de gestión que tiene el Hospital San Miguel Arcángel a diferencia de los otros dos hospitales, que han contribuido al creciente desarrollo de sus indicadores de desempeño hospitalario ya cuantificados.

Las características del sistema de calidad implementado en el HISMA, motivado por el propio modelo de gestión, contribuye a una evaluación imparcial, objetiva y exhaustiva de las empresas externalizadas, con el propósito de vigilar la atención al usuario durante todo el período en que estas empresas laboran en la institución.

El proceso de monitoreo constante, permite la readecuación del sistema de calidad, frente a las necesidades detectadas y manifiestas por el usuario mediante las encuestas periódicas que se realizan en el hospital.

El HISMA, posee características sostenidas durante los años de su funcionamiento, que han sido evaluadas a través de consultorías, que pueden considerarse como punto de referencia para hospitales de similares niveles de atención.

## **V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **V. A. CONCLUSIONES**

1. La evaluación de desempeño del Hospital San Miguel Arcángel muestra que con la implantación del nuevo modelo se ha conseguido mejoría de los resultados del desempeño hospitalario, sobre los resultados que obtienen los modelos tradicionales del Hospital Nicolás Solano y el Hospital Amador Guerrero.
2. Los resultados de los indicadores de desempeño hospitalario demuestran que el Hospital San Miguel Arcángel promueve una cultura de producción, eficiencia y efectividad, incentivada por su modelo, el cual contempla la tercerización de los servicios.
3. El modelo de gestión del Hospital San Miguel Arcángel ha permitido el desarrollo de un Sistema de Referencia y Contrarreferencia, que favorece la coordinación entre el nivel primario de atención de salud y el hospital, agiliza la atención y permite mejorar la satisfacción del usuario a diferencia del modelo tradicional de los otros dos (2) hospitales.
4. El modelo de gestión del Hospital San Miguel Arcángel tiene flexibilidad para adecuar el gasto variable, a la demanda real del hospital.
5. El modelo de gestión del Hospital San Miguel Arcángel tiene desarrollado un buen sistema de calidad con controles periódicos, para detectar fallas y tomar las medidas correctivas. De igual manera, este sistema permite la evaluación sistemática y continua de la satisfacción del usuario.

6. La implantación de un sistema de pago por producción con controles de calidad basándose en la protocolización del modelo del Hospital San Miguel Arcángel, mejora la eficiencia, la calidad de la atención médica y los resultados de desempeño hospitalario.
7. El sistema de costos implementado en el Hospital San Miguel Arcángel es más fidedigno que el del Hospital Nicolás Solano, pues de este sistema, depende el pago del ente financiador a la institución y el pago de la institución a los proveedores de los servicios. El Hospital Manuel A. Guerrero no tiene un sistema formal de evaluación de costos y se basa en Costos Convenidos para negociación entre MINSA-CSS, los cuales no son reales.
8. La referenciación competitiva (Benchmarking) ha demostrado ser un método útil para la implementación de medidas que permitan superar nudos críticos para mejorar los resultados de desempeño hospitalario a nivel mundial, por lo que su implementación en Panamá se hace imperativo a nivel hospitalario.
9. La distribución del gasto presupuestario en los tres (3) hospitales, es mayor para el gasto de personal que para el funcionamiento.
10. Las características de la organización y estructura del modelo de gestión del Hospital San Miguel Arcángel, han permitido su buen funcionamiento con creciente desarrollo del desempeño hospitalario.

## **V. B. RECOMENDACIONES**

1. El modelo de gestión utilizado en Hospital San Miguel Arcángel puede servir como guía para su implementación en otros hospitales del país, realizando un estudio de benchmarking para este efecto.
2. Mejorar la utilización de los espacios físicos (salones quirúrgicos) y el recurso humano contratado, para incrementar los niveles de producción y gestionar adecuadamente los recursos en los hospitales con modelos tradicionales.
3. Mejorar calidad de atención médica y eficiencia distributiva del recurso humano, creando turnos presenciales dentro de las instalaciones del hospital, eliminando los turnos por disponibilidad.
4. Se deben tener estructuras de monitoreo de calidad permanente, similares a las contempladas en el modelo de gestión del HISMA, para evaluar que los niveles de producción coincidan con los niveles de calidad aceptables y protocolizados, en los otros dos hospitales estudiados.
5. Se recomienda la implementación de un sistema de costos dentro de todos los hospitales, especialmente el Hospital Manuel A. Guerrero, esto es indispensable hoy día para mantenerse a la vanguardia del mundo globalizado y competitivo que estamos viviendo.
6. Se recomienda un sistema de información gerencial oportuno y veraz para la evaluación adecuada de los indicadores de desempeño y la toma de decisiones.

