

UNIVERSIDAD ESAN



**DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS DE MEJORA EN EL SERVICIO
DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL
ALCIDES CARRIÓN**

**Tesis presentada en satisfacción parcial de los requerimientos para
obtener el grado de Magíster en Gerencia de Servicios de Salud**

Por:

Roxana Sánchez Fernández

Enrique Solórzano Barrera

Programa de la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

Lima, 05 de octubre de 2017

Esta tesis

**DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS DE MEJORA EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN**

Ha sido aprobada.

.....
(Jurado)

.....
(Jurado)

.....
Prof. César Neves (Asesor)

Universidad ESAN

2017

Con todo mi amor y cariño a mi amado esposo Jorge, por su motivación y sacrificio para la realización de este proyecto; a mi hijo Benjamín, por ser mi fuente de inspiración y superación en la vida; y a mis padres, Manuel y María, por su amor y ejemplo de vida.

Roxana Sánchez Fernández

A Jamil Sofía, mi esposa, por su amor y comprensión incondicional; a mis hijos Enrique y Nicolás por su alegría de crecer, compartir y unir más a nuestra familia y a mis padres por su apoyo y cariño permanente.

Enrique Solórzano Barrera

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN	1
1.1. Motivación de la investigación	1
1.2. Objetivo de la investigación	2
1.3.1. Objetivo general.....	2
1.3.2. Objetivos específicos	2
1.3. Alcances y limitaciones	2
1.4.1. Alcances.....	2
1.4.2. Limitación.....	3
1.4. Justificación	3
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	4
2.1. Indicador	4
2.1.1. Principales Indicadores	10
2.2. Evaluación de la Gestión Hospitalaria.....	15
2.2.1. Evaluación de la Gestión Hospitalaria por Indicadores.....	19
2.2.2. Evaluación de la Gestión Hospitalaria por Estándares Internacionales.....	22
2.2.3. Evaluación de la Gestión Hospitalaria por Dimensiones.....	23
2.2.4. Acreditación Hospitalaria	25
CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	31
3.1. Etapa I Recopilación de la información.....	31
3.1.1. Fuentes Secundarias.....	31
3.1.2. Primarias	31
3.1.2.1. La entrevista.....	31
3.1.2.2. Encuesta de Satisfacción.....	33
3.1.2.3. Observación del Proceso de Atención	33
3.1.2.4. Protocolo de Adecuación de la Estancia (AEP).....	34
3.2. Etapa II Diagnóstico	35
3.2.1. Mapeo del Proceso de Hospitalización.....	36
3.2.2. Identificación de Puntos Críticos.....	36
3.2.3. Evaluación de la Gestión	36
3.3. Etapa III Propuesta de Mejoras.....	37
CAPÍTULO IV SITUACIÓN EN SALUD DEL CALLAO	38
4.1. Población, Características Socioeconómicas y Seguridad Ciudadana.....	38
4.2. Red Asistencial del MINSA en Callao	44
4.3. Hospital Nacional Daniel A Carrión.....	48
4.3.1. Ubicación	49
4.3.2. Organización.....	49
4.3.3. Misión y Visión	51
4.3.4. Infraestructura Hospitalaria	51
4.3.5. Recursos Humanos	52
4.3.6. SIS Galen Plus	55
4.3.7. Presupuesto	57
4.3.8. Estadística General	64
4.3.9. Procesos de Atención.....	67
CAPÍTULO V EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	83
5.1. Análisis de Indicadores de Gestión.....	83
5.2. Autoevaluación para Acreditación.....	84
5.3. Encuesta de Satisfacción de Personal de Salud	87

