



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina Humana

Unidad de Posgrado

**“Diseño de un modelo de gestión hospitalaria en un
marco de integración de servicios de salud en la
provincia de Trujillo – La Libertad”**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Salud Pública

AUTOR

Ada Graciela PASTOR GOYZUETA

ASESOR

Pedro Jesús MENDOZA ARANA

Lima, Perú

2019



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado
Sección Maestría

ACTA DE GRADO DE MAGISTER

En la ciudad de Lima, a los 21 días del mes de febrero del año dos mil diecinueve siendo las 11:30 am, bajo la presidencia del Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano con la asistencia de los Profesores: Mg. Isabel Amemiya Hoshi (Miembro), Dr. Luis Enrique Podestá Gavilano (Miembro), Dra. Martha Brigida Martina Chávez (Miembro) y el Dr. Pedro Jesús Mendoza Arana (Asesor); la postulante al Grado de Magister en Salud Pública, Bachiller en Medicina, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **"DISEÑO DE UN MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA EN UN MARCO DE INTEGRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA PROVINCIA DE TRUJILLO - LA LIBERTAD"** con el fin de optar el Grado Académico de Magister en Salud Pública. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **B MUY BUENO 18**. A continuación el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA** a la postulante **ADA GRACIELA PASTOR GOYZUETA**.

Se extiende la presente Acta en tres originales y siendo las 12:35 pm, se da por concluido el acto académico de sustentación.

Mg. Isabel Amemiya Hoshi
Profesora Principal
Miembro

Dr. Luis Enrique Podestá Gavilano
Profesor Principal
Miembro

Dra. Martha Brigida Martina Chávez
Profesora Principal
Miembro

Dr. Pedro Jesús Mendoza Arana
Profesor Principal
Asesor

Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano
Profesor Principal
Presidente

Dedicatoria

A mi mamacita Ada y a todos los seres amados a quienes ella representa, con mi agradecimiento por la vida y el ejemplo de alcanzar alegría y felicidad a través del servicio.

A Alfonso, gracias por mantener viva la ilusión en el amor y la justicia, y por la expresión real de este sueño en nuestro hijo Luis Alfonso, y a través de él la esperanza que nos traen Matías, Salvador y Leandro.

ÍNDICE

Página de aceptación	ii
Dedicatoria.....	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	viii
CAPITULO I - INTRODUCCION	1
1.1. Situación problemática	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.3. Justificación teórica.....	4
1.4. Justificación práctica	6
1.5. Objetivos	7
1.1.1. Objetivo general.....	7
1.1.2. Objetivos específicos.....	7
CAPITULO II - MARCO TEÓRICO	8
2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación	8
2.2. Antecedentes de investigación	8
2.2. 1 En la región La Libertad.....	8
2.2. 2 En el Proyecto 2000 del Ministerio de Salud	9
1.1.3. En el Ministerio de Salud	11
1.1.4. En el contexto internacional	13
2.3. Bases teóricas.....	14
1.1.5. Integración de servicios “integrated care”	14
2.3.1.1 2.3.1.1. Modelo para el análisis	15
1.1.6. Gestión hospitalaria	18
1.1.6.1. La Cadena de Valor Añadido	18
1.1.6.2. Los Sistemas Funcionales	21
2.3. 2 Teoría de la agencia	24
CAPITULO III - METODOLOGÍA	26
3.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	26
3.2. Unidad de análisis	26
3.3. Descripción del ámbito de intervención	27
3.3. 1 Características de los hospitales	29
3.3. 2 Organización de equipos de trabajo	30
3.4. Plan de trabajo para el diseño e implementación del MGH	31
Resultados Esperados	33

3.5. El Modelo de Gestión Hospitalaria	36
3.5. 1 Resultados esperados	37
3.5. 2 Procedimientos de recolección de los datos	39
3.5. 3 Estrategia integral	40
3.5. 4 Análisis e interpretación de la información	43
3.6. Aspectos éticos de la investigación.....	44
CAPITULO IV - RESULTADOS Y DISCUSIÓN	45
4.1. El Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH).....	45
4.1. 1 El Plan Estratégico	46
4.1. 2 Acuerdo de Gestión.....	46
4.1.2.1 Matriz del Acuerdo de Gestión entre la DIRESA y el SHTN	46
4.1. 3 Cartera de servicios del SHTN	49
4.2. La Red Integrada de Servicios de Salud (RISS)	50
4.3. Factores de entorno que condicionan la integración de servicios	52
CAPITULO V - CONCLUSIONES	54
CAPITULO VI - RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
Anexos.....	63
Anexo 1: Características de los Hospitales Belén y Regional Docente de Trujillo. La Libertad Año 2000	64
Anexo 2: Lista de instrumentos de coordinación y gestión del MGH y balance.....	66
Anexo 3: Limitaciones para cambios en el financiamiento de los hospitales, 2005.....	75
Anexo 4: Resultados de Entrevista a informantes claves	77
Anexo 5: Guía de entrevista a actores clave	82

Lista de cuadros:

Cuadro 1	Población asignada por redes, 1998.....	2
Cuadro 2	Descripción de la RISS.....	27
Cuadro 3	Factores que condicionan el grado de integración	28
Cuadro 4	Instrumentos para la coordinación asistencial.....	29
Cuadro 5	Comparación de características de los hospitales, 1999.....	30
Cuadro 6	Resultados esperados del Plan de Trabajo para el Diseño del MGH.....	33
Cuadro 7	Resultados esperados de la estrategia.....	38
Cuadro 8	Equipos de trabajo para la intervención.....	43
Cuadro 9	Matriz básica del Acuerdo de Gestión.....	48
Cuadro 10	Organización de la Red Integrada de Servicios de Salud, DIRESA La Libertad, 2003	51

Lista de figuras:

Figura 1 Identificación del problema de Investigación Operativa en los Hospitales de la provincia de Trujillo –La Libertad 1998-2002.....	3
Figura 2 Modelo básico de la RISS.....	15
Figura 3 La Cadena de Valor Añadido.....	19
Figura 4 Operación de un Hospital.....	20
Figura 5 Los sistemas funcionales.....	22
Figura 6 El Modelo de Gestión Hospitalaria.....	37
Figura 7 La nueva arquitectura de la RISS.....	47

RESUMEN

En el Perú, como en otros países latinoamericanos, el sistema de salud tiene nuevas necesidades y retos debido a los cambios demográficos, perfil epidemiológico, entre otros. En el sector público, a esto se suma problemas de financiamiento por presupuestos exiguos, inequidad en el acceso, gasto de bolsillo, insatisfacción por parte de los usuarios y mínima respuesta social. Si bien es innegable la necesidad de aumentar el presupuesto en salud (tenemos uno de los más bajos de toda América), también es necesario mejorar la gestión de los establecimientos de salud como medio para aumentar la eficiencia en el gasto y la confianza de todos los actores teniendo como referencia la búsqueda de solidaridad y equidad.

Dado este contexto, la investigación sobre modelos de gestión se convierte en un tema relevante. Específicamente, la complementariedad para el caso de hospitales en una misma ciudad, requiere sumar esfuerzos en lugar de competir, con el fin de optimizar los recursos como sistema de salud.

Este trabajo presenta el diseño de un modelo de gestión hospitalaria como proceso de integración de servicios en redes de servicios de salud, en la provincia de Trujillo, en La Libertad con una metodología participativa y transparente, bajo el liderazgo de la Dirección Regional de Salud. El primer resultado fue la formulación del Plan Estratégico del Sistema Hospitalario del Tercer Nivel (SHTN) de los Hospitales Regional Docente y Belén de Trujillo. Sobre las estrategias y metas definidas en este plan se plantearon los indicadores del Acuerdo de Gestión 2001-2002 suscrito entre el SHTN y la Dirección Regional de Salud (DIRESA), así como el beneficio (bono) que se obtendría por el logro de dichas metas. El bono por el cumplimiento de metas en el periodo 2001 fue de doscientos ochenta mil soles procedentes del pliego del presupuesto del Ministerio de Salud. Los requisitos para el otorgamiento del bono fueron cumplidos y se otorgó a los trabajadores de ambos hospitales.

Palabras clave: Integración del sistema de salud en redes, integración horizontal en hospitales, eficiencia, coordinación del cuidado, definición de cartera de servicios

SUMMARY

In Peru, as in other Latin American countries, the health system has new needs and challenges due to demographic changes, epidemiological profile, etc. In the public sector, there are in addition problems of financing by meager budgets, inequity in access, out-of-pocket spending, user's dissatisfaction and minimal social response. While the need to increase the health budget is undeniable (we have one of the lowest in the Americas), it is also necessary to improve the management of health facilities as a means to increase efficiency and the confidence of all actors taking as reference looking for solidarity and equity.

In this way, research on management models becomes a relevant issue given this context. Specifically, complementarity in the case of hospitals in the same city requires joining efforts instead of competing, in order to optimize resources as a health system.

This work presents the design of a hospital management model in a framework of integration of health services in the province of Trujillo in La Libertad with a participatory, transparent methodology under the leadership of the Regional Health Directorate. The first result was the formulation of the Strategic Plan of the Hospital System of the Third Level (SHTN) of the Hospital Regional Docente y Belen of Trujillo. On the strategies and goals defined in this plan, the indicators of the Management Agreement 2001-2002 signed between the SHTN and the Regional Health Directorate, as well as the benefit (bonus) that would be obtained by the achievement of said goals, were raised. The bonus for the fulfillment of goals in the 2001 period was two hundred and eighty thousand soles from the budget statement of the Ministry of Health. The requirements for the granting of the bonus were fulfilled, and the bonus granted to the workers of both hospitals.

Key Words: Integration of the health system in health networks, horizontal integration in hospitals, efficiency, continuity coordination barriers, health services packages.

CAPITULO I - INTRODUCCION

1.1. Situación problemática

Una descripción precisa de la situación problemática que se aborda en esta investigación, es la formulada por la propia Dirección Regional de Salud (DIRESA) La Libertad en la descripción de la situación en la cual operaban los servicios de salud en su región: “Actualmente por su modalidad operativa, asociada a las diferencias y limitaciones de su capacidad resolutoria, existe una virtual desconexión de los servicios de salud entre sí, que los hace cada vez menos capaces de funcionar articuladamente en un territorio determinado; por el contrario, los servicios compiten entre sí, llegando a situaciones en las que el ganador se satura por sobredemanda, y rompe su equilibrio óptimo de disponibilidad de recursos y prestación de servicios, lo que deviene en una serie de condiciones que atentan contra la calidad de los servicios que brinda. El perdedor entre tanto, ve menoscabada su posibilidad de operar, por el elevado costo de su capacidad instalada ociosa, a lo que irremediablemente sigue su desprestigio e inoperancia. En última instancia, ambos tienen menor capacidad de responder a las necesidades y problemas de la población, resultando ésta como la verdadera y real perdedora”. (DIRESA La Libertad, 1999)

La situación problemática está planteada en términos de la desarticulación de los servicios de salud por niveles de atención, los cuales se esperaría hagan lo que corresponde por nivel y estén articulados por un sistema de referencia y contra-referencia; asegurando la continuidad en la atención (desde lo más simple a lo más complejo), limitando la congestión por un lado y la capacidad instalada ociosa por otro, usando mejor los recursos (eficiencia) con lo cual se generan ahorros que podrían reasignarse a extender la cobertura y reducir diferencias de la misma, entre grupos (equidad).

Los servicios de salud de la Región La Libertad operan de manera desarticulada en términos de un ordenamiento por niveles de atención (DIRESA La Libertad, 1999). Si bien la región ha avanzado en una delimitación territorial con ocho redes de servicios de salud, mantiene la limitación de asignar población de referencia a todos los establecimientos, incluyendo los dos hospitales de mayor capacidad resolutive en la región (Hospital Regional Docente y Belén) tal como se aprecia en el Cuadro 1.

Cuadro 1: Población asignada por redes, 1998

N°	RED	POBLACION ASIGNADA A LA RED		HOSPITAL	POBLACION ASIGNADA AL HOSPITAL	
		Nro.	%		Nro.	%
1	TRUJILLO NOR - ESTE	421,266	30%	Hospital Regional Docente	84,917	20%
2	TRUJILLO SUR - OESTE	464,379	33%	Hospital de Apoyo Belén	55,021	12%
3	CHEPEN - PACASMAYO	153,131	11%	Hospital de Apoyo Chapén	38,921	25%
4	OTUZCO	117,220	8%	Hospital de Apoyo Elpidio Berovides	13,595	12%
5	SANCHEZ CARRION	117,764	8%	Hospital de Apoyo Leoncio Prado	28,316	24%
6	SANTIAGO DE CHUCO	54,195	4%	Hospital de Apoyo César Vallejo	13,371	25%
7	PATAZ	68,931	5%			
8	BOLIVAR	18,625	1%			
	POBLACION TOTAL REGION LA LIBERTAD	1,415,512	100%			

Fuente. Datos tomados de (DIRESA La Libertad, 1999).

Lo anterior traía como consecuencia que los hospitales se responsabilicen de brindar desde el servicio de salud más básico hasta el altamente especializado, manteniéndose la congestión, el uso de recursos especializados (humanos, equipamiento, mobiliario e infraestructura) que deberían atender a la demanda de toda la región, usados en la atención básica de la población de referencia, y por otro lado, capacidad instalada ociosa en los establecimientos de primer nivel aptos para captar este tipo de atenciones, con lo cual, la condición básica del ordenamiento sobre lo que, cada nivel debe hacer lo que le corresponde, no se cumplía en el caso de los hospitales.

Usando información presentada en el Cuadro 1, se aprecia el alcance del problema de desarticulación de servicios, pues la asignación de población a los

hospitales, no los permite actuar como establecimientos de referencia de la demanda por atención especializada, sino como pares a los establecimientos de primer nivel. Por ello, el 32% de la población asignada a los hospitales (20% de población asignada al HRD y 12% de la población asignada al HB), podría estar asignada a los establecimientos de primer nivel en Trujillo (Red Nor-Este y Sur-Oeste). Los hospitales debieran atender exclusivamente las derivaciones de atención especializada de todas las redes de la región; incluso, si fuera el caso, de la demanda de atención especializada de la macro región norte.

Los hospitales Regional Docente y Belén de Trujillo presentaban una mayor necesidad de ordenamiento, pues la discrepancia entre lo que hacían y lo que deberían hacer, era más crítica. La figura 1 muestra el problema (como discrepancia entre la situación real y deseada) de la presente investigación operativa.

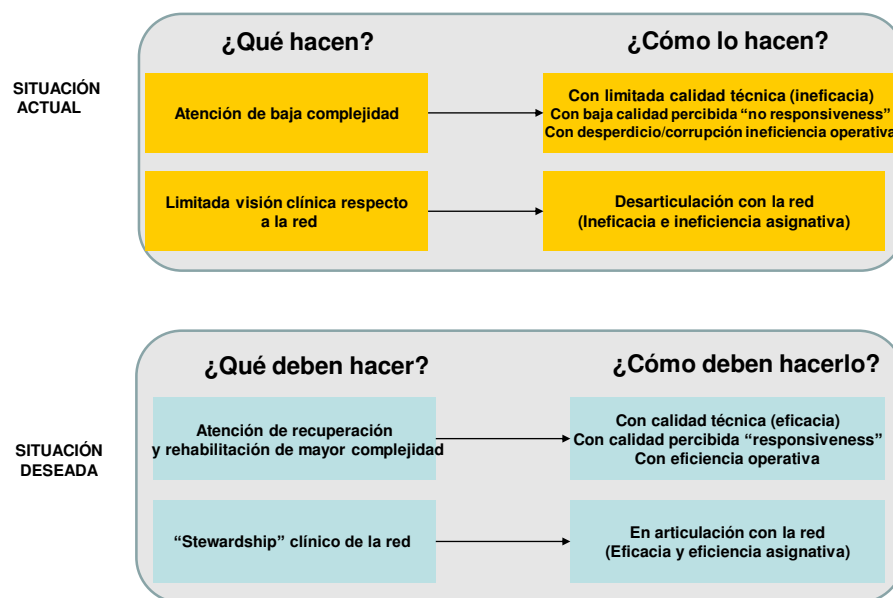


Figura 1: Identificación del problema de Investigación Operativa en los Hospitales de la provincia de Trujillo –La Libertad 1998-2002. Adaptado de (Fisher, Laing, Stoeckel, & Townsend, 1991)

1.2. Formulación del problema

De lo anterior la pregunta de investigación es ¿Cuál sería el modelo de gestión hospitalaria para la integración de servicios de salud en la provincia de Trujillo-La Libertad en los años 1999-2002? Dado el problema, la estrategia seleccionada debe ayudar a que los hospitales operen como se ha descrito la situación deseada y se vinculen al resto de establecimientos a través de un sistema de referencia y contra referencia.

1.3. Justificación teórica

La primera premisa (WHO, 1996) es que ante una necesidad de asistencia (por una situación o problema de salud específico) existe una capacidad de resolución adecuada para resolver el problema. Dicha capacidad organizada por escalones, puede ser simple (la que resuelve la mayoría de problemas de salud) e ir avanzando hasta la más especializada (la que resuelve los casos más complicados y menos frecuentes) conformando una red de servicios. Cada escalón está definido a partir de una función de producción (Valor & Ribera, 1988), es decir, la relación entre los recursos que requiere para los servicios que brinda, buscando optimizar el uso social de los mismos, garantizando su productividad e impacto. El ordenamiento del sistema pasa porque cada nivel, haga bien lo que le corresponde hacer y además, esté articulado al resto por un sistema de referencia y contra-referencia.

La integración de los servicios por niveles de atención permite la continuidad de la atención hasta la solución del problema para el paciente, aspecto que abona a la calidad del servicio y produce una mayor satisfacción del usuario (WHO, 1996); genera un mejor uso de los recursos en términos del conjunto del sistema (Dranove, Durkac, & Shanley, 1996), liberando aquellos más usados que debieran destinarse a igualar diferencias de cobertura de salud entre grupos (equidad), (WHO, 1996).

De las experiencias estudiadas en un contexto de atención primaria de salud (WHO, 1996), se reportan procesos de integración que optaron por

organizaciones con un enfoque holístico, antes que con un enfoque de atención por tipo de servicio y/o enfermedad con lo cual se liberan recursos, por ejemplo, permitió que los trabajadores dedicados a programas verticales, compartieran tareas afines, liberando recursos para cubrir otras áreas menos favorecidas, aumentando la equidad; reduciendo la duplicación de registros al juntar información clínica, de laboratorio y otros servicios en un solo archivo individual; mejorando el uso de los servicios de soporte tales como capacitación y sistema logístico; mejorando el uso de los establecimientos para servicios de tratamiento simples y actividades preventivas en lugar de hacer uso de locales y equipos diferentes, aumentando la eficiencia.

Por su parte, Dranove, Durkac & Shanley (1996) reportaron la experiencia de integración de servicios en el caso de los hospitales. Para ello distinguen dos tipos de integración: la vertical (entre niveles de atención) y la integración horizontal que complementa la cartera de servicios de dos o más establecimientos del mismo nivel de atención, que es lo que estudia en el caso de los hospitales locales en Estados Unidos, que compartían la misma área territorial de influencia. Señalan que existen varias explicaciones para la integración hospitalaria: “En primer lugar, los sistemas hospitalarios pueden explotar las economías de escala y alcance, por ejemplo, eliminando equipos duplicados. En segundo lugar, los sistemas hospitalarios pueden reducir los costos administrativos y realizar economías de compra. En tercer lugar, la membresía del sistema puede conferir beneficios de comercialización. Los empleadores y las aseguradoras pueden preferir la "ventanilla única", que minimiza los compradores”.

