

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS
BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL
Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

Oferta y demanda de los Servicios de Sa-
lud en el Hospital "Leonardo Martínez V."
Periodo 1986 - 1988

TESIS

PRESENTADA POR:

Luis Enrique Paz Pineda
Francisco Ramos

PREVIA OPCION AL TITULO DE:
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

614
P340b

90-17

TEGUCIGALPA, D. C.

C.4

-1990

HONDURAS, C. A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Oferta y demanda de los Servicios de Sa-
lud en el Hospital "Leonardo Martínez V."
Periodo 1986 - 1988

TESIS

PRESENTADA POR:

LUIS ENRIQUE PAZ PINEDA

FRANCISCO RAMOS

"PREVIA OPCIÓN AL TÍTULO VE:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: LIC. JORGE OMAR CASCO ZELAYA
SECRETARIO GENERAL: LIC. GERMÁN RODRÍGUEZ

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO.	DR. ANTONIO NUÑEZ
VICE DECANO	LIC. EVA LUZ DE ALVARADO
SECRETARIO	DR. RUBÉN PALMA C.
PROSECRETARIO	DR. HUMBERTO RIVERA M.
VOCAL PRIMERO	DR. MAX LÓPEZ.
VOCAL SEGUNDO	DR. CESAR A CASTELLANOS
VOCAL TERCERO	BR. JORGE EDUARDO QUINN
VOCAL CUARTO	BR. DENIS CHIRINOS
VOCAL QUINTO	BR. NELSON E SALGADO
VOCAL SEXTO	BR. IVAN E TREJO.

TRIBUNAL EXAMINADOR

LIC. EFRAIN ORDOÑEZ

LIC. LOURDES AMADOR

DR. RIGOBERTO TABORA.

SUSTENTANTE

PROF. LUIS ENRIQUE PAZ

BR. FRANCISCO RAMOS.

PADRIMOS

SR. CARLOS ECHENIQUE SANTOS

SRA. CARMEN SALGADO DE ECHENIQUE.

ASESORES

LIC. ANTONIO FRANCISCO PONCE

LIC. JORGE FIDEL AGUILAR.

D E D I C A T O R I A

A NUESTROS PADRES:

Por su gran comprensión, esfuerzo y apoyo para que los ideales que nos fijamos se hicieran realidad en beneficio de la humanidad y en consecuencia de nosotros mismos.

A MAESTROS HERMANOS:

Por sus consideraciones y estímulos para luchar con voluntad y esfuerzo.

A NUESTROS AMIGOS:

Por su motivación y sus muestras de aprecio.

A G R A D E C I M I E N T O

Agradecemos al personal del Departamento de Estadística y archivo del Ministerio de Salud Pública y del Hospital Regional Leonardo Martínez V. por su colaboración en la recolección del material para la elaboración de este trabajo.

A nuestros Maestros quiénes en todo momento y sin egoísmo supieron impartir sus sabios conocimientos.

Al Lic. Antonio Ponce y Jorge Aguilar por su valiosa incalculable y oportuna asesoría para la culminación de este trabajo.

Í N D I C E

	PAG.
I. INTRODUCCIÓN	1
II .PROBLEMA	3
III.OBJETIVOS	5
IV. MARCO TEÓRICO.....	7
A. Generalidades del país	7
B. Situación de Salud.	8
C. Estructura del Sistema de Salud.....	15
D. Cobertura poblacional del Sector Salud.....	24
E. El Sistema de Salud Regional.....	25
V. HIPÓTESIS	41
VI. VARIABLES	42
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	48
VIII. RESULTADOS.	54
IX DISCUSIÓN	98
X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	134
XI RESUMEN	141
XII. BIBLIOGRAFÍA	143

INDICE DE CUADROS

	PAG
CUADRO N° 1. ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE ATENCIÓN EN EL NIVEL CESAR	1
CUADRO N° 2. ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE ATENCIÓN EN EL NIVEL CESAMO	55
CUADRO N° 3. ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS DE ÁREA	57
CUADRO N° 4. CAUSAS DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS DE ÁREA	59
CUADRO N° 5. PORCENTAJE DE LAS CAUSAS DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN LOS HOSPITALES DE ÁREA	61
CUADRO N° 6. PORCENTAJE DE LAS CAUSAS DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL LEONARDO MARTÍNEZ V.	53
CUADRO N° 7. ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LA MORBILIDAD ATENDIDA EN SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL LEONARDO	55
CUADRO N° 8. ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LAS CAUSAS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL LEONARDO MARTÍNEZ	66
CUADRO N° 9. POBLACION TOTAL DE LA REGIÓN DE SALUD N.3 SEGÚN GRUPO DE EDAD	.57

<u>Índice de Cuadros</u>	<u>PAG.</u>	
CUADRO N°10	DISPONIBILIDAD DE AGUA Y EXCRETAS EN LAS VIVIENDAS DEL ÁREA RURAL - DE LA REGIÓN SANITARIA N.3.	68
CUADRO N° 11	DISPONIBILIDAD Y EJECUSION FINAN- CIERA DEL HOSPITAL REGIONAL LEONAR- DO MARTÍNEZ V.	70
CUADRO N° 12	ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LA DISPO- NIBILIDAD Y EJECUSION FINANCIERA HOSPITAL LEONARDO MARTÍNEZ V.	72
CUADRO N° 13	PORCENTAJE DE EJECUSION DE LAS DIS- PONIBILIDADES FINANCIERAS HOSPITAL LEONARDO MARTÍNEZ V.	73
CUADRO N° 14	GASTO TOTAL EN SUMINISTROS OBSERVA- DO SEGÚN OBJETO HOSPITAL LEONARDO MARTÍNEZV.	74
CUADRO N° 15.	PORCENTAJES DE CRECIMIENTO DEL GASTO EN SUMINISTROS SEGÚN OBJETO	75
CUADRO N° 16.	RELACIÓN DE GASTO DE SUMINISTROS Y EJECUCIÓN FINANCIERA DE DISPONI- BILIDAD REGIÓN SANITARIA N.3 1986 88	76
CUADRO N° 17.	GASTO FINANCIERO EN SUMINISTROS EN LOS SERVICIOS FINALES HOSPITAL REGIONAL LEONARDO Martínez V.	77

Índice de cuadros

PAG.

CUADRO N° 18.	GASTO EN SUMINISTROS POR DÍA Y POR PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL LEONARDO MARTINEZ V	76
CUADRO N° 19.	GASTOS UNITARIOS DI RECTOS; TOTALES OBSERVADOS EN LOS SERVICIOS FINALES- DEL HOSPITAL LEONARDO MARTINEZ VJ	79
CUADRO N° 20	DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS SEGÚN TIPO EN EL HOSPITAL LEONARDO MARTÍNEZ V.	82
CUADRO N° 21	PRODUCCIÓN OBSERVADA EN LOS SERVI CIOS FINALES DEL HOSPITAL LEONARDO MARTÍNEZ V.	84
CUADRO N° 22	PRODUCCIÓN OBSERVADA DE LOS SERVI CIOS INTERMEDIOS Y GENERALES DEL HOSPITAL LEONARDO MARTÍNEZ V.	86
CUADRO N° 23	PRODUCCIÓN TOTAL DE ATENCIONES SE GÚN NIVEL DE ATENCIÓN EN LA REGIÓN SANITARIA N° 3	88
CUADRO N° 24	REFERENCIA DE PACIENTES ENTRE NIVE- LES DE ATENCIÓN 1986	89
CUADRO N° 25	REFERENCIA DE PACIENTES ENTRE NIVE LES DE ATENCIÓN.1987	90

Índice de Cuadros

PAG

CUADRO N° 26	REFERENCIA DE PACIENTES ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN	91
CUADRO N° 27	RELACIÓN PORCENTUAL ENTRE REFERENCIAS Y TOTAL DE ATENCIONES SEGÚN NIVEL EN LA REGIÓN SANITARIA N° 3	93
CUADRO N° 28	INDICADORES DE RENDIMIENTO DE LOS SERVICIOS FINALES DEL HOSPITAL REGIONAL LEONARDO MARTÍNEZ V.	94
CUADRO N° 29	DISPONIBILIDAD Y PRODUCTIVIDAD DE HORA MEDICO EN LOS SERVICIOS FINALES DEL HOSPITAL LEONARDO MARTÍNEZ V.	96
CUADRO N° 30	POBLACIÓN DE RESPONSABILIDAD HOSPITALARIA NUMERO DE CAMAS Y RELACIÓN HABITANTE POR CAMA	

I . INTRODUCCION

I N T R O D U C C I Ó N

La crítica situación económica que atraviesa el país en los últimos tiempos, ha tenido un impacto negativo en la disponibilidad de recursos en el sector salud, que permitan el mejoramiento en la calidad de la atención prestada y la ampliación o consolidación de los niveles de cobertura poblacional con servicios de salud. Así, la capacidad de oferta del sector se ve disminuida , frente a una demanda de servicios de salud cada vez mayor como causa del constante y sostenido crecimiento poblacional, ensanchándose cada vez más la brecha existente entre la demanda y oferta de servicios.

Unido a la escasez de recursos disponibles , también se debe considerar la racionalidad de su uso como un elemento importante que permita obtener mayor provecho de los mismos.

El presente estudio se propone, con las limitaciones existentes del caso, identificar los factores más importantes que caracterizan la demanda de servicios en la región de salud N.3 en general y del Hospital Regional Martínez V. En particular como establecimiento de mayor complejidad de la región determinando su capacidad de oferta o resolución frente a la problemática de salud que aqueja a la población.

..2

Los resultados obtenidos tienen un alto grado de validez ,
aunque en algunos casos, éstos no se boyan abordado en gran
profundidad y sus características sea mas de orden general ;
todo esto no vuelve los resultados poco útiles , todo lo
contrario constituyen la puerta de entrada para la ejecución
de investigaciones más profundas .

II.PROBLACION

I I. PROBLEMA

En todos los establecimientos de salud que operan en los distintos niveles de atención que tiene definidos el sistema nacional de Salud, se persigue el objetivo de ampliar Cada vez más la cobertura poblacional con servicios de salud, dentro de niveles adecuados de calidad de atención. El logro de éste objetivo plantea por un lado identificar la demanda que se espera tanto en volumen como en características; y por otro disponer de una capacidad de oferta de servicios adecuados que permita absolver sino toda al menos un porcentaje importante de la demanda de servicios. El problema que se plantea es que los establecimientos de salud no disponen de una oferta de servicios suficiente y adecuada capaz de absolver la demanda de servicios de salud que la población origina; como causa de la escasez de recursos, unido a una utilización irracional de los mismos que se traduce en una baja productividad y altos costos; además de los problemas de accesibilidad del establecimiento por una ubicación geográfica estratégica deficiente dentro de la red de servicios.

La problemática planteada se resume en los siguientes interrogantes:

Necesidades de salud de la población?

¿Existe congruencia entre los problemas de salud atendidos en el Hospital y los que aquejan a la población de su responsabilidad?

3.- ¿Opera el Hospital Regional como un elemento integrador y articulado a la red de servicios de la Región?

4.- ¿Son adecuados los porcentajes de absorción de la demanda de servicios que tiene el Hospital?

5.- ¿Existe una disponibilidad suficiente de recursos en el Hospital. ?

6.- ¿Qué grado de racionalidad tiene el uso de los recursos disponibles?

7.- ¿Son adecuados los niveles de productividad de los recursos?

8.- ¿Qué grado de accesibilidad tiene la población de la región hacia el hospital?

9.- ¿Opera en forma adecuada el Sistema de Referencia?

10. ¿Existe congruencia entre la estructura de servicios del Hospital y el nivel de complejidad definido para su categoría?

III. O B J E T I V O S

I I I . O B J E T I V O S

A. OBJETIVOS GENERALES

1. Identificar los factores que determinan la [problemática que afronta el Hospital Regional Leonardo Martínez V. respecto a la disponibilidad y utilización de sus recursos, y que determinan su capacidad de oferta y absorción de la demanda.
2. Establecer si el Hospital Regional Leonardo Martínez V. constituye una respuesta a la problemática de salud que aquejan a la población de la Región Sanitaria N. 3 •

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer la accesibilidad del Hospital Regional.
2. Evaluar la productividad de los recursos Servicios, cama, hora-médico, materiales y financieros.
3. Identificar y evaluar los recursos disponibles y su uso.
4. Caracterizar problemática de salud de la Región.
5. Caracterizar la demanda de servicios de salud según causa atendida.
6. Realizar un análisis comparativo de causas de atención según servicios.

. .

7. Establecer congruencia entre demanda atendida según causa, y problemas de Salud de la Región.
8. Caracterizar los servicios de salud ofrecidos por el Hospital.
- 9- Evaluar el nivel de cumplimiento de metas por servicios del hospital.
10. Establecer el grado de articulación que tiene el Hospital Regional con los hospitales de Área .Sésamo y Cesar de la Región de Salud.

IV. M A R C O T E Ó R I C O

A. GENERALIDADES DEL PAÍS

Honduras es un país subtropical que se ubica en el Centro de América Central y por su tamaño ocupa el segundo lugar entre las "chineo repúblicas que conforman el istmo centroamericano, limita al Norte con el Océano Atlántico; al Sur con la República de Nicaragua; al Este con el Océano Atlántico y la república de Nicaragua y al Oeste con las repúblicas de el Salvador y Guatemala.

Nuestro país tiene las siguientes características

Demográficas, educación y de vivienda.

1.- Extensión territorial (Km) ²	112,088	
2.- Población total (último censo)	4.376.837	(1988)
3.- Densidad poblacional (Habita. /Km) ²	39.1	(1988)
4.- Población urbana (%)	40.0	(1988)
5.- Población Rural (%)	60.0	(1988)
6.- Población menor de 15 años (%)	45-9	(1988)
7.- Población mayor de 15 años (%)	54.1	(1988)
8.- Tasa de mortalidad General (1000 Habita)		
Encuesta demográfica nacional (EDEMh)	8.3	(1983)
Encuesta Nacional de Epidemiología	8.0	(1987)
9.- Tasa de mortalidad infantil (1000 nacidos vivos) E.D.N.H.	78.6	(1983)
Encuesta Nacional de Epidemiología	62.0	(1987)

10.- Esperanza de vida al nacer (EDENH)	61.7	(1988)
11.- Porcentaje de analfabetismo (%)		
(Último censo)	0.0	(1988)
12.- Déficit habitacional (N. viviendas)	500.000	(1989)

B . SITUACIÓN DE SALUD

Los niveles de mortalidad y morbilidad en el país han mejorado en los últimos años, como producto de acciones de salud que se han ejecutado para controlar de alguna manera los factores que determinan sus niveles.

a) La mortalidad General e Infantil

En lo que corresponde a la mortalidad es importante destacar que según la encuesta demográfica nacional (EDENH) el nivel de la mortalidad general ha pasado de 14.2 por mil habitantes en 1972 a 8.3 por mil en 1983. (0 Datos más recientes' como el que proporciona la encuesta nacional de Epidemiología (2) establecen que la misma tasa asciende a 8.0 en 1987 alcanzándose con ello un mejor nivel.

En cuanto a la mortalidad infantil el país observó en 1972 una tasa de 117.0 por mil nacidos vivos; y en 1983, 8.6, esto según la EDENH. La encuesta Epidemiológica encontró en 1987 que esta tasa ascendía a 62.0.

En cuanto a la morbilidad general e infantil se caracteriza por la preponderancia de las diarreas como principal causa. En lo que corresponde a la mortalidad infantil es importante notar que dentro de los principales causas se ubican las I.R.A y algunas enfermedades contagiosas prevenibles por vacunación ;sarampión y tosferina. Las tasas de mortalidad por éstas causas muestran tendencia a disminuir (ver cuadros -Nº1 y Nº2) (3) •

CUADRO N° 1

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
 REPUBLICA DE HONDURAS 1979-
 1983.

CODIGO	CAUSAS	TASAS	TASAS	TASA	TASAS		
		1979		1981	1982	1983	
009	Infección Intestinal mal Definida (Diarrea)			56.5	50.5	52.0	33-5
429	Descripción y complicaciones Mal definidas de las enferme- dades del corazón.			15.4	15.9	15-5	12.6
427	Disritmia Cardíaca			17-5	13-9	15-1	16.2
486	Neumonía			11.7	10.3	9-6	9-5
199	Tumor Maligno de sitio no Específico.			9-6	8.9	8.1	6.8
968	Ataque por otros medios y por Lo no especificados			9.6	11.9	10.4	8.7
E-928	Otras causas accidentales y Ambientales y la no especifica- Das			8.8	-	11.2	8.4
437	Otras enfermedades cerebrovas- culares y las mal definidas			-	10.9	11.0	8.3
965	Ataques con armas de fuego y Explosión			-	-	-	9.9
6.6							
779	Otras Afecciones y el mal Definidas que se originan en la Periodo perinatal			-	-	8.6	6.4

*Tasa por 100,000 habitantes

Nota 1.-Grupo de enfermedades mal definidas no se tomaron para la estructura.

2.-No se anoto el año de 1980 por haberse usado otra codificación, lo

que hace un déficit en la comparación.

FUENTE: Anuario Estadístico de la Dirección General de Estadística y Censos 1979-1983.

CUADRO N° 2

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
 REPÚBLICA DE HONDURAS.
 1979- 1983.

CÓDIGO	CAUSAS	TASA 1979	TASA 1980	TASA 1981	TASA 1982	TASA 1983
009	Infección Intestinal mal definida (Diarrea)	645-5	532.6	518.7	496.5	342.1
779	Otras afecciones y los estados - Mal definidos que se originan en El periodo perinatal.	192.6	-	83.9	18.1	158.8
490	Bronquitis no especificada	119-9	94.8	95-2	70.7	62.3
486	Neumonía	107-2	88.1	91.6	82.7	73-9
771	Infecciones propias del período Perinatal	73-4	60.3	48.8	64.9	49-5
770	Otras afecciones respiratorias Del feto y del recién nacido	67-7	33-3	38.1	64.9	53-1
03328	Tosferina	62.1	99-8	72.2	40.8	33-6
055	Sarampión	51-6	32.0	64.2	23-0	
485	Bronconeumonía	48.0	35-1		-	26.3
765	Trastornos relacionados con du ración de corta gestación	-	124.4	154.6	89.6	74.8
427	Disritmia cardíaca	-	30.2	36.3	33-9	40.9

* Tasa por 100,000 habitantes

NOTA Grupo de enfermedades mal definidas no se tomaron para la estructura

FUENTE: Anuario Estadístico de la Dirección General de Estadísticas y Censos
 1979-1983.

b) Principales causas de morbilidad que afectan a la población.

Las patologías que prevalecen en las estructuras de morbilidad atendida en los diferentes establecimientos de salud del país son de origen infectocontagioso y parasitario, así tenemos que las enfermedades infecciosas y parasitarias, como las infecciones respiratorias agudas (IRA) que representan el 16.8% del total de morbilidades atendidas que se registraron en el país. Las enfermedades debidas a parasitismo el 6.2 %, infecciones intestinales el 5.2 % y el asma e hipertensión que constituyen el 3-3% y las enfermedades carenciales 4.7% ascendiendo en total las primeras quince causas al 38.3% del total general (ver cuadro N .3).

Las tasas por morbilidades prevenibles o no prevenibles por vacunación presentan una clara tendencia a crecer durante el período 1986-1987; y a decrecer durante 1987-88 de acuerdo a la información que aparece en el cuadro N.4.

CUADRO N°. 3

QUINCE PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD

GENERAL (TODO EL PAÍS)

1987

N°	CAUSAS	PORCENTAJE
1	Parasitismo Intestinal	6.2
2	Infección Intestinal mal definida	5-2
3	Síntomas relacionados con el aparato respiratorio	3-2
4	Otras anemias	3-2
5	Amigdalitis Aguda	3-1
6	Rinofaringitis Aguda	3-0
7	Infección Urinaria	2.1
8	Bronquitis no especificada	2.0
9	Influenza	1.7
10	Asma	1.7
11	Hipertensión Esencial	1.6
12	Otras formas de desnutrición	1.5
13	Bronquitis aguda	1.4
14	Faringitis Aguda	1.3
15	Infección Aguda de vías respiratorias	
	Superiores	1.1
	Otras morbilidades	61.7
<u>TOTAL</u>		<u>100.0</u>

FUENTE: Muestra aleatoria del 5 % del total de atenciones

MSP.

