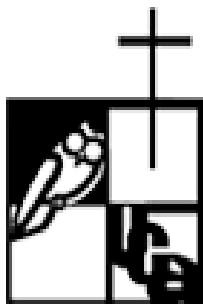


UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA

“JOSÉ SIMEÓN CAÑAS”



ANALISIS DE LOS FACTORES QUE INCIDEN SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL NIVEL DE COBERTURA Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA BRINDADA POR EL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL (ISSS) PERIODO 1999-2009.

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREPARADO PARA LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO (A) EN ECONOMÍA

PRESENTADO POR:

CARLOS ALEXANDER JUAREZ SOTELO

GLORIA JACKELINE SORIANO VILLALTA

EDSON EDUIN VELASQUEZ HERNANDEZ

ANTIGUO CUSCATLÁN, FEBRERO DE 2011

RECTOR
ANDREU OLIVA

SECRETARIO GENERAL
RENÉ ALBERTO ZELAYA

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
JOSÉ ANTONIO MEJÍA HERRERA

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ECONOMÍA
XIOMARA HERNANDEZ

DIRECTOR DEL TRABAJO
CRISTINA RIVERA

LECTOR
FRANCISCO LAZO

INDICE GENERAL

| | |
|---|----|
| SIGLAS Y ABREVIATURAS | ix |
| GLOSARIO | x |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I: MARCO DE REFERENCIA | |
| 1.1 Delimitación de variables y factores que influyen en el nivel de cobertura. | 2 |
| 1.1.1. Criterio de selección de variables. | 3 |
| 1.2 Delimitación de variables y factores que influyen en el nivel de calidad de servicio. | 5 |
| 1.2.1. El modelo SERVQUAL (SERVice QUALity). | 6 |
| 1.2.2. El Modelo de Calidad de Servicio de Grönroos. | 8 |
| 1.2.3. Normas ISO 9001. | 9 |
| 1.2.4. Modelo e indicadores de calidad. | 10 |
| 1.2.5. Criterios sobre la relación médico-paciente. | 11 |
| 1.3. Definición de indicadores de cobertura y calidad. | 12 |
| 1.4. Funcionamiento del ISSS y sus dependencias. | 13 |
| 1.4.1. Las fuentes de financiamiento. | 14 |
| 1.4.2. Estimación de ingresos por cotizaciones sin límite de salario cotizable. | 15 |
| 1.4.3. Esquema Financiero. | 17 |
| 1.4.4. Reserva para Emergencias. | 17 |
| 1.4.5. Reserva Técnica para Pensiones de Riesgos Profesionales. | 18 |
| 1.4.6. Niveles de Atención y Complejidad. | 18 |
| 1.4.7. Cobertura de derechohabientes por nivel de atención. | 23 |

| | |
|--|----|
| 1.5. Delimitación y diferenciación de funciones entre los centros de atención. | 23 |
| 1.5.1. Categorización de los Centros de Atención por complejidad. | 23 |
| 1.5.1.1. Centros de primer nivel de atención. | 23 |
| 1.5.1.2. Centros de segundo nivel de atención. | 27 |
| 1.5.1.3. Centros de tercer nivel de atención. | 28 |

CAPÍTULO II: ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS FACTORES QUE INCIDEN SOBRE EL NIVEL DE COBERTURA Y CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA POR EL ISSS.

| | |
|--|----|
| 2.1. Evolución de las variables que afectan el nivel de cobertura y calidad del servicio prestado por el ISSS (1999-2009). | 30 |
| 2.1.1. Componentes de gasto administrativo que afectan el nivel de cobertura y calidad. | 30 |
| 2.1.1.1. Participación de los gastos administrativos como un porcentaje del gasto total en atención a la salud. | 30 |
| 2.1.1.2. Sindicatos del ISSS. | 32 |
| 2.1.1.3. Empleados administrativos. | 32 |
| 2.1.1.4. Relación entre gastos totales y gastos administrativos. | 34 |
| 2.1.1.5. Gasto administrativo por derechohabiente. | 35 |
| 2.1.2. Porcentaje de ocupación hospitalaria. | 36 |
| 2.1.3. Consultas por hora médico. | 38 |
| 2.1.3.1. Incentivos monetarios. | 39 |
| 2.1.4. Proporción de médicos por 1000 derechohabientes. | 40 |
| 2.1.4.1. Número de médicos contratados. | 42 |
| 2.1.5. Centros de atención. | 43 |

| | |
|--|----|
| 2.2. Evolución de las variables que afectan el nivel de cobertura prestado por el ISSS (1999-2009). | 46 |
| 2.2.1. Participación de sueldos de personal en servicios médico-hospitalarios como un porcentaje del gasto total. | 46 |
| 2.2.2. Participación del gasto en medicamentos y otros suministros médicos como un porcentaje del gasto total. | 48 |
| 2.2.3. Exámenes indicados por consultas. | 51 |
| 2.2.3.1. Exámenes de laboratorio. | 51 |
| 2.2.3.2. Exámenes de rayos “X”. | 52 |
| 2.2.4. Población cubierta. | 53 |
| 2.3. Evolución de las variables que afectan la calidad del servicio prestada por el ISSS (1999-2009). | 58 |
| 2.3.1. Giro de camas. | 59 |
| 2.3.1.1. Promedio de camas por hospital. | 60 |
| 2.3.2. Número de enfermeras por 1000 derechohabientes. | 61 |
| 2.3.3. Relación entre los ingresos y gastos. | 62 |
| 2.3.4. Gasto destinado a la prestación de servicios de salud por derechohabiente. | 65 |
| 2.4. Cálculo índice de cobertura y calidad. | 67 |
| 2.4.1. Cálculo del desempeño relativo. | 67 |
| 2.4.2. Comportamiento de cobertura y calidad. | 68 |
| 2.5. Percepción del derechohabiente sobre la calidad de la atención médica prestada atención del Hospital General Central y Hospital Policlínico Arce. | 70 |

| | |
|----------------------------------|----|
| 2.5.1. Desarrollo metodológico. | 72 |
| 2.5.1.1. Tipo de estudio. | 72 |
| 2.5.1.2. Población y muestra. | 72 |
| 2.5.1.3. Instrumentos. | 74 |
| 2.5.1.4. Análisis de resultados. | 75 |

CAPÍTULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

| | |
|--|----|
| 3.1. Conclusiones de análisis de cobertura de servicios médicos. | 80 |
| 3.2. Conclusiones del análisis de calidad de servicios médicos. | 82 |
| 3.2.1. Estudio de percepción de calidad de servicios médicos realizado en el Hospital General y Policlínico Arce. | 84 |
| 3.3. Recomendaciones. | 85 |

Bibliografía

Anexos

Índice de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Indicadores de cobertura. | 12 |
| Tabla 2: Indicadores por estándar de calidad. | 13 |
| Tabla 3: Estructura de la tasa global de cotización del régimen general de salud. | 15 |
| Tabla 4: Salarios mínimos y máximos sujetos de cotización en el régimen de salud. | 15 |
| Tabla 5: Comparación de ingresos por cotizaciones. | 16 |
| Tabla 6: Nivel de atención por tipo de derechohabiente. | 23 |
| Tabla 7: Portafolio de servicios básicos ofrecidos por los Centros de primer nivel de atención. | 25 |
| Tabla 8: Servicios médicos brindados por centros de tercer nivel de atención. | 29 |
| Tabla 9: Gastos totales y gastos administrativos. | 34 |
| Tabla 10: Total empleados administrativos y su proporción con respecto al total de empleados del ISSS (1999-2009). | 35 |
| Tabla 11: Gasto administrativo per cápita. | 36 |
| Tabla 12: Porcentajes de médicos, derechohabientes y centros de atención por zona geográfica. | 45 |
| Tabla 13: Número de empleados de servicios médico-hospitalarios por 1000 derechohabientes. | 48 |
| Tabla 14: IPC medicamentos. | 49 |
| Tabla 15: Gasto anual en medicamentos por derechohabiente. | 51 |
| Tabla 16: Porcentaje de la PEA cotizante al ISSS por departamento. | 55 |

| | |
|---|----|
| Tabla 17: Distribución de la PEA, población ocupada y cotizante por departamento. | 56 |
| Tabla 18: Porcentaje de cobertura. | 57 |
| Tabla 19: Ingresos y egresos por cotizantes. | 63 |
| Tabla 20: Número de cotizantes y beneficiarios del ISSS | 65 |
| Tabla 21: Población de médicos residentes encuestados en Hospital General y Policlínico Arce. | 74 |
| Tabla 22: Total de pacientes ingresados y entrevistados sobre el trato brindado y percepción del ISSS en Hospital General y Policlínico Arce. | 74 |
| Tabla 23: Preguntas de encuesta a pacientes según criterios de calidad. | 75 |

Índice de Gráficos

| | |
|---|----|
| Gráfico 1: Participación del gasto administrativo como un porcentaje del gasto total. | 31 |
| Gráfico 2: Número empleados administrativos por 1000 derechohabientes. | 33 |
| Gráfico 3: Porcentaje de ocupación. | 37 |
| Gráfico 4: Consultas por hora médico. | 38 |
| Gráfico 5: Proporción de médicos por 1000 derechohabientes. | 40 |
| Gráfico 6: Tasa de crecimiento número de derechohabientes y número de doctores. | 41 |
| Gráfico 7: Numero de médicos contratados. | 42 |
| Gráfico 8: Centros de atención. | 43 |
| Gráfico 9: Participación del gasto de salarios empleados en salarios médico-hospitalarios como un porcentaje del gasto total. | 46 |
| Gráfico 10: Tasa de crecimiento empleados en servicios médico-hospitalarios. | 47 |
| Gráfico 11: Participación del gasto en medicamentos como un porcentaje del gasto total. | 50 |
| Gráfico 12: Exámenes de laboratorio por consulta. | 52 |
| Gráfico 13: Rayos "X" por consulta. | 53 |
| Gráfico 14: Porcentaje de la población cubierta bajo el régimen de salud del ISSS. | 54 |
| Gráfico 15: Giro de camas. | 60 |
| Gráfico 16: Promedio de camas. | 61 |
| Gráfico 17: Numero de enfermeras por 1000 derechohabientes. | 62 |
| Gráfico 18: Ingresos-Egresos. | 64 |
| Gráfico 19: Gasto en prestaciones por derechohabiente. | 66 |
| Gráfico 20: Índices de cobertura y calidad. | 68 |

Índice de Ilustraciones.

| | |
|---|----|
| Ilustración 1: Distribución de la población derechohabiente del ISSS, 2009. | 2 |
| Ilustración 2: Distribución de los centros de atención del ISSS a nivel nacional. 2009. | 22 |

SIGLAS Y ABREVIATURAS

| | |
|-------------------|--|
| BCR | Banco Central de Reserva |
| DIGESTYC | Dirección General de Estadística y Censos |
| EDH | El Diario de Hoy |
| EHPM | Encuesta de hogares de propósitos múltiples |
| FMI | Fondo Monetario Internacional |
| IPC | Índice de precios al consumidor |
| ISSS | Instituto Salvadoreño del Seguro Social |
| LPG | La Prensa Gráfica |
| MSPAS | Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| PEA | Población económicamente activa |
| PIB | Producto interno bruto |
| PNUD | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| SES | Sistema de estadísticas en salud (ISSS) |
| SIMETRISSS | Sindicato de Médicos Trabajadores del ISSS |
| STISSS | Sindicato de Trabajadores del ISSS |

GLOSARIO

BENEFICIARIO: Persona dependiente económicamente del trabajador cotizante que adquiere el derecho a los beneficios del Régimen del Seguro Social, en la cuantía y términos establecidos por la Ley. Sinónimo: Asegurado indirecto, no cotizante, dependientes con derecho. (Fuente: Anuario Estadístico ISSS 2010, Pág. 10).

CONSULTA EXTERNA: Es la atención médica u odontológica, servida en un consultorio, institucional o privado, por un profesional calificado al servicio de la Institución, a una persona protegida no hospitalizada. (Fuente: Anuario Estadístico ISSS 2010, Pág. 10).

COTIZACIÓN: Contribución en dinero que aporta el trabajador, el patrono y el Estado en el porcentaje legalmente establecido y sobre la base del salario del trabajador, para el financiamiento del Régimen del Seguro Social. (Fuente: Anuario Estadístico ISSS 2010, Pág. 10).

COTIZANTE ACTIVO: Persona que realiza el pago de las contribuciones, las cuales son descontadas mensualmente de su salario y son pagadas a través de sus patronos al ISSS. (Fuente: Anuario Estadístico ISSS 2010, Pág. 10).

DERECHOHABIENTE: Persona potencialmente beneficiaria de las prestaciones que otorga el Régimen de Seguro Social (cotizante o beneficiario de éste), que adquiere derecho a recibir estas prestaciones en la medida que llena los requisitos correspondientes, establecidos en la Ley y Reglamentos del ISSS. (Fuente: Anuario Estadístico ISSS 2010, Pág. 10).

PENSIÓN: Es la prestación en dinero en forma de renta temporal o vitalicia que el Seguro Social paga mensualmente a sus asegurados o a los beneficiarios de éstos, previo cumplimiento de los requisitos legales establecidos en la “Ley del Seguro Social”. (Fuente: Anuario Estadístico ISSS 2010, Pág. 11).

POBLACIÓN ASEGURADA: Total de personas que tienen acceso a los beneficios del Régimen del Seguro Social, siempre y cuando se cumplan los requisitos legales establecidos en la “Ley del Seguro Social”. Comprende los trabajadores cotizantes, los pensionados directos

y los dependientes de ambos grupos. Sinónimos: Población total cubierta, población total protegida, población total amparada. . (Fuente: Anuario Estadístico ISSS 2010, Pág. 12).

PRESTACIONES: Es cualquier tipo de beneficio que, de acuerdo a su Ley y Reglamentos, otorga el ISSS a los asegurados cotizantes o a los beneficiarios de éstos. Se clasifican en prestaciones médicas, en dinero y en especie. (Fuente: Anuario Estadístico ISSS 2010, Pág. 12).

RESERVA TÉCNICA: Cantidades disponibles como medidas de previsión e incremento de los recursos destinados a garantizar el cumplimiento de responsabilidades futuras del Seguro de Pensiones, tanto por riesgos profesionales como por riesgos diferidos. El fondo de reserva constituido gradualmente, debe ser invertido en las mejores condiciones de rentabilidad, seguridad y liquidez. (Fuente: Anuario Estadístico ISSS 2010, Pág. 12).

SEGURIDAD SOCIAL: La Seguridad Social está constituida por los esfuerzos de la sociedad, especialmente a través del Estado encaminados a mantener la salud física, mental y espiritual del ser humano, mediante programas bien estructurados de medicina social, de asistencia social, de servicios sociales, de seguros sociales, etc. (Fuente: Anuario Estadístico ISSS 2010, Pág. 13).

SEGURO SOCIAL: Es el organismo que tiene por objeto cubrir a la persona que trabaja y a su familia, de los riesgos naturales y sociales que constantemente amenazan su salud, su integridad física y su vida y como consecuencia su capacidad de ingresos. (Fuente: Anuario Estadístico ISSS 2010, Pág. 13).

SUBSIDIO: Es la prestación en dinero que recibe en forma periódica y temporal el asegurado con derecho, por concepto de enfermedad común, accidente común, de trabajo, maternidad o enfermedad profesional. Cubre los días de incapacidad para el trabajo, de conformidad con la certificación médica extendida por un facultativo al servicio del ISSS u homologada si es extendida por un médico privado, conforme a la “Ley del Seguro Social”. (Fuente: Anuario Estadístico ISSS 2010, Pág. 13).

TRABAJADOR COTIZANTE: Es toda persona natural, que se obliga a prestar sus servicios a otra natural o jurídica mediante un salario; y que contribuye directamente al sostenimiento del

Régimen de Seguro Social, en la cuantía establecida por la “Ley del Seguro Social”. (Fuente: Anuario Estadístico ISSS 2010, Pág. 13).

INTRODUCCIÓN

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social es una institución autónoma encargada de velar por la seguridad social de sus derechohabientes, tanto cotizantes como beneficiarios y beneficiarias, se encarga de brindar los servicios de asistencia médica hospitalaria y no hospitalaria, prestaciones médicas y fondo de pensiones. Esta institución cumple una labor muy importante dentro del marco de la seguridad social de la población afiliada. Por lo anterior, se considera necesario realizar un análisis de los principales factores que determinan e inciden en los niveles de cobertura y calidad brindados por la institución, con la finalidad de hacer visible la evolución de los diferentes factores, pero también, determinar o evaluar la mejora de los servicios brindados por la institución desde 1999 hasta 2009.

Este trabajo investigativo se desarrolla en tres capítulos. En el capítulo uno, se presenta el marco de referencia con la finalidad de establecer, de forma sistemática, las variables y factores a utilizar a lo largo de la investigación, al igual que los criterios con los cuales se llevará a cabo el estudio.

En el capítulo dos, se lleva a cabo un análisis sistemático de cada uno de los factores que determinan el grado de cobertura y calidad de la atención médica brindada por el ISSS, este análisis se hace primeramente mediante el estudio individual de cada una de las variables durante el periodo estudiado para, posteriormente, dentro del mismo capítulo, agregar todas las variables mediante la propuesta de un índice para medir el nivel de cobertura y calidad brindado por la institución.

Finalmente, en el capítulo tercero, se realizan las conclusiones y recomendaciones surgidas a raíz del análisis realizado en el capítulo dos, para dar respuestas más concretas al comportamiento de los factores que influyen en la evolución del nivel de cobertura y calidad prestado por el ISSS. Dentro de este capítulo, también se presentan propuestas que pretenden corregir deficiencias que se encontraron en la prestación del servicio médico al derechohabiente así como también en el funcionamiento de la institución.

El problema de la cobertura en salud no sólo consiste en analizar el número de personas aseguradas contra el número de personas que no están aseguradas. Tal cálculo podría resultar engañoso dado que no evidencia si un asegurado en particular puede recibir la atención médica debida en el momento adecuado, se descarta información importante generada por los centros de atención y no se provee un vínculo entre el número de derechohabientes y el objetivo del ISSS de proveer servicios de salud a sus usuarios.

Existen dos aspectos importantes a abordar con este enfoque. El primero es la accesibilidad del derechohabiente a los servicios de salud; esto incluye la disponibilidad de servicios en cada unidad médica, que deberían contar con el suficiente personal médico, odontológico, de enfermería y técnico para poder satisfacer la demanda diaria; y también contar con el equipo e insumos necesarios para administrar el cuidado médico a cada derechohabiente que utilice los servicios del ISSS y contar con un inventario suficiente de medicamentos para suplir las necesidades de los pacientes, un segundo aspecto es la accesibilidad geográfica a cada centro de atención. Dada la distribución de los derechohabientes a nivel nacional el ISSS debe contar con suficientes centros de atención primaria, como clínicas comunales, para poder suplir la demanda de servicios de salud ejercida por los derechohabientes localizados en una determinada región geográfica, de igual manera debe contar con unidades médicas que puedan atender emergencias y que no obliguen al paciente a recorrer grandes distancias.

1.1.1. Criterio de selección de variables

Para la selección de variables se ha tomado el criterio establecido por la OMS (2003), donde se establece la agrupación de cada variable en distintas categorías de acuerdo a su naturaleza. Estas categorías son un esquema basado en conceptos que definen el nivel de cobertura de distintas áreas del funcionamiento de un sistema de salud. Para una adecuación al estudio del nivel de cobertura del ISSS se han tomado cuatro categorías principales:

Estructura de gastos

En esta categoría se pretende conocer cuál es la eficiencia en el uso de los recursos financieros que se destinan al área de administración y gasto de atención en salud (OMS, 2003). Dentro de los gastos de administración se consideran los gastos operativos y de mantenimiento de los diferentes centros de atención que opera el ISSS; esto incluye pago a empleados administrativos, mantenimiento, uso de energía, renta de edificios y otros gastos. Los gastos de

atención en salud presentan dos grandes ramas, la primera el gasto en personal médico que labora para la prestación de servicios de salud e incluyen a médicos generales y especialistas, personal de enfermería y técnicos encargados de equipos médicos. La segunda rama es el gasto en medicamentos recetados y otros suministros médicos utilizados en consultas externas, emergencias y operaciones.

Lo que se pretende evaluar con el gasto es la eficiencia en el uso de los recursos en función de la magnitud y composición de los gastos totales observando la proporción del presupuesto del ISSS que se dedica a la atención de los pacientes. Dentro de los gastos corrientes sólo se tomarán en cuenta los erogados por los diferentes hospitales, unidades médicas y clínicas comunales y empresariales los cuales están relacionados con la prestación de servicios de salud y por la tanto afectan directamente el nivel de cobertura.

Utilización de estructuras y equipo médico

La principal finalidad de esta categoría es comprender cómo diferentes recursos físicos son utilizados. Esto se logra estableciendo un nivel de utilización de los recursos físicos de acuerdo a la naturaleza de las variables (OMS, 2003). Dentro de los servicios prestados por el ISSS los que son más utilizados son atención hospitalaria y las consultas médicas. Para los primeros, el recurso físico que está más estrechamente relacionado son los diferentes hospitales y las variables relevantes para analizar el nivel de cobertura son el nivel de ocupación hospitalaria que mide la proporción de camas ocupadas dentro de un hospital y el promedio de estancia hospitalaria que son los días que un paciente en promedio permanece ingresado dentro de un hospital. Para el servicio de consultas médicas los principales recursos físicos utilizados son los que está relacionados con la toma de exámenes de laboratorios y rayos "X" y dentro del análisis de cobertura se pretende conocer la frecuencia con las que se utilizan estos exámenes por lo que las variables a estudiar son el número de exámenes de laboratorio y de rayos "X" realizados por consulta.

Para la apropiada atención del derechohabiente, el ISSS cuenta con un stock de capital que incluye instalaciones físicas como edificios de hospitales, unidades médicas y clínicas comunales y equipo médico como máquinas de imágenes médicas, respiradores, desfibriladores, muebles de hospitales, etc. En esta área se pretende evaluar la utilización de diferentes recursos físicos enfocándose en la cobertura.

Utilización de recurso humano

Para el análisis de la utilización de recurso humano se incluye exclusivamente al personal médico ya que es éste el que está relacionado directamente con el nivel de cobertura que tiene el derechohabiente (OMS, 2003). El enfoque principal es analizar la disponibilidad del recurso humano empleando dos tipos de criterios. El primero es la cantidad de tiempo que un médico dispone para atender a un paciente y el segundo es la disponibilidad de médicos que posee el ISSS para atender la demanda de pacientes. Los indicadores disponibles para medir estos dos criterios son para el primero el número de consultas por hora que realiza un médico y para el segundo criterio el número de médicos contratados por el ISSS por cada mil derechohabientes.

Dentro de esta área se pretende evaluar la utilización del personal médico enfocándose en dos segmentos: medicina general y médicos especialistas. Dentro de estos dos segmentos se evaluará la disponibilidad de recurso humano utilizando dos variables: número de pacientes atendidos por cada médico y número de médicos por cada mil derechohabientes.

Accesibilidad

Para esta categoría se toma en cuenta el crecimiento en la proporción de derechohabientes a nivel nacional y la infraestructura que el ISSS posee para poder atender una mayor demanda. La razón de incluir la proporción de derechohabientes a nivel nacional, en vez de simplemente incluir el número de derechohabientes, es conocer cuál ha sido el crecimiento en el nivel de cobertura de la población en general. Al incluir esta variable junto a la variable de número de centros de atención se pretende relacionar el aumento en la demanda con una adecuación de la infraestructura para tener una suficiente capacidad de oferta para suplir dicha demanda.

1.2 Delimitación de variables y factores que influyen en el nivel de calidad de servicio

Para poder establecer los factores que influyen y determinan el nivel de calidad de servicio brindado por el ISSS y sus dependencias es necesario establecer qué es calidad y cómo se mide y así establecer los factores que la determinan. Una vez identificado el concepto de calidad y sus indicadores es posible realizar un análisis de cada uno de los indicadores y su evolución en los últimos años.

Hay diferentes definiciones de calidad dentro de las cuales se pueden destacar algunas:

“Conjunto de propiedades y características de un producto, proceso o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades establecidas o implícitas” (G. Taguchi, 1986). La American Society for Quality Control define la Calidad como las características de un producto o servicio que contiene en sí mismo la habilidad de satisfacer las necesidades explícitas o implícitas (ASQ, 2010).

Las definiciones anteriores son definiciones de calidad en el campo industrial, por lo cual es necesario tomar definiciones que hagan referencia a la calidad en servicios de salud.

La Organización Internacional para la Migración estipula que una asistencia médica de calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ella (OIM, 2010).

La OMS define que la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso (Ayuso, 2006).

Para esta investigación se utilizará la definición propuesta por la OMS (Ayuso, 2006) para usos prácticos del estudio debido a que es la que más se apega a los objetivos del estudio.

Una vez definido el concepto de calidad, es necesario definir el modelo que se utilizará para medir la calidad, dentro de los modelos utilizados para medir la calidad encontramos el modelo de SERVQUAL (1985) creado por Parasuraman, Zeithaml y Berry, El modelo planteado por Grönroos (Grönroos, 1988: 12). Finalmente La norma internacional ISSO 9001:2000 (ISO, 2000), las cuales serán retomadas y definidas más adelante.

1.2.1. El modelo SERVQUAL (SERVice QUALity)

La calidad de servicio recibió un fuerte impulso para su aplicación en la gestión de las organizaciones a partir del trabajo desarrollado por Parasuraman, Zeithaml y Berry, catedráticos de marketing de la Universidad de Miami, Universidad de Carolina del Sur y Universidad A&M en Texas respectivamente. El modelo propuesto es un punto de referencia obligado en el

estudio y la gestión de la calidad de servicio y el modelo SERVQUAL surge como una herramienta para medir la calidad de un servicio (Pascual, 2004; Casino, 2001).

Parasuraman, Zeithaml y Berry, definen la calidad de servicio como: *“El juicio global del cliente acerca de la excelencia o superioridad del servicio, que resulta de la comparación entre las expectativas de los consumidores y sus percepciones sobre los resultados del servicio ofrecido”*. Con base a esto se puede decir que la calidad de servicio quedó definida como la brecha o diferencia entre las expectativas de los clientes y sus percepciones con respecto a la prestación del servicio (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1993).

El modelo de Parasuraman, Zeithmal y Berry de 1993 propone que la calidad de servicio se puede medir en cinco dimensiones, referidas cada una de ellas a diversos aspectos que se indican a continuación:

- Elementos Tangibles: Instalaciones físicas, equipo, personal y materiales necesarios para brindar el servicio.
- Confiabilidad: Capacidad para brindar el servicio prometido en forma precisa y digna de confianza.
- Capacidad de Respuesta: Buena disposición para ayudar a los clientes a proporcionarles un servicio con la mayor brevedad posible.
- Seguridad: Las personas encargadas de impartir el servicio deben poseer conocimiento e impartir confianza y seguridad.
- Empatía: Cuidado y atención individualizada que la empresa proporciona a sus clientes

Este modelo realiza una doble evaluación con la finalidad de conocer las brechas entre las experiencias de servicio de los clientes y las expectativas que los clientes tenían con respecto al servicio, esto con la finalidad de comparar ambas evaluaciones y así poder determinar las brechas o “gaps” entre las expectativas y experiencia del servicio.

El modelo establece cinco niveles de brechas o “gaps” y son:

- Gap 1: Indica la discrepancia entre las expectativas de los clientes y las percepciones de los directivos sobre lo que espera el consumidor de ese servicio.
- Gap 2: Mide la diferencia entre las percepciones de los directivos y las normas de calidad.
- Gap 3: Calcula la diferencia entre las normas de calidad del servicio y la prestación del servicio.

- Gap 4: Mide la discrepancia entre la prestación del servicio y lo que es comunicado a los consumidores.
- El Gap 5: Mide la diferencia entre el servicio esperado por el consumidor y el servicio prestado por la institución, esta brecha es la que determina el nivel de calidad alcanzado.
- $Gap5 = f(Gap\ 1, Gap\ 2, Gap\ 3, Gap\ 4)$ (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1993).

Cada brecha entre las percepciones y las expectativas para cada una de las afirmaciones puede producir tres escenarios (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1993):

- Que las percepciones sobrepasen a las expectativas lo cual indicaría unos altos niveles de calidad de servicio.
- Que las percepciones sean inferiores a las expectativas lo que indicaría que se tienen unos niveles bajos de calidad de servicio.
- Finalmente que las percepciones sean iguales a las expectativas lo cual indicaría que se cuenta con un modesto nivel de calidad de servicio

Del mismo modo, se evalúan las dimensiones para determinar su ponderación según su nivel de importancia para el consumidor.

Este es un modelo que ha despertado muchas controversias debido a que presenta una gran cantidad de problemas de interpretación a los encuestados, las percepciones de los encuestados están influenciadas por las expectativas y además se pueden presentar una variabilidad de expectativas durante los diferentes momentos del proceso de brindar el servicio (Francis Buttle, 1996).

1.2.2. El Modelo de Calidad de Servicio de Grönroos

El modelo de imagen de Grönroos (1983, 1994), plantea que la calidad de servicio es el resultado de integrar la calidad en tres tipos de dimensiones: calidad técnica, calidad funcional e imagen corporativa; en las que quedarán incluidos los atributos que pueden influir o condicionar la percepción que un sujeto tiene de un objeto, sea producto o servicio, siendo la imagen un elemento básico para medir la calidad percibida. El modelo propuesto por Grönroos (1988) define y explica la calidad de servicio a la vez que asocia su gestión con las actividades propias del marketing y la relación de intercambio con un mercado de consumidores.

La calidad técnica hace referencia a la calidad del producto o proceso del servicio por lo que en su modelo Grönroos (Grönroos, 1988) estipula que la calidad técnica es la calidad del producto que se ofrece por lo que la calidad técnica plantea el menor grado de dificultad de medición por parte de los clientes.

La calidad funcional hace referencia a los aspectos relacionados con el proceso de la prestación del servicio, es decir, la experiencia que tiene el cliente al recibir el servicio. Está directamente relacionada con la interacción del cliente con el personal de servicio, relación cliente-empleado.

La calidad organizativa o imagen corporativa es el tercer nivel que plantea Grönroos, y ésta consiste en la percepción de la calidad que tienen los clientes de la organización, es decir, la imagen de la empresa a través del servicio brindado, la cual está construida con base a la calidad técnica y la calidad funcional más la imagen que perciben los clientes de la empresa.

La desventaja de este modelo es que sugiere que la calidad funcional es más importante que la calidad técnica y que la relación entre el cliente y proveedor son el fundamento de la calidad. El error o limitación del modelo es que la calidad de un servicio no solo engloba las actitudes del prestador del servicio, hay que tomar en cuenta las demás funciones de una empresa (Colmenares, 2007).

1.2.3. Normas ISO 9001

Las normas ISO son creadas por la Organización Internacional para la Estandarización (International Organization for Standardization), esta es una organización no gubernamental que cuenta con una red de 163 países cuya secretaria central está en Génova Suiza, encargada de coordinar el sistema. Esta organización se encarga de formar un puente entre las instituciones gubernamentales y el sector privado.

Los estándares de calidad se han vuelto un elemento muy importante dentro de la globalización, debido a la apertura comercial de los mercados internacionales ha surgido la necesidad de estandarizar la calidad de los productos y los procesos de producción con la finalidad de ofrecer productos homogéneos en los mercados internacionales, de este modo es que surge la inquietud y necesidad de estandarizar la calidad de servicios brindados por las

distintas instituciones, estas son unas normas universales que pueden ser aplicadas a todo tipo de producto y/o servicio (ISO, 2010).