En resumen, los aspectos teóricos a favor de la integración tienen que ver con aspectos de satisfacción del usuario (calidad de servicios por la continuidad de atención), con aspectos relacionados a la eficiencia (mejor uso de recursos, economías de escala) y eventualmente, mayor equidad (siempre y cuando, los recursos ahorrados se destinen a reducir brechas de cobertura entre grupos).

Finalmente, la integración hace que los servicios sean más sostenibles en el largo plazo, disminuye la diferencia en el acceso a los servicios entre grupos, sin

embargo, requiere mucho compromiso con los objetivos finales por parte de los involucrados.

1.4. Justificación práctica

Si bien en teoría se esperan resultados en calidad, eficiencia y equidad del sistema de salud (en este caso, regional); la integración por sí misma no asegura nada, los resultados dependen de las actitudes de los involucrados (autoridades, funcionarios, asistentes, gremios, personal administrativo) que no necesariamente, se encuentran alineado con la comprensión de que necesitan compartir recursos, trabajar de manera coordinada entre departamentos y niveles de atención, entre los aspectos más importantes; para dar continuidad a los servicios hasta resolver el problema de salud en un ámbito de un territorio determinado (WHO, 1996).

Esta investigación se justifica en términos prácticos porque ofrecerá respuestas al problema planteado, a través del diseño de un modelo de gestión hospitalaria para dos hospitales, conformando el Sistema Hospitalario de Tercer Nivel (SHTN) articulado a la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) propuesta para el año 2003.

El diseño del modelo contempla disminuir el interés en competir en la oferta de servicios entre ambos hospitales, así como entre éstos y la red de servicios de primer y segundo nivel de atención (DIRESA La Libertad, 1999), para ofrecer una atención de un continuo de prestaciones a la población hasta la solución de sus problemas de salud. Además, hacer un mejor uso de recursos (mejora de eficiencia) reduciendo la existencia de servicios saturados por sobredemanda y otros con capacidad ociosa en el objetivo de reducir las brechas de cobertura de atención en la población.

No obstante, el tiempo transcurrido, la investigación sobre modelos de gestión en hospitales, en particular, en hospitales que se ubican en la misma ciudad capital, sigue siendo un tema relevante, en tanto que esta situación se repite en

otras regiones y esta investigación podría tomarse como un referente de cómo abordar esta problemática.

1.5. Objetivos

1.1.1. Objetivo general

Diseñar e Implementar un modelo para la integración de servicios de salud que considere los elementos del entorno externo e interno en la provincia de Trujillo – La Libertad 2000-2006 para mejorar la complementariedad entre los dos hospitales regionales conformantes del Sistema Hospitalario del Tercer Nivel (SHTN) y su articulación con los establecimientos de segundo y primer nivel de atención constituyendo la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS).

1.1.2. Objetivos específicos

- Diseñar e implementar un Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH) para la integración de los servicios de salud de los hospitales Regional Docente y Belén de Trujillo en el Sistema Hospitalario de Tercer Nivel (SHTN).
- Conformar el Sistema de Referencia y Contra-referencia de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) que articule el SHTN con los establecimientos de segundo y primer nivel de atención.

CAPITULO II - MARCO TEÓRICO

2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación

Para proponer un Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH) del Sistema Hospitalario de Tercer Nivel (SHTN) en la provincia de Trujillo, La Libertad, se revisó la teoría de gestión, se realizó un abordaje contextualizado a la realidad sanitaria propia del norte del país, de tipo cualitativo y cuantitativo, con la participación activa del investigador y de los diferentes actores sociales de la región entre los que se encontraban los Directores y profesionales de los hospitales de salud, las autoridades, funcionarios y trabajadores en general de la DIRESA.

2.2. Antecedentes de investigación

2.2. 1 En la región La Libertad

Un antecedente de la investigación fue la identificación del problema de desarticulación de los servicios y la iniciativa de conformación de ocho redes (DIRESA La Libertad, 1999). Sin embargo, si bien esta delimitación de las redes fue un primer avance en términos de ordenamiento territorial, tenía limitaciones para lograr que los hospitales se especialicen en ofrecer servicios especializados y que se integren a los establecimientos de primer y segundo nivel de atención en una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS).

Al asignar un porcentaje de la población a cada uno de los hospitales, estos tenían que proveer servicios básicos y de baja complejidad, en lugar de definirlos como hospitales de referencia para servicios del tercer nivel de atención. Sumado a ello, los hospitales tenían que competir entre ellos por captar la demanda de servicios de mayor complejidad de la provincia de Trujillo y de la región en su conjunto.

Ante esta situación, la DIRESA La Libertad priorizó atender el desafío de optimizar los servicios hospitalarios de Trujillo, con la idea de constituir un complejo

hospitalario, al articular los servicios del Hospital Belén y el Hospital Regional de Trujillo, no sólo para fortalecer la capacidad de respuesta asistencial, optimizar sus procesos de gestión, así como para articular este complejo hospitalario al resto de establecimientos del primer y segundo nivel de atención en una red de servicios de salud integrada.

Esta iniciativa aspiraba modificar ostensiblemente el modelo de organización y funcionamiento de estos establecimientos, y proponer el desarrollo de un nuevo modelo de atención que privilegie el perfil poblacional y el establecimiento de mecanismos de articulación entre sí y con los establecimientos del primer nivel de atención.

Particularmente se introdujo la necesidad de trabajar con los equipos de ambos hospitales en la definición de los elementos sustantivos para el desarrollo del complejo hospitalario: organización de la oferta, organización de la prestación, organización de los sistemas de apoyo a la gestión y de la propia conducción hospitalaria. Aspectos que debieron formar parte de su plan estratégico de desarrollo, conjuntamente con las operaciones tendientes a cerrar las brechas identificadas en el plan, y alcanzar las metas establecidas por año.

2.2. 2 En el Proyecto 2000 del Ministerio de Salud

El Proyecto 2000 fue un proyecto del Ministerio de Salud financiado por el gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, bajo un contrato de cooperación técnica. El componente de financiamiento de dicho proyecto, proporcionaba asistencia técnica en temas de reforma del sector salud para lo cual se requerían sistemas de información y de gestión para los hospitales.

En el contexto anterior, en octubre del año 1999 se llevó a cabo una Reunión Técnica sobre uno de estos instrumentos de gestión "Acuerdos de Gestión" organizada por el Proyecto 2000 y el MINSA con participación de siete hospitales nacionales y regionales.

Como resultado de ésta reunión técnica y con base en los estudios presentados (CIUP, 1998) (GRADE, 1999) establecieron que los hospitales públicos enfrentaban los siguientes problemas:

- Ineficiencia interna, expresada en que la mayoría de los servicios que ofertan los hospitales públicos se encuentran sub utilizados en una proporción significativa.
- Ineficiencia externa, en tanto que la mayoría de los hospitales están produciendo servicios para los cuales no tienen ventajas comparativas (por ejemplo, que ambos hospitales quieran contar con un tomógrafo cada uno).
- Inequidad, puesto que el acceso de los pobres a los servicios hospitalarios es limitado por barreras de acceso geográfico y económico.
- Inadecuada calidad de los servicios ofrecidos (infecciones intrahospitalarias).
- Insatisfacción de usuarios (tiempo de espera, trato).

La persistencia de estos problemas en los hospitales, se atribuía, por un lado, a factores externos a los hospitales: imprecisión de políticas que orientaran el desarrollo hospitalario y existencia de restricciones administrativas y financieras que dificultaban la gestión de los escasos recursos asignados a ellos.

Por el otro lado, había deficiencias importantes en las capacidades gerenciales de los conductores de estos establecimientos, la existencia de una débil estructura organizacional y deficiencias de los sistemas de soporte a la gestión.

Ausencia de incentivos para elevar la calidad de los servicios que se prestaban, así como para proponer acciones que garantizaran la oferta de servicios con equidad.

Esta situación era agravada por la coexistencia, en algunas ciudades de nuestro país, de dos o más establecimientos hospitalarios categorizados como de tercer nivel de complejidad, que ofertaban servicios con similares características, compitiendo entre sí, con desarrollo limitado de sus capacidades e ineficiente uso de la infraestructura física y del potencial humano.

Esto, se traducía fundamentalmente en escasos resultados sanitarios perpetuando condiciones de inequidad y crecimiento individualizado de algunos servicios, sin considerar la demanda o necesidad de los mismos por la población. También se incluía en ello una presión importante hacia el Ministerio de Salud, al duplicarse las demandas de necesidades de mayor tecnología y equipamiento, sin que éstas obedecieran a un plan de inversión que posibilitara una inserción efectiva en el competitivo mercado de prestaciones de servicios de salud.

Estos aspectos requerían ser abordados de manera sistematizada por el MINSA para poder ofrecer a la población una respuesta de salud integral y acorde a sus expectativas.

1.1.3. En el Ministerio de Salud

Ante estos nudos críticos de la gestión hospitalaria, el MINSA había planteado un contingente de propuestas¹ con las que se esperaba resolver las restricciones administrativas y financieras de los hospitales, fortalecer las capacidades de las unidades prestadoras y separar las funciones de prestación y financiamiento, de manera que sea posible:

- Incrementar la capacidad reguladora del MINSA respecto al desempeño de los hospitales públicos, controlar aquello que fuera importante controlar, pero al

¹ Lineamientos para la Reforma del Sector Salud-1995.

mismo tiempo incentivar a los hospitales para que desarrollaran su creatividad a fin de lograr mejores resultados.

- Definir la misión de los hospitales públicos de manera de incluir prioritariamente la provisión de servicios de nivel secundario y terciario para la población pobre. En particular y de acuerdo a las necesidades del país, debía enfatizarse la provisión de servicios de calidad obstétricos, pediátricos, de emergencia y cirugía básica.
- Fortalecer la capacidad gerencial de los equipos de gestión de los hospitales.
- Evaluar la eficiencia en el uso de los recursos basándose en incentivos financieros asociados a la producción de servicios y la atención de la población pobre.

Con ello, el MINSA buscaría reforzar su papel normativo y regulador, mientras que transferiría gradualmente a los prestadores las tareas de gerencia y organización de la producción de servicios de salud. Sin embargo, la introducción de un modelo de separación de funciones en el nivel hospitalario público, requería definir los siguientes temas:

- i. Mecanismos que el MINSA utilizaría para ejercer su rol regulador y el control de los resultados de los prestadores.
- ii. Responsabilidades administrativas en funciones específicamente definidas que se delegarían a los prestadores.

Con relación al primer tema, el mecanismo que se había utilizado en diversos países era el Acuerdo de Gestión y para el segundo, se había reconocido la necesidad de facilitar las adecuaciones estructurales necesarias y fortalecer la capacidad de gestión de la instancia que recibía la delegación de tal manera que le permitiera aproximarse de manera más efectiva a los objetivos estratégicos

institucionales, fortalecimiento que debería traducirse en su plan estratégico, ajustes organizacionales, y desarrollo de competencias gerenciales de su equipo.

1.1.4. En el contexto internacional

En México se da cuenta de la integración de servicios como *“la coordinación armónica de los esfuerzos”*. (Peavy, 1962) . Describe la reorganización del Departamento de Salud del Estado de Texas que integró 22 secciones de diferentes especialidades de salud pública en 7 secciones consideradas necesarias para distribuir las responsabilidades, integrar los servicios y mejorar la provisión de los mismos. Menciona también *“son numerosas las ventajas en este tipo de funcionamiento (integrado) y una de las más importantes consiste en aprovechar, al máximo posible el personal con adiestramiento y experiencia en salud pública para proporcionar servicios de protección a la población”*. Aquí el concepto de integración de servicios tiene el objetivo de atender mejor a las comunidades del Estado con servicios de Salud Pública y ahorrar recursos por economías de escala. No incorpora la idea de integración de servicios por niveles de atención individual.

En cambio, el reporte *“Integration of Health Care Delivery”* (WHO, 1996) da cuenta de un proceso de integración de servicios en Cataluña, España. Dicho informe menciona que, aunque las estrategias para lograr una mejor integración pueden diferir, las fuerzas motrices son similares en muchos países. Por el lado de la demanda, los cambios demográficos y epidemiológicos, las crecientes expectativas de la población y los derechos de los pacientes requieren como parte de una reforma del sistema de salud, la integración de los servicios. Por el lado de la oferta, el desarrollo de la tecnología médica, los sistemas de información y las restricciones de las presiones económicas, requieren la integración de servicios para contener los costos. Argumenta también, que mientras que los factores del lado de la demanda, presionan principalmente hacia la integración de los servicios, los factores del lado de la oferta, como la tecnología médica y los sistemas de información, pueden facilitarlos.

2.3. Bases teóricas

El presente trabajo tiene varios ejes conceptuales, de los cuales se priorizará tres: el marco conceptual de la **integración de servicios de salud**; el segundo, dado que se intenta realizar cambios en la actual **gestión de hospitales** se requiere comprender enfoques de organización. Por último, la **teoría del principal-agente** que da lugar a mecanismos de rendición de cuentas, como el Acuerdo de Gestión.

1.1.5. Integración de servicios “integrated care”

De acuerdo a Kodner & Spreeuwenberg (2002) concepto de integración está en el corazón de la teoría de sistemas y, por lo tanto, es central para el diseño organizacional. Todas las organizaciones son, hasta cierto punto, estructuras jerárquicas con componentes separados pero interconectados; que juegan roles complementarios para lograr sus tareas conjuntas. La división, especialización y descentralización de la arquitectura busca alcanzar los objetivos de eficiencia y calidad.

Lo anterior no es ajeno al sistema de salud y está asociado al término integración de servicios, que en el caso de varios establecimientos de salud se conoce también con el nombre de “Organización Sanitaria Integrada” (OSI) (Dranove, Durkac, & Shanley, 1996). *“Una organización sanitaria integrada (OSI) es una red de servicios de salud que ofrece una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones de servicios de salud a una población determinada y que se responsabiliza de los costes y resultados en salud de la población”*. El escalonamiento de servicios puede comenzar en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la atención primaria hasta la atención especializada para tratamiento a pacientes agudos, crónicos y tratamientos de rehabilitación. Los objetivos finales de este tipo de organizaciones son la mejora de la eficiencia global en la provisión y la continuidad de la atención. Para que ello ocurra mencionan el objetivo intermedio de mejora en la coordinación de la atención o integración clínica como la coordinación de los servicios necesarios para atender al paciente a lo largo

de las diferentes actividades y unidades operativas del sistema en el lugar más coste-efectivo (Dranove, Durkac, & Shanley, 1996).

2.3.1.1 Modelo para el análisis

La guía de análisis de Organizaciones Sanitarias Integradas (Vázquez, Vargas, Farré, & J: Terraza, 2005) facilita el análisis de las RISS. Dicha guía ha sido desarrollada en base a la revisión de literatura internacional y las evaluaciones de las experiencias en Cataluña. Señala que existe un grado de consenso sobre los elementos claves internos y de contexto para la integración, estos son: una visión compartida, objetivos y estrategias globales de la red; una cultura común y un liderazgo orientado a la integración.

El modelo propuesto permite analizar a las Organizaciones Sanitarias Integradas (y en este caso la RISS) en relación con sus objetivos finales de eficiencia y continuidad en la atención (calidad). En la Figura 2 se presenta el modelo básico.

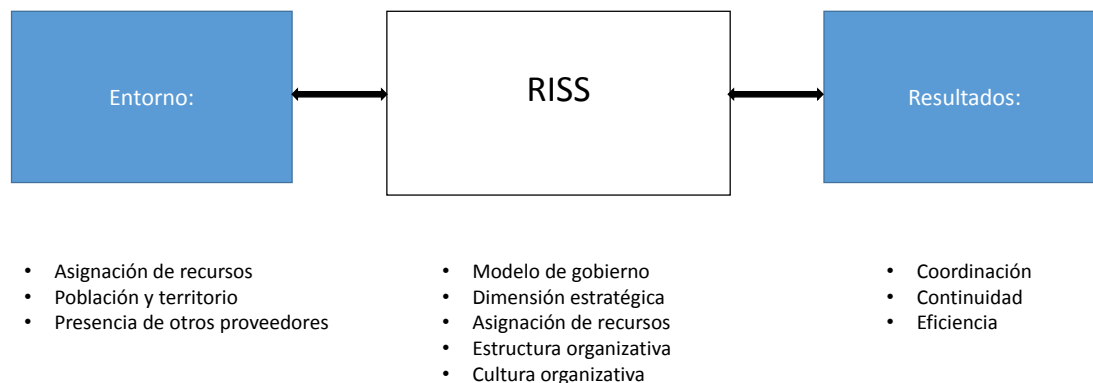


Figura 2: Modelo básico de la RISS. Adaptado de (Vázquez, Vargas, Farré, & J: Terraza, 2005)

El análisis incluye describir la RISS, identificar los factores que condicionan el grado de integración, definir la forma de coordinación asistencial y los resultados.

- i. Descripción de la RISS: Cuyas características claves son: el tipo de integración; vertical (establecimientos de primer, segundo y tercer) u

horizontal (establecimientos del mismo nivel); la amplitud, referida al número de servicios y funciones que provee la red a lo largo del continuo de atenciones en salud; la profundidad, es decir el número de establecimientos o unidades para proveer una función o servicio; el nivel de producción interna de servicios; la conducción o liderazgo en su constitución o gestión considerando el tipo de propiedad y relaciones contractuales;

- ii. Identificación de los factores que condicionan el grado de integración: Externos e Internos, pues una red es la etapa final de un proceso de integración.

Entre los elementos de entorno o externos destacan “el modelo de asignación de recursos” es decir, cómo paga el rector-financiador a la RISS (pago por acto, actividad o presupuesto y/o capitado incluyendo el sistema de incentivos asociado); “la población de referencia y el territorio”, esto es las características demográficas, socioeconómicas, de salud, del territorio, densidad poblacional y vías de comunicación; la presencia de otros proveedores, interesa el tipo de proveedor, el nivel asistencial, los servicios que atiende, la población que cobertura, y la existencia de alguna forma de relación entre la RISS y estos proveedores.

Entre los elementos internos para contar con mayor posibilidad de éxito, destacan “el modelo de gobierno” o ejercicio de la función rectora, es decir, la RISS es responsable de toda la red o solo con la población que atiende y por último, la coordinación entre los diferentes órganos de gobierno de las RISS, para asegurar la consistencia en la visión, objetivos y estrategias a lo largo de la red; “la dimensión estratégica” o visión compartida de objetivos y estrategias; la “asignación de recursos” que alinee los incentivos de los servicios con los objetivos globales de la red; la “estructura organizativa” que se adopte y el grado de integración de las funciones de dirección de apoyo y asistenciales; así como la “cultura organizativa” de cada unidad alineada a los objetivos y estrategias de la

RISS que contribuya a la coordinación asistencial por ser un elemento de cohesión y de identificación entre los miembros que trabajan en la organización (en valores, actitudes y costumbres); finalmente, el liderazgo, dado que los líderes desempeñan un rol importante en el cambio de la organización, éste debiera estar orientado al logro de los objetivos de coordinación.

Uno de los instrumentos más potentes para el logro de objetivos de eficiencia y coordinación es el sistema de incentivos a servicios y profesionales, estos no solo deben estar alineados a los objetivos de la organización, sino también a los objetivos de la red.

