

サンタクルス総合病院プロジェクト

No.	機材名(別名)	メーカー名	型	型	寄附場所	供出年度	用途	単価	数量	合計金額	合計金額
107	眼科用空気吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	QUIROFANO	1988/00/00	供与	72500	1SET	72500	72500
108	眼科用吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	QUIROFANO	1988/00/00	供与	110000	1	110000	110000
109	緊急吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	EMERGENCIA	1988/00/00	供与	220000	1	220000	220000
110	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	RAYOS-Y	1988/00/00	供与	220000	1	220000	369500
111	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	RAYOS-Y	1988/00/00	供与	1300	100	130000	220000
112	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	RAYOS-Y	1988/00/00	供与	300	2	600	1600
113	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	RAYOS-Y	1988/00/00	供与	280000	1	280000	280000
114	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	RAYOS-Y	1988/00/00	供与	330000	1SET	330000	330000
115	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	MEDICINA	1988/00/00	供与	2980	4500X	140500	140500
116	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	5700	3000X	290000	290000
117	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	76	600	45600	45600
118	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	35	35	1225	1225
119	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	160	100	16000	16000
120	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	20	500	10000	10000
121	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	3200	5	16000	16000
122	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	330000	1SET	330000	330000
123	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	1300	1280X	2600	2600
124	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	140	400	56000	56000
125	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	310	1250	387500	387500
126	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	52000	10	520000	520000
127	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	138550	3	415650	415650
128	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	40000	2	80000	80000
129	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	46000	5	230000	230000
130	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	6000	10	60000	60000
131	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
132	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	41000	15	615000	615000
133	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
134	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
135	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
136	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
137	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
138	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
139	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
140	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
141	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
142	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
143	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
144	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
145	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
146	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
147	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
148	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
149	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
150	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
151	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
152	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
153	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
154	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
155	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
156	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
157	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
158	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000
159	吸引機	トシキ	EN-3	EN-3	ALMACEN	1988/00/00	供与	56000	1	56000	56000

サンタクルス総合病院プロジェクト

No.	機材名 (机名)	メーカー名	型	式	品名	場所	品名	数量	単価	総額	合計金額	単位
160	床下補助器	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	65000	65000	1	65000
161	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
162	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
163	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
164	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
165	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
166	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
167	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
168	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
169	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
170	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
171	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
172	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
173	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
174	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
175	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
176	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
177	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
178	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
179	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
180	編成スタンド	アトム	RO-6938				1988/00/00供与	1	30000	30000	1	30000
181	オーバーヘッドプロジェクト	アトム	23300A			JICA	1988/00/00供与	1	110000	110000	1	110000
182	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	4250	4250	1	4250
183	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	53000	53000	1	53000
184	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	246000	246000	1	246000
185	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	81000	81000	1	81000
186	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	395000	395000	1	395000
187	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	249000	249000	1	249000
188	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	176000	176000	1	176000
189	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	293000	293000	1	293000
190	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	324000	324000	1	324000
191	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	78000	78000	1	78000
192	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	52000	52000	1	52000
193	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	52000	52000	1	52000
194	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	52000	52000	1	52000
195	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	52000	52000	1	52000
196	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	52000	52000	1	52000
197	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	52000	52000	1	52000
198	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	72000	72000	1	72000
199	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	302100	302100	1	302100
200	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	41240	41240	1	41240
201	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	53550	53550	1	53550
202	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	3050	3050	1	3050
203	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	183000	183000	1	183000
204	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	22800	22800	1	22800
205	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	4300	4300	1	4300
206	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	4300	4300	1	4300
207	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	400	400	1	400
208	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	900	900	1	900
209	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	900	900	1	900
210	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	3400	3400	1	3400
211	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	3000	3000	1	3000
212	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	250	250	1	250
213	プロジェクト用ワイヤ	アトム	OH-3-F00T			JICA	1988/00/00供与	1	500	500	1	500

パンタクルス総合病院プロジェクト

NO.	品名(期)	メーカー	型	装置場所	品目	単位	数量	合計金額(円)
213	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	1000	1000	430000
214	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	190	190	684000
215	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	21000	21000	21000
216	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	31000	31000	31000
217	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	8	8	30000
218	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	12000	12000	12000
219	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	16500	16500	16500
220	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	18	18	18000
221	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	158000	158000	158000
222	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	32	32	32000
223	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	33	33	33000
224	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	30	30	30000
225	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	45	45	500
226	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	1	1	22500
227	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	3078	3078	872
228	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	3078	3078	3056
229	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	2140	2140	3056
230	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	10	10	400
231	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	85	85	250
232	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	350	350	900
233	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	600	600	1500
234	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	4	4	900
235	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	0.15	0.15	450
236	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	1.3	1.3	910
237	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	630	630	1500.2
238	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	0.3	0.3	240
239	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	800	800	3133.8
240	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	1	1	3331
241	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	1	1	441
242	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	19	19	3881
243	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	24.1	24.1	457.9
244	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	40.06	40.06	801.2
245	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	240.74	240.74	2487.4
246	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	7.73	7.73	331.9
247	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	37.7	37.7	377
248	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	335.61	335.61	1006.23
249	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	1180	1180	2581
250	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	3.23	3.23	115.05
251	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	2832	2832	2832
252	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	2832	2832	2832
253	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	2832	2832	2832
254	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	2832	2832	2832
255	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	590	590	590
256	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	17710	17710	17710
257	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	793.0	793.0	793.0
258	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	15006	15006	11415
259	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	16712.2	16712.2	16712.2
260	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	11181.8	11181.8	11181.2
261	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	1	1	4335.07
262	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	1	1	3886.22
263	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	298.2	298.2	5964
264	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	32.77	32.77	98.21
265	手術用コトマ	クイロファノ	1988/00/00	手術室	器具	40.23	40.23	1206.9

ワンタクルス総合病院プロジェクト

No.	材料名(机名)	メーカー名	型式	英単語	品名	単位	数量	合計金額	合計台数
319	シヤネーカフランプ	慶和	MS-J-82L		1989/00/00供与	個	220000	220000	1
320	超音波プローパ	アコマ	EN3	PEDIATRIA	1989/00/00供与	台	220000	220000	1
321	救急カート	アトム	E-1 RD-6500	PEDIATRIA	1989/00/00供与	台	190000	190000	1
322	吸引用器具	JRC	6mm X 10mm	ALMACEN	1989/00/00供与	箱	750	37500	50
323	吸引用器具	JRC	30Fr NO.8-32639	ALMACEN	1989/00/00供与	箱	500	2500	5
324	吸引用器具	シャイン	ILLITRE	ALMACEN	1989/00/00供与	箱	1500	7500	5
325	吸引用器具	シャイン	N-102L	ALMACEN	1989/00/00供与	箱	9000	180000	20
326	吸引用器具	シャイン	2x300cm	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	9000	45000	5
327	吸引用器具	シャイン	2x300cm S:1 34 LINE	RAYOS-X	1989/00/00供与	箱	71000	71000	1
328	吸引用器具	シャイン	DB-3242	RAYOS-X	1989/00/00供与	箱	103000	103000	1
329	吸引用器具	シャイン	DB-3242	RAYOS-X	1989/00/00供与	箱	32000	32000	1
330	吸引用器具	シャイン	DB-3242	RAYOS-X	1989/00/00供与	箱	32000	32000	1
331	吸引用器具	シャイン	DB-3242	RAYOS-X	1989/00/00供与	箱	32000	32000	1
332	吸引用器具	シャイン	DB-3242	RAYOS-X	1989/00/00供与	箱	32000	32000	1
333	吸引用器具	シャイン	DB-3242	RAYOS-X	1989/00/00供与	箱	32000	32000	1
334	吸引用器具	シャイン	GLUCOSCOOT II 6T-4320	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	41000	41000	1
335	吸引用器具	シャイン	GLUCOSCOOT II 6T-4320	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	41000	41000	1
336	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	1125000	1125000	1
337	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	1483730	1483730	76
338	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	15910	15910	1
339	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	61500	61500	1
340	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	32750	32750	15
341	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	381500	381500	62
342	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	1140	246500	37
343	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	246500	246500	20
344	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	181550	181550	40
345	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	5300	5300	1
346	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	55.7	240.4	38
347	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	240.4	240.4	10
348	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	35.9	718	20
349	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	5751.35	5751.35	1
350	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	15436.88	15436.88	1
351	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	3073.43	3073.43	1
352	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	3824.02	3824.02	1
353	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	15300	15300	1
354	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	3232	3232	1
355	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	3232	3232	1
356	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	2800	2800	2
357	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	2790	2790	2
358	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	980	980	14
359	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	53000	53000	1
360	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	103000	103000	5
361	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	20600	20600	2
362	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	30410	30410	2
363	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	313600	313600	8
364	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	28000	28000	2
365	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	183950	183950	11
366	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	10100	10100	15
367	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	710000	710000	1
368	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	250000	250000	1
369	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	32000	32000	15
370	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	480000	480000	1
371	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	110800	110800	2
372	吸引用器具	シャイン	吸引用器具	QUIROFANO	1989/00/00供与	箱	207554	207554	1

サンタクルス総合病院プロジェクト

No.	品名(和名)	メーカー名	型式	実装場所	仕様	単位	数量	合計金額(千円)	品目
372	FL-80-50.40用部品交換	エムエス	FL-80-50.40用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	12	151200	器具
373	18K7327用部品交換	東芝	18K7327用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	12	438580	器具
374	119FGF-CN用部品交換	東芝	119FGF-CN用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	3	119400	器具
375	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	26	192500	器具
376	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	3	56250	器具
377	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	3	36750	器具
378	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	3	112500	器具
379	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	23	42500	器具
380	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	6	75500	器具
381	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	12	17600	器具
382	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	1	55860	器具
383	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	1	287000	器具
384	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	2	7350	器具
385	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	2	3150	器具
386	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	5	601200	器具
387	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	4	588000	器具
388	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	58	232850	器具
389	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	30	728000	器具
390	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	6	192000	器具
391	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	425	870126	器具
392	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	18	179900	器具
393	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	30	180000	器具
394	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	1	927000	器具
395	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	4	15520	器具
396	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	2	81000	器具
397	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	10	18700	器具
398	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	10	21000	器具
399	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	10	3600	器具
400	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	1	230300	器具
401	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	94	495000	器具
402	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	10	5400	器具
403	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	3	15600	器具
404	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	4	465100	器具
405	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	20	16000	器具
406	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	1	162000	器具
407	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	1	154000	器具
408	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	1	810000	器具
409	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	1	299400	器具
410	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	20	662900	器具
411	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	1	299400	器具
412	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	1	419300	器具
413	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	53	174500	器具
414	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	16	480400	器具
415	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	1	182000	器具
416	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	26	208520	器具
417	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	1	44590	器具
418	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	10	260000	器具
419	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	20	83200	器具
420	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	2	39000	器具
421	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	50	55000	器具
422	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	4	34800	器具
423	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	2	285000	器具
424	19J4用部品交換	東芝	19J4用部品交換	MAINTENIMIENTO	1990/00/00供与	個	2	570000	器具

ウシタクルス総合病院プロジェクト

No.	機材名(品名)	メーカー名	型番	設置場所	品名	仕様	数量	単価	数量	合計金額	会計年度
425	圧力タイマー部品	アサヒ	OTS-V用部品各種	MANTENIMIENTO	1990/00/00	供与	2	7800	15600	1990	
426	リレー部品	アサヒ	MK2D用部品各種	MANTENIMIENTO	1990/00/00	供与	10	1950	19500	1990	
427	リレー部品	アサヒ	4700, 10/20/250, 1.5, 2, 7	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	40000	40000	1990	
428	リレー部品	アサヒ	US3135, 3120用部品各種	MANTENIMIENTO	1990/00/00	供与	4	75400	301600	1990	
429	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
430	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
431	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
432	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
433	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
434	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
435	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
436	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
437	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
438	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
439	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
440	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
441	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
442	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
443	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
444	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
445	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
446	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
447	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
448	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
449	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
450	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
451	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
452	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
453	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
454	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
455	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
456	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
457	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
458	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
459	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
460	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
461	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
462	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
463	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	
464	滅菌器部品	武井医科	TU-1089	ALMACEN	1990/00/00	供与	1	98000	98000	1990	

アンケート（一般市民用）

- | 質問 | 回答 |
|---|-------------------------------------|
| 1 日本病院を知っていますか | (はい、いいえ) |
| 2 日本病院を受診した事がありますか | (回) |
| 3 何科を受診しましたか | (専門外来、救急外来)
(内科、外科、小児科、産婦人科、その他) |
| 4 受診の結果、その診療に満足しましたか | (はい、いいえ) |
| 5 診療に不満足の原因は何ですか?
1)費用が高い 2)不親切 3)信頼できない 4)設備が悪い 5)その他 | |
| 6 住んでいる場所は | () |
| 7 家族は何人か | (人) |
| 8 仕事は何ですか | () |
| 9 日本病院ができる前と現在とでサンタクルスの医療状況は良くなったと思いますか | (はい、いいえ) |
| 10 日本病院へは日本の政府が援助していると思いますか | (はい、いいえ) |

アンケート（入院患者用）

- | 質問 | 科名 | 回答 |
|---|----|----------|
| 1 入院前は日本病院を知っていましたか | | (はい、いいえ) |
| 2 この病院へは何故入院しましたか
1)人に勧められて 2)設備がよいから 3)費用が安いから 4)信頼できるから 5)日本人医師がいるから | | |
| 3 住んでいる場所は | | () |
| 4 家族は何人ですか | | (人) |
| 5 日本病院はその費用が高いと思いますか? | | (はい、いいえ) |
| 6 日本病院ができる前と現在とでサンタクルスの医療状況は良くなったと思いますか | | (はい、いいえ) |
| 7 日本病院へは日本の政府が援助していると思いますか | | (はい、いいえ) |
| 8 日本病院は市民の病院だと思いますか? | | (はい、いいえ) |

アンケート（外来患者用）

科名 ()

質問

回答

- 1 日本病院への外来受診は何回目ですか (はい、いいえ)
- 2 何故日本病院を選びましたか
1)人に勧められて 2)設備がよいから 3)費用が安いから 4)信頼できるから
5)日本人医師がいるから
- 3 日本病院はその費用が高いと思いますか? (はい、いいえ)
- 4 日本病院ができる前と現在とでサンタクルスの医療状況は良くなったと思いますか (はい、いいえ)
- 5 日本病院へは日本の政府が援助していると思いますか (はい、いいえ)
- 6 日本病院は市民ための病院だと思いますか? (はい、いいえ)

アンケート（病院用）

- 1 日本病院ができる前とできた後でサンタクルスの医療状況は良くなりましたか (はい、いいえ)
- 2 日本病院とはよく交流を持っていますか (はい、いいえ)
- 3 日本病院の良い点は
()
- 4 日本病院の悪い点は
()
- 5 これからの日本病院に望むことは
()
- 6 日本の政府に望むことは
()

ENCUESTA PARA PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA
HOSPITAL JAPONES

Sexo: M F Edad: años.

Servicio requerido: M C P G.O. D Otros.

1. Cuántas veces vino al Hospital:
2. Por qué lo escogió:
 - a) Recomendación
 - b) Infraestructura y equipamiento
 - c) Bajo costo
 - d) Confiabilidad médica.
 - e) Por la existencia de médicos japoneses.
3. Considera que el hospital es caro: SI NO
4. Ha visto cambios en la atención médica desde la creación de éste hospital en Santa Cruz: SI NO
5. Usted tiene conocimientos si existe cooperación por parte del gobierno japonés a esta institución: SI NO
6. En su opinión, Usted lo considera como un hospital popular o sea del pueblo: SI NO

ENCUESTA PARA PACIENTES INTERNADOS
HOSPITAL JAPONES

Sexo: M F Edad: años.

Servicio requerido: M C P G.O.

1. Antes de Internarse conocía este hospital: SI NO

2. Por qué lo escogió:

a) Recomendación b) Infraestructura y equipamiento

c) Bajo costo d) Confiabilidad médica.

e) Por la existencia de médicos japoneses.

3. Dónde tiene su domicilio:

4. Cuántos miembros son en su familia:

5. Considera que el hospital es caro: SI NO

6. Ha visto cambios en la atención médica desde la creación de éste hospital en Santa Cruz: SI NO

7. Usted tiene conocimientos si existe cooperación por parte del gobierno japonés a esta institución: SI NO

8. En su opinión, Usted lo considera como un hospital popular o sea del pueblo: SI NO

ENCUESTA PARA PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA
HOSPITAL JAPONES

Sexo: M = 50 F = 47

Edad: años.

0 - 10	=	11
11 - 20	=	5
21 - 30	=	23
31 - 40	=	24
41 - 50	=	17
51 - 60	=	11
61 - 70	=	5
71 - 80	=	1

Servicio requerido:	M	=	58
	C	=	10
	P	=	17
	G.O.	=	8
	D	=	2
	Otros.	=	2

1. Cuántas veces vino al Hospital:

1 VEZ	=	38
2 VECES	=	14
3 VECES	=	15
4 VECES	=	4
5 VECES	=	6
6 Y MAS	=	20

2. Por qué lo escogió:

- a) Recomendación = 49
- b) Infraestructura y equipamiento = 40
- c) Bajo costo = 26
- d) Confiabilidad médica. = 33
- e) Por la existencia de médicos japoneses. = 2

3. Considera que el hospital es caro:

SI = 34 NO = 63

4. Ha visto cambios en la atención médica desde la creación de éste hospital en Santa Cruz:

SI = 59 NO = 38

5. Usted tiene conocimientos si existe cooperación por parte del gobierno japonés a esta institución:

SI = 43 NO = 54

6. En su opinión, Usted lo considera como un hospital popular o sea del pueblo:

SI = 71 NO = 26

ENCUESTA PARA PACIENTES INTERNADOS
HOSPITAL JAPONES

Sexo: M = 33 F = 23

Edad: años.

