

Evaluación del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria en su Primera Fase de Implementación.

[Proyecto MSH/ULAT Honduras Componente de Reforma y Descentralización]

[Marzo 2013]

Palabras Clave:

[Evaluación; Variables; Objetivo; Reordenamiento; Gestión Hospitalaria; Indicadores; Monitoreo; Información; Instancias Intermedias; Estándares; Gerencial; Enfoque; Buenas Prácticas; Conducción; Flujo de Información; Instrumentos; Monitoreo; Medición; Tabulación; Resultados; Personal Médico; Seguimiento; Resultado; Dirección; Conducción; Servicios Finales; Comité]

Key words:

[Evaluation, variables, objective, reorganization, hospital management, indicators, monitoring, information, standards, managerial, focus, best practices, leadership, flow of information, tools, monitoring, survey, tabulation, results, private doctor, follow up, results, service delivery, committee.]

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of [The United States Agency for International Development (USAID) under the USAID/Honduras] Number [AID-522-C-11-000001]. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud
Management Sciences for Health
Tegucigalpa M.D.C.
Honduras C.A.
Telephone: (504) 2235-5919
www.msh.org



***Evaluación del
Reordenamiento de la Gestión
Hospitalaria en su Primera Fase
de Implementación***

2008 - 2011

HONDURAS

Agosto 2012



La elaboración de este estudio ha sido posible gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido del mismo es responsabilidad del Proyecto ULAT y no necesariamente refleja el punto de vista de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.

TABLA DE CONTENIDO

I.	RESUMEN EJECUTIVO	4
II.	INTRODUCCIÓN.....	6
III.	OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN	7
	a) Objetivo General:	7
	b) Objetivos Específicos:.....	7
I.	OBJETIVO ESPECÍFICO NO. 1	9
	1.1 Metodología:.....	9
	A.- Indicadores de procesos clínicos seleccionados:.....	9
	B- Indicadores de procesos administrativos seleccionados:	10
	2.1 Metodología:.....	23
2.	OBJETIVO ESPECÍFICO NO. 3.....	29
	2.1 Metodología:.....	29
3.	OBJETIVO ESPECÍFICO NO. 4.....	35
	3.1 Metodología.....	35
4.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES.....	39
5.	ANEXOS.....	40

I. RESUMEN EJECUTIVO

Durante el periodo comprendido entre febrero y junio del 2012 se llevó a cabo la evaluación del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH) teniendo como objetivo general realizar este ejercicio de tal manera que, se puedan ofrecer oportunidades de mejora en el funcionamiento y replanteamiento de esta normativa. Los objetivos específicos planteados incluyeron realizar un análisis de los **avances en los procesos y resultados** del RGH a partir de los datos de los indicadores del Cuadro de Mando Gerencial (CMG) presentados por los hospitales durante un período de 36 meses (Ene. 2009 – Dic. 2011), constatar la **calidad de los 49 indicadores** del Cuadro de Mando Gerencial (CMG) mediante la aplicación de cinco criterios de calidad, analizar las barreras y los factores facilitadores en el **análisis de la información y la toma de decisiones** para cada uno de los momentos gerenciales identificados y analizar las barreras y los factores facilitadores para lograr el **empoderamiento del Personal Clave** del Hospital en la implementación del RGH.

Cada objetivo específico se desarrolló en capítulos individuales que incluyeron una descripción metodológica y presentación de los resultados. En los cuatro objetivos se incorporó los resultados de un taller consulta con 11 hospitales llevado a cabo en septiembre de 2012 en que se revisó los resultados de la información obtenida en los momentos previos del proceso de evaluación.

Para cumplir con el objetivo específico 1 se realizaron consultas a equipos técnicos de 19 hospitales y se analizaron 12 indicadores de los 49 que componen el CMG en términos de su tendencia en el periodo evaluado, cumplimiento de estándares, causas relacionadas, intervenciones realizadas y recomendaciones. El 70% de los hospitales muestra tendencia positiva para los siete indicadores de naturaleza clínica que fueron evaluados y el 75% de ellos para los restantes cinco indicadores que eran de índole administrativo. En general, el cumplimiento de los estándares para los indicadores que miden tanto los procesos clínicos como los administrativos es bajo. La mayoría de las causas identificadas para el no cumplimiento están relacionadas con problemas gerenciales, de indisciplina y desmotivación, mientras que las acciones tomadas por los hospitales, así como sus recomendaciones para el futuro, están relacionadas con los problemas identificados. El 81% de las recomendaciones están orientadas a las tres instancias que están en la línea de mando gerencial (Servicios clínicos, Director y Nivel central) y solo el 19% a la región y los servicios intermedios o de apoyo del hospital.

Para cumplir con los restantes objetivos específicos se seleccionaron seis hospitales subdivididos en dos grupos con avances opuestos en el desarrollo del RGH, en los cuales se obtuvo información a partir de revisión documental de los informes del RGH y de las fuentes de información de indicadores seleccionados, observación directa de la elaboración del CMG y entrevistas a informantes claves.

En el objetivo 2 se evalúa la calidad de los 49 indicadores del CMG del RGH a través de la aplicación de cinco criterios de calidad: utilidad, oportunidad, disponibilidad de fuentes, confiabilidad y consistencia. Los hallazgos sugieren que las características intrínsecas de los indicadores que conforman el CMG del RGH no presentan dificultades en su manejo, aunque se identificaron observaciones relacionadas con sus propiedades en 28 de los 49 indicadores. En los hospitales donde ha habido estabilidad del director y la relación de este con el coordinador de la UGI es permanente y fluida, los indicadores del CMG se consideran útiles, prácticamente no tienen problemas de disponibilidad y oportunidad y son bastante consistentes y confiables. Para los hospitales los indicadores que ya alcanzaron el estándar establecido se consideran pocos útiles, igualmente aquellos indicadores cuya construcción depende en que las normas no están adecuadamente implementadas o se encuentran desactualizadas.

En el objetivo 3 se analizan las barreras y los factores facilitadores en el análisis de la información y la toma de decisiones en cada uno de los momentos gerenciales identificados de la Gestión Hospitalaria, organizándose para ello grupos focales con participación de los integrantes del consejo consultivo de

cada uno de los seis hospitales incluidos en la evaluación. Los hospitales con mayor desarrollo en el RGH consideran que las facilitantes y limitantes están orientadas a procesos gerenciales y mucho menos a los aspectos como capacitación, motivacionales o de otra índole. En cambio, en los otros hospitales consideran que las facilitantes y barreras son producto de una mezcla de todos los aspectos evaluados.

Con el objetivo 4 se evalúan los factores facilitadores y las barreras que condicionan el empoderamiento que el personal clave de los hospitales evaluados, tienen sobre el RGH. Para ello, se realizaron un total de 36 entrevistas a personal clave de la gestión, en los seis hospitales visitados. Se concluye que el RGH está posicionado adecuadamente en los diferentes niveles de gestión de los hospitales y en el nivel central, sin embargo, se reconoce que las personas claves en los mismos tienen diferentes niveles de empoderamiento, siendo los directores, coordinadores de la UGI, enfermeras y pediatras en la mayoría de hospitales los que muestran un nivel de compromiso alto, mientras que los administradores y responsables de los recursos humanos son los menos comprometidos con el RGH.

En general, los resultados de la evaluación demuestran que el RGH se ha consolidado, lo que se traduce en una mejora sustancial y sostenida en la capacidad de gestión en la red de hospitales. Sin embargo, se reconoce que aún quedan brechas importantes que cubrir, especialmente en los niveles central y regional, así como en los mandos intermedios de los hospitales, por lo que las recomendaciones apuntan a que es necesario realizar un rediseño de los Lineamientos y Directrices del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria, basado en los hallazgos específicos de la evaluación, los marcos políticos vigentes, y de manera especial en el proceso de reforma y el nuevo Modelo Nacional de Salud.

II. INTRODUCCIÓN

A partir del año 2009, la SESAL implementó el proceso de “Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria” en el marco de RAMNI, mediante acuerdo ministerial 201 en el cual “se establecen las directrices y lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria”

El proceso se implementó a partir de capacitaciones a los equipos de trabajo de los 25 hospitales que brindan atención materno infantil en el país y posteriormente se le ha dado seguimiento a través de: a) los informes que mensualmente los hospitales envían al Departamento de Hospitales; b) retroalimentaciones que este envía a los hospitales a través de guías específicamente diseñadas para tal fin; c) visitas de seguimiento y apoyo del DH a todos los hospitales del país; d) reuniones de los Consejos Consultivos de hospitales a nivel nacional e) reuniones específicas de diversa índole para análisis de los avances entre los hospitales y las UGI y f) Reuniones de evaluación del proceso realizadas por la autoridad política.

Después de tres años de funcionamiento del RGH en todos los hospitales del país, el Departamento de Hospitales de la Subsecretaría de Redes y Servicios, decidió realizar una evaluación de la implementación con el propósito de identificar oportunidades de mejora en la gestión hospitalaria que impulsen y fortalezcan los servicios hospitalarios de salud desde la perspectiva de la eficiencia, calidad y eficacia.

Para cumplir el propósito descrito previamente, la evaluación se planteó cuatro objetivos específicos que incluyeron: a) analizar la tendencia y cumplimiento de los estándares hospitalarios del RGH, identificando causas, intervenciones y las recomendaciones realizadas por los equipos hospitalarios sobre la problemática que impide lograr estos estándares; b) analizar la calidad técnica de los 49 indicadores del cuadro de mando gerencial establecido en el RGH; c) evaluar dos temas seleccionados por su importancia, para asegurar el éxito en la gestión hospitalaria: análisis de la información - toma de decisiones y empoderamiento en la implementación del RGH.

El presente documento contiene los objetivos generales y específicos de la evaluación, el proceso metodológico que se siguió, la descripción de los resultados, las conclusiones y las recomendaciones que serán el marco referencial para la definición del rediseño del RGH.

III. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

a) **Objetivo General:**

Realizar una evaluación de la actual estrategia de Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH) de tal manera que, se puedan ofrecer oportunidades de mejora en el funcionamiento y replanteamiento de esta normativa.

b) **Objetivos Específicos:**

1. Analizar los **avances en los procesos y resultados** del RGH a partir de los datos de los indicadores del Cuadro de Mando Gerencial presentados por los hospitales durante un período de 36 meses (Ene. 2009 – Dic. 2011).
2. Constatar la **calidad de los 49 indicadores** del Cuadro de Mando Gerencial (CMG) mediante la aplicación de cinco criterios de calidad.
3. Analizar las barreras y los factores facilitadores en el **análisis de la información y la toma de decisiones** para cada uno de los momentos gerenciales establecidos en el RGH.
4. Analizar las barreras y los factores facilitadores para lograr el **empoderamiento del Personal Clave** del Hospital en la implementación del RGH.

RESULTADOS

I. OBJETIVO ESPECÍFICO NO.1

Analizar los avances en los procesos y resultados del RGH a partir de la información de los indicadores del Cuadro de Mando Gerencial presentados por los hospitales durante un período de 36 meses (Ene. 2009 – Dic. 2011).

El propósito de este objetivo es el de evaluar el avance en la implementación de RAMNI a través de los lineamientos y normativas del RGH, para ello, inicialmente se planteó la necesidad de evaluar el 100% de los indicadores del RGH, lo cual no fue posible por lo que se explica a continuación:

1.1 Metodología:

Para desarrollar el objetivo específico No.1 se utilizó una base de datos, con la que se procesó la información de los 49 indicadores del Cuadro de Mando Gerencial del RGH, en un período de evaluación que comprendió desde Enero de 2009 hasta Diciembre de 2011 (36 meses). Con ésta base de datos se elaboraron gráficas de tendencia de cada indicador; las que se enviaron a los hospitales, con el fin de que los equipos de conducción realizaran un análisis de causa - efecto, y dieran sus recomendaciones en relación a cómo mejorar los procesos y los resultados esperados con la implementación del RGH. Adicionalmente, se elaboró otra base de datos, con la que se procesó la información, y se graficaron los consolidados.

Las variables que se evaluaron en este objetivo fueron:

1. Tendencia de los indicadores del Cuadro de Mando Gerencial (CMG).
2. Cumplimiento del estándar,
3. Causas vinculadas a la problemática de los procesos o resultados.
4. Intervenciones realizadas por el hospital
5. Recomendaciones.

A los 25 hospitales donde funciona el RGH, se les enviaron las gráficas de tendencia, sin embargo solamente 19 de ellos respondieron enviando tardíamente la información solicitada. Esto generó atrasos en el cumplimiento del cronograma de trabajo de la evaluación. Por esto, y por otras responsabilidades del equipo de trabajo, que no permitían tener más tiempo disponible para realizar la tarea, se decidió procesar para este objetivo la información de 12 de los 49 indicadores del cuadro de Mando Gerencial.

