

## INDICE GENERAL

	<u>Página</u>
INTRODUCCION .....	1
CAPITULO II MATERIAL Y METODOS.....	5
Métodos .....	6
Glosario .....	
CAPITULO III RESULTADOS .....	11
Criterios de Prorrrateo.....	11
Primer Prorrrateo .....	12
Segundo Prorrrateo .....	12
Composición de los Dptos. Finales .....	12
Composición Unitaria de Instrumentos y Actividades .....	13
Hora Médica de Consulta Externa .....	13
Otros aspectos, Hora Médico .....	20
Cama Año.....	21
Otros aspectos del Instrumento Cama Año .....	25
Modelo de Comparación Preliminar .....	30
Perfiles de Composición Instrumental.....	31
Perfiles de Composición Instrumental de la Hora Médica Consulta. Hospitales Generales ...	32
Hospitales especializados .....	33
Perfiles de Composición Instrumental de la Ca- ma Año. Hospitales Generales .....	36
Hospitales Especializados .....	37
Comentarios Finales .....	40
CAPITULO IV RESUMEN .....	43
CAPITULO V CONCLUSIONES .....	44
CAPITULO VI BIBLIOGRAFIA .....	46

## I N T R O D U C C I O N

"Hay, hermanos, muchísimo que hacer"  
César A. Vallejo

En un País como el nuestro, con tan variados y difíciles problemas, los avances de la Ciencia y la introducción de nuevas técnicas, aunque parezca paradójico, hacen más complejos los problemas y complican más su solución; superarlos supone conocer a fondo sus causas y disponer de los medios para encarar su solución. El estudio de aquellos para contribuir a su esclarecimiento y la participación de todos en las tareas que demanda ésta, son perentorios dentro del proceso de cambio que la Patria ha iniciado.

En la problemática nacional, el Sector Salud tiene sus problemas que podrían llamárseles propios, algunos de cuyos antecedentes más próximos están en los albores de la República con la constitución de las Sociedades de Beneficencia Pública que se encargaron de la administración de la mayoría de los hospitales del Perú. Después, el Estado asumió la responsabilidad del cuidado de la salud e inició la construcción de algunos hospitales y el establecimiento de los Servicios Sanitarios Departamentales y Provinciales; se introdujo el Seguro Social Obrero que realizó el Primer Plan Hospitalario Nacional. Al concluir la Segunda Guerra Mundial se firman convenios con el Servicio Cooperativo Inter-Americano de Salud Pública que organiza los Centros de Medicina Preventiva en Lima y otros lugares del País; y el Estado establece las Unidades y Centros de Salud, los que ejecutan acciones básicamente de prevención y algunas de promoción de la salud, funcionando independientes de los hospitales. Luego se implanta el Seguro Social del Empleado y se inicia la construcción del vasto Plan Hospitalario Nacional que a la par de ser un gran aporte en la infra-estructura sanitaria, constituye un esfuerzo importante a favor de la integración física y de actividades en los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud. Se suceden cambios en la estructura del Ministerio de Salud, cuyos organismos periféricos pasan de las Unidades de Salud, a las Areas de Salud y últimamente a las Zonas de Salud, a los Hospitales se les asigna el comando local de la ejecución

de las acciones integradas de salud. Por otra parte, las Fuerzas Armadas y Auxiliares así como las empresas industriales, mineras o agrícolas, para atender las necesidades de salud de sus servidores, también construyen hospitales; la actividad privada de los médicos y de instituciones particulares se incrementa de manera notable, lo que se traduce en el gran número de clínicas o establecimientos similares que existen en Lima y otras capitales importantes.

Es así como en la actualidad el Perú cuenta con una diversidad de sistemas para la atención de la salud; diversidad en su origen, en su organización, régimen de trabajo asignación de recursos, clientela a la que sirven, amén del costo de operación y de la eficiencia de sus servicios; adicionalmente, hay duplicación innecesaria de esfuerzos y recursos y, lo que es más grave, el uso de los escasos recursos, no es racional.

Circunscribiendo el problema al de los recursos humanos en los hospitales del Estado, el estudio pretende hallar el esquema de composición de personal según los principales grupos ocupacionales y, en base a él, determinar cuales serían las necesidades mínimas para su eficiente funcionamiento. Ya no se vincula únicamente la asignación de personal al número de camas; se considera el número de horas de personal diversificado que, cuantificadas constituyen la complejidad de composición de los instrumentos del Hospital y de sus actividades.

Cual haya sido el criterio que se siguió para la dotación de personal a nuestros hospitales, ésta ha variado sensiblemente, entre otras razones, por: supresión de plazas, creación de nuevas, cambios en la denominación de los cargos, reducción de horas de trabajo, cambios en la estructura de los organismos periféricos del Ministerio de Salud, etc. Hay conjunción de factores para condicionar disarmonía en la composición de personal en los hospitales del Estado, frente a la hipótesis que se puede plantear, que debe existir una relación óptima entre la complejidad de composición de personal y el rendimiento del hospital.

Sin pretender llegar hasta aquí, éste aporte muestra la Composición Instrumental en recursos humanos, de los

hospitales del Estado. Las condiciones generales del País y las de los hospitales en especial de cuando fueron instrumentados a la fecha, no han variado sustancialmente por lo reducido del lapso y que corresponde al tiempo que ha demandado el trabajo; en consecuencia, los resultados son vigentes. Por comprender el estudio a ll hospitales entre generales y especializados, constituye una muestra, que puede considerarse representativa de los hospitales del Perú.