



Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Maestría en Gestión Hospitalaria

**CALIDAD EN LA GESTIÓN INTERNA DE INSUMOS MÉDICOS EN EL
HOSPITAL NACIONAL “DR. LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ” DE CHALATENANGO,
FEBRERO A MAYO DE 2017.**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN GESTIÓN HOSPITALARIA

PRESENTADO POR:

Dr. Carlos Enrique Girón Sorto

ASESOR:

Dr. MGH. Boanerge Valencia

SAN SALVADOR, AGOSTO 2017

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Maestro Roger Armando Arias

RECTOR

Dra. Msp. Maritza Mercedes Bonilla

DECANA.

Licda. Msp. Reina Araceli Padilla Mendoza

COORDINADORA MAESTRIAS EN SALUD PUBLICA Y

GESTION HOSPITALARIA.

Jurado

Licda. Msp. Reina Araceli Padilla Mendoza

Dr. Mgh Boanerge Antonio Valencia

Licda. Msp Margarita Elizabeth Garcia

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo **a la población de Chalatenango** porque:

“...ha sido uno de los departamentos más afectados por la pobreza...”

“...en 1984, en La Palma “cuna de la paz”, se llevó a cabo el primer diálogo por la paz, entre el fmIn y el gobierno, para buscar una solución al conflicto armado...”

“...durante la guerra, en Arcatao sus habitantes huyeron hacia otros lugares y en 1985 solo vivían dos habitantes. En 1992 comenzó a repoblarse ...”

“...Chalatenango fue uno de los departamentos más afectados por la guerra. Donde dieron muerte deliberadamente a un número de al menos 300 personas campesinas, que intentaban cruzar el río Sumpul, en el lado del caserío de Las Aradas, del Cantón Yurique, municipio de Ojos de Agua, lugar fronterizo con Honduras. Los crímenes se produjeron con desmedida brutalidad, como el asesinato de menores de edad y mujeres embarazadas con machetes y cuchillos militares, así como ametrallamientos indiscriminados. El ejército hondureño fue partícipe del operativo militar, conteniendo la posible huida de los campesinos y campesinas. Entregaron a los militares salvadoreños a las personas que lograron ingresar a territorio hondureño...”

“...he depositado alrededor de 14 años de mi vida, con mucha dedicación y esmero, ofreciendo esfuerzos en salud que benefician al desarrollo de la población ...”

Dedicado al Hospital Nacional de Nueva Concepción y Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vasquez”, donde se vigila el comportamiento de insumos y se hacen esfuerzos diariamente para satisfacer la demanda.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer primero a Dios por convertirme en un profesional de la salud en beneficio de la población salvadoreña.

A mis padres por todo el sacrificio y empeño que han puesto en las diferentes facetas y etapas de mi vida, que hasta la fecha continúan guiándome para la mejor toma de decisiones.

A mi querida esposa Sonia que ha luchado muy intensamente en el desarrollo de nuestra familia, convirtiéndose en la principal fuerza de apoyo que he tenido para alcanzar los logros en este segmento de mi vida.

A mis hijos Carlitos y Ariana que han llenado de felicidad los momentos más difíciles que he atravesado en el desarrollo de esta tesis y han sido el estímulo para culminarla.

A mis docentes universitarios y tutores en esta maestría que han aportado mucho conocimiento para ampliar los míos, y les dejo el compromiso de utilizarlos para bien del desarrollo de nuestro país.

A mis amigos que me apoyaron directa e indirectamente para ordenar las ideas para crear esta tesis, quienes me ayudaron y motivaron a finalizarla. Amigos que no permitieron que abandonara la lucha a pesar de las adversidades encontradas. Gracias Alex, Rosmeri, Vicky, Florence, Salvador, Albert, Ceci.

RESUMEN

Título: Calidad en la gestión interna de insumos médicos en el Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vásquez” de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.

Propósito: elaborar una propuesta técnica para ser retomada por la Dirección del Hospital.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo. Se encuestaron 21 empleados y 149 usuarios externos. Se consideraron Variables de Estructura, Proceso y Resultado.

Resultados: Participan con poco o nada de conocimiento y la posibilidad de adquirir lo que no se necesita. No despachan insumos todos los días y despachos no son suficiente, pero empleados no requieren pedidos extras. Analizando, hacen pedidos grandes y almacenan. No disponen sistemas informáticos. Más del 20% sin ser capacitados ni disponer de materiales generaría deterioro de la calidad. Consideran que gestión no es oportuna. No disponen de métodos para cálculos de necesidades. Tres de cada cuatro no participan en la planificación ni compras. Mas de la mitad no conoce el presupuesto, ni la cantidad de insumos necesarios para un año.

Conclusiones: La falta de capacitación afecta los procesos de compra. No se dispone de instrumentos de registro en todas las áreas. Poca participación del personal involucrado en gestión de insumos, para estimación de necesidades. Poca satisfacción del personal y percibe demoras en las compras. El nivel de calidad en gestión interna de insumos médicos no es adecuado.

Recomendaciones: A nivel Minsal: Analizar situación de Hospital Chalatenango, conocer otras experiencias y socializar. Elaborar sistema de registro en cada área. Programar jornadas de desarrollo de recursos humanos en gestión de insumos. A nivel Hospital Chalatenango: Capacitar 100% que participa en gestión de insumos médicos. Calendarizar despachos y socializarlos. Incluir al personal que gestiona insumos, para crear catálogo de insumos y establecer necesidades para un año. Valorar implementar sistema o método de registro de entradas y salidas de cada área.

Contenido

Capitulo	Pagina
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS	3
III. MARCO DE REFERENCIA	4
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	67
V. RESULTADOS	80
VI. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	93
VII. CONCLUSIONES.....	102
VIII. RECOMENDACIONES.....	103
IX. PROPUESTA TÉCNICA.....	104
X. BIBLIOGRAFÍA.....	108
ANEXOS	111

I. INTRODUCCIÓN

La calidad puede referirse a aspectos de la actividad de una organización como: el producto o servicio, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bien, entenderse como una corriente de pensamiento que impregna toda la institución. La Real Academia Española define la calidad como “La propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”. La tendencia actual es considerar la calidad de atención como una propiedad compleja, que puede ser sometida a un análisis sistemático y a una evaluación aceptable, suficiente para los propósitos prácticos de generar información para la toma de decisiones, dirigidas a proporcionar una atención de calidad para los usuarios.

Por su alta complejidad, un hospital se considera una organización burocrática porque está sometida a múltiples normas internas y externas reguladoras de su comportamiento, de los trabajadores y directivos; Por lo tanto, utiliza como principal mecanismo de coordinación la normalización del comportamiento.

La gestión es un proceso que comprende determinadas funciones y actividades laborales que los gestores deben llevar a cabo a fin de lograr los objetivos de la empresa. La gestión en los hospitales es el proceso emprendido por una o más personas para coordinar actividades laborales de otras personas con la finalidad de lograr resultados de alta calidad que cualquier otra persona trabajando sola, no podría alcanzar. Las limitantes de infraestructura en los hospitales obligan a solicitar, a los proveedores, que algunos bienes a adquirir se realicen en diferentes entregas. Estas mismas limitantes de infraestructura e insuficiente disposición de recursos humanos, obligan a los profesionales (médicos, enfermeras o paramédicos) a aperturar áreas de Almacenamiento de Insumos las cuales poseen deficiente control.

La política Nacional de salud de El Salvador, entre sus apartados plantea: Mejorar el acceso a medicamentos esenciales e insumos médicos de calidad, seguros y eficaces, promoviendo la disponibilidad, uso racional e investigación en las instituciones miembros del Sistema. Además, el sistema de abastecimiento de los medicamentos e

insumos tiene una Trascendencia Social, económica y política. Por lo tanto, todo Gerente de servicios de salud y en especial de los Hospitales dentro sus prioridades deben encontrarse la garantía de una Gestión eficiente de los medicamentos e insumos médicos. Por lo anterior, el Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vásquez” de Chalatenango retoma ese nivel de importancia que dicta la política Nacional de Salud y se apropia de ella en materia de garantizar la gestión adecuada de los insumos médicos; Por lo que como punto de inicio se plantea el Saber “La Calidad en la Gestión Interna de Insumos Médicos en el Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vásquez” de Chalatenango, durante el período de Febrero a Mayo del 2017”. Esto se convierte en el motivo más importante para realizar la presente investigación. Para realizar la presente investigación se tomó en cuenta Las áreas Hospitalarias que tienen que ver con el manejo de los Insumos médicos, donde se evaluó de acuerdo con el enfoque de Calidad; Estructura, Proceso y Resultado: La Capacidad Instalada, la Calidad técnica y humana y la Eficacia de la Gestión de los insumos médicos; para lo cual, se realizaron encuestas al personal involucrado y pacientes de las áreas de hospitalización, central quirúrgica y del área de emergencia. La presentación y análisis, de los resultados se realizó de acuerdo con los objetivos, bajo el enfoque de la estructura, proceso y resultados, siguiendo la Escala porcentual de Calidad establecida para la presente investigación: 80% a más para la adecuación de la calidad y 80% o menos para la inadecuación. La Discusión de los resultados y las Conclusiones se plantearon según los objetivos y realizando la contrastación con el Marco de referencia; También se brindan recomendaciones como oportunidades de mejora. Finalmente se elabora una propuesta de mejora de acuerdo con los principales hallazgos encontrados.

Por esta razón es importante conocer en términos de calidad ¿cómo es la Gestión interna de Insumos Médicos en el Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vásquez” de Chalatenango?

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

- ✓ Evaluar la calidad en la gestión interna de insumos médicos en el Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vásquez” de Chalatenango durante el periodo de febrero a mayo de 2017.

Objetivos específicos:

- ✓ Analizar la capacidad instalada del Hospital de Chalatenango para la gestión interna de insumos médicos.
- ✓ Valorar el proceso de calidad de la gestión interna de insumos médicos en el Hospital de Chalatenango.
- ✓ Determinar la eficacia de la gestión interna de insumos médicos en el Hospital de Chalatenango.

III. MARCO DE REFERENCIA

La calidad puede referirse a aspectos de la actividad de una organización como: el producto o servicio, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bien, entenderse como una corriente de pensamiento que impregna toda la institución. La Real Academia Española define la calidad como “La propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”.

En la literatura especializada hay numerosas definiciones, todas ellas se han formulado en función de las características del bien o servicio como de la satisfacción de las necesidades y exigencias del consumidor, por ejemplo; Calidad es:

- Grado de satisfacción que ofrecen las características del producto con relación a las exigencias del consumidor.
- Conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren la aptitud para satisfacer unas necesidades manifiestas o implícitas.
- Conjunto de especificaciones y características de un producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen.
- El grado de adecuación de un determinado producto o servicio a las expectativas del usuario o a ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas.

El concepto de calidad engloba dos grandes enfoques, esto es, la calidad objetiva, técnica o intrínseca y la percibida: la primera se centra en la oferta y mide las características objetivas y verificables de los productos que comparadas con la de otros permiten hacer un juicio objetivo al respecto; la segunda, sin embargo, parte del lado de la demanda y hace referencia a la apreciación de los clientes sobre dichas características para satisfacer sus expectativas.

1. Pioneros de la calidad.

1.1. Joseph Juran:

Su principal principio e idea es que la administración de la calidad se basa en lo que llama la filosofía de Juran que es:

- Planear.
- Controlar.
- Mejorar la calidad.

La calidad según Juran tiene múltiples significados, pero existen dos que no sólo nos ayudan a planificar la calidad, sino que también sirven para planificar la estrategia empresarial

Calidad. - Se refiere a la ausencia de deficiencias que adopta la forma de: Retraso en las entregas, fallos durante los servicios, facturas incorrectas, cancelación de contratos de ventas, etc. Calidad es adecuación al uso.

Según Juran la Planeación de la Calidad sigue pasos:

- Crear la conciencia de la crisis de la calidad, el papel de la planificación de la calidad en esa crisis y la necesidad de revisar el enfoque de la planificación de la calidad.
- Establecer un nuevo enfoque de la planificación de la calidad.
- Suministrar formación sobre como planificar la calidad, utilizando el nuevo enfoque.
- Asistir al personal de la empresa para re-planificar aquellos procesos que poseen deficiencias de calidad inaceptables.
- Asistir al personal de la empresa para dominar el proceso de planificación de la calidad, dominio derivado de la re-planificación de los procesos existentes y de la formación correspondiente

- Asistir al personal de la empresa para utilizar el dominio resultante en la planificación de la calidad de forma que se evite la creación de problemas crónicos nuevos.

La trilogía de Juran - Ayuda administrar la calidad

1. **Planificación de la calidad:** Suministra a las fuerzas operativas los medios para producir productos que puedan satisfacer las necesidades de los clientes, productos tales como facturas, contrato de ventas, llamadas de asistencia técnica y diseños nuevos, etc.
2. **Fuerzas operativas:** Su trabajo es producir el producto. Si esto se hace mal se vuelve crónico porque así está planeado.
3. **Control de calidad:** El logro de la calidad requiere el desempeño de varias actividades identificadas de calidad.

La gestión de calidad se ha convertido en el tema competitivo de muchas organizaciones Juran (2001), llegó a decir “Así como el siglo XX fue el siglo de la productividad, el siglo XXI será el siglo de la calidad”. Juran también menciona en su Manual de calidad que el término genérico de “gestión de la calidad total” significa el uso de la vasta colección de filosofías, conceptos, métodos y herramientas usadas actualmente en todo el mundo para gestionar la calidad¹.

1.2. Edwards Deming:

Estadístico considerado el padre de la calidad moderna. Vivió la evolución de la calidad en Japón y de esta experiencia desarrolló los 14 puntos de Deming y las siete enfermedades mortales. En 1983 se instituyó el premio Deming.

Gestión de calidad: Es un sistema de medios para generar económicamente productos y servicios que satisfagan los requerimientos del cliente. La implementación de este sistema necesita de la cooperación de todo el personal de la organización,

¹ (J.M., 1996.)

desde el nivel gerencial hasta el operativo e involucrando a todas las áreas. La Calidad va:

- **Orientada al producto:** Inspección luego de producción, auditoria de los productos terminados y actividades de solución de problemas.
- **Orientada al proceso:** Aseguramiento de la calidad durante la producción.
- **Orientada al sistema:** Aseguramiento de la calidad en todos los departamentos.
- **Orientada al hombre:** Cambio de la manera de pensar de todo el personal a través de educación y capacitación.
- **Orientada a la sociedad:** Optimización del diseño de productos y procesos para un funcionamiento más confiable y a menor precio.
- **Orientada al costo:** Función de pérdida de la calidad.
- **Orientada al cliente:** Despliegue de la función de calidad para definir "la voz del cliente" en términos operacionales.

Deming y sus 14 puntos

1. Crear constancia en el propósito para la mejora de productos y servicios.
2. Adoptar una nueva filosofía.
3. Dejar de confiar en la inspección masiva.
4. Poner fin a la práctica de conceder negocios con base en el precio únicamente.
5. Mejorar constantemente y por siempre el sistema de producción y servicios.
6. Instituir la capacitación.
7. Instituir el liderazgo.
8. Eliminar el temor.
9. Derribar las barreras que hay entre las áreas.
10. Eliminar los lemas, las exhortaciones y las metas de producción para la fuerza laboral.
11. Eliminar las cuotas numéricas.
12. Remover las barreras que impiden el orgullo por un trabajo bien hecho.
13. Instituir un programa vigoroso de educación y capacitación.
14. Tomar medidas para llevar a cabo la transformación.

1.3. Philip Crosby:

Calidad es “ajustarse a las especificaciones”

Propuso el programa de 14 pasos llamado cero defectos y también que la calidad está basada en cuatro principios:

- La calidad es cumplir con los requisitos.
- El sistema de la calidad es la prevención.
- El estándar de realización es cero defectos.
- La medida de la calidad es el premio del incumplimiento.

La calidad puede ser específicamente cuantificada y utilizada para mejorar los resultados de la empresa, como consecuencia de estos principios la administración a través de la calidad se convierte en una estrategia imprescindible.

El énfasis se acentúa en la prevención y no en la inspección. La meta es el éxito del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos a tiempo, desde la primera vez y todo el tiempo. El líder de un negocio que acepta esta premisa está en posición de competir en el nuevo mercado global, en donde las viejas reglas ya no operan y donde la competencia es feroz y frecuentemente letal².

Cumplimiento de los requisitos. En esta definición hace referencia a un control de la calidad, entendido como una inspección de las características de los productos.

1.4. Avedis Donavedian

Es quien más ha contribuido para determinar la atención relativa a la salud, tanto en sus aspectos de control como de mejora continua. Menciona al respecto que cuando se analice la calidad de la atención, debe evaluarse no solo lo que sucede con los que reciben la prestación sino también, cuantas personas se encuentran privadas de ella.

Refiere que la calidad de atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin

² (Varo J, Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios., 1994.)

aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

Estableció el modelo de medición de la calidad en el cual los indicadores pueden hacer referencia a la estructura, al proceso o a los resultados de la asistencia. Los primeros, indicadores de estructura, miden los aspectos de inversión en la asistencia, que se refieren a la organización de la institución, los recursos físicos o materiales, los recursos humanos y financieros. Los indicadores de proceso hacen referencia al contenido de la atención y la forma como es ejecutada dicha atención (p.ej.: tiempo transcurrido hasta la fibrinólisis en los pacientes diagnosticados de IAM).

Los indicadores de resultados hacen referencia al estado de salud del paciente después de recibir asistencia; Es decir, el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y bienestar de las personas (p. ej., índice de mortalidad de los pacientes poli traumatizados en la primera hora de atención en el sistema de urgencias).

2. Evolución de la calidad en salud

Las actividades relacionadas con la Calidad de los servicios sanitarios se centraron, en una primera etapa (desde finales del último siglo hasta la década de los años 60), en la evaluación de los servicios sanitarios. Las primeras experiencias consistieron en la acreditación de centros sanitarios e instituciones docentes, evaluando los aspectos estructurales en los que se desarrollaban estas actividades. Posteriormente, y de forma paralela al crecimiento del sistema de acreditación de centros sanitarios, se desarrolló la metodología necesaria para evaluar la práctica clínica observando directamente el proceso mediante el empleo de criterios implícitos o bien aplicando métodos estructurados como el Audit médico en el que se utilizó, por primera vez, criterios explícitos, que permitían, además de establecer estándares asistenciales, comparar la Calidad entre diversos centros. La evaluación del proceso asistencial protagonizada por los proveedores de la asistencia (evaluación interna) cobró un fuerte impulso como consecuencia de que la acreditación, además del prestigio que suponía,

fue una vía importante para acceder a fuentes de financiación pública que establecía, entre sus requisitos, la realización de auditorías médicas. Así tenemos precursores en salud:

Florence Nightingale, posterior a la guerra de Crimea (1858), introdujo dos hechos fundamentales, por un lado, apoyó la formación de enfermera y por otro realizó estudio de tasas de mortalidad de los hospitales militares logrando mediante el control del ambiente, disminuir la mortalidad de un 40 % a un 4 %.

En 1910 **Flexner**, evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano.

En 1912 **Codman** desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y en 1913 a consecuencia de los informes de Flexner y Codman el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales.

En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad.

En 1961 **Donabedian** publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continúa desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: Análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados³.

Alrededor de los años sesenta nacen los audits médicos como método de control interno de la institución, esto con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la

³ (L., 1997.)

práctica asistencial. Posteriormente la JCAH los incorporo a sus programas de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM), asimismo la acreditación en hospitales amplió su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad.

A partir de la década de los setenta la evaluación de la Calidad se complementa, haciendo un énfasis especial, con su mejora explícita. Comienza lo que se podría denominar "la etapa de la garantía o mejora de la Calidad". Durante esta fase, el incremento de los costes asistenciales justificó la implementación de programas externos en los que se evaluaba la adecuación de los ingresos y las estancias hospitalarias, así como la utilización de los recursos asistenciales. La necesidad de evaluar la eficiencia de la atención facilitó el desarrollo de métodos basados en la evaluación de los resultados de la asistencia. Dentro de estos resultados se incluyó, además de las modificaciones en el estado de salud, la satisfacción de los pacientes atendidos. Además, este interés por la contención de costes favoreció también las evaluaciones de tipo concurrente, ya que para que las actividades de mejora de la Calidad tuvieran impacto sobre los costes, éstas debían realizarse antes de que se concluyera el proceso asistencial.

A partir de la década de los ochenta, se van incorporando y adaptando, de forma paulatina, los conceptos y métodos de la Gestión de la Calidad de la industria. Las principales aportaciones han sido la estructuración de los programas de mejora de la Calidad en un ciclo secuencial con tres actividades definidas: planificación, ejecución de la tarea y comprobación; la metodología del control estadístico de procesos; y la incorporación de una cultura de la Calidad en la que tienen una gran relevancia el liderazgo de los gestores, la participación de los profesionales y las necesidades del usuario.

En el año 1991 el servicio nacional del Reino Unido adopta una política formal de calidad y reconoció al PMC como la manera más rentable de ponerla en práctica. El PMC y la TQM se basan en los trabajos de W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Fiegenbaum y Kaoru Ishikawa.

En Chile en el año 1990 las instituciones de salud se fueron acreditando en Infecciones Intrahospitalarias (IIH) y ya entre los años 1996 a 2000 se empezaron a acreditar instituciones más complejas y de urgencias. El Programa de Evaluación de Calidad de la atención hospitalaria (PECAH) empezó a desarrollarse entre los años 2000 a 2004, elaborando estándares en conjunto con los servicios de salud. En estos momentos aún sigue siendo un poco desconocida, pero ya cada institución de salud con sus respectivas unidades y servicios está abordando y trabajando este tema, creando sus propios verificadores e indicadores con relación a lo que el MINSAL nos recomienda y exige⁴.

3. Evaluación y medición de la calidad

En los últimos años el tema de la evaluación de la calidad de la atención en salud ha sido motivo de intensas e interesantes disquisiciones. La tendencia actual es considerar la calidad de atención como una propiedad compleja, que puede ser sometida a un análisis sistemático y a una evaluación aceptable, que lejos de ser perfecta, es suficiente para los propósitos prácticos de generar información que permita la toma de decisiones, dirigidas a proporcionar una atención de calidad para los usuarios.

Para evaluar la calidad de atención es importante tener en cuenta los atributos que caracterizan una buena atención de la salud. Los diversos autores coinciden en la identificación de las cualidades básicas, a saber:

⁴ (Varo J, Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios., 1994.)

3.1. Oportunidad.

Corresponde a la satisfacción de las necesidades en salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de todo caso.

3.2. Continuidad.

Aplicación en secuencia lógica de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.

3.3. Suficiencia e Integralidad.

Provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación.

3.4. Racionalidad Lógico – Científica.

Utilización del saber médico y la tecnología disponible para atender los problemas de salud, aplicando los criterios de los enfoques lógico y óptimo (en el enfoque lógico la calidad se define en función de la eficiencia con la cual se utiliza la información para la toma de decisiones conducentes a mejorar la prestación de los servicios; en el óptimo la calidad de los servicios se refiere al logro de los objetivos de los mismos con el menor costo posible).

3.5. Satisfacción del usuario y del proveedor.

Complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Así mismo la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeñan⁵.

⁵ (Berry L L, 1993)

3.6. Efectividad.

Grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible.

3.7. Eficiencia.

Reducir al máximo los costos de la atención sin reducir significativamente el grado de mejoramiento de la salud.

3.8. Optimización.

Balance entre los costos y los beneficios de la atención.

3.9. Aceptabilidad.

Conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los pacientes y sus familiares. Incluye aspectos de accesibilidad, relación médico-paciente, amenidades y conformidad con los efectos y los costos del tratamiento.

3.10. Legitimidad.

Conformidad con los principios éticos, valores, normas, regulaciones y leyes que rigen la comunidad.

3.11. Equidad.

Conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y sus beneficios entre todos los miembros de la población.

La monitorización se define como la medida continuada a través del tiempo, de aspectos relativos a la calidad de los procedimientos que se realizan. La monitorización debe ser realizada por los propios profesionales implicados en el servicio. El proceso de evaluación y monitorización de la calidad asistencial implica el examen continuo de la actividad realizada, la identificación de deficiencias observables en esa actividad, emprender acciones para corregirlas y medir los efectos de las medidas correctoras.

4. Gestión de insumos.

Los insumos médicos siguen una cadena desde su investigación y desarrollo hasta que son usados por el profesional de la salud o por un paciente (o usuario). Esta cadena implica varias actividades de varios de sus actores que pueden resumirse como sigue:

- **Productor:** realiza actividades de investigación, desarrollo, producción, almacenamiento y transporte.
- **Distribuidor (si lo hubiera):** cumple labores de almacenamiento y transporte.
- **Prestador de servicios de salud:** igualmente hace tanto almacenamiento como distribución interna y, además, es en él que los profesionales de la salud utilizan los insumos en el proceso clínico.
- **Paciente o usuario:** eventualmente utiliza insumos en su proceso clínico.
- **Entidades reguladoras (Ministerio de Salud o la entidad delegada por éste):**
ejecutan tareas de control y vigilancia a través del registro del producto y vigilancia en el mercado, pues tienen la capacidad y la autoridad de investigar y de obtener información en forma local e internacional sobre la seguridad de los productos.

Pero poco sirve que todos estos actores realicen bien su trabajo si alguno de ellos falla, porque con uno sólo que incumpla su función, pone en riesgo el trabajo de los demás actores de la cadena, al poderse comprometer el resultado del proceso clínico, por ejemplo:

- Si el productor falla en su trabajo de investigación y desarrollo o si tiene problemas en la producción, almacenamiento o transporte, puede terminar por entregar productos no aptos.

- Si el distribuidor o el prestador genera daños a los insumos durante el almacenamiento o transporte, puede hacerle perder su eficacia o convertirlo en un producto inseguro.
- Si el profesional de la salud o el paciente no utilizan el producto en forma adecuada, éste puede tener efectos adversos.
- Si la entidad reguladora local permite la venta de productos no confiables, pondrá en peligro a los posibles usuarios.

5. Que son los hospitales.

La palabra hospital viene del latín hospes, "huésped" o "visita", pero también "hospedador". De hospes se derivó hospitalia, "casa para visitas foráneas". Posteriormente hospitalia se transformó en hospital para designar el lugar de auxilio a los ancianos y enfermos.

Un hospital es un lugar físico en donde se atiende a los enfermos, para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. Existen diferentes tipos de hospitales, según el tipo de patologías que atienden: hospitales generales, hospitales de agudos, hospitales de crónicos, hospitales psiquiátricos, geriátricos, materno-infantiles, etc. La estructura de un hospital está especialmente diseñada para cumplir las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Si consideramos a un hospital en su conjunto, como un sistema, éste está compuesto por varios sub-sistemas que interactúan entre sí en forma dinámica. Para nombrar los más importantes:

- Sistema Asistencial.
- Sistema Administrativo Contable.
- Sistema Gerencial.
- Sistema de Información (Informático)
- Sistema Técnico
- Sistema de Docencia e Investigación.

En algunos países, como en España, Cuba y México se diferencian grados de cualificación entre hospitales; Así: De primer, segundo y tercer nivel.

Estos Hospitales se caracterizan por la presencia de médicos generales, especialistas básicos y especialistas mayores (cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, y otros de acuerdo con la necesidad).

En otros países se dividen a los hospitales según su complejidad en baja y alta complejidad. Algunos países pueden aplicar sistemas de calificación más rigurosos y extensos, divididos en varios niveles de complejidad.

Un hospital es una fuente de generación de iniciativas; Un centro de investigación; Institución ideal para la formación de recursos humanos en salud; es una organización con la máxima responsabilidad moral, social, legal, científica y administrativa. Según la teoría de sistemas, el hospital está incorporado a los sistemas integrales de salud y se comporta como un centro de referencia, articulado a políticas generales de un país, una región y una localidad; Forma parte de un esquema general de atención, dentro del cual la educación a la comunidad para aspectos de fomento, prevención y la rehabilitación son insustituibles.

Por su alta complejidad, un hospital se considera una organización burocrática porque está sometida a múltiples normas internas y externas reguladoras de su comportamiento, de los trabajadores y directivos; Por lo tanto, utiliza como principal mecanismo de coordinación la normalización del comportamiento; dentro de la cual, se han definido tres dimensiones relacionadas entre sí que forman un único factor denominado Estructuración de las actividades o formalización del comportamiento⁶.

6. Que es la gestión de los hospitales.

La gestión es el proceso emprendido por una o más personas para coordinar actividades laborales de otras personas con la finalidad de lograr resultados de alta calidad que cualquier otra persona trabajando sola, no podría alcanzar.

⁶ (Motta., 1996.)

La gestión es un proceso que comprende determinadas funciones y actividades laborales que los gestores deben llevar a cabo a fin de lograr los objetivos de la empresa. En la gestión los directivos utilizan ciertos principios que les sirven de guía en este proceso⁷.

El proceso de gestión se considera integrado por las funciones de planificar, organizar y controlar que se vinculan entre sí con la función de liderar, esta última llamada de dirección o de motivación y supone influir en los miembros de la organización para que actúen de tal modo que puedan lograrse los objetivos establecidos. Según Deming, los gestores han de ser los líderes que marcan el camino para mejorar la calidad de los productos o servicios mediante el esfuerzo de los trabajadores⁸. Es imprescindible para el desarrollo de los hospitales, que los gerentes o gestores no encaminen su dirección enmarcados en el cuadrado administrativo de Planificar, Organizar, Dirigir y Controlar; Sino, lo realicen por el mundo trascendente de la gestión, liderando las instituciones hospitalarias, influyendo en las personas para realizar el mejor esfuerzo en cada una de las actividades de los procesos hospitalarios y con ello alcanzar la calidad objetiva, técnica o intrínseca y la percibida⁹.

Ser gerente es algo cada día 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 de 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 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

⁷ (Skinner P, 1997.)

⁸ (Bigne E., 1997.)

⁹ (Varo J, Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios., 1994.)

las tareas internas para acondicionar las nuevas informaciones, demandas y necesidades existentes¹⁰.

El liderazgo es la dimensión gerencial que más ha llamado la atención de quien trata de administrar una gran administración puesto que deja implícito no solo la aceptación de una persona como líder sino su capacidad de agregar intereses e influenciar a otros para obtener compromisos en una causa común, para jefes y gerentes el liderazgo se ha convertido en una palabra común en su hablar administrativo muchos desean tener esta habilidad en especial los gerentes que lo ven como instrumento para inducir a las personas y conservar el poder.

La idea de liderar es más agradable que la de administrar, comandar, dirigir o gestionar dentro de una organización jerárquica las personas esperan ser supervisados y corregidos en lo que realicen mal, el supervisar dentro del liderazgo no disminuye, sino que aumenta la confianza en el trabajo bien hecho.

Los líderes en realidad son personas comunes que pueden transmitir un poder a las personas bajo su mando lo cual les facilita el desarrollo de su potencial generando en esta confianza, iniciativa hacia un ideal lo cual les permite aceptar errores.

