



LATIN AMERICA AND CARIBBEAN HEALTH AND NUTRITION SUSTAINABILITY:

Technical Support for Policy,
Financing and Management

7200 Wisconsin Avenue
Suite 600
Bethesda, MD 20814
(301) 941-8490
FAX (301) 941-8449

This contract is implemented by:

International Science
and Technology
Institute, Inc. (ISTI)

Community Systems
Foundation (CSF)

Development Group, Inc. (DGI)

University Research
Corporation (URC)

URC is the prime contractor under
Contract No.
LAC-0657-C-00-0051-00
with the U.S. Agency for
International Development.

**ECUADOR:
PRUEBA DE CAMPO DE LOS INDICADORES
DE GERENCIA Y FINANZAS**

John Holley

21 de octubre de 1993

**ECUADOR:
PRUEBA DE CAMPO DE LOS INDICADORES DE
GERENCIA Y FINANZAS**

INFORME FINAL

John Holley

21 de octubre de 1993

**Preparado para el Ministerio de Salud Pública y la USAID/Ecuador bajo
LAC Health and Nutrition Sustainability Contract No. LAC-0657-C-00-51-00
International Science and Technology Institute/University Research Corporation
1129 20th Street, N.W., Suite 706
Washington, D.C. 20036**

CONTENIDO

Capítulo

1	Introducción y Resumen	1
2	Indicadores Financieros de Salud	8
3	Indicadores Gerenciales (Nivel Central)	31
4	Indicadores de Sostenibilidad de Programas de Supervivencia Infantil	49
5	Indicadores Gerenciales: Encuesta a Nivel Operativo	51

Anexos

1	Personas e Instituciones que participaron en el Desarrollo de los Indicadores de la Prueba	
2	Instrumento Utilizado para los Indicadores Gerenciales del Nivel Central: Areas Claves de Administración y Gerencia	
3	Guía de Investigación (Instrumento Nuevo para los Indicadores Gerenciales del Nivel Central)	
4	Evaluación de la Sostenibilidad de la Gestión Administrativa: Evaluación de la Sostenibilidad de la Gestión Administrativa	
5	Instrumento Utilizado para los Indicadores Gerenciales del Nivel Operativo: Encuesta de Indicadores Gerenciales para el Nivel de Establecimiento	
6	Instrumento Nuevo para los Indicadores Gerenciales del Nivel Operativo: Encuesta de Indicadores Gerenciales para el Nivel de Establecimiento	
7	Bibliografía	

CAPITULO 1
INFORME DE LA PRUEBA DE CAMPO
INDICADORES FINANCIEROS Y GERENCIALES

Ecuador - agosto de 1993

INTRODUCCION Y RESUMEN

INTRODUCCION

Durante los últimos cinco años se ha intentado desarrollar juegos de indicadores, los cuales serían fáciles de medir y podrían señalar a groso modo el estado de gerencia de instituciones del sector salud en países del Tercer Mundo. Varias personas e instituciones han participado en esta labor acercándose cada vez más a posibilidades más útiles.

Dos propósitos principales estimularon esta búsqueda: 1) proporcionar a los funcionarios de salud de la USAID (de donde vinieron muchos de los fondos que apoyaron este proceso) y de otras agencias donantes, listas abreviadas de indicadores que les pudieran servir como guía para identificar campos que requieren enfoque programático y como pautas para medir los avances gerenciales. Parte de este propósito fue también identificar ciertos requisitos, al parecer críticos para la sostenibilidad de proyectos; y 2) desarrollar estos indicadores para proporcionar un instrumento eficaz en función del costo a fin de estimular un diálogo interno en las instituciones responsables de la prestación de servicios de salud.

Actualmente hay tres tipos de indicadores gerenciales en proceso de desarrollo. Un grupo de indicadores del sistema farmacéutico que se encuentra en etapa avanzada y que ha sido ya probado en varios países, sirve los dos propósitos arriba mencionados y se puede obtener fácilmente.¹

Simultáneamente, el proyecto de Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe (LAC HNS) aceptó el reto de desarrollar otros dos grupos de indicadores, a saber: indicadores financieros, que deberán describir la situación financiera de un país referente al sector salud e indicadores gerenciales, que intentan describir el estado de desarrollo de los diferentes subsistemas gerenciales que existen en instituciones de salud, en particular, los Ministerios de Salud. Este informe es el resultado de la primera prueba de campo de esos indicadores.

¹ El Proyecto LAC HNS prepara en la actualidad un informe relativo a la lista de estos indicadores y cuya publicación se efectuará en poco tiempo. Cabe señalar que la OMS también esta preparando un informe, pero con listas mucho más extensas y menos refinadas.

Organización del informe

Esta prueba de campo tuvo dos propósitos principales: a) obtener datos útiles respecto al sector salud del Ecuador; y b) probar y refinar varios instrumentos con indicadores potenciales. De hecho, se realizaron simultáneamente 4 estudios distintos, a saber:

1. un grupo de 14 indicadores financieros;
2. una lista de unos 12 indicadores gerenciales, principalmente aplicada al nivel central del Ministerio de Salud;
3. una lista de unos 99 indicadores desarrollados para poder determinar la sostenibilidad de programas de supervivencia infantil; y
4. una lista de unos 20 indicadores aplicados al nivel operativo del Ministerio de Salud.

Hemos dedicado un capítulo para analizar los resultados detallados de cada una de estas pruebas. En los anexos se pueden apreciar ejemplos de los instrumentos utilizados y recomendados para otras pruebas. El presente capítulo resume los resultados en forma global.

Indicadores financieros

Los indicadores financieros escogidos para esta prueba fueron descritos por el Dr. Robert Robertson después de considerar varias posibilidades. Los resultados se encuentran en el capítulo 2.

Al igual que en otros casos, el propósito de esta prueba no fue solamente el de obtener datos para el sector salud del Ecuador, sino también determinar la utilidad de cada indicador y la factibilidad de obtener los datos requeridos para su construcción.

Es importante destacar que en este caso el enfoque deseado fue sectorial: muchos de los indicadores pretendían medir la capacidad financiera de todo el sector y no necesariamente la de las instituciones como enfoque principal. En este sentido, la prueba demostró una debilidad seria: si una de las instituciones principales se niega a proveer los datos requeridos, el análisis sectorial necesariamente se debilita y se hace difícil una comparación entre países.

Obviamente, sería interesante poder entender la composición financiera del sector salud. Podría ser que su conocimiento tenga un impacto en las políticas de una o más instituciones, especialmente si se compara este conjunto de montos y responsabilidades con el de otros países. En general (específicamente en el Ecuador), no existen mecanismos y sistemas contables para detectar fácilmente la distribución financiera de salud.

Existen varias razones para este impase. Primero, ciertas instituciones, por razones particulares, simplemente se niegan a proporcionar los datos básicos globales requeridos para construir los indicadores. Este fue el caso del Seguro Social y las Fuerzas Armadas en el Ecuador.

Segundo, el sector privado está tan disperso y diversificado, que prácticamente es imposible determinar con precisión su alcance financiero. Además, en algunos países existen servicios de salud tradicional, lo que podría ser de suma importancia, y lo cual ni entra en la economía monetaria.

Finalmente, en los Ministerios de Salud, los sistemas contables financieros son tan globalizados y desactualizados que no es fácil obtener gastos, particularmente programáticos, tenemos que satisfacernos con montos presupuestados, siempre suponiendo equivalencias aproximadas de gastos...lo cual se aleja de la realidad.

Por estas razones, se puede concluir que *es probablemente prematuro pensar en indicadores sectoriales*. Esto no niega su utilidad potencial, sino más bien admite que probablemente no haya posibilidad de llevar a cabo este tipo de análisis en muchos países en este momento. Podría ser que a la larga con la introducción de sistemas financieros mejor concebidos, podamos volver a reconsiderar este propósito y enfoque.

No obstante, otra lección aprendida de esta prueba es que la falta de datos sectoriales no significa que los datos disponibles de instituciones individuales no sirvan internamente. En este caso, los pocos datos que pudimos obtener fueron los del Ministerio de Salud, que demuestran las fluctuaciones del comportamiento financiero de este establecimiento en años precedentes.

Por ende, es imprescindible señalar la importancia de establecer el contexto: la interpretación de una cifra estática para un año solamente tiene sentido cuando se compara con la de otros años para poder establecer la tendencia. En este caso, se demostró que los gastos del Ministerio de Salud han descendido en gran medida en este año.

De los 14 indicadores financieros, pudimos solo obtener datos parciales para 5, y solo en referencia al Ministerio de Salud. Entre las razones que influyeron en estos resultados se pueden anotar las siguientes:

1. Falta de sistemas financieros; la única fuente de datos financieros fue el presupuesto. Resulta laborioso desglosarlo en forma útil puesto que es sumamente globalizado. En parte, esta deficiencia se debe a que mucha de la contabilidad pública respecto al Ministerio de Salud, no se hace allí, sino en el Ministerio de Hacienda.
2. No existe un mecanismo de contabilización para donaciones dentro del sistema contable del Gobierno. Esta deficiencia probablemente existe en casi todos los sistemas públicos contables del hemisferio.

3. Do de los indicadores se enfocan en la capacidad financiera familiar y la única manera de obtener estos datos es por medio de una encuesta domiciliaria. Periódicamente se hace este tipo de encuesta, pero esta labor generalmente requiere un gran esfuerzo y es costosa, por consiguiente, los datos no siempre están actualizados ni disponibles.

No obstante, la falta de estos datos no demuestra falta de utilidad de los indicadores. Al contrario, como se anotó en una reunión con el Director General de Salud, la dificultad de obtener indicadores valiosos como los desgloses presupuestarios, estimuló el interés de obtenerlos, reconociendo su utilidad.

Por estas razones, aunque la prueba demostró la dificultad de obtener datos, se recomienda que los mismos indicadores sean objeto de otra prueba para confirmar estos hallazgos y que se continúe en la búsqueda de indicadores financieros más factibles.

Indicadores gerenciales del nivel central

La búsqueda de un grupo abreviado de indicadores gerenciales comenzó hace varios años; en parte, estimulada por la necesidad de refinar el proceso de planificación y evaluación, y en particular para descubrir los elementos críticos de sostenibilidad de proyectos. El Proyecto LAC HNS tomó este tema en serio a comienzos de 1991 y organizó un diálogo entre varias instituciones y organizaciones interesadas en este asunto.²

Los resultados de esas discusiones fueron una serie de pautas a las que deben ajustarse los indicadores:

1. Ser objetivos y no subjetivos.
2. Ser cuantificables y determinar el nivel de cumplimiento hacia una norma.
3. Ser limitados en número.
4. Estar relacionados con la garantía de calidad de los servicios.
5. Estar relacionados con la supervivencia infantil.
6. Ofrecer un perfil comparable entre los países.
7. Estar relacionados a tiempo.

Tomando en cuenta estos parámetros y otros criterios, resultaron dos grupos de indicadores de estas discusiones. 1) una lista corta de indicadores, principalmente aplicados en el nivel central, y el sujeto del capítulo 3; y 2) otro indicador más extenso, enfocado específicamente en la medida del grado de sostenibilidad de programas de supervivencia infantil, tratados en el capítulo 4.

² Los participantes en este diálogo se encuentran en la lista del Anexo [1].

El propósito de la lista corta fue el de proporcionar a los funcionarios de salud una serie de indicadores fáciles de obtener, que podrían describir el estado de desarrollo de cada subsistema gerencial.

En términos generales, esta prueba concluyó que la lista de indicadores fue demasiado simplificada para ser útil en la descripción del estado actual de cada subsistema. No obstante, la prueba se considera un gran éxito porque nos guió hacia algunas modificaciones, las cuales deberían ayudar a reducir las deficiencias de la lista original. El instrumento modificado se encuentra en el Anexo [3].

Cabe señalar que se mantuvo la estructura de los indicadores en términos de los subsistemas gerenciales. En algunos casos, se agregó más detalle cuando se consideró que el indicador en prueba no era suficientemente representativo del subsistema. Este factor también influyó en el desarrollo de los indicadores del nivel operativo.

Otra modificación que se desarrolló con el Funcionario de Salud de la USAID/Ecuador, fue la utilización de esta lista. En un principio, la idea fue que alguien debería obtener los datos respecto a los indicadores y presentarlos a los funcionarios de salud para su consideración. Debido a la falta de precisión, nos parece más útil hacer énfasis en *el proceso* de obtener los datos. Mientras que por lo menos algunos de los indicadores podrían servir para evaluar la sostenibilidad de programas y/o planificar proyectos nuevos, consideramos que para maximizar la utilidad, sería aconsejable que los mismos funcionarios de salud recolectaran los datos respecto a los indicadores como parte de *una orientación* personal a su cliente principal, el Ministerio de Salud.

Por esta razón, se expandió la lista para estimular una discusión respecto al estado de cada subsistema. Las preguntas deberían ser fáciles de contestar, pero lo más importante, es que permitieran la apertura de discusiones que pudieran iluminar la situación real respecto a cada subsistema. En el curso de uno o dos días, el funcionario de salud debería obtener una visión general de la forma como funciona el Ministerio de Salud, y a la vez, conocer a muchos de los funcionarios principales con quienes debería trabajar.

Como se comprobó, se concluye que la lista corta es casi completamente inútil para el Ministerio de Salud: a los indicadores les falta la precisión requerida para provocar una discusión inteligente con relación a los subsistemas. Se espera que con una precisión más amplia, los indicadores podrían utilizarse para estimular discusiones internas, y así tal vez provocar acciones hacia mejoramientos dentro de los Ministerios de Salud.

Indicadores de sostenibilidad de programas de supervivencia infantil

Como paso inicial a la lista corta que se acaba de discutir, el Dr. Michael Bernhart elaboró un instrumento para medir la sostenibilidad de los programas de supervivencia infantil. Los detalles de esta prueba se discuten en el capítulo 3, pero se concluyó que este instrumento no sirvió

mucho en una institución compleja como un Ministerio de Salud debido a que se presta a confusión de los resultados.

No obstante, el intento se considera valioso y se sugiere que se haga un rediseño del instrumento para que sea aplicable a programas específicos, en vez de abarcar una serie de programas.

Se contemplaron otros elementos de esta lista durante el rediseño de los indicadores discutidos en los capítulos 2 y 5.

Indicadores gerenciales del nivel operativo

Tres de los indicadores originalmente propuestos para la prueba de la lista corta que se discute en el capítulo 3 requerían respuestas a nivel operativo. A fin de poder captar esta información y confirmar los indicadores del nivel central, se decidió elaborar una investigación suplementaria. Puesto que no era eficaz en función del costo investigar solamente 3 indicadores, se expandió el grupo para incluir los diferentes subsistemas gerenciales. De esta forma, se ofrece una alternativa: con poco esfuerzo se podría obtener una serie de indicadores por medio de entrevistas en el nivel central; para suplementar estos indicadores, se podría extender el análisis al nivel operativo a un costo que no sea necesariamente alto.

Los indicadores fueron escogidos por el autor de este informe, tomando en cuenta los criterios arriba anotados, la información de las otras dos listas, sugerencias en la literatura y finalmente, sus propios conocimientos del funcionamiento de servicios a nivel operativo.

A pesar de que la muestra de unidades visitadas fue pequeña (20), se estructuró para ser lo más representativa posible. El instrumento utilizado para las encuestas se encuentra detallado en el Anexo [5].

Se desvió un poco de los criterios en el sentido de que algunos de los indicadores son subjetivos. En este caso es tal vez menos importante puesto que el propósito principal fue el de estimular un diálogo interno en el Ministerio de Salud a fin de provocar acciones positivas.

La reacción inicial a esta intervención fue bastante positiva. Algunos de los indicadores y sus preguntas acompañantes requerían pequeñas modificaciones, pero en general, permitieron conclusiones concretas respecto al estado de cada subsistema gerencial. Además, se demostró que se podrían conseguir estos datos rápidamente a bajo costo, lo que facilitaría su replicación en el futuro.

El nuevo instrumento para el nivel operativo basado en las lecciones de esta prueba se encuentra detallado en el Anexo [6].

Indicador de gerencia "único"

El desafío en este proceso de exploración siempre ha sido el descubrimiento de un solo indicador, para describir el estado gerencial de la institución y sugerir el grado de sostenibilidad de los programas. Dada la naturaleza dispersa de los subsistemas gerenciales, no se esperaba encontrar el indicador mágico.

No obstante, el proceso de prueba nos ha llevado a un indicador que abarca un rango amplio de deducciones.

"Uso de las metas para el propósito de evaluación"

Con este indicador, al parecer sencillo y fácil de obtener en el nivel operativo más que casi en cualquier otro, las respuestas positivas para este último indicador implican el estado de gerencia en términos generales. La existencia de este comportamiento sugiere una actitud de interés en averiguar lo que está pasando, con la presunción de mejorar la eficacia y/o efectividad del programa. Implica también comunicación entre los niveles jerárquicos y se espera una interacción, en términos de apoyo, no una acción policial. De todos modos implica responsabilidad para el comportamiento de las actividades. Así, ya se sembraron las semillas de trabajo en equipo, la integración y la coordinación interdisciplinaria.

Simultáneamente la supervisión estimula la generación de información oportuna y verídica, creando así un ímpetu para el refinamiento del sistema.

Será fácil incluir este indicador en cualquier investigación a nivel operativo, pero todavía se tiene que buscar la manera de determinar cuándo se madura este proceso.

Resumen y conclusiones

A pesar de que los datos útiles concluidos de las pruebas fueron mínimos, la prueba de campo nos ayudó mucho a perfeccionar los instrumentos y, en muchos casos, a modificar los indicadores.

Los nuevos instrumentos contienen tantos cambios que sería aconsejable comprobarlos por lo menos dos veces más.

Debido a la falta de información disponible adecuada para construir los indicadores financieros, sería útil volver a considerar otros para sustitución. Este intento no formó parte del presente informe.

Con el tiempo, cuando tengamos grupos de indicadores gerenciales, sería útil presentarlos con una guía de interpretación.

CAPITULO 2
INDICADORES FINANCIEROS DE SALUD

INFORME

ECUADOR - AGOSTO DE 1993

Indicador 1. Gastos de salud pública como porcentaje del producto interno bruto.

Método de cálculo: Gastos de salud pública (Ministerio de Salud + otras entidades gubernamentales + Seguridad Social) / Producto Interno Bruto)

Resultados: Véase el cuadro 1.

Fuente de datos

Banco Central del Ecuador

Limitaciones

1. La Seguridad Social y las Fuerzas Armadas no proporcionaron datos.
2. El Producto Interno Bruto semidefinido para 1990 y el provisional para 1991. No hubo información disponible para 1992 ó 1993.

NOTA: este indicador utiliza precios corrientes puesto que se asume que todas las variables se ajustan de igual manera.

Discusión

Como se puede observar en el cuadro 1, la relación entre los gastos totales de salud pública y el Producto Interno Bruto ha fluctuado ligeramente, y en los últimos años recuperó un poco del descenso de 1988. No obstante, este total oculta el hecho de que había un descenso gradual y constante en la relación entre los gastos operativos y el PIB. Esto sugiere que la infraestructura crece cada año, pero que probablemente el monto relativo disponible para su funcionamiento disminuye.

En términos del indicador, es probablemente más útil tener un desglose entre las instituciones que tener una cifra global. Es importante tener una serie de cifras para apreciar las tendencias. De esta manera, se podría observar la relación del Ministerio de Salud con el PIB, aunque

INDICADOR 1: GASTOS DE SALUD PUBLICA / PRODUCTO INTERNO BRUTO (Precios Corrientes - millones)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Producto Interno Bruto:	1.109.940	1.383.232	1.794.501	3.019.724	5.170.485	8.160.080	12.149.187	NA	NA
Gastos operativos:									
Ministerio de Salud	8.565	13.810	16.219	30.811	28.132	51.968	77.747	133.264	157.915
Gastos operativos de salud publica / PIB	0,8%	1,0%	0,9%	1,0%	0,5%	0,6%	0,6%	NA	NA
Gastos de capital:									
Ministerio de Salud	4.796	4.590	5.955	332	19.256	38.280	50.812	77.573	4.903
Gastos de capital de salud publica / PIB	0,4%	0,3%	0,3%	0,0%	0,4%	0,5%	0,4%	NA	NA
Gastos totales:									
Ministerio de Salud	13.361	18.400	22.174	31.143	47.388	90.248	128.559	210.837	162.818
Gastos totales de salud publica / PIB	1,2%	1,3%	1,2%	1,0%	0,9%	1,1%	1,1%	NA	NA

(Precios Corrientes en millones de sures)

Sospecho que, especialmente en términos del sector privado, será difícil obtener gastos. Por eso, se podría sustituir la cobertura, que también sería estimada, pero probablemente disponible por medio del Ministerio de Salud. El problema con la cobertura es que indudablemente, muchas personas obtendrán servicios de varias fuentes.

Sugiero que se pongan los indicadores 13 y 14 en este grupo para ayudar a establecer el contexto entre los sectores público y privado.

Indicador 2: Gastos de salud pública como porcentaje del total de los gastos públicos

Método de cálculo: Gastos de salud pública (Ministerio de Salud + otras entidades gubernamentales + Seguridad Social) / total de gastos públicos (todas las entidades gubernamentales + Seguridad Social)

Resultados: Véase el cuadro 2.

Fuentes de datos

El Producto Interno Bruto se tomó de la Información Estadística Mensual del Banco Central.

Limitaciones

Este cuadro utiliza el presupuesto como sustituto de los gastos puesto que los sistemas financieros no son adecuados para proporcionar datos oportunos relacionados con los gastos. Este procedimiento es probablemente adecuado si

1. los gastos se acercan al 100% del presupuesto, y
2. el presupuesto no se modifica en gran medida.

NOTA: este indicador utiliza precios corrientes puesto que se asume que todas las variables se ajustan de igual manera.

Discusión

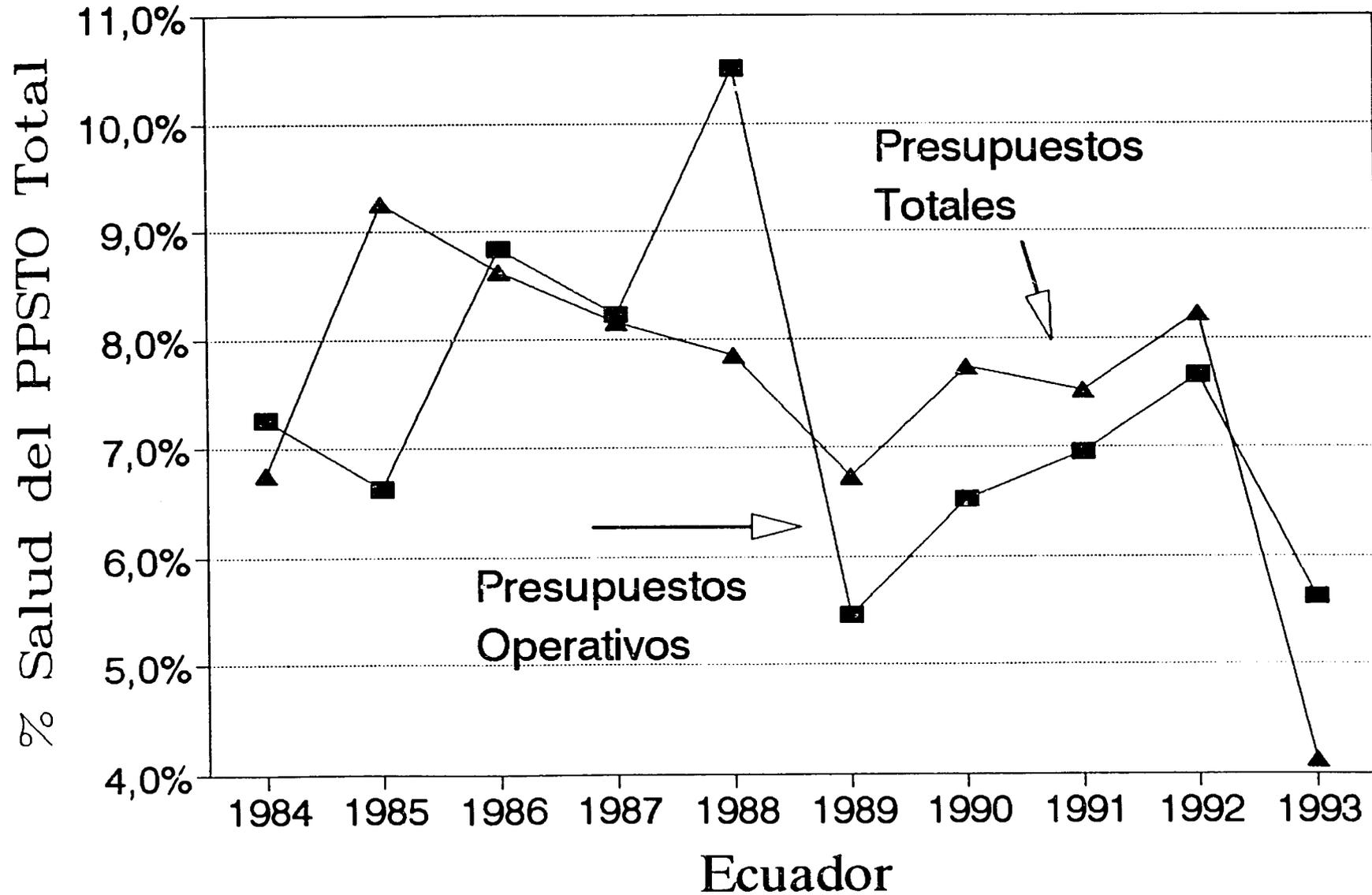
Durante los últimos años, el presupuesto del Ministerio de Salud ha representado entre 7,8 y 8,6% del presupuesto total del Gobierno. En 1985 subió a 9,3% debido a las muchas

INDICADOR 2: Presupuesto de Salud Publica como Porcentaje del Presupuesto Total del Gobierno

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
<i>Presupuesto gastos operativos:</i>									
PPSTO Gobierno Total	129.152	156.184	196.969	293.029	516.245	794.887	1.117.901	1.739.793	2.803.661
PPSTO Min. Salud Publica	8.565	13.810	16.219	30.811	28.132	51.968	77.747	133.264	157.915
PPSTO Min.Salud Publica / PPSTO Gobierno Total	6,6%	8,8%	8,2%	10,5%	5,4%	6,5%	7,0%	7,7%	5,6%
<i>PPSTO de Capital:</i>									
PPSTO Gob. Total	15.000	57.191	75.041	103.746	186.756	372.188	588.421	820.464	1.146.339
PPSTO Min. Salud Publica	4.796	4.590	5.955	332	19.256	38.280	50.812	77.573	4.903
PPSTO Min.Salud Publica / PPSTO Gob. Total	32,0%	8,0%	7,9%	0,3%	10,3%	10,3%	8,6%	9,5%	0,4%
<i>PPSTO Totales:</i>									
PPSTO Gob. Total	144.152	213.375	272.009	396.775	703.000	1.167.075	1.706.322	2.560.257	3.950.000
PPSTO Min. Salud Publica	13.361	18.400	22.174	31.143	47.388	90.248	128.559	210.837	162.818
PPSTO Min.Salud Publica / PPSTO Gob. Total	9,3%	8,6%	8,2%	7,8%	6,7%	7,7%	7,5%	8,2%	4,1%

Presupuesto Min.Salud Publica \ Gobierno Total

13



inversiones planificadas de capital; y en 1993, después de quedarse en el escalón normal durante varios años, bajó precipitadamente un 4%.