Los estándares son importantes porque aseguran las características deseables de los productos y servicios como: la calidad, protección ambiental, seguridad, confiabilidad, eficiencia y capacidad de intercambio, siempre buscando los bajos costos.

Los objetivos de los estándares de ISO son (ISO, 2010):

- Hacer el desarrollo, manufactura y suministro de productos y servicios más eficiente, seguro y limpio.
- Facilitar el comercio entre países y hacer que sea justo.
- Proveer a los gobiernos de una base técnica para las áreas de salud, seguridad y legislación ambiental.
- Compartir los avances tecnológicos y las buenas prácticas administrativas.
- Promover la innovación.
- Salvaguardar a los consumidores y a los usuarios en general, de productos y servicios.
- Hacer la vida más fácil proporcionando soluciones a problemas comunes.

Los estándares ISO son desarrollados por comités técnicos los cuales están conformados por expertos del sector industrial, técnico y comercial. Estos grupos de expertos pueden ser ayudados por agencias gubernamentales, laboratorios de prueba, asociaciones de consumidores, organizaciones no gubernamentales y grupos de académicos.

De acuerdo a las regulaciones ISO los miembros de los comités técnicos deben tomar en cuenta los puntos de vista de todas las partes involucradas e interesadas en el desarrollo de dicho estándar, esto les permite presentar un consolidado consenso nacional.

1.2.4. Modelo e indicadores de calidad

Una vez presentados tres de los modelos más relevantes en el análisis de calidad, es necesario seleccionar el modelo que más se ajusta a las necesidades de la investigación, tomando en cuenta los indicadores con los que se cuenta, dicho modelo son las normas de calidad ISO 9000 (ISO, 2005), para ser más precisos las normas ISO 9004:2000 (ISO, 2005). Esto debido a que cuenta con una amplia gama de estándares los cuales se pueden aplicar con facilidad y conveniencia a estudio, otro aspecto importante es que cuenta con apartados

específicos para cada una de las variables y factores que determinan e influyen en el nivel de calidad del servicio, como (ISO, 2010):

Estándar de Recursos humanos: La dirección debe mejorar tanto la eficacia como la eficiencia de la organización, incluyendo el sistema de gestión de calidad, mediante la participación y el apoyo de las personas.

Estándar de Infraestructura: La dirección debe definir la infraestructura necesaria para la realización de los productos o servicios teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de las partes interesadas, la infraestructura incluye los recursos tales como la planta, espacio de trabajo, herramientas y equipos.

Estándar de Información: La dirección debe tratar los datos como un recurso fundamental para su conversión en información y para el desarrollo continuo del conocimiento de la organización, el cual es esencial en la toma de decisiones.

Estándar de Recursos financieros: la gestión de recursos financieros de incluir actividades para determinar las necesidades de recursos financieros y la fuente de los mismos, así como, la dirección debe planificar, tener disponibilidad y controlar los recursos financieros para apoyar y alentar la mejora del desempeño de la organización.

Una vez que se han definido los estándares a utilizar es necesario definir los indicadores a utilizar, es necesario seleccionar los indicadores que ayuden a reflejar cada uno de los estándares de forma precisa.

1.2.5. Criterios sobre la relación médico-paciente

Para poder comprender las condiciones actuales en las que se brinda el servicio médico en el ISSS, es necesario realizar un trabajo de campo para conocer la percepción tanto del usuario como del personal médico, ya que son estos los principales actores en la cadena del servicio.

Con la finalidad de integrar en el trabajo de campo, los estándares de calidad previamente definidos, se decidió utilizar los criterios de confiabilidad, elementos tangibles y empatía, definidos en el modelo SERVQUAL; y el criterio de la calidad funcional, definido en el modelo de calidad de Grönroos.

Estos criterios se tomaron en cuenta para la elaboración del trabajo de campo, ya que reflejan la percepción de calidad de la atención médica brindada y la relación médico-paciente, la cual se considera uno de los recurrentes problemas de la institución.

1.3. Definición de indicadores de cobertura y calidad

Tabla 1: Indicadores de cobertura

| Área | Indicador | Fórmula |
|---|---|--|
| Gastos corrientes | Participación de los gastos administrativos como porcentaje del gasto total. | $\frac{\text{Gastos administrativos}}{\text{Gastos totales}}$ |
| | Participación de sueldos de personal médico como porcentaje del gasto total. | $\frac{\text{Gastos en salarios médicos}}{\text{Gastos totales}}$ |
| | Participación del gasto en medicamentos y otros suministros médicos como porcentaje de gasto total. | $\frac{\text{Gastos en medicamentos}}{\text{Gastos totales}}$ |
| Utilización de estructura y equipo | Porcentaje de ocupación hospitalaria. | $\frac{\text{Días paciente censo}}{\text{N}^\circ \text{ de camas} \times \text{N}^\circ \text{ de días período}}$ |
| | Exámenes de laboratorio indicados por consulta. | $\frac{\text{Número de exámenes de lab.}}{\text{Número de consultas}}$ |
| | Exámenes de rayos "X" indicados por consulta. | $\frac{\text{Número de exámenes de rayos "X"}}{\text{Número de consultas}}$ |
| Utilización de recurso humano | Número de consultas por hora médico. | $\frac{\text{Número de consultas}}{\text{Horas médico}}$ |
| | Proporción de médicos por 1000 derechohabientes. | $\frac{\text{Número de médicos} \times 100}{\text{Población cubierta}}$ |

| Área | Indicador | Fórmula |
|---------------|-------------------------------|--|
| Accesibilidad | Población cubierta. | $\frac{\text{Población asegurada}}{\text{Población país}}$ |
| | Número de centros de atención | |

Fuente: OMS, 2003.

Tabla 2: Indicadores por estándar de calidad

| Estándares | Indicadores. |
|---|--|
| Estándares de Infraestructura | Total de centros de atención. Giro de camas. Porcentaje de ocupación. |
| Estándares de Recursos Humanos | Consulta por horas médico. Servicios médicos hospitalarios. Número de enfermeras por 1000 derechohabientes. Número de Técnicos y otros |
| Estándares de Información | Los estándares de información quedaron fuera del estudio debido a la falta de indicadores estadísticos que presenta la institución analizada. |
| Estándares de Recursos Financieros | Ingresos-Egresos Porcentaje del gasto total destinado a gasto administrativo. Gasto en prestación de servicios de salud por derechohabiente. |

Fuente: Elaboración propia a partir de “Boletín Estadístico de Salud Enero 2009” (ISSS, 2010) y ISO 2010 (ISO, 2010).

1.4. Funcionamiento del ISSS y sus dependencias

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social es un organismo autónomo vinculado al ejecutivo a través del Ministerio de Trabajo y Previsión Social; desempeña funciones normativas, de administración de programas de la salud, financieras, de apoyo técnico-administrativo y de provisión de servicios a la población asegurada y beneficiarios. El ISSS tiene como autoridades superiores el “Consejo Directivo” y la “Dirección General”; el primero de ellos es la autoridad máxima en el orden administrativo, financiero y técnico, y está integrado de la siguiente forma (ISSS. 2007):

- Ministro (a) de Trabajo y Previsión Social y en su defecto el Subsecretario del Ramo.
- Cuatro miembros gubernamentales, uno por cada uno de los siguientes ministerios: Ministerio de Hacienda, Ministerio de Trabajo y Previsión Social, Ministerio de Economía, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Dos miembros representantes de los trabajadores (as), elegidos por los sindicatos de Trabajadores (as) con personería jurídica y debidamente inscritos ante el Ministerio de Trabajo y Previsión Social.
- Dos miembros representantes patronales, elegidos por las organizaciones patronales más caracterizadas, que reúnan los requisitos siguientes: tener personería jurídica, que la mayor parte de sus miembros sean patronos o empresas sujetas al régimen del Seguro Social y estar inscritas como organizaciones votantes para la elección, ante el Ministerio de Trabajo y Previsión Social.
- Un miembro representante del Colegio Médico de El Salvador.
- Un miembro representante de la Sociedad Dental de El Salvador.
- Un director (a) General del Instituto y en su defecto el Subdirector (a), quien actuaría como secretario (a) del Consejo con derecho a voz, pero sin derecho a votar en la toma de decisiones del mismo.

La Dirección general es el organismo ejecutivo, encargado de la administración de los regímenes de Seguridad Social. El director y Subdirector del Seguro Social son nombrados por el Presidente de la República.

1.4.1. Las fuentes de financiamiento

Según el departamento de beneficios económicos del ISSS, los recursos necesarios para el financiamiento de Régimen General de Salud, provienen fundamentalmente de las cotizaciones de los patronos, trabajadores(as) y el Estado.

Es necesario mencionar, que el aporte estatal ha permanecido constante desde la implementación del Decreto N° 100 del 21 de diciembre de 1978, siendo el monto anual de la aportación \$571,429. Constituyen también fuente de financiamiento las rentas e intereses provenientes de inversiones de las reservas, el producto de multas y otras sanciones legales

así como la cotización de los pensionados(as) del ISSS e INPEP (pensionados(as) por invalidez, vejez y viudez; la tasa de cotización actual es de 7.8% sobre el monto de la pensión).

Tabla 3: Estructura de la tasa global de cotización del régimen general de salud

| Sectores | Junio de 1993 a la fecha (%) |
|--------------|------------------------------|
| Patronos | 7.50% |
| Trabajadores | 3.00% |
| Estado | - |
| Total | 10.50% |

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Departamento de Beneficios Económicos del ISSS.
 Nota: según Decreto N° 100 del 21/12/78, el Estado aportará una cuota fija anual no menor de US \$571,429 ajustables cada cinco años de acuerdo con los estudios actuariales correspondientes (ISSS, 1997). Última revisión 2007.

Tabla 4: Salarios mínimos y máximos sujetos de cotización en el régimen de salud

| Condición de salario | Junio de 1989 a la fecha |
|----------------------|--------------------------|
| Mínimo | US \$34.29 |
| Máximo | US \$685.71 |

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Departamento de Beneficios Económicos del ISSS.

1.4.2. Estimación de ingresos por cotizaciones sin límite de salario cotizable

Una alternativa viable para el aumento de los ingresos del ISSS es la eliminación del salario cotizable máximo de \$685.71, ya que la actual forma de financiación es una forma regresiva de recaudo, dado que impone un techo que imposibilita que los cotizantes con mayores ingresos al salario máximo aporten una cantidad superior. Esto significa que proporcionalmente, sus contribuciones son menores en relación a los trabajadores con un salario menor al máximo.

Para la estimación de los ingresos por cotizaciones en base a salario nominal, se ha utilizado información de salarios nominales reportados por patronos extraída del Sistema de Estadísticas

de Salud (ISSS, 2011) que incluye el salario nominal total por categoría económica². La estimación de ingresos se obtuvo ocupando la fórmula 1, donde se multiplica el total de salarios nominales de la categoría i por 3% que es el porcentaje del salario que el cotizante aporta, y 7.5% que es el porcentaje que aporta el patrono. Una vez calculado el total de aportes se suman los resultados para obtener los ingresos estimados.

Fórmula 1

$$\sum_{i=1}^n \text{Total salarios nominales}_i \times (0.03 + 0.075)$$

La tabla 5 muestra los ingresos obtenidos en el año 2009 y la estimación realizada eliminando el límite de salario. Se observa que para las cotizaciones obtenidas del sector privado se podría obtener un incremento del 21%, mientras que para el sector público el incremento sería de un 29% y los ingresos totales aumentarían un 20%.

Tabla 5: Comparación de ingresos por cotizaciones³

| | Con límite | Sin límite | Incremento |
|------------------------------------|---------------|---------------|------------|
| Cotizaciones sector privado | \$234,297,880 | \$283,567,786 | 21% |
| Cotizaciones sector público | \$85,083,127 | \$109,945,997 | 29% |
| Total cotizaciones | \$319,381,007 | \$393,513,784 | 23% |
| Total ingresos | \$366,836,422 | \$440,969,199 | 20% |

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Sistema de Estadísticas de Salud del ISSS.

Bajo el actual sistema de recaudación, el Estado deja de contribuir en \$17.7 millones como patrono y los empleados públicos dejan de cotizar en \$7.1 millones; en tanto que en el sector privado, la contribución de los patronos podría ser de \$35.1 millones más que la actual, y la cotización de los empleados podría incrementar en \$14.1 millones. Lo que estos datos sugieren

² Las categorías económicas han sido establecidas por el ISSS y se dividen en: agricultura, caza, silvicultura y pesca; explotación de minas y canteras; industrias manufactureras, electricidad, gas y agua; construcción; comercio por mayor y menor, hoteles y restaurantes; transporte, almacenamiento y comunicaciones; establecimientos financieros, bienes inmuebles y servicios prestados a las empresas; servicios comunales, sociales y personales; empleados sector público estatales y municipales.

³ Ver anexo 1.2. para detalle de la estimación.

es que el ISSS deja de percibir una cantidad importante de ingresos que pudieran provenir de los cotizantes que perciben ingresos mayores a \$685.71 por lo que una eliminación de este techo generaría mayores ingresos sin afectar la estructura administrativa de la institución.

1.4.3. Esquema Financiero

Según el departamento de beneficios económicos del ISSS, este régimen se financia mediante dos sistemas (ISSS, 2007):

- a) Reparto Anual Simple: El cual consiste en nivelar en cada ejercicio el monto de ingresos corrientes por cotizaciones, con egresos corrientes por prestaciones y gastos de administración. El sistema requiere solamente la formación de una reserva de emergencia, destinada a la cobertura de eventuales desviaciones en los egresos que superen a los ingresos, y se aplica al financiamiento de las prestaciones que otorga este régimen, exceptuando las pensiones por riesgos profesionales.

Según los lineamientos del Departamento de Beneficios Económicos de la institución los excedentes de cada ejercicio sirven para la formación del capital necesario para el desarrollo de la infraestructura física de la institución y la ampliación de los beneficios (ISSS, 2007).

- b) Reparto de Capitales de Cobertura: Consiste en nivelar en cada ejercicio, los ingresos por cotizaciones con el valor capital (o conjunto de capitales constitutivos) correspondientes a las pensiones concedidas durante el ejercicio. Dicho valor capital viene destinado a un Fondo de Reserva Técnica, del cual se toman las cantidades necesarias para el pago mensual de las rentas a los pensionados(as).

Este sistema de financiamiento se aplica a las pensiones por riesgos profesionales.

1.4.4. Reserva para Emergencias.

De acuerdo con la ley, la reserva para emergencias se formará con un límite de US \$114,290 por cada mil asegurados o fracción y su monto absoluto no podrá ser mayor de US\$11,429,000 (Art. 51 del Reglamento para la aplicación de Régimen del Seguro Social).

1.4.5. Reserva Técnica para Pensiones de Riesgos Profesionales

Se constituye con la acumulación del 5% de las cotizaciones percibidas mensualmente (Cap. VIII, Art. 50 del Reglamento para la Aplicación del Régimen del Seguro Social).

1.4.6. Niveles de Atención y Complejidad

El Instituto gestiona sus propias clínicas y hospitales, también contrata los servicios del Ministerio de Salud y sector privado.

Este apartado pretende detallar el funcionamiento de los establecimientos del 1º, 2º y 3º nivel de atención del ISSS, de acuerdo a los niveles de complejidad de los servicios.

Los establecimientos del ISSS se han delimitado en tres grandes regiones: La región occidental, la región oriental y la región centro-metropolitana. Debido a la dispersión de los centros de atención, la zona central se ha unido con la metropolitana por la facilidad de acceso en la red vial, y porque además las carreteras Panamericana, Troncal del Norte y el Anillo Periférico coinciden en los centros de atención metropolitanos (ISSS, 2007).

Para el desarrollo de este apartado se determinaron los universos de población de responsabilidad de cada una de los centros de atención del Instituto. Se puede decir que la administración del ISSS en relación a sus establecimientos de salud funciona mediante una configuración de trabajo/atención en redes de los Centros de Atención, entendiendo como red un conjunto de establecimientos y servicios de salud de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución interrelacionados por una red vial que convergen generalmente en un Hospital (ISSS, 2007).

Para definir el funcionamiento de los centros de atención es necesario tener claro los diferentes niveles de atención con que cuenta el ISSS y la complejidad de los mismos.

La oferta en los centros de atención se organiza en función del nivel de resolución de los servicios de salud, el cual está dado por la combinación tecnológica involucrada, el diseño tecnológico, infraestructura, equipamiento, dotación de insumos y calificación de los recursos humanos que intervienen (ISSS, 2008).

La Complejidad se define como el grado de diferenciación de las tareas que integran la actividad global de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por el mismo tanto en

servicios, equipamiento, recursos humanos e intervenciones donde generalmente deben corresponder a los niveles de atención (ISSS, 2007).

Primer nivel de atención médica

El primer nivel de atención tiene como fin entregar a la población derechohabiente tecnología simple para la identificación de los riesgos para la salud individual y colectiva, así como facilitar la educación para la identificación temprana de daños en el entorno, por medio de la investigación orientada a resolver los problemas de salud más frecuentes, buscando y teniendo como meta el ejercicio de estilos de vida saludables (ISSS, 2007).

Las acciones y servicios están enfocados básicamente a preservar y fomentar la salud mediante actividades de promoción, identificación y combate de riesgos, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica, así como diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, en su caso, de padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria basada en una combinación de recursos y tecnologías de poca complejidad técnica (ISSS, 2007).

De acuerdo al departamento de funcionamiento de centros de atención del ISSS, los Criterios institucionales de organización del primer nivel de atención son (ISSS, 2007):

- a) Constituir la puerta de entrada principal y el área de seguimiento de las personas en las redes de atención, brindando servicios de consulta general apoyados en laboratorio clínico e imágenes médicas;
- b) Coordinar e implementar en su ámbito el sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria, reaccionando oportunamente ante daños y riesgos;
- c) Garantizar la formación de equipos básicos de salud interdisciplinarios;
- d) Realizar las acciones de promoción, prevención, atención ambulatoria, incluyendo la visita domiciliaria para identificación local de riesgos y transferir la tecnología de manejo al derechohabiente en su domicilio, y todas aquéllas comprendidas en el primer nivel según la capacidad de resolución establecida para cada centro;
- e) Contribuir a promover la participación comunitaria para que definan su autodesarrollo, acompañándolos en la gestión social y el auto cuidado de la salud;

f) Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y retorno; atender pacientes que requieran manejo ambulatorio o internación domiciliar, cumpliendo los tratamientos que han sido indicados en el nivel de atención superior, producto del retorno del paciente a su nivel local.

g) Elaborar el Plan Anual de Trabajo que se va a desarrollar y aportar algunos elementos locales para la implementación del Plan Operativo Anual basado en la programación de actividades de salud;

h) Identificar la cobertura de las personas en los programas preventivos y en las clínicas comunales también establecer el alcance de los componentes de medicina familiar.

Segundo nivel de atención médica

El segundo nivel de atención médica tiene como fin identificar el daño a la salud ocasionados por la enfermedad y la interacción con el medio ambiente, brindando el tratamiento precoz de los padecimientos, previniendo o limitando la secuela. La investigación en salud es una herramienta que debe promoverse en este nivel, a fin de identificar la mejor manera de abordar el manejo de los determinantes de la salud- enfermedad (ISSS, 2007).

Los servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias médico-quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado. Comprende, además, acciones de vigilancia e intervención epidemiológica en apoyo a las realizadas en el primer nivel.

De acuerdo al departamento de funcionamiento de centros de atención del ISSS, los criterios institucionales de organización del segundo nivel de atención (ISSS, 2007):

a) Constituir el escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención;

b) Garantizar la atención a través de equipos multidisciplinarios que utilizan la tecnología disponible, según el nivel de complejidad;

c) Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia e intervención epidemiológica y sanitaria;

- d) Realizar las acciones de atención de especialidades, de internación de baja y mediana complejidad, de diagnóstico y tratamiento oportuno, de rehabilitación, y todas aquellas comprendidas en el nivel y según la capacidad de resolución establecida para cada centro, utilizando el laboratorio clínico;
- e) Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y retorno;
- f) Elaborar el Plan Anual de Trabajo que se va a desarrollar y aportar algunos elementos locales para la implementación del Plan Operativo Anual basado en la programación de actividades de salud;
- g) Identificar la cobertura de las personas que se benefician de los servicios curativos del segundo nivel de atención.

Tercer nivel de atención médica

El tercer nivel de atención tiene como fin atender los casos más graves que por su nivel de complicación requieran de la intervención eficaz de personal altamente especializado en el manejo, limitando la extensión del daño y favoreciendo el pronóstico y la rehabilitación (ISSS, 2007)

Las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Este nivel puede comprender también funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica; actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados.

De acuerdo al departamento de funcionamiento de centros de atención del ISSS, los criterios institucionales de organización del tercer nivel de atención (ISSS, 2007):

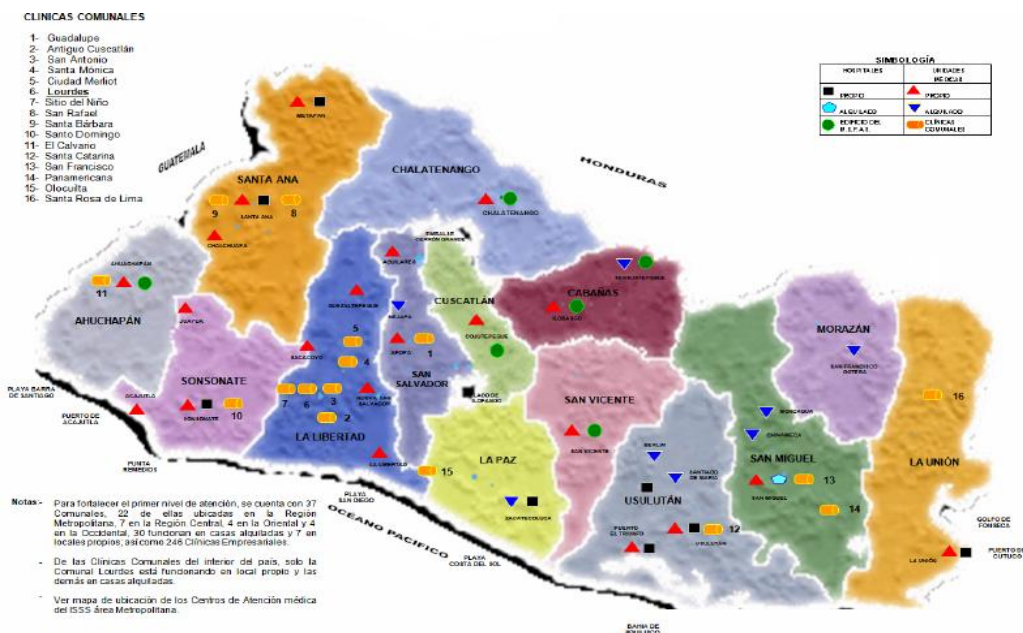
- a) Garantizar la óptima capacidad de resolución de las necesidades de alta complejidad a través de equipos profesionales altamente especializados;
- b) Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia e intervención epidemiológica y sanitaria;

- c) Establecer articulaciones con los centros de otros niveles y con otros del propio nivel, a fin de garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención;
- d) Elaborar el Plan Anual de Trabajo que se va a desarrollar y aportar algunos elementos locales para la implementación del Plan Operativo Anual basado en la programación de actividades de salud;
- e) Identificar la cobertura de las personas que se benefician de la utilización de servicios de alta complejidad y de la tecnología de punta.

A la fecha, el Instituto cuenta con 255 clínicas empresariales, 37 clínicas comunales y 35 unidades médicas, que conforman el primer nivel de atención. Las clínicas empresariales y comunales dependen logística y administrativamente de las unidades médicas de adscripción (ISSS, 2009).

Existen diez Hospitales: tres Hospitales Regionales (Santa Ana, Sonsonate, San Miguel), tres Hospitales Metropolitanos (Amatepec, Roma, Neumológico), tres de Referencia Nacional (Hospital general, Hospital Médico Quirúrgico Oncológico, 1° de Mayo), y un Hospital Policlínico (Policlínico Arce). El ISSS también cuenta con: un Consultorio de Especialidades y una Unidad de Medicina Física y Rehabilitación (Policlínico Zacamil) (ISSS, 2009).

Ilustración 2: Distribución de los centros de atención del ISSS a nivel nacional. 2009



Fuente: Anuario estadístico, ISSS 2010.

1.4.7. Cobertura de derechohabientes por nivel de atención

Los cotizantes activos son los que realizan el pago de las contribuciones, las cuales son descontadas mensualmente de su salario y son pagadas a través de sus patronos al ISSS. Éstos gozan de todos los beneficios que provee la institución y tienen acceso a todos los niveles de atención una vez comiencen a cotizar y su patrono les dé un comprobante mensual extendido por el ISSS (taco del seguro).

Los beneficiarios del cotizante activo son su compañero/a de vida y sus hijos menores de 12 años. Para los primeros el ISSS brinda acceso y cobertura para todos los niveles de atención, mientras que para los segundos sólo se brinda cobertura para el primer nivel, de necesitar atención hospitalaria, se refieren al Hospital Benjamín Bloom. La tabla 6 muestra un resumen por tipo de derechohabiente y los servicios a los que tiene acceso.

Tabla 6: Nivel de atención por tipo de derechohabiente

| | Primer nivel | Segundo nivel | Tercer nivel |
|--------------------------------------|--------------|---------------|--------------|
| Cotizante Activo | x | x | x |
| Conyugues/ compañeros de vida | x | x | x |
| Hijos | x | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Departamento de Beneficios Económicos del ISSS.

1.5. Delimitación y diferenciación de funciones entre los centros de atención

1.5.1. Categorización de los Centros de Atención por complejidad

1.5.1.1. Centros de primer nivel de atención

Los centros de primer nivel de atención son establecimientos donde se atienden problemas de salud de baja complejidad, con una oferta de gran tamaño, menor especialización y tecnificación de los recursos. En este nivel se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes.

Clínicas Empresariales

Son establecimientos de primer nivel de atención con mínima complejidad, autorizados en aquellas empresas que lo solicitan teniendo un población de 20 o más empleados y que a sus derechohabientes les ocasiona pérdida de tiempo pasar la consulta en los centros de atención de la red del ISSS (ISSS, 2007).

Según los lineamientos institucionales en estos establecimientos se desarrolla (ISSS, 2007):

- Consulta General de atención de morbilidad y programas preventivos.
- Referencia a la unidad médica de adscripción para laboratorio básico general.
- Indicación de estudios de radiología general simple.
- Prescripción de recetas y despacho de medicamentos provistos por la unidad médica de adscripción bajo un listado de medicamentos restringido.
- Acciones de salud ocupacional.
- Contribución a la prevención de accidentes de trabajo.

Clínicas Comunales

Son establecimientos del primer nivel de atención de baja complejidad, donde se implementa el modelo de salud familiar y comunitario, cuya oferta de servicios se enmarca en la promoción y prevención de la salud, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación ambulatoria de los problemas de salud, atendido por médicos generales y familiares que conforman junto a una enfermera y un educador en salud, los Equipos Básicos de Salud (EBS) (ISSS, 2007).

Las clínicas comunales tienen de 1 a 5 EBS con una cobertura desde 3,000 a 15,000 derechohabientes, si se requieren más EBS para asegurar la cobertura de su población, pueden contar a partir del 6 EBS con un médico, que será auxiliado en su trabajo comunitario por los integrantes de los EBS restantes.

En dichos establecimientos se desarrolla (ISSS, 2007):

- Consulta General de atención de morbilidad y programas preventivos.
- Toma de muestras para procesamiento en el laboratorio básico general de la unidad médica de adscripción o compra de servicios.

- Indicación de estudios de radiología general simple.
- Prescripción y despacho de medicamentos bajo un listado de medicamentos restringido.
- Acciones de salud familiar y comunitaria.
- Seguimiento de paciente estable retornado para su manejo en el nivel local.

Unidades Médicas

Son establecimientos del primer nivel de atención de mediana complejidad donde se brinda atención ambulatoria y en algunos de los centros se cuenta con internación de corta estancia, atendida por medio de médicos generales y en algunos casos, médicos de las especialidades básicas (ISSS, 2007).

La Unidad Médica de adscripción tiene la capacidad para apoyar entre 1 y 5 Clínicas Comunes y todas sus Clínicas Empresariales adscritas. Tiene una cobertura de entre 15,000 a 75,000 habitantes derechohabientes.

Las unidades médicas que tienen un determinado nivel de complejidad y una capacidad resolutoria superior a los requerimientos de su población, conservarían su complejidad, pero serían fortalecidas en el campo de la salud familiar.

Tabla 7: Portafolio de servicios básicos ofrecidos por los Centros de primer nivel de atención.

| | Clínicas Empresariales | Clínicas Comunes | Unidades Médicas |
|---------------------------------|---|---|--|
| Salud Mental | | | Ansiedad y depresión, consejo para mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital y seguimiento coordinado con atención especializada de las personas con trastorno mental severo. |
| Servicio de medicamentos | Gestión de vacunas, gestión de medicamentos y educación sobre el uso de medicamentos. | Gestión de vacunas, gestión de medicamentos y educación sobre el uso de medicamentos. | Gestión de vacunas, gestión de medicamentos y educación sobre el uso de medicamentos. |

| | Clínicas Empresariales | Clínicas Comunes | Unidades Médicas |
|--|--|--|--|
| Servicio de promoción de salud | Educación para la salud, organización y asesoría de comités de seguridad industrial, educación colectiva sobre salud ocupacional e inmunización. | Educación para la salud, educación colectiva sobre uso de servicios de salud, organización y asesoría de comités de salud y formación de clubes de apoyo a pacientes. | Educación para la salud, organización y asesoría de comités de seguridad industrial, educación colectiva sobre salud ocupacional e inmunización. |
| Servicio dirigido a la comunidad y medio ambiente | | Educación ambiental y apoyo a la gestión para la atención de las denuncias higiénico sanitario. | Educación ambiental y apoyo a la gestión para la atención de las denuncias higiénico sanitario. |
| Servicio orientado a la mujer | Diagnóstico precoz del cáncer cérvico-uterino y de mama, educación colectiva en sexualidad, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), educación colectiva en prevención del cáncer, educación y orientación sexual en consulta. | Diagnóstico precoz del cáncer Cerviño-uterino y de mama, educación colectiva en sexualidad, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), educación colectiva en prevención del cáncer y educación y orientación sexual en consulta. | Diagnóstico precoz del cáncer Cerviño-uterino y de mama, educación colectiva en sexualidad, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), educación colectiva en prevención del cáncer y educación y orientación sexual en consulta. |
| Servicio para asistencia durante la gestación y puerperio | Control de embarazo, consulta de planificación familiar, consulta puerperal y promoción de la lactancia materna. | Control de embarazo, consulta de planificación familiar, control puerperal, promoción de la lactancia materna y educación maternal en grupos. | Control de embarazo, consulta de planificación familiar, consulta puerperal y promoción de la lactancia materna. |
| Servicio para el adulto y el anciano | Educación colectiva en riesgo cardiovascular, educación colectiva en adicciones, enfermedades prevalentes, educación colectiva en accidentes y violencia, diagnóstico precoz del cáncer, consulta de diabetes, consulta de hipertensión arterial y riesgo cardiovascular, vacunación de tétanos. | Educación colectiva en riesgo cardiovascular, educación colectiva en adicciones, enfermedades prevalentes, educación colectiva en accidentes y violencia, control y tratamiento de tuberculosis, visita domiciliaria a discapacitados y consulta de hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. | Educación colectiva en riesgo cardiovascular, educación colectiva en adicciones, enfermedades prevalentes, educación colectiva en accidentes y violencia, diagnóstico precoz del cáncer, consulta de diabetes, consulta de hipertensión arterial y riesgo cardiovascular, vacunación de tétanos. |
| Servicio para el niño y adolescentes | | Inmunizaciones, vigilancia y control del crecimiento y desarrollo, educación a grupos de adolescentes, educación para la salud en la escuela, educación colectiva en salud infantil, administración de micro | Inmunizaciones, vigilancia y control del crecimiento y desarrollo, educación a grupos de adolescentes, educación para la salud en la escuela, educación colectiva en salud infantil, administración de micro |

| | Clínicas Empresariales | Clínicas Comunes | Unidades Médicas |
|--------------------------|---|---|---|
| | | nutrientes y desparasitación, orientación sexual para jóvenes y educación grupos de padres. | nutrientes y desparasitación, orientación sexual para jóvenes y educación grupos de padres. |
| Otros servicios | Cita previa, referencia para la toma de exámenes de laboratorio y gabinete y nebulización de aerosoles e inhalados. | Cita previa, referencia para la toma de exámenes de laboratorio y gabinete y nebulización de aerosoles e inhalados. | Cita previa, referencia para la toma de exámenes de laboratorio y gabinete y nebulización de aerosoles e inhalados. |
| Otras actividades | | Aprovechamiento de huertos caseros con frutas y alimentos locales, clubes de diabéticos e hipertensos, grupos de ejercicio aeróbico, grupos de la tercera edad, organización y participación en ferias y jornadas de salud y demostraciones sobre la preparación de complementos nutricionales. | Aprovechamiento de huertos caseros con frutas y alimentos locales, clubes de diabéticos e hipertensos, grupos de ejercicio aeróbico, grupos de la tercera edad, organización y participación en ferias y jornadas de salud y demostraciones sobre la preparación de complementos nutricionales. |

Fuente: Elaboración propia a partir de Sistema de Estadísticas de Salud (SES).