El líder es un producto de persistencia y constancia en el aprendizaje de habilidades interpersonales dentro de una organización, por lo tanto, estas habilidades están al alcance de todos los gerentes los cuales pueden tomar ciertas costumbres para aumentar su capacidad de liderazgo y deben tomar en cuenta tres dimensiones en las cuales están involucrados ellos y las personas bajo su mando, estas dimensiones son:

6.1. Dimensión de la organización.

- Orientarse para conocer a fondo la misión socioeconómica del hospital.
- Conocer bien los objetivos de la organización.
- Orientarse siempre hacia el futuro.
- Estudiar los objetivos de la organización para lograr sus propósitos.

¹⁰ (M., 1997.)

6.2. Dimensión interpersonal.

- Comunicarse con el personal para establecer un significado colectivo.
- Ejercitarse en la búsqueda de nuevas soluciones e identificar nuevos problemas.
- Analizar de forma crítica los procesos, técnicas y tradiciones del hospital para crear nuevos métodos.
- Comunicar ideas y formas de comprensión de los fenómenos de la organización.

6.3. Dimensión individual.

- Reconocer el valor de las personas.
- No idealizar a las personas.
- Valorar las relaciones personales estrechas.
- Se debe confiar en la gente y permitir que desarrollen sus propios métodos de trabajo.

El verdadero líder es un individuo capaz de invertir tiempo y energía en el futuro de su organización y de sus trabajadores, la esencia del liderazgo no es obtener poder sino brindarles poder a otros y así realizar sus intenciones manteniéndolas por largo tiempo¹¹.

Modelo de gestión es la forma cómo se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones de una institución. Con el fin de sustentar el modelo asistencial integrado, se debe instalar una gestión hospitalaria en red que permita observar a todos los actores que interactúan en una red territorial como co-responsables de los resultados sanitarios de una población determinada.

El modelo de gestión debe incorporar como su objetivo esencial que los procesos del hospital estén centrados en las personas que reciben atención y sus familias, con enfoque de procesos y resolución integral de los problemas de salud. Los principios

¹¹ (G., 1994.)

orientadores que deberán ser incorporados a la organización, estructura y procesos del nuevo establecimiento son:

- Calidad, oportunidad y seguridad.
- Centrado en las personas.
- Enfoque de procesos.
- Resolución integral de los problemas de salud.

Para dicho modelo puede ser útil entender estructural y arquitectónicamente al hospital en módulos: módulo ambulatorio, módulo hospitalario, módulo de apoyo clínico (también denominado de apoyo diagnóstico y terapéutico), módulo de servicios compartidos y módulo de gestión estratégica.

Esta forma de organizar un hospital privilegia lo ambulatorio y organiza la hospitalización en base a la atención progresiva (necesidad de cuidados) como un servicio que este último ofrece al primero, quién es el que lleva globalmente el control de los procesos. Para que efectivamente se dé este tipo de organización es esencial que los médicos se “instalen” (construyan identidad) en lo ambulatorio. Para ello es facilitador, como ya se señalará, que las oficinas de las especialidades, sus salas de reunión, sus lugares de convivencia, los espacios para la docencia, por ejemplo, que son espacios privilegiados para la cultura médica, estén físicamente en el espacio arquitectónico del área ambulatoria del hospital. Sin duda un nuevo modelo de gestión requiere de su correlato en la utilización de los lugares físicos. No hay nada más frustrante que ver cómo las necesidades del usuario y la mejor manera de resolverlas termina adaptándose a rutinas añejas y lo que es peor, no tan sólo a estructuras mentales, sino que a edificios concebidos para otra cosa.

Dado que desde que se diseña un nuevo hospital hasta que este se ocupa suele pasar casi una década, el sentido común sugiere que las plantas sean totalmente libres de forma adaptarlas a la realidad que se deba vivir al momento de utilizar las instalaciones. Desafortunadamente estos conceptos están recién entrando en nuestra cultura, lo que explica que aún se están entregando edificios nuevos, que desde ya

que inauguradas, no se ajustan a las necesidades de los usuarios ni a las del modelo de gestión del establecimiento.

El nuevo modelo de gestión requiere facilitar (incluso obligar) que se produzcan las mayores conversaciones posibles. Esto implica residencia común para el hospital; salas de estar comunes y evitar las oficinas “privadas”. Todo lo que favorezca a que las personas se vean, se traducirá en procesos más fluidos e integrados. Así mismo se debe privilegiar que los pabellones quirúrgicos y boxes sean polivalentes, salvo aquellos que dispongan de equipamiento fijo especializado, de forma evitar “feudos” que sean fuentes de quiebre en los procesos¹².

7. Gestión por procesos

La gestión por procesos es una metodología de gestión mediante la cual se persigue mejorar el desempeño de la organización. Esta metodología “se orienta a desarrollar la misión de la organización mediante la satisfacción de las expectativas de sus clientes, empleados y la sociedad en lugar de centrarse en aspectos estructurales”¹³. “Cualquier actividad puede considerarse un proceso”¹⁴. La gestión por procesos ha sido “popularizada por la Certificación de Sistemas de Gestión de la Calidad con base en la ISO 9001:2000”¹⁵, por lo cual hoy es ampliamente utilizada por todo tipo de organizaciones. La gestión por procesos dentro de una organización implica conocer los distintos procesos que son llevados a cabo en ésta y la interacción que tienen entre sí, para poder así aumentar el rendimiento de ella, al evitar malgastar recursos y esfuerzos inútiles.

8. Inventarios

Los inventarios son la cantidad de bienes o activos fijos (muebles o inmuebles) que una empresa mantiene en sus existencias en un momento determinado en espera de ser vendidos o utilizados en el proceso productivo. Algunos autores lo definen de

¹² (Artaza Barrios, Méndez, Morrison, Reynaldo, & Suarez Jiménez, 2011)

¹³ (Ángel.)

¹⁴ (Fomento., 2005.)

¹⁵ (<http://iso9001calidad.com/>, s.f.)

manera más simple como las existencias de una pieza o recurso utilizado en una organización¹⁶, vale decir que se trata de un bien que pretende utilizar.

Las razones por las cuales se mantienen inventarios están relacionadas principalmente por la reducción de costos, los cuales pueden ser de diversa índole, según Chase, los costos asociados al inventario son los siguientes:

- **Costo de mantenimiento:** Costos de manejo de los inventarios como almacenamiento, daños, obsolescencia y depreciación.
- **Costos de configuración:** Estos costos están asociados a los cambios que se deben de realizar en la configuración de equipos, papeleo y material al cambiar de un producto a otro.
- **Costos de pedidos:** Son los costos administrativos que implican el preparar la orden de compra o producción.
- **Costos de faltantes:** El costo de faltantes es el que se produce al haber un quiebre de stock, lo que genera cancelación de órdenes o esperas por falta de materia prima.

Los inventarios existen de diversos tipos, entre los cuales están:

Materia prima: Elementos que se utilizan para la elaboración de los bienes.

Productos en proceso: Productos que se encuentran en la etapa de fabricación.

Productos terminados: Productos que se encuentran listos para su comercialización.

Materiales y suministros: Son los elementos que participan en la elaboración del bien pero que no forman parte de éste (herramientas).

El sistema nacional de salud.

De conformidad al Art. 1 de la Constitución, El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común; asimismo, reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la

¹⁶ (Parrab.)

concepción; en consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social¹⁷.

Que conforme al Art. 65 de la Constitución, la salud de los habitantes constituye un bien público, correspondiendo al Estado y a las personas velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y que además controlará y supervisará, su ejecución;

Que de conformidad al Art. 66 de la Constitución, el Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. En este caso, toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento; Además:

De acuerdo con el artículo 40 del Código de Salud de la República, el Ministerio de Salud es el Organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.

Según este mismo código (Art. 41) entre las principales atribuciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social están:

Orientar la política gubernamental en materia de Salud.

Establecer y mantener colaboración con los demás Ministerios, Instituciones Públicas y Privadas y Agrupaciones Profesionales o de Servicio que desarrollen actividades relacionadas con la salud;

Elaborar los Proyectos de Ley y Reglamentos de acuerdo con este Código que fueren necesarios; Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias;

¹⁷ (442., 2007. Nov.)

Intervenir en el estudio y aprobación de los tratados, convenios y cualquier acuerdo internacional relacionado con la salud; sostener y fomentar los programas de salud de carácter regional centroamericano aprobados por los organismos correspondientes; velar por el desarrollo y mejoramiento de las normas de enseñanza de las profesiones relacionadas con la salud y promover el adiestramiento técnico y especialización del personal encargado de las secciones de salud; propiciar todas las iniciativas oficiales y privadas que tiendan a mejorar el nivel de salud de la comunidad, de acuerdo con las normas señaladas por los organismos técnicos correspondientes.

Para el cumplimiento de dichas funciones el Ministerio de Salud se encuentra organizado en tres niveles que son:

Nivel superior: está conformado por el Minsal en sus áreas directivas.

Nivel regional: conformado por las 5 direcciones regionales de salud y por los hospitales de tercer nivel de atención de salud.

Nivel local: conformado por los hospitales nacionales generales y regionales, así como las unidades, puestos y casas de salud.

9. Organización de los servicios de salud

El MINSAL se organiza administrativamente en tres niveles: El Nivel Superior, el Nivel Regional y el Nivel Local, conformado por los SIBASI y las UCSF¹⁸.

Estas instancias facilitan el funcionamiento de las RIISS, conformando en cada Nivel las instancias siguientes:

- En el Nivel Superior, el Consejo de Gestión de RIISS Nacional.
- En las cinco Regiones de Salud conforman los Consejos de Gestión de RIISS Regionales.
- En los 14 SIBASI, se integran en el Gabinete de Gestión Departamental, en el caso de la Región Metropolitana de Salud los cuatro SIBASI se integran al Gabinete de Gestión Departamental. Para la implementación de las RIISS, el

¹⁸ (Salud., Septiembre de 2013.)

MINSAL organiza los establecimientos y servicios de salud en tres niveles de atención, de la siguiente manera:

9.1. Primer nivel de atención:

9.1.1. Ecos Familiares

Constituyen el componente básico y la puerta de entrada a las RIISS para la implementación del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, garantizando la continuidad de la atención integral, a través de la red de servicios de atención en el ciclo de vida en la persona, familia y comunidad, favoreciendo la participación comunitaria, la investigación y el abordaje intersectorial de los determinantes que afecten la equidad en salud. De cara al funcionamiento en red el Ecos Familiar tiene las responsabilidades siguientes:

- Mantener actualizado la dispensarización, que permita la adecuada atención en cada comunidad.
- Desarrollar procesos de elaboración participativa de los ASSI, de tal forma que se constituya en herramienta útil para la toma de decisiones.
- Impactar en los indicadores de muerte materna e infantil.
- Desarrollar procesos permanentes para potenciar la participación social en salud, que permita organizativamente contar con Comités de Salud y Consejos Locales de Salud para que ejerzan la contraloría.

9.1.2. Ecos Especializados

El trabajo de atención coordinado tanto con los Ecos Familiares de su área de responsabilidad como la adecuada articulación del trabajo con la UCSF respectiva, permitirá que el trabajo en red con el segundo y tercer nivel cumpla con la atención continuada de las personas en cada comunidad; la capacidad diagnóstica y terapéutica especializada de cara al funcionamiento en red, permite lo siguiente:

- Que se atienda con eficiencia y eficacia en los casos de referencia, retorno e interconsulta.

- Que se facilite la provisión de medicamento especializado.
- La actualización de los ASSI, vinculado con los Ecos Familiares cercanos (de una misma área de responsabilidad).
- Contar con información actualizada y pertinente que se requiera del área de responsabilidad.
- El impulso de la investigación científica a partir de la realidad propia de las comunidades de su área de responsabilidad.

9.2. Unidades Comunitarias de Salud Familiar, en adelante UCSF

Son los establecimientos donde se prestan servicios de salud integrales, con diferente complejidad y capacidad resolutiva por lo que se clasifican en:

9.2.1. UCSF Básica

Es la infraestructura técnica y administrativa, sede de los Ecos Familiares o donde se proveen servicios básicos integrales de salud, cuya oferta es de: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y salud ambiental; y procedimientos de: pequeña cirugía, inyecciones, curaciones y vacunación. Su horario de servicio es de ocho horas diarias.

9.2.2. UCSF Intermedia

Es la infraestructura técnica y administrativa, que puede ser sede de los Ecos Familiares y cuya oferta incluye además de la identificada en UCSF Básica, presta servicios de odontología, laboratorio clínico, salud ambiental, entre otros.

9.2.3. UCSF Especializada

Es la infraestructura técnica y administrativa, sede de los Ecos Familiares y Especializados, cuya oferta de servicios incluye los prestados por las UCSF Básica e Intermedia, servicios de apoyo, consulta y atenciones especializadas de medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, así como nutrición, fisioterapia, psicología, entre otros.

La UCSF Intermedia y UCSF Especializada, tienen servicios de extensión horaria los fines de semana y días festivos, y dependiendo de la demanda tienen servicios de veinticuatro horas con apoyo de FOSALUD.

Los Ecos Familiares y Ecos Especializados respectivamente, dependen técnica y administrativamente del Director(a) de la UCSF Básica, Intermedia o Especializada a la que han sido adscritos, dependiendo del área de responsabilidad asignada, de la siguiente manera:

9.3. Segundo nivel de atención.

El Segundo Nivel de atención lo constituyen los Hospitales de diferente complejidad de las Redes, que se clasifican en Básicos, Departamentales y Regionales. En ellos se atienden a los pacientes referidos de todos los niveles de atención, principalmente del Primer Nivel, de acuerdo con la micro red correspondiente, para recibir atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación de acuerdo con la complejidad del procedimiento. Las características que identifican al Segundo nivel de atención son:

- a) Constituir el escalón de referencia inmediata del Primer nivel de atención.
- b) Garantizar la atención hospitalaria a través de equipos multidisciplinarios.
- c) Participar en la implementación y funcionamiento del Sistema Único de Información en Salud.
- d) Realizar las acciones de atención de los pacientes, de hospitalización de baja complejidad, de diagnóstico y tratamiento oportuno, de rehabilitación y todas aquellas comprendidas en el nivel y según la capacidad de resolución establecida.
- e) Desarrollar nuevas modalidades de atención, tales como cirugía ambulatoria u hospital de día; modalidades que deben ser tomadas en cuenta por los Consejos Estratégicos de Gestión, en los planes de mejora.
- f) Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles de atención, utilizando el criterio de RIISS, cumpliendo lo establecido en los Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta.

- g) Elaborar los Planes Operativos Anuales, basados en la programación de actividades correspondientes a su nivel y a su capacidad instalada, y no a resultados históricos.

Los Hospitales del segundo nivel son los siguientes:

9.3.1. Básicos

Los Hospitales Básicos, son el apoyo inmediato a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, en adelante UCSF, cuya función principal es de carácter preventivo y promoción de la salud a partir del fortalecimiento con los Equipos Comunitarios de Salud Familiar en adelante Ecos Familiares y los Equipos Comunitarios de Salud Familiar Especializados, en adelante Ecos Especializados. Los Hospitales Nacionales categorizados como Básicos, son los que atienden los cuatros especialidades básicas, siendo las siguientes: Medicina Interna, Cirugía general, Pediatría y Ginecobstetricia.

De acuerdo con los criterios anteriores los Hospitales Nacionales categorizados como básicos se pueden observar en la tabla 2.

9.3.2. Departamentales

Son los Hospitales que se ubican en las cabeceras departamentales con mayor concentración poblacional, reciben pacientes de los Hospitales Básicos, las UCSF, los Ecos Familiares y de los Ecos Especializados, dichos Hospitales Nacionales categorizados como Departamentales, tienen mayor capacidad de respuesta en cuanto a infraestructura y elementos técnicos. Además de las cuatro especialidades básicas, cuentan con subespecialidades de acuerdo con el perfil epidemiológico del área de responsabilidad, así como equipo y personal tecnificado. Dentro de estos están el Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña", de San Salvador, y el Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez", de Soyapango, por atender además de las especialidades básicas, el primero la neumología y sus ramas y el segundo la psiquiatría y sus ramas. Ver tabla 3.

9.3.3. *Regionales*

Proveen atención de salud ambulatoria de las diferentes especialidades con que cuenta, constituye el centro primario de referencia y hospitalización de la región respectiva en las cuatro especialidades básicas y en algunas subespecialidades de acuerdo con el perfil epidemiológico de área de responsabilidad, ver tabla 4.

9.4. *Tercer nivel de atención.*

Los Hospitales de tercer nivel cuentan con servicios para una especialidad básica y otras especialidades, entre ellos están:

- a) **Pediátrico:** Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, cuenta con especialidades médicas y quirúrgicas destinadas a la atención de la población de cero a doce años.
- b) **Gineco-Obstétrico:** Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Argüello Escolán”, cuenta con especialidades para la atención Materno-Infantil (Ginecología, Obstetricia y Neonatología).
- c) **Especializado para la atención de la adultez y adolescencia:** Hospital Nacional Rosales, cuenta con la atención en especialidades médicoquirúrgicas y otras subespecialidades.

Además del criterio de prestación de servicios, se categorizan como Hospitales Escuela aquellos que realizan formación de especialidades, a partir de los Convenios que suscriba el MINSAL con instituciones educativas en el área de la salud.

Los Hospitales se observan en la tabla 5.

Categorización de Hospitales

Los Hospitales de las RIISS dependen jerárquicamente de la Dirección Nacional de Hospitales, en adelante DNH, como vínculo a Nivel Superior con el MINSAL, para la provisión de servicios. Para la ejecución presupuestaria, se debe coordinar con la Unidad Financiera Institucional del Nivel Superior, a través de la DNH¹⁹.

¹⁹ (Salvador., Diciembre de 2012.)

Las actividades de los Hospitales, como parte de las RIISS están dirigidas a la satisfacción de las necesidades de atención ambulatoria y hospitalización que demanda el estado de salud de la población de su área de responsabilidad, con la más alta calidad y el empleo racional de los recursos.

A. Categorías hospitalarias.

Los Hospitales son categorizados de la siguiente manera:

- Hospitales de segundo nivel: se subdividen en Hospitales Básicos, Departamentales y Regionales.
- Hospitales de tercer nivel: son los de referencia nacional.

A1. Las categorías hospitalarias definidas en el presente instrumento técnico jurídico responden a las Estrategias 9 y 25 de la Política Nacional de Salud 2009 - 2014, que establece la creación de Políticas hospitalarias con el fin de regular e incrementar la eficacia, la eficiencia y la efectividad de los niveles secundario y terciario de atención.

Los Hospitales están categorizados de acuerdo con los siguientes criterios:

- Perfil epidemiológico del área.
- Conjunto de prestaciones que ofrece.
- Ubicación geográfica.
- Población por atender.
- Equipamiento médico e industrial.
- Prestación de servicios de especialización.
- Tecnificación del recurso humano.
- Docencia e investigación para los Hospitales Escuela.

11. Marco Legal en la Administración de los Hospitales Generales.

La actividad legal de los Hospitales Nacionales Generales se enmarca en primer lugar en la Constitución de la República, que en su artículo 65 establece que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público y que el Estado y las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento... por cuanto está comprendido en los programas y planes de Gobierno a través del Ministerio de Salud.

Además, al estar financiado con fondos del Estado, está regulado por la Ley del Presupuesto, publicada como Decreto Legislativo N° 2983, el 17 de diciembre de 1959, D. O. 234, tomo 85 del 23 de diciembre de 1959.

Otras regulaciones a las que se encuentra sujeta la administración del Hospital Nacional de Chalatenango son: Ley General de Presupuestos, Ley de Salarios, Ley Orgánica de Administración Financiera, Ley del Servicio Civil, Código de Trabajo, Normas Técnicas de control Interno de la Corte de Cuentas, Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, etc. Las cuales se describen a continuación:

11. Ley General de Presupuestos

Contiene los lineamientos y criterios generales para orientar el proceso de Formulación del Presupuesto, en función de la política presupuestaria vigente, la cual se realiza en cumplimiento a lo establecido en los artículos 28 y 29 de la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado, y artículo 40 de su Reglamento siendo su ámbito de aplicación es el Sector Público No Financiero de conformidad con el artículo 2 de la Ley antes citada.

12. Ley Orgánica de Administración Financiera

Esta ley tiene por objeto normar y armonizar la gestión financiera del sector público; establecer el Sistema de Administración Financiera Integrado que comprenda los Subsistemas de Presupuesto, Tesorería, Inversión y Crédito Público y Contabilidad Gubernamental.

De acuerdo con el artículo 2 “Quedan sujetas a las disposiciones de esta Ley todas las Dependencias Centralizadas y Descentralizadas del Gobierno de la República, las Instituciones y Empresas Estatales de carácter autónomo, inclusive la Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa, y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social; y las entidades e instituciones que se costeen con fondos públicos o que reciban subvención o subsidio del Estado.

Por otra parte, según lo establecido en el Artículo 16 de la presente ley “Cada entidad e institución mencionada en el Artículo 2 de esta Ley, establecerá una unidad financiera institucional responsable de su gestión financiera, que incluye la realización de todas las actividades relacionadas a las áreas de presupuesto, tesorería y contabilidad gubernamental, de acuerdo con lo dispuesto por la presente Ley. Esta unidad será organizada según las necesidades y características de cada entidad e institución y dependerá directamente del Titular de la institución correspondiente.

13. Ley del Servicio Civil

Esta normativa tiene por finalidad regular las relaciones del Estado y el Municipio con sus funcionarios y empleados; y garantizar la protección de éstos y la eficiencia de la administración pública y municipal, y organizar la carrera administrativa mediante la selección y promoción del personal sobre la base del mérito y la aptitud. Creando para ello orgánicamente el Tribunal de Servicio Civil, y sus atribuciones (Art. 1).

Estarán sujetos a esta ley, de acuerdo con el artículo 2, los funcionarios y empleados de la administración pública y de la municipalidad y los de los organismos descentralizados de las mismas que no gocen de autonomía económica o administrativa. Esta norma también regula los procesos de creación y supresión de empleos. “Toda plaza, cargo o empleo público sólo podrá ser creado o suprimido por la ley; y para tomar posesión o entrar a desempeñar el cargo o empleo el funcionario o empleado deberá ser nombrado de conformidad con la misma...” (Art.3), Selección de Personal y Llamamiento de aspirantes (Art.20 y 21). Además, se estipulan los derechos, deberes y prohibiciones de los empleados y funcionarios.

14. Normas Técnicas de control Interno de la Corte de Cuentas

“Constituye el marco básico que establece la Corte de Cuentas de la República para el control interno hacia los órganos, instituciones, entidades, sociedades y empresas del sector público.” (Art. 1). De lo anterior, establece pautas generales que orientan el accionar de las entidades del sector público hacia un adecuado control interno y probidad administrativa, logrando eficiencia, efectividad, economía y transparencia en la gestión que desarrollan. (Art. 3)

Según el Art. 5, “La responsabilidad por el diseño, implantación, evaluación y perfeccionamiento del sistema de control interno corresponde a la máxima autoridad de cada Institución del sector público y a los niveles gerenciales y demás jefaturas en el área de su competencia institucional.

15. Ley de creación del Sistema Nacional de Salud

Por decreto legislativo número 442 de fecha 16 de noviembre del 2007, se crea el Sistema Nacional de Salud que estará constituido por un conjunto de instituciones que forman parte de la administración pública interrelacionadas e integradas en su funcionamiento, de manera armónica y sistematizada y cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población.

El Sistema funcionará de forma armónica estableciendo mecanismos de coordinación para implementar políticas de prevención y de intervención, tendientes a incrementar, preservar, mantener y recuperar la salud de las personas, familias, comunidades y la población de todo el territorio nacional; así como para cumplir todas las funciones que le corresponden al Sistema de Salud, sin delegar las responsabilidades del Estado.

El sistema está conformado por:

- a) El Ministerio de Salud y sus dependencias,
- b) El Instituto Salvadoreño del Seguro Social,
- c) El Ministerio de la Defensa Nacional, en lo concerniente a sanidad militar,
- d) El Fondo Solidario para la Salud,
- e) El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, y,
- f) El Ministerio de Educación, en lo concerniente a Bienestar Magisterial.

Metas y características del sistema:

Art. 3.- El Sistema Nacional de Salud tendrá como meta el cumplimiento de la garantía constitucional de acceso a los servicios de salud, como un derecho social de todos los habitantes del territorio y tendrá como características distintivas el humanismo, respeto

al usuario, ética, calidez, universalidad, equidad, solidaridad, subsidiaridad, accesibilidad, calidad, integralidad, eficacia, eficiencia, oportunidad y participación social.

Objetivos:

Art. 4.- El Sistema Nacional de Salud tendrá esencialmente los siguientes objetivos:

- a) Desarrollar un modelo de atención basado en un enfoque de salud familiar que enfatice la promoción de la salud, la prevención del riesgo y del daño en el individuo, la familia y la comunidad; asimismo, que promueva el mejoramiento del medio ambiente, sin perjuicio de las actividades curativas y de rehabilitación tradicionales;
- b) Alcanzar una mayor cobertura y mayores niveles de atención en salud a toda la población salvadoreña, en condiciones de eficacia, eficiencia y equidad en la provisión de los servicios y en función de las necesidades de la población;
- c) Reducir al mínimo desigualdades de los niveles de salud que persisten en diferentes regiones y grupos sociales del país;
- d) Destinar prioritariamente en cada ejercicio fiscal de acuerdo con las disponibilidades financieras, y fiscales del Estado, los recursos económicos necesarios para que la asignación presupuestaria en salud sea adecuada a las necesidades de la población, mejorando la infraestructura, recursos humanos, equipo médico, suministro de medicamentos; y en general, todos aquellos aspectos que permitan ampliar la cobertura y la calidad en la prestación de los servicios de salud a la población;
- e) Promover que el acceso a los servicios de salud se base en los principios de equidad y solidaridad;
- f) Lograr la satisfacción de los usuarios, respetando sus derechos y valores;
- g) Generar oportunidades de desarrollo para los trabajadores de salud;
- h) Lograr la cohesión y el trabajo coordinado entre los diferentes actores;

i) Trabajar conjuntamente en la consecución de objetivos comunes al Sistema, optimizando los recursos que sean necesarios en beneficio de la población.

16. Modelo de atención del sistema

Salud Familiar

Art. 13.- El Sistema Nacional de Salud deberá establecer un modelo de atención basado en un enfoque de salud familiar, cuyo principal propósito es el de contribuir a conservar y restablecer de manera integral la salud de la población, teniendo como ejes centrales la prevención y la promoción de la salud, basándose en el perfil epidemiológico y las determinantes locales de la salud, en los aspectos económicos, culturales, demográficos, sociales y ambientales.

El modelo facilitará la organización de redes funcionales por niveles para la entrega de los servicios a la población, según se establece en el Capítulo siguiente.

Equipos de Salud Familiar

Art. 14.- La atención en salud en los diferentes establecimientos del primer nivel, estará a cargo de Equipos de Salud Familiar con personal multidisciplinario, los cuales se establecerán a nivel nacional de manera coordinada con todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, en base a convenios interinstitucionales.

Adscripción familiar

Art. 15.- El modelo funcionará mediante la adscripción de las familias a los establecimientos del primer nivel de atención, y la continuidad de los servicios se articulará mediante un sistema de referencia y retorno.

Los miembros del SNS que gocen de facultades legales para ello, desarrollarán de manera reglamentaria la metodología de adscripción familiar, la conformación de los equipos de salud familiar y demás aspectos necesarios para la implementación del modelo.

Acciones conjuntas

Art. 16.- Todos los miembros del Sistema integrarán sus esfuerzos en acciones de promoción de la salud, prevención del riesgo y el daño, rehabilitación y otras que requiera.

Red de atención:

Art. 19.- La provisión de servicios de salud se prestará por medio de una red funcional que articule los tres niveles de atención. Las redes estarán formadas por los diversos miembros del Sistema, guiados por la Política Nacional de Salud.

Primer nivel de atención.

Art. 20.- El Primer Nivel de Atención estará encaminado a la protección de la persona en su entorno familiar y comunitario, quienes tendrán una participación, interactuando con los prestadores de servicios.

El primer nivel estará conformado por los agentes comunitarios de salud, los equipos de Salud Familiar, los establecimientos de las instituciones miembros del Sistema que presten servicios de primer nivel para una población y territorio definidos y otras instituciones vinculadas a la salud con representación territorial.

Los establecimientos del primer nivel de atención funcionarán organizados en redes con un territorio y población definidos, para garantizar las prestaciones básicas que establezca el modelo de atención.

El primer nivel actuará como puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, habilitando el acceso a los otros niveles del Sistema, cuando sea necesario.

Segundo y tercer nivel.

Art. 21.- Se establecerán redes funcionales de segundo y tercer nivel con atención protocolizada.

El segundo y tercer nivel de atención estarán conformados por los hospitales públicos acreditados para cada una de las categorías. Para garantizar la continuidad de la atención y la prestación permanente y efectiva de los servicios correspondientes,

actuarán en coordinación con los otros sistemas mediante el uso de la referencia y retorno.

17. La política nacional de salud.

De acuerdo con el decreto 442 de noviembre del 2007 se refiere en el Art. 6.- El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en adelante el Ministerio, en su función de rectoría, coordinará la formulación de la Política Nacional de Salud de manera conjunta con los miembros del Sistema Nacional de Salud.

Las directrices emitidas por el ente rector en aplicación de la política aprobada tendrán carácter obligatorio, pero no podrán transgredir las limitaciones y objetivos específicos de cada institución integrante del sistema, según lo establecido en los cuerpos legales que rigen a dichas instituciones.

Corresponderá al Ministerio la planificación, organización, ejecución, supervisión y evaluación de dicha política y sus directrices.

La Política Nacional de Salud deberá ser evaluada por lo menos una vez al año de manera conjunta por el Ministerio y los miembros, los que aprobarán las respectivas modificaciones o ajustes. También determinará el grado de cumplimiento de la política por parte de los miembros del sistema.

Elementos de la Política Nacional de Salud

Art. 7.- La Política Nacional de Salud, contendrá al menos, los siguientes elementos:

- a) Promoción de la salud,
- b) Vigilancia epidemiológica y sanitaria,
- c) Salud ambiental,
- d) Salud laboral,
- e) Investigación en salud y desarrollo científico- tecnológico,
- f) Acceso igualitario a los servicios de salud de los individuos, las familias y las comunidades,

- g) Regulación de la gestión institucional,
- h) Participación Social en Salud,
- i) Acciones intersectoriales,
- j) Emergencias y catástrofes,
- k) Inversiones en salud,
- l) Tecnología médica y de apoyo,
- m) Medicamentos e insumos médicos y no médicos,
- n) Recursos humanos en salud,
- o) Modelo de atención,
- p) Modelo de provisión,
- q) Modelo de gestión,
- r) Modernización y fortalecimiento institucional.

En desarrollo de estos elementos, el rector podrá emitir políticas específicas derivadas de la política nacional, como una política de participación social, política de recursos humanos; entre otras.

Rectoría

Art. 8.- Para hacer efectiva la adecuada ejecución de la Política Nacional de Salud, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud, en virtud de lo cual le compete coordinar, conducir y controlar el Sistema.

Podrá coordinar directamente con las entidades que integran el Sistema y colaboradores del mismo, para la correcta ejecución de la política.