Comparado con el presupuesto operativo total del Gobierno, el presupuesto operativo del Ministerio de Salud ha fluctuado alrededor del 7%. En 1989 bajó a un 5,4%, y después subió paulatinamente a niveles normales; en 1993 bajó otra vez a 5,6%.

Indicador 3: Gastos per cápita de salud pública

Método de cálculo: Gastos de salud pública (Ministerio de Salud + otras entidades gubernamentales + Seguridad Social) / población

Resultados: Véase el cuadro 3.

Fuentes de datos

Gastos del Ministerio de Salud Pública.
Población prorrateada según los censos de 1982 y 1990.

Limitaciones

Los datos de poblaciones no son muy precisos - aun los censos, al parecer, tienen problemas. Pero creo que en el caso del Ecuador son lo suficientemente acertados como para demostrar la relación entre gastos y población.

Discusión

Se puede observar un descenso de más de un 40% en los gastos per cápita para los gastos operativos del Ministerio de Salud Pública entre 1988 y 1992. El gasto total per cápita alcanzó el nivel más bajo desde 1984.

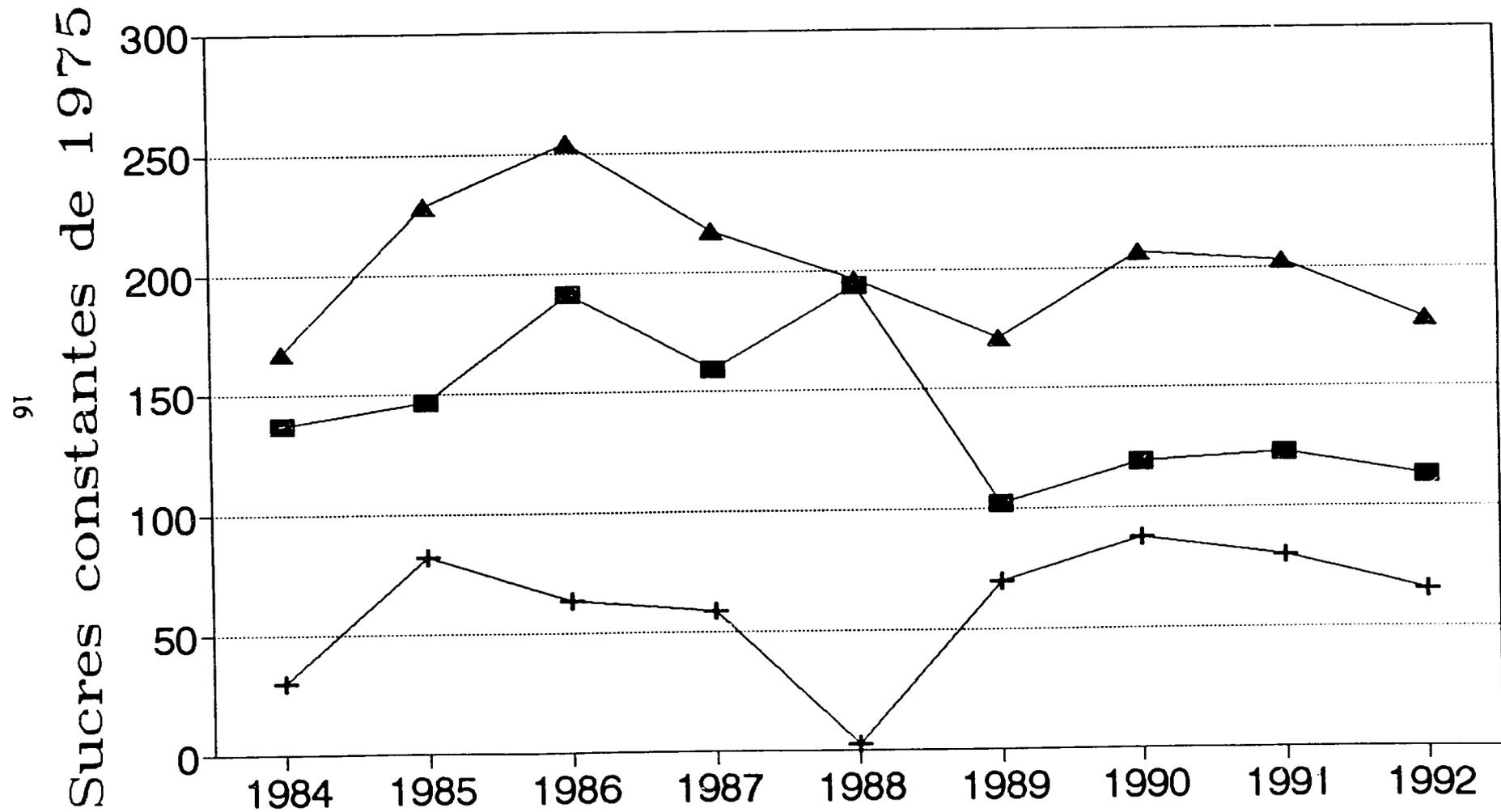
Si fuera posible, sería interesante y útil obtener el mismo indicador por provincia donde se demuestren diferencias considerables.

Este indicador es probablemente el más útil en términos de comparación mundial, aunque el factor más influyente es la escala local de salarios.

INDICADOR 3: GASTOS DE SALUD PER CAPITA (Precios constantes de 1975)

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Poblacion	8.457.581	8.656.016	8.854.451	9.052.885	9.251.320	9.449.754	9.648.189	9.846.624	10.045.058
Gastos operativos del Min. de Salud Publica	1.155	1.266	1.689	1.437	1.793	959	1.147	1.203	1.132
Gastos operativos del Min.Salud Publica Total / poblacion	137	146	191	159	194	101	119	122	113
Gastos de capital de salud publica total	255	709	561	528	19	656	845	786	659
Gastos de capital de salud publica total / poblacion	30	82	63	58	2	69	88	80	66
Gastos totales de salud publica	1.410	1.975	2.250	1.965	1.812	1.615	1.993	1.990	1.791
Gastos totales de salud publica / poblacion	167	228	254	217	196	171	207	202	178

Gastos de Salud Per Capita Ministerio de Salud - Ecuador



■ Gastos Operativos + Gastos de Capital ▲ Gastos Totales

INDICADOR 3A: GASTOS DE SALUD PER CAPITA (Dolares Constantes de 1975)

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Poblacion	8.457.581	8.656.016	8.854.451	9.052.885	9.251.320	9.449.754	9.648.189	9.846.624	10.045.058
Gastos operativos del Min. Salud Publica	(Miles de Dolares)								
	46.210	50.638	67.545	57.489	71.726	38.346	45.899	48.132	45.293
Gastos operativos del Min.Salud Publica Total / poblacion	\$5,46	\$5,85	\$7,63	\$6,35	\$7,75	\$4,06	\$4,76	\$4,89	\$4,51
Gastos de capital de salud publica total	(Miles de Dolares)								
	10.185	28.355	22.450	21.108	773	26.248	33.809	31.457	26.365
Gastos de capital de salud publica total / poblacion	\$1,20	\$3,28	\$2,54	\$2,33	\$0,08	\$2,78	\$3,50	\$3,19	\$2,62
Gastos totales de salud publica	(Miles de Dolares)								
	56.395	78.993	89.995	78.596	72.498	64.594	79.708	79.588	71.658
Gastos totales de salud publica / poblacion	\$6,67	\$9,13	\$10,16	\$8,68	\$7,84	\$6,84	\$8,26	\$8,08	\$7,13

Indicador 4: Distribución porcentual de los gastos operativos de salud pública entre a) instituciones de atención primaria de salud y b) hospitales secundarios y terciarios.

Método de cálculo: a) Gastos operativos de salud pública en los servicios de atención primaria de salud / total de gastos de salud pública).
b) Gastos operativos de salud pública en los hospitales / total de gastos de salud pública

Resultados: Ninguno

Discusión

Hubiera sido útil evaluar estos indicadores para poder observar los montos relativos de fondos destinados a los diferentes niveles de atención.

Disponibilidad de datos

El presupuesto del Ministerio de Salud del Ecuador agrupa fondos destinados a casi todas las unidades en un solo rubro. Es posible obtener los presupuestos (no gastos) de cada entidad, pero es extremadamente tedioso dado que existen más de 1.000 unidades y el sistema no está computarizado.

Indicador 5: Distribución porcentual de los gastos de salud pública entre las categorías de insumos de recursos: a) personal, b) medicamentos, c) todos los demás insumos operativos, y d) todos los insumos no operativos.

Método de cálculo: Gastos del Ministerio de Salud para el insumo / total gastos del Ministerio de Salud

Resultados: Ninguno

Discusión

El conocimiento de la distribución de insumos ayuda a evaluar el balance entre las diferentes categorías, lo que repercute en la eficiencia y la eficacia de los servicios.

Disponibilidad de datos

La gran mayoría de todos los fondos operativos están agrupados en un solo rubro que se llama "Transferencias". Es posible identificar las categorías de costos para este indicador, pero requiere por lo menos dos semanas de trabajo.

Indicador 6: Gastos operativos de salud pública per cápita en las instituciones de atención primaria de salud: a) entre zonas rurales y urbanas y b) entre provincias.

Método de cálculo: Gastos de salud pública (Ministerio de Salud - atención primaria) / población (para cada provincia y zona urbana)

Resultados: Ninguno

Discusión

Hubiera sido útil identificar la distribución de fondos en términos urbano/rural y por provincias para observar las diferencias.

Disponibilidad de datos

No se encuentran datos de gastos de atención primaria disponibles. Sin embargo, para las poblaciones sí se encuentran.

Indicador 7: Productividad de los médicos en ciertas instituciones seleccionadas del a) sector público, b) seguridad social, y c) subsectores privados.

Método de cálculo: Total de servicios de atención ambulatoria (visitas o consultas médicas) prestados por médicos/número de horas contratadas (pagadas) de servicios de atención ambulatoria.

Resultados: Ninguno

Disponibilidad de datos

El número de consultas ambulatorias prestadas por médicos está disponible para las entidades del sector público y hasta cierto punto para las del sector privado por medio de los Anuarios de

**INDICADORES FINANCIEROS
MINISTERIO DE SALUD DEL ECUADOR**

LA ESTRUCTURA DEL PRESUPUESTO HACE MUY DIFÍCIL
DESGLOSAR LOS COSTOS EN TÉRMINOS DE:

ATENCIÓN PRIMARIA/HOSPITALES (Indicador #4)

CATEGORÍAS DE INSUMOS TALES COMO:

PERSONAL
MEDICAMENTOS
OTROS INSUMOS RECURRENTE
INSUMOS DE CAPITAL (Indicador #5)

GASTOS POR PROVINCIA (Indicador #6)

GASTOS ZONA URBANA/ZONA RURAL (Indicador #6)

Recursos y Actividades de Salud publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos. El número total de médicos se puede obtener también de la misma fuente.

No obstante, el indicador no se puede obtener con confianza por dos razones:

1. No todos los médicos proporcionan consultas ambulatorias lo que distorsiona el denominador. Se podría calcular un estimado ajustado a ciertas especialidades, pero no se puede identificar el número de "médicos generales". Sin embargo, los especialistas también ofrecen consultas ambulatorias.
2. Las horas contratadas varían mucho. Por ejemplo, las estadísticas del INEE para 1991 muestran que el Ministerio de Salud tenía 2.409 médicos contratados de tiempo completo y 1.504 de tiempo parcial, de los cuales 1.354 trabajaron de 4-7 horas diarias y 150, menos de 4 horas. Esto daría un total de 3.913 médicos, mientras que la misma fuente tiene un total de 4.087. La discrepancia de datos podría ser la diferencia del personal administrativo.

Considerando estas dificultades, es sumamente difícil estimar con confianza el número de horas médicas dedicadas a la prestación de consultas ambulatorias.

Indicador 8: Distribución porcentual del financiamiento de los gastos operativos de salud pública entre a) las rentas públicas y b) los ingresos privados (pagos de recuperación de costos de los pacientes y sus familias, seguros médicos y otras fuentes).

- Método de cálculo:
- (a) $\frac{\text{Fondos públicos totales de gastos operativos para salud pública}}{\text{total de gastos operativos para salud pública}}$
 - (b) $\frac{\text{Total de fondos privados para gastos de salud pública}}{\text{Total de gastos operativos para salud pública}}$; desglosados de la siguiente manera:
 - i. pagos de pacientes y sus familias
 - ii. seguros médicos
 - iii. otras fuentes

Resultados: En el caso del Ministerio de Salud, oficialmente no existen co-pagos por parte de los pacientes, aunque en la práctica a veces aparece como "donaciones". No obstante, el nivel es mínimo.

Disponibilidad de datos

Los gastos del Ministerio de Salud están disponibles, pero este no es el caso para los gastos totales de salud pública por falta de datos de otras instituciones públicas y del sector privado. Por esta razón, sería mejor aplicar este indicador a cada institución individualmente.

En este caso, el seguro social no proporcionó ningún dato.

Indicador 9: Distribución porcentual del financiamiento del *total* de salud pública entre a) las rentas públicas y b) los ingresos privados (pagos de recuperación de costos de los pacientes y sus familias, seguros médicos y otras fuentes).

Método de cálculo:

- a) Total de rentas públicas utilizadas para financiar los gastos operativos para servicios de salud pública (prestados por proveedores públicos y privados) / total de gastos operativos de salud pública.
- b) Total de fondos privados utilizados para financiar los gastos operativos de servicios de salud pública (prestados por proveedores públicos y privados) / total de gastos operativos de salud pública.

Resultados: Al igual que en el indicador #8, oficialmente no existen datos en la práctica, el nivel es mínimo.

Indicador 10: Porcentaje del total de gastos del sector de salud financiado por donantes externos.

Método de cálculo: Ingresos totales para servicios de salud recibidos de entidades extranjeras donantes / total de gastos de salud (operativos y de capital).

Resultados: Ninguno

Disponibilidad de datos

No es realístico pensar en donaciones para todo el sector salud, ni se pueden obtener por medio del Ministerio de Salud puesto que sus procedimientos de contabilidad no incluyen donaciones en especie.

Indicador 11: Tarifas cobradas por determinados tipos de servicios de salud pública - a) atención ambulatoria, b) día de hospitalización y c) parto con hospitalización -- como porcentaje de 1) salario diario medio de trabajadores no agropecuarios y 2) salario diario medio de trabajadores agropecuarios.

Método de cálculo: Tarifa del Ministerio de Salud para el servicio / salario diario.

Resultados: Oficialmente el Ministerio de Salud no cobra ningún servicio.

Disponibilidad de datos

No existen datos respecto a salarios medios en el Ecuador. Encontramos datos respecto a los salarios mínimos, los cuales presuntamente reflejan salarios "normales".

Otro problema que surge con los datos de salarios para fines de comparación entre países, son los beneficios adicionales. Probablemente la única manera válida para la obtención de estos datos sea por medio de una encuesta domiciliaria, lo que sugiere el ingreso familiar y no el salario medio de un trabajador.

Indicador 12: Porcentaje del total de gastos domésticos utilizados para bienes y servicios afines a la salud.

Método de cálculo: Gastos domésticos para productos y servicios relacionados con la salud / total de los gastos domésticos -- para gastos de honorarios, medicamentos y el total.

Resultados: Ninguno

Disponibilidad de datos

Una vez más, se requiere una encuesta domiciliaria para descubrir esta relación; ninguno se pudo identificar.

Indicador 13: Distribución porcentual de camas en los hospitales públicos y privados.

Método de cálculo: a) Cantidad de camas para hospitalización en las instituciones públicas / número total de camas (en el país).

- b) Cantidad de camas para hospitalización en las instituciones privadas / número total de camas (en el país).

Resultados: Véase el cuadro siguiente

Fuente de datos

Anuario de Estadísticas Hospitalarias, 1984-1991, Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Discusión

Durante los últimos años, ha habido un ligero ascenso en el número de camas, pero la distribución entre los sectores público y privado no ha variado mucho.

Disponibilidad de datos

Los datos muestran que en 1992 hubo camas hospitalarias disponibles para el Ministerio de Salud, pero no para las otras instituciones. Esto se debe a que la fuente se publica con un año de atraso.

Indicador 14: Distribución porcentual de personal de atención de salud empleado entre entidades públicas y privadas.

Método de cálculo:

a) Médicos

- 1) Cantidad de médicos empleados por las organizaciones públicas de salud / número total de médicos que trabajan en el país.
- 2) Cantidad de médicos empleados por las organizaciones privadas de salud / número total de médicos que trabajan en el país.

b) Otro personal de salud

- 1) Cantidad de personal no médico empleado por las organizaciones públicas de salud / número total de personal no médico que trabaja en el país.
- 2) Cantidad de personal no médico empleado por las organizaciones privadas de salud / número total de personal no médico que trabajan en el país.

Resultados: Véase el siguiente cuadro

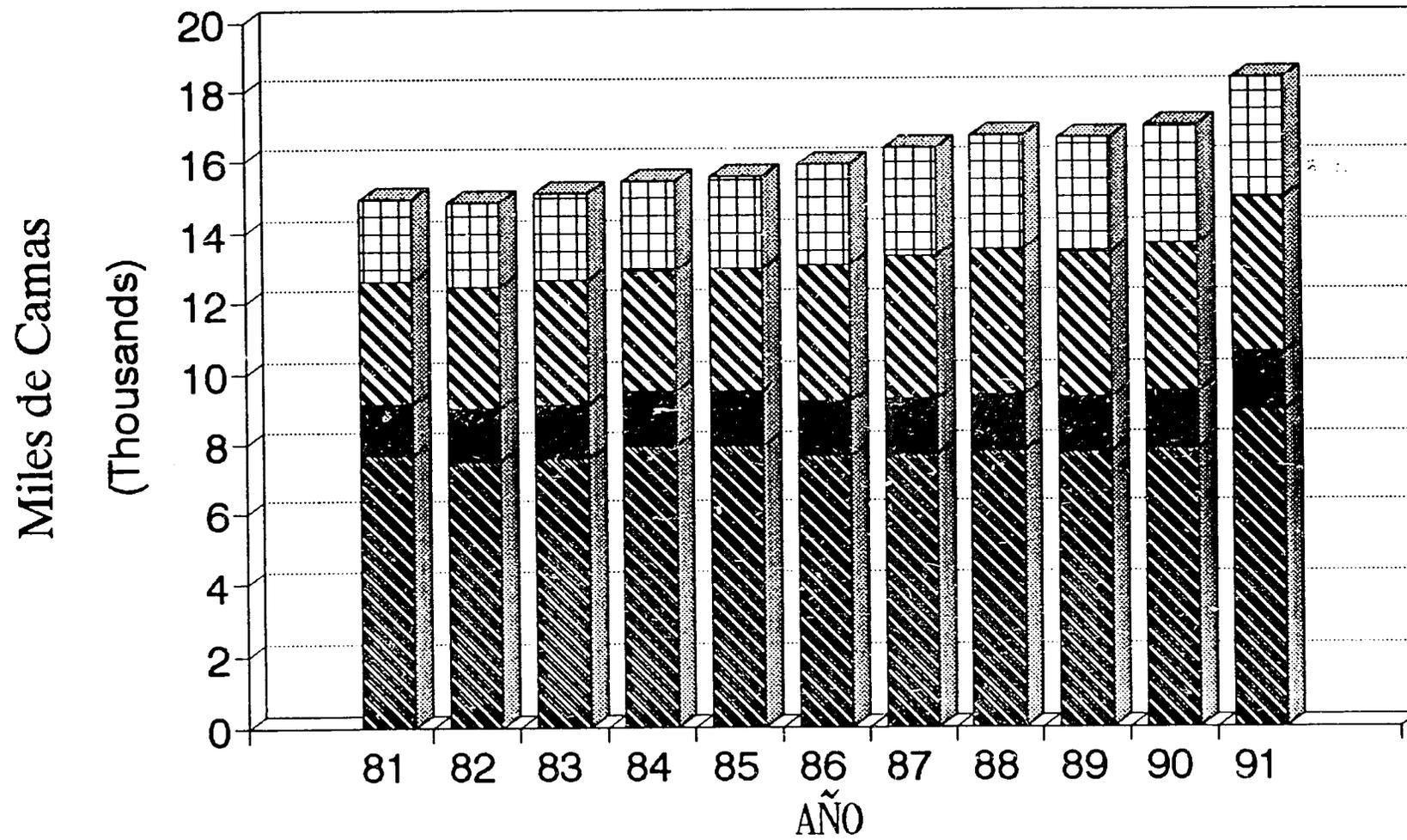
Fuentes de datos

Encuesta Anual de Recursos y Actividades de Salud, 1981-1991; Instituto Nacional de Estadística y Censos.

INDICADOR 13: CAMAS HOSPITALARIAS

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Total de camas (Pais)	14.867	15.189	15.455	15.616	15.987	16.426	16.726	16.698	17.004	18.355
Sector publico total	12.497	12.734	12.917	12.985	13.102	13.368	13.521	13.432	13.662	14.910
Ministerio de Salud	7.499	7.614	7.935	7.937	7.636	7.697	7.772	7.740	7.828	8.902
Seguro Social	1.551	1.564	1.591	1.606	1.609	1.607	1.607	1.604	1.640	1.683
Beneficencia y Soc. Prot.	2.538	2.601	2.419	2.387	2.665	2.858	2.880	2.869	2.910	2.892
Ministerio de Defensa	730	848	857	861	844	856	847	845	859	884
Otras	179	107	115	194	348	350	415	374	425	549
Sector Privado:	2.370	2.455	2.538	2.631	2.885	3.058	3.205	3.266	3.342	3.445
Sin fines de lucro	215	218	214	213	218	218	216	264	271	283
Con fines de lucro	2.155	2.237	2.324	2.418	2.667	2.840	2.989	3.002	3.071	3.162
Sector publico total	84,1%	83,8%	83,6%	83,2%	82,0%	81,4%	80,8%	80,4%	80,3%	81,2%
Ministerio de Salud	50,4%	50,1%	51,3%	50,8%	47,8%	46,9%	46,5%	46,4%	46,0%	48,5%
Seguro Social	10,4%	10,3%	10,3%	10,3%	10,1%	9,8%	9,6%	9,6%	9,6%	9,2%
Beneficencia y Soc. Prot.	17,1%	17,1%	15,7%	15,3%	16,7%	17,4%	17,2%	17,2%	17,1%	15,8%
Ministerio de Defensa	4,9%	5,6%	5,5%	5,5%	5,3%	5,2%	5,1%	5,1%	5,1%	4,8%
Otras	1,2%	0,7%	0,7%	1,2%	2,2%	2,1%	2,5%	2,2%	2,5%	3,0%
Sector Privado:	15,9%	16,2%	16,4%	16,8%	18,0%	18,6%	19,2%	19,6%	19,7%	18,8%
Sin fines de lucro	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,3%	1,3%	1,6%	1,6%	1,5%
Con fines de lucro	14,5%	14,7%	15,0%	15,5%	16,7%	17,3%	17,9%	18,0%	18,1%	17,2%

Camas Hospitalarias Ecuador



Limitaciones

Se sospecha que el número notificado de médicos para 1990 está equivocado, distorsionando, de esta manera, la distribución para ese año.

Discusión

Las estadísticas muestran que de 1981 hasta 1991, ha habido un aumento casi del doble en el número de personal médico. La mayor parte de dicho aumento se registra en el sector privado.

Durante el mismo período, el personal no médico ha incrementado alrededor de un 50%, la gran mayoría acudiendo al sector público. Esto sugiere que las visitas médicas al sector público, probablemente son más eficaces en función del costo que las del sector privado.