CUADRO Nº 4

TASAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA
1986- 1988

E N F E R M E D A D E S	<u>TASAS/AÑO/10 0 , 000 .00 H.</u>		
	1986	1987	1988
<u>I PREVENIBLES POR VACUNACIÓN</u>			
POLIOMIELITIS	0.1	0.2	0
Sarampión	13.4	30.9	24
Tosferina	7-3	11.1	4
Difteria	0.0	0.0	0
Tétanos	1.6	1.4	0
<u>I I .OTRAS DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA</u>			
Infecciones Respiratorias Agudas	9322. 1	13839.4	14410
Enfermedades entéricas agudas	4738.4	6218.1	5976
Enfermedades Trasm.por vectores	666.0	420.9	645
Enfermedades Trasm.crónicas	80.9	90.8	82
Enfermedades trasm. Sexual	243-6	308.9	228
Otras enfermedades virales	39-7	44.1	56
Enfermedades de baja incidencia	1.9	3.3	3

FUENTE: Boletines Estadísticos 19 84, 1985, 1986,1987 y 1988 M.S.F

C• Estructura del Sistema de Salud en Honduras

El sistema de salud en Honduras está conformado por el Sector público y el sector privado. El sector público lo conforman la Secretaría de Salud Pública y el Instituto Hondureño de Seguridad Social; y el sector privado todas las clínicas y Hospitales con o sin fines de lucro que operan en el país. De todas éstas instituciones el estudio solo está referido en lo que corresponde a la "Secretaría de Salud considerando que actualmente ésta institución es la que tiene mayor responsabilidad respecto a cubrir el mayor porcentaje de la población del país con servicio de salud.

En lo que corresponde a la Secretaría de Salud el sistema está organizado en dos subsistemas: El Institucional y el Comunitario.

1. El subsistema institucional comprende toda la estructura de dirección, ejecución y operación constituida por los diferentes niveles que tiene definidos la Secretaría. La Secretaría de salud como parte de su organización tiene definidos dos tipos de niveles: De organización y de atención. 1 .1 Niveles de Organización.

Los niveles de organización están constituidos por: a)

Un nivel central del cual emanan todas las directrices
Respecto a políticas, objetivos y estrategias dentro de los

Cuales se desarrollen o ejecutan los diferentes programas de

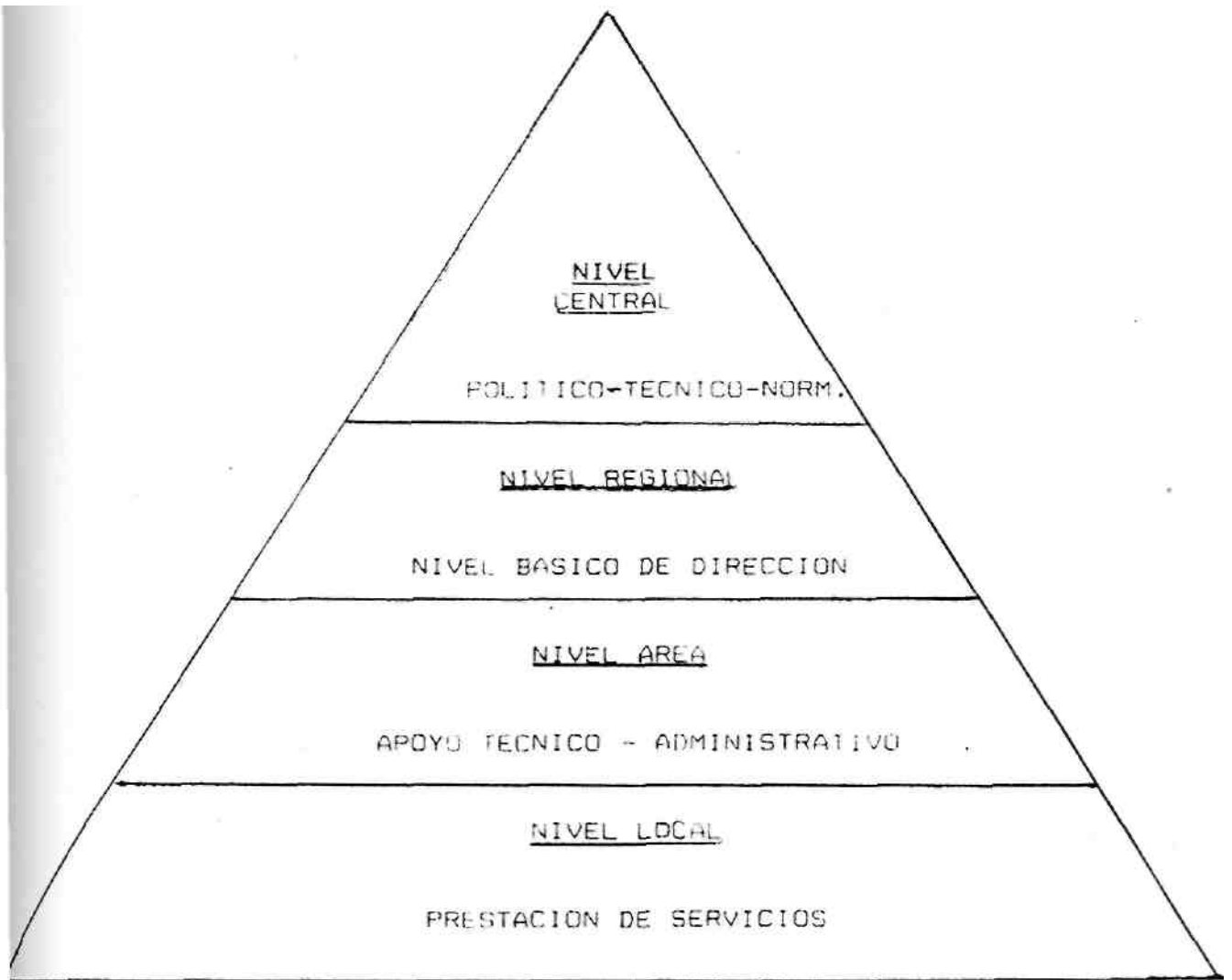
salud

Éste es el nivel político, técnico normativo.

- b) Un nivel Regional. Con responsabilidades de dirección coordinación y ejecución de las actividades que conlleva el cumplimiento de las metas establecidas para los distintos programas de salud.
- c) Un nivel *área* de salud, que asume la responsabilidad de apoyo técnico y administrativo al nivel local, además de que constituye el nivel que coordina articula los niveles local y regional.
- d) Un nivel local u operativo constituido por todos -los establecimientos de salud, cuya responsabilidad principal es la atención de salud directa de la población.

El funcionamiento y articulación de los niveles de organización tiene una forma piramidal en cuya base se encuentra el nivel operativo; en su parte media los niveles directores y coordinadores (Región y Área de Salud) y en la cúspide el nivel político, técnico normativo (nivel central). (4)

NIVELES DE ORGANIZACIÓN



•2 Niveles de atención

Los niveles de atención se definen en función de la complejidad de la atención que brindan y la disponibilidad u oferta de servicios. Estos niveles son:

a) El nivel César, Que es el nivel que presta la atención de salud de menor complejidad, y que opera con el siguiente personal: Auxiliar de Enfermería, Promotor de Salud y el Inspector de Control de Vectores.

b) El nivel Cesamo, que es el nivel menos complejo que presta atención médica y odontológica: que ofrece además en muy pocos casos servicio de apoyo diagnóstico básico: laboratorio y Rayos X.

El Cesamo dispone del siguiente personal: Médico, Enfermera, Auxiliar de Enfermería, Promotor de Salud, Inspector de Malaria, y algún personal administrativo básico (conserje).

c) El nivel hospitalario, que internamente se subdivide en Hospitales de Área (C.H.A) Hospitales Regionales y hospitales nacionales.

El Hospital de Área.

Son hospitales generales con una dotación de camas entre 50 - 100 y que ofrecen Servicios de consulta externa, urgencias y las cuatro áreas básicas de hospitalización: Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-obstetricia ha, cuenta además con una estructura básica de servicios intermedios y generales.

c.2 Hospital Regional, son hospitales generales que ofrecen servicios de consulta externa, general y en algunos casos especializada, urgencias y las cuatro áreas básicas de hospitalización: Medicina, Cirugía,

Gineco-obstetricia y Pediatría, contando

Algunas de ellas con algunos servicios especializados

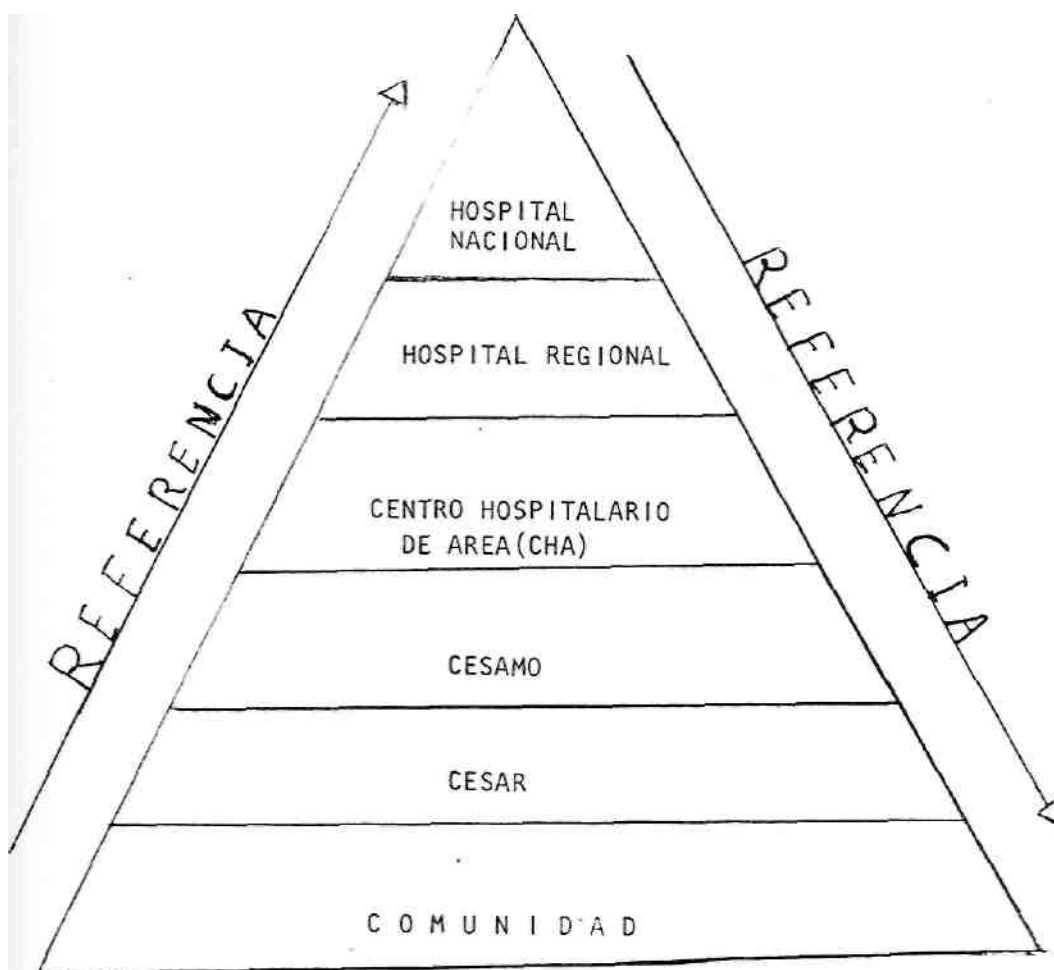
. Además ofrecen una mayor gama de servicios de apoyo diagnóstico y de tratamiento de mayor complejidad; contando además con una estructura de apoyo logístico a través de los servicios generales,

d.3 Hospital Nacional, son complejos asistenciales altamente especializados con servicios de atención ambulatoria, hospitalización y ayuda diagnóstica especializada además algunos ofrecen servicios de docencia e investigación.

Los establecimientos de salud que conforman cada nivel de atención operan en forma articulada y coordinada, tanto a nivel interno con los demás establecimientos de su propio nivel, como con los de otros niveles de atención, definidas en función de criterios de accesibilidad y complejidad de la atención.

Los procesos de articulación y coordinación mencionados se efectúan a través del sistema de referencia, y esta hace que la operación de los diferentes niveles sea un proceso que se realiza en forma piramidal, en cuya base se encuentra la comunidad organizada como el elemento de apoyo a toda la prestación de servicios y ejecución de los programas y en la cúspide el nivel más complejo -constituido por los hospitales nacionales. (4).

NIVELES DE ATENCIÓN



En los niveles de atención definidos anteriormente su actividad diaria está enmarcada dentro de los siguientes programas:

- . Programa ampliado de Inmunizaciones (PAI).
 - . Control de Enfermedades Diarreicas (CED).
 - . Control de Infecciones Respiratorias-
Agudas (IRA)
 - . Control de tuberculosis
 - . Control de Malaria
 - . Atención Materna Infantil
 - . Nutrición
 - . Saneamiento Básico
 - . Salud Oral
 - . Salud Mental
 - Enfermedades de transmisión sexual
 - Control de Zoonosis
 - . Atención Médica Hospitalaria.
 - . Desarrollo de Recursos Humanos
 - . Educación para la Salud
 - . Laboratorio
 - . Suministro y Equipo
 - . Mantenimiento
 - . Transporte
 - . Finanzas.
- PROGRAMAS BÁSICOS**
- PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS.**
- PROGRAMAS DE APOYO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO.**

2 El Subsistema Comunitario.

Es el que constituye el apoyo para el desarrollo de todos los procesos de prestación de servicios y Cumplimiento De metas programáticas a través de la participación comunitaria .

A través de este subsistema se integran a la comunidad al sistema de salud , promoviendo su organización para que participe en todas las acciones de salud que se ejecutan .

Los grupos organizados de la comunidad están conformados por: un comité organizado y personal voluntario: - Guardianes de salud, parteras tradicionales capacitados, representantes de salud y colaborador voluntario de malaria (4).

D. Cobertura Poblacional del Sector Salud

El sector salud está constituido por tres tipos de Instituciones: La Secretaría de Salud, con toda su estructura de servicios; El Instituto Hondureño de Seguridad Social; y las Instituciones Privadas con o sin fines de lucro.

La Secretaría de Salud acepta en diversos documentos evaluativos de su ejecución de actividades y alcances de sus programas de salud (Memorias, informes de supervisión, concertaciones nacionales etc.) que su cobertura poblacional alcanza el 60% de la población-total del país; por otro lado el IHSS ha incrementado su cobertura hasta un 12% que es la cifra actual, estando limitada su cobertura a las dos principales ciudades del país. (Tegucigalpa y San Pedro Sula (5) Por su parte el sector privado tiene un porcentaje estimado de cobertura 4% el cual puede ser menor. De ésta manera un 76% de la población está cubierta con servicios de salud, quedando un 24% de población desprotegida y que posiblemente esté siendo cubierta por el sistema tradicional (brujos, curanderos, etc.) siendo éste grupo poblacional responsabilidad de la -Secretaría- de Salud para ser cubierto en servicio de *Salud.*

E . El Sistema de Salud Regional

La Secretaría de Salud, con el propósito de descentralizar la Administración de Recursos y fortalecer y ampliar la cobertura poblacional con servicios de salud, se ha estructurado internamente en Regiones de Salud, los cuales no coinciden geográficamente con la división política administrativa del país, en vista de que unido al aspecto geográfico se utilizó como criterio de distribución, el aspecto de accesibilidad geográfica. De ésta manera el país se ha subdividido en siete regiones de salud y una distribuida así:

- Región Metropolitana: Que comprende la ciudad capital en lo correspondiente al área urbana y rural.
- Región Salud N° 1 Comprende los departamentos de Francisco Morazán y El Paraíso; actualmente tiene asignado el Departamento de Gracias a Dios pero se pretende crear con la otra región de salud.
- Región de Salud N° 2 Departamentos de Comayagua, La Paz e Intibucá.
- Región de Salud N° 3 Departamento de Cortés, Santo Bárbara y Yoro.

- Región de Salud N° 4. Comprende los Departamentos de Choluteca y Valle.
- Región de Salud N° 5. Departamentos de Copan, Ocotepeque y Lempira.
- Región de Salud N° 6. Departamentos de Atlántida, Colón E Islas de la Bahía.
- Región de Salud N° 7. Comprende el Departamento de Olancho

Las regiones de Salud a su vez se han subdividido en áreas de Salud, definidas geográficamente en función de accesibilidad a los establecimientos de Salud. Las áreas de Salud suman un total 37, pero éstas aunque definidas geográficamente no es -tan constituidas totalmente en el aspecto administrativo.

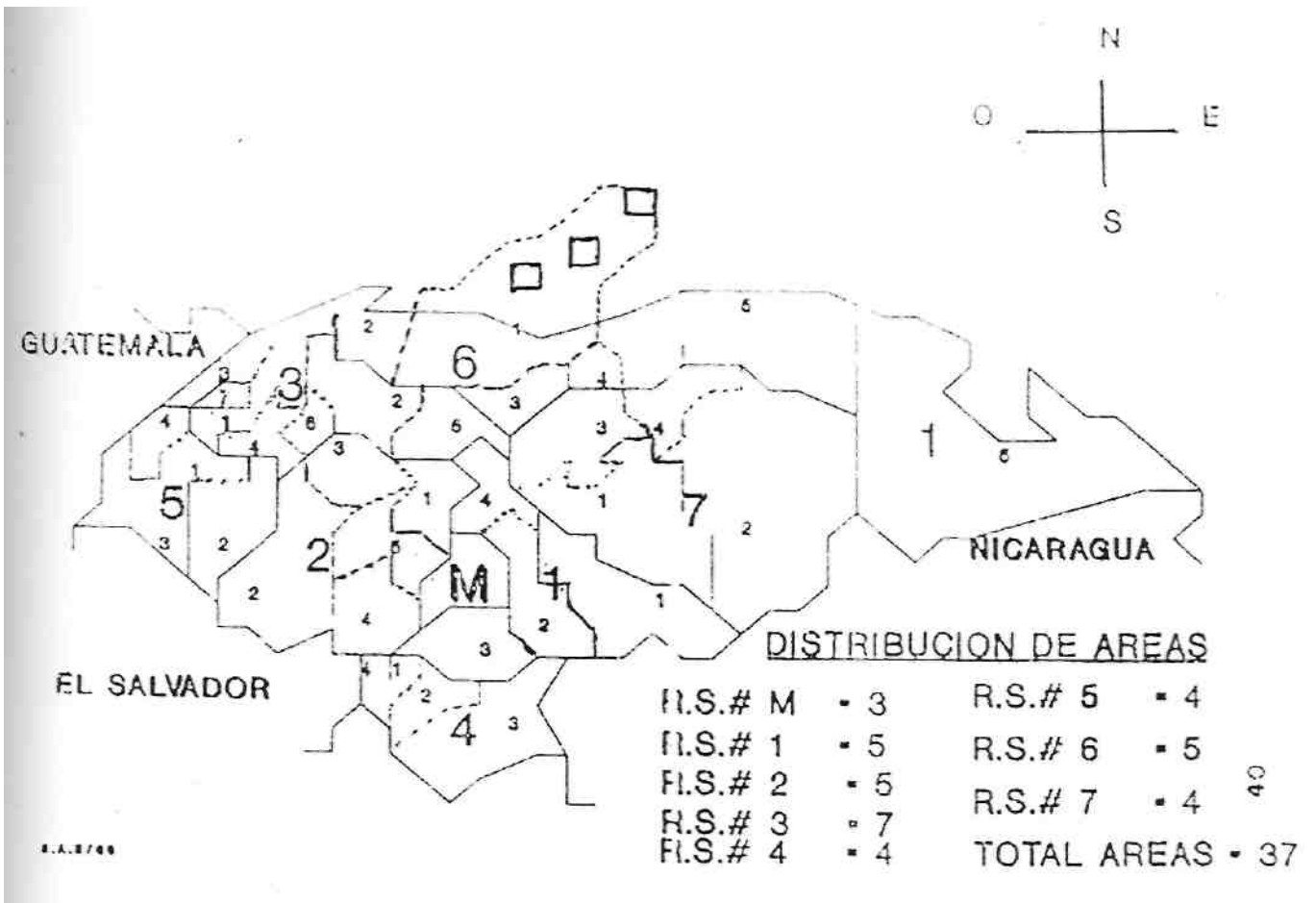
A nivel de todo el país, operan 70 establecimientos de los diferentes tipos existentes: Cesar, Cesamo y Hospitales estimados que trabajan en toda ésta estructura tan total estimada de 9581 personas.

A nivel interno de la región existen tres instancias administrativas: La Dirección Regional, El área de Salud; y el nivel operativo o local (Cesar, Cesamo y Hospital).

A continuación se presentan gráficas y cuadros que muestran la distribución geográfica de las regiones, áreas de Salud, y

1.a distribución de establecimientos y recursos humanos (ver cuadro N.5,6 y 7

REPÚBLICA Pr HONDURAS
DIVISION REGIONAL DE SALUD



CUADRO N° 5

POBLACIÓN Y EXTENSIÓN GEOGRÁFICA ESTIMADA POR
 REGIÓN DE SALUD
 HONDURAS 1988

REGIONES DE SALUD	POBLAC. MILES	EXTENS. KM2	DENSIDAD HAB/KM2
METROPOLITANA	595.9	1648.0	361.6
No. 1	491.3	30146.3	16.3
No. 2	463.7	10574.1	43.8
No. 3	1178.3	14205.4	82.9
No. 4	413.1	5775.6	71.5
No. 5	478.0	9120.0	52.4
No. 6	474.5	16267.7	29.2
No. 7	282.0	24350.9	11.6
TOTAL	4376.8	112088.9	39.0

FUENTE: DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA DE HONDURAS DIRECCIÓN
 GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS
 CIFRAS PRELIMINARES CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN 1988
 (SECPLAN).

