



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

INFORME TÉCNICO FINAL MAYO 2005 – DICIEMBRE 2008

Diciembre 2008

Esta publicación se preparó para revisión por la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional. Fue desarrollada por Luis Gonzalo Morales, Abt Associates Inc. para el proyecto REDSALUD.



Citación Recomendada: Morales, Luis Gonzalo, Diciembre del 2008. *Informe Técnico Final Mayo 2005 – Diciembre 2008*. Bethesda, MD: Proyecto REDSALUD, Abt Associates Inc.

Contrato/Proyecto No.: GHS-I-02-03-00039-00

Presentado a: Sarah Majerowicz, Cognizant Technical Officer
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)
Misión en la República Dominicana
SO 10: Mejoramiento Sostenido en la Salud de Poblaciones Vulnerables en la República Dominicana



Abt Associates Inc. ■ 4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North ■
Bethesda, Maryland 20814 ■ Tel: 301.347.5000. ■ Fax: 301.913.9061
■ www.abtassociates.com

INFORME TÉCNICO FINAL MAYO 2005 – DICIEMBRE 2008

Cláusula de exención de responsabilidad

Las opiniones expresadas en este documento son únicamente opiniones de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones de la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional o del Gobierno de los EE.UU.

CONTENIDO

Abreviaturas	v
Agradecimientos	vii
Resumen Ejecutivo.....	ix
1. Contexto General y Descripción del Proyecto	1
2. Metodología.....	3
2.1 objetivos, actividades y logros del proyecto:.....	3
2.1.1 Rectoría Social y Salud Colectiva.....	4
2.1.1.1 Subproyecto Sistema de Garantía de la Calidad	4
2.1.1.2 Subproyecto Habilitación y Acreditación.....	5
2.1.1.3 Subproyecto Vigilancia Epidemiológica y Salud Colectiva.....	5
2.2 Provisión De Servicios En Redes Descentralizadas.....	6
2.2.1 Subproyecto Gestión Integral y Eficiente de Recursos ...	7
2.2.2 Subproyecto Gestión de Usuarios, Calidad y Accesibilidad.....	8
2.2.3 Subproyecto Fomento a la Investigación y Formación del Recurso Humano	10
2.3 Gestión del Riesgo y Aseguramiento.....	11
2.3.1 Subproyecto Gestión del Riesgo y el Aseguramiento....	11
2.4 Participación y Control Social	12
2.4.1 Subproyecto Fortalecimiento de Grupos Comunitarios	12
2.4.2 Subproyecto Pactos de Transparencia y Rendición de Cuentas.....	13
2.4.3 Subproyecto Consejos De Administración Hospitalaria	14
3. Indicadores y Análisis de Resultados.....	17
3.1 Descripción de Indicadores.....	17
3.2 Análisis de Resultados	18
4. Lecciones Aprendidas.....	29
5. Recomendaciones	31
Anexo I. Índice de Percepción Sobre la Gestión Y Autonomía en las Instituciones de Salud de la Región Este	33

Anexo 2. Índice de Percepción Sobre la Calidad en los Servicios en las Instituciones de Salud de la Región Este.....	35
Anexo 3. Encuesta Percepción Sobre la Evolución de los Hitos de la Reforma de Salud-2006.....	37
Anexo 4. Productividad del Recurso Humano en las Instituciones de Salud en la Región Este.....	39

ABREVIATURAS

ARS	Administradora de Riesgos en Salud
CAH	Consejos de Administración Hospitalaria
CERSS	Comisión Ejecutiva de Reforma del Sector Salud
CES	Universidad Centro de Estudios de la Salud de Colombia
CNSS	Consejo Nacional de Seguridad Social
CUPS	Código Único de Procedimientos en Salud
DIDA	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social
DPS	Dirección Provincial de Salud de la SESPAS
DRS:	Dirección Regional de Salud de la SESPAS
HISTOCLIN	herramienta informática para el manejo de las historias clínicas
INTEC	Universidad Instituto Tecnológico de Santo Domingo
IGP	Índice Global de Percepción de la gestión de los servicios
IPS	Institución Proveedora de Servicios de Salud
ISU	Índice de Satisfacción de Usuarios
OAU	Oficina de Atención al Usuario
ONAP	Oficina Nacional de Administración de Personal
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PARSS	Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud del Banco Mundial
PSS	Proveedora de Servicios de Salud, significa lo mismo que una IPS
RIV	herramienta informática para el manejo de la vacunación en el PAI
SAMI	herramienta informática para el manejo de la atención materna e infantil
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social
SENASA	asegurador público Seguro Nacional de Salud
SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
SFS	Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social
SIGHO	herramienta informática para el manejo integral de la gestión hospitalaria
SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
SISPROSA	Empresa Sistemas y Procedimientos S.A.
SIMON	codificación de actividades y procedimientos en salud utilizada por la SISALRIL
TSS	Tesorería de las Seguridad Social
UGAM	Unidad de Gestión Ambiental de los Ayuntamientos
UMDI	Unidad de Modernización y Desarrollo Institucional de la SESPAS

AGRADECIMIENTOS

Los logros alcanzado por el Proyecto REDSALUD son el resultado de la voluntad colectiva de muchas instituciones y personas, que pudieron aunar esfuerzos para mejorar el sistema de salud Dominicano gracias al apoyo financiero y al liderazgo técnico de la Agencia de los Estado Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID.

Es por esto que queremos hacer un reconocimiento a la anterior Directora de USAID, señora Elena Brineman y a su actual Director, señor Richard Goughnour; al anterior Director de la Oficina de Salud y Población de la USAID, señor David Losk así como a su actual Directora, señora Angela Lord; como también a otros integrante del equipo de salud y población como Marina Taveras, Kelva Pérez, María Castillo, Jorge Velasco, Norma Paredes y Catalina Gonzáles; quienes siempre mostraron permanente interés en apoyar las actividades del Proyecto.

No obstante el soporte invaluable recibido por este equipo de personas de la USAID, merece mención especial la señora Sarah Majerowicz quien fue durante toda la vida del Proyecto REDSALUD (2000-2008) su Cognizant Technical Officer, y a quien gracias a su liderazgo y siempre oportunas y acertadas contribuciones hoy pueden presentarse con satisfacción los resultados alcanzados.

En segundo lugar, queremos expresar un sentido homenaje por su esfuerzo y dedicación a todo ese gran equipo humano que labora en los Hospitales Públicos de la Región Quinta, en su Dirección Regional y en sus Direcciones Provinciales de Salud, en la Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, en la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados, en el Seguro Nacional de Salud y en la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, quienes fueron factores determinantes en el éxito gracias a que hicieron suyo este Proyecto.

De la misma manera merecen nuestro reconocimiento por su labor en hacer de este Proyecto una alternativa de desarrollo para el sistema de salud dominicano, la Universidad INTEC, la firma Sistemas y Procedimientos SISPROSA, el Centro de Estudios Demográficos y Sociales CESDEM, la Universidad CES de Colombia así como al grupo de personas y consultores de ese país que siempre estuvieron dispuestos a apoyar.

Finalmente y no menos importante, nuestro reconocimiento al equipo administrativo y técnico de REDSALUD, quienes con su entrega y esmero hicieron realidad nuestro sueño de ayudar a que la población dominicana, en especial la más pobre y vulnerable, tenga hoy un mejor sistema de salud.

RESUMEN EJECUTIVO

Los resultados que se presentan en este informe evidencian claramente que las acciones adelantadas por el Proyecto REDSALUD, cumplieron con el propósito de la USAID de mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud que reciben las comunidades más pobres y vulnerables. Los diferentes indicadores utilizados por el proyecto así como los análisis realizados a las Encuestas de Demografía y Salud 1996, 2002 y 2007, señalan sin lugar a dudas que la Región Este, la cual recibió desde el año 2000 el apoyo de la USAID, ha mejorado mucho más que las demás regiones del país. Esto sugiere la necesidad de dar a conocer y difundir esta experiencia hacia otras regiones, las cuales podrían beneficiarse de las iniciativas exitosas adelantadas en el Este.

Las acciones del proyecto estuvieron enfocadas a apoyar el diseño, puesta en marcha y desarrollo del sistema de salud dominicano, modificado por efecto de la Ley 87 de 2001. Esta Ley significó la culminación de un prolongado proceso de discusiones en torno a la forma más adecuada que el país debería adoptar para hacer frente a las crecientes demandas de protección social contra la enfermedad y sus consecuencias.

El nuevo sistema de salud se basa en una sólida rectoría sectorial y en una amplia participación social en su gestión y control, capaces de impulsar y hacer sostenible el desarrollo gradual de un modelo de protección contra la enfermedad. Este opera como un seguro universal obligatorio de carácter social subsidiado por el Estado, donde los ciudadanos reciben los beneficios mediante redes descentralizadas públicas y privadas, que acceden a los recursos en función del tipo, cantidad y calidad de servicios ofrecidos.

En este propósito, el Proyecto REDSALUD constó de dos fases, una primera entre los años 2000 y 2005 orientada a apoyar el proceso de discusión en torno a la aprobación de la ley de reforma del sector salud, y posteriormente a brindar asistencia técnica y financiera al naciente sistema, en especial a las instituciones encargadas de poner en marcha este nuevo modelo en la Región Este del país.

En su segunda fase, iniciada en mayo de 2005 y que culminó en Diciembre de 2008, el Proyecto capitalizó el avance y los logros obtenidos durante su primera fase, y se enfocó en apoyar la consolidación de sus operaciones en la Región Este del país de las recién creadas organizaciones. Para ello desplegó todos sus recursos técnicos y financieros en apoyar éstas instituciones buscando que fuesen capaces de adelantar los cambios necesarios y comenzar a operar en la realidad de su rutina diaria los servicios que los nuevos afiliados al sistema demandaban, haciendo realidad el derecho a recibir un servicio de salud de calidad y a estar protegidos contra las consecuencias económicas que significa enfrentar los costos económicos de la salud.

Entre sus objetivos específicos estaban apoyar simultáneamente el desarrollo y fortalecimiento del rol rector del Sistema, en especial a nivel Regional y Local; apoyar la participación social y comunitaria dentro del sector salud; apoyar la provisión descentralizada de servicios, en especial en el sector público; y apoyar el modelo de aseguramiento social propuesto por la reforma. Estos cuatro aspectos serían fundamentales para garantizar la puesta en marcha del nuevo sistema, los que se vieron complementados con el desarrollo de la capacidad humana e institucional necesarias para sostener hacia delante los cambios propuestos.

REDSALUD utilizó en su propósito una metodología participativa de construcción por etapas, basado en el principio de “aprender haciendo”, iniciando con un diagnóstico situacional y posterior definición de prioridades y alternativas de acción, seguido de su desarrollo e implementación en donde los actores locales eran los principales protagonistas. Esto implicó por ejemplo, fortalecer exitosamente la capacidad de una universidad local para formar el recurso humano, apoyar el desarrollo de una empresa local en la producción de herramientas informáticas en salud y la creación mediante el programa de tutores e instituciones pares, un significativo grupo de expertos locales en diferentes habilidades gerenciales y clínicas.

Todo esto hace que el Proyecto pueda ser considerado una experiencia exitosa que logró llevar de la teoría al papel y de éste a la realidad de los hechos, herramientas y estrategias gerenciales y clínicas, diseñadas y construidas en estricto apego a las circunstancias y limitaciones locales, condiciones que desde ya auguran que será una experiencia sostenible y replicable en otros lugares y sectores del país.

I. CONTEXTO GENERAL Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

REDSALUD II: Consolidación del cambio en el nuevo Sistema de Salud Dominicano

Con la aprobación de la Ley 87-01 en el año 2001, por medio de la cual se crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, el país entró en la fase de reformas estructurales al sistema de salud, con la cual pretende avanzar en el mejoramiento de sus indicadores de cobertura, equidad, eficiencia y calidad.

Podría afirmarse que el motivo principal que lleva al país a emprender este ambicioso proceso de reforma, recae en el agotamiento de la capacidad del anterior sistema para hacer frente a las crecientes demandas de la población en materia de protección social contra la enfermedad.

Una de las razones que explica el ocaso del viejo modelo predominante en la mayoría de los países de la Región de América, radica en su esencia “asistencialista” y “segmentada”, carente de una visión sistémica integradora de los servicios que los considere más como un derecho social y económico de los ciudadanos, que como una simple prestación asistencial a los más pobres.

El nuevo sistema de salud se basa en una sólida rectoría sectorial y en una amplia participación social en su gestión y control, capaces de impulsar y hacer sostenible el desarrollo gradual de un modelo de protección social contra la enfermedad. Este opera como un seguro universal de carácter social subsidiado por el Estado, donde los ciudadanos reciben los beneficios mediante redes descentralizadas públicas y privadas, que acceden a los recursos en función del tipo, cantidad y calidad de servicios ofrecidos.

Esto hace de la reforma Dominicana un proceso singular y complejo, que exige un abordaje simultáneo en la construcción de capital humano e institucional, partiendo en muchos casos de lo más elemental hacia lo más complejo, de lo local hacia lo central, a un ritmo dado por la capacidad de asimilación de funcionarios y comunidades, sin lo cual no será posible alcanzar y más aún, sostener los cambios perseguidos.

El Proyecto Reforma y Descentralización en Salud –REDSALUD- que auspició la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional –USAID-, inició sus actividades de apoyo al país en Julio de 2000 y culminó en Mayo de 2005, fecha a partir de la cual dió inicio a una segunda fase hasta Septiembre de 2007, extendida luego hasta Diciembre de 2008. Esta segunda etapa del Proyecto tuvo como propósito *continuar apoyando el desarrollo de la estrategia de cambio adoptada por el país, que se espera contribuya al mejoramiento del acceso equitativo a servicios básicos de salud de calidad, en especial a la población más pobre y vulnerable.*

Entre sus objetivos específicos estaban apoyar el desarrollo del rol rector del Sistema, en especial a nivel Regional y Local; apoyar la participación social y comunitaria dentro del sector salud; apoyar la provisión descentralizada de servicios, en especial en el sector público; y apoyar el modelo de aseguramiento social propuesto por la reforma.

Las acciones planteadas por el Proyecto buscaban dar prioridad al enfoque sistémico más que al programático; armonizar el trabajo con la dinámica nacional de cambio; el desarrollo integral del nuevo

modelo; concentrar los esfuerzos en el nivel regional, local y operativo del sistema; fortalecer la capacidad nacional y transferencia de tecnología como estrategia de disseminación y sostenimiento; e integrar esfuerzos con otras áreas y Proyectos de la USAID.

El Proyecto utilizó una metodología participativa de construcción por etapas, basado en el principio de “aprender haciendo”, iniciando con un diagnóstico situacional y posterior definición de prioridades y alternativas de acción, seguido de su desarrollo e implementación en donde los actores locales son los principales protagonistas.