0 - 10 = 23

11 - 20 = 12

21 - 30 = 5

31 - 40 = 7

41 - 50 = 4

51 - 60 = 4

61 - 70 = 1

Servicio requerido: M = 7

C = 17

P = 29

G.O. = 3

1. Antes de Internarse conocia este hospital: SI = 29 NO = 27

2. Por qué lo escogió:

a) Recomendación = 33

b) Infraestructura y equipamiento = 23

c) Bajo costo = 7

d) Confiabilidad médica. = 13

e) Por la existencia de médicos japoneses. = 1

3. Dónde tiene su domicilio:

1 - 5KM = 33

5 - 10KM = 13

10 - A MAS KM = 10

4. Cuántos miembros son en su familia:

1 - 5 = 34

6 - 10 = 19

11 - A MAS = 3

5. Considera que el hospital es caro: SI = 22 NO = 34

6. Ha visto cambios en la atención médica desde la creación de éste hospital en Santa Cruz: SI = 25 NO = 31

7. Usted tiene conocimientos si existe cooperación por parte del gobierno japonés a esta institución: SI = 27 NO = 29

8. En su opinión, Usted lo considera como un hospital popular o sea del pueblo: SI = 44 NO = 12

ENCUESTA PARA EL PUBLICO EN GENERAL DE SANTA CRUZ
SOBRE EL HOSPITAL JAPONES

Edad: Años

0 - 10 = 1
11 - 20 = 10
21 - 30 = 30
31 - 40 = 41
41 - 50 = 17
51 - 60 = 16
61 - 70 = 7
71 - 80 = 3

Sexo: M = 93 F = 32

1. Conoce Ud. el Hospital Japonés:

SI = 116 NO = 9

2. Ha recibido alguna atención médica por parte del Hospital Japonés:

SI = 45 NO = 80

Cuántas veces:

1 - 2 = 34
3 - 4 = 8
5 - 6 = 2
6 Y MAS = 1

3. Qué atención le brindó el Hospital:

- 1) a. Consulta Externa = 21
- b. Hospitalización = 16
- c. Emergencia = 20

2) Med. = 14

 Cir. = 12

 Ped. = 2

 Gin. = 1

 Otros = 9

4. Qué opinión tiene sobre la atención del Hospital Japonés:

Buena = 31 Mala = 14

Comentario de los no atendidos:

Buena = 44 Mala = 7

Sin comentario alguno = 29

5. Por qué considera mala la atención:

a) Cara = 8

b) Mal trato = 7

c) No es confiable = 5

d) Falta equipo = 0

e) Otros = 4

6. Donde tiene su domicilio:

0 - 5 Km = 82

6 - 10 Km = 37

10 Y MAS Km = 6

7. Cuántas personas son en su familia:

1 - 5 = 68
6 - 10 = 44
11 A MAS = 5
SIN RESPUESTA = 8

8. Qué ocupación tiene:

PROFESIONALES = 23
COMERCIANTES = 31
EMPLEADOS PUBLICOS = 13
OTROS = 50
SIN RESPUESTA = 8

9. Ha visto cambios en el campo de la salud (regionalmente), después de la creación del Hospital Japonés:

SI = 87 NO = 18 SIN RESPUESTA = 20

10. Usted conoce si existe cooperación por parte del gobierno japonés en este hospital:

SI = 69 NO = 48 SIN RESPUESTA = 8

ENCUESTA

Nombre del Hospital encuestado: *Maternidad "Percy Roland" R.*

1. Ha visto cambios en el campo de la salud (regionalmente), después de la creación del Hospital Japonés: SI NO

2. Su hospital tiene buenas relaciones con el Hospital Japonés: SI NO

3. Qué aspectos considera buenos en el Hospital Japonés:
Su alta Tecnología y eficiencia.

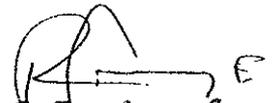
4. Qué aspectos considera malos en el Hospital Japonés:
Costos Elevados

5. Qué quisiera o desearía Ud. del Hospital Japonés:
Bajar Costos

6. Qué quisiera o desearía Ud. del gobierno japonés:

Que coplete la cooperación no sólo para el Hospital Japonés, sino también al resto de los hospitales.

Sc/19/06/92


R. Ríos Jiménez Branco
J - 80
"director del Instituto de Maternidad
"Percy Roland R.""

ENCUESTA

Nombre del Hospital encuestado: SAN JUAN DE DIOS

1. Ha visto cambios en el campo de la salud (regionalmente), después de la creación del Hospital Japonés: SI NO

2. Su hospital tiene buenas relaciones con el Hospital Japonés: SI NO

3. Qué aspectos considera buenos en el Hospital Japonés: SE ORGANIZADO CON Y EQUIPAMIENTO

4. Qué aspectos considera malos en el Hospital Japonés:

5. Qué quisiera o desearía Ud. del Hospital Japonés: INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS Y RECIPROCIDAD de SERVICIO.

6. Qué quisiera o desearía Ud. del gobierno japonés: ASISTENCIA TÉCNICA PARA MANTENIMIENTO de ELECTROMEDICINA Y INCLUYENDO TODO GRAFIA RX AL COMPUTARIZADA Y GAMMA CAMBIO a CUBILOC ENTERO


JAVIER E. D. G.
DIRECTOR



Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
DIRECCION DE LA UNIDAD SANITARIA
REGIONAL SANTA CRUZ

Casilla Postal No. 879 - Telf. 33-2284
N°. Piloto 34-1477-34-9615-34-0170-34-3440-34-2550



Santa Cruz, Junio, 19 de 1.992

Oficina No. 408/92 Dir. U.S.

サンタクルス総合病院の評価に関し、サンタクルス衛生局長から提出された文書

Señor:

Dr. Toru Ise
JEFE DE EXPERTOS - MISION JICA

Presente.-

REF: HOSPITAL JAPONES : PATRIMONIO CRU
CEÑO/

Distinguido Dr. Ise:

La Unidad Sanitaria, a la cual me honro re-
presentar, ha constituido uno de los pilares fundamentales para la exis-
tencia del Hospital General de Santa Cruz - Hospital Japonés, y es el di-
recto ente responsable de la salud en el Dpto. de Santa Cruz como repre-
sentante nato del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social. De es-
ta manera dentro del Directorio de la Unidad Descentralizada participa /
con la Presidencia, desarrollando actividades, según Estatutos estable-
cidos, a tiempo pleno y presencia continúa en el interior del Hospital.

Sin duda alguna, en los seis años de funcio-
namiento del nosocomio, y en los cuatro y medio años de firma del Conve-
nio de Cooperación Técnica Tipo Proyecto en JICA, la institución hospita-
laria ha tenido altibajos para su consolidación por una serie de vicisi-
tudes técnicas, administrativas y financieras. Así, de hospital concebi-
do, como de atención terciaria a pasado a estructura como de nivel secun-
dario; de ser calificado como ente de desarrollo de prestaciones sanita-
rias gratuitas se ha visto la obligación circunstancial de activar co /
bros en dinero a los usuarios para cumplir sus objetivos y metas. Estos-
antecedentes han determinado consolidar un sistema administrativo fuerte,
coherente y científico, que vela por la mantención de un equilibrio de -
funcionamiento a través de un celoso uso de sus propios recursos.

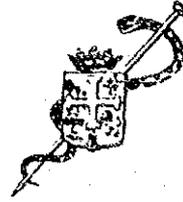
En este entendido, me cabe informar a su dig-
na Autoridad los siguientes puntos referentes al hospital Japonés:

.../////



Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
DIRECCION DE LA UNIDAD SANITARIA
REGIONAL SANTA CRUZ

Casilla Postal No. 879 - Telf. 33-2284
No. Piloto 34-1477-34-9615-34-0170-34-3440-34-2550



Santa Cruz,
Oficina No.

////.....

- 1.- Es un nosocomio de vanguardia en la aplicación de la política nacional de salud, al estar inmerso en el proceso de la descentralización administrativa; la participación de las instituciones cruceñas en el proceso de la gestión social vía su propio directorio y haber incurrido positivamente en el plan nacional de supervivencia, desarrollo infantil y salud materna.
- 2.- Es un hospital - escuela por su condición de estar impartiendo educación sanitaria elevando la calidad profesional de sus funcionarios, estar desarrollando acciones de formador de recursos humanos en salud y por su participación científica en eventos médicos regionales, nacionales, internacionales; además de productor de libros y revistas de encomiable valor científico - técnico.
- 3.- Es un hospital que cuenta con tecnología de primer nivel, y gracias al esfuerzo de los expertos voluntarios japoneses, se ha consolidado como centro de referencia para la resolución de problemas de salud - que antes tenían que enviarse a otros centros del país o al exterior.
- 4.- Es el primer hospital regional que ha tomado con seriedad la distritalización urbana y rural, abriendo sus acciones intramurales hacia el territorio para participar con los distritos II, III y V; y así coordinar tareas con la estrategia de atención primaria.
- 5.- Finalmente, el Hospital Japonés en el sentido macro del sistema hospitalario y la red de servicios de salud, se ha erigido como Modelo Técnico - Administrativo.

De acuerdo a todo lo dicho líneas arriba, - no obstante que falta camino por recorrer, en el contexto local es considerado el Hospital Japonés como patrimonio cruceño; y por tanto, existe el desafío para convertirlo en una verdadera empresa social, equitativo y solidario para servir a los más necesitados de éste girón patrio.

Agradecido por su cooperación hasta ahora - recibida, y esperando que la misma aún continúe, me es grato presentar a Ud. a sus colaboradores, a JICA y al hermano pueblo del Japón, mis consideraciones más distinguidas.

ATENTAMENTE

Dr. José A. Henicke Bruno
DIRECTOR UNIDAD SANITARIA SANTA CRUZ

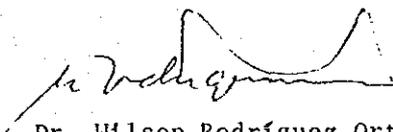
JAHB/ccm
cc. Arch.



Señor
Dr. Thoru Ise
Presente.

Con las atenciones de la Presidencia del Directorio de la Unidad Descentralizada Hospital Japonés, le adjunto copia de los oficios enviados por la Federación de Cooperativas de Servicios Públicos de Santa Cruz y el Repte. del Colegio Médico Departamental en nuestro Directorio, expresando las apreciaciones sobre nuestro Hospital.

Santa Cruz, junio 22 de 1992



Dr. Wilson Rodríguez Ortiz
PDTE. a.i. DIRECTORIO UDHGSCS-HJ.

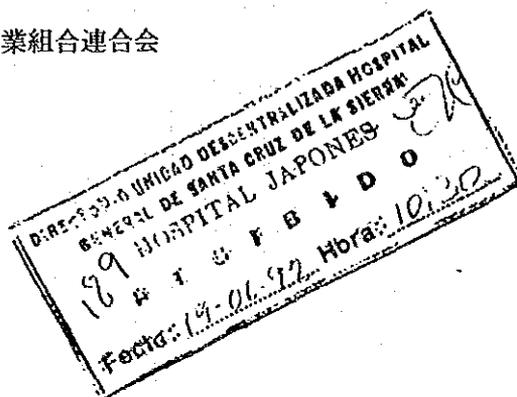




FEDERACION DE COOPERATIVAS DE SERVICIOS PUBLICOS DE SANTA CRUZ LTDA.

F.C. 51/92
, 19 de junio de 1992

公共事業組合連合会



Señor
Dr. Wilson Rodriguez Ortiz
PRESIDENTE a.i.
UDHGSCS - HOSPITAL JAPONES
Presente.-

De nuestra consideración:

Mediante la presente, damos respuesta a su nota de fecha 08/06/92, en la que nos solicita la apreciación de la Institución sobre 3 puntos básicos:

1.- El Hospital Japonés como Institución consolidada.

Al respecto señalamos que el Hospital en estos 2 últimos años ha obtenido un repunte bastante significativo tanto en su manejo administrativo como tecnológico, dandonos muestras de que ya es una Institución consolidada y es considerado como un patrimonio de Santa Cruz.

2.- El Hospital Japonés visto por quienes integran la institución que representa sobre este punto, nos sentimos bastantes orgullosos de tener representación en el mismo, donde aportamos con nuestro esfuerzo y presencia en la definición de políticas que beneficien al paciente de escasos recursos, objetivo básico por el que fué creado este hospital.

En base a las estadísticas periódicas que recibimos del hospital y a la información manifestada por los socios de las Cooperativas que conforman esta Institución, el Hospital esta cubriendo una extensa área geográfica tanto de la ciudad como de las provincias del Departamento, saliendo de los límites que le habia asignado la Unidad Sanitaria indice, por demás elocuente del trabajo fecundo que este hospital está realizando.

4.- Sugerencias ante eventuales necesidades.

Creemos que por la proyección que tiene este hospital

./.

teléfono 33-4155 - casilla 4602
santa cruz de la sierra - bolivia

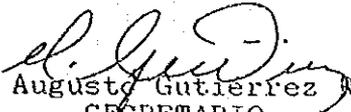


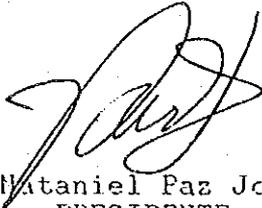
FEDERACION DE COOPERATIVAS DE SERVICIOS PUBLICOS DE SANTA CRUZ LTDA.

y por el incremento que se da en la atención de pacientes indigentes y dada la situación económica cada vez más difícil en nuestro país, se hace muy necesario que la ayuda bien oportuna que realizan nuestras hermanas japonesas se siga manteniendo.

Con este especial motivo aprovechamos la oportunidad para saludarlo con nuestras consideraciones más distinguidas.

Atentamente.


Sr. Augusto Gutiérrez Ramírez
SECRETARIO


Dr. Mataniel Paz Jordán
PRESIDENTE


Lic. Evario Guardia Flores
GERENTE

Santa Cruz, 15 de junio de 1992.

サンタクルス医師会のアンケート回答

Señor
Dr. Wilson Rodriguez Ortiz
PDTE. a.i. DIRECTORIO UDHGSCS-HJ
Presente.

Señor presidente:

Cumplo en enviarle el informe solicitado por usted, sobre mis impresiones de algunos temas puntuales, acerca de la marcha del Hospital Japonés, y como representante del Colegio Médico Departamental, ante el Directorio.

1. - "El Hospital Japonés como institución consolidada":

En sus cinco años de trabajo, pensamos que el Hospital Japonés ha cimentado su estructura a través de un ajuste paulatino, que lo ha llevado a realizar algunos cambios radicales, por ejemplo, la dirección del Hospital. Creemos que en éste aspecto el Hospital ha ganado en eficiencia dada la experiencia adquirida por el actual director. Esa experiencia, se está volcando ahora en el cumplimiento de funciones específicas que nos llevan a pensar que la institución va por buen camino.

De la misma manera, las estructuras inferiores están adecuadas a las necesidades hospitalarias, tanto en el sector de salud, como en el administrativo.

Vemos pues, una institución totalmente consolidada, obviamente con algunos ajustes que es necesario realizar periódicamente para ganar en eficiencia.

2. - "El Hospital Japonés visto por quienes integran la institución que representa":

Como representante del Colegio Médico ante la Unidad Descentralizada, nuestra primera tarea consiste en satisfacer necesidades gremiales de los médicos, y dar cobertura en salud a la población.

El primer aspecto contempla, a su vez, un trato correcto al colega que trabaja en esa institución; creemos que se está empezando a cumplir en la medida en que se lleguen a acuerdos entre la administración del Hospital que trata de lograr el óptimo de eficiencia en lo que hace a la prestación de salud, y la Asociación de Médicos que busca mejor remuneración por los servicios prestados. La segunda parte de este primer objetivo consiste en lograr la insitucionalización de los cargos mediante el Examen de Competencia y Concurso de Méritos. El Hospital Japonés empezó a funcionar correctamente, pues dio un ejemplo a las demás instituciones al llamar a los cargos.

mediante requisitos normados por el Colegio médico y la Federación de Profesionales.

En el segundo aspecto, el Colegio Médico tiene entre sus postulados el lograr la salud mental y física de la población, su tarea principal consiste precisamente en velar para que este objetivo se cumpla; creemos, como representante de la organización matriz de la salud, que el Hospital Japonés viene encarando con responsabilidad esta tarea tan importante, pues absorbe un significativo grupo poblacional, el mismo que ve satisfechas sus aspiraciones en sus demandas de servicios.

3. - "Sugerencias ante eventuales necesidades":

a) **Del sector ejecutivo y administrativo:**

Nos permitimos sugerir la necesidad de mayor y mejor coordinación entre el sector administrativo y ejecutivo del Hospital; vemos necesaria la realización de algunos ajustes que podrían mejorar este aspecto, dándole más eficiencia a la marcha del Hospital.

El análisis de la situación laboral y salarial del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo, debe realizarse y concluirse cuanto antes, pues de esta manera se racionalizarán los recursos propios con que cuenta el Hospital.

b) **Del Directorio:**

Nos preocupa sobremanera el ausentismo marcado de algunos directores a las reuniones semanales, pensamos que debería aplicarse el Reglamento para aquellas personas que incumplen. O bien, incentivarlos con el pago de dietas que están contempladas en el Estatuto. No se puede exigir cumplimiento a unos pocos y al mismo tiempo ser elásticos con ausencias reiteradas. No nos parece edificante para las instituciones que representan.

Nos preocupa también, el atraso de horario (en algunas oportunidades, muy marcado), con que se inician las reuniones semanales, vemos la necesidad de aplicar el Reglamento en éste sentido.

En el deseo de haber contribuido en algo a la inquietud planteada por su persona, envío a usted, mis consideraciones distinguidas.