CAPÍTULO VI PROBLEMÁTICA DE LA DISPONIBILIDAD DE CAMAS HOSPITALARIAS	94
6.1. Atención Ambulatoria.....	94
6.2. Atenciones Quirúrgicas.....	96
6.3. Atenciones de Emergencia.....	98
6.4. Atención Hospitalaria	99
6.4.1. Asignación de camas	100
6.4.2. Camas Hospitalarias	101
6.4.3. Admisiones Hospitalarias	102
6.4.4. Estancia Hospitalaria	106
6.5. Protocolo de Evaluación de la Adecuación (Appropriateness Evaluation Protocol) en los servicios de Medicina HNDAC.....	108
6.6. Estancia Prolongada.....	113
6.7. Referencia y Contrarreferencia	118
CAPÍTULO VII RESULTADOS	121
CAPÍTULO VIII PROPUESTAS	129
CAPITULO IX CONCLUSIONES	141
CAPÍTULO X RECOMENDACIONES	144
ANEXOS.....	145
A. 1. Sistema De Salud Del Perú	145
A. 2 Organización Del Hndac	153
A. 3 Consultorios Externos De Especialidades.....	155
A. 4 Servicios De Especialización	157
A. 5 Camas De Hospitalización Por Especialidades 2015.....	158
A. 6 Análisis De Presupuesto.....	159
A. 7 Encuestas De Satisfacción	162
A. 8 Entrevista Semiestructurada.....	164
A. 9 Definiciones Importantes De Indicadores Hospitalarios	167
A. 10 Organigrama Del Hndac	172
A. 11 Indicadores De Evaluación	173
A. 12 Propuesta De Indicadores Para La Evaluación De La Gestión Hospitalaria ...	175
BIBLIOGRAFÍA.....	180

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2. 1 Establecimientos de Salud Evaluados por Minsa	16
Tabla 3. 1 Criterios de AEP	35
Tabla 4. 1 Provincia Constitucional del Callao - Incidencia de la Pobreza Monetaria, 2010-2014 (Porcentaje respecto del total de población).....	40
Tabla 4. 2. Provincia Constitucional del Callao - Evolución de las tasas de niveles de empleo (Porcentaje)	42
Tabla 4. 3. Distancia y Tiempo de Traslado de la RED de Salud Callao	47
Tabla 4. 4. Número de camas hospitalarias Red Callao	48
Tabla 4. 5. Personal Nombrado Según Grupo Ocupacional	53
Tabla 4. 6. Personal CAS HNDAC 2011 - 2015	54
Tabla 4. 7. Personal Contratado como Terceros	55
Tabla 4. 8. Personal Terceros 2015.....	55
Tabla 4. 9. Recursos Directamente Recaudados	60
Tabla 4. 10. Transferencia del SIS y FISSAL periodo 2014-2015	61
Tabla 4. 11. Ejecución Presupuestal Anual a Nivel de Devengados 2014	62
Tabla 4. 12. Ejecución Presupuestal Anual a Nivel de Devengados 2015	63
Tabla 4. 13. Ejecución Presupuestal Anual periodo 2014-2015	64
Tabla 4. 14. Atenciones Ambulatorias según Procedencia - HNDAC 2015	65
Tabla 4. 15. Atenciones por Género - Consulta Externa 2015	66
Tabla 4. 16. Atenciones según Grupo Etario 2012	67
Tabla 4. 17. Producción de Atenciones Ambulatorias – 2006- 2015	69
Tabla 4. 18. Atenciones médicas según especialidad HNDAC 2015	70
Tabla 4. 19. Atenciones Quirúrgicas según especialidad HNDAC 2015	71
Tabla 4. 20. Producción de Atenciones Quirúrgicas 2006-2015	79
Tabla 4. 21. Atenciones en Servicio de Emergencia HNDAC: 2006-2015.....	82
Tabla 6. 1. Órdenes de Hospitalización Admitidas.....	103
Tabla 6. 2. Evolución de Admisiones desde el Área Funcional de Hospitalización..	103
Tabla 6. 3. Hospitalizaciones desde Consultorios abril, mayo y junio 2017	103
Tabla 6. 4. Procedencia de Hospitalizados en Medicina.....	104
Tabla 6. 5. Tiempo de Hospitalización de Emergencia a Medicina	105
Tabla 6. 6. Evolución de Egresos Hospitalarios y días de estancia HNDAC 2007-2015	107
Tabla 6. 7. Estancias Hospitalarias por grandes especialidades 2015	107
Tabla 6. 8. Estancias Hospitalarias en Medicina Interna y otras Especialidades	107
Tabla 6. 9. Estancias Hospitalarias en Cirugía General y Especialidades HNDAC 2015	108
Tabla 6. 10. Aplicación del EAP en el Servicio de Medicina HNDAC	109
Tabla 6. 11. Relación entre adecuación de ingresos con las Estancias el Servicio de Medicina HNDAC	111
Tabla 6. 12. Relación entre la inadecuación de ingresos y el servicio de medicina interna	111
Tabla 6. 13. Relación entre la inadecuación de ingresos y Turno	111
Tabla 6. 14. Relación entre la inadecuación de ingresos y cama extendida	112