Bajo acuerdo ejecutivo número 788 del 1 de septiembre del año 2008, se dicta la política general de Salud; Así:

“Elevar el nivel de salud de la población salvadoreña, mediante el fortalecimiento de la capacidad rectora en salud del MSPAS, implantación efectiva del modelo de atención integral con enfoque de salud familiar, cobertura universal en salud, reducción de la vulnerabilidad en salud de las personas ante situaciones de emergencias y catástrofe, asignación presupuestaria acorde a las necesidades de la población, satisfacción de los usuarios y generación de oportunidades de desarrollo para los trabajadores de la salud.”

La Política Nacional de Salud (PNS) tiene como finalidad proveer las líneas estratégicas que faciliten a los Miembros y Colaboradores del Sistema Nacional de Salud impulsar y coordinar acciones concretas para la atención de las prioridades y retos en salud, mediante la implementación de intervenciones que contribuyan a alcanzar mejores indicadores de salud y un mejor desarrollo humano de los habitantes de El Salvador.

Mediante la implementación de las directrices incluidas en la PNS, se articularán los esfuerzos entre los Miembros y Colaboradores del SNS para la construcción de consensos y disponibilidad de recursos en función de las prioridades y retos nacionales en salud definidos, a fin de responder adecuadamente a las necesidades en salud de la población.

Principios y Valores:

- **Universalidad:** Responsabilidad del Estado de garantizar bajo un enfoque de derecho, el acceso a la salud con calidad para toda la población, sin distinciones geográficas, sociales, económicas, culturales y de género.
- **Equidad:** La distribución de los servicios de salud y de los recursos asignados para tal fin, se realizarán de acuerdo con las necesidades de los habitantes de El Salvador.
- **Acceso:** El acceso a los servicios de salud, sin importar el proveedor, es un derecho humano fundamental de todos los habitantes de El Salvador.
- **Integralidad:** Se garantiza un conjunto de intervenciones en las diferentes etapas de la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de la salud,

dirigidas al individuo, familia, comunidad y su entorno, según el nivel de atención y fases de la vida, identificando e implementando acciones sobre los diversos factores determinantes que inciden en la salud.

- **Ética:** La ética en salud se orienta al respeto a la dignidad, integridad y autonomía de todas las personas, al logro del bienestar humano y la justicia social. Los trabajadores de la salud están obligados a brindar un trato digno y justo a todos los usuarios de los servicios, garantizando como norma el trato humano, amable y cálido al paciente; asimismo, el paciente debe brindar respeto al personal de salud.
- **Solidaridad:** Principio por el cual se asegura la protección de la salud para toda la población, mediante un modelo de financiamiento que garantice el acceso al sistema nacional de salud, con énfasis en aquellos grupos con menos recursos.
- **Inclusión en salud:** Entendida como el acceso de grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos o grupos de la sociedad ya disfrutaban.
- **Corresponsabilidad:** Entendida como la construcción de la responsabilidad compartida entre las diferentes instituciones públicas y los usuarios del sistema en la recuperación y mantenimiento de las condiciones de salud de la familia salvadoreña.

Ejes transversales

Enfoque de género en salud: Proceso mediante el cual se reconocen las diferencias y particularidades biológicas y sociales entre mujeres y hombres en términos de sus necesidades y problemas de salud, aplicado a la planificación en salud, ejecución, vigilancia y evaluación con el fin de avanzar hacia el logro de la igualdad y equidad. De esta manera se estaría logrando la transversalización de la perspectiva de género en el proceso salud–enfermedad y en el desarrollo sanitario del país.

Calidad: El mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud es una condición indispensable y prioritaria para el cumplimiento de los objetivos institucionales y de los compromisos relacionados con la función social del Estado. La

calidad es un instrumento trazador en el quehacer de salud y permitirá concentrar esfuerzos para la reducción de los riesgos en la atención de la salud y lograr la satisfacción de los usuarios y usuarias del sistema de salud.

Participación social en salud: Implica la interacción entre población, trabajadores de la salud e instituciones gubernamentales y no gubernamentales vinculadas con el estado de salud; dicha interacción deberá potenciar y articular los recursos, contribuir a la integralidad de las acciones y evitar la duplicidad en el abordaje y solución de los problemas de salud.

Políticas específicas.

Desarrollar la capacidad rectora en salud del MSPAS.

Desarrollar y fortalecer la capacidad rectora en salud para la coordinación, conducción y control del Sistema Nacional de Salud

Desarrollar un sistema integrado de información en salud.

Establecer un sistema de información que provea la información y datos estadísticos sanitarios para la adecuada y oportuna toma de decisiones que incidan en los factores determinantes en la salud, así como de las actividades y estrategias desarrolladas por los Miembros del Sistema, para el control de las mismas, y de las otras instituciones responsables de la vigilancia de estas determinantes.

Lograr cobertura universal de la atención en salud.

Lograr la cobertura universal de la atención en salud, con énfasis en poblaciones con difícil acceso geográfico y menores ingresos económicos, con enfoque de género y en función de las necesidades en salud.

Implementar un modelo de atención integral basado en la salud de la familia y su entorno.

Implementar un modelo de atención basado en la salud de la familia y su entorno, a fin de mejorar la situación de salud de la población salvadoreña, en las diferentes fases de la vida y entornos.

Desarrollar la Promoción de la Salud.

Desarrollar la promoción de la salud para actuar sobre las determinantes y los estilos de vida individuales y colectivos, aunando esfuerzos sectoriales e intersectoriales en conjunto con la comunidad para preservar, mantener y mejorar la salud de la población.

Proteger la salud mental y fomentar estilos de vida saludables.

Promover, fomentar y proteger la salud mental y estilos de vida saludables en la población, con énfasis en la práctica de la actividad física, deporte, recreación en espacios seguros y accesibles, así como el desarrollo de habilidades y destrezas.

Contribuir a garantizar la seguridad y calidad nutricional.

Contribuir a garantizar la seguridad y calidad nutricional, orientando las acciones entre el Estado y los diferentes sectores de la sociedad salvadoreña mediante procesos integrales, intersectoriales e interinstitucionales orientados a:

Fortalecer y mejorar la calidad de la atención en salud

Promover y fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad de la prestación de los servicios de salud, mediante el desarrollo del Programa Nacional de Garantía de la Calidad y sus ejes de intervención.

Promover el desarrollo de los Recursos Humanos en salud.

Promover el desarrollo de los recursos humanos en salud en función de las necesidades reales en salud, a fin de ampliar la cobertura de los servicios, mejorar la calidad de atención, la equidad y el acceso de la población a los servicios de salud.

Implementar la Participación Social en Salud.

Garantizar la implementación de la participación social en el Sistema Nacional de Salud, como un derecho sujeto de ejercicio y reconocimiento.

Mejorar el acceso a medicamentos esenciales e insumos médicos.

Mejorar el acceso a medicamentos esenciales e insumos médicos de calidad, seguros y eficaces, promoviendo la disponibilidad, uso racional e investigación en las instituciones miembros del Sistema.

Fortalecer la organización de los servicios del sistema nacional de salud para situaciones de emergencia, epidemia y catástrofe.

Fortalecer la organización de los servicios de salud a fin de mejorar la capacidad de la gestión del riesgo para el manejo efectivo y oportuno de las emergencias, epidemias y desastres mediante la integración del Sistema Nacional de Salud con actores, sectores y la comunidad.

Desarrollar la capacidad de investigación y el desarrollo científico tecnológico en salud.

Desarrollar la capacidad de investigación y el desarrollo científico-tecnológico en el campo de la salud para apoyar la toma de decisiones y la implementación de soluciones innovadoras, respetando los principios éticos, bioéticos y científicos de manera que se contribuya a la producción en salud.

Garantizar la financiación, la inversión y el gasto público en salud.

Garantizar la financiación en salud, asegurando que la inversión y el gasto público estén orientados hacia la satisfacción de las necesidades reales de la población, a fin de dar cumplimiento al mandato constitucional que establece la salud como bien público.

Fortalecer la vigilancia de la salud y de sus factores determinantes.

Fortalecer la capacidad de dirección, planificación, ejecución, control y evaluación de las intervenciones de vigilancia en Salud Pública, sobre los factores determinantes de la salud en el marco del Reglamento Sanitario Internacional y de las regulaciones nacionales vigentes.

Fortalecer la vigilancia y el control de los factores ambientales de riesgo para la salud.

Contribuir a mejorar la Salud Ambiental, asegurando los mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial, el fortalecimiento de la capacidad instalada en los establecimientos de salud y el fortalecimiento de la gestión ambiental.

Fortalecer las acciones que garanticen la salud de las personas en su ambiente laboral.

Mejorar los servicios de protección de la salud y seguridad de las personas en su ambiente laboral, mediante acciones de cooperación intersectorial e interinstitucional, que contribuya a la reducción del riesgo y el daño.

***18. Perfil del Hospital Nacional "Dr. Luis Edmundo Vasquez"*²⁰**

El Hospital Nacional de Chalatenango (ver ilustración 1) se encuentra localizado en la cabecera del departamento de Chalatenango; el que posee una extensión territorial de 2,017 Km², el cual se encuentra a una altura de 400 metros sobre el nivel del mar. Territorialmente se divide en 33 municipios: Chalatenango (Cabecera), Agua Caliente, Arcatao, Azacualpa, San José, Cancasque, Citalá, Comalapa, Concepción Quezaltepeque, Dulce Nombre de María, El Carrizal, El Paraíso; La Laguna, La Palma, La Reina, Las Flores, Las Vueltas, Nombre de Jesús, Nueva Concepción, Nueva Trinidad, Ojos de agua, Potonico, San Antonio de la Cruz, San Antonio los Ranchos, San Fernando, San Francisco Lempa, San Francisco Morazán, San Ignacio, San Isidro Labrador, San Luis del Carmen, San Miguel de Mercedes, San Rafael, Santa Rita, Tejutla. La población que atiende el hospital de Chalatenango actualmente por ser categorizado como hospital departamental es de 204,942 habitantes de los 33 municipios del departamento, siendo el hospital de referencia del hospital municipal de la Nueva Concepción, además de ser el centro de consulta voluntaria de áreas que no pertenecen a nuestra AGI, pero la población la prefiere como son: Aguilares, El Paisnal, Honduras entre otras, ver tabla 6.

²⁰ (Hospital Nacional "Dr. Luis Edmundo Vasquez", 2016.)

El crecimiento de población por sexo y grupos de edad entre los años 2016 y 2017 del departamento de Chalatenango se puede observar en la tabla 7, la pirámide poblacional en la tabla 8 y la estructura de población meta programática en la tabla 9.

La distribución de la población del área geográfica de influencia según edad y sexo para el Hospital Nacional de Chalatenango se puede observar en el grafico 11.

19. Situación de salud

Análisis de mortalidad 2016

En comparación al total de fallecidos en el 2015, que se contabilizaron 106, se experimentó una disminución de 23 para el 2016. La primera causa de mortalidad hospitalaria fue neumonías con 17 fallecidos en 2016, para 2015 por esta causa se contabilizaron 18, permaneciendo siempre como la primera causa en ambos años. Los efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal el año 2015 se perfilo como la segunda causa de fallecidos con 8 muertes atribuidas y este año, se ubica en el 9º lugar con 2 fallecidos. Las enfermedades cardíacas ocuparon el 5º lugar en 2015, hoy se ubican en la 2º causa de mortalidad con 12 fallecidos. La diabetes mellitus no aparecía entre las 10 principales causas de mortalidad en 2015, hoy se ubican en el décimo lugar con 2 casos, ver tabla 10.

Análisis de morbilidad 2016

En relación con egresos, durante el año 2015 se tuvo un total de 7,873 egresos, 251 más que en el mismo periodo del año 2016. La primera causa de egreso en el año 2015 fueron las relacionadas con el embarazo y la atención de este con un acumulado de 25.8% comparado con un 23% del año 2016; además fue la primera causa de referencia recibidas de la RIIS con un 25.54%, ver tabla 11.

Con relación a consulta ambulatoria especializada, el 11% del total de consulta se relacionan a patologías del sistema circulatorio. La primera causa de consulta por morbilidad fue la realizada para seguimiento y exámenes. La diabetes mellitus genera individualmente la segunda causa de consulta con 2,171 con 211 más consultas que el 2015, ver tabla N°12.

Se han incrementado 2,639 consultas comparando con el año 2015. Son las especialidades con más demanda: Medicina interna: con 7,476 consultas brindadas, obstetricia: 5,762 consultas, medicina general: 5,635 consultas, cardiología: 4,933 consultas y cirugía general 4,299 consultas.

La consulta en la unidad de emergencia ha experimentado una disminución a través de los años, ocasionado por el fortalecimiento de las redes integradas e integrales en salud (RIISS) en primer nivel además de la ampliación de horarios en la UCSF de Chalatenango, como la sistematización del triage en la unidad de emergencia, ver gráfico 12.

La demanda de la emergencia ha experimentado una disminución de 716 consultas comparándolas con el año 2015. El 20.35% del total de atenciones brindada son relacionadas a embarazo, parto y puerperio, ver tabla 13.

En lo relacionado a enfermedades crónicas, la atención de usuarios por nuevos casos de Diabetes Mellitus en el hospital ha tenido un comportamiento al descenso en los últimos 5 años. Se ha trabajado en RIISS para mejorar el diagnóstico de esta patología y depurar aquellos que son subsecuentes, gracias a los monitoreo y análisis que se hacen en conjunto con el SIBASI. Como departamento se ha evidenciado una disminución de la incidencia ya que se depura el diagnóstico y se hace principalmente en los hospitales de la red, ver gráfico 13.

En cuanto a los nuevos casos de hipertensión arterial, a nivel departamental se observa una disminución a lo largo del tiempo, logrando depurar aquellos que se han estado reportando como primera vez y que son casos subsecuentes. El diagnóstico se ha estado realizado en forma sostenido en el hospital logrando disminuir un 89.6% con respecto al año 2015, ver gráfico 14.

Como departamento se ha experimentado un incremento de casos en el último quinquenio. El diagnóstico de IRC ha tenido una tendencia al alza como hospital, pero se nota un ligero descenso de casos del 22% en el último año, en el departamento hay un incremento del 96% hasta septiembre, ver gráfico 15.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) ha tenido un descenso progresivo desde el año 2014, pero en el último año se evidenció un incremento del 215% en comparación al año 2015, hay mejora en el registro de nuevos casos depurando aquellos que son subsecuentes, ver gráfico 16.

El cáncer gástrico ha tenido una elevación importante en los últimos 3 años, ya que a nivel departamental la búsqueda se ha mejorado evitando así el subregistro, los medios diagnóstico han contribuido a este comportamiento, como la fortaleza de laboratorios en el departamento. En el último año se experimenta una disminución de casos del 62% con respecto al 2015, ver gráfico 17.

La búsqueda de cáncer cérvico uterino se ha visto fortalecido especialmente en la RIIS, gracias a que se cuenta con obstetras en las UCSF especializadas los cuales fortalecen la vigilancia de estas patologías. En cuanto al hospital la incidencia de casos ha disminuido en un 44%, ver gráfico 18.

En cuanto a los tiempos de espera, en la consulta especializada en general se han logrado reducciones importantes en los días de asignación de consulta de primera vez, se logró reducir a 1 día en el área de obstetricia, manteniendo ese tiempo por más de medio año, medicina interna cierra el año con valores por arriba de lo programado a pesar de los esfuerzos de derivación de pacientes a los ECOS, ver tabla 14.

Se logró acortar los tiempos de espera para cirugía ambulatoria mediante la implementación de listas dinámicas de espera las cuales se activan por parte de trabajo social el que llama a pacientes al haber cupo, finalizando el periodo con 14 días.

En el tiempo de espera de consulta en área de emergencia se ha implementado el Triage, el tiempo promedio es de 48 minutos. Se identifica la limitante de recurso humano especialmente médico en esa área y sobrecarga de demanda.

El tiempo de espera para ingreso hospitalario en un promedio de 2:01 horas. En este periodo comprende tiempos de resultados de laboratorio y exámenes de gabinete complementarios, elaboración de expediente clínico y la disponibilidad de recurso de

enfermería para traslado de pacientes al área de hospitalización respectiva, que en la mayoría de veces es el mismo recurso que está atendiendo en la emergencia a pacientes delicados.

Estructura orgánica.

La estructura orgánica del Hospital Nacional de Chalatenango tiene una conformación vertical y se detalla en el organigrama institucional de la ilustración 2.

Oferta de servicio

- Consulta especializada
- Holter cardiaco
- Planificación familiar
- Electrocardiograma
- Espirometrías
- Oficina por el derecho a la salud
- Colposcopia
- Unidad de salud mental
- Ultrasonografía obstétrica
- Atenciones en CAPI, Centro de Atención Integral
- Trabajo social

Los horarios de atención de la consulta ambulatoria especializada se observan en la tabla 15.

La distribución de camas por especialidad y los horarios de atención se observan en la tabla 16.

La oferta de laboratorio se observa en la tabla 17, la oferta de radiología e imagenología se observa en la tabla 18 y los servicios de apoyo en la tabla 19.

La producción de actividades de la consulta ambulatoria especializada del año 2016 se observa en la tabla 20.

Las producciones de egresos hospitalarios durante el año 2016 se observan en la tabla 21.

La producción de los servicios de apoyo diagnóstico, tratamiento y rehabilitación se observan en la tabla 22.

La producción del laboratorio clínico se observa en la tabla 23.

La producción de los servicios generales se observa en la tabla 24.

El comportamiento de los indicadores de gestión se observa en la tabla 25.

20. Lineamientos técnicos para las buenas prácticas de almacenamiento y gestión de suministros en almacenes del ministerio de salud.

Con la implementación de la Reforma de Salud iniciada en el 2010, se generan diversos cambios en la estructura organizativa del Ministerio de Salud, entre estos la Unidad de Abastecimiento del Nivel Superior, los Almacenes de: Nivel Superior, Biológicos, Regiones de Salud y Hospitales Nacionales; en donde se incorpora el componente del flujo efectivo de los suministros, para contribuir de manera directa a la mejora de la prestación de servicios de salud a la población²¹.

Para la recepción de bienes el guardalmacén, debe considerar los siguientes aspectos:

Recepción

- a) Coordinar con los proveedores la recepción en base a los plazos de entrega establecidos en los contratos u órdenes de compra u otro documento legal.
- b) Al recibir los suministros debe verificar lo siguiente: Factura, Nota de remisión u orden de entrega, Descripción del producto, Cantidad, Unidad de medida, Precio unitario, Precio total, Número de contrato, número de orden de compra o cualquier otro instrumento legal que ampare la compra, Número de lote, cuando aplique, Fecha de vencimiento, cuando aplique, Análisis de aceptación de control de calidad, cuando aplique, Modelo y serie cuando aplique.

²¹ (Salud., Lineamientos técnicos para las buenas prácticas de almacenamiento y gestión de suministros en almacenes del Ministerio de Salud., julio 2015.)

- c) El Guardalmacén podrá realizar un conteo del cien por ciento de los bienes cuando estime pertinente.
- d) Para formalizar la recepción de los bienes, se debe elaborar el acta de recepción correspondiente, la cual debe estar firmada por el guardalmacén, administrador de contrato, cuando aplique y el representante del proveedor o contratista responsable de la entrega de los productos. En la recepción de bienes, provenientes de las dependencias del MINSAL, se debe elaborar un vale de ingreso, para el registro de los bienes en el inventario del almacén respectivo, este ingreso se debe realizar en el Sistema Nacional de Abastecimiento, en adelante SINAB.
- e) Si al momento de la recepción y después de realizar la inspección física, los bienes a entregar no están conforme a lo establecido en los documentos contractuales o se detecta algún defecto en las características de los bienes, el Guardalmacén en coordinación con el Administrador de Contrato o área responsable de la adquisición de los bienes, deben proceder a elaborar el acta de no aceptación de la recepción, detallando las razones por las cuales no se reciben, la cual deben firmar en conjunto con el representante del Proveedor que en ese momento está realizando la entrega. Adicionalmente el Administrador de Contrato, debe remitir copia de dicha Acta a la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones, en adelante UACI, para efectos del seguimiento del contrato; en el caso que el Guardalmacén identifique algún inconveniente para la recepción de bienes por causas imputables al MINSAL, se deberá proceder a realizar el mismo procedimiento indicado en el presente literal, utilizando el acta de no recepción.
- f) El Guardalmacén debe distribuir oportunamente la documentación a las diferentes dependencias administrativas, mantener controles y archivos adecuados de la documentación que recibe y distribuye; en general debe realizar el control interno de las actividades de recepción.
- g) Para los suministros que se requiera controles especiales por parte de otras autoridades competentes relacionadas con los mismos, se debe obtener copia del permiso correspondiente, antes de realizar el proceso de recepción.

1. En los almacenes el Guardalmacén respectivo, es el único responsable de los procesos de recepción, almacenamiento y despacho de los bienes adquiridos mediante cualquier modalidad de adquisición legalmente establecida.
2. Cuando en los documentos contractuales se establezca que los equipos o mobiliarios serán entregados, instalados y funcionando, el Guardalmacén coordinará la metodología de recepción para estos bienes, considerando lo establecido en las cláusulas contractuales.
3. Cuando se trate de bienes adquiridos a través de una agencia de compras externas o intermediario de compras, no es aplicable la figura de administrador de contrato, por lo tanto, el Guardalmacén respectivo podrá solicitar un delegado del área técnica o dependencia que gestionó la adquisición de los bienes, para realizar el proceso de recepción de los productos.
4. En las compras realizadas a través del mercado bursátil, el proceso de recepción de bienes en los Almacenes del MINSAL, debe ser realizado por el cliente vendedor o proveedor, en coordinación con cliente comprador (MINSAL), para determinar fechas de entrega y revisión de documentos.
5. Los Almacenes del MINSAL deben recibir, almacenar y despachar bienes adquiridos mediante cualquier modalidad de compra legalmente establecida; ya sea mediante convenios interinstitucionales; así como aquellos que se obtengan a través de la Bolsa de Productos y Servicios de El Salvador, excepto cuando en los instrumentos de compra o en los referidos convenios y debido a la naturaleza de los bienes adquiridos, se establezca que la recepción de los bienes será en un lugar diferente, para lo cual la Unidad de Abastecimiento del Nivel Superior, debe proporcionar el manual de procedimientos que para tal efecto se deba utilizar.

Almacenamiento

1. Para la ubicación de los productos en el área de almacenamiento, el Guardalmacén debe implementar un sistema que garantice la correcta ubicación, localización e identificación dentro de las instalaciones, teniendo en cuenta la clase o tipo de suministro, para lo cual debe verificar lo siguiente:

- a) Disponibilidad en el área, que permita una rotación adecuada de manera que las existencias más antiguas se despachen primero; de esta forma evitar el deterioro de los bienes.
- b) Las filas de cajas se deben colocar perfectamente a nivel y siguiendo las indicaciones técnicas del fabricante consignadas en las etiquetas, en cuanto a las condiciones de almacenamiento. Deben disponerse de tal manera que generen estabilidad en el apilamiento. Si las cajas son de cartón deben ser apiladas en plataformas para protegerlas de la humedad, la altura máxima de estibamiento es dos punto cinco (2.5) metros, para evitar accidentes.
- c) Colocar las cajas de modo que las flechas apunten hacia arriba; las etiquetas de identificación, las fechas de caducidad y las fechas de fabricación deben estar visibles. Si esto no fuera posible, escribir con claridad el nombre del producto y la fecha de caducidad en el lado visible.
- d) Para facilitar la aplicación del método Primeras Entradas, Primeras Salidas o Primeros en Expirar, Primeros en Salir, en adelante PEPS, el guardalmacén debe colocar los productos que caducan primero, adelante de los productos cuya fecha de vencimiento es posterior.
- e) Respetar la capacidad de carga del entepiso y equipos de transporte.
- f) Respetar la capacidad y resistencia de la estantería para sostener los bienes por almacenar, teniendo en cuenta la altura disponible al techo, la capacidad del alcance del equipo de manipulación y la altura media de la carga en los entrepaños. Los productos líquidos, los más pesados, voluminosos o tóxicos, se deben almacenar en la parte baja.
- g) Los medicamentos, deben almacenarse separados de materiales de oficina, alimentos insecticidas, químicos, materiales de limpieza, herramientas, repuestos entre otros, para evitar contaminación cruzada.
- h) Los bienes almacenados no deben obstaculizar las áreas marcadas en las cuales se señalan la ubicación de los equipos contra incendio, salidas de emergencia, pasillos o de acceso a los paneles de control eléctricos, señalización de tipo de bienes almacenados, tales como: biológicos, tóxicos, inflamables, área de botiquines.

- i) Las tarimas deben de colocarse con una separación mínima de diez centímetros (10 cm) del piso y entre quince centímetros (15 cm) y treinta centímetros (30 cm) de la pared y de las estibas, considerando la disponibilidad de espacio físico del almacén, con el propósito de facilitar la movilización de las mismas.
2. El Guardalmacén respectivo es responsable de velar por la conservación de los suministros durante su permanencia en el almacén, con el propósito de que estos lleguen a los usuarios en condiciones óptimas, para su uso y puedan ejercer la acción esperada; para ello se debe mantener registro y control de existencias, confiable y actualizado, a través del SINAB, el adecuado almacenamiento y control de las condiciones ambientales para evitar su deterioro, las pérdidas y los vencimientos; así como, facilitar la localización y el movimiento interno de los suministros de forma segura en cada almacén.
3. El Jefe de Almacén o Guardalmacén respectivo, deben cumplir con leyes e instrumentos técnicos jurídicos relacionados, sobre higiene, prevención de riesgos de trabajo, seguridad y salud ocupacional, para la prevención de accidentes que puedan originarse, por el grado de peligrosidad de los suministros que se manipulan.
4. El Jefe de Almacén o guardalmacén debe implementar controles de temperatura de los suministros, según lo que estipule el fabricante en los almacenes, cuartos fríos, frigoríficos o máquinas frigoríficas, verificando diariamente la temperatura a la que se encuentran los bienes almacenados, registrando los datos en la bitácora respectiva, la cual debe contener lo siguiente: identificación del área controlada, temperatura constatada, fecha y hora en que se tomó, nombre de la persona que la verifico. Las temperaturas deben ser: en el área refrigerada entre dos a ocho grados Celsius (2 a 8 °C); en los ambientes controlados de veinte a veinticinco grados Celsius (20 a 25 °C) y la temperatura ambiente debe ser de quince a treinta grados Celsius (15 a 30 °C). La verificación de la temperatura debe de realizarse dos veces al día, por la mañana y la tarde, con el propósito de cumplir con las condiciones técnicas de almacenamiento establecidas por el fabricante.
5. El Jefe de Almacén o Guardalmacén respectivo, debe tomar las medidas de conservación y protección para evitar daños, pérdidas y deterioro de los

suministros; así mismo debe implementar medidas de control para que los suministros no sean ingresados, movilizados internamente o retirados sin la autorización correspondiente.

6. El Jefe del Almacén debe realizar inspecciones periódicas a las instalaciones del almacén y tomar las medidas correctivas que sean necesarias.
7. El Jefe del Almacén del Nivel Superior, coordinadores de abastecimiento del Primer Nivel de Atención y el jefe de la dependencia administrativa respectiva de los hospitales, son responsables de supervisar que la información contable, administrativa y estadística que se produzca en los almacenes, se mantenga actualizada y sea proporcionada en forma oportuna y veraz por el guardalmacén respectivo.
8. El Guardalmacén es responsable de informar mensualmente, en un plazo no mayor de siete días hábiles contados a partir del último día del mes anterior, a las dependencias responsables de la asignación y distribución de los bienes, sobre la caducidad de los medicamentos e insumos médicos próximos a vencer en los próximos seis meses y los que hayan tenido poco movimiento, a efecto de que se tomen las medidas pertinentes de manera inmediata para evitar el vencimiento de los mismos.
9. Los productos deteriorados o averiados deben ser almacenados separados de las existencias útiles, mientras el guardalmacén realice las gestiones correspondientes e informar de tal circunstancia con la antelación; para el respectivo proceso de autorización de descargo del inventario y se gestiona su disposición final.
10. Para los productos que son recibidos en el almacén, sin el resultado del análisis de control de calidad, se deben almacenar e identificar como productos no disponibles y en cuarentena. Cuando se obtenga el resultado y estos sean liberados por el Laboratorio respectivo o la Unidad de Vectores, según aplique, y son catalogados como aptos para el consumo humano, o aptos para su utilización, estos se deben identificar como existencias disponibles físicamente, así mismo se debe considerar lo siguiente:
 - a) Cuando los suministros médicos, aún no se cuente con el resultado del análisis de calidad y los documentos contractuales indiquen que serán

recibidos sin el informe de control de calidad se debe dar ingreso a los bienes, con el propósito que se puedan despachar en caso de urgencias, siempre y cuando este haya sido muestreado, y es responsabilidad de la dependencia solicitante lo requerirlo con formato de retiro de muestra; para otros tipos de suministros su despacho se haga con previa autorización del área responsable del bien.

- b) Para los suministros médicos almacenados en los Almacenes del Nivel Superior, es el jefe de la Unidad de Abastecimientos es el responsable de proporcionar la autorización correspondiente, a petición por escrito de la dependencia solicitante.
- c) Para los suministros resguardados en los Hospitales Nacionales y en las Regiones de Salud, el Director del establecimiento de atención es el responsable de autorizar la utilización, con el apoyo técnico del área correspondiente.

Asignación, despacho y distribución.

1. La Unidad de Abastecimiento del Nivel Superior, es la responsable de la asignación de los bienes que la unidad solicitante que ha coordinado su adquisición, procedentes de las diferentes modalidades de compra y adquisición, que estos se encuentren resguardados en los Almacenes del Nivel Superior.
2. La metodología para la asignación de medicamentos que se encuentran en los Almacenes del Nivel Superior puede realizarse por medio de requisición o cuadros de asignación elaborados por la Unidad de Abastecimiento, los cuales serán remitidos a los almacenes para el despacho respectivo. Para los medicamentos que su adquisición ha sido coordinada por programas específicos, el personal del almacén debe despacharlos, si el usuario presenta la requisición o el cuadro de asignación respectivo, validado por el coordinador o jefe de la dependencia responsable de su adquisición.
3. Para los otros tipos de suministros, las dependencias del Nivel Superior responsables de coordinar la adquisición deben realizar un cuadro de asignación de bienes bajo su responsabilidad o firmar de Visto Bueno, la requisición

respectiva, con el objetivo de indicar al Guardalmacén que realice el proceso de coordinación de la entrega con las diferentes dependencias que se les ha asignado el suministro.