Dr. Carlos Cuéllar Suárez
REPTE. DEL COLEGIO MEDICO DEPARTAMENTAL

サンタクルス総合病院運営委員会各機関代表者リスト

- ① サンタクルス州衛生局代表 : Dr. EDUARDO SAAVEDRA B. (医師)
(UNIDAD SANITARIA)厚生大臣の任命
- ② サンタクルス州政府代表 : Mr. HECTOR MENDOZAR (経済学)
(PREFECTURA DEPARTAMENTAL)
- ③ サンタクルス市議会代表 : Dr. JOAQUIN MONASTERIO (医師/政治家)
(CONSEJO MUNINCIPAL)
- ④ サンタクルス医師会代表 : Dr. CARLOS CUELLAR S. (医師)
(COREGIO MEDICO)
- ⑤ 専門職業連合会代表 : Mrs. NORAH DE SALVATIERRA (経済学)
(FEDERACION DE PROFESIONAL)
- ⑥ サンタクルス開発公社代表 : Mr. CARMELO FLORES V. (経済学)
(CORDECRUZ)
- ⑦ サンタクルス振興委員会代表 : Mr. WILFREDO ROJO P. (経済学)
(COMITE PRO-SANTA CRUZ)
- ⑧ サンタクルス州中央労働組合代表 : Mr. RUBEN RIVERO A.
(CENTRAL OBRERA DEPARTAMENTAL)
- ⑨ サンタクルス農業組合代表 : Mr. TEOFILO MEDINA
(FEDERACION CAMPECINOS)
- ⑩ サンタクルス連合会代表 : Dr. HUGO PESSOA B. (医師)
(FECOCRUZ)電話、電気、水道公社連合組合
- ⑪ ガブリエル レネモレノ自治大学代表 : Mr. NERSON GOYTIA (経済学)
(UNIVERSIDAD AUTONOMA GABRIEL RENE MORENO)
- ⑫ 民間企業連合会代表
(FEDERACION EMPRESA PRIVADOS) : Mrs. MARIA CRISTINA P.
- ⑬ 隣組み協会代表
(FEDERACION JUNTAS NECINALES) : MICAELA DE ARDAYA
- ⑭ サンタクルス総合病院代表 : Dr. FREDDY ROMERO
(HOSPITAL JAPONES)
- ◎ 運営委員会書記 (病院顧問弁護士) : Dr. HUBERTO COSTA

病院執行部職員リスト

- | | | |
|----------------|------------------------------|--|
| 1. 病院長 | : Dr. FREDDY ROMERO | } 病院職員
COORDINATING COMMITTEE
メンバー |
| 2. 診療医長 | : Dr. ARMANDO MORALES | |
| 3. 事務長 | : Dr. JULIO VILLALOBOS | |
| 4. 内科部長 | : Dr. CARLOS ALBERTO SUAREZ | |
| 5. 外科部長 | : Dr. FREDDY GUTIERREZ | |
| 6. 小児科部長 | : Dr. ORLANDO JORDAN | |
| 7. 産婦人科部長 | : Dr. WINSTON MONTERO | |
| 8. ICU部長 | : Dr. EDWIN SALAZAR | |
| 9. 看護部長 | : Miss. ELSA OLMOS | |
| 10. 教育部長 | : Dr. HECTOR SOLIZ | |
| 11. 検査科長 | : Dr. DAVID ROSADO | |
| 12. 生理機能・特別検査長 | : Dr. JUAN CARLOS ANTELO | |
| 13. 放射線科長 | : Dr. RUBEN MONTANO | |
| 14. 救急外来長 | : Dr. MARCOS GARAFULIC | |
| 15. 経理部長 | : Mr. JORGE GONZALES | |
| 16. 人事部長 | : Mrs. LILIAN MELGAR DE ALBA | |
| 17. 機材メンテナンス部長 | : Mr. CASIMIRO CABRAL | |

運営委員会の定款

日本語の訳

ボリビア保健省

省令No0615 (1991年7月18日)

考察事項

ボリビア国の民主化及び近代化の枠組みの中で、連合政府の政策として公共機関の最良且つ効率運営を保証するシステムを追求すること：

運営管理の分権化は、当政府の強力な政策として、保健省の保健医療政策の基礎基盤である。運営編制法の72条（1972年9月15日、法令第10460により承認）及び憲法110条により機関、公共機関並びに半民半官機関の運営分権化制度を承認し前条の法的規定に基づき運営管理の部門の創設及び調整するに権限を委譲する。

日本病院（省令第0230、1985年4月19日により承認）はこの6年間の運営管理の過程において漸進的、効率的な分権化運営を実施し、医療、教育並びに運営管理の分野において肯定的な成果を示した。

社会的参加においては、11の機関代表が運営委員会を構成し、運営長には保健省の代表機関であるサンタクルス州衛生局代表者となっている。サンタクルス州政府代表は運営委員会のメンバーとして1990年11月6日に、日本病院運営委員会決議事項（第20/90）である分権化サンタクルス総合病院—日本病院としての定款を承認し、独自の法人機関として自治的機能、財政の決済権限、法律の範囲内で内規制定権限による分権化運営を社会参加による形で具体化することかできる。

分権化サンタクルス総合病院—日本病院の定款は保健医療憲法、病院運営規定及び保健省一般規定範疇に沿って承認される必要があり、同様に運営面においては政府公共機関運営システム監督法（SAFCO法）労働関係諸規定に沿って行わなくてはならない。

因って上記に基づきの事項決定する。

分権化サンタクルス総合病院—日本病院の定款（48条及び11編で構成される）を批准する。原本を保健省資料保管室に保管する。

登録、公布を行い保管すること

Dr. Jack Antelo

保健省国立病院課課長

Dr. Guillerme Cuentas

保健省次官

Dr. Gonzalo Gorriji

保健省法律顧問長

Dr. Mario Paz Zamora

保健省大臣

サンタクルス総合病院運営委員会

決定事項：

1967年2月2日に公布された憲法2編3章110条により州政府は運営分権化法の制定に基づき発展させなければならない。

1972年9月15日公布、法令第10460によって承認された行政運営編成法により、省庁、公共機関、公共事業機関半民半官企業の分権化を承認し、またこの法規に基づき運営管理の決定権限を有し、同法第71条の特例事項法律規定に則りその権限が認められるものである。

1985年4月19日の省令第0230により社会参加による運営分権化の過程としてサンタクルス日本病院は創立された。

保健医療の分権化は州政府の内部において運営分権化による構成がされており、社会的活動とともに保健省保健政策に則りその実施上の基盤を形成し、非中央集権日本病院は国内において運営分権化実施の過程として価値ある経験を残し、模範的分権化運営のパイロットモデルとして貢献した。運営委員会は多様な分野の代表により構成され、地域社会参加による保健医療政策を推進し、民間と国家の連結的役割を果たした。

サンタクルス州政府は漸進的的地方分権化並びに社会参加の具体化のため基本規定及びその他の法的規定し、日本病院定款及びその他の法規に基づき決議された運営委員会の決定を保証するものである。

非中央集権日本病院は6年間の運営において漸進的、効率的に機能し、社会参加による運営分権化に寄与した。自治運営、政府決済決定の権限、関係諸法規に範疇における内規の制定権限を有する分権化の法人化には法的裏付けが必要である。

困って上記に関連し下記を決定する：

決定事項：

第1条 — 病院の分権化成立させる為、48条6章から成る分権化サンタクルス総合病院—日本病院定款を承認する。

第2条 — 上記定款批准のため保健省に提出する。
通告し、承認し、保存せよ。

Abog. Pablo H. Costas A.

書記長

Dr. Eduardo Saaverdra Buruno

運営委員長

サントクルース総合病院（日本病院）定款

第一編

総 則

第一章 創設、性質、法的制度

第1条

1985年4月19日の省令No.0230並びに1972年9月15日の法令10460の71、72条に基づき目的達成のため独自の法人格獲得、自治業務、経済および財政の自由決済並びに内規を法律に準じ設定する能力を有するためサントクルース分権化機関を創設する。

第2条

この機関の法的制度は医療技術分野に於いては医療法、厚生省の病院組織規定規範並びに病院一般規定に限定され、運営—財政面では政府運営システム監視法（BAFCO法）並びに労働関係においては労働規定に基づくものとする。

第二編 名称 及び 住所

第3条

病院の性質上サントクルース分権総合病院—日本病院と称す（以下分権機関又はUDHGSCS—HJと称す）は日本大通り、グアパイ大通り及びパラグア大通りの間に位置する病院の設備の在るところを法的住所とする。

第三編 目的及び目標

第4条

分権機関の目標は厚生省の基本方針従い企画、運営、評価並びに医療政策を権限の及ぶ範囲内で行なうこと。

第5条

- ④ 住民全体の医療サービスの提供特に貧困階層を対象とする。
- ⑤ 能力に応じ高度な複合サービスの提供、並びに第一—第二レベルの病院としての機能を果たすこと。
- ⑥ 地域の必要性並びに医療専門分野の範囲内で教育—学術及び研究活動を推進すること。
- ⑦ 医療分野の必要とする人材養成に寄与すること。

第二編

組織構成

第四章 組織及び機能

第6条

分権機関は構造的に二つの機関により構成されている。

- a) 運営委員会は分権機関の最高機関であり、全般政策の創設及び設定、活動プラン決定、優先順位の設定及びサービスのプログラム承認を行なう責務がある。
- b) 病院は医療部門と運営部門の統合で以て執行機関を構成し運営委員会の取り決めたプランとプログラム並びに政策を実行する。

第7条

運営委員会は下記の権限を有する。

- ㉑ 運営委員会は与えられた権限と管轄権の範囲内で病院内外の政策を承認する。
- ㉒ 執行、運営及び財政の企画の決定並びに承認、業務遂行の監督、及び業務結果のコントロール。
- ㉓ 国内及び国外の予算獲得の交渉及び承認。
- ㉔ 所定の手続きを踏んで寄付、遺産、支援、拠出、その他の援助の受け入れ。
- ㉕ 病院の人材の訓練及び養成のため国内並びに国外の技術援助の要請をおこなうこと。
- ㉖ 分権機関の規定及び法律に準じサービス並びにコンサルタントの契約の取り付け。
- ㉗ 病院の医療サービス制度、料金、集金の承認並びに監督を行なう。
- ㉘ 国内外大学及び関係機関と連携を保ちアカデミカ教官並びにレジデントの施行プランを承認すること。
- ㉙ 病院長の申し出又は運営委員会の要請により医療監査、並びに専門家道德の報告の評価を行なう事。
- ㉚ 専門、技術、能力、給料、組織的な面を考慮して人的資源政策を承認すること。
- ㉛ 規程及び規則に準じ病院幹部の任命を行なうこと。
- ㉜ 病院長から提出された経済―財政の動きの年間決算書を承認する。
- ㉝ 執行機関からの定期報告、内外監査報告、その他の手段を以て分権機関の監査機能を実施すること。
- ㉞ 地域医療サービスを最良且つ能率的に行なうため規定能力を発揮すること。
- ㉟ 特定の計画を実行するために臨時或いは恒久的に採用を承認する。
- ㊱ 臨時病院の運営状況について担当者に報告を求める事ができる。
- ㊲ 運営委員会のメンバーの3分の2の同意を得て正当な理由が或る場合病院長、医療部長及び事務局長を譴責の適用は辞職を意味する、そうでない場合は譴責を受けた幹部の正当な解任と見做す。
- ㊳ 各年度末に運営委員長長の報告の検討と承認を機会に自己展開の批判評価を行なう事。
- ㊴ 分権機関の機能に関するその他の事を取り扱う。

第8条

運営委員会は下記の機関の代表者により構成されている。

- 1) 衛生局長又はその代表、委員長を務めるものとする。
- 2) 州政府の最高官憲である州知事、又は代表。
- 3) サンタクルース市会議議長、又は代表。
- 4) ガブリエル レネーモレノ大学総長、又は代表。
- 5) 医師会会長、又は代表。
- 6) サンタクルース振興会会長、又は代表。
- 7) サンタクルース専門家協会、又は代表。
- 8) 民間企業会長、又は代表。
- 9) 州労働中央連盟書記長、又は代表。
- 10) 農民労働連盟記書事長、又は代表。
- 11) 広共協同組合連盟（電気、電話、水）の会長、又は代表。
- 12) サンタクルース開発公社（CORDECRUZ）会長、又は代表。
- 13) 住民会議会長、又は代表。

第9条

決断の採択及び実施の助勢を目的として、運営委員会の構成員で以て業務委員会を発足し必要に応じ活動範囲並びに期間を設定して、定期的に状況により報告する。

運営委員会は業務委員会の人数、権限、責務を制定する。

第10条

運営委員会は病院の業務の監督、監査及びコントロールをするために内部監査部門を支援機関として置くことができる。

第11条

運営委員会は議事録作成、書簡の作成、決議の証明、それらの書類保管、運営委員会の法的—運営上の事柄を継続的に処置、分権機関の展望及び見通し、並びに運営委員会の構成機関に常時情報を提供するために総務を置くことが出来る。

第12条

構成員全員代表する機関の幹部であること、なお運営委員長に信任状を提出しなければならない。

第13条

運営委員会の構成員は出席した会議、及び業務委員会に費やした時間に対し報酬を享受できる。

運営委員会の運営費を賄うため予算に特別項目を設けなければならない。

第五章・運営委員長の職務

第14条

運営委員長は本定款に基づき下記の職務を履行すること。

- Ⓐ 分権機関の委員長として法的代表者の任務につく。
- Ⓑ 運営委員会の臨時及び定期会議の召集及び議長の役割を果たすこと。

- ㉔ 分権機関の運営委員会の決議により本定款、規程、及び官憲が取り決めた規則の履行させ及び履行すること。
- ㉕ 運営委員会の決議事項を決議書をもって履行し履行させる。
- ㉖ 病院の機能を監督及びコントロールする権限を有する。
- ㉗ 運営委員会の構成機関に同委員会の決議事項の提供及び分権機関の情報をもって知らせる。
- ㉘ 各年度末に業務報告を書面で以て運営委員会に提出すること。
- ㉙ その他の当職務に関連すること。

第六章・病院の組織と機能

第15条

UDHGSCS - HJは下記の執行組織によって構成されている。

- ㉑ 病院局、病院の能率及び効率的運営の効果について運営委員会に対し責任をとる。
- ㉒ 医療部門、病院局の配下にあり医療の一般及び専門サービスの支援並びに企画を担当し其の責任を負う。
- ㉓ 事務局、病院局の配下あり、運営～財政活動の企画、指揮、並びに履行し、病院の効率的機能を支援し、同時に幹部及び上層部に適切な決断を得られる情報を提供する。

第16条

UDHGSDS - HJの病院局は下記の諮問機関により諸分野、及び専門分野の指導及び支援を受けることができる。

- ㉔ 運営技術委員会は業務活動進行の評価を基に執行企画に対する助言及び意見の提供をする役割を果たす。
- ㉕ 医療技術委員会、は基本的役割として病院長を技術分野に限り助言を行い、決断を下すに足りる十分な必要判断資料を提供すること。
- ㉖ 医療監査委員は、病院側の患者への診療状況、質及び責任（個人又は団体）の評価検討、認識を目的とする、特に当病院患者を観察、忠告、及び処置の変更を行い医療の質の向上に努め、と同時に分権機関の最善の目的遂行のため適切な方法と手法を取ること。
- ㉗ 教育及び研究委員会、は病院全階層レベルの教育、訓練、専門教育、のプログラム作成、調整、監視及び評価を担当する、病院外では医療学術の人的資源養成を上層教育機関と連携を取る。

第17条

分権機関の運営システムは本定款、内部規程、並びに運営委員会で承認されたマニュアルに準じて行なうものとする。

第七章・運営委員会の機能

第18条

分権機関の運営委員会の通常会議は15日ごとに行なうものとする、臨時会議は必要に応じて下記の召集により何回でも開催できる。

- ㉑ 運営委員長。

- ① 運営委員の過半数の要請により。
- ② 正当な理由因り病院長から運営委員長に要請があるとき。

第19条

運営委員会は決断を行なうにあたり方向付けを必要とする場合は其の専門家又は或る機関の代表者を経営委員会に招待することができる、但し招待者は発言権のみを有する。

第20条

運営院長の不在の場合は州政府代表が代行する、州政府代表が不在の場合は市会議代表が代行する。

第21条

分権機関の院長は運営委員会の会議に発言権をもって参加し業務状況、業務結果、を報告し、同時に運営方針並びに指導を受ける。

第22条

通常会議は書面をもって議題を記載し前回の議事録を添付して72時間前以て召集しなければならない。

第23条

臨時会議は緊急事態を除いては24時間前に召集すること、召集書に記載されている議題のみを決議する。

第24条

運営委員会の会議は過半数の出席で成立する、指定された時間に人数が足りない場合は30分待つてそれでも過半数に満たない場合は次回の通常会議の予備会議とする。

第25条

1年間に正当な理由なくして連続3回又は不連続4回欠席し補欠を代行させなかった者に対し運営委員会から其の委員の代表している機関に交替を要請することができる。

第26条

運営委員会は出席した委員の絶対多数の決議により決断を下す。
決定事項は運営委員会の決議に相当する。

第27条

前回の決議を撤回又は議題を変更する場合は運営委員会の出席者の3分の2の賛同を必要とする。

第28条

運営委員会は重要な責任を負っている、その性質からして投票の棄権及び白紙投票をしてはならない。

第29条

運営委員長は引き分に決着をつける時に限り投票する。

第30条

総務は運営委員会の会議に発言権をもって出席し、議事録作成を行い、書類、報告書、決議事項を添付すること。

第31条

議事録の承認は次回の会議の始めに運営委員の署名により成立する、但し忠告の或る場合は忠告欄に

それを記載する。

第32条

議題の検討或いは評価により必要と思われた時は臨時又は通常会議を休会とすることができる。

第三編

責任 及び 兼務禁止

第八章 責 任

第33条

病院の運営委員、幹部、職員は階層に関係なく職務の義務、権限及び履行の結果について責任を負うものとする。

第34条

前条の帰結して責任は意図的、或いは行動又は手抜かりの如何により管理、強制執行、民事、及び刑事問題となる。

第35条

行動又は手抜かりにより機関の運営法その他の公共機関の活動を定める法律に抵触した場合は管理責任を負わなければならない。

第36条

病院の上層幹部、幹部又は運営者が職務に関する決済を滞り職務怠慢が著しく、経済的、能率的、効率性からして理にかなった結果が得られない場合は強制執行の対象となる。

第37条

病院の運営委員、幹部、及び職員が機関に対し経済的損失を与えた場合民事責任を負わなければならない。

第38条

病院の運営委員、幹部、及び職員が行動または手抜かりを以て警報に抵触した場合は刑事責任を負うものとする。

第39条

違反や犯罪の証拠事実が不十分の場合は内部処置で責任を決定するが、国家監査局の裁判及び民事又は刑事責任場合の普通裁判は損なわない。

第40条

若し責任者が運営委員会のメンバーであった場合は、その他に代表している機関は直ちに処置をとるために通告する。

第41条

憲法第45条に基づき病院の幹部は所有財産の宣誓供述を州監査局で行なうこと。

第9章 兼 務 禁 止

第42条

分権機関の運営委員は下記の事項により兼務を禁じられている

- a) 他の病院の院長又は幹部。
- b) 商店、又は個人病院、の主、株主、責任者、で日本病院と商取引がある場合。
- c) 類似した業務に於いて責任を問われ罰されたもの。
- d) 督促状又は確定判決がある場合。
- e) 分権機関の運営委員又は幹部と親族関係にあるもの、血縁関係は4親等まで、姻族関係は2親等までとする。
- f) 分権機関の上層幹部。