- iii. La coordinación asistencial, la misma guía identifica tres modelos de coordinación asistencial: la provisión paralela, en la cual hay una clara división de tareas y no requiere una colaboración significativa; la coprovisión, en la cual hay responsabilidad compartida en la resolución de un problema; y la de Gestor consulta, en la cual, un nivel actúa como gestor del paciente y el resto aconseja o realiza una intervención concreta. Por otro lado, también identifica los instrumentos de coordinación asistencial: la normalización de habilidades (que incluye programas de formación); la normalización de procesos y resultados, que incluye las Guías de Práctica Clínica; Mapas de atención y Planes de alta hospitalaria.; y la adaptación mutua, que se basa en la comunicación por correo electrónico o teléfono, sistemas de información vertical, grupos interdisciplinarios, puestos de enlace y estructuras matriciales.
- iv. Los resultados de la RISS en términos de coordinación y eficiencia. En la revisión de estudios que hace la guía (Vázquez, Vargas, Farré, & J: Terraza, 2005) se evalúa los efectos de los instrumentos de coordinación implementados para mejorar la calidad de atención expresada en la continuidad del servicio, desde el punto de vista del paciente. La coordinación de la información, se analiza evaluando la disponibilidad de mecanismos para transmitir la información de un nivel a otro; el nivel de

accesibilidad y la adecuación de la información compartida. La coordinación de la gestión igualmente, según la disponibilidad de mecanismos para gestionar adecuadamente a los pacientes a lo largo de un continuo; las interrupciones que se producen y finalmente con indicadores de resultado que midan duplicaciones innecesarias (pruebas de diagnóstico).

La eficiencia puede ser evaluada en términos de la combinación de insumos y costo de los mismos (eficiencia técnica) a través de los productos intermedios (estancia promedio) o el consumo de medicamentos genéricos; pero también de los productos finales en términos del costo.

1.1.6. Gestión hospitalaria

Esta concepción surge de considerar al hospital como una “empresa hospitalaria” con lo cual se adapta el marco conceptual y se analiza el hospital con los instrumentos de gestión de una empresa.

Existen dos marcos conceptuales clásicos: i) la cadena de valor añadido de la organización (Porter, ME “Competitive Advantage” citado en Valor y Ribera, 1988) y; ii) la estructura de los sistemas funcionales (Hax, A.C y Majluf N.S “Strategic Management an Integrative Perspective”. Prentice Hall, Englewood Cliffs. NJ 1984, citado en Valor & Ribera, 1988); los cuales son adaptados al estudio de la gestión de hospitales.

1.1.6.1. La Cadena de Valor Añadido

La cadena del valor añadido de la organización hace referencia al proceso por el cual los insumos se transforman en productos. Gráficamente, se distingue las actividades de apoyo (Adquisiciones, Desarrollo tecnológico, Administración de Recursos Humano, Infraestructura de la empresa) y las actividades primarias

Logística de entrada, Operaciones, Logística de Salida, Mercadotécnica y Ventas; y Servicio.



Figura 3: **La Cadena de Valor Añadido**. Porter, 1985 citado en (Valor & Ribera, 1988)

Este marco está explicado en detalle en Valor y Ribera (1988). Aquí rescatamos las características relevantes para un hospital. La Logística de Entrada, hace referencia al ingreso de los insumos, sean estos los materiales como en toda empresa, pero en el caso de los hospitales, también los pacientes que requieren los servicios, los cuales saldrán del proceso de producción, protegidos o con su salud recuperada; las Operaciones, de mayor importancia, corresponde al conjunto de actividades que realiza el hospital, que a su vez pueden ser off-line, es decir, relacionadas a la creación de servicios intermedios (laboratorio, rayos x, etc.) estandarizados y factibles de medir su productividad y eficiencia; o in-line, servicios que corresponde al proceso clínico de un paciente, menos estandarizados porque depende de cómo reacciona cada paciente al tratamiento y menos estandarizables, donde el interés mayor es la eficacia². En términos de la gerencia del hospital, la

² La eficiencia puede medirse mejor agrupando pacientes en los denominados Grupos Relacionados a Diagnóstico (DRG) desarrollados en la Universidad de Yale como instrumento de control para los hospitales y posteriormente, usados como método de pago.

producción de pacientes tratados se traduce en la percepción de ingresos para el hospital.

. La Figura 4, muestra las operaciones del hospital.

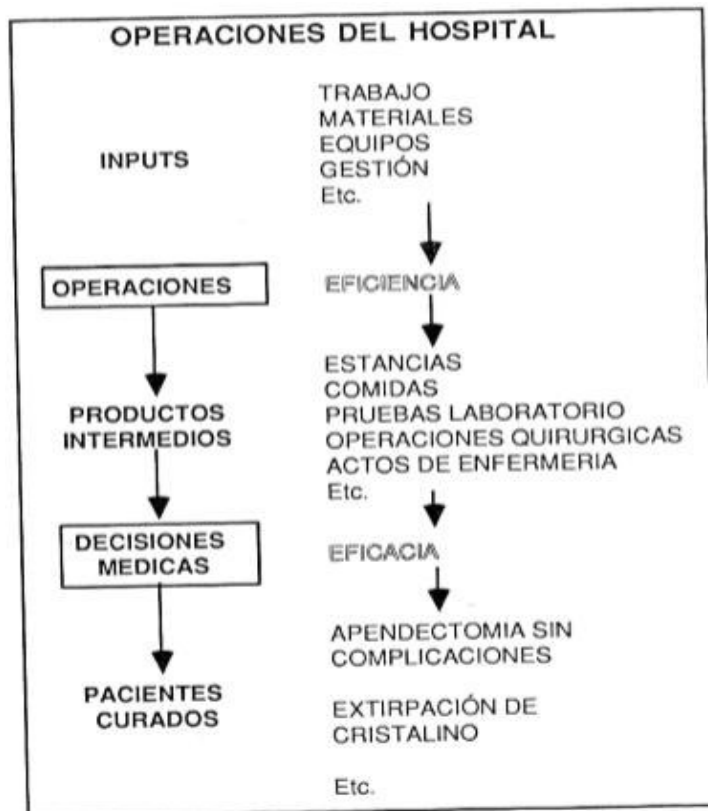


Figura 4: **Operación de un Hospital**, citado en (Valor & Ribera, 1988)

La Logística de salida, tiene importancia reducida en el caso de los hospitales; la Mercadotecnia y ventas, en un hospital público debería orientarse a mejorar la información de los servicios que se ofrecen (por ejemplo, las tarifas que requieren contar con información de costos) y difundir una imagen de calidad, confianza y eficiencia consistente en el resultado de este tipo de indicadores; y el Servicio, entendido como el seguimiento después del alta que se realiza en la

consulta ambulatoria (para algunas enfermedades o patologías, el seguimiento es de vital importancia).

Entre las Actividades de apoyo y soporte, se encuentra la de i) Adquisiciones, aprovisionamiento o compras. Comprende la selección de proveedores y la negociación con los mismos, algunos principios de la gestión clásica, también rigen en los hospitales: una gestión de compras centralizada, se considera más eficiente y se espera que exista un único departamento de compras; los que solicitan las características y cantidad del producto a comprar, debe ser un departamento diferente al que solicita y/o paga la compra, principalmente en el caso de la farmacia. El Desarrollo tecnológico que en el marco de un hospital tiene dos líneas de acción, primero e imprescindible el desarrollo de protocolos de atención de acuerdo a la ciencia médica y cultura, y segundo, la investigación básica en algunos hospitales. La Administración de Recurso Humano consistente en captación, contratación, formación y gestión del personal. La Infraestructura de la empresa que incluye las actividades de soporte para el funcionamiento del hospital, incluye los niveles de Gerencia, Planificación, Control de Económico y Calidad.

1.1.6.2. Los Sistemas Funcionales

Hace referencia a los Sistemas de Planificación, de Información/Comunicación, Sistema de Control, Sistemas de Compensación e Incentivos, que interactúan para dar soporte a la Estructura de la Organización tal como se muestra en la Figura 5.

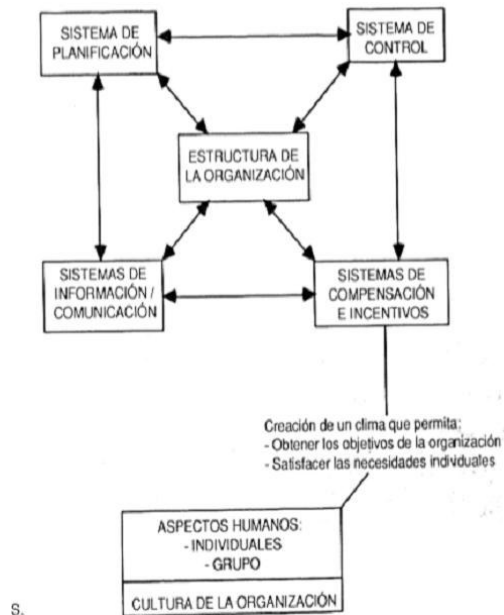


Figura 5: **Los sistemas funcionales**, citado en (Valor & Ribera, 1988)

No es el propósito describir con detalle cada Sistema, sin embargo, resaltar que en el caso de un hospital público, el proceso en el sistema de planificación se rige por los lineamientos de política de las autoridades superiores y el propio proceso de definición de objetivos y prioridades del hospital. El Sistema de Control, hace referencia al control sobre el uso de recursos en el hospital evitando el desperdicio de recursos o mal uso; dependerá del tipo de proceso off-line (costo de insumos fungibles por análisis) o in-line (costos por Grupo Relacionado por Diagnóstico - DRG) monitorizando los desvíos respecto a la media en determinado periodo y estudiando los casos excepcionales para ver su legitimidad, para lo que se requiere de sistemas de información de costos implementado.

El Sistema de Información/Comunicación, cuya implementación incluye mecanismos de coordinación entre departamentos y áreas, pero también de sistemas de información mecanizados para el análisis estadístico de datos y la toma de decisiones informada.

El Sistema de Incentivos, probablemente el más relevante en un hospital, en tanto es responsable de forjar el comportamiento deseado de toda la

organización y asegurar la congruencia entre los objetivos individuales y los del hospital, y/o del hospital y la autoridad sanitaria superior. Reconocer que en la mayoría de los casos, el personal se mueve en función implícita o explícita de acuerdo a los mecanismos que regulan su compensación (no obstante, existe también la motivación trascendente en algunos casos). Algunas incongruencias típicas de los hospitales es tener excelentes profesionales médicos que en la parte más brillante de su carrera, asumen responsabilidades en la gestión por aspiraciones legítimas de un mejor sueldo como directivo; aquí puede producirse una incongruencia entre la misión del hospital y el interés individual del médico. El sistema de incentivos involucra también el uso de mecanismos de rendición de cuentas con base a información de indicadores de resultados que estén alineados a los objetivos del hospital.

La Estructura de la Organización, es un tema particular en un hospital, donde los médicos son el personal clave, pues varios procesos, tratamientos y resultados dependen de ellos y no necesariamente, siempre se pueden medir y controlar. Por ello, la delegación por confianza como forma de organización del hospital, es lo más frecuente. Dado el riesgo en el cual se incurre en la delegación, es importante alinear los intereses entre el que delega y delegado a través de mecanismos de rendición de cuentas. Un ejemplo de ello a nivel de la autoridad sanitaria y el hospital, son los acuerdos de gestión.

Expuestos los dos marcos conceptuales clásicos de gestión adaptados a los hospitales, cabe destacar que los procesos in line (proceso clínico de un paciente) es el conjunto de actividades que se realizan sobre el paciente y son “ad hoc”, es decir, el médico a cargo, toma decisiones según el paciente y demanda servicios off-line para conseguir un diagnóstico y en consecuencia aplicar una determinada terapia. Estos procesos se gestionan considerando tanto la eficiencia económica como la eficacia clínica y por ello, su gestión es diferente a los procesos industriales clásicos. Aquí, “el médico actúa como un director de un proyecto de ingeniería único que debe usar servicios y materiales proporcionados por terceros (laboratorio, radiología y otros centros de soporte) para llevar a buen término al

paciente confiado a su cargo. No hay dos proyectos completamente iguales y, en consecuencia, no podemos valorar la acción del jefe de proyecto de manera estandarizada, controlando solamente los recursos consumidos (Valor & Ribera, 1988).

En resumen, la manera alternativa al descomponer la prestación de servicios en sus componentes (procesos off-line e in-line), es analizar el hospital a través de los sistemas funcionales que lo componen: Sistema de planificación, de control, de información y comunicación y sistema de incentivos (para alinear los objetivos de los trabajadores con la misión de la organización).

2.3. 2 Teoría de la agencia

Esta teoría de la organización empresarial ha sido estudiada en términos del sistema de sub-contratación de diversas tareas para conseguir una conducta adecuada en dicho trabajo. El año 1973 estaba explicada en términos de “Cada uno de los sujetos de una relación de agencia (principal y agente) tiene sus propios intereses y ambos intentan maximizar la utilidad” (Ross, 1973, citado en Ricart, 1996). Un aspecto destacado es que el agente debe tener una recompensa por las tareas que realiza para el principal, de tal manera que genere el incentivo a un comportamiento adecuado y en consecuencia, permita alinear sus intereses a los intereses del principal.

En un sistema de salud regional, la autoridad regional desea cierto desempeño y resultados de los establecimientos. Los hospitales como instituciones suficientemente complejas y especializadas pueden ser un ejemplo del problema del **agente-principal** dado que hay un conjunto de situaciones en las cuales un actor (el **principal** en este caso, la autoridad sanitaria, el director del hospital), depende de la acción o de la naturaleza o de la moral de otro actor (el **agente**, por ejemplo, el médico), sobre el cual no tiene perfecta información dado que los procesos que controla no son fáciles de medir y/o controlar. El principal, busca inducir al agente a un comportamiento deseable, alineando el objetivo de ambos.

Si bien no es el propósito desarrollar ampliamente esta teoría, aquí interesa destacar que los Acuerdos de Gestión (entre principal y agente) son un mecanismo con alguna evidencia para alinear éstos intereses, delegar por confianza, estableciendo la información relevante de inicio y los resultados esperados, para otorgar una recompensa por el logro de los mismos. Algunos ejemplos corresponden a la experiencia de los convenios de gestión suscritos por EsSalud y el Hospital San José del Callao, con el Ministerio de Economía y Finanzas – MEF 1998-1999.

CAPITULO III - METODOLOGÍA

Para proponer un Modelo de Integración de Servicios en la provincia de Trujillo, La Libertad, se realizó un abordaje contextualizado a la realidad sanitaria propia del norte del país, de tipo cualitativo y cuantitativo, con la participación activa del investigador y de los diferentes actores sociales de la región entre los que se encuentran los Directores y profesionales de los hospitales de salud, las autoridades, funcionarios y trabajadores en general de la DIRESA.

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

Esta es una Investigación Operativa (IO) de tipo descriptivo aplicativo que busca identificar y analizar los elementos característicos de la red de Salud en la provincia de Trujillo, La Libertad, con la finalidad de integrar sus servicios. Para ello, se ha priorizado la integración horizontal de sus dos hospitales en el marco de un Modelo de Gestión Hospitalaria, tal que funcionen como un Sistema Hospitalario de Tercer Nivel (SHTN). El SHTN será a su vez el componente de atención especializada de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) conformada por el resto de establecimientos de primer y segundo nivel de atención (integración vertical).

La investigación operativa es un proceso para identificar y resolver los problemas cotidianos de operación de un sistema y/o programa (Fisher, Laing, Stoeckel, & Townsend, 1991). Dicho proceso incluye tres pasos: la evaluación inicial (identificación, diagnóstico del problema y selección de la estrategia); la intervención propiamente dicha y la evaluación final. (USAID et. al., 2006) La IO está diseñada para incrementar la eficiencia y calidad en la prestación de servicios.

3.2. Unidad de análisis

Si bien la investigación operativa toma en consideración la Red de Servicios de Salud en la Región La Libertad, la unidad de análisis son los hospitales en el proceso de diseño e implementación de un Modelo de Gestión Hospitalaria como

medio para la integración de los servicios como Sistema Hospitalario de Tercer Nivel (SHTN).

A continuación, se presenta la situación inicial y estrategia de cambio en la red, las características de los hospitales y la estrategia de intervención a través del Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH).

3.3. Descripción del ámbito de intervención

El ámbito de intervención es la red de servicios de salud incluyendo los hospitales. Usando los criterios de descripción de una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) de la guía de análisis para la integración de servicios en una red (Vázquez, Vargas, Farré, & J: Terraza, 2005), a continuación se muestra la situación inicial y la estrategia de cambio.

Cuadro 2: Descripción de la RISS

Criterio	Situación inicial	Estrategia de cambio (RISS)
Organización	Ordenamiento territorial inicial delimitando 8 redes con población asignada por establecimiento, incluyendo los dos hospitales que brindan atención de tercer nivel	Integración horizontal de los dos hospitales en el Sistema Hospitalario de Tercer Nivel (SHTN) en el marco de un Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH)
		Integración vertical de los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel en la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS)
Amplitud	Disponibilidad de servicios a demanda y duplicidad en la oferta de servicios	Disponibilidad de servicios y especialización según nivel de atención
Profundidad	8 redes de salud territoriales, 7 hospitales, 12 Centros de Salud y 151 Puestos de Salud	1 Sistema Hospitalario de Tercer Nivel, 11 redes de salud, 41 micro-redes, 5 hospitales de apoyo, 13 Centros de Salud y 156 Puestos de Salud
Conducción / Liderazgo	Mínima	Explícita (a través de Acuerdos de Gestión)

Fuente. Adaptado de (Vázquez, Vargas, Farré, & J: Terraza, 2005).

Elaboración propia.

Factores de entorno e internos a la RISS

Entre los elementos de entorno o externos de la RISS se destaca el rol normativo del Ministerio de Salud a inicios de la década del 2000 y el modelo de asignación de recursos públicos. Asimismo, se anotan los factores internos más relevantes que condicionan el grado de integración, tales como la forma de asignación de la población a los establecimientos de salud (los hospitales tenían población adscrita), los incentivos implícitos o explícitos. Por ejemplo, un incentivo implícito contraproducente, que requirió ser minimizado y/o modificado, fue el cobro de tarifas generalizadas para maximización de los ingresos propios como Recursos Directamente Recaudados (RDR), con los cuales se financiaban algunos beneficios para los trabajadores (uniformes y canastas).

Cuadro 3: Factores que condicionan el grado de integración

Criterio	Situación inicial (1999)	Estrategia de cambio (2000-2002)
Factores de entorno	Rol normativo (pasivo) del Ministerio de Salud	El Ministerio de Salud iniciaba un proceso gradual de cambio y modernización concordante; Asistencia Técnica de Cooperación Internacional
	Asignación de recursos inercial, histórica por parte del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y Gobierno Regional	En primera instancia, el MGH propone una asignación de recursos según producción y con base a costo de los servicios de salud.
Factores internos	Los establecimientos tienen población asignada referencial.	La RISS tiene población adscrita a sus establecimientos y se diseña un Sistema de Referencia y Contra-referencia (SRCR).
	Ausencia de planeamiento estratégico que permita una visión compartida de objetivos y estrategias	El MGH inicia su diseño con el planeamiento Estratégico del SHTN como parte de la RISS.
	Incentivos perverso a través del cobro de tarifas a los usuarios que maximiza la recaudación de ingresos propios que financia las canastas, uniformes y otros beneficios de los trabajadores	El MGH propone un sistema de incentivos alineado al logro de resultados, independiente de la generación de ingresos propios

Elaboración propia.