1.5.1.2. Centros de segundo nivel de atención

El segundo nivel lo conforman el Hospital Amatepec, el Hospital Roma, el Consultorio de Especialidades (de referencia nacional ambulatoria), la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación con su hospitalización en el Hospital Neumológico, y los hospitales regionales. Los hospitales regionales atienden de 1 a 5 unidades médicas con una cobertura entre 75,000 a 375,000 derechohabientes. Los hospitales regionales son: Hospital de Santa Ana, el Hospital de Sonsonate y el Hospital de San Miguel. La unidad médica Zacamil se convertirá en el Hospital Policlínico Zacamil (ISSS, 2009).

En estos centros se desarrollan (ISSS, 2007):

- Consulta general y especializada, práctica de diagnóstico y/o tratamiento de bajo riesgo y/o complejidad inherentes a las consultas, prácticas de diagnóstico y/o tratamiento de mediana complejidad y/o riesgo.
- Internaciones clínicas, quirúrgicas y de especialidades.
- Parto de bajo y moderado riesgo materno.
- Cirugía menor, mediana y mayor. Cirugía de urgencia especializada de alto riesgo impostergable que no admita el traslado.
- Laboratorio especializado.
- Diagnóstico por imágenes.
- Unidad de cuidados intensivos (Tipo TI).

1.5.1.3. Centros de tercer nivel de atención

En el tercer nivel de atención están los 3 hospitales de referencia nacional, ubicados en el sector metropolitano de la capital, estos son: el Hospital general, el Hospital Médico Quirúrgico Oncológico y el Hospital 1° de Mayo.

El Policlínico Arce y la Unidad de Neumología son centros de apoyo para internación del Hospital General y Hospital Médico Quirúrgico Oncológico.

En los centros de tercer nivel se desarrolla (ISSS, 2007):

- Diagnóstico y/o tratamiento de bajo riesgo y/o complejidad inherentes a las consultas de emergencia espontánea y referida; prácticas de diagnóstico y/o tratamiento de alto riesgo y/o alta complejidad.
- Consulta externa especializada en los que tienen este servicio.
- Internaciones clínicas, quirúrgicas y de especialidades.
- Parto de bajo, moderado y de alto riesgo materno-infantil.
- Cirugía menor, mediana, mayor y especializada de alto riesgo.
- Unidad de Terapia Intensiva (Tipo TII).
- Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.
- Laboratorio especializado.
- Diagnóstico por imágenes.

Tabla 8: Servicios médicos brindados por centros de tercer nivel de atención

| | Especialidades Generales | Hospital Regional | Especialidad Médico Quirúrgica |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Servicios médicos | Medicina Interna | Procedimientos Diagnósticos Básicos | Cardiología |
| | Cirugía General | Procedimientos Terapéuticos Básicos | Gastroenterología |
| | Ginecología y Obstetricia | | Neumología |
| | Emergencia | | Neurología |
| | | | Oftalmología |
| | | | Otorrinolaringología |
| | | | Neurocirugía |

Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de Estadísticas de Salud (SES).
(Ver anexo 1.1 para detalle de servicios).

CAPÍTULO II: ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS FACTORES QUE INCIDEN SOBRE EL NIVEL DE COBERTURA Y CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA POR EL ISSS

Para una mejor comprensión del comportamiento de las variables, se han agrupado en el apartado 2.1 aquellas que inciden en la evolución del nivel de cobertura y calidad, en el apartado 2.2 las que inciden únicamente en el nivel de cobertura y en el apartado 2.3 las que inciden únicamente en el nivel de calidad.

2.1. Evolución de las variables que afectan el nivel de cobertura y calidad del servicio prestado por el ISSS (1999-2009)

2.1.1. Componentes de gasto administrativo que afectan el nivel de cobertura y calidad

2.1.1.1. Participación de los gastos administrativos como un porcentaje del gasto total en atención a la salud

Se consideran como gastos administrativos, los que corresponden a las oficinas Administrativas Centrales, Sucursales, Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucionales (UACI), los relativos a la administración y dirección de los Centros de Atención y los salarios del personal que labora en estas unidades. El porcentaje de gasto administrativo con respecto al gasto total es importante en el estudio debido a que ayudará a determinar si los gastos en que incurre el ISSS están focalizados a las áreas que ayudarían a mejorar el servicio y la cobertura brindada por la institución.

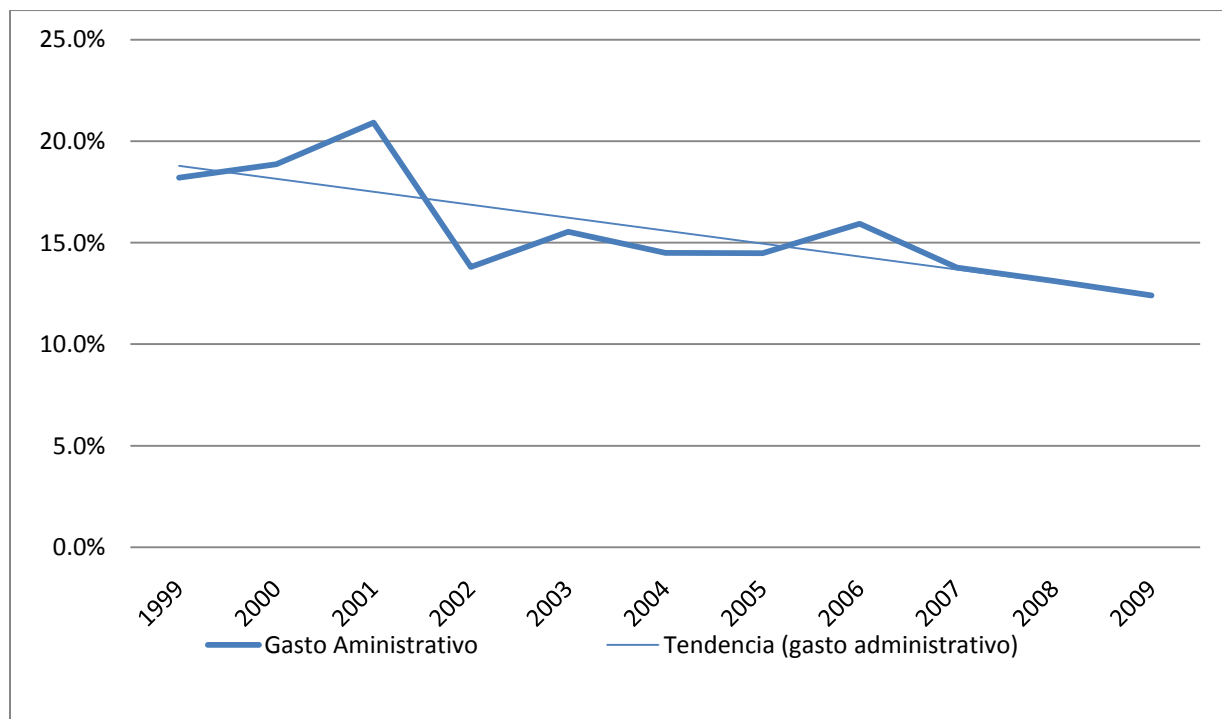
El gasto administrativo promedio de los Seguros Sociales en Argentina, Costa Rica, Panamá y Uruguay oscila entre el 4% y 6% del gasto total y fluctúa entre 12% y 21% en Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana. El principal componente del gasto administrativo en la mayoría de estos países es el salario y beneficios adicionales de los empleados administrativos (CEPAL, 2007). En el periodo en estudio se observa que el ISSS ha logrado una disminución significativa en el porcentaje del gasto dedicado al gasto administrativo pasando de un 20.90% en 2001 a un 12.40% en 2009 (ver gráfico 1) situándose en un punto intermedio entre los diferentes sistemas de salud de Latinoamérica.

En el gráfico 1 se muestra una línea de tendencia de la proporción de gastos administrativos con pendiente negativa que indica que desde 1999 el ISSS ha logrado reducir la proporción que ocupa este gasto desde un 18.2% hasta un 12.4% en 2009. Esta reducción se ha debido en

parte a nuevos procesos institucionales como el “Convenio específico entre el MSPAS e ISSS para la provisión de servicios de salud” (ISSS, 2007) donde derechohabientes del ISSS pueden acudir a instalaciones del MSPAS para recibir ciertos servicios de salud –como consulta de emergencia, servicios de hospitalización, cirugías menores y partos, etc.- sin que la institución incurra en un mayor gasto de personal o de infraestructura, brindando una mayor cobertura principalmente a los derechohabientes que residen fuera del área metropolitana. No obstante, la disminución se ha debido al aumento en el gasto de otras áreas del ISSS como el gasto en prestaciones médicas por derechohabiente (ver gráfico 19).

La serie también muestra una caída en el gasto administrativo en el año 2002, esto se debió principalmente a las huelgas prolongadas realizadas entre Septiembre de 2002 y Junio de 2003 por el Sindicato de Trabajadores del ISSS (STISSS) y el Sindicato de Médicos Trabajadores del ISSS (SIMETRISSS) en contra de la privatización de la institución y que produjo un número importante de despidos de personal, que fue recontratado al finalizar la huelga (El Diario de Hoy, 2003).

Gráfico 2: Participación del gasto administrativo como un % del gasto total⁴



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

⁴ Ver datos en anexo 2.1.

2.1.1.2. Sindicatos del ISSS

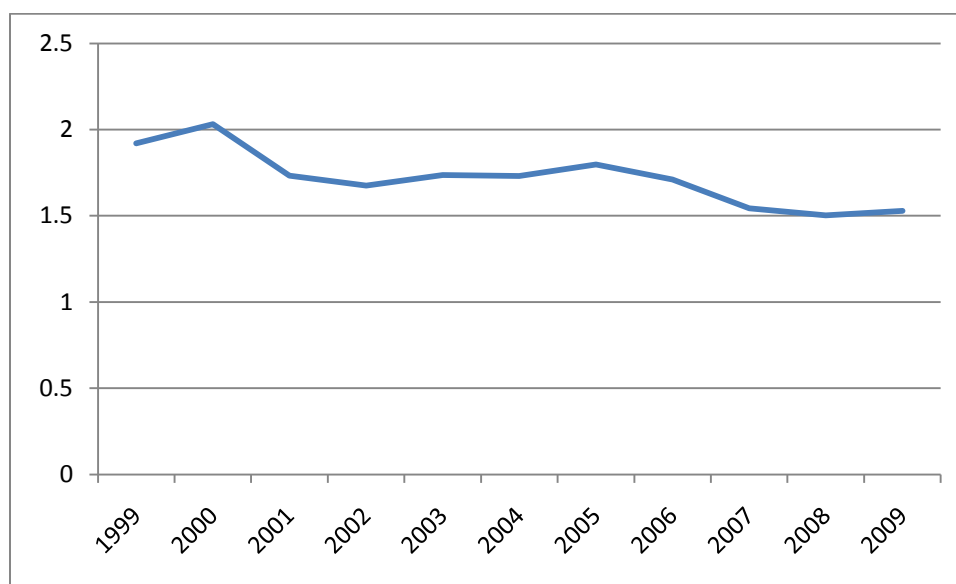
La influencia de los sindicatos sobre el gasto administrativo no se limita a paros laborales sino que funcionan como agentes de negociación entre la institución y sus trabajadores, es decir, utilizan su poder de negociación para obtener mejores prestaciones para todos los empleados del ISSS. El STISSS es el sindicato con mayor número de afiliados y posee una junta directiva conformada por 25 miembros, que pueden dedicarse a actividades sindicales sin trabajar en las actividades propias del ISSS hasta por un máximo de 100 días al año. El STISSS cuenta con un presupuesto anual de \$137,000 (LPG, 2004) el cual está compuesto por la aportaciones de los miembros del sindicato -a quienes se les retiene el 1% de su salario mensual- y las contribuciones de parte del ISSS para actividades culturales, artísticas, deportivas y contribuciones en prestaciones de salud para hijos menores de 21 años y padres de los afiliados al STISSS (ISSS, 2005). Dado que los miembros de la junta directiva representan alrededor de un 0.16% del total de empleados y su presupuesto es únicamente el 0.03% del total de gastos del ISSS la carga financiera que representa el sindicato para la institución se puede considerar como poco significativa y su impacto está más relacionado con la organización de actividades sindicales y la defensa de los derechos e intereses de sus afiliados en los conflictos de trabajo ante el ISSS, y la negociación permanente del contrato colectivo (el cual engloba el incremento salarial y prestaciones monetarias como bono al mérito, alimentación y transporte, etc. (ISSS, 2005).

2.1.1.3. Empleados administrativos

El recurso humano administrativo se encarga de tareas puramente administrativas y organizacionales. Dentro de este grupo de empleados se encuentran los directores de las diferentes unidades administrativas, oficinistas, secretarías, técnicos de estadística, personal de atención al cliente y personal de intendencia (motoristas, vigilantes, personal de limpieza, etc.)

Si bien es cierto que los médicos y enfermeras juegan un papel primordial al momento de brindar un servicio de calidad, es necesario no dejar de lado la importancia del personal administrativo, esta es una variable importante debido a que una de las críticas que se le han hecho al ISSS es que posee un gasto administrativo demasiado alto y esto se debe al elevado número de personal administrativo con el que cuenta la institución (AISS, 2010).

Gráfico 2: Número empleados administrativos por 1000 derechohabientes⁵



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

En el gráfico 2 se puede observar que el número de empleados administrativos por 1000 derechohabientes presenta una tendencia decreciente durante el periodo analizado: su valor inicial en 1999 era de 2.03, pero para 2009 fue de solamente 1.52 lo que representa una reducción de casi el 25%. Este comportamiento es consistente con la reducción en la proporción del gasto administrativo vista en el gráfico 1, lo que estaría indicando que el gasto administrativo por derechohabiente ha ido disminuyendo.

No existe ningún estándar internacional que indique la proporción óptima entre empleados administrativos y derechohabientes, pero países que poseen los mejores estándares en América Latina, como Chile y Argentina, presentan una relación de entre 1 y 1.2 empleados por 1000 asegurados⁶ (OMS, 2010), lo que evidencia que aunque ha existido una reducción en las proporciones del gasto administrativos, éste sigue siendo relativamente alto.

⁵ Ver datos en anexo 2.6.

⁶ Asegurado para efectos de comparación en este apartado se utiliza como equivalente a derechohabiente.

Tabla 9: Gastos totales y gastos administrativos

| Años | Gasto administrativo | Variación porcentual | Gastos totales | Variación porcentual |
|------|----------------------|----------------------|------------------|----------------------|
| 1999 | \$37,477,238.00 | - | \$205,883,063.00 | - |
| 2000 | \$40,460,756.00 | 8.0% | \$214,460,101.00 | 4.2% |
| 2001 | \$45,455,072.00 | 12.3% | \$217,452,001.00 | 1.4% |
| 2002 | \$32,503,910.00 | -28.5% | \$235,371,300.00 | 8.2% |
| 2003 | \$38,971,432.00 | 19.9% | \$250,807,398.00 | 6.6% |
| 2004 | \$39,864,662.00 | 2.3% | \$275,098,482.00 | 9.7% |
| 2005 | \$47,912,661.00 | 20.2% | \$330,752,352.00 | 20.2% |
| 2006 | \$54,965,551.00 | 14.7% | \$344,987,491.00 | 4.3% |
| 2007 | \$47,869,792.00 | -12.9% | \$347,692,090.00 | 0.8% |
| 2008 | \$46,822,780.00 | -2.2% | \$357,274,881.00 | 2.8% |
| 2009 | \$47,296,297.00 | 1.0% | \$381,414,569.00 | 6.8% |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

2.1.1.4. Relación entre gastos totales y gastos administrativos

Los datos de la tabla 9 muestran que la relación de la variación porcentual entre el gasto administrativo y el gasto total ha sido divergente en los últimos años; mientras que los primeros han disminuido desde 2007, los segundos han tenido un crecimiento moderado entre 0.8% y el 6.9%. Esto indicaría que la baja en la proporción de gastos administrativos observada en el gráfico 1 se debe a un aumento más acelerado de los gastos totales, los cuales se han incrementado en un 86% desde 1999 mientras que los gastos administrativos lo han hecho en un 27%.

El menor crecimiento de los gastos administrativos también es debido a que el número de empleados que labora en esta área ha disminuido desde 2007 (ver tabla 10) de 2240 a 2194. Además la proporción de empleados administrativos con respecto al total de empleados ha decrecido de 17.1% en el año 2000 hasta 14.9% en 2009.

Al efectuar las estimaciones de ingreso sin un máximo de salario cotizante (ver tabla 5), se observó que al ser eliminado dicho máximo, los ingresos del ISSS podrían aumentar alrededor de un 20%. Si se asume que los nuevos ingresos obtenidos se utilizarán para aumentar el gasto en prestaciones médicas o infraestructura, la proporción del gasto administrativo en 2009, por

ejemplo, sería alrededor 10% y no del 12.4% como se observó. Este porcentaje todavía no se equipara con las proporciones vistas en países como Costa Rica y Argentina, lo cual indica que la relación gasto administrativo entre gasto total no sólo está determinada por mayores ingresos que permitan un mayor gasto en prestaciones médicas sino que deben existir cambios en el manejo del área administrativa que permitan reducir sus costos.

Tabla 10: Total empleados administrativos y su proporción con respecto al total de empleados del ISSS (1999-2009)

| Años | Total empleados administrativos | Variación porcentual | Total de empleados administrativos como porcentaje del total de empleados |
|------|---------------------------------|----------------------|---|
| 1999 | 1891 | - | 16.3% |
| 2000 | 2008 | 6.2% | 17.1% |
| 2001 | 2044 | 1.8% | 17.7% |
| 2002 | 1751 | -14.3% | 17.4% |
| 2003 | 2073 | 18.4% | 17.7% |
| 2004 | 2149 | 3.7% | 17.1% |
| 2005 | 2336 | 8.7% | 16.5% |
| 2006 | 2373 | 1.6% | 16.8% |
| 2007 | 2240 | -5.6% | 15.6% |
| 2008 | 2212 | -1.3% | 15.3% |
| 2009 | 2194 | -0.8% | 14.9% |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

2.1.1.5. Gasto administrativo por derechohabiente

La tabla 11 muestra el gasto administrativo anual por derechohabiente, el cual se ha reducido de \$38.04 en 1999 a \$32.97 en 2009. En el año 2002 hubo una reducción drástica de 37.0% debido a la prolongada huelga que sufrió el ISSS, lo que indicaría que esta disminución no se debió a mejoras administrativas o a la implementación de procesos más eficientes, sino más bien se debió a los despidos de empleados que laboraban en las áreas administrativas. Esta reducción de empleados retrasó más los trámites institucionales realizados por cotizantes y

empresas; como trámites de pensión por invalidez por riesgo profesional, trámites de pensión por muerte por riesgo profesional, registro de contratista, licitaciones, etc. (LPG, 2002).

Tabla 11: Gasto administrativo per cápita

| Años | Gasto administrativo per cápita | Variación porcentual |
|------|---------------------------------|----------------------|
| 1999 | \$38.04 | - |
| 2000 | \$40.93 | 7.6% |
| 2001 | \$44.98 | 9.9% |
| 2002 | \$28.32 | -37.0% |
| 2003 | \$32.65 | 15.3% |
| 2004 | \$32.12 | -1.6% |
| 2005 | \$36.86 | 14.8% |
| 2006 | \$39.63 | 7.5% |
| 2007 | \$32.97 | -16.8% |
| 2008 | \$31.80 | -3.6% |
| 2009 | \$32.97 | 3.7% |

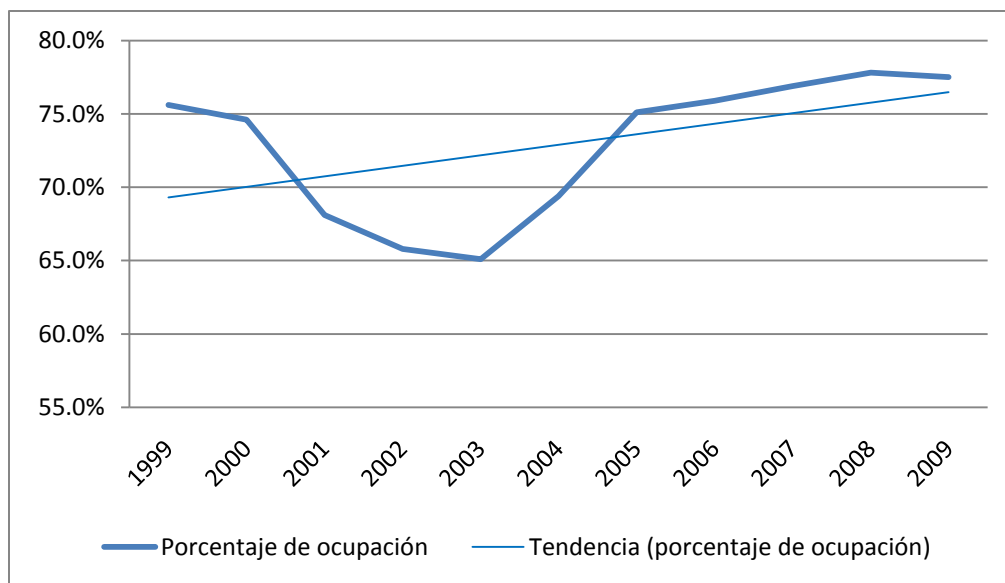
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

En el año 2003 hubo un nuevo crecimiento en el gasto administrativo per cápita de 15.3% debido a la recontratación de personal despedido. Para el año 2007 el gasto per cápita vuela a bajar en 16.8%, nuevamente generado por una reducción en el número de empleados administrativos. Los datos del crecimiento de empleados administrativos y la variación en el gasto administrativo per cápita poseen una fuerte correlación⁷, debido a que alrededor del 45% del gasto administrativo se destina al pago de salarios, lo que implica que las alternativas que posee la institución para reducir este tipo de gasto son limitadas ya que las presiones de los sindicatos del ISSS dificultarían una reestructuración del personal.

⁷ El cálculo para el índice de correlación de estas dos variables fue de 0.7884, lo que indica una fuerte correlación positiva.

2.1.2. Porcentaje de ocupación hospitalaria⁸

Gráfico 3: Porcentaje de ocupación de hospitalaria⁹



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

Es el grado de utilización de las camas censales en las unidades hospitalarias a partir de 360 días considerados como hábiles por año (SSA, 2009). El porcentaje de ocupación hospitalaria es una forma de medir la eficiencia en la utilización de los recursos hospitalarios, dado que informa sobre la capacidad utilizada o subutilizada de los hospitales que maneja el ISSS. Un valor cercano al 100% representaría una saturación que deja a la institución vulnerable ante imprevistos como desastres naturales que suelen aumentar la demanda de servicios de salud de los derechohabientes, por lo que entre más baja sea la proporción mejor preparado estará el ISSS para atender shocks de demanda.

En el gráfico 3 se muestra que durante la década estudiada el porcentaje de ocupación hospitalaria tuvo una baja de 74.6% en el año 2000 hasta 65.1% en el año 2003, que muy probablemente refleje los problemas administrativos y de atención hospitalaria derivados de la huelga de empleados del ISSS. Ya para el año 2004, se retoma un nivel de ocupación situado cerca del 75%. El porcentaje óptimo de ocupación de un hospital determinado, según lineamientos internacionales, debe ser de 85%, debido a que el 15% restante de la capacidad

⁸ Para esta variable se excluye a los hijos menores de 12 años de los cotizantes ya que no gozan de atención hospitalaria.

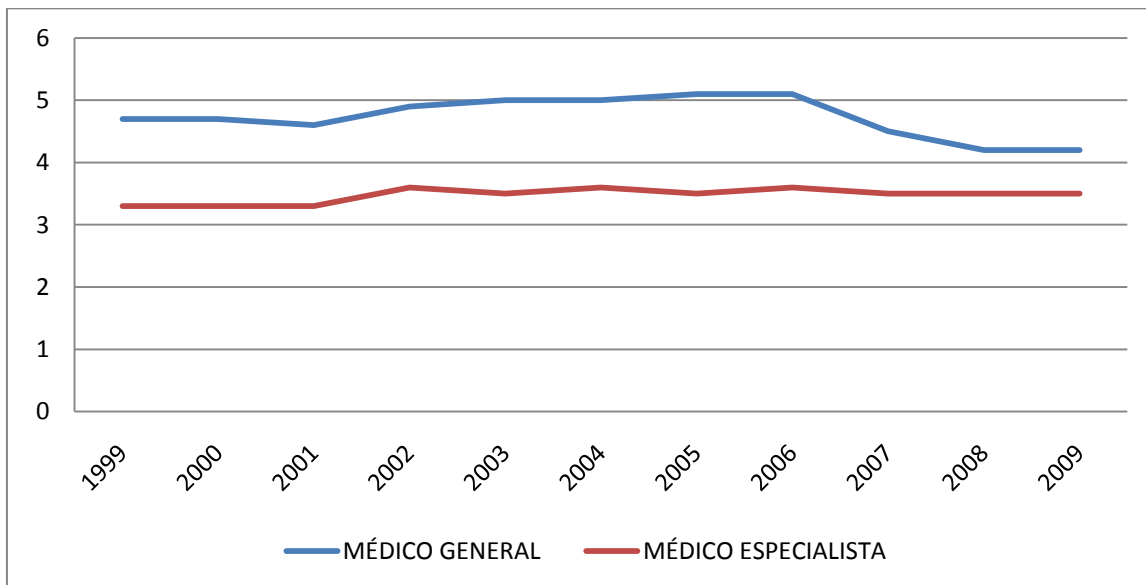
⁹ Ver datos en anexo 2.2.

de los hospitales se deja en reserva para poder responder de forma efectiva a los desastres naturales que puedan afectar al país (OMS; 2010).

Cabe destacar que como se puede observar en el gráfico 3, este indicador se encuentra dentro de los lineamientos establecidos por la OMS durante todo el periodo estudiado por lo cual se puede concluir que esta variable cumple con los estándares de calidad concernientes al área de infraestructura debido a que el porcentaje de ocupación no ha sobrepasado el 85%. Si bien es importante que el porcentaje de ocupación no sea demasiado bajo lo relevante con respecto a esta variable es que los hospitales no se vean saturados durante el ejercicio regular de sus labores para poder atender de forma adecuada cualquier desastre natural o epidemia.

2.1.3. Consultas por hora médico

Gráfico 4: Consultas por hora médico¹⁰¹¹



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

Dentro de las consultas por hora médico se consideran las consultas externas que incluyen consultas de medicina general, consultas de especialidades y consultas de emergencias. El ISSS cuenta con estándares institucionales que determinan el número de consultas que un

¹⁰ Ver datos en anexo 2.3.

¹¹ Las horas médico incluyen horas efectivamente laboradas dentro de la jornada establecida (medios turnos de 4 horas, turnos completos de 8 horas y rotaciones de 12 y 24 horas) y horas extras laboradas.

médico trabajando para la institución debería realizar por hora. Éste establece que para un médico general laborando en una unidad médica u hospital deberá atender 5.5 consultas por hora, en el caso de laborar en un clínica comunal deberá atender 4 consultas por hora. Para los médicos especialistas, el estándar establece que se deberán atender 4 consultas por hora exceptuando las especialidades de psiquiatría (en la cual el parámetro es de 2 consultas por hora) y medicina física (3 consultas por hora) (ISSS, 2009).

Los datos obtenidos para la realización del presente trabajo sólo contienen un detalle de consultas por hora médico especialista y general. No se cuenta con una desagregación de datos de médicos especialistas; sin embargo, los datos mostrados en el gráfico 4 han sido promediados por el ISSS y publicados en su “Boletín estadístico”. Con la información disponible se observa que durante el periodo de estudio, las consultas por hora médico especialista han presentado con crecimiento uniforme con valores que oscilan entre 3.3 y 3.6 consultas por hora, mientras que las consultas por hora de médicos generales se han mantenido entre 4.6 y 5.1 de 1999 a 2007, pero a partir de ese año el número de consultas disminuye hasta 4.2 en 2009 (ver gráfico 4). Los cambios observados se deben principalmente a la disminución en el número de cotizantes activos entre 2007 y 2009 producto del impacto de la ralentización económica del país y también por el aumento en el número de médicos durante los mismos años.