En vista de lo anterior, se determinó disminuir la carga de indicadores para fines de evaluación, y únicamente utilizar 12 de ellos, los cuales fueron seleccionados por considerarse como los más representativos de los procesos clínicos y administrativos, de tal manera que se cumple con la medición del avance en los procesos y sus resultados de la implementación del RGH. A continuación los indicadores seleccionados:

A.- Indicadores de procesos clínicos seleccionados:

- ✓ **GO – 01:** “Porcentaje de mujeres que presentaron una complicación obstétrica por hemorragia, Pre-Eclampsia y Sepsis que fueron manejadas según la norma”
- ✓ **PED – 01:** “Porcentaje de Niñas y niños con emergencias perinatales los cuales fueron manejados de acuerdo a normas”

- ✓ **PED – 06:** “Porcentaje de niñas y niños con diagnóstico de diarrea atendidos en el hospital que fueron evaluados, clasificados y tratados de acuerdo al grado de deshidratación.
- ✓ **PED – 07:** “Porcentaje de niños menores de 5 años de edad atendidos con diagnóstico de Neumonía Grave que recibieron tratamiento de acuerdo a criterios seleccionados de la norma”.
- ✓ **GO – 11:** “Porcentaje de cumplimiento de metas de entrega de Métodos PF programados por AQV”
- ✓ **MORT – 02:** “Número de Muertes Maternas Evitables”
- ✓ **MORT – 03:** “Número de Muertes Neonatales Evitables”

B- Indicadores de procesos administrativos seleccionados:

- ✓ **CMP – 01:** “Porcentaje de cumplimiento del plan de adquisiciones”.
- ✓ **UFAU – 01:** “Porcentaje de reclamos investigados y con respuesta escrita dentro de los 30 días desde su inicio”.
- ✓ **RH – 01:** “Porcentaje de Cobertura por Obstetra”
- ✓ **ADM – 05:** “Porcentaje desabastecimiento de medicamentos críticos para la atención materno-infantil”.
- ✓ **UGI – 17:** “Porcentaje de acciones ejecutadas en base a decisiones tomadas por el Director y su consejo consultivo en el mes”.

En los cuatro objetivos específicos enunciados previamente se incorporaron los resultados de un taller consulta con 11 hospitales llevado a cabo en septiembre de 2012 para revisar los resultados de la información enviadas por los hospitales. Los equipos de trabajo del taller ratificaron los hallazgos relacionados con este objetivo con respecto a la tendencia y el cumplimiento de los estándares, y ampliaron las causas, intervenciones y recomendaciones previamente definidas.

A continuación se presentan los resultados para ambos grupos de indicadores (clínicos y administrativos) en base a las cinco variables seleccionadas para la evaluación y las cuales han sido previamente enunciadas:

Variable I: Resultados de la Tendencia del indicador:

Indicadores de procesos clínicos: alrededor del 70% de los 18 hospitales que reportaron los 7 indicadores clínicos evaluados, muestran tendencias positivas en los mismos, es decir, que según los datos reportados, se ha mejorado el manejo de las emergencias en mujeres y niños/as y el cumplimiento de las programaciones para AQV, así como, la reducción de las muertes maternas y neonatales evitables.

Tabla 1: Indicadores Procesos Clínicos

INDICADOR	Tendencia positiva	Tendencia negativa
GO – 01	13	5
PED – 01	13	5
PED - 06	13	4
PED – 07	11	6
GO – 11	10	8
MORT - 02	11	7
MORT - 03	10	8

Indicadores de procesos administrativos:

Alrededor del 75% de los 19 hospitales que reportaron los 5 indicadores administrativos evaluados, muestran tendencias positivas en cuatro de los mismos, es decir, que en la mayoría de los hospitales hay una tendencia a la mejora en las respuestas a la UFAU, Cobertura por obstetra, abastecimiento de insumos críticos y la toma de decisiones en los consejos consultivos. Solamente el indicador relacionado con el cumplimiento del plan de adquisiciones muestra tendencia negativa en 10 de los 16 hospitales que reportaron este indicador.

Resultados del cumplimiento de los estándares:**Indicadores de procesos clínicos:**

En general el cumplimiento de los estándares para los indicadores que miden los procesos clínicos es bajo. Hay una correspondencia entre el no cumplimiento del manejo de las complicaciones obstétricas de acuerdo a normas y las muertes maternas evitables. Es observable la no concordancia entre los resultados obtenidos relacionados con el cumplimiento de las normas en el manejo de las complicaciones neonatales, en relación con los resultados observados en el indicador de muertes neonatales evitables; otro dato relevante es, que en alrededor de la mitad de los hospitales no se cumplen las normas en el manejo de la Diarrea y la Neumonía Grave; Igual situación se observa en el cumplimiento de las programaciones de la AQV.

Tabla 3: Indicadores Procesos Clínicos

INDICADOR	# de Hospitales que Cumplen estándar	# de hospitales que NO cumplen estándar
GO - 01	5	13
PED - 01	14	4
PED - 06	8	9
PED - 07	9	8
GO - 11	7	11
MORT - 02	5	13
MORT - 03	7	11

Tabla 2: Indicadores Procesos Administrativos

INDICADOR	Tendencia positiva	Tendencia negativa
CMP - 01	6	10
UFAU - 01	14	4
RH - 01	12	6
ADM - 05	14	5
UGI - 17	14	3

Indicadores de procesos administrativos:

En general, los indicadores administrativos evaluados muestran que únicamente alrededor de un tercio de los hospitales están cumpliendo los estándares esperados para los mismos, esto significa que los procesos clínicos no están recibiendo el apoyo que se requiere para cumplir con éxito sus procesos, especialmente en los resultados vinculados con el cumplimiento del abastecimiento de medicamentos críticos para la atención materno- infantil (ADM - 05).

Tabla 4: Indicadores Procesos Administrativos

INDICADOR	# Hospitales que Cumplen estándar	# hospitales NO cumplen estándar
CMP - 01	4	14
UFAU - 01	8	10
RH - 01	5	13
ADM - 05	2	16
UGI - 17	6	12

Resultados según causas vinculadas a la problemática de los procesos o resultados:

Bajo esta variable se describen las causas que los equipos de los hospitales identificaron para el no cumplimiento de los estándares. Estas causas fueron primeramente agrupadas según temas afines, pudiendo existir más de una causa por indicador de acuerdo a lo reportado por cada hospital. A continuación se describen lo que cada uno de estas agrupaciones incluye y posteriormente se presentan los resultados:

1. **Insuficientes recursos humanos:** incluye la falta de recursos humanos médico, de enfermería y personal técnico de apoyo, dificultades para dar cobertura a las ausencias de personal en casos de vacaciones, enfermedad y permisos, problemas frecuentes de rotación de personal, congelamiento de plazas, dificultad para la cobertura de cesantías, incumplimiento para petición y rendición de cuentas y falta de incentivos e injerencia gremial.
2. **Indisciplina y Desmotivación laboral:** Incluyen incumplimiento o resistencia a la aplicación de normas, incumplimiento al llamado de los especialistas. Falta de reporte de casos ordenados en el RGH, falta de registros de los eventos clínicos, falta de toma de signos vitales, Falta de registros y vigilancia de los eventos clínicos, pago tardío para todo el personal e interferencia de sindicatos y afines.
3. **Falta de Capacitación:** incorpora la percepción de los equipos conductores sobre la necesidad de capacitación permanente al personal médico y de enfermería para la resolución de problemas y del conocimiento de normas, falta de un programa estructurado de inducción, capacitación y educación continua, carencia de un plan de inducción y capacitación a personal nuevo así como también de la necesidad de capacitar al personal de servicio social, capacitación a personal de contrato, falta de incorporación de RR HH y que tome liderazgo y Departamento de Educación, -el indicador para clasificar la condición evitable y no evitable carece de variables que indiquen de manera clara la clasificación de la muerte, además existe poco involucramiento de la red en la investigación de la muerte.
4. **Falta de apoyo gerencial y administrativo:** Se incorporan deficiencias en el análisis de los indicadores. Debilidades en el flujo y retroalimentación de la información. Carencias de medicamentos, equipos y suministros críticos. Dificultades en el uso de instrumentos gerenciales o falta de ellos. Dificultades y/o errores en la estimación de Metas, problemas en la conducción de los procesos de calidad, falta de evaluación de desempeño.
5. **Dificultades técnicas para investigar la Muerte:** Se trata de un grupo de causas específicas y de relevancia para el Indicador MORT – 02, “Muertes Maternas Evitables” entre las que destacan: Escasa información clínica en los expedientes, falta de orientación en la investigación de factores de riesgo asociados al embarazo, limitaciones para realizar autopsias; mala calidad de los análisis; incapacidad para determinar la causa de muerte, claridad en la construcción en el entendimiento del indicador: GO-07 y su instrumento de medición, mortalidad por otras causas UGI-12, UGI-13, falta de tiempo para reunirse con el personal involucrado, falta de transparencia, desarticulación con la red..
6. **Otras causas relacionadas con las condiciones del paciente:** Vinculada a la morbilidad y mortalidad neonatal. Sobresalen la Prematurez y sus causas en atención primaria. Incluyendo elevada incidencia de embarazos en adolescentes, alcoholismo, drogadicción, **desconocimiento por parte del paciente y la familia de los factores de riesgo y signos de alarma, falta de acceso a los Servicios de Salud, condición socioeconómica y cultural.**

7. **Insuficiencia presupuestaria:** Para los indicadores administrativos esta es una causa muy frecuente, señalando carencia, insuficiencia, recorte del presupuesto, así como también dificultades en la asignación y asignación de presupuesto no ajustado a las necesidades de los hospitales.

Tabla 5: Principales causas para el NO cumplimiento de los estándares de Indicadores Clínicos

Causas	GO 01	PED 01	PED 06	PED 07	GO 11	MORT 02	MORT 03
Insuficientes recursos humanos	10	5	1	3	12	1	3
Indisciplina y Desmotivación laboral	8	9	9	10	3	0	0
Falta de Capacitación	3	4	4	2	0	0	
Falta de apoyo gerencial y administrativo	8	8	8	8	12	4	9
Dificultades técnicas para investigar la Muerte						8	
Otras causas relacionadas con las condiciones del paciente							7

Resultados de los Indicadores de procesos clínicos según las causas vinculadas:

Para los indicadores relacionados con el manejo de las complicaciones obstétricas e infantiles y el cumplimiento de la programación de las AQV, se observa que alrededor del 60% de los hospitales identificaron como principales causas los problemas relacionados con Recursos Humanos (Insuficiencia y manejo) y falta de apoyo gerencial y administrativo; llama la atención que únicamente 20% de los hospitales identificaron como problema las causas asociadas a la falta de capacitación.

Para el no cumplimiento de los estándares de mortalidad materna y neonatal evitable, las causas están relacionadas más con la falta de apoyo gerencial, las dificultades técnicas en la investigación de la muerte obstétrica, y en los casos de muertes neonatales con las condiciones vitales en las que el neonato ingresa al centro hospitalario.

Tabla 6: Principales causas para el NO cumplimiento de los Estándares de Indicadores Administrativos

Causas	CMP - 01	UFAU - 01	RH - 01	ADM - 05	UGI - 17
Insuficientes recursos humanos	3	8	13	0	1
Indisciplina y Desmotivación laboral	5	2	0	6	10
Falta de Capacitación	3	0	0	0	0
Falta de apoyo gerencial y administrativo	8	7	0	10	8
Insuficiencia presupuestaria	7		2	4	5

Resultados de los Indicadores de procesos administrativos según las causas vinculadas:

A continuación describen los resultados por indicador:

1. Con respecto al indicador relacionado con el cumplimiento del plan de adquisiciones (CMP-01) llama la atención que solo siete de los 19 hospitales que respondieron, identificaron la falta de presupuesto como un aspecto condicionante, sin embargo, se informó sobre otras causas como: falta de apoyo gerencial e indisciplina laboral.
2. Con respecto al funcionamiento de la UFAU es evidente que los problemas están relacionados con falta de apoyo gerencial y la falta de Recursos Humanos.
3. En cuanto al porcentaje de cobertura por obstetra (RH – 01) la mayoría de los hospitales (15) identificaron la falta de obstetra o presupuesto. Ambas causas muestran claramente la falta de financiamiento para la cobertura.
4. Con respecto al cumplimiento del abastecimiento de insumos críticos (ADM-05) llama la atención que solo cuatro hospitales identifican como causa la insuficiencia presupuestaria, siendo más reportado las otras causas como problemas de apoyo gerencial, indisciplina y desmotivación.
5. Con respecto el cumplimiento de las decisiones emanadas por el consejo consultivo (UGI-17), es evidente que el principal problema identificado es de apoyo gerencial y de manejo de recursos humanos.