2. METODOLOGÍA

2.1 OBJETIVOS, ACTIVIDADES Y LOGROS DEL PROYECTO:

Objetivos y Estrategia General

Durante la segunda fase de operaciones de REDSALUD, iniciada en mayo de 2005 y que culminó en Diciembre de 2008, el Proyecto capitalizó el avance y los logros obtenidos durante su primera fase, y enfocó sus recursos técnicos y financieros en apoyar la consolidación de la operación en la Región Este del país de las recién creadas instituciones. Con ello pretendió que estas instituciones fuesen capaces de incorporar en su rutina diaria los cambios necesarios, que les permitiesen comenzar a ofrecer los servicios que los nuevos afiliados al sistema demandaban y así hacer realidad el derecho a recibir un servicio de salud de calidad y a estar protegidos contra las consecuencias económicas que significa enfrentar los altos costos de atender la enfermedad.

En este sentido, el Proyecto utilizó como parte de su estrategia, un abordaje consistente en apoyar simultáneamente el desarrollo y fortalecimiento de cuatro aspectos fundamentales que garantizaran además de la puesta en marcha del nuevo sistema, el desarrollo de la capacidad humana e institucional necesarias para sostener hacia delante los cambios propuestos.

El esfuerzo hacia el primero de estos cuatro ejes de desarrollo del nuevo modelo, se enfocó a fortalecer la capacidad descentralizada de rectoría, liderazgo y control de las nuevas autoridades, en aspectos tales como la gestión de la salud pública, la vigilancia epidemiológica, la calidad de los servicios, la vigilancia y el control sobre los actores del sistema, así como la defensa y representación de los usuarios en el nuevo sistema.

En el segundo eje, el Proyecto apoyó el desarrollo y fortalecimiento del aseguramiento social en salud y de la entidad pública encargada de ello. En cuanto al tercer eje, los esfuerzos se focalizaron en iniciar el desarrollo de la gestión y control social que deben ejercer las comunidades en torno a lo que son sus derechos y en relación con el funcionamiento de las entidades públicas encargadas de garantizarlos.

Finalmente, el mayor esfuerzo técnico y financiero del Proyecto se concentró en el pilar final, el desarrollo y mejoramiento de la capacidad de respuesta y la calidad de los servicios ofrecidos por los proveedores públicos descentralizados, organizados mediante redes regionales de entidades pertenecientes a diversos niveles de complejidad.

REDSALUD utilizó en su trabajo una metodología participativa de construcción por etapas, basado en el principio de “aprender haciendo”, iniciando con un diagnóstico situacional y posterior definición de prioridades y alternativas de acción, seguido de su desarrollo e implementación en donde los actores locales eran los principales protagonistas. Esto implicó por ejemplo, fortalecer exitosamente la capacidad de una universidad local para formar el recurso humano, apoyar el desarrollo de una empresa local en la producción de herramientas informáticas en salud y la creación mediante el programa de tutores e instituciones pares, un significativo grupo de expertos locales en diferentes habilidades gerenciales y clínicas. A continuación se presenta el desarrollo del Proyecto de acuerdo a sus cuatro componentes técnicos.

2.1.1 RECTORÍA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA

Objetivo Especifico del Componente

El objetivo central de este componente fue el de apoyar el desarrollo y fortalecimiento de la capacidad de la SESPAS, especialmente a nivel Provincial, en sus funciones de rectoría, gestión de la calidad en los servicios, vigilancia epidemiológica y gestión de las endemias y epidemias. El componente de gestión de la calidad en la provisión de los servicios se adelantó simultáneamente en los 14 hospitales públicos de la Región Este, el cual incluye además de lo descrito en este componente, otros desarrollos complementarios que serán presentados en los componentes subsiguientes, que se dirigen a apoyar la creación de la Cultura de Atención al Paciente y la puesta en marcha de los Planes de Bioseguridad así como los Comités Hospitalarios de Calidad y Manejo de Desechos Hospitalarios en los 14 hospitales públicos de la Región Este. Este componente se llevó a cabo mediante tres subproyectos que se describen brevemente a continuación:

2.1.1.1 SUBPROYECTO SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

META: Sistema de Garantía de la Calidad operando en al menos 8 hospitales de la Región V de la República Dominicana.

Principales Actividades Desarrolladas

Con el liderazgo e iniciativa del gobierno nacional a través de la Oficina Nacional de Administración de Personal –ONAP-, así como con el soporte técnico y operativo de la Universidad INTEC, se trabajó en la definición y puesta en marcha de los denominados Sistemas de Garantía de la Calidad en los Hospitales Públicos de la Región Este. El trabajo estuvo enfocado en su inicio hacia la identificación de las principales deficiencias y limitaciones en el desarrollo de la calidad en los servicios, con base en lo cual se elaboraron posteriormente los llamados Planes de Mejoramiento e Inversión en la Calidad. En este proceso se utilizó la metodología CAF (Common Assessment Framework), la cual fue adoptada por el gobierno nacional en su proceso de mejoramiento y modernización de todas las entidades públicas, programa apoyado por la Unión Europea. El proyecto REDSALUD fue pionero en el país en la adaptación y aplicación de la metodología CAF en las instituciones hospitalarias públicas. Igualmente dentro de este componente y como parte del sistema de garantía de la calidad, se diseñaron, ajustaron y pusieron en marcha los Planes de Bioseguridad, los Comités de Calidad Hospitalaria y el Manejo de Desechos Hospitalarios en los 14 hospitales públicos de la Región Este.

Principales Logros Alcanzados

- Entrega final y publicación de 14 Planes de Mejoramiento e Inversión en la Calidad en similar número de hospitales públicos de la Región Este.
- La metodología CAF aplicada en los hospitales públicos del Este por el Proyecto REDSALUD, fue adoptada por la SESPAS como el modelo nacional a seguir en el resto del país.
- El Hospital de Ramón Santana de la Región Este ha sido ganador durante dos años consecutivos de las medallas de bronce y plata respectivamente, en el Concurso Nacional de la Calidad en las Entidades Públicas que promueve el Gobierno Nacional.
- Planes de Bioseguridad, los Comités de Calidad Hospitalaria y el Manejo de Desechos Hospitalarios diseñados y puestos en marcha en los 14 hospitales públicos de la Región Este.

- Capacitación del personal de los 14 hospitales públicos de la Región Este en la gestión de los Planes de Bioseguridad, los Comités de Calidad Hospitalaria y el Manejo de Desechos Hospitalarios.

2.1.1.2 SUBPROYECTO HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN

META: Mejorar el sistema de información del Departamento de Habilitación y Calidad en SESPAS Central y de las 5 DPS de la Región V.

Actividades Desarrolladas

Con el soporte técnico de la empresa Sistemas y Procedimientos –SISPROSA- y de las Universidades INTEC de la RD y CES de Colombia, así como de un grupo de consultores nacionales e internacionales, el Proyecto REDSALUD apoyó el diseño, aprobación y montaje del denominado Sistema de Habilitación en Calidad de los Proveedores de Servicios. Esto incluyó apoyo técnico y financiero en la discusión y aprobación de la reglamentación respectiva (Decreto de Habilitación); en el diseño y adecuación a la realidad dominicana de los parámetros y estándares de habilitación para diferentes servicios; en la aplicación piloto en la Región Este y su posterior aplicación a nivel nacional de los instrumentos diseñados para adelantar el proceso de habilitación de los proveedores de servicios de todo el país; en el diseño, elaboración y ajuste de una aplicación informática para el manejo del proceso de habilitación; la elaboración de la base de datos nacional respectiva; la capacitación y entrenamiento del personal de la SESPAS central en su manejo; así como la instalación y entrenamiento del personal en las cinco Direcciones Provinciales de Salud de la Región Este.

Principales Logros

- Entrega del software de Habilitación y Calidad al departamento de Habilitación y Calidad de la SESPAS Central.
- Entrega de la base de datos nacional de proveedores de servicios al departamento de Habilitación y Calidad de la SESPAS Central.
- Capacitación del personal del departamento de Habilitación y Calidad de la SESPAS Central en el manejo de la herramienta informática.
- Instalación del software de Habilitación y Calidad en las cinco Direcciones Provinciales de Salud de la Región Este.
- Capacitación del personal de las cinco Direcciones Provinciales de Salud de la Región Este en el manejo de la herramienta.

2.1.1.3 SUBPROYECTO VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y SALUD COLECTIVA

META: Fortalecer el sistema de recolección y registro de la información epidemiológica en SESPAS Central y en cinco DPS de la Región V de salud

Actividades Desarrolladas

Con el soporte técnico de la empresa Sistemas y Procedimientos –SISPROSA- y de las Universidades INTEC de la RD y CES de Colombia, así como de un grupo de consultores nacionales e internacionales, el Proyecto REDSALUD apoyó a la SESPAS Central, a las Direcciones Provinciales de Salud y a los Hospitales Públicos de la Región Este en el mejoramiento de la gestión y capacidad de respuesta frente a

las endemias y epidemias que ocurren o pueden ocurrir en esta zona del país. Esto incluyó entre otras actividades el diseño y puesta en marcha de herramientas informáticas, donación de computadoras e impresoras, así como la capacitación del personal encargado, que permitiesen mejorar la oportunidad, calidad, confiabilidad y almacenamiento de información epidemiológica y gerencial contenida en los registros de actividades hospitalarias 67-A, 72-A y registro de vacunas, registro de nacidos vivos, diagnóstico de consulta médica, diagnóstico de altas hospitalarias y procedimientos médico quirúrgicos realizados. Parte de estos desarrollos, en especial los concernientes al diseño y montaje del denominado Registro Individual de Atenciones, serán descritos en otros componentes del proyecto y hacen parte del denominado Sistema Integral de Gestión Hospitalaria –SIGHO–.

Igualmente, hizo parte de estas actividades y con el apoyo técnico de la Universidad INTEC, el acompañamiento técnico y financiero a algunas Direcciones Provinciales de Salud en el manejo y control de brotes de enfermedades, concretamente de malaria en la Provincia de la Altagracia, y posteriormente de dengue en toda la Región. Esto incluyó apoyar actividades tales como visitas epidemiológicas de campo, actividades informativas y educativas en diversos establecimientos así como la impresión y distribución de material educativo y promocional sobre prevención y control de estas enfermedades.

Principales Logros

- Diseño, ajuste e instalación del formato electrónico y base de datos, así como la disponibilidad actual de información actualizada y homogenizada de los años 2005, 2006, 2007 y 2008 de los formularios 67-A, 72-A y Vacunas en los 14 hospitales públicos y las cinco DPS de la Región Este.
- Diseño, ajuste e instalación de la herramienta informática Registro de Nacidos Vivos en los 14 hospitales.
- Capacitación del personal de los 14 hospitales públicos y de las cinco Direcciones Provinciales de Salud de la Región Este en el manejo de estas herramientas.
- Adopción por parte del Gobierno Nacional de la herramienta informática Registro de Nacidos Vivos como el modelo a seguir, así como su posterior instalación en los 36 hospitales públicos más grandes del país.

2.2 PROVISIÓN DE SERVICIOS EN REDES DESCENTRALIZADAS

Objetivo Especifico del Componente

El propósito general de este componente fue el de apoyar el desarrollo y fortalecimiento de la capacidad gerencial y la gestión de la calidad de los servicios en los hospitales de la Región Este. Con él se perseguían tres objetivos específicos como fueron la gestión de los recursos físicos, financieros y de información; la gestión de la calidad de los servicios en el componente de atención al usuario apoyando la creación de la Cultura de Atención al Paciente en todas las instituciones públicas de la Región Este; y finalmente la gestión de los recursos humanos buscando crear y diseminar el capital humano necesario para sostener estos procesos de cambio. Este componente se llevó a cabo mediante tres subproyectos que se describen brevemente a continuación:

2.2.1 SUBPROYECTO GESTIÓN INTEGRAL Y EFICIENTE DE RECURSOS

META: Fortalecer la capacidad de planeación, manejo y monitoreo de recursos físicos, humanos y financieros en al menos 8 hospitales de la Región V.

Actividades Desarrolladas

El subproyecto gestión integral y eficiente de los recursos estuvo enfocado hacia el logro de una utilización más eficiente de los recursos de infraestructura física, la información y las finanzas de los hospitales. Esto implicó llevar a cabo actividades tales como el análisis y definición de la cartera de servicios así como su posterior costeo; el análisis de los espacios físicos y su redistribución acordes con la cartera de servicios y con el enfoque de atención al usuario; el análisis de la productividad en los servicios y la elaboración de presupuestos de ingresos y gastos según proyecciones de cantidades y costos; el análisis del manejo de los insumos y suministros hospitalarios, la readecuación de sus áreas y el diseño de herramientas de soporte para lograr una gestión eficiente; y el registro de los servicios prestados a los pacientes seguido de la facturación generada al asegurador respectivo. Como soporte a este proceso de gestión de los recursos, se diseñó, ajustó y puso en marcha en los 14 Hospitales Públicos de la Región Este, la herramienta informática Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria – SIGHO-, lo que además incluyó la instalación de redes de computo, servidores, sistemas de back up para datos y energía, estaciones de trabajo, impresoras, adecuación de áreas físicas y capacitación del personal en manejo de computadoras y programas básicos.

Principales Logros

- Diseño, ajuste y aplicación de la herramienta informática Cartera de Servicios, Costeo y Presupuestos en los 14 Hospitales Públicos de la Región Este.
- Capacitación del personal en los 14 Hospitales Públicos de la Región Este en el manejo de la herramienta informática Cartera de Servicios, Costeo y Presupuestos.
- Realización y análisis de los flujogramas de atención de pacientes en diversos servicios, así como su readecuación en los 14 Hospitales Públicos de la Región Este.
- Evaluación de la gestión de insumos hospitalarios en los 14 Hospitales Públicos de la Región Este, así como la adecuación de sus áreas físicas y el diseño, ajuste y aplicación de una herramientas informática para su manejo.
- Capacitación del personal en los 14 Hospitales Públicos de la Región Este en el manejo de la herramienta informática Gestión de Suministros.
- Diseño, ajuste y aplicación de la herramienta informática Registro de Servicios y Facturación en los 14 Hospitales Públicos de la Región Este.
- Capacitación del personal de los 14 Hospitales Públicos de la Región Este en el manejo de la herramienta informática Registro de Servicios y Facturación.
- Instalación de redes de cómputo, servidores, sistemas de “back up” para datos y energía, estaciones de trabajo, impresoras, adecuación de áreas físicas y capacitación del personal en manejo de computadoras y programas básicos en los 14 Hospitales Públicos de la Región Este. Al cierre del Proyecto estaban instaladas y operando 240 estaciones de trabajo, 80 impresoras, 14 servidores y sistemas de “back up”.

2.2.2 SUBPROYECTO GESTIÓN DE USUARIOS, CALIDAD Y ACCESIBILIDAD

META: Fortalecer la capacidad registro de la información, proceso de atención y mejoramiento de la calidad, en al menos 8 hospitales de la región V.