2.1.3.1 Incentivos monetarios

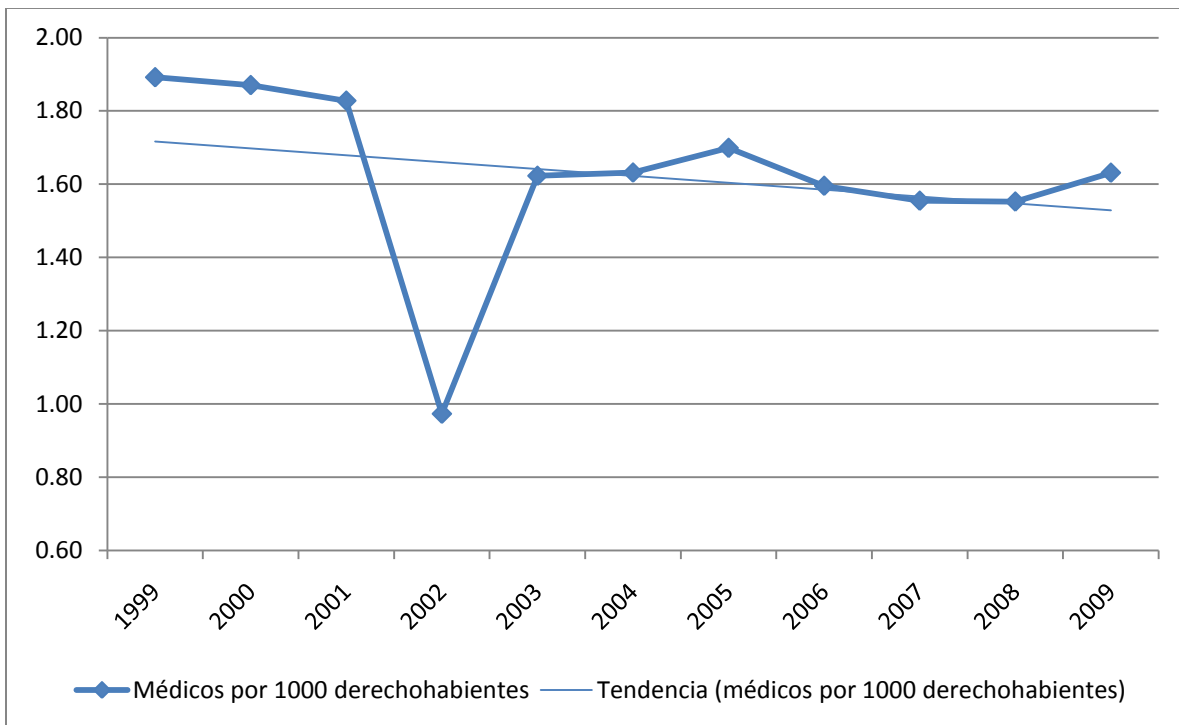
Esta variable influye en el nivel de calidad de atención ya que es un estándar institucional que cada médico del ISSS debe cumplir y forma parte de la evaluación anual que la institución realiza a cada uno de sus empleados para determinar el porcentaje de un bono por desempeño (bono al mérito) que se paga anualmente en el mes de enero. El bono al mérito es un incentivo fijo que establece metas para mantener una remuneración previamente acordada que se otorga al final del período, si los resultados se logran (Rígoli, 1999).

La calidad de la atención médica se verá afectada dependiendo de qué tan bien calibrado esté el estándar de número de consultas por hora médico (ver apartado 2.1.3.1.), si este es demasiado bajo, el médico podría tener tiempo ocioso que pudiera ocuparse para atender a más pacientes; pero si el estándar es muy alto la calidad de la atención médica brindada podría verse deteriorada por el incentivo que el médico tiene de querer cumplir su meta de consultas realizadas por hora.

Como se observa en el gráfico 4, las consultas por hora médico general y consultas por hora médico especialistas han estado cerca o por debajo del estándar fijado por el ISSS, por lo que se puede suponer que los incentivos que la institución tiene para que los médicos cumplan sus metas han sido efectivos.

2.1.4. Proporción de médicos por 1000 derechohabientes

Gráfico 5: Proporción de médicos por 1000 derechohabientes¹²



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

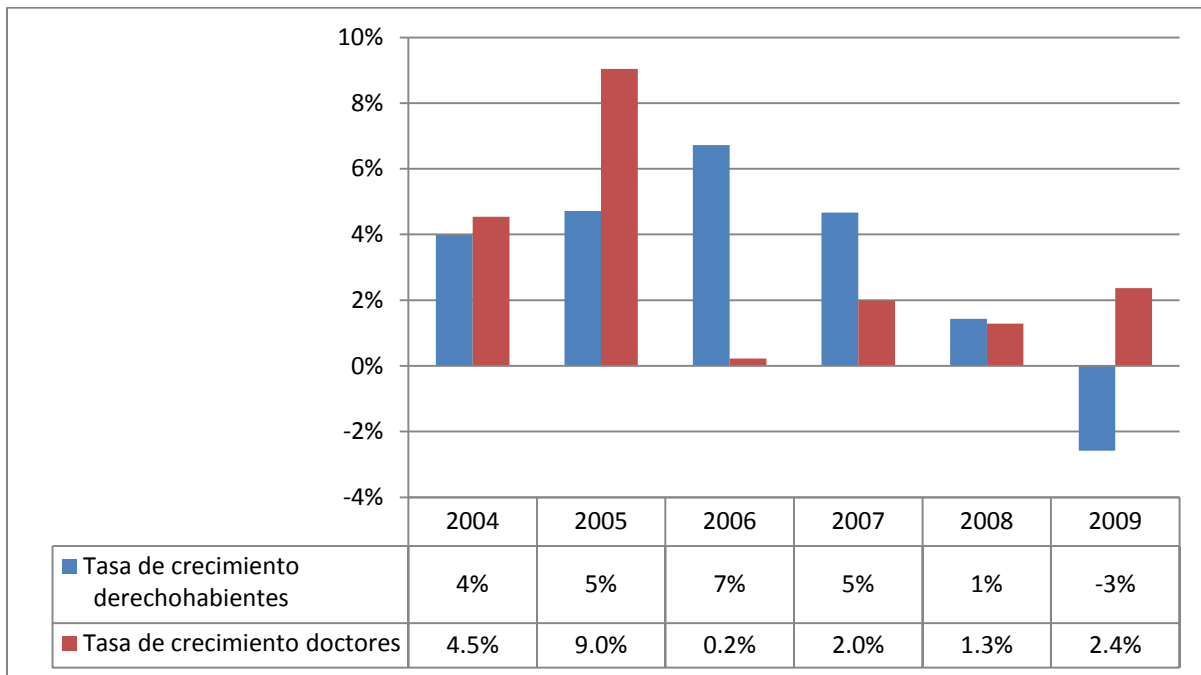
Este indicador informa sobre la capacidad de respuesta de los servicios de salud para atender las necesidades de los derechohabientes, dentro del esquema de atención del ISSS. La distribución per cápita de los médicos se relaciona con aspectos de ampliación de cobertura, reducción de brechas en la atención a grupos poblacionales y con la mejoría de la calidad de la atención. Esta variable es una de las medidas más importantes para evaluar la cobertura en salud (OMS, 2010) dado que una mayor densidad de médicos por derechohabiente, permite atender con mayor facilidad la demanda de servicios de salud.

¹² Ver datos en anexo 2.3.

En el gráfico 5 se observa que la proporción de médicos ha disminuido levemente de 1.89 médicos por 1000 derechohabientes en 1999 a 1.63 en 2009 con una caída abrupta en el año 2002; esto debido a la huelga promovida por el SIMETRISSS y STISSS ya que se despidió a personal médico, lo que redujo el número de médicos disponibles para atender a una demanda creciente de derechohabientes. A partir de 2002, la serie presenta un comportamiento que se mantiene en una proporción de 1.7 y 1.5 médicos por derechohabiente. Estos datos muestran que la relación entre el número de médicos y pacientes es relativamente baja comparado con estándares fijados por la OMS que señalan que la relación ideal debería ser de 2.

En el gráfico 6 se muestra que desde el año 2006 el número de derechohabientes ha crecido más rápido que el número de médicos con tasas del 7%, 5% y 1%. Esta tendencia se revirtió en el año 2009 donde hubo un decrecimiento en el número de derechohabientes del 3% debido en parte a los efectos de la crisis económica mundial que se originó en 2008 y tuvo su mayor efecto en la economía del país en 2009 cuando el PIB se contrajo en un 3.5% y el desempleo aumentó de 5.9% en 2008 a 8.9% (FMI, 2010).

Gráfico 6: Tasa de crecimiento número de derechohabientes y número de doctores

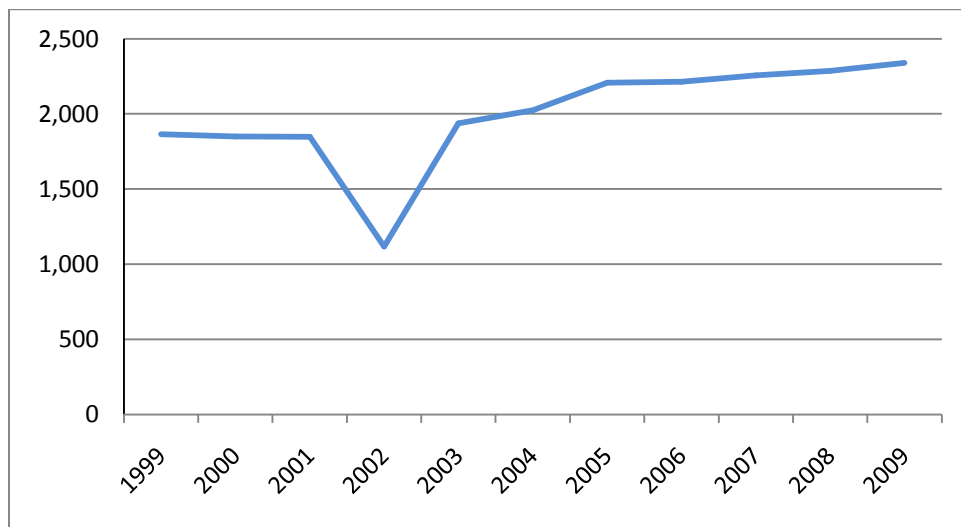


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

2.1.4.1. Número de médicos contratados

Este indicador muestra el número de médicos contratados durante un periodo de un año. Esta variable tiene un comportamiento que coincide con las tendencias esperadas, debido a que con el paso de los años se han ido incrementando los centros de atención y el número de derechohabientes. Como se observa en el gráfico 6, desde el año 2004 la tasa de crecimiento de derechohabientes y doctores ha sido positiva, con excepción del año 2009 donde el número de derechohabientes decreció en un 3%.

Gráfico 7: Numero de médicos contratados¹³



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

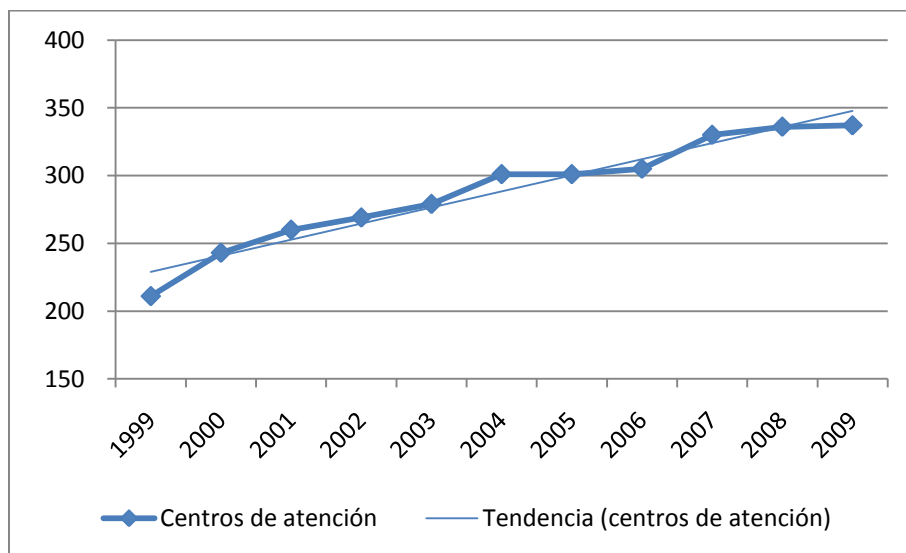
Durante el año 2002 se dio un despido masivo de doctores en el ISSS a causa de la huelga de médicos (EDH, 2003) el cual se ve reflejado en el gráfico 7 con una caída drástica del número de médicos para el mismo año. Esto no cumple con lo determinado por el estándar de recursos humanos debido a que al retirar médicos de la institución, la capacidad de atención a un mayor número de pacientes disminuye, provocando retrasos en los tiempos de espera para citas en consultas generales y consultas de especialidades. Un sistema de salud que no brinde la atención debida al paciente en el momento oportuno reduce la calidad del servicio brindado a causa de la saturación de los servicios médicos.

¹³ Ver datos en anexo 2.6.

Para el año 2003 la cantidad de médicos se incrementó nuevamente, esto debido a que se recontrataron a los médicos despedidos durante el año anterior, y a partir de ese año la cantidad de médicos contratados ha tenido una leve tendencia al alza, comportamiento que se esperarí de dicha variable, debido al incremento en el número de derechohabientes quienes incrementan la demanda de servicios de salud.

2.1.5. Centros de atención

Gráfico 8: Centros de atención¹⁴



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

Los centros de atención consisten en el número de unidades médicas, clínicas comunales, clínicas empresariales y hospitales bajo la dirección del ISSS. Así como es deseable tener una mayor proporción de personas aseguradas, es deseable que esta mayor demanda se vea satisfecha con una mayor infraestructura, lo que representa un mayor número de centros de atención. En el gráfico 8 se observa un aumento constante en el número de centros de atención de 211 en 1999 a 337 en 2009 lo que representa un aumento de casi un 60% e implica una mayor inversión del ISSS para poder brindar una mayor cobertura al derechohabiente.

A partir del año 2004 el ISSS impulsó una política agresiva de inversión (ISSS, 2010) en la que se incluyó la recuperación de la infraestructura de salud dañada por los terremotos del 2001. Se iniciaron las labores para la construcción, mejoramiento, readecuación y equipamiento de 9

¹⁴ Ver datos en anexo 2.4.

centros de atención cuya inversión ascendió a \$70 millones. La inversión se focalizó en ocho proyectos de infraestructura: la mejora, reconstrucción y equipamiento de la Unidad Médica de Chalchuapa, Unidad Médica de Ilopango, Unidad Médica 15 de Septiembre, Hospital Policlínico Arce y Hospital Regional Sonsonate, así como la construcción de infraestructuras nuevas en la Unidad Médica Quezaltepeque, Unidad Médica Soyapango y Hospital Policlínico Zacamil.

En febrero de 2007 se inauguraron las nuevas instalaciones de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la Unidad Médica Santa Anita. Además, se apertura el Centro de Chequeo Adulto Hombre en Ciudad Merliot y la ciudad de Santa Ana. En el mes de marzo se inauguraron las nuevas instalaciones del servicio de emergencias de la Unidad Médica San Miguel. En el mes de abril se inauguró la U.M. Chalchuapa la inversión ascendió a 2 millones de dólares. Apertura del Policlínico Arce (antes Hospital Psiquiátrico) cuya inversión fue de 5.5 millones de dólares.

En el mes de febrero del año 2008 se inauguró la U.M. Quezaltepeque cuyo costo fue de \$5.7 millones. En noviembre de ese año se inauguraron otras dos obras: el Hospital Regional Sonsonate a un costo de \$18 millones y la U.M. Soyapango a un costo de \$10.5 millones.

A pesar de la inversión en infraestructura por parte del Instituto es necesario hacer notar la falta de un hospital pediátrico. Como se mencionó previamente en el apartado 1.4.7 los hijos de los cotizantes no cuentan con un servicio de hospitalización, ya que el ISSS no cuenta con un hospital especializado para pediatría, solo hay dos hospitales (Amatepec y Roma) que ofrecen observación de niños. Debido a la inexistencia de infraestructura el instituto no cuenta con médicos pediatras para la hospitalización de niños y por lo tanto, se ve obligado a referir al hijo del cotizante al Hospital Bloom.

El ISSS ha implementado una política amplia de inversión en infraestructura durante los últimos años; sin embargo, hay que señalar que la inversión se realizó de acuerdo al comportamiento de la distribución geográfica de cotizantes, enfocando el mayor desembolso en el área metropolitana en los proyectos de remodelación de la Unidad Médica de Ilopango, Unidad Médica 15 de Septiembre, Hospital Policlínico Arce y la construcción del Hospital policlínico Zacamil, Unidad Médica Quezaltepeque y Unidad Médica Soyapango; para la zona occidental la remodelación del Hospital Regional Sonsonate y la Unidad Médica de Chalchuapa; y en la zona oriental la remodelación de la Unidad Médica de Usulután (ISSS, 2010).

Tabla 12: Porcentajes de médicos, derechohabientes y centros de atención por zona geográfica

| | Porcentaje de médicos por zona | Porcentaje de derechohabientes por zona | Porcentaje de centros de atención por zona |
|---------------------------|--------------------------------|---|--|
| Zona Metropolitana | 64% | 66% | 50% |
| Zona Central | 12% | 18% | 21% |
| Zona Occidental | 14% | 9% | 16% |
| Zona Oriental | 10% | 7% | 13% |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

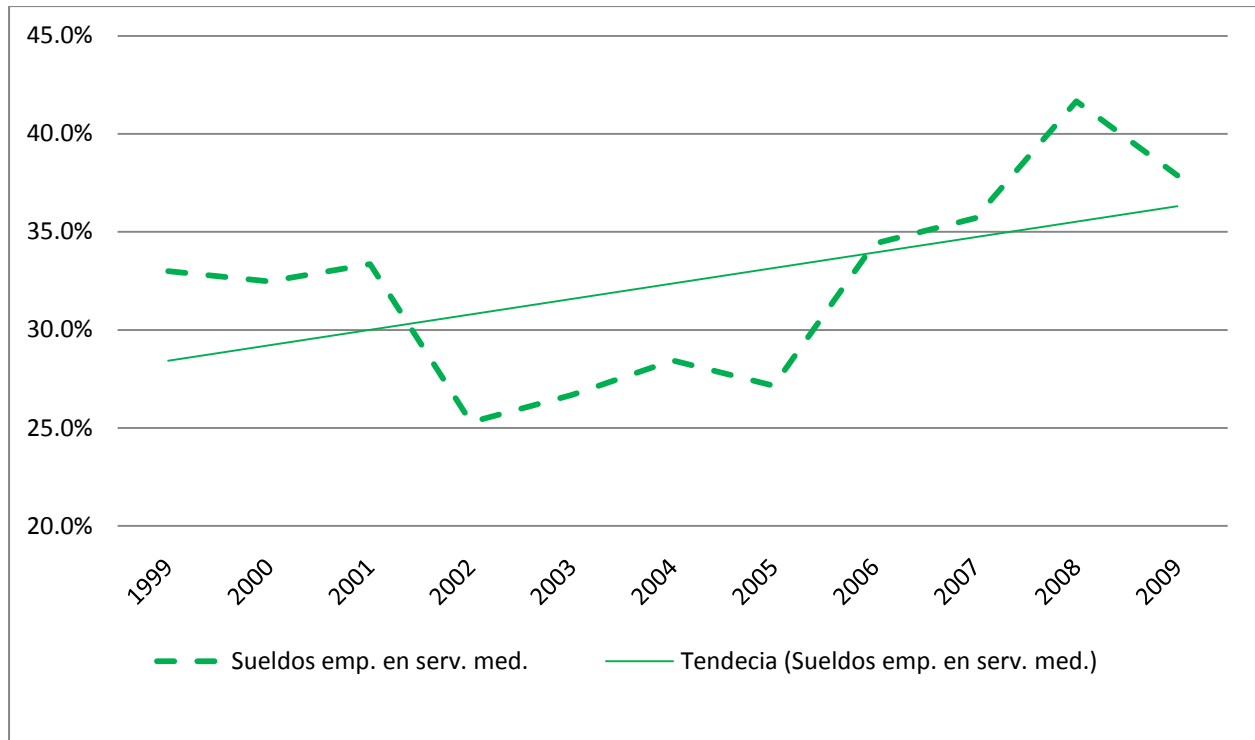
Como se puede observar en la tabla 12 existe una distribución uniforme, entre el porcentaje de médicos por zona, el porcentaje de derechohabientes por zona y el porcentaje de centros de atención por zona geográfica. La concentración tanto de los médicos como de derechohabientes se encuentra en la zona metropolitana y la zona central esto debido a que en estas zonas se encuentra la mayor generación de empleos a nivel nacional, y se encuentra el mayor porcentaje de la PEA ocupada del país.

Sin embargo, es necesario mencionar que el ISSS, puede y debe realizar un estudio de accesibilidad de los derechohabientes a los centros de atención, apuntando los esfuerzos hacia una atención preventiva, es decir enfocándose en los centros de atención de primer nivel, como las clínicas comunales; ya que según estudios internacionales realizados por el PNUD (PNUD, 2007) al invertir en un sistema de atención preventivo la institución de seguridad sanitaria tendría un ahorro significativo ya que la atención curativa como bien se sabe requiere un mayor desembolso.

2.2. Evolución de las variables que afectan el nivel de cobertura prestado por el ISSS (1999-2009)

2.2.1. Participación de sueldos de personal en servicios médico-hospitalarios como un porcentaje del gasto total

Gráfico 9: Participación del gasto de salarios empleados en servicios médico-hospitalarios como un % del gasto total¹⁵



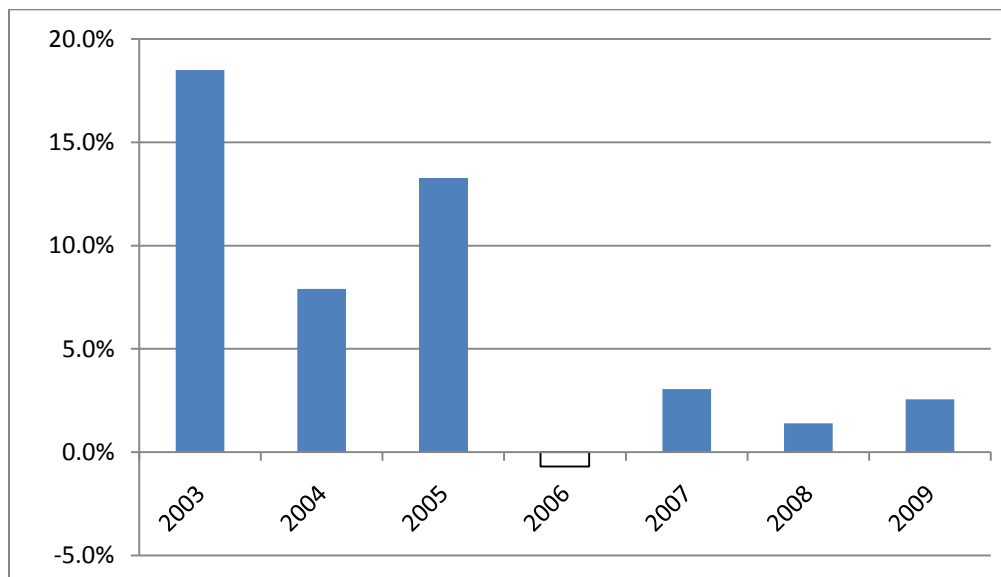
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

Dentro del personal en servicios médico-hospitalarios se consideran los médicos, técnicos de laboratorio, técnicos de rayos "X", enfermeras y auxiliares de enfermería que labora en los diferentes servicios de atención médica (hospitales, unidades médicas, clínicas comunales y clínicas empresariales). Estos incluyen a médicos generales y especialistas, enfermeras y técnicos que laboran en las áreas de laboratorios y rayos "X". Como se observa en el gráfico 9 la línea de tendencia tiene una pendiente positiva lo que implica un aumento en el gasto en salarios de este grupo de empleados. Las oscilaciones más pronunciadas se dan en el año

¹⁵ Ver datos en anexo 2.1.

2002 donde el porcentaje cae de 33.4% del gasto total a 25.3% debido a la prolongada huelga mencionada en el apartado anterior. En el 2003 se revierte la caída experimentada el año anterior, y a partir del año 2005 el gasto en salarios médicos retomó una tendencia creciente. Una de las razones principales del aumento de esta variable es la mayor contratación de personal médico (ver gráfico 7) que de 2003 a 2005 tuvo una fuerte alza debido a la contratación de personal médico para el “plan contingencial” –diseñado para cubrir la falta de personal en servicios médico-hospitalarios- y la reincorporación de los médicos que estuvieron en huelga. Pero desde 2006 su incremento ha sido bastante moderado oscilando alrededor de un 3% anual, ya que a partir de ese año el crecimiento del número de consultas de derechohabientes se ha mantenido también alrededor del 3%.

Gráfico 10: Tasa de crecimiento empleados en servicios médico-hospitalarios



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

La tabla 13 muestra el total de los empleados de servicios médico-hospitalarios y su número por cada 1000 derechohabientes. En 1999 la relación era de 9.8 pero para 2009 la relación cayó a 8.3, esto representa una disminución del 15% durante la década estudiada. En el año 2002 la relación fue la más baja del período con 7.1 y donde hubo una reducción en la proporción de 26.8% con respecto al año anterior, lo que revela nuevamente el impacto que tuvo la huelga del ISSS en los indicadores de cobertura y calidad. En los años posteriores a 2002 el crecimiento

ha oscilado entre el 14.1% y el -6.6%, manteniendo un promedio de 2003 a 2009 de 8.5 empleados por 1000 derechohabientes.

Tabla 13: Número de empleados de servicios médico-hospitalarios por 1000 derechohabientes

| Años | Total empleados servicios médico-hospitalarios (ESMH) | ESMH por 1000 derechohabientes | Tasa de crecimiento ESMH por 1000 derechohabientes |
|------|---|--------------------------------|--|
| 1999 | 9,702 | 9.8 | - |
| 2000 | 9,709 | 9.8 | 0.0% |
| 2001 | 9,802 | 9.7 | -1.0% |
| 2002 | 8,156 | 7.1 | -26.8% |
| 2003 | 9,664 | 8.1 | 14.1% |
| 2004 | 10,428 | 8.4 | 3.7% |
| 2005 | 11,807 | 9.1 | 8.3% |
| 2006 | 11,725 | 8.5 | -6.6% |
| 2007 | 12,084 | 8.3 | -2.4% |
| 2008 | 12,253 | 8.3 | 0.0% |
| 2009 | 12,567 | 8.8 | 6.0% |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

Los médicos que laboran en el ISSS poseen su propio sindicato (SIMETRISISS), que a diferencia del STISSS no recibe aportaciones por parte de la institución; sin embargo, aunque su labor se ha concentrado en impedir la privatización de los servicios médicos del ISSS efectuando huelgas como la ocurrida en 2002 (Almeida, 2010), la incidencia que éste tiene sobre las decisiones correspondientes al incremento salarial y al otorgamiento de prestaciones es significativa ya que están involucrados en la negociación del contrato colectivo, por lo que tienen una incidencia directa en el comportamiento del monto total de salarios.

2.2.2. Participación del gasto en medicamentos y otros suministros médicos como un porcentaje del gasto total

Esta variable mide la proporción de gasto en medicamentos y suministros médicos entre el gasto total y se incluyen los costos de medicinas y suministros médicos como medidores, material de laboratorio, vestuario médico, instrumentos de cirugía, suministros de limpieza y

esterilización, etc. de las distintas farmacias generales y las farmacias ubicadas en los diferentes centros de atención.

Tabla 14: Índice de Precios al Consumidor (IPC) medicamentos¹⁶

| Años | IPC Medicamentos | Crecimiento anual | Crecimiento acumulado |
|------|------------------|-------------------|-----------------------|
| 1999 | 156.8 | - | - |
| 2000 | 183.0 | 16.8% | 16.8% |
| 2001 | 186.8 | 2.1% | 19.2% |
| 2002 | 191.8 | 2.7% | 22.4% |
| 2003 | 193.4 | 0.8% | 23.4% |
| 2004 | 198.5 | 2.6% | 26.6% |
| 2005 | 202.3 | 1.9% | 29.1% |
| 2006 | 205.4 | 1.5% | 31.0% |
| 2007 | 209.4 | 1.9% | 33.6% |
| 2008 | 212.4 | 1.4% | 35.5% |
| 2009 | 216.6 | 2.0% | 38.1% |

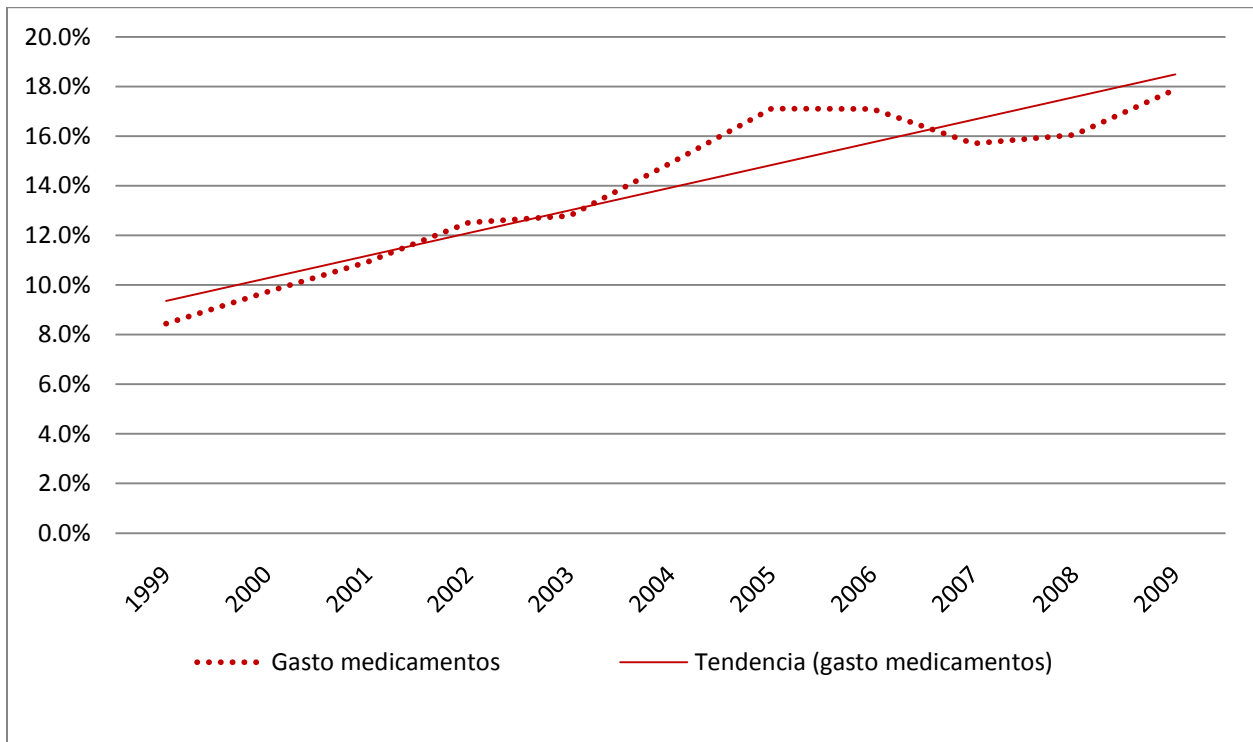
Fuente: elaboración propia a partir de datos DIGESTYC

Para evaluar el comportamiento del gasto en medicamentos es necesario considerar dos elementos importantes. El primero es el aumento general de precios en medicamentos, el cual incide directamente en el gasto que el ISSS realiza en este rubro. Debido a la falta de datos de precios sobre medicamentos adquiridos por el ISSS se decidió ocupar como variable proxy la información del IPC que incluyera únicamente precios de medicamentos. La tabla 14 contiene el IPC calculado para medicamentos y muestra que desde 1999 hasta 2009 los precios en medicamentos han tenido un alza del 38.1%. Este dato contrasta fuertemente con el crecimiento del gasto en medicamento por derechohabiente, el cual ha aumentado de 1999 a 2009 en un 170% según se muestra en la tabla 15. Dado que el aumento en el precio de medicamentos ha sido mucho menor al aumento en el gasto en medicamentos por derechohabiente es posible argumentar que los precios no han sido el único factor determinante en el crecimiento observado de esta variable. El segundo aspecto a considerar, que explicaría el aumento en la proporción de gasto en medicamentos de un 9.7% en 1999 a un 17.9% en 2009, es el esfuerzo de la institución por mantener un abastecimiento constante de todas sus farmacias, el cual también incide en el gasto en medicamentos por derechohabiente ya que

¹⁶ Para la elaboración del IPC de medicamentos se desagregaron las categorías del IPC elaborado por la DIGESTYC y se consideraron únicamente los precios de alcohol desinfectante, analgésicos antigripales, vitaminas, medicamentos digestivos, antiparásitos, gotas para los ojos, antibióticos, medicamentos dermatológicos y medicamentos para diabetes.

cada paciente estaría recibiendo el tratamiento completo de medicinas que el médico receta. Programas como como “medicamento seguro” iniciado en el año 2007 -que consiste en el abastecimiento de los fármacos a través de la transferencia entre las distintas farmacias de la institución, para satisfacer la demanda de medicinas de los pacientes- (ISSS, 2010) y las mejoras de los procesos administrativos para hacer más eficiente la compra de medicamentos han contribuido para que los inventarios en las farmacias del ISSS permanezcan llenos y que los pacientes no incurran en gastos que el ISSS debería cubrir.

