

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.  
SAN PATRICIO DE IRLANDA DEL NORTE.**

**LEY Nº 3.739**



**Tesina para obtener el Título de Magister en  
Administración Hospitalaria.**

**TÍTULO:**

Atención y administración de los recursos en el Servicio de Papanicolaou (PAP) en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.

**Autora:**

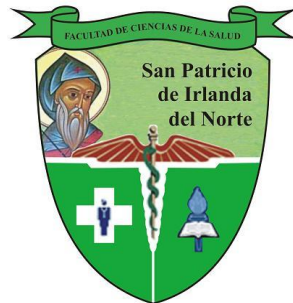
**Gerónima Gamarra.**

**Tutor Metodológico:**

**Mg. Fidel Fleitas.**

**ÑEMBY - PARAGUAY  
2.015**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**“SAN PATRICIO DE IRLANDA DEL NORTE”**  
**LEY Nº 3.739**



**DEFENSA DE TESIS**

**HOJA DE EVALUACIÓN**

**Evaluadores**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**Alumna:**

**Calificación**

1. Gerónima Gamarra.

\_\_\_\_\_

***“Todo lo que se hace se puede medir, sólo si se mide se puede controlar, sólo si se controla se puede dirigir y sólo si se dirige se puede mejorar”***

***Dr. Pedro Mendoza A.***

***DEDICATORIA.***

*A mis profesores y familiares.*

## **AGRADECIMIENTOS.**

- ***A Dios, a mi familia, mis profesores y mis amigos:*** Por guiarme y proveer sabiduría en todo momento, por el apoyo incondicional y por la dedicación y comprensión durante este largo camino transitado.

|  |             |
|--|-------------|
| <b>Índice de Contenidos</b>                            |             |
| • <b>Portada.</b>                                      | <b>I</b>    |
| • <b>Hoja de Evaluación.</b>                           | <b>II</b>   |
| • <b>Pensamiento.</b>                                  | <b>III</b>  |
| • <b>Dedicatoria</b>                                   | <b>IV</b>   |
| • <b>Agradecimientos.</b>                              | <b>V</b>    |
| • <b>Resumen</b>                                       | <b>VIII</b> |
| • <b>Abstract</b>                                      | <b>IX</b>   |
| <b>1. Introducción.</b>                                | <b>1</b>    |
| 1.1. Planteamiento del problema de investigación.      | 3           |
| 1.2. Justificación.                                    | 5           |
| <b>2. Objetivos.</b>                                   | <b>6</b>    |
| <b>3. Marco Teórico.</b>                               | <b>7</b>    |
| 3.1. Generalidades.                                    | 7           |
| 3.2. Marco conceptual.                                 | 8           |
| 3.3. El hospital dentro de los servicios de salud.     | 9           |
| 3.4. Costos y utilización del hospital.                | 11          |
| 3.5. Índices para evaluar la utilización del hospital. | 13          |
| 3.6. Importancia de la administración en salud.        | 15          |
| 3.7. Organización hospitalaria.                        | 20          |
| 3.8. Aspectos administrativos.                         | 23          |
| 3.9. El personal del hospital.                         | 24          |
| 3.10. Sistema de Salud de Paraguay.                    | 26          |
|  |             |

|  |           |
|--|-----------|
| 3.11. Los sistemas locales de salud como táctica operativa para la organización del sistema nacional de salud. | 29        |
| 3.12. Servicios Administrativos.   | 31        |
| 3.13. Los centros de salud.  | 32        |
| 3.14. El Papanicolaou (PAP).   | 35        |
| 3.15. Producción, eficiencia y costos de Servicios de salud en el Paraguay.                                    | 39        |
| <b>4. Diseño Metodológico de la Investigación.</b>   | <b>45</b> |
| 4.1. Tipo de Estudio.  | 45        |
| 4.2. Universo de estudio.  | 45        |
| 4.3. Muestra   | 45        |
| 4.4. Obtención y procesamiento de los datos.   | 45        |
| 4.5. Análisis y discusión de los datos.  | 45        |
| 4.6. Conclusión.   | 45        |
| <b>5. Análisis y discusión de los resultados.</b>  | <b>46</b> |
| <b>6. Conclusiones.</b>  | <b>51</b> |
| <b>7. Recomendaciones.</b>   | <b>52</b> |
| <b>8. Referencias Bibliográficas.</b>  | <b>53</b> |
| <b>9. Anexos.</b>  | <b>55</b> |

## RESUMEN.

La administración en salud es aplicada a las empresas proveedoras de bienes y servicios de salud, que resulten en el mantenimiento o restablecimiento en la salud de las personas usuarias, a quienes se les denominan clientes y/o pacientes; así como del desarrollo sostenible. A la administración en salud también se la conoce con los nombres de gerencia en salud, gestión sanitaria, gestión clínica, administración de empresas de salud, administración de servicios de salud y gerencia de servicios de salud. Se destaca la Tecnología en Saneamiento Ambiental como base para la Administración en Salud. Con el presente trabajo se tiene el objetivo de analizar la atención y administración de los recursos en el Servicio de Papanicolaou (PAP) en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015. El estudio realizado es de carácter descriptivo, analítico, retrospectivo, con metodología cualitativa y cuantitativa. Se tomó como muestra 46 pacientes que acudieron a la consulta de Papanicolaou, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de estudio. La mayor cantidad de mujeres que acudieron a la consulta de Papanicolaou, tenían entre 26 y 35, la consulta prenatal brinda cobertura a las mujeres embarazadas de todos los grupos etarios, siendo los grupos más jóvenes los más frecuentes. La mayoría de la muestra de estudio estuvo constituida por mujeres multíparas y gran multíparas. Los recursos con los que cuenta el servicio de Papanicolaou en la USF de San Rafael km. 10 son insuficientes para desarrollar todas las actividades necesarias en la comunidad, teniendo los profesionales que emplear recursos propios para cumplimentar sus actividades mensuales. Los recursos son administrados por el propio personal de la USF, pero es la Séptima Región Sanitaria la que determina la cantidad y frecuencia de entrega.



## **ABSTRACT.**

The health administration is applied to the suppliers of goods and health services, resulting in maintaining or restoring the health of the users, who are called clients and / or patients; and sustainable development. A health administration he is also known by the names of health management, health management, clinical management, business administration, health, health services administration and health services management. Technology in Environmental Health as the basis for the stands Health Administration. With the present work aims to analyze the care and management of resources in the service Papanicolaou (PAP) in the Health Unit Family (USF) of San Rafael km. 10 for the period from April to June 2015. The study is descriptive, analytical, retrospective, with qualitative and quantitative methodology character. It was sampled 46 patients who attended the consultation Pap in Unit Family Health (USF) of San Rafael km. 10, during the study period. Most women attending the Pap consultation, were between 26 and 35, provides coverage prenatal care to pregnant women of all age groups, being the most frequent younger groups. Most of the study sample consisted of multiparous and high multiparous women. The resources are there Pap service at USF San Rafael km. 10 are insufficient to carry out all necessary activities in the community, keeping professionals employ their own resources to complete monthly activities. The resources are managed by the staff of the USF itself, but the Seventh Sanitary Region determines the amount and frequency of delivery.

## **1. INTRODUCCIÓN.**

La administración en salud o administración sanitaria es la ciencia social y técnica relacionada con la planificación, organización, dirección y control de las empresas públicas y privadas del sector salud, medio ambiente, recursos naturales, saneamiento básico urbano y rural, innovación tecnológica, mediante la optimización de recursos financieros, tecnológicos y humanos.

La administración en salud es aplicada a las empresas proveedoras de bienes y servicios de salud, que resulten en el mantenimiento o restablecimiento en la salud de las personas usuarias, a quienes se les denominan clientes y/o pacientes; así como del desarrollo sostenible.

A la administración en salud también se la conoce con los nombres de gerencia en salud, gestión sanitaria, gestión clínica, administración de empresas de salud, administración de servicios de salud y gerencia de servicios de salud. Se destaca la Tecnología en Saneamiento Ambiental como base para la Administración en Salud.

Un objetivo administrativo es una meta que se fija, que requiere de un campo de acción definido y que sugiera la orientación para los esfuerzos de un dirigente. La administración no solamente nació con la humanidad sino que se extiende a la vez a todos los ámbitos geográficos y por su carácter Universal, lo encontramos presente en todas partes. Y es que en el ámbito del esfuerzo humano existe siempre un lado administrativo de todo esfuerzo planeado.

No sirve de mucho que en una empresa existan buenas instalaciones, el mejor equipo, la mejor ubicación, si lo todo lo anterior no va acompañado del elemento humano

necesario para dirigir las actividades, o sea que la administración es importante para alcanzar objetivos de la organización.

La exigencia de contar con profesionales capacitados para la conducción de las organizaciones sanitarias, en el contexto de los nuevos escenarios del sector salud, es considerada un importante desafío para cualquier país.

Al igual que muchas estrategias empresariales exitosas, los hospitales suelen ser administrados bajo el contexto de calidad total, fundamentados en varias fórmulas de éxito tales como la gerencia y planificación estratégica de los servicios de salud, reingeniería de procesos, administración por políticas, etc.

En el presente trabajo se realiza una valoración de los recursos y practicas realizadas en el Servicio de Papanicolaou (PAP) en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.**

Ser gerente o administrador es una labor que cada día se torna más desafiante, las habilidades recomendadas para que una persona se convierta en administrador hospitalario han variado en los últimos años, puesto que no se ve la gerencia como tradicionalmente se hacía creyendo en un rango de planificación, análisis y dirección a mediano y largo plazo sino como algo imprevisible, fragmentado y a corto plazo.

Los cambios rápidos y las tecnologías ha revolucionado el mundo del gerente, problemas complejos exigen atención y solución rápida, estos problemas también tienen su componente de novedad los cuales no desaparecen o resuelven por si solos, no se detectan y analizan fácilmente, sino que exigen para ser solucionados más que el sentido común y la buena intención de las personas.

Un gerente busca integrar y coordinar de forma efectiva los recursos de los que dispone; siempre es un trabajo incompleto que exige encontrar nuevos recursos y transformar las tareas internas para acondicionar las nuevas informaciones, demandas y necesidades existentes.

Se presume que ciertas personas que poseen cualidades naturales como adquiridas en su profesión pueden ser buenos gerentes pero estas cualidades aunque son importantes pueden ser insuficientes para desarrollar una buena gestión de gerencia, la complejidad de la organización moderna exige habilidades administrativas superiores a las de la experiencia y sentido común.

Se determina que el liderazgo es esencial para la administración pero no es la única habilidad necesaria pues existen habilidades típicas tanto de gestión como de liderazgo que no son excluyentes entre sí los gerentes y los líderes se forman de diversas maneras de pensar y actuar.