Actividades Desarrolladas

El subproyecto gestión de usuarios, calidad y accesibilidad a los servicios se llevó a cabo bajo el concepto de la Cultura de Atención al Usuario. Esto incluyó aspectos tales como el análisis de los flujos de atención en los diferentes servicios y su reorganización apoyada en la readecuación de los espacios físicos. Acá se destacan por ejemplo el fortalecimiento de las Oficinas de Atención al Usuario, creadas durante la primera fase de REDSALUD y que se constituyeron en el símbolo de cambio en la Región Este; la readecuación de las áreas de expedientes clínicos tanto en sus aspectos internos como en su relación con los pacientes, lo que incluyó además la creación de una base de datos de los pacientes registrados en los hospitales de toda la región; la readecuación de las áreas de emergencias buscando dar un trato más humano y respetuoso a los pacientes, en especial a niños y mujeres en embarazo; la readecuación interna y de contacto con los usuarios de las áreas de farmacia y suministros; la readecuación de las áreas de cirugía y salas de parto buscando cumplir con las normas de bioseguridad, privacidad y respeto a los pacientes; la readecuación de las áreas de almacenaje temporal y el transporte de los desechos hospitalarios a fin de cumplir con las normas de bioseguridad; y conjuntamente con el Proyecto CONECTA de la USAID la readecuación de las áreas de vacunación y atención prenatal. Complementariamente y en coordinación con este Proyecto, se adelantó en toda la Región la capacitación del personal de las áreas obstétricas en el Programa Cuidado Obstétrico de Emergencias. En coordinación con el Proyecto BASIC de la USAID se inició en dos hospitales de la Región Este el programa para la prevención y el control de la sepsis neonatal.

Como parte de la herramienta informática SIGHO, se diseñó, ajustó y puso en marcha en los 14 Hospitales Públicos de la Región Este, el módulo para el registro de la atención materno infantil y de atención de la materna dentro del programa de transmisión vertical del VIH-SIDA denominado SAMI; el módulo para el registro de las vacunaciones ofrecidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI; el módulo para el registro de los paciente atendidos en Terapia de Rehidratación Oral por diarrea aguda; y el Módulo de Citas de Servicios y Referencia de Pacientes, este último apoyado por una red de comunicaciones instalada en los 14 hospitales, la cual utiliza tecnología celular para enlazar las Oficinas de Atención al Usuario y los Servicios de Emergencia de todas las instituciones públicas de la Región Este.

Principales Logros

- Fortalecimiento de las Oficinas de Atención al Usuario en los 14 Hospitales Públicos de la Región Este mediante la dotación de sistemas de apoyo y enlace informático con otras áreas del hospital, instalación de una red celular de comunicaciones y capacitación del recurso humano.
- Diseño, ajuste y aplicación de la herramienta informática Citas de Servicios y Referencia de Pacientes en los 14 Hospitales Públicos de la Región Este.
- Capacitación del personal de los 14 Hospitales Públicos de la Región Este en el manejo de la herramienta informática Citas de Servicios y Referencia de Pacientes.
- Readecuación de las áreas de expedientes clínicos en los 14 Hospitales Públicos de la Región Este e instalación de la herramienta informática HISTOCLIN utilizada en su manejo.

- Capacitación del personal de los 14 Hospitales Públicos de la Región Este en el manejo de la herramienta informática HISTOCLIN.
- Depuración, actualización y creación de una base de datos de los expedientes clínicos existentes en los 14 Hospitales Públicos de la Región Este.
- Readequación de las áreas de emergencias en los 14 Hospitales Públicos de la Región Este e instalación de la red y la herramienta informática SIGHO para el manejo de estos pacientes.
- Capacitación del personal de las áreas de emergencias de los 14 Hospitales Públicos de la Región Este en el manejo de la herramienta informática SIGHO.
- Readequación de las áreas de farmacia y suministros en los 14 Hospitales Públicos de la Región Este e instalación de la red y la herramienta informática Gestión de Suministros.
- Capacitación del personal de las áreas de farmacia y suministros de los 14 Hospitales Públicos de la Región Este en el manejo de la herramienta informática Gestión de Suministros.
- Readequación de las áreas de cirugía y salas de parto en los 14 Hospitales Públicos de la Región Este a fin de cumplir con las normas de bioseguridad y habilitación de calidad.
- Conjuntamente con el Proyecto CONECTA de la USAID, readequación de las áreas de de vacunación y atención prenatal en los 14 Hospitales Públicos de la Región Este e instalación de las herramientas informáticas Registro Individual de Vacunas y Sistema de Atención materno Infantil.
- Conjuntamente con el Proyecto CONECTA de la USAID, capacitación del personal de las áreas de vacunación y atención prenatal de los 14 Hospitales Públicos de la Región Este en el manejo de la herramienta informática Registro Individual de Vacunas y Sistema de Atención materno Infantil.
- Conjuntamente con el Proyecto CONECTA de la USAID, capacitación del personal de las áreas obstétricas de los 14 Hospitales Públicos de la Región Este en el Programa Cuidado Obstétrico de Emergencias.
- En coordinación con el Proyecto BASIC de la USAID, capacitación del personal de las áreas de neonatología de dos Hospitales Públicos de la Región Este en el programa para la prevención y el control de la sepsis neonatal.
- Instalación de red celular en 14 Hospitales Públicos de la Región Este que enlaza las Oficinas de Atención al Usuario y los Servicios de Emergencias.
- Diseño, ajuste e instalación de la herramienta informática SIGHO en 14 hospitales públicos de la Región Este y en seis hospitales públicos de otras regiones del país, proceso que fue apoyado por otras entidades cooperantes y utilizando para su puesta en marcha el recurso humano capacitado en la Región Este.

2.2.3 SUBPROYECTO FOMENTO A LA INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO

META: Fortalecer la capacidad gerencial del personal de las instituciones públicas de salud de la Región V, a través de la educación continua de al menos 45 nuevos estudiantes de postgrado; del apoyo a 8 trabajos de campo supervisados; y de 10 pasantías internacionales de capacitación.

Actividades Desarrolladas

El subproyecto fomento a la investigación y formación del recurso humano, se llevó a cabo bajo el principio de creación, desarrollo y sostenimiento hacia el futuro del capital humano a nivel directivo y operativo, que se requiere para liderar y soportar los procesos de cambio iniciados en la Región Este, pensando además que este recurso podría ser utilizado por el país en la diseminación de las experiencias exitosas hacia otras regiones del país. Con el apoyo de las Universidades INTEC de la RD y CES de Colombia se llevaron a cabo actividades tales como la capacitación en el postgrado Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social a un grupo de directivos altos y medios de las instituciones públicas de salud de la Región Este (hospitales, DRS y DPSs) y que suman a la finalización del Proyecto más de 120 personas así como el entrenamiento en habilidades y en el manejo de herramientas específicas, como las descritas a lo largo de este informe, a más de dos mil personal pertenecientes al nivel operativo de estas instituciones. También hizo parte de las actividades adelantadas en este subproyecto las pasantías internacionales a Colombia, organizadas por la Universidad CES de ese país y que consistían en cursos cortos teórico prácticos sobre los temas de gestión y calidad de los servicios que estaban siendo objeto de desarrollo en la Región Este. Cabe resaltar que el derecho de una persona a participar en estas pasantías fue manejado como un reconocimiento al desempeño, el cual se adquiría después de haber participado en un concurso realizado entre las instituciones de la Región, y en el cual se demostraba su interés y logros en la mejoría de los servicios.

Finalmente, merece especial mención en este subproyecto el exitoso Programa Tutores en Acción, que se constituyó en la principal herramienta para diseminar las experiencias exitosas dentro y fuera de la Región Este, permitiendo además con ello dotar al país de un grupo de expertos técnicos en el diseño, adecuación y puesta en marcha de herramientas de gestión de los recursos y mejoramiento de la calidad de los servicios, como las desarrolladas en las instituciones públicas de salud de la Región Este.

Principales Logros

- Para la finalización del proyecto se graduaron en el postgrado Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social más de 120 directivos de las instituciones públicas de salud de la Región Este.
- Para la finalización del proyecto fueron entrenadas en habilidades y destrezas específicas para el manejo de herramientas de gestión y calidad en los servicios, más de 2000 personas del nivel operativo de las instituciones públicas de salud de la Región Este.
- Diseño y puesta en marcha del Programa Tutores en Acción, en el cual fueron seleccionados más de 50 personas de diferente nivel y áreas de experiencia, la mayoría egresados del postgrado Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social, quienes apoyaron a las instituciones públicas de la Región Este en la puesta en marcha de las herramientas de gestión de recursos y calidad de los servicios.
- Selección y entrenamiento de 12 tutores de informática encargados del mantenimiento y reparación básica de redes, equipos y programas informáticos instalados en las instituciones públicas de la Región Este.

- Formatos de seguimiento a la implementación y utilización de las herramientas informáticas por parte de los hospitales y a través de los Tutores.
- 18 personas de la Región V continúan su capacitación en el postgrado “Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social”.

2.3 GESTIÓN DEL RIESGO Y ASEGURAMIENTO

Objetivo Especifico del Componente

El propósito general de este componente fue el de apoyar el desarrollo y fortalecimiento de la capacidad gerencial de las instituciones públicas de salud, en especial los Hospitales Públicos de la Región Este, el Seguro Nacional de Salud SENASA y la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales SISALRIL; en lo referente a la recolección y almacenamiento de la información básica necesaria; al manejo de los procesos relativos al aseguramiento y prestación de servicios y a la gestión del riesgo en este sistema.

2.3.1 SUBPROYECTO GESTIÓN DEL RIESGO Y EL ASEGURAMIENTO

META: Fortalecer la capacidad del Seguro Nacional de Salud SENASA, para planear, implementar, manejar y monitorear un programa general de aseguramiento.

Actividades Desarrolladas

El subproyecto gestión del riesgo y el aseguramiento, se llevó a cabo bajo la idea de dotar a las instituciones de salud de las estrategias, metodologías y herramientas gerenciales necesarias para llevar a cabo esta función. Con el apoyo del consultor internacional Álvaro López, se llevaron a cabo actividades tales como el diseño y ajuste de los denominados Paquetes Básicos de Servicios de Salud a ser utilizados por el SENASA en la contratación de servicios de salud con los Hospitales Públicos; diseño, discusión y ajuste, conjuntamente con la SESPAS, el SENASA y la SISALRIL del denominado Conjunto Mínimo de Datos Esenciales que se utilizan para el registro de las atenciones médicas en las instituciones de salud, para la elaboración de los reportes estadísticos de tipo administrativo y epidemiológico, así como para la facturación de los servicios; diseño, discusión y ajuste, conjuntamente con el SENASA de mecanismos de pago, contratación e incentivos para ser aplicados con los proveedores de servicios públicos; diseño, discusión, ajuste y homologación, conjuntamente con el SENASA, la SISALRIL y los Hospitales Públicos de la Región Este, de los Códigos SIMON ordenados mediante resolución por la SISALRIL y de obligatorio cumplimiento por todas las aseguradoras y proveedores de servicios de salud del país. También como parte de esto, se diseñó y entregó al SENASA una pequeña herramienta estadística que les permite hacer análisis y proyecciones sobre utilización de servicios de salud y sobre sus costos actuales y futuros.

Principales Logros

- Diseño, discusión y ajuste del denominado Conjunto Mínimo de Datos Esenciales que se utilizan para el registro de las atenciones médicas en las instituciones de salud
- Diseño, ajuste e instalación del manual de códigos de diagnósticos, procedimientos, medicamentos y material gastable utilizando estándares internacionales.
- Incorporación en el software de Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria –SIGHO- de los códigos de diagnósticos, procedimientos, medicamentos y material gastable, los cuales se utilizarán para

registrar y facturar los servicios así como para generar información pertinente sobre la gestión del riesgo.

- Homologación de los códigos SIMON con los códigos CUPS (Código Único de Procedimientos en Salud).
- Diseño y ajuste de mecanismos de pago, contratación e incentivos a los proveedores públicos de servicios de salud.
- Diseño y entrega al SENASA de una herramienta estadística para el análisis y proyección sobre utilización de servicios de salud y sobre sus costos actuales y futuros.

2.4 PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL

Objetivo Especifico del Componente

El propósito general de este componente fue el de apoyar el desarrollo y fortalecimiento de la participación y el control social en los diferentes aspectos e instancias que definió la ley de seguridad social. Con ello se perseguían tres objetivos específicos como fueron, apoyar a diferentes grupos comunitarios, a través de la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados –DIDA-, en su rol como veedores y consumidores informados dentro del sistema de salud; apoyar a los hospitales públicos de la Región Este a poner en marcha herramientas y mecanismos de transparencia y rendición de cuentas; y finalmente apoyar la incipiente conformación y desarrollo de los denominados Consejos de Administración Hospitalaria, ordenados por la ley 87-01.

2.4.1 SUBPROYECTO FORTALECIMIENTO DE GRUPOS COMUNITARIOS

META: 30 organizaciones comunitarias de la Región habrán puesto en marcha su rol de gestores, veedores y consumidores informados dentro de la reforma de salud.

Actividades Desarrolladas

Se apoyó a la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados –DIDA- Regional del Este, en su labor de identificación, conformación, capacitación y acompañamiento de grupos comunitarios en torno a lo que son sus derechos y deberes en el nuevo Sistema de Seguridad Social. Esto incluyó la visita a diferentes comunidades, la identificación de sus principales organizaciones comunitarias y líderes, con quienes luego se diseñaron agendas de trabajo que incluyeron entre otras actividades charlas sobre la nueva ley de seguridad social y sus derechos; acerca de su papel como veedores comunitarios y como participantes dentro de los Consejos de Administración Hospitalaria; invitaciones a los líderes comunitarios a los diferentes hospitales de la Región a participar en charlas informativas acerca del nuevo proceso de atención en estas instituciones, mostrándoles las ventajas y la forma de acceder a los diferentes servicios dentro del hospital; y finalmente se realizaron varios Encuentros Comunitarios Regionales entre los responsables de las entidades de salud de la región y los respectivos líderes sociales, a fin de identificar problemas y buscar soluciones.

Principales Logros

- Información, educación y capacitación a 32 grupos comunitarios, aproximadamente 1,464 personas, de la Región Este, en lo que son sus derechos y deberes en el nuevo sistema de seguridad social; y orientación para utilizar los mismos.

- Información, educación y capacitación a 51 personas pertenecientes a las Oficinas de Atención al Usuario (OAU) de la Región Este, para involucrarlas en los procesos de capacitación comunitaria en lo que son derechos y deberes de los afiliados en el nuevo sistema de seguridad social.
- Se realizaron 17 encuentros para evaluar la oportunidad en los servicios de salud brindada por los hospitales del Este a 1,989 personas.
- Se apoyó la realización de 4 Foros sobre el impacto de la reforma en salud en las diferentes entidades involucradas y en los afiliados al régimen subsidiado. A estos foros asistieron aproximadamente 500 personas.
- Se realizaron 4 jornadas de capacitación sobre auditoría y veeduría social a 145 personas, todas pertenecientes a diferentes grupos comunitarios.
- Se dictaron 10 charlas a grupos comunitarios de la Región Este en cuanto a lo que es el Proceso de Gestión de Atención al Usuario a los hospitales públicos de la Región.
- Varios hospitales acostumbran dictar charlas sobre diferentes servicios utilizando las salas de espera de pacientes.
- Se realizaron cuatro Encuentros Comunitarios Regionales entre los directivos del sector salud de la Región Este y diferentes representantes de sus comunidades usuarias.
- Se apoyó a la DIDA en el diseño y publicación de diversos materiales informativos y educativos en soporte a su labor.
- Con el apoyo de la Universidad CES de Colombia, se realizó una pasantía internacional de estudio a ese país, para conocer y aprender de la experiencia del Sistema de Protección al Usuario diseñado allí.