CUADRO N° 6

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN Y ÁREAS DE
SALUS POR REGIÓN SANITARIA HONDURAS 1988

REGIONES DE SALUD	NIVELES DE ATENCIÓN					TOTAL	AREAS DE SALUD
	CESAR	CESAMO	CHA	HOSP REG.	HOSP. NAC.		
METROPOLITANA	12	13	0	0	6	31	3
1	73	26	1	0	0	100	5
2	74	19	1	1	0	95	5
3	82	36	4	1	0	123	7
4	87	13	0	1	0	101	4
5	90	16	0	1	0	107	4
6	58	21	3	1	0	83	5
7	48	12	0	1	0	61	4
TOTAL	524	156	9	6	6	701	37

FUENTE: Boletín de Estadísticas e Información de Salud, 1988 Ministerio de Salud

Pública

CUADRO N° 7

RECURSO HUMANO DEL MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

SEGÚN REGIÓN DE SALUD

HONDURAS, 1989.

CATEGORIA PROFESIONAL	REGIONES DE SALUD								TOTAL
	METRO	1	2	3	4	5	6	7	
MEDICOS	469	54	74	305	60	71	105	49	1187
ODONTOLOGOS	30	5	10	20	7	12	11	5	100
ENFERMERAS	186	20	29	79	28	23	31	18	414
AUX. DE ENF.	1228	174	275	577	209	276	274	153	3166
TECNICO NIVEL MEDIO	148	17	42	74	21	38	39	15	394
PERSONAL ADMO.	420	105	120	238	79	103	118	97	1280
PERSONAL DE SERV.	970	119	137	347	152	153	129	51	2058
OTROS	386	46	69	122	20	104	139	96	982
TOTAL	3837	540	756	1762	576	780	846	484	9581

NOTA: No se incluye el personal del nivel central.

FUENTE: División de Recursos Humanos.

I. EL SISTEMA DE SALUD EN LA REGIÓN DE SALUD N° 3

La Región de Salud No. 3 constituye una unidad administrativa de salud de la Secretaría de Salud Pública. Esta Región de Salud está ubicada geográficamente en la zona Nor-Occidental del país, comprendiendo los Departamentos de Santa Bárbara, Cortés y Yoro (Ver mapa), la extensión territorial de la Región se estima en 14205-4 Km², con una población aproximada de 1,178.138 habitantes (ver cuadro No.5) " según cifras del último Censo de Población y Vivienda (1988) la población rural constituye el 50.2^{*} y la urbana El 49.8%

Sus indicadores de salud, muestran que la tasa de mortalidad general de acuerdo a los últimos datos disponibles (1983) oscila entre 9-9% y 12.8%, según la información que proporciona el PISDIC (*) las cuales son de las más altas en el país.

En lo que corresponde a la morbilidad, la información disponible indica que las principales tasas de morbilidad que se observan en la región durante el período son:

(*) Programa de Inversiones Sociales para el Desarrollo de los países del istmo centroamericano OEA BID OPS

CUADRO N°8

TASAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE
DECLARACIÓN OBLIGATORIA REGION
SANITARIA N°3 1986-1987

ENFERMEDADES	TASAS/AÑO/ 100.000.00.H		
	1986	1987	1988
<u>I. PREVENIBLES POR VACUNACION</u>			
POLIOMIELITIS	0.2	0.2	0.3
SARAMPION	10.0	53.3	27.1
TOSFERINA	7.5	14.4	3.7
DIFTERIA	0.0	0.0	0.0
TETANOS	3.4	1.8	1.2
<u>II OTRAS DE DECLARACION OBLIGATORIA</u>			
INFECCIONES RESPIRATORIAS			
AGUDAS	4884.3	7288.1	7609.7
ENFERMEDADES ENTERICAS			
AGUDAS	3203.3	3918.0	3826.9
ENFERMEDADES TRASM. POR			
VECTORES	441.0	486.2	809.6
ENFERMEDADES TRASM CRONICAS	86.9	117.6	187.1
ENFERMEDADES TRASM SEXUAL	225.8	316.3	211.7
OTRAS ENFERMEDADES VIRALES	40.8	36.1	68.5
ENFERMEDADES DE BAJA INCI- DENCIA.	2.7	7.4	5.5

FUENTE: Boletines de Estadísticas de Salud 1987-1988

Ministerio de Salud Pública

En lo referente a la estructura del sistema a nivel interno de la Región de Salud No.3, se dispone de los servicios de salud que ofrece la Secretaría de Salud Pública, de los servicios de un Hospital del Instituto Hondureño de Seguridad Social con una dotación total de 264 camas y de una clínica periférica de Consulta Ambulatoria de esa misma institución, para atención Exclusiva de la población asegurada, funcionando ese estable-
(5)
Cimientos en las ciudades de San Pedro Sula y Villanueva.

Por otro lado, el sector primado ofrece servicios de Consulta Ambulatoria y Hospitalaria con una dotación total estimada de 200 camas. Así mismo y dentro del sector privado sin fines de lucro opera un Hospital con una dotación de 265 camas para atención de los trabajadores de la Compañía Bananera que opera dentro del Área geográfica de la Región.

La Región de Salud No.3 está subdividida en siete áreas de Salud, cuyas sedes se ubican en: San Pedro Sula, el Área N°.1: E1 Progreso, el Área No.2; Puerto Cortés, el Área No.3, Santa Bárbara el Área No. 4; Yoro, el Área No.5; Santa Cruz de Yojoa, el Área No.6 y Cofradía, el Área No.7.

La extensión geográfica y población estimada por Área de Salud

Es la siguiente:

CUADRO No.9

EXTENSIÓN GEOGRÁFICA Y POBLACIÓN ESTIMADA

SEGÚN ÁREAS DE SALUD
REGIÓN DE SALUD No. 3

HONDURAS 1988

AREAS DE SALUD	EXTENSION KM2	POBLACION MILES
No.1	1,964.0	498.7
No.2	16972.0	173.4
No.3	884.0	83.0
No.4	3,091.3	175.5
No.5	3,361.1	86.9
No.6	1,106.0	80.2
No.7	2,102.0	80.6
TOTAL	14,205.4	1,178.3

FUENTE: División Política Administrativa de Honduras
Dirección General de Estadísticas y Censos
Proyección de Población 1988, SECPLAN

Para la prestación de servicios la Región Sanitaria N o.3 dispone por parte de la Secretaría de Salud Pública de un total de 123 establecimientos: 82 del tipo CESAR, 36 del tipo CESAMO, 4 Hospitales de Área, y un Hospital Regional (Ver Cuadro NO.6), con una dotación total de 6^6 camas. En 1990 se tiene previsto poner en operación el nuevo Hospital Regional Nor- Occidental que dispondrá de un total aproximado de 500 camas con lo cual se incrementará sustancialmente la disponibilidad de éste infeccionado en la Región .

En lo que corresponde a recursos humanos, se tiene que según el Cuadro No.7, la Región de Salud cuenta con un total de 17&2 personas laborando en todos os niveles que la conforman, observándose

Como principales relaciones de recurso - habitante las siguientes:

*Un Médico por cada 3836 habitantes; un Odontólogo por cada 5 8,510 habitantes; una Enfermera por' cada 1^812 habitantes, y una Auxiliar por cada 20 habitantes.

La disponibilidad actual de camas hospitalarias por habitante es de una por cada 1811 habitantes en 1988.

En lo que respecta a recursos financieros y materiales, la Región de Salud No.3 dispuso de un presupuesto global para 1989 que asciende aproximadamente a Lps.13.2 millones existiendo un total estimado de Lps4.8 millones destinados para la adquisición de suministros, lo cual hace un presupuesto de Lps.11.0

por habitante para la atención de su salud, de los cuales No se encontraron normas establecidas que muestren la relación Recurso Humano para hacer comparación

Lps.4.00 por habitantes se tiene previsto invertir en suministro para su Atención. De acuerdo a la anterior, se ha presupuestado Lps.12.90 Por habitantes para la atención de salud de los cuales Lps.6.06.por Habitante

Se tiene previsto invertir en suministros para su atención

2.- EL HOSPITAL REGIONAL LEONARDO MARTÍNEZ

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al Hospital como "parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar; el Hospital es también un centro de formación de personal médico sanitario y de Investigación biosocial", agregando de otros autores aspectos referentes a la rehabilitación y promoción de la salud del sector de la población a él encomendados.

El Hospital Leonardo Martínez V. es el Hospital Regional de la Región Sanitaria No.3, el cual constituye la cúspide de la red hospitalaria de la Región, constituida además por cuatro Hospitales de Área y en general , de toda la red de servicios regional. El Hospital Regional es un Hospital General, que opera con un servicio de .Consulta Externa que atiende demanda espontánea -y referida y que incluye Consulta General y Especializada; cuenta además con Servicio de Urgencia para atención

De pacientes que lo requieren y los Servicios de Hospitalización que ofrece un hospital general: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría, con algún desglose de especialidades: ortopedia, oncología, aunque no muy bien definidas.

También se ofrecen atenciones especializadas pero no están bien diferenciadas. En la práctica, el Hospital Regional centra su actividad en la atención curativa en forma extramural y no desarrolla acciones preventivas y de proyección hacia la comunidad a la cual sirve, aunque actualmente el Ministerio de Salud pretende involucrar a éste tipo de establecimientos en el desarrollo de actividades extramurales. Por otro lado, en éste Hospital reciben capacitación tanto profesionales de la Medicina y Enfermería, como estudiantes de éstas carreras.

El Hospital cuenta actualmente con una donación de 312 camas distribuidas de la siguiente manera:

<u>SERVICIOS</u>	<u>NUMERO DE CAMAS</u>
MEDICINA	59
CIRUGÍA	91
GINECOLOGÍA	18
OBSTETRICIA	47
PEDIATRÍA	55
<u>ORTOPEDIA</u>	<u>42</u>
TOTAL	312

* Incluye Cirugía Pediátrica y especializada.

Para 1990 se prevé un cambio sustancial en la estructura de los servicios del Hospital, considerando que para este año ya estará en funcionamiento el Hospital Regional del Norte que absorberá todos los servicios que actualmente -presta el Hospital Leonardo Martínez V., convirtiéndose éste último en un Hospital de larga estancia con mayor orientación para la atención de enfermedades crónicas.

La cobertura del Hospital es regional, extendiéndose a los Departamentos de Cortés, Santa Barbará y Yoro y a dos Municipios del Departamento de Lempira.

En apoyo a la operación de los servicios finales, el Hospital cuenta con los siguientes servicios intermedios y generales.

SERVICIOS INTERMEDIOS

Laboratorio Patológico

Laboratorio Clínico

Rayos X

Farmacia

Pabellón quirúrgico

Central de Equipo

SERVICIOS GENERALES

Administración

Lavandería

Cocina

Costurería

Mantenimiento

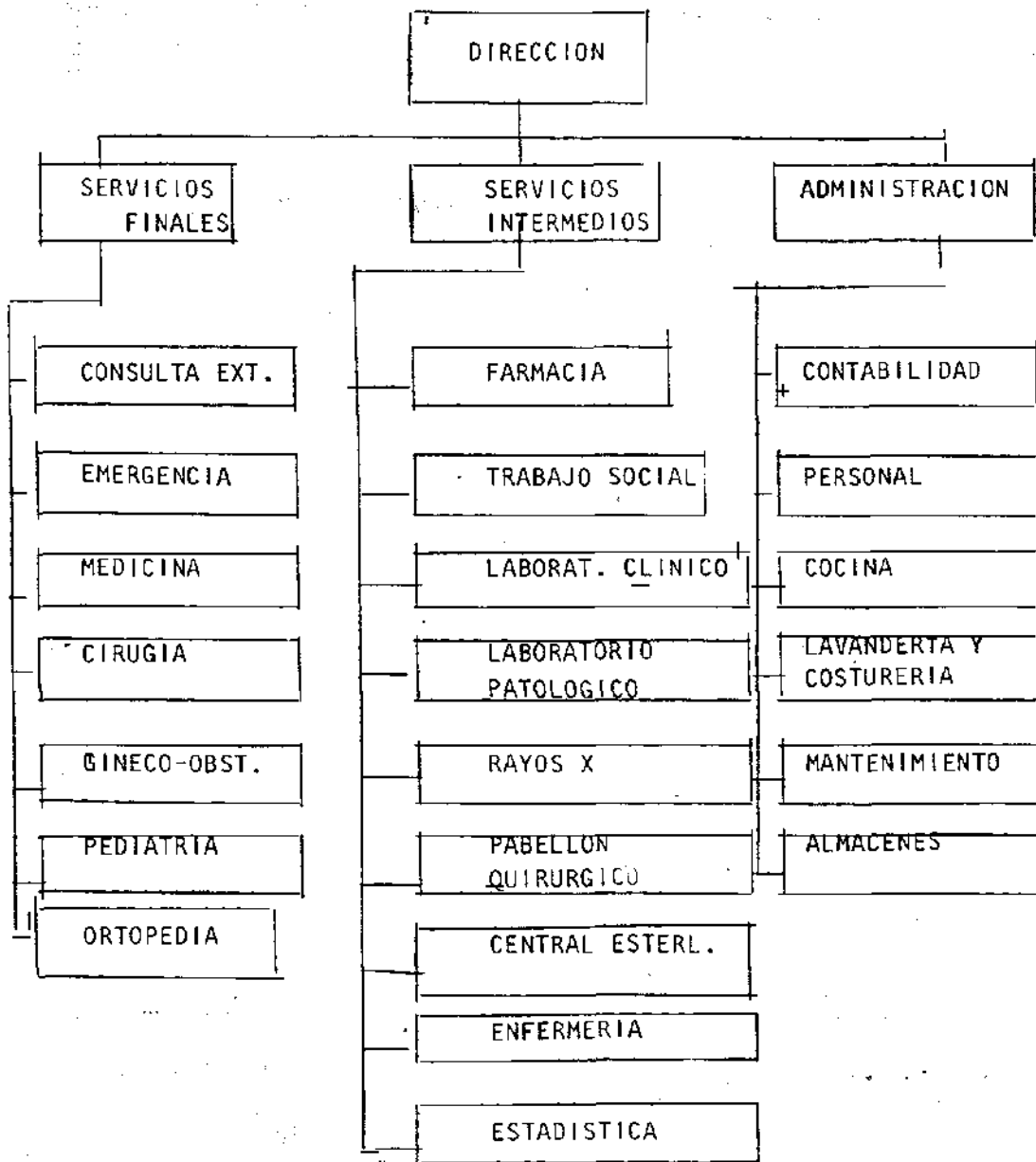
Almacén

Estadística

Trabajo Social

La organización interna del Hospital se presenta en el organigrama siguiente:

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL REGIONAL
LEONARDO MARTÍNEZ V.



En 1988 el Hospital funcionaba con la siguiente dotación de recursos humanos:

CUADRO No. 10

DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS

SEGÚN TIPO EN EL

* HOSPITAL REGIONAL LEONARDO MARTÍNEZ V. 1988

TIPO DE RECURSO HUMANO	NUMERO
MEDICOS	113
ENFERMERAS	25
AUXILIARES DE ENFERMERIA	238
TECNICOS EN RAYOS X	8
TECNICOS ANESTESISTAS	7
TECNICOS EN LABORATORIO	15
OTROS TECNICOS	2
FARMACEUTICOS	1
MICROBIOLOGOS	1
ODONTOLOGOS	2
ADMINISTRACION Y APOYO	210
TOTAL	622

FUENTE: Planillas de personal 1988, informe del sistema de costos

1988 Hospital Leonardo Martínez V.

V. H I P Ó T E S I S

V. H I P Ó T E S I S

Las hipótesis planteadas para el desarrollo de la investigación son:

1. La estructura por edad de la población, y las condiciones sanitarias básicas que prevalecen en el ambiente en donde reside, son factores que caracterizan la demanda de servicios de salud.
2. La disponibilidad limitada de recursos y la deficiente productividad de los mismos, vuelve ineficiente el funcionamiento del Hospital.

VI. V A R I A B L E S

VARIABLES DE LA INVESTIGACION

1. Variables Dependientes

La investigación se orienta al estudio de la Oferta y Demanda de servicios, considerando éstos dos variables como dependientes tomando en cuenta que su comportamiento y características están determinados por otras variables o factores. La definición de la oferta y demanda para los objetivos del estudio es la siguiente:

a) Oferta de servicios de Salud.

Es el resultado de la conjugación de los recursos disponibles en el Hospital para la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

b) Demanda de servicios de Salud.

Es la necesidad de servicios de salud que manifiesta - La población, como producto de los problemas de salud que la afectan •

2. Variables Independientes

Para efectos del estudio consideramos como variables independientes que determinan el comportamiento de la demanda y la oferta de servicios de salud los siguientes:

2.1. Determinantes de la Demanda

a) La Accesibilidad, que se analizará desde el punto

De vista geográfica y se definirá en función del tiempo utilizado para el desplazamiento de la población hacia el centro de salud al cual acude De acuerdo al criterio utilizado en el proceso de análisis de la red de servicios, la Secretaría de Salud ha establecido que toda aquella población que reside a mas de dos horas de distancia del centro de Salud más cercano se considerará inaccesible (6).

b) Condiciones de Vida. Se definirá como un conjunto de factores o elementos cuya existencia o disponibilidad determinan un ámbito favorable para el crecimiento y desarrollo de los grupos poblacional es que residen en un espacio geográfico determinado.-La medición de esta variable se efectuará a través de los porcentajes de viviendas con disponibilidad de agua y excretas, y se definen como parámetros -adecuados, de acuerdo a la situación socio-económica actual, que un 70~75% de viviendas tengan disponibilidad de esos servicios, los cuales son factores determinantes del nivel de salud de la población (7) (8) (12) (13)

c) Estructura Etarea Poblacional. Es la que muestra como está distribuido la población de acuerdo a la

Edad. La forma en que está compuesta la población influye directamente en las características de la demanda que se genera; así se tiene que una mayor concentración de población "joven" imprime diferentes características a la demanda que genera una población "vieja". El criterio de población "joven o vieja" se determina de acuerdo a parámetros demográficos que establecen que si existen una concentración de población menor de 15 años de más del 40%; esa población se considera "joven", caso contrario es una población "vieja" (9).

2.2 Determinantes de la Oferta.

a) La disponibilidad de Recursos, que es la dotación de los recursos que tiene el hospital para afrontar la demanda de servicios de salud. Los parámetros que permiten determinar lo adecuado o inadecuado de la disponibilidad de recursos se efectuarán a través de la estructura de la composición porcentual interna y crecimiento del recurso en lo que corresponde a los recursos financieros y materiales; a este respecto se considerará como parámetros comparativos que la disponibilidad máxima para afrontar pagos de personal debe oscilar alrededor del 60% como máximo y un 405% como mínimo en la correspondiente a los otros rubros

En lo correspondiente a otros recursos; físicos y humanos, se utilizaron los índices de crecimiento de dichos recursos en el período considerado; utilizando como parámetros que crecimientos hasta del 10% anual se pueden - considerar como mínimos o compensatorios; entre 10% 2 5% como moderados; y más del 25% como acelerados (10) (11) (12) b) Productiva del recurso

La productividad se define con la siguiente relación.

PRODUCTIVIDAD. Producción de Actividades (13)

Número de unidades del recurso que genera la producción.

Los indicadores y parámetros a utilizarse para medir y evaluar la productividad son los siguientes:

) .1) Para el recurso humano médico, se considera la productividad por hora-médico, los servicios de consulta Externa y Hospitalización.

Como parámetros se utilizan los normales por la Secretaría de Salud.

b.1.1 Para la consulta externa general se establece una productividad de 6 pacientes por hora.

b.1.2. En consulta externa especializada se establece una productividad de 4 pacientes por hora.

b.1.3 A nivel de los servicios de hospitalización Se establece una productividad por hora médico según servicio de:

- Medicina 4 pacientes por hora médico ó 0.25 horas médico por la paciente.
- Cirugía: 5 pacientes por hora médico o 0.20 Horas médico por día pacientes.
- Gineco-Obstetricia: 6 pacientes por hora ó - 0.16 horas médico por día ente.
- Pediatría: 4 pacientes por hora ó 0.25 horas Médico por día paciente.

b.2. Para el recurso físico (cama) y servicios en general, se utilizan los porcentajes de ocupación y los promedios de estancia. Los parámetros adecuados considerados para estos indicadores son: 70-80% en cuanto a la ocupación; y en lo que respecto a l ^ estancia promedio a nivel de servicios se tiene: Medicina 7 - 10 días; cirugía 5"7 días, Gineco-obstetricia 2-3 días; pediatría 7" 10 días, estos parámetros se han cuantificado de acuerdo a una consideración entre

Lo que normalmente se observan en los hospitales del país, y lo que los libros de administración hospitalaria establecen al efecto. (Ñ 2) (13)

VII. DISEÑO METODOLOGICO

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

1 - Población a estudiar

Está constituida por toda la población de la Región de Salud N° 3, considerando ese universo porque a todo él se extiende el *área* de influencia y cobertura del Hospital Regional; y es ese universo en donde se generan las necesidades de salud que caracterizan la demanda y determinan la oferta de servicios de Salud.