Tabla 6. 15. Relación entre la inadecuación de estancia y los servicios de medicina interna	112
Tabla 6. 16. Relación entre la inadecuación de estancia y el horario de ingreso.....	113
Tabla 6. 17. Programación de exámenes de Ecografía	115
Tabla 6. 18. Producción de Servicio de Ecografía.....	116
Tabla 6. 19. Programación de exámenes de Ecocardiograma y Ecografía Doppler..	116
Tabla 6. 20. Número de Ecocardiogramas	117
Tabla 6. 21. Referencias realizadas periodo 2015 al 2017.....	119
Tabla 7. 1. Duración del Proceso de Admisión en Hospitalización.....	125
Tabla 8. 1 Duración del Proceso de Admisión de Hospitalización propuesto.....	135
Tabla 8. 2 Ganancia “Efectiva” de camas a partir de la reducción de la duración de la estancia hospitalaria	140

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2. 1 Perfil Alcanzado en Estructura	17
Figura 2. 2. Perfil Alcanzado en Procesos	17
Figura 2. 3. Perfil Alcanzado en Resultados	18
Figura 2. 4. Perfil Alcanzado por componente	18
Figura 2. 5. Escala Final de Evaluación.....	19
Figura 2. 6. Evaluación Final de la Gestión Hospitalaria	19
Figura 4. 1. Provincia Constitucional del Callao - Población Proyectada y Tasa de Crecimiento Anual, 2008-2015.....	38
Figura 4. 2. Provincia Constitucional del Callao - Pirámide de Población, 2007 y 2015	39
Figura 4. 3. Provincia Constitucional del Callao - Población Proyectada por grandes grupos de edad, 2015 (Distribución Porcentual).....	39
Figura 4. 4. Provincia Constitucional del Callao - Parto Institucional del último nacimiento y parto por cesárea en los cinco años que precedieron la encuesta, 2014. 40	
Figura 4. 5. Provincia Constitucional del Callao - Nivel de Educación alcanzado por la población de 25 y más años de edad, 2012-2013 (Porcentaje)	41
Figura 4. 6. Provincia Constitucional del Callao - Población con Seguro de Salud, 2007-2015 (Porcentaje).....	41
Figura 4. 7. Provincia Constitucional del Callao - Viviendas Particulares con Ocupantes Presentes, por tipo de Abastecimiento de agua, 2013 (Porcentaje)	42
Figura 4. 8. Provincia Constitucional del Callao - Viviendas Particulares con Ocupantes Presentes, por tipo de Abastecimiento de agua, 2013 (Porcentaje)	43
Figura 4. 9. Provincia Constitucional del Callao - Víctima de algún hecho delictivo, 2011-2015 (Porcentaje).....	43
Figura 4. 10. Organigrama Estructural de la Dirección de Red de Salud BEPECA....	45
Figura 4. 11. Organigrama Estructural de la Dirección de Red de Salud Bonilla-La Punta	46
Figura 4. 12. Organigrama Estructural de la Dirección de Red de Salud Bonilla-La Punta	47
Figura 4. 13. Presupuesto Inicial Asignado (PIA) 2007-2015.....	58
Figura 4. 14. Evolución del PIA 2007-2015 -Recursos Ordinarios	59
Figura 4. 15. Presupuesto y Recaudación de los RDR.....	60
Figura 4. 16. Ejecución Presupuestal 2014-2015.....	64
Figura 4. 17. Atenciones ambulatorias en HNDAC 2001-2015	65
Figura 4. 18. Atenciones Ambulatorias generales según procedencia HNDAC 2015	66
Figura 4. 19. Atenciones por Género - Consulta Externa 2015	66
Figura 4. 20. Atenciones según Grupo Etario 2012	67
Figura 4. 21. Atenciones ambulatorias en HNDAC 2006-2015	70
Figura 4. 22. Atenciones de Especialidades Médicas – HNDAC 2015	71
Figura 4. 23. Atenciones de Cirugía HNDAC 2015	72
Figura 4. 24. Proceso de Hospitalización de Consulta Ambulatoria a Hospitalización	74
Figura 4. 25. Sub proceso para la verificación de Disponibilidad de camas en Hospitalización	74
Figura 4. 26. Proceso de Emergencia Turno Diurno a Hospitalización.....	76