7. Incentivar la utilización de indicadores de desempeño hospitalario a nivel de hospitales regionales, que permita un patrón de comparabilidad ajustado, de los resultados de desempeño que favorezcan la superación de metas fijadas.
8. Establecer evaluaciones de la satisfacción del usuario y desempeño de los servicios de forma sistemática y continua en los hospitales con modelo de gestión tradicional, que permitan mejorar su desempeño hospitalario.
9. El gobierno de Panamá, debe contribuir al fortalecimiento y evaluación periódica del Modelo de Separación de funciones (CONSALUD) que se lleva actualmente en el Hospital San Miguel Arcángel, para corregir y superar los nudos críticos propios de un modelo de gestión innovador y permita que este hospital, continúe desarrollando buenos indicadores de su desempeño.

## VI. ANEXOS

- ANEXO 1 ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL
- ANEXO 2 ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL NICOLÁS SOLANO
- ANEXO 3 ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL MANUEL AMADOR GUERRERO
- ANEXO 4 INSTRUMENTO APLICADO A LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL, NICOLÁS SOLANO Y MANUEL AMADOR GUERRERO.

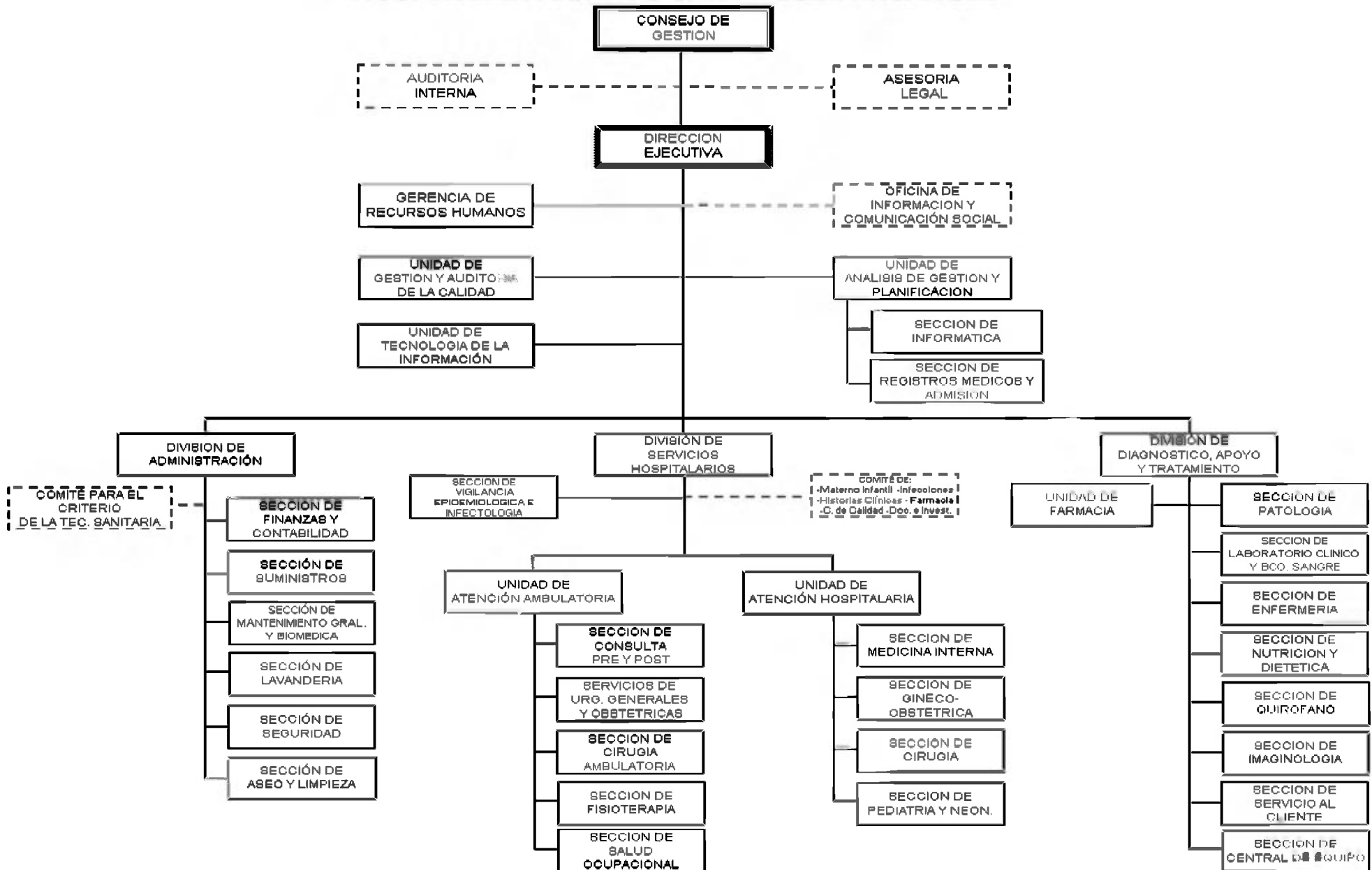


ANEXO 1

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL SAN MIGUEL ARCÁNGEL

# ORGANIGRAMA

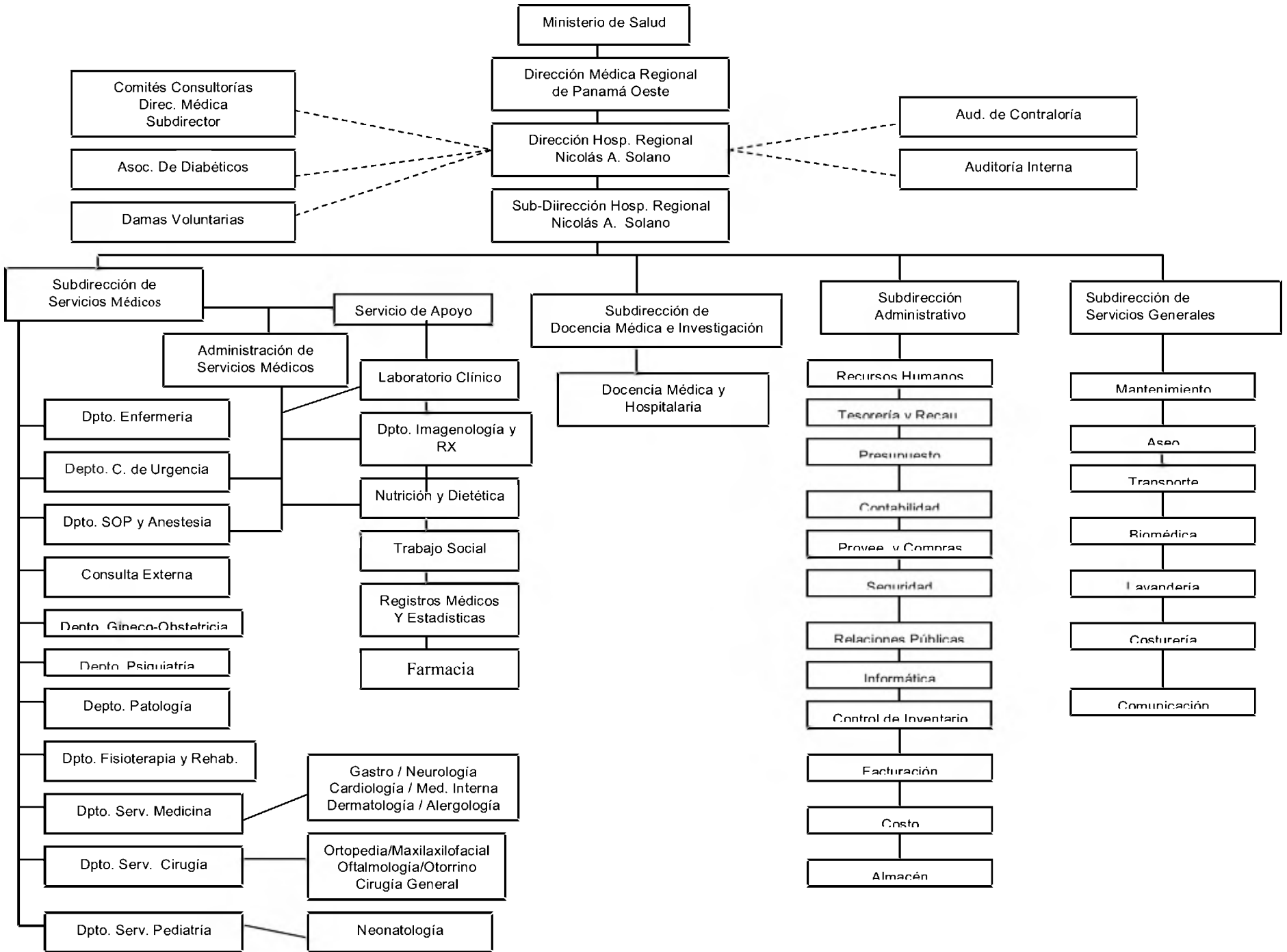
## HOSPITAL INTEGRADO SAN MIGUEL ARCÁNGEL