Coordinación asistencial

Aquí se identifica los instrumentos de coordinación asistencial tales como la cartera de servicios, la normalización de habilidades (que incluye programas de formación); la normalización de procesos y resultados, que incluye las Guías de Práctica Clínica; y la adaptación mutua, que se basa en la comunicación por correo electrónico o teléfono, sistemas de información vertical, grupos interdisciplinarios, puestos de enlace y estructuras matriciales.

Cuadro 4: Instrumentos para la coordinación asistencial

	Situación inicial	Estrategia de cambio
Cartera de servicios	Nula, a demanda	Coordinación y complementación de cartera de servicios en incluido en el MGH para el SHTN.
Estandarización del conocimiento	Limitada	Actualización y fortalecimiento del conocimiento y competencia; elaboración de guías de práctica clínica, flujos de atención, sistemas de información, para la coordinación asistencial entre el SHTN y las redes de establecimientos de primer y segundo nivel de atención.
Sistemas de Información horizontal y vertical y TIC	Limitado	Implementación de sistemas de información e instrumentos TIC para facilitar la integración entre hospitales (horizontal) y con los de primer y segundo nivel (vertical).

Elaboración propia.

3.3. 1 Características de los hospitales

Al año 2000, el Hospital Belén de Trujillo (HBT) es la institución hospitalaria más antigua de la provincia y está cercana a cumplir medio siglo operando. Esta característica define las condiciones de infraestructura y cultura institucional, entre los aspectos más importantes. Respecto a la producción, el Hospital Belén atiende un mayor número de consultas de emergencia, que se explicarían más que por su ubicación (ambos hospitales están bastante cerca uno del otro) por costumbre y preferencias; en cambio, el Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) ostenta

un mayor número de atención ambulatoria y por consiguiente recetas atendidas. El número de camas es casi similar, la producción de egresos igualmente.

Cuadro 5: Comparación de características de los hospitales, 1999

Características	HBT	HRDT
Antigüedad	Fundado el 11 de Mayo de 1551	29 de mayo de 1963
Ubicación	Jr. Bolívar 350 a 2 cuadras de la Plaza de Armas de Trujillo	Av Mansiche 795 Urb. Sánchez Carrión Trujillo a 10 minutos del Hospital Belén
Nº de trabajadores	681	594
Nº de servicios	22	22
Nº de Atenciones de Emergencia	35,952	29,038
Nº de Atenciones en consulta externa	73,244	87,773
Nº de egresos	10,288	10,402
Nº de camas	246	261
Nº de recetas dispensadas	262,433	292,268
Nº de análisis clínicos	154,899	272,177
Nº exámenes radiológicos	63,652	75,909

Fuente. Área de Estadística Hospital Belén y Hospital Regional Docente de Trujillo, 2000.

Elaboración propia.

Las características por tipo de servicios se presentan de modo comparativo y de manera gráfica en el Anexo 1: Características de los servicios en los hospitales de Trujillo

3.3. 2 Organización de equipos de trabajo

Con la finalidad de lograr que los Hospitales Belén de Trujillo y Regional Docente se integren de manera sostenible como un sistema hospitalario de tercer nivel, que responda equitativa y efectivamente a las necesidades de salud de la población de Trujillo y la región La Libertad como parte de una red integrada de servicios, se elaboró una propuesta de Modelo de Gestión Hospitalaria.

Se contó con la participación decidida y comprometida por parte de los directores de los hospitales Belén de Trujillo (HB) y Regional Docente (HRDT), y bajo la coordinación y seguimiento de la DIRESA La Libertad, se conformó oficialmente una comisión de trabajo integrada por empleados de ambos hospitales y la Red de Salud Trujillo.

Bajo estas condiciones se elaboró un plan de trabajo cuyas etapas más relevantes fueron la elaboración del Plan Estratégico del SHTN, el diseño de Modelo de Gestión Hospitalaria implícito, de manera simultánea se definieron comisiones de trabajo para potenciar las capacidades en cada sistema funcional del hospital y la elaboración de la cartera de servicios. Todo ello orientado al logro de resultados, medición de desempeño y rendición de cuentas a través del Acuerdo de Gestión conteniendo resultados deseados e incentivos.

3.4. Plan de trabajo para el diseño e implementación del MGH

El Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH) fue una propuesta de intervención a desarrollar en hospitales regionales HBT y HRDT, destinada a validar un modelo de gestión descentralizada, basado en la suscripción de Acuerdos de Gestión entre la Dirección Regional de Salud (DIRESA) y los dos hospitales como Sistema Hospitalario de tercer Nivel (SHTN), con el fin de alcanzar los objetivos estratégicos del MINSA de equidad, mejora de la calidad y uso eficiente de los recursos, al articular el potencial existente en los establecimientos de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Trujillo en una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS). Cabe mencionar, que los hospitales de Trujillo fueron definidos como hospitales HBT y HRDT de esta experiencia.

Finalidad:

El MGH tuvo como finalidad contribuir a concretar iniciativas desarrolladas desde el nivel central del MINSA y de la DIRESA, las cuales se venían promoviendo desde el año 1995 como mecanismos alternativos de gestión hospitalaria moderna y descentralizada.

Adicionalmente, en el esfuerzo de concretar esta iniciativa, se trabajó desde diversos escenarios de la gestión sanitaria, en la construcción de las bases para la implementación de políticas de gestión hospitalaria por la Alta Dirección del MINSA, en el marco de los Objetivos País 2001 – 2006 del sector salud.

Objetivos:

Este plan de trabajo tuvo, los siguientes objetivos:

- Modernizar la gestión de los hospitales HBT y HRDT, para suministrar servicios con mayor calidad, eficiencia y equidad.
- Alinear los objetivos estratégicos de los hospitales HBT y HRDT con los de la DIRESA La Libertad y MINSA.
- Diseñar, aplicar y validar un Modelo de Cambio hacia una Gerencia Hospitalaria Descentralizada.
- Proporcionar al MINSA, los instrumentos y recomendaciones para la extensión del modelo desarrollado a otros hospitales públicos.
- Apoyar en la consolidación de la organización de los servicios de salud de la región.

Resultados esperados del Plan de Trabajo para el diseño del MGH:

Con la implementación del modelo, se esperaba alcanzar resultados

en los establecimientos directamente involucrados en ésta

experiencia:

- Hospitales HBT y HRDT demuestran cambios en la gestión que favorecen la integración horizontal, mejorando la calidad, eficiencia y equidad de los servicios que prestan.

- La DIRESA y los hospitales HBT y HRDT trabajan en la consecución de los objetivos estratégicos del MINSA.
- El MINSA cuenta con un modelo de Gerencia Hospitalaria Descentralizada validado, aplicable a los hospitales regionales del Ministerio de Salud.
- El MINSA cuenta con una propuesta validada de estrategias e instrumentos para la gestión hospitalaria.

Cuadro 6: Resultados esperados del Plan de Trabajo para el Diseño del MGH

Resultados Esperados	Aspectos
Hospitales HBT y HRDT demuestran cambios tangibles para garantizar la resolución en la atención de la salud, en la calidad, eficiencia y equidad de los servicios que prestan.	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento en la equidad de la oferta de servicios del Hospital a la población a través de la identificación de usuarios y la definición de tarifas diferenciadas por nivel socio-económico. • Mejora en la calidad de las prestaciones a través de la reducción de tiempo y mejora del trato. • Optimización en el uso de recursos disponibles a través de la integración horizontal. • Implementación de mejoras en sus procesos de gestión a través de implementación de sistemas de información (producción y costos).
La DIRESA y los hospitales HBT y HRDT trabajan en la consecución de los objetivos estratégicos del MINSA de acceso equitativo(*)	<ul style="list-style-type: none"> • La DIRESA tiene acuerdos de gestión con los hospitales HBT y HRDT, que operativizan sus objetivos estratégicos. • Los hospitales HBT y HRDT incluyen en su plan estratégico actividades orientadas a alcanzar los objetivos estratégicos de la DIRESA.
El MINSA cuenta con un modelo de Gerencia Hospitalaria Descentralizada validado, aplicable a los hospitales regionales del Ministerio de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Sistematización de los ajustes requeridos en los procesos de gestión hospitalaria (cambios legales, administrativos y organizacionales necesarios). • Componentes y funcionalidad del modelo de gestión hospitalaria descentralizada.
El MINSA cuenta con una propuesta validada de lineamientos e instrumentos para la gestión hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Pautas para implementar ajustes en los procesos de gestión en hospitales regionales.

(*) Lineamientos de Política Sectorial para el 2002-2012 MINSA 2002.
Elaboración Propia.

Los hospitales regionales seleccionados para llevar a cabo la experiencia fueron Hospital Regional Docente (HRD) y Hospital Belén de Trujillo (HB), los cuales desarrollaron una propuesta orientada a complementar y diferenciar sus servicios constituyendo el SHTN. Este trabajo ofrecía además la posibilidad de desarrollar mecanismos de articulación similar, que el MINSA podría aplicar en otras ciudades del país donde coexisten dos hospitales de tercer nivel en la ciudad capital como por ejemplo en Cusco, Huancayo, Iquitos, Chimbote, Chiclayo, Arequipa e Ica.

Ejes de intervención del programa

Los ejes de intervención para el diseño e implementación del MGH fueron:

- **Planificación Estratégica**

Los hospitales involucrados elaboraron, a partir de los acuerdos suscritos, un plan estratégico de desarrollo del hospital destinado a implementar estrategias y actividades para cumplir los objetivos estratégicos del MINSA. Estos objetivos estratégicos se reflejarán en los indicadores de gestión del Acuerdo de Gestión. En este eje, fue posible brindar el apoyo metodológico y la asistencia técnica necesaria para la elaboración y gestión de sus planes estratégicos.

- **Acuerdos de Gestión**

Para avanzar en la consecución de los objetivos estratégicos: cobertura, calidad y costos de los servicios de salud, se elaboraron con la Alta dirección del MINSA y la DIRESA, indicadores que sirvieron de base para la suscripción de acuerdos de gestión entre las DIRESA y los hospitales seleccionados. Los insumos básicos para la elaboración de los criterios se extrajeron de:

- Los elementos propuestos por el MINSA a partir de la experiencia del Programa de Administración de acuerdos de Gestión (PAAG).
- Los criterios propuestos en la iniciativa de la DIRESA La Libertad, para orientar la gestión hospitalaria del SHTN

- Los aspectos que los hospitales HBT y HRDT identificaron como factores críticos para cumplir con su misión (grados de libertad de gestión de recursos, flexibilidad en su organización, ajustes normativos, etc.).

Lo esperado era que los acuerdos de gestión debían significar una definición conjunta de los logros y metas específicas del hospital, así como los beneficios asociados al logro por parte del hospital, con lo que se estaría cumpliendo la premisa de alinear los intereses y objetivos estratégicos de las instancias del MINSA comprometidas en los acuerdos, instalándose mecanismos para que este alineamiento los retroalimente.

En este eje, el rol fue de acompañamiento durante el proceso de implementación de la propuesta y la búsqueda de alternativas de incentivos estudiando las experiencias de FONAFE, promoviendo la suscripción de los acuerdos de gestión, y proveyendo el soporte necesario tanto a la DIRESA, como a los Hospitales HBT y HRDT, para el monitoreo y evaluación periódica de tales acuerdos

- **Organización para la Gestión**

Para efectos de propiciar la implementación adecuada del Modelo, se propuso trabajar con equipos por áreas de gestión organizados como unidades estratégicas de gestión (centros de responsabilidad), con competencias gerenciales suficientes y con mecanismos de gestión que faciliten la participación de todas las áreas y niveles organizacionales del hospital.

La necesidad de esta propuesta estuvo asociada a la estrategia de transferir y desarrollar capacidades institucionales a través de la delegación de responsabilidades, que fortalecieran e integraran el proceso de toma de decisiones de manera informada y otras actividades lo que, en concreto, implicó formar a los recursos humanos con un alto nivel organizativo, gerencial y técnico administrativo, articulados a las estructuras y funciones requeridas.

El trabajo en este eje, fue el de fortalecer y propiciar la acción complementaria de los equipos existentes, en la perspectiva de impulsar un activo desarrollo de las capacidades institucionales.

- **Flexibilización y Ajustes al Marco Legal**

El desarrollo de las actividades propuestas requirió de la sistematización de las restricciones normativas identificadas, para poder elaborar propuestas de cambio y/o ajustes a los marcos normativos vigentes, los cuales debían haber sido propuestos al MINSA para su aprobación.

3.5. El Modelo de Gestión Hospitalaria

Adaptando los marcos conceptuales de integración de servicios (en el cual un pre-requisito es haber definido la misión y las líneas estratégicas de la organización integrada de servicios), en este caso, el SHTN; integrando el marco conceptual de cadena de valor y sistemas funcionales, pero además, mitigando el conflicto entre principal y agente con una propuesta de Acuerdo de Gestión como mecanismo explícito para la medición de resultados y rendición de cuentas del SHTN y la DIRESA, como autoridad sanitaria regional, se propuso el modelo presentado en la figura 5 como estrategia de integración.

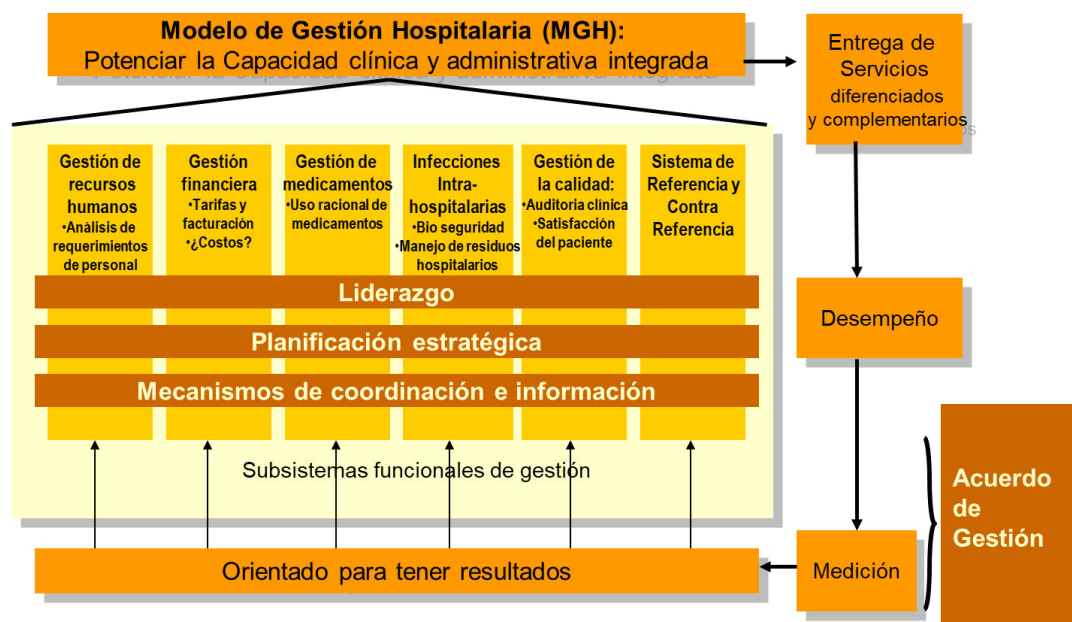


Figura 6: **El Modelo de Gestión Hospitalaria** Elaboración propia con base a (Valor & Ribera, 1988)

Elaboración Propia.

3.5. 1 Resultados esperados

Dado que la IO tiene como objetivo identificar el problema y los factores que afectan la satisfacción del usuario, eficiencia y equidad. A continuación, se presenta el ordenamiento lógico de los componentes de la estrategia de integración de servicios.

El Cuadro 7 desglosa tres resultados esperados de la investigación operativa: satisfacción del usuario (distinguiendo las dimensiones de calidad, continuidad y seguimiento); eficiencia (en sus tres acepciones, interna o técnica, costo-efectiva y asignativa) y la equidad (en el acceso, utilización y ejercicio de derechos en salud).

Cuadro 7: Resultados esperados de la estrategia

Tipo	Dimensión	Documento de diseño	Resultados esperados	Indicador
Satisfacción del usuario	Calidad	Guías de atención	Servicios de calidad con estándares definidos y auditables	Índice de satisfacción de usuarios externos
	Continuidad de la atención	Guía del Sistema de Referencia y Contra-Referencia (SRCR)	SRCR funcionando	Porcentaje de establecimientos con SRCR funcionando
				Porcentaje de casos referidos y contra-referidos
Eficiencia	Técnica	Re-ordenamiento de atención según grado de complejidad	Establecimientos de la RISS categorizados	Índice de eficiencia
				Índice de mezcla de casos
				Porcentaje de disminución de tratamientos de baja complejidad en hospitales
				Porcentaje de Sub-facturación
	Costo-Efectiva	Flexibilidad en el manejo de presupuesto	Ejercicio de Autonomía regulada	Porcentaje de establecimientos con convenios de autonomía regulada
	Asignativa	Definición de prioridades	Planes Operativos y ejecución en concordancia con el Plan Estratégico (PE) y Acuerdos de Gestión (AG)	Porcentaje de establecimientos con personal requerido
		Énfasis en la atención primaria, medicina preventiva y comunitaria	Práctica de conducta saludable en la familia y la comunidad	Porcentaje de cumplimiento del Acuerdo de Gestión
Intervenciones públicas costo-efectivas			Incidencia de enfermedades infecto contagiosas	
Equidad	Acceso	Adscripción	Delimitación territorial de la RISS	Porcentaje de población adscrita
	Utilización	Nueva estructura tarifaria diferenciada	Categorización de usuarios según capacidad de pago	Porcentaje de incremento en la utilización de servicios de la RISS de pobres extremos

Tipo	Dimensión	Documento de diseño	Resultados esperados	Indicador
		según capacidad de pago	Aplicación de tarifas diferenciadas por nivel socio-económico	
	Derecho en Salud	Desarrollo de mecanismos de protección de los derechos de los usuarios	Población conoce procedimientos y accede a servicios de la Defensoría	Número de casos resueltos por la Defensoría en Salud de la RISS

Elaboración Propia.

3.5. 2 Procedimientos de recolección de los datos

Los procedimientos de recolección de datos no solo han involucrado al investigador, quien ha asumido un rol de coordinación y análisis de diferentes equipos conformados por personal de la DIRESA, hospitales y profesionales brindando asistencia técnica. La recolección de datos ha estado vinculada al plan de trabajo para el diseño e implementación del MGH.

En términos amplios esta investigación operativa se benefició de información cuantitativa analizada críticamente por los participantes a las reuniones técnicas, generalmente provenientes de las estadísticas de servicio (hoja HIS y base de datos de egresos). Cabe mencionar que la demanda de información para su uso en las reuniones de trabajo contribuyó a mejorar el registro, a identificar errores y omisiones, así como generar una cultura de medición y análisis. Según la necesidad se hizo revisión del acervo documentario relacionado y relevante de la DIRESA y hospitales, no necesariamente, la información estuvo disponible, completa y fue de calidad, sin embargo, dado el trabajo multidisciplinario y conjunto sirvió para la obtención de referencias basales (Pastor, 2004).