4. Los Hospitales y Regiones de Salud, deben despachar los bienes requeridos de sus almacenes, según las necesidades internas que se le presenten, dicha petición podrá realizarse mediante requisición, memorándum, según requerimiento, de acuerdo con el formulario previamente oficializado, con el visto bueno del director, persona delegada o jefatura inmediata superior según corresponda.
5. Cuando se trate de suministros médicos con controles especiales, el personal responsable del traslado del bien, debe anexar el respectivo documento de autorización para su debido traslado de un establecimiento a otro.
6. El Guardalmacén debe realizar el programa de despacho de bienes, de conformidad a las solicitudes recibidas y con base a la capacidad instalada del almacén; informando por escrito al usuario con la debida anticipación.
7. El personal del almacén debe preparar el pedido como mínimo, un día antes de la fecha programada de despacho, el cual debe estar en concordancia con el cuadro de asignación o requisición respectiva.
8. El personal del almacén debe identificar los bienes a ser despachados para evitar que éstos se confundan o se extravíen, rotulándolos con letras legibles que no se borre con la manipulación y que contenga lo siguiente:
 - a) El nombre de la dependencia destinataria.
 - b) Vale de preparación.
 - c) Marcas especiales cuando sean necesarias, tales como: “FRÁGIL”, “MANÉJESE CON CUIDADO”, “NO SE DEJE CAER”, “ESTE LADO HACIA ARRIBA”, “MATERIAL PELIGROSO”, Condiciones ambientales, entre otros.
 - d) El número del bulto y el total que conforman el envío.
 - e) Cuando aplique, el detalle de los lotes que serán entregados a cada dependencia.
9. El personal del almacén debe seleccionar los suministros para su despacho, considerando lo siguiente: los primeros que entran al almacén son los primeros en salir o los primeros por expirar primeros en salir. Para el caso de suministros

con fechas de vencimiento se debe tomar en cuenta la fuente de financiamiento de su adquisición y aplicar el método de los PEPS, para cada una de las fuentes de financiamiento, siempre y cuando aplique.

10. Para el caso de los suministros médicos con controles especiales, se debe registrar el despacho en los libros correspondientes; los que requieran condiciones especiales de temperatura, serán preparados dentro de los cuartos fríos o maquinas frigoríficas y sacados el día en que sean retirados por la dependencia administrativa a la que se le despacharan, para su adecuada conservación durante el transporte, en particular para los productos termolábiles, tales como insulinas, vacunas, algunos antibióticos, con el propósito de no interrumpir la cadena de frío.
11. Los bienes posteriores a su preparación e identificación deben acomodarse en el área de despacho correspondiente en espera que se realice la distribución de los mismos.
12. Los guardalmacenes, para el despacho de los bienes, deben cumplir los aspectos siguientes:
 - a) Revisar los documentos legales autorizados para la distribución, firmados y sellados por la autoridad competente, según sea el caso, así como también se podrá despachar cuando se encuentren en los cuadros de asignación con las autorizaciones correspondientes.
 - b) Para los medicamentos que aún no se cuenta con el resultado del análisis de control de calidad, el guardalmacén previo dictamen favorable de comité farmacoterapéutico local respectivo, debe despachar el producto cuando este sea requerido formalmente por el Director del Hospital, Región de Salud o persona debidamente delegada.
 - c) Deben elaborarse oportunamente los vales de salida, completando los campos establecidos en el formulario que posee el SINAB; el cual debe ser firmado por el Guardalmacén, el personal que preparo el pedido y el usuario que recibe los bienes. Dichos registros deben cerrarse en el SINAB, después de haber sido recibidos los productos de parte del usuario y firmado los documentos respectivos.

- d) d) Los bienes deben trasladarse en las unidades de transporte adecuadas según el tipo de bien a distribuir y de conformidad a los recursos disponibles.
13. Para la protección de los suministros y a fin de evitar que se alteren, deterioren, ensucien o dañen, debe cumplirse lo siguiente:
- a) Los suministros de origen biológico o susceptible a los cambios de temperatura requieren empaque especial que los proteja contra dichos cambios. El tipo de empaque requerido en cada caso dependerá del medio de transporte a utilizar y de la duración promedio del traslado.
 - b) Los suministros con punta, los líquidos, las grasas, las ceras, productos corrosivos o venenosos, los explosivos y los inflamables, deben empacarse de tal forma que no puedan ocasionar daño a otros productos, ni lesiones al personal que los maneje; los medicamentos que requieren cuidados especiales tales como: los oncológicos, para prevenir la contaminación cruzada.
14. Los suministros, después de preparados e identificados, deben acomodarse en el área de despacho correspondiente, en espera que se realice la distribución.
15. Los Almacenes del Nivel Superior, únicamente deben despachar bienes a los hospitales, Regiones de Salud, dependencias del Nivel Superior; en el caso de otras instituciones debe ser previa autorización del Titular del MINSAL. No obstante, lo anterior, podrá despacharse bienes a cualquier establecimiento de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud en adelante RIISS, con previa autorización del Jefe de la Unidad de Abastecimiento del Nivel Superior. Para el caso de los hospitales y Regiones de Salud, el Guardalmacén debe despachar a dependencias del MINSAL, previa autorización del director correspondiente o persona debidamente delegada, a otras Instituciones debe ser con previa autorización del Titular del MINSAL.
16. Para el proceso de transporte se debe garantizar la estabilidad del producto farmacéutico, conservando sus propiedades químicas, físicas, microbiológicas y biofarmacéuticas dentro de límites especificados, a lo largo del tiempo de manejo y conservación. Así mismo se deben considerar los aspectos siguientes:

- a) Los vehículos deben de ser exclusivos para el transporte de medicamentos; si esto no fuera posible, la calidad del producto no debe comprometerse nunca, especialmente aclarando qué tipo de suministros puede compartir la carga.
 - b) Los medicamentos deben transportarse de manera segura, protegidos del calor, la incidencia de luz, humedad, así como del ataque de microorganismos y plagas.
 - c) Los establecimientos que realicen distribución de medicamentos deben garantizar que el transporte de los mismos se realice en las condiciones de conservación y temperatura requeridas, conforme a las especificaciones del fabricante.
17. Cuando se trate del traslado de productos que requieran cadena de frío, siempre se debe verificar las condiciones de temperatura en que son entregados, en algunos casos estos cuentan con sensor de temperatura, especialmente cuando se trata de vacunas o drogas oncológicas. Por lo que se debe contar con los medios de verificación de temperatura.
18. El jefe del almacén o Guardalmacén debe de planificar la entrega de los bienes con base a la evaluación de las rutas de transporte, para optimizar los recursos.
19. Cuando se trate del traslado de productos en general, tales como: equipo, mobiliario, papelería, u otro tipo de suministros generales, se deben tomar las consideraciones de seguridad acorde a las características de cada bien.

Registro e inventario

1. Se debe llevar el registro en el SINAB de las actividades desarrolladas en cada almacén, en el cual se pueda verificar fácilmente el detalle completo de los bienes recibidos, almacenados, despachados o distribuidos, por cada producto almacenado.
2. El establecimiento que no tengan el equipo tecnológico idóneo, dicho registro debe llevarse mediante Kardex manual conteniendo lo siguiente: código del producto, descripción, presentación, cantidad recibida, despachada, distribuida o transferida, precio unitario y monto total de la transacción; así como toda aquella información

que se considere necesaria para el control de los bienes según aplique tales como: fecha de fabricación, fecha de vencimiento, número de lote, número de registro sanitario, marca, fabricante, proveedor, dependencia a la que se le distribuyo, fecha de recepción, fecha de distribución o despacho, fecha de transferencia.

3. El Guardalmacén, debe cumplir con las siguientes obligaciones:
 - a) Mantener actualizados y conciliados los registros de existencias en el SINAB.
 - b) Remitir al Jefe inmediato superior y al área de contabilidad correspondiente en los primeros cuatro días hábiles de cada mes, el inventario de existencias de su almacén y el informe de ingresos y egresos. Para que dicha información sea enviada en los primeros cinco días hábiles de cada mes, al área contable o financiera institucional de cada establecimiento, de los informes antes mencionados, estos podrán ser en forma digital y las facturas escaneadas en el programa acorde al sistema mecanizado con que se dispone.
- 4- El jefe del almacén o Guardalmacén responsable debe garantizar que se utilice el SINAB como herramienta informática actualizada.
- 5- El Guardalmacén debe realizar la toma de inventarios físicos en los casos siguientes:
 - a) Inventario general, recuento físico detallado, ordenado y valorizado de todos los suministros que se encuentran en el almacén, para los efectos del cierre del ejercicio fiscal, actualización del inventario o por cambio de guardalmacén, el cual debe realizarse una vez al año.
 - b) Inventario selectivo, recuento físico detallado de grupos de productos seleccionados de todo el inventario, cuando la jefatura superior lo estime necesario.
6. El Guardalmacén es responsable de planificar la realización del inventario anual, cumpliendo los aspectos siguientes:
 - a) Previo al desarrollo es necesario realizar limpieza y reacomodo de los suministros que se encuentran en el almacén.

- b) Informar con un mes de anticipación a todos los usuarios del mismo, el periodo de suspensión de actividades en el almacén.
 - c) Actualizar y conciliar los registros de ingresos y egresos en el SINAB, así como preparar los formatos para el levantamiento del inventario.
 - d) Implementar los mecanismos de control para suministros que ingresen al almacén durante la ejecución de la toma de inventario o que sean despachados.
 - e) Identificar o señalar los suministros durante el conteo, para evitar la duplicación u omisión en su registro.
 - f) Registrar y separar las existencias de suministros vencidos, deteriorados, obsoletos y sus similares.
 - g) Comparación de los resultados del conteo físico con los registros de existencia en el SINAB.
 - h) Ingresar al SINAB, todas las existencias que se encuentren físicamente resguardadas en el almacén correspondiente.
 - i) Remitir en forma completa y oportuna la documentación relacionada al inventario, al jefe inmediato superior según sea el caso, pudiendo ser en formato digital.
7. El Guardalmacén debe realizar por lo menos una vez al año, el inventario físico general en su almacén, a fin de efectuar la conciliación física con el registro del SINAB, el Guardalmacén debe realizar las acciones necesarias para desvanecer las diferencias identificadas. Si después de este procedimiento persiste la situación, debe informar o iniciar las acciones según corresponda.
8. El Guardalmacén debe llevar archivos de los documentos relativos a los bienes almacenados, clasificándolos por mes y año y por tipo de transacción realizada, tales como: recepción, despachos, envíos, transferencias.
9. El Guardalmacén del Nivel Superior, a través de su jefatura inmediata superior, es el responsable de enviar la documentación respectiva, conforme lo establecido por la Unidad Financiera Institucional, la información relacionada con la recepción y entrega de los bienes, para que dicha Unidad realice los registros contables

pertinentes; en el caso de los hospitales deben remitir la información a la dependencia contable del hospital respectivo.

Descarga de suministros

1. El jefe de los Almacenes del Nivel Superior del MINSAL, Directores Regionales de Salud, Directores de Hospitales o persona debidamente delegada, el guardalmacén respectivo, son responsables de gestionar una vez al año el descargo de los suministros médicos por obsolescencia, vencimiento, dañados o deteriorados, los cuales deben gestionar oportunamente el descargo del inventario, tomando en cuenta el plan de prevención y contingencia, de medicamentos vencidos y otros químicos peligrosos almacenados.
2. Para el caso de los bienes muebles se podrá proceder conforme lo prescribe las Disposiciones Generales de Presupuesto y los instrumentos técnicos jurídicos emitidos por el MINSAL.

Higiene y prevención de riesgos de trabajo

1. Deben adoptarse las medidas necesarias para impedir el ingreso de personas no autorizadas a las áreas de almacenamiento. Para ello debe existir la señalización correspondiente.
2. Todo el personal que trabaja en áreas de almacenamiento debe ser dotado de los implementos de protección personal apropiados para las actividades que realiza.
3. Todo visitante de las áreas de almacenamiento, antes de ingresar, se le debe proporcionar implementos de protección personal, acordes al área que ingresará.
4. Los almacenes deben poseer en sus instalaciones, extintores cargados y debidamente ubicados e identificados conforme a las disposiciones técnicas respectivas.
5. El Jefe de Almacén o Guardalmacén debe de implementar un plan para atender emergencias al interior del almacén y sus alrededores, para la prevención de riesgos, así como alarma, evacuación, socorro y extinción de incendios.
6. El Jefe de Almacén o Guardalmacén, respectivamente debe identificar con pictogramas, todas las áreas del almacén donde exista movimiento los suministros

en general; tomando a consideración la señalización de seguridad, conforme lo prescrito en el Reglamento General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo.

Se han realizado pocos estudios relacionados a la gestión interna de insumos médicos, pero es importante darle continuidad a la ejecución de los procesos para la eficientización de los recursos. Se ha encontrado en algunas investigaciones que, en cuanto al almacenamiento, se observa desarticulación de los sitios de bodegaje, ambiente inadecuado, consistente en deficiencias de la ventilación, exposición a temperaturas extremas, oscuridad y humedad, cercanía a la morgue del hospital, espacio reducido y mal distribuido, lo cual dificulta la conservación, el control y manejo adecuado de las existencias. Esto se debe a que en el diseño del hospital (instalaciones obsoletas), no hay un área arquitectónicamente diseñada a los requerimientos técnicos del almacén²².

El SINAB no cuenta con la creación de bodegas internas o subbodegas, lo que dificulta el manejo de los inventarios en stocks o subdepósitos al interior de las entidades. Ejemplo una institución hospitalaria, además del almacén, tiene la farmacia stock de urgencias, stock de cirugía, etc. Cada uno de estos sitios deberían estar conectados en línea al sistema de información, permitiendo el control y trazabilidad del inventario oportunamente con la atención de los pacientes²³.

La cultura hospitalaria es particular, conviven dos culturas bien marcadas: la cultura de médicos y la de administrativos. Estos mundos no siempre conversan adecuadamente y no logran una alineación concreta para realmente comenzar a mejorar los procesos. “Al doctor le interesa operar y nada más” dicen los funcionarios, mientras que los médicos se quejan porque “Los administrativos no trabajan bien y por

²² (Procesos de suministro de insumos en el Hospital de Yopal, 2004).

²³ (COHAN- Cooperativa de Hospitales de Antioquia Centro Colaborador de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud en Sistema de Suministros Medicamentos e Insumos hospitalarios esenciales, 2012).

ende yo no tengo mis insumos para operar”. Es común escuchar en los pasillos quejándose, por ejemplo, por falta de insumos y por conflictos con los proveedores²⁴.

Joseph Juran (1951) describe el principio de Pareto o ley 20-80; en el que establece que “El 80% de las consecuencias se debe al 20% de causas”²⁵.

La planificación de las compras es importante para tener un adecuado abastecimiento y suministros, la determinación de necesidades se lleva a cabo con base a los objetivos institucionales y metas trazadas para un periodo de tiempo definido²⁶.

Para el fortalecimiento de los procesos es importante disponer de una capacidad técnica y humana que permitan el desarrollo eficiente de los mismos en concordancia con la calidad. La calidad técnica requiere el cumplimiento de los protocolos que dan vida a la continuidad, “la falta de continuidad conduce a la inestabilidad de los objetivos y métodos de tratamiento ó su evolución ordenada y razonable” y esto influye en la calidad de la atención²⁷.

Esto no facilita la creación del trabajo en equipo; tal como lo establece Leonard L. Berry *“cuando en una organización existe actitud positiva por el empleado para adaptarse al puesto de trabajo y el resto del personal le brinda las condiciones para brindarle la acogida; entonces predominan las condiciones para desarrollar equipos de trabajo que se esfuercen por alcanzar los objetivos institucionales”*²⁸.

La evaluación de la calidad basada en el enfoque de proceso no es bien vista por los planificadores de calidad, administradores ni políticos debido a que cuando se evalúa el proceso se realiza una valoración de las actividades que lo componen y las mejoras necesitan por un lado inversión económica, cambios estructurales y organizativas. Sin embargo, tienen ventajas importantes como las señala Avedis Donabedian, para evaluar la capacidad “a los profesionales no les es difícil especificar los criterios y estándares de la buena atención, la información está documentada y se puede

²⁴ (Sergio Castaño Convers, 2017)

²⁵ (J.M., 1996.)

²⁶ (Malagón Londoño G, 1996.)

²⁷ (A., La Calidad de la Atención Médica., 1991., pág. 42)

²⁸ (Berry L L, 1993)

establecer responsabilidades para acciones correctivas específicas, pero sin individualizar las responsabilidades sino de equipo de trabajo²⁹.

En el proceso de calidad humana y valorando las relaciones interpersonales, se documenta que “los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz”³⁰.

²⁹ (A., La Calidad de la Atención Médica., 1991., pág. 65)

³⁰ (Lori Diprete B, 2000.)

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo de carácter cuantitativo, porque el objetivo fue evaluar la calidad de la gestión interna de los insumos médicos, a partir de la percepción que tienen los usuarios internos (empleados) y usuarios externos (Pacientes), respecto de la calidad de atención con relación a uso de insumos médicos.

Lugar y periodo de realización

El estudio se llevó a cabo en las unidades hospitalarias responsables de la gestión de insumos médicos como: El almacén, unidad de emergencia, central quirúrgica y las áreas de hospitalización del Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vasquez” de Chalatenango, durante el periodo de febrero a mayo de 2017.

Unidad de análisis

Proceso de gestión interna de insumos médicos entre el almacén y áreas de utilización de los mismos.

Población

Todo el personal del hospital que intervino en proceso de gestión interna de insumos médicos, excepto de consulta externa especializada y pacientes de las áreas de hospitalización de Medicina Interna y Cirugía general.

Muestra

Teniendo en cuenta la naturaleza de un centro hospitalario y en particular el manejo de los insumos médicos, en donde existe variabilidad en la gestión interna en cuanto a la cantidad de los recursos disponibles y el proceso de abastecimiento y manejo; se consideró encuestar 21 empleados, (ver tabla 26).

No se consideró encuestar en el área de Consulta Externa porque, a pesar de que están relacionados con el proceso de gestión interna de insumos médicos, no hubo

una gran movilización de insumos y no significo un problema de grandes dimensiones en este momento.

Además, se conoció la percepción del usuario externo para valorar la satisfacción de la atención recibida relacionada con la utilización de insumos médicos. La opinión se tomó de una muestra de los egresos de los servicios de hospitalización que más consumieron insumos medico (cirugía general y medicina interna) debido a que el egreso es el momento final da la atención después de pasar por emergencia, hospitalización o quirófano.

El método de selección de la muestra para la aplicación de la investigación fue aleatoria simple, es decir los elementos fueron seleccionados de tal manera que cada muestra posible del mismo tamaño tuvo igual probabilidad de ser seleccionada de la población.

El universo seleccionado para el cálculo de la muestra se consideró el número promedio mensual de los egresos de la hospitalización de cirugía general y medicina interna del año 2016 que es de 242 egresos mensuales y para lo cual se utilizó la

siguiente fórmula³¹:
$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

Z= coeficiente de confianza.

p = probabilidad de éxito.

q = probabilidad de fracaso.

n = tamaño de la muestra.

N = Universo.

d = error de estimación.

³¹ (C, 2010-2017)

Reemplazando:

$$Z = 1.96 \text{ (95\%)}$$

$$p = 0.5$$

$$q = 0.5$$

$$N = 242.$$

$$d = 0.05 \text{ (5\%)}$$

Sustituyendo valores tenemos que:

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 242}{0.05^2 * (242 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = \frac{3.84 * 0.25 * 242}{0.0025 * (241) + (3.84 * 0.25)} = \frac{232.32}{1.56} = 148.9 = 149$$

Las encuestas se aplicaron a 149 usuarios externos.

Caracterización del área de estudio

El Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vasquez” de Chalatenango, fue fundado en 1973. Es un hospital departamental de segundo nivel de atención que brinda atención a la población de Chalatenango. Debe responder a la demanda espontánea y de referencia del hospital básico de Nueva Concepción y a la red de Unidades Comunitarias de Salud Familiar procedentes de todos los municipios del Departamento de Chalatenango; así también, la demanda espontánea de municipios limítrofes de otros departamentos, incluyendo del vecino país Honduras.

Entre los servicios médicos que presta, está Consulta médica especializada de las cuatro áreas básicas y otras subespecialidades como Cardiología, Urología, Cirugía pediátrica, Psiquiatría, Neurología, Neonatología y la clínica de patología cervical. Cuenta con 5 quirófanos y 1 salas de atención de partos. Se realizan cirugías de urgencia y electivas. Cuenta con un servicio de Urgencia las 24 horas del día, dotado de un equipo multidisciplinario; donde se ejecutan los diversos procesos asistenciales.

En la actualidad el Hospital funciona con 302 empleados distribuidos en las siguientes áreas: administrativas, médicos, técnicos y enfermería distribuidos según estado financiero, ver tabla 27.

Criterios de inclusión

- a) 100% del personal que labora en almacén.
- b) Personas responsables de la gestión interna de insumos médicos de los servicios de emergencia, central quirúrgica y hospitalización.
- c) Usuarios externos en los que se utilizó insumo médico en las áreas de emergencia, hospitalización de medicina interna y cirugía general.
- d) Familiares o acompañantes de usuario externo en las áreas descritas, en la que el usuario no pudo hablar por su nivel de conciencia u otra condición.

Criterios de exclusión

- a) Para el presente estudio no se consideró personal ni pacientes de la consulta externa debido a que no hay un significativo uso de insumos médicos.
- b) Pacientes inconscientes y familiares o acompañante de paciente que no estuvieron en el proceso de atención del paciente.
- c) Tampoco se consideró usuarios que recibieron atención y no se requirió uso de insumos médicos.

Variables

Estructura: Analizando su Capacidad Instalada en sus variables:

- Disponibilidad.
- Accesibilidad.

Proceso: Valorando la Calidad técnica y humana del proceso en sus variables de:

- Integralidad.
- Continuidad.
- Relaciones Interpersonales.
- Comodidad.

Resultado: Determinando la eficacia en sus variables:

- Satisfacción.
- Mejora en el abastecimiento.
- Tiempos de espera.

Matriz de operacionalización de variables

Estructura: Analizando la capacidad instalada para el funcionamiento de la gestión interna de insumos médicos en el Hospital de Chalatenango.

Variable	Definición operacional	Indicadores	Escala	Unidad de medida
Disponibilidad	Grado en el cual las áreas hospitalarias y almacén se encuentran realizando la gestión de insumos para lograr el abastecimiento de los mismos.	Recursos humanos: recursos necesarios, entrenados y disponibles para la gestión interna de insumos médicos.	80% a Mas Menos del 80%	Cualitativo
		Horario de despachos: horario disponible de las áreas de almacenamiento para el despacho de insumos médicos a las áreas.	80% a Mas Menos del 80%	Cualitativo
		Materiales y equipo: materiales, sistemas y equipos necesarios para la gestión interna de insumos médicos.	80% a Mas Menos del 80%	Cualitativo
Accesibilidad	Facilidad con que las áreas hospitalarias obtienen los insumos en cualquier momento; A pesar de las barreras: Geográficas, Económicas, Administrativas y culturales.	Geográfica: Distancia desde el almacén hasta las áreas de utilización de los insumos médicos.	80% a Mas Menos del 80%	Cualitativo
		Administrativa: frecuencia y horarios utilizados para la gestión interna de los insumos médicos.	80% a Mas Menos del 80%	Cualitativo
		Económica: gastos incurridos en la gestión interna de insumos médicos, se gestionan insumos médicos necesarios, se vencen. Gastos incurridos por el usuario externo.	80% a Mas Menos del 80%	Cualitativo
		Cultural: participación en la gestión de insumos médicos, genera reportes o gráficos del comportamiento de los insumos médicos. La opinión del usuario afecta el uso de insumos médicos.	80% a Mas Menos del 80%	Cualitativo

Matriz de operacionalización de variables

Estructura: Analizando la capacidad instalada para el funcionamiento de la gestión interna de insumos médicos en el Hospital de Chalatenango.

<i>Variable</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Fuente de información</i>	<i>Método o técnica</i>	<i>Instrumento</i>
Disponibilidad	Recursos humanos: recursos necesarios, entrenados y disponibles para la gestión interna de insumos médicos.	Informes de Recursos Humanos Usuario Interno y externo	Encuestas.	Guía de satisfacción de usuario interno y externo
	Horario de despachos: horario disponible de las áreas de almacenamiento para el despacho de insumos médicos a las áreas.	Informes de Recursos Humanos sobre planes de distribución de horarios. Usuario Interno.	Encuestas.	Guía de satisfacción de usuario interno.
	Materiales y equipo: materiales, sistemas y equipos necesarios para la gestión interna de insumos médicos.	Usuario Interno y externo.	Encuestas.	Guía de satisfacción de usuario interno y externo.
Accesibilidad	Geográfica: Distancia desde el almacén hasta las áreas de utilización de los insumos médicos.	Personal involucrado en gestión interna de insumos médicos. (Usuario Interno).	Encuestas.	Guía de satisfacción de usuario interno. Guía de observación
	Administrativa: frecuencia y horarios utilizados para la gestión interna de los insumos médicos.	Personal involucrado en gestión interna de insumos médicos (Usuario Interno. Usuario Externo.	Encuestas.	Guía de satisfacción de usuario interno y externo
	Económica: gastos incurridos en la gestión interna de insumos médicos, se gestionan insumos médicos necesarios, se vencen. Gastos incurridos por el usuario externo.	Personal involucrado en gestión interna de insumos médicos. (usuario Interno. Usuario externo. Observación.	Encuestas. Observación.	Guía de satisfacción de usuario interno y usuario externo. Guía de observación
	Cultural: participación en la gestión de insumos médicos, genera reportes o gráficos del comportamiento de los insumos médicos. La opinión del usuario afecta el uso de insumos médicos.	Personal involucrado en gestión interna de insumos médicos. Usuario externo.	Encuestas.	Guía de satisfacción de usuario interno y externo.

Matriz de operacionalización de variables

Proceso: Valorando de calidad técnica y Humana de la gestión interna de insumos médicos en el Hospital de Chalatenango.

Variable	Definición operacional	Indicadores	Escala	Unidad de medida
Calidad técnica	Carga científica – técnica de la gestión interna de insumos médicos de los recursos humanos.	Integralidad: Leyes, Guías de manejo, protocolos. Aplicabilidad para la gestión de los insumos médicos. Percepción del usuario externo sobre la integralidad de conocimiento para la gestión de los insumos médicos.	80% a Mas Menos del 80%	Cualitativo
		Continuidad: cumplimiento protocolos para la gestión interna de insumos médicos.	80% a Mas Menos del 80%	Cualitativo
Calidad humana	la interacción entre el entorno físico – humano de los recursos involucrados en la gestión interna de insumos médicos.	Relaciones interpersonales: relaciones entre personal de las áreas de gestión interna de insumos médicos.	80% a Mas Menos del 80%	Cualitativo
		Comodidad: condiciones de comodidad para las áreas de gestión interna de insumos médicos.	80% a Mas Menos del 80%	Cualitativo

Matriz de operacionalización de variables

Proceso: Valorando calidad técnica y Humana de la gestión interna de insumos médicos en el Hospital de Chalatenango.

<i>Variable</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Fuente de información</i>	<i>Método o técnica</i>	<i>Instrumento</i>
Calidad técnica	Integralidad: Leyes, Guías de manejo, protocolos. Aplicabilidad para la gestión de los insumos médicos. Percepción del usuario externo sobre la integralidad de conocimiento para la gestión de los insumos médicos.	Personal involucrado en gestión interna de insumos médicos. Usuario externo.	Encuestas.	Guía de satisfacción de usuario interno y externo.
	Continuidad: cumplimiento protocolos para la gestión interna de insumos médicos.	Personal involucrado en gestión interna de insumos médicos. Observación.	Encuestas. Observación.	Guía de satisfacción de usuario interno. Guía de observación.
Calidad humana	Relaciones interpersonales: relaciones entre personal de las áreas de gestión interna de insumos médicos.	Personal involucrado en gestión interna de insumos médicos.	Encuestas.	Guía de satisfacción de usuario interno.
	Comodidad: condiciones de comodidad para las áreas de gestión interna de insumos médicos.	Personal involucrado en gestión interna de insumos médicos. Observación.	Encuestas. Observación.	Guía de satisfacción de usuario interno. Guía de observación.

Matriz de operacionalización de variables

Resultado: Determinando la eficacia de la gestión interna de insumos médicos en el Hospital de Chalatenango

Variable	Definición operacional	Indicadores	Escala	Unidad de medida
Eficacia	Cumplir exitosamente las necesidades del personal que participa en la gestión interna de insumos médicos y la de usuarios que han recibido atención en el hospital y han requerido uso de insumos médicos.	Satisfacción: Nivel de aceptación de la gestión interna y las condiciones de comodidad. Aceptación de usuario externo por la gestión interna de insumos médicos.	80% a Mas Menos del 80%	Cualitativo
		Mejora de las existencias: abastecimiento con la gestión interna, conocimiento sobre procesos correctos. Percepción del usuario externo sobre abastecimiento de insumos médicos.	80% a Mas Menos del 80%	Cualitativo
		Tiempos de espera: Demoras de tiempo para despachos, Atrasos en la recepción, causas de atraso. Grado de aceptación sobre la oportunidad o disponibilidad de insumos médicos por el usuario externo.	80% a Mas Menos del 80%	Cualitativo

Matriz de operacionalización de variables

Resultado: Determinando la eficacia de la gestión interna de insumos médicos en el Hospital de Chalatenango.

<i>Variable</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Fuente de información</i>	<i>Método o técnica</i>	<i>Instrumento</i>
Eficacia	Satisfacción: Nivel de aceptación de la gestión interna y las condiciones de comodidad. Aceptación de usuario externo por la gestión interna de insumos médicos.	Personal involucrado en gestión interna de insumos médicos, usuario externo.	Encuestas.	Guía de satisfacción de usuario interno y usuario externo.
	Mejora de las existencias: abastecimiento con la gestión interna, conocimiento sobre procesos correctos. Percepción del usuario externo sobre abastecimiento de insumos médicos.	Personal involucrado en gestión interna de insumos médicos, usuario externo.	Encuestas.	Guía de satisfacción de usuario interno y usuario externo.
	Tiempos de espera: Demoras de tiempo para despachos, Atrasos en la recepción, causas de atraso. Grado de aceptación sobre la oportunidad o disponibilidad de insumos médicos por el usuario externo.	Personal involucrado en gestión interna de insumos médicos, usuario externo.	Encuestas.	Guía de satisfacción de usuario interno y usuario externo.

Técnica

Se realizó observación de las diferentes áreas de hospitalización donde se resguardan insumos médicos y en el almacén.

Además, se desarrolló dos encuestas, una para usuarios internos y otra para usuarios externos.

Instrumento

Los instrumentos utilizados en la recolección de la información fueron de dos tipos: Encuesta con preguntas cerradas basados en escala de Likert a los usuarios externos (paciente o acompañante del paciente) y preguntas cerradas basados en escala de Likert para el personal de las diferentes áreas que resguardan insumos médicos del Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vásquez” de Chalatenango, incluyendo el almacén.

Procedimientos

Se procedió a visitar diferentes áreas de almacenamiento de insumos médicos para verificación de la infraestructura y el confort de las áreas de almacenamiento de insumos médicos.

Se tomó información a usuarios de la emergencia y hospitalización que ya recibieron atención en la emergencia y posiblemente fueron atendidos en la central quirúrgica. Se consideró su estado de conciencia o posibilidad de responder, en su defecto un familiar responsable o autorizado para decisiones con su paciente.