En general se observa que para estos procesos administrativos las principales condicionantes para el no cumplimiento de los estándares, están vinculadas a la falta de apoyo gerencial y manejo de recursos humanos. Llama la atención que la capacitación, la disponibilidad financiera no fueron identificados como causas importantes, excepto con el indicador que mide la cobertura de obstetra.

Resultados en base a la variable de las “intervenciones realizadas” por hospital:

Las “Intervenciones” que los equipos hospitalarios aseguraron haber ejecutado para dar respuesta a los resultados del monitoreo del RGH se agruparon para su análisis en temas afines, a continuación la descripción:

1. **Acciones gerenciales y administrativas:** incluye una variedad de acciones vinculadas con: la reorganización de servicios, reorganización del personal, gestión de insumos, modificaciones en las tareas dentro de los servicios, reorganización de servicios, reorganización del personal. Estas acciones dentro de los hospitales no son homogéneas, ni sistemáticas, y en general muy pocas de mayor trascendencia.
2. **Capacitación:** Los equipos que realizaron capacitaciones como intervenciones para enfrentar la problemática hospitalaria, señalaron como estrategias y temas relevantes: utilización de protocolos a médicos generales y de servicio social, CONE, norma materno-infantil, manejo de Partograma, monitoreo continuo de indicadores, emergencias obstétricas. Capacitación al comité de compra e inducción a personal de administración y recursos humanos.
3. **Acciones Disciplinarias y Motivacionales:** Se incluye entre otras: Despido de los Médicos involucrados en las muertes maternas evitables. Llamados de atención a los médicos especialistas que no cumplen con su horario de trabajo y las normas. Audiencia de descargo. Envío de oficios y

circulares para el cumplimiento de las normas. Llamados de atención verbal y escrito al personal reincidente con copia al expediente. Normatizar para que solo médicos capacitados en la Norma Materno Neonatales pueden cubrir guardias y previamente autorizados, plan de entrenamiento a los médicos Generales nuevos y de SS.

4. **Contratación de Recursos Humanos:** Se incluyen Gestiones de Recursos Humanos de especialistas (De forma especial obstetras), enfermeras y técnicos a través de contrataciones y asignaciones de plazas para resolver las carencias.
5. **Investigación de la Mortalidad Materna (MM):** Se incluyen Interconsulta con especialistas para un manejo adecuado de las pacientes con complicaciones y enfermedades crónicas. Investigaciones de casos. Revisión de expedientes. - reactivación y readecuación de los comités de mortalidad y establecimiento de intercambio de consulta entre Hospitales, estudio del caso (lectura de bibliografía), Análisis de la muertes con el comité de mortalidad Regional.

Tabla 7: Principales Intervenciones realizadas para resolver NO cumplimiento de los Estándares de los Indicadores Clínicos

Intervenciones	GO 01	PED 01	PED 06	PED 07	GO 11	MORT 02	MORT 03
Acciones gerenciales y administrativas	11	10	13	12	7	5	5
Capacitación	10	11	8	5	2	2	4
Acciones disciplinarias y Motivacionales	10	9	6	7	4	3	3
Contratación de Recursos humanos	1	1	1	2	2	1	1
Investigación de la MM						3	

Resultados de los Indicadores de procesos clínicos según variable “intervenciones realizadas”:

En general se observa que para la mayoría de los indicadores, las principales intervenciones tuvieron que ver con acciones gerenciales y administrativas, pero como se estableció en la definición, estas acciones no siguen un patrón similar en los hospitales y la mayoría no generan mayores cambios en los hospitales. Destaca que, a pesar de que la mayor parte de causas identificadas para el no cumplimiento del estándar están vinculadas a recursos humanos, las intervenciones realizadas al respecto son pocas. Por el contrario, la causa menos identificada es falta de capacitación, sin embargo, se realizó una proporción importante de capacitaciones como intervenciones.

Tabla 8: Principales intervenciones realizadas para resolver el NO cumplimiento de los Estándares de los Indicadores Administrativos

Intervenciones	CMP – 01	UFAU – 01	RH – 01	ADM – 05	UGI – 17
Acciones gerenciales y administrativas	3	14	7	12	10
Capacitación	2	2	0	0	0
Acciones disciplinarias y Motivacionales	0	1	0	0	0
Contratación de Recursos humanos	0	2	6	0	0

Resultados de los Indicadores de procesos administrativos en base a la variable “intervenciones realizadas”:

En general las intervenciones realizadas por los hospitales para mejorar los procesos administrativos, igual que en los procesos clínicos, fueron acciones gerenciales y administrativas con las mismas características. Con el indicador relacionado al cumplimiento del Plan de Adquisiciones, las intervenciones desarrolladas fueron en pocos hospitales pese a que fue el mayor problema identificado. De los 15 hospitales que identificaron problemas para la cobertura por Obstetra, solamente seis hicieron alguna acción al respecto.

Resultados en base a la variable de “las Recomendaciones”

Al preguntar a los equipos hospitalarios cuales son las recomendaciones que ellos proponen para mejorar el proceso de RGH, mencionaron muchas propuestas las cuales se han agrupado según temas afines y se describen a continuación:

1. **Apoyo Gerencial y administrativo:** Se agrupan recomendaciones vinculadas a gestión de la calidad, gestión de los insumos, Liderazgo y trabajo en equipo, organización de servicios y problemas de gestión de la referencia y traslados.
2. **Gestión de recursos humanos:** agrupa recomendaciones para la contratación, aprobación de nuevas plazas, garantía de cobertura de servicios claves y todas las modalidades de organización de los recursos humanos.
3. **Control - Monitoreo y Supervisión:** Incluye monitoreo de estándares e indicadores, gestión de las reuniones, fortalecimiento de los procesos y personas encargadas de la gestión de la información.
4. **Capacitación:** resume las recomendaciones relacionadas a la organización de la capacitación, educación continua, fortalecimiento de las currícula universitarias, que se menciona para diferentes normas y tipo de recursos.
5. **Medidas Disciplinarias y motivacionales:** agrupa las recomendaciones sobre llamados de atención, deducción de responsabilidades; reportes, publicación y seguimiento de personas que incumplen las normas y el monitoreo de faltas; además se incluye las diferentes recomendaciones vertidas en el sentido motivacional para el personal.

Tabla 9: Principales recomendaciones identificadas para el cumplimiento de los Estándares de los Indicadores Clínicos

Recomendaciones	GO – 01	PED – 01	PED - 06	PED – 07	GO 11	MORT 02	MORT 03
Apoyo gerencial y administrativo	10	15	14	12	15	4	12
Gestión de Recursos Humanos	11	11	6	5	7	2	6
Control - Monitoreo y Supervisión	9	5	4	7	5	2	3
Capacitación	11	8	7	7	2	5	8
Medidas Disciplinarias y Motivacionales	7	4	8	6	3	0	0
Acciones de promoción y prevención en el primer nivel de atención						13	4

Resultados de los indicadores de procesos clínicos en base a la variable de “recomendaciones” en el marco de implementación del RGH:

Como se observa en el cuadro la mayoría de las recomendaciones están orientadas a aspectos gerenciales y a la necesidad de aumentar las coberturas de GO y Pediatras y menos a las acciones control, capacitación y medidas disciplinarias, llama la atención que para los indicadores de muertes evitables maternas y neonatales, se identificaron recomendaciones que mejoren las acciones de promoción en los niveles locales.

Tabla 10: Principales recomendaciones identificadas para el cumplimiento de los estándares de los Indicadores Administrativos

Recomendaciones	CMP – 01	UFAU – 01	RH – 01	ADM – 05	UGI – 17
Apoyo gerencial y administrativo	16	12	7	16	10
Gestión de Recursos Humanos	2	6	11	0	0
Control - Monitoreo y Supervisión	6	5	3	4	11
Capacitación	0	5	1	1	1
Medidas Disciplinarias	4	4	1	2	4

Resultados en base a la variable de recomendaciones para los Indicadores de procesos administrativos:

Igual que para los indicadores clínicos, la mayoría de las recomendaciones están orientadas mejorar las acciones gerenciales y de gestión de recursos humanos, llama mucho la atención que prácticamente solo para el indicador de la UFAU se identificaron necesidades de capacitación.

Estas recomendaciones realizadas por los hospitales también se agruparon y consolidaron según el nivel a que fue dirigida, los niveles están clasificados de la siguiente manera:

Nivel 1. Servicios o Departamentos Clínicos.

Nivel 2. Instancias intermedias (Comités hospitalarios y unidades administrativas)

Nivel 3. Director del Hospital y su Consejo Consultivo

Nivel 4. Región Sanitaria Departamental.

Nivel 5. Nivel Central, Departamento de Hospitales.

A continuación se presentan los resultados:

Tabla 11: Número de Recomendaciones de los Hospitales según Nivel de Gestión al que van dirigidos

	Niveles						
	1	2	3	4	5	No	%
GO – 01	13	4	21	6	14	58	10
PED – 01	20	1	21	5	18	65	11
PED – 06	19	3	20	1	10	53	9
PED – 07	21	4	13	2	12	52	9
GO – 11	20	1	15	5	5	46	8
MORT – 02	9	6	8	8	12	43	7
MORT – 03	18	2	13	11	14	58	10
CMP – 01	1	16	16	3	19	55	9
UFAU – 01	3	20	28	2	5	58	10
RH – 01	0	1	9	0	16	26	4
ADM – 05	1	7	6	1	26	41	7
UGI – 17	0	2	20	0	7	29	5
No	125	67	190	44	158	584	100
%	21	11	33	8	27	100	

La mayoría de las recomendaciones manifestadas por los equipos hospitalarios están orientadas a la gestión del equipo consultivo del hospital (33%), al nivel central (27%) y los servicios clínicos del Hospital (21%). Llama la atención que las recomendaciones para las regiones son pocas en comparación con el resto, seguidas por las recomendaciones vertidas en torno al funcionamiento de los comités dentro de los hospitales. Es evidente por los resultados obtenidos que la mayoría de los mismos están orientados a la cadena de mando desde los servicios hasta el nivel central.

A continuación se describen las principales recomendaciones generadas por nivel:

Nivel 5 (Nivel Central) las principales recomendaciones son:

1. Aprobación de nuevas plazas para Médicos, Lic. en Enfermería, A/E, técnicos de anestesia, laboratorio y en general
2. Garantizar el abastecimiento permanente de medicamentos y materiales.
3. Acompañamiento del nivel central en la deducción de responsabilidades al personal que no cumpla con la aplicación de la norma.
4. Mejorar el currículo o plan de estudios y elaborar planes de inducción para los profesionales en formación.
5. Mejorar el sistema de referencia de los recién nacidos.
6. Fortalecimiento a la Unidad de Gestión de la Información (UGI), Equipos de Mejora Continua de la Calidad (EMCC) y Estadística sobre la recolección, construcción y análisis de indicadores.
7. Mayor exigencia a las personas asignadas a realizar compromisos
8. Garantizar el abastecimiento y equipamiento oportuno y permanente de medicamentos y materiales.
9. Erradicar la injerencia política en el cumplimiento de las disposiciones y de cualquier otra índole.
10. Normatizar el sistema de referencia y respuesta, y el no rechazo
11. Mayor compromiso en la gestión de la respuesta en base a la problemática presentada por cada Hospital
12. Que los Directores de Hospitales y sus equipos deben de ser informados de la Reforma del nuevo Modelo Nacional de Salud. (que se socialice y se capacite).