La separación entre las habilidades de gestión y liderazgo sirve para mostrar lo importante que es aprender habilidades diversas para obtener una nueva forma de dirigir grandes proyectos y organizaciones como los hospitales.

## **1.2. JUSTIFICACIÓN.**

Gerenciar una gran organización significa afrontar una variedad de factores técnicos, además de una diversidad de comportamientos humanos. Al principio esa diversidad lleva a una imagen de contradicción, cuando se piensa en la organización como algo integrado u ordenado. Un hospital no es una maquina ni un organismo. Las analogías de un hospital con máquinas, organismos u otras instituciones, tan frecuentes en el sentido común de la gente, no reflejan la verdad de la vida de la organización.

La función gerencial que busca esa integración es la función de coordinar. La coordinación tiene como objetivo reunir los diversos factores organizativos e integrar personas que son separadas deliberadamente y arbitrariamente.

La coordinación se hace una necesidad pues la vida de la organización es un constante desvío de lo deseado: las discrepancias de acciones administrativas y de comportamientos individuales son inherentes a la vida de la organización. Estas discrepancias, a veces definidas como verdaderas paradojas, constituyen verdaderos desafíos a la coordinación durante el proceso administrativo.

## **2. OBJETIVOS.**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL:**

- Analizar la atención y administración de los recursos en el Servicio de Papanicolaou (PAP) en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar las principales características demográficas de las pacientes que acudieron al Servicio de Papanicolaou (PAP) en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.
- Conocer el proceso de atención que se desarrolla en el Servicio de Papanicolaou (PAP) en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.
- Identificar las vías de obtención de los recursos en el Servicio de Papanicolaou (PAP) en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.
- Analizar los métodos de concienciación que se desarrollan en las comunidades de procedencia de las pacientes que acudieron al Servicio de Papanicolaou (PAP) en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.

### **3. MARCO TEÓRICO.**

#### **3.1. Generalidades.**

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

En el mundo contemporáneo, la organización de los hospitales constituye parte esencial de todo programa de asistencia médica. Debido a la creciente complejidad de las ciencias médicas, es indispensable que los médicos generales y los especialistas puedan contar con un servicio hospitalario eficaz.

Por otra parte, se reconoce universalmente que corresponde al hospital moderno desempeñar un papel importante en los programas de salud y bienestar social, y la influencia que ejerce en el proceso de desarrollo económico.

Ante los rápidos cambios que están registrándose en la mayoría de los países del mundo, resulta cada vez más urgente que dispongan de información básica sobre los problemas relacionados con la planificación y administración de hospitales.

El propósito del presente trabajo contribuye a ayudar a las autoridades competentes a lograr posibles soluciones a sus dificultades.



### 3.2. Marco conceptual.

- **Hospital:** Del latín *hospitalis*, un hospital es el espacio en el que se desarrollan todo tipo de servicios vinculados a la salud. En estos recintos, por lo tanto, se diagnostican enfermedades y se realizan distintos tipos de tratamientos para reestablecer la salud de los pacientes. En la antigüedad, el concepto se asociaba al establecimiento donde se cumplían tareas de caridad y se asistía a pobres, ancianos, peregrinos y enfermos. Con el tiempo, la idea de hospital empezó a asociarse sólo al cuidado de aquellos con problemas de salud.
- **Atención en Salud:** Se relaciona con el gerenciamiento de la asistencia (cuidados, tratamientos, promoción, vigilancia y rehabilitación a la salud con bases éticas, técnicas y humanísticas).
- **Administración:** Acción de administrar (gobernar, organizar una economía). Conjunto de funciones que se realizan para administrar.
- **Administración en salud:** La administración en salud o administración sanitaria es la ciencia social y técnica relacionada con la planificación, organización, dirección y control de las empresas públicas y privadas del sector salud, medio ambiente, recursos naturales, saneamiento básico urbano y rural, innovación tecnológica, mediante la optimización de recursos financieros, tecnológicos y humanos.
- **Papanicolaou:** La prueba de Papanicolaou (llamada así en honor de Georgios Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer), también llamada citología exfoliativa o citología vaginal, se realiza para diagnosticar el cáncer cervicouterino.

### **3.3. El hospital dentro de los servicios de salud.**

La construcción y funcionamiento de hospitales constituye una empresa muy costosa. La inversión inicial de capital es elevada y los gastos de funcionamiento año tras año, especialmente de los servicios de pacientes internos, van alcanzando proporciones enormes, según han podido comprobar con desaliento las autoridades de muchos países. En la actualidad existen hospitales modernos que permanecen casi vacíos por falta de fondos suficientes para su sostenimiento.

La primera misión del servicio de salud es prestar siempre a toda la población la atención médica de la mejor calidad que el país pueda ofrecer. El establecimiento de hospitales es solamente una parte del servicio de salud y los fondos que se destinen para ello no deben ser a costa de las demás funciones del servicio.

Al mismo tiempo, los gastos en servicios de salud, de los que los hospitales constituyen parte importante, se deben considerar como una inversión que rendirá beneficios económicos, traducidos en la reducción de casos de invalidez, disminución del desempleo causado por enfermedades y un aumento de la producción industrial. Más aún, cabe esperar y desear que los costos del servicio de salud aumenten proporcionalmente en relación con el incremento de la productividad y del ingreso nacional.

Los hospitales constituyen los organismos más costosos de los servicios de salud; por tanto, desde el punto de vista económico es conveniente hacer todo lo posible por reducir el número de pacientes hospitalizados, y, al disminuir la demanda razonable de tratamiento interno, amenguar también la necesidad de construir nuevos hospitales.

Hay dos factores esenciales para alcanzar este objetivo. El primero consiste en establecer un sistema de medicina integrada que cubra la comunidad entera con programas de saneamiento ambiental y servicios de salud personal, ocupacional y social. El segundo es la prestación de un servicio de medicina domiciliaria que permita atender al mayor número posible de enfermos o heridos en sus propias casas, bajo la supervisión del hospital.

En estas dos funciones, el hospital ha de desempeñar un papel muy importante. Como se ha mencionado anteriormente, el concepto del hospital como coordinador de un servicio domiciliario de salud y como centro de medicina preventiva, difiere fundamentalmente del antiguo criterio que consideraba al hospital únicamente como lugar para el tratamiento de enfermos.

Hay que tener en cuenta este hecho al planificar los servicios hospitalarios de los países en desarrollo, por cuanto lo que ocurre actualmente en Europa Occidental y Norte América, habrá de suceder también en muchos otros países del mundo en años futuros. Las camas hospitalarias que hoy son necesarias para tuberculosos, niños y enfermos de fiebres de diversos tipos deberán ser planeadas de tal forma que puedan ser utilizadas fácilmente para otros servicios, cuando ya no sean necesarias para la finalidad a que en su principio se destinaron.

Es esencial que el hospital y los diversos servicios de salud sean planeados tomando como base una amplia zona. La planificación basada en un plano local y restringida a una colectividad crea lagunas y duplicación de servicios. El orgullo cívico local, aunque

loable, no produce necesariamente servicios hospitalarios que combinen la eficiencia, economía y atención adecuada de los pacientes.

### **3.4. Costos y utilización del hospital.**

Para restringir en lo posible el costo hospitalario y utilizar con el máximo de economía este costoso servicio de salud, deben observarse tres principios:

**Primero:** El edificio no debe ser más complicado de lo necesario para que el hospital desempeñe la función que le corresponde dentro del sistema de asistencia médica.

**Segundo:** Sólo deben admitirse aquellos pacientes cuyas necesidades no pueden atenderse por medios más económicos.

**Tercero:** No debe desperdiciarse nada del tiempo que el paciente pasa en el hospital.

Por supuesto, se obtienen economías cuando se uniforma la construcción y, en cuanto sea factible, deben realizarse esas economías. Además, un hospital debe construirse con criterio realista, en función del personal que realmente está disponible para trabajar en él. Es muy frecuente encontrar hospitales construidos con el criterio de que se puede conseguir personal suficiente, y cuando se inauguran, salas enteras y consultorios permanecen total o parcialmente inutilizados porque no puede conseguirse el personal necesario o no se dispone del dinero indispensable para pagarlo. Los planes adecuados para un país rico, con numeroso personal calificado, son completamente inadecuados para un país con escasez de dinero y personal. Los programas de planificación financiera y de adiestramiento de personas deben estar en armonía con los planes para la construcción del hospital.

Una vez que se ha construido un hospital y se ha contratado al personal, es probable que sus camas se utilicen totalmente. Dentro de ciertos límites, la oferta de camas de hospital puede determinar su demanda. Siempre existe el peligro de que se admitan en el hospital pacientes que no necesitan una forma tan costosa de atención médica.

También se podrán ampliar aún más los cuidados a los pacientes, mediante el establecimiento de una política social, especialmente el cuidado en la casa, haciendo posible que los parientes reciban el consejo y la ayuda profesional para facilitarles el cuidado de los enfermos en sus propias casas.

El análisis inteligente de los costos de un hospital puede ser una guía valiosa para la administración del mismo. Como otros datos estadísticos, los datos de costos son onerosos y sólo deben reunirse cuando se van a emplear como un auxiliar de la administración. El primer paso es separar los costos de los pacientes hospitalizados de los de los ambulatorios; un segundo paso es separar los servicios proporcionados al personal de los proporcionados a los pacientes. Es necesario establecer unidades de servicios para cada departamento, como cocinas, lavanderías, calderas, así como departamentos de anatomía patológica y de rayos X, de tal manera que puedan hacerse comparaciones provechosas entre los hospitales a base de los costos por unidad o servicio básico.

Diversos estudios han demostrado que el costo de los servicios por día o por semana de hospitalización varía considerablemente de un país a otro y aun dentro del mismo país. Algunas de estas variaciones son involuntarias. Ciertos hospitales son excesivamente caros porque se utilizan por debajo de su capacidad, en tanto que otros

resultan baratos porque no pueden contratar al personal que necesitan para cubrir sus vacantes. Otras variaciones son deliberadas y están justificadas. Algunos enfermos pueden no necesitar tanta atención de los departamentos especializados del hospital como otros. Pueden presentarse otras variaciones por efectos del azar o de factores históricos.

### **3.5. Índices para evaluar la utilización del hospital.**

Se emplean comúnmente varios índices para determinar la utilización del hospital, pero ninguno de ellos por sí solo puede dar una imagen cabal del modelo de utilización en una región o país determinado. Además, todos ellos se afectan por muy diversos factores, y, por tanto, deben emplearse tomando en consideración las circunstancias particulares de cada región.

Los diversos índices pueden calcularse con carácter bruto o específico. Un índice bruto es el que expresa el promedio de utilización general de todos los tipos de hospital de la región. En cambio, el índice específico expresa la utilización de un tipo de hospital o de un determinado servicio dentro del hospital. Estos diversos índices pueden clasificarse en dos categorías principales:

a) los concernientes a datos relativos al hospital, tales como el número de camas, días de hospitalización e ingresos, altas y defunciones, y b) los concernientes a la población expuesta.