第43条

下記の対象になるものは病院長及び病院幹部の職に就くことはできない

- a) 他の個人病院の主、株主、或いは経営者。
- b) 日本病院と商取引を頻繁に行なっている商店の主、株主、又は経営者。
- c) 類似した業務で無責任な行為を犯し罰せられた者。
- d) 督促状又は確定判決がある場合。
- e) 日本病院の運営委員及び幹部と親族関係がある者、血縁関係は4親等まで、姻族関係は2親等までとする。

第四編

政 策 - 経 済

第十章 一般医療政策

第44条

厚生省はサンタクルース市会議と共に医療政策を設定し法律の定める範囲内で医療規定を制定する権限がある。

分権機関は法律で定められた目的と目標を達成するため適用しなければならない。

第十一章 財 源

第45条

分権機関の財源は下記の通りである。

- a) 厚生省から病院の運転資金として譲与。
- b) 診療サービス料金（病院独自の基金）。
- c) サンタクルース市庁及びサンタクルース開発公社からの拠出基金。

- d) その他の贈与、遺産（機器、器具、現金、技術援助等を含む）。
- e) 法律に基づき競売された独自の資産の売上代金。

第十二章 定款の効力及び変更

第46条

本定款は運営委員会が承認した時点から効力を発する。

第47条

定款の前面又は一部改正をするには事前に改正草案を提出し運営委員会の3分の2の賛同を必要とする。改正の必要が承認され後絶対多数の投票によりこれを実行に移す。

第48条

定款承認後厚生省に提出して批准の手続をすること。

PERSPECTIVA DEL HOSPITAL JAPONES 1992 - 1997
PROPUESTA PARA UNA SEGUNDA FASE DE COOPERACION TECNICA JAPONESA

UNIDAD DESCENTRALIZADA HOSPITAL GENERAL DE SANTA CRUZ DE LA SIERRA
"HOSPITAL JAPONES"

SANTA CRUZ - ENERO 1992.

PERSPECTIVA DEL HOSPITAL JAPONES 1992-1997

COOPERACION TECNICA JAPONESA

1. ANTECEDENTES.

1-1. BOLIVIA EN LA ACTUALIDAD.-

Bolivia, con 1.098.591 Km². y una población estimada para 1988 de 6.405.100 habitantes, posee un crecimiento anual de 2.7%, una tasa de fecundidad de 5.0 y la mayor tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años de Sudamérica, con 147 por mil nacidos vivos. (Fuente INE/ENPV 1989).

Realiza actualmente esfuerzos por lograr crear un SISTEMA NACIONAL DE SALUD, INTEGRADO Y DESCENTRALIZADO, para aplicar los convenios firmados con la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, a través de la Cooperación Andina en Salud (CAS) y del Convenio Hipólito Unanue (CHU), para lograr aplicar la estrategia de la ATENCION PRIMARIA DE SALUD - "Salud Para Todos En El Año 2000"-, priorizando para ello: a) Desarrollo de los Servicios de Salud, incluyendo recursos humanos, gerencia de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), mantenimiento y medicamentos esenciales biológicos; b) Salud Maternoinfantil; c) Control de Enfermedades Transmisibles prevalentes; d) Prevención y control de la farmacodependencia; e) Preparación para la atención de emergencia en caso de desastres; y f) Salud ambiental.

En un proceso de reformas y descentralización, el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (MPSSP), ha introducido la regionalización de la Salud, en las Unidades Sanitarias Departamentales, como entidades programáticas y de supervisión regional sobre los Sistemas Locales de Salud denominados como DISTRITOS DE SALUD.

SANTA CRUZ DE LA SIERRA, con una población estimada para 1990 de 613.201 habitantes y el más alto crecimiento poblacional de Bolivia, estimado en 7% anual - (Of. Planif. U.S.), fue dividida en cinco (5) Distritos de Salud, designándose un Hospital de REFERENCIA, para cada uno, es así que inicialmente el Hospital Japonés, es nominado como HOSPITAL DE REFERENCIA DEL DISTRITO II (137.172 habitantes) y del Hospital de la Villa Iro. de Mayo - DISTRITO V (74.148 hab.).

Establecido el Convenio con el Banco Mundial, para el financiamiento de la estructura Sanitaria mediante el PROYECTO INTEGRADO DE SALUD (PROISS), en su primera fase ejecutiva la Unidad Sanitaria de Santa Cruz, reformula la distritalización al asignar responsabilidades como Hospitales de Referencia al HOSPITAL JAPONES sobre los Distritos II (137.172 h.) Distritos III (115.967 h.) y Distritos V (74.148 h.), totalizando una población de 327.287 habitantes de los 613.201 estimados en 1990, (374.701 para 1992 y 525.000 para 1997), siendo el 53% de la población cruceña.

El COMPLEJO HOSPITALARIO (constituido por el Hospital San Juan de Dios, Maternidad Percy Boland y Hospital de Niños - Mario Ortiz s.) se responsabilizarían sobre los Distritos I y IV (285.915 h.) 47% de la población cruceña.

De ésta manera la ciudad estaría dividida en dos sectores ESTE/OESTE, siendo el Hospital Japonés - Hospital de Referencia del Sector Este.

1-2. METAS Y REALIDADES DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

Si bien Bolivia ha sido declarada por la OMS/OPS como "País de Apoyo Intensivo", cooperando técnicamente al MPSSP en diferentes programas, como el Programa Ampliado de Inmunización, al cual el Hospital Japonés se integró ampliamente, programas educativos formativos, apoyo organizativo al Sistema Nacional de Salud y los SILOS, lo realizado está distante de las METAS MINIMAS establecidas para la Región Andina, es así que:

METAS MINIMAS PARA EL AÑO 2000	BOLIVIA	(fuente)
1.- Esperanza de vida >70 A.	53.1	(EFE)
2.- Mortalidad Infantil (0-1a) < 30*	109.9	(EFE-1990)
3.- Mortalidad Infantil (1-4a) < 2.4*	48	(INE-1989)
4.- Inmunizaciones al 100%	47	(MPSSP-DNE)
5.- Cobertura de Salud al 100%	70	(PMSSP-PROIS /BM 1989)

* Por mil nacidos vivos.

Fuentes: Agencia EFE / INE Instituto Nacional de Estadísticas de Bolivia. / MPSSP-DNE Ministerio de Previsión Social y Salud Pública - Dirección Nacional de Epidemiología, PROISS/BM Proyecto Integrado de Salud / Banco Mundial.

En razón de la anterior situación el MPSSP de Bolivia priorizó la ATENCION INTEGRAL AL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS y de la MUJER EN ESTADO FERTIL, la VIGILANCIA y CONTROL de las ENFERMEDADES ENDEMICAS y el FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL de los Servicios y recursos Humanos.

Para ello ha propuesto reducir hasta el año 1993, la tasa de mortalidad materna en un 50% (24.7 por mil nacidos vivos en 1988-Fuente Banco Mundial, MPSSP 1989); reducir en un 30% la mortalidad perinatal; en 50% la tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año; en 30% la mortalidad de niños entre 1 a 5 años; controlar y reducir las enfermedades endémicas, mejorar la calidad y cantidad de los recursos del sector salud, mejorar la capacidad administrativa y desarrollar los subsistemas de apoyo con visión endémica.

La Descentralización Administrativa y la reformulación de los niveles funcionales se priorizan a través de modificación de la estructura del MPSSP, transformándolo en centro legislador de políticas de salud y supervisor central, a la vez que descentraliza en las regiones la adaptación de los modelos programáticos, dejando la responsabilidad ejecutiva a nivel de los SILOS - Distritos con los Hospitales de Referencia y Centro de Salud, como componentes del SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

En el SISTEMA NACIONAL DE SALUD, participan las organizaciones de la SEGURIDAD SOCIAL, brindando una cobertura al 26% de la población boliviana, el SECTOR PRIVADO con 5%, las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) de ayuda internacional o religiosas con el 1% y el MPSSP como SECTOR PUBLICO abarcando un 38%, quedando un 30% sin cobertura actual. (Fuente: MPSSP, PROISS/BM 1989).

El MPSSP persigue la unificación del SISTEMA, a fin de coordinar y aprovechar mejor los escasos recursos del sector, orientar la ayuda internacional en programas prioritarios evitando la duplicidad y la falta de información sobre ejecuciones y resultados de los mismos.

2. RECURSOS Y ESTRATEGIAS DEL SECTOR SALUD.

Bolivia gasta en salud el 0.2 del PIB, tendiendo a disminuir dichos aportes al haberse priorizado políticas de producción en otros sectores. El PIB, per cápita en 1987 fue de \$us. 580.-

El Sector Público, que aprovecha recursos provenientes del exterior (30%), aportes del Tesoro General de la Nación TGN (50%) y recursos propios (20%) del MPSSP, invierte un promedio de 14 dólares per cápita, en relación a los 36 dólares que gasta la SEGURIDAD SOCIAL en Bolivia.

Actualmente, con un salario mínimo mensual de 120 Bs. (equivalente a \$us.32.-) y desempleo estimado en 20% (año 1986), obliga a la población a priorizar sus gastos en cubrir las necesidades elementales de alimentación y vestimenta.

La necesidad de ampliar la cobertura de salud, ha obligado a revisar el MODELO SANITARIO, asistencialista del MODELO BASADO EN EL CONCEPTO DE RIESGO, para pasar a un MODELO BASADO EN EL CONCEPTO FAMILIAR, planteando modificaciones en el sistema hospitalario, en la atención pediátrica y gineco-obstétrica, con programas preventivos y asistenciales.

En tal sentido el MPSSP en el documento "Fundamentos de la Política Nacional de Salud", establece la REFORMA HOSPITALARIA en base a:

- a) INTEGRAR el hospital en la red de Servicios. (APS).
- b) Transformarlos en EMPRESAS DE SERVICIO PUBLICO.
- c) ORGANIZADO como expresión de un ESTADO FUERTE, incorporado a la realidad de la política nacional de desarrollo.
- d) EQUITATIVO Y SOLIDARIO, accesible, con estudios de prestaciones y políticas de costo real.
- e) De EXCELENCIA TECNICA Y CIENTIFICA y de FORMACION, que desarrolle los subsistemas de Información, suministro, mantenimiento y evaluación. Con instancias de investigación, formación de recursos y análisis de calidad de atención.

3. HOSPITAL JAPONES:

En base al "ACUERDO DE COOPERACION TECNICA ENTRE EL GOBIERNO DEL JAPON Y EL GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE BOLIVIA", firmado el 22 de Marzo de 1978, se tramita ante el Gobierno del Japon la donación de un HOSPITAL GENERAL, para la ciudad de Santa Cruz, llegándose a la firma de un ACUERDO, bajo el compromiso de "MANTENER técnica y económicamente la operación del Hospital desde el momento de su funcionamiento.

El 29 de Agosto de 1983 se firma un Convenio en el cual las Instituciones Cruceñas aportarían para la construcción del Hospital con lo siguiente:

- a) CORDECRUZ, terreno de 30.062 m², nivelado a +0.30 mts.
- b) SAGUAPAC, instalación de agua y alcantarillado.
- c) CRE, electricidad.
- d) COTAS, cinco líneas telefónicas.
- e) YPFB, gasoducto con sistema de medición.

Aportan además la Alcaldía Municipal con el enmallado, la Unidad Sanitaria con asesoría técnica y el Colegio Médico con la Coordinación de los trámites y proyectos previos.

Al inaugurarse el Hospital, 15 de marzo de 1986, el Gobierno como propietario se compromete a girar 300.000 \$us. como fondo operacional y aportar con los ítems requeridos de personal y alimentación.

Las instituciones cruceñas cumplieron con los compromisos, lo mismo el Gobierno del Japon en la entrega del Hospital. El Gobierno de Bolivia, asignó los ítems correspondientes, atrasando el aporte de los 300.000 \$us., para entregarlos en forma fraccionada haciendo postergar el inicio de actividades del Hospital.

Con el afán de poner en marcha el Hospital, desde el primer año se obtuvieron compromisos, por lo que a fines de 1987, se detecta un déficit económico acumulado de \$us. 142.921.08.

En diciembre de 1987, se inicia la Cooperación Técnica Japonesa, en el denominado "Proyecto Hospital General de Santa Cruz", brindando apoyo mediante transferencia de tecnología, intercambio de experiencia, implementación de equipos y apoyo a la docencia, debiéndose además prestar cooperación a nivel administrativo y en el sector de mantenimiento.

En el año 1988, se realizan estudios y proyectos de reformas administrativas, aplicadas a partir de 1989.

A fines de 1988, se establece un déficit de \$us.42.618.44, acumulativo a las anteriores, agregándose en enero de 1989 una deuda por concepto de aguinaldo de 55.000.\$us., con lo que el déficit suma el monto de \$us.240.539.52 y que se revierte en la gestión 89/90, gracias al control administrativo y racionalización de recurso, sin descuidar la función social del hospital, la cual es el de atender a los pacientes de escasos recursos, produciéndose a fines de 1990 un superhábit de \$us.31.698.78.

En las anteriores cifras no se ha contemplado el factor de DEPRECIACION de activos (Edificio y Equipos).

4. ORIGEN DE LOS RECURSOS DEL HOSPITAL JAPONES.

4.1.- APORTE DE LAS INSTITUCIONES NACIONALES:

Es realizado por el Tesoro General de la Nación, bajo la supervisión del MPSSP, para los siguientes ítems:

- a) Pago de personal.
- b) Alimentación.

4.2.- FONDOS PROPIOS:

El Hospital Japonés genera através de la venta de servicios los fondos operativos denominados FONDOS PROPIOS, que son utilizados en los siguientes ítems:

- a) Adquisición de insumos.
- b) Adquisición de materiales menores, médicos y de mantenimiento.
- c) Inversiones en readaptaciones de obras civiles.
- e) Pago a personal adicional.
- f) Pago de suplencias de trabajo.
- g) Pago bono regional salarial.
- h) Pago de salario complementario a los funcionarios del Hospital (según Curva Salarial).

4.3.- APORTE DE INSTITUCIONES CRUCEÑAS.

El Honorable Concejo Municipal, mediante la COMISION DE SALUD, aporta al Hospital con varios montos económicos, entre ellos para:

- a) Adquisición de equipos médicos (1987).
- b) Adquisición de material para Gineco-Obstetricia (1989).
- c) Compra material para Mantenimiento (1990).
- d) Ampliación Sala de Observación de Emergencia (1991).
- e) Pago de electricidad (1988-1992).

CORDECRUZ colabora en los siguientes ítems:

- a) Pago de asesoría administrativa (1987).
- b) Pago salario de Administrador y personal administrativo (1987-1989).
- c) Aporte para medicamentos (1989).
- d) Pago personal de auditoría (1990-1991).
- e) Adaptación área física para Tomógrafo Computarizado (1992).

ORIGEN DE RECURSOS.- (En dólares americanos).

	1986	1887	1988	1989	1990	1991
T.G.N. pers.	83.869	493.938	488.558	543.137	543.378	482.483
T.G.N. alimen.	27.522	37.160	49.873	41.337	48.451	58.400
Fondos Propios	154.323	799.581	898.996	916.697	976.376	1.119.145
ALCALDIA	---	135.095	42.722	49.288	98.553	96.653
CORDECRUZ	---	9.457	18.461	47.516	22.373	30.000
OTROS	300.233	20.903	1.631	27.135	29.410	6.405
TOTAL \$US.	565.947	1.496.134	1.500.241	1.625.110	1.718.541	1.793.086

5. OBJETIVOS GENERALES:

En el año 1983, el MPSSP, convoca a todas las instituciones de salud a fin de revisar los objetivos y organización de los Hospitales de Bolivia, analizar las consecuencias derivadas de los cambios introducidos por la estrategia de Atención Primaria de la Salud (Alma Ata 1978). Fruto del mismo es el "Modelo Normativo de Organización y Funciones de los Hospitales", que por Resoluciones Ministeriales (RM) son de "aplicación forzosa".