Gráfico 11: Participación del gasto en medicamentos como un % del gasto total¹⁷



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

El gasto total en medicamentos mostrado en la tabla 15 presenta el mismo comportamiento que el gasto en medicamentos por derechohabientes, desde 1999 a 2009 se ha incrementado en casi un 400%. Este gran incremento representa un importante avance en el nivel de cobertura, ya que estaría indicando que el ISSS ha podido en cierta medida mitigar el problema de la falta de medicamentos en sus farmacias.

¹⁷ Ver datos en anexo 2.1.

Tabla 15: Gasto anual en medicamentos por derechohabiente

| Año | Gasto anual en medicamentos por derechohabiente | Crecimiento anual | Crecimiento acumulado | Gasto total en medicamentos |
|------|---|-------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 1999 | \$17.63 | - | - | \$17,367,737.00 |
| 2000 | \$ 21.08 | 20% | 20% | \$20,843,249.00 |
| 2001 | \$23.53 | 12% | 33% | \$23,776,399.00 |
| 2002 | \$25.68 | 9% | 46% | \$29,472,331.00 |
| 2003 | \$26.86 | 5% | 52% | \$32,059,248.00 |
| 2004 | \$33.07 | 23% | 88% | \$41,046,126.00 |
| 2005 | \$43.54 | 32% | 147% | \$56,587,304.00 |
| 2006 | \$42.51 | -2% | 141% | \$58,963,470.00 |
| 2007 | \$37.61 | -12% | 113% | \$54,600,000.00 |
| 2008 | \$38.95 | 4% | 121% | \$57,355,700.00 |
| 2009 | \$47.53 | 22% | 170% | \$68,179,443.00 |

Fuente: elaboración propia a partir de datos Anuario Estadístico ISSS, 2010.

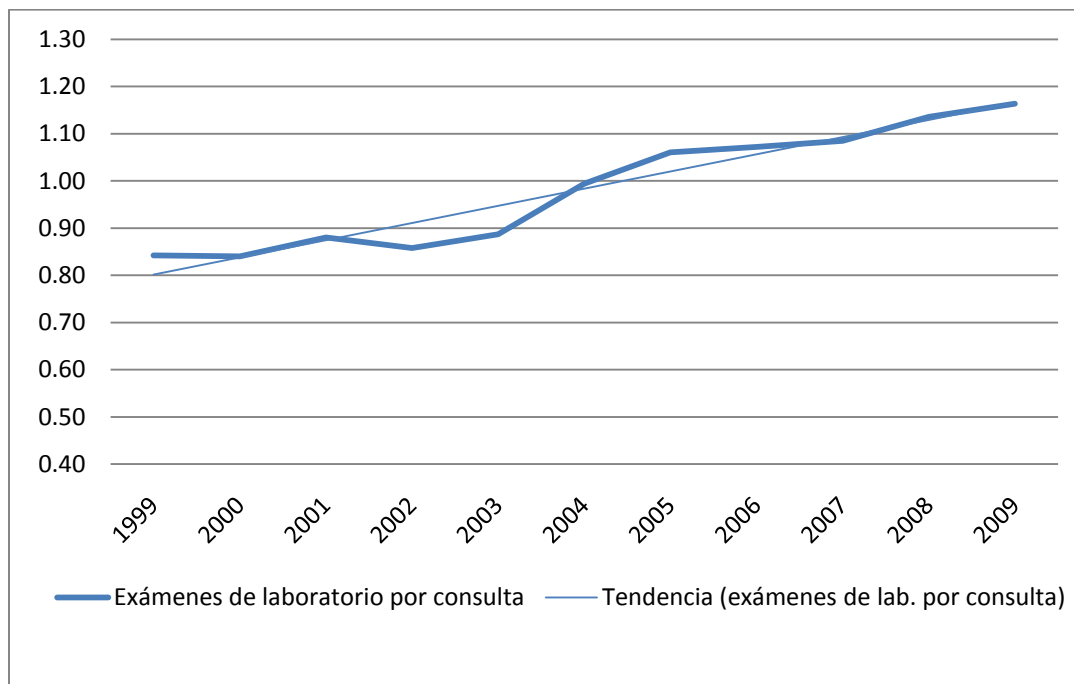
2.2.3. Exámenes indicados por consultas

2.2.3.1. Exámenes de laboratorio

Es el número de exámenes de laboratorios indicados por médicos generales y especialistas, dividido por el número de consultas atendidas. Los exámenes de laboratorio clínico sirven para el diagnóstico, determinación de tratamiento, control y seguimiento de la enfermedad de un paciente. Los servicios de laboratorio del ISSS incluyen los exámenes de hematología, hemograma, leucograma, serología, colesterol, entre otros. Aunque no todos los centros de atención cuentan con un laboratorio clínico, el servicio se presta ya sea refiriendo al paciente a un hospital del ISSS o a un hospital del MSPAS. Debido a que el diagnóstico médico depende de información obtenida de exámenes de laboratorio, un mayor número de exámenes por consulta es deseable ya que refleja que el médico encargado del paciente ocupa este recurso para un diagnóstico más certero de la dolencia del paciente.

En el gráfico 12 se muestra ésta variable ha ido en aumento de 0.86 exámenes de laboratorio por consulta en 1999 hasta 1.16 exámenes en 2009. Este crecimiento va muy ligado al crecimiento del número de consultas totales realizadas por el ISSS, lo que estaría indicando que a pesar del aumento en la demanda nacional de salud por parte del derechohabiente se ha tratado de mantener la calidad, al utilizar este recurso médico como instrumento de diagnóstico de las dolencias de los pacientes.

Gráfico 12: Exámenes de laboratorio por consulta¹⁸



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

2.2.3.2. Exámenes de rayos “X”

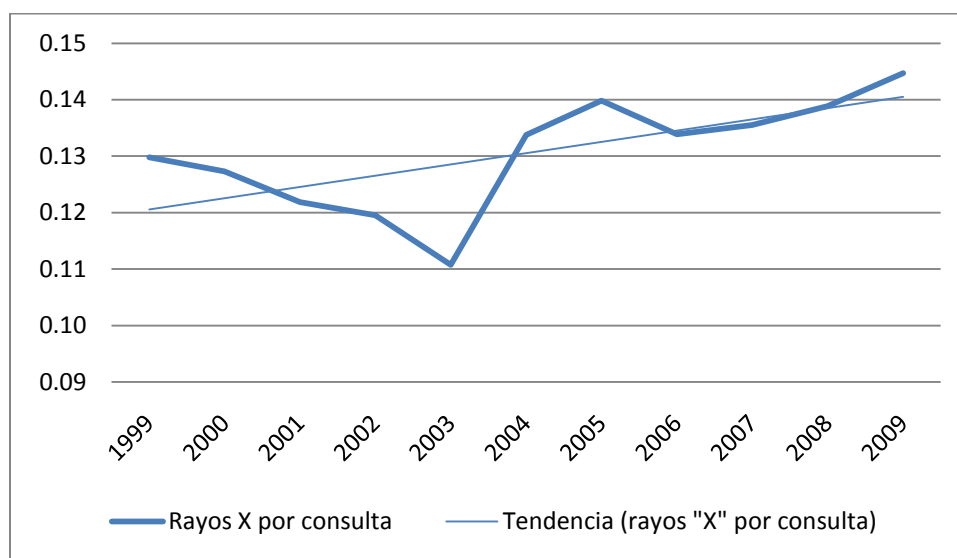
Es el número de exámenes de rayos “X” indicados por médicos generales y especialistas, dividido por el número de consultas dadas. De la misma manera que los exámenes de laboratorio, los exámenes de rayos “X” constituyen un instrumento de diagnóstico y su implementación beneficia al derechohabiente por lo que se esperaría que un mayor uso de este tipo de exámenes mejorara el nivel de cobertura. Dependiendo del nivel de atención, así es el acceso que el derechohabiente tiene de este servicio. Exámenes de tomografía, contraste radiológico, ultrasonido, de resonancia magnética, entre otros, se reservan para el segundo

¹⁸ Ver datos en anexo 2.2.

nivel de atención (consulta de especialidades) o tercer nivel (hospitalización) debido principalmente al alto costo de adquisición y mantenimiento de estas máquinas.

En el gráfico 13 se muestra que el número de exámenes de rayos “X” por consulta ha variado, de 0.13 exámenes indicados en el año 1999 a 0.14 exámenes indicados en 2009. Esta variación es estadísticamente poco significativa ya que sólo representa un aumento de un 6% en toda la década. Los únicos puntos de la serie que sobresalen son los años 2002 y 2003 en donde el número de exámenes indicados baja hasta 0.11 por consulta que muy probablemente se debió a la huelga de trabajadores ocurrida durante ese período.

Gráfico 13: Rayos “X” por consulta¹⁹



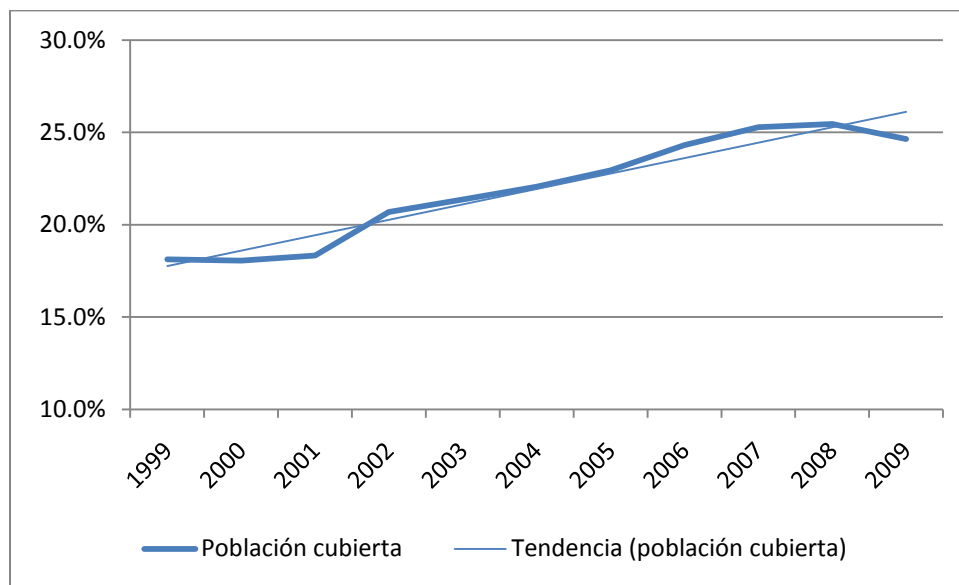
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

2.2.4. Población cubierta

Esta variable muestra el porcentaje de la población salvadoreña asegurada por el ISSS e incluye a los trabajadores cotizantes, a sus conyugues o compañeros de vida y a sus hijos menores de 12 años. En el gráfico 14 se aprecia que desde el año 1999 esta proporción ha crecido constantemente y la línea de tendencia muestra una clara dirección hacia una mayor cobertura del ISSS de la población en general. Únicamente se ve un retroceso en el año 2009 debido a la crisis económica antes mencionada que evidentemente tuvo un impacto en el número de derechohabientes que dejaron de estar asegurados al perder sus empleos.

¹⁹ Ver datos en anexo 2.2.

Gráfico 14: Porcentaje de la población cubierta bajo el régimen de salud del ISSS²⁰



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

El crecimiento sostenido en el número de derechohabientes durante la década estudiada se ha debido principalmente al aumento en el número de ocupados plenos²¹, los cuales se incrementaron en 166,000 entre los años de 1999 a 2009 (EHPM, 2009), lo que representa un aumento del 7.5% a lo largo de la década. Este crecimiento también está relacionado con el incremento del PIB que durante período tuvo un crecimiento acumulado del 23% (BCR, 2011), lo cual indica un aumento de la actividad económica del país especialmente en sectores como el financiero, construcción y de exportaciones no tradicionales. Además de la influencia de estas variables macroeconómicas, el ISSS ha implementado políticas para la ampliación de la cobertura de servicios de salud; la más importante fue el acuerdo No.2004-0866 firmado en septiembre de 2004 para la ampliación de la cobertura de los hijos de cotizantes comprendidos en las edades de 6 a 12 años, en dicho acuerdo además se incluyó la atención de emergencias pediátricas, la cual es prestada en todas las unidades médicas del ISSS que poseen atención de emergencias (ISSS, 2010).

²⁰ Ver datos en anexo 2.4.

²¹ Según la DIGESTYC los ocupados plenos son los que trabajan 40 horas o más a la semana y que perciben un ingreso mayor o igual al salario mínimo establecido.

Al realizar un análisis desagregado por departamento²², utilizando la proporción de trabajadores cotizantes activos entre la PEA, se observa una tendencia al aumento en el porcentaje de la PEA que cotiza al ISSS; principalmente en el departamento de La Unión –que tuvo el mayor crecimiento relativo- donde se incrementó de 4.9% en 2004 a 9.9% en 2009 (ver tabla 16) debido a la mayor inversión en infraestructura en obras como el Puerto de Cutuco que con un costo para el Estado de \$157 Millones para su construcción ha contribuido a la generación de más de 500 empleos directos y 2500 indirectos (EDH, 2010); e inversiones privadas de multinacionales como Grupo Calvo quien ha destinado \$41,6 Millones para la construcción de una planta atunera generando cerca de 1,000 empleos directos y 3,000 indirectos (LPG, 2007). El departamento que tuvo un mayor decrecimiento relativo del porcentaje de cotizantes fue Cabañas, donde el porcentaje se redujo de 10.1% en 2004 a 9.4% en 2009.

San Salvador y La Libertad son los departamentos que poseen un mayor porcentaje de la PEA cotizante al ISSS a nivel nacional con un 50.8% y 36.0% respectivamente. La cobertura en estos departamentos aumentó de 30.1% a 39.8% en La Libertad y de 38.7% a 57.7% en San Salvador entre 2004 y 2007, pero a partir de este último año el porcentaje de la PEA de San Salvador cotizante al ISSS decreció de 57.7% a 50.8% en el año 2009; para La Libertad el porcentaje de cotizantes bajó de 39.8% en 2007 a 36.0% en 2009. Este cambio en la tendencia se debió principalmente a la desaceleración de la economía provocada por la crisis financiera originada en EE.UU. la cual afectó (entre otras variables macroeconómicas) a las exportaciones del país, que disminuyeron 43% entre 2008 y 2009 (BCR, 2011).

Tabla 16: Porcentaje de la PEA cotizante al ISSS por departamento

| Departamento | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 Ahuachapán | 14.0% | 13.8% | 13.9% | 19.0% | 19.6% | 18.6% |
| 2 Cabañas | 10.1% | 9.9% | 10.2% | 10.5% | 10.7% | 9.4% |
| 3 Chalatenango | 8.6% | 8.7% | 9.8% | 9.7% | 9.4% | 10.1% |
| 4 Cuscatlán | 27.2% | 28.4% | 28.9% | 26.5% | 25.4% | 26.1% |
| 5 La Libertad | 30.1% | 30.2% | 30.9% | 39.8% | 38.8% | 36.0% |
| 6 La Paz | 22.0% | 22.1% | 22.7% | 25.2% | 22.7% | 22.8% |
| 7 La Unión | 4.9% | 4.8% | 4.8% | 9.3% | 10.4% | 9.9% |
| 8 Morazán | 6.5% | 5.9% | 6.4% | 8.9% | 9.2% | 8.4% |
| 9 San Miguel | 15.4% | 15.8% | 16.6% | 25.1% | 24.8% | 24.2% |

²² Únicamente se pudo conseguir los datos de cotizantes activos por departamento a partir del año 2004 debido a que el ISSS no puede proporcionar información para años anteriores.

| Departamento | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 10 San Salvador | 38.7% | 39.6% | 40.3% | 57.7% | 53.3% | 50.8% |
| 11 San Vicente | 14.3% | 14.5% | 15.2% | 16.1% | 14.9% | 16.0% |
| 12 Santa Ana | 22.4% | 23.0% | 22.7% | 29.3% | 29.6% | 27.1% |
| 13 Sonsonate | 20.6% | 19.9% | 19.6% | 26.4% | 27.0% | 25.8% |
| 14 Usulután | 13.7% | 13.2% | 12.9% | 16.8% | 16.5% | 15.4% |
| Total país | 26.0% | 26.2% | 26.7% | 34.6% | 33.1% | 31.6% |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

La tabla 17 muestra la distribución por departamento de la PEA, la población ocupada y los cotizantes activos, donde se observa que mientras la PEA y la población ocupada tienen datos muy parecidos –lo que indica que la tasa de desocupados es bastante similar en todos los departamentos-, la distribución del número de cotizantes está concentrada principalmente en San Salvador y La libertad con 49.6% y 14.1% respectivamente (ver tabla 17). Para departamentos como Cabañas y Morazán la proporción de cotizantes es sólo del 0.7% del país aunque el primero posee el 2.2% de la población ocupada y el segundo 2.7% (ver tabla 17).

Uno de los principales factores de esta disparidad es que la zona metropolitana está ubicada entre San Salvador y La Libertad, dicha zona genera alrededor del 75% del PIB del país (LPG, 2010) y por lo tanto goza de mejores empleos –con respecto a los ofrecidos en otros departamentos- que ofrecen la prestación del seguro de salud del ISSS.

Tabla 17: Distribución de la PEA, población ocupada y cotizantes por departamento

| Departamento | PEA por departamento | Porcentaje | Población ocupada por departamento | Porcentaje | Cotizantes por departamento | Porcentaje |
|-----------------|----------------------|------------|------------------------------------|------------|-----------------------------|------------|
| 1 Ahuachapán | 124,325 | 4.9% | 114,664 | 4.8% | 23,175 | 2.9% |
| 2 Cabañas | 57,144 | 2.2% | 52,339 | 2.2% | 5,391 | 0.7% |
| 3 Chalatenango | 76,519 | 3.0% | 72,086 | 3.0% | 7,708 | 1.0% |
| 4 Cuscatlán | 92,348 | 3.6% | 85,517 | 3.6% | 24,081 | 3.0% |
| 5 La Libertad | 316,859 | 12.4% | 294,514 | 12.5% | 113,933 | 14.1% |
| 6 La Paz | 128,682 | 5.0% | 118,698 | 5.0% | 29,394 | 3.6% |
| 7 La Unión | 93,585 | 3.7% | 85,790 | 3.6% | 9,241 | 1.1% |
| 8 Morazán | 69,631 | 2.7% | 63,175 | 2.7% | 5,825 | 0.7% |
| 9 San Miguel | 173,049 | 6.8% | 161,078 | 6.8% | 41,924 | 5.2% |
| 10 San Salvador | 787,592 | 30.9% | 727,178 | 30.8% | 399,964 | 49.6% |
| 11 San Vicente | 65,461 | 2.6% | 59,733 | 2.5% | 10,493 | 1.3% |
| 12 Santa Ana | 237,740 | 9.3% | 226,546 | 9.6% | 64,389 | 8.0% |

| Departamento | PEA por departamento | Porcentaje | Población ocupada por departamento | Porcentaje | Cotizantes por departamento | Porcentaje |
|--------------|----------------------|---------------|------------------------------------|---------------|-----------------------------|---------------|
| 13 Sonsonate | 186,347 | 7.3% | 170,939 | 7.2% | 48,104 | 6.0% |
| 14 Usulután | 142,385 | 5.6% | 132,322 | 5.6% | 21,978 | 2.7% |
| Total | 2,551,667 | 100.0% | 2,364,579 | 100.0% | 805,600 | 100.0% |

Fuente: elaboración propia a partir de datos EHPM e ISSS.

Aunque ha habido un aumento de la cobertura, el porcentaje sigue siendo muy bajo; sin embargo, es importante contextualizar estos datos con los niveles de cobertura de otros países de Latinoamérica. Los datos mostrados en la tabla 18 son el porcentaje de población que tiene acceso a una atención médica profesional, indiferente de la calidad que pueda tener este servicio y sin considerar qué tipo de régimen de seguridad social posea cada país²³. Se observa que países como Argentina, Chile y Uruguay tienen un nivel de cobertura del 100% y El Salvador se ubica dentro de las posiciones más bajas con un 85% de cobertura, pero este dato es significativamente mayor que el 24.6% de la población que cubre actualmente el ISSS. La razón de la disparidad entre estos datos se debe a la forma de afiliación. Mientras que para utilizar los servicios de un hospital de la red nacional como el hospital San Rafael o el hospital Rosales no es necesario estar asegurado ni es necesario pagar por los servicios prestados, el ISSS sí requiere una afiliación a través de un empleador, lo que implica que el asegurado posee un empleo formal. Por lo tanto, el bajo porcentaje de población cubierta por el ISSS se debe a problemas que están más relacionados con el mercado de trabajo que a problemas de cobertura de parte de la institución.

Tabla 18: Porcentaje de cobertura

| País | % Cobertura | País | % Cobertura |
|-----------|-------------|-----------|-------------|
| Argentina | 100% | Guatemala | 51% |
| Belice | 94% | Honduras | 67% |
| Bolivia | 65% | México | 94% |
| Brasil | 99% | Nicaragua | 86% |
| Chile | 100% | Panamá | 96% |
| Colombia | 98% | Paraguay | 93% |

²³ Debido a las diferencias entre los sistemas de salud en Latinoamérica no es posible hacer una comparación exclusivamente de la cobertura que provee el ISSS con respecto a sus pares latinoamericanos ya que éstos varían en su forma de financiación y afiliación.

| País | % Cobertura | País | % Cobertura |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Costa Rica | 99% | Perú | 83% |
| Cuba | 100% | Puerto Rico | 100% |
| República Dominicana | 98% | Uruguay | 100% |
| Ecuador | 71% | Venezuela | 95% |
| El Salvador | 85% | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos OPS, 2010.

2.3. Evolución de las variables que afectan la calidad del servicio prestada por el ISSS (1999-2009)

Para poder determinar las variables que determinan el nivel de calidad del servicio brindado por el ISSS es necesario establecer qué es calidad del sistema de salud, para ello se han tomado en cuenta la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), (ver capítulo I apartado 1.2).

Una vez definido el concepto de calidad del servicio de salud, el siguiente paso del estudio es explicar cómo están formados cada uno de los elementos que conforman el concepto de calidad, por medio del uso de los indicadores que se presentaron en el Cuadro 2 (capítulo I), con la finalidad de desarrollar un modelo a base de índices que permita medir la calidad y su evolución durante el periodo estudiado (1999-2009).

Es necesario aclarar que si bien se tomará como base la definición de calidad propuesta por la OMS, el análisis no se limitará a dicha definición debido a que se buscará que la calidad sea alcanzada por medio de una distribución eficiente de los recursos con los cuales cuenta la institución.

2.3.1. Giro de camas

Este índice representa el número de pacientes²⁴ que en promedio recibió cada cama hospitalaria de dotación normal en un período determinado que suele ser el año; también se le llama "velocidad cama" o índice de renovación, y se calcula dividiendo los egresos hospitalarios de un periodo determinado entre el número de camas de dotación normal (C.C.S.S.: 2008).

Este indicador expresa el número de veces que una cama ha sido utilizada durante el año, un giro de cama demasiado alto indicaría una deficiencia en la atención médica brindada debido a que se estarían saturando los servicios hospitalarios, lo que significa una reducción en la calidad del servicio debido a que la saturación de pacientes no permite que existan los suficientes recursos médicos para atender a una mayor demanda, por lo que los servicios de salud se ven congestionados, lo que se traduce en un mayor tiempo de espera para que el paciente reciba atención médica.

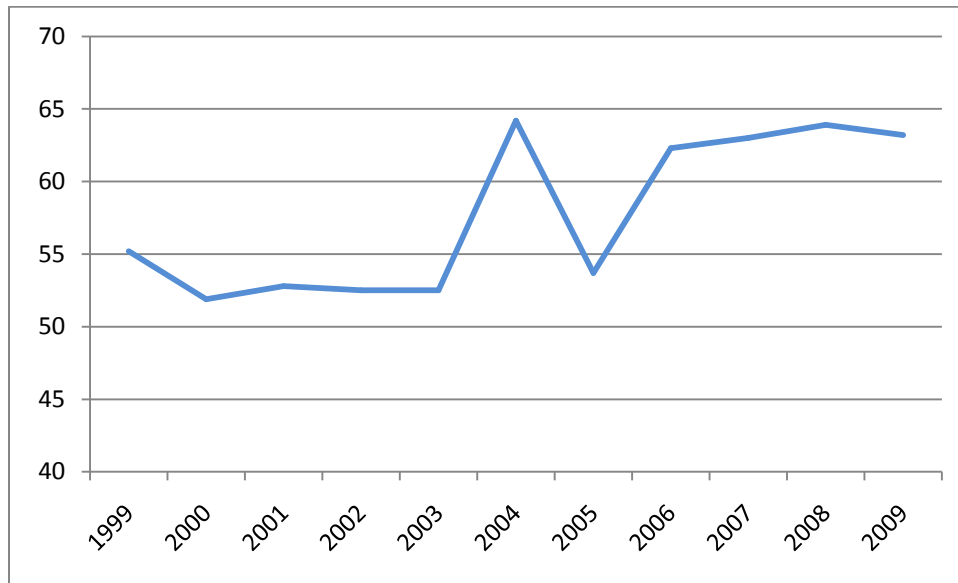
En el gráfico 13 se observa que el giro de camas ha tenido un comportamiento irregular, entre el período de 1999 a 2003 la serie muestra una tendencia entre 55 y 50, para el año 2004 la variable se incrementó de 52.5 a 64.2. Este incremento se debe a que durante este periodo casi se duplicaron los casos de dengue en el país, pasando de 3,920 a 6,564 casos atendidos; además los casos de infecciones estomacales y cólera se incrementaron en 22,770 para el mismo periodo (OPS, 2007). Además, como se mencionó en el apartado 2.1.4.2., desde el 2004 se han venido remodelando diferentes hospitales y centros de atención del ISSS para mejorar sus instalaciones físicas, esto ha producido una reducción de las camas disponibles, incrementando el valor de esta variable debido al cierre de algunos servicios hospitalarios.

No existe un estándar internacional para el giro de camas de hospitales, pero hospitales de otros países de Latinoamérica como Chile y Argentina tienen valores que oscilan entre 55 y 15²⁵ dependiendo del nivel de atención y de su ubicación geográfica. Estos datos únicamente sugieren que el ISSS tiene un alto giro de camas; sin embargo, el porcentaje de ocupación hospitalaria –que aumenta al incrementar el giro de camas- (ver apartado 2.1.2.1.) ha permanecido en niveles aceptables de acuerdo a estándares internacionales.

²⁴ Para esta variable se excluyen a los hijos de los cotizantes menores de 12 años ya que no gozan del servicio de atención hospitalaria.

²⁵ Ministerio de Salud Gobierno de Mendoza, "Series cronológicas. accesado 21 de febrero 2011. http://www.infosalud.mendoza.gov.ar/system/link_grid.php?ID=0x1

Gráfico 15: Giro de camas²⁶



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

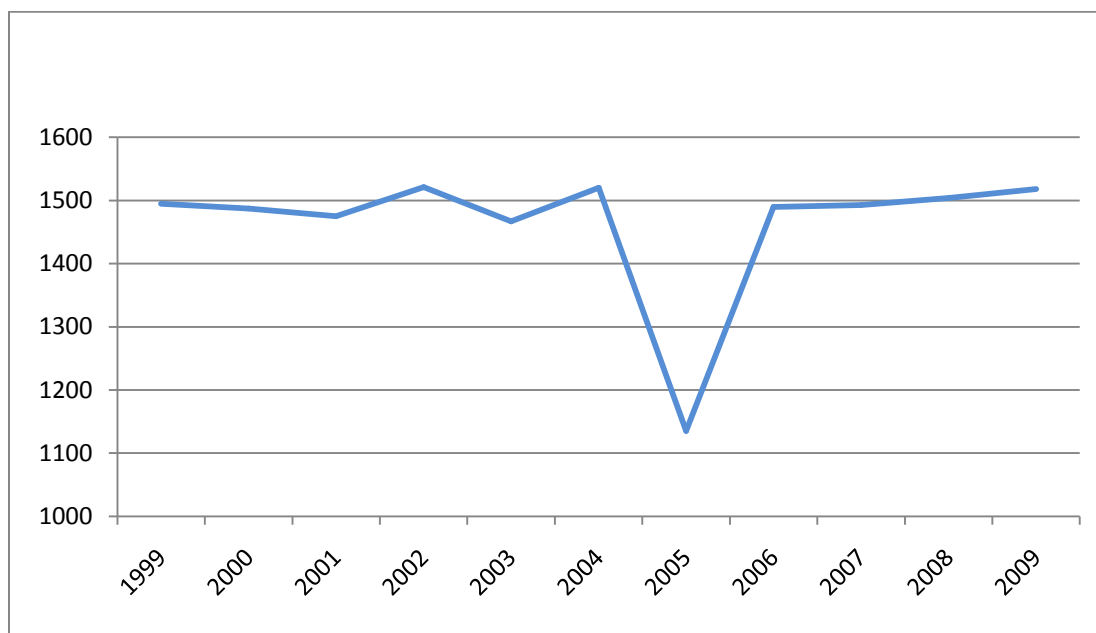
2.3.1.1. Promedio de camas por hospital

Otro elemento importante para comprender el comportamiento del giro de camas es el promedio de camas por hospital, ya que ante una mayor demanda de pacientes que utilicen servicios hospitalarios se necesitará un mayor número de camas disponibles, de lo contrario se incrementaría el valor de la variable. Como se observa en el gráfico 15 el promedio de camas ha presentado un leve incremento de 23 unidades durante todo el periodo observado, pasando de 1495 en 1999 a 1518 en 2009. Durante el año 2005 se dio una drástica caída del promedio de camas, el cual coincide con las reparaciones que se realizaron a algunos hospitales durante ese año para subsanar los daños ocasionados por los terremotos.

Si bien es cierto que el número de centros de atención se ha incrementado, dicho incremento no se ve reflejado con el incremento en el promedio de camas y esto es debido a que el incremento de los centros de atención se debe en su mayoría a la creación de clínicas empresariales y no al incremento en el número de hospitales o centros de atención en los cuales se pueda dar una asistencia hospitalaria.

²⁶ Ver datos en anexo 2.5.