Recolección de la información

Una vez elaborado el instrumento de recolección de la información y de realizar una prueba piloto con 5 pacientes para su validación, se procedió a aplicarlo a los usuarios que recibieron atención y utilizaron insumos médicos para su atención o acompañantes con previo consentimiento, una vez que fueron atendidos. Las encuestas de personal se realizaron con previo consentimiento de los mismos. La naturaleza de los datos colectados fue cuantitativa que describen el nivel de calidad

en la gestión interna de insumos médicos del Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vásquez” de Chalatenango.

Se elaboró base de datos en el sistema Epi Info 7 para Windows, CDC Atlanta, U.S.A., se calcularon proporciones. Se tabularon datos y elaboraron gráficos en Microsoft Excel 2016, MSO, (16.0.8229.2073) 32 bits.

Plan de análisis:

- I. **Según el triple enfoque:** Estructura, Proceso y Resultado siempre desde la percepción del usuario interno y externo, utilizando para ello el indicador más pertinente la Satisfacción. Las variables se agruparán según las que se correspondan con:
 - **La Estructura:** analizando la capacidad instalada en sus variables disponibilidad y accesibilidad.
 - **Proceso:** valorando la calidad técnica y humana en cuanto a sus variables integralidad, continuidad, relaciones interpersonales y comodidad.
 - **Resultado:** determinando la eficacia de la gestión interna de insumos médicos en cuanto a las variables de satisfacción, mejora de las existencias y tiempos de espera para el abastecimiento y la oportunidad de la atención.

Agrupación de los porcentajes por nivel de satisfacción en:

Adecuado: Porcentaje del 80% o más en la valoración de las variables de cada una de las dimensiones.

Inadecuado: Porcentaje menor al 80% en la valoración de las variables de cada uno de los enfoques.

V. RESULTADOS

La presentación de resultados se ha realizado bajo el enfoque de estructura, proceso y resultados; siguiendo la lógica de los objetivos y la orientación de lo particular a lo general. Primero se presenta los hallazgos importantes relativos a los datos generales de usuarios internos y externos que fueron encuestados. Luego se presentan hallazgos relativos a los indicadores, luego se establece el promedio alcanzado de cada uno de ellos; para luego definir el porcentaje promedio alcanzado para cada variable. Los promedios de las variables y los indicadores se comparan con el estándar de calidad establecida en la presente investigación, para determinar si hay calidad ó no en la Gestión interna de Insumos Médicos en el Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vásquez” de Chalatenango.

Datos generales

Los 21 usuarios internos entrevistados, 11(52%) son jefes de servicio, 3(14%) es jefe de departamento y el complemento es personal operativo y puede verse en tabla 1.

Tabla 1

Personal encuestado según puesto de trabajo, Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vasquez” de Chalatenango, Ministerio de Salud.

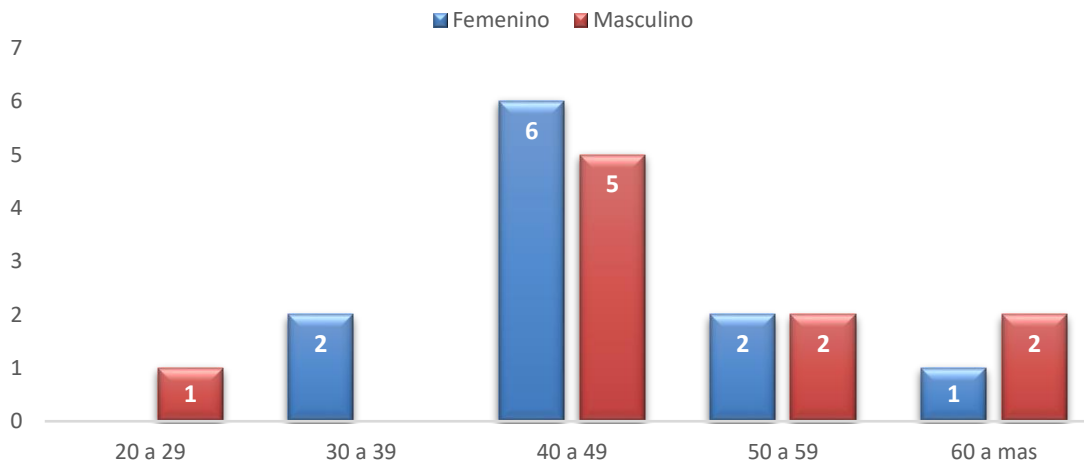
Puesto de trabajo	Fr	%
Jefe servicio/Departamento/Division	12	57
Personal administrativo	5	24
Personal asistencial/Operativo	4	19
Total general	21	100

Fuente: distribución de personal según puesto de trabajo, Departamento de Recursos Humanos del Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vasquez” de Chalatenango.

La distribución según edad y sexo puede observarse en el grafico 1.

Grafico 1

Usuarios internos encuestados, según edad y sexo, Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.



Fuente: Encuestas usuarios internos, Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.

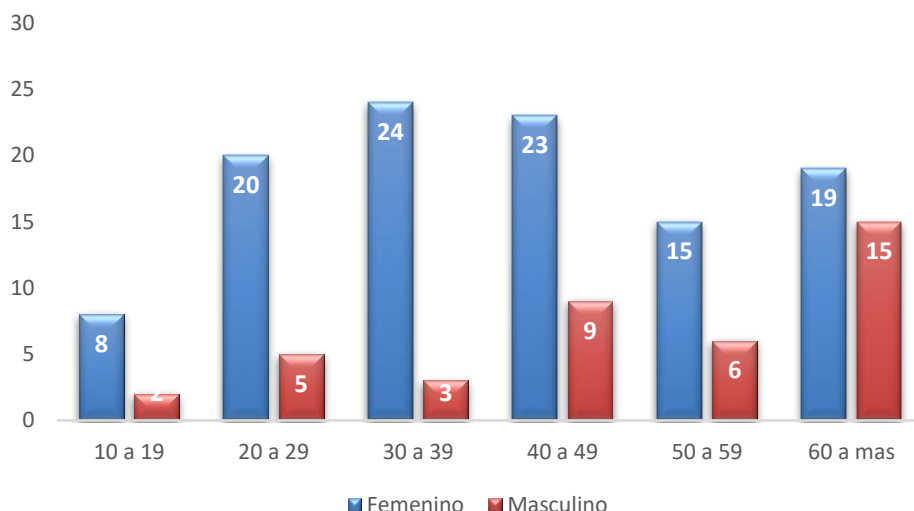
En relación con el tiempo de laborar de los usuarios internos en el Hospital, 10(48%) tienen entre 21 y 30 años de laborar en la institución, 4(19%) tiene entre 1 a 10 años de laborar y el mismo porcentaje tiene entre 11 a 20 años de laborar. El complemento (14%) tiene más de 30 años de laborar en la institución.

En relación con el tiempo de participar en la gestión interna de insumos médicos, 9(43%) tienen menos de un año, 5(24%) tienen entre 11 a 20 y 1 a 10 años de gestionar insumos respectivamente. Solamente 2(9%) tienen más de 20 años de gestionar insumos médicos.

De los 149 usuarios externos entrevistados, 75(50,3%) proceden del área urbana, el complemento procede del área rural. La distribución según edad y sexo puede observarse en el grafico 2.

Grafico 2

Usuarios externos encuestados, según edad y sexo, Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.



Fuente: Encuestas usuarios externos, Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.

En el enfoque de estructura, al valorar la Capacidad Instalada a través de la variable Disponibilidad, se encontró:

En cuanto a los recursos humanos, los usuarios internos refieren que solamente 7(33%) están entrenados para la gestión interna de IM, y 14(67%) no están entrenados. Al preguntar si están capacitados para la gestión interna de IM, 3(14%) si están capacitados y 18(86%) no. Al consultar sobre el número de recursos disponibles en el área para desarrollar las actividades de gestión interna de insumos médicos, 17(81%) expresaron no tener el número suficiente y 4(19%) expreso que si es suficiente el número de recursos con que cuenta para las actividades de Gestión. Al consultar al usuario externo sobre su percepción de la cantidad de personas para la gestión interna de IM, 110(74%) consideran que es adecuado; el complemento considera que no.

En cuanto al horario de despacho de los IM, 12(57%) de usuarios internos refieren que el horario asignado para el despacho no les permite disponer de ellos en cualquier momento, el complemento expresa que si. Además, al consultarles sobre el periodo de tiempo establecido para el despacho de los IM, 11(52%) expreso que no es

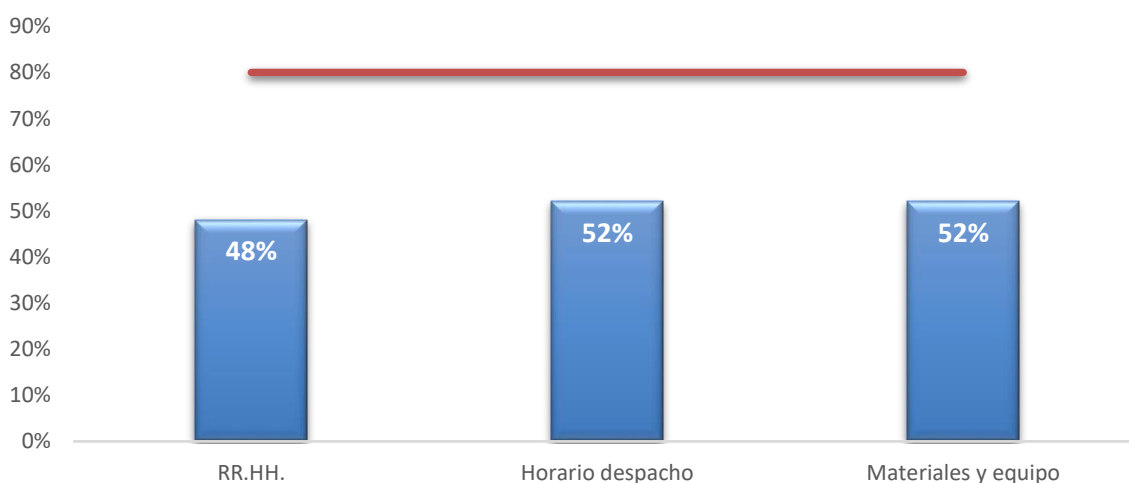
aceptable, el complemento considera aceptable ese periodo de tiempo. Sobre la programación de pedidos, 12(57%) expresan que no realizan pedidos extras y el complemento si realiza. Al consultar a usuarios externos sobre retrasos en procedimiento por falta de IM despachados, 89(60%) expresan que no sucedió; el complemento percibió algún retraso.

En cuanto a materiales y equipo para la gestión interna de IM, 14(68%) del personal de salud expreso que no cuenta con materiales como papel, bolígrafo, calculadora y otros necesarios para realizar la actividad; el complemento expreso si disponer de ellos. Al consultarles sobre sistemas informáticos para la gestión interna de IM, 11(52%) expresaron que no cuentan con sistema informático; el complemento si dispone de un sistema informático. Además, se consultó a usuarios externos si los IM necesarios estuvieron disponibles en el hospital, 95(64%) expreso que estuvieron disponibles, el complemento no opino de esa forma. Al observar las áreas de almacenamiento de IM, 4(67%) dispone de mobiliario y equipo adecuado para la gestión interna de IM.

El comportamiento de la variable disponibilidad puede verse en el grafico 3.

Grafico 3

Comportamiento de indicadores de la variable disponibilidad, Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.



Fuente: Encuestas usuarios internos, Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.

Para la variable Accesibilidad se consideraron indicadores geográficos, administrativo, económico y cultural.

En el indicador geográfico se consultó a usuarios internos sobre la distancia del almacén a su área de trabajo y las dificultades que genera esa distancia, 12(57%) expresaron que el almacén esta distante de su área y genera dificultades para la gestión de IM; el complemento expreso que la distancia no le afecta para la gestión de IM. Además 12(57%) expreso que no poseen ningún tipo de transporte para los IM. Se observó que ninguna área está cerca del almacén.

En indicador de accesibilidad administrativa se consultó a usuarios internos sobre el horario que disponen para realizar pedidos y despacho de IM, 11(52%) expresaron que no es adecuado ni suficiente; el complemento expreso que es adecuado y suficiente. Sobre la frecuencia de los pedidos,15(71%) empleados respondieron que depende de su necesidad; el complemento expreso no estar de acuerdo. Se consultó sobre programación para pedidos y entregas, 14(67%) no disponen de ella; el complemento está de acuerdo que dispone de dichas programaciones. Sobre la oportunidad en la gestión de IM, 11(52%) expresaron que no es oportuna y se realiza hasta que se necesita; el complemento considera que si lo es. Se consultó sobre métodos para calcular las necesidades de IM (como consumo histórico, perfil epidemiológico, análisis histórico de la demanda), 14(68%) expresaron que no utilizan algún método; el complemento expreso que si utiliza estos métodos para calcular la necesidad. Se consultó si participa en proceso de compras y la planificación de Insumos Médicos, aproximadamente 16(76%) expresaron que no participan en estos procesos; el complemento reflejo que si participa. Con relación al presupuesto para IM se consultó si se elaboraba en base a la necesidad del año y 14(67%) expresaron que no se realiza de esa forma; el complemento considera estar de acuerdo que se realiza de esta forma. Además, se consultó si conocen la cantidad anual de presupuesto necesario para su área, encontrando que 14(67%) no lo conocen; el complemento si lo conoce.

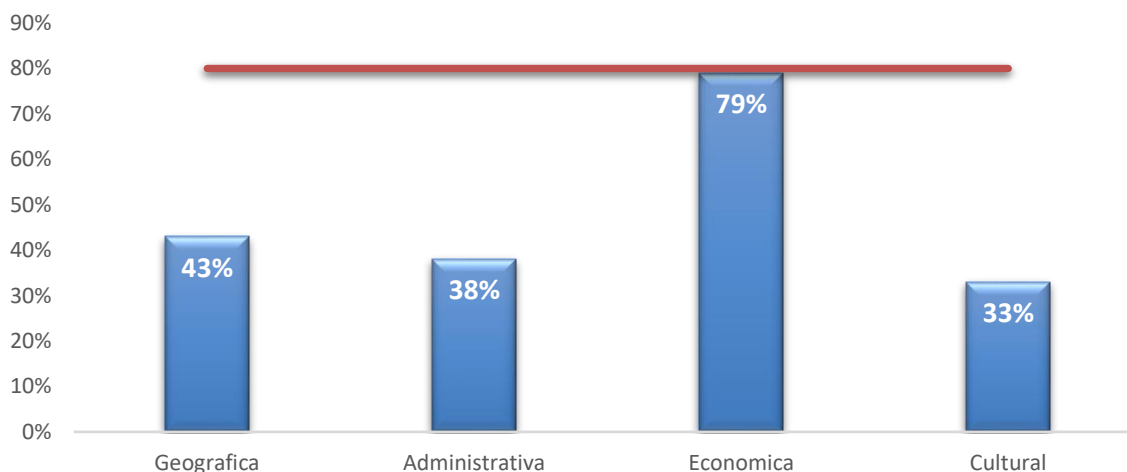
Para el indicador económico se consultó a usuarios externos si le solicitaron que comprara o pagara algún IM, 110(74%) expresaron que no lo habían hecho, el complemento expreso estar de acuerdo en que le habían solicitado.

Para el indicador cultural se consultó al usuario interno si consideraba que el tipo de IM que se compran son adecuados, 15(71%) está en desacuerdo, el complemento está de acuerdo en que son adecuados. Y si los IM son mejor que el año anterior, 13(62%) de los usuarios externos estar en desacuerdo; el complemento está de acuerdo en que los IM son mejores que el año anterior.

El comportamiento de los indicadores en la variable accesibilidad se pueden observar en el grafico 4.

Grafico 4

Comportamiento de indicadores de la variable accesibilidad, Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vásquez” de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.



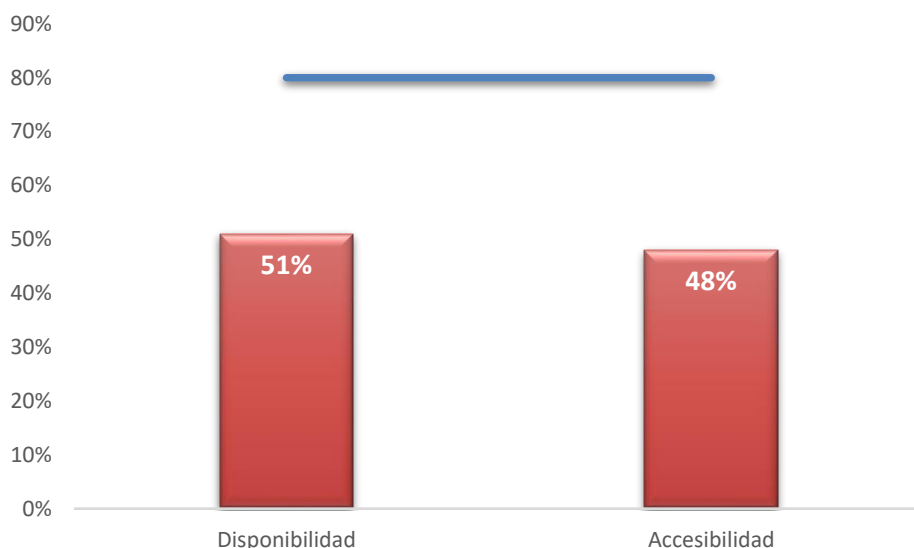
Fuente: Encuestas usuarios internos, Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.

En resumen: La Capacidad Instalada es evaluada a través de sus variables Disponibilidad y Accesibilidad y los resultados obtenidos indican que se cuenta con el 51% de Disponibilidad y el 48% de Accesibilidad de los recursos físicos, humanos y organizativos para la gestión interna de insumos médicos del Hospital Nacional de

Chalatenango. La medición general de la Capacidad Instalada con sus variables disponibilidad y accesibilidad se puede ver en gráfico 5.

Grafico 5

Porcentaje alcanzado como capacidad instalada en el enfoque de la estructura, Hospital Nacional "Dr. Luis Edmundo Vásquez" de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.



Fuente: Encuestas usuarios internos, Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.

La variable Calidad técnica y Humana es valorada por los indicadores de Integralidad, Continuidad, Relaciones Interpersonales y Comodidad; Así: En la Integralidad, al evaluar la interrelación del conocimiento profesional con la normativa institucional de servicio; se observa: Solamente 10(48%) del personal encuestado conoce técnicamente sobre procesos de gestión de IM, el complemento no conoce. Del personal encuestado solamente 14(68%) saben que la institución cuenta con un comité fármaco terapéutico y que funciona, el complemento desconoce. El Sistema Nacional de Abastecimiento (Sinab) es utilizado por 12(58%) de los trabajadores encuestados, el complemento no lo utiliza. Al preguntar a los usuarios externos, si consideran que los IM utilizados en el Hospital son los necesarios, el 126(85%) respondieron que sí, el complemento opinó que no. El 97(65%) de pacientes consideran que son seguros y no le van a generar daño; el complemento no está de acuerdo en que sean seguros.

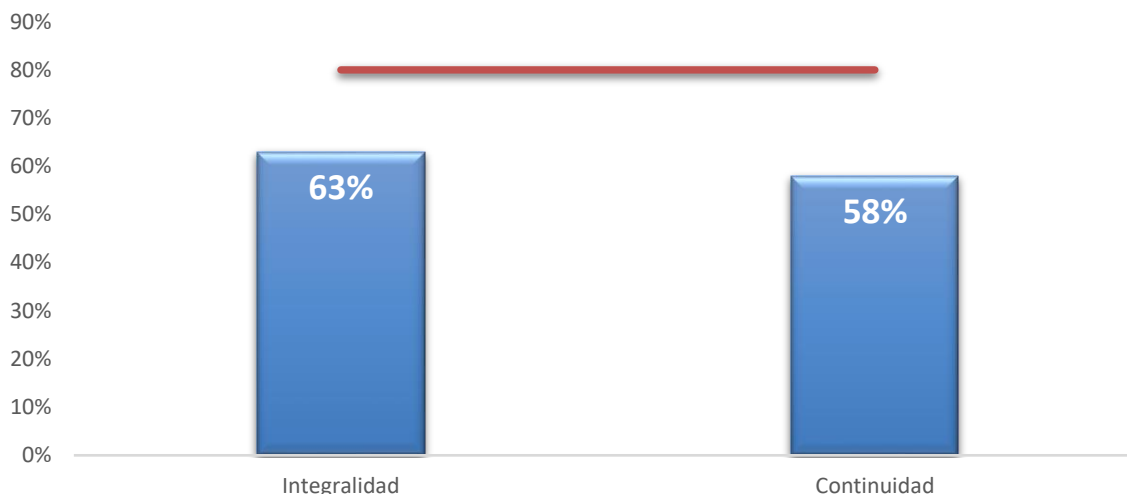
133(89%) de los usuarios externos consideran que el personal de salud está capacitado para usar los IM, el complemento está en desacuerdo. Además 139(93%) están de acuerdo en que los IM utilizados serán desechados y no se reutilizarán; el complemento está en desacuerdo. Al observar las áreas de almacenamiento, 5(83%) no tienen medicamentos vencidos, solamente una y los tiene separados.

Para el indicador de Continuidad, se tomó en cuenta la aplicación de documentos y protocolos para la gestión interna de IM, su grado de evaluación, cumplimiento de normas de funcionamiento para la gestión interna de IM. Al respecto: Los usuarios internos que cuentan con proceso de inventario son 13(62%). Del personal encuestado 11(52%) llevan sistematizadas las actas de recepción y tienen sistematizado el Kardex, el complemento no lo lleva igual respectivamente. El proceso bajo normas de buenas prácticas de almacenamiento lo realizan 13(62%), el complemento no lo hace. Respecto a Los IM que tienen alto costo, 14(68%) de los empleados los almacenan bajo condiciones especiales de seguridad. Solamente 12(57%) clasifica los IM y rotula los estantes o áreas de almacenamiento.

El comportamiento de la variable calidad técnica en relación con el estándar se observa en el grafico 6, donde se puede apreciar que el porcentaje general alcanzado para el indicador Integralidad es de 63% para la Continuidad es del 58%. Se aplicó la guía de observación en seis áreas de almacenamiento de insumos médicos y se identifica que 4(67%) permite una rotación adecuada para que las existencias más antiguas se despachen primero. Todas (100%) tienen insumos identificados, están visibles las fechas de caducidad y de fabricación. Todas las áreas están señalizadas y en 4(67%) disponen de estantería en buen estado. Solamente la mitad de las áreas colocan adelante los IM que caducan primero. Se observó que todas (100%) las áreas tienen medidas necesarias para impedir el ingreso de personas no autorizadas. Además 5(83%) disponen de extintores cargados, debidamente identificados y cerca de su área.

Grafico 6

Porcentaje alcanzado en la variable calidad técnica, Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vásquez” de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.



Fuente: Encuestas usuarios internos, Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.

En el indicador de Relaciones Interpersonales, Se evalúa las relaciones entre personal de las diferentes áreas que gestionan IM y la relación personal-usuario; Al respecto: 15(71%) de los empleados tienen buena comunicación con las demás personas que realizan gestión interna de IM, pero el mismo porcentaje refiere que no se realizan reuniones para discutir debilidades o fortalezas con relación a la gestión de IM entre ellos; y el mismo porcentaje expreso que no conoce a todo el personal que participa en la gestión interna de los IM. De los usuarios externos 114(77%) expresaron que el trato recibido en la colocación de IM fue amable. 111(75%) expresaron que le explicaron sobre el tipo de IM que necesita para su procedimiento. De los Pacientes encuestados, 88(59%) expreso que le comunicaron que en el hospital se dispone de todos los IM necesarios para su procedimiento. Además 119(80%) refirió que le habían explicado los cuidados que se deben tener con los IM utilizados.

La variable calidad humana en el indicador de relaciones interpersonales alcanzo un 57% respecto del estándar y puede observarse en el grafico 7.

Se tomó como factores evaluativos del indicador comodidad: la facilidad de adaptación del empleado al medio laboral que ofrecen las áreas que utilizan para la gestión interna

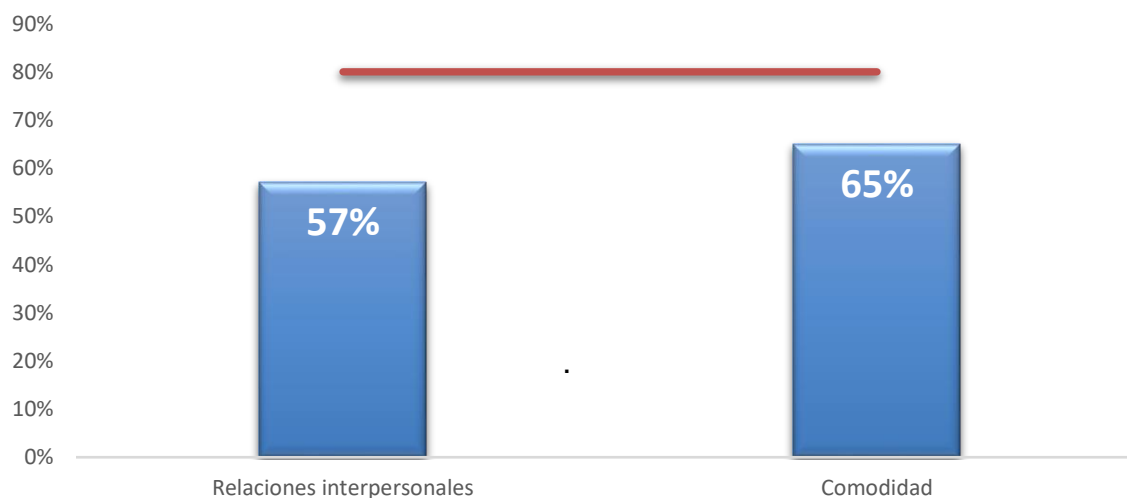
de IM, la dotación de los recursos necesarios para el desempeño en el puesto de trabajo y las condiciones ambientales para realizar el trabajo; Así también, la percepción de los usuarios externos que utilizo IM.

13(62%) usuarios internos expresaron que el área de almacenamiento cuenta con iluminación adecuada. 11(52%) consideran aceptable el ambiente del área de almacenamiento. Se observa que todas las áreas poseen una iluminación adecuada. 12(57%) usuarios internos respondieron que el nivel de ruido en su área de almacenamiento es aceptable. Al visitar las áreas se observó que 3(50%) no está afectada por el ruido. 15(71%) empleados del hospital respondieron que la ubicación de su área de almacenamiento no les parece aceptable. Se consultó a usuarios externos sobre la comodidad que sintieron durante su estancia hospitalaria con el uso de IM y 135(91%) respondieron sentirse cómodos con IM utilizado. De los pacientes, 99(66%) expresaron estar de acuerdo que se les habían informado del número de veces que se les cambiaría los IM utilizados.

La variable calidad humana en el indicador de comodidad alcanzo un 65% respecto del estándar establecido para esta investigación (ver gráfico 7).

Grafico 7

Porcentaje alcanzado en la variable calidad humana, Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vásquez” de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.



Fuente: Encuestas usuarios internos, Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.

En resumen: La Calidad de la gestión interna de insumos médicos evaluada a través de sus variables Calidad Técnica y Humana, los resultados obtenidos indican que se cuenta con el 63% de Integralidad, el 58% de continuidad, 57% en relaciones interpersonales y el 65% de comodidad para la gestión interna de insumos médicos del Hospital Nacional de Chalatenango. La medición general de la Calidad Técnica y Humana se puede ver en gráfico 8.

Grafico 8

Porcentaje alcanzado en los indicadores de calidad técnica/humana, Hospital Nacional "Dr. Luis Edmundo Vásquez" de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.



Fuente: Encuestas usuarios internos, Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.

Se observó que 4(67%) de las áreas de almacenamiento, no obstaculizan el acceso a equipos contra incendios y la ventilación no es adecuada en 4(67%) áreas.

En la evaluación realizada basada en el enfoque de proceso, valorando la Calidad Técnica y Humana con sus diferentes indicadores, se constató que el proceso de gestión interna de IM alcanza el 61% con relación al estándar.

La variable Eficacia se evalúa a través de los indicadores de satisfacción, mejora de las existencias y Tiempos de Espera.

En el indicador de satisfacción valoramos el nivel de aceptación de usuarios internos y externos con la Gestión de Insumos médicos que se realiza en el Hospital Nacional de Chalatenango; Así: 17(81%) de usuarios internos no considera necesario crear instrumentos para registrar datos de su área en la gestión interna de IM. Además

15(71%) expresa que su salario no está acorde a las funciones para gestión de IM y además las actividades asistenciales. Y 12(57%) expresan que la gestión de IM no se realiza en equipo. De los usuarios externos, 125(84%) consideran que el abastecimiento de IM fue oportuno. El mismo porcentaje se siente satisfecho con los IM utilizados en su procedimiento. 127(85%) percibió interés por el personal de salud para el cuidado de los IM utilizados.

120(81%) consideró aceptable la información que le brindaron respecto de beneficios y posibles reacciones de los IM utilizados.

En relación con la mejora de las existencias, 11(52%) de usuarios internos expreso que han mejorado las existencias respecto al año anterior.

De los usuarios externos, 111(75%) consideran que el abastecimiento permite realizar procedimientos oportunamente. 131(88%) consideran que el tipo de IM que se utilizan en el hospital facilitan la recuperación. 101(68%) consideran que el hospital dispone de IM necesarios para la atención.

Con relación al indicador de los tiempos de espera, 12(57%) usuarios internos consideran que el tiempo desde la solicitud del pedido hasta la recepción no es oportuno. 17(81%) consideran que el tiempo que demora el hospital para la compra de IM no es aceptable. 125(84%) de los usuarios externos opinan que el abastecimiento de IM fue a tiempo para su procedimiento. 128(86%) consideran que el número de recambios de los insumos médicos para su procedimiento fueron realizados según lo indicado por el médico tratante.

En resumen: La calidad de la gestión interna de insumos médicos en términos de Eficacia demuestra que sus indicadores reflejan 57% en satisfacción, 65% en mejora de las existencias y 58% en tiempos de espera en el Hospital Nacional de Chalatenango. La medición general de la Eficacia con sus variables Satisfacción, Mejora de las existencias y Tiempos de espera se puede ver en gráfico 9.

Grafico 9

Porcentaje alcanzado en la eficacia de la gestión interna de IM, Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vásquez” de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.

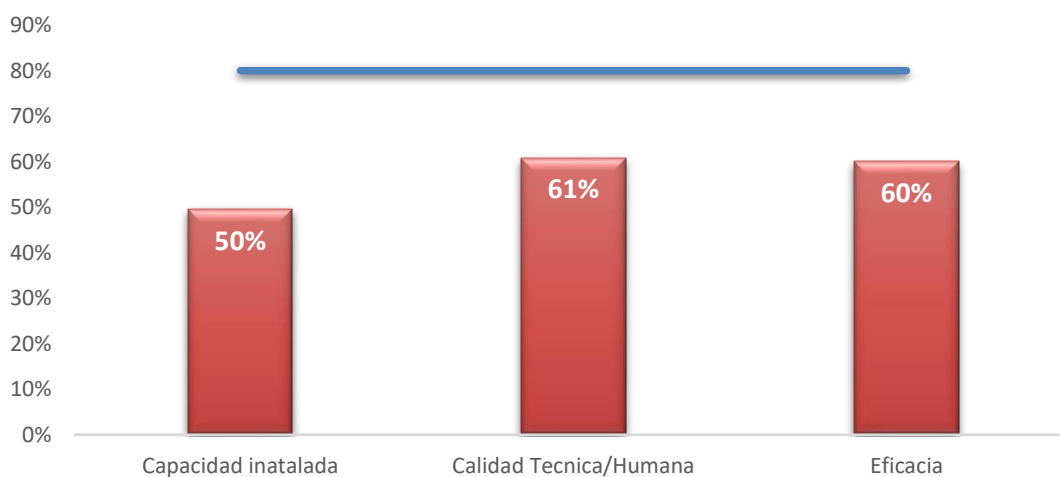


Fuente: Encuestas usuarios internos, Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.