2. Muestra

La muestra representativa de la población a estudiar, está constituida por la población que demanda los servicios hospitalarios durante el periodo considerado 1986-1988, la cual se cuantifica a través del volumen de atenciones producido por el Hospital. (Ver cuadro N.23)

3. Clase de Investigación

El estudio o investigación a realizarse es retrospectivo descriptivo basado en un análisis poblacional general del ámbito interno hospitalario y del que lo rodea (Región de Salud); a partir del cual se pretende formular un diagnóstico evaluativo que permita identificar causas o factores que determinan una situación dada. Sus resultados reestructuran la orientación o identificación de soluciones

Que permitan modificar o mantener un nivel adecuado de funcionamiento del Hospital

4. Fuente de Datos

La información se obtendrá de las fuentes de datos siguientes:

a. Los archivos o registros estadísticos del Hospital, en lo que respecta a producción y recurso.

b. Registros específicos referidos a la Región en lo correspondiente a resultados de encuestas, evaluaciones, Supervisiones otro tipo de trabajo - realizados para esa *área*.

c. Registros demográficos de referencia nacional como ser, proyecciones de población y vivienda y cifras censales.

5. Período de duración del estudio

El estudio requerirá para su ejecución de un tiempo aproximado de seis (6) meses. Para su desarrollo ha definido un cronograma que aparece en el inciso 10

6. Variables considerados

Las variables dependientes e independientes que se investigaron en el estudio, están definidos en el Capítulo VI.

7 • Diseño de Formularios

En algunos casos la presentación de la información requerirán del diseño de cuadros a tablas, pero en todo -caso, se utilizará la presentación que ya tienen es datos en la fuente respectiva

8 . Dificultades previstas en la investigación

La principal problemática que se puede presentar está referida a la disponibilidad y veracidad de la información requerida, principalmente en la fuente hospitalaria, dadas las deficiencias de registro de información que actualmente existen, pero tal situación de -presentarse se podrá solventar a través de la utiliza ción de fuentes alternas de datos como ser, el Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud o a través de procesos de ajuste o estimación de información para lo cual se buscará asesoría de personal técnico con amplia experiencia sobre ello, el cual ya se ha identificado en el Ministerio de Salud.

9. Organización de la Investigación

La investigación no constituirá un proceso complejo de gran envergadura que requiera de la conformación de una estructura organizativa específica para ser

Ejecutado. La investigación será una actividad que requerirá en el campo administrativo acciones más de orden de planeación y ejecución no muy complejas que desde el punto de vista económico no requerirá de aportaciones económicas extraordinarias, más que los gastos que conlleva la publicación del documento y que no exigirá más recursos humanos que los directamente responsables de realizar este trabajo.

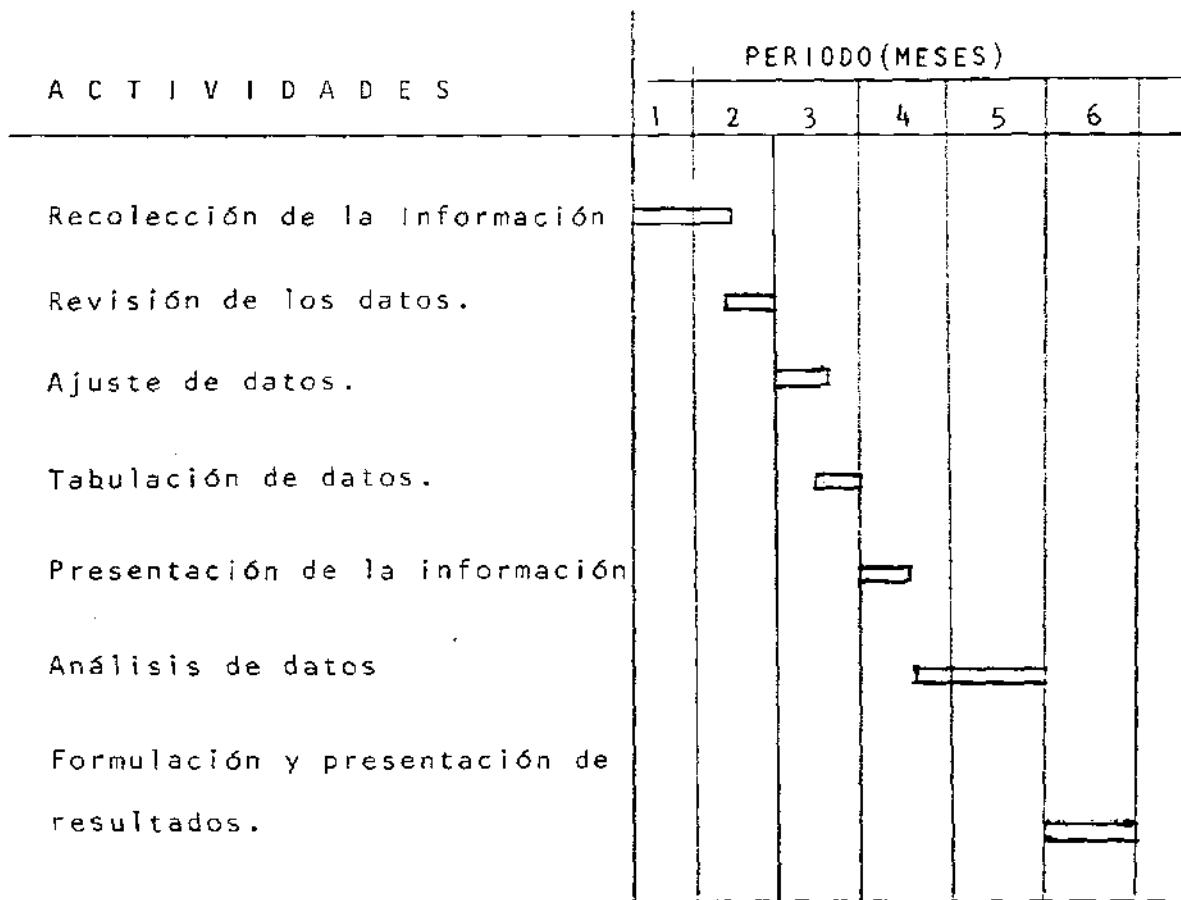
10. Calendario de Actividades

Las actividades generales a realizarse y los períodos estimados de ejecución de los mismos se plantean a continuación.

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES PARA REALIZAR
EL ESTUDIO SOBRE OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE
SALUD.

HOSPITAL REGIONAL LEONARDO MARTÍNEZ V.

1989.



11. Tabulación y Procesamiento

La tabulación y procesamiento de los datos obtenidos será un proceso manual v no computar izado, considerando que los cálculos más complejos están referidos a la cuantificación de estructuras porcentuales, relaciones porcentuales, índices de crecimiento y otros indicadores cruzados que no requieren mayor apoyo mecanizado. Dado lo simple del proceso de tabulación y procesamiento no se requiere -de la formulación de un plan detallado de análisis.

VIII R E S U L T A D O S

CUADRO Nº 1

ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE ATENCION EN
EL NIVEL CESAR (10 PRIMERAS CAUSAS)

1986.

Nº	CAUSAS	PORCENTAJE / GRUPOS DE EDAD		
		TOTAL	<15	>15
1	EMBARAZO NORMAL	14.1	19	81
2	PARASITISMO INTESTINAL	13.2	79	21
3	CONTROL DEL LACTANTE	11.8	100	0
4	INFLUENZA	7.2	84	16
5	INFECCION INTESTINAL MAL MORBILIDAD	5.1	95	5
6	OTRAS ANEMIAS	5.3	43	57
7	OTRAS FORMAS DE DESNUTRI- CION	5.0	100	0
8	SINTOMAS DEL APARATO RES- PIRATORIO	2.9	71	29
9	AMIGDALITIS AGUDA	1.3	66	34
10	INFECCION AGUDA LOCAL NO ESPECIFICA	1.2	90	10
	TOTAL	68.1	70	30

FUENTE: Encuesta de morbilidad 1986

Departamento de Estadística M.S.P.

CUADRO Nº 2

ESTRUCTURA

Nº	CAUSAS	PORCENTAJE / GRUPOS DE EDAD		
		TOTAL	< 15	> 15
1	EMBARAZO NORMAL	13.3	1	99
2	PARASITISMO INTESTINAL	9.1	74	26
3	INFECCION INTESTINAL MAL DEFINIDA	6.3	92	8
4	INFLUENZA	5.3	79	
5	CONTACTO INFECCIOSO TRANSMISIBLE	4.2	0	100
6	OTRAS ANEMIAS	3.7	48	52
7	BRONQUITIS NO ESPECIFICA	2.9	82	18
8	CONTROL DE LACTANTES	2.7	100	0
9	OTRAS FORMAS DE DESNUTR.	2.0	98	2
10	ATENCION ANTICONCEPTIVA	1.7	0	100
	TOTAL	51.2	53	47

FUENTE: Encuesta de morbilidad 1986

Departamento de Estadística M.S.P.

La información de los cuadros N° 1 y No. 2, muestra que en los niveles CESAR Y CESAMO, las diez primeras causa de atención representan el 68.1% y 51.2% respectivamente, cantidades muy significativas que muestran una alta concentración en pocas patologías. Por otro lado, la población atendida en mayor magnitud es la infantil, según los porcentajes observados que ascienden a 70% y 53%, respectivamente en esos niveles.

En cuanto al tipo de atenciones en estos dos niveles, las estructuras muestran que en ellos tienen una alta representatividad los controles de embarazo y del lactante (25.9% y 16%). En segundo lugar, se tienen - las morbilidades de origen parasitario e infeccioso intestinal, que representan el 19.3% y 15.4% del total de morbilidades atendidas. En tercer lugar se ubican las infecciones respiratorias agudas (IRA) con un 11.4% y 8.25. A continuación las morbilidades de origen carencial como las Desnutriciones y Anemias que representan un 10.3% y 5.7% y por último infecciones agudas específicas 1.2% en el CESAR y contacto enfermedad transmisible y atención anticonceptiva 5.9 % en el caso del CESAMO.

CUADRO N° 3

ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE ATENCION
EN LA CONSULTA EXTERNA DE LOS CENTROS HOSPITA AREA (10 PRIMERAS CAUSAS) 1986

REGION SANITARIA N° 3

N°	C A U S A S	PORCENTAJE GRUPO /DE EDAD		
		TOTAL	< 15	>15
1	INFECCION INTESTINAL MAL DEF.	8.3	49	51
2	EMBARAZO NORMAL	6.3	31	69
3	PARASITOSIS INTESTINAL	5.1	32	68
4	AMIGDALITIS AGUDA	3.5	47	53
5	OTRAS ANEMIAS	3.0	14	86
6	BRONQUITIS NO ESPECIF.	2.9	49	51
7	ASMA	2.7	51	49
8	PARTO NORMAL	2.5	0	100
9	CONTROL DE LACTANTES	2.0	100	0
10	OROS TRASTORNOS DE LA URETRA	1.5	13	187
TOTAL		37.8	39	61

FUENTE: ENCUESTA DE MORBILIDAD 1986

DEPARTAMENTO de ESTADÍSTICA M.S.P.

En la consulta externa de los centros hospitalarios de *área* de la Región, las diez primeras causas de morbilidad representan el 37.8% del total de la morbilidad atendida, y el 61% se presentó en personas adultas, las morbilidades de carácter parasitario infeccioso intestinal aparecen como las más frecuentes, 13.4%, seguidamente los controles de Embarazo y Lactantes con 8.3%, las infecciones respiratorias agudas con 6.4% y las enfermedades carenciales 3.0%. Apareciendo en esta estructura, morbilidades como el asma (2.7%), y trastornos de la uretra (1.5%), además de estados como el parto normal (2.5 %).

CUADRO N° 4

CAUSA DE ATENCION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE LOS
CENTROS HOSPITALARIOS DE AREA(10
PRIMERAS CAUSAS) REGION SANITARIA N° 3
1986-1988.

N°	CAUSAS	PORCENTAJES POR GRUPOS DE EDAD		
		TOTAL	<15	> 15
1.	INFECCION INTESTINAL MAL DEFINIDA	9.6	86	14
2.	EMBARAZO NORMAL	6.8	0	100
3.	SINTOMAS RELACIONADOS CON EL APARATO RESPIRATORIO.	4.6	87	13
4.	ASMA	4.2	66	34
5.	INFECCION URINARIA	2.4	6	94
6.	PARTO NORMAL	2.2	0	100
7.	INFECCION AGUDA VIAS RESPIRATORIAS NO.ESPECIF.	2.1	76	24
8.	BRONCONEUMONIA	2.0	83	17
9.	TRASTORNO DE LIQUIDO	1.7	96	4
10.	ANEMIA	1.2	71	29
	OTRAS CAUSAS	63.2	46	54
TOTAL		100.0	57	43

FUENTE: Estadísticas del Hospital Leonardo Martínez V. 1988

Existe una morbilidad general variada y no aparecen traumatismos y violencias entre las diez primeras causas, las cuales representan en total el 36.8% de las causas atendidas. Además podemos apreciar que de la población atendida el mayor porcentaje corresponde a pacientes menores de 15 años.

CUADRO Nº 5

PORCENTAJE DE LAS CAUSAS DE ATENCION EN
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS CENTROS
HOSPITALARIOS DE AREA (10 PRIMERAS CAUSAS)
REGIÓN SANITARIA Nº 3
1986-1988.

Nº.	CAUSAS	PORCENTAJES
1	PARTO NORMAL	24.0
2	ABORTO NO ESPECIFICADO	4.6
3	INFECCION INTESTINAL MAL DEFINIDA	4.3
4	OTROS PROBLEMAS FETALES	4.0
5	ASMA	3.1
6	OTRAS DESNUTRICIONES PROTEICO-CALORICAS	3.0
7	BRONCONEUMONIA	2.8
8	OTRAS CELULITIS Y ABSCESOS	2.0
9	BRONQUITIS CRONICA	1.3
10	OTRAS FORMAS DE DESNUTRICION	0.9
	OTRAS CAUSAS	49.9
TOTAL		100.0

El cuadro Nº 5 muestra que los diez primeras causas de morbilidad representan el 50.1% del total de morbilidades atendidas durante el período.

En cuanto al tipo de causas atendida, se tiene que El 34.6 de los egresos producidos en los C.H.A. corresponden a causas como el parto normal o problema relacionados- Con el embarazo.

También se observa que el 10.4% de las morbilidades atendidas por el origen infeccioso; 3-9% de orden contencional; y el 3-1% de otro origen (Asma).

CUADRO N° 6

PORCENTAJE DE LAS CAUSAS DE ATENCION EN LA
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL
LEONARDO MARTÍNEZ V. (10 PRIMERAS CAUSAS),
1986.

N°	CAUSAS	PORCENTAJE/ GRUPOS DE EDAD		
		TOTAL	< 15	> 15
1	INFECCION INTESTINAL MAL DEF.	6.2	89	11
2	BUSQUEDA TUMOR MALIGNO	5.0	0	100
3	PARASITISMO INTESTINAL	4.4	63	37
4	ASMA	2.8	65	35
5	OTROS TRASTORNOS URETRA	2.2	18	82
6	AMIGDALITIS AGUDA	2.0	72	28
7	EMBARAZO NORMAL	1.8	0	100
8	OTROS TRAUMATISMOS	1.8	40	60
9	HERIDA DE OTROS SITIOS	1.8	38	62
10	TRASTORNOS DE LIQUIDOS	1.7	96	4
TOTAL		29.7	56.3	49.7

FUENTE: Encuesta de Morbilidad 1986

Departamento de Estadística M.S.P.

Las diez primeras causas de morbilidad atendida en el servicio de consulta externa representan el 297% del total. observándose, en cuanto a los grupos de edad aquejados, un mayor porcentaje en los grupos menores de 15 años (56.3%).

También se aprecia en ésta estructura, que un 14.8% de las morbilidades atendidas Son de origen infeccioso o parasitario. Por otro lado adquiere relevancia lo correspondiente al diagnóstico de tumores malignos (5-0%) y a los traumatismos (3-6%).

También aparecen otro tipo de morbilidades (asma y trastornos de los líquidos) que representan un 4.5% y finalmente los controles prenatales que significan el 1.8%.

CUADRO No.7

ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LA MORBILIDAD ATENDIDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

HOSPITAL LEONARDO MARTÍNEZ V.

1986 - 1988

No.	MORBILIDAD	PORCENTAJES POR GRUPOS DE EDAD		
		TOTAL	<15	>15
1	ASMA	7.4	65	35
2	HERIDAS NO ESPECIFICADAS	7.2	26	74
3	INFECCION INTESTINAL MAL DEFINIDA	4.0	78	22
4	TRASTORNOS DE LOS LIQUIDOS	3.9	91	9
5	ABORTO NO ESPECIFICADO	3.4	0	100
6	TRAUMATISMO INTRACRANEANO	2.7	30	70
7	HERIDAS DE LA CABEZA	2.4	52	48
8	FRACTURAS DE RADIO Y CUBITO	2.1	48	52
9	HERIDAS EN DEDOS DE MANO	1.7	42	58
10	TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO	1.5	18	82
TOTAL		36.3	48	52

FUENTE: Registros Estadísticos del Hospital Leonardo Martínez V. 1986-1988.

La estructura de morbilidad muestra que seis de las primeras diez causas, son traumatismos y heridas y en su conjunto representan el 21-5% del total de Emergencias atendidas. Además el total de pacientes adultos atendidos es ligeramente mayor (52%) que el de niños.

CUADRO No.8

ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LAS CAUSAS
EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL
HOSPITAL REGIONAL LEONARDO MARTÍNEZ V. (10
PRIMERAS CAUSAS).

1986- 1988

No.	CAUSAS	PORCENTAJES
1	PARTO NORMAL	29.8
2	ABORTO NO ESPECIFICADO	6.3
3	OTROS PROBLEMAS FETALES	5.7
4	OTRA ASISTENCIA PARA EL PARTO	3.2
5	POSICION ANORMAL DEL FETO	2.3
6	PARTO PREMATURO	2.1
7	HERNIA INGUINAL	1.7
8	DESproporción CEFALO-PELVICA	1.2
9	EMBARAZO PROLONGADO	1.0
10	TRAUMATISMO DEL PERINEO	0.7
	OTRAS CAUSAS	46.0
	TOTAL	100.0

FUENTE: Boletín de Estadísticas e información de Salud.
Estadísticas Hospitalarias 1986 - 1987 -

Se observa que durante el período, la estructura muestra en el primer lugar que las diez primeras causas representan el 54.0%, del total de morbilidades atendidas y de esas diez causas, nueve están referidas al Embarazo y Parto, representando porcentualmente el -52.3%, del total de causas atendidas.- La única morbilidad diferente -que "tiene representatividad dentro de las primeras diez causas es la Hernia Inguinal con un 1.7%- durante el periodo.

CUADRO No.9

POBLACIÓN TOTAL DE LA REGIÓN DE SALUD N°3 GRUPOS

DE EDAD

1986 - 1988

GRUPOS DE EDAD	1 9 8 6		1 9 8 7		1 9 8 8		CRECIMIENTO(%)	
	Pobl.	%	Pobl.	%	Pobl.	%	Anual	Total
1	48.5	3.8	49.3	3.7	50%	3.6	1.6	3.2
1 -4	181.8	14.2	186.3	14.0	191.3	13.7	2.6	5.2
5 -14	365.6	28.6	381.2	28.6	398.1	28.6	3.2	6.4
15 y +	682.9	53.4	716.0	53.7	753.0	54.1	5.2	10.3
TOTAL	1278.8	100.0	1332.8	100.0	1392.5	100.0	4.4	8.9

FUENTE: Medida de población, Departamento de Estadística
SECPLAN (Proyecciones).

Las cifras muestran a nivel global un crecimiento total de 8.9% durante el periodo, siendo éste crecimiento ligeramente más rápido entre los años 1987-1988(4.5 %).

La composición de la población según grupos de edad, muestra que entre el 45.9% y 46.6% es menor de 15 años; observándose además que entre un 17.3% y 18.0% es población menor de 5 años.