Nivel 4 (Región Sanitaria Departamental) las principales recomendaciones son:

1. Co-Gestión con el equipo regional en el Proceso de Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.
2. Actualización permanente del personal evaluador del nivel regional en terminología y manejo.
3. Promoción del parto institucional.
4. Evitar cierre de unidades de salud, para reducir la demanda de pacientes al hospital.
5. Mejorar la gestión del paciente a través de la comunicación entre la red y el hospital
6. Derogación del 10% de fondos recuperados que es entregado del hospital a la región.
7. Asignación de combustible por parte de la región, para el traslado de pacientes.
8. Asistencia de la región departamental o su representante a las reuniones de consejo consultivo.
9. Que la región Capacite supervise monitoree la calidad de la Atención primaria en Salud

Nivel 3 (Director y Consejo consultivo) las principales recomendaciones son:

1. Monitoreo semanal de existencia de medicamentos críticos en el almacén del hospital.
2. Llamados de atención a médicos reincidentes en las fallas de los casos.
3. Las vacaciones en periodos críticos (semana santa y navidad) sean otorgadas según necesidad.
4. Exigir a los participantes el cumplimiento de los compromisos adquiridos, para el mejoramiento de los diferentes procesos.
5. Cumplir con las decisiones y servicios relacionados con la calidad de atención adquirida en los Consejos Consultivos.
6. Diseño de una hoja neonatal con todos los indicadores a evaluar, que facilite de manera operativa su cumplimiento.
7. Exigir asistencia a reuniones del Consejo Consultivo.
8. Exigir asistencia de Administrador y jefe de personal a reuniones de Consejo Consultivo
9. Adquisición de programas para la protección y mantenimiento del equipo.
10. Supervisiones continuas al personal para verificar la veracidad del ausentismo justificado y disminuir el injustificado.
11. Que las Reuniones de Consejo Consultivo sean altamente productivas (agenda), la persona que conduce oriente las discusiones, el éxito está en saber conducir, que los temas sean de interés para todos.
12. Exigir asistencia puntual e indelegable a reuniones del Consejo Consultivo.
13. Exigir asistencia indelegable del Administrador y jefe de personal a reuniones de Consejo

Nivel 2 (Instancias intermedias) las principales recomendaciones son:

1. Monitoreo periódico del cumplimiento de los indicadores.
2. Realizar el indicador de ausencias justificadas.
3. Implementar nuevos libros de control.
4. Motivar el compromiso del personal para mejorar la atención, y que los diferentes jefes consideren las quejas y reclamos una oportunidad para mejorar.
5. Promocionar la existencia de la UFAU.
6. Analizar el proceso de compras.
7. Mayor compromiso por el departamento de administración en mantener la reserva mínima de medicamentos para la atención materno neonatal.
8. Cumplimiento estricto de los procesos de mejora en la gestión administrativa en el ámbito local.

9. Fomentar el ahorro en el consumo de medicamentos, evitando recetas de pasillo.
10. Rotación de personal de enfermería que no cumpla con las órdenes médicas.
11. Llamados de atención a médicos reincidentes en las fallas de los casos. (corresponde a jefatura de personal).
12. Mejorar la calidad de la información en el departamento de Estadística

Nivel I (Servicios Clínicos) las principales recomendaciones son:

1. La jefatura del servicio debe hacer llamados de atención al personal responsable del incumplimiento de normas.
2. Reportar en sus informes mensuales el nombre del personal que incumple normas.
3. Monitorear semanalmente la existencia de medicamentos críticos en el almacén del hospital.
4. Implementación de protocolos en las salas.
5. Cumplimiento de compromisos por parte de los médicos especialistas.
6. Procurar sostenibilidad en la supervisión de los procesos.
7. Exigir el cumplimiento de las normas y procesos ya establecidos
8. Diseñar una hoja que sintetice todos los elementos que evalúan el estándar (12)

Conclusiones y recomendaciones del Objetivo Específico I

Conclusiones

1. Alrededor del 70% de los hospitales muestran tendencias positivas en los indicadores del CMG, en general se reconoce que 18 indicadores tienen problemas de crecimiento por diversas razones, especialmente por entendimientos, fuentes y construcción de los mismos y debilidad en la toma de decisiones o por poca participación de las unidades involucradas en su gestión
2. A pesar de que la tendencia de crecimiento de los indicadores en la mayoría de hospitales es positiva, la mayor parte de los indicadores no han cumplido el estándar, en general se considera que 9 indicadores si cumplen el estándar en mayoría de hospitales los cuales están relacionados con planificación familiar (GO-15 y 16 y 17), Gerenciales (UGI 06, 14, 16 y 17), estadísticas (EST 05) y con la UFAU (UFAU 01).
3. En general los hospitales recomiendan que los estándares deben ser revisados en todos aquellos indicadores que muestran problemas por entendimientos, fuentes y construcción de los mismos y debilidad en la toma de decisiones.
4. La mayoría de las causas identificadas para el no cumplimiento de los indicadores en los hospitales, están relacionadas con Insuficiencia de recursos humanos y financieros especialmente en los indicadores clínicos, y problemas de índole gerencial, de indisciplina y desmotivación para todos los

indicadores. Es relevante que la falta de capacitación no fue mencionado como problema importante y que para los indicadores administrativos no se identifica la falta de recursos financieros como el principal obstáculo.

5. La mayoría de las acciones tomadas por los hospitales, así como sus recomendaciones para el futuro, están relacionadas con los problemas identificados, es decir, que se proponen acciones gerenciales, motivacionales y la necesidad de cubrir el 100% de las guardias de especialistas para asegurar un manejo adecuado de las emergencias. Una excepción a esto, es el hecho que una intervención importante ha sido la capacitación, la cual no fue identificada como principal causa de no cumplimiento de indicadores.
6. Es rescatable que el 81% de las recomendaciones están orientadas a las tres instancias en la línea de mando gerencial (Servicios clínicos, Director y Nivel central) y solo el 19% a la región y los servicios intermedios o de apoyo del hospital.

Recomendaciones.

1. De acuerdo a los resultados, es evidente que el RGH esta provocando una mejora en la gestión de los hospitales, pero requiere una revisión minuciosa en sus componentes claves para asegurar un rediseño que potencie sus resultados en el futuro.
2. Es fundamental que los indicadores identificados con problemas de entendimientos, fuentes y construcción o que muestran debilidad en la toma de decisiones, se actualicen de acuerdo a los hallazgos.
3. Los estándares de todos los indicadores del CMG deben ser revisados de acuerdo a la normativa vigente actual.
4. El rediseño del RGH debe contemplar la definición de mecanismos gerenciales que aseguren la participación y toma de decisiones de los gerentes en la cadena de mando desde el nivel central (político) hasta los servicios finales, pasando a la Región Sanitaria, Dirección del Hospital y mandos intermedios.
5. Los mecanismos que se definan en la recomendación anterior, deben incluir el abordaje de los problemas gerenciales, de indisciplina, motivacionales y los que aseguren las coberturas con personal medico y técnico las 24/7 en los servicios finales y de apoyo.

OBJETIVO ESPECÍFICO NO.2

Constatar la calidad los 49 indicadores del Cuadro de Mando Gerencial (CMG) mediante la aplicación de cinco criterios de calidad.

Con este objetivo se evaluó la calidad de los 49 indicadores del CMG del RGH a través de la aplicación de cinco criterios de calidad, que a continuación se definen:

1. **Utilidad del Indicador:** Se refiere a la propiedad del indicador en que se reconoce que los **resultados y el análisis respectivo** facilitan la toma de decisiones. Para fines de esta evaluación, un indicador se considera útil cuando estos se presentan en los consejos consultivos y son tomados en cuenta para decidir sobre lo que se va a hacer.
2. **Oportunidad del Indicador:** El indicador es presentado ante la instancia que lo utilizará en el momento establecido (mediante normas y/o acuerdos).
3. **Disponibilidad de la(s) Fuente(s) del Indicador:** El indicador es construido a partir de fuentes informativas y/o registros estadísticos que pueden ser consultados cuando se requiere y siempre están disponibles.
4. **Confiable del Indicador:** Se espera que sean **fáciles de entender** por los interesados, aun cuando no sean especialistas. Cuando se discute el indicador todos los participantes entienden lo mismo de la utilidad y características del indicador.
5. **Consistencia del Indicador:** Si el indicador tiene dos o más fuentes, se comprueba cuando los datos de las diferentes fuentes son exactamente iguales. No se deben detectar diferencias en la información (inconsistencias).

Las definiciones precisas de las categorías de cada uno de estos criterios de calidad, que se identifican como las variables del objetivo específico 2, se presentan en el anexo No.1

2.1 Metodología:

Con el fin de poder evaluar los objetivos específicos dos, tres y cuatro de la presente evaluación, se seleccionaron seis hospitales de los 25 intervenidos a nivel nacional. Estos seis hospitales fueron seleccionados por el Departamento de Hospitales en base a 3 criterios/características de funcionamiento:

1. Hospitales con los mejores y con los más bajos resultados de los indicadores del CMG.
2. Estabilidad en la rotación de los y las directoras de los hospitales.
3. Relacionamiento armónico entre las/os coordinadores de las UGI y la dirección hospitalaria.

Los hospitales seleccionados luego se subdividieron en dos grupos para fines de análisis: un primer grupo denominado Grupo de Hospitales (GH-02), compuesto por los tres hospitales identificados con los mejores avances de acuerdo a los informes del cuadro de mando del RGH; y un segundo grupo denominado GH-01 compuesto por los tres hospitales con avances menores según CMG.

Los hospitales seleccionados para el GH – 01 (resultados más bajos) fueron:

1. Regional de Occidente,
2. Regional del Sur y
3. El Progreso.

Los hospitales seleccionados para el GH – 02 (resultados más altos) fueron:

1. Hospital “San Isidro” (Tocoa),
2. Hospital “Leonardo Martínez” (SPS) y
3. Hospital “Enrique Aguilar Cerrato” (Intibucá).

Las técnicas utilizadas para recolectar la información de la evaluación de este objetivo numero 2 fueron:

1. Revisión documental de los informes del RGH,
2. Revisión de las fuentes de información de indicadores seleccionados.
3. Observación directa de la elaboración del CMG
4. Entrevistas a informantes claves sobre la construcción y utilización de indicadores seleccionados del CMG.

Para completar el análisis de la calidad de los indicadores, durante el taller consulta con 11 hospitales, se revisaron todos los indicadores del CMG, producto de ello se identificaron 28 indicadores que a criterio general tuvieron observaciones en uno o más de los criterios utilizados. Estas observaciones se consolidaron en un cuadro que se presenta al final del documento en el Anexo No.2. Las opiniones recabadas sirvieron para la elaboración final de las conclusiones y recomendaciones de este objetivo.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La información obtenida de los grupos focales para la evaluación de este objetivo, fue consolidada por cada hospital en una página Excel, que contiene los 49 indicadores y los cinco criterios o variables establecidas con sus respectivas categorías de calificación. A continuación se presenta una imagen que ejemplifica el instrumento utilizado.

Figura No. 1- Fragmento del Instrumento de Consolidación de la calificación de los Indicadores según criterios de Calidad

Criterios		DISPONIBILIDAD DE LA FUENTE										CONFIABILIDAD				OPORTUNIDAD				CONSISTENCIA				UTILIDAD				
Indicadores	Calificación del Criterio	Del NUMERAROR					Del DENOMINADOR					MC	C	PC	NC	MO	O	PO	NO	MCs	Cs	PCs	NCs	MU	U	PU	N-U	
		D	CSD	RD	PD	ND	D	CSD	RD	PD	ND																	
Indicador 1	GO-01	X					X						X							X				X				
Indicador 2	GO-07	X					X						X							X				X				
Indicador 3	GO-10	X					X						X							X				X				
Indicador 4	UGI-01	X					X					X								X				X				
Indicador 5	CAL-01	X					X					X								X				X				

A continuación se describen los resultados obtenidos en los grupos focales de los seis hospitales incluidos en esta evaluación y el número de observaciones por indicador obtenidas en el taller consulta sobre cada criterio evaluado.

Resultados de la evaluación de la calidad de los indicadores según criterio de utilidad

Tabla 12: Calidad de los Indicadores en Base a Criterio de Utilidad

Criterio Utilidad	GH – 01			GH – 02		
	Occidente	Progreso	Choluteca	Tocoa	L. Martínez	Intibucá
Muy Útil	44	34	33	45	35	42
Útil	0	0	6	4	8	4
Poco útil	5	15	10	0	0	1
No útil	0	0	0	0	0	2

En la tabla No. 12 que consolida la calidad de los indicadores en base al criterio de utilidad, se observa que para los hospitales con mayores avances en la implementación del RGH (GH-02), únicamente en el hospital de Intibucá, se detectó que tres indicadores tienen problemas de utilidad. Estos indicadores son:

- Porcentaje de infecciones intrahospitalarias (BIO – 01), esto debido a que el proceso que mide este indicador en este hospital aún no ha sido implementado.
- Porcentaje de cumplimiento de realización de monitoria mensual de la estrategia PF (UGI – 06);
- El Porcentaje de los expedientes clínicos valorados en la muestra que están organizados de acuerdo a los 8 criterios seleccionados de la normativa de composición del expediente según la Secretaría de Salud (EST – 05). Para estos dos últimos indicadores, el hospital los considera no útiles, porque desde hace algún tiempo, han cumplido sistemáticamente el estándar.

En los anexos 2 y 3, (al final del documento) se presentan las observaciones que los/las delegados/as de los hospitales realizaron en el taller de evaluación del RGH, respecto al criterio de Utilidad.