En el año 1985, por R.M. 0230, se establece la "ADMINISTRACION DESCONCENTRADA" del Hospital Japonés, bajo la autoridad de un DIRECTORIO, que por reformulación de sus estatutos en 1991, se transforma en "UNIDAD DESCENTRALIZADA" (RM. 0615), bajo la responsabilidad del Directorio integrado por 13 representantes de instituciones políticas, civiles, universitarias, profesionales y gremiales.

Tanto en el Modelo Normativo y en el Estatuto de la Unidad Descentralizada se contemplan las siguientes METAS-OBJETIVOS:

- a) Asistencial, en la atención del PACIENTE que concurre ambulatoriamente, se interna o realiza investigación diagnóstica. La acción es a nivel de atención en investigación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- b) Formación de Recursos humanos útiles al sector de Salud.
- c) Docencia e Investigación.
- d) Proyección a la comunidad, debiendo para ello coordinar acciones con la red de Servicios de Salud en el marco de las políticas nacionales de Salud y Sistema Integrado de Salud.

Inicialmente concebido por su relativa complejidad tecnológica en relación a otros hospitales, como un HOSPITAL DE III NIVEL, cumple básicamente, a través de sus tres (Medicina Interna, Cirugía y Pediatría) y posteriormente cuatro especialidades básicas (Gineco-Obstetricia), las funciones de un hospital general de II nivel. Sin embargo la infraestructura tecnológica existente y la presencia de recursos humanos especializados en diferentes sub-áreas de las cuatro especialidades básicas, proyectan al Hospital Japonés como un nosocomio con características del III nivel, que todavía tienen que ser optimizados.

6. EVOLUCION DE LA FUNCION ASISTENCIAL DEL HOSPITAL JAPONES

El inicio de actividades fue en forma escalonada, por lo que el año 1986 no se considera estadísticamente en el análisis funcional del Hospital.

La actividad asistencial se divide en:

- a) Atención Médica Ambulatorial: Consulta Externa y Emergencia.
- b) Atención Médica Hospitalaria.
- c) Exámenes Complementarios de Diagnóstico.
- d) Programas de promoción de salud y prevención de enfermedades. (PAI, URO, IRA).
- e) Programas de control, (Diarreas-Cólera).
- f) Tratamientos especializados.

6.1.- CONSULTA EXTERNA.

Representa la actividad de los Departamentos médicos en atención de pacientes ambulatoriales programadas o de demanda espontánea no urgente.

La consulta se realiza por sectores de Especialidades y subespecialidades distribuyéndose en los siguientes sectores:

1.- MEDICINA:

Medicina Interna, Cardiología, Gastroenterología, Neumología, Endocrinología, Psiquiatría, Neurología, Nefrología, Dermatología y Hematología.

2.- CIRUGIA:

Cirugía General, ORL, Urología, Traumatología, Neurocirugía, Vascular, Oftalmología y Cirugía Plástica.

3.- PEDIATRIA:

Pediatría General, Cirugía Infantil, Neurología Pediátrica, Psiquiatría y Urología.

4.- GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

5.- ODONTOLOGIA.

6.- OTROS: (Procedimientos en Consulta Externa) Medición de lentes, campimetría, audiometría, fisioterapia, etc.

ACTIVIDAD DE LA CONSULTA EXTERNA:

En el año 1987, se atendieron 34.816 pacientes, incrementándose para el año 1988 a 42.674 y en 1989 a 55.591, y el año 1990 con 62.203, para descender a 52.714 en el año 1991; haciendo un total de pacientes atendidos de 247.988 en los cinco años.

La distribución corresponde a:

Medicina	38.3%
Cirugía	21.7%
Pediatría	19.8%
Ginecología	10.1%
Odontología	9.9%

Analizando el cuadro y gráfico de la pag. 13 y 15 se nota un incremento constante desde 1987 a 1990, para descender el año 1991.

Sobre el año 1988 y 1991, se encuentran dos picos negativos correspondientes a octubre de 1988 y febrero-marzo de 1991, en que por razones laborales (huelga) debió suspenderse la atención de la Consulta Externa en todo el sector público nacional.

De acuerdo a datos del Departamento de Planificación de la Unidad Sanitaria, a partir del año 1990, se observa un incremento en la atención de consultas de la Red Periférica de Servicios (Atención Primaria), con disminución de éstas en los centros hospitalarios, quienes mantenían las consultas denominadas de especialidad.

6.2.- EMERGENCIA:

Servicio que atiende permanentemente las 24 horas, durante todo el año, presenta otro comportamiento al de Consulta Externa, al registrar un incremento sostenido de 1987 a 1991, como lo demuestra el gráfico de la página 14. El 70% de los pacientes de Emergencia, son internados en este hospital. Además por la emergencia ingresan muchos pacientes politraumatizados, considerándose como hospital de urgencia, por las características que presenta. Cada año acuden al Hospital Japonés más y más pacientes, los cuáles no solamente provienen de la ciudad de Santa Cruz y de sus provincias, sino también de otros Departamentos, ya que es uno de los hospitales que cuenta con todo el aparataje para tal efecto. Es por todo esto que es importante fortalecer al Servicio de Emergencia.

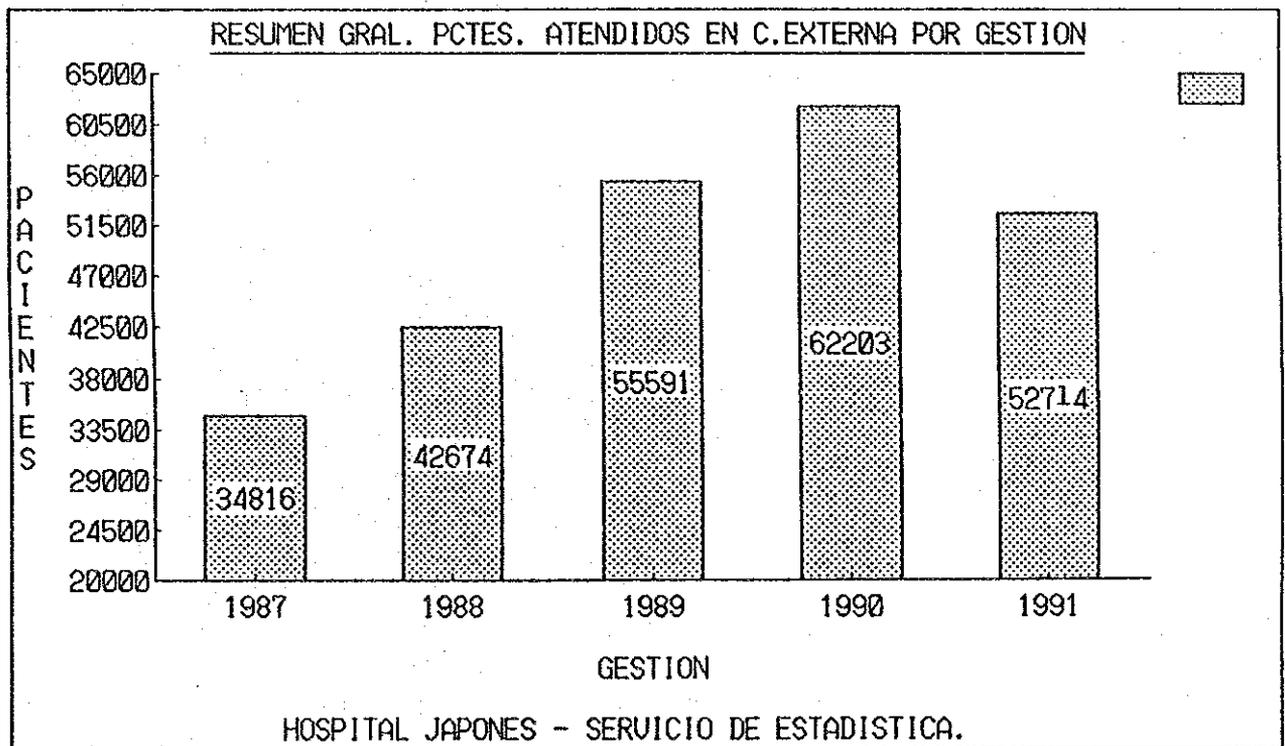
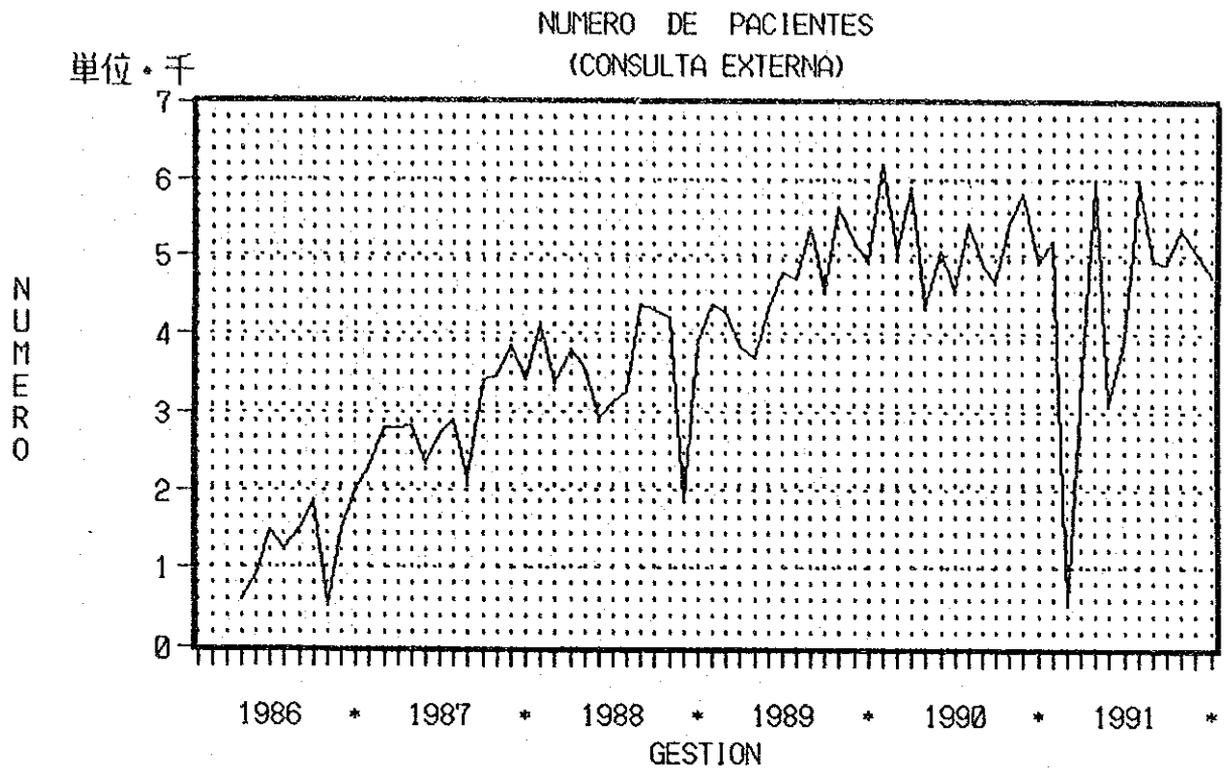
6.3.- INTERNACION (HOSPITALIZACION).

Si bien el total de pacientes internados el año 1991 (5.053) es superior a aquellos internados el año 1990 (4.408), se repite el mismo fenómeno referido en la Consulta Externa, detectándose una leve disminución de pacientes en Medicina, Cirugía y Terapia Intensiva, incremento en Pediatría, y el ingreso de 1.035 pacientes en Ginecología, que había funcionado parcialmente el año 1990, y a cuyo costo se constata principalmente este incremento global.

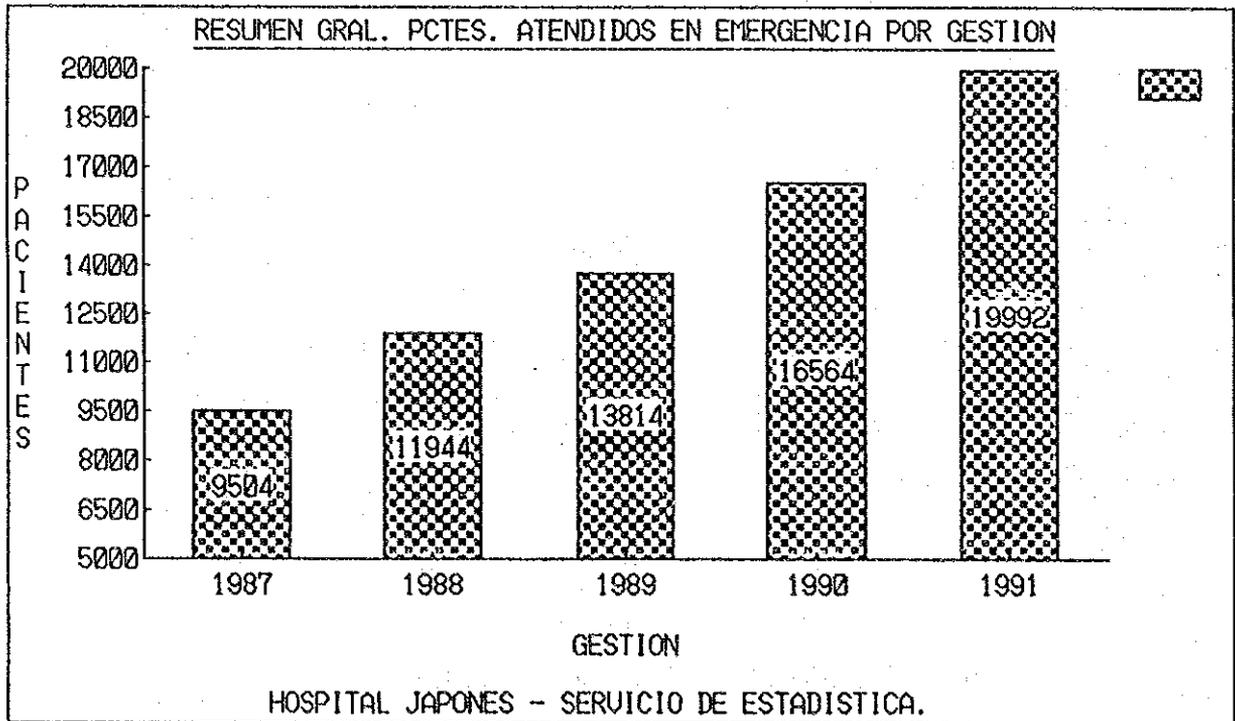
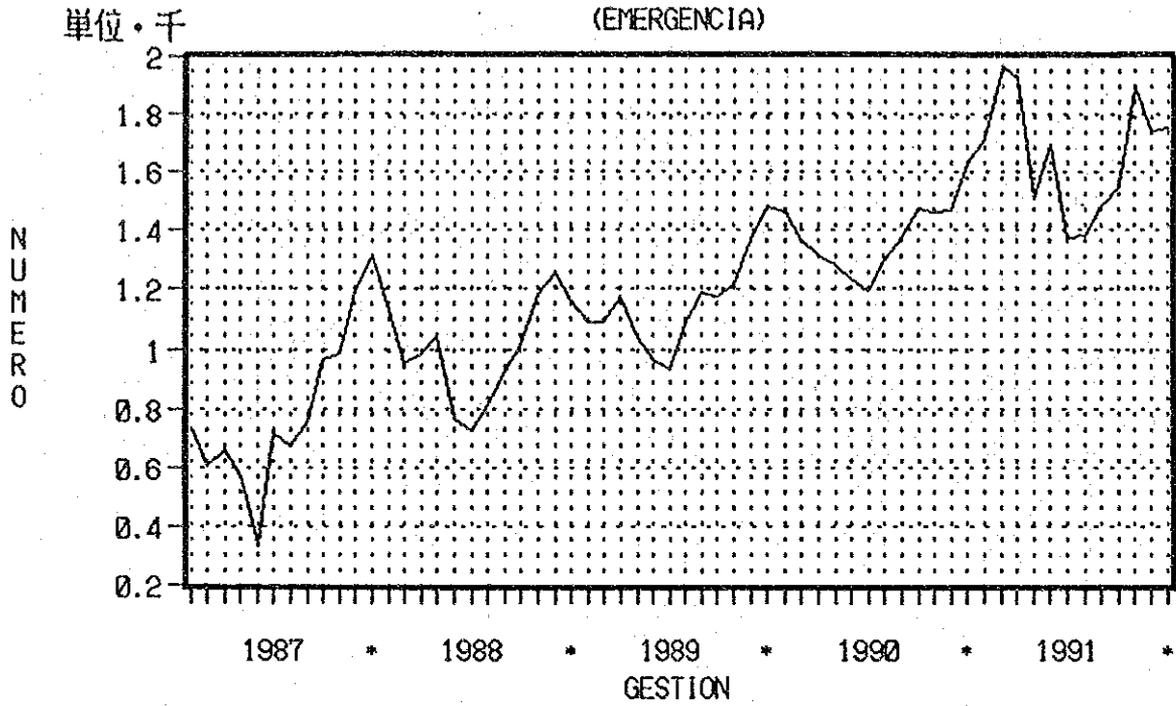
El promedio general de estadía de pacientes en este hospital y en el año 1991 fue de 9.0 días. En el Servicio de Medicina 10.7 días, en Cirugía 10.3 días, en Pediatría, 8.1 días y en Gineco-Obstetricia, 3.5 días y Terapia Intensiva 7.1 días.

El Servicio de Gineco-Obstetricia, es un Servicio de reciente creación y su ocupación de camas está actualmente en un 44%. Existen muchas posibilidades de que a corto plazo se incremente el ingreso de pacientes de este servicio, por la naturaleza de la especialidad y la alta tasa de natalidaden nuestro medio., implícita a la situación social imperante en el mismo. Es necesario fortalecer este servicio, por la necesidad de cumplir-como hospital general-con la cobertura especializada sobre todo en lo referente a maternidad (Obstetricia) requerida en los Distritos II-III y V (aproximadamente 327.000 habitantes).