Se tuvo acceso al análisis de encuestas de fuente secundaria tales como ENAHO y ENDES posteriormente usadas para el diseño del Sistema de Tarifas y Exoneraciones de los servicios de salud (Madueño, 2002) y se ha usado periódicamente los reportes preliminares de los sistemas implementados como parte de la intervención: el Sistema de Información de Costos e Ingresos (SICI),

Sistemas de Identificación de Usuarios (SIU), el registro de la Hoja Automatizada de Epicrisis (HAE) y el Sistema de Programación y Presupuesto (SPP).

La información cualitativa provenía del desarrollo de las reuniones de trabajo con autoridades de la DIRESA, directivos de los hospitales en la etapa de diagnóstico, identificación del problema, alternativas de solución y diseño del Modelo de Gestión Hospitalaria para el Sistema Hospitalario del tercer nivel, como parte conformante de la RISS. Otra fuente de análisis cualitativo ha sido el trabajo de planeamiento estratégico de los hospitales como SHTN. Finalmente, se llevó a cabo una entrevista a informantes claves sobre la pertinencia de la intervención.

3.5. 3 Estrategia integral

El procedimiento de recolección y ordenamiento de datos formó parte de la estrategia misma para realizar el planeamiento estratégico orientado a un Acuerdo de Gestión potencial para rendición de cuentas y alineamiento de incentivos entre la DIRESA y SHTN. Esta estrategia ha consistido en:

- Promover la participación activa y organizada del personal del hospital en su conjunto, dando a todos la oportunidad de aportar con información y en el análisis y desarrollo del plan de trabajo.
- Explorar las iniciativas desarrolladas localmente, rescatando esfuerzos individuales o colectivos, potenciándolos en la perspectiva de institucionalizar el proceso desde sus inicios.
- Brindar asistencia técnica desde un enfoque que privilegie el trabajo en servicio, y la problematización o análisis crítico de la práctica, como elemento básico del desarrollo de capacidades, registro y comunicación de información.
- El análisis de la experiencia de los Acuerdos de Gestión durante 1998 - 1999 dirigida por el PAAG en el MINSA, así como otras experiencias como la de FONAFE con ESSALUD.

- Impulsar el uso y la aplicación de herramientas modernas de gestión.
- Estrecha coordinación MINSA-DIRESA-hospitales para la definición y puesta en operación de los acuerdos de gestión; para fortalecer e instrumentar la capacidad de gobierno de las DIRESA y para construir un marco de intervención favorable.

Metodología de recolección de datos

La recolección de información estuvo vinculada a la implementación en el marco del proceso de educación permanente del personal de salud de ambos hospitales, en el uso de información, en el análisis y toma de decisiones informadas. Para lo que se aplicó la metodología de la problematización o el análisis crítico de la práctica, valorando de esta manera la experiencia y conocimientos previos de los equipos participantes.

La metodología fue relacionada con la estrategia de implementación de tal manera que permitió el diseño, la aplicación y validación del MGH a través del “aprendes-haciendo”, para lo cual se han seleccionado las siguientes herramientas:

- Trabajo de gabinete y reuniones de concertación con instancias de la alta dirección del MINSA, con las DIRESA y los hospitales, para la definición y operativización de los acuerdos de gestión.
- Conformación de equipos para analizar, los objetivos institucionales y definir los respectivos indicadores. Esto permitió, en cada hospital, integrar en un sólo proceso la participación activa y creadora de este núcleo básico de personas, con el equipo técnico que actuó como promotor y facilitador.
- Talleres de intercambio entre los participantes de los hospitales, para ampliar los horizontes del conocimiento adquirido, brindando la posibilidad a los participantes de comparar lo realizado por ellos con otros equipos de trabajo. Estos talleres contaron con la participación de la DIRESA.

- Reuniones técnicas con participación de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), PAAG permitió mostrar los avances y recoger propuestas del nivel central del MINSA.

Al mismo tiempo se proveyó de materiales de capacitación y bibliografía complementaria para orientar la elaboración del diagnóstico situacional, planes estratégicos e indicadores estratégicos.

Equipos de trabajo

Para el desarrollo de la intervención, fue necesario la conformación de equipos de trabajo con funciones y tareas específicas tanto a nivel de la DIRESA cuanto en cada hospital participante.

En la DIRESA el equipo de gestión, fue reforzado por asistencia técnica con la función de proporcionar líneas generales sobre gestión hospitalaria y sus objetivos estratégicos, así como negociar y supervisar los Acuerdos de Gestión.

En cada hospital, la instancia coordinadora fue el equipo de gestión, quien tuvo a su cargo el proceso de análisis, difusión, y monitoreo de la implementación de los objetivos estratégicos utilizando los indicadores de gestión propuestos. Adicionalmente, se conformaron comités específicos, tal como se detalla a continuación, que reportaban de sus avances en forma periódica al equipo de gestión del hospital.

Cuadro 8: Equipos de trabajo para la intervención

Equipo	Nivel	Funciones	Producto esperado	Integrantes
Equipo de gestión	DIRESA	Proporcionar lineamientos generales para los Objetivos Estratégicos e Indicadores de Gestión y Negociar y supervisar el Acuerdo de Gestión	Acuerdo de Gestión en marcha y supervisados	Equipo de gestión de la DIRESA
Equipo de gestión	Hospital	Conducir el proceso de elaboración de indicadores y Convenios de Gestión. Monitorear el cumplimiento de los indicadores del Acuerdo de Gestión Conformar los comités específicos; coordinar y supervisar el cumplimiento de sus tareas	Objetivos Estratégicos y Acuerdos de Gestión difundidos y monitorizados	Director, Director adjunto Administrador Representante de servicios intermedios Representante de servicios finales Representante de cada comité
Comité de calidad	Hospital	Gerenciar el proceso de mejoramiento continuo de la calidad y el proceso de auto evaluación de la calidad	Auto supervisión de la calidad en marcha	Director, Miembros del Equipo de Gestión del hospital
Comité de costos y presupuesto	Hospital	Gerenciar el proceso de implementación y análisis del Sistema de Costos e Ingresos (SICI) Coordinar el proceso presupuestal	Implementación y uso gerencial de información de costos Presupuesto global y por centro de responsabilidad formulado y difundido	Director adjunto Administrador Jefe de planificación y presupuesto Jefe Unidad de Costos Representantes de centros de responsabilidad
Comité de Sistema de identificación de Usuarios (SIU) y tarifas	Hospital	Gerenciar el proceso de implementación y análisis del SIU Proponer política tarifaria	Implementación y uso gerencial de información del SIU Tarifario escalonado de cobro a usuarios formulado y difundido	Director adjunto Administrador Jefe de Servicio Social Jefe de Admisión Jefe de la Unidad de Costos
Comité de mejoramiento de la Hoja Automatizada de Epicrisis (HAE)	Hospital	Gerenciar el proceso de implementación y análisis de la HAE	Implementación y uso gerencial de la HEA.	Jefe de Estadística Jefe de epidemiología Jefe de la Unidad de Costos Representantes de los centros de responsabilidad

Elaboración propia.

3.5. 4 Análisis e interpretación de la información

El análisis e interpretación de la información recogida por personal de la DIRESA, Hospitales y profesionales de asistencia técnica se dio en el marco de las

reuniones de trabajo. Dada la naturaleza de los equipos de trabajo, el juicio de los expertos que los integraban, permitió validar e interpretar los datos en cada tema de interés.

La entrevista a actores claves fue conducida y analizada por la investigadora, específicamente para evaluar el nivel de comprensión de los objetivos del Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH). Los resultados se presentan en el Anexo 4.

3.6. Aspectos éticos de la investigación

Siendo esta investigación operativa que identifica un problema de articulación de los servicios de salud y propone un modelo de gestión hospitalaria conducente a la integración de los servicios de salud, las unidades de análisis son entidades públicas, no directamente personas. No obstante, un aspecto sobre el cual se ha tomado todas las precauciones, ha sido la confidencialidad de la información de las estadísticas de servicios. Se ha entrevistado a las personas que dieron consentimiento verbal para participar, no hubo nadie que no quisiera participar, pero de haber sido el caso, se habría respetado su decisión. Por otro lado, dada la amplia participación de los involucrados, los objetivos de investigación fueron definidos y priorizados en conjunto.

CAPITULO IV - RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objetivo general de esta investigación fue diseñar un modelo para la integración de servicios de salud que considere los elementos del entorno externo e interno en la provincia de Trujillo – La Libertad 1999-2006 para mejorar la complementariedad entre los dos hospitales regionales conformantes del Sistema Hospitalario del Tercer Nivel (SHTN) y su articulación con la red de establecimientos de segundo y primer nivel de atención para constituir la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS).

En esta sección se presentará como resultado general la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) conformada, la cual integra horizontalmente los dos hospitales de Trujillo en el SHTN y éste con la red de establecimientos de segundo y primer nivel de atención.

De manera similar, en el caso específico del diseño e implementación del MGH, un paso previo fue elaborar el Plan Estratégico 2002-2006 del SHTN de Trujillo; para definida la misión y visión del SHTN, sea posible diseñar e implementar el Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH) incluyendo la integración horizontal de servicios de salud de los hospitales Regional Docente y Belén de Trujillo en el Sistema Hospitalario de Tercer Nivel (SHTN); adicionalmente, se suscribió el Acuerdo de Gestión entre la DIRESA La Libertad y el SHTN; finalmente, se definió la cartera de servicios del SHTN para que opere de manera eficiente y con mayor equidad en el acceso a la atención de servicios de tercer nivel por parte de la población.

4.1. El Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH)

El MGH se oficializa con Resolución Ministerial N°287-2001-SA/DM del 25 de mayo de 2001 del Ministerio de Salud, como estrategia para el logro de la mejora del desempeño hospitalario en lo referente a cobertura , calidad y eficiencia, en forma articulada con la red de prestación de servicios de primer y segundo nivel regionales (DIRESA, 2001).

4.1. 1 El Plan Estratégico

El Plan Estratégico del Sistema Hospitalario del Tercer Nivel (SHTN) fue formulado en un proceso participativo y dinámico por el personal directivo y asistencia de los Hospitales Regional Docente y Belén de Trujillo. Este proceso permitió definir los principios y valores, la Misión, Visión, análisis estratégico y definición de objetivos estratégicos (DIRESA, 2001).

Misión

“Brindamos servicios de salud especializados para la demanda del tercer nivel, articulados con otros niveles de atención a través de un sistema de referencia y contra-referencia. Contamos con equipos comprometidos en su desarrollo permanente para satisfacer con calidad y equidad a los usuarios”.

Objetivos estratégicos

OE1: Ampliar el acceso a la atención en el SHTN, priorizando los grupos vulnerables de la población.

OE2: Mejorar la calidad de los servicios de salud del SHTN

OE3: Optimizar los procesos de la gestión hospitalaria para hacerlos eficientes

4.1. 2 Acuerdo de Gestión

4.1.2.1 Matriz del Acuerdo de Gestión entre la DIRESA y el SHTN

El Acuerdo de Gestión representó una herramienta de gestión suscrita por el Sistema Hospitalario con la Dirección Regional, el cual definía con claridad un conjunto de indicadores y sus respectivas metas que debían ser alcanzadas por el Sistema Hospitalario en el periodo 2001-2002, así como el beneficio (bono) que se obtendría por el logro de dichas metas. Los indicadores estaban en relación directa con los objetivos estratégicos, propuestos en el Plan Estratégico, de modo tal que al alcanzar la meta propuesta traía consigo el beneficio para la población que era atendida por el Sistema Hospitalario (SHTN).

El bono por el cumplimiento de metas en el periodo 2001 fue de doscientos ochenta mil soles procedentes del pliego del presupuesto del Ministerio de Salud.

Los requisitos para el otorgamiento del bono fueron los siguientes:

- i. Cumplimiento cabal de lo establecido en la Normas y Procedimientos para el seguimiento y control del Acuerdo de Gestión, en relación a la remisión de la información, formatos, fechas y otros.
- ii. Opinión favorable de la verificación y validación de la información por parte de la DIRES –La Libertad y del levantamiento de las observaciones de ser el caso en los plazos establecidos en las normas.
- iii. Porcentaje global de cumplimiento de metas igual o superior al 90% determinado según la metodología establecida en las normas.
- iv. Cumplimiento con la entrega de la información solicitada, con los contenidos y en las fechas establecidas.

Cuadro 9: Matriz básica del Acuerdo de Gestión

Objetivo estratégico	Indicador de Gestión	Ámbito de desempeño	Ponderación %	Unidad de medida	Valor basal	Meta	
						Dic. 2001	Dic. 2002
Ampliar el acceso a los grupos más vulnerables	Focalización del subsidio público	Cobertura	25	Porcentaje	6.9%	80%	CE: 100% H: 100% E: 100%
	Porcentaje de medicamentos prescritos con el nombre genérico o DCI	Cobertura y eficiencia	10	Porcentaje	57%	70%	95%
Mejorar la calidad de los servicios de salud	Tiempo de espera	Calidad	20	Horas/Minutos	CE: 3h 11 m H: 53h 1m E: 17.24 m	CE:2h 40 m H: 40 m E: 15 m	CE: 1h 30m H:30 m E:10m
	Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias	Calidad y eficiencia	10	Porcentaje	11.32%	10%	9%
	Porcentaje de cumplimiento de estándares de calidad	Calidad	15	Porcentaje	18%	30%	80%
Optimizar los procesos de gestión hospitalaria	Porcentaje de gastos administrativos	Eficiencia	5	Porcentaje	19.03%	14%	12%
	Razón de productividad de consulta externa	Eficiencia	10	Consultas	2.74	3.0	3.8
	Porcentaje de ocupación de cama hospitalaria	Eficiencia	5	Porcentaje	69.1%	70%	75%
CE: Consulta externa H: Hospitalización E: Emergencia							

Fuente: Acuerdo de Gestión 2004 DIRESA La Libertad.

El bono previsto en este acuerdo de gestión fue pagado por la DIRESA previa comprobación del cumplimiento de las metas previstas.

4.1. 3 Cartera de servicios del SHTN

Bajo la rectoría de la DIRESA conduciendo la coordinación y seguimiento y la participación decidida y comprometida por parte de los directores de los hospitales Belén de Trujillo (HB) y Regional Docente (HRD), se conformó oficialmente la Comisión de Trabajo para la elaboración de la Cartera de Servicios Complementaria del SHTN. Dicha comisión estuvo integrada por trabajadores de ambos hospitales para la revisión de las carteras de servicios por hospital y propuesta de cartera complementaria del SHTN.

Bajo estas condiciones se llevó a cabo el plan de trabajo, el cual incluyó un cronograma de actividades, responsabilidades asignadas, dos talleres de seguimiento en forma conjunta con la asistencia técnica, y un estudio específico sobre infraestructura y equipamiento de ambos hospitales, el cuál fue realizado por conducto de un grupo de arquitectos especializados en salud.

En este proceso, se estableció el cuadro comparativo de las 10 primeras causas de egreso entre el Hospital Belén (HB) y el Hospital Regional Docente (HRD), así como los elementos de II y III nivel que ofertaba cada hospital (Gracia, 2004), (Pastor, 2004) . En el Anexo 1 se presenta la información en detalle de la composición de servicios de ambos hospitales, en esta sección se presenta la propuesta concreta de diferenciación de servicios con sentido de complementariedad de la Cartera de Servicios del Sistema Hospitalario de III nivel de Trujillo (SHTN).

Se propone que el Hospital Belén de Trujillo asuma, fundamentalmente, un rol como Centro Hospitalario Materno-infantil, contando con capacidad instalada adicional para la atención integral de: a) Padecimientos oncológicos y hematológicos b) Padecimientos por quemaduras graves de la piel y anexos, y c) Pacientes en convalecencia, rehabilitación y cuidados paliativos.

Se propone que el Hospital Regional Docente asuma un rol de Centro Hospitalario de Especialidades Médicas y Quirúrgicas, así como, de referencia para Emergencias.

4.2. La Red Integrada de Servicios de Salud (RISS)

Para la presentación de resultados, usó la guía para el análisis de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) (Vázquez, Vargas, Farré, & J: Terraza, 2005) presentada en la sección metodológica 3.2.1. La guía plantea que las OSI deben ser analizadas e integradas en arreglo a dos objetivos finales: la continuidad de atención y la mejora de eficiencia. Para ello define tipos de integración (a partir de las características clave), de elementos del entorno (existencia de otros proveedores, tipo de mecanismos de pago de la provisión) e internos (modelo de gobierno, organización y gestión) que influyen en la integración.

El modelo de integración de servicios propuesto permitió la conformación de la RISS con características propias de la región. El año 2003 la región La Libertad ha logrado la integración horizontal de los servicios de salud del Hospital Regional Docente y Hospital Belén de Trujillo a través de la conformación del Sistema Hospitalario de Tercer Nivel (SHTN) y ha integrado éste verticalmente a los establecimientos de 11 redes de salud, que incluyen 5 hospitales de apoyo (servicios de segundo nivel de atención), 13 centros de salud y 156 puestos de salud (ambos correspondientes al primer nivel de atención). La organización de la RISS se muestra en el Cuadro 10.

Cuadro 10: Organización de la Red Integrada de Servicios de Salud, DIRESA La Libertad, 2003

	Redes de Salud	Hospitales	Nº de Puesto de Salud	Nº de Centros de	Total
	Sistema Hospitalario de Tercer Nivel	Hospital Regional Docente			
		Hospital de Apoyo Belén			
1	RED TRUJILLO		32	21	53
2	RED CHEPEN	Hospital de Apoyo de Chepen	4	2	6
3	RED PACASMAYO	Hospital de Apoyo Tomas Labora	5	3	8
4	RED OTUZCO	Hospital de Apoyo Elpidio Berovidez Pérez	27	4	31
5	RED SANCHEZ CARRION	Hospital de Apoyo Leoncio Prado	16	0	16
6	RED SANTIAGO DE CHUCO	Hospital de Apoyo Cesar Vallejo	16	0	16
7	RED PATAZ		18	2	20
8	RED BOLIVAR		8	1	9
9	RED ASCOPE		9	6	15
10	RED GRAN CHIMU		10	2	12
11	RED VIRU		11	2	13
			156	43	199

Fuente. Dirección Regional de Salud La Libertad, 2003

Elaboración propia

La Figura 7 presenta la arquitectura de RISS, en la cual el SHTN brinda servicios especializados y complementarios.



Figura 7: La nueva arquitectura de la RISS

La RISS ahora está conformada para brindar atención de manera continua en un proceso de complementación y diferenciación en la oferta de servicios, desde la atención primaria con los centros y puestos hasta la atención especializada de tercer nivel con el SHTN (PHR plus, 2004a). Coadyuva a esta atención con continuidad el Sistema de Referencia y contra-referencia aprobado (PHR Plus, 2004b).

4.3. Factores de entorno que condicionan la integración de servicios

Nótese que la gráfica incluye los **factores de entorno que condiciona la integración de los servicios de salud**, los cuales son: el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) que asigna el presupuesto público para el funcionamiento de la RISS, directamente a través de los Recursos Ordinarios (RO) e indirectamente, a través de recursos canalizados por el Ministerio de Salud (MINSa), el Gobierno Regional – DIRESA y a partir del año 2002, a través de transferencias realizadas por el Seguro Integral de Salud (SIS) para la compra de servicios de salud de sus afiliados.

La naturaleza histórica, inercial y fragmentada de la asignación del presupuesto a la RISS que hace el MEF, limita la integración de servicios de salud. Para cambiar esta situación a un condicionamiento favorable, se elaboró una propuesta de presupuesto conjunto basado en costos de producción y volumen en términos de un plan operativo y presupuesto alineado al Plan Estratégico del SHTN. Dicho cometido no tuvo el apoyo suficiente del MINSa para asumir el liderazgo de gestionar la flexibilización y ejercicio de autonomía regulada del SHTN, ante el MEF.