En la valoración final de la gestión interna de Insumos Médicos, valorando el enfoque de estructura, proceso y resultado, considera en sus variables: capacidad instalada 50%, Calidad Técnica y Calidad Humana 61%, eficacia 60%. La ponderación global es del 57% y pueden observarse en el grafico 10.

Grafico 10

Porcentaje alcanzado en la capacidad instalada, calidad técnica/humana y la eficacia, Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vásquez” de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.



Fuente: Encuestas usuarios internos, Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango, febrero a mayo de 2017.

VI. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La investigación realizada en el Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vásquez” de Chalatenango sobre la calidad en la gestión interna de insumos médicos nos proporciona resultados importantes que se convierten en oportunidades de mejora a problemas de calidad que merecen una atención más profunda y detallada. Los resultados obtenidos son productos de la opinión de usuarios internos y externos; así también, del juicio observatorio en las diferentes áreas en las que se almacenan insumos médicos, según criterios metodológicos establecidos para el estudio evaluativo. Se determinó que en los usuarios internos encuestados nueve de cada diez son adultos con más de 40 años de edad. La mayoría de los encuestados que realiza gestión interna de insumos médicos tienen más de diez años de laborar en la institución y aproximadamente la mitad de los empleados encuestados tienen menos de un año de realizar la gestión interna de insumos médicos en sus áreas de trabajo. Más de la mitad son jefaturas y solo la quinta parte es personal operativo. Esto significa que hay un porcentaje importante de los empleados encuestados que ya conocen el funcionamiento del hospital, pero es más importante tener claro que en lo relacionado a la gestión de insumos médicos, un gran porcentaje tiene poca experiencia. Considerando que más de la mitad ocupan puestos de jefatura, difícilmente sean ellos los que tengan menos de un año de participar en la gestión interna de insumos médicos puesto que para asignar ese cargo, debe de tener alguna experiencia y conocer el funcionamiento de los procesos con algunos años de laborar en la institución. Así lo plantea el Ministerio de Fomento de España al expresar que es importante realizar gestión por procesos para mejorar el desempeño de la organización y así desarrollar la misión de la organización mediante la satisfacción de las expectativas de sus clientes, empleados y la sociedad.

Al evaluar la capacidad instalada en su variable disponibilidad se encontró que más de la mitad del personal no están entrenados para la gestión interna de insumos médicos y además casi todos informan que no han sido capacitados. Relacionando la

distribución de los recursos encuestados, puede tratarse de que las jefaturas, que representan más de la mitad de las personas encuestadas, participan en la gestión de insumos médicos con poco o nada de conocimiento y peor aún de forma empírica. Lo que deja la posibilidad de gestionar y adquirir insumos médicos que no sean precisamente los que necesitan en las áreas.

También es importante la cantidad de personas que expresaron que el tiempo para la gestión interna de insumos médicos simultáneamente con las actividades asistenciales no es suficiente, que relacionándolo con lo poco o nada de conocimientos que poseen, ante la poca experiencia y capacitación que han recibido, se invertiría más del tiempo necesario para la gestión interna de insumos médicos, por no tener sistematizado los procesos de gestión. Luego aparecen situaciones como lo describe Sergio Castaño en su documento de Insumos Médicos y Gestión de Calidad, “por desconocimiento de los procesos de gestión, es común escuchar en los pasillos a personal de salud quejándose, por falta de insumos”.

Aproximadamente la mitad de los empleados encuestados, no disponen de insumos médicos en sus áreas de trabajo en cualquier momento, debido a que los horarios de despacho del almacén no son todos los días, ni a cualquier hora. Lo mismo sucede al considerar el intervalo de tiempo entre los despachos por el almacén. Sin embargo, un poco más de la mitad de los usuarios internos expresan que no requieren pedidos extras. Al realizar un análisis cuidadoso de los resultados en relación con los horarios e intervalo de tiempo para los despachos por el almacén y que no sea necesario requerir de pedidos extras, deja en evidencia que para solventarlo hacen pedidos grandes y los almacenan en sus áreas de trabajo para disponer de ellos en cualquier momento. Esto se vuelve un problema, así como se ha descrito en el documento “Modelo de Gestión Integral de Suministro de Medicamentos e Insumos de Salud” del Ministerio de Salud de El Salvador publicado en junio de 2012, en el que se hace referencia que el Sinab no cuenta con la creación de bodegas internas o subbodegas, lo que dificulta el manejo de los inventarios en stocks o subdepósitos al interior de las entidades y estos sitios deberían estar conectados en línea al sistema de información. Más de la mitad de usuarios internos encuestados reporto que no dispone de materiales como papel, bolígrafo, calculadora y otros necesarios para realizar la

gestión interna de insumos médicos y similar cantidad que no dispone de un sistema informático para utilizarlo en estos procesos. Esta situación debe generar dificultades para ser eficientes en los procesos de gestión interna de insumos médicos ya que no disponer de materiales ni herramientas necesarias aunado a falta de entrenamiento y capacitación, los resultados esperados serán insatisfactorios.

Con relación a los usuarios externos encuestados procedían equitativamente del área urbana y rural, predominantemente del sexo femenino en todos los grupos de edad y en mayores de 60 años fue casi en la misma proporción. Siete de cada diez de ellos perciben que el número de recursos para la gestión de insumos médicos es adecuado, seis de cada diez, expresaron que no hubo retraso para sus procedimientos a causa de los insumos.

Al evaluar la capacidad instalada en su variable disponibilidad se encontró en promedio el 51% de la calidad respecto de los indicadores de recursos humanos, horarios de despachos y los materiales necesarios para realizar la gestión de insumos. En concordancia con lo expuesto por Joseph Juran (1951) respecto al principio de Pareto o ley 20-80; “El 80% de las consecuencias se debe al 20% de causas”; analógicamente, no se debe tener más del 20% del personal sin ser capacitado, ni disponer de materiales para la gestión de insumos; porque esto generaría deterioro de la calidad en la gestión interna de los mismos.

En la variable accesibilidad, al conocer la distancia del almacén a las diferentes áreas de uso, más de la mitad reportó estar lejos del almacén y no disponen de un transporte para llevar los insumos médicos a sus áreas de trabajo. Mas de la mitad informo que el horario de tiempo para la gestión de insumos médicos es adecuado y suficiente. Un poco más de dos tercios de los encuestados reportan que los pedidos que realizan dependen de sus necesidades, no conocen programación para presentar pedidos al almacén, ni para recibir despachos por el almacén. Este desconocimiento de programación para pedidos y despachos demuestra que no les afecta a pesar de que sus pedidos son por necesidad, pero puede deberse a almacenamiento en sus áreas como fue planteado anteriormente.

Más de la mitad de los usuarios internos encuestados considera que la gestión de insumos médicos no es oportuna. Ya conocimos anteriormente las limitantes que hay

de conocimiento, experiencia, materiales y herramientas que puedan afectar en los procesos de gestión. Podemos correlacionarlo también con los datos obtenidos al consultarles por algún método específico utilizado, ya que más de la mitad respondió que no utiliza como base el consumo histórico, ni el perfil epidemiológico, ni otro método para hacer el cálculo de sus necesidades. Tres de cada cuatro personas que participan en la gestión interna, no participan en la planificación ni en los procesos de compra de insumos médicos. Más de la mitad también reportan que el presupuesto que se asigna a insumos médicos no se elabora en base a las necesidades del año y por lo tanto más de la mitad de los empleados encuestados no conoce la necesidad de presupuesto para un año en su área de trabajo ni la cantidad de insumos necesarios al año. Ya Malagón Londoño describe en la administración hospitalaria que la planificación de las compras es importante para tener un adecuado abastecimiento y suministros, la determinación de necesidades se lleva a cabo con base a los objetivos institucionales y metas trazadas para un periodo de tiempo definido.

Siete de cada diez usuarios externos informaron no requirieron comprar insumos, y los encontraron en el hospital, lo que puede traducirse que la mayoría ha encontrado respuesta en lo relacionado a sus insumos necesarios, pero de acuerdo con los resultados parece que aún existe necesidad de solicitarle insumos a los usuarios que habría que conocer la causa si es por desabastecimiento a causa de falta de presupuesto, demora en la compra o retraso en la gestión.

Al visitar las diferentes áreas de almacenamiento de insumos médicos del hospital, se constató que la mayoría dispone de extintores que estaban cerca, cargados y debidamente identificados. Además, que los insumos que dispone en su área son los necesarios y específicos para su uso.

Más de la mitad de las personas encuestadas consideran que los insumos médicos que se compran son adecuados y que este año son mejores que los del año anterior. Muy probablemente suceda que, si no participan en los procesos de compra, no podrán opinar sobre los insumos a adquirir o las razones de adquirir los escogidos, y por lo tanto sus expectativas pueden ser otros insumos, diferentes a los que se han adquirido.

De esta manera podremos resumir detallando que la capacidad instalada en términos de calidad, sus variables Disponibilidad y Accesibilidad alcanzaron un 51% y 48% respectivamente. Para la variable disponibilidad, el indicador mas afectado fue Recursos Humanos y para la variable accesibilidad el indicador mas fortalecido fue el económico.

La percepción identificada puede suceder porque aproximadamente la mitad no conoce los documentos como manuales o instructivos que se utilizan para los procesos de gestión de insumos médicos. Y más de la mitad no conoce que hay un comité fármaco terapéutico que estudie, analice y regule la utilización de los insumos médicos ni mucho menos que analice las fallas y aplique medidas correctivas. Es posible también, que esta proporción de los empleados sean los que no utilizan el sistema Nacional de Abastecimiento (Sinab) para registrar los insumos.

Al indagar sobre el desempeño en el área de trabajo sobre la gestión de insumos médicos, más de la mitad nos informaron que existe inventario en su área de trabajo, llevan sistematizadas las actas de recepción y Kardex. Además, almacenan bajo normas de buenas prácticas, clasifican los insumos y rotulan los estantes o áreas de almacenamiento. Un porcentaje más alto almacenan bajo condiciones especiales de seguridad, aquellos insumos médicos que tienen un alto costo, para evitar que se extravíen y esto posiblemente sucede no por conocimiento de normativas sino por temor a ser responsabilizado del extravío ya que no sería concordante desconocer la normativa y aplicarla.

Al explorar las áreas que tienen almacenamiento de los insumos médicos, se verifico que dos terceras partes, de las áreas visitadas, su área tiene una amplitud que les permite una rotación adecuada para que las existencias más antiguas se despachen primero. Todas las áreas tienen identificación y se puede verificar las fechas de caducidad. Algo que llamo la atención es que solamente en la mitad de las áreas se colocan adelante los productos que caducan primero. En un tercio de las áreas los insumos obstaculizan la salida y todas tienen medidas para impedir el ingreso de personas no autorizadas al área de almacenamiento y están señalizadas. La quinta parte de las áreas tenían insumos vencidos y los tienen separados.

Podemos inferir que el personal que participa en la gestión interna de insumos médicos soluciona las limitantes de accesibilidad y disponibilidad de los mismos, almacenándolos en sus áreas de trabajo. Allí implementan dispositivos de seguridad para que no ingresen personas sin autorización con el fin de evitar extravíos o pérdidas; pero la falta de conocimientos técnicos no les permite dimensionar que la falta de herramientas técnicas para rotar los insumos y utilizar estrategias como “Primeras entradas, primeras salidas” puede generar pérdidas en vencimientos. Esto puede conducir a un deterioro de la calidad de atención y tal como lo establece Avedis Donabedian 1991: “la falta de continuidad conduce a la inestabilidad de los objetivos y métodos de tratamiento ó su evolución ordenada y razonable”; y esto influye en la calidad de los servicios de atención.

Respecto de las relaciones interpersonales, un alto porcentaje tiene buena comunicación con personal de otras áreas, pero solamente un tercio del total encuestado reportan la realización de reuniones para resolver problemas de insumos médicos y también solo un tercio conoce a todas las personas, probablemente este pequeño porcentaje se trate de los que en este momento están realizando todo el proceso de planificación y compras. Tal como lo refiere Lori Diprete Brown et al 3, “Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz; dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad y se demuestra por medio de respeto, cortesía, comprensión, compenetración, manera de escuchar y comunicarse.

Más de la mitad reportó que su área de trabajo posee buena iluminación, ambiente adecuado y un nivel de ruido aceptable. Pero tres cuartas partes del personal encuestado expreso que la ubicación de su área para almacenaje no es aceptable, lo que pudiera interpretarse que las áreas diseñadas y destinadas por normativa para el almacenamiento de los insumos médicos que es aceptable por el personal que labora en ellas, comparado con aquellas otras que fueron improvisadas sin especificaciones técnicas para almacenar sus insumos y poder disponer de ellos en cualquier momento del día que se necesiten, y no depender de los horarios limitados del almacén además de las distancias que hay de estas áreas al almacén.

Haciendo una comparación, se constató que en dos tercios de las áreas no hay mobiliario ni equipo adecuado para la gestión de insumos y no poseen una ventilación adecuada. La distancia del almacén a las áreas de atención de usuarios externos es adecuada y todas poseen iluminación adecuada; pero la mitad están afectadas por el ruido.

Los hallazgos tienen una diferencia a lo encontrado en algunas investigaciones que, en cuanto al almacenamiento, se observa desarticulación de los sitios de bodegaje, ambiente inadecuado, consistente en deficiencias de la ventilación, exposición a temperaturas extremas, oscuridad y humedad, cercanía a la morgue del hospital, espacio reducido y mal distribuido, lo cual dificulta la conservación, el control y manejo adecuado de las existencias. Esto se debe a que en el diseño del hospital (instalaciones obsoletas), no hay un área arquitectónicamente diseñada a los requerimientos técnicos del almacén, como se describe en el proceso de suministro de insumos del hospital de Yopal, Encenara, Colombia.

Con todas estas situaciones descritas y el alto porcentaje de personas que no conoce las normativas ni lleva registro de sus entradas y salidas, cuatro de cada cinco personas que participa en la gestión interna de insumos médicos no considera necesario crear un instrumento para el registro en sus áreas de trabajo. Esta condición predispone el uso ineficiente de los insumos o su extravío, que puede significar pérdidas económicas para la institución en insumos extraviados o mal utilizados; incluso vencidos. Esta situación de riesgo para la institución por falta de conocimientos y aplicación de normativa en la gestión interna de insumos es conocida por el personal, pero no representa una preocupación por ellos.

En resumen las variables calidad técnica y calidad humana no alcanzo el promedio aceptable de referencia (80%) y sus indicadores alcanzaron: Integralidad (63%), Continuidad (58), Relaciones interpersonales (57%), la más afectada y Comodidad (65%).

La motivación puede ser baja ya que en su percepción consideran que el salario recibido para sus actividades no es acorde con lo que recibe. Más de la mitad no realiza la gestión de insumos en equipo. Esto no facilita la creación del trabajo en equipo; tal como lo establece Leonard L. Berry *“cuando en una organización existe actitud positiva*

por el empleado para adaptarse al puesto de trabajo y el resto del personal le brinda las condiciones para brindarle la acogida; entonces predominan las condiciones para desarrollar equipos de trabajo que se esfuercen por alcanzar los objetivos institucionales”.

Para evaluar la capacidad “a los profesionales no les es difícil especificar los criterios y estándares de la buena atención”, la información está documentada y se puede establecer responsabilidades para acciones correctivas específicas, pero sin individualizar las responsabilidades sino de equipo de trabajo. La evaluación de la calidad basada en el enfoque de proceso no es bien vista por los planificadores de calidad, administradores ni políticos debido a que cuando se evalúa el proceso se realiza una valoración de las actividades que lo componen y las mejoras necesitan por un lado inversión económica, cambios estructurales y organizativas. Sin embargo, tienen ventajas importantes como las señala Avedis Donabedian en su publicación de 1991 “La calidad de la atención medica”.

Solamente la mitad del personal encuestado considera que el abastecimiento de insumos médicos ha mejorado respecto de años anteriores, posiblemente son los que conocen todos los procesos de compra y cantidades de compra que se hacen al año. La mitad consideran que el tiempo que transcurre desde la solicitud de su pedido hasta la recepción no es oportuno, además cuatro de cada cinco personas consideran que el tiempo que transcurre para la compra no es aceptable. La percepción podría representar al mayor porcentaje que desconoce la normativa y desconoce todos los procesos que atraviesa una compra a través de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones en la Administración Pública (Lacap).

En resumen, la calidad en términos de eficacia refleja el siguiente comportamiento en sus indicadores: Satisfacción (57%), la mas afectada; Mejora de las existencias (65%); y Tiempo de espera (58%).

Al realizar la contrastación de los resultados del presente estudio evaluativo con el Objetivo General, apegado al estándar establecido del 80 % en la valoración de las variables estudiadas; es prudente aseverar que la calidad en términos de estructura analizando la capacidad instalada se obtuvo 50%; valorando el proceso de gestión de insumos analizando la capacidad Técnica y Humana se obtuvo 61%; y en términos de

resultado, determinando la eficacia se obtuvo 60%. El resultado global en la investigación fue del 57%, y por lo tanto se infiere que no existe Calidad en la gestión interna de insumos médicos en el Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vásquez” de Chalatenango.

VII. CONCLUSIONES

En esta tesis se evaluó la calidad en la gestión interna de insumos médicos en el Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vásquez” de Chalatenango durante el periodo de febrero a mayo de 2017. En concordancia al sistema unificador de evaluación de la calidad: Estructura, proceso y resultado; Así como a la lógica de los objetivos, se ha establecido las siguientes conclusiones:

- Mas de la mitad del personal tiene 20 años o más de laborar en el hospital y casi la mitad tiene menos de un año de gestionar insumos médicos.
- En la capacidad instalada se identificó un porcentaje significativo del personal con poca experiencia y falta de capacitación. No socializan programación de despachos del almacén, ni disponen de instrumentos necesarios para la gestión de insumos.
- Alto porcentaje del personal que participa en la gestión de insumos, no participan en el proceso de estimación de necesidades ni de compras.
- En el proceso de calidad de gestión interna de insumos médicos, un porcentaje considerable del personal desconoce la existencia de instrumentos normativos, no disponen de sistemas de registros de entradas y salidas de insumos a sus áreas.
- Existen buenas relaciones interpersonales, pero no sobre gestión de insumos médicos.
- En la eficacia de la gestión interna de insumos médicos, existe poca satisfacción del personal, percibe demora en los procesos.
- La calidad de la gestión interna de insumos médicos es inadecuada, ya que la medición de los tres enfoques no alcanzo el límite de la definición de calidad para este estudio, siendo la capacidad instalada la más afectada.

VIII. RECOMENDACIONES

A nivel superior en Ministerio de Salud:

- Analizar situación de Hospital Nacional de Chalatenango, conocer experiencias de otros hospitales y socializar estos resultados para valorar implementar estrategias de mejora en los establecimientos del Minsal que gestionan insumos médicos.
- Analizar la elaboración de un sistema o método de registro de entradas y salidas de insumos médicos de cada área local para evitar sobre existencias o vencimientos.
- Programar jornadas de desarrollo de recursos humanos con el personal que participa en la gestión interna de insumos médicos de los diferentes establecimientos del país.

A nivel local en el Hospital Nacional de Chalatenango.

- Iniciar un plan de capacitaciones al 100% del personal que participa en los procesos de gestión interna de insumos médicos.
- Realizar calendarización de los despachos y socializarlo con todas las áreas que intervienen en los procesos de gestión de insumos médicos.
- Incluir a todo el personal que participa en la gestión de insumos para elaborar el catálogo de insumos necesarios de cada área y establecer el cálculo de su necesidad anual en base a comportamiento histórico o consumos y estimar la necesidad económica de insumos médicos de estas áreas.
- Calendarizar reuniones periódicas para conocer la situación global de insumos médicos del Hospital Nacional de Chalatenango.
- Analizar la elaboración de un sistema o método de registro de entradas y salidas de insumos médicos de cada área local para evitar sobre existencias o vencimientos.
- Implementar jornadas de desarrollo de recursos humanos con el personal que participa en la gestión interna de insumos médicos.

IX. PROPUESTA TÉCNICA.

INTRODUCCION

Al finalizar esta investigación, y habiendo revisado los conceptos y las normas, se decide hacer la presenta propuesta de mejoramiento. Para empezar, se identifica personal con capacidad y responsabilidades en las áreas de atención de usuarios externos, pero ellos poseen limitantes en conocimiento de los procesos de la gestión interna de insumos médicos. Seguidamente, se desarrolla una considerable cantidad de trabajo para la gestión interna de insumos médicos, pero algunos esfuerzos son aislados lo que no permite optimizar los recursos y por la tanto no se obtiene un fortalecimiento en la calidad del desarrollo de los procesos. Finalmente es importante que a los usuarios internos se les pueda apoyar con herramientas para la gestión interna de insumos médicos y el desarrollo de sus capacidades, así muy probablemente la satisfacción en su trabajo se verá fortalecida.

Los esfuerzos en la actual reforma de salud están encaminados, en este rubro, a lograr que las operaciones de los Almacenes del MINSAL, estén acordes al cumplimiento de buenas prácticas de almacenamiento y gestión de almacenes en la ejecución de los procesos de recepción, almacenamiento, distribución y manejo de existencias de los suministros, a fin de lograr eficiencia y eficacia en las actividades. Este objetivo puede fortalecerse llevando estrategias de mejora y desarrollo en las áreas de almacenamiento temporal que existen en el Hospital Nacional de Chalatenango “Dr. Luis Edmundo Vásquez”. Se hace la propuesta de cambiar la denominación de “Áreas de almacenamiento sin control”, por la de “Áreas de stock en planta”.

Para elaborar la propuesta de mejoramiento de los procesos de la institución, se toma la información obtenida y se somete al análisis y crítica, a la luz de los conocimientos teóricos y prácticos obtenidos en la investigación realizada; además de la observación y análisis de los cambios que se han generado en la institución, a partir del inicio de la elaboración del presente trabajo y hasta la fecha.

1. CONTENIDO DE LA PROPUESTA.

La propuesta de mejoramiento es:

Promover el desarrollo de los recursos involucrados en los procesos de gestión interna de insumos médicos, facilitando la capacitación y socialización de los procesos normativos existentes para realizar la gestión interna de insumos médicos. Así mismo, permitirles la participación en la estimación de necesidades de insumos de sus áreas de trabajo, conocer de una forma general la necesidad de recursos económicos para la compra de los insumos de sus áreas de trabajo. De la misma manera, apoyarles con herramientas o materiales que les permita mejorar los registros de entradas y salidas de insumos médicos en sus áreas que permitirá disponer de ellos con más oportunidad. Se definirán responsables y áreas de aplicación. Incluye fortalecimiento de los conocimientos en Recepción, Almacenamiento, Distribución, Registro e inventario. **Todo enmarcado en una planeación estratégica.**

2. OBJETIVOS DE PROPUESTA TECNICA.

Objetivo General:

Mejorar la calidad de la gestión interna de insumos médicos en el Hospital “Dr. Luis Edmundo Vásquez” de Chalatenango.

Objetivos Específicos:

1. Empoderar a los responsables de la gestión interna de insumos médicos sobre los procesos normativos y de relación para la ejecución.
2. Diseñar instrumentos y/o métodos que faciliten el registro de entradas y salidas que reduzcan posibles pérdidas o vencimientos en las áreas hospitalarias, incluyendo almacén.

3. ¿A QUIEN VA DIRIGIDO?

- Personal de almacén.
- Enfermeras Jefes de Emergencia, Consulta especializada, Hospitalización, Central quirúrgica.
- Médicos Jefes de Emergencia, Consulta especializada, Hospitalización, Central quirúrgica.
- Supervisoras.
- Jefe de División Medica Quirúrgica.
- Jefe de enfermería.
- Jefe de Anestesia.
- Asesor de suministros.
- Guardalmacén.
- Jefe UACI.
- Jefe UFI.

4. ELABORACIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO.

Como una forma de Plan Maestro que contenga diseño y construcción del futuro para el Hospital “Dr. Luis Edmundo Vásquez” de Chalatenango en cuanto a Gestión de Insumos se refiere, aunque este futuro sea imprevisible.

5. ETAPAS DE LA FORMULACION DEL PLAN ESTRATEGICO

- Tareas preparatorias.
- Etapa fundacional.
- Análisis de situación.
- Etapa propositiva.
- Etapa ejecutiva: Monitoreo, evaluación y revisión del plan.

6. RESULTADOS ESPERADOS

- Transformar la cultura organizacional del Hospital nacional de Chalatenango.
- Empoderar en los procesos de gestión interna de insumos médicos a los usuarios internos que participan del mismo.
- Disponer del catálogo de insumos médicos específico para cada área de atención.
- Conocer las necesidades reales por año y ser más oportunos en los procesos de compra de insumos médicos.
- Desarrollo del personal y fortalecimiento de sus competencias.

X. BIBLIOGRAFÍA

- 442., A. L. (2007. Nov.). Decreto Legislativo N° 442. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud. El Salvador. 2007. Nov. En *Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud*. El Salvador.
- A., D. (1991.). *La Calidad de la Atención Médica*. (1a Edición. ed.). México.: Ediciones Copilco S.A de C.V.
- A., D. (1991.). *La Calidad de la Atención Médica*. (1a Edición. ed.). México.: Ediciones Copilco S.A de C.V.
- Ángel., M. M. (s.f.). *La gestión por procesos: un enfoque de gestión eficiente*. Universidad Nacional de Cuyo. Centro Universitario - Mendoza (5500).: Secretaría de Gestión Administrativa, Económica y de Servicios - Rectorado. Parque Gral. San Martín - .
- Artaza Barrios, O., Méndez, C. A., Morrison, H., Reynaldo, & Suarez Jiménez, J. M. (2011). *Redes integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales*. (Primera Edición Español ed.). Santiago, Chile: OPS/OMS.: Impreso en los talleres de Igd Ltda.
- Berry L L, P. A. (1993). *Marketing de las Empresas de Servicios*. (1a Edición ed.). U.S.A.: Editorial Norma.
- Berry L, P. A. (1993.). *Marketing de las Empresas de Servicios*. (1a Edición. ed.). U.S.A.: Editorial Norma.
- Bigne E., M. M. (1997.). *“Calidad y Satisfacción en los Servicios Hospitalarios Esenciales y Periféricos, Investigación y Marketing”*. (2a Edición. ed.). México.
- c, B. E. (2010-2017). *Programa de entrenamiento de “Análisis de datos aplicado a la investigación científica”, cálculo del tamaño de la muestra para estimar parámetros categóricos en poblaciones finitas*. Obtenido de <http://www.bioestadistico.com/>
- COHAN- Cooperativa de Hospitales de Antioquia Centro Colaborador de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud en Sistema de Suministros Medicamentos e Insumos hospitalarios esenciales. (2012). *Modelo de Gestión Integral de Suministro de Medicamentos e Insumos de Salud*. SAN SALVADOR, EL SALVADOR: Impreso en GRAFICOLOR S.A.de C.V.
- Fomento., M. d. (2005.). *Gestión por procesos, Principios de la gestión de la Calidad*. (Vol. Capítulo IV). España.

- G., H. J. (1994.). *La Calidad del Servicio*. (1a edición. ed.). Colombia.: Editorial McGRAW-HILL.
- Hospital Nacional "Dr. Luis Edmundo Vasquez", M. d. (2016.). *POA institucional*, . Chalatenango.
<http://iso9001calidad.com/>. (s.f.).
- I., P. -M. (1997.). *Sistemas de Garantía de la Calidad en Urgencias y Emergencias*. España.
- J.M., J. (1996.). *J.M. Juran y la planificación para la calidad*. (1ª Edición. ed.). España.: Ediciones Díaz de Santos.
- Lori Diprete B, F. L. (2000.). *Garantía de la Calidad en Salud en los Países en Desarrollo*. (2a Edición. ed.). (USAID., Ed.)
- M., T. F. (1997.). *El sistema de calidad en el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias*. (1ª Edición ed.). España.
- Malagón Londoño G, G. M. (1996.). *Administración Hospitalaria*. (1a Edición. ed.). Colombia.: Editorial Médica Panamericana.
- Medina, G., Pérez, H., & Mergarejo, C. (2006). Proceso de suministro de insumos en el Hospital de Yopal ESE 2006. 270 pág.
- Modelo de Gestión Integral de Suministro de Medicamentos e Insumos de Salud. (s.f.). SAN SALVADOR, EL SALVADOR.: Impreso en GRAFICOLOR S.A.de C.V.
- MORALES VALERIO, F. (2015). *MEJORAS A LA GESTIÓN DEL PROCESO DE ABASTECIMIENTO DE INSUMOS CLÍNICOS PARA EL HOSPITAL SAN JOSÉ*. Resumen de memoria, UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS DEPARTAMENTO INGENIERIA INDUSTRIAL, SANTIAGO DE CHILE.
- Motta., D. H. (1996.). *Manual de prototipo de educación en administración hospitalaria*. (Vol. Volumen 5.). Organización Panamericana de la Salud. Serie HSP–UNI/ Manuales Operativos PALTEX.
- Parrab., C. E. (s.f.). *Deterministic inventory models for independent demand. An application in Venezuela*, . Universidad de Los Andes, Venezuela.
- Procesos de suministro de insumos en el Hospital de Yopal*. (2004). Casanare, Colombia.
- Salud., M. d. (julio 2015.). *Lineamientos técnicos para las buenas prácticas de almacenamiento y gestión de suministros en almacenes del Ministerio de Salud*. San Salvador.

Salud., M. d. (Septiembre de 2013.). *Manual de organización y funciones de las RI/SS*. San Salvador.

Salvador., M. d. (Diciembre de 2012.). “*Lineamientos técnicos para categorización y prestación de servicios hospitalarios*”. San Salvador.

Sergio Castaño Convers, m. m. (25 de febrero de 2017). *Insumos medicos y gestión de calidad*. Obtenido de <https://viasalud.co/insumos-medicos-gestion-calidad/>

Skinner P, L. P. (1997.). *Calidad y Competitividad*. (1ª Edición. ed.). España.: McGRAWHILL/ INTERAMERICANA.

Varo J, R. P. (1994.). *Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios*. España: Ediciones Díaz Santos.

Varo J, R. P. (1994.). *Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios*. España.: Ediciones Díaz Santos.

Varo J, R. P. (1994.). *Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios*. España.: Ediciones Díaz Santos.

ANEXOS

Tablas

Tabla 2

Hospitales básicos de la red del Ministerio de Salud de El Salvador.