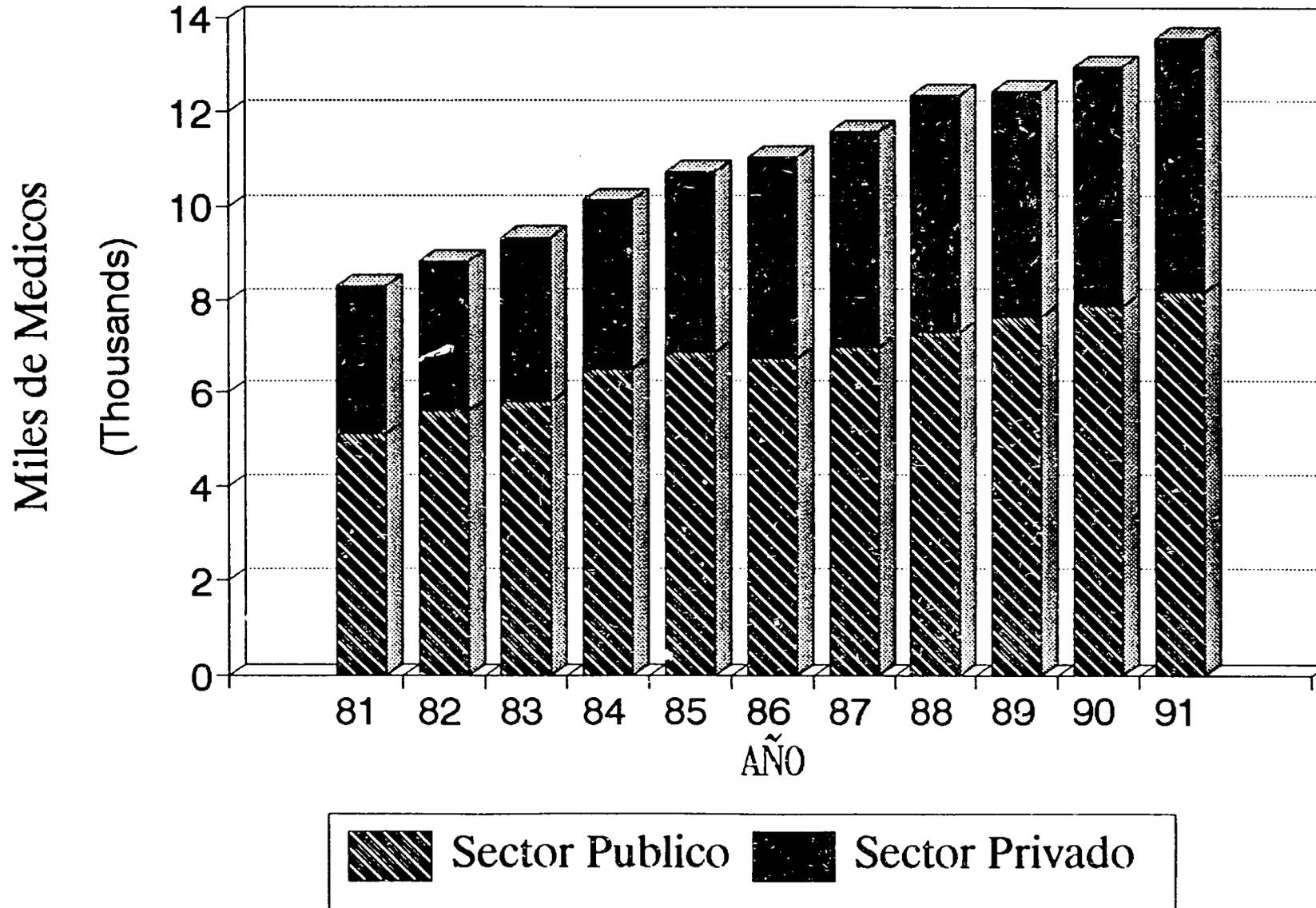
Disponibilidad de datos

Todos los datos provinieron de la misma fuente, facilitando de esa manera la realización del estudio. De lo contrario, habría sido difícil o imposible recopilarlos de las diferentes instituciones.

INDICADOR 14: DISTRIBUCION DE PERSONAL DE SALUD

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Medicos										
Totales	7.228	7.750	8.742	9.414	9.835	9.901	10.719	10.403	9.785	12.205
Sector publico	5.591	5.810	6.478	6.867	6.734	6.957	7.296	7.623	7.872	8.182
Sector privado	1.637	1.940	2.264	2.547	3.101	2.944	3.423	2.780	1.913	4.023
Personal no Medico										
Totales	27.717	28.998	31.393	32.229	33.335	34.740	36.890	37.461	38.441	41.052
Sector publico	24.454	25.422	27.739	28.363	29.032	30.113	31.836	32.613	33.346	35.629
Sector privado	3.263	3.576	3.654	3.866	4.303	4.627	5.054	4.848	5.095	5.423
Medicos										
Sector publico	77,4%	75,0%	74,1%	72,9%	68,5%	70,3%	68,1%	73,3%	80,4%	67,0%
Sector privado	22,6%	25,0%	25,9%	27,1%	31,5%	29,7%	31,9%	26,7%	19,6%	33,0%
Personal no Medico										
Sector publico	88,2%	87,7%	88,4%	88,0%	87,1%	86,7%	86,3%	87,1%	86,7%	86,8%
Sector privado	11,8%	12,3%	11,6%	12,0%	12,9%	13,3%	13,7%	12,9%	13,3%	13,2%

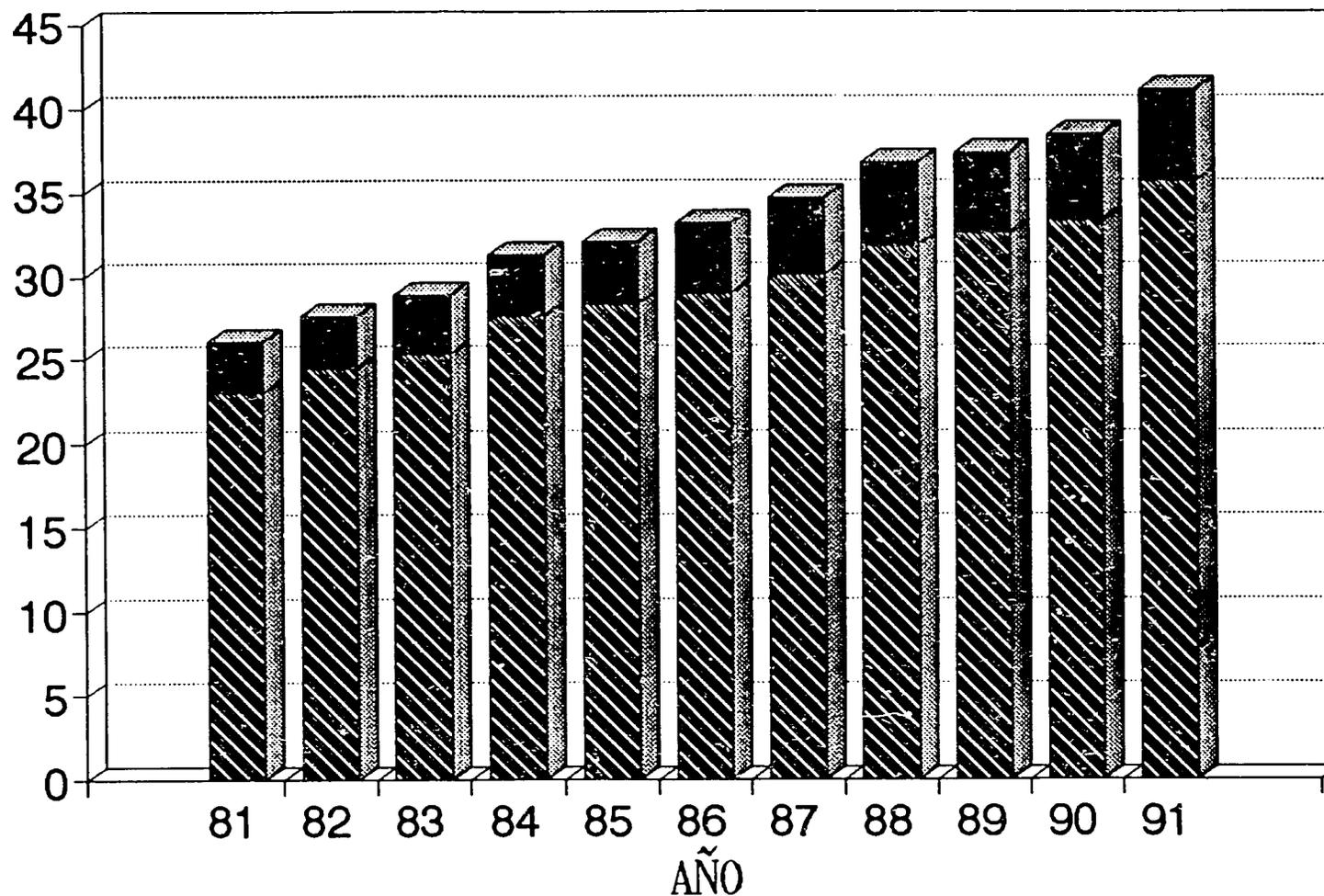
MEDICOS QUE TRABAJAN En El Ecuador



Personal de Salud (No Medico) Ecuador

Miles de Funcionarios

(Thousands)



Sector Publico



Sector Privado

CAPITULO 3
INDICADORES GERENCIALES (NIVEL CENTRAL)

INFORME DE LA PRUEBA DE CAMPO
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
ECUADOR - AGOSTO DE 1993

INTRODUCCION

Como se mencionó en el capítulo 1, esta lista de indicadores gerenciales evolucionó de un proceso largo en el que participaron muchas personas e instituciones (véase el Anexo [1]). El próximo paso fue probarla para verificar su utilidad y accesibilidad, lo cual fue el propósito de esta prueba.

Los resultados están resumidos en el capítulo 1. En éste se exploran los resultados detallados, principalmente en términos de su utilidad y factibilidad como indicadores; y secundariamente en términos de los resultados numéricos obtenidos con relación al Ministerio de Salud del Ecuador.

El instrumento original se encuentra en el Anexo [2] y como resultado de esta prueba el instrumento nuevo que se diseñó se encuentra en el Anexo [3]. A continuación se presentan los indicadores tal como fueron probados con los resultados y una discusión de su utilidad y factibilidad.

I. Planificación y Programación

La planificación es el proceso de definir programas, identificar necesidades y recursos y establecer prioridades en cuanto a metas y objetivos. La programación es emprender la acción administrativa necesaria para alcanzar esas metas. Hay condiciones críticas que deben existir dentro de una organización o institución para lograr una planificación adecuada y autosostenida. Estas incluyen: la disponibilidad de información amplia y de calidad; el uso de información para la planificación; el establecimiento y el uso de objetivos de cumplimiento/rendimiento; y la evaluación de lo ejecutado en relación con los planes y objetivos programados.

Indicador #1: El establecimiento y la publicación de metas de cumplimiento/rendimiento para:

a. Programa Ampliado de Inmunización (PAI)	Sí
b. Atención perinatal	Sí
c. Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)	Sí
d. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	Sí
e. Número de consultas	Sí

Fuentes: Dr. Jacobo Moreta (PAI)
Dr. Pablo Dumet (Atención Perinatal)
Dr. Walter Torres (EDA)
Dr. Mario Moreno (IRA)

Discusión: La existencia y distribución de metas no aclara en sí su utilización. Para un mejor entendimiento de este factor se requieren por lo menos otras cuatro preguntas suplementarias:

En referencia a cada programa:

- 1.1 ¿Cómo se establecen las metas?
 - a. Determinadas por el nivel central/provincial
 - b. Determinadas por el nivel operativo (establecimiento)
 - c. El nivel supervisorio revisa, aprueba, y modifica las metas sometidas por cada establecimiento.
 - d. El nivel supervisorio establece las metas conjuntamente con el nivel operativo.
 - e. Otro.
- 1.2 ¿Se considera el presupuesto durante el proceso de establecer metas?

- 1.3 ¿Se evalúa el rendimiento de cada establecimiento con base en el cumplimiento de sus metas?
- a. Siempre
 - b. En algunos casos/programas
 - c. De vez en cuando
 - d. Generalmente se pasan por alto.
- 1.4 ¿Dispone la institución de los recursos para poder cumplir con las metas? (suficientes medicamentos para poder tratar casos de IRA)
- a. Siempre
 - b. En algunos casos/programas
 - c. De vez en cuando
 - d. Generalmente se pasan por alto.

Indicador #2: El número de "Planes de Trabajo" se preparó durante los últimos 5 años.

Resultados: Todos los años

Discusión: En América Latina, se ha hecho énfasis en la elaboración de planes por lo menos durante una década; por eso, la mera existencia de planes no indica necesariamente ni la calidad de ellos ni su efectividad. Además, este indicador enfatiza "la historia" de planificación en vez de su utilización efectiva como un instrumento de gerencia.

Se recomienda que la siguiente serie de preguntas reemplace este indicador:

2.0 ¿Elabora la institución anualmente un plan de trabajo?

Si la respuesta es afirmativa:

2.1 ¿Se toma en cuenta el presupuesto?

2.2 ¿Se toma en cuenta una evaluación del plan del año anterior?

Sistemas de control (financiero, supervisión e información)

Administración/manejo financiero

La administración financiera incluye la administración y el manejo de las finanzas de cada programa, así como su contabilización y la rendición de cuentas consiguiente. Asimismo, incluye la presupuestación de actividades planeadas y, en algunos programas, la inclusión del usuario para generar y recuperar costos. En la mayoría de los casos, un programa debe tener una idea clara de sus costos y de la manera de controlarlos. El total de recursos disponibles para los Ministerios de Salud en todos los países de América Latina y el Caribe es extremadamente limitado y es muy probable que estos recursos no aumenten considerablemente. Por consiguiente, es difícil lograr el sostenimiento de los programas de atención de salud, y en particular, de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil, como también es difícil lograr que los escasos recursos disponibles se distribuyan a los programas de mayor costo-eficacia y que se logre una mayor eficacia en el manejo de los recursos en todos los niveles.

Indicador #3: La disponibilidad de información reciente (de los últimos dos años) acerca del costo unitario de:

- a. **Procedimientos hospitalarios**
- b. **Servicios para supervivencia infantil**

Resultados:

- a. **Procedimientos hospitalarios:** Algunos procedimientos. Cabe señalar que la metodología de costos hospitalarios de la OPS se aplica en Imbabura, y probablemente en otras provincias.
- b. **Servicios de Supervivencia Infantil:** No ha habido ninguno, pero recientemente se hizo un primer intento en Imbabura.

Discusión: La respuesta de sí o no puede disfrazar la situación actual en términos de costos. Creo que sería más efectivo evaluar los incisos (a) y (b) esta pregunta en términos de una escala:

- i. Existen sistemas para captar periódicamente los costos en la mayoría de los servicios.
- ii. Existen sistemas para captar periódicamente los costos de algunos servicios específicos.

- iii. Existen datos recientes de costos que pueden ser útiles para generalizar el costo de servicios, pero vienen principalmente de estudios individuales que no se repiten.
- iv. Existen pocos o no existen datos referentes a costos de servicios.

Indicador #4: La clasificación de los presupuestos del Ministerio de Salud según:

a.	Atención hospitalaria y atención primaria	No
b.	Programas (maternoinfantil, etc.)	No
c.	PAI	No
d.	Zonas geográficas	No

Se debería añadir que algunos programas como el PAI tienen sus propios presupuestos en lo que respecta a proyectos específicos, pero no incluyen todos los recursos dedicados para dichas actividades.

Discusión: Con la tecnología de computadoras, lo importante es poder extraer datos por medio de códigos. De esta manera, la clasificación en sí, es tal vez menos importante que la capacidad instalada de determinar cualquier desglose presupuestario, y su ejecución. Además, las categorías anotadas dejan por fuera costos por rubro e incluyen el PAI como una categoría aparte aunque sea un programa en (b). Por eso, recomiendo que se sustituya el siguiente indicador:

4.0 La institución tiene la capacidad de determinar fácilmente los montos presupuestados para:

- i. hospitales
- ii. atención primaria
- iii. regiones geográficas
- iv. programas específicos (PAI, TRO, IRA, etc.)
- v. rubros importantes (personal, medicamentos, etc.)

4.1 La institución tiene la capacidad de conocer oportunamente (menos de 30 días) los gastos efectuados con referencia al

- i. nivel central
- ii. nivel regional

Indicador #5: La discreción de los administradores de establecimientos y/o programas de trasladar cantidades limitadas de fondos de una categoría presupuestaria a otra, sin una aprobación superior.

Resultado: La ley de presupuesto lo prohíbe.

Discusión: Este indicador sugiere un grado de descentralización y por lo tanto se podría transferir a esa sección más adelante. Tal vez aún más importante es la capacidad de ser flexibles en términos de gastos. Por eso sugiero que se sustituya o que se agregue otro indicador:

5.0 Aproximadamente ¿qué porcentaje de los gastos se paga por medio de un fondo rotatorio?

- i. el nivel central
- ii. el nivel regional/provincial
- iii. centros de salud
- iv. puestos de salud
- v. hospitales

Indicador #6: El período de entrega de los comprobantes para gastos de viáticos y el reembolso de esos gastos, excede 60 días.

Resultado: Sí

Discusión: Mediante la encuesta descrita en el capítulo siguiente, se descubrió que el tiempo de reembolso varía entre cero, donde existe un fondo rotatorio, y varios meses donde no existe.

Teniendo en cuenta las condiciones de comunicaciones y la burocracia de los Ministerios de Salud, se podría concluir que sería casi un milagro tramitar los viáticos de una persona aislada en menos de 30 ó aun 60 días. En el caso del nivel central o de un proyecto específico con fondos destinados y procedimientos más ágiles, el tiempo se puede reducir enormemente, pero esto no representa la norma.

Generalmente, no va haber estudios que delineen el tiempo de demora, pero esta se tiene que estimar de todas maneras. No creo que sea suficiente dividir la cantidad de trámites en dos grupos (<60 días y >60 días)

Por este motivo, sugiero que se elimine este indicador. De lo contrario, se debería aclarar como una indicación de la agilidad del sistema administrativo:

- 6.0 ¿ qué intervalo existe aproximadamente, entre el envío de una solicitud de viáticos desde un Puesto de Salud (que no tiene acceso a un fondo rotatorio para este propósito) y la recepción de los fondos?

Supervisión

La supervisión es el proceso mediante el cual se procura asegurar que el personal cumpla con sus deberes de una manera eficaz. Los supervisores deben proporcionar liderazgo, apoyo, asesoramiento (incluso reprimendas), capacitación y asistencia en la identificación y solución de problemas, para que así la calidad y eficacia del servicio puedan mejorarse en forma continua. Un sistema de supervisión que facilite la autosostenibilidad de un programa es el que proporciona los recursos que se necesitan para capacitar a los supervisores y utiliza supervisión basada en la idoneidad de quienes la ejercen.

Indicador #7: La proporción de supervisores con relación a los establecimientos de atención primaria a ser supervisados.

Resultado: No es fácil de obtener, en parte porque es difícil definir con precisión quién es un "supervisor".

Se podría aproximar la misma relación por conocer la estructura orgánica para percibir las responsabilidades institucionales de supervisión. Se recomienda que este indicador se reemplace por el siguiente:

#7.0 El promedio y número máximo de unidades de salud supervisado desde cada nivel organizativo:

- a. nacional
- b. provincia
- c. áreas de salud
- d. distrito de salud
- e. centros de salud

Resultado: Véase el cuadro Indicador #7 y la gráfica en la página siguiente. Se puede apreciar que por el número de unidades y la estructura orgánica, en algunas provincias es probablemente difícil, si no físicamente imposible, que los equipos de supervisión a nivel de Area visiten con regularidad todas las unidades que tienen a su cargo.

Indicador #7: Unidades para Supervisar

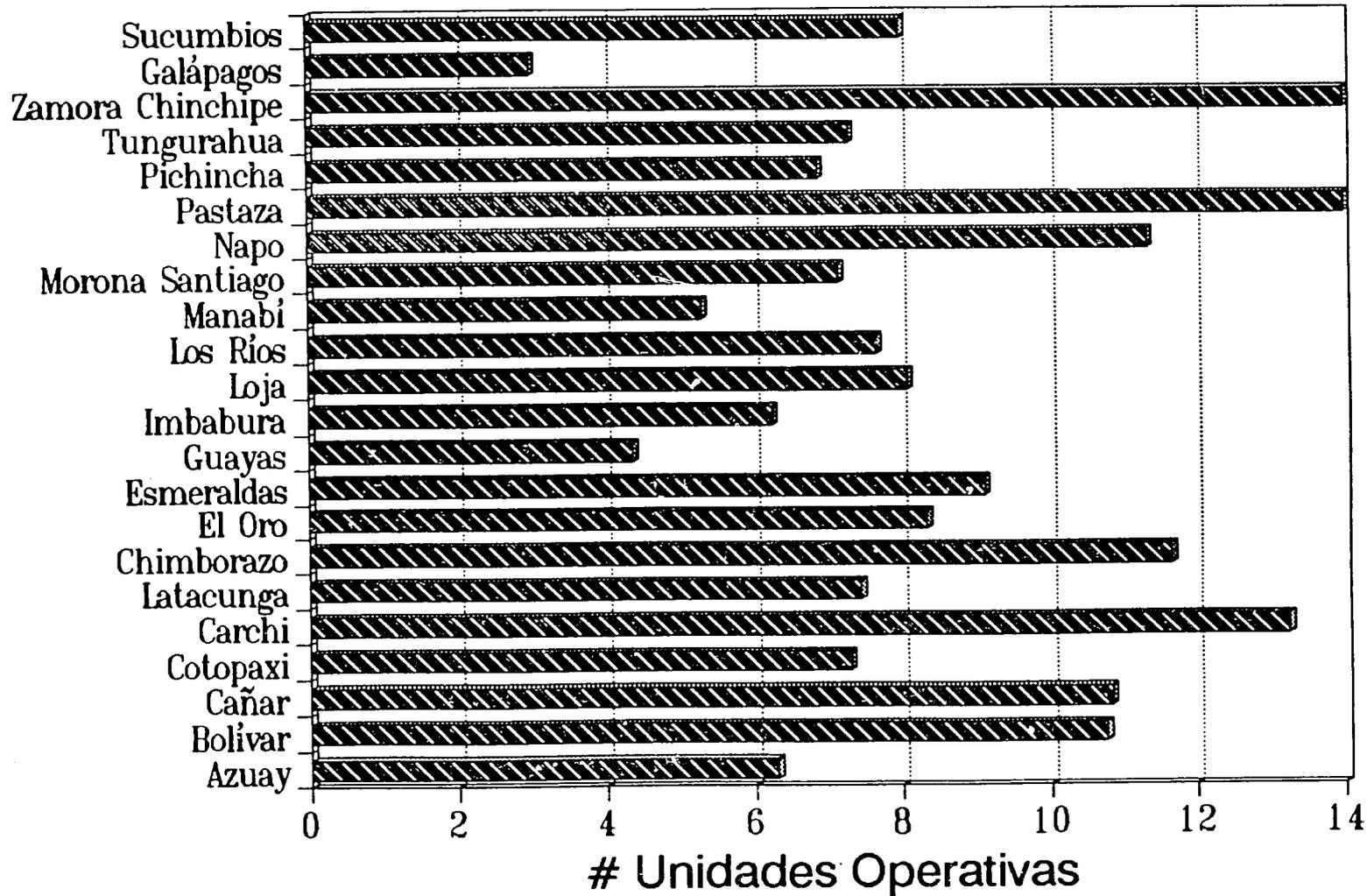
Provincia	Número de Áreas y Sub-Áreas	Unidades a Supervisar	
		Promedio	Máximo
Azuay	13	6,3	9
Bolívar	4	10,8	16
Cañar	6	10,8	18
Cotopaxi	7	7,3	11
Carchi	4	13,3	16
Latacunga	7	7,4	11
Chimborazo	9	11,7	19
El Oro	9	8,3	14
Esmeraldas	9	9,1	17
Guayas	40	4,4	13
Imbabura	8	6,3	19
Loja	13	8,1	21
Los Ríos	9	7,7	13
Manabí	26	5,3	13
Morona Santiago	7	7,1	12
Napo	3	11,3	14
Pastaza	2	14,0	21
Pichincha	26	6,9	14
Tungurahua	10	7,3	11
Zamora Chinchipe	3	14,0	15
Galápagos	2	3,0	3
Sucumbios	3	8,0	12
Total	220	7,2	21

Se incluyen los hospitales cantonales dentro de las unidades a ser supervisadas.
Se debería anotar que no todas las unidades están en funcionamiento.

Promedio # de Unidades a Supervisar Por Area - Ecuador 1993

39

Provincia



Indicador #8: Porcentaje de establecimientos de atención primaria visitados por un supervisor que observó personalmente el suministro de servicios de atención/prevención, a los efectos de vigilar y mejorar la capacidad técnica de los funcionarios durante los últimos tres meses.

Resultado: Este indicador requiere una encuesta a nivel operativo. Véase el Indicador #25.

Administración/manejo de información

Un programa autosostenible requiere que la información sobre los servicios y los usuarios se tramite rápidamente; que la información necesaria para tomar decisiones se comunique al establecimiento de salud que produjo esa misma información, y que se entregue oportunamente para evaluar los objetivos, los logros y el rendimiento de personal, y determinar las necesidades de capacitación y suministros. La información se debe usar para la planificación, supervisión, logística y administración financiera. Idealmente, un buen sistema de información minimizaría la cantidad de información para procesar.

Indicador #9: El número de días que demora la llegada de informes al nivel central desde el operativo después del cierre de un período.

Resultados: En el caso del PAI, 3 meses (según el Dr. Jacobo Moreta). Esto se debería confirmar con otros programas y con los niveles de supervisión.

Lo que no está claro es si lo que llega son los formularios originales de las unidades, o una consolidación. Si es una consolidación, este indicador es menos correcto y menos útil. Por esta razón sugiero una modificación:

9.0 En general, ¿cuántos días se demora la llegada de informes mensuales a *nivel de Area o Distrito* desde el nivel operativo después del cierre de un período?

9.1 ¿Cuántos días toma, a nivel de Area o Distrito, tabular y consolidar los informes mensuales de las unidades a su cargo?

Más interesante son las medidas de calidad de información y el tiempo que se requiere para obtenerlos (así en parte el costo). Este tipo de información se tiene que obtener en el nivel operativo. Véanse los Indicadores #28 y #29.

Indicador #10: El número de días de demora para regresar información consolidada al establecimiento local.

Resultados: Aunque se puede estimar este Indicador en el nivel central, es mucho más preciso y válido obtenerlo por medio de una encuesta a nivel operativo. En la mayoría de los casos, la consolidación no llega al nivel operativo. Véase el Indicador #31.

Indicador #11: El número de formularios que se tiene que llenar al fin de mes en cada establecimiento. (> 5, 3-4, < 3)

Resultados: Más de cinco. Esta respuesta no tiene mucha relevancia en el sentido de que lo importante es la cantidad de tiempo gastado por el personal a nivel operativo. Véanse los resultados del Indicador #28 obtenidos por medio de una encuesta a nivel operativo. Sugiero que se elimine este indicador.

Sistemas de apoyo a los servicios (logística, administración/manejo de personal y capacitación)

Logística

Los sistemas de logística tienen que ver con la obtención, el almacenamiento, la distribución y la supervisión de suministros y equipos. Un programa autosostenible de logística es el que está equipado con la información y con los sistemas para hacer que el sistema de apoyo funcione adecuadamente. Incluye además mantenimiento y transporte.

Indicador 12: El porcentaje de medicamentos esenciales agotado en los establecimientos de atención primaria durante los últimos 30 días.

Resultados: Este indicador se debe obtener por medio de una encuesta a nivel operativo. Véase el Indicador #38. Cabe notar que se simplificó al utilizar una lista establecida de 20 medicamentos esenciales, observando solamente si estaban agotados al momento de la encuesta. Esto también proporciona un vínculo con los Indicadores Farmacéuticos.