Figura 4. 27. Proceso de Emergencia Turno Nocturno a Hospitalización.....	78
Figura 4. 28. Producción de Atenciones Quirúrgicas 2006-2015.....	80
Figura 4. 29. Atenciones totales por el Servicio de Emergencia 2006-2015.....	82
Figura 6. 1. Historias Clínicas que cumplieron los Criterios EAP.....	109
Figura 6. 2. Historias Clínicas que cumplieron los Criterios Adecuación de la Estancia.....	110
Figura 6. 4. Producción de Servicio de Ecografía periodo 2015 - 2017.....	116
Figura 7. 1. Incremento de atenciones de Salud 2011-2015.....	122
Figura 7. 2 Identificación de Causas de estancias hospitalarias prolongadas.....	128
Figura 8. 1. Proceso de Hospitalización mejorado.....	136

ROXANA KAREN SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

Magister en Gestión de Servicios de Salud de ESAN. Médico-Cirujano de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, con Diplomatura en Auditoría Médica en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Experiencia en Gestión Asistencial, administrativa, Aseguramiento y en el desarrollo de la Garantía de Calidad en salud. Capacidad para diseñar y ejecutar planeamiento estratégico.

DATOS PERSONALES

Fecha de Nacimiento : 30 de agosto 1981
CMP : 49743
Médico Auditor : RNA A03942
Recertificación : N° 10120
Dirección : Jirón Jorge Chávez 1456 Dpto. 606 Block A
Teléfono : 952676996
Estado Civil : Casada
Email : roxanasanchezf@gmail.com;
1414393@esan.edu.pe

FORMACIÓN

2014-2016 Escuela de Administración de Negocios – ESAN
Magister en Gestión de Servicios de Salud

2010-2011 Universidad Peruana Cayetano Heredia
Diploma en Auditoría Médica para Garantía de la Calidad en Salud.

2000-2007 Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
Médico Cirujano.

EXPERIENCIA LABORAL

2015 - Actualidad HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA
IRIGOYEN

Médico de la Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno realizando Gestión de Riesgo, Análisis de Eventos Adversos, Planes de Mejora, asesoramiento técnico.

Médico Auditor en la Unidad de Auditoría Médica realizando Auditorias de caso y Auditorias de la Calidad de la Atención.

2014-2015

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Especialista en Supervisión Asistencial para la Intendencia de Supervisión de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – ISIAFAS.

Desarrollo de supervisiones con una mejor identificación de posibles riesgos respecto a las prestaciones en salud de los asegurados en todo el territorio nacional.

2013-2014

SEGURO SOCIAL DE SALUD

Auditor Médico de la Sub Gerencia de Sucursales de Aseguramiento de la Red Asistencial Rebagliati.

Desarrollo de acciones que permiten una mejor identificación de la cobertura de los asegurados regulares y potestativos, así como la identificación de grupos de riesgo y mejoras en el control de prestaciones de alto costo dentro de los asegurados potestativos.

2012-2013

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

Auditor Sénior II en el Departamento de Sector Salud y Ambiente, desarrollando Auditorias Gubernamentales en los Establecimientos de Salud, detectar riesgos que afectan la transparencia y la no aplicación de las Normas Técnicas en Salud.

2010-2011

CLAVE MÉDICA – EMER MEDIC S.A.C.