Algunos de los índices más utilizados en administración son:

**1. Camas de hospital.** Una cama de hospital es la que está mantenida y atendida con regularidad por personal profesional, para el acomodo y la asistencia permanente de una sucesión de pacientes hospitalizados, y que está situada en salas o zonas del hospital donde se proporciona atención médica continua a pacientes hospitalizados.

El número total de tales camas constituye la dotación normalmente disponible del hospital. Esta dotación de camas no incluye las camas correspondientes a niños recién nacidos sanos en las salas de maternidad, pero si las incubadoras y las cunas para niños prematuros.

**2. Ingresos.** Los ingresos se refieren al número anual de admisiones en un hospital de pacientes que van a recibir atención médica y cuya estancia se espera que dure una o más noches. Los recién nacidos sanos y normales no deben contarse como ingresos, pero si los niños que necesiten cuidados especiales.

**3. Altas y defunciones.** El número anual de altas comprende el número de pacientes que dejan el hospital (curados, mejorados, etc.), el número de los trasladados a otras instituciones de salud o sociales y el número de los fallecidos.

**4. Días de hospitalización.** El "día de hospitalización" es la unidad de medida que indica el servicio prestado a un paciente hospitalizado entre los censos efectuados en dos días sucesivos. A veces, el día de ingreso y el día de alta se cuentan como un día. En otros casos, sólo se cuenta un día completo cuando el ingreso se hace antes del mediodía o el alta después del mediodía. Así, los datos suministrados deben ser el total anual del censo diario de camas ocupadas por pacientes hospitalizados durante el año. Los días de hospitalización no deben incluir datos sobre niños recién nacidos sanos.

### **3.6. Importancia de la administración en salud.**

En todos los países del continente se aprecia una mayor demanda de la población para recibir servicios de salud.

Este fenómeno no es nuevo pero, conforme el tiempo pasa, el incremento se hace evidente, tanto en volumen como en complejidad, representando un reto constante para las instituciones, y en especial para los gobiernos, que cada vez más se constituyen en los responsables de la salud de la comunidad.

Un sistema de salud se establece para satisfacer una función social manifestada por necesidades y demandas de servicios de salud. Los sistemas de salud son una interrelación de recursos, finanzas, organización y administración que culminan en el suministro de servicios de salud a la población.

Una organización que otorga servicios de salud es una empresa pública. Es pública porque sirve a una comunidad, y es empresa porque debe tener objetivos y metas establecidos en todos sus niveles, que deben cumplirse con economía y eficiencia.

Los sistemas de salud y sus subsistemas (clínicas, hospitales, unidades médicas, etcétera) deben contar con una administración eficiente, con el objeto de poder cumplir las metas que contemplen sus diferentes programas de salud, y con ello dar respuesta a las necesidades que la sociedad les demande.

El desafío de los sistemas de salud en nuestro tiempo, consiste en desarrollar capacidades administrativas en las personas encargadas de dirigirlos. En todo país en



vías de desarrollo y en el nuestro, es imperativa la meta de resolver los problemas humanos que tiendan al mejor aprovechamiento de los recursos siempre limitados.

Para lograrlo, se han implementado diversas políticas y procedimientos acordes con la evolución de los conceptos y las técnicas de la administración. La administración en salud no podía escapar a esa corriente, ya que con ella se propicia un desarrollo adecuado de la operación, a fin de alcanzar resultados óptimos en la prestación de los servicios.

En la actualidad, la administración en los sistemas de salud requiere un conjunto de conocimientos, habilidades y técnicas con base en un equilibrio armónico que proporcione la preparación suficiente al directivo y le permita llevar a cabo una secuencia de acciones para alcanzar objetivos determinados en la solución de problemas prioritarios.

Un administrador en salud debe tener una visión holística e integral del sistema; por ello, su visión y quehacer rebasa la administración de una clínica, hospital, unidad médica o centro de salud; debe ser capaz del diseño (planeación), desarrollo (operación), sistematización (orden y registro), evaluación y retroalimentación (análisis y reorientación de acciones y metas) de los planes y programas de trabajo de los mismos.

Debido a una necesidad inherente al conocimiento del campo de la salud, los puestos administrativos de más alta jerarquía dentro del sistema de salud son ocupados por personal médico o de áreas afines, lo que indica que la toma de decisiones administrativas se centra en profesionales cuyo perfil es ajeno a esta área.

El personal directivo no tiene una idea definida de cuál es su función y qué se espera de su trabajo; en consecuencia, tiene como idea central el deseo de ascender en la escala jerárquica sin capacitarse, centrado sólo en la imagen y el prestigio, o simplemente la autoridad, ya que es el modelo o el ejemplo que ha tenido durante mucho tiempo, por lo que el resultado es siempre el mismo: duplicación de actividades, incapacidad de satisfacer las necesidades y la conciencia de haber obtenido sólo resultados modestos; al mismo tiempo se dan cuenta que son inseguros al tomar decisiones administrativas, las cuales sólo las efectúan por intuición o por crisis que los lleva a la frustración, y posteriormente, terminan en agresiones externas o internas, con lo cual se divide aún más el sistema.

Al respecto existe una controversia sobre quién debe administrar los servicios de salud. Paradójicamente se afirma que el médico no está calificado para administrar, aunque se dice que es conveniente que un médico administre establecimientos de salud porque se ganará más fácilmente la confianza, el respeto y la cooperación de todo el personal, por lo que estará en mejores condiciones de tomar decisiones.

Por otra parte, se dice que los profesionales no médicos con preparación específica en administración de la atención de la salud tienen destacadas actuaciones al tener a su cargo hospitales y clínicas, situación que es común en muchos países.

Se puede comentar mucho sobre esta controversia, pero es innegable que una persona que puede conciliar ambas posturas e intereses es el médico-administrador con preparación específica en administración, ya que la razón de ser de las instituciones

que conforman el sistema de salud es precisamente el servicio a la salud, por lo que las decisiones importantes deben ser tomadas por médicos.

Asimismo, se hace cada vez más evidente la necesidad de que la función directiva en las organizaciones de atención a la salud no sea asignada a quienes no cumplan con la formación correspondiente en administración en salud, sino que la selección del personal directivo se lleve a cabo de forma adecuada por competencias y no bajo el esquema de amistad y compadrazgo, aunque el candidato demuestre sentido común y deseos de asumir el puesto pero desconozca lo más elemental para ejercer estas posiciones de manera profesional.

Cuando se administran los recursos de una institución de salud, no puede hacerse en forma intuitiva; la responsabilidad moral y legal es muy grande y para desempeñarla bien es necesario prepararse.

No puede negarse que los resultados serán mejores entre mayor sea la preparación, los conocimientos y la experiencia en medicina y en administración. La obligación del directivo de la atención de la salud es que en sus instituciones se presten servicios oportunos al menor costo y de la mejor calidad posible, considerando al paciente como individuo, como integrante de una familia y como miembro de la sociedad.

Por lo tanto, el propósito de los directivos del sistema de salud es lograr que las actividades y funciones de sus organismos (institutos, hospitales, clínicas, centros de rehabilitación, departamentos, programas, proyectos) se racionalicen y se cumplan las funciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación de

padecimientos y rehabilitación de invalidez, así como las de educación e investigación, y que estas funciones se logren con eficiencia.

Las demandas de formación en administración en salud conforman un desafío, para lo cual es necesario incorporar formas tradicionales e innovadoras de educación, que permitan dar una completa respuesta a sus múltiples facetas.

La formación de profesionales de la administración de sistemas de salud se ha visto ante dos retos fundamentales; por una parte la necesidad de profesionalizar el trabajo de los directivos de los servicios de salud, y por otra, la dificultad de entrenar a todos los directivos que se encuentran actualmente realizando actividades en las organizaciones de atención a la salud.

Para estos últimos, debido a las responsabilidades que tienen en sus instituciones, es difícil asistir a los centros formadores de tiempo completo, por lo que una opción sería la educación a distancia.

No importando la manera en que se realice la formación de los directivos, que puede ser de forma tradicional con los posgrados de tiempo completo en las aulas y con la educación a distancia, el objetivo final es el mismo, la formación de profesionales versátiles con conocimientos, habilidades y destrezas necesarias, para poder consolidarse como líderes efectivos en sus ámbitos o áreas de influencia.

Por otro lado, las escuelas de medicina deben incorporar en sus planes de estudios la materia de administración en forma permanente y aprovechar en su enseñanza la experiencia de los directivos de los servicios de salud con el fin de que no haya un

divorcio entre la realidad y la teoría, entre las instituciones de atención a la salud y las universidades.

Sólo una correcta administración en las organizaciones de salud permitirá optimizar los recursos disponibles para que con ello se pueda ofrecer una atención más eficiente y eficaz a todos los usuarios.

La administración no es una panacea que vaya a resolver todos los problemas, pero si permitirá formar un orden operante en la mente del directivo y vincularlo a un proceso, el de la administración, creando una estructura analítica de marcada utilidad en la práctica diaria.

### **3.7. Organización hospitalaria.**

La administración hospitalaria de cada país es el resultado de su evolución histórica en un período más o menos largo; varía según la historia de las instituciones mismas y la forma en que ha evolucionado la estructura social del país. A primera vista, parece que cada país tiene una administración hospitalaria diferente y que pueden encontrarse todas las etapas intermedias entre el liberalismo más amplio y el control total del Estado.

Es imposible describir con detalle los numerosos sistemas en vigor en los diversos países, pero hay varios sistemas característicos en algunos países o en grupos de países, que es muy útil considerar como ejemplos.

Una de las características principales de algunos países es el notable desarrollo de la iniciativa privada, esencialmente filantrópica, y la facilidad con que se coordinan elementos de estructura muy diferente.

Los Estados Unidos de América tienen una de las redes hospitalarias más extensas del mundo. Su estructura es extremadamente heterogénea, pues comprende hospitales benéficos privados (voluntarios y sin fines lucrativos) al lado de establecimientos municipales y de centros hospitalarios estatales y federales. Un rasgo es común a todos ellos: cada uno tiene su administración propia y disfruta de un alto grado de autonomía.

La coordinación entre los diversos hospitales se consigue por medio de acuerdos mutuos, y la intervención del gobierno central se limita a la inspección inherente a la concesión de subsidios para construcción y equipo (Ley Hill-Burton). Las normas técnicas relativas a los servicios son aplicadas por entidades nacionales, pero no gubernamentales, de carácter privado (American Hospital Association, American College of Surgeons, American College of Physicians, American Medical Association), por medio de una Comisión Mixta sobre Acreditación de Hospitales.