Resultados de la evaluación de la calidad de los indicadores según criterio de oportunidad

Tabla 13: Resultados de la evaluación de la calidad de los indicadores según criterio de Oportunidad

Criterio de OPORTUNIDAD	GH – 01			GH – 02		
	Occidente	Progreso	Occidente	Tocoa	L. Martínez	Intibucá
Muy Oportunos	4	13	10	39	18	34
Oportuno	41	23	34	7	17	7
Poco Oportuno	0	6	2	3	7	1
No oportuno	4	7	3	0	1	7

En general, para ambos grupos de hospitales, la mayoría de los indicadores son recolectados oportunamente, esto es más evidente en los hospitales del grupo GH – 02 los cuales al parecer obtienen la información en los tiempos establecidos. Esto puede ser un factor condicionante para que estos hospitales puedan elaborar y remitir al nivel central sus indicadores mostrando mejores avances. Sin embargo, para ambos grupos siempre existen algunos indicadores para los cuales la información es obtenida tardíamente o no se obtiene, estos en su mayoría están relacionados con las áreas de administración, recursos humanos y de bioseguridad. Esto se debe básicamente a:

- Por la problemática gerencial para la disponibilidad de los recursos responsables de generar la información.
- El poco compromiso de la administración y las oficinas de RRHH de los hospitales.
- Fallas en el proceso de envío oportuno de los indicadores de las unidades responsables a la UGI.

En los anexos 2 y 4 se presentan las observaciones que los/las delegados/as de los hospitales realizaron en el taller de evaluación del RGH, respecto al criterio de oportunidad.

Resultados de la evaluación según criterio de Consistencia

Tabla 14: Resultados de la evaluación de la calidad de los indicadores según criterio de Consistencia

Criterio Consistencia	GH – 01			GH – 02		
	Occidente	Progreso	Cholulteca	Tocoa	L. Martínez	Intibucá
Muy consistente	2	13	10	34	40	49
Consistente	32	18	12	15	1	0
Poco consistente	11	12	24	0	1	0
No consistente	4	6	3	0	1	0

En la tabla anterior, es evidente que prácticamente en los hospitales que conforman el GH – 02 no existen problemas de consistencia de información entre las diferentes fuentes. Ocurre lo contrario en el GH -01 en donde cerca de la mitad de los indicadores presentan problemas de consistencia. En general, se observó en estos hospitales (GH -01) existe poca comunicación entre las unidades que manejan las diferentes fuentes.

En los anexos 2 y 5 se presentan las observaciones que los/las delegados/as de los hospitales realizaron en el taller de evaluación del RGH, respecto al criterio de consistencia.

Resultados de la evaluación de la calidad de los indicadores según criterio de Confiabilidad

Tabla 15: Resultados de la evaluación de la calidad de los indicadores según criterio de Confiabilidad

Criterio Confiabilidad	GH – 01			GH – 02		
	Occidente	Progreso	Cholulteca	Tocoa	L. Martínez	Intibucá
Muy confiable	19	19	0	28	36	42
Confiable	16	13	25	16	3	7
Poco confiable	8	12	22	5	0	0
No confiable	6	5	2	0	4	0

En general, en los hospitales del GH – 02 se observa que existe consistencia en el entendimiento de la mayoría de los indicadores. Situación que no es similar para el grupo de hospitales GH – 01, en los que alrededor del 40% de los indicadores hay confusión en el entendimiento del indicador entre los involucrados. Los indicadores pocos o no confiables del GH – 02 son los vinculados a Recursos Humanos, Administración y Manejo de la Diarreas graves de acuerdo a normas.

En los anexos 2 y 6 se presentan las observaciones que los/las delegados/as de los hospitales realizaron en el taller de evaluación del RGH, respecto al criterio de consistencia.

Resultados de la evaluación de la calidad del indicador según criterio de Disponibilidad

Tabla 16: Resultados de la evaluación de la calidad del indicador según criterio de Disponibilidad

Criterio Disponibilidad	GH – 01			GH – 02		
	Occidente	Progreso	Choluloteca	Tocoa	L. Martínez	Intibucá
Siempre Disponible	44	44	37	44	41	49
Casi siempre disponible	0	0	0	3	0	0
Regularmente disponible	0	0	6	2	0	0
Poco disponible	1	1	3	0	1	0
No disponible	4	4	3	0	1	0

En general, en los seis hospitales evaluados la mayoría de la información para la construcción de los indicadores está disponible. De manera particular resaltan los resultados del hospital de Intibucá, en el que todos los indicadores siempre están disponibles. En cambio en el Hospital de Choluloteca, alrededor del 25% de los indicadores tienen problemas de disponibilidad de información. Considerando que todos los hospitales manejan el mismo sistema de información, es esperable que todos deberían tener la misma condición de Intibucá.

Conclusiones del Objetivo Específico 2

Conclusiones

1. Los hallazgos sugieren que las características intrínsecas de los indicadores que conforman el CMG del RGH no presentan dificultades en su manejo en las unidades responsables dentro del hospital.
2. A pesar de lo anterior y producto de la revisión individual de cada indicador, se identificaron observaciones relacionadas con sus propiedades en 28 de los 49 indicadores, las cuales tienen su génesis en la forma en que los hospitales son gerenciados en sus procesos internos, especialmente lo relacionado con el sistema de información y los procesos administrativos; además, con la necesidad de aclarar aspectos relacionados con una mejor definición en la construcción, fuentes y entendimientos de los indicadores.
3. Es evidente que en los hospitales donde ha habido estabilidad del director y la relación de este con el coordinador de la UGI es permanente y fluida, se identifica que los indicadores del CMG se consideran útiles, prácticamente no tiene problemas de disponibilidad y oportunidad y son bastante consistentes y confiables.

4. Para los hospitales los indicadores que ya alcanzaron el estándar establecido se consideran pocos útiles, igualmente aquellos indicadores cuya construcción se obtiene de normativas que no están adecuadamente implementadas, que se encuentran desactualizadas, o que no cuentan con instrumentos de registro o de herramientas para su implementación.

Recomendaciones.

1. Es necesario que los indicadores del CMG sean revisados individualmente en base a las observaciones identificadas durante el proceso de evaluación para ser rediseñados o eliminados según los criterios de utilidad, oportunidad, confiabilidad, consistencia, y disponibilidad.
2. Es fundamental que la decisión de rediseñar o eliminar indicadores del CMG se base, además de lo anterior, en un análisis desde la perspectiva estratégica nacional y las necesidades futuras de monitoria y evaluación de los hospitales.
3. Es fundamental que el rediseño del RGH defina mecanismos innovadores de relacionamiento entre el director del hospital y el coordinador de la UGI que potencien el funcionamiento del proceso al interior del hospital.
4. Se deben establecer criterios específicos para el manejo de indicadores que sistemáticamente en todos los hospitales se cumple el estándar, de manera que se tenga claro como proceder en esos casos.

2. OBJETIVO ESPECÍFICO NO. 3

Analizar las barreras y los factores facilitadores en el análisis de la información y la toma de decisiones en cada uno de los momentos gerenciales identificados de la Gestión Hospitalaria.

Con este objetivo se analizan las barreras y los factores facilitadores en el “análisis de la información y la toma de decisiones.

2.1 Metodología:

Para evaluar este objetivo específico, se utilizó la selección de hospitales descrita en el objetivo 2 enunciado anteriormente, luego tomando como base el diseño original de la estrategia de RGH, se identificaron los 4 momentos gerenciales que el RGH define, los cuales se detallan a continuación:

- **Momento Gerencial Básico:** este momento se hace referencia a las reuniones de análisis de la información y toma de decisiones a nivel de los servicios clínicos finales.
- **Momento Gerencial Intermedio:** referido a las reuniones de análisis de la información y toma de decisiones que realiza el coordinador de la Unidad de Gestión de la Información (UGI) y las que realizan las instancias intermedias, las cuales incluyen a los comités de apoyo a la gestión.
- **Momento Gerencial de la Conducción:** referido a reuniones de análisis de información y toma de decisiones que tiene el Director del Hospital con el Consejo Consultivo.
- **Momento Gerencial de la Instancia Asesora:** corresponde al análisis de la información, y la preparación de instrucciones o capacitaciones y la tomas de decisiones que hace o debe hacer el nivel asesor a la Gerencia Hospitalaria. Se reconocen dos niveles asesores / conductores de los hospitales: el Dpto. de Hospitales del Nivel Central y el nivel departamental o regional de la Secretaría de Salud

El siguiente paso consistió en identificar los factores facilitadores y restrictivos (barreras) que inciden en el análisis de la Información y la toma de decisiones para cada uno de los momentos gerenciales descritos anteriormente, para ello se organizaron grupos focales con participación de los integrantes del consejo consultivo de cada uno de los seis hospitales incluidos en la evaluación. Estas opiniones vertidas en los grupos focales fueron discutidas y complementadas con los equipos de los 11 hospitales incluidos en la consulta realizada como momento final de levantamiento para la evaluación.

Cada grupo focal y en la consulta con los hospitales en el taller descrito anteriormente, dirigieron sus análisis en base a temas y aspectos específicos sujetos de mejora, los cuales se muestran en la Tabla No.17, que a continuación se presenta:

Tabla 17: Temas identificados y aspectos a Evaluar

TEMAS IDENTIFICADOS	ASPECTOS A EVALUAR
<p>GERENCIALES: agrupa opiniones que tienen que ver con habilidades, iniciativas, o actitudes que desde la perspectiva de la gerencia se pueden abordar, sea que se elimine o mejore si es una barrera o si es una facilitante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Liderazgo (Alineación del personal) b. Uso de herramientas técnicas, instrumentos o formatos. c. Uso/Manejo de la información d. Trabajo en Equipo e. Comunicación efectiva y oportuna f. Seguimiento (M, S y E) g. Falla de Diseño de instrumentos de gerencia y de registros (duplicación de instrumentos) h. Falta de integración de las políticas (calidad y RGH)
<p>RECURSOS: Agrupa opiniones del personal que tienen que ver con los recursos como elemento que ayuda u obstaculiza el análisis de la Información y toma de decisiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Carencia de Recursos humanos b. Carencias presupuestarias
<p>CAPACITACION: Elemento que influye positiva o negativamente en las actitudes y habilidades del personal para el análisis de la información y toma de Decisiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Necesidades de capacitación en gerencia b. Conocimiento de normas. c. Inducción a personal de SS y de nuevo ingreso. d. Revisión de las metodologías de Capacitación
<p>MOTIVACIONALES: Agrupa opiniones que tienen que ver con la motivación nata o adquirida por el personal y que incide en el análisis de la información y la toma de decisiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Motivación propia b. Motivación inducida por la gerencia
<p>SOCIO - POLITICOS: agrupa opiniones identificadas como facilitantes o barreras para realizar las actividades del RGH vinculadas a los movimientos gremiales y decisiones políticas que inciden en el análisis de la información y toma de decisiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Injerencias de los sindicatos b. Nombramiento político de recursos que actúan sin apego a la disciplina y el trabajo en equipo

A continuación se detallan los principales resultados obtenidos:

Gráfico No.1

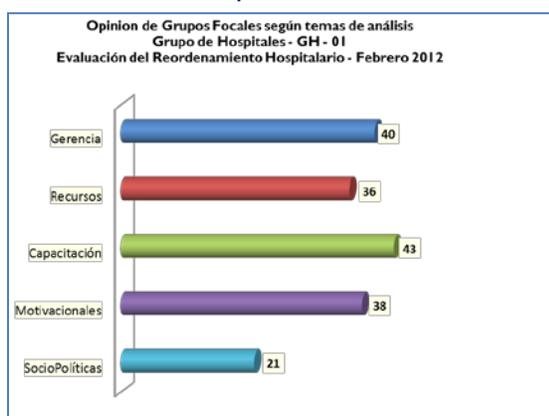
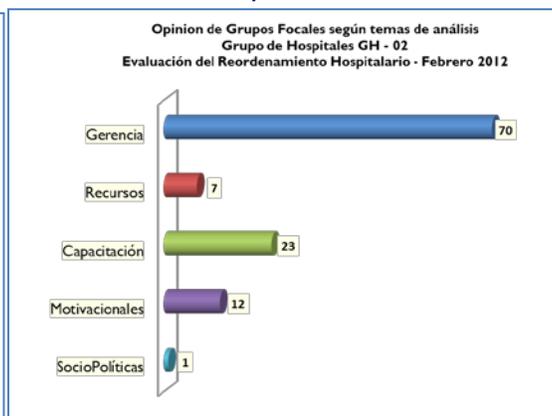


Gráfico No.2



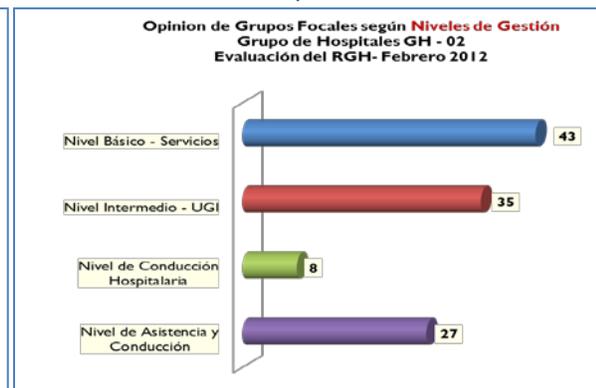
Los gráficos No.1 y No.2 se muestran en resumen las opiniones vertidas en los grupos focales, según temas de coincidencia e interés. Al comparar los dos grupos de hospitales tomados como muestras, es notorio observar que en el grupo de hospitales GH01 (los de resultados más bajos), estos enfocan sus limitantes y barreras en todos los temas y aspectos evaluados; aunque siempre ven como primordial el tema de la capacitación, en cambio para los hospitales del grupo GH02 (reconocidos con mayores avances de la gestión), sus principales opiniones se enfocan hacia las barreras y facilitantes en lo concerniente a los aspectos gerenciales.