Discusión: Este valioso indicador pretende medir la capacidad de abastecimiento de la organización en lo que se refiere a artículos críticos. Las razones por las cuales no se logran niveles satisfactorios son indudablemente múltiples y valdría la pena

tratar de identificar las causas de los agotamientos. El siguiente Indicador se podría investigar en el nivel central:

9.1 Las causas principales de los agotamientos de medicamentos en el nivel operativo son las siguientes: (puede contestar más de una pregunta)

- i. programación inadecuada
- ii. deficiencia financiera
- iii. largos procesos de compras
- iv. problemas relacionados con el transporte
- v. falta de un sistema adecuado para solicitar suministros desde el nivel operativo.

Otro Indicador que se podría obtener en el nivel central sería:

¿Cuántos meses de existencia (para uso en la organización total) tienen los medicamentos de la lista de la muestra de medicamentos en el almacén central?

Considero que este campo no está muy bien representado y por eso se incluyeron algunos indicadores adicionales en la encuesta del nivel operativo. Véanse los Indicadores #33-37.

Administración/manejo de personal

La administración de personal incluye actividades que se relacionan con la selección, la contratación y el despido de personal, así como la definición de las funciones de cada miembro del personal y el apoyo a éstos en su gestión. También se refiere a las normas y a los procedimientos relacionados con compensaciones, prestaciones laborales y horarios de trabajo.

Indicador #13: El porcentaje del personal que *cambia* cada año.

Resultados: 20-30% según el Dr. Vinicio Moreno, Director de Recursos Humanos.

Esta pregunta estaba mal expresada porque lo que quería decir es "cuál es la tasa de *renuncias* cada año". La respuesta expresa los movimientos de personal, principalmente en la zona rural. Aunque se sustituyera "sale de la organización" por "cambia", no necesariamente serviría: una organización estable no es necesariamente estable porque los trabajadores están satisfechos y felices, sino porque las oportunidades para otros empleos son limitadas.

La pregunta debe modificarse en el futuro:

13.0 El porcentaje del personal que *sale de la organización* cada año.

Si se va a utilizar, se podría incluir otra pregunta para aclarar el asunto un poco:

13.1 La relación entre sueldos en los sectores público y privado para los siguientes cargos:

- i. médico
- ii. enfermera profesional
- iii. enfermera auxiliar
- iv. técnicos (laboratoristas, técnicos de rayos X, etc.)
- v. programadores de computadores

Indicador #14: El porcentaje del personal tiene una descripción de sus cargos o tareas de trabajo

- a. a nivel central 15%
- b. a nivel de policlínicas 10%

según el Dr. Vinicio Moreno, Director de Recursos Humanos.

Discusión: Supuestamente la organización debería funcionar mejor si la mayoría (o todos) de los funcionarios tiene descripciones de puestos. Dada la complejidad de los servicios y la naturaleza multidisciplinaria del trabajo, la mera existencia de descripciones de tareas no representa un indicador muy fuerte. De otra manera, sugiero el siguiente:

14.0 ¿Se hace anualmente una evaluación del rendimiento de

- i. todas o casi todas las personas de la organización
- ii. la mayoría de las personas
- iii. solamente algunas personas
- iv. la organización no tiene una política de evaluación anual de personal.

Capacitación

La capacitación es el proceso de mejorar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los trabajadores en forma continua. La capacitación dentro del propio ámbito laboral no solamente desarrolla las habilidades de los trabajadores, sino que también los motiva a trabajar más

productivamente. La capacitación ha demostrado ser la clave para la sostenibilidad de las actividades de programas.

Indicador #15: El porcentaje del personal que trabaja en los programas de atención de salud recibió capacitación formal como parte de sus tareas durante el año pasado.

Resultados: El 60% según el Dr. Vinicio Moreno, Director de Recursos Humanos.

Discusión: La capacitación en sí, es probablemente una buena idea como estímulo irrespectivo de la calidad (aunque obviamente es mejor tener programas de alta calidad). El problema está en definir en qué consiste la capacitación formal mínima. Para aclarar este detalle, sugiero la siguiente modificación:

15.0 El porcentaje de las siguientes categorías de personal que trabaja en los programas de atención de salud recibió capacitación formal por lo menos de 3 días como parte de sus tareas durante el año pasado.

- i. médicos
- ii. enfermeras profesionales
- iii. enfermeras auxiliares
- iv. técnicos (laboratoristas, técnicos de rayos X, etc.)
- v. personal administrativo (todos)
- vi. personal comunitario

Indicador #16: Porcentaje del personal que trabaja en los programas de supervivencia infantil que recibió capacitación formal como parte de sus tareas durante el año pasado

Resultado: 40%

Fuente: Econ. Renato Jara, Coordinador de Supervivencia Infantil
Dr. Walter Torres
INAC (Instituto de Capacitación)

Discusión: Este indicador representa un "subset" de las personas en el Indicador #15, y por falta de definición, es probablemente más difícil de estimar que los totales globales. Con la modificación sugerida para el Indicador #15, se podría prescindir de este indicador.

Lo que podría ser más indicativo del nivel de capacitación, es identificar el porcentaje de personas en el nivel operativo de atención primaria que han sido capacitadas. Entonces, recomiendo el siguiente cambio:

16.0 Porcentaje de personal que trabaja en el nivel operativo de atención primaria que recibió por lo menos 3 días de capacitación formal como parte de sus tareas el año pasado:

- i. médicos
- ii. enfermeras profesionales
- iii. enfermeras auxiliares
- iv. técnicos (labortoristas, técnicos de rayos X, etc.)
- v. personal administrativo (todos)

Indicador #17: Porcentaje de todas las actividades de capacitación formal realizadas por la propia organización durante el último año.

Resultado: 30%

Fuente: Econ. Renato Jara, Coordinador de Supervivencia Infantil
Dr. Walter Torres
INAC (Instituto de Capacitación)

Discusión: Este indicador sugiere el compromiso de la organización hacia la educación continua de su personal. Probablemente en las mejores circunstancias, debería ser una estadística relativamente alta, pero a la vez, sería un error concluir que una cifra alta es apropiada - depende de la especialización de los programas. No sería eficaz en función del costo capacitar a todas las personas internamente. Así, lo importante no sería dónde recibe el personal su capacitación, sino más bien si la recibe. Este punto ya se identificó en los Indicadores 15 y 16.

Estructura de la organización

Centralización/descentralización

Los sistemas descentralizados tienden a ser más sensibles a las necesidades locales. Con los incentivos y la capacitación apropiados, estos sistemas pueden ser más eficientes en el uso de recursos y más autosostenibles. Una institución descentralizada permite a los funcionarios regionales y a nivel de distrito un mayor control sobre los sistemas de presupuesto, personal, información y logística.

Indicador #18: **La preparación de sus propios Planes Anuales de Trabajo de los funcionarios locales. (Sí/No)**

Resultado: Sí.

Discusión: La participación del nivel operativo en la elaboración de metas no necesariamente representa un alto grado de descentralización: no aclara si los planes son realísticos, aprobados, implementados o evaluados.

Creo que la esencia de descentralización se determina principalmente por dos factores clave: la autoridad de manejar al personal local (#19) y la de aprobar gastos y manejar el presupuesto a nivel regional. Por esta razón sugiero que se sustituya el siguiente indicador:

18.0 Una vez aprobado el presupuesto regional, ¿tiene el nivel central la autoridad de hacerle modificaciones sin aprobación del encargado de la Región?

18.1 ¿Qué porcentaje del presupuesto de los siguientes rubros del nivel operativo se ejecuta localmente?

- i. medicamentos
- ii. otros insumos
- iii. viáticos
- iv. combustibles
- v. mantenimiento

Dependiendo del sistema, debería existir un rango idóneo para cada rubro para que sea óptimamente eficaz en función del costo. Una institución bien organizada asignaría un presupuesto funcional para cada rubro en cada Región, aunque el servicio o el insumo viene del nivel central. De esta manera, se debería cobrar el mantenimiento de un vehículo al presupuesto del nivel regional aunque el vehículo se repare en el nivel central. La falta de este procedimiento administrativo es también una indicación de la dependencia del nivel operativo en los servicios del nivel central.

Indicador #19: **La posibilidad que tienen los directores de Area para transferir su personal sin aprobación previa del nivel central. (Sí/No)**

Resultado: Sí

Discusión: Como se mencionó anteriormente, esto indica una flexibilidad y transferencia de autoridad real. Lo que no está claro es si contiene en sí suficiente detalle para ser útil.

Otros dos indicadores de apoyo demuestran un alto grado de descentralización:

19.1 ¿Tiene el Director Regional (o equivalente) autoridad de contratar personal dentro de la zona geográfica a su cargo, sin aprobación previa del nivel central?

- i. Tiene autoridad para contratar a todo el personal.
- ii. Puede contratar personal no técnico o personal de tiempo parcial, pero no empleados permanentes.
- iii. No tiene autoridad para contratar personal.

19.2 ¿Tiene el Director Regional (o equivalente) autoridad de despedir personal dentro de la zona geográfica a su cargo, sin aprobación previa del nivel central?

- i. Tiene autoridad para despedir a todo personal.
- ii. Puede despedir personal no técnico o personal de tiempo parcial, pero no empleados permanentes.
- iii. No tiene ninguna autoridad para despedir personal.

Integración

La integración de las acciones maternoinfantiles en forma rutinaria en un programa coordinado, ha demostrado ser importante para la sostenibilidad de esas actividades. Una organización fragmentada en diferentes programas verticales no es a menudo tan eficiente en el uso de recursos, en contraste con una que integra todas sus actividades en los niveles nacional y local. Integración quiere decir que pocas unidades administrativas tienen a su cargo coordinar actividades; de ese modo, se contribuye a evitar la duplicación o superposición de actividades.

Indicador #20: Número de unidades a cuyo cargo está ejecutar acciones de supervivencia infantil a nivel nacional.

a.	PAI	1
b.	TRO	1
c.	IRA	1
d.	Salud Maternoinfantil	1
e.	Nutrición	1

Cada una tiene su propio departamento dentro del Ministerio de Salud, pero cada una pertenece a una División que coordina actividades entre los Departamentos.

Discusión: De acuerdo a la respuesta, es fácil observar la deficiencia de este Indicador. Por un lado su independencia señala la falta de integración, pero en realidad existe una coordinación por medio del nivel superior.

Además, hace caso omiso de las dimensiones de descentralización y la integración del nivel operativo con el nivel central.

Por tanto, se sugirieron los dos indicadores siguientes:

20.0 ¿Se reúnen los directores de los diversos departamentos técnicos por lo menos una vez al mes para coordinar actividades?

20.1 ¿Cuáles de los siguientes programas están manejados verticalmente (con la gran mayoría del control en el nivel central)?

- i. Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
- ii. Control de Enfermedades Diarreicas
- iii. Programa de Enfermedades Respiratorias Agudas (IRA)
- iv. Planificación Familiar
- v. Control de vectores
- vi. Tuberculosis

Orientación hacia el usuario

Los establecimientos del Ministerio de Salud, así como los de otras organizaciones de atención de salud, deben cambiar su filosofía de "estos son los servicios que ofrecemos" a "¿Qué es lo que ustedes necesitan?". La autosostenibilidad de un establecimiento de salud (especialmente en lugares donde existe competencia local de otro establecimiento o servicio privado o farmacia), depende en gran medida de conocer quiénes son los usuarios, cuáles son los servicios de salud que necesitan y cuáles son sus prácticas y actitudes hacia la salud. Esto requiere que el personal de salud hable directa y abiertamente con ellos, es decir los usuarios.

Indicador #21: **Porcentaje de los establecimientos de atención primaria que recopilan información de una manera sistemática, con respecto a las necesidades, los conocimientos y las actitudes de los usuarios, ya sea en el propio establecimiento o por medio de entrevistas domiciliarias.**

Resultados: Este indicador debe obtenerse por medio de una encuesta a nivel operativo. Véanse los Indicadores #42 y #43.

Capítulo 4

Informe de la Prueba de Campo

Indicadores de Sostenibilidad

de Programas de Supervivencia Infantil

Introducción

Durante discusiones relacionadas con el desarrollo de indicadores globales, discutidos en el capítulo anterior, se llegó a la conclusión que podría ser beneficioso desarrollar un juego de indicadores más extenso, que fuera suficientemente detallado para sugerir el grado de sostenibilidad de los programas de supervivencia infantil. Fue así que, el Dr. Michael Bernhart, con información de otros medios, desarrolló el instrumento incluido como Anexo 4. Este formato se adaptó más tarde para uso en una microcomputadora, y solo permite respuestas de 'Sí' y 'No'.

A manera de prueba, el autor de este informe pasó un día entrevistando personal en el nivel central del Ministerio de Salud del Ecuador con base en el instrumento. Los resultados de estas entrevistas se presentan a continuación.

Resultados

El formato es lógico, sencillo y con una organización bien integrada, de manera que una persona informada podría contestar todas las preguntas en unos 45 minutos. No obstante, se abandonó la prueba antes de terminarla debido a la dificultad de tabular las respuestas y hacer una presentación de resultados coherentes.

La estructura fue semejante a la de la prueba de la lista corta, pero en este caso, el enfoque fue principalmente un grupo de programas del Ministerio de Salud (supervivencia infantil) y no la institución misma. Mientras las prioridades programáticas cambien, este limitado enfoque me parece demasiado restringido.

Más importante aún era la necesidad de determinar los factores para todos los programas. Si se hubiera logrado este objetivo habría resultado en una encuesta mucho más larga, y para evitarlo, el autor del instrumento combinó algunos programas, pero se confundieron muchas de las respuestas. Por ejemplo, la pregunta A.3 es "¿Se han documentado las enfermedades más comunes de los menores de cinco años y de las mujeres embarazadas?" Como era de esperar, el jefe del programa de mujeres contestó 'Sí', y el del programa de niños contestó, 'No'.

Hay muchos otros ejemplos de este tipo los cuales reducen la efectividad del cuestionario. Por otro lado, algunos programas no se incluyen en otras preguntas, evitando un problema, pero reduciendo el enfoque por otro.

Otro problema similar se relaciona con el nivel y la persona que contesta la pregunta. Por ejemplo, en la sección de Personal, pregunta A.1.1 "¿Se paga puntualmente al personal?" La respuesta fue positiva para el nivel central y negativa para el personal descentralizado.

Otro problema se relaciona con el estado de proyectos individuales: ciertas actividades específicas recibieron apoyo con fondos de diversas fuentes. Por consiguiente, los requisitos y procedimientos administrativos variaron de acuerdo con el donante.

Si bien, había tantos problemas entre las preguntas individuales, se terminó la prueba con las observaciones siguientes:

1. El intento de medir la sostenibilidad fue interesante y valioso, pero no fue posible aplicarlo a una organización tan compleja como un Ministerio de Salud.
2. Se sugiere que se haga un rediseño del instrumento para que sea aplicable a programas específicos, en vez de abarcar una serie de programas.

Los elementos de esta lista se contemplaron durante el rediseño de los indicadores discutidos en los Capítulos 3 y 5.

CAPITULO 5
INDICADORES GERENCIALES
ENCUESTA A NIVEL OPERATIVO
ECUADOR - AGOSTO DE 1993

I. Introducción

Tres de los indicadores gerenciales originales requerían una investigación a nivel operativo. Puesto que no sería eficaz en función del costo investigar solamente tres preguntas, se decidió expandir la investigación al nivel operativo para proporcionar otra dimensión a los indicadores. De esta forma, se podrían ofrecer dos listas complementarias:

1. una lista de Indicadores Gerenciales, la cual se podría compilar rápidamente y a bajo costo en el ámbito central del Ministerio de Salud.
2. Una lista suplementaria derivada del nivel operativo para expandir, aclarar y confirmar los resultados del nivel central. Esta lista suplementaria implica un esfuerzo y algunos costos adicionales.

La inclusión de la lista suplementaria en la prueba tenía dos propósitos. Obviamente, se querían perfeccionar los indicadores; pero además, se intentaba demostrar a las autoridades el incremento en términos de información adicional para poder decidir si el costo y esfuerzo requeridos en obtener la información eran eficaces en función del costo para repetir el proceso en otra ocasión.

El cuestionario³ indica el estado de los mismos componentes de gerencia incluidos en la estructura de los indicadores gerenciales para el nivel central. Los indicadores se derivaron de los propuestos para el nivel central, de la literatura extensa, de otras experiencias con el mismo tipo de indicadores y de acuerdo con mi propia experiencia trabajando en el campo de gerencia en el nivel operativo. El objetivo no fue elaborar una investigación exhaustiva de la capacidad gerencial del nivel operativo, sino en el mismo sentido como los indicadores para el nivel central, identificar algunas señales, fáciles de obtener y tabular, que sirvieran para sugerir el estado de los diversos aspectos de gerencia y de esta manera estimular un diálogo respecto a la utilidad de mejorar cualquier aspecto.

³ Véase el Anexo 5.

Cabe señalar que los indicadores escogidos para la prueba tenían como finalidad buscar factores para los cuales la información debería ser más fidedigna en el nivel operativo que en el central.

Además, se quería llenar ciertos "vacíos" no tratados a fondo por los indicadores del nivel central.

Es importante mencionar que se trataba de evitar una evaluación de la producción o el comportamiento de las unidades. Se considera que esto debería ser el propósito del sistema normal de información, e incluir este tipo de preguntas sería diluir el enfoque hacia la gerencia.

Otro factor importante que se debe tomar en cuenta durante el proceso de identificar indicadores, es que el mero hecho de preguntar algo les da a los funcionarios de las unidades la impresión de que el asunto es importante y aún más, que existe una orientación correcta. Al preguntar algo relacionado con los indicadores puede reforzar comportamientos específicos, y por ende, hay que tener mucho cuidado de no formular indicadores que refuercen acciones que no se quieren. Por ejemplo, si se está tratando de estimular la integración costo-eficacia de campos multidisciplinarios, no ayuda al proceso estimular viajes individuales de supervisión por medio de un indicador que apremia un número alto de visitas de supervisión.

II. Metodología

El objetivo de la encuesta fue seleccionar una muestra pequeña y representativa del nivel nacional para tener resultados rápidos a bajo costo. Por tanto, se escogieron al azar:

1. 5 provincias (2 de la costa, 2 de la sierra, y 1 del oriente)
2. 2 Areas de Salud dentro de cada provincia.
3. 1 Centro de Salud y un Sub-Centro dentro de cada Area.

Esto resultó en una muestra de 20 unidades operativas que es muy pequeña, pero que creemos que tenga validez para representar el nivel operativo al nivel nacional. Obviamente, si los recursos lo permitieran, se podría expandir la muestra para incorporar otras provincias, unidades, etc., a fin de solidificar la validez de los resultados.

Dos investigadores del Departamento de Planificación del Nivel Central participaron en la encuesta, visitando entre ellos las 20 unidades. En cada unidad se reunió al personal técnico para contestar las preguntas en grupo. Dependiendo del interés y del tiempo disponible, cada encuesta demoró entre 20 y 40 minutos.

Con los formatos establecidos en una hoja electrónica de una microcomputadora, la tabulación se hizo en menos de una hora.

Cabe mencionar algunos acontecimientos del proceso para guiar esfuerzos similares en el futuro. Como ya se dijo, se escogieron las unidades al azar, pero resultaba que algunas no existían que estaba en proyecto. Por eso, es importante hablar con las autoridades locales antes de proceder a las unidades mismas.

Otro obstáculo fue la falta de medios de comunicación para avisar con anticipación a los funcionarios de las unidades la llegada del encuestador y se perdió tiempo, particularmente al nivel de Sub-Centro, cuando por obligaciones de trabajo, los funcionarios no se encontraron disponibles. Además, los horarios de trabajo varían mucho de una región a otra.

También para personas ajenas, a veces es difícil encontrar las unidades, y se requiere una guía o transporte de la jefatura de Area. Particularmente en el Oriente, el acceso puede ser muy difícil, especialmente durante ciertas épocas. Por eso las encuestas se deben planear para épocas más accesibles.

Todas estas dificultades pueden aliviarse enormemente si el equipo de la provincia o del área se encarga de llevar a cabo la encuesta. Se debería añadir que la encuesta en sí podría representar, indudablemente, una forma de supervisión. Uno de los beneficios más importantes fue exponer a los funcionarios del nivel central a la "realidad" del nivel operativo.

Además, es importante considerar el estado de desarrollo de la estructura de las Jefaturas de Area. Actualmente, muchos se encargan apenas de la programación y supervisión de actividades con el apoyo del equipo provincial, pero sin contar con muchos recursos propios. Prestan apoyo en términos de medicamentos y transporte, pero no mucho más.

III. Resultados

Esta fue la primera prueba de los indicadores y, como en cualquier prueba, se encontraron problemas con preguntas específicas, pero en general, se podría concluir que los resultados se acercan a lo deseado: indican claramente el estado gerencial respecto al nivel operativo, o por lo menos proporcionan suficiente información para estimular un diálogo interesante al respecto. Fue fácil administrarlos y tabularlos y el costo resultó ser mínimo. Por eso, considero que valdría la pena continuar con el refinamiento de este grupo de indicadores.

A continuación se discuten los indicadores individuales, no tanto para interpretación, sino más bien con el ánimo de aclarar las respuestas, y sugerir modificaciones en los indicadores mismos. Los comentarios se refieren a los cuadros en que se han tabulado los resultados de cada indicador.

I. PLANIFICACION Y PROGRAMACION

Indicador #22: **Participación de representantes del Centro/Puesto de Salud en el establecimiento de metas anuales.**

Los resultados demuestran que casi todas las unidades participan en el establecimiento de las metas. Lo que no dice es si las metas son modificadas después por medio del nivel supervisorio, o si se utilizan para cualquier propósito. Por eso, recomiendo que se cambie de la siguiente manera:

#22 la participación de los funcionarios del nivel operativo en la modificación de las metas de actividades y

#22A el uso de las metas para el propósito de evaluación.

Más que para casi cualquier otro indicador, las respuestas positivas para este último implican el estado de gerencia en términos generales. Este comportamiento sugiere la existencia de una actitud de interés en averiguar lo que está pasando, presuntamente con el propósito de mejorar la eficacia y/o efectividad del programa. Implica también comunicación entre los niveles jerárquicos, y una interacción, se espera en términos de apoyo y no una acción policial. Así, ya se sembraron las semillas de trabajo en equipo, la integración y coordinación interdisciplinarias.

Simultáneamente, la supervisión estimula la generación de información oportuna y verídica, creando así un ímpetu para el refinamiento del sistema, e insiste en un proceso mejorado de planificación.

Se debe buscar la manera de determinar cuándo madura este proceso.

SISTEMAS DE CONTROL

ADMINISTRACION

Indicador #23: **El número de días que normalmente se requieren para recibir el pago desde el momento en que se manda la solicitud para viáticos.**

Se puede observar que el resumen de los datos demuestra un rango muy amplio en el tiempo requerido. Se puede añadir que el rango entre las unidades era aún más extremo. Lo importante es que en su mayoría, las demoras son largas.

Un factor crítico, que se toma en cuenta en el cuadro, es la existencia de un fondo rotatorio para facilitar estos pagos. En este caso, no habría demora que contraste tremendamente con los tiempos experimentados por las unidades que no tengan esta facilidad. Así se aprecia la importancia de los fondos rotatorios.

Para captar mejor esta diferencia, recomiendo que se agregue otro indicador, a saber:

- 23.1 el porcentaje de las unidades operativas con un fondo rotatorio que pague la mayoría de los viáticos.

SUPERVISION

Indicador #24: El número de visitas de supervisión recibidas durante los últimos tres meses.

Al parecer, este indicador es fácil de interpretar, pero en realidad se debería definir qué significa "una visita de supervisión". Por ejemplo, ¿cuenta cada vez alguien de otro nivel llega a la unidad? O, cuenta doble si dos supervisores llegan juntos? Aceptamos la primera definición con el peligro de que enfatizar el número de visitas podría estimular viajes separados, lo cual funciona en contra de la integración del equipo, y probablemente es menos eficaz en función del costo.

En los indicadores de supervisión se nota la importancia de desglosar los datos por provincia: el promedio de 3,15 visitas esconde el hecho de que con una muestra pequeña, un solo desvío puede influir mucho en los promedios. Dejando de lado la provincia de El Oro, el promedio es solo 1,5 visitas cada tres meses, lo que demuestra una debilidad general en el sistema.

De todos los indicadores relacionados con supervisión, la provincia de El Oro sobresale. De acuerdo con los datos, el número de visitas de supervisión fue aún más alto en 3 de las 4 unidades, o sea que alguien visitó las unidades casi semanalmente. Se dice que los servicios de salud de esa provincia funcionan mejor que en otros casos y es posible que el énfasis no solo en la cantidad de supervisión, sino también en la calidad de la misma contribuya a esta diferencia.

Debe mencionarse que las unidades mantienen libros que registran las visitas de supervisión. Este registro debería ser la fuente de los datos.

Indicador #25: La observación de la entrega de servicios durante las visitas de supervisión.

No es suficiente solo llegar y registrar una supervisión - se debería tratar de llevar a cabo una supervisión de "calidad." Se supone que es difícil evaluar la capacidad técnica y las relaciones

interpersonales con los pacientes sin observar la entrega de servicios. Por esa razón, se incluye el indicador #25.

En total, solo un 60% de las unidades encuestadas dijeron que los supervisores observaron la entrega de servicios, y sin El Oro, sería solamente la mitad. Es interesante notar que solamente 1 de las 4 unidades encuestadas en Imbabura indicó que los supervisores observaron los servicios.

Indicador #26: Se hacen sugerencias para mejorar los servicios durante las visitas de supervisión.

Una de las funciones más importantes de la supervisión es la de servir de vehículo de enseñanza. No es suficiente observar sin hacer comentarios constructivos; por tanto, se incluye este indicador.

Como se mencionó anteriormente, el desglose de las provincias demuestra una variación considerable, aunque obviamente la supervisión tenga un buen efecto.

Indicador #27: Tienen copias de las normas de servicios para los siguientes programas:

- a. Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
- b. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)
- c. Control de Enfermedades Diarreicas

Este indicador está incluido en la teoría de que no se puede esperar que algo funcione bien si no sabe lo que se espera. Este fue uno de los indicadores que originalmente se incluyó en la lista para el nivel central.

De todas las unidades visitadas, había solo una que no tenía copias de las normas.

INFORMACION

Indicador #28: Las horas-persona que cuesta informar sobre las actividades a su nivel superior al fin de cada mes.

Este indicador reemplaza al de la lista original en el que se pregunta el número de formularios que se deben llenar. Se tiene que modificar un poco para asegurar un buen entendimiento. Específicamente, se refiere al tiempo gastado por todos los participantes.