El INDICE DE OCUPACION general de todos los servicios dió un promedio de 72.3% en el año 1991, considerado el de mayor ocupación entre los hospitales de Santa Cruz.



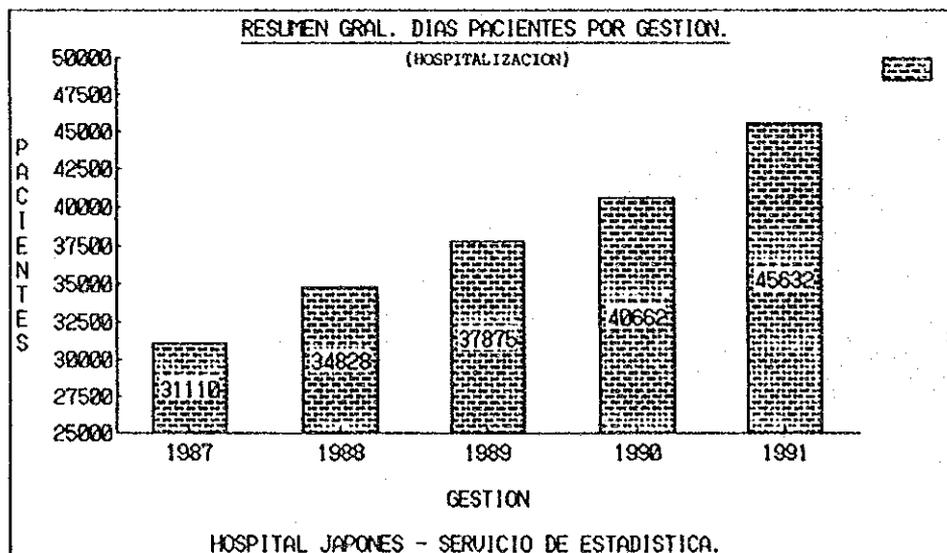
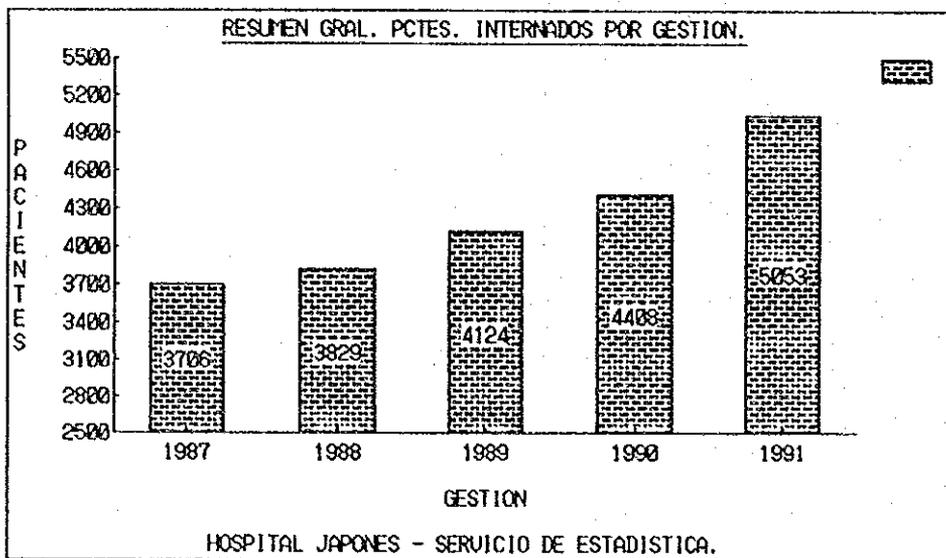
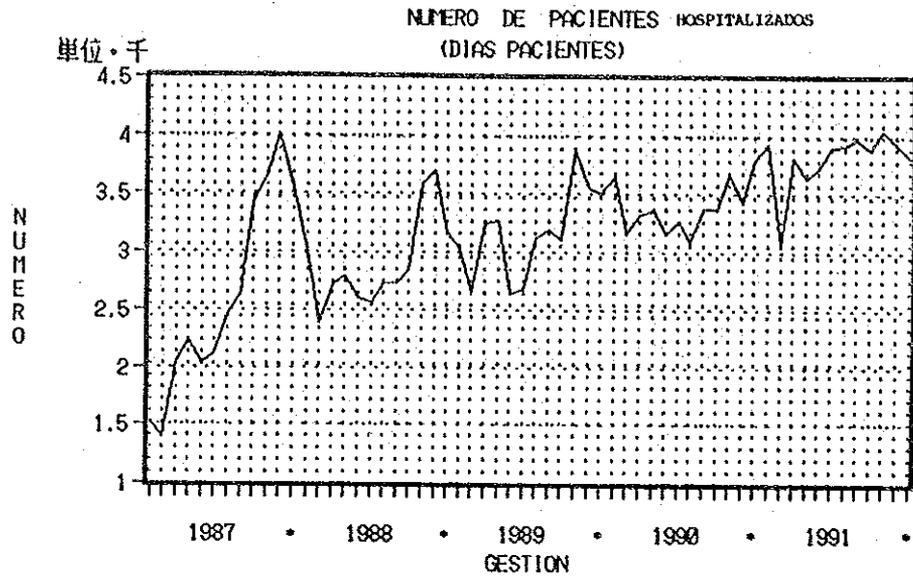
NUMERO DE PACIENTES
(EMERGENCIA)



INIER RESUMEN MENSUAL DEL CENSO ANUAL

NOV 1987

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
MEDICINA								
Casas Disponibles	94300	21675	19073	18250	18250	18250		
Existencia día anterior	13732	0	0	0	0	13732		
Nuevos pacientes	5005	1032	1478	1160	1314	1101		
Traslados Ingres	563	99	119	123	318	104		
Altas pacientes	5571	1636	1951	1957	1312	1655		
Traslados egresos	218	25	145	158	185	131		
-Antes 48 horas de Hosp.	128	27	13	25	31	31		
-Después 48 horas de Hosp.	219	31	47	40	38	83		
Ingres Egresos mismo D.	28	0	0	0	0	28		
Días pacientes	58027	9113	10034	12185	12136	12759		
Días de estado de los Egre.	8552	0	0	0	0	8552		
QUIRURGIA								
Casas Disponibles	94615	21070	19075	18250	18250	18250		
Existencia día anterior	14624	0	0	0	0	14624		
Nuevos pacientes	6575	1221	1271	1453	1231	1251		
Traslados Ingres	744	111	158	125	122	124		
Altas pacientes	6818	1230	1351	1423	1438	1300		
Traslados egresos	403	75	76	87	71	94		
-Antes 48 horas de Hosp.	33	5	8	5	8	7		
-Después 48 horas de Hosp.	82	15	24	13	9	21		
Ingres Egresos mismo D.	24	0	0	0	0	24		
Días pacientes	43553	13009	13279	14681	14333	14651		
Días de estado de los Egre.	8176	0	0	0	0	8176		
PERIATRÍA								
Casas Disponibles	84327	14727	18300	18250	17184	18126		
Existencia día anterior	12018	0	0	0	0	12018		
Nuevos pacientes	4654	1318	1300	1313	1323	1476		
Traslados Ingres	33	2	15	8	5	3		
Altas pacientes	6171	1224	1271	1271	1331	1231		
Traslados egresos	31	11	2	10	4	4		
-Antes 48 horas de Hosp.	158	33	22	25	43	41		
-Después 48 horas de Hosp.	327	53	62	42	67	183		
Ingres Egresos mismo D.	56	0	0	0	0	56		
Días pacientes	51347	7544	5141	10264	12200	12658		
Días de estado de los Egre.	8101	0	0	0	0	8101		
SIQUECO								
Casas Disponibles	10119	0	0	0	2024	8735		
Existencia día anterior	2538	0	0	0	0	2538		
Nuevos pacientes	1220	0	0	0	125	1035		
Traslados Ingres	27	0	0	0	2	25		
Altas pacientes	1213	0	0	0	188	1025		
Traslados egresos	35	0	0	0	3	32		
-Antes 48 horas de Hosp.	0	0	0	0	0	0		
-Después 48 horas de Hosp.	0	0	0	0	0	0		
Ingres Egresos mismo D.	19	0	0	0	0	19		
Días pacientes	4222	0	0	0	532	3700		
Días de estado de los Egre.	2344	0	0	0	0	2344		
U.I.I								
Casas Disponibles	9150	2017	2023	2051	1879	1875		
Existencia día anterior	1444	0	0	0	0	1444		
Nuevos pacientes	726	167	172	150	137	110		
Traslados Ingres	527	105	116	107	107	92		
Altas pacientes	495	90	103	72	62	24		
Traslados egresos	813	173	168	142	156	134		
-Antes 48 horas de Hosp.	134	24	21	26	22	21		
-Después 48 horas de Hosp.	186	42	52	29	35	27		
Ingres Egresos mismo D.	12	0	0	0	0	12		
Días pacientes	2008	1444	1574	1345	1221	1452		
Días de estado de los Egre.	918	0	0	0	0	918		
QUIR.								
Casas Disponibles	291851	58303	58173	56801	57525	63146		
Existencia día anterior	45426	0	0	0	0	45426		
Nuevos pacientes	21028	3166	3923	4024	4400	5053		
Traslados Ingres	1834	317	408	367	404	398		
Altas pacientes	20479	2656	2726	2863	4417	4228		
Traslados egresos	2000	354	412	417	419	398		
-Antes 48 horas de Hosp.	463	91	65	81	117	106		
-Después 48 horas de Hosp.	814	141	183	124	150	214		
Ingres Egresos mismo D.	123	0	0	0	0	123		
Días pacientes	190187	31110	34028	37875	40662	45632		
Días de estado de los Egre.	28331	0	0	0	0	28331		
NECROSIS								
Existencia Día Anterior	1320	0	0	0	0	1320		
Nacidos	581	0	0	0	0	581		
-Nacidos vivos	573	0	0	0	0	573		
-Nacidos muertos	2	0	0	0	0	2		
Fecunda Nacidos egresados	604	0	0	0	0	604		
-Vivos	602	0	0	0	0	602		
-Fallecidos	2	0	0	0	0	2		
Días Recien Nacidos	1225	0	0	0	0	1225		
Días Casas recien nacidos	6256	0	0	0	0	6256		
Días estado de R.H.Egre.	1074	0	0	0	0	1074		

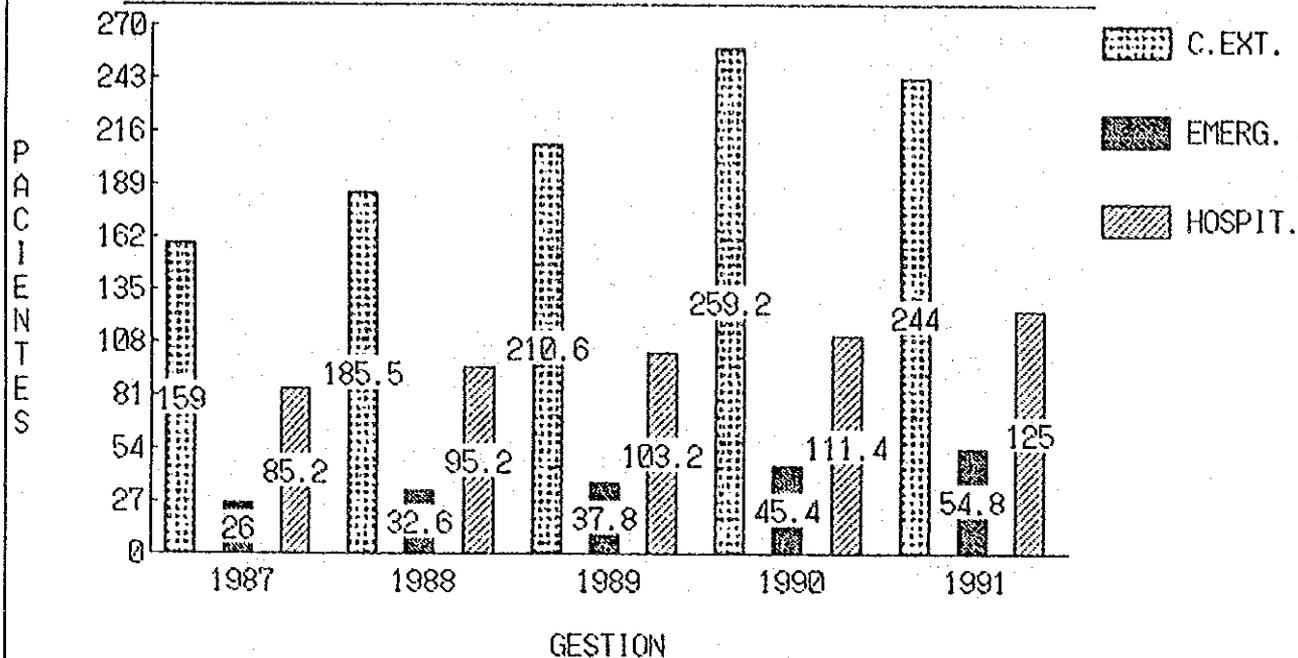


一般外来・救急外来診療科別統計表

COSEI RESUMEN GENERAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA POR ESPECIALIDADES
A. CONSULTA EXTERNA (ANEX. I)

DEP. C	ESPECIALIDAD	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	TOTAL
1.	1.MEDICINA 01 Medicina genl.	5742	6052	6106	6016	7710								36126
	1.MEDICINA 02 Cardiología	2006	2247	3317	4025	3270								14875
	1.MEDICINA 03 Gastroenterología	2321	1656	1812	2240	1782								10041
	1.MEDICINA 04 Neumología	1211	1111	1491	1530	1172								6515
	1.MEDICINA 05 Endocrinología	616	816	1098	1017	1578								5255
	1.MEDICINA 06 Psiquiatría	511	347	388	430	432								2108
	1.MEDICINA 07 Neurología	1180	943	1126	1153	1000								5102
	1.MEDICINA 08 Nefrología	411	303	408	333	276								1721
	1.MEDICINA 09 Dermatología	1537	1853	2735	3072	2738								11961
	1.MEDICINA 30 Hematología	0	0	0	0	27								27
	SUB-TOTAL	15565	15331	20511	23136	20185	0	0	0	0	0	0	0	75061
2.	2.CIRUGIA 11 Cirugía genl.	722	462	673	759	753								3375
	2.CIRUGIA 12 Otorrinolaringología	2620	3041	4120	5014	3894								18003
	2.CIRUGIA 13 Urología	575	711	1053	1273	1163								4827
	2.CIRUGIA 14 Traumatología	1541	1442	2124	2568	2132								9007
	2.CIRUGIA 15 Neuro-Cirugía	212	333	536	680	572								2353
	2.CIRUGIA 16 Cirugía-Vascular	183	151	275	384	359								1352
	2.CIRUGIA 25 Oftalmología	1281	1984	3531	3237	3281								13323
	2.CIRUGIA 28 Fisioterapia	0	0	0	0	166								166
	2.CIRUGIA 32 Cirugía Plástica	0	0	0	0	18								18
	SUB-TOTAL	7137	8154	12320	13925	12364	0	0	0	0	0	0	0	53910
3.	3.PEDIATR 18 Pediatría genl.	7270	7157	9333	10006	8316								42082
	3.PEDIATR 19 Cirugía Infantil	0	75	506	1371	837								2731
	3.PEDIATR 20 Neurología Infantil	33	433	688	853	719								2826
	3.PEDIATR 21 Psiquiatría Infantil	233	263	414	326	231								1506
	3.PEDIATR 31 Urología Infantil	0	0	11	3	71								85
	SUB-TOTAL	7566	7731	10752	12519	10267	0	0	0	0	0	0	0	43318
4.	4.GINE-OBG 23 Ginecología	913	1231	1762	2272	5951								25090
5.	5.ODONTOL. 17 Odontología	3313	6898	5016	5041	4047								21315
	TOTAL	34520	42674	53591	62203	52714	0	0	0	0	0	0	0	247702
6.	8.OFROS													
	6.OFROS 40 Otorrinol.	31	85	156	254	130								656
	6.OFROS 41 Fisioterapia	1169	1783	1917	3718	2793								11286
	6.OFROS 42 Fonoaudiología	0	0	0	636	616								1372
	6.OFROS 43 Oftalmología	0	0	0	0	0								0
	6.OFROS 44 Otorrinol.	0	0	0	0	0								0
	6.OFROS 45 Medicina Inten.	0	0	0	0	0								0
	TOTAL	1200	1868	2073	4668	3605	0	0	0	0	0	0	0	13414
7.	C.EMERGENCIA													
	1.MEDICINA 01 Medicina genl.	3708	4702	5351	6066	6861								26891
	2.CIRUGIA 11 Cirugía genl.	2180	3476	4030	4780	5180								20004
	3.PEDIATR 18 Pediatría genl.	3116	3758	4317	5415	6136								23132
	4.GINE-OBG 23 Ginecología	0	0	33	295	1455								1791
	TOTAL	9504	11944	13814	16564	19972	0	0	0	0	0	0	0	71818

RESUMEN GRAL. PCTES. ATENDIDOS EN PROMEDIO DIAS POR GESTION



HOSPITAL JAPONES - SERVICIO DE ESTADISTICA

7.- MEIAS GENERALES Y ESPECIFICAS A CORTO PLAZO 1992-1993

- 1.- Implementar el manejo descentralizado de la Institución.
- 2.- Integración a las políticas nacionales de salud y coordinación con la red local de servicios para la mejor proyección a la comunidad.
- 3.- Implementar la Auditoría Médica, con dependencia directa del Directorio y Presidencia de la U.D.H.G.S.C.S.-H.J.
- 4.- Mejorar la rentabilidad social del hospital, a través de una mejor distribución de recursos, que favorezca al paciente de escasos recursos, como fruto de una adecuada administración.
- 5.- Establecer un Servicio de Seguro Médico para empresas, grupos familiares y personas que permitan un autofinanciamiento hospitalario y alta rentabilidad social.
- 6.- Fortificación de las normas de protección al paciente institucional.
- 7.- Mejorar la calidad en la atención al paciente y trato equitativo del mismo.
- 8.- Implementación técnica del sistema administrativo de acuerdo a lo establecido en el "Proyecto Administrativo" (en vías de elaborarse).
- 9.- Introducción de Sistema de Información Gerencial y computación del hospital por área de prioridad (Ej. Contabilidad, Almacén).
- 10.- Estructurar y mejorar el sistema de control interno de insumos hospitalarios.
- 11.- Formación administrativa de los niveles intermedios.
- 12.- Estructuración del Servicio de Información y Archivo Médico.
- 13.- Estructuración del Servicio de Admisión.
- 14.- Ampliar el Servicio de Farmacia, con atención al público las 24 horas del día y crear un stock permanente de medicamentos para pacientes indigentes.
- 15.- Fortificar el Dpto. e Mantenimiento con ayuda de Expertos Japoneses.
- 16.- Fortificar el Dpto. de Personal y mejorar el sistema de control de asistencia del personal hospitalario (Médicos, Enfermeras, Administrativos y trabajadores en general).
- 17.- Fortificación del Servicio Social para optimizar una adecuada estratificación social de pacientes.
- 18.- Conformar el Comité de Infecciones Hospitalarias.
- 19.- Crear un verdadero Banco de Sangre con espacio físico adecuado, recursos humanos competentes, sistema de Kardex de donantes disponibles, control de calidad y otros acorde a conceptos modernos y necesidades regionales a mediano y largo plazo.