DISPONIBILIDAD DE AGUA Y EXCRETAS EN LAS VIVIENDAS DEL
 AREA RURAL DE LA REGIÓN SANITARIA No. 3
 1986 - 1988

VARIABLES	NUMERO POR AÑO (MILES)			INDICADORES	AÑOS		
	1986	1987	1988		1986	1987	1988
I POBLACION TOTAL	1.175.1	1.192.4	1.252.6	I RELACION HABIT/VIVIENDA	TOTAL	5.4	5.3
URBANA	544.9	572.4	601.3				
RURAL	590.3	620.1	651.4				
II NUMERO TOTAL VIVIENDAS	211.0	224.0	237.9	II PORCENTAJE DE VIVIENDA CON DISPOSICION AGUA	13.0	13.6	13.3
URBANO	106.6	113.7	121.3				
RURAL	104.4	110.3	116.6				
III INFRAESTRUCTURA DISPONIBLE PARA AGUA Y EXCRETAS				III PORCENTAJE DE VIVIENDAS CON DISPOSICION DE EXCRETAS	38.3	40.1	33.7
1.- AGUA							
POZOS	1.2	1.4	1.4				
ACUEDUCTOS	0.02	0.03	0.03				
2.- EXCRETAS							
LETRINAS	40.0	44.2	39.3				

FUENTE: Censo Nacional de Población y Vivienda, 1988. Resultados Preliminares - SECPLAN Logros de Saneamiento por Regiones, periodo 1980 - 1989

Los aspectos más relevantes observados a partir de la información contenida en el Cuadro No. 10 se resumen de la siguiente manera:

En primer lugar, se observa una relación habitante/vivienda que oscila entre el 5.4 en 1986 y el 5-3 en 1988 personas por vivienda.

Apreciándose cierta tendencia a disminuir (2%), lo cual es indicativo de una reducción del déficit habitacional. Por otro lado se aprecia que la relación en las áreas urbanas y rurales difiere muy poco (11.8%) en promedio y la tendencia es la misma que se comentó anteriormente.- La magnitud de los indicadores en cuanto a disponibilidad de agua, oscilan entre el 12.5% y el 14.1% y entre el 33.7% y 38.31 en lo que respecta a la disponibilidad de Excretas mostrando ambos indicadores cierta tendencia a crecer entre 1986-1987 (4.6% y 4.7% respectivamente), para luego descender entre 1987 - 1988 (-2.2.% y - 16%).

CUADRO No.11

DISPONIBILIDAD Y EJECUCIÓN FINANCIERA DEL HOSPITAL REGIONAL

LEONARDO MARTÍNEZ V.

SEGÚN OBJETO DE GASTO

PERIODO 1986 - 1988

OBJETO DEL GASTO	1986		1987		1988		CRECIMIENTO DEL PERIODO(%)	
	DISP	EJEC.	DIS.	EJEC.	DISP.	EJEC	DISP.	EJEC
SERVICIOS PERSONALES	4563.8	4399.2	6218.9	6015.6	7141.3	6390.0	56.5	45.3
SERVICIOS NO PERSONALES	57.0	52.0	78.3	59.7	58.0	55.8	1.8	7.3
MATERIALES Y SUMINISTROS	3103.0	3042.5	3308.1	3203.0	2672.0	2653.1	-13.9	-12.8
ALIMENTOS	513.0	490.2	513.0	508.0	500.0	495.9	- 2.5	1.2
COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	60.0	47.2	60.0	56.3	50.0	49.8	-16.7	5.6
MEDICAMENTOS	1300.0	1286.9	1456.0	1372.4	1069.2	1061.9	-17.8	-17.5
MATERIAL MEDICO-QUIRURGICO	700.00	691.8	739.1	731.6	638.7	632.6	- 8.8	-8.6
OTROS SUMINISTROS	530.0	526.4	540.0	534.1	414.1	412.9	-21.9	-21.6
MAQUINARIA Y EQUIPO	54.6	48.5	39.3	31.5	0.0	0.0	0.0	0.0
TOTAL GENERAL	7778.4	7542.2	9644.6	9309.8	9971.3	0098.0	27.0	20.6

FUENTE: Informe financiero 1986-1988, departamento de Contabilidad Ministerio de Salud Pública.

La información del cuadro nos indica tres aspectos importantes:

a) A nivel global existe un crecimiento sostenido de las disponibilidades que en total durante el periodo asciende a un 27%.

B.-La ejecución presenta un crecimiento entre 1986 y 1987; después decrece ligeramente hacia 1988.

c) A nivel de objetos de gasto, tanto las disponibilidades como la ejecución en el aspecto de Servicios Personales se observa un importante crecimiento en el periodo (56%). En cuanto a los servicios no personales, primero crecen y después disminuyen.

El objeto de suministros a nivel global muestra la misma tendencia - del objeto de servicios no personales; pero según rubro específico la tendencia es a decrecer.

En cuanto a maquinaria y equipo las disponibilidades y ejecución desaparecen hacia 1988.

CUADRO No.12

ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LA DISPONIBILIDAD Y EJECUCIÓN

FINANCIERA HOSPITAL

LEONARDO MARTINEZ V.

1986 - 1988

OBJETOS DE GASTO	ESTRUCTURA PORCENTUAL					
	1986		1987		1988	
	DISP.	EJEC	DISP.	EJEC	DISP.	EJEC
SERVICIOS PERSONALES	58.7	58.3	64.5	64.6	72.3	70.2
SERVICIOS NO PERSONALES	0.7	0.7	0.8	0.7	0.6	0.6
MATERIALES Y SUMINISTROS	39.9	40.3	34.3	34.4	27.1	29.2
MAQUINARIA Y EQUIPO	0.7	0.7	0.4	0.3	0.0	0.0
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Cuadro No. 11

Las estructuras muestran la relevancia que va adquiriendo año a año la representatividad del objeto de Servicios Personales tanto a nivel de disponibilidad como de ejecución.

CUADRO No.13

PORCENTAJES DE EJECUCIÓN DE LAS DISPONIBILIDADES FINANCIERAS

HOSPITAL LEONARDO MARTÍNEZ V.

1986 - 1988

OBJETOS DE GASTO	PORCENTAJES DE EJECUCION POR AÑO		
	1986	1987	1988
SERVICIOS PERSONALES	96.4	96.7	89.5
SERVICIOS NO PERSONALES	91.2	76.2	96.2
MATERIALES Y SUMINISTROS	98.1	96.8	99.3
MAQUINARIA Y EQUIPO	88.8	80.2	0.0
T O T A L	97.0	96.5	92.2

FUENTE.: Cuadro No. 11

En general los porcentajes de ejecución no alcanzan en ninguno de los casos la totalidad de los recursos financieros disponibles. Se observaron algunos niveles de ejecución en el objeto correspondiente a materiales y suministros; y las más bajas en el objeto de Maquinaria y Equipo. Los niveles de ejecución en el objeto de servicios personales se mantienen en 1986 y 1987, y después baja en 1988 (89-5%). En cuanto a los objetos de servicios no personales, materiales, suministro son niveles de ejecución adecuados que descienden entre 1986 y 1987 y después se recuperan en 1988. En lo referente al objeto de Maquinaria y Equipo el nivel de ejecución primero baja y después desaparece.

CUADRO No. 13

GASTO TOTAL EN SUMINISTRO OBSERVADO SEGÚN OBJETO

HOSPITAL LEONARDO MARTÍNEZ

1986 - 1988

OBJETOS DE GASTO	Volumen de Gasto anual (Vls Lps)					
	1986		1987		1988	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
ALIMENTOS	462.0	18.3	463.0	17.2	500.7	19.1
COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	19.8	0.8	57.8	2.1	39.7	1.5
MEDICAMENTOS	1119.3	44.3	1166.4	43.4	970.9	36.9
MAT. MEDICO QUIRURGICO	549.5	21.8	601.4	22.4	739.1	28.1
OTROS SUMINISTROS	372.4	14.8	400.2	14.9	379.0	14.4
TOTAL	2523.0	100.0	2688.8	100.0	2629.4	100.0

FUENTE: Informes de costos del Hospital Leonardo Martínez V. 1986-1988

En cuanto a la estructura de gasto según objeto, se aprecia que los principales objetos de gasto son los medicamentos, material Quirúrgico y Alimentos en ese orden, además se observa que la representatividad del gasto de medicamentos dentro de la estructura tiende a ser cada vez menor, y el Objeto Material Médico Quirúrgico la incrementa. (Cuadro No.14)

CUADRO N° 15

PORCENTAJES DE CRECIMIENTO DEL GASTO EN SUMINISTROS SEGÚN
OBJETO DE GASTO

PERIODO 1986-1988.

OBJETO DEL GASTO	INDICADORES DE CRECIMIENTO DEL PERIODO (%)		
	1986 - 1987	1987 - 1988	1986- 88
ALIMENTOS	+ 0.2	+ 8.1	+ 8.4
COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	+ 192.0	-31	+100.5
MEDICAMENTOS	+ 4.0	-17	- 14.0
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	+ 9.0	+23	+ 34.0
OTROS SUMINISTROS	+ 7.0	- 5	+ 2.0
TOTAL	+ 6.5	-2.2	+ 4.0

FUENTE: CUADRO No.14.

Globalmente el gasto financiero ha experimentado un ligero incremento del 4%, apreciándose un crecimiento más rápido en el período 1986-87, durante el cual alcanza un 6.5%, después el nivel de gasto disminuye en un 2.2% entre 1987-88, a nivel de objetos los alimentos y material médico quirúrgico observaron crecimiento en su nivel de gasto durante todo el período; en los demás se incrementa el gasto entre 1986 87, y después disminuye entre 1987~88. En forma global todos los objetos observan crecimiento del gasto a excepción de medicamentos que decrece (14%)(cuadro N. 15) -

CUADRO Nº16

RELACIÓN DE GASTO DE SUMINISTROS Y EJECUCIÓN
FINANCIERA DE DISPONIBILIDADES
REGIÓN SANITARIA Nº3
1986-88

OBJETO DEL GASTO	RELACION CONSUMO/EJECUCION				EJECUCION	MARGEN DISPON
	1986	1987	1988	TOTAL PERIODO		
ALIMENTOS	0.94	0.91	1.00	0.95	98	3
COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	0.42	1.03	0.80	0.77	90	13
MEDICAMENTOS	0.87	0.85	0.91	0.87	97	10
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	0.79	0.82	1.16	0.91	99	8
OTROS SUMINISTROS	0.71	0.75	0.92	0.78	85	7
TOTAL	0.83	0.84	0.99	0.88	95	7

FUENTE: Cuadro N. 13 No. 14

-Consumo, es el valor de todos los suministros que se han utilizado en la producción. Ejecución, es el valor de todos los suministros adquiridos.

A nivel global las relaciones muestran un mejoramiento .pasando de un 0.83 en 1986 a 0.99 en 1988, aunque a nivel de objetos el comportamiento de las relaciones es irregular, a excepción del objeto referente a otros suministros -que mantiene un crecimiento sostenido. Las relaciones de mayor magnitud son las referentes en alimentos y material médico quirúrgico (0.95 y 0.91)- Los márgenes de disponibilidad de suministros por no consumo se presentan en el objetos referentes a combustibles y lubricantes (.13%) y medicamentos (10%).

***Margen disponible, es la diferencia entre lo comprado y lo consumido "(ejecución gasto).**

CUADRO Nº 17

GASTO FINANCIERO EN SUMINISTROS EN LOS SERVICIOS FINALES
HOSPITAL REGIONAL LEONARDO MARTÍNEZ V.

SERVICIOS	GASTO/AÑO (MILES)		
	1986	1987	1988
CONSULTA EXTERNA	85.8	364.6	21.1
EMERGENCIA	612.3	349.8	591.4
MEDICINA	108.8	106.8	115.7
CIRUGIA	177.1	182.6	174.7
GINECO-OBSTETRICIA	164.8	179.2	147.6
PEDIATRIA	115.9	127.2	101.1
ORTOPEDIA	102.6	99.2	104.2
TOTAL	1367.3	1409.4	1255.8

FUENTE; Informes de Costos y Rendimientos hospitalarios 1986,1987 y 1988
Hospital Leonardo Martínez V.

El nivel global del gasto crece en 1987 pero decrece en 1988 a un nivel menor que el observado en 1986. Un aspecto interesante de mencionar es que los servicios que incrementan su gasto entre 1986-87 lo disminuyen entre 1987 y 1988 y viceversa. El otro comentario es el referente a la brusca caída del gasto en el servicio de consulta externa en 1988 el cual asciende a un 94.2% con respecto a 1987.

CUADRO N° 18

GASTO EN SUMINISTROS POR DÍA Y POR PACIENTE EN LOS
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL
REGIONAL LEONARDO MARTÍNEZ V.

SERVICIOS	GASTO/ AÑO (LPS) *		
	1986	1987	1988
MEDICINA	6.4	5.7	6.2
CIRUGIA	8.2	8.5	8.2
GINECO_OBSTETRICIA	9.1	8.3	6.5
PEDIATRIA	6.0	6.4	5.2
ORTOPEDIA	8.9	7.1	6.5
TOTAL	7.4	7.2	6.7

FUENTE: Cuadros No. 17 y N:21

*Calculado en base a la relación Gasto Financiero en Suministros/ No de días - paciente.

El gasto financiero en suministros día en los servicios de hospitalización desciende entre 1986-88, de Lps. 7.4 a Lps. 6.7 por día por paciente Durante el período los servicios de Medicina, Gineco-obstetricia ,Pediatria y Ortopedia observan una disminución en su gasto financiero por -día; el servicio de cirugía lo mantiene; y el mayor gasto financiero en suministro, por día lo tiene el servicio de cirugía(Lps. 8.2); y la menor pediatría (Lps. 6.0 Lps. 5-2).

CUADRO N° 19

COSTOS UNITARIOS DIRECTOS Y TOTALES OBSERVADOS EN LOS SERVICIOS
 FINALES DEL HOSPITAL REGIONAL LEONARDO MARTÍNEZ V.
 1986-88.

SERVICIOS	UNIDAD	COSTOS UNITARIOS.						% CRECIMIENTO	
		1986		1987		1988			
		DIRECTO	TOTAL	DIRECTO	TOTAL	DIRECTO	TOTAL	DIRECTO	TOTAL
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA	7.9	13.3	12.9	19.4	9.1	14.2	+ 15	+ 7
EMERGENCIA	ATENCION	27.3	38.0	26.0	37.4	33.2	33.2	+ 22	+32
MEDICINA	EGRESO	391.3	629.7	376.5	584.8	354.3	353.3	- 9	-12
	DIA PAC.	23.0	37.0	22.6	35.1	26.5	41.3		
CIRUGIA	EGRESO	326.2	552.8	303.9	507.4	271.2	549.2	- 17	- 1
	DIA PAC.	27.1	45.9	29.9	50.0	27.8	56.3		
GINEC-OBSTETRI- CIA.	EGRESO	57.2	124.6	58.0	119.6	60.4	150.4	+ 6	+ 2
	DIA PAC.	33.8	73.7	34.4	70.9	33.2	82.6		
PEDIATRIA	EGRESO	257.7	468.5	251.7	427.2	329.3	582.0	+ 28	+ 24
	DIA PAC.	39.0	21.5	32.0	39.0	30.6	54.0		
ORTOPEDIA	EGRESO	447.6	785.3	490.8	848.4	470.0	955.0	+5	+22
	DIA PAC.	22.4	39.3	23.9	41.4	23.5	47.7		
TOTAL HOSPITALIZACION	EGRESO	146.6	269.4	142.5	251.6	149.0	300.0	+ 1.6	+11
	DIA PAC.	25.8	47.4	25.9	45.6	28.8	57.9		

FUENTE: Informes de Costo y Rendimientos Hospitalarios 1986-87 y 1988

Hospital Leonardo Martínez V.

En lo correspondiente a los servicios de hospitalización a nivel general los costos unitarios directo y total del egreso experimentan un crecimiento de 1.6% y 11. % respectivamente durante el período 1986 - 1988.

Entre 1986 y 1987 existe un decrecimiento de los dos tipos de costos, 7% en el total el 3% en el directo, incrementándose nuevamente entre 1987-1988 en un 19% y 5 % respectivamente.

Si se observa lo que ocurre por servicio, se tiene que a excepción de los servicios de Medicina y Cirugía cuyos costos decrecen en el período 1986 - 1988, los demás servicios operan incrementos sustanciales en ambos costos.

En lo referente a la consulta externa y la emergencia, ambos servicios presentan importantes incrementos en sus costos, en el período 1986 - 1988.

Los cambios en los costos de Consulta Externa experimentan cambios bruscos, primero se incrementan en gran proporción entre 1986 a 1987(45.9%) y luego caen bruscamente entre 1987 1988 (26.6%). El contrario ocurre con el servicio de emergencia, para el cual se operan decrementos, aunque leves durante el período 1986 - 1987, (1.6%) elevándose bruscamente los costos en el período' 1986-87 (3.5%) Ante tal situación, los comentarios vertidos cuando se hizo el comentario

Final sobre los costos en los servicios de hospitalización
mantiene su validez.

CUADRO N° 20

DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS SEGÚN TIPO EN EL
 HOSPITAL REGIONAL LEONARDO MARTÍNEZ V.
 PERIODO 1986-1988.

TIPO DE RECURSOS	NUMERO DE RECURSOS POR AÑO			CRECIMIENTO DEL PERIODO (%)
	1986	1987	1988	
MEDICOS	113	113	113	0
ENFERMERAS	20	21	25	25
AUXILIARES DE ENFER.	209	211	238	13.9
TECNICOS EN RAYOS X	8	8	8	0
TECNICOS EN ANEST.	6	6	7	16.7
TECNICOS EN LAB	15	15	15	0
OTROS TECNICOS	2	2	2	0
FARMACEUTICOS	1	1	1	0
MICROBIOLOGOS	1	1	1	0
ODONTOLOGOS	1	1	2	100
ADMINISTRACION Y APOYO LOGISTICO	197	194	210	6.6
TOTAL GENERAL	573	573	622	8.6

FUENTE: Planillas de Personal 1986 y 1987

Informe del Sistema de Costos 1988

Hospital Leonardo Martínez V.

En primer lugar se nota que entre 1986 y 1987 no ocurre ningún cambio en el número total de personal disponible, aunque si se operan algunos ligeros cambios en la disponibilidad de personal según tipo.

En el cuadro se aprecia por un lado un ligero crecimiento total del personal del Hospital en el periodo (8.6%) aunque en la mayoría de los recursos el crecimiento es nulo

Lo más importante es observar que los incrementos se ubican a nivel del personal nuclear hospitalario en la atención del paciente: Enfermeras (25%) y Auxiliares de Enfermería (13-9%) y algún personal técnico (16.7%) y Administrativo. (6.6%)

CUARDO Nº 21

PRODUCCIÓN OBSERVADA DE LOS SERVICIOS FINALES DEL

HOSPITAL REGIONAL LEONARDO MARTÍNEZ V.

1987-

1988

SERVICIOS	PRODUCCIONÉ AÑO (MILES)			UNIDAD DE PRODUCCION	%
	1986	1987	1988		
CONSULTA EXTERNA	72.7	87.5	99.7	CONSULTA	37.1
EMERGENCIA	56.0	64.7	65.9	ATENCION	17.6
MEDICINA	1.0	1.2	1.4	EGRESOS	40.0
	17.0	18.7	18.7	DIAS/PAC.	
CIRUGIA	1.8	2.1	2.2	EGRESOS	22.2
	21.7	21.6	21.4	DIAS/PAC	
GINECOLOGIA	1.6	1.7	1.6	EGRESOS	2.0
	6.6	7.7	6.4	DIAS/PAC.	
OSTETRICIA	9.1	9.9	10.8	EGRESOS	18.7
	11.5	13.9	16.2	DIAS PAC	
PEDIATRIA	1.6	1.8	1.8	EGRESOS	12.5
	19.2	19.9	19.4	DIAS PAC.	
ORTOPEDIA	0.66	0.68	0.68	EGRESOS	3.0
	14.0	14.1	13.6	DIAS PAC.	
TOTAL	15.8	17.4	18.5	EGRESOS	17.1
HOSPITALIZACION	90.0	95.9	95.7	DIAS PAC.	

FUENTE: Boletín de Estadísticas e Información de Salud

Estadísticas Hospitalarias" 1986-1987-1988

INFORMES DE COSTO Y RENDIMIENTOS HOSPITALARIOS 1986-1987-1988

En los cuadros N.21 y N. 22 para la información referente a la producción observada en el período 1986 - 1988 de los servicios finales e intermedios del hospital, la información muestra que: a nivel de los servicios de Hospitalización se aprecia un importante crecimiento en la producción de egresos, que en total asciende a un 17-6% durante el período. A excepción de los servicios de Ginecología y Ortopedia que observan un crecimiento leve (2%) los demás servicios del Hospital observan un crecimiento de los egresos en el período que fluctúa entre un 15% a 34%, en lo que corresponde a los días paciente producidos, se observan incrementos en los servicios de Medicina, Obstetricia y Pediatría; y decrementos -en los restantes servicios: Cirugía, Ginecología y Ortopedia.

En lo correspondiente al servicio de consulta externa, el crecimiento de la producción durante el período ha sido de un -37% lo cual hace un promedio de 18 ~ 5 % anual de crecimiento; creciendo con mayor rapidez durante el período 1986-1987(20%) y que en el período 1987 -1988(14%).