2.4.2 SUBPROYECTO PACTOS DE TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

META: 8 hospitales de la Región V habrán desarrollado y puesto en marcha herramientas y mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.

Actividades Desarrolladas

Dentro del proceso de apoyar a los hospitales públicos de la Región Este a diseñar y poner en marcha diferentes herramientas y mecanismos que fomenten la transparencia y la rendición de cuentas, se llevaron a cabo actividades tales como elaboración y publicación en un lugar visible de cada uno de los 14 hospitales públicos de la Región Este la Cartera de Servicios en la que se detallan servicios ofrecidos, profesionales que atienden y horarios de atención; elaboración y publicación en un lugar visible de cada uno de 8 hospitales públicos de la Región Este de la productividad de los profesionales y los servicios; elaboración y publicación en cada uno de 14 hospitales públicos de la Región Este del costeo de servicios; elaboración y firma ante los Consejos de Administración de los 14 hospitales públicos de los denominados Pactos de Transparencia y Rendición de Cuentas, en los cuales se establecía un compromiso para desarrollar y poner en marcha iniciativas que acercaran más la comunidad a las instituciones de salud; instalación de buzones de sugerencias y creación de los comités respectivos para su manejo y análisis integrados por personal del hospital y miembros de la comunidad; y finalmente la

realización en todos los 14 hospitales de encuestas de satisfacción de usuarios así como sus respectivos análisis y generación de mecanismos de solución.

Principales Logros

- Los 14 hospitales públicos de la Región Este cuentan con la Cartera de Servicios en un lugar público donde detallan servicios y horarios de atención.
- Ocho hospitales públicos de la Región Este elaboran la productividad de servicios y profesionales y la colocan en un lugar público.
- Los 14 hospitales públicos de la Región Este han realizado y publicado Encuestas de satisfacción de Usuarios.
- Los 14 hospitales públicos de la Región Este han realizado y publicado su costeo de servicios.
- Los 14 hospitales públicos de la Región Este cuentan con Buzones de Sugerencias y los Comités respectivos para su análisis y manejo.
- Fortalecimiento de las Oficinas de Atención al Usuario en el proceso de recolección y solución de quejas y sugerencias de los usuarios que asisten a diario.
- Elaboración y firma ante los Consejos de Administración de los 14 hospitales públicos de los Pactos de Transparencia y Rendición de Cuentas.
- Se realizó conjuntamente con el proyecto Justicia y Gobernabilidad de la USAID un estudio comparativo de precios en los suministros hospitalarios en los hospitales públicos de la Región Este.

2.4.3 SUBPROYECTO CONSEJOS DE ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

META: Al menos 8 hospitales de la Región habrán iniciado el proceso de conformación y operación de sus Consejos de Administración.

Actividades Desarrolladas

Dentro del proceso de apoyar a los hospitales públicos de la Región Este a diseñar y poner en marcha los denominados por la Ley 87-01 Consejos de Administración Hospitalaria, se llevaron a cabo diversas actividades, entre las cuales se destacan la elaboración de un documento conceptual acerca de lo que son estos instrumentos de gestión y control social, sus principales funciones y la forma como operan; se llevaron a cabo actividades de capacitación a los directivos de los 14 hospitales públicos de la Región Este en torno a lo que son estos Consejos y su funcionamiento; se adelantó en los 14 hospitales el proceso de identificación y selección de los integrantes de estos Consejos; se llevaron a cabo diversas actividades de información y capacitación a los Consejos conformados acerca de sus deberes y funciones; y finalmente estos Consejos fueron juramentados por las autoridades de salud respectivas.

PRINCIPALES LOGROS

- Diseño y preparación de un documento conceptual acerca de los que es y como opera un Consejo de Administración Hospitalaria.

- Capacitación al personal directivo de los 14 hospitales públicos de la Región Este acerca de lo que es y como opera un Consejo de Administración Hospitalaria.
- Identificación y selección de los integrantes de los Consejos de Administración Hospitalaria en los 14 hospitales públicos de la Región Este.
- Capacitación a los integrantes de los Consejos de Administración Hospitalaria de los 14 hospitales públicos de la Región Este acerca de lo que es y como operan estos organismos de gestión y control social.

3. INDICADORES Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 DESCRIPCIÓN DE INDICADORES

Para evaluar el impacto producido por las acciones del Proyecto, se diseñaron y midieron periódicamente un conjunto de indicadores, los cuales reflejan el resultado de las acciones emprendidas con la finalidad de apoyar la puesta en marcha el proceso de reforma al sistema de salud, el mejoramiento de la capacidad de gestión de los recursos y la calidad de los servicios ofrecida por las instituciones públicas de la Región Este. Dentro de este conjunto de indicadores hay dos subgrupos, el primero (acceso, productividad, hitos, percepción, gestión y autonomía) que mide los resultados en el corto plazo asociados con el mejoramiento de la capacidad de gestión y la calidad de los servicios. El segundo denominado de Contexto, señala los avances del sistema de seguridad social en materia de protección social contra las consecuencias económicas de la enfermedad. Los indicadores seleccionados se describen a continuación:

Acceso a servicios de salud: mide la variación entre períodos de la cantidad ofrecida de servicios, construida mediante un indicador agregado que considera las consultas médicas y últimas dosis de la vacuna pentavalente.

Cobertura en el Régimen Subsidiado: mide la cantidad de personas pobres afiliadas al Régimen Subsidiado en salud en la Región Este con relación al número total estimado para esa región.

Productividad del recurso humano: mide la cantidad de actividades realizadas por el recurso humano en una determinada unidad de tiempo. Las actividades evaluadas fueron las consultas médicas ordinarias, las consultas médicas por emergencia y las vacunas colocadas. El recurso humano fueron las personas encargadas respectivamente de realizar esta labor en cada servicio, considerando las horas que oficialmente deben permanecer en cada uno de los servicios evaluados. Se mide por cada servicio y luego como un agregado de los tres.

Hitos, percepción sobre la evolución de la reforma: mide la percepción que diferentes líderes del sector salud tienen acerca del porcentaje de cumplimiento de hechos claves observados durante el proceso de puesta en marcha de la reforma. Los hechos claves seleccionados se enumeran a continuación:

- Inicio de Seguridad Social en Salud en el Régimen Subsidiado en las 5 Provincias de la Región Este.
- Cartera de servicios definida por municipio
- # de afiliados definidos e identificados
- Base de datos completa de los afiliados
- Carnetización de los afiliados

- Contrato firmado para la prestación de servicios con cada PSS
- Red de servicios definida por cada ARS (SENASA)
- Proceso de facturación establecido y funcionando en cada PSS y en la ARS (SENASA)
- Procedimientos técnicos, operativos y administrativos aplicados para la contratación de auditoría de servicios entre el SENASA y las PSS.
- Mecanismos de gestión administrativa y financiera funcionando en el SENASA y en las PSS.

Este indicador se midió en 2006 mediante una encuesta a actores claves del sistema (focus group).

Calidad de los servicios, percepción sobre su evolución: mide el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud ofrecidos por los hospitales de la Región V, mediante una encuesta representativa y aleatoria a usuarios que acababan de ser atendidos en diversos servicios de la institución.

Nivel de Gestión, percepción sobre su evolución: evalúa el desarrollo percibido por los principales directivos de las instituciones de salud la Región V en cuanto a la capacidad gerencial en aspectos tales como: manejo del recurso humano, planeación, liderazgo, control de calidad, mercadeo, manejo de sistemas de información, mecanismos de comunicación organizacional y participación social. Este indicador se midió en 2002, 2003, 2005 y 2007.

Nivel de Autonomía, percepción sobre su evolución: evalúa el desarrollo percibido por los principales directivos de las instituciones de salud la Región V en cuanto a su capacidad para tomar decisiones sin la injerencia de actores externos a ellas, en aspectos tales como manejo del recurso humano, planeación, control de calidad, mercadeo, manejo de sistemas de información, entre otros. Este indicador se midió en 2002, 2003, 2005 y 2007.

Indicadores de Contexto, evolución según la ENDESA: analiza la evolución de tres indicadores generales que reflejan el impacto en la población del nuevo sistema de seguridad social. El primero es la probabilidad de estar asegurado, el segundo la probabilidad de acceder a servicios de salud habiéndolos buscado y el tercero el gasto de bolsillo de los hogares en servicios de salud como proporción de su ingreso total. Estos tres indicadores se analizaron por quintiles de ingreso y en cada una de las 9 regiones del país. Se utilizó para ello las encuestas ENDESA de los años 1996, 2002 y 2007.

3.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Al observar los resultados obtenidos en los diferentes indicadores, no cabe duda del progreso alcanzado. Esto señala de alguna manera la pertinencia y efectividad de las acciones de apoyo emprendidas por el Proyecto REDSALUD en las entidades de salud de la Región Este, así como también la bondad del nuevo modelo de reforma que apenas comienza.

De otro lado son destacables otros resultados evidenciados en la Región Este durante el período de ejecución del Proyecto REDSALUD. De acuerdo a la encuesta ENDESA del 2007 las coberturas de vacunación en la Región Este son de las más altas del país además de haber sido las que más mejoría mostraron cuando se comparan con la encuesta ENDESA del 2002. Esto reafirma el slogan operativo del Proyecto que rezaba: “si mejora la gestión, mejoraran los servicios y sus resultados”.

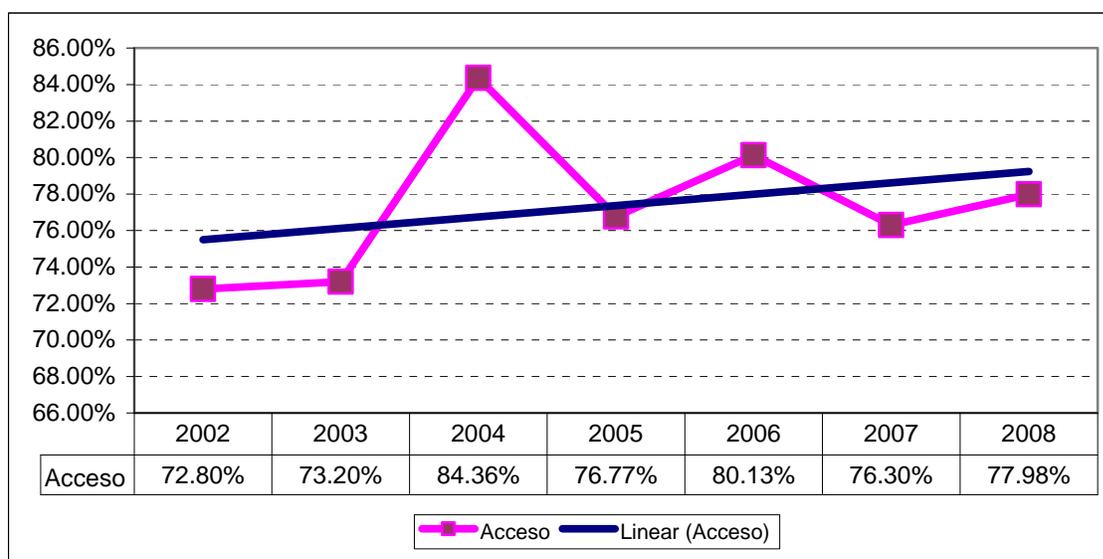
De la misma manera, los análisis comparativos realizados a las ENDESA 1996, 2002 y 2007, señalan que la Región Este ha mejorado más que las demás regiones del país, en cuanto a las coberturas y la equidad en el acceso a servicios de salud, a la probabilidad de estar asegurado al sistema de salud y en cuanto al gasto de bolsillo que los hogares realizan en este rubro.

A continuación se hará un análisis particular de los resultados observados en cada uno de los indicadores seleccionados.

Acceso a servicios de salud

Este indicador fue construido con la finalidad de evaluar en qué medida las personas más pobres podían acceder a más servicios de salud ofrecidos por los hospitales públicos. Este indicador refleja de manera directa el mejoramiento de la capacidad de respuesta de estas instituciones a la demanda por mayores servicios de salud, que supuestamente se debería dar por efecto de la reforma, al eliminar el cobro de los servicios para los pacientes afiliados al régimen subsidiado, factor que se constituía en una de las principales barreras de acceso a los servicios por las personas más pobres.

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD A HOSPITALES PÚBLICOS REGIÓN ESTE 2002- 2008



Fuente: Formulario 67^a y vacunas

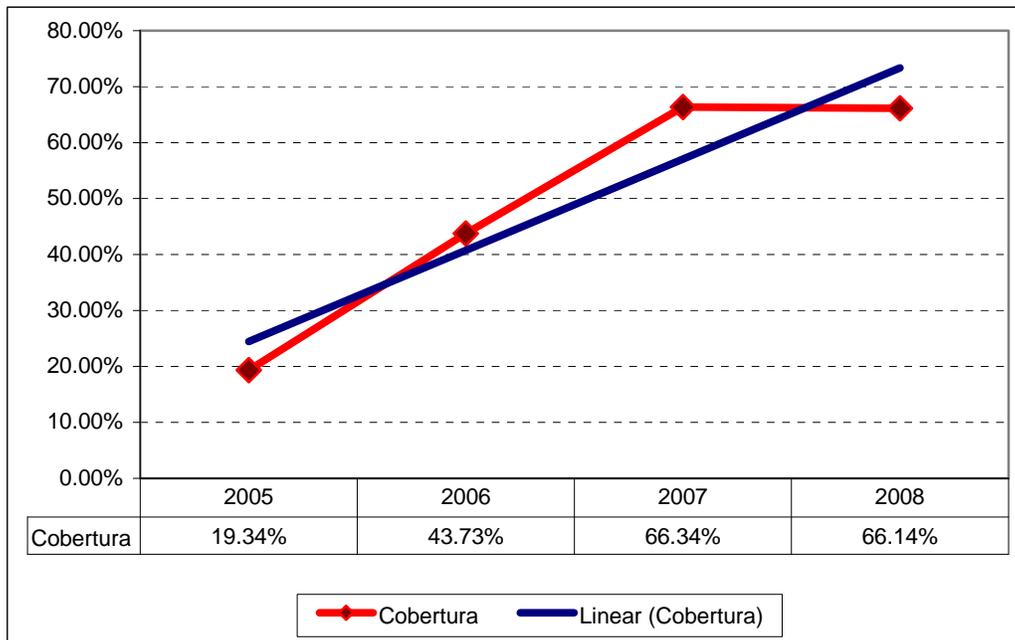
Se observa una tendencia creciente en el acceso a los servicios de salud, no obstante, pueden existir una serie de factores que podrían distorsionar la interpretación de sus resultados. Aunque se refleja una mayor producción de servicios en las instituciones públicas de salud y por ende un supuesto mayor acceso de las personas más pobres, en realidad esto no podría ser del todo cierto por las siguientes razones. El primer problema y quizás el más relevante se origina con la calidad de los datos debido a la precariedad de los sistemas de recolección y almacenamiento de información, situación que es común a todas las instituciones públicas, algo que tiende a corregirse en la medida que se utilicen herramientas informáticas y se automatizan y estandarizan los procesos de recolección y almacenamiento de datos como lo hizo el Proyecto en la Región Este. De otro lado es común observar que una proporción importante de los usuarios de los hospitales públicos, no corresponden a las personas más pobres, como efectivamente lo sustentan los resultados de las encuestas ENDESA, por lo que es posible que

usuarios de otros regímenes o personas con capacidad de pago estén acudiendo en mayor proporción a los hospitales públicos ante la mejoría evidente de su disponibilidad y calidad, como efectivamente se refleja en las encuestas de satisfacción de usuarios. Por este motivo en un futuro el acceso debería evaluarse en función de la condición de aseguramiento del usuario que solicita el servicio.