Médico asistencial en la prestación de servicios de Emergencia Médica a través de Ambulancias.

Médico Auditor desarrollando auditorias de seguros y auditoria concurrente del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito de de la compañía de seguros Interseguro.

Médico Asistencial brindando Atención Médica a Trabajadores de Corporación Peruana de Aeropuertos y Aviación Comercial (CORPAC), Socios del Club Golf los Incas y Socios del Club La Planicie.

2009-2009

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE TACNA:

Proyecto de inversión Pública: Mejoramiento de las Condiciones de Asistencia y Operatividad de la Salud Comunitaria.

Médico Líder de equipo de salud multidisciplinario en el proyecto de inversión pública.

Médico Asistencial para desarrollo de actividades preventivo Promocionales de Patologías más frecuentes de la zona metropolitana de Tacna.

CAPACITACIÓN POST GRADO

Certificate of Risk Management in The Health Sector. FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work. Febrero 2015.

Certificado de Especialización en Administración: Universidad ESAN enero 2014 - mayo 2015

Sistema de Salud Colombiano Facultad de Administración y Desarrollo Gerencial. Universidad de los Andes. Noviembre 2015.

Programa de Alta Especialización en Planeamiento y Proyectos de Salud. Universidad ESAN. Setiembre - junio 2016.

Sistema Sanitario Chileno y Economía de la Salud. Escuela de Salud Publica Dr. Salvador Allende. Universidad de Chile. Octubre 2016.

Healthcare Advancement Conference HAC 2016, organizado CMP, Universidad ESAN, Pan American Health Organization, Florida International University y ASOCALP - agosto 2016

Taller Negociación en Salud, organizado por la Universidad ESAN – febrero 2017
Redacción y Ortografía para Profesionales, organizado por La Contraloría General de la República, realizado en la ciudad de Lima, noviembre - diciembre 2012.

Auditoría Gubernamental y Auditoria en Salud, organizado por La Contraloría General de la República, realizado en la ciudad de Lima, julio 2012.

Diplomado en Auditoría Médica para la garantía de la calidad en salud. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Julio 2010 – mayo 2011.

ENRIQUE SOLÓRZANO BARRERA

Médico Internista, egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, con experiencia en la administración de establecimientos de salud en el sector privado y ejercicio profesional de la medicina en hospital público.

Egresado la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud en la Universidad ESAN con estudios de Especialización de Gerencia en Servicios de Salud de la Escuela de Administración de Negocios para Graduados (ESAN), actual Universidad ESAN; Auditoría Médica en la Unidad de Post Grado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Administración para no especialistas QUICK MBA en la Escuela de Gestión y Economía (GERENS)

DATOS PERSONALES

Fecha de Nacimiento	:	11 de diciembre de 1970
Médico Cirujano	:	CMP 31554
Médico Internista	:	RNE 16562
Médico Auditor	:	RNA A03942
Recertificación	:	N° 15157
Dirección	:	Av. Boulevard de Surco # 412, Dpto. 802– San Borja
Teléfono	:	999099589
Estado Civil	:	Casado
Email	:	esolomedicine@gmail.com ; 1317467@esan.edu.pe; esolorzanob@yahoo.es

FORMACIÓN

2014-2016	Escuela de Administración de Negocios – ESAN Magister en Gestión de Servicios de Salud
2007-2007	Universidad Nacional Mayor de San Marcos Diploma en Auditoria Médica.
1999-2002	Universidad Nacional Mayor de San Marcos Médico Internista