Las instrucciones de los encuestadores incluyeron esta restricción, entonces, las respuestas se dirigen a ese entendimiento. Es interesante notar que tres de las provincias registraron casi el mismo número promedio de horas.

Algunos de los centros de salud funcionan como Jefatura de Area y por eso tienen la responsabilidad adicional de tabular los informes mensuales de las unidades bajo su supervisión. Se hizo un análisis para averiguar si había diferencias entre los centros y sub-centros de salud, pero no se nota mucha variación en las respuestas. Por otro lado, se ignora si los Centros fueron Jefaturas de Area en todos los casos.

Hubiera sido interesante comparar el número de horas gastadas con el de horas disponibles. Esto se podría hacer si se supiera el número de personal profesional y técnico que trabaja en la unidad.

Indicador #29: La confiabilidad percibida de los informes mensuales.

Este indicador es subjetivo pero útil en la evaluación de la calidad del sistema de información. Las personas que llenan la información deberían tener una idea clara de los datos que presentan. Generalmente no indica que los funcionarios falsifiquen los documentos, sino que no es fácil obtener los datos con confianza o que el sistema de información no está percibido por el personal de la unidad como un instrumento valioso.

Es interesante señalar que en algunos casos, los entrevistados indicaron que consideraban sus informes de mediana confiabilidad porque no tenían confianza absoluta en los emitidos por las unidades bajo su supervisión, los cuales tenían que consolidar. De todas maneras, los datos no confirman esta tendencia como la situación normal. No obstante, debería tratarse de determinar las causas de la falta de confianza (y validez) de los informes.

Indicador #30: Frecuencia de utilización de la información recolectada para planificar las actividades.

Este indicador trata de establecer la utilidad de la información para la unidad que recolecta los datos. La mayoría de las unidades, al parecer, utiliza la información producida, pero cabe señalar que un 40% indicó solamente uso de vez en cuando. Había una enorme diferencia entre Centros y Sub-Centros al respecto: la mayoría de las unidades que contestó uso ocasional fueron los sub-centros, y sugieren que la información sirve mejor a las necesidades de supervisión, y menos a las del nivel estrictamente operativo.

Indicador #31: Comentarios del nivel supervisorio respecto a los informes enviados.

Para que el flujo de información sea efectivo, no debería restringirse solo a informes pasando arriba en la jerarquía sino que deben incluirse las observaciones y los comentarios del nivel supervisorio. De acuerdo a los datos de la encuesta, estos comentarios no forman parte rutinaria del sistema de supervisión. Lo que no está claro es si la pregunta se refería solamente a comunicaciones escritas, o si incluía comentarios y observaciones verbales. Existe duda debido a las pocas observaciones informadas en El Oro, mientras reciben extensa supervisión. Para eliminar este problema, la pregunta debería modificarse para permitir comentarios verbales.

También se recomendó incluir otra medida en la escala "Nunca". Esta respuesta lleva consigo un resentimiento, y podría ayudar a obtener una interpretación más correcta.

Indicador #32: El tiempo que normalmente demora la llegada de los comentarios.

Este indicador trata de establecer el contexto para el indicador anterior: para que sea efectivo, los comentarios deberían ocurrir tan rápido como sea posible. Los promedios esconden una variación enorme en la práctica, y por eso se extendió el formato de presentación para incluir las respuestas individuales. Probablemente debido a la poca distancia, Guayas reportó observaciones casi instantáneamente; lo normal parece ser un poco más de un mes; y Tungurahua tiene un promedio alto porque una unidad reportó comentarios solamente una vez al año.

La pregunta original no restringió la contestación a las unidades que recibieron comentarios. Tres de ellas no recibieron comentarios y por consiguiente contestaron "0".

SISTEMAS DE APOYO A LOS SERVICIOS

LOGISTICA

Indicador #33: Porcentaje de establecimientos que tienen los medios para movilizarse cuando sea necesario.

Este indicador trata de incluir todos los medios y mecanismos de transporte, pero creo que se entiende como "transporte vehicular". Por eso, se debería aclarar la pregunta un poco más para asegurar que realmente existe carencia de transporte, o si el medio disponible no es simplemente conveniente.

Además, algunas personas quejaron por la falta de una categoría "*nunca*", para expresar su descontento con la falta total de transporte.

Obviamente, la ausencia de transporte es un problema general, y las respuestas nos llevan a formular otras preguntas: ¿qué clase de viajes requieren un medio de transporte? ¿cuándo se necesita? ¿quién lo necesita? y finalmente, ¿se utiliza el transporte en una forma óptima?

Es interesante notar que el problema es más grave en El Oro, donde los servicios funcionan, al parecer, relativamente bien y existe mucha supervisión.

Indicador #34: Porcentaje de establecimientos que tienen una refrigeradora.

Indicador #35: Si tienen una refrigeradora, el porcentaje del tiempo que ha funcionado adecuadamente durante los últimos tres meses.

Los indicadores 34 y 35 pretenden sugerir el estado de la cadena de frío. Se escogieron porque no son subjetivos y se pueden verificar fácilmente.

Conjuntamente, creo que indican que la cadena de frío está funcionando bien, por lo menos en las unidades entrevistadas: 18 de las 20 unidades tenían refrigeradoras y todas estaban funcionando adecuadamente.

Este es un caso en que creo que el indicador está bien, se tienen que considerar las unidades escogidas para determinar su confiabilidad. A pesar de que los lugares para ser entrevistados se seleccionaron al azar, tenían la tendencia de estar relativamente cerca de la jefatura de área, es decir que no estaban muy aislados. Podría ser que los resultados fueran completamente diferentes si unidades muy aisladas se hubieran escogido fuera de la red eléctrica que da nienos

problemas con mantenimiento. La única manera de asegurar que las conclusiones de la muestra sean representativas es expandir la muestra para incluir algunos casos de unidades aisladas.

Indicador #36: Porcentaje de establecimientos que tienen un sistema para registrar existencias de todos los medicamentos.

Indicador #37: Número de días desde la última actualización del sistema de registro de medicamentos.

Para asegurarse de que las unidades tengan la posibilidad de solicitar los medicamentos que requieren, es imprescindible que tengan un registro actualizado respecto a los niveles de existencia de cada insumo. El primero registra la existencia de un sistema, que sea por kardex, por registro alfabético, por grupo terapéutico, etc.; y el segundo si el sistema se utiliza.

La variación en las respuestas de indicador #37 señala la falta de comunicación respecto a este indicador: varias personas lo interpretaron como la "verificación física" de los inventarios, mientras que lo que buscamos fue simplemente la actualización del registro mismo. Por eso, los resultados no necesariamente demuestran la realidad y la pregunta debería modificarse.

Indicador #38: Porcentaje de los establecimientos que actualmente tienen existencias de los medicamentos seleccionados.

Este indicador reemplaza al #12 de la lista original. El problema con la pregunta original fue la dificultad de verificar el estado de cualquiera de los productos presentes. Este indicador se extrajo directamente de los Indicadores Farmacéuticos, otro grupo de indicadores en un estado de desarrollo bastante avanzado, enfocados en los detalles del sistema farmacéutico. Así, sirve como enlace entre los dos grupos.

Los medicamentos en la lista se utilizan principalmente para atención primaria y siempre deben estar presentes en todos los niveles de atención. Es la misma lista utilizada en el Ecuador en enero de este año cuando los Indicadores Farmacéuticos se probaron en dicho país. La lista podría modificarse de acuerdo a los medicamentos de cualquier país.

Es interesante notar que como promedio, solamente se encontró un 50% de los medicamentos en las unidades. Esto no indica el número de dosis presentes, ni si la mera presencia fue resultado de racionalización. Es solo una "foto" de la situación en un instante, lo que podría variar con la época del año, y con el tiempo desde la última entrega de suministros. Cabe mencionar que en febrero la muestra de 19 unidades mostraba un nivel de existencia global de 38%, lo cual está dentro del mismo rango y confirma la veracidad de los datos de este estudio.

Al observar los medicamentos individualmente, se puede poner en tela de juicio la eficacia de cada uno de los programas. Por ejemplo, el programa prenatal no puede lograr el éxito deseado

por la poca existencia de sulfato ferroso como suplemento nutricional. Obviamente, faltan muchos de los antibióticos también. Por otra parte, se observa que casi todas las unidades tenían sales de rehidratación oral.

CAPACITACION

Indicador #39: Porcentaje del personal técnico o profesional que trabaja en cada establecimiento y que ha recibido capacitación durante los últimos 12 meses.

Este indicador fue mal concebido en el sentido de que no se definió "capacitación", y el porcentaje puede engañar si no se sabe el número de personas que trabaja. Por estas dos razones, los resultados de este indicador no son necesariamente representativos del grado de educación continua. Este indicador debería modificarse para aliviar estos dos problemas.

ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACION

Indicador #40: Grado de supervisión integrada.

Existe la tendencia de hacer énfasis solamente en las responsabilidades propias, excluyendo otras actividades por estar fuera de nuestro campo profesional de conocimiento o de responsabilidad. Este indicador pretende sugerir el grado de comunicación entre disciplinas, la capacidad de trabajar en equipo y el uso máximo de los recursos. Es subjetivo, pero los resultados sugieren que falta mucho por hacer al respecto. Estimula preguntas y por eso debería considerarse como indicador útil.

Indicador #41: Coordinación percibida entre las entidades normativas.

Para utilizar mejor todos sus recursos, debería existir una coordinación estrecha entre todas las entidades de la institución. Obviamente podría existir una coordinación sofisticada entre las entidades normativas que no es percibida en el nivel operativo. No obstante, lo que se percibe al nivel operativo son los resultados de la coordinación. En este caso, existe la percepción de problemas de coordinación. No sabemos cuáles son los problemas, y por eso sería útil modificar la pregunta para poder detectar con más precisión los focos de los problemas percibidos.

ORIENTACION HACIA EL USUARIO

Indicador #42: **Porcentaje de establecimientos donde se recolecta periódicamente información sobre los usuarios de servicios con respecto a sus necesidades, conocimientos y actitudes.**

Los resultados indican que 3 de cada 4 unidades activamente tratan de averiguar lo que necesitan y quieren sus clientes. Podría ser que el indicador carezca de precisión, e incorpore todos los mecanismos como visitas domiciliarias y conversaciones informales en la clínica. La pregunta se podría modificar para excluir estos contactos informales, pero en la práctica, son éstos los que ayudan en gran parte a determinar la reacción de los clientes.

Para la próxima prueba, se podría modificar este indicador para ganar más precisión.

Indicador #43: **Porcentaje de establecimientos donde existe un comité u organización comunitaria afiliados.**

La sola existencia de un grupo formal no indica el grado de actividad ni la participación que tenga en las decisiones relacionadas con el sistema de salud, pero por lo menos sugiere que existe un mecanismo formal por medio del cual la comunidad se puede comunicar con los funcionarios de salud. De acuerdo con este criterio, este enlace existe en muchos casos, particularmente en tres provincias.

I. PLANIFICACION Y PROGRAMACION

Indicador #22: Participación de representantes del Centro/Puesto de Salud en el establecimiento de metas anuales

Programa	Guayas	El Oro	Tungurah	Imbabura	Pastaza	Total
	% Estab. Donde Participan Planificació					
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)	100%	100%	100%	75%	100%	95%
Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	100%	100%	100%	75%	100%	95%
Control de Enfermedades Diarreicas	100%	100%	100%	75%	100%	95%
Planificación Familiar	100%	100%	100%	75%	100%	95%

II. SISTEMAS DE CONTROL

ADMINISTRACION

Indicador #23: Desde el momento en que mandan una solicitud para viáticos, cuántos días pasan normalmente antes de recibir el pago?

Provincia	Promedio Días Demora
Guayas	120
El Oro	90
Tungurahua	60
Imbabura	32
Pastaza	15
Promedio Global	63

Incluye solamente las unidades que no tienen fondos rotatorios locales para pagar viáticos.

SUPERVISION

Indicador #24: El número de visitas de supervisión recibidas durante los últimos 3 meses.

Provincia	Promedio Número de Visitas
Guayas	1,25
El Oro	9,5
Tungurahua	2,25
Imbabura	1,5
Pastaza	1,25
Promedio Global	3,15

Indicador #25: La observación de la entrega de servicios durante las visitas de supervisión.

Provincia	% Establecimientos Indicando Afirmativo
Guayas	50%
El Oro	100%
Tungurahua	75%
Imbabura	25%
Pastaza	50%
Promedio Global	60%

Indicador #26: Se hacen sugerencias para mejorar los servicios durante las visitas de supervisión.

Provincia	Establecimientos Indicando Afirmativo
Guayas	50%
El Oro	100%
Tungurahua	50%
Imbabura	75%
Pastaza	75%
Promedio Global	70%

Indicador #27: Tienen copias de las normas de servicios para los Programas siguientes:

- Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
- Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)
- Control de Enfermedades Diarreicas

Programa	Guayas	El Oro	Tungurahu	Imbabura	Pastaza	Total
	% Estab. Que Tienen Normas					
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)	75%	100%	100%	100%	100%	95%
Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	75%	100%	100%	100%	100%	95%
Control de Enfermedades Diarreicas	75%	100%	100%	100%	100%	95%

INFORMACION

Indicador #28: Las horas-persona que cuesta informar sobre las actividades a su nivel superior a fin de cada mes.

Provincia	Promedio Número de Horas
Guayas	34
El Oro	37,5
Tungurahua	35
Imbabura	24
Pastaza	14
Promedio Global	28,9

Indicador #29: La confiabilidad percibida de los informes mensuales.

Provincia	% Indicando Alta Confiabilidad	% Indicando Mediana Confiabilidad	% Indicando Baja Confiabilidad
Guayas	75%	25%	0%
El Oro	25%	75%	0%
Tungurahua	75%	25%	0%
Imbabura	75%	25%	0%
Pastaza	0%	100%	0%
Promedio Global	50%	50%	0%

Indicador #30: Frecuencia de utilización de la información recolectada para planificar las actividades.

Provincia	% Estab. Indicando Utilización Frecuente	% Estab. Indicando Utilización Ocasional	% Estab. Indicando Poca Utilización
Guayas	75%	25%	0%
El Oro	50%	50%	0%
Tungurahua	75%	25%	0%
Imbabura	50%	50%	0%
Pastaza	50%	50%	0%
Promedio Global	60%	40%	0%

Indicador #31: Observaciones respecto a los informes enviados.

Provincia	% Estab. Indicando Observa- ciones Casi Siempre	% Estab. Indicando Observa- ciones Ocasionalmente	% Estab. Indicando Poca Observa- ción
Guayas	25%	0%	75%
El Oro	0%	75%	25%
Tungurahua	25%	25%	50%
Imbabura	50%	25%	25%
Pastaza	0%	25%	75%
Promedio Global	20%	30%	50%

Indicador #32: El tiempo que normalmente demora la llegada de los comentarios.

Provincia	Promedio Número de Días de Demora
Guayas	3
El Oro	32
Tungurahua	140
Imbabura	35
Pastaza	30
Promedio Global	48

III. SISTEMAS DE APOYO A LOS SERVICIOS

LOGISTICA

Indicador #33: Porcentaje de establecimientos que tienen los medios para movilizarse cuando sea necesario.

Provincia	% Estab. Indicando Que Siempre Tienen Transporte	% Estab. Indicando Que A Veces Tienen Transporte	% Estab. Indicando Que Casi Nunca Tienen Transporte
Guayas	25%	25%	50%
El Oro	0%	25%	75%
Tungurahua	50%	50%	0%
Imbabura	25%	25%	50%
Pastaza	50%	50%	0%
Promedio Global	30%	35%	35%

Indicador #34 El porcentaje de establecimientos que tienen refrigeradora.

Provincia	% Establecimientos Que Tienen Refrigeradora
Guayas	75%
El Oro	100%
Tungurahua	100%
Imbabura	75%
Pastaza	100%
Promedio Global	90%

Indicador #35: El porcentaje del tiempo que la refrigeradora ha funcionado adecuadamente durante los últimos 3 meses.

Provincia	Promedio de Tiempo de Funcionamiento Adecuado
Guayas	100%
El Oro	100%
Tungurahua	100%
Imbabura	100%
Pastaza	100%
Promedio Global	100%

Indicador #36: Porcentaje de establecimientos que tienen un sistema para registrar existencias de todos los medicamentos.

Provincia	% Establecimientos Que Tienen Sistema de Registro
Guayas	75%
El Oro	75%
Tungurahua	100%
Imbabura	100%
Pastaza	100%
Promedio Global	90%

Indicador #37: El Número de días desde la última actualización del sistema de registro de medicamentos

Provincia	Promedio Número de Días Desde la Última Actualización
Guayas	25
El Oro	152
Tungurahua	17
Imbabura	24
Pastaza	9
Promedio Global	45

Indicador #38: Porcentaje de los establecimientos que actualmente tiene existencias de los siguiente medicamentos:

Medicamentos			Guayas	El Oro	Tungurah	Imbabura	Pastaza	Total
			% Estab. que Tienen					
			Existencias	Existencias	Existencias	Existencias	Existencias	Existencias
Acetaminofens	120 mg/5ml	Jarabe	50%	0%	25%	25%	50%	30%
Acetaminofens	500mg	Tabletas	75%	75%	75%	75%	0%	60%
Acido Acetilsalicílico	500mg	Tabletas	0%	100%	50%	50%	50%	50%
Ampicilina	250 mg/5ml	Jarabe	75%	50%	50%	50%	50%	55%
Ampicilina	500mg	Cápsulas	50%	25%	75%	75%	50%	55%
Benzato de Bencilo	20-30%	Suspensión	75%	100%	100%	100%	50%	85%
Cloranfenicol	1%	Unguento oftálmico	25%	0%	0%	0%	0%	5%
Cloroquina	250mg	Tabletas	50%	25%	0%	0%	0%	15%
Fenobarbitol	100mg	Tabletas	25%	0%	0%	0%	25%	10%
Isoniacida	100mg	Tabletas	75%	75%	75%	75%	25%	65%
Mebendazol	100mg	Tabletas	75%	25%	75%	75%	50%	60%
Metronidazol	250mg	Tabletas	50%	0%	50%	50%	25%	35%
Penicilina Benzatina	1. 2MU	Ampollas	75%	50%	75%	75%	75%	70%
Rifampicina	300mg	Cápsulas	50%	75%	75%	75%	0%	55%
Salas de Rehidratación Oral	---	Sobres	75%	75%	100%	100%	100%	90%
Sulfato Ferroso	250mg	Tabletas	25%	25%	0%	0%	50%	20%
Tetraciclina	250mg	Cápsulas	0%	50%	75%	75%	100%	60%
Toxide Tetánico	---	Ampollas	75%	100%	100%	100%	75%	90%
Co-Trumozole	80/400mg	Tabletas	25%	25%	50%	50%	50%	40%
Tintura de Yodo	2-2. 5%		50%	50%	50%	50%	50%	50%
								50%

CAPACITACION

Indicador #39: Porcentaje del personal técnico o profesional que trabaja en cada establecimiento y que ha recibido una capacitación durante los últimos 12 meses.

Provincia	Promedio % de Personal Capacitado Durante los Ultimos 12 Meses
Guayas	65%
El Oro	70%
Tungurahua	60%
Imbabura	82,5%
Pastaza	32,5%
Promedio Global	62%

IV. ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACION

Indicador #40: Grado de supervisión integrada.

Provincia	% de Establecimientos Indicando que los Supervisores Suelen Observar Actividades Fuera de su Especialidad
Guayas	25%
El Oro	50%
Tungurahua	75%
Imbabura	25%
Pastaza	50%
Promedio Global	45%

Indicador #41: Coordinación percibida entre las entidades normativas.

Provincia	% de Establecimientos Que Perciben una Coordinación Entre las Entidades Normativas
Guayas	50%
El Oro	50%
Tungurahua	100%
Imbabura	50%
Pastaza	50%
Promedio Global	60%

V. ORIENTACION HACIA EL USUARIO

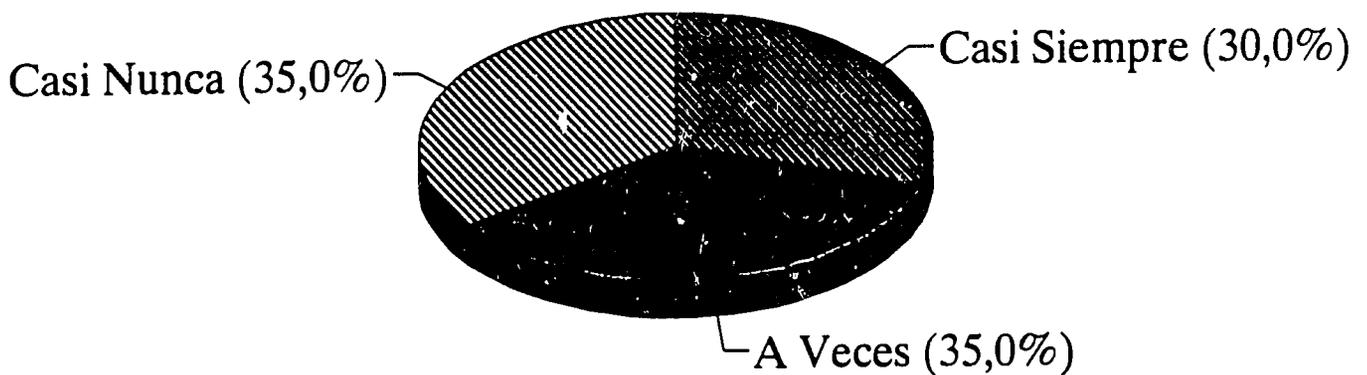
Indicador #42: Porcentaje de establecimientos donde se recolecta periódicamente información sobre los servicios de los usuarios con respecto a sus necesidades, conocimiento y actitudes.

Provincia	% de Establecimientos Recolectando Información Acerca de Usuarios
Guayas	75%
El Oro	75%
Tungurahua	75%
Imbabura	75%
Pastaza	75%
Promedio Global	75%

Indicador #43: Porcentaje de establecimientos donde existe un comité u organización comunitaria afiliado.

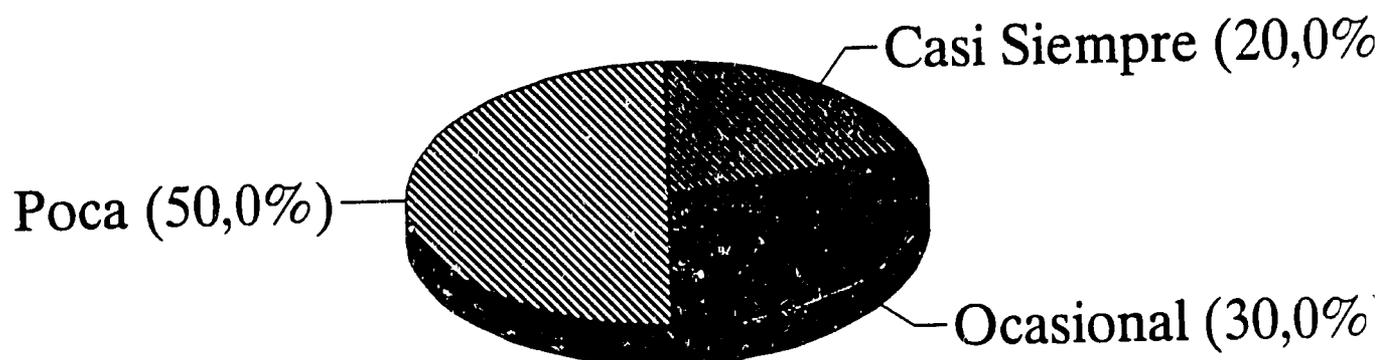
Provincia	% de Establecimientos Indicando la Existencia de un Comité o Organización Comunitaria Afiliada
Guayas	100%
El Oro	100%
Tungurahua	50%
Imbabura	100%
Pastaza	25%
Promedio Global	75%

Disponibilidad de Medios de Transporte para que el Nivel Operativo Realice sus Actividades



Fuente: Encuesta Nivel Operativo de Indicadores Gerenciales - Ecuador , 1993

Comentarios de Supervisores Recibidos por el Nivel Operativo Respecto a sus Informes de Actividades



Fuente: Encuesta Nivel Operativo de Indicadores Gerenciales - Ecuador , 1993

ANEXO 1

PERSONAS E INSTITUCIONES QUE PARTICIPARON EN EL DESARROLLO DE LOS INDICADORES FINANCIEROS Y GERENCIALES

Anexo 1: Personas e Instituciones que participaron en el Desarrollo de los Indicadores Financieros y Gerenciales

Estas personas, entre otras, participaron activamente en el desarrollo de los indicadores utilizados en esta prueba de campo.

USAID

Sr. Thomas Park, Jefe División de Salud y Nutrición para América Latina
Sr. Nicholas Studzinski, Funcionario de Proyectos, LAC HNS
Dr. Kenneth Yamashita, Funcionario de Salud y Nutrición, USAID/Ecuador

Proyecto LAC HNS

Dr. Thomas Bossert, Jefe del Proyecto
Lic. Jack Galloway, Asesor en Gerencia
Licda. Lani Marquez
Lic. John Holley, Asesor en Gerencia y Finanzas

University Research Corporation (sin incluir a LAC HNS)

Ms. Lori DiPrete Brown
Dr. Paul Richardson
Ms. Jeanne Newman
Dr. Stewart Blumenfeld

Association of University Programs in Health Administration (AUPHA)

Mr. Gary Filerman
Dr. Bernardo Ramírez

Otros Asesores

Mr. Victor Jaramillo
Dr. Michael Bernhart
Dr. Robert Robertson

ANEXO 2

AREAS CLAVES DE ADMINISTRACION Y GERENCIA

ANEXO 2

AREAS CLAVES DE ADMINISTRACION Y GERENCIA

Las siguientes áreas de administración y gerencia han sido identificadas como claves para el sostenimiento de programas de sobrevivencia infantil y para otros programas de salud. Las preguntas están enfocadas hacia actividades específicas dentro de cada área y proveen una indicación del desempeño de cada programa. Entre paréntesis se indican las fuentes sugeridas para obtener la información.

1. Planeamiento y Programación

Planeamiento es el proceso de definir programas, identificar necesidades y recursos, y de establecer prioridades en cuanto a metas y objetivos. Programación es emprender la acción administrativa necesaria para alcanzar esas metas. Hay condiciones críticas que deben existir dentro de una organización o institución para lograr una planeación adecuada y autosostenida. Estas incluyen: la disponibilidad de información amplia y de calidad; el uso de información para la planeación; el establecimiento y el uso de objetivos de cumplimiento/rendimiento; y la evaluación de lo ejecutado en relación con los planes y los objetivos planeados.