En el Reino Unido funcionó un sistema similar hasta 1948, en cuya fecha se creó un sistema regional completo dependiente del Servicio Nacional de Salud.

En términos generales, la administración de los hospitales está coordinada por consejos hospitalarios regionales que sirven a varios millones de habitantes; cada hospital o grupo de hospitales tiene desde algunos centenares hasta 1,000 a 2,000 camas y está regido por un comité de administración de hospitales.

El gobierno central ejerce un control general, establece el presupuesto total y lo distribuye a los consejos regionales, los cuales, a su vez, deciden la asignación a los diversos comités de administración. Debe advertirse que en Inglaterra cada hospital docente tiene su propia junta de gobierno, independiente del consejo hospitalario regional; este sistema no se aplica en Escocia.

Los países latinoamericanos y algunos otros países de Europa occidental han sido influidos grandemente por la legislación hospitalaria surgida de la Revolución Francesa de 1789. Los hospitales públicos son establecimientos municipales que disfrutaban de autonomía administrativa y financiera.

En el plano departamental o provincial, el representante del gobierno ejerce un control estricto, pero el gobierno central tiene poder ejecutivo en lo que respecta al plan de organización y presupuesto. Aunque el gobierno central tiene facultades para revocar decisiones disconformes con los reglamentos, la iniciativa depende en alto grado de las autoridades locales, si bien estas últimas están pidiendo cada vez más al Estado subsidios para equipo.

Los estatutos de los hospitales especializados son diferentes: la administración suele corresponder al organismo departamental o provincial, pero también en este caso la iniciativa no está enteramente en manos del gobierno central.

La legislación hospitalaria de los países de Europa oriental fue afectada por la Revolución Rusa de 1917. No existen hospitales privados y la administración hospitalaria en todos sus aspectos está bajo el control del Estado. Las autoridades

centrales (que pueden organizarse en un sistema federal) están encargadas del control de los hospitales, que son establecimientos públicos sin autonomía alguna.

La integración de los servicios preventivos y los curativos ha alcanzado una fase muy avanzada, y las autoridades de salud rigen los hospitales, las instituciones especializadas y los servicios de medicina social y preventiva, así como las organizaciones de salud pública. Los hospitales constituyen uno de los elementos de los servicios de salud pública.

En los países de reciente independencia, han afectado a la organización hospitalaria en el pasado cuatro influencias importantes, cuyos efectos, a causa de la falta de legislación hospitalaria en la mayor parte de dichos países, siguen sintiéndose todavía.

### **3.8. Aspectos administrativos.**

Es obvio que, sin una buena administración encargada de atender el problema de los suministros médicos, no puede haber un trabajo eficaz, ni uniformidad de las actividades. Toda la planificación juiciosa, todo el asesoramiento científico, todas las operaciones financieras serán esfuerzos estériles si la administración de cada aspecto de los servicios no se lleva a cabo con un alto grado de eficiencia.

Esta cualidad depende de los servicios de personal debidamente adiestrado y calificado.

El funcionario jefe es naturalmente la figura más importante. Debe poseer conocimientos y experiencia en el manejo de suministros médicos, si no de todas las



categorías, por lo menos de las más necesarias. Debe tener experiencia en los negocios, es decir, antecedentes de ser un administrador eficaz en esta esfera.

No es necesario que posea una especialidad científica; no necesita, por ejemplo, ser farmacéutico, y la idea de que sólo un farmacéutico puede cubrir el puesto de jefe de una organización de suministros médicos es errónea. La especialidad de farmacia es demasiado estrecha para este campo tan amplio.

De igual manera, tampoco es necesario que sea médico. Parece, y la experiencia tiende a confirmarlo, que el departamento más adecuado para regir la administración de suministros médicos es el Ministerio de Salud, el cual establecerá coordinaciones con otros organismos gubernamentales relacionados con las finanzas, la economía y materias afines.

Las actividades principales de la administración de suministros médicos son el acopio de datos, la estimación de necesidades, la compra, el almacenamiento y la distribución.

### **3.9. El personal del hospital.**

La eficacia de un hospital es la de su personal médico. Muchos hospitales de prestigio mundial tienen alojamientos corrientes y deben su reputación sólo a la calidad de su personal médico. Los ladrillos, el hormigón y el equipo moderno, por deseables que sean, no hacen por si solos un hospital de primera categoría.

En efecto, hay muchos hospitales de origen reciente en diversos países, excelentemente construidos y equipados, que permanecen parcialmente vacíos por falta de personal adecuado.

Un hospital puede mostrarse como un monumento imponente, y en algunos lugares, por razones de prestigio nacional o local, puede haber la tentación de erigir un hermoso edificio sin prestar suficiente atención al personal, que será la fuerza impulsora que lo hará trabajar. Hay que resistir a esta tentación con la mayor firmeza.

En última instancia, un hospital, como un hombre, es juzgado por sus obras y no por su apariencia exterior, y será un pobre monumento si no desempeña las funciones para las que fue creado.

Al considerar el establecimiento de un nuevo hospital, una de las primeras cuestiones a las que debe prestar gran atención la autoridad planificadora es la relativa al personal. Hay que asegurar más allá de toda duda razonable que se dispone o que podrá obtenerse personal médico, de enfermería y técnico en calidad y cantidad suficientes.

Si el personal médico es eficaz, el de enfermería, el técnico y el de otras categorías, probablemente se sentirá atraído por la calidad del trabajo.

Al determinar el tamaño de un nuevo hospital, se ha mencionado ya la conveniencia de subestimar deliberadamente las necesidades; en realidad, es muy importante que no se proyecte un hospital sobre líneas tan generosas que obliguen a sacar personal médico de los servicios médicos preventivos y domiciliarios, que, aunque más modestos, son por lo menos tan importantes.

Además, al planear el personal del hospital, se deberá considerar con cuidado aquellos miembros que tienen como base el hospital pero que trabajan principalmente fuera de él, en los servicios preventivos y otros servicios de salud de la comunidad.

### **3.10. Sistema de Salud de Paraguay.**

El Sistema de Salud del Paraguay comprende los sub sectores, público y el privado. El subsector público está representado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), el Instituto de Previsión Social (IPS), la Sanidad Militar, la Sanidad Policial, la Universidad Nacional de Asunción y los servicios asistenciales de las empresas descentralizadas Itaipú e Yacyretá.

El Sistema de Salud del Paraguay (Ley 1032/96), mantiene un modelo fragmentado y segmentado, por sus características desde su origen será difícil lograr un sistema único, pero si ha sido reorientado desde la década de los noventa hacia un modelo mas funcional y desde 2008, hacia un “Sistema de Salud basado en la Atención Primaria de Salud”, incorporando ejes estratégicos basados en la creación e implementación de Unidades de Salud de la Familia, en territorios sociales definidos, a cargo de equipos multidisciplinarios integrados por médicos generalistas o especialistas en medicina familiar, una enfermera, auxiliares de enfermería, y agentes comunitarios, así como equipos odontológicos trabajando de cerca con las comunidades con enfoque de derechos, eficiencia y equidad en un contexto social que respeta la interculturalidad, y promueve políticas integradas, para mejorar los determinantes y condicionantes vinculados a la calidad de vida y salud, para lo cual se articula con otras instancias gubernamentales, a través del Gabinete Social y otras instituciones.

El desempeño del Sistema de Salud del Paraguay, se refleja en sus indicadores, y las tendencias demuestran cambios alentadores.

El perfil epidemiológico de transición en Paraguay, posiciona como primeras causas de enfermedad y muerte a las enfermedades crónicas no transmisibles y causas externas, desplazándose también hacia grupos de mayor edad.

La mortalidad infantil en Paraguay disminuyó de 34 por 1000 nacidos vivos en 1990 a 15,5 en 2009, mientras que la mortalidad en menores de 5 años descendió de 42 a 23 en ese mismo periodo. La prematuridad (25 %) y anomalías congénitas (10 %), diarreas (9 %) e infecciones de vías respiratorias (17 %) constituyen las principales causas..

El Ministerio de Salud se financia con recursos provenientes del Tesoro Público, no tiene separación de funciones, y ejerce los roles de rectoría, financiamiento y prestación de servicios.

Esta última se realiza a través de una red integrada de servicios, distribuidas en las 18 Regiones Sanitarias que corresponden a cada uno de los departamentos y la capital, Asunción. Atiende de preferencia al 78 % de la población que carece de seguro social y privado.

El IPS cubre a una pequeña proporción de la población (15,2% en 2008) vinculada al empleo dentro de la economía formal, su financiamiento proviene de los aportes de los trabajadores asalariados, la contribución patronal y la contribución del estado. Cuenta con su propia red de prestadores de servicios.

La Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Sanidad Policial cubren, respectivamente, a los militares y policías en activo o retirados y sus familiares, además de atender a la población civil en los lugares en donde no existen otros prestadores. Sus recursos provienen del Presupuesto General de Gastos de la Nación a través del Ministerio del

Interior, la Policía Nacional y el Ministerio de Defensa. Estas instituciones cuentan con sus propias redes de servicios organizadas en tres niveles de complejidad.

La Universidad Nacional de Asunción, cuenta con un hospital/escuela afiliado a la Facultad de Medicina, y financiado fundamentalmente con recursos del Presupuesto General de la Nación y cubre principalmente a población no asegurada de escasos recursos.

Las empresas hidroeléctricas descentralizadas Itaipú y Yacyretá, construidas sobre el río Paraná, limítrofes con Brasil y Argentina se financian con recursos del Estado.

Ofrecen atención ambulatoria en sus propias instalaciones y un seguro médico a sus funcionarios, ex funcionarios y familiares. También ofrecen programas de medicina preventiva y asistencia médica a la población que reside dentro de la zona donde operan.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas lucrativas se financian con las primas de seguros privados y con pagos de bolsillo, mientras que las instituciones prestadores de servicios de salud no lucrativas se financian con donaciones y recursos propios.

Las instituciones mixtas se financian con una combinación de estos dos tipos de recursos. La Cruz Roja Paraguaya, por ejemplo, además de las donaciones hechas por una fundación privada, cuenta con el apoyo del MSPyBS, que paga los salarios de su personal.

Se calcula que el sector privado cubre de manera regular a 10% de la población paraguaya.

Según los resultados de la última Medición de Exclusión Social en Salud, hecha en 2006, alrededor de 35% de los paraguayos no cuentan con acceso regular a servicios de salud.

### **3.11. Los sistemas locales de salud como táctica operativa para la organización del sistema nacional de salud.**

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 8° de la Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, la base de la transformación del sistema de Salud, es el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) como una táctica operativa para acelerar la aplicación de la estrategia de Atención Primaria y por consiguiente la “Salud para Todos”.