Hospital básico de II nivel	Departamento	Región
➤ Hospital Nacional "Arturo Morales " de Metapán	Santa Ana	Occidental
➤ Hospital Nacional de Chalchuapa	Santa Ana	
➤ Hospital Nacional de San Bartolo, "Enfermera Angélica Vidal de Najarro".	San Salvador	Metropolitana
➤ Hospital Nacional de Nueva Concepción	Chalatenango	Central
➤ Hospital Nacional de Ilobasco, "Dr. José Luis Saca".	Cabañas	Paracentral
➤ Hospital Nacional de Suchitoto	Cuscatlán	
➤ Hospital Nacional de Ciudad Barrios, "Monseñor Oscar Arnulfo Romero y Galdámez".	San Miguel	Oriental
➤ Hospital Nacional de Nueva Guadalupe	San Miguel	
➤ Hospital Nacional de Jiquilisco	Usulután	
➤ Hospital Nacional de Santiago de María, "Dr. Jorge Arturo Mena".	Usulután	
➤ Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima	La Unión	

Fuente: Lineamientos técnicos para categorización y prestación de servicios hospitalarios, Ministerio de Salud de El Salvador, San Salvador, diciembre de 2012

Tabla 3

Hospitales departamentales de la red del Ministerio de Salud de El Salvador.

Hospital Departamentales de II nivel	Departamento	Región
Hospital Nacional de Ahuachapán, "Francisco Menéndez".	Ahuachapán	Occidental
Hospital Nacional de Sonsonate, "Dr. Jorge Mazzinni Villacorta".	Sonsonate	Occidental
Hospital Nacional Zacamil, "Dr. Juan José Fernández".	San Salvador	Metropolitana
Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña".	San Salvador	Metropolitana
Hospital Nacional de Soyapango, "Dr. José Molina Martínez".	San Salvador	Metropolitana
Hospital Nacional de Chalatenango, "Dr. Luís Edmundo Vásquez".	Chalatenango	Central
Hospital Nacional San Rafael	La Libertad	Central
Hospital Nacional de Zacatecoluca, "Santa Teresa".	La Paz	Paracentral
Hospital Nacional de Cojutepeque, "Nuestra Sra. De Fátima".	Cuscatlán	Paracentral
Hospital Nacional de Sensuntepeque	Cabañas	Paracentral
Hospital Nacional de San Vicente, "Santa Gertrudis".	San Vicente	Oriental
Hospital Nacional de Usulután, "San Pedro".	Usulután	Oriental
Hospital Nacional de Gotera, "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores".	Morazán	Oriental
Hospital Nacional de La Unión	La Unión	Oriental

Fuente: Lineamientos técnicos para categorización y prestación de servicios hospitalarios, Ministerio de Salud de El Salvador, San Salvador, diciembre de 2012.

Tabla 4

Hospitales Regionales de la red del Ministerio de Salud de El Salvador.

Hospital Regionales	Departamento	Región
Hospital San Juan de Dios de Santa Ana	Santa Ana	Occidental
Hospital San Juan de Dios de San Miguel	San Miguel	Oriental

Fuente: Lineamientos técnicos para categorización y prestación de servicios hospitalarios, Ministerio de Salud de El Salvador, San Salvador, diciembre de 2012

Tabla 5

Hospitales Escuela de la red del Ministerio de Salud de El Salvador.

Hospital Escuela	Departamento	Región
1. Hospital Nacional "Rosales"	San Salvador	Metropolitana
2. Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom"	San Salvador	Metropolitana
3. Hospital Nacional de Maternidad "Dr. Raúl Argüello Escolán"	San Salvador	Metropolitana
4. Hospital San Juan de Dios de San Miguel	San Miguel	Oriental
5. Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.	Santa Ana	Occidental
6. Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez.	San Salvador	Metropolitana
7. Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández"	San Salvador	Metropolitana
8. Hospital Nacional "San Rafael"	La Libertad	Central
9. Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José A. Saldaña"	San Salvador	Metropolitana

Fuente: Lineamientos técnicos para categorización y prestación de servicios hospitalarios, Ministerio de Salud de El Salvador, San Salvador, diciembre de 2012

Tabla 6

Datos geo poblacionales del departamento de Chalatenango

Población total	204.942
Extensión territorial	2,017 km ²
Densidad poblacional	102 h/km ²
Número de municipios	33
Número de cantones	190
Número de caseríos	873

Fuente: Sibasi Chalatenango, 2017.

Tabla 7

Crecimiento de población por sexo y grupos de edad, años 2016 y 2017, dpto. de Chalatenango.

Grupos etáreo	2016			2017		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
0 años	1654	1489	3143	2017	1929	3,946
1 año	1639	1648	3287	2005	1920	3,925
2 años	1747	1733	3480	1995	1909	3,904
3 años	1830	1807	3637	1982	1899	3,881
4 años	1776	1753	3529	1966	1885	3,851
5 - 9 años	8516	8302	16818	9737	9328	19,065
10 - 14 años	9736	9345	19081	9908	9609	19,517
15 - 19 años	11974	11863	23837	11561	11200	22,761
20 - 24 años	11920	11762	23682	12755	12575	25,330
25 - 29 años	8932	9714	18646	10447	11433	21,880
30 - 34 años	5844	7013	12857	5799	7752	13,551
35 - 39 años	4903	6157	11060	3593	5481	9,074
40 - 44 años	4856	6091	10947	3569	5258	8,827
45 - 49 años	4368	5306	9674	3594	5034	8,628
50 - 54 años	3807	4630	8437	3160	4330	7,490
55 - 59 años	3433	4178	7611	2969	3953	6,922
60 o más años	11435	12833	24268	9982	12408	5964
Total	98370	105624	203,994	97039	107903	204,942

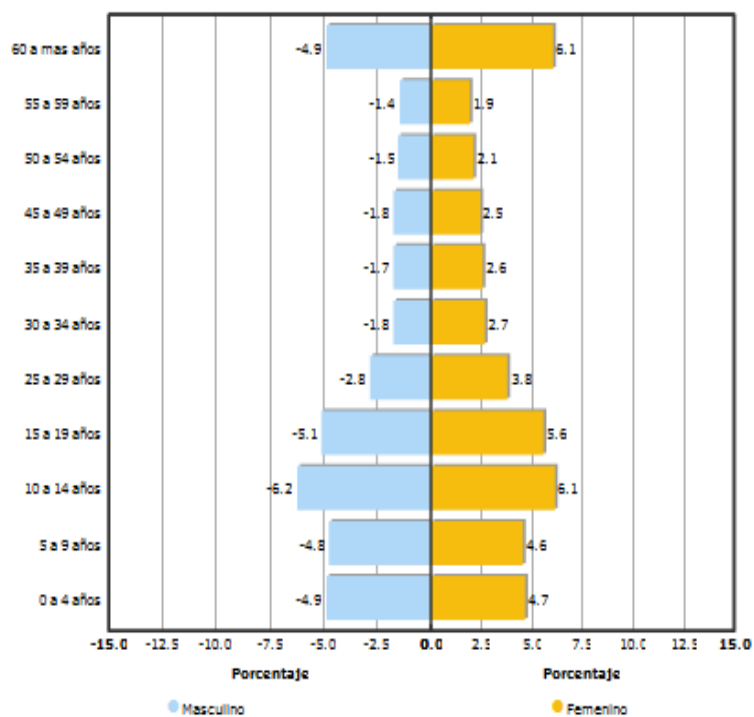
Fuente: Sibasi Chalatenango, 2017.

Tabla 8

Pirámide poblacional del departamento de Chalatenango, año 2017.

Edades	Masculino		Femenino	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
0 a 4 años	9,965	4.9%	9,542	4.7%
5 a 9 años	9,737	4.8%	9,328	4.6%
10 a 14 años	9,908	4.8%	9,609	4.7%
15 a 19 años	11,561	5.6%	11,200	5.5%
20 a 24 años	12,755	6.2%	12,575	6.1%
25 a 29 años	10,447	5.1%	11,433	5.6%
30 a 34 años	5,799	2.8%	7,752	3.8%
35 a 39 años	3,593	1.8%	5,481	2.7%
40 a 44 años	3,569	1.7%	5,258	2.6%
45 a 49 años	3,594	1.8%	5,034	2.5%
50 a 54 años	3,160	1.5%	4,330	2.1%
55 a 59 años	2,969	1.4%	3,953	1.9%
60 años o más	9,982	4.9%	12,408	6.1%
Total	97,039	47.3%	107,903	52.7%
Total General	204,942			

Fuente de Datos
* Ingreso de datos. (SPME)



Fuente: Sibasi Chalatenango, 2017.

Tabla 9

Estructura de la población meta programática, departamento de Chalatenango, 2017.

Población del Área Geográfica de Influencia	2016	2017
Niños menores de 1 año	2,514	3,157
Niños de 1 a 2 años	5,414	6,263
Niños de 3 a 4 años	5,733	6,186
Niños de 5 a 9 años	13,454	15,252
Adolescentes de 10 a 19 años	34,334	33,822
Mujeres de 20 a 59 años	43,881	44,653
Hombres de 20 a 59 años	38,450	36,709
Personas de 60 o más años	19,414	17,912
Embarazadas Esperadas	3,264	3,279
Puérperas Esperadas	3,166	3,181
Recién Nacidos Esperados	3,166	3,181
Mujeres Infértiles	8,070	8,201
Mujeres Esterilizadas	12,725	12,949

Fuente: Sibasi Chalatenango, 2017.**Tabla 10**

Primeras 10 causas de mortalidad, Hospital Nacional "Dr. Luis E. Vásquez" de Chalatenango, enero a noviembre 2016.

No	Causas	Frecuencia	%
1	Neumonías	17	20
2	Otras enfermedades del corazón	12	14
3	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	6	7
4	Enfermedades del hígado	5	6
5	Enfermedades Cerebrovasculares	4	5
6	Resto de enfermedades del sistema genitourinario	4	5
7	Enfermedades isquémicas del corazón	4	5
8	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas	3	4
9	Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal	3	4
10	Diabetes mellitus	2	2
	Sub total	60	72
	Todas las demás causas	23	28
	Total general de fallecidos antes y después de 48 horas	83	100

Fuente: Simmow, Minsal, 2017.

Tabla 11

Primeras 10 causas de egreso, Hospital Nacional "Dr. Luis E. Vásquez" de Chalatenango, enero a noviembre 2016.

Ministerio de Salud (Minsal)			
Hospital Nacional "Dr. Luis Edmundo vasquez" (Hnlev), Chalatenango			
Diez primeras causas de morbilidad en egresos hospitalarios			
Enero – Noviembre 2016			
No	Causas	Frecuencia	%
1	Parto unico espontaneo	1015	13.32
2	Neumonia	538	7.06
3	Otras atencion materna relacionada con el feto y con la cavidad amniotica y con posibles problemas del parto.	413	5.42
4	Fractura de otros huesos de los miembros	393	5.16
5	Diarrea de presunto origen infeccioso	270	3.54
6	Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo del trabajo de parto y del parto	215	2.82
7	diabetes mellitus	203	2.66
8	Otras complicaciones del embarazo y del parto	183	2.40
9	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de multiples regiones del cuerpo.	178	2.34
10	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	177	2.32
	Sub total	3585	47.03
	Todas las demás causas	4037	52.97
	Total general de egresos hospitalarios	7622	100

Fuente: Simmow, Minsal, 2017.

Tabla 12

Primeras 10 causas de consulta externa, Hospital Nacional "Dr. Luis E. Vásquez" de Chalatenango, enero a noviembre 2016.

Ministerio de Salud (Minsal)			
Hospital Nacional "Dr. Luis Edmundo vasquez" (Hnlev), Chalatenango			
Diez primeras causas de morbilidad en consulta externa			
Enero – noviembre 2016			
No	Causas	Frecuencia	%
1	Personas en contacto con los servicios de salud para investigacion y examen de seguimiento consecutivo a cirugia por otras afecciones (794), examen y observacion por otras razones especificas (evaluaciones cardiovasculares) (619), examen medico general (pacientes sanos) (319).	2377	6
2	Diabetes Mellitus	2171	6
3	Hipertension esencial (primaria)	2094	5
4	Trastornos neuroticos, trastornos relacionados en el estres y trastornos sematomorfos.	1661	4
5	Epilepsia	1356	4
	epilepsia y sindromes epilepticos idiopaticos generalizados (327), epilepsia, tipo no especificado (289), epilepsia y sindromes epilepticos sintomaticos relacionados con localizacion (focales) (parciales) y con ataques parciales complicados (238)		
6	Otras enfermedades del corazon	1244	3
	Angina de pecho, no especificada (690), Enfermedad isquemica cronica del corazon, no especificada (384), Infarto antiguo del miocardio (150)		
7	Otros trastornos de las vias genitourinarias	1213	3
	Displasia cervical leve (410), displasia cervical moderada (280), displasia del cuello del utero, no especificada (223).		
8	Otras enfermedades hipertensivas	1209	3
	Enfermedad cardiaca hipertensiva sin insuficiencia cardiaca (congestiva) (1,209)		
9	Trastornos de los tejidos blandos	1208	3
	Otras lesiones del hombro (255), sinovitis y tenosinovitis, no especificada (243)		
10	Otros trastornos mentales y del comportamiento	1144	3
	Trastornos del humor (afectivos) organicos (313), Trastorno mental organico o sintomatico, no especificado (223), trastorno de la personalidad, no especificado (220).		
	Sub-Total	15677	41
	Todas las demás Causas	22768	59
	TOTAL DE CONSULTAS	38445	100

Fuente: Simmow, Minsal, 2017.

Tabla 13

Primeras 10 causas de consulta emergencia, Hospital Nacional "Dr. Luis E. Vásquez" de Chalatenango, enero a noviembre 2016.

Capítulo	Nombre	N° Emergencias	Pacientes Referidos por otros	Pacientes Referidos hacia otros
Capítulo XV	Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	3,159	1,437	428
Capítulo XIX	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	3,106	742	247
Capítulo XI	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	1,618	405	209
Capítulo X	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	1,539	602	79
Capítulo XIV	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	1,403	370	96
Capítulo I	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	1,012	399	76
Capítulo IX	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	634	214	45
Capítulo IV	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	564	154	28
Capítulo XVI	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	529	154	61
Capítulo XXI	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	446	200	115
Capítulo XIII	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	394	75	17
Capítulo XII	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	257	76	12
Capítulo V	Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	210	51	12
Capítulo VI	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	201	50	12
Capítulo XVI	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	144	101	6
Capítulo VIII	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)	108	29	6
Capítulo II	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	73	14	8
Capítulo III	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el m	55	16	6
Capítulo XVI	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	38	7	2
Capítulo VII	Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	34	15	7
		15,524	5,111	1,472

Fuente: Simmow, Minsal, 2017.

Tabla 14

Tiempos de espera para la consulta ambulatoria especializada, Hnlev, 2016.

Indicadores de Gestión	Meta Programada	Logrado
Indicadores de Gestión de Actividades Hospitalarias		
Tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada (días)		
Medicina Interna	60	50.1
Cirugía	20	18.9
Ginecología	30	22.8
Obstetricia	0	3.2
Pediatría	20	67.6
Psiquiatría	10	22.6
Cirugía electiva		
Tiempo promedio de espera para cirugía electiva (Días)	15	10.2

Fuente: SEPS/Estándares de calidad

Tabla 15

Horarios de atención consulta especializada, Hospital Nacional "Dr. Luis E. Vásquez" de

Especialidad/Subespecialida	Día	Hora
Medicina preventiva	Lunes a viernes	8:00 a.m. a 12:00 p.m.
Medicina interna	Lunes a viernes	7:00 a.m. a 2:00 p.m.
Psiquiatría	Lunes a viernes	8:00 a.m. a 3:00 p.m.
Cardiología	Lunes a viernes	7:00 a.m. a 4:00 p.m.
Pediatría general	Lunes a viernes	8:00 a.m. a 9:00 a.m.
Cirugía pediátrica	Lunes, martes y jueves	12:00 a.m. a 1:00 p.m.
Neonatología	Lunes a viernes	11:00 a.m. a 12:00 p.m.
Ginecología y obstetricia	Lunes a viernes	7:00 a.m. a 3:00 p.m.
Cirugía general	Lunes a viernes	7:00 a.m. a 12:00 p.m.
Urología	Jueves y viernes	8:00 a.m. a 11:00 a.m.
Ortopedia	Lunes, miércoles y viernes	8:00 a.m. a 2:00 p.m.
Clínica TAR/Tb	Lunes a viernes	8:00 a.m. a 12:00 a.m.
Psicología	Lunes a viernes	7:00 a.m. a 3:00 p.m.
Clínica de patología cervical	Martes a viernes	9:00 a.m. a 12:00 p.m.
Urología	Jueves y viernes	7:00 a.m. a 10:00 a.m.

Fuente: POA, Hnlev, 2017.

Tabla 16

Distribución de camas según servicio de especialización y horarios de funcionamiento, Hnlev, 2017.

Especialidad/Subespecialidad	Numero	Día	Hora
Medicina interna	23	Lunes a domingo	24 horas
Cirugía general	14		
Ortopedia	9		
Ginecología	2		
Obstetricia	28		
Pediatría general	8		
Cirugía pediátrica	3		
Neonatología	7		
Otro servicios (ISSS y Bienestar)	6		
Total	100		

Fuente: POA, Hnlev, 2017.

Tabla 17

Oferta de laboratorio clínico y horarios de funcionamiento, Hnlev, 2017.

Servicios	Día	Hora
Hematología	Lunes a domingo	24 horas
Inmunología		
Bacteriología		
Parasitología		
Bioquímicas		
Unidad de terapia transfusional		
Urianálisis		
Toma de muestras		

Fuente: POA, Hnlev, 2017.

Tabla 18

Oferta de Radiología e imágenes y horarios de funcionamiento, Hnlev, 2017.

Estudios	Día	Horas
Enema baritado	Lunes a domingo	24 horas
Pielograma E.V.		
Tubo digestivo superior		
Rx Abdominal		
Esofagograma		
RX columna		
Cráneo		
Rx de tórax		
Rx de huesos largos		
Senos paranasales		
Órbitas		
Nariz.		
Pelvis		
USG gineco- obstétrica	Lunes a jueves	7:00 a.m. a 9:00 a.m.
	Lunes a jueves	1:00 p.m. a 4: 00 p.m
USG general	Lunes a viernes	9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Fuente: POA, Hnlev, 2017.**Tabla 19**

Oferta de servicios de apoyo y horarios de funcionamiento, Hnlev, 2017.

Servicio	Día	Hora
Farmacia	Lunes a domingo	24 horas
Fisioterapia	Lunes a viernes	7:00 am a 3:00 p.m.
Alimentación y dietas	Lunes a domingo	6: 00 a.m. a 7:00 p.m.
Espirometría	Lunes a viernes	7:00 am a 3:00 p.m.
Toma de EKG	Lunes a domingo	24 horas
Prueba Holter	Lunes a viernes	7:00 am a 10:00 a.m.
Inhaloterapia	Lunes a domingo	24 horas
ESDOMED	Lunes a domingo	24 horas
Lavandería	Lunes a domingo	6:00 a.m. a 2:00 p.m.
Transfusiones	Lunes a domingo	24 horas
Mantenimiento	Lunes a viernes	7:30 am a 3:30 p.m.
Transporte	Lunes a domingo	24 horas

Fuente: POA, Hnlev, 2017.

Tabla 20

Producción de actividades de la consulta ambulatoria especializada, Hnlev, 2016.

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales			
Consulta Externa Médica			
General			
Medicina General	4,125	4,672	113%
Especialidades			
Especialidades Básicas			
Medicina Interna	7,876	7,476	95%
Cirugía General	5,038	3,822	76%
Pediatría General	1,276	1,039	81%
Ginecología	3,575	2,956	83%
Obstetricia	2,926	2,549	87%
Psiquiatría	2,376	2,341	99%
Sub especialidades			
Sub Especialidades de Medicina Interna			
Cardiología	5,500	4,933	90%
Gastroenterología	726	620	85%
Neurología	913	1,802	197%
Sub Especialidades de Cirugía			
Ortopedia	3,300	3,480	105%
Urología	1,551	1,480	95%
Sub Especialidades de Pediatría			
Cirugía Pediátrica	451	616	137%
Neonatología	638	577	90%
Emergencias			
De Cirugía			
Cirugía General	451	477	106%
De Gineco-Obstetricia			
Ginecología	363	313	86%
Obstetricia	3,025	3,213	106%
Otras Atenciones Consulta Emergencia			
Emergencia	10,076	10,865	108%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica			
Colposcopia	1,276	1,373	108%
Planificación Familiar	451	440	98%
Psicología	2,288	1,783	78%

Fuente: POA, Hnlev, 2017.

Tabla 21

Producción de egresos hospitalarios, Hnlev, 2016.

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales			
Egresos Hospitalarios			
Especialidades Básicas			
Cirugía	1,100	1,066	97%
Ginecología	176	169	96%
Medicina Interna	1,551	1,614	104%
Obstetricia	2,200	1,961	89%
Pediatría	726	1,039	143%
Sub Especialidades			
Sub Especialidades de Cirugía			
Ortopedia / Traumatología	506	443	88%
Sub Especialidades de Pediatría			
Cirugía Pediátrica	319	320	100%
Neonatología	517	564	109%
Otros Egresos			
Bienestar Magisterial	220	121	55%
Emergencia	11	26	236%
ISSS	220	325	148%
Partos			
Partos vaginales	913	1,021	112%
Partos por Cesáreas	330	361	109%
Cirugía Mayor			
Electivas para Hospitalización	1,001	1,102	110%
Electivas Ambulatorias	550	485	88%
De Emergencia para Hospitalización	913	755	83%
De Emergencia Ambulatoria	176	164	93%
Medicina Critica			
Unidad de Emergencia			
Admisiones	3,663	3,613	99%
Transferencias	1,001	1,169	117%

Fuente: POA, Hnlev, 2017.

Tabla 22

Producción de servicios de apoyo diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, Hnlev, 2016.

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios			
Diagnostico			
Imagenología			
Radiografías	16,863	17,348	103%
Ultrasonografías	7,788	8,265	106%
Otros Procedimientos Diagnósticos			
Colposcopias	913	508	56%
Electrocardiogramas	5,038	3,834	76%
Espirometrías	1,100	704	64%
Pruebas de HOLTER	198	141	71%
Tratamiento y Rehabilitación			
Cirugía Menor	2,013	1,857	92%
Conos Loop	88	74	84%
Crioterapias	110	68	62%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	11,000	13,488	123%
Inhaloterapias	21,076	27,713	131%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	126,775	151,483	119%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	75,438	66,091	88%
Trabajo Social			
Casos Atendidos	8,800	8,106	92%

Fuente: POA, Hnlev, 2017.

Tabla 23

Producción de laboratorio clínico, Hnlev, 2016.

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios			
Diagnostico			
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre			
Hematología			
Consulta Externa	6,116	5,284	86%
Hospitalización	16,863	16,405	97%
Emergencia	9,614	11,608	121%
Referido / Otros	3,850	4,581	119%
Inmunología			
Consulta Externa	462	337	73%
Hospitalización	2,475	2,338	94%
Emergencia	858	1,103	129%
Referido / Otros	1,331	1,277	96%
Bacteriología			
Consulta Externa	3,036	2,646	87%
Hospitalización	7,535	7,763	103%
Emergencia	11	13	118%
Referido / Otros	5,775	6,014	104%
Parasitología			
Consulta Externa	770	458	59%
Hospitalización	935	904	97%
Emergencia	1,276	1,098	86%
Referido / Otros	704	949	135%
Bioquímica			
Consulta Externa	22,000	27,689	126%
Hospitalización	22,363	24,303	109%
Emergencia	10,076	16,307	162%
Referido / Otros	24,750	21,169	86%
Banco de Sangre			
Consulta Externa	1,210	1,224	101%
Hospitalización	3,663	2,682	73%
Emergencia	913	968	106%
Referido / Otros	1,826	1,434	79%
Urianálisis			
Consulta Externa	2,288	1,905	83%
Hospitalización	4,301	3,954	92%
Emergencia	4,026	4,483	111%
Referido / Otros	1,397	2,007	144%

Fuente: POA, Hnlev, 2017.

Tabla 24

Producción de servicios generales, Hnlev, 2016.

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Generales			
Alimentación y Dietas			
Hospitalización			
Medicina	6,083	5,485	90%
Cirugía	5,797	5,210	90%
Ginecología	704	490	70%
Obstetricia	8,712	7,495	86%
Pediatría	3,597	4,299	120%
Neonatología	2,178	2,229	102%
Psiquiatría	0	0	ND
Otros (Convenios)	1,364	1,109	81%
Lavandería			
Hospitalización			
Medicina	42,658	35,824	84%
Cirugía	68,882	66,619	97%
Ginecología	48,884	49,761	102%
Obstetricia	67,320	63,752	95%
Pediatría	24,200	29,724	123%
Neonatología	8,778	11,243	128%
Psiquiatría	0	0	ND
Otros (Convenios)	8,745	8,952	102%
Consulta			
Consulta Médica General	7,359	392	5%
Consulta Médica Especializada	9,086	3,646	40%
Emergencias			
Emergencias	26,367	24,418	93%
Mantenimiento Preventivo			
Números de Orden	451	189	42%
Transporte			
Kilómetros Recorridos	124,839	126,264	101%

Fuente: POA, Hnlev, 2017.

Tabla 25

Comportamiento indicadores de gestión, Hnlev, 2016.

Indicadores de Gestión	Meta Programada	Lograda
Indicadores de Gestión de Actividades Hospitalarias		
(días)		
Medicina Interna	60	59.1
Cirugía	20	18.9
Ginecología	30	22.8
Obstetricia	0	3.2
Pediatría	20	67.6
Psiquiatría	10	22.6
Cirugía electiva		
Porcentaje de Cirugías electivas canceladas	10	14.2
Tiempo promedio de espera para cirugía electiva (Días)	15	10.2
Porcentaje de cesáreas		
Porcentaje de Cesáreas	25	26.3
Porcentaje de infecciones nosocomiales		
Porcentaje infecciones intrahospitalarias	1.5	0.56
Pacientes recibidos de otras instituciones		
Número total de pacientes recibidos para atención de Consulta Médica Especializada	2,800	3479
Número total de pacientes recibidos para la atención del Parto	830	598
Número total de pacientes recibidos para Hospitalización No Quirúrgica	1,500	2980
Número total de pacientes recibidos para la realización de procedimientos quirúrgicos	800	471
Número total de pacientes recibidos de otras Instituciones	8,200	1258
Pacientes referidos a otras instituciones		
Número total de pacientes referidos para atención de Consulta Médica Especializada	750	425
Número total de pacientes referidos para la atención del Parto a niveles superiores	180	102
Número total de pacientes referidos para Hospitalización No Quirúrgica	600	277
Número total de pacientes referidos para la realización de procedimientos quirúrgicos	500	252
Número total de pacientes referidos a otras Instituciones	2,030	88
Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%)		
Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%)	90	89.19

Fuente: POA, Hnlev, 2017.

Tabla 26

Cantidad de personal a encuestar según área de trabajo, Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vasquez” de Chalatenango, Ministerio de Salud.

<i>N° de recursos a encuestar.</i>	<i>Personal</i>	<i>Area</i>
1	Jefe de División médica.	División Medica - Quirúrgica.
1	Asesor de suministros.	Suministros.
1	Jefe de enfermería.	Departamento de enfermería.
1	Guardalmacén.	Almacén del hospital.
4	Supervisoras.	Departamento de enfermería.
5	Medico jefe del servicio.	Emergencia; Central quirúrgica; segundo, tercero y cuarto piso.
5	Enfermera jefa del servicio.	Emergencia; Central quirúrgica; segundo, tercero y cuarto piso.
1	Secretaria de almacén.	Almacén del hospital.
2	Ayudante de almacén.	Almacén del hospital.

Fuente: distribución de personal según área de trabajo, Departamento de Recursos Humanos del Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vasquez” de Chalatenango.

Tabla 27

Distribución de recurso humano, Hospital Nacional “Dr. Luis E. Vásquez” de Chalatenango, enero a noviembre 2016.

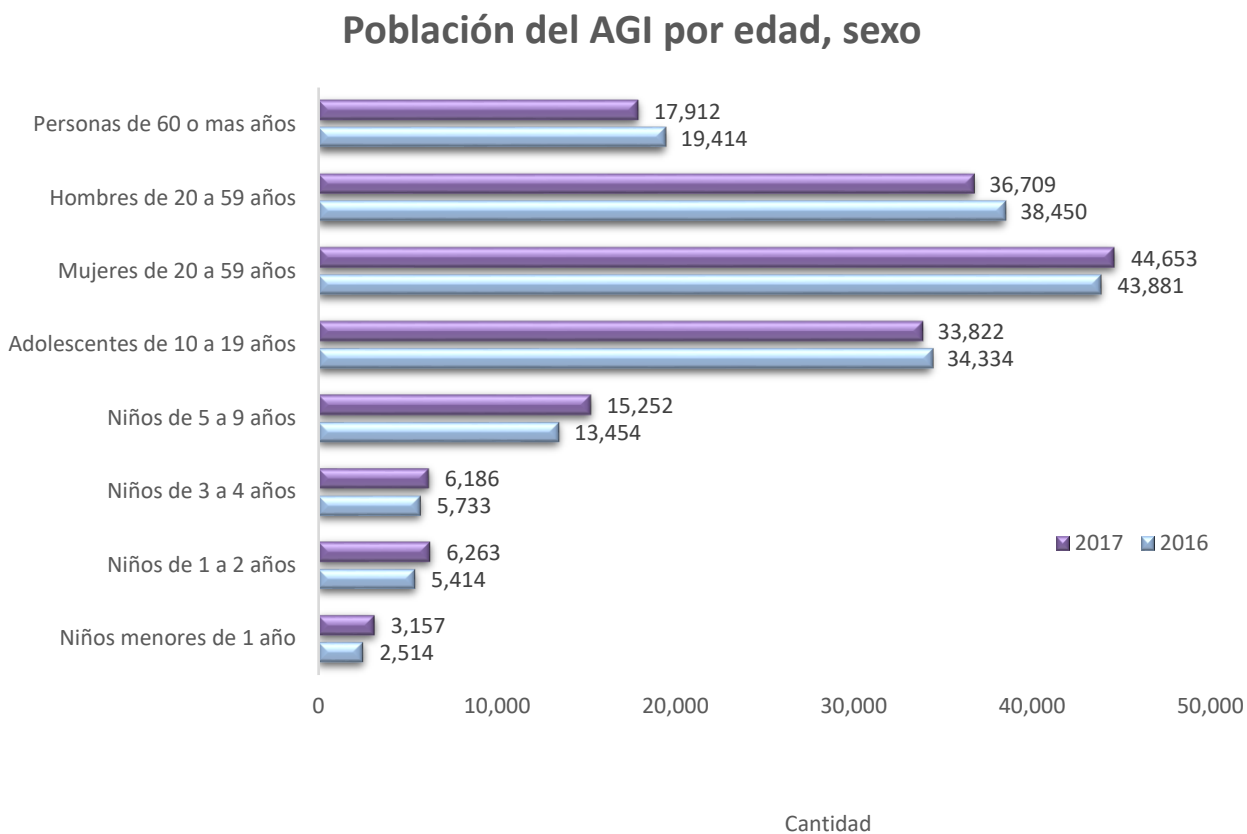
Tipo de recurso	Cantidad	Observaciones
Auxiliar de enfermería	49	Incluye destacadas
Enfermeras	40	Incluye Fondos Propios y destacadas
Administrativo	37	Incluye Fondos Propios
Médicos generales	33	Incluye Residentes
Auxiliares de servicio	31	Incluye Fondos Propios y adhonoren
Médicos especialistas	26	Incluye Fondos Propios y Destacados
Laboratorio	14	
Ayudantes de enfermería	12	
Estadísticos	12	
Anestesistas	11	Incluye 3 recursos adhonoren
Alimentación y dietas	10	
Mantenimiento	8	Incluye Fondos Propios
Farmacia	7	
Lavandería	7	
Transporte	7	Se exceptúa persona Lic. por Invalidez
Tec. en Arsenal	7	
Radiología (Técnicos y licenciado)	5	
Fisioterapia	3	Incluye 1 recursos adhonoren
Trabajadora social	2	
Psicólogos	2	
Promotor de Salud	1	
TOTAL	324	

Fuente: distribución de personal según área de trabajo, Departamento de Recursos Humanos del Hospital Nacional “Dr. Luis E. Vasquez” de Chalatenango.