- ¿Establece y publica la institución metas de cumplimiento/rendimiento para:

Sí No

- El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)?

- Para la atención perinatal?

- Enfermedades Diarréica Agudas (EDA)?

- Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)?

- Número de consultas?

(Planes de Trabajo Anuales, Rendiciones de Cuenta Anuales, Planes Quinquenales)

- ¿Cuántos "Planes de Trabajo" fueron preparados durante los últimos cinco años?

- Todos los años

- Últimos cuatro

- Menos de últimos cuatro

- Ninguno

(Planes Anuales de Trabajo, Entrevistas con Oficiales Superiores)

- ¿Tienen los administradores de establecimientos y/o programas la discreción de trasladar cantidades limitadas (por ejemplo, 10% de la cantidad presupuestada para actividades de Supervivencia Infantil) de una categoría presupuestaria a otra, sin una aprobación superior?

Sí No

(Entrevistas con el Personal Superior)

- El período de entrega de los comprobantes para gastos de viáticos (por ejemplo de los supervisores) y el reembolso de esos gastos, ¿excede los 60 días?

2.2 Supervisión

Supervisión es el proceso mediante el cual se procura asegurar que el personal cumple con sus deberes de una manera efectiva. Los supervisores deben proveer liderazgo, apoyo, asesoramiento (incluyendo reprimendas), entrenamiento, y asistencia en la identificación y solución de problemas, para que de esa manera la calidad y efectividad del servicio puedan ser mejorados en forma continua. Un sistema de supervisión que facilite el autosostenimiento de un programa es aquél que provee los recursos requeridos para capacitar a los supervisores para que supervisen, y que utiliza supervisión basada en la idoneidad de quienes la ejercen.

- ¿Cuál es la proporción de supervisores con relación a los establecimientos de atención primaria a ser supervisados?

(Registros del departamento de Personal)

- ¿Qué porcentaje de establecimientos del APS fue visitado por un supervisor que observó personalmente el suministro de servicios de atención/prevención, a los efectos de vigilar y mejorar la capacidad técnica de los funcionarios (durante los últimos tres meses)?

(Entrevistas con los administradores de Centros de Salud)

2.3 Administración/Manejo de información

Un programa autosostenible requiere que la información acerca de los servicios y de los usuarios sea procesada rápidamente, que la información necesaria para tomar decisiones sea retroalimentada al establecimiento de salud que produjo esa misma información, y que sea hecho a tiempo para ser usada en la inspección de logros, objetivos y rendimiento del personal, y para determinar las necesidades de capacitación y de suministros. La información debe ser usada para la planeación, supervisión y administración financiera. Idealmente, un buen sistema de información administrativa disminuiría la cantidad de información necesaria.

-¿Cuál es el período promedio (en días) entre la consolidación de datos hecha en un establecimiento a nivel local acerca del número de actividades realizadas en el mes y:

- La llegada de esa información a la unidad de datos de procesamiento?

- El regreso al establecimiento local de información agregada?

- ¿Cuál es el número total de formularios que deben ser completados una vez al mes por el personal en los establecimientos de atención primaria?

- Más de cinco?
- De tres a cuatro?
- Menos de tres?

(Entrevistas con administradores del sistema de información y el personal de establecimientos a nivel local)

3. Sistemas de Apoyo a los Servicios (logística, administración/ manejo de personal y capacitación?)

3.1 Logística

Los sistemas de logística tienen que ver con la obtención, el almacenamiento, la distribución y el monitoreo de suministros y equipo. Un programa autosostenible de logística es uno que está equipado con la información y con los sistemas para hacer que el sistema de suministros funcione.

- En el correr de los últimos 30 días, ¿qué porcentaje de medicamentos esenciales (incluyendo vacunas) estuvo agotado en los establecimientos de atención primaria?

_____ %

(Encuestas de los establecimientos o el sistema de información)

3.2 Administración/Manejo de Personal

La administración de personal incluye actividades que se relacionan con la selección, contratación y el despido de personal, así como con la definición de las funciones de cada miembro del personal, y el apoyo a éstos en su gestión. También se refiere a normas y procedimientos relacionados con compensaciones, y beneficios laborales, y con horarios de trabajo.

- ¿Cuál es el porcentaje de cambio anual en el personal de salud?

_____ %

- ¿Qué porcentaje del personal tiene una descripción de sus responsabilidades o tareas de trabajo?

- A nivel central

_____ %

- A nivel de policlínicas

_____ %

(Registros del Departamento de Personal)

3.3 Capacitación

Capacitación es el proceso de mejorar el conocimiento, las habilidades y las competencias de los trabajadores en forma continua. La capacitación dentro del propio ámbito laboral no solamente desarrolla las habilidades de los trabajadores, sino que también los motiva a trabajar más productivamente. La capacitación ha demostrado ser una clave para el sostenimiento de las actividades de programas.

- ¿Qué porcentaje del personal que trabaja en los programas de atención de salud recibió capacitación formal como parte de sus tareas durante el año pasado? %

- ¿Qué porcentaje del personal que trabaja en los programas de sobrevivencia infantil recibió capacitación formal como parte de sus tareas durante el año pasado? %

(Registros del Personal o del Dept. de Rec. Humanos)

- ¿Qué porcentaje, dentro del total de actividades de capacitación formal, fue realizado por la propia organización durante el último año? %

(Registros del Departamento de Recursos Humanos)

4. Estructura de la Organización

4.1 Centralización/Descentralización

Los sistemas descentralizados tienden a ser más sensibles a las necesidades locales. Con los incentivos y la capacitación apropiados, estos sistemas pueden ser más eficientes en el uso de recursos y más autosustentados. Una institución descentralizada permite a los funcionarios regionales y a nivel de distrito un mayor control sobre los sistemas de presupuesto, de personal, de información y de logística.

- ¿Son los Planes de Trabajo Anuales preparados por funcionarios locales?

Sí

No

- ¿Pueden los directores regionales a nivel de distrito transferir el personal sin aprobación previa del nivel nacional?

(Entrevistas con el Departamento de Personal)

4.2 Integración

La integración de las acciones materno/infantiles en forma rutinaria en un programa coordinado, ha demostrado ser importante para el sostenimiento de estas actividades. Una organización fragmentada en diferentes programas verticales es también a menudo no tan eficiente en el uso de recursos, en contraste con una que integra todas sus actividades al nivel nacional y local. Integración quiere decir que pocas unidades administrativas son responsables de coordinar actividades; de ese modo se contribuye a evitar la duplicación o superposición de actividades.

- A nivel nacional (central), ¿cuántas unidades diferentes son responsables de ejecutar acciones de sobrevivencia infantil?

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Tabletas de Rehidratación Oral (TRO)

Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

Salud Materno Infantil

Nutrición

III.5 Orientación hacia el usuario

Los establecimientos del Ministerio de Salud así como otras organizaciones de atención de salud deben cambiar su filosofía de "Esto es lo que tenemos" a una de "¿Qué es lo que se necesita?" El autosostenimiento de un establecimiento de salud (especialmente en lugares donde existe competencia local de otro establecimiento o servicio privado o farmacia), depende en gran medida en conocer quiénes son los usuarios, cuáles son los servicios de salud que necesitan, y cuáles son sus prácticas y actitudes hacia la salud.

¿Qué porcentaje de los establecimientos de atención primaria de salud recopila información de una manera sistemática (cada 1-2 años) acerca de los usuarios con respecto a sus necesidades, conocimientos, y actitudes, ya sea en el propio establecimiento o a través de entrevistas domiciliarias?

%

(Entrevistas Seleccionadas)

ANEXO 3

**INDICADORES GERENCIALES
MINISTERIO DE SALUD DEL ECUADOR**

GUIA DE INVESTIGACION

Indicadores Gerenciales
Ministerio de Salud del Ecuador

GUIA DE INVESTIGACION

I. Planificación y Programación

La planificación es el proceso de definir programas, identificar necesidades y recursos y establecer prioridades en cuanto a metas y objetivos. La programación es emprender la acción administrativa necesaria para alcanzar esas metas. Hay condiciones críticas que deben existir dentro de una organización o institución para lograr una planificación adecuada y autosostenida. Estas incluyen: la disponibilidad de información amplia y de calidad; el uso de información para la planificación; el establecimiento y el uso de objetivos de cumplimiento/rendimiento; y la evaluación de lo ejecutado en relación a los planes y objetivos programados.

1.0: El establecimiento y la publicación de metas de cumplimiento/rendimiento para:

a. Programa Ampliado de Inmunización (PAI)	Sí	No
b. Atención prenatal	Sí	No
c. Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)	Sí	No
d. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	Sí	No
e. Número de consultas	Sí	No

- 1.1 En referencia a los siguientes programas o servicios, ¿Cómo se establecen las metas? (Indique cuál de los siguientes factores describe mejor el procedimiento)

Programa/Servicio: Procedimiento	PAI	Aten. Pre- natal	Enfer Dia- rreicas	IRA	Con- sulta Amb.
Determinados por el nivel central/regional					
Determinados por el nivel operativo (establecimiento)					
El nivel supervisorio revisa, modifica y aprueba las metas sometidas por cada establecimiento.					
El nivel supervisorio establece las metas conjuntamente con el nivel operativo.					
Otro procedimiento					

- 1.2 ¿Se considera el presupuesto durante el proceso de establecer metas?

- | | | |
|--|----|----|
| a. Programa Ampliado de Inmunización (PAI) | Sí | No |
| b. Atención prenatal | Sí | No |
| c. Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) | Sí | No |
| d. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) | Sí | No |
| e. Número de consultas | Sí | No |

- 1.3 ¿Se evalúa el rendimiento de cada establecimiento con base en el cumplimiento de sus metas?

- Siempre
- En algunos casos/programas
- De vez en cuando
- Generalmente se pasan por alto.

1.4 ¿Dispone la institución de los recursos para poder cumplir con las metas? (Ejemplo: suficientes medicamentos para poder tratar los casos de IRA)

- a. Siempre
- b. En algunos casos/programas
- c. De vez en cuando
- d. Generalmente se pasan por alto

2.0: ¿Elabora la institución anualmente un plan de trabajo?

Sí No

En caso de respuesta afirmativa:

2.1 ¿Se toma en cuenta el presupuesto?

Sí No

2.2 ¿Se toma en cuenta una evaluación del plan del año anterior?

Sí No

Sistemas de control (financiero, supervisión e información)

Administración/manejo financiero

La administración financiera incluye la administración y el manejo de las finanzas de cada programa, así como su contabilización y la rendición de cuentas consiguiente. Asimismo, incluye la presupuestación de actividades planeadas y, en algunos programas, la inclusión del usuario para generar y recuperar costos. En la mayoría de los casos, un programa debe tener una idea clara de sus costos y de la manera de controlarlos. El total de recursos disponibles para los Ministerios de Salud en todos los países de América Latina y el Caribe es extremadamente limitado y es muy probable que estos recursos no aumenten considerablemente. Por consiguiente, es difícil lograr el sostenimiento de los programas de atención de salud, y en particular, de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil, como también es difícil lograr que los escasos recursos disponibles se distribuyan a los programas de mayor costo-eficacia y que se logre una mayor eficacia en el manejo de los recursos en todos los niveles.

3.0: La disponibilidad de información reciente (en los últimos dos años) acerca del costo unitario de:

- a. **Procedimientos hospitalarios**
- b. **Servicios para la Supervivencia Infantil**

En el cuadro siguiente, se aprecia cuál de las alternativas corresponde más claramente a los servicios en las dos columnas de la derecha.

ALTERNATIVAS	Procedimientos Hospitalarios	Servicios de Supervivencia Infantil
i. Existen sistemas para captar periódicamente los costos de la mayoría de los servicios.		
ii. Existen sistemas para captar periódicamente los costos de algunos servicios específicos.		
iii. Existen datos recientes de costos que pueden ser útiles para generalizar el costo de servicios, pero que vienen principalmente de estudios individuales que no se repiten.		
iv. Existen pocos o no existen datos referentes a los costos de servicios.		

4.0 La institución tiene la capacidad de determinar fácilmente los montos presupuestados para:

- | | | |
|--|----|----|
| i. hospitales | Sí | No |
| ii. atención primaria | Sí | No |
| iii. regiones geográficas | Sí | No |
| iv. programas específicos (PAI, TRO, IRA, etc.) | Sí | No |
| v. rubros importantes (personal, medicamentos, etc.) | Sí | No |

4.1 La institución tiene la capacidad de conocer oportunamente (menos de 30 días) los gastos efectuados con referencia al

- | | | | |
|-----|----------------|----|----|
| i. | nivel central | Sí | No |
| ii. | nivel regional | Sí | No |

5.0 ¿Aproximadamente qué porcentaje de los gastos se pagan por medio de un fondo rotatorio en:

- | | | |
|------|------------------------------|-------|
| i. | el nivel central | _____ |
| ii. | el nivel regional/provincial | _____ |
| iii. | centros de salud | _____ |
| iv. | puestos de salud | _____ |
| v. | hospitales | _____ |

Indicador 6.0 ¿Qué intervalo existe aproximadamente, entre el envío de una solicitud de viáticos desde un puesto de salud (que no tiene acceso a un fondo rotatorio para este propósito) y la recepción de los fondos? _____ Días

Supervisión

La supervisión es el proceso mediante el cual se procura asegurar que el personal cumpla con sus deberes de una manera eficaz. Los supervisores deben proporcionar liderazgo, apoyo, asesoramiento (incluso reprimendas), capacitación y asistencia en la identificación y solución de problemas, para que así la calidad y eficacia del servicio puedan mejorarse en forma continua. Un sistema de supervisión que facilite la autosostenibilidad de un programa es el que proporciona los recursos que se necesitan para capacitar a los supervisores y utiliza supervisión basada en la idoneidad de quienes la ejercen.

Indicador 7.0 El promedio y número máximo de unidades de salud supervisado desde cada nivel organizativo:

	<u>Promedio</u>	<u>Máximo</u>
a. nacional	_____	_____
b. provincia	_____	_____
c. áreas de salud	_____	_____
d. distritos de salud	_____	_____
e. centros de salud	_____	_____

Administración/manejo de información

Un programa autosostenible requiere que la información sobre los servicios y los usuarios se tramite rápidamente; que la información necesaria para tomar decisiones se comunique al establecimiento de salud que produjo esa misma información, y que se entregue oportunamente para evaluar objetivos, logros y rendimiento de personal, y determinar las necesidades de capacitación y suministros. La información se debe usar para la planificación, supervisión, logística y administración financiera. Idealmente, un buen sistema de información minimizaría la cantidad de información para procesar.

9.0 En general, ¿cuántos días se demora la llegada de informes mensuales a nivel de area o distrito desde el nivel operativo después del cierre de un período? _____ Días

9.1 ¿Cuántos días le cuesta, a nivel de area o distrito, tabular y consolidar los informes mensuales de la unidades a su cargo? _____ Días

Sistemas de apoyo a los servicios (logística, administración/manejo de personal y capacitación)

Logística

Los sistemas de logística tienen que ver con la obtención, el almacenamiento, la distribución y la supervisión de suministros y equipos. Un programa autosostenible de logística es el que está

equipado con la información y con los sistemas para hacer que el sistema de apoyo funcione adecuadamente. Incluye además mantenimiento y transporte.

10.0 Las causas principales de los agotamientos de medicamentos en el nivel operativo son las siguientes: (puede contestar más de una pregunta)

- i. programación inadecuada
- ii. deficiencia financiera
- iii. largos procesos de compras
- iv. problemas relacionados con el transporte
- v. falta de un sistema adecuado para solicitar suministros desde el nivel operativo.

10.1 ¿Cuántos meses de existencia (para uso en la organización total) tienen los medicamentos de la lista de la muestra de medicamentos en el almacén central?

Meses de Existencia

Acetaminofens	120mg/5ml	Jarabe	_____
Acetaminofens	500mg	Tabletas	_____
Acido Acetilsalicílico	500 mg	Tabletas	_____
Ampicilina	250mg/5ml	Jarabe	_____
Ampicilina	500mg	Cápsulas	_____
Benzoato de bencilo	20-30%	Suspensión	_____
Cloranfenicol	1%	Ungüento oftálmico	_____
Cloroquina	250mg	Tabletas	_____
Fenobarbitol	100mg	Tabletas	_____
Isoniacida	100mg	Tabletas	_____
Mebendazol	100mg	Tabletas	_____
Metronidazol	250mg	Tabletas	_____
Pencilina benzatina	1.2 MU	Ampollas	_____
Rifampicina	300mg	Cápsulas	_____
Sales de Rehidratación oral - SRO	-	Sobres	_____
Sulfato ferroso	250mg	Tabletas	_____
Tetraciclina	250mg	Cápsulas	_____
Toxoide tetánico	-	Ampollas	_____
Co-trimoxazol	80/400mg	Tabletas	_____
Tintura de yodo	2-2.5%		_____

Administración/manejo de personal

La administración de personal incluye actividades que se relacionan con la selección, la contratación y el despido de personal, así como la definición de las funciones de cada miembro del personal y el apoyo a éstos en su gestión. También se refiere a las normas y a los procedimientos relacionados con compensaciones, prestaciones laborales y horarios de trabajo.

11.0 El porcentaje del personal que sale de la organización cada año. -----%

11.1 La relación entre sueldos en los sectores público y privado para los siguientes cargos:

- | | | |
|------|--|-------|
| i. | médico | _____ |
| ii. | enfermera profesional | _____ |
| iii. | enfermera auxiliar | _____ |
| iv. | técnicos (laboratoristas, técnicos de rayos X, etc.) | _____ |
| v. | programadores de computadores | _____ |

12.0 ¿Se hace anualmente una evaluación del rendimiento de:

- i. todas o casi todas las personas de la organización
- ii. la mayoría de las personas
- iii. solamente algunas personas
- iv. la organización no tiene una política de evaluación anual de personal.

Capacitación

La capacitación es el proceso de mejorar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los trabajadores en forma continua. La capacitación dentro del propio ámbito laboral no solamente desarrolla las habilidades de los trabajadores, sino que también los motiva a trabajar más productivamente. La capacitación ha demostrado ser la clave para la sostenibilidad de las actividades de programas.

13.0 Porcentaje de personal que trabaja en los programas de atención de salud que recibió por lo menos 3 días de capacitación formal como parte de sus tareas el año pasado:

- | | |
|--|---------|
| i. médicos | _____ % |
| ii. enfermeras profesionales | _____ % |
| iii. enfermeras auxiliares | _____ % |
| iv. técnicos (laboratoristas, técnicos de rayos X, etc.) | _____ % |
| v. personal administrativo (todos) | _____ % |
| vi. personal comunitario | _____ % |

Estructura de la organización

Centralización/descentralización

Los sistemas descentralizados tienden a ser más sensibles a las necesidades locales. Con los incentivos y la capacitación apropiados, estos sistemas pueden ser más eficientes en el uso de recursos y más autosostenibles. Una institución descentralizada permite a los funcionarios regionales y a nivel de distrito un mayor control sobre los sistemas de presupuesto, personal, información y logística.

14.0 La discreción de los administradores de establecimientos y/o programas de trasladar cantidades limitadas de fondos de una categoría presupuestaria a otra, sin una aprobación superior.

Sí No

14.1 Una vez aprobado el presupuesto regional, ¿tiene el nivel central la autoridad de hacerle modificaciones sin aprobación del encargado de la Región?

Sí No

14.2 ¿Qué porcentaje del presupuesto de los siguientes rubros del nivel operativo se ejecuta localmente?

i.	medicamentos	_____	%
ii.	otros insumos	_____	%
iii.	viáticos	_____	%
iv.	combustibles	_____	%
v.	mantenimiento	_____	%

15.0 ¿Tiene el Director Regional (o equivalente) autoridad de contratar personal dentro de la zona geográfica a su cargo, sin aprobación previa del nivel central?

- i. Tiene autoridad para contratar a todo el personal.
- ii. Puede contratar personal no técnico o personal de tiempo parcial, pero no empleados permanentes.
- iii. No tiene autoridad para contratar personal.

15.1 ¿Tiene el Director Regional (o equivalente) autoridad de despedir personal dentro de la zona geográfica a su cargo, sin aprobación previa del nivel central?

- i. Tiene autoridad para despedir a todo el personal.
- ii. Puede despedir personal no técnico o al personal de tiempo parcial, pero no empleados permanentes.
- iii. No tiene ninguna autoridad para despedir personal.

Integración

La integración de las acciones maternoinfantiles en forma rutinaria en un programa coordinado, ha demostrado ser importante para la sostenibilidad de esas actividades. Una organización fragmentada en diferentes programas verticales no es a menudo tan eficiente en el uso de recursos, en contraste con una que integra todas sus actividades en los niveles nacional y local. Integración quiere decir que pocas unidades administrativas tienen a su cargo coordinar actividades; de ese modo, se contribuye a evitar la duplicación o superposición de actividades.

16.0 ¿Se reúnen los directores de los diversos departamentos técnicos por lo menos una vez al mes para coordinar actividades? Sí No

16.1 ¿Cuáles de los siguientes programas están manejados verticalmente (con la gran mayoría del control en el nivel central)?

i.	Programa Ampliado de Inmunización - PAI	Sí	No
ii.	Control de Enfermedades Diarreicas	Sí	No
iii.	Programa de Enfermedades Respiratorias Agudas (IRA)	Sí	No
iv.	Planificación familiar	Sí	No
v.	Control de vectores	Sí	No
vi.	Tuberculosis	Sí	No

Orientación hacia el usuario

Los establecimientos del Ministerio de Salud, así como los de otras organizaciones de atención de salud, deben cambiar su filosofía de "estos son los servicios que ofrecemos" a "¿Qué es lo que ustedes necesitan?". La autosostenibilidad de un establecimiento de salud (especialmente en lugares donde existe competencia local de otro establecimiento o servicio privado o farmacia), depende en gran medida de conocer quiénes son los usuarios, cuáles son los servicios de salud que necesitan y cuáles son sus prácticas y actitudes hacia la salud. Esto requiere que el personal de salud hable directa y abiertamente con ellos, es decir los usuarios.

Esta dimensión se debería explorar en el nivel operativo.

ANEXO 4

EVALUACION DE LA SOSTENIBILIDAD DE LA GESTION ADMINISTRATIVA

ANEXO 4

EVALUACION DE LA SOSTENIBILIDAD DE LA GESTION ADMINISTRATIVA

El cuestionario adjunto tiene el propósito de abordar aquellos aspectos que han demostrado estar relacionados, o que se cree que están relacionados, con la durabilidad de los programas y su éxito continuo. Algunos intentos conocidos de evaluar los resultados de la gestión administrativa han demostrado lo efímeros que pueden ser (véase "En búsqueda de la excelencia"; muchas de las firmas "excelentes" sufrieron grandes pérdidas a corto plazo después de la publicación de este libro). En vez de concentrarse fundamentalmente en los indicadores del actual desempeño de la gestión administrativa, resultados que pueden estar sustentados temporalmente por circunstancias inusitadas de conducción, recursos o medio ambiente, el objetivo del presente es medir la presencia y las ventajas de ciertas condiciones que garantizan la promesa de un desempeño sostenido de la gestión administrativa (y por lo tanto del programa).

Como es del conocimiento del lector, ha habido muy poco consenso con respecto al contenido de una gestión administrativa eficaz. Todos sabemos reconocer de inmediato la ausencia de una buena administración cuando el resultado es el derrumbe de la ejecución de un programa, pero tenemos mayor dificultad para ponernos de acuerdo sobre el conjunto de conocimientos, actitudes y procedimientos que se combinan para lograr una buena gestión administrativa. Es evidente que esta falta de consenso es un signo de mal agüero para cualquier intento de medir la eficacia y sostenibilidad de la gestión administrativa.

El enfoque que se emplea en el presente informe es cauteloso y abarca muchos elementos comúnmente citados como contribuyentes de la buena administración en la medida que la práctica lo permita. Por ejemplo, la adecuación de los sistemas de asistencia administrativa directa -- logística, supervisión, sistemas de informática y capacitación -- están incluidos, así como las funciones de asistencia indirecta como la planificación y el control financiero. Asimismo, se tienen en cuenta las tendencias administrativas generales, ya que existen amplias pruebas de que las deficiencias existentes en cualquiera de estas áreas debilita la capacidad que la institución tiene para cumplir; por lo tanto, también se incluyen, entre otros, una orientación hacia los resultados y la formación del personal.

La siguiente sección analiza brevemente los diversos indicadores de la gestión administrativa que se desarrollaron para los programas de atención de la salud. A continuación de la misma, figura una lista de los aspectos a evaluarse y la razón fundamental de cada uno. Por último, encontrará un corto programa de computación que le formulará una serie de preguntas, a responderse en forma afirmativa o negativa, sobre la administración de programas. Habrá de dedicar alrededor de 45 minutos al programa. Son tres los resultados a obtenerse:

1. Una clasificación numérica de la capacidad de gestión administrativa del programa en diez áreas. Hemos tratado de formular preguntas que constantemente produzcan respuestas uniformes y comparables. Para ello hemos descartado algunas preguntas interesantes -- preguntas que requerían una considerable opinión e interpretación personal; las mismas se sacrificaron para crear un instrumento que permita a la AID realizar un seguimiento de los avances que logran los programas beneficiarios en materia del mejoramiento de su capacidad administrativa.

2. Una lista de aspectos en los que no pudo tomar una decisión. Habrá algunas preguntas en las que no contará con la información suficiente como para responder. El programa agrupará esas preguntas y determinará, en base a un punto de referencia, si se garantiza la recopilación de datos principales sobre funciones o actividades específicas de la gestión administrativa.

3. Una serie de preguntas detalladas que pueden emplearse en una evaluación más profunda de las virtudes de la administración del programa. Estas preguntas pueden ser útiles para la evaluación de aquellas áreas en las que no pudo evaluar directamente en el terminal o que, si contara con mayores detalles, podría crear un paquete de asistencia adecuada.

Análisis de las actividades anteriores

Los esfuerzos por evaluar el desempeño de la gestión administrativa no son nuevos; sin embargo, hay pocos antecedentes de evaluación de la sostenibilidad de la administración, especialmente en el sector público y de servicios.