Respecto a los factores internos, el proceso de planificación estratégica ha sido un condicionamiento favorable a la integración horizontal entre hospitales pues

se definió una visión y misión compartida, que permitió articular esfuerzos, afianzar una nueva cultura organizacional entre aspectos favorables. La conducción y liderazgo de la región igualmente fue un aspecto favorable para la integración de servicios que con la firma de Acuerdos de Gestión se hizo explícita. El sistema de incentivos incluido en el Acuerdo de Gestión a través del bono por el cumplimiento de los indicadores fue un aspecto novedoso que abonó favorablemente el proceso de integración.

CAPITULO V - CONCLUSIONES

La tesis presenta un Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH) para la realidad concreta del sistema de salud regional en el país, en el cual típicamente, existe no uno, sino dos hospitales regionales, que frecuentemente, no rinden cuentas a la autoridad regional sobre su desempeño, en este caso, a la Dirección de Salud Regional (DIRESA); que compiten entre ellos y con la red asistencial de primer nivel, en la provisión de servicios.

La presentación del diseño y proceso de implementación de un Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH) que mejore el desempeño de dos hospitales regionales, destaca de manera particular dos instrumentos de gestión del modelo, que contribuirían más directamente a la eficiencia global del Sistema Hospitalario de Tercer Nivel (SHTN). El primero el Acuerdo de Gestión, precedido por un plan estratégico elaborado conjuntamente, que inicia el fortalecimiento de la rectoría de la Dirección Regional de Salud de La Libertad, respecto al SHTN y el segundo, la definición de una cartera de servicios de salud conjunta del SHTN.

Si bien el periodo de análisis considerado es corto en relación al proceso de maduración que requiere el logro del objetivo planteado, sí es posible señalar, que los resultados, verifican que el Acuerdo de Gestión, fortalece la rectoría y mejora el desempeño de los SHTN. En el Acuerdo de Gestión se establecen metas, se miden resultados y cada parte cumple con lo acordado según el nivel de metas alcanzado. En la definición de la cartera, se establecen mediciones previas asociadas al estudio de la carga de morbilidad hospitalaria, la dotación de recursos y finalmente, se propone la Cartera de Servicios del SHTN.

Adicionalmente, los resultados destacan el logro de aspectos procedimentales para la construcción y ejercicio de la rectoría, que incluye instrumentos para la rendición de cuentas sobre el desempeño (Acuerdo de Gestión) y coordinación mutua entre los dos hospitales regionales para la provisión

de servicios de salud especializados en forma complementaria (Cartera de Servicios del Tercer Nivel).

Los aspectos más importantes que dan cuenta de ello son: la Dirección Regional de Salud de La Libertad, construyó una visión compartida del sistema de salud regional, a través de la generación de espacios de dialogo y discusión sobre el ordenamiento territorial en redes y el rol de los hospitales regionales en términos del Sistema Hospitalario de Tercer Nivel, como instancia de provisión de servicios especializados y complementarios de dicha red de servicios. Además, aspectos menos tangibles tales como:

Dirección Regional de Salud fue percibida como imparcial respecto a los dos hospitales, en un proceso tan sensible como es la complementación de una cartera de servicios especializados; lo cual generó confianza de los hospitales en la autoridad regional.

El soporte de dicha visión e imparcialidad con instrumentos de gestión que cuentan con rigurosidad técnica para la medición de las condiciones iniciales; la discusión y acuerdo para el establecimiento de metas; la rendición de cuentas de los hospitales ante la autoridad sanitaria regional, con la consideración de incentivos concretos para un buen desempeño para beneficio de la población

Esta experiencia con elementos de continuidad y perseverancia en el periodo documentado, ha permitido iniciar la implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria. Sin embargo, sale del alcance de la medición de resultados, elementos de continuidad en la visión, monitoreo y evaluación de resultados y principalmente financiamiento adecuado.

Si bien es un pre-requisito contar con un diseño, instrumentos y metodologías para la implementación de RISS, asimismo es crucial la voluntad política para la adopción de tales instrumentos y suscripción de Acuerdos de Gestión que garanticen perseverancia en el objetivo ya que la implementación de

redes como mecanismo para la consecución de Sistemas de Salud Integral es un proceso dinámico y continuo de maduración.

El proceso descrito ha posibilitado el ejercicio de espacios de discusión informada y análisis, así como la creación de mecanismos de participación que a la larga configura una oportunidad para un contrato social en salud sostenible y más responsable.

Es importante contar con una formalización de la propuesta ya que no es posible llevar adelante un proceso de implementación de una política sin la decisión política, a pesar de los riesgos, de quien debe liderar el proceso.

Es importante un plan de difusión al interno de las organizaciones y hacia la ciudadanía desde el inicio, su ausencia puede hacer que todo esfuerzo positivo pueda zozobrar.

El fortalecimiento de capacidades gerenciales es imprescindible para la implementación de un cambio de esta característica.

Contar con información actualizada y confiable constituye un factor de éxito. No dar tiempo para identificar resistencias y trabajar con ellas para mejorar estos aspectos puede ser un error que detenga o retrase el proceso.

CAPITULO VI - RECOMENDACIONES

Retomar con seriedad y cumplimiento el adecuado financiamiento de instrumentos tales como el Acuerdo de Gestión. Conducido con responsabilidad y dedicación, constituye un mecanismo que ha probado ser eficiente definiendo metas iniciales y finales para el logro de los objetivos del Plan Estratégico, así como para la identificación de las acciones estratégicas clave y metas de las actividades.

Propiciar espacios de discusión para la implementación de la RISS, tema aún vigente y sumamente necesario, pues contribuye al fortalecimiento de las redes asistenciales periféricas y al uso eficiente de recursos de inversión en recursos humanos, tecnología e infraestructura, dado que las necesidades de salud, se resuelven con una oferta adecuada, la misma que tiene escalas de producción específica. Esto es aún más relevante, si se toma en cuenta los cambios en las condiciones de cuidado en la salud actual donde es importante la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, sin dejar de reconocer la tendencia de alta especialización de los servicios recuperativos de carácter ambulatorio en el primer nivel de atención.

Propiciar el desarrollo de capacidades gerenciales es un factor que impulsa la implementación de cualquier proceso de mejora en la gestión, por lo que los esfuerzos como el de implementar un MGH, fundamentado en el enfoque del desarrollo humano, representa una nueva mirada al potencial del trabajador de salud como intermediario entre las demandas y necesidades de la población y los servicios de salud. Los participantes de la implementación del MGH han demostrado su interés y capacidad para implementar los diferentes instrumentos de gestión propuestos (Sistemas de Costos, de programación de presupuesto, de identificación de usuarios en situación de vulnerabilidad, medición de indicadores, etc.).

Propiciar la complementariedad y la diferenciación en la cartera de los servicios de salud en regiones con dos hospitales cercanos. Se ha aprendido que es importante definir claramente los servicios y procedimientos por nivel de

complejidad y de acuerdo con las ventajas de cada establecimiento en relación con los servicios que presta. De esa manera se evitarían las ineficiencias que actualmente presentan los hospitales con mayor capacidad de resolución por competir en servicios entre ellos (que no les procuran beneficios económicos, ni incrementos en la calidad).y con los de primer nivel (generándoles a éstos capacidad instalada ociosa).

Propiciar la difusión y comunicación de las nuevas propuestas y sus avances dado que se ha verificado que son factores decisivos para contrarrestar la resistencia al cambio. Las personas debidamente informadas se convierten en aliadas y muestran una mayor receptividad y apoyo respecto a los cambios que se proponen. De allí la importancia de incluir estas actividades de manera permanente y en todos los niveles de la implementación de la RISS. La información se debe hacer desde el inicio de cada cambio para generar aportes y propuestas; la diferencia es notoria, cuando se informa al final y se presenta una propuesta como un hecho consumado, muchas veces se obtienen reacciones desfavorables.

El proceso nos ha mostrado que no es lineal. Que ha sido frecuentemente interrumpido y que se trata de un cambio e implementación de largo alcance. Se trata de un proceso estratégico en constante movimiento para lo que hace conveniente recomendar para su implementación el “modelo de implementación de tareas” propuesto por Derick W. Brinkerhoff y Benjamin L. Crosby. En su propuesta el foco lo ubican en el “como” alcanzar los cambios que las políticas proponen. La respuesta es que la implementación de una política ha sido planteada de manera secuencial alrededor de 6 tareas: (1) construcción de legitimidad; (2) construcción de una corriente de opinión favorable; (3) acumulación o desarrollo de recursos; (4) diseño y modificación de la organización; (5) movilización de recursos; (6) monitoreo del proceso y su impacto.

Los autores señalan que cumplir secuencialmente y con éxito las primeras tareas son un requisito para obtener éxito en las siguientes. Sin embargo, precisan que, en la práctica, es posible a veces enfocarse en los temas que vienen más

adelante, sin haber acabado con los previos. Y en ocasiones algunas tareas pueden ser realizadas simultáneamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, G. (2005). *Plan de Monitoreo y seguimiento del Acuerdo de Gestión entre la DIRESA de La Libertad y la Red Integrada de Servicios de Salud*. Lima: PHR Plus.
- Alarcón, G., & Cosavalente, O. (2005). *Estrategias para la implementación del Acuerdo de Gestión entre la DIRESA de La Libertad y la RISSS*. Lima: Partnerships for Health Reform Plus, Abt Associates, Inc.
- Bitrán Asociados. (2000). *Principios de Economía de la Salud*. Santiago de Chile: Programa Flagship WBI.
- Centro Japonés de la Productividad. (1958). *The Productivity Movement in Japan*. Tokio: Agencia Europea de la Productividad.
- CIUP. (1998). *Costo de los Servicios de Salud en el Perú*. Lima: Proyecto 2000.
- DIRESA La Libertad. (1999). *Articulación de los Servicios de Salud en Redes Funcionales*. Trujillo: Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud.
- DIRESA, L. (2001). *Plan Estratégico y Acuerdo de Gestión entre el Sistema Hospitalario del Tercer Nivel de Trujillo y la DIRESA La Libertad*. Lima: Ministerio de Salud.
- Dranove, D., Durkac, A., & Shanley, M. (1996). Perspective: Are Multihospital Systems more Efficient? *Health Affairs* 15, No.1, 100-104.
- Edwards, N., S.Wyatt, & M.Mckee. (2005). *Configuring the hospital for the 21st century - Policy brief No.5*. London: European Observatory on Health System and Policies WHO.
- Edwards, N., S.Wyatt, & Mckee, M. (2004). *Configuring the hospital for the 21st century*. London: WHO European Observatory on Health Systems and Policies.
- Fisher, A. A., Laing, J. E., Stoeckel, J. E., & Townsend, J. W. (1991). *Manual para el Diseño de Investigación Operativa en Planificación Familiar*. México: The Population Council.
- Garvin, D. (1988). *Managing Quality. The strategic and competitive edge"*. The free Press.
- Gracia, M. A. (2004). *Propuesta de definición de la cartera de servicios para los hospitales Regional Docente y Belén de Trujillo, La Libertad*. Lima: PHR Plus.
- GRADE. (1999). *Sistema de Tarifas en los Servicios de Salud del Perú*. Lima: Proyecto 2000.
- Heneao, D., Vásquez, M., Vargas, I., & et.al. (2008). Integración Asistencial de Dos Organizaciones en Cataluña, España. *Revista de Salud Pública* 10 (1), 33-48.
- Hurtado-Dianderas, E., & Rivera, F. (2006). EL REQUERIMIENTO DEL MARCO EPISTEMOLÓGICO EN LAS TESIS DE POST GRADO. *Gestión en el Tercer Milenio, Rev. de Investigación de la Fac. de Ciencias Administrativas, UNMSM*, Vol. 9, Nº 17.
- INEI. (2015). *Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios*. Lima: INEI.

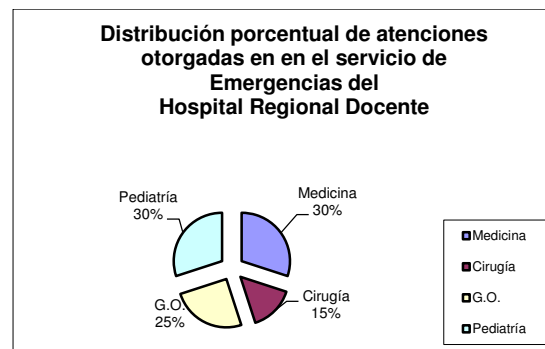
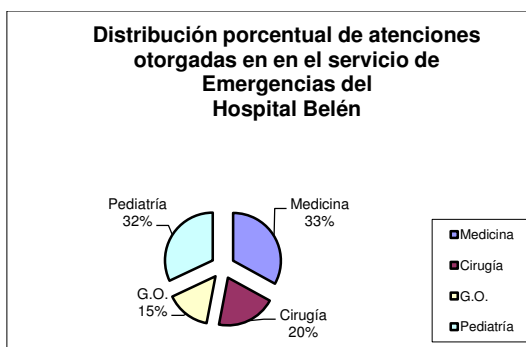
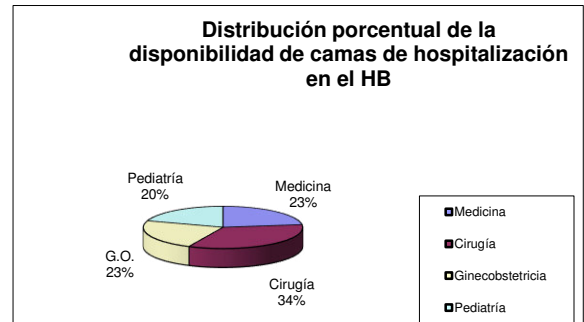
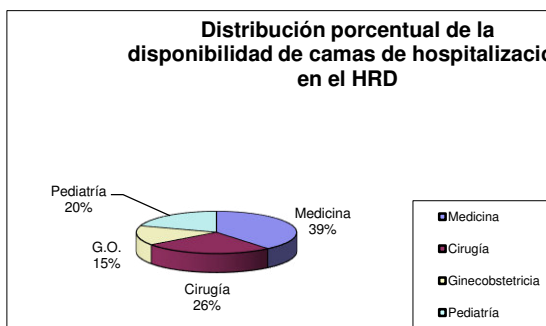
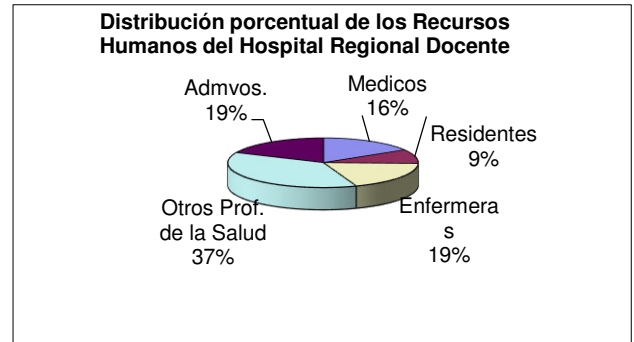
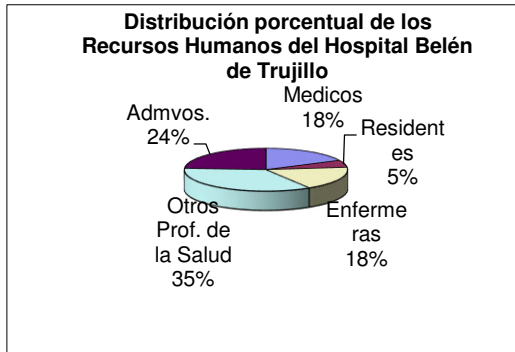
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (November de 2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, 1-6.
- Madueño, M. (2002). *Sistema de Tarifas y Exoneraciones: Línea de base y estudio de la Demanda de Salud*. Lima: Proyecto 2000, MINSA-USAID.
- Maister, D. (1983). Research in Service Operations Management. *Workshop on Teaching and Researching Production and Operations Management*. London: London Business School.
- MINSA. (2013). *Lineamientos y medidas de reforma del sector salud*. Lima: Consejo Nacional de Salud - Ministerio de Salud.
- Mosqueira, R. (1999). *Implementación del Sistema de Identificación de Usuarios (SIU) en el SHTN de Trujillo La Libertad*. Lima: Proyecto 2000 MINSA-USAID.
- OMS. (2000). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS.
- PAHO. (2011). *El desafío de los hospitales*. Santiago de Chile: PAHO-Chile.
- Pastor, A. (2004). *Sistema Integrado de Atención de Salud en la Provincia de Trujillo, La Libertad*. Lima: PHR plus.
- Peavy, M. (Setiembre-Octubre de 1962). Integración de Servicios de Salud Pública. *Salud Pública, Epoca V, IV(5)*, 737-741.
- PHR plus. (2004a). *Exposición de Motivos y Propuesta de Ley "Régimen de Gestión de Redes Integradas de Servicios de Salud*. Lima: PHR plus.
- PHR Plus. (2004b). *Sistema de Referencia y contrarreferencia en los servicios de Salud*. Lima: PHR Plus Cartillas de políticas.
- Ricart, J. E. (1986). *Una Introducción a los modelos de agencia*. Madrid: IESE Business School Universidad de Navarra.
- SSA. (2006). *Innovaciones en Gestión Hospitalaria en México: El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad / HRAE*. México: Secretaria de Salud (SSA) .
- USAID et. al. (2006). *Marco para la investigación operativa y ejecución dentro de los programas de salud y control de enfermedades*. Ginebra: El Fondo Mundial, USAId, TDR, ONUSIDA.
- Valor, J., & Ribera, J. (1988). *Algunos aspectos de gestión en instituciones sanitarias*. Valencia: CIRIEC.
- Valor, J., & Ribera, J. (1990). *Gestión de la Empresa Hospitalaria*. Navarra: IESE Business School Universidad de Navarra.
- Vázquez, M., Vargas, R., Farré, & J: Terraza, R. (2005). Organizaciones Sanitarias Integradas: Una guía para el analisis. *Revista Española de Salud Pública*, 79; 633-643.

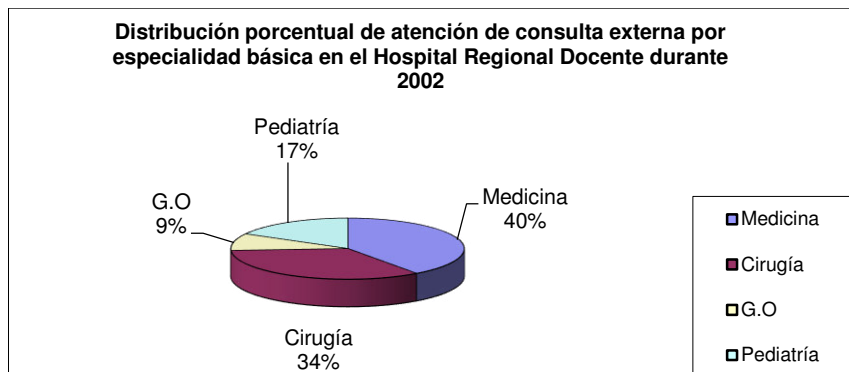
WHO. (1996). *Integration of Health Care Delivery. Technical Report Series 861*. Geneva: World Health Organization. WHO Study Group.