ANEXO 2

ORGANIGRAMA DEL NICOLÁS SOLANO

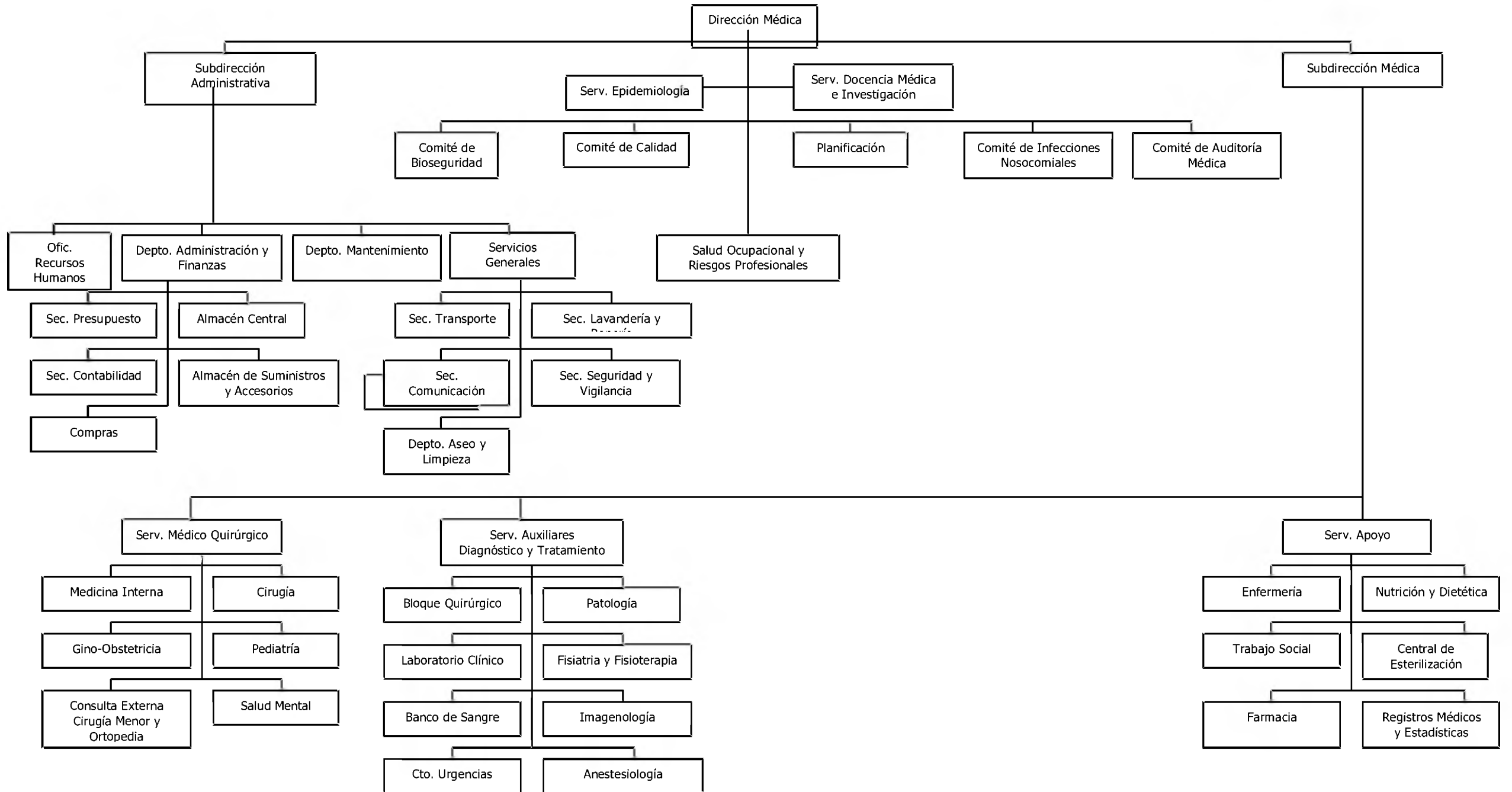
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL  
HOSPITAL NICOLAS SOLANO