Un SILOS debe tener en cuenta la estructura político-administrativa del país, abarcar una población definida, tener en cuenta los recursos para la salud existentes, en el mismo, ser parte del proceso de descentralización y por ende, del Estado, y organizarse para facilitar la conducción integral de las acciones relacionadas con la salud.

El desarrollo de los SILOS no debe limitarse a una división del trabajo dentro de un esquema descentralizado de gobierno, sino que debe construirse en un sistema de cambios de los procedimientos técnicos de prestación de los servicios, del uso de las técnicas disponibles, de la integración, de los conocimientos, de la forma de utilización de los recursos y de la forma de asegurar la participación comunitaria.

Uno de los elementos fundamentales es sin duda el modelo de programación local que se ha venido implementando en el país, ya que del mismo depende la entrega eficiente y oportuna de los servicios a la población. Lo ideal sería utilizar este instrumento, para el Ministerio de Salud y para la negociación y concertación con los otros subsectores.

Coincidiendo con los enfoques conceptuales básicos de SILOS, los propósitos fundamentales del desarrollo de los Sistemas Locales de Salud en el Paraguay son:

- Transformar las condiciones de salud de la población del área de responsabilidad, mediante la articulación y complementación de todos los recursos y servicios de las instituciones que operan en la misma.
- Incrementar la cobertura a toda la población con acciones básicas integrales de salud, desarrollando modelos para atender la demanda básica de la población en su lugar de residencia habitual, y garantizar su atención complementaria de mayor complejidad mediante mecanismos que permitan acceso a la red nacional de servicios.
- Promover y lograr la inserción de todos los actores sociales en el proceso de salud con la corresponsabilidad que dicha participación implica.
- Perfeccionar los procesos administrativos que hacen a la conducción y gerencia de los servicios.

Los roles y funciones identificados para los distintos niveles administrativos y de gestión para salud en el país, son los siguientes:

**Nivel Nacional:** La definición de políticas de salud; la definición de las normas y de los programas de Salud; la conducción, la vigilancia y el control del sistema; la promoción

de la salud; la gestión de los recursos; y las relaciones intrasectoriales, con otros sectores.

**Nivel Regional:** La adecuación e implementación de las políticas nacionales; la adecuación e implementación de las normas; la regulación y el control del sistema; organización de los Servicios de Salud; la promoción de la salud (de acuerdo a las necesidades departamentales); la gestión de los recursos en gran medida; las relaciones intrasectoriales y con otros sectores; y las relaciones internacionales muy parcialmente.

**Nivel Local:** Organización y provisión de determinados servicios de salud; a partir de la programación local ejecuta las acciones de salud, con la participación de la población; las relaciones de la comunidad y algunas instancias relacionadas con salud.

### **3.12. Servicios Administrativos.**

- **Dirección:** a cargo de auxiliar de enfermería u obstetricia, asignado al puesto de salud. Además realiza labores de coordinación del personal de salud dependiente del establecimiento y seguimiento a las parteras empíricas.
- **Administración y Personal:** no existe como servicio; las labores administrativas son realizadas por auxiliar de enfermería.
- **Finanzas:** cobra los aranceles autorizados y realiza pagos para el funcionamiento del dispensario de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos.
- **Mantenimiento:** Realiza mantenimiento preventivo del equipo del establecimiento y de su planta física.



- **Información:** El archivo de Historias Clínicas y las Estadísticas están a cargo de la auxiliar de enfermería.
- **Alimentación, el aseo, la lavandería y la ropería:** están a cargo del personal del establecimiento.
- **Suministros, transporte y comunicación:** a cargo de la auxiliar de enfermería, en el caso de disponerlos.

### **3.13. Los centros de salud.**

Los centros de salud representan la tercera instalación fija en la escala ascendente de complejidad en la red de servicios del Ministerio de Salud. Los establecimientos que responden a esta categoría, ofrecen servicios ambulatorios e internación para partos de bajo riesgo y otros casos que lo ameriten.

Cuentan con asistencia médica y odontológica. Se encuentra ubicada en el área urbana de distritos con una población asignada entre 6.000 y 15.000 habitantes. Esta bajo la dirección de un médico con capacitación básica en Salud Pública y/o Administración de Salud, que tendrá a su cargo la coordinación de las tareas de los otros profesionales, técnicos y auxiliares.

Esta categoría, se cuenta con más recursos humanos, físicos y tecnológicos que en el nivel anterior, la capacidad resolutive en esta categoría les permite ofrecer servicios de atención a embarazadas de bajo riesgo, cirugía menor, atención del recién nacido normal y atención del niño menor de 5 años con patologías no graves que ameriten tratamiento en servicios de internación.

Es responsable de satisfacer las demandas de servicios expresadas por las comunidades a que atiende a través del desarrollo de las actividades integrales que le han sido autorizadas, incluyendo la investigación operacional y a la capacidad, organizando y utilizando para dicho fin los recursos de la comunidad, los del sistema institucional de salud y los otros sectores que participan en el desarrollo de la comunidad.

El centro de salud aplica técnicas y procedimientos de complejidad compatibles con los problemas enfrentados y con los recursos disponibles, gestionando y coordinando sus acciones con otros niveles del Ministerio de Salud.

Es responsable de proporcionar apoyo técnico y logística a los colaboradores voluntarios y/o promotores de salud y otros agentes voluntarios de su área de influencia, y de atender la referencia proveniente de los mismos para los casos que están específicamente capacitados y autorizados.

Este tipo de establecimiento contara en promedio entre 4 a 10 camas. En áreas metropolitanas existen centros de salud que cuentan con recursos humanos que prestan atención de consulta externa por especialistas y no disponen de camas hospitalarias.

En el campo Administrativo el centro de salud es responsable de realizar las siguientes actividades:

- Consolidación de la programación de actividades de los establecimientos del nivel I del área de su responsabilidad.

- Control de la ejecución de sus programas y de los correspondientes al nivel I e introducción de los ajustes necesarios para corregir desviaciones.
- Supervisión del desempeño a su propio nivel y del correspondiente al nivel I, a los promotores y personal voluntario de su área de responsabilidad.
- Determinar las necesidades de adiestramiento y educación continua de su personal y del correspondiente nivel I, organizar y ejecutar las actividades de adiestramiento requeridos para satisfacer dichas necesidades.
- Controlar los recursos de toda clase que le han sido asignados, incluyendo su oportuna reposición, mantenimiento y/o reparación.
- Registro e informe de hechos vitales de actividades cumplidas y recursos utilizados y consolidación de los correspondientes informes del nivel primario.
- Promover el registro oportuno de datos sobre natalidad y mortalidad de la localidad y participar activamente en el registro.
- Registrar y utilizar la información requerida sobre servicios prestados en la forma y oportunidad establecidas.
- Mantener comunicación y coordinación continua con los establecimientos de salud de la red de servicios, según normas establecidas y con los organismos de desarrollo integral de su comunidad.
- Preparar la programación anual de actividades y recursos, realizar el control de gestión mensualmente y una evaluación anual.
- Preparación y control de su presupuesto, consolidación de las propuestas de presupuesto de los establecimientos dependientes y además, apoyo y control de su ejecución.

- Mantener coordinación y comunicación continua con parteras empíricas, colaborador voluntario y otro personal de salud no institucional.
- Colaborar en la supervisión y evaluación del personal de salud no institucional.
- Mantener en buenas condiciones las instalaciones, equipos, medicamentos y materiales bajo su responsabilidad y solicitar oportunamente su reposición, mantenimiento o reparación.

### **3.14. El Papanicolaou (PAP).**

El examen del Papanicolaou es una forma de examinar las células del cuello uterino, o de la "boca" de la matriz localizada en la parte de arriba de la vagina, para detectar la presencia de infecciones, inflamación, células anormales o cáncer.

El cáncer de cuello de útero es el tumor que refleja con máxima crudeza la desigualdad social en salud. Ocupa el segundo lugar entre los tipos de cáncer más comunes entre mujeres a nivel mundial y es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres entre 35 y 64 años, a pesar de que la enfermedad puede prevenirse casi por completo gracias a los conocimientos y tecnologías actualmente disponibles. Afecta principalmente a mujeres de bajo nivel socioeconómico, socialmente vulnerables, que no acceden a los servicios de tamizaje.

Uno de los principales problemas subyacentes a la falta de impacto de los programas de prevención es la baja cobertura de PAP de las mujeres. Asimismo, una gran proporción de los test realizados se concentran en mujeres muy jóvenes que acuden a servicios de atención materna y/o de salud reproductiva, y que son las que menor riesgo de cáncer cervical tienen.

Un examen de Papanicolaou es una parte importante de la rutina para el cuidado de la salud de la mujer porque puede detectar anormalidades que pueden llevar al cáncer invasivo.

La mayoría de los cánceres invasivos del cuello uterino pueden detectarse temprano si la mujer tiene exámenes de Papanicolaou y pélvicos regularmente. Así como con otros tipos de cáncer, es más probable tener éxito tratando el cáncer del cuello uterino si se detecta temprano.

Las mujeres deberían consultar siempre al médico acerca de la fecha y la frecuencia para la realización del Papanicolaou y el examen pélvico.

Las mujeres deben buscar asesoramiento médico experto sobre cuándo deben comenzar a realizarse las pruebas de detección, con qué frecuencia deben realizarlas y cuándo pueden interrumpir la realización de las pruebas de detección cervical, en especial si tienen un riesgo mayor que el riesgo promedio debido a factores como la infección por VIH.

Una prueba de Papanicolaou o citología será interpretada como de resultado negativo cuando no se identifiquen células anormales. En este caso, se le aconsejará que vuelva a hacerse una citología de rutina transcurridos 3 años.

Mediante el seguimiento de las recomendaciones de su médico se asegurará que el tratamiento caso de que sea necesario, pueda iniciarse de forma temprana, antes de que el cáncer se desarrolle.

La evidencia científica indica que el cáncer cervicouterino se desarrolla con mayor frecuencia en las mujeres a partir de los 40 años, llegando a un pico alrededor de los 50 años. La incidencia de cáncer invasor de cuello uterino es muy baja en las mujeres menores de 25 años. La Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP) recomienda centrar el tamizaje en aquellas mujeres que tienen mayor riesgo de sufrir lesiones precancerosas pero antes de que la incidencia de cáncer invasor comience a alcanzar un valor máximo.

La recomendación de la Agencia Internacional de Investigaciones contra el Cáncer (IARC) es no tamizar a las mujeres de menos de 25 años, ya que la frecuencia de cáncer cervical en mujeres jóvenes es baja, mientras que los costos pueden ser elevados tanto para la salud de las mujeres (debido a la alta prevalencia de lesiones preclínicas en este grupo de edad, muchas de las cuáles van a involucionar espontáneamente), como para el sistema de salud pública.

El Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino tiene como objetivo fortalecer los programas regionales a partir del establecimiento de una estrategia de prevención organizada que unifique los criterios de acción a la vez que contemple las necesidades particulares de cada zona.

Existen ciertos requisitos a tener en cuenta para hacerse una buena prueba de Papanicolaou, ya que en la actualidad en un esfuerzo por salvar vidas y extender la cobertura a la mayor cantidad de mujeres posible las autoridades de salud de muchos países han ido disminuyendo los requisitos que antes eran considerados como necesarios para hacerse una prueba exitosa.

Primero que nada se debe entender que la prueba de Papanicolaou es una prueba de tamizaje, esto quiere decir que no es una prueba infalible, es una prueba considerada como un método no invasivo para determinar si existen probabilidades de que la persona este iniciando un proceso canceroso sin presentar síntomas aun tomando para esto una pequeña muestra de células que se obtiene raspándolas suavemente del cuello del útero (cervix) y del interior del conducto que existe entre la vagina y la matriz (a este conducto se le llama canal cervical).

Para realizarse el PAP se deben considerar los siguientes requisitos:

1. Ser una mujer que haya iniciado su vida sexual activa o que haya tenido relaciones sexuales. No es necesario realizar el Papanicolaou si es una mujer virgen ya que el principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer cervicouterino es la infección por VPH (virus del papiloma humano) y este se considera que es adquirido vía relaciones sexuales.
2. No es necesario presentarse en ayunas.
3. No estar menstruando. La sangre tapa las células evitando su visualización microscópica.
4. No haber tenido relaciones sexuales de preferencia dos o tres días antes del examen. Los espermatozoides impiden la correcta visualización.
5. No aplicar ningún medicamento, jalea, pomadas, cremas, óvulos etc. previo a realizarse la prueba, en muchas ocasiones se encuentran sustancias extrañas que no se pueden identificar al microscopio y que obstaculizan la visualización correcta de las células.

6. No hacerse lavado o ducha vaginal previo. El lavado vaginal barre con las bacterias y las células de respuesta inflamatoria (leucocitos) que sirven para identificar si existe un proceso infeccioso y el grado de inflamación.
7. Hacerse la prueba a mitad del ciclo. Aunque es posible realizar la prueba de Papanicolaou cualquier día, es mejor si se realiza la toma a mitad del ciclo menstrual porque las células aparecen completamente extendidas sin pliegues ni doblamientos por lo que la visualización es óptima, en el caso de las mujeres con un ciclo regular de 28 días el día 14 es el mejor por lo que se deberá contar como primer día el día que inicia la menstruación y de ahí contar hasta el día 14.
8. Tener más de tres años sin realizarse la prueba de Papanicolaou. Se considera que tres años es el tiempo que tarda en evolucionar una lesión precancerosa desde ser invisible al microscopio hasta mostrar alteraciones celulares compatibles con lesión.

### **3.15. Producción, eficiencia y costos de Servicios de salud en el Paraguay.**

En el Paraguay, a nivel nacional, al igual que muchos otros países latinoamericanos, los recursos que se destinan a los servicios de salud resultan insuficientes para proporcionar servicios básicos adecuados para toda la población. Se estima que el gasto nacional agregado es de 145 U\$ per cápita (Análisis del Sector Salud del Paraguay, Consejo Nacional de Salud, MSP y BS, Junio de 1998), siendo esta cifra casi el triple que Bolivia, pero muy inferior al de Argentina y Brasil.



Sin embargo el dilema del Paraguay no es superar solo el rezago de estas cifras, sino también revertir la orientación curativa del gasto, mejorar la eficiencia en su manejo, así como redistribuir con criterios de equidad el gasto en salud.

En ese sentido, es muy difícil determinar a priori si los volúmenes de dotación de recursos al sector son adecuados, y conviene reflexionar si el déficit de cobertura tiene su raíz en los recursos, o en la organización y modalidades operativas, o se explican por una combinación de dichos factores.

Al interior del propio sector salud, la elevación interna de la eficiencia representa una opción para incrementar la productividad de sus servicios, ampliar la cobertura, mejorar la calidad e incrementar la equidad.

Uno de esos mecanismos es el Sistema de Información Gerencial (SIG), que es un instrumento metodológico para la gestión de las instituciones de salud y opera a través de un programa computacional originado en 1984, el cual fue evolucionando desarrollándose nuevas versiones del mismo.

En el Paraguay, se ha implementado el Sistema de Información Gerencial en su versión SIG 3.0 en establecimientos de salud de diferentes niveles de complejidad, con el fin de iniciar un proceso tendiente a obtener en forma continuada y sistemática los costos de los distintos servicios de salud y determinar los niveles de eficiencia lograda en la producción de los mismos.

Un primer análisis acerca de la distribución de los recursos financieros en los grandes bloques de servicios al interior de los Hospitales Distritales muestra que el 9,4% se destina para hospitalización de todas las especialidades; el 29% para consultas

externas de todas las especialidades, incluyendo odontología, sicología, y el servicio de urgencias; el 15,5% para los servicios auxiliares de diagnóstico y de apoyo clínico, que incluyen al laboratorio, ecografía, rayos x, centro de esterilización, etc.; el servicio de guardia representa un 9%, que incluye a todos los profesionales afectados tanto profesionales médicos como de enfermería; las actividades de salud pública (Vacunaciones, PAP, Planificación Familiar, Visitas Domiciliarias, etc.) representan un 6,5%; y la parte de administración y los servicios de apoyos generales, que incluyen a la Lavandería, la Cocina, Mantenimiento, Limpieza, la Administración, etc. representan un 30,6%.

Esta situación de distribución de los recursos en los grandes bloques de servicios no varía mayormente para el hospital regional.

En el Centro de Salud se observa que el servicio de Hospitalización absorbe el 3% del gasto operativo, siendo el servicio de Consultas Externas y Urgencias el servicio al que se destina mayor cantidad de recursos, representando el 32,7% del total.

Aquí conviene aclarar que las Urgencias, en su mayoría no son urgencias médicamente definidas, sino que son solo consultas fuera de hora, pues no existen consultorios a la tarde.

El resto de servicios presenta la siguiente distribución: Salud Pública tiene un peso del 20,5%, de Administración y Servicios Generales 20%, Guardia 16,2% y de Auxiliar de Diagnóstico y Apoyo Clínico 6,7%.

Puede verse que Salud Pública tiene un peso significativamente mayor que en los Hospitales Distritales, lo cual va en concordancia con el nivel de complejidad y ubicación del Centro de Salud en la red de servicios del MSP y BS.

Para el cálculo de costos se parte del presupuesto ejecutado en forma mensual. A la suma de todos los rubros (de remuneraciones al personal, medicamentos y los otros rubros de gastos) se le denomina Costo Total, cuando se relaciona este concepto con las unidades de servicios producidas se obtiene el Costo Unitario. Como consecuencia de esto, los costos unitarios son costos obtenidos en base a promedios de un periodo de tiempo.

El perfil de eficiencia se refleja y cuantifica por la diferencia entre el potencial de producción y la producción real. Los problemas que determinan esa diferencia son fácilmente identificables en los establecimientos que tienen implementados el SIG.

En el caso del Centro de Salud, la tasa de productividad es tan solo del 21,16%, lo cual significa que la ociosidad global en internaciones es del 78,84%. Este Centro de Salud solo interna por servicios de partos normales, no realiza cesáreas, por lo que el promedio de días estada (1,32 días) es adecuado.

Sin embargo, el índice de ocupación global de camas es de solo el 14,78%. La baja tasa de ocupación de los Hospitales Distritales y el Centro de Salud supone que tienen demasiadas camas para el nivel de servicios que se ofrecen, o que prestan servicios deficientes, o bien que el horario de atención es inadecuado para que los pacientes lo utilicen y estos prefieren irse a otro establecimiento de nivel más alto o al sector privado.

Como puede apreciarse, realizando supuestos razonables con respecto al nivel de utilización de los recursos, con los mismos recursos e infraestructura, en el caso de los Hospitales Distritales se hubiese podido obtener 1.076 egresos (203% más) en todas las especialidades para el mismo periodo de tiempo (se obtuvo 530 egresos), y en el caso del Centro de Salud, los egresos podrían haber sido 477 en vez de los 101 egresos producidos (472% más).

El desempeño de los servicios de salud es inferior a su capacidad potencial. La producción de los establecimientos básicos de salud podría aumentar enormemente con su personal actual e incrementarse significativamente la cantidad de egresos por internaciones con la capacidad actual de camas, es decir, hay un amplio margen para reducir las ineficiencias de los servicios de salud.

Sin embargo, debe entenderse que no se ha analizado la calidad de la asistencia brindada, la demanda de atención, cobertura, etc., aspectos que podrían contribuir a ampliar los elementos de juicio para tener una visión más integral de los niveles de funcionamiento de los servicios de salud.

La capacidad ociosa resultante del análisis, debe verse como una fuente potencial de recursos que, movilizadas en la dirección apropiada, puede ofrecer soluciones importantes en el incremento de cobertura con equidad y eficacia, y esta es una condición necesaria para recuperar la credibilidad de los establecimientos públicos de salud.

Los estilos de gestión, sustentados en métodos cuantitativos y en un objetivo control de insumos, procesos, resultados e impacto son buenos puntos de partida para lograrlo.

Así, podría comenzar a implementarse un buen sistema de monitoreo (basados en indicadores de gestión) cuya evolución verifica el éxito del proceso de cambio (cambio en los volúmenes de producción, niveles de rendimiento, costo de los servicios, etc.), siendo que los resultados de este proceso de cambio pueden ser cuantitativamente verificables.

Finalmente conviene destacar que hay importantes carencias obvias (de manera particular en el campo de agua potable e infraestructura sanitaria) que requieren de una mayor inversión en salud. Pero (a menos que las condiciones de crisis institucional cambien) el sector salud deberá encarar algunas preguntas provenientes de los sectores fiscales y de las agencias de financiamiento:

¿Cuál es el impacto de los recursos adicionales sobre los niveles de eficiencia? ¿Hasta qué punto el impacto en cobertura será neutralizado por los niveles de eficiencia existentes? ¿Cuál será la relación de costo/impacto de los recursos agregados? ¿Cómo se puede cuantificar esa relación?

Dicho de otra forma, los inadecuados niveles de eficiencia que existen (esta ineficiencia la sufre la población que acude a los servicios públicos) constituyen factores restrictivos en la generación de servicios de características cualitativas y cuantitativas apropiadas a las situaciones particulares de cobertura; así como también a la capacidad del sector de obtener recursos adicionales para atender necesidades urgentes de salud de la población. Desde ambos ángulos, la eficiencia condiciona la respuesta inmediata del sistema de salud (conversión de recursos en servicios) y las posibilidades futuras de alcanzar la aspiración de una cobertura universal con calidad, eficiencia y equidad.