WHO. (2000). *Health Systems:improving performance*. Geneva: WHO.

Anexos

Anexo 1: Características de los Hospitales Belén y Regional Docente de Trujillo. La Libertad Año 2000





Anexo 2: Lista de instrumentos de coordinación y gestión del MGH y balance

AGOSTO 2005

Producto	Factores positivos	Factores Negativos	Pendientes
<p>I. Centro de Responsabilidad de Gestión</p> <p>Es una instancia de gestión operativa de la RISS, toma decisiones sobre: Planeamiento operativo con énfasis en el ordenamiento de la RISS Gestión del sistema de referencia y contrarreferencia Gestión clínica Gestión de la calidad (auditoria, etc.) Gestión de recursos humanos Gestión de sistemas de información Gestión financiera Gestión de quejas y reclamos Investigación y docencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantiene una larga e importante regularidad de funcionamiento - Mantiene registro de actas - Sus integrantes la reconocen como el espacio formal de decisiones conjuntas y concertadas - Se cuenta con el respaldo y aval político del Presidente Regional 	<ul style="list-style-type: none"> - Hay debilidades en el cumplimiento y seguimiento de las decisiones que se toman en el CRG. - El liderazgo del grupo no es asumido claramente - No se ha difundido en las organizaciones la importancia y las funciones del CRG como instancia de la RISS. - Los conflictos laborales de los hospitales produjeron desencuentros entre los miembros del CRG. Como consecuencia se han generado niveles de desconfianza que no permiten lograr la unidad del grupo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voluntad política para recomponer la unidad del grupo. 2. Mediante Resolución Directoral de la DIRESA, oficializar el CRG en sus funciones de dirección del proceso.

Producto	Factores positivos	Factores Negativos	Pendientes
<p>II. Acuerdo de Gestión</p> <p>Es la única herramienta que permite controlar el avance del logro o pérdida de las metas suscritas en el Acuerdo de Gestión. Adicionalmente constituye el medio para impulsar el cumplimiento del plan estratégico de los hospitales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La responsabilidad del seguimiento del cumplimiento o no de los indicadores del AG está asignada a funcionarios en cada institución. - El proceso de construcción de metas e indicadores ha involucrado muchos funcionarios y trabajadores de los hospitales y la red. - Los desarrollos técnicos que se usan en alguno de los indicadores del Acuerdo de Gestión se han completado y están listos para una implementación exitosa. Sus fundamentos y operación están validados con la evidencia técnica y práctica. - El bono en caso de cumplimiento de las metas del Acuerdo de Gestión cuenta con la factibilidad económica y legal, trabajadas por expertos nacionales y regionales. - Se ha llegado al nivel de generar planes operativos específicos para el cumplimiento de las metas planteadas en el Acuerdo de Gestión. - Existe interés en el Gobierno Regional por los beneficios del Acuerdo de Gestión, considerando la posibilidad de su aplicación en otros sectores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe la idea de que el trabajo sobre las metas del AG no forma parte de las responsabilidades propias, particularmente en los funcionarios de la DIRESA. - El proceso tuvo que enfrentar al escaso ordenamiento de la información necesaria para construir las mediciones de los indicadores, - Los períodos de conflictos laborales y paralizaciones han hecho lentas la dinámica del trabajo. - Falta de difusión a los niveles operativos de los hospitales y la red sobre el contenido del Acuerdo de Gestión. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Para que la medición de los indicadores y la presentación de los informes respectivos, cumplan el cronograma establecido en el Acuerdo de Gestión, es imprescindible ajustar al equipo responsable de la DIRESA. 4. Deben instalarse en la DIRESA, hospitales y Red, los mecanismos regulares de rendición de cuentas para el cumplimiento del trabajo. 5. La formulación de los planes de operativos de las estrategias para el logro de las Metas del AG son indispensables para la conducción efectiva del proceso. 6. Están pendientes de implementación las recomendaciones formuladas para corregir y hacer factible el otorgamiento

Producto	Factores positivos	Factores Negativos	Pendientes
			<p>del Bono por cumplimiento de las metas del AG.</p> <p>7. La contratación de un consultor que brinde asistencia técnica externa será un factor importante.</p> <p>8. Se hace necesaria la realización de una evaluación por parte del CRG, sobre la marcha de la implementación del AG hasta la fecha.</p> <p>9. Para la meta de atención a los pobres extremos, la implementación del sistema de información de focalización de hogares (SISFOH) pasa por hacer seguimiento a la solicitud enviada por el Gobierno a la Presidencia del Consejo de Ministros. La Presidencia Regional debe reiterar las gestiones para incluir a Trujillo en el cumplimiento del Decreto Supremo y Resolución Ministeriales respectivos.</p>

Producto	Factores positivos	Factores Negativos	Pendientes
			Entre tanto, en el marco del actual Acuerdo de Gestión suscrito, es necesario implementar una ficha de datos para la categorización de usuarios , de modo que se cuente con un instrumento único a nivel de la RISS.
<p>III. Resolución Ministerial N° 968-2004/MINSA del “SISTEMA HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL DE TRUJILLO”</p> <p>Constituye el aval nacional del trabajo regional, legitimándolo y abriendo grandes oportunidades de apoyo técnico y financiero desde el MINSA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La RM está vigente, existiendo el mandato de evaluación conjunta bimensual con el MINSA 	<ul style="list-style-type: none"> - Se está incumpliendo con la responsabilidad del monitoreo del proceso 	10. Es necesario redefinir la agenda del monitoreo con el MINSA, iniciar inmediatamente este trabajo.
<p>IV. Ordenanza Regional “RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La iniciativa partió de manera conjunta en el CRG. - El Presidente Regional ha comprometido su apoyo - El CRS la respalda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se ha demorado innecesariamente su emisión 	<p>11. La emisión de la Ordenanza debe ser inmediata.</p> <p>12. Se debe preparar el plan de implementación que se</p>

Producto	Factores positivos	Factores Negativos	Pendientes
<p>Constituye la partida de nacimiento del sistema regional, con este sustento legal todo el proceso se beneficia y tiene exigencias para impulsarse adelante</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El trámite administrativo está agostado, está en agenda de aprobación por el Consejo Regional - La propuesta contiene plazos inmediatos para plantear la implementación y conjuntamente mecanismos de rendición de cuentas ante el Gobierno Regional. 		<p>presentará ante el Consejo Regional. Dentro de dicha presentación debería pedir el respaldo respecto de los aspectos fundamentales para su viabilidad (plazos en la implementación en Trujillo; oficialización del Centro de Responsabilidad de Gestión; definición de la cartera de servicios de los hospitales y la red).</p>
<p>V. Sistema de Referencia y Contrarreferencia</p> <p>Es la columna vertebral de la RISS, a través de este sistema se garantizará la continuidad de la atención del paciente y su atención integral</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se cuenta con la norma nacional para la categorización de establecimientos de salud. - El trabajo de diseño está prácticamente concluido. - La implementación se hará tomando en cuenta las unidades del Seguro Integral de Salud (SIS), que ya vienen funcionando. - Se cuenta con el personal de PROGRESA Gerentes 1, 2 y 3 	<ul style="list-style-type: none"> - No ha sido diseñado un sistema de información para el sistema de referencia y contrarreferencia. - No ha sido definida como puerta de entrada a la RISS el primer nivel de atención. Esto debería ir acompañado de los incentivos necesarios para que la población acuda a atenderse al primer nivel y no a los hospitales. -No ha sido definida la cartera de servicios que resolverá cada hospital, centros y puestos de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> 13. Incluir el diseño de un sistema de información para el sistema de referencia y contrarreferencia. 14. En vista que un Sistema de Ref. y Contrarreferencia es un instrumento ordenador de la demanda haciéndola más eficiente, es necesario definir una puerta de entrada a este sistema de atención, la que deberá ser el primer nivel de atención. 15. La contratación de un experto local permitirá reforzar el trabajo de la dirección de servicios en la

Producto	Factores positivos	Factores Negativos	Pendientes
			<p>realización de las actividades planteadas.</p> <p>16. Se debe convocar a los progresistas para esta tarea.</p>
<p>VI. Cartera de Servicios</p> <p>Es el producto esencial del proceso, entre tanto no se defina la incertidumbre no facilitará la integración y los nuevos desarrollos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La experiencia intensa y el amplio intercambio entre el personal de los hospitales, la Red Trujillo y la DIRESA, han marcado la dinámica de este proceso. - Se contó con la asistencia de expertos internacionales y nacionales, para concretar la formulación de la propuesta. - Se cuenta con un Documento de Trabajo con los principales criterios de diferenciación y complementación. - El concepto de <i>Integración del Sistema Regional</i> goza del consenso general, de modo tal que la complementación es una idea aceptada y compartida por ambos hospitales y la red. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se reconoce que la contraposición de los intereses personales generan la mayor resistencia al cambio. Estas circunstancias han demorado la implementación de actividades en los plazos previstos. - El grado de susceptibilidad ha creado desinformación y decidía para avanzar. - Se tiene la percepción de no contar con un sustento político suficiente 	<p>17. Se debe concluir con la realización de los “Diálogos RISS”, en cada hospital que permita establecer las propuestas para definir la diferenciación y complementación en el marco del sistema hospitalario. Los hospitales fijaron como fecha límite el 30 de agosto.</p> <p>18. El CRG debe reforzar su liderazgo en el proceso, conduciendo la negociación y definición progresiva de acuerdos que permitan avanzar en la implementación de la RISS.</p> <p>19. Será necesario considerar la asistencia técnica externa de orden técnico y metodológico.</p>

Producto	Factores positivos	Factores Negativos	Pendientes
			20. La aplicación del “ autocenso de servicios ” permitirá conocer (con sus resultados) el detalle del desempeño real de los establecimientos.
<p>VII. Guías de Práctica Clínica</p> <p>La GPC contiene las actividades que se deben realizar sobre pacientes con determinadas patologías, en sus aspectos de promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento (cuidados crónicos), desarrollando estas acciones en el nivel asistencial en que la actividad es más eficiente. La GPC propone todas las actividades que hay que realizar, por parte de todo el personal de salud y en todos los niveles de atención, a lo largo de toda la historia natural de la enfermedad, precisando la relación entre los profesionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se han constituido 17 grupos de trabajo para elaborar guías de práctica clínica sobre temas priorizados en conjunto por los hospitales y la red, bajo criterios de prevalencia, trascendencia para la comunidad, mayor demanda. - La mitad de los grupos tienen un avance de trabajo al 100% de acuerdo al cronograma previsto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hay una escasa participación en el trabajo realizado por parte de los representantes de la Red. - No hay supervisión y monitoreo por parte de la DIRES 	<p>21. Es necesario que un directivo de la DIRES haga el acompañamiento y de soporte al proceso.</p> <p>22. El Director de la DIRES debe pedir informe del avance. Una vez concluido el trabajo estas Guías de Práctica Clínica deberán ser reconocidas por Resolución Directoral para su aplicación en la Región</p>

Producto	Factores positivos	Factores Negativos	Pendientes
<p>VIII. Plan de Comunicaciones RISS</p> <p>Permitirá crear un clima de confianza entre los trabajadores evitando la desinformación y su falta de participación en el proceso</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existe un consenso y acuerdo formal en el CRG para la implementación de campañas de comunicación respecto de la RISS. 2. Se están desarrollando reuniones de debate técnico de estos aspectos (por ej.: Diálogos RISS) 3. Ya se cuenta con un plan diseñado en conjunto por los encargados de comunicación de las mismas instituciones. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. La alta sensibilidad por la diferenciación de la cartera de servicios de los hospitales y la desinformación de la mayoría de trabajadores han generado un ambiente hostil para avanzar en el proceso de desarrollo de la RISS. 5. El CRG no ha hecho cumplir su acuerdo de implementación del Plan que aprobó. 	<p>23. Implementar sin demora las acciones planteadas en el Plan de Comunicaciones, entre ellas el Boletín RISS.</p>
<p>IX. Implementación del Sistema Galenhos</p> <p>El sistema ha sido “hecho a la medida”, ha mejorado la atención a los pacientes en la consulta externa y ordenado los procesos administrativos conexos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todos los módulos del sistema se han implementado, se están dando los ajustes finales. En el Hospital Belén están plenamente operativos. 2. Los directivos del Hospital Regional conocen plenamente sus alcances. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. No hubo consenso en la implementación para ambos hospitales 4. La DIRESA aún no asume su responsabilidad rectora en cuanto al desarrollo informático regional 	<p>24. La DIRESA, específicamente el área de estadística e informática debe hacerse cargo del monitoreo del sistema Galenhos implementado en el Hospital Belén, y establecer los lineamientos para la homogenización de los otros sistemas informáticos regionales.</p>
<p>X. Implementación del SOAT</p> <p>Constituye un gran beneficio económico para los ingresos del hospital y la exigencia de mejorar la gestión de los casos pacientes complejos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La experiencia de la Unidad de Seguros del Hospital Belén ha alcanzado un alentador nivel de desarrollo. 2. Las visitas de asesoramiento han sido frecuentes y se han dejado recomendaciones específicas a cada hospital para avanzar en el proceso de implementación. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Este trabajo mantuvo un bajo perfil de realización, a pesar de ser una buena oportunidad de financiamiento para los hospitales. 5. Los directores de hospitales no tuvieron el apoyo de los departamentos y servicios 	<p>25. Reforzar las unidades de seguros implica la asignación apropiada de personal a estas unidades, particularmente médicos que se especialicen en la gestión de los casos.</p>

Producto	Factores positivos	Factores Negativos	Pendientes
	3. Los hospitales, Red Trujillo y DIRESA se han beneficiado con la entrega de dotaciones de libros de utilización necesaria: Directiva SOAT y Clasificación CIE-10.	convocados, particularmente de los profesionales médicos. 6. Las unidades de seguros son débiles	26. El trabajo especializado de estas unidades deberán reportarse directamente a la Dirección Ejecutiva , para que sus decisiones y conclusiones sean canalizadas a las instancias que correspondan.
XI. PROGRESA La DIRESA cuenta con un contingente de 70 funcionarios con capacidades gerenciales que se han alineado respecto del logro del Proyecto de Cambio Regional	1. Se ha concluido satisfactoriamente los programas (10 docentes, 70 progresistas) en todos los niveles y redes. 2. La principal materia desarrollada ha sido el Proyecto de Cambio presentado por la DIRESA	3. Se ha descuidado la relación y seguimiento de la DIRESA con los progresistas	27. Debe retomarse el Proyecto de Cambio para su ejecución, convocando a los progresistas y asignando responsabilidades específicas

Anexo 3: Limitaciones para cambios en el financiamiento de los hospitales, 2005.

Se requiere un mayor grado de decisión en la gestión del personal, presupuesto, endeudamiento y adquisiciones en los términos siguientes:

Los Cuadros para Asignación de Personal – CAP y Presupuesto Analítico de Personal – PAP de la RISS se aprueban por Resolución del Titular del Pliego. En estos se considerarán todas las plazas requeridas para el cumplimiento de las metas institucionales. El Titular del Pliego deberá gestionar los recursos requeridos para la contratación de personal conforme a lo dispuesto en el nuevo Cuadro de Asignación de Personal – CAP y Presupuesto Analítico de Personal – PAP propuesto.

El personal de la RISS se regirá por la Ley Marco del Empleo Público. El personal de rendimiento sujeto a observación será reasignado al Gobierno Regional mientras su calificación es evaluada por el Consejo Superior del Empleo Público según se expresa en la Ley del Empleo Público.

Los cambios temporales o permanentes por necesidad del servicio de una unidad de trabajo a otra en una misma entidad o en entidad distinta, si no implican cambio de residencia, no requerirán autorización del personal involucrado.

La RISS tiene régimen de contrataciones y adquisiciones privado, pero con aplicación de los principios de la contratación del Estado previstos en la Constitución Política del Perú. Todas las decisiones son adoptadas por los Directores Generales o por quien establezca el reglamento de adquisiciones y contrataciones que se apruebe. No se rigen por el TUO de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado aprobado por Decreto Supremo N° 012-2001-PCM, ni por su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 013-2001-PCM o normas modificatorias; ni se les aplica los montos para la determinación de los Procesos de Selección previstos en las Leyes de Presupuesto del Sector Público.

La contratación de los bienes y servicios requeridos por la RISS se realiza a través de concursos o adjudicación directa, mediante procedimientos, excepciones y montos cuyas características se establecen en los reglamentos que apruebe el Directorio. Los reglamentos deberán prever procedimientos que garanticen que la elección de los proveedores, contratistas y consultores sea el resultado de un proceso de selección entre

varios candidatos o que las condiciones de calidad del servicio y de costo ofrecidas estén entre las más competitivas del mercado. Los proyectos de **inversión con recursos públicos en la RISS se rigen por la Ley del Sistema General de Inversión Pública.**

Los hospitales y la administración de los establecimientos del primer nivel de atención como Unidades Ejecutoras bajo el régimen de gestión de RISS formularán su presupuesto siguiendo las normas de la Ley General de Presupuesto del Sector Público y la Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto. Adicionalmente, los hospitales formularán el presupuesto anual de los servicios de hospitalización con base en el cálculo de Grupos Relacionados por Diagnóstico, según pautas metodológicas que serán aprobadas por el MINSA.

Los hospitales y la administración de los establecimientos del primer nivel de atención bajo el régimen de gestión de RISS pueden realizar modificaciones presupuestarias en el Nivel Funcional Programático, sin las limitaciones establecidas en la Ley de Presupuesto del Sector Público y en la Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto y sin requerir autorización o regularización del Titular del Pliego. En particular, la RISS tendrá libre disponibilidad de sus recursos directamente recaudados. Las decisiones a este respecto se sujetarán a los lineamientos aprobados por el Directorio.

Las modificaciones presupuestarias que se efectúen deben permitir asegurar el cumplimiento de las metas presupuestarias, de acuerdo a la oportunidad de su ejecución establecida en la Programación de Metas Presupuestarias, según la priorización de gastos aprobada por el Directorio.

En cuanto al endeudamiento, la RISS podrá celebrar operaciones de crédito interno, concertadas con cargo a la fuente de financiamiento de recursos directamente recaudados y sin aval o garantía del Estado, por montos no superiores a 50 UIT anuales, sin ceñirse a los procedimientos y requisitos de la Ley de Endeudamiento del Sector Público.

Anexo 4: Resultados de Entrevista a informantes claves

Al procesar los resultados de las entrevistas se obtuvieron como respuestas a la pregunta ¿Qué objetivos tuvo la implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria Descentralizada (MGH) en los hospitales de Trujillo?:

De acuerdo a la opinión de los entrevistados hay una coincidencia de opiniones en un 82% que el principal objetivo del MGH era desarrollar la complementariedad de los servicios de salud en un sentido vertical reordenando la provisión de los servicios desde las redes periféricas del MINSA hasta el Sistema Hospitalario de tercer nivel como parte de una única red. Podría complementarse de esta forma la oferta de servicios de mayor complejidad proveyendo una atención integral al usuario.