Cobertura en el Régimen Subsidiado

Este indicador se comenzó a medir una vez se dio inicio al régimen subsidiado, el cual de alguna manera refleja que el beneficio del aseguramiento si está llegando efectivamente a las personas más pobres, y que por lo tanto al no tener que pagar por los servicios requeridos, deberían hacer un mayor uso de éstos. Las fuentes de información que se utilizan para este indicador son altamente confiables.

COBERTURA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO REGIÓN ESTE 2005 - 2008



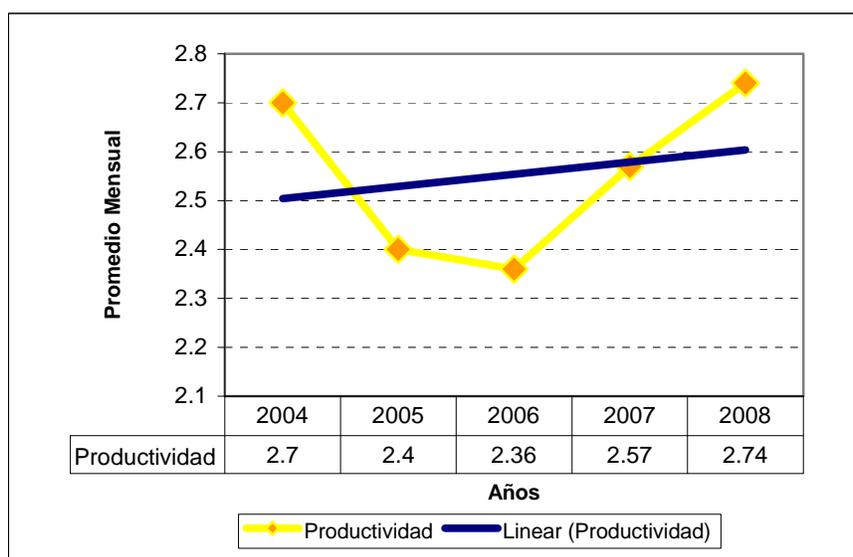
Fuente: SENASA Régimen Subsidiado

En la cobertura del régimen subsidiado se observa una tenencia creciente en los primeros años de 2005 al 2007, estabilizándose en el 2008.

Productividad del recurso humano

Este indicador señala que sí hay una mejoría en la utilización de los recursos, en este caso del recurso profesional de que disponen las instituciones públicas de salud evaluadas. No obstante, estos datos también pueden verse afectados por los problemas de confiabilidad en los sistemas de información, algo que como ya se mencionó tiende a corregirse en la medida que se utilicen herramientas informáticas y se automaticen y estandaricen los procesos de recolección y almacenamiento de datos, proceso que efectivamente apoyó el Proyecto REDSALUD con sus diversas herramientas en especial el Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria –SIGHO–.

PRODUCTIVIDAD DEL RECURSO HUMANO EN HOSPITALES PÚBLICOS REGIÓN ESTE 2002, 2004 Y 2008



Fuente: Tabla de costeo 2004 y formulario 67ª (año 2005 y 2008)

La gráfica anterior señala la tendencia de la productividad. La mejoría se hace más notoria a partir del año 2006. Esto es el resultado de un mejoramiento en la gestión de los servicios de salud que da lugar a una mejor utilización de los recursos disponibles.

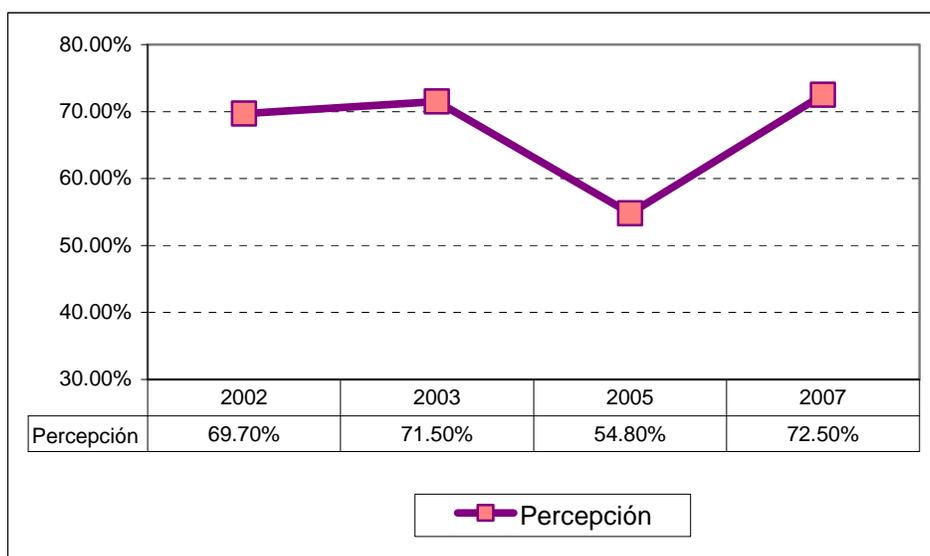
Hitos, percepción sobre la evolución de la reforma

La encuesta de percepción sobre la evolución de algunos aspectos que se consideraban en su momento hitos en el desarrollo del nuevo sistema, refleja de un moderado a bajo optimismo (59% en promedio) entre los directivos pertenecientes a entidades de los principales actores del sistema, como eran gobierno, entidades de control, aseguradores públicos y privados así como proveedores públicos y privados. Estos resultados eran apenas normales dado el nivel de incertidumbre que en ese momento se cernía sobre el sistema, el cual apenas comenzaba con grandes dudas en el régimen subsidiado y no había una fecha definida para su inicio en el régimen contributivo, dados los enormes conflictos existentes entre los principales actores y el poco liderazgo del gobierno. No obstante todos estos obstáculos iniciales fueron superados, por lo que ya no tenía sentido volver a realizar esta encuesta.

Calidad de los servicios, percepción sobre su evolución

Es igualmente evidente la mejoría en la percepción de calidad que los usuarios de los servicios de salud de las instituciones públicas de la Región Este tienen de los servicios recibidos. Las diferentes mediciones que se hicieron a través del tiempo (2002, 2003, 2005 y 2007) permitieron evidenciar la evolución de las entidades analizadas, así como también hacer comparaciones entre ellas. Cabe destacar que la percepción captada se refería a aspectos objetivos de la prestación del servicio, como por ejemplo el tiempo de espera, la comodidad del sitio, las explicaciones o indicaciones recibidas, lo que permite tener una noción más certera de lo que efectivamente sucedió. De otro lado es coincidente que las instituciones que obtuvieron mejores calificaciones de parte de sus usuarios, son precisamente las que igualmente obtuvieron mejores notas en cuanto a indicadores de acceso, productividad, gestión y autonomía, lo que reafirma la teoría de que la gestión de recursos y la calidad de los servicios van de la mano.

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE EL SERVICIO DE HOSPITALES PÚBLICOS REGIÓN ESTE 2002-2007

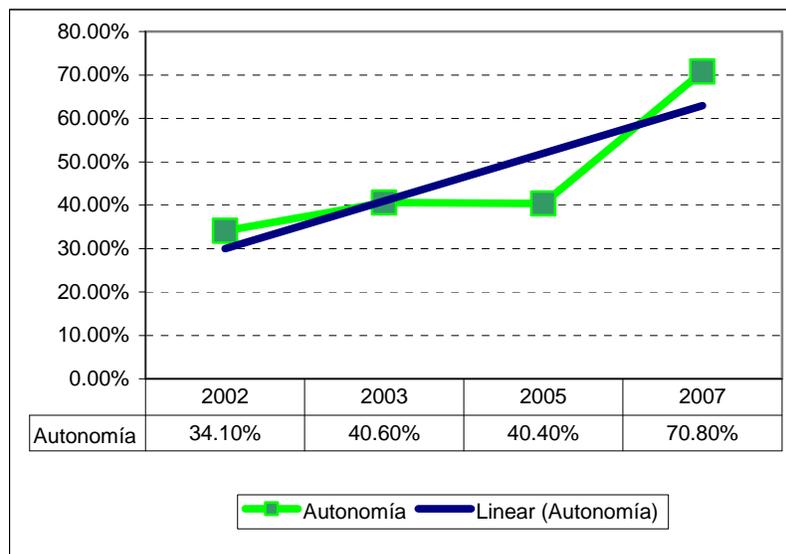


Fuente: Encuesta a usuarios

Nivel de Gestión y de Autonomía, percepción sobre su evolución

Aunque la Percepción acerca del nivel de gestión y el Nivel de autonomía observado en las entidades de salud de la Región Este, son dos indicadores completamente diferentes, se analizan de manera conjunta debido a que su elaboración tiene el mismo origen (entrevista a los principales directivos de las instituciones) y fue realizada en el mismo momento. Los resultados obtenidos señalan con claridad un avance significativo en ambos aspectos, lo que refleja de manera positiva el esfuerzo realizado por el Proyecto REDSALUD. En buena medida parte de la mejoría observada, es el resultado de la disponibilidad creciente de recurso humano capacitado en el Postgrado Gerencia de Servicios de Salud (más de 120 profesionales al finalizar el Proyecto), lo que sin duda contribuye a una gestión institucional de mayor calidad. Igualmente y como ya se mencionó, las instituciones con mejores resultados son aquellas mismas que tienen logros similares en los demás aspectos evaluados, reafirmando la estrecha relación entre buena gestión, buena calidad y buenos resultados.

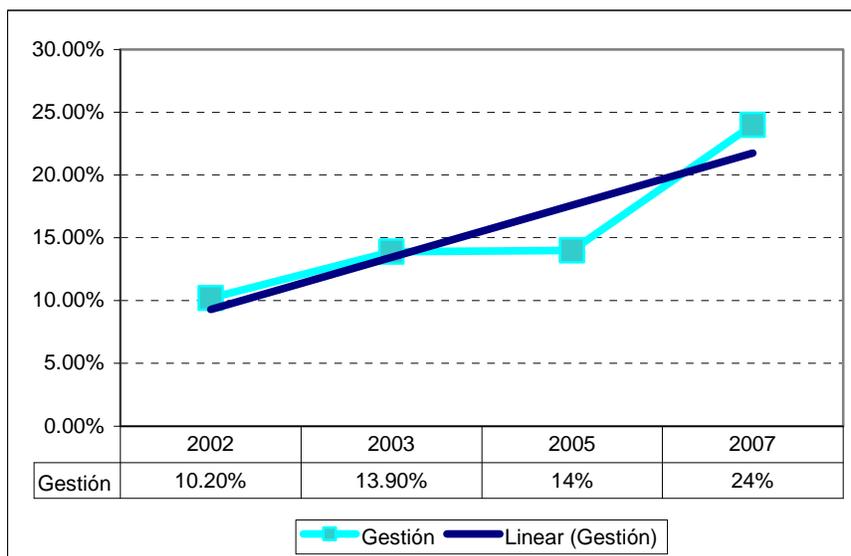
PERCEPCIÓN SOBRE EL NIVEL DE AUTONOMÍA HOSPITALES PÚBLICOS REGIÓN ESTE 2002 - 2007



Fuente: encuesta a Personal Directivo de los Hospitales

Como se observa en la gráfica, el nivel de autonomía de los hospitales ha aumentado, ya que se ha capacitado al personal para que se sientan seguros y tengan mejores herramientas para la toma de decisiones.

PERCEPCIÓN SOBRE EL NIVEL DE GESTIÓN EN HOSPITALES PÚBLICOS REGIÓN ESTE 2002 - 2007



Fuente: encuesta a Personal Directivo de los Hospitales

Al igual que el Índice de Autonomía el de gestión muestra una tendencia creciente en el periodo de tiempo del proyecto. Cuando se le pregunta al nivel directivo de los hospitales se observan mejoras.

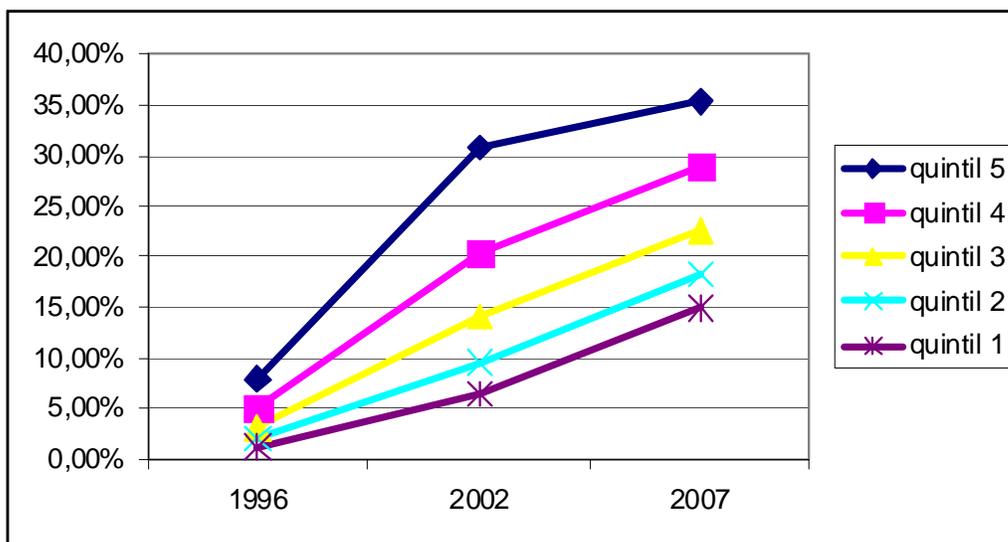
Indicadores de Contexto. Informe Universidad del Rosario

Este informe presenta los resultados del análisis comparativo de las Encuestas Demografía y Salud de la República Dominicana (ENDESA) correspondientes a los años 1996, 2002 y 2007. Allí se evalúan los avances en las coberturas y la equidad en el aseguramiento, el acceso a servicios y el gasto de bolsillo en servicios de salud como proporción del ingreso de los hogares; que pueden haberse producido como resultado de la reforma en salud iniciada en el año 2001. Igualmente con éste estudio se pretendía analizar éstas mismas variables en la Región Este del país, la cual recibió apoyo de la USAID desde el año 2000 mediante el Proyecto REDSALUD.

Las tres variables analizadas, i) probabilidad de estar asegurado al sistema de salud, ii) probabilidad de acceder a servicios de salud habiéndose sentido enfermo, y iii) gasto de bolsillo en salud como proporción del ingreso del hogar; fueron analizadas para cada uno de los quintiles de ingreso, comparando la Región Este con el promedio del país (incluida la Región Este) y con el resto del país (sin incluir ésta Región).