1989-1997 Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Médico Cirujano

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Julio 2002 hasta Hoy	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión-
Cargos desempeñados:	Médico Internista del Departamento de Áreas Críticas Servicio de Cuidados Intermedios Medico Jefe (e) del Servicio de Cuidados Intermedios
Principales Funciones	Atención de Pacientes hospitalizados en el servicio Evaluación y respuesta de las interconsultas de los diferentes servicios de Emergencia y hospitalización Realización de procedimientos invasivos Responsable interinamente de ejercer la Jefatura del Servicio
Dic. 2003 – Agt. 2013	Clínica Anglo Americana -
Cargos desempeñados:	Sub Gerente de Operaciones Administrador Filial La Molina
Principales Funciones	Revisión y mejora de los procesos de atención de pacientes Responsable de la facturación de los servicios médicos Miembro del Comité de Infecciones Intrahospitalarias Coordinación con Compañías de Seguros Selección de personal Responsable de la solución de las Devoluciones Medicas y Administrativas Administración de la Filial La Molina
Mayo 2002 – nov. 2003	Servicios Médicos Asociados SB SAC
Cargos desempeñados:	Médico Empresarial de la EPS Rímac-Aduana Central Chucuito Callao – SUNAT Sede Chucuito. Médico Asistente del Servicio de Emergencia

	Clínica Internacional –Lima
Principales Funciones	Brindar atención ambulatoria y de Emergencia de los trabajadores y sus familiares de la Aduana Central Brindar atención de Urgencia y Emergencias a los pacientes que acuden al servicio de Emergencia de la Clínica.
Jun. 2009 – mayo 2002	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión
	Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana Especialidad de Medicina Interna.
Cargos Desempeñados	Médico Residente de Medicina Interna Jefe de Residentes
Principales Funciones	Atención de pacientes en los diferentes Servicios de Hospitalización y de Emergencia Docencia con Residentes menores; internos y estudiantes de Medicina Ejercer la Jefatura de Residentes
1998 – 1999	Puesto de Salud de Parco Unidad Territorial de Salud UTES Jauja- Región de Salud Junín.
	Programa Salud Básica Para Todos (PSBPT)
Cargos Desempeñados	Medico Jefe del Puesto de Salud
Principales Funciones	Atención Primaria de Salud Atención de Emergencias Responsable de actividades preventivo promocionales Responsable de Programas de Salud
1997 – 1998	Centro de Salud de Mazamari Unidad Territorial de Salud UTES Satipo -Sub Región de Salud Junín
	Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS)
Cargos Desempeñado	Medico Asistente en Centro de Salud Jefatura Interina del Centro de Salud

	Responsable de Puesto de Salud de Pauriali y del Puesto de Salud de Caperushari y de sus respectivos anexos comunitarios
Principales Funciones	Atención Primaria de Salud Atención de Emergencias Responsable de Actividades Preventivo Promocionales en la Comunidad Responsable de Capacitación al personal de Salud Jefatura Interina del Centro de Salud

CAPACITACIÓN POST GRADO

PAE IX Gerencia en Servicio de Salud 2003: Escuela de Administración para Graduados ESAN (2003-2004)

GERENS Escuela de Gestión y Economía: Programa Integral de Administración para no Especialistas QUICK MBA. Abril –Julio 2008

Certificado de Especialización en Administración: Universidad ESAN enero 2014 - mayo 2015

Sistema de Salud Colombiano Facultad de Administración y Desarrollo Gerencial. Universidad de los Andes. Noviembre 2015.

Sistema Sanitario Chileno y Economía de la Salud. Escuela de Salud Publica Dr. Salvador Allende. Universidad de Chile. Junio 2015.

Programa de Especialización para Ejecutivos PEE. Gestión de la Innovación. Universidad ESAN. Abril -junio 2015.

Certificate of Risk Management in The Health Sector. FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work. Febrero 2015.

Programa de Especialización para Ejecutivos PEE. Administración y Organización. Universidad ESAN. Enero- marzo 2015.

Programa de Especialización para Ejecutivos PEE. Gestión de Cambio y Desarrollo Organizacional. Universidad ESAN. Agosto octubre 2014

Programa de Especialización para Ejecutivos PEE. Consultoría Empresarial. Universidad ESAN. Abril mayo 2014

Programa de Especialización para Ejecutivos PEE. Reclutamiento y Selección por Competencias. Universidad ESAN. Abril mayo 2014

Programa de Especialización para Ejecutivos PEE. Gestión de Proyectos. Universidad ESAN. Enero marzo 2014

Programa de Especialización para Ejecutivos PEE. Negociación y Manejo de Conflictos. Universidad ESAN. Enero- marzo 2014

Programa de Especialización para Ejecutivos PEE: Costos para la Gerencia. Universidad ESAN octubre - diciembre 2013

RESUMEN EJECUTIVO

La atención de salud es un proceso continuo y complejo; una exitosa gestión hospitalaria acompaña y facilita el proceso, conjuntamente permite establecer procedimientos administrativos simples para su desarrollo; e integra y resguarda la información de forma eficiente. Adicionalmente, debe garantizar que las personas encargadas de brindar el servicio al cliente lo realicen con calidad y calidez que se requiera.