ANEXO 3

ORGANIGRAMA DE MANUEL AMADOR GUERRERO

# ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL MANUEL A. GUERRERO



## ANEXO 4

INSTRUMENTO APLICADO A LOS HOSPITALES SAN MIGUEL ARCÁNGEL,  
NICOLÁS SOLANO Y MANUEL A. GUERRERO.

- Población de Responsabilidad
- Número de Camas
- Número de Personal de Salud
- Horas médicas Contratadas según servicio
- Número de Quirófanos funcionales
- Presupuesto Total Asignado
- Presupuesto Total Ejecutado
- Presupuesto Asignado por servicio
- Presupuesto Asignado a personal de salud
- Costos totales
- Costo Unitario por egreso
- Costo Unitario del día cama ocupado
- Costo Unitario por consulta ambulatoria
- Costo Unitario por consulta de urgencia
- Costo unitario por cirugía
- Costo unitario por parto vaginal y parto por cesárea
- Egresos Anuales y Mensuales
- Promedio de días de estancia total y por servicio
- Índice de Ocupación total y por servicios
- Índice de Rotación de Camas total y por servicios
- Tasa de Mortalidad Hospitalaria
- Tasa de Mortalidad Infantil
- Tasa de Infección Intrahospitalaria (Nosocomial)
- Número de Cesáreas realizadas
- Número de Partos

- Nacimientos Vivos
- Intervenciones Quirúrgicas realizadas
- Número de consultas totales de Urgencias
- Número de consultas Ambulatorias y por servicio
- Número de estudios de laboratorios realizados
- Número de estudios de laboratorios realizados en hospitalización
- Número de medicamentos despachados
- Número de medicamentos despachados en hospitalización
- Número de estudios de imagenología realizados
- Número de estudios de imagenología realizados en hospitalización
- Tiempo de espera para atención con especialidades
- Tiempo de espera para cirugías ambulatorias
- Tiempo de espera para cirugías con hospitalización
- Cartera de Servicios
- Organigrama
- Causas Principales de Egreso Hospitalario
- Causas de Mortalidad Hospitalaria
- Programas de Docencia Formal para el Recurso Humano y cumplimiento
- Programa de Evaluación Sistematizada del usuario (Encuestas de Satisfacción y procesamiento de quejas)
- Tipo de Modelo de Gestión
- Comités Existentes y reuniones seis veces/año (Nosocomial u otros )
- Programa de Monitoreo y Evaluación Sistematizado de los Servicios (Auditorías Mensuales u otro período)
- Existencia de Sistema de Información Gerencial
- Existencia de Sistema Formal de Evaluación de Costos



## VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Barquin, M., 2003. Dirección de Hospitales. Séptima Edición. Mc Graw Hill. México.
2. Carnota, O., 2002. Garantía de Calidad en Salud. Módulo III Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana. Cuba.
3. Carnota, O., 2003. Gerencia en Salud. Biblioteca en Línea Para Formación Post Graduada. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana. Cuba.
4. Castell-Florit, P., 2002. Gerencia en Salud. Tomo IV. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana. Cuba.
5. Castell-Florit, P., 2002. Gerencia en Salud. Tomo V. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana. Cuba.
6. CCSS-Gerencia de Modernización y Desarrollo.  
<http://modsjoweboi.ccss.sa.cr:81/pu/biblioteca/index.asp>
7. Chile.com, Proyecto de Ley para Reformar Salud,  
<http://www.chile.com/tpl/articulo/detalle/>
8. [Dewan, N. A.](#), [Daniels, A.](#),2000, The National Outcomes Management Project: A Benchmarking Collaborative., [Journal of Behavioral Health Services & Research](#), Nov2000, Vol. 27 Issue 4, p431, 6p.
9. El ICS Recurre al Benchmarking para Mejorar la Calidad ,  
<http://www.diariomedico.com/>
- 10.Experiencia Britanica Objetivos y principales areas,  
<http://modsjoweboi.ccss.sa.cr:81/pub/biblioteca /expobri6.htm>
- 11.Fisterra Herramientas utiles para la consulta en Atención,  
<http://www.fisterra.com/>
- 12.Gisbert, R., 2002. Economía y Salud. Masson. España.
- 13.Grayson, J., Benchmarking comparando con los mejores. Htm,  
<http://www.unifran.br/daltro/marketing/index.htm>,

14. Groves Ken, 1999, Benchmarking Experience The University of California and its National Laboratories. Benchmarking in health care. Presentation. pdf, University of California, Las Vegas, USA.
15. Hidalgo, A., Corugedo, I., Señaris, J., 2000. Economía de la Salud. Pirámide. España.
16. ICASE, Benchmarking en el Sector Salud. Módulos especiales. Modelo de garantía de calidad para Latinoamérica: Guía de Capacitación e Implementación, htm, <http://www.icas.net/benchmarking.htm>
17. Kirkpatrick, S., 2001 , Benchmarking as a Tool for Public Health and Health Promotion <http://www.ohpe.ca/>
18. Knowles, J., Leighton, Ch., Stinson, W., 1997. Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud. Washington. USA.
19. Malagón-Londoño, G., Galan R., Pontón G.; 1996. Administración Hospitalaria. Editorial Médica Internacional Ltda. Bogotá, Colombia.
20. Meerhoff, R., 1997. Descentralización, Financiamiento, Costo y Autogestión de Establecimientos de Salud. OPS. OMS. Washington. USA.
21. Modernising Public Services Group / U.K Cabinet Office, Base de datos sobre mejores prácticas, indicadores de desempeño, networks de calidad, guias prácticas y links. [www.servicefirst.gov.uk/](http://www.servicefirst.gov.uk/)
22. National Partnership for Reinventing Government, Informes sobre mejores prácticas, benchmarking e indicadores de desempeño. [www.govinfo.library.unt.edu/npr/initiati/benchmk/index.html](http://www.govinfo.library.unt.edu/npr/initiati/benchmk/index.html),
23. Oregon Progress Board At-A-Glance, Network de benchmarking con reportes, ejemplos de indicadores, publicaciones y links. <http://www.econ/>
24. Programas de Garantía de Calidad. Vol.35 N°3, Programas de garantía de calidad a traves de la acreditación de Hospitales en Latino América y el Caribe, <http://www.insp.mx/salud/35/353-35.html>
25. Revista Universitaria -75, [http://www.puc.cl/ru/75/dossier\\_3.htm](http://www.puc.cl/ru/75/dossier_3.htm)
26. Salud Colombia, <http://www.saludcolombia.com./actual/index.html>

27. Sistema Regional de Datos Basicos en Salud-Perfil,  
[http://www.paho.org/Spanish/00/als/cp\\_591.html](http://www.paho.org/Spanish/00/als/cp_591.html)
28. Suárez, N. , 2003. Marketing y Salud. Ministerio de Salud Pública. Cuba.
29. Temes J.L., 2002. Gestión Hospitalaria. Mc Graw Hill. 3° edición.  
España.
30. Temes, J.L. , Parra, B., 2000. Gestión Clinica, Mc Graw Hill . España.