Es evidente que donde hay mayores avances, realmente se reconoce el RGH como una herramienta eminentemente gerencial

Gráfico No.3



Gráfico No.4



Ambos grupos identificaron la necesidad de fortalecer los esfuerzos gerenciales en primer lugar en el nivel básico de servicios (dptos. clínicos), seguidos por el fortalecimiento del nivel intermedio que incluyen la UGI, los comités de apoyo, calidad, etc. y las unidades administrativas (especialmente RRHH y administración), y por último coincidieron en que se requiere fortalecer el apoyo por parte del nivel de asistencia técnica y conducción (nivel regional y nivel central) esto incluye la atención por parte del Dpto. de hospitales y el apoyo del nivel de conducción política.

A continuación se describen los principales factores facilitantes y las barreras o debilidades por nivel de gestión en el hospital, únicamente se ha identificado aquellas observaciones que manifestaron en cuatro o más (>50%) de los seis hospitales en los que se organizaron grupos focales.

NIVEL GERENCIAL BASICO: Departamentos o Servicios Clínicos

Tabla No.18 Factores facilitantes y barreras al nivel de gestión básica (Clínica)

Tipo de Opinión	Opiniones de los equipos hospitalarios
Facilitantes	Liderazgo y Trabajo en equipo
	Uso de herramientas gerenciales
	Actitud positiva por parte del personal involucrado
	Forma ordenada de trabajar
	Capacitaciones y educación continua a los médicos de nuevo ingreso
	La existencia de mecanismos de retroalimentación dentro del RGH
Barreras Debilidades	Falta de recursos humanos
	Falta de incentivos para el personal
	Aptitud del personal influye en el análisis y toma de decisiones
	Falta de Motivación del personal (actitud negativa)
	Calidad metodológica de las capacitaciones
	Normas desactualizadas y falta de protocolos de los principales eventos clínicos
	Falta de pago oportuno de los salarios
	Falta de insumos para la atención
	Carga laboral dificulta tener tiempo para análisis
	Paros de laborales
	Equipo clínico viejo en algunos casos y falta de personal biomédico

Se identifica que hay facilitantes y barreras a nivel de los servicios que inciden en el análisis y toma de decisiones; las facilitantes se orientan mas a la buena actitud del personal clínico, a las capacitaciones recibidas y a que el RGH facilita el trabajo ordenado. En cambio las limitantes (que son mayores en número) se vinculan a la falta de sistematización de las capacitaciones, insuficiente apoyo administrativo en recursos humanos, insumos y equipo y a los constantes paros laborales por diversas razones.

NIVEL GERENCIAL INTERMEDIO (UGI, Comité, secciones y dptos. Administrativos)

Tabla No.19 Factores facilitantes y barreras al nivel de gestión intermedia

Tipo de Opinión	Opiniones de los equipos hospitalarios
Facilitantes	UGI conformadas y dirigidas por epidemiólogos
	Reactivación de los comités
	Capacitaciones recibidas
Barreras Debilidades	Falta de entrega oportuna de la información para realizar análisis y tomar decisiones.
	Falta de recursos humanos claves debilita el análisis
	Análisis de los departamentos administrativos son escuetos
	Algunos epidemiólogos requieren fortalecer sus capacidades de análisis
	La política tiene injerencia en la parte técnica
	La aplicación no sistémica de los manuales administrativos
	Falta de espacios adecuados para que la UGI desarrolle los análisis con todos los actores

En el nivel intermedio del hospital, se identifica que el RGH ha posibilitado una mejora en los procesos de análisis y toma de decisiones con la creación de las UGI y la asignación del epidemiólogo como responsable, además el mismo ha creado las instancias y momentos de coordinación que facilitan y ordena el proceso. En general se considera que las barreras más importantes están orientadas a la falta de entrega oportuna de la información a la UGI y con la falta de compromiso y capacidad de algún personal clave en las instancias intermedias del hospital; adicionalmente se considera que la falta de espacios para realizar los análisis y que los administradores y encargados de recursos humanos son puestos políticamente.

Nivel Gerencial de la CONDUCCIÓN HOSPITALARIA: (Director y su Consejo Consultivo)

Tabla No.20 Factores facilitantes y barreras a nivel de Conducción Hospitalaria

Tipo de Opinión	Opiniones de los equipos hospitalarios
<i>Facilitantes</i>	<i>Existencia del CMG</i>
	<i>Reuniones del Consejo Consultivo periódicas y sistemáticas</i>
	<i>La existencia de los consejos de directores</i>
	<i>Existencia de listas de chequeo</i>
	<i>Contar con grupos de apoyo externo</i>
	<i>La toma oportuna de decisiones en base a los cuadros de mando</i>
<i>Barreras Debilidades</i>	<i>La información del cuadro de mando es analizada, pero se queda en esta etapa, porque hay muchos procesos centralizados en el nivel central, sobre todo los que tienen que ver con el área de los recursos.</i>
	<i>Desmotivación del personal por falta de respuestas de los niveles superiores</i>
	<i>Falta de empoderamiento de actores claves como el director, administrador y RRHH en algunos hospitales</i>
	<i>La injerencia política sindical en la toma de decisiones del nivel superior del hospital</i>

En el nivel de conducción del hospital, se identifica que el RGH ha posibilitado las herramientas y espacios necesarios para los procesos de análisis y toma de decisiones desde el nivel del Director y su Consejo Consultivo y la creación de Comités de Apoyo Externo. Las principales barreras se identifican con la falta de respuesta del nivel central especialmente en las acciones políticas, adicionalmente la problemática interna del hospital condicionado por el nombramiento político de funcionarios claves y por los compromisos contraídos con los gremios.

Nivel Gerencial de Conducción y Asesoría de la Gestión Hospitalaria (RSD y Nivel Central)

Tabla No.21 Factores facilitantes y barreras al nivel de Conducción y asesoría hospitalaria

Tipo de Opinión	Opiniones de los equipos hospitalarios
<i>Facilitantes</i>	Presencia del regional en los Consejos consultivos.
	El acompañamiento periódico del Departamento de Hospitales
	Retroalimentación por medio de las guías del RGH
<i>Barreras Debilidades</i>	El nivel normativo está totalmente divorciado del nivel operativo. Ejemplo: El proceso de planificación del presupuesto. Los hospitales planifican un presupuesto y la secretaria decide otro sin ningún argumento técnico.
	Las reuniones de capacitación por varios programas y unidades de la Secretaria de salud en el nivel central, hace que se descuiden los procesos internos del hospital, ya que al sacar el personal para talleres y seminarios, no queda el sustituto.
	El nivel central no respalda la toma de decisiones del hospital sobre todo en el tema de medidas disciplinarias de los recursos humanos.
	Las reuniones de consejo de Directores son poco productivas, porque se discuten problemas, pero el nivel central no queda comprometido en la resolución de la problemática que corresponde en ese nivel.
	Poco involucramiento de los Jefes Regionales al consejo consultivo
	Falta de análisis del Nivel Normativo y del Nivel Regional.
	No hay respuesta del nivel central a la solicitud de recursos humanos y presupuesto
	Exagerada cantidad de información demandada de parte del nivel central

Igual que en los niveles de toma de decisiones descritos anteriormente, las facilitantes identificadas están relacionadas con los mandatos del RGH que ha permitido ordenar de alguna manera los procesos de gestión en los hospitales. Sin embargo, se reconocen fuertes barreras para mejorar los análisis y toma de decisiones, las cuales están relacionadas con:

- El poco respaldo político a las decisiones que se toman a nivel del hospital sobre todo lo relacionado con las medidas disciplinarias para ciertos funcionarios y la ampliación de plazas con médicos especialistas.
- Exceso de solicitud de información y de reuniones convocadas por el nivel normativo.
- Apoyo insuficiente para desarrollar las capacidades de análisis en los hospitales.
- Poco involucramiento de los jefes regionales en el Consejo Consultivo

3. OBJETIVO ESPECÍFICO NO. 4

Analizar las barreras y los factores facilitadores para lograr el empoderamiento de Personal Clave del Hospital en la implementación del RGH.

Con este objetivo se evalúan los factores facilitadores y las barreras que condicionan el empoderamiento que el personal clave de los hospitales evaluados, tienen sobre el RGH.

3.1 Metodología

Para alcanzar este objetivo se realizaron un total de **36** entrevistas a personas clave de la gestión, en los seis hospitales visitados, durante la presente evaluación: Director General del Hospital, Coordinadora o Coordinador de la UGI, Jefa de Enfermería, Jefe de Gineco-Obstetricia, Jefe de Pediatría y Jefe de Estadística. Las opiniones se agruparon de acuerdo a los temas investigados abordados en la entrevista, de manera que faciliten el uso de las conclusiones para mejorar la propuesta del RGH.

Los resultados de las entrevistas se discutieron con los equipos de los 11 hospitales invitados a analizar los resultados, con ellos se identificó con mayor claridad el personal de los hospitales que actualmente están más y menos empoderados del RGH. A continuación se describen los resultados.

RESULTADOS

Los resultados se describen a continuación de acuerdo a las respuestas en las entrevistas y la discusión en el taller con los hospitales.

Empoderamiento en el RGH a nivel de las instancias técnicas y de conducción en los hospitales.

A nivel de los Servicios clínicos finales (Obstetricia y Pediatría) se considera que el personal de enfermería es el mejor empoderado del proceso, igual que los pediatras. Los menos empoderados son el personal médico del área de Ginecología, especialmente con los médicos de guardia, debido a que no se identifican con el RGH y no aplican las normas establecidas en el hospital. Asimismo se identifica que hay otro personal que no esta empoderado con el proceso, ejemplos: Técnicos instrumentistas, anestesistas y de Laboratorio.

Instancias de apoyo o intermedias. (UGI, Departamentos de Estadística, Administración, Personal y comités de apoyo a la gestión). El personal más empoderado es el de UGI, el personal de estadística, Comité de Calidad, Mortalidad, y Bioseguridad apoyan el proceso aunque hay aun espacios para la mejora en la mayoría de ellos, el comité de Compras entiende el proceso, pero en general aun no se involucra suficiente de acuerdo a los lineamientos del RGH. **Los Jefes de Personal y los Administradores son lo menos empoderados del proceso, con raras excepciones**

Director del Hospital con el Consejo Consultivo. En general, la mayoría de los directores de hospitales y su equipo del consejo consultivo están bien empoderados del proceso, sin embargo una limitante importante del proceso es el débil apoyo recibido de los Administradores y Jefes de Personal. A criterio de la mayoría de los hospitales participantes en la reunión de análisis de resultados, aun falta que algunos directores de hospital se empoderen debidamente del proceso.

Dpto. de Hospitales del nivel central y el nivel departamental o regional de la SESAL.

Las regiones de salud reciben el cuadro de mando pero los hospitales no son retroalimentados en relación al análisis que la región ha realizado y no se delega tampoco a un recurso que tenga permanencia. En general el Departamento de Hospitales esta más empoderado del proceso en el nivel central, no se visualiza aun un mecanismo a través del cual las autoridades máximas participen del proceso de manera sistemática para asegurar su operación exitosa.

Resultados sobre facilitantes y limitantes (barreras) para empoderarse del RGH.

En las entrevistas se preguntó la opinión sobre la implementación del RGH, la mayoría de las expresiones de los entrevistados fueron positivas, lo que indica un posicionamiento adecuado del mismo en el hospital.

También se consultó sobre los factores facilitantes y Barreras relacionadas con la capacitación, en general los entrevistados consideran que el RGH ha posibilitado que los proceso de capacitaciones relacionadas con mejoramiento continuo de la calidad y el análisis de Información se hallan fortalecido en el hospital y por lo tanto han sido una facilitantes importante, sin embargo, manifiestan que la inducción fue parcial e incompleta y que las personas que evalúan los procesos clínicos, requieren tener la suficiente capacidad para evaluar sus contenidos.