En cuanto al servicio de emergencia, éste ha tenido un crecimiento de un (17.6%) en el período 1986-1988, observándose un mayor volumen de incremento en la producción en el período 1986-1987.

CUADRO N° 22

PRODUCCIÓN OBSERVADA DE LOS SERVICIOS INTERMEDIOS Y
 GENERALES DEL HOSPITAL REGIONAL LEONARDO
 MARTINEZ V.

1986-1988.

SERVICIOS	UNIDAD DE PRODUCCION	PRODUCCION/AÑO (MILES)			% CRECIMIENTO
		1986	1987	1988	
RAYOS X	PLACAS	25.2	29.1	27.1	+ 7.5
LAB. CLINICOS	EXAMS.	141.5	139.0	162.1	+14.6
LAB. PATOLOGICO	ESTUDIOS				
CO		5.1	6.1	5.1	+ 0.0
PABELLON QUI RURGICO	OPERACION	5.1	6.0	5.9	+15.7
CENTRAL DE ESTERIL.	PAQUETE	51.0	51.6	58.2	+14.1
FARMACIA	RECETA	262.8	280.6	307.5	+17.0
LAVANDERIA	LIBRAS	581.4	571.3	609.1	+ 4.8
COCINA	RACION	153.2	154.4	147.2	- 3.2

FUENTE: Boletín de Estadísticas e Información de Salud
 Estadísticas Hospitalarias 1986-1987; 1987-1988.
 Informes de Costos y Rendimientos Hospitalarios
 1986-1987-1988.

Los servicios intermedios y generales a excepción del servicio de cocina,
 que observa un decremento en el período 1986-1987 de un 4%, incrementaron

Su producción en porcentajes que fluctúan entre el 4.8% y EL 17%

La tendencia de la producción es irregular; se observa que servicios que presentan decremento durante el período 1986 - 1987 incrementan su producción en el siguiente período, y lo contrario, servicios que incrementan su producción durante 1986-1987 la disminuyen en el siguiente.

CUADRO N° 23

PRODUCCIÓN TOTAL DE ATENCIONES SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN EN
 LA REGIÓN SANITARIA N. 3
 1986-1987.

NIVEL DE ATENCION	PRODUCCION / AÑO (MILES)			TOTAL
	1986	1987	1988	
CESAR	88.9	133.2	137.6	359.7
CESAMO	178.6	263.6	281.6	723.8
C.H.A.	72.5	178.9	137.6	392.0
HOSPITAL REGIONAL	32.5	118.7	165.6	316.8
TOTAL	375.5	694.4	722.4	1792.3

FUENTE: Tabulado (AT-2) Atenciones según Nivel, Región

Establecimiento y Programa, 1986-1987- 1987-1988.

Departamento Estadística, M.S.P.

En el cuadro se observa que la producción de atenciones en el período en los diferentes niveles de atención, a excepción de los hospitales de área, se incrementa anualmente; el nivel Cesamo el que más produce. Los centros hospitalarios de área (CHA) han reducido su producción en 1988.

CUADRO N° 24

REFERENCIA DE PACIENTES ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN, 1986

NIVEL DE ATENCION	REFERENCIAS SEGUN NIVEL				TOTAL
	COMUN.	CESAR	CESAMO	HOSP.	
CESAR	2148	52	75	267	2542
CESAMO	2190	279	82	340	2891
C.H.A.	34	57	57	34	182
HOSPITAL REGIONAL	0	0	0	759	759
TOTAL	4372	388	214	1400	6374

FUENTE: Tabulado (AT-2) Atenciones según Nivel, Región.

Establecimiento y Programa 1986 Departamento

Estadística, M.S.P.

CUADRO N° 25

REFERENCIA DE PACIENTES ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN, 1987

NIVEL DE ATENCION	REFERENCIAS SEGUN NIVEL				
	COMUN.	CESAR	CESAMO	HOSP.	TOTAL
CESAR	3051	134	221	630	4036
CESAMO	2132	327	65	743	3267
C.H.A.	3	19	24	0	46
HOSPITAL REGIONAL	0	0	0	4030	4030
TOTAL	5186	480	310	5403	11379

FUENTE: Tabulado (AT-2) Atenciones según Nivel, Región.

Establecimiento y Programa, 1987 Departamento de

Estadística, M.S.P.

CUADRO N° 26

REFERENCIA DE PACIENTES ENTRE NIVELES DE ATENCIONES, 1988

NIVEL DE ATENCION	REFERENCIAS SEGUN NIVEL				TOTAL
	COMUN.	CESAR	CESAMO	HOSP.	
CESAR	1303	30	138	427	1898
CESAMO	2252	384	110	890	3636
C.H.A.	352	0	0	0	352
HOSPITAL REGIONAL	0	0	0	2270	2270
TOTAL	3907	414	248	3587	8156

FUENTE: Tabulado (AT-2) Atenciones según Nivel, Región

Establecimiento y. programa, 1988 Departamento

Estadística M.S.P.

Los cuadros N - 24 ,25 y 26 nos muestran los siguientes aspectos:

Los principales receptores de referencia son el nivel del Cesamo. Cesar y Hospital Regional ese orden; lo CHA no atienden

Un número importante de referencias.

- Los principales generadores de referencias son: la comunidad, los hospitales y el nivel Cesar en ese orden.
- La tendencia en el volumen de referencias recibidas por los diferentes niveles de atención es irregular.
- La tendencia del volumen de referencias generados o producidas es a crecer entre 1986 - 1987 y disminuir en el periodo 1987 - 1988.
- La casi totalidad de las referencias que produce la comunidad se atiende a nivel Cesar y Cesamo (97%).
- La totalidad de las referencias atendidas por el Hospital Regional provienen de otros hospitales(CHAs) de la Región

CUADRO N° 27

RELACIÓN PORCENTUAL ENTRE REFERENCIAS Y TOTAL DE ATENCIONES
 SEGÚN NIVEL EN LA REGIÓN SANITARIA No.3
 1986-1988.

NIVEL DE ATENCION	PRODUCCION/AÑO (MILES)			CRECIMIENTO TOTAL %
	1986	1987	1988	
CESAR	2.8	3.0	1.4	- 50
CESAMO	1.6	1.2	1.3	- 19
C.H.A.	0.2	0.03	0.3	+ 50
HOSPITAL REGIONAL	2.3	3.4	1.4	- 39
TOTAL	1.7	1.6	1.1	- 35

FUENTE: CUADROS No.24, 25,26

La representatividad del volumen de referencias atendidas respecto al total de atenciones producidas tiende a ser menor en los niveles Cesar y Cesamo; *crece* durante 1986-1987 en el CHA y después se mantiene invariable; y en el Hospital Regional, primero *crece* (1986-1987) y después *baja* (1987-1988). A nivel general la disminución es sustantiva (35.3%)

CUADRO N°. 28

INDICADORES DE RENDIMIENTO DE LOS SERVICIOS FINALES DEL HOSPITAL
REGIONAL LEONARDO MARTÍNEZ V.
1986-1988.

SERVICIOS	INDICADOR	INDICADORES/ AÑO		
		1986	1987	1988
MEDICINA	% OCUP.	79	87	87
	X ESTANC.	16	16	13
CIRUGIA	% OCUP.	79	79	79
	X ESTANC.	12	10	10
GINECO-OBSTETRICIA	% OCUP.	76	91	95
	X ESTANC.	2	2	2
PEDIATRIA	% OCUP.	74	77	75
	X ESTANC.	12	11	11
ORTOPEDIA	% OCUP.	91	92	88
	X ESTANC.	21	21	20
TOTAL	% OCUP.	79	84	84
HOSPITALIZACION	X ESTANC.	6	6	5

FUENTE: BOLETINES DE ESTADÍSTICA E INFORMACIÓN DE SALU

ESTADÍSTICAS HOSPITALARIAS- 1988- 1987; 1987-

1988 M.S.P.

A partir de la información presentada en el cuadro muestra que a nivel general de todos los servicios se ha producido un incremento en el porcentaje de ocupación, pasando de un 79% en 1986 a un 84% en 1988. Por otro lado se aprecia una disminución en el promedio de estancia de los pacientes que pasa de 6 días en 1986 a 5 en 1988, lo cual representa una reducción del 17% •

A nivel de servicios todos ellos muestran ocupaciones entre 75% y 95%; con estancias que van desde 2 días en Gineco-obstetricia hasta 16 y 21 días en los servicios de Medicina y Ortopedia.

CUADRO N° 29

DISPONIBILIDAD Y PRODUCTIVIDAD DE LA HORA MEDICO EN LOS
SERVICIOS FINALES DEL HOSPITAL LEONARDO MARTÍNEZ V.

1986-1987.

SERVICIOS	INDICADOR	TOTAL HRS DISPONIBLE *	PRODUCTIVIDAD POR HORA MEDICO		
			1986	1987	1988
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA/HORA	27940	2.6	3.1	3.6
MEDICINA	HORAS M./D.P.	7920	0.47	0.42	0.42
CIRUGIA	HORAS M./D.P.	9460	0.44	0.44	0.44
GINECO-OBSTETRICIA	HORAS M./D.P.	8800	0.49	0.41	0.39
PEDIATRIA	HORAS M./D.P.	9900	0.52	0.50	0.51
ORTOPEDIA	HORAS M./D.P.	2420	0.17	0.17	0.18
TOTAL HOSPITALIZA- CION.	HORAS M/D.P.	38500	0.42	0.40	0.40

"El número de horas disponibles es invariable en el período. FUENTE: Informes de Costos y Rendimientos Hospitalarios, 1986, 87, 88 La dotación de horas médico y su distribución según servicio se ha mantenido invariable durante el periodo 1986, 87, 88, por lo cual la variación en los indicadores de productividad son producto de las variaciones de Ta demanda y no de la dotación del recurso hora médico.

CUADRO N° 30

POBLACIÓN DE RESPONSABILIDAD HOSPITALARIA NUMERO
DE CAMAS Y RELACIONES HABITANTE POR CAMA
1986-1988

TIPO DE HOSPITAL	1986			1987			1988		
	POBLAC TOTAL	No. DE CAMAS	RELAC. HAB/ CAMA	POBLAC. TOTAL	No. DE CAMAS	RELAC. HAB/ CAMA	POBLAC. TOTAL	No. DE CAMAS	RELAC. HAB/ CAMA
C. H. A.	529.4	320	1650	551.8	339	1680	576.5	334	1730
HOSPITAL REGIONAL (L.M.V.)	749.4	312	2400	781.0	312	2500	816.0	312	2620
TOTAL	1278.8	632	2020	1332.8	641	2080	1392.5	646	2160

FUENTE: Proyección de Población 1988. Ministerio de Salud
Dirección de Planificación Departamento de
Estadística, 1988.

Los aspectos de mayor importancia que muestra la información del cuadro son por un lado un incremento de 9 camas entre 1986-1987, y 5 camas entre 1987 - 1988, en los Hospitales del área. En lo que corresponde al Hospital Regional, se mantiene durante el período el número de camas disponibles. La relación habitante/cama crece durante el período.

IX DISCUSSION

IX DISCUSIÓN

MORBILIDAD

La morbilidad que se atendió en los niveles César y Cesamo de la Región Sanitaria No.3, muestra que en ambos tiene una alta representatividad los controles del embarazo y del lactante(25.9% y 16%), que constituyen atenciones de carácter preventivo de suma importancia en la detección de posibles complicaciones en el embarazo y en el control de la desnutrición y control de enfermedades transmisibles en los niños, las demás morbilidades atendidas son de carácter infectocontagioso y parasitario; y de orden carencial (anemias y desnutrición)Ver cuadro N° 1 y N° 2.

En cuanto a la morbilidad atendida según tipo, en este servicio de consulta externa de los CHA, se tiene que la estructura es muy similar a la que se presenta a nivel de CESAR Y CESAMO, con las variaciones lógicas de magnitud y el aparecimiento de algunas morbilidades que por la existencia de una mayor complejidad de atención en el Hospital, existe una mayor capacidad y apoyo diagnóstico para identificarlos.

En general, el panorama no varía mucho en este nivel (CHA) y en este servicio (Consulta Externa), con lo observado en los niveles CESAR Y CESAMO, lo cual consolida la identificación de los posibles problemas de salud que aquejan la

Población de la Región Sanitaria No. 3 como ser los problemas de salud de origen infecto-contagios o y parasitario; y la importancia de los controles prenatal .parto y control -del lactante, (ver cuadro N° 3).

Los hallazgos más relevantes encontrados en el servicio de emergencia de los CHA, son los referidos a que en la estructura aparecen causas, que son más competencia del área de consulta externa, como el embarazo normal que es una aten -ción de control que una urgencia. De igual manera el parto normal no se puede considerar una atención del servicio de emergencia, porque es una aten ion que se realiza en la sala de labor y parto que pertenece al *área* de obstetricia. La

Otra causa de atención que no se puede considerar como emergencia son las anemias, que tienen un carácter crónico y de ben ser detectadas y atendidas en el servicio de consulta externa.

El otro aspecto que se debe comentar es la definición vaga-de algunas de las morbilidades que aparecen en la estructura, lo cual no permite identificar si estos son verdaderas causas de atención para el servicio de emergencia o no.

En base a lo anterior es posible afirmar que a nivel de servicio de emergencias en los hospitales de área, existe una

distorsión del objetivo del servicio en cuanto a que se están atendiendo morbilidades que no revisten el verdadero carácter de emergencias, convirtiendo a este servicio que es de alto costo en una sala de consulta externa más del hospital (ver cuadro No.4).

El aspecto más relevante que se puede comentar respecto a la Estructura de morbilidad en los servicios de hospitalización está relacionado con la atención del Parto Normal, pudiendo considerar que el porcentaje que éste último representan 24.0% es alto, si tomamos en cuenta que dicha atención debería realizarse en otros niveles y de esa manera dar mayor posibilidad de atención hospitalaria al parto complicado. Por lo demás las restantes morbilidades que aparecen en la estructura son similares a las observadas en los niveles CESAR Y CESAMO, y en la misma consulta externa del hospital (Ver cuadro N°5)

Como se aprecia, no existe mayor diferencia con las estructuras Anteriormente estudiadas salvo posiblemente, en la complejidad de la afección.

De esta manera se va confirmando o consolidando la afirmación hecha cuando se analizaron los cuadros N°1, N°2 y N°3 respecto a que los problemas de salud de la Región de Salud N°3 son determinados por morbilidades de origen infecto contagioso, parasitario y carencial.

En cuanto a la estructura porcentual de la morbilidad atendida en la consulta externa del hospital Leonardo Martínez V. esta muestra un panorama un tanto diferente del observado para los niveles CESAR, CESAMO Y CHA, así tenemos que la representatividad de las diez primeras causas ya no es tan relevante como en los niveles de menor complejidad y representa el 29.7% , observándose que aparecen morbilidades que para su diagnóstico se requiere de un mayor criterio medico y disponibilidad de servicios de apoyo: Laboratorio, Rayos X, etc. De igual manera y aunque la representatividad porcentual es menor que en los otros niveles , siempre aparecen las morbilidades de orden infeccioso parasitario y nutricional y los controles de embarazo .

Finalmente se debe comentar que las causas de atención referidas a traumatismos , heridas y trastornos de líquidos, tienen más características de atención de emergencia , y en este caso deben posiblemente referirse a los controles subsiguientes . (Ver cuadro No. 6 y.

El aspecto más importante de mencionar de la estructura porcentual de morbilidad atendida en el servicio de emergencia del Hospital Leonardo Martínez V. es que las diez primeras causas de atención de urgencias (36.3%) son verdaderas causas que deben ser atendidas en este servicio ; lo cual no es la

norma común a nivel de la mayoría de hospitales del país, en donde el servicio de emergencia es un servicio más de consulta externa, por el tipo de morbilidad o causas que se atienden, deteriorando con ello los objetivos del servicio, incrementando sus costos y restringiendo las posibilidades de atención de pacientes que si lo ameritan (Ver Cuadro N °7) .

Existe una situación sumamente preocupante, en cuanto a la morbilidad en los servicios de hospitalización, si tomamos en cuenta que el Hospital Leonardo Martínez V. Es un Hospital Regional cuya complejidad lo caracteriza como un Hospital con áreas de servicios de atención médica general y especializada, pero que claramente está operando con una orientación de atención materna (ver cuadro N° 8) Si existe toda una infraestructura de servicios a nivel urbano y rural en la región, y se capacita a personal comunitario en la atención del parto normal, su atención a nivel del Hospital Regional deberá ser menor a fin de utilizar la oferta de la cama en la atención de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Esta situación lo que muestra es el gran volumen de producción que existe en esta *área* de atención (obstetricia) Producto de una gran demanda; comparada con una producción menor o restringida en los demás servicios, originada bien

Por poca demanda o insuficiente capacidad de oferta.

La estructura por edad de la población en la Región de Salud N° 3 es la de una población joven por lo que se considera que será la población infantil la que demande un mayor número de atenciones; y existirá una mayor preponderancia de morbilidades de origen infecto contagioso, parasitario y nutricional propias de esas edades en las causas de atención (Ver cuadro N.9).

DISPONIBILIDAD DE AGUA Y EXCRETAS

En cuanto a los porcentajes de disponibilidad de agua - y excretas con que cuentan las viviendas del área rural de la región sanitaria No.3 , estos se calcularon tomando como base las normas que tiene establecidas la División de Saneamiento Ambiental al respecto y que son:

Un pozo sirve a 10 viviendas

Un acueducto sirve a 50 viviendas

Una letrina por vivienda.

De ésta manera el cálculo del total de viviendas que se estima tiene disponibilidad de agua se realizó a partir de la siguiente relación.

$$\frac{(\text{TOTAL DE POZOS CONSTRUIDOS X } 10) + (\text{TOTAL DE ACUEDUCTOS CONSTRUIDOS X } 50)}{\text{TOTAL DE VIVIENDAS EN ÁREA RURAL.}}$$

Y para el cálculo de viviendas con disposición Excretas se utilizó la relación.

TOTAL DE LETRINAS DISPONIBLES / AÑO X
TOTAL DE VIVIENDAS EN ÁREA RURAL.

Es necesario aclarar que los indicadores cuantificados pertenecen al área rural, en vista de que las actividades que realiza la División de Saneamiento Básico se ejecutan en esa área, la cual constituye su ámbito de acción específico. Lo correspondiente al área urbana, está referido al campo de acción de otras instituciones.

La situación anterior afecta los indicadores globales de la Región, los cuales posiblemente sean mayores que los observados (Ver cuadro N. 10).

En primer lugar la reducción del déficit habitacional constituye un aspecto positivo pues dentro de las condiciones de vida de la

Población el hacinamiento constituye factor que da origen o

Agudiza ciertos problemas de salud como ser, las enfermedades transmisibles. Por otro lado, la relación en -

Las áreas urbanas y rurales difiere muy poco (11.8% en

Promedio) y la tendencia es la misma que se comentó anteriormente, todo lo cual hace que los comentarios vertidos

Mantengan la validez para varias áreas En segundo lugar, es

Preocupante la magnitud observada de los indicadores de Disponibilidad de agua y excretas en las viviendas del *área*

Rural de la Región Sanitaria No.3, que muestran una gran Deficiencia de condiciones sanitarias básicas en la Población rural. La tendencia o decrecer que se observa es un

Producto de la reducción en la producción de las actividades

De saneamiento básico, realizadas en 1988, lo cual redujo a su

Veza la disponibilidad de la infraestructura

Disponible, todo ello frente a una población rural que crece

Constante (5.9% anual)

9 % anual) y con ello también sus problemas de salud.

Consecuencia de lo anterior es la caracterización de una demanda por enfermedades de tipo infecto contagioso y parasitario propias de condiciones ambientales deficientes, lo cual se muestra en las estructuras de morbilidad.

DISPONIBILIDAD DE RECURSOS

Existe un aspecto importante de comentar en lo referente Al crecimiento observado en las disponibilidades durante el período.

Era general y para todos los rubros se observa un crecimiento del 27%, lo cual representa un 13-5% que traducidos

A dinero constituyen en promedio Lps. 1.3 millones ,
cantidad significativa en el presupuesto del Hospital .

Pero analizando el crecimiento , según rubro se tiene que
ese incremento casi en su totalidad está orientado para el
pago de personal , observándose en los rubros -de suministros
y maquinaria y equipo una significativa reducción de las
disponibilidades a excepción del rubro de servicios no
personales que muestran un mínimo crecimiento (2%)

La situación anterior está asociada al proceso de apertura
de servicios del Hospital Regional Nor - Occidental que
conlleva una restructuración de los servicios que -va a
prestar el Hospital Leonardo Martínez V. todo lo cual
obligó a programar un presupuesto acorde con sus nuevas
funciones. Pero la apertura del nuevo Hospital no se
verificó y esto llevó consigo una deficiencia en la
dotación de recursos financieros al Hospital Leonardo
Martínez V. que continuó prestando los mismos servicios.