- 20.- Fortificar el Dpto. de Gineco-Obstetricia: realizar campañas publicitarias y de proyección a la comunidad; para cumplir la meta de nivelar la tasa de ocupación de este departamento con la de los otros servicios; estructurar el sistema de clasificación social, para hacer que este servicio sea accesible a pacientes indigentes; fortificar la consulta externa de Gineco-Obstetricia.
- 21.- Implementar área en el Servicio de Rayos-X, para cateterismo-cardíaco (cineangiografía coronaria).
- 22.- Fortalecimiento de la Emergencia (como hospital de agudos y urgencias) y consolidarlo como centro de referencia de trauma por la existencia del IAC.
- 23.- Creación de servicios de subespecialidades médicas (ORL, Oftalmología, Neurocirugía Traumatología).
- 24.- Dpto. de Medicina:
 - a) Fortalecimiento del área endocrinológica.
 - b) Estructuración y consolidación del centro ambulatorio para diabéticos.
 - c) Obtención de un gammógrafo y creación de un área física para tratamiento (radioyodo) y realización de estudios laboratoriales hormonales tiroideos. (Santa Cruz, zona endémica de bocio y patologías tiroideas adyacentes)
 - d) Creación de área física para pacientes con enfermedades infectocontagiosas (TBC).
- 25.- Educación preventiva para paciente y acompañante.
- 26.- Formación continua de recursos humanos de nivel superior, intermedio y técnico.
- 27.- Docencia e Investigación: fortalecimiento del sistema actual.
- 28.- Investigación de patologías prevalentes y reformulación de conductas que tornen más eficientes los tratamientos.

8.- LA COOPERACION TECNICA JAPONESA.

El 12 de noviembre de 1987, se firma el Convenio de Cooperación Técnica al Proyecto Hospital General de Santa Cruz-Hospital Japonés, entre el Gobierno de Bolivia y el Gobierno del Japón, por un período de cinco años.

El "RECORD DE DISCUSIONES", establece como objetivos, el de mejorar los servicios de cuidados médicos y el de "superar las funciones como hospital central y con ello contribuir a la promoción del bienestar público en la Ciudad de Santa Cruz".

Es importante destacar que, la Cooperación Técnica Japonesa, valora y promueve un cambio de actitudes positivas hacia el paciente, constituyéndolo como el eje de la atención de la actividad hospitalaria. El cambio de mentalidad y filosofía, hacia una mejor CALIDAD EN LA ATENCION DEL PACIENTE, se ha constituido en un aspecto básico de la política hospitalaria que emana del Directorio de la institución, teniendo al mismo tiempo muy en cuenta la utilización racional de los recursos existentes, en la búsqueda de una eficiente gestión administrativa que garantice una adecuada rentabilidad social de la institución.

El Acuerdo de Cooperación ha cumplido con sus objetivos através de un "modus operandi" que ha tenido como base los siguientes puntos:

1. TRANSFERENCIA DE TECNOLOGIA, a través del envío de expertos y voluntarios tanto a largo plazo (más de un año), como de corto plazo (menos de un año).
Se han recibido un total de 50 expertos; a corto plazo 41 y 9 a largo plazo, beneficiando las áreas de Cirugía General, Pediatría, Urología, Traumatología, ORL, Anestesiología, Gastroenterología, Neumología, Cardiología, Mantenimiento, Administradores y Enfermeras.
2. INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS, educativas, formativas, administrativas y otras.
Fueron enviados a Japón, un total de 24 becarios, 19 individuales, 2 de grupo y 3 de voluntarios, beneficiándose:
Médicos 11, enfermeras 6, administrativos 3 técnicos de mantenimiento y radiología 4.

3. EQUIPAMIENTO Y ASESORIA TECNICA SOBRE EQUIPOS.

Se han recibido equipos médicos (ecógrafo doppler, endoscópios; laparoscópios, pantógrafo dental, tomógrafo computarizado, cámara para endoscópios), útiles para mejorar la calidad técnica en diagnóstico médico y laboratorio, y para la atención directa al paciente (bombas de infusión, hemodializador, cama balanza, carros de emergencia, respiradores, aspiradores, etc.), además de insumos laboratoriales (reactivos químicos y material descartable).

Los servicios quirúrgicos fueron beneficiados con instrumentales de traumatología, oftalmología, etc.

Además es importante mencionar la donación hecha por parte de la Cooperación, de repuestos para los equipos que estaban paralizados por falta de los mismos, gracias a este apoyo y al envío de un experto en este campo, se cuenta con una base de sistema de mantenimiento.

El monto total de la donación asciende aproximadamente a la suma de \$us.1.888.000.00 (Diciembre 1987 - Diciembre 1991).

4.- ASESORIA TECNICA ADMINISTRATIVA, mediante un trabajo de coordinación, supervisión entre los miembros de la Cooperación Técnica, la Dirección, Jefatura Médica y Administración del Hospital.

5.- DOCENCIA, tanto en el apoyo al Sistema de Docencia y a la implementación de equipos logísticos, como ser proyectores, computadores, manequies, libros y publicaciones de trabajo.

6.- PUBLICACION, de manuales y documentos técnico-médico y administrativos. (Ver lista anexa).

7.- EVALUACIONES PERIODICAS, constituyen uno de los elementos de valor en las mejoras del Hospital, tanto las realizadas por la Misiones visitantes, como por la misma C.T.J. con sede permanente en el Hospital.

Las anteriores son un compendio apretado de los logros de la C.T.J., evaluadas el año 1991 como factor de fortalecimiento del Hospital, razón por la que se solicitó priorizar a nivel operativo el mantenimiento de la Cooperación Técnica con el fin de modernizar el funcionamiento del Hospital y profundizar los cambios de mentalidad y filosofía tanto en el trabajo asistencial y técnico-administrativo, como en la atención al PACIENTE.

ADDENDUM:

LISTA DE PUBLICACIONES REALIZADAS POR LA COOPERACION TECNICA JAPONESA
AÑO 1987 - 1990

- 1.- RECENT ADVANCES IN DIGESTIVE - ONCOLOGY.
Segundo Simposio Internacional Boliviano-Japonés de Gastroenterología
Clínico-Quirúrgico.
- 2.- MANUAL DE EMERGENCIA EN TRAUMA (Tomo I y II).
- 3.- CONDUCTAS TERAPEUTICAS DE LAS PATOLOGIAS MAS FRECUENTES.
- 4.- Texto, AVANCES RECIENTES EN PEDIATRIA.
Curso Internacional. Oncología, Inmunología e Infectología
Pediátrica.
- 5.- NORMAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.
- 6.- English Translation: Texto, GENERAL RULES FOR SURGICAL AND
PATHOLOGICAL STUDIES ON CANCER OF THE BILIARY TRACT.
- 7.- INFORME DE GESTION 1990.
- 8.- MANUAL DE POSICIONAMIENTO EN RAYOS X.
- 9.- CONOCIMIENTOS SOBRE ADMINISTRACION GENERAL PARA ENFERMERAS.
- 10.- MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE TECNICAS QUIRURGICAS BASICAS.
- 11.- IV JORNADA REGIONAL DE RESIDENCIA MEDICA. (1990).

9. ANALISIS DE RESULTADOS DEL HOSPITAL JAPONES EN RELACION A LAS POLITICAS NACIONALES DE SALUD Y LA COOPERACION TECNICA JAPONESA EN EL QUINQUENIO 1987-1992.
PERSPECTIVAS Y NECESIDADES DEL HOSPITAL JAPONES EN EL QUINQUENIO 1992-1997.
SOLICITUD DE SEGUNDA FASE DE COOPERACION TECNICA JAPONESA.

9.1. ANTECEDENTES.

En esta primera fase del Convenio, el Hospital Japonés se ha consolidado -a pesar de contar todavía con limitaciones en diferentes áreas (asistencial y técnico-administrativo)- en un lapso de aproximadamente 5 años en el mejor Hospital público del país, superando a otros hospitales y a aquellos hospitales donados por el gobierno del Japón, en otras ciudades (La Paz, Cochabamba, Sucre, Beni) en calidad organizacional y en rentabilidad social, a pesar de ser un Hospital más complejo por su estructuración y dimensión.

El manejo descentralizado de la institución, con un mecanismo que compromete a las instituciones regionales en los resultados que se obtengan en el mismo, ha jugado un papel decisivo para llegar a este objetivo, cual es la optimización del manejo hospitalario. Asimismo, el permanente asesoramiento de la Misión de Expertos de JICA y la continua transferencia de tecnología con el envío de expertos japoneses y la formación en Japón de profesionales nacionales.

Este hecho, ha sido públicamente reconocido, tanto por autoridades nacionales como niponas.

El nombramiento -en mayo de 1991- del Hospital Japonés, como representante de Bolivia en el PRIMER CONGRESO PANAMERICANO DE HOSPITALES, organizado por la OMS/OPS en Washington DC, -del 26 al 31/05/91- a consolidado esta aseveración. En este congreso participaron de uno a cinco representantes de hospitales de 25 países americanos.

Con estos breves datos, queremos significar que los recursos generosamente donados por el pueblo del Japón han dado frutos positivos en el Hospital General de Santa Cruz de la Sierra-Hospital Japonés.

- 9.2. PERSPECTIVA DEL HOSPITAL JAPONES PARA EL QUINQUENIO 1992-1997 Y JUSTIFICATIVOS PARA UNA 2da. FASE DE COOPERACION TECNICA JAPONESA AL PROYECTO HOSPITAL GENERAL DE SANTA CRUZ DE LA SIERRA-HOSPITAL JAPONES.

Ante la perspectiva de una continuación de la Cooperación Técnica

Japonesa en los próximos años, por los resultados satisfactorios obtenidos y significados en la carta de intenciones firmada por autoridades nacionales y japonesas el 14 de mayo de 1991. con motivo de la visita de los Drs. Takaku, Wagatsuma y Hasegawa, hemos visto por conveniente enfocar esta probable cooperación japonesa, considerando los siguientes parámetros:

- a) Plan Nacional de Salud.
- b) Proyección a la comunidad.
- c) Crecimiento demográfico de la ciudad y Dpto. de Santa Cruz.
- d) Situación hospitalaria actual y capacidad de cobertura asistencial a mediano y largo plazo.
- e) Consolidación del Hospital Japonés como un Hospital de II y III Nivel.
- f) Hospital Japonés como Hospital académico a nivel regional y nacional -creación de una facultad de medicina-.
- g) Hospital Japonés como centro de investigación.
- h) Búsqueda de mecanismos de autofinanciamiento.

a) PLAN NACIONAL DE SALUD:

Las políticas nacionales de salud emanan del M.P.S.S.P., el Hospital Japonés -como institución pública- y sus autoridades, están en la obligación de enmarcar los lineamientos y prioridades regionales en el ámbito de las políticas nacionales de salud. Las tres grandes líneas de fuerza de la gestión gubernamental en materia de salud han encontrado en el Hospital Japonés su más real significado:

1) La descentralización: el Hospital Japonés ha sido reconocido como la primera institución pública del país en obtener la naturaleza jurídica de ente descentralizado, a través de la Resolución Ministerial No. 0615 del 18 de julio de 1991. Su experiencia y estructura de gobierno hospitalario es considerada como la base para conformar el Concejo Dptal. de Salud, pilar fundamental en la consolidación de una Secretaría de Salud Departamental representativa y eficiente, en un Estado unitario y descentralizado.

2) La gestión social: El Hospital Japonés tiene una estructura de gobierno hospitalario presidido por la representación del M.P.S.S.P., con coparticipación de otras doce instituciones que representan a toda la comunidad de la manera más genuina:

- Prefectura del Dpto.
- Honorable Concejo Municipal de Santa Cruz de la Sierra.
- Universidad Autónoma Gabriel René Moreno.
- Colegio Médico Dptal.
- Comité Pro-Santa Cruz.
- Federación de Profesionales de Santa Cruz.
- Federación de Empresarios Privados.

- Central Obrera Dptal.
- Federación Unica de Trabajadores Campesinos.
- Federación de Cooperativas de Servicios Públicos.
- Corporación Regional de Desarrollo de Santa Cruz (CORDECRU).
- Federación de Juntas Vecinales.

En ninguna otra institución a nivel nacional se ha estructurado y a su vez consolidado un modelo que permita a la representación comunitaria el velar por sus propios intereses.

3) La salud materno infantil: con la apertura del Dpto. de Ginecología y Obstetricia, el Hospital Japonés se transformó en un Hospital General y a su vez abrió sus puertas a un sector poblacional que requiere una inmediata cobertura concorde a las políticas nacionales de salud. Datos de este servicio fueron mencionados anteriormente.

b) PROYECCION A LA COMUNIDAD:

Dentro de los mecanismos de la descentralización y regionalización de la salud, en la búsqueda de un mejor manejo de nuestros recursos, la Unidad Sanitaria, como representante del M.P.S.S.P., ha dividido la ciudad en 5 grandes distritos. Tres de ellos, los distritos II, III y V, corresponden al área de influencia del Hospital Japonés, lo que significa aproximadamente dar cobertura a por lo menos 320.000 personas. Estas áreas cuentan con un jefe de distrito.

Es propósito del Hospital Japonés, en coordinación con la Unidad Sanitaria, la búsqueda de la integración funcional de las jefaturas de distritos en el manejo hospitalario, de tal manera que coordinadamente, el Hospital Japonés pueda buscar un real mecanismo de Proyección a la Comunidad, al existir una vía de continua información Hospital-Jefe de Distrito y viceversa y de esta manera adecuar lo mecanismos de referencia y contrareferencia de pacientes, al menor costo posible y con un mayor grado de eficiencia.

Procedimentalmente esto es posible a través de la presencia de los jefes de distritos en el Concejo Técnico Médico del Hospital. Una vez establecido reglamentariamente en coordinación con la Unidad Sanitaria, este modus operandi podría ser implementado en todos los hospitales de distritos urbanos.

Esto significa:

- 1) Proyección real hacia la comunidad por parte del Hospital Japonés a un bajísimo costo, sin necesidad de contratar personal adicional.
- 2) Contar con información permanente bilateral Hospital-Distrito.

- 3) Posibilidad de adecuar los programas de salud evitando la duplicidad de esfuerzos.

c) CRECIMIENTO DEMOGRAFICO DE LA CIUDAD Y DPTO. DE SANTA CRUZ:

La ciudad de Santa Cruz cuenta actualmente con aproximadamente 700.000 habitantes. Por la tasa de crecimiento demográfico actual, se calcula que esta ciudad contará por lo menos con 1.500.000 habitantes en el año 2000.

Si bien se calcula que a nivel urbano la tasa actual de ocupación hospitalaria oscila en un 50%, es decir, aparentemente las camas hospitalarias en términos generales están subutilizadas, en el caso del Hospital Japonés la tasa de ocupación actual se aproxima al 75%, incluyendo a un Dpto. de Dineco-obstetricia que todavía no está funcionando adecuadamente, con una tasa de ocupación de camas baja (44%). En algunos servicios la tasa de ocupación sobrepasa el 90%, cuando los términos aceptados como satisfactorios universalmente son del 80%.

La tasa ocupacional del Hospital Japonés es superior a la de los otros hospitales más antiguos por la paulatina y creciente credibilidad de nuestra institución ante la comunidad, como reflejo de un satisfactorio funcionamiento y adecuada atención de pacientes.

El parámetro de ocupación de camas hospitalarias -como lo analizaremos posteriormente-, nos dá pautas para confirmar que el H. Japonés está llegando al límite de su capacidad de cobertura o lo hará a corto plazo.

d) SITUACION HOSPITALARIA ACTUAL:

Desde el punto de vista asistencial, esto ha sido analizado en páginas anteriores.

De estos datos podemos sacar las siguientes conclusiones:

- 1) Capacidad de atención de pacientes de Consulta Externa todavía subutilizada (más o menos 60%).
- 2) Capacidad de cobertura de camas hospitalarias al borde de la saturación a corto plazo (75% en término medio) servicios como Cirugía y Medicina han tenido tasas de un 80 a 90% de ocupación, UTI al casi 100%.
- 3) Medicos auxiliares de diagnóstico y tratamiento con aceptables mejoras de utilización, pero con capacidad de generar mejores recursos.