De acuerdo a las respuestas a las preguntas formuladas en las entrevistas y en opinión de los resultados en la consulta con los 11 hospitales, es evidente que prácticamente todo el personal directivo y de los mandos intermedios consideran que el RGH es necesario y de mucha utilidad en su trabajo diario y que ha aportado experiencias positivas dentro de los hospitales. A estos mismos funcionarios se les consulto sobre las recomendaciones para mejorar el proceso, a continuación esta opinión consolidada:

1. La información generada por el RGH, deberá ser asumida por el nivel político gerencial de la SESAL, para que se fortalezca la toma de decisiones desde ese nivel de conducción.
2. Todos los programas y niveles de la Secretaria deben mejorar su involucramiento en el RGH y la armonización de sus estrategias con el mismo.
3. El nivel regional debe de ser mas proactivo e incidir y empoderarse mas del proceso RGH y en el acompañamiento a los hospitales, siguiendo los lineamientos establecidos.
4. Fortalecer el proceso de capacitación en los servicios clínicos con el objeto de empoderar más sobre la utilidad de la información de los indicadores del cuadro de mando.
5. Capacitación al personal del hospital por grupos (técnicos en sus diferentes categorías, personal medico, etc.) relacionadas con derechos humanos, dirección Legal.
6. Desarrollar proceso de educación continua en gestión, calidad y gerencia.
7. Establecer los mecanismos de estímulos que motiven a los servicios que estén empoderados y cumpliendo con el proceso.
8. Simplificar los instrumentos de reporte de ayuda memoria para algunas instancias intermedias y servicios.

9. Incorporar al RGH los indicadores específicos de las otras especialidades.
 10. Compartir los resultados de las encuestas de satisfacción de usuarios en los períodos en que se realizan.
- Abordaje desde las organizaciones, definiendo claramente roles responsabilidades y revisión de los perfiles por parte del servicio civil.

Conclusiones y recomendaciones de los Objetivos Específicos 3 y 4

Conclusiones

1. Es evidente según las facilitantes enunciadas que **el RGH ha potenciado la mejora en los procesos de monitoreo de los hospitales**, creando los espacios de discusión y proporcionando las herramientas para su facilitación. Esto ha sido una constante al revisar las facilitantes en cada nivel de gestión de los hospitales.
2. Según los hallazgos, los hospitales con **mayor desarrollo** en el RGH consideran que las **facilitantes y limitantes están orientadas a procesos gerenciales** y mucho menos a los aspectos como capacitación, motivacionales o de otra índole. En cambio, en el grupo de hospitales **menos desarrollados** las facilitantes y barreras son producto de una mezcla de todos los aspectos evaluados, entre los que destaca la **capacitación** como una necesidad.
3. Es evidente que donde hay **mayores avances**, realmente se reconoce que hay que actuar sobre todo resolviendo prioritariamente los **aspectos gerenciales**.
4. En general en todas las instancias de toma de decisiones del hospital hay facilitantes y barreras que deben de ser consideradas para el rediseño del RGH, sin embargo, **las barreras son más importantes** cuali y cuantitativamente, sobre todo porque una buena de parte de ellas **no son del control del RGH**, sin embargo, esto también significa que hay aun mucho espacio para la mejora del proceso.
5. Los principales barreras que limitan el análisis y toma de decisiones por nivel de gestión en los hospitales y que deben ser consideradas en el rediseño son:
 - a. A nivel de los servicios: a) falta de sistematización de las capacitaciones, b) insuficiente apoyo administrativo en recursos humanos, insumos y equipo y c) constantes paros laborales por diversas razones.
 - b. A nivel de las instancias de apoyo del nivel intermedio: a) falta de entrega oportuna de la información a la UGI, b) falta de compromiso y capacidad de algún personal clave en las instancias intermedias del hospital, c) falta de espacios físicos para realizar los análisis y, d) administradores y encargados de recursos humanos son puestos políticamente.
 - c. A nivel de la Dirección del Hospital: a) falta de respuesta del nivel central especialmente en las acciones políticas, b) la problemática interna del hospital condicionado por el nombramiento político de funcionarios claves y, c) los compromisos contraídos con los gremios.
 - d. A nivel superior de conducción y asesoría: a) El poco respaldo político a las decisiones que se toman a nivel del hospital. B) Exceso de solicitudes de información, c) Reuniones frecuentes convocadas por el nivel normativo, c) Apoyo insuficiente para desarrollar las capacidades de análisis en las diferentes instancias de los hospitales, d) poco involucramiento

- de los jefes regionales en el Consejo Consultivo. E) Falta de análisis de los resultados, causas y recomendaciones elaboradas por los hospitales, por las instancias técnico - normativas del nivel central de una forma colegiada.
6. En general, el RGH esta posicionado adecuadamente en los diferentes niveles de gestión de los hospitales y en el nivel central, sin embargo, se reconoce que las personas claves en los mismos tienen diferentes niveles de empoderamiento:
 - a. Los directores, coordinadores de la UGI, enfermeras y pediatras en la mayoría de hospitales su nivel de compromiso es alto,
 - b. Los comités de calidad, mortalidad, bioseguridad, compras, el departamento de estadísticas y los GO, apoyan el proceso pero no de manera Sistemática.
 - c. Los administradores y responsables de los recursos humanos son los menos comprometidos con los procesos.
 - d. En el nivel central se considera que es necesario un mayor involucramiento del nivel político en el proceso de toma de decisiones, y que el resto de unidades normativas vinculadas con el RGH asuman las responsabilidades que le corresponden.
 7. Los equipos hospitalarios consideran que el RGH debe ser completados con indicadores que monitoreen el accionar de todos los servicios del hospital.

Recomendaciones.

1. Los espacios ganados por el RGH, deben ser analizados estratégicamente para definir oportunidades de mejoras en todos los aspectos: políticos, técnicos y gerenciales.
2. Se deben definir mecanismos en el marco del RGH que aseguren un desarrollo homogéneo en la conducción de los hospitales, especialmente aprovechando las lecciones aprendidas en los hospitales con mayor avance gerencial.
3. El rediseño del RGH debe considerar la *definición de estrategias operativas* que aseguren el abordaje y las soluciones a los aspectos identificados como barreras en los diferentes instancias de gestión al interior de los hospitales, adicionalmente debe establecer mecanismos que garanticen el *apoyo, análisis y seguimiento de los resultados en los niveles superiores de la SESAL* (nivel regional y central).
4. Para el RGH rediseñado y específicamente en el desarrollo de capacidades para el análisis y la toma de decisiones, la metodología de capacitación debe ser definida incorporando métodos participativos, aspectos tecnológicos y capacitadores debidamente certificados.
5. En el RGH se deben identificar mecanismos gerenciales que obliguen a los funcionarios a asumir sus responsabilidades delegadas, así mismo acciones que motiven y estimulen las acciones de los trabajadores de la salud en los hospitales.
6. Se debe completar la propuesta del RGH con contenidos que incluyan todos los servicios ofertados por los hospitales

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

Conclusiones.

1. Los resultados de la evaluación del RGH han demostrado que el proceso se ha consolidado, provocando una mejora sustancial y sostenida en la capacidad de gestión en la red de hospitales.
2. Es importante resaltar que la creación y desarrollo de las UGI, así como la designación del epidemiólogo como coordinador de la misma ha sido un factor decisivo para el logro de los avances obtenidos a la fecha
3. Un avance significativo ha sido la incorporación de un CMG conteniendo los indicadores que permiten vigilar la gestión de los diferentes procesos en el hospital. Se reconoce que los mismos están sujetos permanentemente a los procesos de mejora continua.
4. Durante los tres años de su implementación, el RGH ha logrado empoderar al personal e instancias clave del nivel central y de los mismos hospitales, sin embargo, se reconoce que aun quedan brechas importantes que cubrir especialmente en los niveles central y regional, así como en los mandos intermedios de los hospitales.
5. Pese a los avances logrados a la fecha, se reconoce que el RGH tiene muchos aspectos considerados como facilitantes y barreras que han condicionado la situación actual del proceso.

Recomendaciones.

1. Considerando los resultados de la evaluación es necesario realizar un rediseño del RGH de acuerdo a los resultados de la misma.
2. El rediseño del RGH se debe basar en los hallazgos específicos de la evaluación, pero además deberá considerar los marcos políticos vigentes especialmente lo relacionado con el proceso de reforma y el nuevo modelo de salud actualmente en discusión
3. El rediseño del RGH debe incluir mecanismos innovadores que aseguren el empoderamiento de todos los actores involucrados en el proceso
4. Definir mecanismos de abogacía y gestión que permitan la viabilidad política, técnica y financiera del proceso de rediseño en todos los niveles

5. ANEXOS

ANEXO I. Cuadro con las definiciones precisas de las Variables del Objetivo Específico No.2

Operacionalización de las variables o criterios de calidad del indicador y sus categorías

Variables del OE – 2		Criterios de Calidad para la evaluación de los 49 Indicadores del CMG del RGH Fase I	
Variables (Criterios de Calidad)	1	Utilidad del Indicador	
	2	Oportunidad del Indicador	
	3	Confiabilidad del Indicador	
	4	Consistencia del Indicador	
	5	Disponibilidad de la(s) Fuente(s) del Indicador	
Definición Precisa de las categorías de cada Variable o Criterio Calidad del Indicador			
Criterio Utilidad	Utilidad del Indicador: Se refiere a la propiedad del indicador en que se reconoce que los resultados y el análisis respectivo facilitan la toma de decisiones. Para fines de esta evaluación, un indicador se considera útil cuando estos se presentan en los consejos consultivos y son tomados en cuenta para decidir sobre lo que se va a hacer.		
	Categorías del Criterio Utilidad del Indicador		
	1	Indicador muy útil: Siempre que está alterado, es utilizado para tomar decisiones.	
	2	Indicador útil: La mayoría de las veces en que se encuentra alterado es utilizado para la toma de decisiones.	
	3	Indicador poco útil: La mayoría de las veces en que se encuentra alterado NO es utilizado para la toma de decisiones.	
Criterio Oportunidad	Oportunidad del Indicador: El indicador es presentado ante la instancia que lo utilizará en el momento establecido (mediante normas y/o acuerdos).		
	Categorías de la Oportunidad Indicador		
	1	Indicador muy Oportuno: Indicador que Siempre es entregado a la instancia respectiva en el tiempo estipulado por la norma. (Momento en que se necesita para el análisis).	
	2	Indicador Oportuno: La mayoría de las veces es entregado a la instancia respectiva en el tiempo estipulado por la norma. (Momento en que se necesita para el análisis).	
	3	Indicador Poco oportuno: La mayoría de las veces NO es entregado a la instancia respectiva en el tiempo estipulado por la norma. (Momento en que se necesita para el análisis).	
Criterio Confiabilidad	Confiabilidad del Indicador: Se espera que sean fáciles de entender por los interesados, aun cuando no sean especialistas. Cuando se discute el indicador todos los participantes entienden lo mismo de la utilidad y características del indicador.		
	Categorías de la Confiabilidad del Indicador		
	1	Indicador muy confiable: Todo el personal que construye y/o utiliza este indicador y/o sus resultados entienden bien el indicador. Se percibe que hay claridad en el uso, y en la construcción de este indicador.	
	2	Indicador confiable: la mayoría de los usuarios del indicador tienen claro como se construye y/o utiliza este indicador y/o sus resultados. (algunas personas (pocas tienen dificultades para construirlo y/o utilizarlo)	
	3	Indicador poco confiable: la mayoría de los usuarios NO tienen claro la construcción y/o la utilidad del indicador (¿cómo lo debe utilizar? o ¿para qué sirve?)	
Criterio Consistencia	Consistencia del Indicador: Si el indicador tiene dos o más fuentes, se comprueba cuando los datos de las diferentes fuentes son exactamente iguales. No se deben detectar diferencias en la información (inconsistencias).		
	Categorías de la Consistencia del indicador		
	1	Indicador muy Consistente: Cuando el indicador se construye de una sola fuente y está claramente definida. Cuando el indicador se construye con datos de dos o más fuentes y siempre se percibe /comprueba que los datos son los mismos.	
	2	Indicador Consistente: Cuando el indicador se construye de dos o más fuentes y no están claramente definidas, pero, la mayoría de las veces que se discute el indicador se percibe /comprueba que los datos son los mismos, coinciden.	
	3	Indicador poco consistente: Cuando el indicador se construye de dos o más fuentes y no están claramente definidas y la mayoría de las veces que se discute el indicador se percibe /comprueba que los datos no coinciden.	
Criterio Disponibilidad	Disponibilidad de la(s) Fuente(s) del Indicador: El indicador es construido a partir de fuentes informativas y/o registros estadísticos que pueden ser consultados cuando se requiere y siempre están disponibles.		
	Definición de la Categorías de la Disponibilidad Indicador		
	1	Fuente(s) del Indicador Disponible(s): la fuente donde se busca el dato que se anota en el numerador siempre está disponible, es fácil de conseguir el dato.	
	2	Fuente(s) del Indicador casi siempre disponible: la fuente donde se busca el dato que se anota en el numerador casi siempre esta disponible, es relativamente fácil de conseguir el dato, en la mayoría de las veces está disponible, es mas frecuente encontrarlo.	
	3	Fuente(s) del Indicador regularmente disponible: Se percibe que la fuente donde se busca el dato del numerador está disponible, tantas veces no está disponible, tantas veces como no lo está.	
	4	Fuente(s) del Indicador Nunca está disponible: la fuente donde se busca el dato que se anota en el numerador casi nunca esta disponible. (Es muy difícil de conseguir el dato, es mas frecuente no encontrarlo que encontrarlo).	
5	Fuente(s) del Indicador Nunca está Disponible: la fuente para obtener el dato del numerador Nunca está disponible, es imposible conseguir el dato.		