Gráfico 16: Promedio de camas²⁷



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

2.3.2. Número de enfermeras por 1000 derechohabientes²⁸

Este indicador muestra el número de enfermeras por cada mil derechohabientes que laboran en el ISSS dentro de los diferentes servicios médico-hospitalarios que ofrece la institución. Este número, debe estar en concordancia con el número de médicos contratados para que se pueda brindar un servicio de calidad, debido a que éstas cumplen funciones específicas para la atención al derechohabiente dependiendo del nivel de atención en el que laboren. No existe un estándar definido para el número de enfermeras, pero la mayoría de países miembros de la OPS posee un ratio de 0.8 a 3 enfermeras por cada 1000 habitantes (OPS, 2010).

De acuerdo con el gráfico 16, el número de enfermeras por 1000 derechohabientes fue 0.56 en 1999 y se incrementó hasta 0.92 en 2009. El incremento abrupto en el número de enfermeras en el año 2005 se debió a un cambio de política de contratación de personal en el cual se estableció la necesidad de emplear a un mayor número de enfermeras licenciadas con el

²⁷ Ver datos en anexo 2.5.

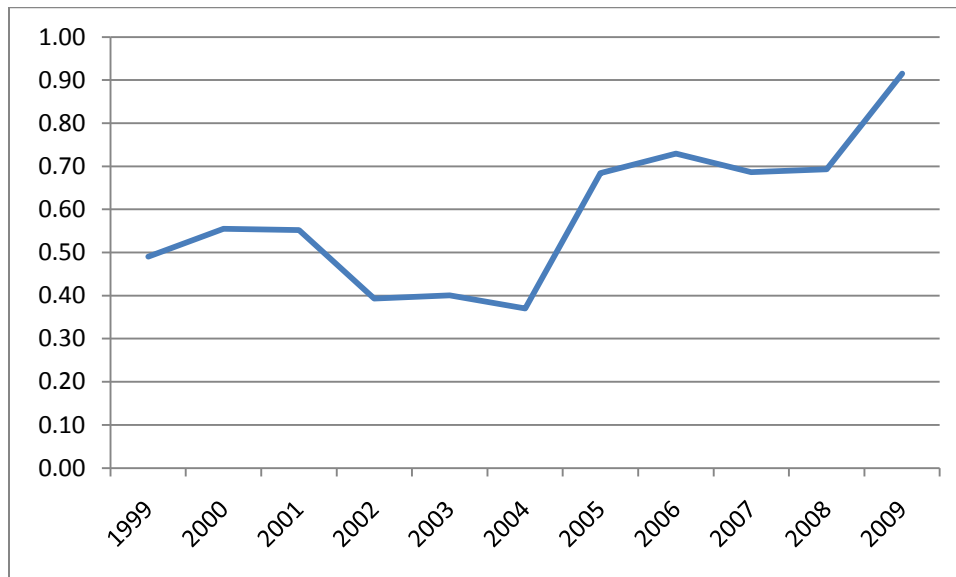
²⁸ Se incluyen el número de enfermeras contratadas que poseen una licenciatura en enfermería y se excluyen a las auxiliares de enfermeras que poseen un técnico en enfermería.

objetivo de dar una mejor atención médica a los pacientes atendidos en los servicios hospitalarios y de emergencia (ISSS, 2007).

Es necesario aclarar que entre 1999 a 2004 la proporción del número de enfermeras es tan bajo debido a que el ISSS sólo contabilizaba al número de enfermeras licenciadas, pero a partir del año 2005 se incluyen las “Auxiliares de Enfermeras”. La labor de las auxiliares de enfermería es desempeñar servicios complementarios de la asistencia sanitaria al paciente como arreglar camas de pacientes, realizar el aseo y limpieza de pacientes, realizar la limpieza del material médico, servir comida a los pacientes, ayudar a administrar medicamentos y registro de datos vitales del paciente. Mientras que son labores propias de enfermería, la asistencia en cirugías, monitoreo de equipo médico, revisar el historial clínico del paciente, etc.

Al observar los datos a partir de 2005, se aprecia que el número de enfermeras, aun incluyendo a auxiliares, sigue siendo muy bajo comparado con otros países miembros de la OPS. Esto da una pauta para hacer mayor énfasis en esta variable para lograr cubrir las deficiencias de cobertura y tener una mejora en la calidad del servicio, ya que si no existe un número de enfermeras suficientes, son los doctores lo que se ven obligados a realizar estas funciones, lo que produce una sobrecarga de sus tareas cotidianas.

Gráfico 17: Numero de enfermeras por 1000 derechohabientes²⁹



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

²⁹ Ver datos en anexo 2.6.

2.3.3. Relación entre los ingresos y gastos

Este indicador ayudará a explicar el comportamiento de los gastos con relación al comportamiento de los ingresos, con la finalidad de identificar si se ha dado un incremento o una disminución entre dicha relación. Es importante hacer una revisión de los ingresos y los egresos para saber de qué forma está operando el seguro social, uno de los factores que determinan la calidad de un servicio es la disponibilidad de recursos para poder brindar el servicio.

En el gráfico 18 se puede observar que el ISSS ha operado con superávits que promedian los \$30 millones entre 1999 a 2004. Durante estos años el número de cotizantes aumentó en casi un 30% incrementando los ingresos de la institución en 34%. Sin embargo, el ISSS ha funcionado con déficit desde 2005, período que coincide con la implementación del acuerdo para extender la cobertura a hijos de cotizantes de 6 a 12 años. Además, a partir de 2005 se llevó a cabo la construcción y remodelación de nuevas unidades médicas y hospitales; hubo un incremento en el pago a prestaciones, especialmente en el gasto en medicamento por derechohabiente (ver apartado 2.2.2); y a partir del año 2008 hubo una reducción en el número de cotizantes debido a los efectos de la ralentización de la economía del país, lo cual redujo los ingresos de la institución en casi un 10%.

Según la estructura de financiamiento del ISSS casi el 95% de los ingresos que recibe la institución provienen de las cotizaciones que aportan trabajadores y patronos. Es por esta razón que el ISSS mantiene una reserva técnica, ya que de esta forma está cubierto ante reducciones significativas del número de cotizantes lo que produciría una disminución de sus ingresos.

Tabla 19: Ingresos y egresos por cotizantes

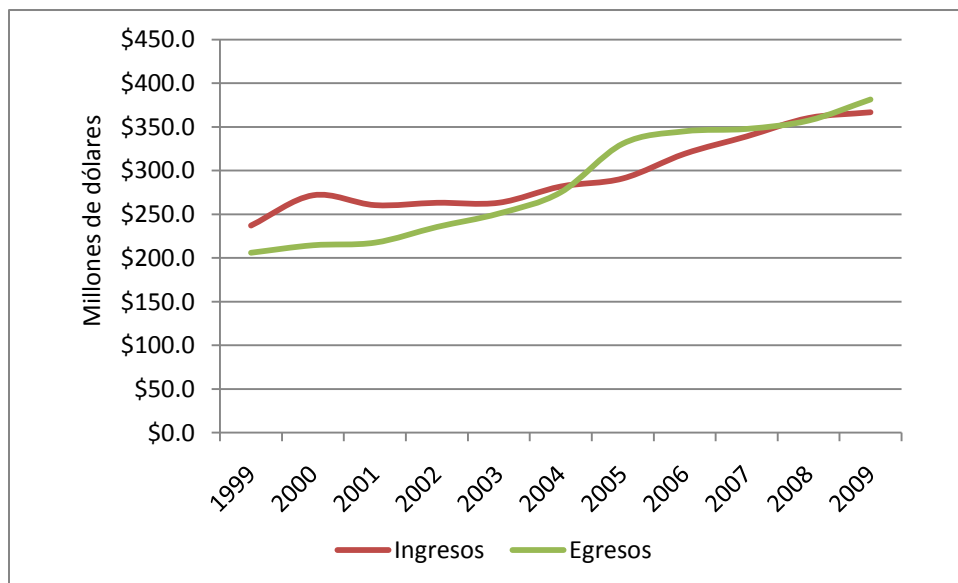
| Años | Cotizantes | Ingreso por cotizante | Egresos por cotizante |
|------|------------|-----------------------|-----------------------|
| 1999 | 581,334 | \$ 407.77 | \$ 354.16 |
| 2000 | 571,346 | \$ 475.58 | \$ 375.36 |
| 2001 | 581,249 | \$ 448.07 | \$ 374.11 |
| 2002 | 576,562 | \$ 456.39 | \$ 408.23 |
| 2003 | 585,384 | \$ 449.65 | \$ 428.45 |
| 2004 | 599,619 | \$ 469.91 | \$ 458.79 |

| Años | Cotizantes | Ingreso por cotizante | Egresos por cotizante |
|------|------------|-----------------------|-----------------------|
| 2005 | 620,673 | \$ 468.81 | \$ 532.89 |
| 2006 | 650,673 | \$ 490.72 | \$ 530.20 |
| 2007 | 684,607 | \$ 495.46 | \$ 507.87 |
| 2008 | 704,715 | \$ 511.17 | \$ 506.98 |
| 2009 | 681,450 | \$ 538.32 | \$ 559.71 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

Los datos de la tabla 19 muestra el número de cotizantes activos, ya que como se mencionaba anteriormente, son estos los que contribuyen a la mayor parte de ingresos del ISSS. La evolución del gasto y los ingresos por cotizante tiene una tendencia ascendente, el ingreso desde 1999 a 2009 ha aumentado en 32% mientras que los egresos lo han hecho en 57%. Esto implica que existe una tendencia hacia el déficit, la cual es importante corregir para garantizar la sostenibilidad de la institución; de lo contrario, la institución se vería obligada a recortar el gasto en prestaciones medicas.

Gráfico 18: Ingresos-Egresos³⁰



Fuente: Elaboración propia con base a datos del Anuario estadístico ISSS, 2010.

³⁰ Ver datos en anexo 2.7.

2.3.4. Gasto destinado a la prestación de servicios de salud por derechohabiente

La prestación de servicios es una de las funciones principales que realiza el ISSS, por eso se considera de vital importancia para el estudio saber si se están destinado los recursos necesarios para dicha actividad.

Este indicador es la contraparte del gasto administrativo, es decir, expresa los gastos que se han destinado con la finalidad de mejorar los servicios de atención, e incluye los gastos en consulta médica, medicamentos, asistencia hospitalaria (sólo para cotizantes y beneficiarios conyugues), servicio de laboratorio y pago de incapacidades (sólo para cotizantes), es decir, los gastos en los cuales se ha incurrido al brindar los servicios de salud a los derechohabientes.

Como se observa en el gráfico 19, la tendencia desde 2001 ha sido a incrementar, esto se debe principalmente a que durante ese periodo se dio un aumento del gasto en medicamentos pasando de poco más de 23.77 millones de dólares en 2001 a 68.17 millones para el año 2009 (ISSS, 2009). Se observa que hubo un aumento en el gasto a prestaciones por derechohabiente de \$147.08 en 1999 a \$205.86 en 2009, lo que representa un aumento de casi un 40%. La tendencia ha sido a incrementar, a excepción del año 2006 donde hubo una pequeña reducción del gasto en \$10 dólares por derechohabiente.

Tabla 20: Número de cotizantes y beneficiarios del ISSS.

| <i>Años</i> | <i>Total Cotizantes</i> | <i>Beneficiarios</i> | <i>Cónyuges</i> | <i>Hijos</i> |
|-------------|-------------------------|----------------------|-----------------|--------------|
| 1999 | 646.973 | 338.348 | 175.957 | 162.391 |
| 2000 | 571.346 | 339.419 | 176.474 | 162.945 |
| 2001 | 581.249 | 346.923 | 180.363 | 166.560 |
| 2002 | 576.562 | 477.398 | 295.918 | 181.480 |
| 2003 | 585.384 | 506.140 | 293.495 | 212.645 |
| 2004 | 599.619 | 536.043 | 290.797 | 245.246 |
| 2005 | 620.673 | 567.470 | 294.279 | 273.191 |
| 2006 | 650.968 | 619.896 | 309.641 | 310.255 |
| 2007 | 684.607 | 647.682 | 311.820 | 335.862 |
| 2008 | 704.715 | 645.618 | 323.016 | 322.602 |
| 2009 | 681.450 | 628.932 | 314.667 | 314.265 |

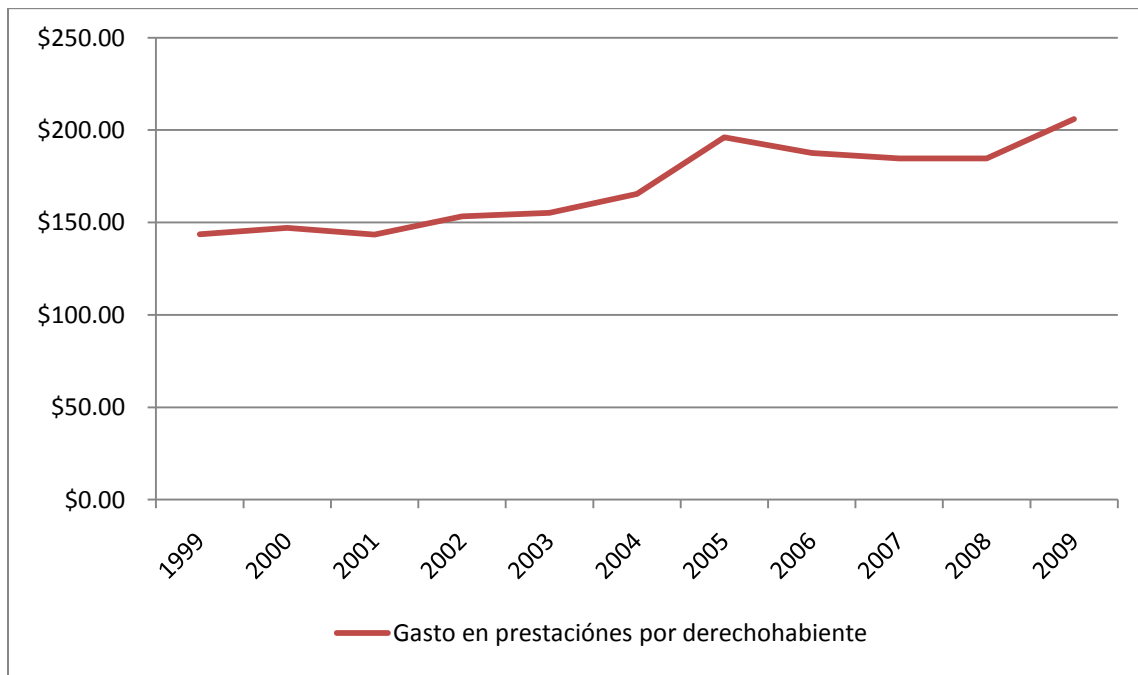
Fuente: Elaboración propia con base a datos del Anuario estadístico ISSS, 2010.

La tendencia de afiliación al régimen del ISSS ha tenido un comportamiento irregular, debido al decrecimiento de cotizantes en los años 2000, 2002 y 2009, esto se debe a la crisis económica. Hay que destacar que la institución ha realizado cambios con el afán de brindar una mayor cobertura tanto para los cotizantes como beneficiarios. En septiembre del 2004 se amplió la cobertura a niños de 6-12 años, lo cual explica la tendencia al alza de la variable a partir de ese año.

El comportamiento de la variable sigue el comportamiento que indican los estándares financieros debido a que se está incrementando el gasto en prestaciones médicas lo cual debería mejorar la calidad de los servicios brindados por el ISSS, a pesar de que no se cuentan con datos disponibles para conocer el monto específico de los gastos en consultas médicas brindadas se puede observar una tendencia al incremento en las prestaciones médicas lo cual llevaría a concluir que los recursos destinados a consultas médicas están incrementándose.

Comparado con otros países, el gasto en prestaciones que realiza el ISSS es bastante bajo si se compara con países como Francia y el Reino Unido quienes gastan cerca de \$1,500 por persona al año; sin embargo al compararlo con países de Latinoamérica, el gasto es bastante similar al de países como Chile o Argentina quienes gastan cerca de \$200 por persona (CEPAL, 2007).

Gráfico 19: Gasto en prestaciones por derechohabiente



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

2.4. Cálculo índice de cobertura y calidad

Con el objetivo de facilitar la comprensión de la evolución en el nivel de cobertura y la calidad del servicio brindada por ISSS, se ha incluido un índice que sirve como herramienta para evaluar el desempeño del ISSS. Este índice es elaborado mediante un cálculo de desempeño relativo que asigna valores a cada variable entre 0 y 1 para luego promediar los resultados de las variables por categoría y luego promediar los resultados de las categorías para obtener el índice general.

El índice sólo es una medida para mostrar un cambio en el nivel de cobertura y calidad dentro del período estudiado. No representa un cambio proporcional sino que únicamente evidencia la dirección de los cambios, es decir si la cobertura y la calidad han aumentado o disminuido.

2.4.1. Cálculo del desempeño relativo

Para calcular el desempeño relativo para cada año se normaliza para obtener un valor entre 0 y 1 ocupando la ecuación 1. Primero se obtiene el valor de la variable i para el año j a la cual se le resta el valor mínimo de la variable i del período observado, esto se divide entre la resta del valor máximo de la variable i menos el valor mínimo de la misma variable.

Ecuación 1

$$x_{i,j} = \frac{\text{Valor actual } (x_{i,j}) - \text{Mínimo de } x_i}{\text{Máximo de } x_i - \text{Mínimo de } x_i}$$

Si la dirección de la variable es descendente, es necesario corregir el resultado invirtiendo la dirección. Para tal efecto ocupamos la ecuación 2 en donde a la unidad se le resta el resultado obtenido con la ecuación 1. De esta manera cualquier mejora en las distintas variables se verá reflejada como un aumento en el índice general.

Ecuación 2

$$x_{i,j} = 1 - \frac{\text{Valor actual } (x_{i,j}) - \text{Mínimo de } x_i}{\text{Máximo de } x_i - \text{Mínimo de } x_i}$$

El segundo paso es obtener un índice por categorías que está formado por el promedio simple de las variables incluidas en cada categoría. Para tal efecto ocupamos la ecuación 3 donde $x_{i,j}$

es el valor de la variable i en el año j , n es el número de variables y $c_{h,j}$ es el valor de la categoría h en el año j .

Ecuación 3

$$c_{h,j} = \frac{\sum_{i=1}^n x_{i,j}}{n}$$

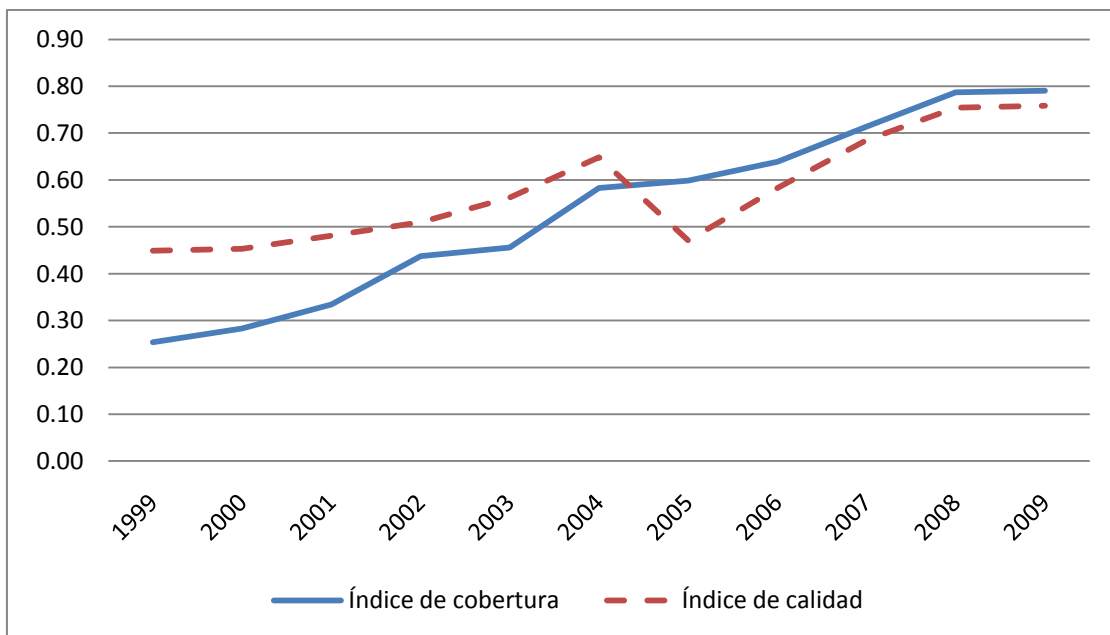
El paso final es obtener el índice general promediando los valores obtenidos para todas las categorías ocupando la ecuación 4 donde $c_{h,j}$ es el valor de la categoría h en el año j , n es el número de categorías y g_j es el valor del índice en el año j .

Ecuación 4

$$g_j = \frac{\sum_{h=1}^n c_{h,j}}{n}$$

2.4.2. Comportamiento de cobertura y calidad³¹

Gráfico 20: Índices de cobertura y calidad



Fuente: elaboración propia

³¹ Ver anexo 2.8 para tablas de cálculo de índices.

El índice de cobertura muestra un claro crecimiento, el cual es el comportamiento esperado ya que la mayoría de las variables por las que está compuesto han mejorado durante la década estudiada, como es el caso de la participación de los sueldos de personal en servicios médico-hospitalarios como porcentaje del gasto total, la participación del gasto en medicamentos y otros suministros médicos, la reducción en el porcentaje del gasto administrativo, las mejoras en las consultas por horas médico, el incremento en la proporción de médicos por 1000 derechohabientes, el incremento en la población cubierta acompañado del incremento de los centros de atención, entre otros.

Se ha visto a través del análisis del comportamiento de cada variable que los retrocesos experimentados han sido leves y los más relevantes fueron en el año 2002 que afectó principalmente a la categoría de utilización de recurso humano debido al despido de doctores y personal médico, y en el año 2009 por la crisis financiera y la disminución del porcentaje de población asegurada. Es necesario destacar que los desequilibrios sufridos en las variables durante los años anteriormente mencionados han sido superados de forma efectiva por parte de la institución, por medio de medidas precisas que le permitieron a la institución regresar a niveles aceptables de servicio, como es el caso de la recontractación de los médicos despedidos durante la huelga de 2002.

Por otra parte, es necesario que todas las instituciones que se dedican a brindar servicios a un grupo de usuarios cuenten con herramientas que les permitan medir el grado de satisfacción o de calidad de los servicios brindados; por eso dentro del análisis realizado al ISSS se ha considerado de suma importancia realizar una propuesta de un índice de calidad, este índice permitiría medir el nivel de calidad brindado por dicha institución.

El índice se ha elaborado a partir de los estándares de calidad ISO 9000 (ISO, 2010), previamente explicados y establecidos en el capítulo I apartado 1.2.4 de esta investigación.

Como se puede apreciar en el gráfico 20 la tendencia del índice ha sido al alza, pasando de 0.45 en 1999 a 0.76 para el año 2009, este incremento o mejora en el nivel de calidad responde en gran parte a las mejoras en los estándares de infraestructura que ha realizado la institución; el segundo estándar que más influye en dicha mejora es la mejora de los estándares financieros por medio del incremento en los gastos en prestaciones médicas; y finalmente están los estándares de recursos humanos los cuales también han sufrido mejoras significativas como los incrementos en el número de médicos y enfermeras.

En el gráfico 20 se observa una caída del nivel de calidad para el año 2005. Esto responde a una caída de los estándares de infraestructura, compuesto por las variables de giro de camas, promedio de camas por hospital y el porcentaje de ocupación, las cuales disminuyeron por las reparaciones llevadas a cabo por la institución debido a los daños sufridos durante los terremotos de Enero y Febrero de 2001 (ISSS, 2007). Es necesario señalar que aunque las reparaciones eran necesarias, estas sí tuvieron una repercusión en el nivel de calidad ya que la capacidad de las instalaciones físicas del ISSS se vieron reducidas para atender la demanda de pacientes debido a dichas reparaciones.

En general, el índice de calidad ha tenido una tendencia a incrementar, lo cual indica una mejora del nivel de calidad de los servicios brindados por la institución analizada durante el periodo estudiado.

Los incrementos en los ingresos del ISSS han permitido que se genere un incremento en la inversión en infraestructura y en los recursos humanos, ya que durante el periodo estudiado los ingresos pasaron de poco más de \$237 millones de dólares en 1999 a casi \$367 millones de dólares en 2009, estos incrementos permiten explicar las mejoras que se han realizado en el grado de cobertura y calidad de los servicios brindados por el ISSS.

Otro de los motivos por los cuales tanto el grado de cobertura como el de calidad han mejorado, es debido a las mejoras en las distribuciones de los ingresos que ha tenido la institución, debido a que como podemos observar en los apartados 2.1.1.1.1 y 2.2.3.2 se ha dado una disminución del gasto administrativo acompañada de un incremento en los gastos destinados a la prestación de servicios médicos, la cual se puede observar en el apartado 2.2.3.3 y al aumento en los gastos en medicamentos (ver apartado 2.1.1.3).

2.5. Percepción del derechohabiente sobre la calidad de la atención médica prestada atención del Hospital General Central y Hospital Policlínico Arce.

Un componente esencial en los sistemas de salud es la calidad. En el caso concreto del ISSS se observó que un derechohabiente puede estar ampliamente satisfecho con la atención medica/administrativa en general, pero al ahondar en factores concretos que determinan la calidad de atención como la amabilidad, el trato, y la relación médico-paciente, se constata que existe una disconformidad de los derechohabientes con el trato recibido.

Previas investigaciones señalan que la percepción de buena parte de la población es que el sistema de salud en nuestro país ha sido y sigue siendo deficiente, pésimo en el trato y de mala calidad; además mucha gente reclama que las actitudes de médicos, enfermeras y personal de servicio de los nosocomios hacen que los pacientes salgan más enfermos de cómo llegaron al no encontrar una atención adecuada o un consuelo para aliviar su padecimiento (La Prensa Gráfica, 2011).

Se realizó un trabajo de campo, el cual consistió en entrevistas y encuestas de opinión a profesionales médicos y pacientes del Hospital General y Hospital Policlínico Arce quienes constituyen el objeto de estudio. El objetivo principal no es conocer la percepción de la calidad que tienen los derechohabientes de los servicios médicos brindados por el ISSS en todo el país, sino el enfocarse en los principales centros de atención del área metropolitana; debido a la falta de recursos para ejecutar un estudio a nivel nacional.

El trabajo de campo se realizó en el Hospital General y Hospital Policlínico Arce. Estos hospitales fueron seleccionados de entre 82 diferentes centros de atención, conformados por 10 Hospitales, 35 Unidades Médicas y 37 Clínicas Comunes (excluyendo las 255 clínicas empresariales debido a que estas poseen un acceso reservado únicamente para los empleados de las empresas donde se encuentran ubicadas). Según datos del ISSS, durante el 2010, el Hospital General atendió cerca del 7% de las consultas atendidas por los 82 centros de atención definidos anteriormente y el Hospital Policlínico Arce atendió cerca del 3% durante el mismo periodo (ISSS, 2010). Para la realización de la encuesta se tomaron en cuenta otros centros de atención, sin embargo, sólo fue posible obtener la autorización necesaria en estos hospitales.

Para poder realizar las encuestas a los pacientes y profesionales médicos fue necesario solicitar la autorización del subdirector del Hospital General Dr. Juan Ramón Menjivar y la directora del Hospital Policlínico Arce Dra. Claudia Beatriz Barahona. Las preguntas establecidas en cada cuestionario fueron sujetas a revisión y aprobación por parte de los mismos, quienes también establecieron como fechas para su realización los días 29 y 30 de noviembre y 13, 14, 15 de diciembre de 2010.

Los principales obstáculos encontrados al momento de realizar el trabajo de campo fueron la falta de recursos financieros, y falta de encuestadores para tomar una muestra más representativa que permitiera conocer de manera más precisa la percepción que el

derechohabiente tiene de la calidad de atención médica brindada por el ISSS; la huelga realizada por miembros del STISSS entre el 28 y 30 de noviembre; y la renuencia de algunos pacientes a participar en el estudio.

2.5.1. Desarrollo metodológico

2.5.1.1. Tipo de estudio

La investigación es un trabajo de campo porque fue efectuada en un lugar y tiempo determinado con el propósito de obtener información directamente del objeto de estudio. Posee un carácter descriptivo puesto que detalla, a través de la medición de distintos atributos, la percepción que los pacientes, médicos residentes y encargados de médicos residentes poseen del nivel de calidad de atención brindado por el ISSS en el Hospital General y Hospital Policlínico Arce.

2.5.1.2. Población y muestra

Considerando las limitaciones para realizar el trabajo de campo mencionadas en el apartado 2.5, se definió que el universo del estudio se compone de 89 médicos residentes, 10 médicos encargados de residentes y 365 pacientes, que representan la totalidad de la población estudiada localizada en el Hospital General y Hospital Policlínico Arce durante los días de la realización de la encuesta.

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para población una finita (Sweeney, 2008):

Fórmula 2:

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

Z^2 es el valor correspondiente a la campana de Gauus=1.96, $\alpha=0.05$.

p es la prevalencia (si no se conoce se utiliza 0.5).

q es $(1 - p)$.

i es el margen de error considerado $9\% = 0.09$.

N es el tamaño de población.

La muestra para la Encuesta a Médicos Residentes estuvo conformada por 50 médicos residentes de las especialidades de medicina interna, cirugía general y psiquiatría de los diversos años de residencia, que en el momento del estudio estuviesen rotando por los servicios de hospitalización del hospital General y hospital policlínico Arce (Ver Tabla 21).

El cálculo para obtener el tamaño de muestra de médicos residentes es el siguiente:

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 89 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.09^2(89 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5} = 51.09$$

Para la encuesta a encargados de médicos residentes, no fue necesario realizar una estimación de tamaño de muestra ya que se logró pasar el cuestionario a los diez encargados que laboraban durante el período de realización de la encuesta.

Para la encuesta a Pacientes, la muestra se integró por 100 pacientes de los servicios de hospitalización de medicina interna, cirugía general y psiquiatría del Hospital General y Hospital Policlínico Arce (ver tabla 22). Estos pacientes fueron seleccionados independientemente de su edad, sexo o dolencia física. Se consideraron como exclusiones: pacientes que no aceptaran la entrevista, y pacientes cuya condición clínica no les permitiese participar en el estudio, tales como pacientes con ventilación artificial y pacientes desorientados.

El cálculo para obtener el tamaño de muestra de pacientes es el siguiente:

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 365 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.09^2(365 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5} = 89.7$$

Sin embargo, se tomó una muestra de 100 con el propósito de reducir el margen de error. Despejando la fórmula 2 y sustituyendo el valor de la muestra en 100, se obtiene un nuevo margen de error de 8.4%:

$$i = \sqrt{\frac{1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{100(365 - 1)}} + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5 = 0.084$$

Tabla 21: Población de médicos residentes encuestados en Hospital General y Policlínico Arce

| Especialidad | Total de Residentes en el Hospital General y Policlínico Arce | Residentes encuestados en el Hospital General y Policlínico Arce |
|------------------|---|--|
| Medicina Interna | 44 | 24 |
| Cirugía General | 36 | 18 |
| Psiquiatría | 9 | 8 |
| Total | 89 | 50 |

Fuente: Elaboración propia a partir de trabajo de campo.

Tabla 22: Total de pacientes ingresados y entrevistados sobre el trato brindado y percepción del ISSS en Hospital General y Policlínico Arce.

| Hospital | Total de pacientes ingresados en camas censables | Total de pacientes encuestados |
|------------------|--|--------------------------------|
| Hospital General | 320 | 84 |
| Policlínico Arce | 45 | 16 |
| Total | 365 | 100 |

Fuente: Elaboración propia a partir de trabajo de campo.