Lo complejo de la Gestión de un Hospital está determinada no solo por las prestaciones en salud que brinda sino porque su funcionamiento administrativo está sujeto a procesos predeterminados por niveles superiores que dificultan sus interacciones, donde se prioriza los controles y porque el recurso humano administrativo y asistencial no siempre están alineados con los objetivos del Hospital.

El Hospital Daniel A Carrión es un complejo hospitalario de referencia regional y nacional categorizado con nivel III-1, que forma parte de la red de atención del Ministerio de Salud en el Callao que actualmente se encuentra en una situación crítica debido a la coyuntura sanitaria, económica y social y a gestiones administrativas poco eficientes en el manejo de los escasos recursos del que dispone.

La gestión administrativa del Hospital puede ser evaluada desde diversos puntos de vista: la percepción de calidad de atención de los usuarios, el resultado económico anual de la gestión, el grado de satisfacción del personal de salud; la ampliación de la cartera de servicios y otros. En el presente trabajo fue evaluado mediante indicadores y el cumplimiento de los estándares de los Macroprocesos.

Ante el incremento de la demanda de atención en Consulta Externa y en el Servicio de Emergencia, la capacidad de los servicios de hospitalización también fueron superados; por lo que muchos pacientes no se hospitalizaban perdiendo la oportunidad de recibir la atención médica que necesitan; entonces a medida que el problema se agudiza aparece vicios en los procesos o subprocesos dirigidos por personas o áreas que mirando parcialmente tratan de solucionar los problemas,

obteniendo como resultado una mayor desorganización y uso ineficiente de los recursos.

El presente estudio, trata de identificar dentro de los complejos procesos hospitalarios, aquellos que impacten de forma negativa en la atención; el objetivo del estudio es realizar el diagnóstico del Servicio de Hospitalización del Hospital Daniel Alcides Carrión y plantear propuestas para mejorar la gestión operativa.

La metodología de estudio, inicia con el análisis de los datos cualitativos obtenidos documentalmente y del trabajo de campo. Se empezó realizando la recolección de información y la consulta de fuentes. Es este primer proceso se enfoca en describir la situación actual de la Gestión hospitalaria, para posteriormente centrar el estudio en el área de hospitalización. La investigación recurrió a una base de datos que maneja el Hospital y de las áreas objeto de estudio; entrevistas a gestores y para el trabajo de campo se aplicó la encuesta de satisfacción al personal, acompañamiento a las áreas de estudio y la aplicación de la Herramienta AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) en el área de Hospitalización. Para el análisis de la información obtenida se emplearon el programa informático Excel para la elaboración de tablas de frecuencia y tablas dinámicas, el programa estadístico IBM SPSS Statistic para la agrupación de las variables, la correlación variables y pruebas de hipótesis.

La evaluación de la información del Hospital evidenció el incremento de la demanda de atención, sobretodo en Emergencia , congestionando el servicio e incrementando los tiempos de espera para la hospitalización de los pacientes; el recurso económico limitado para el funcionamiento del Hospital ha sido cada vez más evidente además la gestión hospitalaria muestra indicadores de desempeño y de calidad por debajo de los estándares establecidos por el Ministerio de Salud; lo cual es traducción de procesos no estandarizados, un sistema informático limitado, data estadística parcial y dispersa, baja calidad de la atención y personal insatisfecho con la gestión institucional.

En el Servicio de Hospitalización se identificó que el proceso de admisión y la gestión de camas es ineficiente, no es estandarizado y presenta variabilidad según el

horario y el personal de turno; asimismo, se identifica el uso rutinario de las denominadas “camas extendidas”; y el desuso del sistema informático destinado a la gestión de la información en las áreas de hospitalización.