ANEXO No.2

Consolidado de las opiniones de 11 hospitales en el taller de revisión de los resultados de la Evaluación del Reordenamiento Hospitalaria
Septiembre de 2012. Revisión de los criterios de calidad de indicadores seleccionados

Indicadores	Observaciones de los grupos acerca de los criterios de calidad de los indicadores						Tendencia a la Mejora	Cumplimiento del Estándar
	Periodicidad	Utilidad*	Consistencia	Confiabilidad	Oportunidad	Disponibilidad		
ADM – 01	Mensual	Útil	No consistente	No Confiable	No Oportuno	SI	No	No
ADM – 02	Mensual	Útil	No consistente	No confiable	No Oportuno	SI	No	No
ADM – 04	Trimestral	Útil	SI	Si	No Oportuno	SI	No	No
ADM – 05		Útil	No consistente	No confiable	No Oportuno	SI	No	No
ADM – 06		Útil	No consistente	No confiable	No Oportuno	SI	No	No
BIO – 01		No útil	Sin dato	No confiable	Sin dato	Sin dato	No	No
CAL – 01		Útil	SI	No confiable	Sin dato	SI	Probablemente	
CMP – 01		Útil	No consistente	No confiable	No Oportuno	No disponible	No	No
EST- 01,02,03,04		Poco útil	SI	Sin dato	No Oportuno	SI	No	Sin Estándares
EST – 05	Trimestral	Poco útil	SI	Si	No Oportuno	SI		Cumplido
GO – 01		Útil	SI	No confiable	Oportuno	SI	No	No
GO – 07		Útil	No consistente	No confiable	Oportuno	SI	No	No
GO – 11		Útil	No consistente	Si	Oportuno	SI	No	No
GO – 13		Poco útil	SI	Si	Oportuno	SI	No	No
GO – 14		Poco útil	SI	Si	Oportuno	SI	No	No
GO – 15		Poco útil	SI	Si	Oportuno	SI	No	No
PED-06		Útil	Sin dato	Poco confiable	Sin dato	SI		
RH – 01		Muy útil	SI	Si	No Oportuno	SI	No	No
RH – 02		Muy útil	SI	Si	No Oportuno	SI	No	No
RH – 03		Muy útil	SI	Si	No Oportuno	SI	No Valorable	Sin Estándar
RH – 04		Muy útil	SI	No confiable	No Oportuno	SI	No Valorable	Sin Estándar
RH – 05		Muy útil	SI	No Confiable	No Oportuno	SI		
UFAU – 01		Útil	SI	No confiable	Oportuno	SI	SI	SI
UGI – 01		Poco útil	SI	Si	No Oportuno	SI		No
UGI – 06		No útil	SI	Si	Oportuno	SI		Cumplido
UGI – 08		No útil	SI	Si	Oportuno	SI		
UGI – 16	Trimestral	Útil	SI	Si	Oportuno	SI	No	No
UGI – 17		Útil	Sin dato	No confiable	Oportuno	SI	SI	
UGI – 18		Útil	No consistente	No confiable	Oportuno	SI	No	No

* Grupo B refirió que los 49 indicadores del cuadro de mandos son útiles

ANEXO 3. Observaciones para el criterio de Utilidad

Consolidado de opiniones (11 hospitales) Taller de revisión resultados Evaluación del RGH Sep. 2012.

Observaciones de los indicadores en el criterio de calidad UTILIDAD

- ✓ **ADM 01 y 02** indicadores administrativos se deben medir mensual, no trimestral, Información sin respaldo.
- ✓ **ADM-04** Se debe medir trimestral pero empezando en el mes de enero, abril. Buscar un mecanismo para verificar la ejecución y las deudas (para ingresar al SIAFI)
- ✓ **ADM-05 y 06:** Medicamentos que no se encuentran en el cuadro básico y fuera del mercado, pero si esta en la norma y no da otra alternativa (*misoprostol, guantes obstétricos, mariposas, catéter No. 16, solución salina de 100 cc*)
- ✓ **CAL-01.** Mejorar la redacción (*paciente obstétricas satisfecha con el servicio en general, que incluye infraestructura u atención clínica*)
- ✓ **EST-01, 02, 03 y 04** Dejarlos solo para consejo consultivo y director y quitarlos de las salas.
- ✓ **EST-05.** Así como esta es poco útil, se debe modificar agregándole otros criterios. Reportarlo C/trimestre
- ✓ **GO-10.** Debe incluirse en el GO-01
- ✓ **GO-13, 14 y 15** Valorar la posibilidad de Quitarlos del cuadro de mando (Condon, ACOs e Inyectables)
- ✓ **RH – 01 a 05:** Indicadores de Recursos Humanos son muy útiles, descentralización de nivel central (Asesoría legal) de medidas disciplinarias al hospital. Implantación de controles para mejorar el ausentismo
- ✓ **UFAU-01.** Confusión entre que es una queja y un reclamo. (Investigar en el Dpto. de Calidad cambio de nombre a CIAP) Centro de Información Al Paciente
- ✓ **UGI-01.** En las listas de chequeos deben de aparecer las acciones que toma el director, administrador y directora de enfermería, con respuesta escrita
- ✓ **UGI-06,** no es útil. Estrategia ya establecida
- ✓ **UGI-08** Valorar la posibilidad de Quitarlo del cuadro de mando (letalidad hospitalaria), porque los eventos son muy pocos
- ✓ **UGI-16:** Las reuniones de comité de apoyo cambiar a trimestral en vez de mensual.

** Uno de los grupos del taller desconoció de la utilidad de los indicadores, se consideró que en esos hospitales esté centralizado el análisis en una sola persona, o No están empoderados del proceso.

ANEXO 3. Observaciones para el criterio de Utilidad

Consolidado de opiniones (11 hospitales) Taller de revisión resultados Evaluación del RGH Sep. 2012.

Observaciones de los indicadores en el criterio de calidad UTILIDAD	
✓	ADM 01 y 02 indicadores administrativos se deben medir mensual, no trimestral, Información sin respaldo.
✓	ADM – 04 Se debe medir trimestral pero empezando en el mes de enero, abril. Buscar un mecanismo para verificar la ejecución y las deudas (para ingresar al SIAFI)
✓	ADM - 05 y 06: Medicamentos que no se encuentran en el cuadro básico y fuera del mercado, pero si esta en la norma y no da otra alternativa (<i>misoprostol, guantes obstétricos, mariposas, catéter No. 16, solución salina de 100 cc</i>)
✓	CAL – 01. Mejorar la redacción (<i>paciente obstétricas satisfecha con el servicio en general, que incluye infraestructura u atención clínica</i>)
✓	EST-01, 02, 03 y 04 Dejarlos solo para consejo consultivo y director y quitarlos de las salas.
✓	EST-05. Así como esta es poco útil, se debe modificar agregándole otros criterios. Reportarlo C/trimestre
✓	GO-10. Debe incluirse en el GO-01
✓	GO-13, 14 y 15 Valorar la posibilidad de Quitarlos del cuadro de mando (Condon, ACOs e Inyectables)
✓	RH – 01 a 05: Indicadores de Recursos Humanos son muy útiles, descentralización de nivel central (Asesoría legal) de medidas disciplinarias al hospital. Implantación de controles para mejorar el ausentismo
✓	UFAU-01. Confusión entre que es una queja y un reclamo. (Investigar en el Dpto. de Calidad cambio de nombre a CIAP) Centro de Información Al Paciente
✓	UGI-01. En las listas de chequeos deben de aparecer las acciones que toma el director, administrador y directora de enfermería, con respuesta escrita
✓	UGI-06, no es útil. Estrategia ya establecida
✓	UGI-08 Valorar la posibilidad de Quitarlo del cuadro de mando (<i>letalidad hospitalaria</i>), porque los eventos son muy pocos
✓	UGI-16: Las reuniones de comité de apoyo cambiar a trimestral en vez de mensual.
<p>** Uno de los grupos del taller desconoció de la utilidad de los indicadores, se consideró que en esos hospitales esté centralizado el análisis en una sola persona, o No están empoderados del proceso.</p>	

ANEXO 4. Observaciones para el criterio de Oportunidad

Consolidado de opiniones (11 hospitales) Taller de revisión resultados Evaluación del RGH Sep. 2012.

Observaciones de los indicadores en el criterio de calidad OPORTUNIDAD	
✓	ADM-01, ADM-02, ADM-06, RH-05: indicadores que corresponden al área de Administración No cumplen el criterio de oportunidad, siempre son presentados de forma tardía (destiempo) ante el/a coordinador/a de la UGI. La inestabilidad de los Administradores condicionan que la información llegue en forma oportuna
<p><u>Recomendaciones</u></p>	
✓	En la Petición y rendición de cuentas, no solamente se debe involucrar a Directores y Coordinadores de la UGI, sino, también a administradores/as y Jefes/as de Recursos Humanos de los Hospitales.
✓	Que se respete el perfil para cada puesto o cargo al momento de nombrar o contratar personal (<i>Administración y Recursos Humanos</i>).
✓	La inducción a las/los Administradores y Jefe de Recursos Humanos debe de ser brindada por el personal adecuado.
✓	Revisar la oportunidad de la entrega de la información por parte de los servicios, ya que hay atrasos condicionados por los equipos de los servicios.
✓	Las decisiones que tome el director, administrador y directora de enfermería deben incluirse en las listas de chequeo, con respuesta escrita.

ANEXO 5. Observaciones para el criterio de Consistencia

Consolidado de opiniones (11 hospitales) Taller de revisión resultados Evaluación del RGH Sep. 2012.

Observaciones de los indicadores en el criterio de calidad Consistencia

Los indicadores con mayores problemas en la consistencia:

- ✓ **GO – 07.** Se debe Normalizar e indicar la fuente
- ✓ **GO – 11.** Verificar todas las fuentes y consolidar (*Estandarizar toda la información*)
- ✓ No existen inconsistencias internamente en el proceso, pero si a nivel regional.

Causas:

- ✓ Revisar las fuentes de la Información.
- ✓ Puede existir manipulación de información en algunas áreas.
- ✓ No se respetan los niveles de análisis.
- ✓ No se revisan los flujos de información.

ANEXO 6. Observaciones para el criterio de Confiabilidad

Consolidado de opiniones (11 hospitales) Taller de revisión resultados Evaluación del RGH Sep. 2012.

Observaciones de los indicadores en el criterio de calidad Confiabilidad

Los indicadores señalados con mayores problemas en el criterio de Confiabilidad fueron:

- ✓ **UGI – 06.** Diarreas graves. (*Construcción del Indicador con criterios fuera de normas*)
- ✓ **EST – 01, 02, 03 y 04.** Debe utilizarse solamente en consejo consultivo.
- ✓ **CMP – 01.** El numerador solo incluye los que pasan o están con mas de un 80 % de lo programado. La fuente también ser también el plan de compras.
- ✓ **RH – 04.** Ausentismo no justificado, definir con claridad el denominador. (*personal administrativo y consulta externa, solo trabajan 5 días a la semana*). Implantación de controles para mejorar el ausentismo total o parcial
- ✓ **ADM – 05.** El numerador y denominador no esta contruidos de acuerdo al entendimiento del indicador.
- ✓ **GO – 01.** No incluye las pre-eclampsias atípicas, que si están incluidas en la nueva norma.
- ✓ Un grupo opinó que todos los indicadores son confiables. Están de acuerdo con la opinión del UGI – 06 poco confiable
- ✓ **UGI-18,** es poco confiable por la forma que se mide de manera diferente en cada Hospital.

Recomendación:

- ✓ La actualización de la norma de manejo de la Diarrea y la Protocolización de la misma.
- ✓ Creación de un instrumento que normatice la revisión del indicador UGI-18
- ✓ Construcción de un indicador que mida las horas que no trabaja el empleado (ausentismo no justificado) al inicio, durante y al final de la jornada. Escogiendo al azar y categorizando a los empleados (médicos, enfermería, administrativos y apoyo)



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

ULAT
Unidad Local de Apoyo Técnico
para Salud - HONDURAS