Los resultados analizados para las tres encuestas ENDESA muestran avances importantes para todo el país en la cobertura de aseguramiento y en el acceso a servicios de salud, así como también en la equidad en estos dos componentes.

AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD, 1996 AL 2007



En cuanto al gasto de bolsillo también se encuentra que ha disminuido para todos los hogares y su regresividad ha disminuido.

GASTO DE BOLSILLO EN SALUD COMO PROPORCIÓN DEL INGRESO, POR REGIÓN, 1996-2007

Región	1996	2002	2007
0	11,26%	6,88%	6,54%
I	15,11%	9,01%	7,15%
II	19,56%	11,54%	8,69%
III	16,25%	11,01%	8,18%
IV	10,18%	7,80%	6,30%
V	11,43%	7,43%	6,56%
VI	10,35%	7,88%	5,86%
VII	15,72%	10,35%	8,25%
VIII		10,60%	8,92%

Estos hallazgos sugieren un efecto positivo del aseguramiento sobre el acceso a los servicios de salud y sobre el gasto de bolsillo. A pesar de que las ganancias han sido similares en todos los quintiles de ingreso, los índices de concentración de acceso a servicios de salud muestran que se ha pasado de un patrón pro-rico a uno pro-pobre, es decir, los índices de concentración han disminuido hasta volverse negativos señalando claramente que la reforma ha beneficiado más a los pobres.

El aseguramiento en sí mismo también ha mostrado una evolución positiva, pues a pesar de que todos los quintiles de ingreso han ganado en cobertura, los índices de concentración muestran una tendencia decreciente, lo que significa que el patrón pro-rico se ha venido disminuyendo.

Estos resultados sugieren que la reforma instaurada mediante la Ley 87 de 2001, ha tenido indiscutiblemente un impacto positivo en la cobertura y la equidad en el acceso a los servicios de salud, en el aseguramiento y en el gasto de bolsillo.

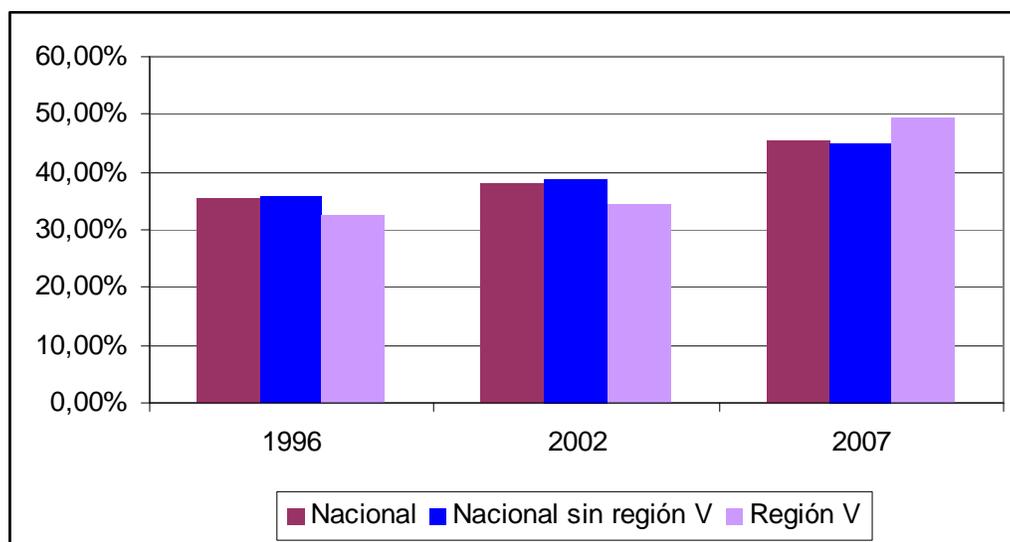
Al analizar comparativamente la Región Este se observan resultados similares a los del resto del país. No obstante, la evidencia señala que allí algunos de los logros han sido diferentes al resto del país. En cuanto al acceso a servicios de salud, se observa que en general aumentó la proporción de personas que buscaron atención médica en todos los quintiles de ingreso, sin embargo, en la Región V el incremento fue mucho mayor para los quintiles 1 y 2 que para los quintiles 4 y 5.

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE BUSCARON ATENCIÓN EN SALUD, POR QUINTILES DE INGRESO, 1996 AL 2007

	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Toda la Población
1996						
Nacional	32,67%	29,76%	36,25%	36,80%	39,69%	35,51%
Nacional sin Región V	32,76%	29,35%	37,30%	36,67%	40,69%	35,83%
Región V	31,97%	33,33%	28,95%	37,74%	32,08%	32,72%
2002						
Nacional	36,45%	37,50%	38,50%	40,85%	38,43%	37,99%
Nacional sin Región V	37,40%	38,13%	39,36%	41,78%	39,43%	38,70%
Región V	32,07%	34,57%	34,71%	36,57%	34,04%	34,33%
2007						
Nacional	46,22%	47,86%	46,37%	46,59%	44,51%	45,52%
Nacional sin Región V	45,13%	46,89%	46,38%	47,23%	43,50%	44,96%
Región V	52,27%	53,27%	46,28%	42,94%	50,77%	49,25%

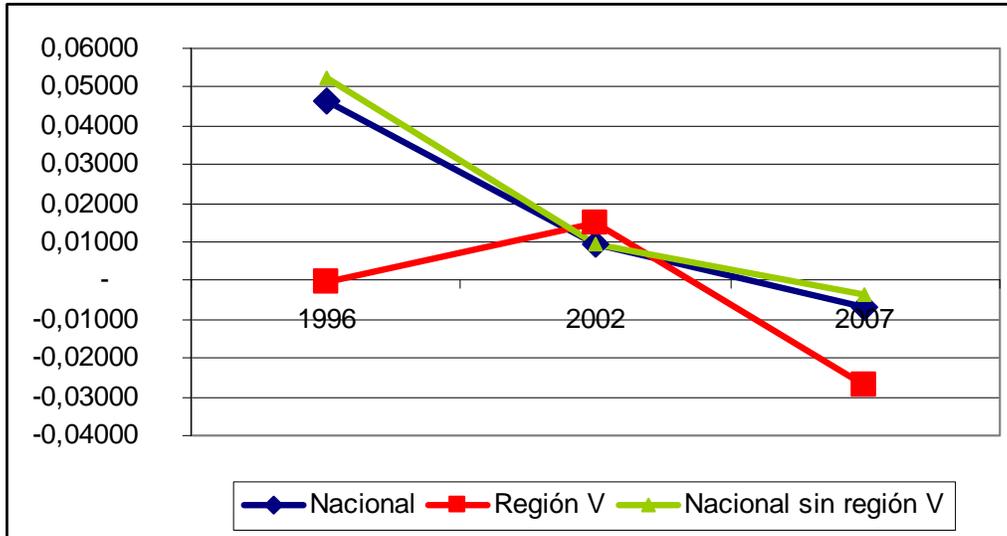
De estos resultados se deduce que ha habido una tendencia general hacia la mayor equidad en el acceso a los servicios de salud. No obstante, la equidad en el acceso es mejor en la Región V que en el resto del país. Esta pasó de estar por debajo del promedio nacional en 1996 y 2002 (32,72% vs. 35,51% y 34,33% vs. 37,99% respectivamente), a ser muy superior en 2007 (49,25% vs. 45,52%).

PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE CONSULTÓ A INSTITUCIÓN DE SALUD, 1996 AL 2007



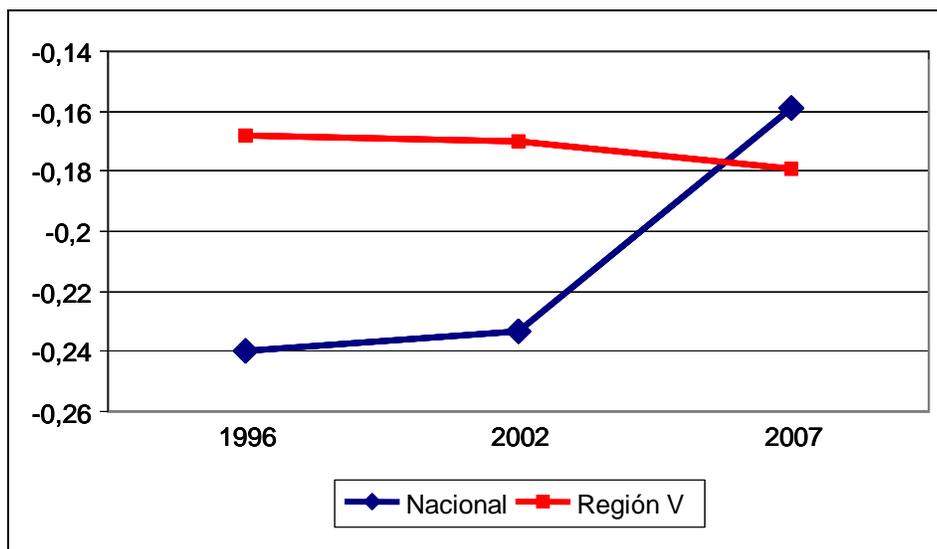
Aunque la mejoría en la equidad en el acceso a los servicios tiende a converger con el resto del país, el índice de concentración continúa siendo mejor en la Región Este, donde además de ello la tendencia se revierte a partir de 2002.

ÍNDICES DE CONCENTRACIÓN PARA ACCESO A SERVICIOS DE SALUD



Igualmente hay que mencionar otros hallazgos en los resultados observados en la Región Este. En cuanto al gasto de bolsillo, el análisis del índice de Kakwani muestra que además de que ha disminuido la proporción del ingreso que se gasta en salud, su distribución se ha hecho menos regresiva (menos negativa) a nivel nacional, como se puede observar en la figura 24. Sin embargo, la Región V aún sigue conservando el mismo patrón de regresividad, con una leve tendencia hacia una mayor regresividad, lo que podría sugerir que la identificación de las personas más pobres y la entrega de los subsidios no ha sido la más efectiva en esta Región.

ÍNDICE DE KAKWANI



4. LECCIONES APRENDIDAS

El trabajo adelantado durante los años de duración del proyecto REDSALUD, incluyó una convivencia estrecha y profunda en el día a día de las labores que se adelantaban en las instituciones públicas de la región Este, deja múltiples enseñanzas, algunas de las cuales y tal vez las más importantes son descritas a continuación:

- 1. Abordar simultáneamente el desarrollo gerencial y el desarrollo clínico-científico.**
Quizás la lección aprendida más importante radica en reconocer la importancia y conveniencia de realizar un abordaje integral cuando se quiere apoyar el desarrollo y mejoramiento de un sistema, programa o servicio de salud. La integralidad en el abordaje consiste en este caso, en adelantar simultáneamente en un mismo servicio o programa de salud, acciones tendientes a mejorar la capacidad de gestión de los recursos y la capacidad de respuesta frente a las demandas de la población, junto con acciones enfocadas a mejorar los aspectos clínico-científicos del proceso de atención. Esta acción conjunta genera un resultado mucho mayor que si estas acciones se llevaran a cabo de manera separada y en momentos diferentes, además de que reduce la dispersión y duplicación de esfuerzos así como el debilitamiento de la unidad en la gestión y el control institucional.
- 2. Integrar en el desarrollo institucional los niveles directivos y operativos del sistema.** La segunda lección aprendida de acuerdo a su importancia, radica en igualmente reconocer la importancia y la conveniencia de trabajar simultáneamente en el nivel de dirección y control del sistema de salud, con el nivel operativo del mismo. Cuando se apoya el desarrollo y mejoramiento de herramientas de gestión de los recursos y calidad en los servicios, es necesario que el nivel de dirección y control del sistema de salud, encargado de dictar las normas y crear los parámetros, lo haga trabajando estrechamente y en el día a día con quienes deben aplicarlas o cumplirlas. Es el caso de las Direcciones del Ministerio de Salud trabajando en estrecha coordinación con las Direcciones Provinciales de Salud y los proveedores de servicios encargados de ponerlas en práctica. Esto facilita la comprensión de las medidas propuestas, incentiva la creatividad en los equipos de trabajo, estimula el trabajo en equipo y hace más fácil su posterior cumplimiento.
- 3. Estimular la participación en la identificación de los problemas y en el planteamiento de las soluciones.** Aunque parezca obvio y sin sentido mencionarlo, el primer paso en la dirección correcta hacia la solución de los problemas radica en entender que su identificación y planteamiento debe partir de quien los padece. Es común ver como muchas acciones de apoyo ofrecidas ya vienen estructuradas sobre supuestos problemas no discutidos detenidamente con quienes los enfrentan a diario. Esta, conjuntamente con las lecciones aprendidas siguientes, ha sido quizás una de las estrategias que más réditos positivos le ha traído al Proyecto REDSALUD, y que se evidencia en el sentido de pertenencia que expresan los funcionarios cuando se visitan sus instituciones.
- 4. Identificar y empoderar los líderes naturales del cambio.** Una vez se adopta el camino de estimular y facilitar la participación, es fundamental continuar con el proceso de identificar al (los) líder(es) naturales que existen en las instituciones, que no son necesariamente los dirigentes formales comúnmente elegidos por razones diferentes a su conocimiento y capacidad de liderazgo, a quienes se les debe brindar todo el apoyo y motivación necesaria para que puedan ejercer exitosamente su labor y logren empoderarse de las acciones de cambio que se requieren. Lograrlo es garantizar en buena medida el sostenimiento futuro de las iniciativas de cambio.

5. **Acompañar y monitorear hasta su adopción institucional los procesos de cambio.** Pero no menos importante que los dos pasos anteriormente descritos, es la necesidad de mantener un monitoreo y acompañamiento prolongado a los líderes, equipos de trabajo y estrategias o herramientas puestas en marcha, hasta tanto éstas hayan sido incorporadas en la rutina diario de trabajo. Si esto no se logra, muy seguramente las estrategias o herramientas de cambio finalizarán una vez finalice el apoyo. La experiencia enseña que entrenar el personal no es garantía del cambio ni de su sostenibilidad, a menos que se acompañe de monitoreo y apoyo permanente.
6. **Apoyar la creación de experiencias a imitar que se conviertan en banderas del cambio.** De la misma manera, conjuntamente con las lecciones aprendidas descritas en los puntos anteriores, es fundamental crear experiencias reales con personajes reales, que puedan ser mostradas y analizadas, que se utilicen para resolver problemas de la rutina diaria teniendo en cuenta las deficiencias y limitaciones propias de cada institución o servicio. Además estas experiencias reales se convierten en banderas del cambio, que sirven para motivar y promover procesos similares así como ser utilizados como la base para el entrenamiento y desarrollo de nuevo personal en otros servicios o instituciones. No se trata de crear las tradicionales experiencias piloto, las cuales tienden a ser experimentos en condiciones ideales, o al menos en condiciones que no son las propias a las que se enfrentan a diario las instituciones, razón por la cual resultan difícilmente replicables.
7. **Incentivar el desempeño de líderes y equipos de trabajo.** Generando procesos de emulación entre distintas entidades y servicios, los cuales deben ser monitoreados de manera permanente así como evaluados y calificados en diferentes etapas de su desarrollo, con la finalidad de identificar las mejores experiencias, las cuales deben ser premiadas y reconocidas en público, lo que sin duda alguna ayuda a mejorar la autoestima y la confianza en su propia capacidad para resolver los problemas.
8. **Utilizar experiencias de países similares como puntos de referencia para el aprendizaje.** La utilización de experiencias de reforma similares a la Dominicana, como es el caso de Colombia, que además posee unas condiciones socioeconómicas equiparables, fue de gran valor en el proceso de aprendizaje y reconocimiento al desempeño del recurso humano. Visitar y conocer de cerca una experiencia de reforma similar en un país similar, fue de un enorme valor por que permitió aprender como se hizo, qué dificultades debieron superar y cuales persisten y los principales retos. Este es un invaluable punto de referencia que permitió sacar conclusiones y adoptar metodologías que tuvieron un gran impacto en el proceso desarrollado en la Región Este.

5. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se generan de este proceso de cambio apoyado por el Proyecto REDSALUD, van dirigidas tanto a la USAID como a las propias autoridades de salud del país. Ellas se basan en buena medida en las lecciones aprendidas que fueron descritas en el punto anterior, y con las cuales se pretende estimular el uso de prácticas y estrategias adecuadas a las condiciones de cada país, orientadas a generar desarrollo y por ende su sostenimiento futuro sin la necesidad de apoyo externo.

1. Concentrar los esfuerzos en determinadas zonas geográficas que cumplan ciertos requisitos, tales como homogeneidad cultural y poblacional; que cuenten con entidades de salud de diverso tipo y nivel que hagan o puedan hacer parte de una misma red de servicios; y que además muestren disposición y compromiso a adelantar por su propia iniciativa procesos de cambio.
2. Garantizar continuidad y coherencia en el apoyo, buscando que los cambios introducidos mediante nuevas herramientas y estrategias alcancen a ser adaptados y adoptados en la rutina diaria de trabajo de las instituciones o servicios, y que a su vez se constituyan en motores del mejoramiento continuo. De otro lado los esfuerzos de apoyo debe ser siempre coincidentes con la visión de desarrollo de mediano y largo plazo que tenga el país.
3. Estimular la sistematización y automatización de los procesos, en especial para el manejo de la información básica requerida para ofrecer un buen servicio. En la actualidad, dada la complejidad de los servicios, es imposible hacer una gestión eficiente de los recursos si no se cuenta con este tipo de tecnologías, teniendo en cuenta además condiciones como su bajo costo, disponibilidad en el mercado, fácil acceso y manejo por personal no especializado.
4. Combinar siempre el entrenamiento del recurso humano con el monitoreo y acompañamiento de los procesos. Entrenar y capacitar el recurso humano no garantiza la puesta en marcha de las estrategias y herramientas de cambio, ni mucho menos su sostenibilidad. El éxito de los procesos de cambio depende de la utilización simultánea de ambos.
5. Homogenizar los procesos de diseño y puesta en marcha de las estrategias y herramientas de cambio, con la finalidad de facilitar su desarrollo, garantizar que se puedan comparar, y facilitar el análisis de la información con la cual se puedan ajustar a las condiciones cambiantes.
6. No separar de los programas de salud los ejes transversales que soportan su desarrollo. No debería existir una separación en la puesta en marcha de acciones para mejorar los tradicionales programas de salud (materno infantil, VIH-SIDA, TB, entre otros) y los ejes transversales comunes a su desarrollo, tales como los sistemas de información, la gestión de los recursos, el proceso de atención al usuario y el manejo del recurso humano.
7. Enfocar el apoyo hacia el desarrollo de las instituciones, no hacia los programas o servicios de salud, a fin de evitar el debilitamiento de las estructuras de gestión y control, la duplicación y uso inadecuado de recursos así como la desarticulación del proceso de atención integral.
8. Promover el intercambio sur- sur dentro del proceso de aprendizaje, de tal forma que se pueda contar con puntos de referencia acordes a las condiciones de desarrollo del país y que además facilite la adopción de procedimientos y estrategias que respondan a ello, asegurando su fácil puesta en marcha y su sostenibilidad futura.

ANEXO I. ÍNDICE DE PERCEPCIÓN SOBRE LA GESTIÓN Y AUTONOMÍA EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DE LA REGIÓN ESTE

RESULTADOS DE LA ENCUESTA PARA MEDIR LA PERCEPCIÓN DE LOS DIRECTIVOS SOBRE LA CAPACIDAD DE GESTIÓN Y NIVEL DE AUTONOMÍA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD DE LA REGIÓN V.

La **encuesta sobre percepción de la capacidad de gestión y autonomía** aplicada a los principales directivos de las instituciones de salud de la Región V del país, fue realizada durante los meses de mayo a julio del 2007 y es la cuarta de una serie de mediciones realizadas en los años 2002, 2003, 2005, permitiendo analizar cambios en estos procesos durante un período de cinco años.

El análisis se realiza midiendo el comportamiento de algunos hitos o hechos claves en áreas de gestión y autonomía institucional, que permiten luego construir un indicador que resume el comportamiento de 59 variables utilizadas para valorar el comportamiento de los aspectos investigados. Los datos fueron obtenidos mediante entrevistas realizadas a los tres (3) directivos de mayor jerarquía según el organigrama de los 14 hospitales, las cinco Direcciones Provinciales de Salud y la Dirección Regional, sumando en total 20 instituciones de salud de la SESPAS en la región V que fueron objeto del estudio.

Los resultados obtenidos luego de construir el **Índice Global de Percepción sobre la capacidad de Gestión y Autonomía (IGP)** y analizar las variables claves en las diferentes mediciones realizadas, permiten concluir, según la opinión de sus directivos, que entre el 2002 y el 2007, las instituciones de salud de la Región V estudiadas han cambiado de manera positiva la forma en que históricamente han sido gestionadas.

Algunos de los resultados más destacados que permiten sustentar la afirmación anterior son los siguientes:

- En el 2007 todas las instituciones habían definido y tenían por escrito la misión y visión, duplicando las que en el 2002 habían sido capaces de hacer lo mismo, tarea que le da sentido al accionar individual y colectivo (la misión) y el norte estratégico de lo que pretenden ser (visión). Esta misión y visión institucional estaba colocada en un lugar visible en 16 de las 20 instituciones visitadas.
- El porcentaje de directivos que informó que sus instituciones contaban con un instrumento que guiaba su accionar pasó de un 70.2% en el 2002 a un 82.3% en el 2007 y en éste último año 19 de 20 centros analizados habían formulado su Plan Operativo.
- El uso de las Encuestas de Satisfacción de usuarios pasó a formar parte del quehacer institucional en esos cinco años. Mientras en el 2002 apenas dos instituciones utilizaban esta herramienta como mecanismo de control de la calidad de los servicios que prestan, en la actualidad (2007) 18 de 20 lo hacen.

- El interés por mejorar la gestión del recurso humano también es evidente. Las instituciones que preguntan a sus empleados que tan satisfechos se encuentran, se multiplicaron por cinco durante el período 2002 al 2007, pasando de dos instituciones en el año base a 11 en la actualidad.
- Las instituciones no sólo se han limitado a preguntar por los niveles de satisfacción de sus empleados. Han ido más allá realizando inversiones para mejorar los espacios de trabajo y equiparlos adecuadamente. El 95.2% de los directivos encuestados informó que habían hecho mejoras tanto en planta física como en equipamiento. También han comenzado a vigilar el desempeño de sus recursos humanos y a sancionar o premiar los resultados obtenidos en las evaluaciones. Según el 40.3% de los directivos en las instituciones que dirigen, se aplican diferentes instrumentos para evaluar el cumplimiento de los objetivos de trabajo acordados; un porcentaje similar informó de la existencia de Consejos Disciplinarios señalando que en la mitad de estos últimos se habían llevado a cabo algunos procesos.
- Un gran desafío pendiente está en el proceso de contratación de los RRHH del sector público, pues según el 98.0% de la población encuestada “las recomendaciones de políticos u otros niveles” continua siendo la norma de selección de personal más utilizada.
- Aunque con grandes desafíos, el proceso de mejora para la compra y venta de servicios es también notoria. Mientras en el 2002 apenas un 6.9% de los directivos dijo que en sus instituciones existía un área de compra y venta de servicios, en la última encuesta realizada este porcentaje se elevó a un 29.0%. Es destacable que el 77% tiene escrita su cartera de servicios.
- En resumen, el IGP indica que el proceso de mejora de la capacidad de gestión es notorio. Durante el período 2002 al 2007, el valor de este índice para la Región en su conjunto pasó de 22.1% en el 2002 a 63.7% en el 2007, el cual al ser ajustado por el grado de verificación mantiene la tendencia, aumentando de 11.7% a 28.2% durante el período.
- Las provincias en las cuales el valor del IGP fue superior el promedio regional fueron La Romana (23.8% en el 2002 a 67.5% en el 2007) y San Pedro de Macorís (21.5% a 66.2% durante el mismo período).
- A nivel de las instituciones locales rectoras del sistema, la Dirección Provincial de San Pedro de Macorís y la Dirección Regional de Salud fueron las que tuvieron un mejor desempeño en el 2007, logrando desplazar a la DPS de La Romana que en el 2005 obtuvo en el primer lugar de acuerdo al valor del IGP.
- Entre los proveedores de servicios, lograron ubicarse en los cuatro primeros lugares el Hospital Municipal de Miches, el Hospital Provincial Dr. Fco. A. Gonzalvo, el Hospital Nuestra Sra. De la Altagracia de Higüey y el Hospital Dr. Alejo Martínez de Ramón Santana. Estos centros de salud superaron el nivel de desempeño alcanzado en el 2005 por el Hospital Dr. Leopoldo Martínez de Hato Mayor que en ese año obtuvo el primer lugar.
- Finalmente, se recomienda reforzar en el desarrollo de aspectos que ayudarán a mejorar aún más la situación de las instituciones, entre los que se destacan avanzar en la automatización de los sistemas de información tanto clínicos como financieros, en el establecimiento de sistemas de tarifas, en el uso de metodologías para análisis de competencia, en el uso de instrumentos para la entrega de incentivos a los prestadores y en la transición de los procesos de financiamiento de oferta a demanda en la prestación de servicios.

ANEXO 2. ÍNDICE DE PERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DE LA REGIÓN ESTE

RESULTADOS DE LA ENCUESTA PARA MEDIR LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD ENTRE USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, VACUNACIÓN Y EMERGENCIAS EN 14 HOSPITALES DE LA REGIÓN V DE SALUD.

La **encuesta sobre percepción de la calidad de los servicios de salud** fue realizada durante el mes de mayo del 2007 en una muestra probabilística de 680 usuarios de los servicios de consulta externa, emergencias y vacunación en los 14 hospitales de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la Región V de Salud o zona Este de la República Dominicana. Tres encuestas similares con los mismos objetivos fueron realizadas entre usuarios de una muestra de 90 establecimientos de salud en los años 2002, 2003 y 2005

El análisis que se presenta en este resumen del trabajo se realiza comparando el comportamiento en los 14 hospitales de cuatro aspectos claves incluidos en la encuesta a saber: tiempo de espera, trato recibido por el personal del centro de salud que le prestó el servicio, condiciones del área de espera y opinión sobre el horario del servicio. Además, se incluyó la valoración general que los usuarios hicieron de manera espontánea de los servicios recibidos. Un indicador resumen de las variables investigadas fue construido, el cual se denominó “Índice de Satisfacción de Usuarios-ISU-”.

Los resultados de la prueba de diferencia de medias, t de student, muestra un incremento en el Índice de Satisfacción de Usuarios de 69.7% en el 2002 a 72.5% en el 2007 en el promedio general de los 14 hospitales, hecho altamente significativo a pesar de las limitaciones que enfrentan estas instituciones.

En cuanto a algunos aspectos específicos de la encuesta que fueron evaluados, el porcentaje de los usuarios que expresó volvería al centro de salud donde fue atendido se mantiene por encima del 90% y quienes recomendarían el hospital supera el 85% durante todo el período.

Ahora bien, el cambio ocurrido no siempre fue en el mismo sentido ni en igual magnitud en todos los centros de salud. Los hospitales Dr. Francisco A. Gonzalvo de la Romana y Dr. Alejo Martínez de San Pedro de Macorís fueron los que lograron el mejor desempeño durante estos cinco años. Los resultados de la prueba estadística aplicada evidencian que el incremento en el Índice de Satisfacción de Usuarios de 70.3% a 80.7% en el Alejo Martínez y de 69.2% a 81.5% en el Gonzalvo fueron altamente significativos.

Asimismo, no todos los centros de salud incluidos en este estudio tuvieron el mismo comportamiento en las diferentes variables estudiadas:

Mientras el tiempo de espera es un problema aun pendiente de resolver en sentido general, el 40% los pacientes de los hospitales de la provincia de la Romana, Leopoldo Martínez de Hato Mayor, Lagunas de Nisibón, Evangelina Rodríguez de San Rafael del Yuma y Alejo Martínez de Ramón Santana, respondieron que fueron atendidos en la primera media hora después de llegar al centro de salud. En tanto más de la mitad de los usuarios de los servicios de los Hospitales Municipales de El Valle, Miches y el regional Dr. Antonio Musa tuvieron que esperar una hora o más para ser atendidos.

En la comunicación interpersonal (proveedor- paciente) también se encontraron diferencias. A nivel regional siete de cada diez de los usuarios de los servicios de salud informó que antes de recibir el servicio el personal del hospital le saludó y le permitieron hacer preguntas sobre sus dudas e inquietudes. En los hospitales Dr. Alejo Martínez, Dra. Evangelina Rodríguez y el Hospital Municipal de Guaymate más del 90% de los usuarios y usuarias dijo que fueron saludados por el personal que les atendió. Los centros de salud peor valorados en este aspecto son el regional Dr. Antonio Musa de San Pedro de Macorís y Srta. Elupina Cordero de Sabana de la Mar.

Las condiciones físicas de la sala donde esperaron hasta ser atendidos, en general fue valorada positivamente: casi la totalidad de la población encuestada (97.3%) consideró que el área donde esperó hasta que fue atendida estaba protegida del sol y la lluvia; más del 80% estuvo de acuerdo en que el lugar de espera era cómodo y estaba limpio y organizado; tres de cada cuatro personas respondieron estar de acuerdo con la amplitud, condiciones climáticas e iluminación del área de espera de los servicios. No obstante, los usuarios indican que es necesario dotar estas áreas de algo para ver, mirar o entretenerse acorde a la audiencia, pues apenas la tercera parte dijo que encontró algo en este sentido. El establecimiento de salud que al parecer ha logrado satisfacer la audiencia en este aspecto es el Hospital Municipal de Miches pues más del 90% de sus usuarios respondieron que encontraron algo para mirar, leer o entretenerse.

El horario de funcionamiento parece no preocupar a los usuarios, puesto que ven la atención en las áreas de emergencia de los hospitales como una alternativa para resolver los problemas de salud la cual está disponible durante las 24 horas del día. Sin embargo, el 63.4% opinó de manera favorable que presten servicios los fines de semana y el 52.9% consideró que la hora en que iniciaban la prestación de servicios dificultaba su asistencia.