2.5.1.3. Instrumentos

Se procedió a elaborar en forma condensada 3 cuestionarios, dirigidos respectivamente a:

- Pacientes, en los cuales se formularon 13 preguntas cerradas, con el objetivo de obtener la percepción de la calidad en la atención (ver anexo 2.10)
- Médicos residentes, en el cual se formularon 3 preguntas para evaluar la percepción de calidad y conformidad con el plan de estudios (Ver anexo 2.9)
- Médicos encargados de residentes, con el propósito de indagar sobre la percepción de calidad de la atención médica y los posibles reclamos (Ver anexo 2.11)

Las preguntas planteadas en los cuestionarios se establecieron con los criterios previamente establecidos en el apartado 1.2.4: criterio de confiabilidad, criterio de elementos tangibles, criterio de empatía y criterio de calidad funcional.

Dichos formularios fueron distribuidos entre cada integrante del equipo de investigación para realizar las entrevistas en los diferentes servicios de hospitalización; realizándose la recolección de información en los días antes mencionados.

2.5.1.4. Análisis de resultados³²

a. Resultados de entrevistas a pacientes

Se realizaron 13 preguntas cerradas diseñadas de acuerdo a los criterios de calidad expuestos en el capítulo 1 con el objetivo de obtener la percepción de la calidad en la atención. La relación entre cada criterio con las preguntas contenidas en la encuesta de pacientes se muestran en la tabla 23.

Tabla 23: Preguntas de encuesta a pacientes según criterios de calidad.

| | |
|---------------------|--|
| Confiabilidad | 1. ¿Se identificó el médico con su nombre al iniciar su entrevista? 2. ¿Siente confianza de parte de su médico durante la consulta? 7. ¿Cómo calificaría usted la relación que entabló con su médico? |
| Elementos tangibles | 10. ¿Encontró adecuado el ambiente físico en donde fue atendido/a? |
| Empatía | 3. ¿Con que actitud lo atendió su médico? 4. ¿Mostro interés el médico por resolver su dolencia? 6. ¿Recibió palabras de aliento por parte de su médico durante la consulta? |
| Calidad Funcional | 5. ¿Su médico le explico detalladamente sobre su enfermedad, tratamiento y seguimiento 8. ¿Las expectativas que tenía en cuanto a su atención, fueron satisfechas? 9. ¿La consulta recibida le permitió aprender algo más sobre su enfermedad? 11. Al terminar la consulta, ¿Salió motivado del consultorio para realizarse los exámenes auxiliares que le indicaron y para seguir las indicaciones que le dieron? 12. Si necesitara una nueva atención, ¿regresaría donde el médico que le atendió o se lo recomendaría a algún amigo o familiar? |

³² Los resultados tabulados para cada encuesta se encuentran en los anexos 2.12, 2.13 y 2. 14.

Fuente: Elaboración propia

Con el objetivo de evaluar el criterio de confiabilidad se les preguntó a los pacientes sobre el trato brindado, específicamente si el médico tratante se había identificado con su nombre al iniciar la consulta, el 42% de los pacientes atendidos expresaron que el médico no se identificó con su nombre. Este primer contacto en muchos casos influye en el nivel de confianza que pueda tener el paciente con el médico durante la consulta. La confianza es subjetiva, en muchos casos viene relacionada en como el médico realiza la entrevista y los exámenes de diagnóstico. En este estudio, a pesar que un 42% de los pacientes expresaron que los médicos no se identificaron con su nombre, esto no tuvo repercusiones a la hora de establecer confianza con el médico tratante ya que solo un 6% de los pacientes dijeron no tener confianza para su médico durante la consulta. Esto podría ser explicado por la actitud con la que el médico trató al paciente. En un 94% de las consultas se vio reflejado un trato amable. Es necesario destacar que 4 pacientes manifestaron haber recibido un trato indiferente y 2 un trato de enojo e indiferencia de parte del tratante.

Al preguntar sobre el interés mostrado por el médico por resolver la dolencia del paciente, esto con la finalidad de evaluar el criterio de empatía en la relación médico-paciente, un 94% de los pacientes expresaron que su médico mostró empatía al momento de la consulta, y un 86% dijo haber recibido palabras de aliento por parte del médico durante la consulta. Sin embargo al momento de explicar el tratamiento a seguir para la enfermedad un 26% sostuvo que su médico no le explicó detalladamente sobre su enfermedad, tratamiento y seguimiento, mientras que un 50% dijo que la consulta le había permitido aprender algo más sobre su enfermedad. En general al preguntarle al total de pacientes entrevistados cómo calificaría la relación entablada con el médico tratante, un 20% la calificó como buena, un 70% la calificó como regular y un 10% como mala (ver anexo 2.12, pregunta 7). En cuanto a las expectativas sobre la atención médica recibida, los resultados de la investigación muestran que un 60% de los consultados no están conformes (ver anexo 2.12, pregunta 8).

Es de hacer notar que al preguntarles a los pacientes si en caso de necesitar una nueva atención regresaría donde el médico que le atendió, o si se lo recomendaría a algún familiar, el 60% dijo estar dispuesto a regresar donde el mismo tratante o recomendárselo a algún familiar o amigo.

Tomando en cuenta que una atención con calidad no implica exclusivamente aspectos relacionados con el trato recibido por parte del personal médico, sino también aspectos relativos

al ambiente físico donde es tratado el paciente, se les preguntó a los pacientes encuestados si habían encontrado adecuado el ambiente físico, a lo cual un 60% manifestó una inconformidad con los establecimientos. Algunos pacientes comentaron que el mobiliario dentro de las instalaciones era viejo, los servicios sanitarios no estaban debidamente aseados, sillas de esperas incómodas, hay poca disponibilidad de acceso para personas discapacitadas, consultorios médicos sin equipo necesario, entre otros. Esto evidencia que la percepción de los derechohabientes en los centros de atención estudiados sobre los elementos tangibles no cumple con sus expectativas.

Un 60% de los encuestados dijo que regresaría con el médico que le atendió y que lo recomendaría a un familiar y/o amigo, sin embargo un 70% dijo haber presentado un reclamo en alguna ocasión por mala atención médica brindada. Esta aparente contradicción se podría explicar por la incidencia de distintos factores que afectan a la relación médico-paciente, como los largos tiempos de espera para obtener una cita, desabastecimiento de medicamentos, excesivos trámites administrativos para atender a una consulta, entre otros.

b. Resultados de encuestas a residentes.

Como parte de la investigación, se consideró relevante conocer la percepción que los residentes tienen sobre las expectativas académicas de los diferentes programas de residencia que ofrece el ISSS para optar a una especialidad (ver anexos 2.9 y 2.13). Se consideró importante plantearles esta pregunta a los residentes, ya que si estos no están conformes con la carga académica, pueden presentar un comportamiento no adecuado a la hora de tratar al paciente reflejando de esa manera su disconformidad. Sin embargo, el 72% de residentes encuestados plantean que están recibiendo lo prometido académicamente, 90% consideran que cuentan con los conocimientos básicos para manejar a los pacientes en el nivel de atención en que se encuentran. Al preguntarles sobre casos clínicos de alta complejidad que sobrepasan sus habilidades o conocimientos, un 46% de los residentes manifestaron consultar con los especialistas. Esto evidencia que los tanto los especialistas y residentes del año superior están pendientes de los residentes de los diferentes servicios.

C. Encuesta a médicos encargados de residentes

Se entrevistaron a 10 médicos con el propósito de indagar sobre la percepción de calidad de la atención médica y los posibles reclamos que pueden presentar los pacientes (Ver anexos 2.11 y 2.14). Al preguntar sobre la relación médico paciente hoy en día, la mayoría de los médicos

encargados de residentes encuestados reconocen una ausencia o deterioro de la relación médico-paciente, el 70% ha opinado que dicha relación es mala; mientras que sólo el 30% ha dicho que es buena y cordial. Según la encuesta un 80% de los encuestados ha recibido quejas, mientras que sólo el 20% ha manifestado no haber recibido queja alguna. Entre las quejas recibidas se mencionan principalmente aquellas relacionadas con el mal trato, mala atención, falta de cobertura para ciertas enfermedades que requieran de un médico especialista, burocracia del sistema, largos tiempos de espera para programación de citas, etc.

Actualmente el ISSS cuenta con diversas formas en las que el derechohabiente puede interponer reclamos: personalmente en la Oficina de Reclamos en el 3er nivel de la torre administrativa; llamando al “Call Center” del ISSS, en los Puntos Seguros ubicados en los principales centros de atención y en buzones de sugerencias (ISSS, 2009). Sin embargo, al preguntar a los doctores si existe un procedimiento para que los pacientes puedan presentar reclamos, un 40% dijo que las quejas y reclamos deben hacerse al Jefe de Servicio o bien al Director del Hospital, 10% dijo no haber recibido quejas y un 50% manifestaron no estar familiarizados con la normativa institucional sobre el manejo de quejas. Estos resultados indican que los médicos tratantes no están familiarizados con los medios que la institución ha puesto a disposición de los derechohabientes para presentar reclamos, sino que siguen procesos informales (remitir al paciente al jefe de servicios) que no recopilan de manera sistemática los reclamos hechos por los pacientes.

Un 80% de los profesionales opinó que si mejorase la relación médico-paciente habría menos reclamos y mencionaron la calidad de atención como elemento esencial para mejorar esta relación. Los restantes niegan que la relación médico-paciente deba mejorar, porque no consideran que sea mala. Se observa que los médicos están conscientes, en su gran mayoría, del vínculo de la calidad de la atención médica con los reclamos y quejas de los pacientes. Incluso, en ciertos casos han propuesto mejoras al sistema, manifestando que la principal causa de una mala relación médico-paciente es la duración de la consulta la cual se rige por los estándares establecidos por la institución (ver apartado 2.1.3.1).

La calidad de la atención médica depende de la adopción de una aproximación sistemática, integral e interdisciplinaria. Independientemente de la aproximación a la calidad que elija un servicio, ésta debería tener un carácter general y de conjunto, es decir, de toda la organización. (Normas ISO 9001).

Después de realizar el estudio se puede afirmar que una mala atención médica se origina por múltiples factores: malas condiciones laborales, deficiencia en recursos, desorganización, etc. Para emprender un camino hacia la calidad de la atención médica en el ISSS, el primer paso debe ser el compromiso de su dirección o nivel jerárquico superior, de lo contrario, no se encontraría el apoyo institucional necesario para generar cambios o realizar las correcciones que se requieran.

Come se mencionó anteriormente, se observó que la gran mayoría de los pacientes había realizado alguna vez algún reclamo por mala atención médica, incluso la mayoría de ellos no se hallaban conformes con la relación actual con su médico; y un 80% de los encargados de médicos residentes, reportó haber recibido quejas o reclamos por mala calidad de la atención médica. La calidad de atención médica está compuesta por múltiples factores, por lo que los médicos no son los únicos responsables de los reclamos o quejas por la mala calidad de la atención médica, sino que el problema es más complejo e involucra a todo el sistema de salud en su conjunto.

CAPÍTULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. Conclusiones de análisis de cobertura de servicios médicos.

Dentro del estudio se encontró que el índice de cobertura ha seguido una tendencia creciente durante la década estudiada, lo que evidencia el esfuerzo de la institución en mejorar la cobertura en salud que se provee al derechohabiente, cabe destacar que existen aspectos que la institución puede cambiar para mejorar el nivel de cobertura como por ejemplo, el incremento en la cobertura de los servicios brindados a los hijos de los derechohabientes, el incremento del personal médico por derechohabiente y reducción de los gastos administrativos.

Si bien es cierto, se ha experimentado una mejora a un nivel general, las áreas de recursos humanos y accesibilidad presentan deficiencias que tienen un efecto directo en el nivel de cobertura. La primer área es vulnerable a los conflictos laborales que ha sufrido la institución, el análisis de las variables permite observar con claridad el impacto que tuvo la huelga del ISSS realizada en el año 2002 y los efectos principales de una falta de personal médico, como el alargamiento de la programación de citas que incrementan la probabilidad de que la dolencia de un paciente se agrave por una falta de atención médica. La segunda área, presenta un problema de afiliación, ya que para poder cotizar al ISSS se necesita contar de un empleo formal que provea ese beneficio, pero lamentablemente la mayor parte de la población ocupada carece de uno.

El financiamiento de la institución proviene principalmente de las cotizaciones de los patronos y trabajadores, así como del aporte estatal. Sin embargo es necesario mencionar que el aporte Estatal ha permanecido constante desde 1978, en \$571,429, cifra que en la actualidad es preciso modificar, debido al incremento en los gastos de la institución y el aumento progresivo de la población cubierta.

En términos geográficos, uno de los problemas con los cuales se enfrenta el ISSS para incrementar el grado de cobertura de los servicios brindados, es la estructura del mercado laboral salvadoreño debido a que como señala el Informe de Desarrollo Humano (PNUD, 2007) el 55.6% de la población económicamente activa se encuentra concentrada en el área

metropolitana, y esto sumando con que únicamente un 22.5% de la PEA posee un trabajo formal. La poca creación de trabajo formal por parte del mercado laboral salvadoreño imposibilita el incremento del número de cotizantes y beneficiarios del ISSS, especialmente fuera del área metropolitana.

El ISSS ha logrado reducir la proporción de gastos que dedica al gasto administrativo de 18.2% en 1999 a 12.4% en 2009. Esto se ha logrado principalmente por un incremento en las prestaciones médicas como el gasto en medicamentos y la contratación de personal dedicado a servicios médicos; y también, por la reducción del gasto administrativo por derechohabiente, lo que implica que a medida ha crecido su número, no ha aumentado la burocracia de la institución. Sin embargo, a pesar de estas reducciones, el gasto administrativo sigue siendo relativamente elevado en comparación con a otros Institutos de seguridad social de América Latina.

La mayor inversión que ha realizado el ISSS en el periodo estudiado ha sido en infraestructura, realizando proyectos de mejoramiento, readecuación, equipamiento y la construcción de nuevos centros de atención, la inversión en infraestructura durante la década de estudio ascendió a \$70 millones. Cabe mencionar que en la actualidad el instituto no cuenta con un hospital pediátrico, y que esto es la razón principal por la que los hijos de cotizantes que requieren el servicio de hospitalización son referidos al Hospital Bloom.

El ISSS ha presentado en el periodo de estudio un aumento en la proporción del gasto anual en medicamento por derechohabiente de \$17.63 en 1999 a \$47.53 en el año 2009; esto con el propósito de abastecer sus farmacias y suplir las necesidades de los derechohabientes. Cabe mencionar que durante este periodo se dio una mejora en el proceso de compra de medicamentos, mejorando el proceso de licitación de los mismos, haciendo un esfuerzo para que el proceso sea menos engorroso y burocrático, siempre cumpliendo con los requisitos estipulados por la institución. Sin embargo a pesar de sus esfuerzos el desabastecimiento de medicamento persiste, específicamente en algunos medicamentos en los que solo se cuenta con un ofertante a nivel nacional.

Si bien es cierto que se ha dado un incremento en la mayoría de las variables determinantes del grado de cobertura brindado por el ISSS, es necesario mencionar y destacar que la institución ha presentado un crecimiento negativo en la proporción de médicos por 1000 derechohabientes siendo esta una de las variables más importantes al determinar el grado de cobertura. Esta variable ha sufrido un decrecimiento de 0.26 médicos por 1000 derechohabientes, esto indica

que se ha dado una reducción del grado de cobertura brindado por la institución. Un aspecto importante de destacar con respecto a la variable es que ha presentado decrecimientos sustanciales (0.9 en 2002) ocasionadas a raíz de las huelgas impulsadas por el STISSS y SIMETRIS. El valor de esta variable para el año 2009 fue de 1.63 médicos por 1000 derechohabientes, pero para ese año en particular también se dio un decrecimiento del número de cotizantes de poco más del 2%, por lo cual es posible afirmar que si no se hubiese dado esa disminución del número de cotizantes este indicador hubiese decrecido en una mayor cantidad.

3.2. Conclusiones del análisis de calidad de servicios médicos.

El estudio mostró que, durante el periodo analizado, se dio una mejora en el nivel de calidad del servicio brindado por el ISSS, El incremento en el nivel de calidad responde en su mayoría a las mejoras que se han realizado en infraestructura (apertura de nuevos centros de atención) por parte de la institución, al igual que a las mejoras en la distribución de los gastos que se ha llevado a cabo el ISSS por medio de la reducción de los gastos administrativos. Es necesario mencionar que si bien se han realizado mejoras en las áreas de recursos humanos, como la proporción de médicos y enfermeras por derechohabiente. Estas mejoras no han sido significativas debido a que los indicadores como las consultas por hora médico y el número de médicos contratados han mejorado de forma casi imperceptible.

Uno de los motivos que ha posibilitado la inversión en infraestructura, recursos humanos y prestaciones médicas, es el incremento que han presentado los ingresos de la institución durante el periodo analizado pasando de poco más de \$237 millones en 1999, a un poco menos de \$367 millones en 2009, los ingresos incrementaron en nueve de los diez años del periodo estudiado, a excepción del año 2001, en el que se redujo en un poco menos de \$11 millones con respecto al año anterior. Este incremento en los ingresos se vio reflejado como un incremento en el grado de calidad de los servicios brindados por el ISSS por medio de los incrementos en la inversión destinada a mejorar la infraestructura, los recursos humanos y el incremento en las prestaciones médicas.

El papel que cumple el Sindicato de Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (STISSS), es uno de los puntos más criticados y discordantes con los que cuenta la institución, pero es necesario desmitificar dicha relación, debido a que se tiene la creencia que una gran parte del presupuesto administrativo de la institución es destinada al STISSS, Cabe destacar

que la importancia de esta organización laboral obedece a aspectos puramente administrativos o burocráticos más que a aspectos netamente económicos. Los fondos destinados al sindicato representan solamente el 0.03% del gasto administrativo, lo que es relativamente bajo comparado con la influencia que dicha organización genera sobre la institución y los derechohabientes. Sin embargo, muchos de los indicadores analizados muestran retrocesos en el año 2002, lo que implica que las huelgas realizadas por los sindicatos han disminuido el nivel de calidad brindado por la institución, por lo que su principal influencia radica en el poder de convocatoria que poseen para llevar a cabo huelgas que interrumpen el funcionamiento normal de la institución.

Una de las problemáticas con las cuales se enfrenta el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, es que hasta el momento no cuentan con un modelo o método que les ayude a monitorear o analizar los niveles de calidad de servicio brindados a los derechohabientes y, debido a esa falta de herramientas, se dificulta de gran manera poder realizar mejoras a los servicios, ya que no existe forma de saber cómo las medidas tomadas por la institución afectan, ya sea de forma positiva o negativa a la calidad de servicios.

Si bien es cierto, el grado de cobertura y calidad de los servicios brindados por el ISSS han presentado mejoras significativas durante el periodo estudiado (1999-2009), es necesario destacar que todavía falta un largo camino por recorrer. Por ejemplo, la OPS identifica entre los principales problemas que afronta el sistema de salud pública del país se pueden mencionar un déficit en el acceso a los servicios médicos, medicamentos de alto costo y baja inversión en salud por parte del Estado (CEPAL, 2007).

El ISSS no cuenta con las instalaciones, equipos y personal adecuados para brindar una atención médica y hospitalaria de la mejor calidad a los hijos de los cotizantes, por lo cual la institución se ve obligada a referir a los pacientes al sector público, refiriéndolos al Hospital de Niños Benjamín Bloom, esto demuestra una deficiencia tanto en la cobertura como en la calidad del servicio, debido a que una parte de la población derechohabiente (Población que requiere asistencia pediátrica especializada) no recibe los servicios médicos y/o hospitalarios necesarios para el tratamiento de sus dolencias y/o enfermedades. Ya que si bien es cierto que se cuenta con el Policlínico Roma y el Hospital Amatepec estos centros de atención no son capaces de dar una total cobertura a la cantidad y complejidad de la demanda de servicios de salud especializados para infantes.

3.2.1. Estudio de percepción de calidad de servicios médicos realizado en el Hospital General y Policlínico Arce.

En el estudio realizado, se encontró que la calidad que perciben los derechohabientes sobre la atención médica en el Hospital General y Policlínico Arce está determinada por factores como las instalaciones donde se brinda la atención, el personal médico, etc. También, se observó que, en muchas ocasiones, los derechohabientes exigen un nivel de calidad difícil de brindar en atención médica considerando las limitaciones financieras de la institución. Esto debido a que si bien es cierto que los ingresos de la institución se han incrementado al mismo tiempo los gastos de la institución también han crecido y en los años como 2005, 2006, 2007 y 2009 el ISSS ha presentado un balance deficitario.

La calidad, si bien es cierto debe ser planificada, no es un conjunto de normas que deba imponerse desde la dirección, ya que eso puede generar un fracaso en la implementación de las mismas si no se cuenta con el compromiso y la motivación de cada una de las personas que laboran en la institución. Para emprender un cambio hacia la mejora de la calidad de la atención médica del ISSS, se deben abrir canales de comunicación para que cada empleado y empleada, desde su puesto de trabajo, pueda aportar ideas que mejoren el servicio prestado al derechohabiente.

Los pacientes, por otro lado, revelan cierto conformismo con la calidad de la atención que se les brinda en dichos hospitales, y presentan una opinión de la calidad de la atención médica de forma parcial, ya que en muchos casos, consideran que ciertos sectores del hospital brindan una buena atención; sin embargo, no consideran que la atención brindada sea óptima.

Tanto los médicos como los pacientes afirmaron que uno de los problemas más determinantes de la mala calidad de la relación médico-paciente, es la gran cantidad de pacientes que los médicos deben atender por hora, debido a que esto no les da el tiempo necesario a los médicos para poder interactuar de una forma más natural con los pacientes, esto se debe a la poca cantidad de médicos por cada 1000 derechohabientes con los que cuenta el ISSS, esto ocasiona que los médicos se saturen de trabajo y como resultado de esta saturación a medida que transcurre la jornada laboral las relaciones médico-paciente se van convirtiendo en relaciones rutinarias y se va dejando de lado el carácter humano al momento de la consulta.

3.3. Recomendaciones

Incrementar fuentes de financiamiento. Dado que no existen elementos técnicos que justifiquen un salario máximo cotizable, se considera que eliminar este techo es la manera más eficiente de incrementar los ingresos de la institución. La posibilidad de generar un aumento en los ingresos en casi un 20% genera nuevas posibilidades para implementar políticas que permitan incrementar el grado de la cobertura en salud, la mejora de la calidad de las prestaciones y el aumento en prestaciones para los derechohabientes.

Además, hay que destacar que actualmente existen rigideces para ampliar los fondos provenientes del Estado –los cuales se han mantenido en \$571,429 desde 1978-. No obstante, si la voluntad política existe y hay un compromiso de Estado con el nivel de salud de la población, pueden impulsarse acciones tales como el incremento en los ingresos corrientes del estado (vía impuestos progresivos y/o vía ingresos no tributarios), el control de la evasión fiscal o las transferencias de recursos financieros a nivel interministerial, para generar recursos que se destinen al ISSS.

Ampliar el nivel de cobertura. La cobertura legal del ISSS debería ser ampliada para incorporar efectivamente a los trabajadores independientes, implementando un programa de cuotas. El pago de la cotización podría realizarse en forma mensual o trimestral para atender la situación de trabajadores que tienen fluctuación en sus ingresos. Esto con la finalidad de incrementar el grado de cobertura brindado por el ISSS al mismo tiempo que se estarían incrementando los ingresos de la institución para destinar esos nuevos fondos al incremento de las prestaciones y a mejorar la calidad de las mismas.

Se recomienda crear una política de ampliación de las prestaciones de salud que reciben los hijos de asegurados activos que incluya la atención hospitalaria. Para esto, debe considerarse que dicha Política de atención, podría ponerse en marcha en el corto plazo subcontratando servicios públicos como el Hospital Benjamín Bloom; ya que el ISSS no cuenta con instalaciones adecuadas para prestar este servicio. Además, no debe descansar exclusivamente en el recurso Humano e infraestructura; sino, por el contrario, se debe tener la visión de brindar servicios de calidad dotando de suficientes recursos, insumos, equipo e infraestructura. De no tener presente lo antes planteado se brindarían servicios de pobre calidad.

Para resolver esta problemática a largo plazo, en caso de no ser posible a corto plazo, el ISSS debería poner en marcha un plan en el cual se contemple la construcción o creación de un centro hospitalario destinado a la atención pediátrica en el cual se puedan brindar servicios hospitalarios y ambulatorios a los hijos de los cotizantes.

Ampliar el nivel de calidad. Se deben transferir más recursos a la prevención de enfermedades, especialmente las que predominan en el cuadro epidemiológico del país; a la promoción de salud para campañas educativas que lleguen a los lugares de trabajo de los cotizantes; y al primer nivel de atención para reducir el gasto en prestaciones medicas derivado de la complicación de enfermedades, además de reforzar las campañas de concientización dentro de los centros de atención para asegurarse que los usuarios no dejen de recibir la información y de esta forma evitar que se congestione la consulta externa en los niveles superiores.

Monitoreo de la calidad del servicio de atención médica. Es necesario que la institución se dé a la tarea de la elaboración e implementación de un programa que le permita poder monitorear la calidad de los servicios brindados por la institución, a partir de los distintos componentes de calidad, infraestructura, recursos humanos y recursos financieros. Es necesario que el programa que se diseñe sea basado en un modelo –como el propuesto- que permita monitorear, con la mayor exactitud y precisión posible, las distintas variables que se van a considerar como determinantes en la definición de calidad. Esto con el objetivo de facilitar la focalización de los recursos y esfuerzos destinados a mejorar la calidad el servicio.

Integración de los sistemas de salud. A largo plazo, se recomienda integrar los servicios del ISSS y el MSPAS basándose en estudios que identifiquen las fortalezas y debilidades de cada sistema. Para tal efecto, se podría crear una política que especifique un marco regulador bien diseñado que defina funciones específicas para cada uno, y que dé cobertura a todos los sectores de la población. La integración podría comenzar por el primer nivel de atención, fusionando los servicios del MSPAS e ISSS; ya que es en este nivel donde el costo en prestaciones médicas por paciente es menor.

Otras alternativas serían integrar todo el sistema en una entidad pública a la que se trasferirían todos los establecimientos, equipo y personal del ISSS al MSPAS. Este nuevo sistema debería de estar regido bajo principios de universalidad, para que garantice atención médica a toda la

población; integralidad, para que proporcione tratamiento curativo y preventivo; equidad, para dar a toda la población las mismas oportunidades de acceso al sistema de salud; y de descentralización, para que se regionalicen los servicios de atención de primer nivel y los usuarios tenga acceso inmediato a servicios de salud.

Para unificar ambos sistemas de salud es necesario diseñar un sistema de financiación que dependa del Estado, para lo cual será necesario crear nuevas fuentes de ingreso que provengan de impuestos progresivos o impuestos no tributarios. Únicamente de esta manera se podrá crear un sistema que provea la misma calidad de servicio médico a toda la población salvadoreña.

Una adecuada distribución los nuevos de ingresos. A medida que se vayan incrementando los ingresos percibidos por la institución es necesario que se realice una adecuada distribución de los fondos percibidos, estos fondos deben ser destinados en su mayoría al incremento tanto de la cobertura como a la mejora de la calidad de los servicios ya brindados, esto se puede lograr por medio de una adecuada planificación de los proyectos que se van a llevar a cabo por parte de la institución, buscando cubrir las necesidades más urgentes en el corto plazo como: el incremento de la cantidad de médicos por 1000 derechohabientes, aumento del número de enfermeras, aumento de la cantidad y calidad de medicamentos puestos a disposición de los derechohabientes, entre otras. Esto sin dejar fuera del marco de acción las actividades a realizarse en el largo plazo como: la construcción de un Hospital especializado para niños u otras unidades hospitalarias.

Fomentar y buscar la armonía entre los sindicatos y el ISSS. Como se ha observado en el trabajo la importancia de las organizaciones sindicales (STISSS y SIMETRISSS) es puramente administrativa debido a que el peso económico que presentan para la institución no es significativo, tomando en cuenta esto el ISSS debe promover una convivencia armoniosa debido a que los paros de labores y las huelgas perjudican tanto la imagen de la institución como a los derechohabientes, debido a que los paros de labores tanto de los médicos como de los empleados administrativos que se realizaron durante la década analizada tuvieron fuertes repercusiones sobre la cobertura y calidad brindada por el ISSS, para evitar que tanto la cobertura como la calidad se vean afectadas se deben crear programas o espacios que faciliten la comunicación entre las tres entidades, ISSS, STISSS y SIMETRISSS. Al facilitarse estos espacios se estarían disminuyendo los riesgos de las huelgas y otro tipo de situaciones que

puedan ocasionar contratiempos a los derechohabientes al momento de hacer uso de los servicios ofrecidos por el ISSS.

Bibliografía

- AISS (2010), Asociación Internacional de la Seguridad Social, “Proceso de reingeniería estratégica”. consultado en línea 04 enero 2011 <http://www.issa.int/esl/content/search?SearchText=gastos+administrativos&x=0&y=0>
- Almeida, Paul (2010). El Salvador: elecciones y movimientos sociales. Merced, EE.UU.: Publicado por Universidad de California.
- ASQ (2010). Recuperado Diciembre 04, 2010, <http://asq.org/glossary/q.html>
- ARANGUREN, E. A., y REZZÓNICO, R. A. (1999 Auditoría Médica. Garantía de Calidad en la atención de la Salud. Centro Editor de la Fundación Favalaro, Bs. As.
- Ayuso, Grande (2006). La gestión de enfermería y los servicios generales en las instituciones sanitarias. Recuperado Diciembre 16, 2010, <http://books.google.com.sv/books?id=IDdMHlx3yBgC&printsec=frontcover&hl=en#v=onepage&q&f=false>
- CCSS, 2009, “Giro de camas” consultado en línea 03 de enero de 2011, www.ccss.sa.cr/html/organizacion/gestion/gerencias/medica/germed/dis/diess/definici.htm#16.
- CEPAL (2007). Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Santiago de Chile: publicación de las Naciones Unidas.
- DONABEDIAN, A. (1989) La calidad de la asistencia: ¿Cómo podría ser evaluada?, México D.F.: JANO.

- El Diario de Hoy. (2003, Junio 12). Recuperado: Enero 17, 2011, de El Diario de Hoy:<http://www.elsalvador.com/noticias/2003/06/12/nacional/nacio31.html>
- FELD S. RIZZI CH, y GOBERNA A., El control de la atención médica. López Libreros Editores. Bs. As. 1978.
- FMI. (2010, Octubre). Panorama Económico Mundial. Recuperado enero 2011, from<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2010/02/weodata/index.aspx>
- Francis Buttle, (1996). "SERVQUAL: revisión, crítica, agenda de la investigación, "diario europeo de la comercialización, Vol.30, edición 1.
- Grönroos, C. (1983): Strategic Management and Marketing in the Service Sector. Cambridge. MA: Marketing Science Institute.
- Grönroos, C. (1988): "Service Quality: The six criteria of good service quality". Review of Business. New York: St. John's University Press.
- Grönroos, C. (1994). Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- ISO, (2010). Consultado en línea, 20 de noviembre de 2010, http://www.iso.org/iso/standards_development.htm
- ISO. (2005) Recuperado Diciembre 04, 2010, <http://www.iso.org/iso/pressrelease.htm?archive=2005>
- ISSS (1997) Ley del Seguro Social y Reglamentos del Régimen General de Salud y Riesgo Profesionales, 1997; San Salvador.