Es importante, aunque indirectamente, la labor ambiciosa realizada durante años para medir el esfuerzo de los programas demográficos. Mauldin y Ross (1991) llevaron a cabo un estudio recientemente, en el que pidieron a los funcionarios encargados de programas demográficos que hicieran comentarios sobre 30 aspectos de los mismos; aproximadamente un tercio de esos aspectos se refieren a problemas de la gestión administrativa. Los investigadores codificaron las respuestas y compararon los indicadores de la labor programática con el desempeño de los programas, en función de la medida de los cambios en la tasa total de fecundidad (TFR). Afortunadamente, había grandes correlaciones entre las principales categorías del esfuerzo programático y las bajas en dicha tasa. La correlación (R^2) de la administración con la baja de la TFR en un plazo de 25 años era del 0,45. Este trabajo indica que es posible medir la labor de los programas, incluidos los esfuerzos administrativos, y que dichas evaluaciones puede ser indicadores válidos de los resultados de los programas.

Otra iniciativa promisorio fue la patrocinada por el proyecto WASH (Cullivan, et al., 1988). Se trata de algo sumamente interesante porque se emplearon varias medidas que se cree que están relacionadas con el desempeño sostenido del sector comercial, como por ejemplo la orientación hacia el consumidor, la orientación comercial, la cultura institucional y la gestión de las relaciones externas. Se pidió a los usuarios del instrumento de evaluación que calificaran la eficacia institucional en función de criterios generales e indefinidos. No obstante, el instrumento se ha utilizado en varios países en desarrollo y convertido en la base de evaluación de los adelantos de las actividades para el mejoramiento de la gestión administrativa en por lo menos un caso (Rosensweig, 1991).

A un nivel operativo inferior, INCAP (1985) llevó a cabo un amplio inventario de las "condiciones de eficiencia" del Ministerio de Salud de Guatemala. En el documento enciclopédico empleado se pedía a los evaluadores que midieran la adecuación de los recursos físicos así como de los humanos y administrativos. Nada más que la envergadura del esfuerzo desalienta su reproducción, pero se trata de una empresa interesante destinada a evaluar las condiciones precedentes de un buen desempeño en comparación con los resultados del mismo.

En el mismo orden de cosas, varios instrumentos se han concentrado en medidas metodológicas en vez de los resultados. Cabe destacar a los módulos de PRICOR II (PRICOR, n.d.) por su alcance y extensa aplicación. En los mismos se solicita a los evaluadores que registren los comportamientos verificables únicamente. Una consecuencia del trabajo de PRICOR son los módulos de evaluación del Programa de Perfeccionamiento de la Gestión Administrativa (DiPrete, 1991). Ocho listas de control de la gestión administrativa -- y cuestionarios detallados para una evaluación a fondo -- permiten a los evaluadores registrar los comportamientos que son verificables y que se prestan para realizar evaluaciones longitudinales de los adelantos de la gestión administrativa.

La sostenibilidad en sí es un agregado reciente al léxico de los investigadores que analizan la gestión administrativa. Quizás como consecuencia del fracaso que los ejemplos populares y ampliamente aceptados de desempeño administrativo en cuanto a la sostenibilidad del mismo, algunos autores han cambiado su enfoque para concentrarse en los atributos de las sociedades anónimas que parecieran prometer durabilidad en vez de resultados inmediatos. Las reformulaciones efectuadas por Peter podrían ser un ejemplo de este punto. Después de la pobre actuación que tuvieron las firmas elogiadas en *Búsqueda de la Excelencia*, las opiniones más recientes de Peters se han basado menos en las medidas del desempeño actual que en el desempeño sostenido. Todavía no se ha llegado a un consenso respecto de las cualidades asociadas con la sostenibilidad; sin embargo, la actual ortodoxia favorece la

flexibilidad, la información oportuna y, más que nada, una gran orientación hacia el cliente.

Los programas de desarrollo han constituido el objetivo de un estudio empírico sobre sostenibilidad, cuyos resultados son obviamente importantes para los administradores y donantes de programas. Bossert (1991) opina que la sostenibilidad de los programas está relacionada con un alto nivel de apoyo financiero del programa de parte del país anfitrión, una mayor integración del programa en los sistemas administrativos generales de la organización beneficiaria y un fuerte componente de capacitación.

Conclusiones. Las conclusiones que pueden sacarse de los trabajos anteriores son pocas pero útiles: Aparentemente hay un potencial de éxito para los programas en las evaluaciones de los métodos de gestión administrativa. Además, es evidente que dicha información puede recolectarse y utilizarse de diversas maneras, tanto cuantitativa como cualitativamente. Por último, existe un apoyo fragmentado para unos pocos factores que predicen la sostenibilidad de un programa y en los que se confía en el sentido común.

Razón fundamental de los aspectos de la gestión administrativa

Aquí no vamos a reproducir la prolongada y proverbial polémica sobre una definición de la gestión administrativa. Pero no resulta tan fácil evitar la definición de sostenibilidad y la contribución que tiene sobre la gestión administrativa.

En la preparación de esta evaluación, sostenibilidad ha tenido el siguiente significado:

la ejecución continua de un programa después de terminarse el apoyo financiero de la entidad donante,
a aproximadamente el mismo nivel de producción, o más alto,
durante un mínimo de tres años,
y en condiciones que no sufran un cambio radical.

Es de esperar que los administradores capaces puedan realizar algunos cambios mínimos en las condiciones; tal capacidad define el carácter esencial de una buena gestión administrativa para algunas personas. Pero no hubo ninguna expectativa que los atributos evaluados en el presente garantizarían la seguridad de un programa a pesar de alguna revolución o pérdida total del apoyo oficial, para nombrar dos cambios que podrían catalogarse como "radicales".

La supervivencia de un programa de servicio público depende en gran medida de la capacidad de la gestión administrativa de adivinar lo que la voluntad política y popular quiere en materia de servicio y ofrecerlos en una forma eficaz en función del costo. Esto significa --

ponerse a tono con los deseos del público, ser flexible al responder a las cambiantes exigencias, contar con información sobre los métodos internos que permiten el control y mejoramiento y ejercer control sobre los recursos necesarios para ofrecer los servicios esperados.

Se podría decir que el tema de los recursos es clave; es posible que así sea. Sin embargo, según descubrió Bossert (1991), los programas exitosos continúan recibiendo recursos después de acabarse el apoyo económico de las entidades donantes. La implicación de esta conclusión es que la fórmula para alcanzar un éxito sostenido podría restringirse aún más y estar dirigida al cliente, ser flexible, contar con buenos sistemas de información y una buena trayectoria.

Se seleccionaron diez aspectos para la evaluación en base a lo que se considera de importancia central para la idoneidad de la gestión administrativa y la sostenibilidad del programa, así como para las distintas áreas administrativas que cubren. No obstante, sería en vano buscar algunos indicadores; entre los que se excluyeron --

Algunos aspectos citados por la mayoría no fueron incluidos porque no se podían evaluar con cierta uniformidad. La capacidad de conducción, entusiasmo y comunicación son ejemplos de atributos de administración potencialmente útiles pero que no admiten una fácil evaluación.

Algunos otros aspectos no se incluyeron porque todavía no gozan de la credibilidad de todos los profesionales y facultativos como temas centrales de la gestión administrativa.

Algunas preguntas se excluyeron porque se pensó que hasta en el caso de un programa con la peor gestión administrativa se obtendría una respuesta afirmativa; es así que tales preguntas no discriminarían entre los distintos programas ni distinguirían entre una buena gestión administrativa y una mala.

Los diez aspectos que se seleccionaron en general representan ejemplos de funciones, sistemas y conocimientos de la gestión administrativa. Es probable que un programa sobreviva, y quizás tenga éxito, si uno o dos de sus aspectos son deficientes. Sin embargo, la solidez de los diez aspectos debería resultar en una mayor eficacia del programa.

Lo que se mide

Los indicadores tienen el propósito de abordar la sostenibilidad de la gestión administrativa en vez de realizar una descripción de su ejecución actual. La ejecución y el desempeño pueden ser en función de varias cosas, así como pueden ser el resultado de la carencia de sistemas y métodos de administración durables. En el presente se pone énfasis en si existen las condiciones necesarias para una gestión administrativa sostenida y adecuada.

Los diez aspectos son los siguientes:

- Planificación
- Orientación hacia el cliente
- Control financiero
- Información sobre servicios
- Información para el cliente
- Formación del personal (Capacitación y Formación)
- Logística
- Supervisión
- Capacidad de resolución de problemas

Planificación. Se trata de un aspecto que requiere poca justificación para ser incluido. Desafortunadamente, la planificación positiva de los programas de salud no es una norma. Entre las condiciones para lograr una planificación sólida y sostenida se encuentran las siguientes: la calidad y el carácter global de los datos utilizados para la planificación, antecedentes de haber empleado esos datos para propósitos de planificación, el establecimiento de objetivos de desempeño, evaluación del cumplimiento en función de los planes y los objetivos previstos y el empleo inteligente de esa herramienta de planificación y control tan poderosa que es el presupuesto.

Orientación hacia el cliente. En la industria de la atención de la salud de cualquier país ha tomado mucho tiempo asumir la conveniencia de concentrarse más en las necesidades, inquietudes y disposiciones de los clientes, que durante tanto tiempo ha sido una de las consignas de la gestión administrativa del sector privado. Las pruebas de que el éxito del sector comercial depende de una enérgica dedicación a prestar servicios al cliente Control financiero son tan contundentes, que en el presente se incluye como el aspecto primordial de una gestión administrativa eficiente. Basándose en las experiencias del sector comercial, los indicadores de la sostenibilidad de la gestión administrativa incluyen el conocimiento de la identidad de los clientes, los servicios de salud que necesitan y qué actitudes y costumbres tienen en materia de salud. Otra prueba contundente de la orientación hacia el cliente sería la presencia de mecanismos para el intercambio de información con los clientes y los esfuerzos del programa por ofrecer servicios a los mismos.

Formación del personal. Se le pedirá que evalúe tres componentes de la formación del personal: incentivos básicos (positivos y negativos), capacitación y evaluación del desempeño individual. En el presente se adopta un método tradicional para la formación del personal, evitando aquellas teorías más modernas que se han comprobado solo en forma parcial y que pudieran ser pertinentes. La adopción de este enfoque tradicional tiene dos motivos: primero, todavía no se ha demostrado que las teorías de participación de los empleados y la democratización del lugar de trabajo son independientes de la cultura. En segundo lugar, hasta los promotores de esas teorías reconocen que, en ausencia de una capacitación adecuada, el intercambio de opiniones sobre el desempeño y los incentivos adecuados, es muy probable que tengan pocas consecuencias positivas en el trabajo.

Logística. Las preguntas sobre logística, que durante mucho tiempo se han considerado equiparables con la gestión administrativa, figuran esparcidas por todo el cuestionario. Estas preguntas abordan fundamentalmente la cuestión de si los administradores del programa cuentan con la información y los sistemas necesarios para que el sistema de suministros funcione (recuerde que se trata de una evaluación de la sostenibilidad de la gestión administrativa y no de su productividad inmediata).

Supervisión. Muchos estarían dispuestos a sostener que se trata de la piedra fundamental de cualquier programa de atención primaria de la salud. La supervisión que se realiza en la forma apropiada cumple varias funciones: adiestramiento, motivación, evaluación del desempeño, recuperación de la información, divulgación de las normas, etc. Un sistema de supervisión que promueva la sostenibilidad del programa es un sistema que proporciona los recursos requeridos para permitir a los supervisores realizar su labor, que emplea la supervisión basada en la idoneidad y que usa a los supervisores como medios de comunicación entre el personal y la administración del programa.

Orientación hacia los resultados. En términos generales, todos estamos más contentos con un administrador que se interese en alcanzar los objetivos en vez de uno que simplemente mantenga el nivel de actividades. En todo el cuestionario abundan las preguntas que abordan este aspecto, pero no hay ninguna sección especial sobre la orientación hacia los resultados. Algo que es indicativo de una orientación de este tipo es la presencia de metas de salud para los clientes -- numéricas y con fecha, un sistema de vigilancia que evalúe los avances hacia aquellos mecanismos previstos para controlar la ejecución presupuestaria así como los mecanismos para controlar la satisfacción de los clientes.

Control financiero. Este aspecto no necesita ninguna explicación ni justificación. En una época en que el apoyo de los donantes es cada vez menor y los presupuestos para la atención de la salud cada vez tienen más problemas, ningún programa puede ser sostenible sin

no se tiene una idea clara de sus costos y los medios para controlarlos.

Información sobre servicios. En este punto también las preguntas están diseminadas por todo el cuestionario, dado que la información sobre los servicios siempre está vinculada (es de esperar) a sus usos. Esos usos abarcan la vigilancia del logro de los objetivos, el control del desempeño del personal, la evaluación de las necesidades de capacitación, la determinación de las necesidades de suministro, la canalización de los informes de los supervisores, etc.

Siempre se ha tenido la impresión de que es erróneo hablar de los sistemas de información sobre la gestión administrativa como si fueran algo que podría crearse en forma separada del programa. Los sistemas de este tipo existen únicamente para servir de apoyo a las decisiones tomadas para ofrecer servicios y prestar apoyo a los clientes.

Información sobre los clientes. Este tipo de información es un poco diferente de la información sobre servicios. Estos datos se centran en los atributos de los consumidores de los servicios del programa; el aspecto análogo del sector comercial sería el estudio de mercado. ¿Cuántos clientes hay? ¿Qué servicios de salud necesitan? ¿Qué están dispuestos a aceptar y en qué términos? ¿Qué saben ya acerca de la administración de su atención médica? ¿Están satisfechos con el servicio que reciben? Como se observó anteriormente, la industria de la atención de la salud, tanto a nivel público como privado, ha demostrado poco interés en el cliente excepto como curiosidad biomédica. Ahora reconocemos que en la mayoría de los países, las entidades de servicios de salud están lamentablemente subutilizadas; y esto ocurre en el medio de una incuestionable necesidad de más y mejores servicios de atención de la salud. Como es muy probable que los clientes tendrán que absorber directamente más costos financieros de estos servicios, los organismos de servicios para la atención de la salud deberán tener mayor conocimiento de quiénes son los consumidores y qué quieren.

Capacidad de resolución de problemas. Un experimento. Se trata de un aspecto admisiblemente maleable a los efectos de su definición y, por cierto, de su evaluación. Los tres grupos de preguntas abordan en forma indirecta la capacidad de resolución de problemas: innovación, reconocimiento de la idoneidad administrativa acordada por la burocracia y el punto de vista de la entidad donante acerca del grado de interés o reacción respecto del programa. Se recolectará información durante la marcha para determinar si los indicadores del presente se pueden reforzar. Nadie parece dudar de la utilidad de poder controlar este concepto de alguna manera.

Fuentes:

Association of University Programs in Health Administration (1990) [Asociación de Programas Universitarios en Administración de los Servicios de Salud]. "A regional strategy for meeting the health services policy and management personnel needs of Central America" [Una estrategia regional para cumplir con las normas de servicios de salud y las necesidades del personal administrativo en Centro América]. Arlington, VA.

Cullivan, D., B. Tippet, D.B. Edwards, F. Rosenswieg, J. McCaffery (1988). "Guidelines for institutional assessment: water and wastewater institutions" [Pautas para la evaluación institucional: instituciones de abastecimiento de agua y de tratamiento de las aguas residuales]. Agua y Sanidad para el Proyecto de Salud, Informe técnico WASH No. 37, Arlington, VA.

DiPrete, L. (1991). "Guía del usuario; Programa de Perfeccionamiento de la Gestión administrativa de los servicios de salud: Evaluación de la administración". Center for Health and Human Services [Centro de Servicios Humanos y de Salud], Bethesda, MD.

INCAP (1985). "Evaluación de las condiciones de eficiencia". Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Guatemala.

Mauldin, W.P., y J.A. Ross (1991). "Programas de planificación familiar: esfuerzos y resultados, 1982-1989". The Population Council, New York. Monografía presentada en la Reunión Anual de la "Population Association of America" [Asociación Estadounidense de Demografía].

Organización Panamericana de la Salud (1990). "Sistemas locales de salud; el proceso de autoevaluación de un sistema local". Programa de Administración de Servicios de Salud, Washington, D.C.

_____ (1990). "Management of information systems: method overview" [Administración de los sistemas de información: descripción metodológica] DOC, No. MIS 02, Washington, D.C.

PRICOR (n.d.) "Primary health care thesaurus. Volume II" [Libro de referencia sobre la atención primaria de la salud - Volumen II] Center for Health and Human Services [Centro de Servicios Humanos y de Salud], Bethesda, MD.

Rosensweig, Fred (1991). Comunicación personal, 26 de junio.

UNIDAD DE ANALISIS

Este cuestionario se preparó pensando en una organización grande; no obstante, puede utilizarse en organizaciones más pequeñas, programas verticales internos de las organizaciones o en unidades descentralizadas. A medida que se aleje de la organización total como unidad de análisis, simplemente se dará cuenta de que algunas preguntas ya no corresponden. Lo importante es elegir una organización o componente de la misma que desee evaluar y que sus preguntas se refieran uniformemente a esa organización. Si quiere analizar diferentes subunidades internas y la organización por separado, por ejemplo las regiones descentralizadas o los programas verticales, repita la evaluación para cada una de las unidades (región, programa, proyecto, etc.) Sírvase escribir con letra de imprenta el nombre de la organización o del programa que va a evaluar. (Se lo mencionará como "el programa" en toda esta evaluación.)

INSTRUCCIONES GENERALES

Con la excepción de algunos pocos casos, le rogamos contestar todas las preguntas con S, N o NS (sí, no, no sé). Las dos preguntas que requieren respuestas diferentes están indicadas. Si la respuesta adecuada es No corresponde, simplemente pulse la tecla "Enter" o "Return" para avanzar a la siguiente pregunta. Una observación importante: Las respuestas deben estar en mayúsculas porque de lo contrario el programa las interpretará erróneamente. Le rogamos verificar regularmente que sus respuestas estén únicamente en letras mayúsculas.

PLANIFICACION

A. Antes de poder comenzar con una planificación realista, se debe contar con la información sobre la población a la que se prestará servicios. ¿Tiene el programa información confiable y actualizada (recolectada en el término de los últimos tres años) sobre los siguientes temas (S, N o NS):

A.1 El tamaño del grupo de niños menores de cinco años _____
Por distrito o región de servicios de salud _____
Por área geográfica de instituciones de salud _____

A.2 La cantidad de mujeres en edad de concebir _____
Por distrito o región de servicios de salud _____
Por área geográfica de instituciones de salud _____

A.3 ¿Se han documentado las enfermedades más comunes de los menores de cinco años y de las mujeres embarazadas? _____

A.3.1 ¿De qué fuente:
encuesta _____,
archivos del hospital _____,
historias clínicas _____,
anécdotas _____?

A.4 ¿Es de importancia directa para el énfasis de la Supervivencia Infantil de la AID que se conozca en forma confiable la incidencia de lo siguiente entre los niños menores de cinco años (confiabilidad en este caso implica la existencia de datos de encuestas o estadísticas precisas sobre servicios de todas las instituciones de servicios de salud):

ALRI _____

Enfermedades diarreicas (mortalidad específica de la enfermedad o un indicador de la gravedad, como hospitalizaciones para rehidratación) _____

Bajo peso al nacer (menos de 2500 g) _____

Desnutrición aguda (por ej., clasificaciones 2 y 3 de Gómez) _____

Enfermedades inmunizables _____

A.5 ¿Se cuenta con información confiable sobre la prevalencia de los anticonceptivos? _____

B. Como mínimo, la planificación entraña utilizar estimaciones de la demanda para proyectar la necesidad de suministros. SI se ha recolectado la información sobre la incidencia antes mencionada, ¿se emplea para proyectar la necesidad de suministros en las intervenciones de supervivencia infantil?

B.1 ¿El programa ha utilizado la información sobre incidencia de las enfermedades diarreicas para proyectar la demanda de ORS? _____

B.2 ¿El programa ha utilizado la información sobre prevalencia de los anticonceptivos y el aumento previsto en materia de cobertura para proyectar la demanda de anticonceptivos? _____

B.3 ¿El programa ha utilizado las metas de inmunización para proyectar la demanda de:

vacunas _____

equipos de refrigeración _____

jeringas y agujas _____

C. Los planes generalmente establecen metas u objetivos. ¿Existen metas de consecuencias numéricas para reducir la morbilidad y mortalidad de los menores de cinco años y las mujeres embarazadas (cambios en IMR y MMR, por ejemplo)? _____

C.1 Si es así, ¿se estableció una fecha para alcanzar estas metas? _____

C.2 ¿Existe un método para vigilar el cumplimiento de las metas? _____

C.3 Nuevamente de especial importancia para los esfuerzos realizados por la AID, ¿se establecieron metas cuantitativas y fechas para :

- C.3.1 Reducción de la mortalidad por ALRI _____
- C.3.2 Enfermedades diarreicas expresadas como reducción de la seriedad de las enfermedades o reducción de la mortalidad _____
- C.3.3 Incidencia de bajo peso al nacer (<2500 g) _____
- C.3.4 Prevalencia de los anticonceptivos _____
- C.3.5 Reducción de la desnutrición aguda _____
- C.3.6 Cobertura de inmunización (expresada según las normas internacionales IAW; una meta podría ser: "80% de los niños recibirán vacunas contra el sarampión durante el año calendario cuando se encuentren entre los 10 y 13 meses de edad")
 - BCG _____
 - DPT _____
 - Polio _____
 - Sarampión _____
 - Toxoide tetánico _____

D. Estas metas son algo más que expresiones de esperanza por falta de un sistema que evalúe si se cumplen o no. ¿Existe un sistema de vigilancia, ya sea estadísticas exactas sobre los servicios o estudios periódicos, que informe a los administradores acerca de la medida en se están cumpliendo estas metas y que presente esta información para programar la gestión administrativa en el término de nueve meses antes de la finalización del período de planificación?

- D.1 Reducción de la mortalidad por ALRI _____
- D.2 Enfermedades diarreicas expresadas como reducción de la gravedad de las enfermedades o reducción de la mortalidad _____
- D.3 Incidencia de bajo peso al nacer (<2500 g) _____
- D.4 Prevalencia de los anticonceptivos _____
- D.5 Reducción de la desnutrición aguda _____
- D.6 Cobertura de inmunización (para incluir si se aplican las pautas internacionales IAW en referencia al número y los intervalos de las vacunas)
 - BCG _____
 - DPT _____
 - Polio _____
 - Sarampión _____
 - Toxoide tetánico _____

E. Otro indicador general de la seriedad de la labor de planificación aparece en el detalle y la distribución de los presupuestos. ¿La organización prepara su propio presupuesto anual? _____

- E.1 ¿El presupuesto está dividido por programa? _____
 E.1.1 Si es así, ¿los directores de los programas reciben sus presupuestos? _____
- E.2 ¿El presupuesto está dividido por distrito o región de servicios de salud? _____
 E.2.1 ¿Los directores de estas áreas reciben sus presupuestos? _____
- E.3 ¿El presupuesto está dividido por hospitales y clínicas principales? _____
 E.2.1 ¿Los directores de estas instituciones reciben sus presupuestos? _____
- E.4 ¿Se anuncian los resultados financieros reales en función del presupuesto general del programa? _____
 E.4.1 Si es así, ¿se hace trimestralmente? _____
 E.4.2 ¿Se realiza mensualmente? _____
- E.5 ¿Se anuncian los resultados financieros de todos los niveles inferiores (programa, proyecto, región, institución) para los que se prepararon presupuestos? _____
- E.6 ¿Se distribuyen los resultados del cumplimiento del presupuesto a todos los administradores de unidades o programas para los que se evalúa la ejecución del presupuesto? _____

ORIENTACION HACIA EL CLIENTE

Un aspecto principal del enfoque del programa hacia los clientes es el conocimiento de los mismos. ¿Qué información obtiene, o tiene a su disposición el programa, sobre las necesidades y disposiciones de los clientes previstos? Conteste S si la información está disponible y los principales administradores del programa la tienen.

- A.1 ¿Se conoce el grado de utilización de ORS? _____
 A.1.1 ¿Se conoce el grado de aceptación de ORS por parte de los clientes? _____
 A.1.2 ¿Se sabe qué conocimiento del uso de ORS tienen los clientes? _____
- A.2 ¿Se conoce el grado de lactancia materna? _____
- A.3 ¿Se conoce el alcance de la cobertura de inmunización con
- BCG _____
 DPT _____
 Polio _____
 Sarampión _____
 Toxoide tetánico _____

B. Un segundo indicador de la orientación hacia el cliente es la existencia de mecanismos formales por medio de los cuales los clientes pueden dar a conocer sus deseos y decepciones.

B.1 ¿Como mínimo la mitad de los supervisores que trabajan en el terreno se ponen en contacto con los clientes en sus hogares o en la institución de servicios y les formulan preguntas sobre la accesibilidad y calidad de los servicios de salud? ____

B.2 Si existen comités de salud al nivel local, ¿el personal del programa se comunica con la mayoría de estos comités en forma trimestral, como mínimo, para pedirles información? _____

B.3 Si un cliente no cumple con una cita para las siguientes actividades, ¿algún miembro del personal trata de comunicarse con el cliente (conteste S por siempre, A por algunas veces, N por nunca y NS por no sé):

B.3.1. Planificación familiar _____

B.3.2 Inmunización _____

B.3.3 Vigilancia del crecimiento (niño con un peso inferior a lo normal) _____

B.4 ¿Hay algún mecanismo que el cliente pueda utilizar para presentar quejas sobre servicios no satisfactorios directamente a un supervisor o administrador? (S, N o NS)

C. Un tercer indicador de la concentración en los clientes es la existencia de un sistema para controlar el nivel de satisfacción de los mismos.

C.1 ¿Se realizan encuestas sobre satisfacción de los clientes con los servicios cada seis meses, como mínimo?

C.2 ¿Se realizan las siguientes evaluaciones de los factores que afectarían la satisfacción de los clientes en forma semestral o con más frecuencia?

C.2.1 Promedio de espera para la prestación de servicios en las instituciones de medicina externa

C.2.2 Cantidad de clientes por día y por institución que no pueden recibir servicios de consulta externa cuando lo solicitan _____

C.2.3 Porcentaje de clientes que reciben productos recetados (antibióticos para ALRI, ORS, anticonceptivos, suplementos alimenticios) en las instituciones de servicios médicos _____

FORMACION DEL PERSONAL

Es obvio que ningún programa de calidad logrará un desempeño sostenido si se presta poca atención a la preparación, motivación y retención del personal.