La valoración general hecha por los usuarios de los 14 hospitales fue positiva. El 88% de las personas entrevistadas dijo estar satisfecha con los servicios recibidos, el 92% dijo que volvería al mismo centro de salud en búsqueda de servicios y cerca del 90% recomendaría a un familiar o amigo el centro de salud visitado. Los hospitales mejor valorados según esta apreciación fueron los Hospitales Municipales de Ramón Santana, Miches, El Valle y San Rafael del Yuma que alcanzaron la opinión favorable de la mayoría de sus usuarios. Por su lado el Hospital Provincial Dr. Francisco A. Gonzalvo, el Hospital Municipal de Guaymate, el Dr. Leopoldo Martínez de Hato Mayor y Pedro María Santana de Los Llanos lograron que más del 90% de sus usuarios se sintieran plenamente o medianamente satisfechos con los servicios recibidos.

ANEXO 3. ENCUESTA PERCEPCIÓN SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LOS HITOS DE LA REFORMA DE SALUD- 2006

PARÁMETROS Y PROMEDIOS

1	Avance en Reforma de Seguridad Social en Salud		0.57
2	Cartera de Servicios Definida, Estandarizada y Actualizada		0.62
3	Existencia de Base de Datos de los Afiliados al Régimen Subsidiado		0.73
4	Proceso de Afiliación al Régimen Subsidiado		0.38
5	Proceso de carnetización de los afiliados		0.71
6	Contrato firmado entre Hospitales y Senasa		0.71
7	Red de Servicios - Sistema de Referencia y Contrarreferencia		0.60
8	Existencia de manuales de procedimientos médicos clínicos, técnicos y operativos		0.62
9	Existencia de manuales de procedimientos administrativos		0.60
	Afiliados al sistema a la fecha de evaluación 95,000 (Potenciales afiliados al sistema a la fecha de evaluación 250,000)		0.38
		Promedio General	0.59

ANEXO 4. PRODUCTIVIDAD DEL RECURSO HUMANO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD EN LA REGIÓN ESTE

El índice de productividad es un indicador que muestra el número de actividades realizadas por hora de recurso humano empleado en tres diferentes servicios de los hospitales: consultas (generales y especializadas), emergencias y vacunación.

La productividad en consultas externas, es la suma de consultas de medicina general y especializada, la cual se calculó con el número de horas/médico prestadas y laboradas en este servicio. El segundo servicio que se tomó en cuenta es el de emergencias, donde se sumaron todas las emergencias atendidas comparadas contra el número de horas que los médicos laboran en esa área. El tercer servicio es el de vacunación, donde se tomó el dato de las vacunas totales aplicadas y se dividió por el número de horas que la enfermera o enfermeras se encontraban disponibles en esta área (en algunos hospitales existe más de una enfermera de vacunación trabajando en el mismo turno).

Anteriormente se tenía el cálculo de productividad general para el año 2004 de 3.28, la cual se decidió recalcular basados en la existencia de registros poco confiables de que se disponía en los hospitales. Los nuevos valores se hicieron utilizando datos suministrados por los hospitales después de aplicar nuevamente la herramienta de costeo.

Con la finalidad de hacer más práctico el análisis y medición del indicador, se sacaron promedios mensuales por Provincia. Para sacar este indicador se tomaron varias fuentes de información con la finalidad de comparar resultados y obtener información verídica y confiable. En el 2004 se hizo la primera tabla de costeo basada en los lineamientos de la herramienta de gestión “Cartera de Servicios, Costos y Presupuesto”, de la cual se tomaron los datos de recursos humanos para realizar el cálculo del número de horas/médico en consulta general, especializada, y emergencia. Las horas de consultas en vacunación se calcularon utilizando el número de horas/enfermeras que se encontraban asignadas a cada puesto de vacunación.

Los datos del número de consultas y emergencias se tomaron de la tabla de costos que realizaron los hospitales con la herramienta desarrollada por el Proyecto; y los de vacunas se tomaron de los registros físicos que tiene cada centro de vacunación. Los biológicos que se tomaron en cuenta para el indicador de vacunación son BCG, Anti Hepatitis, Anti Polio, Pentavalente, DPT y Sarampión.

Se calcularon los indicadores promedio mensual de cada uno de los servicios por Provincia y por año; y se obtuvo un promedio mensual total tomando en cuenta los tres servicios (consultas, emergencias y vacunas) por año y por provincia.

Los indicadores de productividad se calcularon de la siguiente manera:

Indicador de Productividad Mensual:

Número de consultas

Número de horas/médico empleadas en consultas

Número emergencias

Número de horas/médico hombre empleadas emergencia

Número de vacunas totales aplicadas

Número de horas/vacunador empleadas vacunación

Indicador de Productividad Sumatoria Promedio Mensual:

Sumatoria del número total de consultas, emergencias y vacunas

Horas/médico/vacunador totales empleadas en consultas, emergencia y vacunas

A continuación se presenta el resultado de productividad servicio y por provincia comparando los años 2004, 2005 y 2006:

PRODUCTIVIDAD CONSULTAS 2004-2008 REGIÓN V, RD

Provincia	2004	2005	2006	2007	2008
El Seibo	5,17	5,77	2,40	3,02	2.67
Hato Mayor	1,97	2,62	2,05	2,78	2.30
La Altagracia	1,71	2,55	1,83	1,94	2.35
La Romana	3,87	1,56	1,52	1,68	1.59
San Pedro de Macorís	2,09	1,89	2,93	3,44	3.59
Total Región V	2,64	2,20	2,18	2,58	2.56

Fuente: Tabla de costeo 2004 y formulario 67^a (año 2005 y 2008)

Para el año 2004 los hospitales tomaron el 100% de los datos de horas/médico y de consultas realizadas de las tablas de costos de la herramienta implementada por REDSALUD. Estos datos a su vez fueron tomados de registros no estandarizados ni regulados de los hospitales, lo cual hace creer que muchos de los datos pueden aun estar alejados de la realidad.

En el año 2005 se inició la implementación formal del formulario 67^a en los hospitales, registro diseñado para el conteo de consultas. Sin embargo este no se elaboró diariamente, ni mes tras mes en todos los hospitales lo que puede debilitar su veracidad. Por eso fue necesario buscar en los registros anteriores los cuales se trasladaron al formulario 67^a. Esto puede explicar en parte la diferencia entre el año 2004 y 2005 en todas las provincias excepto en El Seibo, la cual mantiene un indicador casi constante para estos dos años.

A partir del año 2006 se comienza a crear conciencia de la importancia del registro de los datos de procedimientos realizados por los hospitales. Esto hace que la información sea más confiable y cercana a la realidad como se puede apreciar a partir del año 2006.

En promedio, la productividad no varía mucho de año a año a pesar de las diferencias entre las mismas provincias, debido a casos como el de Provincias como El Seibo y La Romana que aumentan sus indicadores significativamente incrementando el índice general promedio para el año 2004. Para el año 2005 esto mismo se puede percibir en las provincias de El Seibo, Hato Mayor y La Altagracia, aunque las dos últimas con más moderación que la primera. El 2006 muestra un comportamiento regular entre las provincias, debido principalmente a la conciencia del registro del dato explicada anteriormente.

La productividad en las consultas para el primer trimestre del 2008 disminuyó en comparación con las del 2007. Esto se explica en parte, por las continuas huelgas médicas y porque el país se encuentra en un periodo de elecciones donde el capital humano de los hospitales se ha enfocado en hacer campaña política. Por otra parte, en el primer trimestre de 2008, se aumento el número de huelgas en el sector salud por parte de los médicos viendo afectado el número de consultas externas.

La productividad en consultas para el segundo trimestre del año 2008 no presentó mayores cambios. En las provincias de Hato Mayor y Seibo disminuyó levemente en comparación con el trimestre inmediatamente anterior, lo cual se puede explicar por los actos políticos de la región que se presentaron hasta las elecciones presidenciales. En San Pedro de Macorís y la Romana el índice en las consultas aumentó. En San Pedro se esperaba este comportamiento debido a que en el mes de mayo se empezó el proceso de triaje en el área de emergencias, proceso consistente en evaluar inicialmente a los pacientes que llegan a emergencias y así determinar si la atención es una verdadera emergencia o si por el contrario, la atención puede esperar y ser asignada en el módulo de atención al usuario como una cita médica regular. Con este nuevo modelo de atención y clasificación de pacientes, las consultas aumentan y las emergencias se disminuyen.

PRODUCTIVIDAD EMERGENCIAS 2004-2008 REGIÓN V, RD

Provincia	2004	2005	2006	2007	2008
El Seibo	2,56	2,21	1,35	1,40	1,37
Hato Mayor	2,14	1,87	2,84	2,59	2,95
La Altagracia	1,84	1,77	1,33	1,39	1,49
La Romana	2,04	1,58	2,21	2,29	2,17
San Pedro de Macorís	2,96	2,66	3,15	3,23	3,34
Total Región V	2,33	2,02	2,18	2,21	2,28

Fuente: Tabla de costeo 2004 y formulario 67^a (año 2005 y 2006)

En emergencias, los datos se tomaron de manera similar que en consultas; en el año 2004 todos los datos se obtuvieron de las tablas de costeo, en el año 2005 y 2006 las horas/médico se tomaron de las tablas de costeo realizadas por los hospitales y el número de emergencias de los registros del formulario 67^a.

La productividad general varía de año a año, pues no tiene una constante en ninguna de las Provincias. Se cree que debido a los registros encontrados y calculados por los hospitales, la información puede variar mucho dependiendo de quién la capture, pues los médicos encargados de áreas y el personal de apoyo son las personas responsables de registrar y consolidar la información de productividad con base en los registros clínicos sobre la base de lo poco que a veces se escribe en estos durante las consultas y atenciones en general.

Por lo anterior se cree que los registros de emergencias están por debajo de la realidad, pues basados en la observación directa en los hospitales, las emergencias son el área de mayor concurrencia y congestión de los hospitales y por la que ingresan o inician la mayoría de las atenciones y procedimientos de los hospitales.

PRODUCTIVIDAD VACUNAS 2004-2008 REGIÓN V, RD

Provincia	2004	2005	2006	2007	2008
El Seibo	1,91	3,27	2,46	2,05	4.50
Hato Mayor	2,17	3,52	3,29	2,75	4.06
La Altagracia	4,75	5,89	5,00	5,68	9.96
La Romana	8,28	10,65	5,91	7,62	8.68
San Pedro de Macorís	7,89	6,19	5,03	4,95	6.73
Total Región V	5,35	6,02	4,61	4,77	6.96

Fuente: Libros de vacunación de los hospitales y de horas vacunador contratadas de PAI Central

Para el caso de vacunas es importante aclarar que se incluye el número total de vacunas aplicadas de BCG, Anti Hepatitis, Anti Polio, Pentavalente, DPT y sarampión; y que a un solo niño se le puede aplicar más de una vacuna, lo cual no toma un tiempo mayor de consulta.

La productividad de vacunas aumentó en el 2005 debido a que SESPAS Central realizó campañas de vacunación en todo el país incrementando el número de dosis aplicadas. También es importante resaltar que durante el 2005 se autorizó el incremento en horas vacunador de los hospitales, con la finalidad de abrir este servicio en el horario de la tarde y mejorar la calidad del servicio.

En la Romana se puede observar un incremento considerable en la productividad de vacunas, debido a una campaña de vacunación que emprendieron los Hospitales Dr. Francisco A. Gonzalvo y Hospital Municipal de Guaymate durante el año 2005, al ser calificada La Romana como la provincia con el indicador de vacunación más bajo de la Región.

La campaña consistió en buscar las listas de los niños pacientes del hospital y niños y mujeres embarazadas de cada zona, para visitar y vacunarlos en sus propias casas y completar o iniciar esquemas; en el camino muchas madres que no tenían a sus hijos vacunados ni registrados se unieron a la campaña incrementando el número de vacunas aplicadas. Para finales del 2005, La Romana estaba totalmente al día en vacunas y en registro de biológicos aplicados.

En San Pedro de Macorís en el año 2005, también se realizaron campañas de vacunación involucrando a los líderes comunitarios para incentivar a las madres a llevar a sus hijos a vacunar, logrando así un incremento en el número de dosis aplicadas.

La productividad en vacunas en el primer trimestre del 2008 es mayor que la encontrada en el periodo del 2007, esto se debe en gran parte a una mejora en el abastecimiento de vacunas por parte de las provinciales y a un mejor manejo en los centros de vacunación de los hospitales. A partir del 2008, se implementó el Sistema de nacidos vivos en los hospitales, lo cual ha favorecido la productividad debido a que el departamento de vacunas se entera continuamente de los nacimientos y oportunamente vacuna a los bebés antes de que salgan de los hospitales al menos con la primera dosis de los esquemas. Para el segundo trimestre del año 2008 la productividad en vacunas aumenta.

COMPARATIVO DE PRODUCTIVIDAD MENSUAL PROMEDIO 2004-2008 REGIÓN V, RD

Provincia	2004	2005	2006	2007	2008
El Seibo	3,40	3,67	1,92	2,20	2,21
Hato Mayor	2,07	2,32	2,43	2,71	2,68
La Altagracia	2,09	2,44	1,79	1,88	2,36
La Romana	3,16	1,98	2,09	2,23	2,18
San Pedro de Macorís	2,73	2,48	3,20	3,47	3,75
Total Región V	2,70	2,40	2,36	2,57	2,74

Fuente: Tabla de costeo del año 2004, Formulario 67A y centro de vacunación de cada hospital

A pesar que se muestra una productividad general más o menos constante en el promedio anual, es importante resaltar que según la observación directa en los hospitales, la productividad general se percibe mayor que la calculada. Lo anterior se puede explicar en parte porque la fuente del número de consultas generales, de especialitas y de emergencias se tomaron inicialmente de la tabla de costeo realizada en el año 2004 y de ahí en adelante, se tomaron de los registros del formulario 67^a, basados en los “apuntes” médicos de los expedientes. Los hospitales al inicio de la herramienta de Costeo, no contaban con la experiencia para el registro de todos los datos, lo cual pudo afectar los registros en la herramienta. También puede afectar por que el número de horas contratadas es mayor que el número de horas laboradas, inflando ficticiamente el indicador, a pesar de los esfuerzos de los hospitales por registrar las horas realmente laboradas en la herramienta de costeo.

Como se mencionó anteriormente, los médicos no están acostumbrados a registrar ni a hacer apuntes en las historias clínicas sobre las atenciones realizadas, con lo cual es muy difícil calcular el número exacto de las mismas. Esto pudo afectar el indicador de productividad.

No obstante lo anterior, a partir del año 2007 se sistematizó el formulario 67^a de los hospitales para facilitar su utilización y registro, con lo cual se espera tener datos más confiables para el cálculo de los indicadores de productividad.

La productividad total del 2008, en comparación con la del 2007, aumentó pasando de 2,57 a 2,74. Esto se debe a los cambios estructurales en la organización de los servicios en los hospitales. Adicionalmente el aumento en la productividad se puede explicar porque al final del trimestre, después de elecciones, los hospitales volvieron a su rutina de actividades normales. También es importante mencionar que la implementación del mecanismo de triaje en el Musa ayudó a la variación de este indicador, al ser uno de los hospitales más grandes y con mayor número de atenciones de la zona.