La tendencia del período vuelve crítica la situación en
cuanto a disponibilidad del recurso financiero para la
adquisición de suministros , lo cual restringe las

Posibilidades de expansión de la cobertura y absorción de un mayor porcentaje de la demanda de servicios de salud, es más, se podría llegar al deterioro del nivel de calidad de la atención que actualmente se brinda.

En segundo lugar, si consideramos que una distribución adecuada de la disponibilidad financiera en promedio debe mostrar una relación de 60%-40% en lo que corresponde a la disponibilidad para pago de personal con respecto a los restantes rubros, la estructura -que muestra el Hospital que es relativamente adecuada en 1986(58.7% -41.3%) se distorsiona totalmente hacia 1988(72.3% -21.7%) con lo cual seguramente se podrían presentar problemas por desabastecimiento, tomando en cuenta que la disponibilidad existente en el período no representa la necesidad real del recurso, en vista de las serias restricciones dentro de las -cuales se programa y asigna el recurso financiero. (Ver cuadro N. 11 y 12)

En general, los montos financieros disponibles no muestran la necesidad real del mismo en virtud de que el proceso de asignación del recurso financiero a las instituciones del Estado se efectúa en función de los ingresos percibidos y tal acción conlleva restricciones o limitaciones en la misma.

Los porcentajes de ejecución de las posibilidades financieras (ver cuadro N. 13) constituyen la imagen de la necesidad del

Recurso, y la existencia de saldos no ejecutados es atribuible más a los procesos lentos y engorrosos del trámite Administrativo para la utilización del recurso o a la - Negligencia e incapacidad administrativa, para utilizar Los que a la poca necesidad existente. En muchos casos, decisiones del más alto nivel del Estado o Ministeriales, establecen políticas de austeridad o de reorientación de Los fondos, c e dan origen a una congelación de los mismo.

SUMINISTROS

En cuanto a los suministros sabemos bien que estos constituyen el elemento motor en la prestación de servicios, sin cuya disponibilidad no es posible que operen en forma adecuada los establecimientos, considerándose incompleta la atención de salud brindada sin su disponibilidad en forma oportuna y en cantidades suficientes(Ver cuadro N°14).

El análisis de la disponibilidad de recursos materiales se efectúa en función del gasto financiero en suministros en que ha incurrido el hospital, considerando que la obtención de información sobre unidades consumidas por tipo de suministros: alimentos, medicinas, material médico quirúrgico, combustibles, y lubricantes y otros suministros, es un proceso engorroso que requiere de mucho tiempo para ser recolectado, procesado y consolidado

A partir de la información contenida en los cuadros se estima que

Ha existido un crecimiento en el gasto financiero en suministros

Que asciende a un 4%, experimentándose mayor rapidez en el Periodo 1986-1987, en el cual alcanza un 6.5%, originándose una significativa caída entre 1987-1988, en donde baja en un 2.2%(ver cuadro N. 15).

La situación anterior es congruente con el 14% de decremento observado en la disponibilidad financiera para los suministros en el mismo período, tomando en cuenta que generalmente el nivel de gasto está en función del nivel de recursos financieros disponibles.

Por tanto, el decrecimiento del gasto no indica una disminución de la necesidad de suministros, sino que el Hospital ha operado bajo una situación crítica de estricta austeridad apegado a los disponibles, y afrontando la situación con existencias de períodos anteriores que en todo caso no son muchos.

Unido a la restricción apuntada, se debe comentar la existencia de índices de precios más elevados que reducen el poder adquisitivo de la moneda restringiendo más el gasto

Y tornando la situación más crítica.

De la misma manera que cuando se comentó la situación respecto a la apertura del nuevo Hospital Regional Nor - Occidental y su impacto a nivel del presupuesto del Hospital Leonardo Martínez V., tal situación se confirma al observar en el Cuadro N.15 que los índices de crecimiento para el período 1987-1988 muestran irregularidades y la tendencia es al decremento como producto de la situación aludida.

El Hospital Leonardo Martínez V. ha tenido que afrontar igual demanda de servicios con un presupuesto programado para una estructura u oferta de servicios diferente, lo cual ha acarreado la problemática observada.

Completando el análisis sobre la disponibilidad de recursos materiales, se tiene que durante el periodo 1986-1988, la relación gasto/ejecución fue la que muestra el cuadro número 16.

A partir de la información del Cuadro se observa que únicamente en tres ocasiones Combustibles y Lubricantes en 1987, Alimentos y Material Médico Quirúrgico en 1988, el consumo superó la ejecución financiera durante

La ejecución financiera que en promedio ascendió al 95%, comparada con el promedio general de la relación consumo/ejecución que fue de 88% arroja un margen a favor del Hospital del 7% (95%-88%) el cual posiblemente formó parte de los inventarios del establecimiento pudiéndose afrontar con ellos posibles desabastecimientos de suministros en períodos subsiguientes.

El no lograr un consumo total de lo ejecutado representó en sí para el hospital, operar con serias restricciones de suministro debido a la falta de oportunidad o no disponibilidad de los suministros adquiridos; porque en la situación que actualmente funcionan los hospitales, un gasto menor que una ejecución significa procesos administrativos inadecuados de adquisición y abastecimiento de los suministros adquiridos, y no falta de necesidad.

De ésta manera, el desabastecimiento se presenta en mayor énfasis en los rubros de combustibles y lubricantes (13%) y medicamentos (10%) insumos de vital importancia, principalmente ésta última en la atención de los pacientes.

En primer lugar y a fin de aclarar el panorama Sobre el costo unitario en suministros interrelacionaremos la información que proporciona el Cuadro No. 17 y la información sobre la producción de los servicios finales (Cuadro No. 22) para conocer lo que invierte en suministros el Hospital -- Por unidad p producida.

En lo que corresponde al servicio de Consulta Externa los casos observados han sido

COSTO EN SUMINISTROS OBSERVADO: (LPS.)

1986	1987	1988
1.18	4.17	0.21

Calculado en base a la relación Gasto Financiero En suministros/número total de consultas externas.

Además de presentar una tendencia irregular su magnitud resulta irreal desde todo punto de vista si tomamos en cuenta que ese costo está constituido casi en su totalidad por el costo de los medicamentos que se prescriben, los montos observados en 1986 y 1988 son indicativos de que realmente solo se está prestando la consulta médica en sí y que se opera sin disponibilidad adecuada y oportuna

De fármacos.

En cuanto al servicio de Emergencia se tiene que los Costos observados son:

COSTO EN SUMINISTROS OBSERVADOS:

1986	1987	1988
10.95	5.41	8.97

Se aprecia una tendencia del costo a disminuir, en 1987 el costo quizás adolezca de alguna deficiencia por registro y posiblemente su monto sería en forma estimada de Lps.9.96, calculado en base a un 9.3% de decremento anual observado para el periodo; Este costo es menos deficitario que todos los analizados.

En lo que respecta a los Servicios de Hospitalización, observando dichos costos fácilmente se puede deducir la gran deficiencia de suministros con la que ha operado el Hospital, si tomamos en cuenta que ese costo incluye todos los insumos requeridos en la prestación de servicios: Alimentos, medicamentos, material y otros suministros generales.

De la misma manera y a partir de esos datos se puede concluir que la calidad de atención brindada esta

Muy por debajo de los niveles adecuados, tomando en cuenta que se está operando bajo condiciones mínimas de dotación de recursos materiales.

Existe un aspecto de relevancia respecto al rendimiento del recurso financiero y es el costo unitario de la ración alimenticia y de la receta, cómo indicador del rendimiento de los dos rubros más importantes de suministros dentro del funcionamiento del Hospital.

El comportamiento del costo unitario de estos rubros es el siguiente:

	1986	1987	1988
COSTO DE ALIMENTOS/RACION (LPS.	3.02	3.00	3.40
COSTO DE MEDICAMENTOS/RECETA	4.26	4.16	3.16

En lo que corresponde al costo unitario de la ración, se debe comentar que considerando un crecimiento de la producción de días paciente a un ritmo de 6.3% anual durante el periodo (en base a Cuadro N. 19) además de que la dotación de personal no ha sufrido cambios, se deberá esperar entonces un crecimiento del volumen de raciones producidas, pero según el Cuadro No.23 el volumen de raciones producidas en el período tiende a disminuir principalmente

Entre 1987 1988 en donde se observa un 5% de decremento, tal situación es contradictoria a menos que sea producto de medidas de control estrictas tendientes a racionalizar el uso del recurso, pero en todo caso iría en detrimento de la calidad de la alimentación ya de por sí deficiente como lo muestra el costo unitario de Lps. 3.40 en 1988, tomando en cuenta que una ración está conformada por un desayuno, un almuerzo y una cena, lo que hace un costo promedio por tiempo de Lps. 1.13.

Por otro lado el gasto financiero en alimentos durante 1986 y 1987 se mantiene constante, incrementándose en un 8.4% entre 1977 a 1988 lo que hace un crecimiento promedio anual en el periodo de 2.8%, que es bastante menor que el crecimiento de la producción, (17. %) de esta manera el costo tendrá cierta tendencia a disminuir, lo que también contradice el costo observado que presenta cierto crecimiento.

Refiriéndonos al costo en medicamentos por receta Se observa una clara tendencia a decrecer en todo el período, en un 26%, lo cual representa una baja anual promedio de 13% Si tomamos en cuenta que la receta en el Hospital contiene entre 2-4 medicamentos como

Promedio, se. Podría pensar en un costo promedio por medicamento expedido entre Lps. 1.07 - Lps. 2.13, en 1986, hasta Lps. 0.79 - Lps. 1.58 en 1988, lo cual da una clara idea sobre las grandes limitaciones en cuanto a disponibilidad de medicamentos con que opera el Hospital, dado que con las cantidades mencionadas no es posible imaginar que tipo de fármacos se pueden prescribir, tomando en cuenta que el Hospital es Regional en el cual operan además de servicios generales, servicios especializados que requieren de la utilización de medicamentos de mayor costo. Si observamos la producción de recetas en el período, (cuadro N.23) su tendencia es creciente, notándose un incremento de 17% en total, (en cambio el gasto financiero total), en cambio el gasto financiero tiende a disminuir (Cuadro No. 14) en el mismo período, lo cual determina la reducción del costo.

Aún y considerando que solo se prescriba un medicamento por receta, el costo sería deficitario pues ascendería a un máximo de Lps. 4.26 en 1986 y Lps. 3.16 en 1988, ante tal situación las posibilidades de recuperación de un paciente son muy limitadas.

En general, en cuanto a los servicios de hospitalización, no existe una tendencia definida de los costos

Su comportamiento es irregular y su tendencia impredecible. Vale la pena mencionar que generalmente una disminución de los costos es producto de una adecuada dotación y utilización eficiente de los recursos del establecimiento, , lo cual no es característica de nuestros hospitales; las reducciones de costo que se observan son atribuibles a deficiencias en los registros y más aún, reflejan insuficiencias en la disponibilidad de recursos financieros y administración de los mismos, en nuestro país, se debe esperar incrementos de los costos dadas las condiciones económicas actuales existentes.

La irregularidad observada en los Costos de los servicios de hospitalización también se presenta en los servicios de emergencia y consulta externa y merece los mismos comentarios (ver cuadro N. 19)

En cuanto a la disponibilidad de recursos humanos se puede considerar un logro positivo los incrementos - en la disponibilidad de algún personal nuclear en el Hospital lo cual permitirá disminuir las relaciones de recursos, así tenemos que en cuanto al personal de enfermería se tiene que en 1986 una relación de una enfermera por 16 camas y una enfermera para 10 auxiliares, pasándose a una relación de una enferma

Por 12 camas y 1 enfermera por 9 auxiliares, mejorándose la proporción, lo cual conlleva al Hospital a mejorar la supervisión y con ello, la calidad de la atención.

Las relaciones en cuanto al personal auxiliar de enfermería varía de 1.5 camas por auxiliar en 1986 a 1.3 en 1988, lo cual muestra una mejoría de un 13% con respecto a ese año. Este logro conlleva una mejor atención del paciente hospitalario.

El otro aspecto que se debe comentar es lo referente al que no se observa crecimiento durante el período de personal médico y técnico básico, lo cual limita las posibilidades del Hospital en cuanto a fortalecer su capacidad operativa y de ampliar su cobertura con servicios de salud al restringirse la producción en los servicios finales y limitarse la capacidad de apoyo diagnóstico hacia los servicios finales del hospital, lo cual se traduce en deficiencias en la calidad de la atención (Ver cuadro N. 20)

En los servicios de hospitalización, si se analiza por períodos 1986 -1987 y 1988, la tendencia general de la producción en todos los servicios es a crecer, durante el primer período, pero la situación cambia en el segundo período cuando el nivel de crecimiento

Disminuye e incluso ya se observan algunos decrementos (Ginecología y Ortopedia)

A nivel del servicio de consulta externa encontramos que el nivel de crecimiento tiende a disminuir, pasa de un 20% durante 1986-1987 a un durante 1987-88, lo cual indica una caída del nivel de crecimiento de un 30%, que constituye una cantidad muy significativa que representa una disminución a aproximada de 2.500 consultas, si se hubiera mantenido el crecimiento del primer período.

En cuanto al servicio de emergencia la producción tiene la misma tendencia observada en los servicios de hospitalización y consulta externa.

En resumen el Hospital está pasando una etapa de transición confusa con las expectativas de apertura del Hospital Regional Noro-occidental lo cual ha generado fuertes limitaciones en la asignación de recursos, situación que ha impactado en la capacidad operativa del establecimiento generando decrementos en la producción de los servicios (ver cuadro N.21).

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

La irregularidad observada en la tendencia de la producción de los servicios intermedios durante el período, es una consecuencia directa de dos factores esenciales

En función de las cuales estos servicios desarrollan su actividad; no es el criterio médico que priva para su utilización; y el otro la disponibilidad de los suministros necesarios para su funcionamiento. Esta en lo referente a los servicios de apoyo' diagnóstico.

En el caso del servicio de farmacia los incrementos del volumen de recetas despachadas han sido originados por el cambio de criterio utilizado respecto al número de medicamentos a prescribirse por receta, lo cual genera un incremento en el volumen físico de recetas despachadas.

En cuanto al servicio de cocina, la reducción del total de raciones servidas asciende a un 3-7% en 1988 con respecto a 1986, lo cual de alguna manera no es congruente con el incremento del volumen de días paciente producidas en el mismo período (6.3%), considerando que la producción de raciones está en relación directa con la producción de días paciente. La relación de raciones por -día paciente pasa de 1.7 en 1986 a 1.5 en 1988, lo cual aparentemente es adecuado pues dicha relación debe oscilar alrededor de 1.5 raciones por día paciente; posiblemente el indicador sea mayor dado que existen problemas de registro de las raciones servidas a pacientes y empleados.

El nivel quirúrgico del Hospital se mantiene, pues en 1986 era de 32%, mismo porcentaje que se observa en 1988, (total de operaciones realizadas/ total de egresos) La disminución del volumen de operaciones producidas, se genera por suspensión de operaciones programadas debido a desabastecimientos de suministros, (ver cuadro N. 22).

SISTEMA DE REFERENCIA

A fin de obtener un indicador que nos facilite el análisis, interrelacionamos la información contenida en los cuadros N.24, 25,26, con el volumen total de atenciones producidas por nivel (Cuadro N. 23) de ésta manera conoceremos la representatividad que tienen las referencias atendidas dentro del proceso de prestación de servicios (cuadro N.27), a la vez que se podrá determinar la consistencia que actualmente tiene el sistema de referencia en la Región Sanitaria No.3.

El cuadro N.27 muestra la existencia de un decremento de la relación porcentual en casi todos los niveles en todo el periodo, aunque existe una tendencia irregular de incrementos y decrementos, lo cual es indicativo de que el funcionamiento del sistema no es adecuado. Otro aspecto que lo demuestra son los bajos porcentajes que representan las referencias en función

De las atenciones totales brindadas. Se observa mayor representatividad en los niveles CESARY CESAMO. En lo que corresponde a Hospitales de Área se recibe muy poca referencia, lo cual no es congruente, tomando en cuenta que es este nivel el que se supone debe constituir el enlace entre los niveles operativos menos complejos (CESAR Y CESAMO) y el Hospital Regional.

En cuanto al Hospital Regional, éste muestra niveles - de atención de referencias similares en los del CESAR Y CESAMO, recibiendo la totalidad de ellas de los Hospitales de *área* según lo muestra la información contenida en los cuadros.

En general, se considera que un 10% aproximadamente de Total de atenciones producidas en los niveles CESAR Y CESAMO sea sujeto de referencia, lo cual equivaldría A un volumen total de 37-5 mi les de referencias en 1986 69.4 en 1987 y 72.2 en 1988, cantidades que están muy Por encima de las realmente producidas, representando Apenas un 17%, 16% y 11.2% respectivamente.

RENDIMIENTO DE SERVICIOS

En cuanto al rendimiento de los servicios finales de - Este hospital, podemos observar que la magnitud de los Porcentajes de ocupación del período crecen durante 1986-1987 y se estabiliza su crecimiento en el periodo

siguiente, pero la estabilización observada no es producto de una satisfacción o cobertura de la demanda existente, es más producto de la saturación de la capacidad operativa de los servicios, que aunque los porcentajes de ocupación muestran que todavía hay disponibilidad de camas, con la ocupación existente no es deseable incrementarla, pues esto ocasionaría un deterioro de la atención brindada, como consecuencia de una sobrecarga de trabajo para el personal nuclear disponible, dada la insuficiencia del mismo en cuanto a mero. Lo anterior da origen al rechazo de pacientes a nivel de cada uno de los servicios, mantienen validez los planteamientos anteriores, debiéndose agregar un comentario en cuanto al alto porcentaje de ocupación del servicio de Gineco-Obstetricia, el cual presenta un 95% de ocupación, lo cual sugiere que a nivel de Obstetricia existe una demanda que sobrepasa el 100% de la disponibilidad de camas asignadas para atender la demanda en esa área, lo cual se comprueba al observar la representatividad de las atenciones obstétricas en la estructura de la morbilidad - atendida en los servicios de hospitalización(cuadro N.8)

El otro comentario sería respecto a la ocupación en

El servicio de Pediatría 75% que como indicador de la demanda real de este servicio no es aceptable, tomando en cuenta que la población de la Región es joven, además de que las condiciones, sanitarias básicas en que reside no garantizan un nivel de salud adecuad.) De la misma; de esta manera es esperar un volumen considerable de demanda en que predominan los niños.

En cuanto a la disminución observada en la estancia de los pacientes, ésta puede tener su justificación no. en una capacidad mayor de diagnóstico, tratamiento y recuperación del paciente, sino en la presión que origina una demanda importante de los servicios, que se reflejan en los altos porcentajes de ocupación observados, lo cual obliga al Hospital a egresar pacientes en un tiempo menor al previsto, acarreando tal situación una serie de consecuencias negativas tanto por el paciente como para el establecimiento (ver cuadro N.28) .

En cuanto a la disponibilidad y productividad de la hora médico en los servicios finales del Hospital, podemos apreciar que en la consulta Externa la productividad es baja en éste servicio, fluctúa entre 2.6 en

1986 y 3-6 en 1988, que aunque se aprecia una mejoría sustancial (38%), aún su nivel se mantiene por debajo de los parámetros de productividad considera

Dos para éste servicio. El indicador es bajo, aun si consideráramos que toda la consulta externa del Hospital fuera especializada, lo cual no es así, la magnitud del indicador oscilaría alrededor de 4 consultas por hora-médico, y tomando en cuenta la gran demanda que tiene el Hospital se podría esperar un indicador un tanto mayor (4.5-4.8) . Pero el caso del Hospital Leonardo Martínez V. es un caso de Consulta Externa mixta (General y Especializada) por lo cual debería esperarse un indicador promedio de 5- Lo anterior vuelve más deficitario el indicador observado.

Actualmente existen problemas de identificación y registro tanto de hora médico asignadas al servicio, como de la producción de consultas pero tal situación no justifica totalmente la deficiencia apuntada en el rendimiento del recurso. El problema hay que ubicarlo por un lado en la asignación de las horas médicas el servicio sin una evaluación previa de la demanda, y -por otro en el cumplimiento real por parte del médico de las horas de consulta a las asignadas.

EMERGENCIA

La productividad del recurso humano en este servicio
No se analiza en función de la productividad de la
Hora médico, tomando en cuenta que es un servicio que
No se programa en función de éste recurso, y que no
Existen parámetros en base a los cuales realizar la
Evaluación, además las características de su demanda
No permiten estimar la productividad.