- ISSS (1997). Reglamentos para la aplicación del Régimen del Seguro Social, Ley del Seguro Social, 1997. San Salvador.
- ISSS (2005). Contrato colectivo de trabajo 2005-2008. San Salvador: ISSS.
- ISSS (2007). Funcionamiento en red de los centros de atención del ISSS, San Salvador.
- ISSS (2008). Reglamento del Programa de Médicos y Odontólogos Residentes del ISSS 2008, San Salvador.
- ISSS (2009). Manual de Normas y Procedimientos, Sección Subsidios, 2009. San Salvador.
- ISSS (2009). Anuario Estadístico ISSS, 2009. San Salvador
- ISSS, 2009. Boletín de estadísticas de Salud 2009, San Salvador
- ISSS (2010) Revisión Proceso de Incapacidades Hospital General, noviembre 2010.
- ISSS. (2010, Abril 21). ISSS pone en marcha el proyecto “Medicamento Seguro”. Recuperado: Enero 10, 2011, de ISSS:http://www.issss.gob.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=160:issss-pone-en-marcha-el-proyecto-medicamento-seguro&catid=1:noticias-ciudadano&Itemid=77
- ISSS, (2011). Base de datos del Sistema de Estadísticas de Salud del ISSS. Consultado enero 2011.
- La prensa Gráfica. (2004, Diciembre 16). Recuperado de: <http://archive.laprensa.com.sv/20041216/nacion/75134.asp>

- La Prensa Gráfica. (2011, Enero 11). Recuperado: Enero 29, 2011, de: <http://www.laprensagrafica.com/opinion/editorial/167864-el-valor-de-la-vida.html>
- OIM. (2010). National Health Service Act. Recuperado Diciembre 04, 2010, <http://www.iom.int/jahia/Jahia/lang/es/pid/1>
- OMS (2003). Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud: Debates, Métodos y Empirismo. Ginebra, Suiza: OMS.
- OMS. (2010). Reporte de Estadísticas en Salud Mundial. Ginebra, Suiza: OMS.
- OMS, (2010). Consultado en línea 03 de enero de 2011, www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs323/es/ -27k
- OPS. (2010). Proyecto de análisis e información de salud. Recuperado Enero 10, 2011, de <http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>
- OPS. (2007). Perfil del sistema de salud en El Salvador 2000-2005. Recuperado Diciembre 04, 2010, http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=130
- Ortega, Benito. (1994). La Calidad de los Servicios Sanitarios, Barcelona.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. Y Berry, L. (1985). "A conceptual model of service quality and its implications for future research". Journal of Retailing, 49, 44-60.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. Y Berry, L. (1988): "SERVQUAL: a multiple scale for measuring consumer perceptions of service quality". Journal of Retailing, 64, 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. Y Berry, L. (1993). Calidad Total en la Gestión de Servicio. Madrid: Díaz de Santos.

- PNUD (2007). Informe sobre Desarrollo Humano El Salvador 2007-2008. El salvador: PNUD
- Rengores G. (2009) Auditoría Médica en la Gestión de Riesgos y manejo de conflictos, II Seminario Internacional del Derecho Sanitario. Santiago de Chile.
- Rígoli, Félix (1999). Incentives in health services: an overview of theories and paradoxes. Montreal, Canadá: Universidad de Montreal.
- SSA. (2009). Recuperado Diciembre 20, 2010. <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/indicadores/notas/indicador47.pdf>
- Sweeney, Dennis (2008) Essentials of Modern Business Statistics. United States: South-Wester

Anexos

Anexo 1.1. Detalle de servicios médicos brindados

Especialidades Generales/ Hospital Regional/ Especialidad Médico
Quirúrgica

| | |
|--|---|
| Medicina Interna | Fondo de Ojo, E.C.G., monitorización ambulatoria de T.A., determinación glucemia capilar, punciones cutáneas, acceso y mantenimiento de vías vasculares, sondaje vesical, sondaje Nasogástrico, intubación endotraqueal, técnicas de reanimación Cardiopulmonar y toma de muestras equilibrio ácido-base. |
| Cirugía General | Emergencias quirúrgicas y traumatología y cirugía Abdominal de bajo riesgo. |
| Ginecología Y Obstetricia | Colposcopia, ecografía ginecológica, histerectomía, cirugía ginecológica bajo y moderado riesgo, toma de muestras biopsia mama, asistencia a partos de bajo y moderado riesgo, legrado procedimientos Planificación Familiar y crioterapia. |
| Emergencia | Exploraciones básicas, temperatura corporal, presión arterial, fondo de ojo, otoscopia, electrocardiografía, análisis de gases respiratorios, pulsioximetría, determinaciones analíticas básicas in situ, glucemia capilar, hemorragias ocultas en heces y monitorización continua. |
| Procedimientos Diagnósticos Básicos | Pruebas funcionales respiratorias, laringoscopia indirecta, agudeza visual, glucemias y glucosurias mediante química seca y reflectómetro, obtención y procesamiento de muestras biológicas, anatomía patológica, diagnóstico por imagen, ecografía, ecocardiografía, TAC y endoscopia digestiva. |
| Procedimientos Terapéuticos Básicos | Insulinoterapia, seguimiento de anticoagulación oral (TAO), administración de tratamientos parenterales, curas, suturas y tratamiento de úlceras cutáneas, inmovilizaciones infiltraciones y aplicación de aerosoles. |
| Cardiología | Hipertensión arterial, enfermedad aterosclerótica, cardiomiopatías, arritmias cardíacas, trombo-embolismo, valvulopatías, enfermedad isquémica del corazón y enfermedad vascular periférica. |
| Gastroenterología | Acalasia, trastornos dispépticos, hernia del hiato, sangramiento del tubo digestivo alto, hemorroides, enfermedad diverticular, cirrosis y otras hepatopatías, cálculos de vía biliar, úlcera péptica y duodenal y proctitis post radiación. |
| Especialidades Generales/ Hospital Regional/ Especialidad Médico Quirúrgica | |
| Neumología | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad pulmonar intersticial difusa, tuberculosis pulmonar, bronquitis aguda y crónica, neumonía, tumores benignos y malignos de vía respiratoria, neumonitis y pneumoconiosis. |
| Neurología | Enfermedad de Parkinson, síndrome del túnel del carpo, trastorno de la función vestibular, encefalitis, mielitis y meningoencefalomielitis, trastornos |

| | |
|-----------------------------|--|
| | extrapiramidales, enfermedad cerebrovascular, mialgia, mareo, síncope y vértigo. |
| Oftalmología | Glaucoma, catarata, eterigion, vicio de refracción y presbicia, estrabismo, blefaritis y conjuntivitis, endoftalmitis purulenta, orzuelo y chalazión. |
| Otorrinolaringología | Rinofaringitis aguda y crónica, otitis externa, media e interna, tumores benignos de glándulas salivalesumores benignos de oído medio, mareo, vértigo y desvanecimiento, absceso periamigdalino, hipoacusia y sordera, anosmia, pólipos nasales y laríngeos. |
| Neurocirugía | Lumbago con ciática, espondilolistesis, otros trastornos de disco vertebral, hemorragia subdural traumática, hidrocefalia y galactorrea. |

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Sistema Estadísticas de Salud SES.

Anexo 1.2. Cálculo de estimación de ingresos sin límite de salario cotizante

| Sectores | Total Salarios nominales anuales (2010) | Número de empleados | Total aportaciones de trabajadores (3% sobre salario nominal) | Total aportaciones de patronos (7.5% sobre salario nominal) | Total aportaciones |
|---|---|---------------------|---|---|-------------------------|
| SECTOR PRIVADO | | | | | |
| Agricultura, Caza, Silvicultura y Pesca. | \$51,669,799.20 | 12,315 | \$1,550,093.98 | \$3,875,234.94 | \$5,425,328.92 |
| Explotación de Minas y Canteras. | \$2,742,984.00 | 612 | \$82,289.52 | \$205,723.80 | \$288,013.32 |
| Industrias Manufactureras | \$707,191,261.92 | 151,086 | \$21,215,737.86 | \$53,039,344.64 | \$74,255,082.50 |
| Electricidad, Gas y Agua. | \$33,687,239.04 | 3,996 | \$1,010,617.17 | \$2,526,542.93 | \$3,537,160.10 |
| Construcción | \$104,531,965.20 | 23,146 | \$3,135,958.96 | \$7,839,897.39 | \$10,975,856.35 |
| Comercio por mayor y menor, Restaurantes y Hoteles. | \$627,171,667.20 | 135,822 | \$18,815,150.02 | \$47,037,875.04 | \$65,853,025.06 |
| Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones. | \$199,062,481.92 | 31,144 | \$5,971,874.46 | \$14,929,686.14 | \$20,901,560.60 |
| Establecimientos Financieros, Seguros, Bienes Inmuebles y Servicios Prestados a las Empresas. | \$564,844,654.80 | 115,530 | \$16,945,339.64 | \$42,363,349.11 | \$59,308,688.75 |
| Servicios Comunales, Sociales y Personales. | \$409,743,530.40 | 77,762 | \$12,292,305.91 | \$30,730,764.78 | \$43,023,070.69 |
| Total sector privado | \$2,700,645,583.68 | 551,413.00 | \$81,019,367.51 | \$202,548,418.78 | \$283,567,786.29 |
| SECTOR PUBLICO | | | | | |
| Empleados Sector Público Estatales y Municipales | \$1,047,104,737.32 | 130,037 | \$31,413,142.12 | \$78,532,855.30 | \$109,945,997.42 |
| Total sector público | \$1,047,104,737.32 | 130,037 | \$31,413,142.12 | \$78,532,855.30 | \$109,945,997.42 |
| TOTAL | \$3,747,750,321.00 | 681,450 | \$112,432,509.63 | \$281,081,274.08 | \$393,513,783.71 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema de Estadísticas del Salud del ISSS, 2011.

Anexo 2.1. Datos área gastos corrientes

| Años | Gasto administrativo | Gasto medicamentos | Total salarios empleados en servicios médico-hospitalarios |
|------|----------------------|--------------------|--|
| 1999 | \$37,477,238.00 | \$17,367,737.00 | \$67,941,536.00 |
| 2000 | \$40,460,756.00 | \$20,843,249.00 | \$69,639,961.00 |
| 2001 | \$45,455,072.00 | \$23,776,399.00 | \$72,530,650.00 |
| 2002 | \$32,503,910.00 | \$29,472,331.00 | \$59,523,376.00 |
| 2003 | \$38,971,432.00 | \$32,059,248.00 | \$66,928,661.00 |
| 2004 | \$39,864,662.00 | \$41,046,126.00 | \$78,264,385.00 |
| 2005 | \$47,912,661.00 | \$56,587,304.00 | \$89,831,207.00 |
| 2006 | \$54,965,551.00 | \$58,963,470.00 | \$118,673,485.00 |
| 2007 | \$47,869,792.00 | \$54,600,000.00 | \$124,129,965.00 |
| 2008 | \$46,822,780.00 | \$57,355,700.00 | \$148,833,692.00 |
| 2009 | \$47,296,297.00 | \$68,179,443.00 | \$144,446,765.00 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

Anexo 2.2. Datos área utilización de estructura y equipo

| Años | Porcentaje de ocupación | Exámenes de laboratorio | Exámenes de rayos "x" |
|------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|
| 1999 | 76% | 3,539,066 | 545,250 |
| 2000 | 75% | 3,649,625 | 553,270 |
| 2001 | 68% | 4,081,449 | 565,126 |
| 2002 | 66% | 3,915,770 | 545,785 |
| 2003 | 65% | 4,432,580 | 553,720 |
| 2004 | 69% | 5,189,817 | 698,324 |
| 2005 | 75% | 5,933,783 | 782,666 |
| 2006 | 76% | 6,256,456 | 781,794 |
| 2007 | 77% | 6,020,096 | 752,169 |
| 2008 | 72% | 6,043,300 | 739,229 |
| 2009 | 78% | 6,362,027 | 791,182 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

Anexo 2.3. Datos área utilización de recurso humano

| Años | Consultas por hora médico general | Consultas por hora médico especialista | Medico por mil derechohabientes |
|------|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| 1999 | 4.7 | 3.3 | 1.89 |
| 2000 | 4.7 | 3,3 | 1.87 |
| 2001 | 4.6 | 3.3 | 1.83 |
| 2002 | 4.9 | 3.6 | 0.97 |
| 2003 | 5.0 | 3.5 | 1.62 |
| 2004 | 5.0 | 3.6 | 1.63 |
| 2005 | 5.1 | 3.5 | 1.70 |
| 2006 | 5.1 | 3,6 | 1.60 |
| 2007 | 4.5 | 3.5 | 1.55 |
| 2008 | 4.2 | 3.5 | 1.55 |
| 2009 | 4.2 | 3.5 | 1.63 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

Anexo 2.4. Datos área accesibilidad

| Años | Porcentaje población cubierta | Centros de atención |
|------|-------------------------------|---------------------|
| 1999 | 18.1% | 211 |
| 2000 | 18.1% | 243 |
| 2001 | 18.3% | 260 |
| 2002 | 20.7% | 269 |
| 2003 | 21.4% | 279 |
| 2004 | 22.1% | 301 |
| 2005 | 22.9% | 301 |
| 2006 | 24.3% | 305 |
| 2007 | 25.3% | 330 |
| 2008 | 25.5% | 336 |
| 2009 | 24.6% | 337 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

Anexo 2.5. Datos estándares de infraestructura

| Años | Giro de camas | Promedio de camas |
|------|---------------|-------------------|
| 1999 | 55.2 | 1495 |
| 2000 | 51.9 | 1487 |
| 2001 | 52.8 | 1475 |
| 2002 | 52.5 | 1521 |
| 2003 | 52.5 | 1467 |
| 2004 | 64.2 | 1520 |
| 2005 | 53.7 | 1135 |
| 2006 | 62.3 | 1490 |
| 2007 | 63.0 | 1493 |
| 2008 | 63.9 | 1504 |
| 2009 | 63.2 | 1518 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

Anexo 2.6. Datos estándares de recursos humano

| Años | Total empleados médicos | Total empleados administrativos | Número de enfermeras |
|------|-------------------------|---------------------------------|----------------------|
| 1999 | 1,864 | 1,891 | 483 |
| 2000 | 1,849 | 2,008 | 549 |
| 2001 | 1,847 | 1,751 | 558 |
| 2002 | 1,117 | 1,923 | 451 |
| 2003 | 1,937 | 2,073 | 478 |
| 2004 | 2,025 | 2,149 | 459 |
| 2005 | 2,208 | 2,336 | 889 |
| 2006 | 2,213 | 2,373 | 1012 |
| 2007 | 2,257 | 2,240 | 996 |
| 2008 | 2,286 | 2,212 | 1021 |
| 2009 | 2,340 | 2,194 | 1313 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

Anexo 2.7. Datos de recursos financieros

| Años | Ingresos totales | Egresos totales | Gasto en prestaciones |
|------|------------------|-----------------|-----------------------|
| 1999 | \$237,051,812 | \$205,883,063 | \$141,488,002 |
| 2000 | \$271,722,215 | \$214,460,101 | \$145,402,659 |
| 2001 | \$260,442,766 | \$217,452,001 | \$144,886,870 |
| 2002 | \$263,134,762 | \$235,371,300 | \$175,980,350 |
| 2003 | \$263,215,892 | \$250,807,398 | \$185,305,651 |
| 2004 | \$281,768,895 | \$275,098,482 | \$205,256,421 |
| 2005 | \$290,977,411 | \$330,752,352 | \$254,784,693 |
| 2006 | \$319,295,898 | \$344,987,491 | \$260,167,858 |
| 2007 | \$339,196,376 | \$347,692,090 | \$267,932,298 |
| 2008 | \$360,229,280 | \$357,274,881 | \$271,886,053 |
| 2009 | \$366,836,422 | \$381,414,569 | \$295,319,668 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Boletín de estadísticas ISSS, 2010.

Anexo 2.8. Cálculo índice de cobertura y calidad.

2.8.1. Tabla de cálculos para índice de cobertura.

| Años | Gastos (1) | Estructura y equipo (2) | Recurso humano (3) | Accesibilidad (4) | Índice cobertura (promedio) |
|------|---------------|----------------------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|
| 1999 | 0.26 | 0.25 | 0.50 | 0.00 | 0.25 |
| 2000 | 0.27 | 0.25 | 0.49 | 0.13 | 0.28 |
| 2001 | 0.25 | 0.41 | 0.46 | 0.21 | 0.33 |
| 2002 | 0.42 | 0.42 | 0.50 | 0.41 | 0.44 |
| 2003 | 0.39 | 0.38 | 0.56 | 0.49 | 0.46 |
| 2004 | 0.54 | 0.60 | 0.55 | 0.63 | 0.58 |
| 2005 | 0.60 | 0.58 | 0.53 | 0.69 | 0.60 |
| 2006 | 0.69 | 0.52 | 0.56 | 0.80 | 0.64 |
| 2007 | 0.75 | 0.52 | 0.63 | 0.96 | 0.71 |
| 2008 | 0.91 | 0.58 | 0.66 | 1.00 | 0.79 |
| 2009 | 0.92 | 0.67 | 0.62 | 0.94 | 0.79 |

Fuente: Cálculos propios en base a fórmulas de apartado 2.3.1.

2.8.2. Tabla de cálculos para índice de calidad.

| Años | Estándar Infraestructura (1) | Estándar recurso humano (2) | Estándar financiero (3) | Índice calidad (promedio) |
|------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 1999 | 0.34 | 0.60 | 0.40 | 0.45 |
| 2000 | 0.35 | 0.56 | 0.45 | 0.45 |
| 2001 | 0.53 | 0.64 | 0.27 | 0.48 |
| 2002 | 0.61 | 0.18 | 0.73 | 0.51 |
| 2003 | 0.61 | 0.49 | 0.58 | 0.56 |
| 2004 | 0.84 | 0.48 | 0.62 | 0.65 |
| 2005 | 0.26 | 0.58 | 0.57 | 0.47 |
| 2006 | 0.66 | 0.58 | 0.51 | 0.58 |
| 2007 | 0.71 | 0.67 | 0.68 | 0.69 |
| 2008 | 0.85 | 0.71 | 0.71 | 0.75 |
| 2009 | 0.73 | 0.81 | 0.74 | 0.76 |

Fuente: Cálculos propios en base a fórmulas de apartado 2.3.1.

Anexo 2.9. Encuesta a Médicos Residentes

Encuesta a Médicos Residentes

1. ¿Está usted recibiendo lo que le prometieron académicamente?

si no

2. ¿Considera usted que tiene los conocimientos básicos para manejar a los pacientes de este nivel de atención?

si no

3. ¿Ante casos clínicos de alta complejidad que sobrepasan sus habilidades o conocimientos usted consulta con?

| | |
|--|----------------------|
| Especialista | <input type="text"/> |
| Residente año superior | <input type="text"/> |
| Residente del mismo año | <input type="text"/> |
| No consulta | <input type="text"/> |
| Especialista y residente de año superior | <input type="text"/> |

Anexo 2.10. Encuesta a Pacientes

Encuesta a Pacientes

1. ¿Se identificó el médico con su nombre al iniciar su entrevista?

si no

2. ¿Siente confianza de parte de su médico durante la consulta?

si no

3. ¿Con que actitud lo atendió su médico?

| | |
|----------------------|--------------------------|
| Enojo | <input type="checkbox"/> |
| Indiferencia | <input type="checkbox"/> |
| Amabilidad | <input type="checkbox"/> |
| Enojo e indiferencia | <input type="checkbox"/> |

4. ¿Mostro interés el médico por resolver su dolencia?

si no

5. ¿Su médico le explico detalladamente sobre su enfermedad, tratamiento y seguimiento?

si no

6. ¿Recibió palabras de aliento por parte de su médico durante la consulta?

si no

7. ¿Cómo calificaría usted la relación que entabló con su médico?

| | |
|---------|--------------------------|
| Buena | <input type="checkbox"/> |
| Regular | <input type="checkbox"/> |
| Mala | <input type="checkbox"/> |

8. ¿Las expectativas que tenía en cuanto a su atención, fueron satisfechas?

si no

9. ¿La consulta recibida le permitió aprender algo más sobre su enfermedad?

si no

10. ¿Encontró adecuado el ambiente físico en donde fue atendido/a?

si no

11. Al terminar la consulta, ¿Salió motivado del consultorio para realizarse los exámenes auxiliares que le indicaron y para seguir las indicaciones que le dieron?

si no

12. Si necesitara una nueva atención, ¿regresaría donde el médico que le atendió o se lo recomendaría a algún amigo o familiar?

si no

13. ¿realizó algún reclamo por mala atención médica?

si no

Anexo 2.11. Encuesta a Médicos Encargados de Residentes

Encuesta a Médicos Encargados de Residentes

1. ¿Cómo percibe usted en general y desde su experiencia particular la relación médico paciente hoy en día?

2. ¿Ha recibido quejas de los pacientes sobre mala atención médica? En su caso, ¿De qué tipo?

3. Cuando recibe quejas de los pacientes: ¿Existe un procedimiento a seguir impuesto institucionalmente para darle respuesta al reclamo? En caso negativo: ¿Qué pasos cree que se deberían seguir?

4. ¿Considera que los reclamos sobre la mala calidad de la atención médica podrían reducirse si se mejorase la relación médico-paciente? Si o no, y ¿Por qué?

Anexo 2.12. Resultados de Encuestas a Pacientes

Resultados de Encuesta a Pacientes

| Respuestas | Pregunta 1 | | Pregunta 2 | | Pregunta 4 | | Pregunta 5 | | Pregunta 6 | |
|------------|------------|-----|------------|-----|------------|-----|------------|-----|------------|-----|
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % |
| Si | 58 | 58 | 94 | 94 | 94 | 94 | 74 | 74 | 86 | 86 |
| No | 42 | 42 | 6 | 6 | 6 | 6 | 26 | 26 | 14 | 14 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

| Respuestas | Pregunta 8 | | Pregunta 9 | | Pregunta 10 | | Pregunta 11 | | Pregunta 12 | | Pregunta 13 | |
|------------|------------|-----|------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % |
| Si | 40 | 40 | 50 | 50 | 40 | 40 | 50 | 50 | 60 | 60 | 70 | 70 |
| No | 60 | 60 | 50 | 50 | 60 | 60 | 50 | 50 | 40 | 40 | 30 | 30 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Pregunta 3

| | Frec. | % |
|----------------------|-------|-----|
| Enojo | 0 | 0 |
| Indiferencia | 4 | 4 |
| Amabilidad | 94 | 94 |
| Enojo e indiferencia | 2 | 2 |
| Total | 100 | 100 |

Pregunta 7

| | Frec. | % |
|---------|-------|-----|
| Buena | 20 | 20 |
| Regular | 70 | 70 |
| Mala | 10 | 10 |
| Total | 100 | 100 |

Anexo 2.13. Resultados de Encuestas a Médicos residentes

Resultados de Encuesta de Médicos Residentes

| Respuestas | Pregunta 1 | | Pregunta 2 | |
|------------|------------|-----|------------|-----|
| | Frec. | % | Frec. | % |
| Si | 36 | 72 | 45 | 90 |
| No | 14 | 28 | 5 | 10 |
| Total | 50 | 100 | 50 | 100 |

Pregunta 3

| | Frec. | % |
|--|-------|-----|
| Especialista | 23 | 46 |
| Residente año superior | 21 | 21 |
| Residente del mismo año | 0 | 0 |
| No consulta | 0 | 0 |
| Especialista y residente de año superior | 6 | 33 |
| Total | 50 | 100 |

Anexo 2.14. Resultados de Encuesta a Encargados de Médicos Residentes

Encuesta a médicos encargados de residentes

1. ¿Cómo percibe Ud. en general y desde su experiencia particular la relación médico paciente hoy en día?

| | |
|--------------|--|
| Respuesta 1 | Creo mantener con cada paciente o en la mayoría de ellos una muy buena relación. |
| Respuesta 2 | Sí, es buena en general. |
| Respuesta 3 | Considero que hoy una buena relación médico-paciente-familia, es algo que en psiquiatría permanece. |
| Respuesta 4 | Hoy en día la relación médico-paciente debe ser cordial, revalorizar al ser humano que a veces viene con escasos recursos buscando no sólo la atención médica sino alguien que lo escuche y le dé una palabra de aliento. |
| Respuesta 5 | Actualmente dicha relación se encuentra quebrada; el perverso sistema de salud exige un diagnóstico, control y tratamiento del paciente cada vez en un tiempo más y más reducido, en instalaciones muchas veces menos que precarias, poniendo en riesgo y sometiendo al paciente a una deficiente atención que conduce a una pésima relación médico paciente. Los pacientes con sumo derecho, pero escaso criterio, exigen un ejercicio profesional de excelencia, demandando una atención que muchas veces ellos o su sistema de salud son incapaces de afrontar. Adoptan con el profesional una conducta recelosa inquisitiva e intolerante como si éste fuese el responsable de su situación. |
| Respuesta 6 | Creo que en general la relación médico paciente está desgastada, descuidada, a veces parece que los pacientes fueran a hacer un trámite en lugar de ir a ver al médico (entran y salen), no hay diálogo, ni revisión sólo una receta y nada más. En lo particular trato de revertir esta situación. |
| Respuesta 7 | La relación médico-paciente cada día se hace más difícil. |
| Respuesta 8 | En la consulta diaria el paciente se muestra más exigente. |
| Respuesta 9 | Mala. Se nota mucho cuando los pacientes no cumplen las indicaciones médicas. |
| Respuesta 10 | Es difícil trabajar en ciertas condiciones, con falta de insumos o en condiciones críticas. Muchas veces no hay tiempo para entablar con el paciente la relación que corresponde, por falta de recursos, personal, etc. La relación no se da salvo que se trate de un consultorio particular. |

2. ¿Ha recibido quejas de los pacientes sobre mala atención médica? En su caso, ¿De qué tipo?

| | |
|--------------|--|
| Respuesta 1 | Constantemente, desafortunadamente en la actualidad uno no sólo debe actuar con empatía frente a la enfermedad sino frente al constante cuestionamiento de los pacientes acerca de las restricciones, imposibilidades y burocracias de su sistema de salud, del cual desafortunadamente uno se ve esclavizado. |
| Respuesta 2 | Sí, algunas quejas he escuchado, pero en general es por la demora en los turnos de atención. |
| Respuesta 3 | Sí. Del escaso tiempo dedicado. No se sienten contenidos en un examen clínico exhaustivo. Demasiada burocracia para cosas simples. Por su parte, los médicos se hallan presionados a atender pacientes cada 10 minutos y llenar papeles. |
| Respuesta 4 | Sí, en ocasiones, aunque no fueron planteados por mi forma de actuar sino por el sistema, falta de insumos. |
| Respuesta 5 | Particularmente en mi caso no he recibido quejas. |
| Respuesta 6 | Muchas veces he recibido quejas (vergüenza ajena) de turnos suspendidos sin ser avisados con anterioridad. |
| Respuesta 7 | Sí, todas las guardias hay gente que se queja porque los turnos son a largo plazo y no pueden esperar por eso vienen a la guardia. |
| Respuesta 8 | Personalmente no he recibido quejas, me ha comentado el sector administrativo que el paciente se queja de algunos colegas por el poco tiempo dedicado. |
| Respuesta 9 | Sí. |
| Respuesta 10 | Si, se reciben, no sólo quejas sobre otros profesionales, sino también sobre el personal no médico, en cuanto al trato. Los profesionales no debemos olvidar que tratamos con personas y no con cosas. |

3. Cuando recibe quejas de los pacientes: ¿Existe un procedimiento a seguir impuesto institucionalmente para darle respuesta al reclamo? En caso negativo: ¿qué pasos cree que se deberían seguir?

| | |
|--------------|---|
| Respuesta 1 | En general las quejas las realizan al profesional, o directamente las realizan a la dirección; es frecuente observar las quejas hacia otro profesional cuando uno actúa como segunda opinión. |
| Respuesta 2 | Comunicación escrita en registro de pacientes de la queja. Evolución por parte del involucrado de los hechos acontecidos. Buscar soluciones junto a autoridad superior, en beneficio del paciente y el médico. Comunicación al paciente de la decisión tomada. Implementación, en lo posible de dicha solución. |
| Respuesta 3 | No. Las decisiones las toma gente que fracasaron como médicos y no tienen idea de examinar un paciente, ajenas a la realidad. |
| Respuesta 4 | Se elevan al jefe de servicio y dirección, pero nunca vi que se diera una respuesta o solución. |
| Respuesta 5 | Como dije anteriormente no he recibido quejas pero creo que el paciente puede. |
| Respuesta 6 | Cuando he recibido quejas, les digo que sus reclamos lo tienen que hacer al que dirige la institución (Director) o Jefe de servicio que él tomará las medidas necesarias. |
| Respuesta 7 | Si recibo quejas de algún paciente, le digo que se dirija al Jefe de Guardia o en su defecto a la Dirección del Hospital. |
| Respuesta 8 | No he recibido quejas como lo exprese anteriormente será porque en la consulta existe el diálogo, el buen entendimiento y si el paciente tiene alguna duda la expresa libremente y le buscamos una solución al caso. |
| Respuesta 9 | No, no existen procedimientos previstos, porque la calidad de la atención del paciente no le preocupa a nadie, así como las condiciones laborales de los médicos tampoco. |
| Respuesta 10 | Generalmente las quejas se las transmiten a los médicos, pero no deberíamos ser los destinatarios, porque no estamos para eso. |

4. ¿Considera que los reclamos sobre la mala calidad de la atención médica podrían reducirse si se mejorase la relación médico-paciente? Si o no, y ¿por qué?

| | |
|--------------|---|
| Respuesta 1 | Por lo antes expuesto, los pacientes se sienten “frustrados” por sus realidades, incapaces de afrontar métodos muchas veces indispensables para su bienestar. Sometidos además a profesionales mal pagos, cansados, descontentos, humillados y mal valorados que se encuentran con un ejercicio tedioso y sobrecargado incapaz, muchas veces, de brindar al paciente toda la comprensión, paciencia y afecto que este requiere. |
| Respuesta 2 | Sí, es bien sabido que una buena comunicación del médico con el paciente y sus familiares mejoran la calidad de atención y recíprocamente el paciente se conecta mejor con el médico en lugar de realizar una queja, lo comenta con su médico. |
| Respuesta 3 | La relación médico-paciente no es mala. La hacen mala: los intermediarios, los burócratas. |
| Respuesta 4 | Sí, porque se podría brindar más tiempo al paciente, mayor atención. |
| Respuesta 5 | Sí estoy convencida de que si uno tiene una buena relación médico-paciente y le da prioridad a la Calidad en la atención habría menos negligencias y demandas. |
| Respuesta 6 | Me queda claro que las negligencias y demandas en la atención médica se reducirían si hubiera mayor Calidad en la relación médico-paciente. |
| Respuesta 7 | Considero que la Calidad es una actitud personal que debe ponerse en práctica siempre en la atención médica pero lamentablemente la realidad actual nos supera y hacemos todo lo mejor posible. |
| Respuesta 8 | Considero que en la relación médico-paciente es primordial la calidad en la atención no existe una sin otra y en los días que vivimos el paciente exige esa “Calidad”. |
| Respuesta 9 | En parte sí, pero la calidad de la atención depende de muchas otras cosas, de la vocación que tenga el profesional, de la formación del médico, pero claro que sí, reduciría el malestar general y la tensión con la que la gente concurre día a día por la vida misma. |
| Respuesta 10 | Sí. |