Gráficos

Gráfico 11

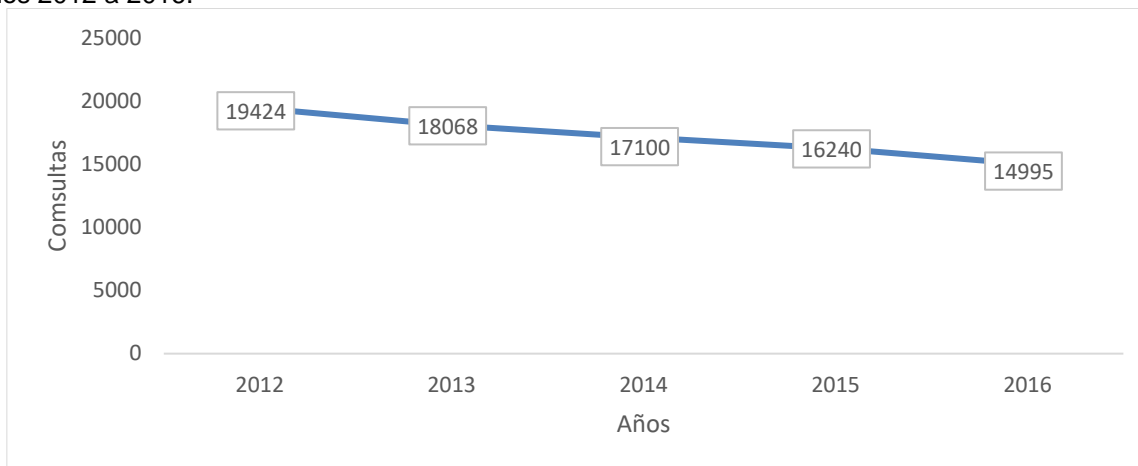
Distribución población del área geográfica de influencia según edad y sexo, Hospital Nacional de Chalatenango, 2017.



Fuente: Sibasi Chalatenango, 2017.

Grafico 12

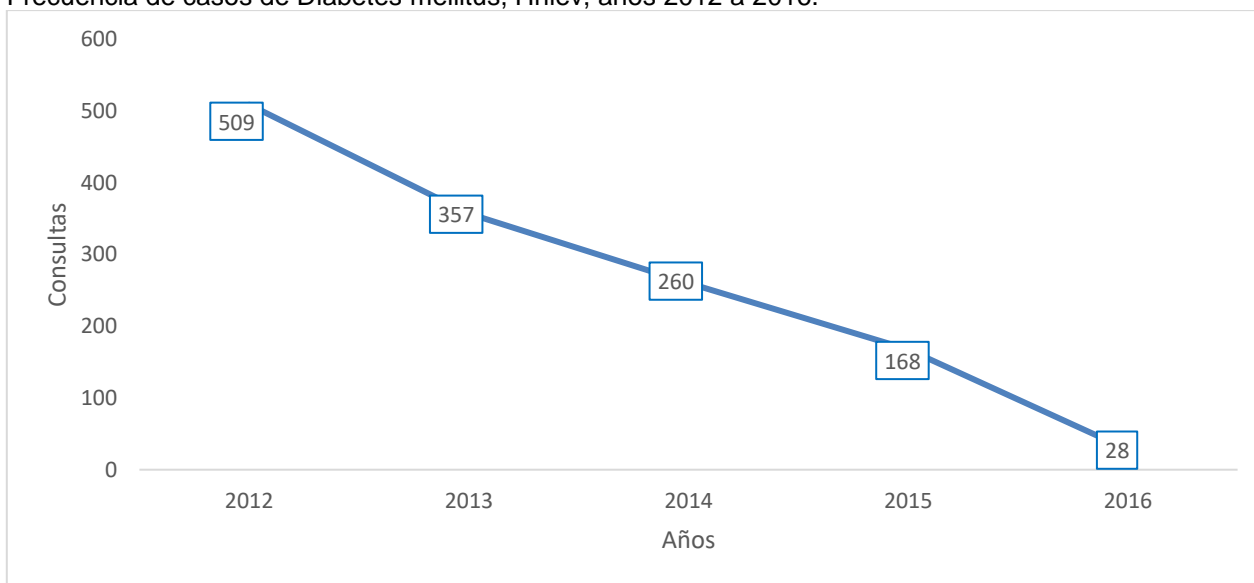
Producción consulta de emergencia, Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango, años 2012 a 2016.



Fuente: Simmow, Minsal, 2017.

Grafico 13

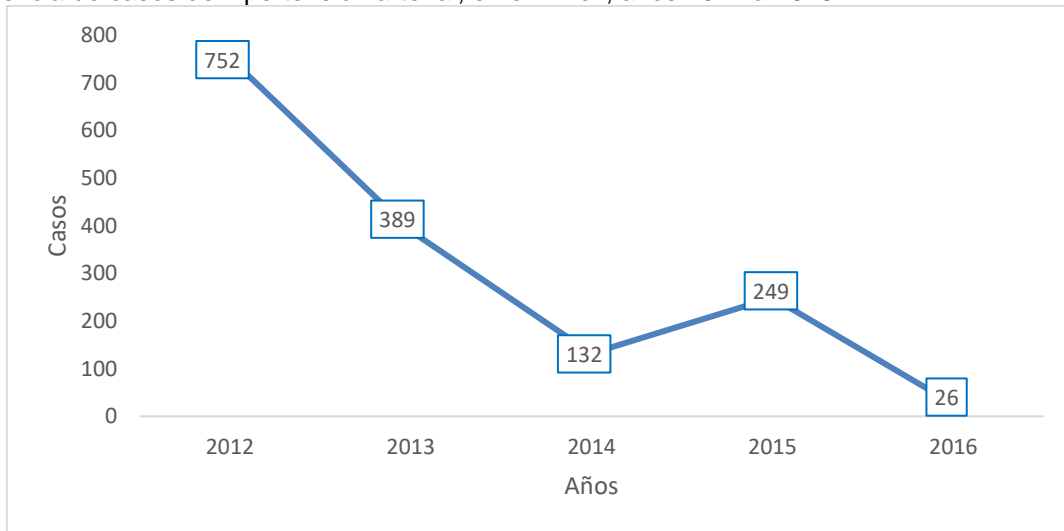
Frecuencia de casos de Diabetes mellitus, Hnlev, años 2012 a 2016.



Fuente: Simmow

Grafico 14

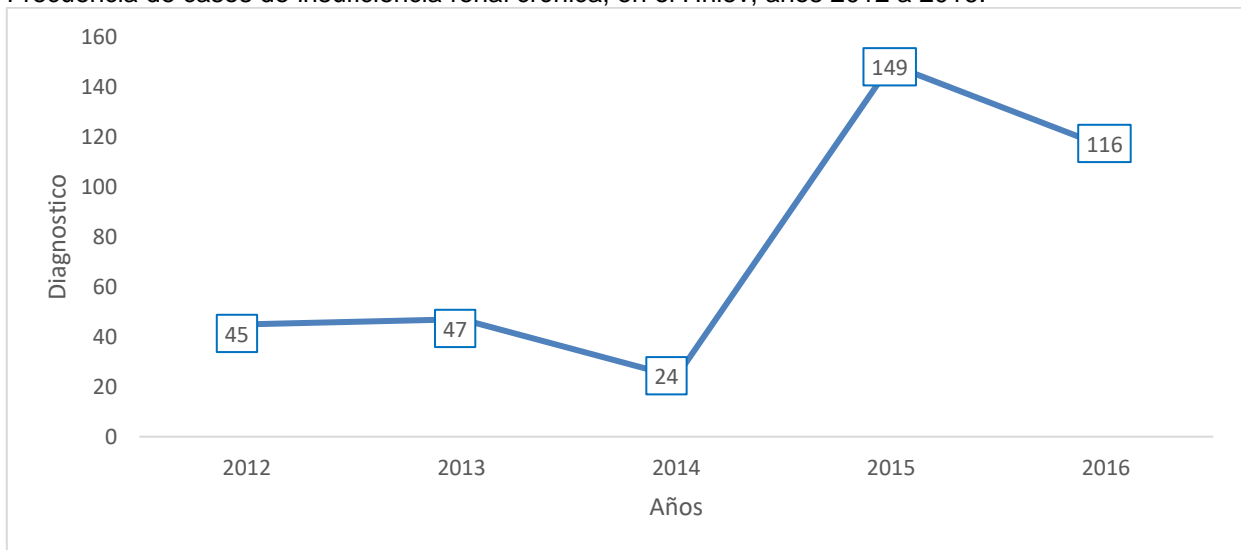
Frecuencia de casos de hipertensión arterial, en el Hnlev, años 2012 a 2016.



Fuente: SIMMOW

Grafico 15

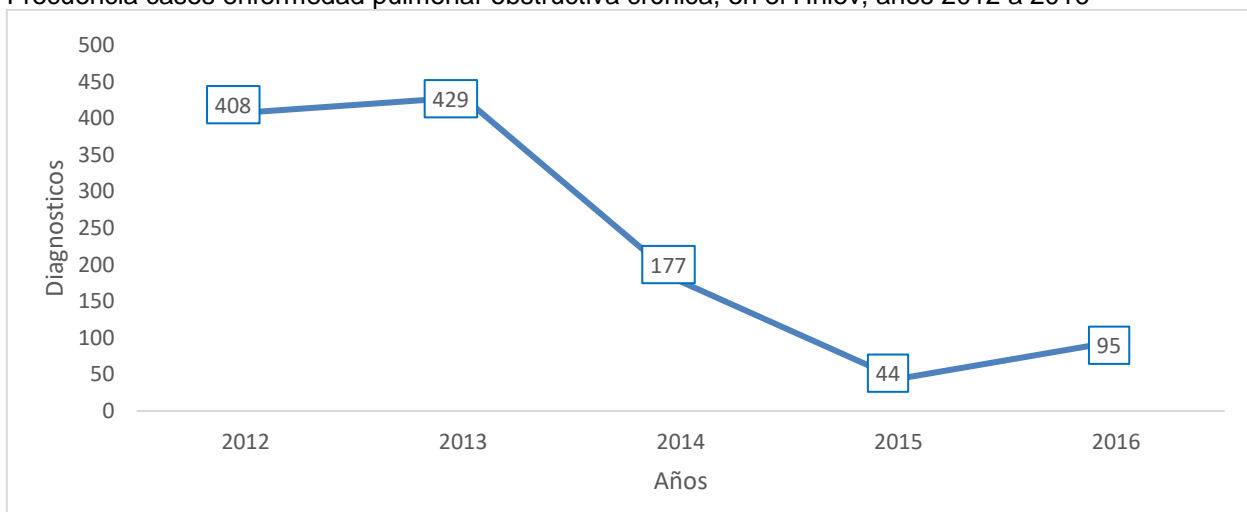
Frecuencia de casos de insuficiencia renal crónica, en el Hnlev, años 2012 a 2016.



Fuente: SIMMOW

Grafico 16

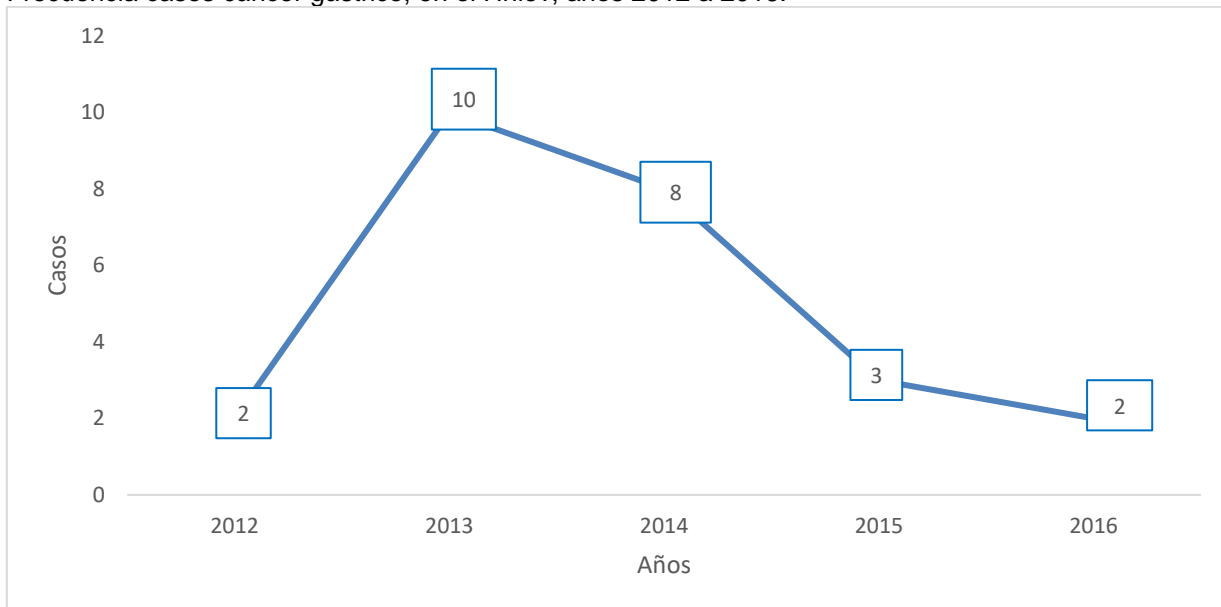
Frecuencia casos enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en el Hnlev, años 2012 a 2016



Fuente: SIMMOW

Grafico 17

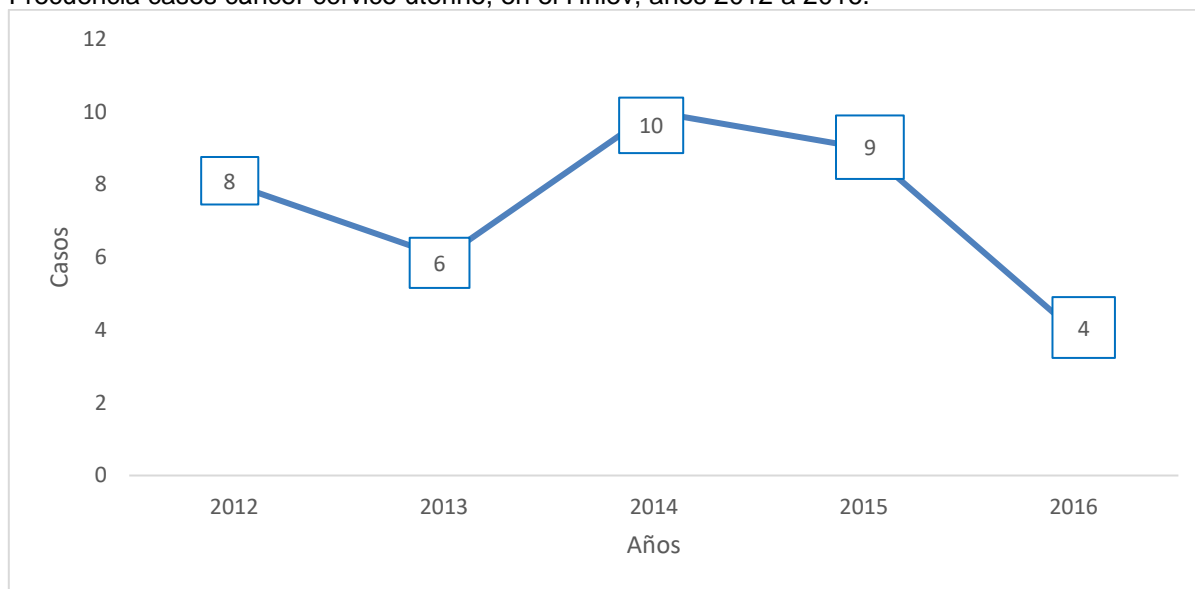
Frecuencia casos cáncer gástrico, en el Hnlev, años 2012 a 2016.



Fuente: SIMMOW

Grafico 18

Frecuencia casos cáncer cérvico uterino, en el Hnlev, años 2012 a 2016.



Fuente: SIMMOW

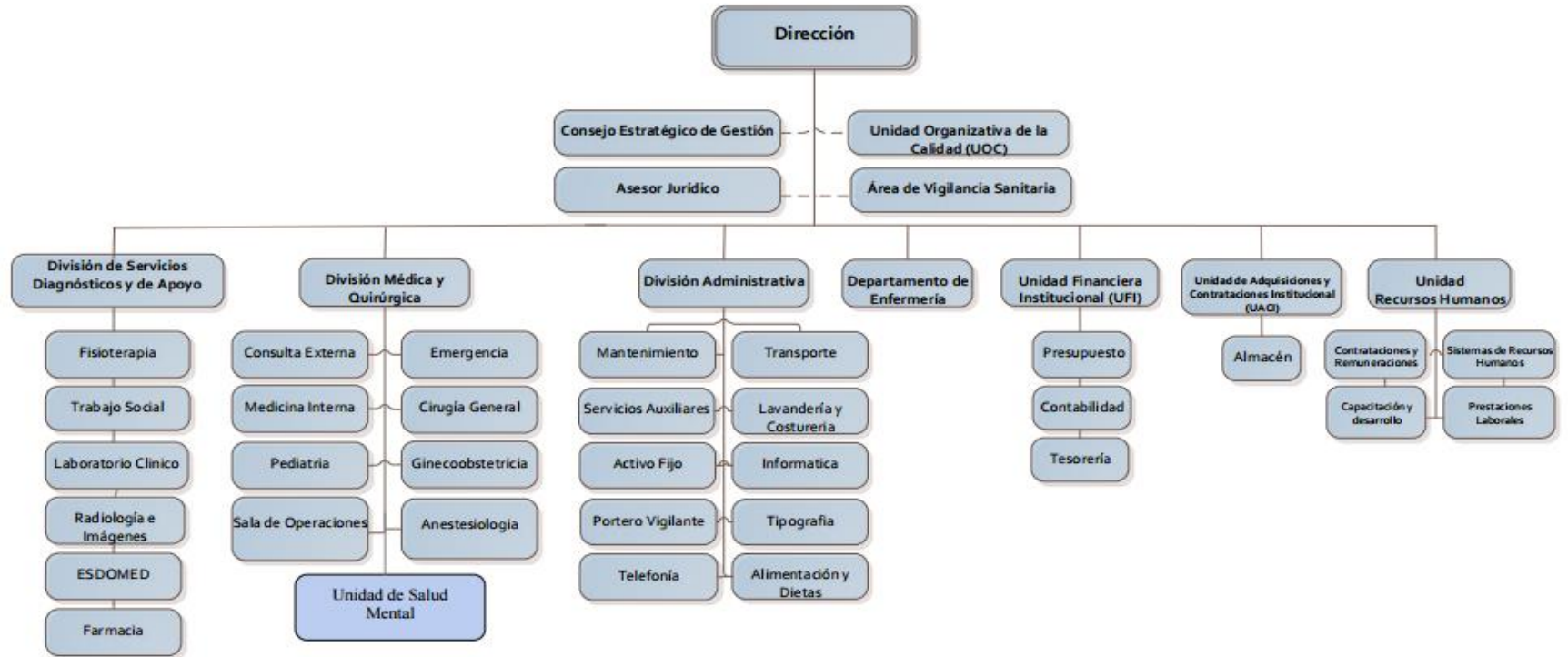
Ilustración 1

Hospital Nacional de Chaltenango “Dr. Luis Edmundo Vasquez”



Ilustración 2

Organigrama institucional, Hnlev 2017.



Fuente: Manual de organizaciones y funciones del Hospital Nacional de Chalatenango 2015.

Guía de observación



Con el presente documento se realizará una valoración observacional de la situación del área de almacenamiento en concordancia con los “Lineamientos técnicos para el manejo de suministros en almacenes del ministerio de salud”.

	SI	NO
El área permite una rotación adecuada para que las existencias más antiguas se despachen primero ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las etiquetas de identificación, las fechas de caducidad y las fechas de fabricación están visibles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coloca los productos que caducan primero, adelante de los productos cuya fecha de vencimiento es posterior ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los insumos médicos almacenados no obstaculizan el acceso a los equipos contra incendio, salidas de emergencia, pasillos o de acceso a paneles de control eléctricos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene medidas necesarias para impedir el ingreso de personas no autorizadas a las áreas de almacenamiento ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay extintores cargados y debidamente identificados cerca o en el área de almacenamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los insumos existentes, son los necesarios y específicos para su área ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evidencia insumos vencidos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El área está señalizada ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La estantería está en buen estado ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IM vencido o averías están separados ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El área cuenta con mobiliario y equipo adecuado para el almacenamiento de los IM ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La ventilación del área de almacenamiento de IM es adecuada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La ubicación del almacén facilita el acceso a esta área?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El área de almacenamiento de IM posee iluminación aceptable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El área de almacenamiento de IM está afectada por el ruido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Encuesta a usuarios internos sobre insumos médicos

Responda como considere necesario, tomando en consideración la escala de medida del 1 al 5 donde la puntuación corresponde de la siguiente manera:

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	Moderadamente De acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Datos Generales

Edad: _____ Sexo: _____

¿Puesto de trabajo?: Director _____, Jefe de Departamento _____, Jefe de Servicio _____, Personal Asistencial _____, Administrativo _____, Personal de Servicio _____, Otro _____.

Profesión: Médico _____, Enfermera _____, Técnico en Enfermería / Auxiliar _____, Psicólogo _____, Técnico Administrativo _____, Otro _____.

Años de laborar: _____ Tiempo de gestionar insumos médicos: _____

Variable: Estructura

Recurso Humano

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
1- ¿La persona responsable de gestión interna de IM esta entrenada?						
2- ¿Ha participado en capacitaciones para la gestión interna de IM?						
3- ¿Dispone de suficientes recursos para realizar las actividades asistenciales y la gestión interna de IM las 24 horas?						

Horario de despacho:

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
4- ¿El horario para el despacho de los insumos médicos le permite disponer de ellos en cualquier momento?						
5- ¿Considera aceptable el periodo establecido para el despacho de IM?						
6- ¿Realiza un o más pedidos extras a lo programado?						

Materiales y equipo:

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
7- ¿Cuenta con materiales (papel, bolígrafo, calculadora) para la gestión interna de IM?						
8- ¿Dispone de un sistema de información para la gestión interna de IM?						

Variable Geográfica:

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
9- ¿El almacén está cerca de su área de trabajo y no le genera dificultades para la gestión interna de IM?						
10- ¿Posee equipo para transporte de insumos médicos?						

Variable administrativa:

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
11- ¿El horario que dispone para realizar la gestión de IM es adecuado y suficiente?						

12- ¿La frecuencia de pedidos depende de su necesidad?						
13- ¿Dispone de una programación para los pedidos y entregas de IM?						
14- ¿Considera oportuna la gestión interna de IM que realiza su servicio?						

Variable económica:

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
15- ¿El área utiliza algún método específico como: el consumo histórico, perfil epidemiológico, análisis histórico de la demanda de procedimientos, para hacer el cálculo de las necesidades de IM?						
16- ¿Participa en el proceso de compra de IM?						
17- ¿Participa en la planificación para la compra anual de IM?						
18- ¿El presupuesto para IM se elabora en base a la necesidad del año?						
19- ¿Conoce la cantidad de presupuesto anual para IM de su área?						

Variable cultural:

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
20- ¿Considera que el tipo de insumos médicos que se compran son adecuados?						
21- ¿Considera que los IM comprados este año son mejores que los años anteriores?						

Variable integralidad:

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
22- ¿Conoce manuales sobre procesos de gestión de insumos médicos hospitalarios, con su codificación específica?						
23- ¿Cuenta la institución con un comité farmacoterapéutico que estudie, analice y regule la utilización de los IM, que revise la utilización, analice las fallas y aplique medidas correctivas?						
24- ¿Utiliza el Sistema Nacional de abastecimiento (Sinab) para registrar los insumos?						

Variable continuidad:

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
25- ¿Cuenta con un proceso de inventario?						
26- ¿Las actas de recepción se llevan sistematizadas?						
27- ¿Tiene sistematizado el Kardex de IM?						
28- ¿En su área se procede bajo normas de buenas prácticas de almacenamiento?						
29- ¿Almacena bajo condiciones especiales de seguridad los IM que tienen un alto costo?						
30- ¿Clasifica los IM, rotula los estantes o áreas de almacenamiento?						

Variable relaciones interpersonales:

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
31- ¿Tiene buena comunicación con las personas que hacen gestión interna de IM en otras áreas?						
32- ¿Realizan reuniones para discutir debilidades o fortalezas con el personal para gestión interna de IM?						
33- ¿Conoce todo el personal que participa en la gestión interna de IM?						

Variable comodidad:

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
34- ¿Su área de almacenamiento cuenta con la luminosidad adecuada?						
35- ¿Considera aceptable la ambientación de su área de almacenamiento?						
36- ¿Considera aceptable el nivel de ruido que existe en su área de almacenamiento?						
37- ¿La ubicación de IM en su área de almacenamiento le parece aceptable?						

Variable de satisfacción:

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
38- ¿Ha creado instrumento/s para registrar datos de la gestión interna de IM?						
39- ¿El salario que recibe es acorde a las actividades asistenciales y de gestión interna de IM que desarrolla?						

40- ¿La gestión interna de IM se realiza en equipo?						
---	--	--	--	--	--	--

Variable mejora de las existencias:

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
41- ¿Considera que ha mejorado el abastecimiento de IM respecto de años anteriores?						

Variable de mejora de los tiempos de espera:

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
42- ¿El tiempo dese la solicitud de su pedido hasta la recepción es oportuna?						
43- ¿Considera aceptable el tiempo que demora el hospital para la compra de IM?						

Encuesta a usuarios externos sobre insumos médicos

Responda como considere necesario, tomando en consideración la escala de medida del 1 al 5 donde la puntuación corresponde de la siguiente manera:

1	2	3	4	5
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Edad: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Nivel de educación: Ninguno _____, Primaria _____, Secundaria _____, Bachillerato _____, Universitaria _____

Procedencia: Urbano _____, Rural _____

Área de atención: Emergencia _____, Hospitalización _____, Otro _____

Variable: Capacidad Instalada.

Accesibilidad

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
1- ¿Le suspendieron algún tratamiento o procedimiento por falta de IM?						
2- ¿Le solicitaron que comprara o pagara para algún insumo medico?						

Disponibilidad

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
3- ¿Los insumos médicos que necesita, son encontrados en el Hospital?						
4- ¿Durante su estancia en el Hospital percibió retrasos para realizarle algún procedimiento como inmovilización, curaciones, inyecciones, sondas vendas, por falta de insumos?						
5- ¿Considera que la cantidad de personal de este servicio es aceptable para asegurar la existencia de insumos médicos en forma oportuna?						

Integralidad

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
6- ¿Considera que los IM utilizados son los que realmente necesita para su tratamiento?						
7- ¿Considera que los IM utilizados son seguros y no le van a generar algún daño a su organismo?						
8- ¿Considera que el personal de salud está capacitado en el uso de los insumos médicos para la atención de los pacientes?						
9- ¿Considera que los insumos médicos utilizados en su tratamiento van a ser desechados y no se van a utilizar para otro paciente?						

Relaciones Interpersonales

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones

10- ¿El trato recibido por el personal de salud durante su estadía en el Hospital ha sido amable?						
11- ¿Le han explicado el tipo de insumo médico que necesita para el procedimiento a realizarle?						
12- ¿Le han comunicado que el Hospital dispone de todos los insumos médicos necesarios para su procedimiento?						
13- ¿Durante su estadía en el Hospital, le han explicado sobre los cuidados que debe tener con los insumos utilizados en su procedimiento?						

Comodidad.

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
14- ¿Se ha sentido tranquilo con el tipo de insumo médico utilizado para su procedimiento?						
15- ¿Durante su estadía en el Hospital, le han explicado cuantas veces al día le van a cambiar los insumos aplicados en su procedimiento?						

Satisfacción:

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
16- ¿Considera que el abastecimiento de los insumos para su procedimiento fue oportunamente?						

17- ¿Se siente satisfecho con el tipo de insumos médicos que le aplicaron durante su estadía en el Hospital?						
18- ¿Durante su estadía en el Hospital, percibió Interés por parte del personal de salud a cerca del cuidado de los insumos aplicados en su procedimiento?						
19- ¿Considera aceptable la información recibida por el personal de Salud a cerca de los beneficios y posibles reacciones de los insumos utilizados en su procedimiento?						

Mejora de las existencias:

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
20- ¿Considera que el abastecimiento de insumos del Hospital permite que los procedimientos médicos se realicen oportunamente?						
21- ¿Considera que el tipo de insumos médicos con que cuenta el Hospital facilita su recuperación?						
22- ¿Considera que el Hospital cuenta con los insumos necesarios para la atención de los pacientes?						

Tiempos de espera:

Criterio	1	2	3	4	5	Observaciones
23- ¿El abastecimiento de insumos médicos fue a tiempo según el procedimiento programado?						
24- ¿El número de recambios de los insumos médicos para su procedimiento fueron realizados según lo indicado por el médico tratante?						

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

La presente investigación tiene como objetivo principal, analizar la gestión interna de los insumos médicos y calidad de atención que se brinda a los pacientes en relación con el uso de insumos médicos en el Hospital Nacional de Chalatenango “Dr. Luis Edmundo Vasquez”, en base a estructura, procesos y resultados.

En este sentido La universidad de El Salvador, por medio de la Maestría En Gestión Hospitalaria, lleva a cabo dicha investigación para la cual usted ha sido seleccionado.

La información que se genere servirá para establecer planes de intervención y de mejora en base a los resultados obtenidos.

La información es confidencial y los resultados serán presentados en pleno sin dar a conocer los nombres de los participantes, por lo que solicitamos su colaboración en llenar las encuestas respectivas que se le entregarán.

De antemano se agradece su participación.

Cualquier duda o comentario puede avocarse a la Dirección del Hospital Nacional de Chalatenango, o contactase al teléfono 2393-9014.

Por medio de la presente doy fe que he leído con exactitud el presente documento y se me ha explicado de forma concreta objetivos y procedimientos a realizar, por lo tanto, firmo de consentimiento de participar en la investigación.

Nombre: _____ Firma: _____