## **4. DISEÑO METODOLÓGICO.**

- 4.1. Tipo de estudio:** El estudio realizado es de carácter descriptivo, analítico, retrospectivo, con metodología cualitativa y cuantitativa.
- 4.2. Universo de estudio:** El universo de estudio se enfocó hacia las pacientes de la consulta de Papanicolaou, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10.
- 4.3. Muestra:** Se tomó como muestra 46 pacientes que acudieron a la consulta de Papanicolaou, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.
- 4.4. Obtención y procesamiento de los datos:** Los datos obtenidos se procesaron mediante tablas estadísticas y se graficaron en el programa Excel 2010.
- 4.5. Análisis y discusión de los datos:** Los datos inicialmente se analizaron utilizando la estadística descriptiva en salud y posteriormente se resumieron en las tablas y gráficos correspondientes teniendo en cuenta los objetivos planteados.
- 4.6. Conclusión:** El trabajo se concluye pretendiendo responder al objetivo general y los objetivos específicos según los resultados obtenidos.

## 5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

En la presente investigación fueron estudiadas 46 mujeres que acudieron a la consulta de Papanicolaou, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.

En la Tabla 1 se resumen los datos de la muestra agrupados según los meses de estudio, teniendo en cuenta las frecuencias absolutas, relativas proporcionales y por porcentajes:

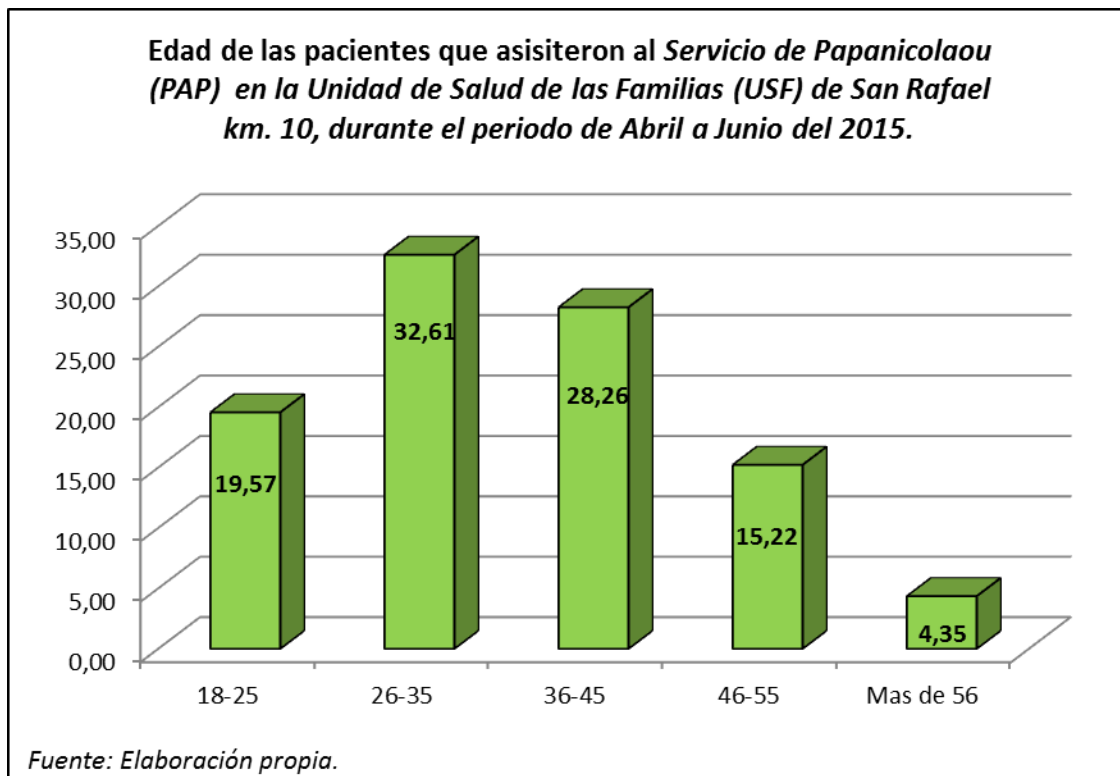
| Meses        | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa (%) | Frecuencia relativa (proporción) |
|--------------|---------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Enero        | 4                   | 0,09                    | 8,70                             |
| Febrero      | 9                   | 0,20                    | 19,57                            |
| Marzo        | 1                   | 0,02                    | 2,17                             |
| Abril        | 7                   | 0,15                    | 15,22                            |
| Mayo         | 17                  | 0,37                    | 36,96                            |
| Junio        | 8                   | 0,17                    | 17,39                            |
| <b>Total</b> | <b>46</b>           | <b>1</b>                | <b>100</b>                       |

**Tabla 1: Frecuencias absolutas y relativas (proporcionales y porcentajes) por meses.**

La media de pacientes atendidas mensualmente fue de 7,6 mujeres, sin embargo debe tenerse en cuenta que esta es una variable que se afecta por valores extremos, siendo Mayo el mes de más atenciones realizadas (17) y Marzo el de menor valos (1). El

rango fue de 16, lo que implica una alta variabilidad si se tiene en cuenta que el total de casos (N) fue de 46 pacientes.

El Gráfico 1 muestra la distribución de la muestra según la edad de las mujeres que acudieron a la consulta, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015.



**Gráfico 1: Distribución de la muestra según la edad de las mujeres que acudieron a la consulta de Papanicolaou, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015. N=46.**

Los datos muestran que mayor cantidad de mujeres que acudieron a la consulta de control prenatal, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015, tenían entre 26 y 35 años (32,61%), le siguen las mujeres de entre 36 y 45 años (28,26%), posteriormente las del grupo de



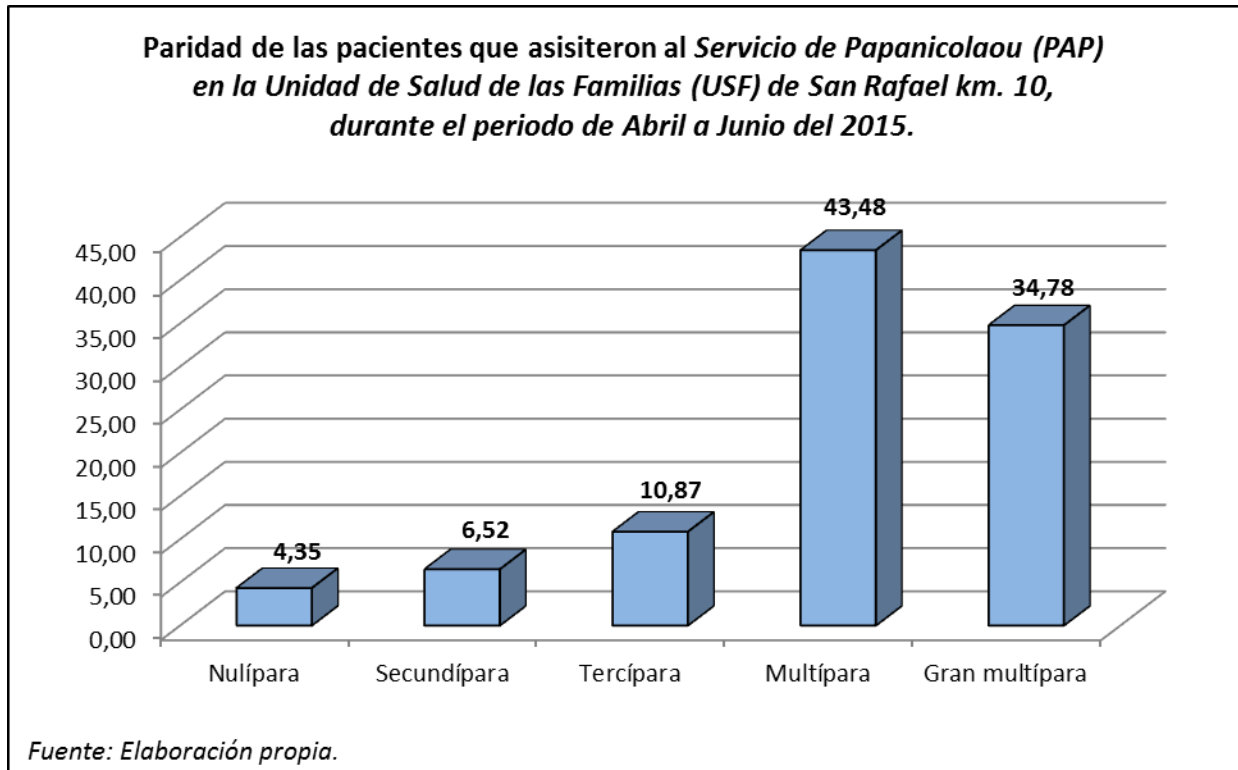
entre 18 y 25 (19,57%), por ultimo las de entre 46 y 55 años (15,22%) y el restante 4,35% fueron pacientes de más de 56 años.

En términos de atención y cobertura del servicio de Papanicolaou, se puede afirmar, según estos valores, que la consulta prenatal brinda una amplia cobertura a las mujeres embarazadas de todos los grupos etarios, cabe destacar que los grupos más frecuentes corresponden con mujeres más jóvenes, lo que facilita la prevención de cáncer de cuello uterino y otras patologías asociadas, sin embargo, debería tenerse mayor atención a las mujeres de edades más avanzadas siendo que la edad significa un factor de riesgos para estas patologías.

En el Gráfico 2 se observa la distribución de la muestra según la cantidad de partos de las mujeres que acudieron al servicio estudiado, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo correspondiente.

En el caso de la muestra de estudio, la mayor cantidad de mujeres (78,26%), son pacientes que tuvieron más de 4 partos, a este valor le siguen las mujeres tercíparas (10,87%) y solamente el 10,87% de las estudiadas habían tenido un hijo o era la primera vez que gestaban.

Este dato es importante ante un resultado positivo, dado que en muchos casos el tratamiento de elección dependerá de la cantidad de hijos que tenga la paciente y de su deseo o no de volver a concebir.



**Gráfico 2: Distribución de la muestra según la paridad de las mujeres que acudieron a la consulta de Papanicolaou, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015. N=46.**

Se evaluó cualitativamente la cantidad y procedencia de los recursos, así como su administración, en la Unidad de Salud de las Familias de San Rafael Km. 10 durante el periodo de estudio y se obtuvieron los siguientes resultados.

- Los recursos son provenientes de la Séptima Región Sanitaria, quien determina la cantidad y entrega y posteriormente son administrados por RRHH en la USF.
- Los profesionales y funcionarios de la USF usan sus propios recursos particulares para movilizarse y realizar visitas domiciliarias, seguimiento de pacientes, vacunación, etc.