HOSPITALIZACION

El cuadro N. 29 nos muestra la disponibilidad total de
horas médico por servicio observadas en el período
1986-1988 en cada uno de los servicios del Hospital y la
productividad de los mismos. A partir de esa
información tenemos que ha existido una disponibilidad
por día por paciente en promedio para todos los servicios,
de 25 minutos (0.42 X 60) en 1986 hasta 24 minutos en 1988,
(0.40 X 60), lo que da una capacidad promedio de visitar entre
2.4 (60 - 25) y 2.5 (60-24) pacientes por hora en esos años.
Según el mismo cuadro existe una disponibilidad anual
total de 38,500 horas- médico para los servicios de
hospitalización lo que representa un promedio de 175 horas
médico por día, (considerando como promedio 220 días
Trabajados por año

Así de acuerdo a la capacidad promedio de visita observado (2.4 y 2.5), existe una oferta suficiente para visitar 420 y 438 pacientes por día en esos años, lo cual supera en mucho el número real de pacientes diarios que permanecen hospitalizados en los servicios, que asciende a 26 y 262 pacientes respectivamente (porcentaje de ocupación por número de camas ^mostrándose con tal situación una concentración exagerada de horas médico en los servicios de hospitalización, lo cual produce subutilización del recurso .

A nivel de servicios se observa la misma situación aunque la tendencia observada de la productividad de pacientes por hora médico mejora muy levemente, ésta mejora se origina por los incrementos en la producción de días paciente, frente a una disponibilidad de horas constante en el período.

El servicio de Ortopedia es el único que se sale del patrón observado en vista de que presenta durante el período, indicadores más acorde con la realidad del Hospital en cuanto a disponibilidad y productividad de la hora-médico.

En nuestros hospitales se alega que existe una deficiencia en cuanto a dotación de médicos para la atención

Adecuada de los pacientes; ante esta presunción, y observando los altos índices de ocupación de los servicios en el Hospital, que a nivel general muestran en promedio para el período en 82.4% de ocupación y 5 días el promedio de estancia, debería existir una productividad por hora-médico mayor que la observada, que oscilaría alrededor de 0.17 horas médico por día paciente, lo que representa ver 6 pacientes por hora; tomando en cuenta que el volumen de de manda exige que el médico tenga menos tiempo para cumplir con la visita desuna mayor cantidad de pacientes por hora.

En el caso del Hospital Leonardo Martínez V. se observa la situación contraria, pareciera que existe una sobre suficiencia de horas lo cual realmente no existí las causas de tal situación son atribuibles en su mayor porcentaje a una distribución inadecuado en las horas médico disponibles según servicio, unido a un incumplimiento de los mismos por parte del médico; y en menor grado al deficiente registro de las horas medio asignados y a problemas de registro de la producción.

En lo que se refiere a la dotación de camas; el Hospital cuenta con 312 camas, distribuidas según servicio así:

Medicina	59
Cirugía	91
Ginecología	18
Obstetricia	47
Pediatría	55
Ortopedia	42

Incluye cirugía pediátrica, especializada y general.

La dotación anterior se ha mantenido invariable durante el período 1986 - 1988, lo cual constituye una capacidad de oferta hospitalaria constante. La situación anterior contrasta con un crecimiento constante de la población, originándose con ello incrementos en el déficit de camas, por lo cual la capacidad de oferta del establecimiento es superada ampliamente por la demanda de servicios hospitalarios que genera la población. Esta en cuanto a la población de responsabilidad directa del hospital, la situación se toma más crítica si consideramos que en Región de Salud N.3 cuenta con una red hospitalaria de cuatro centros hospitalarios del *área* (CHA) con una donación total de 334 camas en 1988; que de alguna manera absorbe una gran demanda que posiblemente recargaría la demanda de servicios e el hospital Regional (Ver Cuadro N.30).

Esta situación mejorará con la apertura del nuevo Hospital Regional que tendrá una mayor dotación de camas, a las cuales se agregarán las del Hospital Leonardo Martínez V., con una nueva estructura de servicios.

Así mismo, en lo referente a la relación habitante cama del Hospital Regional, esta se va haciendo mayor como consecuencia lógica de la invariabilidad en la dotación y el crecimiento constante y rápido de la población de la Región Sanitaria (Ver cuadro No. 3).

INSTALACION FIS I CA

En cuanto al edificio en que funciona el Hospital, éste carece de un mantenimiento oportuno y apropiado, además de que es inadecuado y obsoleto para la operación de un Hospital Regional, en el funcionan además de los servicios del Hospital, las oficinas de la Región Sanitaria -N.3. En los momentos actuales, no se dispone de asignaciones para la readecuación del edificio, pero con la reestructuración de los servicios se deberá ejecutar readecuaciones físicas al edificio.

COMENTARIOS SOBRE LA ACCESIBILIDAD

Existen al menos tres factores que influyen en la accesibilidad

A los establecimientos de salud y a los servicios que éstos prestan: El nivel cultura, que determina un comportamiento determinado respecto a la utilización de los servicios de salud.

El nivel económico, que influye tanto en el desplazamiento de la población hacia los establecimientos de salud como en la orientación de la demanda hacia un sector referente de servicios determinado (público o privado).

En muchos casos, el aspecto económico se constituye en una *barrera* u obstáculo cuando se establecen a nivel de establecimiento, sistemas de cobro de cuotas *por* prestación de algunos servicios, lo cual limita *aún* más el acceso de la población a los servicios de salud y finalmente los aspectos geográficos, los cuales de acuerdo a la ubicación de la población y sus posibilidades de desplazamiento en función de la disponibilidad y funcionabilidad de carreteras o caminos de penetración, determinan que la población acceda en mayor o menor número a los servicios de salud.

A nivel de la Región Sanitaria No. 3 la tasa de analfabetismo (%) y el nivel de ingresos por cápita (L. 1,078

En 1987) constituyen *carreras* que limitan las posibilidades

De extender los servicios de salud a una mayor población, dichos

Indicadores muestran deficiencias culturales y económicas que

Restringen las posibilidades y asimilación por parte de la población de

Todos los procesos de educación sanitaria y la aceptación de los

Servicios de salud que presta el Ministerio Público

Un planteamiento realizado por el equipo de la Región de Salud

N.3 al nivel central, establece que:

- Un 80% de su población es concentrada.
- Un 20% de su población es dispersa y se ubica en: Santa Bárbara, El Progreso y Quimistán.
- En la población dispersa, ésta en promedio se ubica a 13 Km de los establecimientos de salud.
- Las áreas de Santa Cruz de Yojoa, Santa Bárbara y Yoro tienen las comunidades más distantes.
- De 1329 comunidades existentes el 47% necesita más de una hora de desplazamiento, utilizando variados medios.
- El 70% de las comunidades son accesibles en invierno.

En lo correspondiente al aspecto geográfico, el Hospital Regional Leonardo Martínez V., tiene muy buena accesibilidad dada su situación estratégica y a la disponibilidad de buenas carreteras que lo comunican con todos los Centros Hospitalarios de Área (CHA) ubicados en las ciudades de Santa Bárbara, Puerto Cortes y El Progreso, dificultándose un poco la comunicación con el CHA de Yoro, centros con los cuales realiza la totalidad de sus atenciones de referencias (ver Cuadros No.24, No.25 -y No.26). El problema de accesibilidad geográfica se vuelve más crítico, de la población del área rural hacia esos centros bien por carencia de vías de comunicación, transporte o distancia entre los núcleos poblacionales necesitados y los centros que prestan servicios.

X CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. En base a los resultados obtenidos del análisis de las estructuras por edad se concluye;

a) Que la problemática de Salud que aqueja a la Región está caracterizada por morbilidad de origen infeccioso parasitario y nutricional. (Ver cuadro N° 1 ,2 y 3.)

b) Existe una distorsión en la caracterización de la atención de emergencia en los centros hospitalarios de área (C.H.A-) en donde se atienden morbilidades -que deben ser atendidas en el servicio de Consulta Externa. Es necesario que se tomen medidas de control a fin de discriminar a los pacientes según la morbilidad que presentan para determinar si requieren de una atención de emergencia o pueden ser derivados al servicio de consulta:- externa. (Ver cuadro N° 4).

c) Si bien es cierto a nivel del Hospital Regional Leonardo Martínez V. existe congruencia en el tipo de morbilidad atendida y el servicio que presta la atención; es preocupante la caracterización de la demanda observada en los servicios de hospitalización, en donde es predominante la atención materna por parto normal . (Ver cuadro N°4)

- 1) El Servicio de Obstetricia debe de priorizar la demanda de aquellas complicaciones del embarazo, parto y puerperio, que realmente requieran ser hospitalizadas; así mismo ampliar su cobertura para una mejor oferta.

Además se debe de profundizar, haciendo un análisis de -
Cada uno de los diferentes servicios a fin de adecuar -
Su oferta a la demanda real existente, ya que algunos de
Estos se ven obligados a la absorción de patologías no -
afines.

- 2) En cuanto a la disponibilidad de recursos que condicionan los patrones de vida existen grandes deficiencias - principalmente en los servicios básicos de agua y excretas en el área rural. La situación anterior es causa determinante que caracteriza la demanda de servicios de - salud por morbilidades de origen infeccioso, parasitario y nutricional, tal como lo demuestran las estructuras, -de la atención según causa (ver cuadro N.1 ,2. y 3).

Los programas de atención del medio en su componente de saneamiento básico, deberá fortalecer la ejecución de sus actividades para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población principalmente en el área rural.

(Ver cuadro. N° 10.)

3 • La disponibilidad de recursos: Financieros, materiales, humanos y físicos con que opera el hospital es insuficiente, lo cual lo obliga a operar." dentro de grandes limitantes, generándose con ello restricciones en la oferta de servicios y deterioro en la calidad de la atención ofrecida.

La solución lógica al problema sería el incremento en asignaciones financieras al Hospital que satisfaga sino todos al menos un porcentaje importante de las necesidades reales del "establecimiento. Pero considerando la crítica situación económica actual, los incrementos que se pueden obtener sólo son compensatorios, de tal manera que no es posible superar los niveles de operación actual, restringiéndose con ello las posibilidades de diversificar y fortalecer la oferta de servicios,

Mejorando la calidad de la atención. E incrementando a cobertura, (ver cuadro N°-11 y 20).

El único recurso que queda es incrementar la productividad de lo disponible a través de una planificación adecuada de su utilización, aplicando controles lo cual significa racionalizar su uso.

k. En cuanto a la productividad del recurso se tiene que:

- a) A nivel de servicios.de hospitalización, estos muestran niveles de ocupación altos que bajo ningún aspecto

se pueden considerar como reflejo de una alta eficiencia, sino producto de una deficiente planificación de la oferta de servicios, desconocidos la demanda existente. El alto nivel de ocupación interrelacionado con una deficiente disponibilidad de recursos son determinantes de una baja calidad de atención.

Para afrontar el problema anterior es necesario que el hospital adecúe su oferta de servicios a la demanda real existente; a través de una evaluación y consideración de ambas variables.

b) En lo que corresponde la productividad de la hora-medico.

Existen niveles importantes de sub-utilización de éste recurso en todos los servicios del Hospital. (Ver cuadro N° 29).

La productividad observada está por debajo de los parámetros considerados, no por falta de demanda pues a nivel de los servicios de consulta externa y emergencia la producción ha aumentado y ya se expresó los -altos porcentajes de ocupación en los servicios de hospitalización que son muestra del nivel de demanda existente. Lo anterior es indicativo de que el origen del problema se ubica en un incumplimiento de la hora médico asignado, y en una distribución inadecuada del recurso según servicio. Sobre esta situación se requiere

Tomar dos tipos de decisiones, una orientada a evaluar la demanda de los servicios y de acuerdo a los resultados asignar las horas médicas correspondientes haciendo prevalecer de esta manera el criterio técnico sobre las exigencias personales. La otra decisión es el establecimiento de medidas de control que garanticen el cumplimiento real de las horas médicas asignado.

. La productividad de los recursos financieros y materiales, es claramente deficitario, y las causas de tal déficit son "todo orden tanto técnico como administrativo. Esta deficiencia unida a la insuficiente disponibilidad de recursos financieros y materiales vuelve situación más crítica, tomando en cuenta de que se dispone de recursos limitados y estos no rinden todo lo esperado, en resumen existe eficiencia en su uso.

Las decisiones a tomar deberán estar orientadas a incrementar la productividad de los recursos, aun y cuando existen incrementos en la disponibilidad financiera del Hospital. Dicho incremento se puede lograr ejerciendo controles del consumo, agilizando los procesos administrativos que implica la ejecución del presupuesto y priorizando las Necesidades del Hospital.

6. En lo correspondiente a la accesibilidad se puede decir que en todos los niveles de Mención existe una buena accesibilidad, considerando todas las limitaciones existentes. Lo anterior constituye un elemento positivo que facilita la fluidez de la demanda hacia los diferentes establecimientos de Salud.

7. El sistema de referencia no funciona a cabalidad en la Región de Salud, lo cual desarticula el funcionamiento de la pirámide de atención, haciendo que cada nivel y cada establecimiento opere hasta cierto punto en forma independiente, y no como una red de servicios articulado y coordinado*. Esta situación es más crítica en lo que corresponde

a los niveles hospitalarios: C.H.A. y Hospital Regional; y menor en los niveles menos complejos (CESAR-CESAMO) (ver cuadro N° 24,25 y 26).

La pérdida de la articulación y coordinación entre niveles de atención genera ineficiencia en la utilización de recursos, y en la solución de la problemática de salud existente.

Las acciones a realizarse para solventar el problema enunciado debe orientarse a la consolidación y

Fortalecimiento del funcionamiento del sistema de referencia y de la red de servicios regional.

8. Bajo todas las circunstancias mencionadas no es de esperar que el Hospital Regional funcione en forma eficiente, y mucho menos que con todas esas restricciones el establecimiento y su estructura de servicios constituyan una respuesta total a la Problemática de salud de la Región.

9. Las expectativas creadas con la apertura del nuevo hospital Regional, han creado confusión lo cual ha impactado en forma negativa en la asignación de recursos al Hospital Regional Leonardo Martínez V. de tal manera que en dos años 1987 y 1988 se asignó recursos para una nueva estructura de servicios lo cual no ocurrió y se originó un enorme déficit de recursos financieros con las consecuencias que esto origina. Hasta la fecha el nuevo Hospital Regional no entra en funcionamiento y el problema se agrava.

XI R E S U M E N

XI. RESUMEN

El trabajo realizado ha sido orientado a conocer la estructura y la capacidad de la oferta de servicios del Hospital Regional. y las características de la demanda de servicios por parte de la población, no por volumen considerando que la cuantificación del mismo requiere del desarrollo de estudios de cambios que sobrepasan -nuestra capacidad y tiempo disponible.

El conocimiento de la estructura y comportamiento de esas variables se ha efectuado a partir del análisis interrelacionado de las variables independientes que se consideran tienen el mayor impacto en la oferta y demanda de servicios como ser la estructura por edad de la población, la accesibilidad de los servicios de salud y las condiciones de vida, por el lado de la demanda; la disponibilidad y productividad de los recursos por el lado de la oferta.

Los resultados del análisis han permitido conocer como se caracteriza la demanda que se atendió en el Hospital Regional según servicios, y la forma en cómo se compensan y utilizan los diferentes recursos disponibles para afrontar la demanda' que se genera. Además el análisis ha

Permitido que lleguemos a concluir sobre el grado de ineficiencia con que se utilizan los recursos del Hospital; los problemas de accesibilidad existente; el limitado grado de congruencia existente entre la problemática de salud de la Región y la atención de Salud que ofrece y atiende el hospital. La desarticulación existente entre niveles de atención y establecimiento de salud, en la prestación de servicios; y el deficiente funcionamiento del sistema de referencia.

Los resultados obtenidos y conclusiones a que se llegó, permitieron formular algunos planteamientos de orden general que orienten la solución de los problemas identificados, como ser: La ejecución de un proceso adecuado de planificación de la oferta en base a una de control que permitan racionalizar el uso de los recursos e. incrementar su productividad.

Los resultados de la investigación se pueden considerar adecuados y de mucho valor para tomar algún tipo -de medidas que mejoren el funcionamiento del Hospital Regional en beneficio de la población usuaria.

XII- B I B L I O G R A F I A

XTI • BIBLIQGRAFIA

1. Asociación Hondureña de Planificación de Familia, Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, Tegucigalpa, F.M., 1987.
2. Banco Central de Honduras, "Honduras en Cifras" Departamento de Estudios Económicos, Tegucigalpa, F.M. 13 8 5 1987.
- 3- Castellanos, Pedro Luis, Sobre el Concepto de Salud - Enfermedad: Un punto de vista Epidemiológico, Taller Latinoamericano de Medicina Social Medellín, Colombia Julio 1987 •
4. Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) Informe General de Encuesta Demográfica Nacional de honduras (EDENH II 1983), Volumen 2, serie A. 1047/11. Editorial Texto, San José, Costa Rica.
5. Dirección General de Estadísticas y Censos, Anuario Estadístico 1979 - 1983.
6. Freeman B. Ruth; Holmes M. Edward Jr.; Administración de los Servicios de Salud Pública, primera edición México D.F., Centro Regional de Ayuda Técnica, (AID) 1962.
7. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Anuario Estadístico 1987, Departamento Estadístico y Actuarial,

8. Joint Commission on Accreditation of Hospitals,
Manual de Accreditation de Hospitals .
- 9- Ko, H.J.C.; Haniel J.L; Informes Hospitalarios
Anuales en el marco de la atención primaria de
salud, Ginebra, Suiza. World Health Organization,
1986, Referencia a: SHS/TLH/86.1
10. Meléndez Colindres, Víctor. Productividad y
mercado de trabajo en el sistema de Salud de
Honduras, Revista "Salud para Todos" No.12 (pág. 2
pág. 9. División de Artes Gráficas del
Ministerio de Salud Pública, Abril, 1989 -
11. Ministerio de Salud Pública, Plan Operativo -
Anual, 1989 • Dirección de Planificación.
Tegucigalpa, F.M.
12. Ministerio de Salud Pública, Plan Operativo
Anual, 1986. Dirección de Planificación,
Tegucigalpa, F.M.
- 13- Ministerio de Salud Pública, Propuesta de
Lineamientos y Estrategia para el Desarrollo de
la Capacidad de Conducción y Gerencia del Mi-
nisterio de Salud Pública, Dirección de Plani-
ficación Tegucigalpa F.M.1987.

14, Ministerio de Salud Pública, Metodología para la
Estimación de Costos y Rendimientos Hospitalarios
Dirección de Planificación, Tegucigalpa, F.M.,

15• Moreno Ruiz, José Antonio, Modelo integrado de Gestión
Hospitalaria, primera edición, Madrid, Escuela de
Gerencia Hospitalaria, 1989.

16. Secretaría de Planificación y Presupuesto (SECPLAN)
Censo Nacional de Población y vivienda (Resultados
Preliminares). Tegucigalpa, F.M. Dirección General
de Estadísticas y Censo. 1988.

17- La nueva Política de Salud en el área de Olanchito.
Wilfredo Morazán García, Tegucigalpa. D.C. 197

18. Revisión de las diez principales causas de mortali-
dad en las salas de Medicina Interna en el Hospital
"Dr. Leonardo Martínez V. en el período de enero -1980
diciembre 1984 en San Pedro Sula, Cortés. Br. Georgina
Jeannette González Pinto, Tegucigalpa, D.C. 1986.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)
informe General de Encuesta Demográfica Nacional de Honduras, (EDENA II), San José, Costa Rica, " 1 9 8 5.
2. Asociación Hondureña de Planificación de Familia ,
Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar,
Tegucigalpa, F.M, 1 9 8 7 -
3. Ministerio de Salud Pública, Plan Operativo Anual
Dirección de Planificación, Tegucigalpa, F. M. I 9 8 9
4. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Anuario
Estadístico 1387, Departamento estadístico y
actuarial, Tegucigalpa, F.M.,
- 5 • Ministerio de Salud Pública, Plan Operativo Anual,
Dirección de Planificación, Tegucigalpa, F.M., 1986.
6. Ministerio de Salud Pública Propuesta de
Lineamientos de Estrategia para el Desarrollo de
la. Capacidad de Conducción y de Gerencia del Minis-
terio de Salud Pública, Tegucigalpa, Tegucigalpa, F.M., 1987.

- 7) Castellanos, Pedro Luis, Sobre el Concepto de Salud Enfermedad: Un punto de vista Eldemiológico, Taller Latinoamericano de Medicina Social IV Congreso Latinoamericano y V Congreso Mundial de Medicina Social, Medellín, Colombia ,Julio 1 987
•
- 8) Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) Informe General de Encuesta Demográfica Nacional de Honduras, (EDENA 11) , San José, Costa Rica, 1985.
- 9) Ministerio de Salud Pública, Metodología para la Estimación de Costos y Rendimientos Hospitalarios Tegucigalpa, F. M. 1985.
- 10) Moreno Ruiz, José Antonio, Modelo Integrado de - Gestión Hospitalaria, Secretaría de Estado para la Sanidad, Escuela de Gerencia Hospitalaria, primera edición, Madrid, 19 8 0.
- 11) Centro Regional de Ayuda Técnica, AID, Administración de los servicios de Salud Pública.
- 12) Meléndez Colindres, Víctor. Productividad y Mercado de trabajo en el sistema de salud de Honduras, Revista Salud para todos, No. 13(P á g. 2 pág. 9,)
Abril 1989

- 13) Joint Commission on Accreditation of Hospitals
Manual de Accreditation de Hospitals.