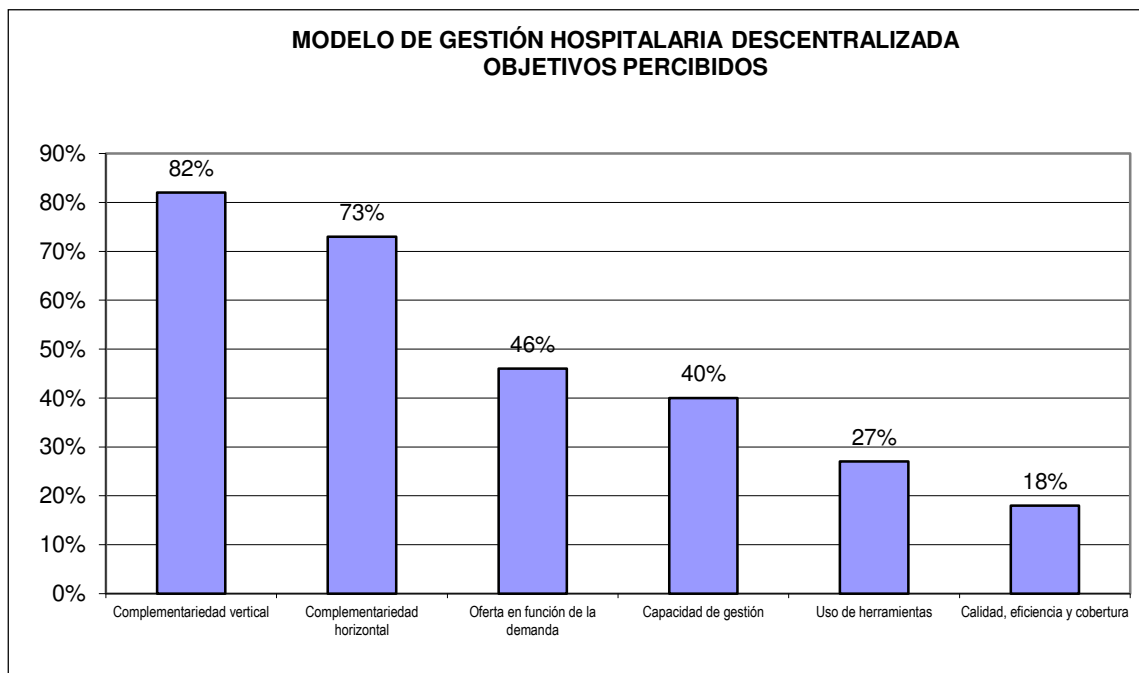
En un 73% los entrevistados opinan que el principal objetivo del MGH era desarrollar la complementariedad y diferenciación de ambos hospitales, tanto en los equipos de prestación de servicios como los equipos administrativos. Ello implica la construcción de un sistema hospitalario con los recursos disponibles aprovechando las potencialidades de cada hospital.

En un 46% la opinión era que el objetivo de MGH está relacionado con el reordenamiento de la oferta de los servicios de salud en función de las necesidades de la demanda de la región.

El 40% de los entrevistados opina que el objetivo de MGH está relacionado con la mejora de la gestión tanto de los hospitales como de la DIRESA La Libertad.

El 27% de los entrevistados opina que el objetivo era implementar herramientas que fomenten una mejora en la gestión entre ellas resaltan la importancia del uso de indicadores.

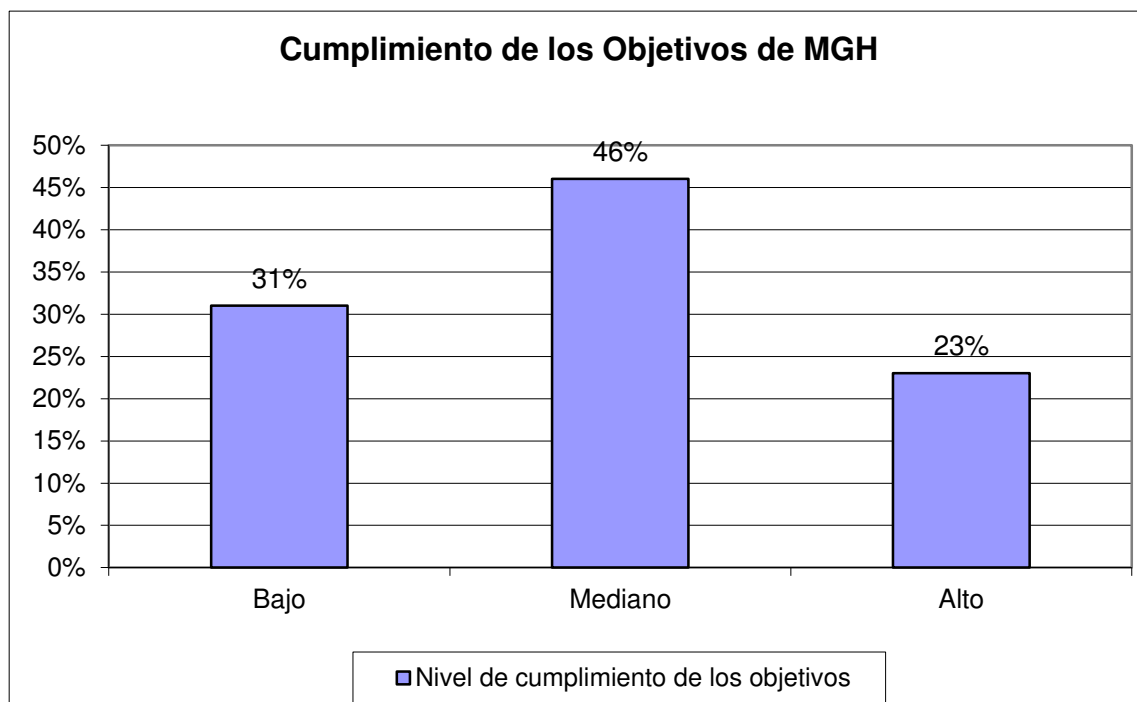
El 18% de los entrevistados opinan que el objetivo era mejorar la calidad de la atención a los usuarios priorizando calidez y eficiencia, sin descuidar la protección a la población más vulnerable.



Fuente: Entrevistas a actores seleccionados proceso MGH. Elaborado: PHRplus

De acuerdo a la opinión de los entrevistados la percepción del nivel de cumplimiento de dichos objetivos es como sigue:

- El 31% de los entrevistados opinó que hubo un bajo cumplimiento de los objetivos
- El 46% de los entrevistados opinó que hubo un nivel medio de cumplimiento de los objetivos y,
- Un 23% de los entrevistados opinó que hubo alto cumplimiento de los objetivos.



Fuente: Entrevistas a actores seleccionados proceso MGH . Elaborado: PHRplus

Al procesar los resultados de las entrevistas se obtuvieron como respuestas a la pregunta ¿De qué o quién (es) ha dependido que el objetivo se cumpla o no?:

1. Falta de liderazgo. Ha faltado liderazgo tanto a nivel de la DIRESA La Libertad como de los hospitales.
2. Falta de continuidad en puestos clave. Ha faltado continuidad en los agentes participantes en el proceso de MGH: los cambios de jefes intermedios implicaron que los nuevos no tuviesen suficiente información y/o identificación como para comprometerse con el proceso.
3. Falta de difusión y motivación. Faltó difusión tanto de las metas como del progreso del MGH hacia todo el personal de los hospitales. Así mismo, faltó mayor información de cómo cada agente puede participar en el logro de las metas trazadas.
4. Carencia de compromiso. Falta de compromiso tanto institucional como personal. No ha habido involucramiento e identificación del personal con los objetivos de MGH.
5. Falta de asistencia técnica.

Al procesar los resultados de las entrevistas se obtuvieron como respuestas a la pregunta ¿Cuáles son los hitos (eventos o momentos importantes) que han marcado el desarrollo del proceso?:

1. Desarrollo del Plan Estratégico (2do. trimestre del 2001).
2. Firma del Acuerdo de Gestión (2do. trimestre del 2001).
3. Constitución de los Centros de Responsabilidad (4to. trimestre del 2001).
4. Cambio de autoridades en la DIRESA de directores de hospitales y jefaturas (1er. trimestre del 2002).
5. Fin de la asistencia técnica del Proyecto 2000 (2do. trimestre 2002).

Al procesar los resultados de las entrevistas se obtuvieron como respuestas a la pregunta ¿Si usted tuviera que repetir la experiencia en otra región del país, en otros hospitales? ¿Cómo haría el proceso de implementación de la experiencia?:

1. Talleres de sensibilización y compromiso según áreas comunes de interés.
2. Mostrar evidencias claras del avance: resultados concretos y visibles.
3. Involucrar a un mayor número de personal a través de información.
4. Incluir el trabajo de MGH dentro de la programación horaria.
5. Fortalecer un mayor apoyo institucional del MINSA.
6. Fortalecer el intercambio y apoyo entre oficinas similares en los hospitales.
7. Fijar una fecha regular para asistencia técnica (por ejemplo, cada tercera semana del mes).
8. Desarrollo del estudio basal y de diagnóstico para identificar puntos críticos en los que es necesario la asistencia técnica. Evaluación de la cultura organizacional de la institución.
9. Realizar un análisis verdaderamente crítico en las reuniones técnicas. Evaluar el cumplimiento de los acuerdos.
10. Difusión a todo nivel de las estrategias y del avance en el cumplimiento de estas. Reuniones, encuestas, boletines u otros mecanismos que fomenten el involucramiento de todos en el proceso.
11. Institucionalización a través del acompañamiento del MINSA a lo largo de todo el proceso. Compromiso efectivo de la DGSP. Tiene que haber coherencia de políticas.
12. Motivación y compromiso de las autoridades tanto a nivel central como departamental.

13. Fortalecer la motivación y las capacidades de los funcionarios claves, como son por ejemplo los responsables de servicios, unidades o departamentos. Se debe focalizar el trabajo con los médicos dado que son ellos los que lideran. Fortalecer los Centros de Responsabilidad.
14. Fortalecimiento del manejo de recursos humanos. Se debe asignar a las personas según sus habilidades. Incluir el MGH como parte de la labor de gestión hospitalaria.
15. Definir un equipo dentro de los hospitales que lidere el proceso.
16. Debe existir mayor comunicación con los trabajadores por parte de los líderes.

Al procesar los resultados de las entrevistas se obtuvieron como respuestas a la pregunta ¿Qué sugerencias tiene usted para el desarrollo del plan de asistencia técnica al Sistema Hospitalario de Trujillo en los años 2003 – 2004?:

1. Fortalecer el funcionamiento de las redes de salud pública. Desarrollo de un sistema de referencia y contrarreferencia de modo que los hospitales solo se encarguen de la alta complejidad.
2. Desarrollar un plan de inversiones para los hospitales.
3. Fortalecer el manejo de recursos humanos al interior de los hospitales y de la DIRESA La Libertad de modo que se optimice el uso de las capacidades disponibles.
4. Mejorar los sistemas de información y capacitar en el uso de los resultados para una mejora de la gestión.
5. Establecer un plan de trabajo que desarrolle la complementariedad entre los hospitales con el objetivo de alcanzar el Sistema Hospitalario de Tercer Nivel. Así mismo fomentar el intercambio de experiencias entre personal de ambos hospitales de modo tal que se posibilite corregir debilidades.
6. Incluir a todos los estamentos de los hospitales en las reuniones de MGH; sin embargo, se deben realizar también reuniones específicas para cada equipo de trabajo.
7. Designar un funcionario de jerarquía que lidere los procesos de mejora dentro de cada uno de los hospitales. Se debe priorizar la institucionalización del proceso. Dicho líder deber estar apoyado continuamente por un equipo de trabajo de MGH.
8. Crear capacidades en la DIRESA y en los hospitales. Orientar en el uso de herramientas.

Anexo 5: Guía de entrevista a actores clave

Para conocer la percepción sobre el proceso de implementación se diseñó un cuestionario que fue aplicado a los actores clave del proceso. Con la intención de que la muestra fuera representativa se incluyó a directivos del Gobierno Regional de La Libertad, de la DIRES, de los hospitales, de la Red Trujillo y centros de salud.

Primera Sección:

La sección de seis preguntas con relación a que para construir institucionalidad para implementar un cambio se requiere que los tomadores de decisiones clave deben ver la política a ser implementada como algo legítimo tuvo las siguientes preguntas:

1. ¿Percibe usted que existe una sensación de urgencia o interés por un cambio real para la conformación de una red integrada de servicios de salud (RISS) entre los hospitales y los establecimientos periféricos de salud en Trujillo, de tal manera que el resultado mejore la atención a los pacientes? 100% opinó que sí.
2. ¿Cuáles piensa Ud. que son los objetivos que se persigue al conformar la RISS?
El 91% de los entrevistados opinaron que se busca ordenamiento, desarrollo y eficiencia de los servicios de salud. El 3% refirió que se buscaba la recategorización hospitalaria.
- 3.. ¿A quiénes identifica como participantes clave del proceso? ¿Cuál es el grado de compromiso con el que calificaría la identificación de estas personas con este cambio? ¿Considera Ud. que se han fortalecido las capacidades de dichos participantes? El 98% identificó a la DIRESA como participante clave; el grado de compromiso fue estimado en 67%; y la opinión sobre el fortalecimiento de las capacidades de los participantes también tuvo un porcentaje importante de 62%.
4. ¿Qué espacios han existido para el desarrollo del proceso de discusión de implementación de la RISS? ¿Qué actividades se han diseñado para la discusión e implementación de la RISS?. Se mencionó el plan de trabajo y cronograma, así como las reuniones de las autoridades de ambos hospitales con personal de la DIRESA y especialistas técnicos de la cooperación internacional.

5. ¿Cuál ha sido el rol del Gobierno Regional para el proceso de implementación de la RISS y el Acuerdo de Gestión? ¿Y cuál debe ser el rol del Gobierno Regional para el futuro de estos procesos?. No se identifica un rol claro para el Gobierno Regional en temas de la red, pero sí para el cumplimiento del pago de incentivos del Acuerdo de Gestión.
6. ¿Qué mecanismos de comunicación relevantes se han creado para la comunicación hacia los equipos, profesionales y trabajadores respecto del cambio que se quiere implementar?

Concluimos con base a estas 6 primeras respuestas que como grupo u organización están convencidos que este cambio es necesario, pero no identifican un liderazgo dispuesto a asumir riesgos.

Segunda Sección:

La segunda sección de 5 preguntas sobre la formación de una corriente de opinión favorable y participación de los beneficiarios del cambio tuvo las siguientes preguntas:

7. ¿Quiénes considera Ud. son los beneficiarios de la implementación de la RISS? ¿Y por qué?
8. ¿Quiénes considera Ud. vienen siendo los conductores del proceso de implementación de la RISS? ¿Qué opina Ud. sobre la relación entre los conductores y entre éstos con los beneficiarios mencionados?
9. ¿Cómo calificaría Usted el grado de difusión y acuerdos que se ha tenido con los actores clave en el proceso de implementación de la RISS? ¿Por qué?
10. ¿Quiénes considera Usted son los actores que se oponen a la implementación de la RISS? ¿Por qué?
11. ¿Cómo considera la relación con quienes se sabía opositores? ¿Qué acciones propondría con relación a estos actores?

Concluimos con bases a estas 5 respuestas que como grupo u organización consideran que aún no se ha creado una corriente de opinión lo suficientemente favorable y es necesario movilizar un mayor número de actores comprometidos con el cambio.

Tercera Sección:

La sección con 4 preguntas sobre la asignación de recursos para implementar el cambio tuvo las siguientes preguntas:

12. ¿Qué importancia le asigna Usted a la definición de la cartera de servicios para el desarrollo de la RISS? ¿Por qué?
13. ¿Cómo debió realizarse el proceso de definición de carteras de los servicios entre la Red Trujillo y los hospitales y, a su vez, entre los hospitales Belén y Regional?
14. ¿Qué tipo de decisiones financieras o presupuestales se han tomado para la implementación de la RISS? ¿Quiénes las han tomado?
15. ¿Se ha incentivado las alianzas con otras agencias, ONGs, grupos comunitarios para el apoyo al proceso?

Concluimos con esta tercera sección de preguntas, que para los entrevistados es importante el cambio, pero a la vez no existe la percepción clara de que se ha asignado tiempo y recursos para la implementación de la RISS.

Cuarta Sección:

La sección con 5 preguntas sobre la modificación de las estructuras organizacionales tuvo las siguientes preguntas:

16. ¿Qué grado de compromiso han alcanzado las unidades operativas en la DIRES, los hospitales y la Red Trujillo para el cambio?
17. ¿Cuáles han sido las nuevas instancias organizativas o esquemas de organización creados durante el proceso de implementación de la RISS? ¿Cuál ha sido su aporte en el proceso? ¿Cómo se han incorporado con las instancias existentes?
18. ¿Cómo se ha impulsado la generación de capacidades para la implementación de los procesos de implementación de la RISS? ¿qué referencias puede dar sobre el aporte del PROGRESA al proceso?
19. ¿Cree Usted que se han fortalecido o creado vínculos o relaciones relevantes como resultado del proceso de implementación de la RISS? ¿qué grado de desarrollo han alcanzado?
20. ¿Usted considera que se han fomentado el trabajo en equipo?

Concluimos con base a esta cuarta sección de 5 preguntas, que para los entrevistados es importante el cambio, reconocen los efectos de trabajo conjunto y que existen instancias como el Centro de Responsabilidad de Gestión para liderarlo, pero el grado de compromiso es visto como pobre.

Quinta Sección:

La sección 5 sobre la movilización de los recursos de las organizaciones para lograr los resultados esperados de la RISS (7 preguntas) tuvo las siguientes preguntas:

21. ¿Qué opinión le merece el Acuerdo de Gestión en el proceso de implementación de la RISS?, ¿qué utilidad le reconoce al Acuerdo de Gestión?
22. Según su opinión, ¿existen incentivos para la implementación del Acuerdo de Gestión? ¿Cuáles son estos incentivos?

23. ¿Han existido temas de resistencia y conflicto para la implementación del AG? ¿Cuáles han sido los principales temas de resistencia y de conflicto? y ¿qué mecanismos de negociación se han implementado?
24. ¿Cómo calificaría el desempeño del Centro de Responsabilidad de Gestión? ¿Cuáles son sus principales fortalezas y debilidades?
25. ¿Podría mencionar algunas decisiones tomadas que se han constituido en factores de éxito para el cumplimiento del AG?
26. ¿Cómo evalúa usted los esfuerzos y acciones de comunicación utilizados durante el proceso de elaboración del AG?, ¿qué es lo positivo identificable en estos aspectos?, ¿qué es lo negativo?
27. ¿Considera que las metas establecidas en el Acuerdo de Gestión son realistas? ¿Por qué?

La quinta sección consta de 7 preguntas, y los entrevistados responden con relación al Acuerdo de Gestión que lo reconocen como instrumento para expresar los resultados que se pueden producir al implementar la RISS. El 88% lo reconocen como un buen instrumento, que inspira confianza, los problemas que ven se relacionan con su falta de difusión y profundizar la información sobre indicadores y metas. Reclaman mayor liderazgo e información por parte del CRG. Señalan a la ordenanza regional y la resolución ministerial como buenos soportes.

Sexta Sección:

La sección sobre el monitoreo del proceso de implementación de la RISS y su impacto tuvo las siguientes preguntas:

28. ¿Cuáles considera usted los mecanismos óptimos para fortalecer la medición de los avances del Acuerdo de Gestión y de la RISS? ¿Por qué?

29. Considera Usted, que han sido generadas capacidades en los equipos de la DIRESA, Red y hospitales para la medición e implementación de los AG y la implementación de la RISS? ¿Por qué? ¿Qué opina sobre la sostenibilidad de estos procesos?

30. ¿Cuáles son los principales aprendizajes que Usted ha desarrollado como resultado de su participación en el proceso de implementación de la RISS?