4) Emergencia: con aproximadamente 20.000 pacientes atendidos en el año 1991, tendría -por los recursos humanos existentes- mayor capacidad de atención. Sin embargo, presenta limitaciones en su infraestructura física que han sido parcialmente solucionados con la construcción de un área adicional, financiado por la Honorable Alcaldía Municipal (actualmente ocupada como sala para pacientes con sospecha de cólera).

Si Gineco-obstetricia funcionara adecuadamente con tasas de ocupación hospitalaria de más o menos 80% (y la correspondiente atención en Consulta Externa), el área de Emergencia para este tipo de pacientes (sobre todo en lo correspondiente a maternidad) tendría que ser modificada y concebida de manera diferente.

Por los datos existentes y lo mencionado anteriormente, constatamos que existe una disociación entre la tasa de ocupación de hospitalización (que está llegando al límite de su capacidad) y la todavía existente mayor capacidad de atención de pacientes en Consulta Externa.

Además de esta situación, tendremos que considerar cambios, mejoras y proyectos a realizar y cristalizar en nuestra institución, tales como:

I. Centro de referencias de traumas: Contando con la infraestructura tecnológica adecuada (rayos X, tomógrafo axial computarizado, angiógrafo, UTI), está proyectada la creación de los servicios de Neurocirugía y Traumatología. Si bien estos servicios estarán integrados funcionalmente al Dpto. de Cirugía, estos tendrán a través del manejo director por especialistas, mayor capacidad creativa y de expansión y por ende de optimización en su atención especializada.

Esto a su vez permitirá consolidar un centro de referencia de pacientes traumatizados (accidentes vehiculares, heridas de bala, de armas blancas, etc., que infelizmente han aumentado enormemente en nuestro medio por la eclosión social, situación socio-económica y crecimiento demográfico acelerado por una enorme migración interna), que provendrán no solamente del área de influencia urbana (Distrito II, III y V) sino también de zonas rurales.

II. Centro de quemados: factible por la existencia de cirujanos plásticos y reconstructores y un Dpto. de Medicina Interna y UTI, bien estructurados, que garanticen el apoyo clínico quirúrgico adecuado a este tipo de pacientes.

III. Servicio de Otorrinolaringología.

IV. Servicio de Oftalmología.

Es indispensable delegar funciones a un responsable en cada una de estas áreas, para evitar los mediocres resultados obtenidos en estas dos especialidades después de más de 5 años de funcionamiento hospitalario.

La obtención de instrumental quirúrgico oftalmológico acorde a los últimos avances de esta especialidad, aparataje de rayos laser y otros, además de la indispensabilidad de contar con profesionales médicos comprometidos con la institución, permitirán -a corto plazo- la creación de un CENTRO OFTALMOLOGICO DE REFERENCIA, que además de generar recursos para el hospital, permitirá la atención de pacientes de escasos recursos del área urbana y rural.

El Servicio de ORL, cuenta con todos los recursos tecnológicos para convertirse también en un CENTRO DE REFERENCIA. La delegación de la responsabilidad del manejo de esta área a un especialista es indispensable para evitar definitivamente un inadecuado manejo de este sector.

EN EL AREA CLINICA:

V. Centro de referencia para diabéticos (ambulancia, apoyo educacional y dietético para este tipo de pacientes).

VI. Medicina Nuclear: con urgencia es necesario contar con un gammógrafo para tiroides y un área física para tratamiento con yodo radioactivo en una región de influencia donde el bocio es endémico y otras patologías tiroideas son prevalentes (nódulos fríos, adenomas tiroideos tóxicos, hipertiroidismo, etc.). Paradójicamente todavía no existen recursos diagnósticos ni terapéuticos adecuados a la época y menos aún a la actual infraestructura hospitalaria.

VII. Implementar en el servicio de laboratorio la determinación inmunológica de hormonas tiroideas (TSH, T3, T4, etc.) y otras.

VIII. Implementar área física separada de pacientes con enfermedades bronco-pulmonares infecto-contagiosas (tuberculosis).

Los años de experiencia en la atención médica a este tipo de paciente ha demostrado que es inevitable su llegada al Hospital (la mayoría por emergencia: insuficiencia respiratoria, hemoptisis graves, etc.). Si bien existe en el Hospital San Juan de Dios una

sala para tuberculosos, esta se encuentre normalmente saturada de pacientes. Esta situación ha obligado al Dpto. de medicina del Hospital Japonés el adecuar dos salas separadas (varones y mujeres) para aproximadamente 10 camas, siendo inevitable el contacto de estos pacientes con otros del mismo sector, hospitalizados en cuartos adyacentes.

El área de influencia hospitalaria (320.000 habitantes) y el crecimiento demográfico de la zona urbana, además de la alta tasa de inmigración interna con personas afectadas con esta patología que se manifiesta severamente en un clima tropical como el nuestro, hace preveer -a pesar de los esfuerzos de prevención que realizan autoridades sanitarias- que el número de estos pacientes seguirá en aumento.

Es inevitable que el Hospital Japonés tenga que tomar las prevenciones a corto, mediano y largo plazo.

CARDIOLOGIA:

IX. Implementar (en el Servicio de Rayos X) la adecuación técnico-aparativa del angiógrafo existente para la realización de cineangiografía, sobre todo para el diagnóstico de patología coronaria.

X. Cardiología:

X. Cardiología/Cirugía Torácica: crear un "Banco de Marcapasos" (pace maker) para pacientes indigentes, considerando sobre todo la prevalencia de la enfermedad de chagas en nuestro medio y la alta incidencia de manifestaciones cardíacas en personas jóvenes de escasos recursos, cuya única expectativa de vida es la implantación de un marcapasos.

XI. Crear un BANCO DE SANGRE con las características mencionadas anteriormente. Actualmente no existe en el Hospital Japonés una estructura física adecuada para este fin.

Si el Hospital Japonés desea consolidarse como centro especializado y de referencia de trauma, es indispensable contar con un eficiente Banco de Sangre.

XII. Areas de Gastroenterología/Urología: en nuestro medio existe una alta tasa de litiasis biliar, pero también renal. El contar con un LIJO TRICTOR, además de ser de gran utilidad para este tipo de patología, convertirá a nuestro nosocomio en uno de los hospitales mejor equipados de Latinoamérica. Estimamos que este aparataje, considerado actualmente como sofisticado, será utilizado rutinariamente a mediados de esta década.

XIII. Implementar el Servicio de ANATOMIA PATOLOGICA, fortificando las áreas de Histo-patología y reglamentando la practica sistemática de obducciones en pacientes con patologías no esclarecidas: Convendría analizar la posibilidad de traslado de la actual área física adyacente al Laboratorio a otro cercano a la sala de autopsias.

XIV. Crear un INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL FORENSE Y TOXICOLOGIA, cuyas funciones, si bien independientes, podrían estar coordinadas con el Servicio de Anatomía Patológica, por la naturaleza de la especialidad.

XV. Implementar área física para Servicio de Fisioterapia y Rehabilitación.

e) CONSOLIDACION DEL HOSPITAL JAPONES COMO UN HOSPITAL DE II Y III NIVEL.

Los mencionados cambios y proyectos tienden a convertir al Hospital Japonés -además de su actual capacidad de atención secundaria-, en un Hospital General de tercer nivel, por las diferentes sub-especialidades existentes y la proyección que se les quiere dar a estas.

Es muy importante mostrar que el Dpto. de Santa Cruz no cuenta ni contará -dadas las condiciones actuales- con un hospital de estas características, por lo menos hasta fines de esta década (año 2000).

Las políticas nacionales de salud están enfocadas a fortificar todo el sistema de atención primaria de salud y por ende, los recursos existentes serán destinados a este sector, no existiendo en el momento políticas para fortificar e implementar mejoras en el sector hospitalario.

Si bien es necesario e indispensable el fortalecimiento del sistema de atención primaria, es también necesario tener en cuenta que el sistema de referencia y contrareferencia de pacientes de áreas y centros de salud distantes a los hospitales y viceversa, encuentra su real significado cuando la infraestructura hospitalaria y la atención especializada del paciente referido está garantizada. Caso contrario se corre el peligro de contar, con el pasar de los años, con instituciones hospitalarias obsoletas y de infraestructura deficientes.

Si consideramos que la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, con aproximadamente 7000.000 habitantes, no cuenta con ningún otro

hospital que tenga la misma infraestructura y perspectivas del Hospital Japonés, es decir, que posibilite la atención secundaria y terciaria, y más aún, no existen mayores perspectivas de cambio de la política de salud y de mejoramiento de la infraestructura hospitalaria hasta fines de esta década, esto significa que el año 2000, con población superior a 1.500.000 habitantes, el Hospital Japonés sería la única institución hospitalaria del Dpto., que

eventualmente contará con la infraestructura de un hospital terciario. Esto se constituye en una mera necesidad adecuada a esta década.

f) HOSPITAL JAPONES COMO HOSPITAL ACADEMICO:

Después del inicio de la Residencia Médica en el Hospital Japonés el año 1987, el reconocimiento a nivel nacional de los programas de Residencia Médica en las especialidades de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, el año 1988 en Sucre, como programas modelos a ser adoptados en otros hospitales del país el sistema de post-grado. La Residencia Médica en el Hospital Japonés ha dado sus primeros frutos: tres promociones de médicos en las diferentes especialidades han egresado exitosamente.

Prácticamente ha renacido a nivel regional el sistema de post-grado, creándose el CRIDA (Comité Regional de Integración Docente Asistencial), cuya consolidación actual se debe en gran parte a la emulación de los programas de residencia médica del Hospital Japonés por otros hospitales regionales y la credibilidad que estos han adquirido a nivel regional y nacional.

La Universidad Privada de Santa Cruz (UPSA), está en vías de crear una facultad de medicina y probablemente la Universidad Autónoma Gabriel René Moreno, como ente público, hará lo mismo a cortísimo plazo, considerando más aún que actualmente cuenta con post-grado en el área médica.

El Dpto. y la ciudad de Santa Cruz, como segundo Dpto. de importancia del país, no podrá quedar retrasado en el ámbito académico de la medicina.

Convencidos que el Hospital Japonés tiene todas las características para convertirse en el Hospital académico piloto a nivel regional y probablemente nacional, es que creemos que la creación de un área física para un auditorio (con capacidad para aproximadamente 500 personas) y varias salas de conferencias más pequeñas, es necesario.

Ya en la actualidad, cualquier evento científico de cierta

envergadura tiene que ser realizado en alguna otra institución extra hospitalaria. Si bien el Hospital Japonés cuenta con un pequeño auditorio, en éste no se puede reunir la quinta parte de los funcionarios del Hospital.

g) HOSPITAL JAPONES COMO CENTRO DE INVESTIGACION.

En un hospital consolidado académicamente, la investigación científica es una necesidad. Transferencia de tecnología, recursos - sobre todo de metodología en esta área, serían indispensables por parte de la Cooperación Técnica Japonesa.

h) BUSQUEDA DE MECANISMOS DE AUTOFINANCIAMIENTO, CREACION DE UN AREA FISICA PARA PENSIONADOS.

Tanto la idiosincracia regional de las personas de estratos sociales con recursos económicos, como personas de clase media, profesionales y personal de empresas paraestatales o no gubernamentales, no han querido acceder a los servicios de hospitalización del Hospital Japonés, por considerar que la infraestructura física de los ambientes y salas hospitalarias (inclusive los cuartos independientes), no reúnen las condiciones necesarias de relativa comodidad y privacidad que ellos exigen.

Esto ha significado para el Hospital Japonés, el tener que prescindir de un flujo de pacientes y empresas con posibilidades económicas y capacidad de pago de tarifas hospitalarias, equivalentes a las de las clínicas privadas y de utilización de los medios auxiliares de diagnóstico con el mismo tratamiento tarifario, que sin lugar a duda hubiese sido muy saludable para la magra economía hospitalaria.

El superávit generado en un sector llamado de PENSIONADO destinado a estos pacientes, serviría para compensar el déficit que significa la atención de pacientes indigentes o de escasos recursos, es decir, la rentabilidad social del Hospital podría aumentar en proporciones similares a los beneficios obtenidos en el área de PENSIONADO.

Bajo este concepto, creemos que la creación de un área física para PENSIONADOS sería de un gran beneficio para el Hospital, garantizando la capacidad de autofinanciamiento y por ende, aumentando su rentabilidad social.

i) CREACION DE UN AREA FISICA PARA EL DPTO. DE GINECO-OBSTETRICIA.

El Hospital Japonés originariamente no contaba con un Dpto. de Gineco-Obstetricia, pues en el momento de su concepción (1982), las autoridades nacionales estimaron erróneamente, la no necesidad de

este departamento, por existir la Maternidad Percy Boland. Los años posteriores demostraron que esto fue una concepción errónea.

Ya mencionamos anteriormente que en el marco de apoyo a las Políticas Nacionales de Salud (binomio Madre-Niño. Salud Materno-Infantil) y a la distritalización urbana, el Hospital Japonés tenía que convertirse en un Hospital general que cuente con las cuatro especialidades básicas. Fue así que -con el apoyo de recursos obtenidos de la H. Alcaldía Municipal de Santa Cruz de la Sierra- en septiembre/octubre de 1990, se inauguró el Dpto. de Gineco-Obstetricia en un área originalmente destinada a Cirugía y Medicina Interna. La tasa de ocupación hospitalaria de estos servicios en aquella época así lo permitía.

La Consulta Externa Gineco-Obstetra fue acoplada primeramente a Medicina y posteriormente a Pediatría.

Esta situación -por cierto imperfecta- era aceptable para el momento histórico y reiterando, era necesario convertir a nuestro nosocomio en un Hospital General.

Sin embargo, los datos mencionados anteriormente demuestran que es necesario tomar decisiones que permitan -por su enorme importancia- la conformación de un Dpto. de Gineco-Obstetricia acorde a los requerimientos que se avecinan.

Esto significa que el espacio físico ocupado por Gineco-Obstetricia actualmente, tendría que ser ocupado a corto plazo por Medicina, Cirugía o ambos Dptos. y sub-especialidades. El paulatino incremento de la tasa de ocupación hospitalaria y los proyectos de cambios y fortalecimiento de diferentes sub-especialidades así lo exigen.

El área de Consulta Externa ha permitido la atención gineco-obstetra, porque todavía la cantidad de pacientes atendidos en las otras especialidades no ha llegado al número esperado de acuerdo a la capacidad instalada y recursos humanos existentes. Tenemos seguridad de que esta situación cambiará a corto plazo.

Los datos mencionados llevan a la conclusión que tanto en hospitalización como en el área ambulatoria (Consulta Externa), es necesario crear un espacio físico para el Dpto. de Gineco-Obstetricia. Si a lo mencionado añadimos a las pacientes que tendrían que ser atendidas por emergencia (ejemplo: partos), la concepción de una atención adecuada a este tipo de pacientes es indispensable a corto plazo.

Es más, creemos que -de alguna manera- el Dpto. de Gineco-Obstetricia debería estar físicamente acoplado al servicio de

Pediatría y consolidar una Unidad de Perinatología moderna y acorde a los requerimientos del área de cobertura que el Hospital Japonés tendrá que solventar (más del 50% de la población citadina, además de derivaciones de pacientes de zonas rurales).

CONCLUSIONES Y RESUMEN DE SOLICITUD DE COOPERACION TECNICA JAPONESA PARA EL HOSPITAL GENERAL DE SANTA CRUZ DE LA SIERRA-HOSPITAL JAPONES.

Por los puntos mencionados, creemos que una 2da. fase de la cooperación técnica japonesa al Proyecto Hospital General de Santa Cruz de la Sierra, es necesaria e indispensable para cristalizar la consolidación de un Hospital General de II y III nivel, académico y universitario, centro de investigaciones científicas y modelo para la región y el país, competitivo internacionalmente y al mismo tiempo de gran beneficio para la comunidad por su alta rentabilidad social y como motor gestor de cambios a emular por otras instituciones regionales y nacionales.

La II fase de Cooperación Técnica Japonesa, en caso de su aceptación, comprendería de manera esquemática:

1) CONSTRUCCION DE AREA FISICA PARA:

- a. Dpto. de Gineco-Obstetricia y Unidad Perinatología acoplada a Pediatría.
- b. Servicio de Pensionado (30 camas).
- c. Auditorio central (500 plazas) y salas de conferencias secundarias y bibliotecas.
- d. Area de tratamiento con substancias radioactivas (radio yodo) en Medicina Interna.
- e. Area física para Fisioterapia y Rehabilitación.
- f. Servicio de Anatomía Patológica.

2) TRANSFERENCIA DE TECNOLOGIA:

- a. Apoyo al sistema de docencia con miras a la formación de recursos

humanos y la fundación de una futura facultad de medicina (convenios con Universidad Autónoma Gabriel René Moreno UPSA, otras universidades).

- b. Asesoramiento por expertos en la implementación de metodologías de investigación científicas (patologías prevalentes, aquellas priorizadas por las políticas de salud, otras).
- c. Asesoramiento en la implementación del Instituto de Medicina Legal y Toxicología.
- d. Asesoramiento en la estructuración del Sistema de Información Gerencial Hospitalario para uso médico y administrativo-financiero.

3) EQUIPAMIENTO Y ASESORIA TECNICA SOBRE EQUIPOS MEDICOS:

- a. Gamógrafo (Gamografía para Tiroides).
- b. Litotricor para Patología Litiásica (riñón, vesícula biliar).
- c. Aparato de Rayos Laser e instrumental para oftalmología.
- d. Complementación de Angiógrafo para realizar cine-angiografía coronaria.
- e. Stock de marcapasos.
- f. Equipamiento para Banco de Sangre.
- g. Equipamiento para Instituto de Medicina Legal y Toxicología.

4) ASESORIA TECNICA ADMINISTRATIVA HOSPITALARIA:

Expertos en Administración Hospitalaria de largo plazo.

Santa Cruz, enero de 1992

JICA