A. Analizando en primer lugar los incentivos básicos:

A.1 ¿El conjunto completo de salarios y prestaciones es más o menos equivalente a lo que el personal de administración de servicios podría obtener en otro empleo seguro? _____

A.1.1 ¿Se paga puntualmente al personal? Conteste S por siempre, N por normalmente, R por rara vez o NS _____

A.1.2 ¿Los empleados de los siguientes programas de supervivencia infantil reciben la misma compensación que los otros empleados del mismo nivel dentro de la organización?

Inmunización _____
Planificación familiar _____

A.2 ¿El personal de administración de servicios asciende dentro del programa y recibe mejores salarios, más responsabilidades o más categoría, de acuerdo con un plan formal de ascensos? _____

A.2.1 Si es así, ¿esos ascensos se basan en el desempeño o en la antigüedad (es decir, en general no se basan en casos de caprichos, conexiones, adquisición del puesto, etc.) _____

A.3 ¿En términos generales, alguna de las siguientes situaciones provocaría el despido de un médico?

Repetidas ausencias sin causas justificadas _____

Robo de suministros del programa _____

Pruebas claras de falta de idoneidad técnica _____

A.4 ¿Cuál de los siguientes indicadores controla el programa:

Porcentaje del movimiento anual del personal _____

Salarios comparables en el sector privado _____

Ausentismo del personal _____

B. La transferencia de conocimientos es obviamente un factor importante del éxito del programa.

B.1 Como punto de referencia, indicar si la mayoría del siguiente personal asiste a algún tipo de actividad formal de capacitación en forma semestral, como mínimo.

Médicos _____

Otro personal médico y/o de administración de servicios médicos _____

Administradores del programa _____

Supervisores en el terreno _____

Personal administrativo/auxiliar _____

B.2 ¿En el término de los últimos tres años, el programa emprendió o contrató una evaluación de los conocimientos necesarios a nivel técnico o administrativo? _____

B.2.1 ¿El programa ofreció algún curso de capacitación en cualquiera de los siguientes campos en los últimos dos años?

Contabilidad y análisis financiero _____

Recopilación y procesamiento de información de gestión administrativa _____

B.2.2 Si se ofrecieron cursos de ese tipo, ¿el programa se hizo cargo de por lo menos la mitad de los costos directos con su propio presupuesto? _____

B.3 ¿Existe algún programa establecido de capacitación para el personal de servicios de salud en los siguientes campos:

Lactancia materna _____

Inmunización _____

Espaciamiento de los nacimientos _____

ORT _____

Administración ALRI _____

Vigilancia del crecimiento _____

Prevención de bajo peso al nacer _____

B.3.1 Si se ofrecieron cursos de ese tipo, ¿el programa se hizo cargo de por lo menos la mitad de los costos directos con su propio presupuesto? _____

B.3.2 Si hubo cursos de ese tipo, ¿se ofrecieron a través del mismo instituto de capacitación que presta servicios para otros requerimientos de capacitación que tiene la organización? _____

C. A falta de una estructura rudimentaria para evaluar el personal, será difícil recompensar el desempeño individual o corregir errores.

C.1 ¿Existe algún mecanismo para el análisis formal periódico del desempeño de las personas que ocupan puestos en las siguientes categorías:

Médicos _____

Enfermeros(as) _____

Otro personal de administración de servicios _____

Supervisores _____

Personal administrativo y auxiliar _____

Administradores del programa _____

C.2 Si existe un mecanismo de ese tipo, ¿en general se realiza el análisis y el encargado del mismo comparte los resultados con persona objeto de la evaluación?

Médicos _____

Enfermeros(as) _____

Otro personal de administración de servicios _____

Supervisores _____

Personal administrativo y auxiliar _____

Administradores del programa _____

LOGISTICA

La logística se considera equiparable con la gestión administrativa y la condición general del sistema logístico es prácticamente el principal aspecto de las demás funciones de administración. Las preguntas en este caso abordan fundamentalmente la cuestión de si los administradores del programa cuentan con la información y los sistemas mínimos necesarios para administrar los suministros.

A.1 ¿Se ha creado o adoptado una lista de medicamentos recetados o esenciales? _____

A.1.1 ¿El programa realiza compras centrales de algunos de los medicamentos que no figuran en esa lista? _____

A.2 ¿Se ha elaborado o adoptado algún protocolo de tratamientos estándar (especificando los medicamentos y las dosis) para ALRI? _____

A.3 ¿Los administradores del programa disponen de la siguiente información:

A.3.1 Disminución de las existencias o porcentaje de uso de

Vacunas _____

ORS _____

Anticonceptivos _____

Penicilina _____

Suplementos alimenticios _____

A.3.2 Niveles de abastecimiento mensuales de los medicamentos esenciales en

La bodega central _____

Las bodegas regionales _____

Las instituciones médicas _____

A.3.3 Duración de la falta de existencias cuando se produce alguna situación de ese tipo.

A.4 ¿Un mismo sistema administra los suministros para las siguientes intervenciones de supervivencia infantil así como los demás del programa?

Espaciamiento de los nacimientos _____

Vacunas _____

Equipos de refrigeración _____

ORS _____

A.5 ¿El programa anfitrión se hace cargo del pago de la mitad de los costos, como mínimo, de los siguientes fondos para suministros no provenientes de entidades donantes (es decir, con el presupuesto propio o los honorarios pagados por los clientes)? _____

Espaciamiento de los nacimientos _____

ORS _____

Vacunas _____

Equipos de refrigeración _____

Penicilina _____

Suplementos alimenticios _____

SUPERVISION

Muchas personas opinarían que la supervisión en el terreno es la piedra fundamental de cualquier programa de atención primaria de la salud.

A.1 ¿Qué cantidad de supervisores hay en relación con las instituciones de atención primaria de la salud que se supervisan?

Un supervisor por cada 10 instituciones _____

Un supervisor por cada 20 instituciones _____

Cada supervisor tiene a cargo más de 20 instituciones _____

A.1.1 Si hay supervisores para los programas verticales, ¿sus salarios están completamente cubiertos por los fondos que no provienen de las entidades donantes?

Espaciamiento de los nacimientos _____

Inmunización _____

A.2 Para llegar a las instituciones de atención primaria de la salud, el supervisor

Normalmente utiliza un automóvil del programa _____

Recibe dinero para utilizar los medios de transporte público _____

Comparte los viajes con otras personas _____

No existen provisiones para el transporte _____

A.2.1 Si hay supervisores para los programas verticales, ¿las provisiones para transporte son iguales a las de otros supervisores de la organización ? _____

Espaciamiento de los nacimientos _____

Inmunización _____

A.3 El supervisor cuenta con una guía para las normas de atención y educación para:

Lactancia materna _____

Inmunización _____

Espaciamiento de los nacimientos _____

ORT _____

Administración ALRI _____

Vigilancia del crecimiento _____

Prevención de bajo peso al nacer _____

A.4 El supervisor cuenta con o elaboró metas cuantitativas para cada una de las instituciones supervisadas para lo siguiente:

Lactancia materna _____

Inmunización _____

Planificación familiar _____

Vigilancia del crecimiento _____

Prevención de bajo peso al nacer _____

A.5 En los casos normales, el supervisor controla al personal que trabaja en el terreno para comprobar
Sus conocimientos técnicos en materia de supervivencia infantil _____
Mantenimiento de registros _____
Consecución de las metas de cumplimiento _____

A.4.1 En la mayoría de los casos, el supervisor proporciona información y sugerencias a los supervisados _____

A.6 Por lo general, el supervisor se reúne con los supervisados

Mensualmente _____
Bimensualmente _____
Semestralmente _____
Menos de cada seis meses _____

A.7 Los supervisores preparan los informes que se envían a los administradores del programa.

A.7.1 Los administradores del programa responden en forma verbal o escrita a los informes presentados por los supervisores _____

CONTROL FINANCIERO

Las preguntas de las secciones anteriores abordaron el proceso presupuestario; las siguientes se refieren fundamentalmente a la capacidad que tienen los administradores para establecer y controlar los costos.

A. Contabilidad de costos. Los administradores no pueden tomar decisiones prudentes sobre la eficacia en función de los costos de las actividades y los programas sin información sobre los costos.

A.1 ¿El programa ha realizado un análisis del proyecto o de los costos de las actividades en el término del último año (es decir, costos por procedimiento, por cliente, costos de los productos farmacéuticos por cliente, etc.)?

A.2 ¿Se registran los gastos de manera que puedan asignarse a proyectos o actividades?

A.2.1 ¿El programa asigna los gastos a los programas, proyectos o actividades? _____

B. Control. ¿Los administradores pueden verificar que los fondos se aplicaron a los usos previstos?

B.1 ¿Los gastos registrados se basan en egresos reales (normalmente respaldados por recibos, comprobantes, etc.) y no en egresos supuestos? _____

B.2 ¿Se actualizan las cuentas una vez al mes como mínimo? _____

B.3 ¿Los informes mensuales (o periódicos) muestran los gastos presupuestados, los gravámenes y los resultados?

_____ B.3.1 ¿Los informes incluyen también las discrepancias con los presupuestos?

C. Flexibilidad administrativa. Un presupuesto constituye un medio adecuado de planificación y control, pero no debe convertirse en un instrumento rígido.

C.1 ¿Los administradores principales tienen la facultad de transferir montos limitados (por ejemplo, un diez por ciento del monto presupuestado) de una partida presupuestaria a otra sin necesidad de contar con la aprobación del personal superior? _____

C.2 ¿Los administradores del programa y de la institución cuentan con una cantidad limitada de fondos discrecionales para afrontar imprevistos y que pueden utilizar sin necesidad de obtener la aprobación del personal superior? _____

RESOLUCION DE PROBLEMAS

No hay ningún tipo de desacuerdo en cuanto a que la capacidad de la gestión administrativa para resolver problemas cimienta el éxito de la misma. Sin embargo, hay bastante desacuerdo respecto de la forma de evaluar esta cualidad. Las preguntas que figuran en el presente procuran conseguir pruebas que se repitan.

A. Creatividad en la resolución de problemas. El fácil detectar la falta de innovación en materia de resolución de problemas: interminables quejas sobre la imposibilidad de resolver el problema. Las respuestas innovadoras son aquellas que van más allá de las soluciones burocráticas convencionales y que aquellos administradores del programa que no formularon las respuestas perciben como soluciones que se apartan de la norma. ¿Puede identificar al menos una instancia, en los últimos 12 meses, cuando los administradores del programa pusieron en práctica una respuesta novedosa a un problema en cada una de las siguientes áreas?

Incentivos para el personal _____
Oposición política externa _____
Oposición interna a los cambios _____
Falta de recursos _____

B. Reconocimiento de la capacidad de resolver problemas. Existen pruebas de que una organización de desarrollo adquiere autonomía a través de la demostrada idoneidad de los administradores.

B.1 ¿El programa prepara sus propios presupuestos? _____
B.1.1 ¿Esos presupuestos se aprueban sin modificaciones importantes (eliminación de programas, reducción del apoyo)? _____

B.2 ¿El programa puede disponer de los fondos que genera (en la esfera de pautas generales)? _____

B.3 ¿La organización puede establecer su propia estructura? _____

C. Las pruebas evidentes que tienen las entidades donantes de la capacidad para resolver problemas que tiene un programa es el tiempo de respuesta a las solicitudes de los donantes.

C.1 ¿El programa responde a las solicitudes de información ya recopilada en el término de una semana? _____

C.2 ¿El programa responde a las solicitudes de informes de situación sobre los procedimientos administrativos en el término de dos días? _____

C.3 ¿El programa responde a las solicitudes de decisiones en el término de dos semanas? _____

ANEXO 5

ENCUESTA DE INDICADORES GERENCIALES PARA EL NIVEL DE ESTABLECIMIENTO

ANEXO 5

ENCUESTA DE INDICADORES GERENCIALES
PARA EL NIVEL DE ESTABLECIMIENTO

del Boleto _____ Fecha: _____
Provincia: _____ Area: _____
Nombre del Establecimiento: _____ CS PS
Personas Entrevistada: _____
Entrevistador: _____

El propósito de esta encuesta es determinar rápidamente la existencia de ciertos elementos claves necesarios para apoyar la prestación de servicios. No es una evaluación del establecimiento ni del personal, sino un mecanismo de estimar la capacidad de apoyo que reciben del Ministerio de Salud para desempeñar sus funciones. Por eso, agradecemos su participación en contestar las siguientes preguntas:

I. Planeamiento y Programación

1. Representantes del Centro/Puesto de Salud participaron en el establecimiento de metas anuales para las siguientes programas?
- | | | |
|---|----|----|
| a. Ampliada de inmunizaciones (PAI) | SÍ | No |
| b. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) | SÍ | No |
| c. Control de Enfermedades Diarréicas | SÍ | No |
| d. Planificación Familiar | SÍ | No |

II. Sistemas de Control (Financiero, Supervisión e Información)

Administración

2. Desde el momento de que mandan una solicitud para viáticos, cuantos días pasan normalmente antes de recibir el pago? _____ Días

Supervisión

3. Cuantas visitas de supervisión han tenido durante los últimos 3 meses? _____

de Boleto _____

4. Durante su última visita de supervisión, su supervisor principal observó la entrega de servicios? Sí No
5. Durante las visitas de supervisión, sus supervisores hacen sugerencias para mejorar los servicios? Sí No
6. El establecimiento tiene copias de las normas de servicios para los Programas de: (Mostrar)
- a. Ampliada de inmunizaciones (PAI) Sí No
- b. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) Sí No
- c. Control de Enfermedades Diarréicas Sí No

Información

7. Cuantas horas-persona por mes les cuesta informar sobre las actividades del establecimiento al nivel superior al fin de cada mes? _____
8. Qué grado de confiabilidad tiene esa información? Alto
Mediano
Bajo
9. Se utiliza la información recolectada para planificar sus actividades? Con frecuencia
A veces
Casi nunca
10. Recibe retroalimentación respecto a los informes que manden? Casi siempre
A veces
Casi nunca
11. Cuanto tiempo normalmente demora la llegada de esa retroalimentación? _____ Días

III. Sistemas de Apoyo a los Servicios

Logística

12. Tienen los medios para movilizarse por motivos de trabajo cuando sea necesario? Siempre
A veces
Casi nunca

Boleto #: _____

13. Tiene una refrigeradora? Sí No

En caso de respuesta afirmativa, que porcentaje del tiempo ha funcionado adecuadamente durante los últimos 3 meses? _____ %

14. El establecimiento dispone de un sistema de registro para controlar el inventario de medicamentos? Sí No

En caso de respuesta afirmativa, hace cuantos días se actualizó? _____

15. El establecimiento actualmente tiene existencias de los siguiente medicamentos?

Acetaminophen	120mg/5ml	Jarabe	Sí	No
Acetaminophen	500mg	Tableta	Sí	No
Acet. Sal. Acid	500 mg	Tableta	Sí	No
Ampicilina	250mg/5ml	Jarabe	Sí	No
Ampicilina	500mg	Capsula	Sí	No
Benz. Benzoate	20-30%	Suspensión	Sí	No
Cloramphenicol	1%	Opth. Ungento	Sí	No
Cloroquine	250mg	Tableta	Sí	No
Phenobarbital	100mg	Tableta	Sí	No
Isoniazid	100mg	Tableta	Sí	No
Mebendazol	100mg	Tableta	Sí	No
Metronidazol	250mg	Tableta	Sí	No
Benzathine Penicil.	1.2 MU	Ampolla	Sí	No
Rifampicin	300mg	Capsula	Sí	No
Sales de TRO	-	Sobre	Sí	No
Sulfato Ferroso	250mg	Tableta	Sí	No
Tetracyclina	250mg	Capsula	Sí	No
Tetano Toxoide	-	Ampolla	Sí	No
Co-Trimoxazole	80/400mg	Tableta	Sí	No
Yodo	2-2.5%	Tinctura	Sí	No

Capacitación

16. Qué porcentaje del personal técnico o profesional trabajando en su establecimiento ha recibido una capacitación formal durante los últimos 12 meses? _____ %

IV. Estructura de la Organización17. Los supervisores suelen observar actividades fuera de su especialidad? Sí No

18. Desde su punto de vista, existe una coordinación entre las varias entidades normativas? Sí No

v. Orientación hacia el usuario

19. En su establecimiento, se recolecta periódicamente información acerca de los usuarios de servicios con respecto a sus necesidades, conocimientos, y actitudes? Sí No

20. Existe un comité o organización de la comunidad afiliado con su Puesto o Centro de Salud? Sí No

ANEXO 6

ENCUESTA DE INDICADORES GERENCIALES PARA EL ESTABLECIMIENTO

**ENCUESTA DE INDICADORES GERENCIALES
PARA EL NIVEL DE ESTABLECIMIENTO**

No. del boleto _____ Fecha: _____

Provincia: _____ Area: _____

Nombre del establecimiento: _____ CS PS
OTRO

Persona entrevistada: _____

Número de profesionales y técnicos que trabajan en la Unidad:

Entrevistador: _____

El propósito de esta encuesta es determinar rápidamente la existencia de ciertos elementos clave necesarios para apoyar la prestación de servicios. No es una evaluación del establecimiento ni del personal, sino más bien un mecanismo para estimar la capacidad de apoyo que se recibe del Ministerio de Salud para desempeñar las funciones. Por esto, agradecemos su participación en contestar las siguientes preguntas:

I. Planificación y Programación

1. Representantes del centro/puesto de salud participaron en el establecimiento de metas anuales para los siguientes programas:

a. Programa Ampliado de Inmunización (PAI)	SÍ	No
b. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	SÍ	No
c. Control de Enfermedades Diarreicas	SÍ	No
d. Planificación Familiar	SÍ	No
e. Consultas Curativas	SÍ	No

No. del boleto _____

2. Una vez sometidas las metas de actividades para su aprobación, los encargados del establecimiento para las siguientes actividades participan en la modificación posterior de ellas?

- | | | | |
|----|---|----|----|
| a. | Programa Ampliado de Inmunización (PAI) | Sí | No |
| b. | Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) | Sí | No |
| c. | Control de Enfermedades Diarreicas | Sí | No |
| d. | Planificación Familiar | Sí | No |
| e. | Consultas Curativas | Sí | No |

3. ¿Se utilizan las metas establecidas de los siguientes programas para el propósito de evaluación?

- | | | | |
|----|---|----|----|
| a. | Programa Ampliado de Inmunización (PAI) | Sí | No |
| b. | Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) | Sí | No |
| c. | Control de Enfermedades Diarreicas | Sí | No |
| d. | Planificación Familiar | Sí | No |
| e. | Consultas Curativas | Sí | No |

II. Sistemas de Control (Financiero, Supervisión e Información)

Administración

2. Desde el momento en que mandan una solicitud para viáticos, ¿cuántos días pasan normalmente antes de recibir el pago? _____ Días

Supervisión

3. ¿Cuántas visitas de supervisión se han llevado a cabo durante los últimos 3 meses? _____

4. ¿Tiene su unidad un fondo rotatorio para pagar la mayoría de sus viáticos? Sí No

No. del boleto: _____

5. Durante su última visita de supervisión, ¿observó su supervisor la entrega de servicios? Sí No
6. Durante las visitas de supervisión, ¿hacen sus supervisores sugerencias para mejorar los servicios? Sí No
7. El establecimiento tiene copias de las normas de servicios para los siguientes programas: (Mostrar)
- | | | |
|--|----|----|
| a. Programa Ampliado de Inmunización (PAI) | Sí | No |
| b. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) | Sí | No |
| c. Control de Enfermedades Diarreicas | Sí | No |

Información

Horas totales gastadas por los funcionarios de la unidad para informar sobre las actividades a nivel superior al fin de mes.

8. ¿Cuántas horas totales por mes les cuesta a los funcionarios informar sobre las actividades del establecimiento a nivel superior al fin de mes? _____
9. ¿Qué grado de confiabilidad tiene esa información? Alto
Mediano
Bajo
10. ¿Se utiliza la información recolectada para planificar sus actividades? Con frecuencia
A veces
Casi nunca
Nunca
11. ¿Reciben comentarios verbales o escritos respecto a los informes que mandan? Casi siempre
A veces
Casi nunca
Nunca
- 11A. ¿Cuánto tiempo demoran, normalmente esos comentarios? _____ Días

No. del boleto: _____

III. Sistemas de apoyo a los servicios

Logística

12. ¿Tienen los medios para movilizarse por motivos de trabajo cuando sea necesario? Siempre
A veces
Casi nunca
Nunca

13. ¿Tienen un refrigerador? Sí No

En caso de respuesta afirmativa, ¿qué porcentaje del tiempo ha funcionado adecuadamente durante los últimos 3 meses? _____ %

14. ¿Dispone el establecimiento de un sistema de registro para controlar el inventario de medicamentos? Sí No

14A. En caso de respuesta afirmativa, ¿hace cuántos días se registró la última salida? _____

15. ¿Tiene el establecimiento en la actualidad existencias de los siguiente medicamentos?

Acetaminofén	120mg/5ml	Jarabe	Sí No
Acetaminofén	500mg	Tabletas	Sí No
Acido Acetilsalicílico	500mg	Tabletas	Sí No
Ampicilina	250mg/5ml	Jarabe	Sí No
Ampicilina	500mg	Cápsulas	Sí No
Benzoato de bencina	30-30%	Suspensión	Sí No
Cloranfenicol	1%	Ungüento oftálmico	Sí No
Cloroquina	250mg	Tabletas	Sí No
Fenobarbitol	100mg	Tabletas	Sí No
Isoniacida	100mg	Tabletas	Sí No
Mebendazol	100mg	Tabletas	Sí No
Metronidazol	250mg	Tabletas	Sí No
Penicilina benzatina	1.2 MU	Ampollas	Sí No
Rifampicina	300mg	Cápsulas	Sí No
Sales de Rehidratación Oral - SRO	-	Sobres	Sí No
Sulfato ferroso	250mg	Tabletas	Sí No
Tetraciclina	250mg	Cápsulas	Sí No
Toxoide tetánico	-	Ampollas	Sí No
Cotrimoxazol	80/400mg	Tabletas	Sí No
Tintura de yodo	2-2.5%	Tintura	Sí No

No. del boleto: _____

Capacitación

16. ¿Cuál es el porcentaje de personal técnico o profesional que trabaja en su establecimiento y que ha recibido capacitación formal por 3 días o más durante los últimos 12 meses? _____ %

IV. Estructura de la Organización

17. ¿Suelen los supervisores observar actividades fuera de su especialidad? Siempre
A veces
Casi nunca
Nunca
18. Desde su punto de vista, la coordinación entre las diferentes entidades normativas es Efectiva
Inefectiva
Poco Existente

V. Orientación hacia el usuario

19. Se recolecta en su establecimiento periódicamente información sobre los usuarios de servicios con respecto a sus necesidades, conocimientos y actitudes? Sí No
- 19A. ¿Se ha llevado a cabo en su establecimiento durante los últimos dos años un estudio formal para determinar mejor las necesidades, conocimientos y actitudes de los usuarios de servicios? Sí No
20. ¿Existe un comité u organización de la comunidad afiliado con su puesto o centro de salud? Sí No

ANEXO 7
BIBLIOGRAFIA

Anexo 7:

Bibliografía

Los siguientes documentos sirvieron como punto de partida y referencia en el desarrollo de los distintos indicadores. No se pretende que sea una lista completa, pero demuestra el rango amplio de las instituciones y personas que participaron en este estudio.

Association of University Programs in Health Administration (AUPHA), "AUPHA Management Problem-Solving Module - Materials and Facilities Management," Sept., 1981.

Ibid., Cuadernos de Administración - Modulo AUPHA para la Solución de Problemas en la Administración de Salud - Administración de Materiales y Servicios," , 1982.

Bernhart, Dr. Michael, LAC HNS, "Assessing Management Sustainability", 1991.

Bossert, Dr. Thomas, University Research Corporation, "ACSI-CCCD Sustainability Strategy", August, 1990.

Development Group, Inc., "Organization Checklist", April, 1991.

Ibid., "Management Indicators", April, 1991.

DiPrete, Lori, University Research Corporation, PHC Management Advancement Programme, "Module 3: Service Quality Assessment," 1991.

Ibid., "Module 4: Management Assessment", April, 1991.

Husein, Khatidja, Vicent de Wit, Melvyn Lobo, & Noordine Cara, Aga Khan University, PHC Management Advancement Program, "Module 3: Planning PHC Activities and managing Resources," Dec., 1991.

Jaramillo, Víctor, "Concept Paper on Management Indicators", draft for discussion, 13 May, 1991.

LAC/HNS & Management Sciences for Health, "Ecuador - Field Test of the Pharmaceutical Management Indicator Matrix", Dec., 1992.

Management Sciences for Health/Honduras, "Formulario de Monitoria para el Proyecto Sector Salud II", 1989, 1990, 1993.

Mauldin, W. Parker & John A. Ross, The Population Council, 'Family Planning Programs: Efforts and Results, 1982-1989', draft, March, 1991.

Ministerio de Salud Pública, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Evaluación de las Condiciones de Eficiencia de los Servicios de Salud Materno Infantil - Julio - Agosto, 1985, Guatemala.

Panamerican Health Organization, "Management of Information Systems", June, 1990. (English & Spanish)

Primary Health Care Operations Research (PRICOR), University Research Corporation, "Primary Health Care Thesaurus", May, 1988.

Ibid., "AKF/MAP Self-Assessment Methodology - Final Report", 17 March, 1989.

Reynolds, Jack, University Research Corporation, Primary Health Care Management Advancement Programme, "Module 1: Assessing Information Needs", 1991.

Robertson, Dr. Robert, LAC HNS, "Financial Indicators for Health Services", Sept. 1992.

Stinson, Wayne, and Jack Reynolds, University Research Corporation, PHC Management Advancement Program, "Module 8: Sustainability Analysis," draft 5 March, 1992.

Water and Sanitation for Health Project (WASH), "Initial Hit List of Indicators", Junio, 1991

Ibid., Technical Report No. 37, Guidelines for Institutional Assessment of Water and Wastewater Institutions, February, 1988

Ibid., "WASH Technical Report No. 35 - Assessment of the Operations and Maintenance Components of Water Supply Projects", June, 1986.

Wolff, Dr. James A., Linda J. Suttentfield, & Susanna C. Binzen, Management Sciences for Health, "The Family Planning Manager's Handbook," Hartford, Conn.: Kumarian Press, 1991.