- Una vez por mes las muestras de la consulta de Papanicolaou se llevan al Hospital Regional de Encarnación para su procesamiento; y en esa misma visita se retiran los resultados de las muestras entregadas anteriormente.
- Se desarrolla además trabajo de concienciación por parte de los profesionales de la USF en contacto con la comunidad, como por ejemplo: charlas domiciliarias, talleres en escuelas, etc.

## **6. CONCLUSIONES.**

Según los resultados expuestos en el presente trabajo y teniendo en cuenta los objetivos propuestos al inicio de la investigación se concluye que los mismos fueron logrados según lo siguiente:

- ✓ La mayor cantidad de mujeres que acudieron a la consulta de Papanicolaou, en la Unidad de Salud de las Familias (USF) de San Rafael km. 10, durante el periodo de Abril a Junio del 2015, tenían entre 26 y 35, le siguen las mujeres de entre 36 y 45 años, posteriormente las del grupo de entre 18 y 25 y por ultimo las de entre 46 y 55 años y pacientes de más de 56 años.
- ✓ La consulta prenatal brinda cobertura a las mujeres embarazadas de todos los grupos etarios, siendo los grupos más jóvenes los más frecuentes.
- ✓ La mayoría de la muestra de estudio estuvo constituida por mujeres multíparas y gran multíparas.
- ✓ Los recursos con los que cuenta el servicio de Papanicolaou en la USF de San Rafael km. 10 son insuficientes para desarrollar todas las actividades necesarias en la comunidad, teniendo los profesionales que emplear recursos propios para cumplimentar sus actividades mensuales.
- ✓ Los recursos son administrados por el propio personal de la USF, pero es la Séptima Región Sanitaria la que determina la cantidad y frecuencia de entrega.

## **7. RECOMENDACIONES.**

- ✓ Se recomienda al Centro de Salud de San Rafael Km. 10 trabajar con la comunidad mediante charlas educativas y de concienciación para lograr aumentar la cantidad de mujeres que se realizan el PAP, con el objetivo de eliminar factores de riesgo de cáncer de cuello uterino y otras patologías asociadas.
  
- ✓ Se recomienda a los directivos de salud, facilitar los recursos necesarios para que los profesionales de salud puedan realizar visitas a los hogares e incentivar la asistencia de las mujeres a la consulta de Papanicolaou.
  
- ✓ Se recomienda a las autoridades de salud destinar recursos para la elaboración y distribución de materiales de comunicación y educación para elevar el nivel de información de la comunidad respecto a la temática abordada.

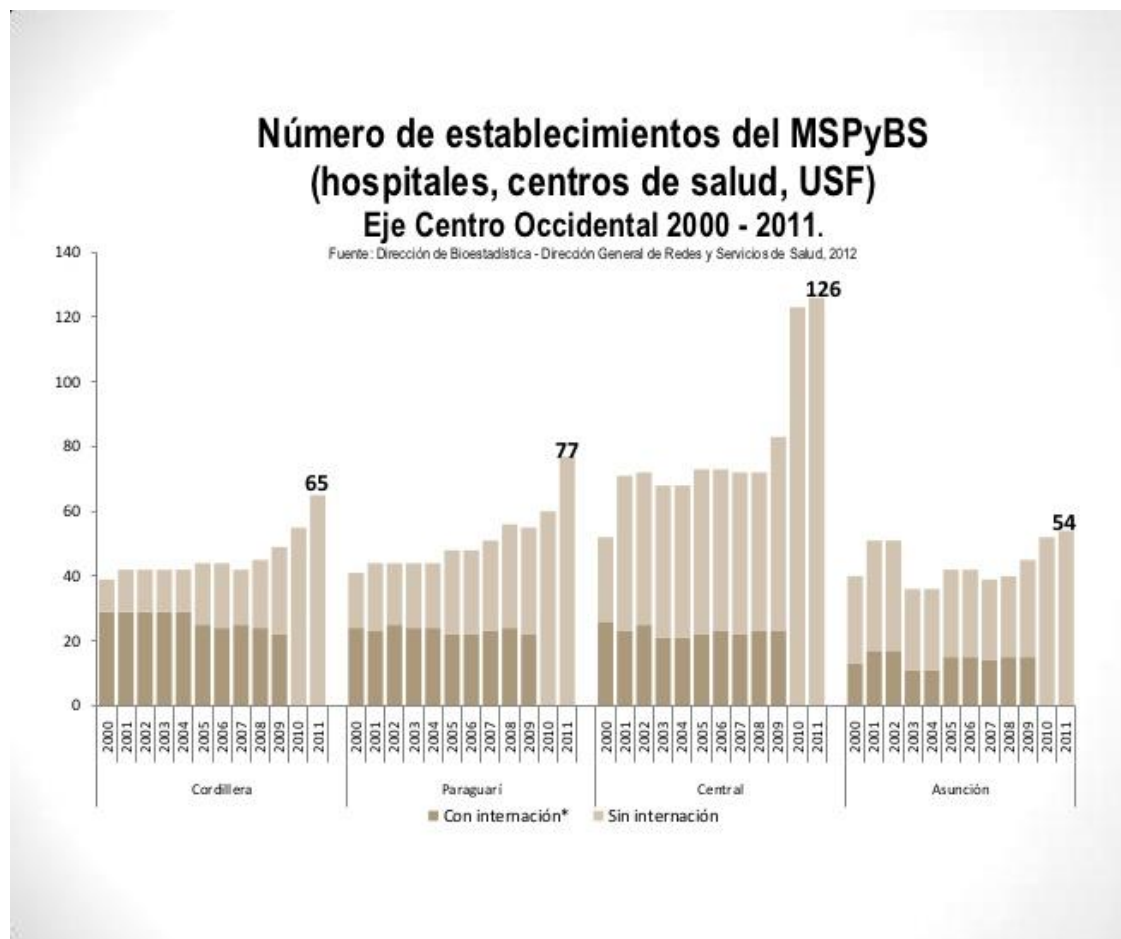
## **8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

- Aguirre-Gas H. Administración de la calidad de la atención médica. Rev Med IMSS (Mex) 1997; 35(4):257-264.
- Barquin, Manuel. Dirección de Hospitales. Editorial Interamericana McGraw-Hill, 7ª Edición. México, D.F. 2003.
- Cordera, Armando y Bobenrieth Manuel. Administración de Sistemas de Salud. Tomos I y II. Editado por Cordera y Bobenrieth. México, D.F. 1983.
- Eduardo Carrillo V. Sistema de Información Gerencial, Conceptos, Aplicaciones e indicadores - Organización Panamericana de la Salud; Septiembre de 1997.
- Malagón-Londoño G, Galán-Morera R, Pontón-Laverde G. Administración Hospitalaria. 2ª edición. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, Colombia. 2000.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Información Estratégica en Salud. Indicadores de morbilidad y mortalidad. Paraguay, 2009.
- Munich Galindo, García Martínez. Fundamentos de Administración. Editorial Trillas. México, 1986.
- OPS/OMS. La Salud de las Américas 2003
- Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias 2011. Ginebra: OMS, 2011.
- Organización Panamericana de la Salud. Apoyo económico a las estrategias nacionales de salud para todos. OPS/OMS, Washington DC; 1989.

- Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de salud. Paraguay. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington, D.C.: OPS, 2008.
- Ramírez-Rojas E. Historia de la salud pública en Paraguay. Asunción, [www.ins.gov.py](http://www.ins.gov.py), 2011.
- Raúl E. Molina Zalazar. Análisis de costos, nuevo Hospital Civil de Guadalajara. Rev. Hospital Escuela N.H.C.G. Vol. 2. No. 3. Diciembre 1994.
- Temes JL, Pastor B, Díaz JL. Manual de Gestión Hospitalaria. Editorial McGrawHill Interamericana. España. 1992.

## 9. ANEXOS.

### 9.1. Establecimientos de salud MSP y BS.





## 9.2. Antecedentes de actividades realizadas en los centros y puestos de salud.

| ALGUNAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LOS CENTROS Y PUESTOS DE SALUD, DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y B. SOCIAL |                 |                 |         |                  |         |
|---|-----------------|-----------------|---------|------------------|---------|
| AÑO 1972  |                 |                 |         |                  |         |
|   | Centro de Salud | Puesto de Salud | B. Soc. | Acciones Cívicas | Total   |
| <b>Casos nuevos atendidos</b>   |                 |                 |         |                  |         |
| Clín. Materna   | 42.016          | 10.519          | —       | —                | 52.535  |
| Clín. Infantil  | 24.382          | 9.844           | —       | —                | 34.226  |
| Pre_esc. (1-4)  | 17.268          | 10.831          | —       | —                | 28.099  |
| Pre_esc. (5-6)  | 5.084           | 6.200           | —       | —                | 11.284  |
| Escolar (7-14) años   | 16.045          | 10.255          | —       | —                | 26.300  |
| Med. Gral.  | 38.762          | 23.425          | —       | —                | 62.187  |
| Clín. Odont.  | 26.723          | 1.009           | —       | —                | 27.732  |
| Protec. Fam.  | 3.950           | —               | —       | —                | 3.956   |
| Otras clín.   | 25.203          | —               | —       | —                | 25.202  |
| <b>Nuevos regist.</b>   |                 |                 |         |                  |         |
| Familias registradas  | 137.856         | —               | —       | —                | 137.856 |
| Pers. registradas   | 230.484         | 105.563         | —       | 83.745           | 419.882 |
| <b>Consultas</b>  |                 |                 |         |                  |         |
| Consult. méd. y odontológicas   |                 |                 |         |                  |         |
|   | 630.486         | 156.243         | 9.259   | 99.368           | 895.356 |
| Consult. Clín. Maternal   | 116.802         | 20.485          | —       | 11.895           | 149.542 |
| Consult. Clín. Niños  | 219.017         | 73.779          | 5.609   | 38.847           | 337.252 |
| Consult. Clín. General  | 126.241         | 54.426          | —       | 48.620           | 229.287 |
| Consult. Clín. Dental   | 84.097          | 2.284           | 2.344   | —                | 88.725  |
| Otras clínicas  | 84.329          | 5.269           | —       | —                | 89.598  |
| <b>Otras actividades</b>  |                 |                 |         |                  |         |
| Entrevistas en Clín.  | 164.413         | —               | 15.923  | 4.626            | 180.336 |
| Visitas domic.  | 22.230          | —               | 1.484   | —                | 23.714  |
| Club de Madres  | 164             | 43              | —       | 4                | 211     |
| Club de Lactantes   | 11              | 25              | —       | 4                | 40      |
| Club de Empíricas   | 123             | 10              | —       | —                | 133     |
| Radiografías y radiofotos   |                 |                 |         |                  |         |
|   | 27.284          | —               | —       | —                | 27.284  |
| Obturaciones dentales   | 13.637          | —               | —       | —                | 13.637  |