Al respecto, el área de admisión hospitalaria se estudió por un periodo de tres meses, las admisiones de los pacientes, identificando que, de 1459 pacientes con indicación de hospitalización, el 21.65% no pudieron ser hospitalizados, por lo que existe una pérdida en la oportunidad de que los pacientes reciban atención médica que se requiere.

En la aplicación de la herramienta EAP en 76 historias clínicas del servicio de medicina, se identificó que el 88% de pacientes hospitalizados habían sido adecuadamente admitidos; sin embargo, al aplicar el protocolo de evaluación de la adecuación AEP de las estancias, el 37% de pacientes tenía una estancia inadecuada.

Las estadísticas hospitalarias así como el trabajo de campo identificó estancias prolongadas; en este último luego de la revisión directa de los 76 pacientes en el Servicio de Medicina se identifica que el 68.42% presentaba estancias mayores a 8 días, y al promediar todas las estancias, se obtuvo 17.85 días promedio de estancia; al analizar la información sobre los factores más importantes que genera la estancia prolongada se encontró que el tiempo de espera para la realización de estudios diagnóstico y terapéuticos era uno de los más importantes; factor que coincide con la literatura médica revisada.

La información disponible de los procesos hospitalarios se encuentra dispersa y no sistematizada adecuadamente, es responsabilidad directa de la gestión; ya que no se han tomado las medidas necesarias para utilización adecuada del sistema informático desplegado. Es urgente la sistematización de la información y para ello es indispensable la participación responsable de todo personal asistencial y administrativo para la generación, mantenimiento y actualización permanente de información en el sistema hospitalario con el fin de generar una base de datos confiable para mejorar la toma de decisiones.

Los problemas identificados en la atención hospitalaria pueden ser mejorados implementando las propuestas a nivel de los procesos de atención (rediseñando procesos), usando eficientemente los recursos disponibles y aplicando estrategias de gestión con éxito documentado en otras instituciones.

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión es un hospital público que cuenta con la categoría III-1, depende administrativamente de la Dirección Regional de Salud I. Es la Institución de Salud de mayor complejidad en la red de establecimientos en la Provincia Constitucional del Callao, además de ser un Hospital de referencia nacional. Brinda servicios en múltiples especialidades y año tras año las prestaciones en salud se han vuelto más complejas a razón de la incorporación de nuevas subespecialidades y nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

La población actual de la provincia constitucional del Callao es de aproximadamente 1 millón 13 mil habitantes y son generalmente los de más bajos ingresos económicos quienes acuden al Hospital Nacional ante cualquier problema de salud. Actualmente la atención en salud de esta población es financiada a través del Seguro Integral de Salud (SIS) cuya cobertura es integral; por lo que la creciente demanda de pacientes en estos últimos años, ha ocasionado que la mayoría de servicios sobre pase su oferta y genere listas de espera.

1.1. Motivación de la investigación

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión es un Hospital Docente y de referencia Regional y Nacional y se encuentra en una severa crisis administrativa que como no había ocurrido antes impacta directamente en la atención de los pacientes en los diferentes servicios que ofrece el Hospital. La gestión hospitalaria, evaluada por los indicadores de gestión establecidas por el Ministerio de Salud, evidencian indicadores debajo los estándares establecidos para su complejidad y categorización.

La falta de insumos y materiales médicos para la atención de los pacientes; la falta de reactivos para los exámenes de laboratorio de alta frecuencia de uso; la inoperatividad de equipos biomédicos por exceso de uso sin mantenimiento adecuado, la falta de medicamentos y el incumplimiento de obligaciones con proveedores y personal administrativo y asistencial son un recuento de los problemas que se presentan en el Hospital. Adicionalmente a ello se observan procesos administrativos

y asistenciales que dependen de registros manuales o en el que se encuentra duplicidad de tareas y trabajos en paralelo, no coordinado entre médicos, enfermeras y personal administrativo.

La motivación para este trabajo se fundamenta en el conocimiento de que los problemas relacionados al proceso de hospitalización impactan en múltiples servicios del Hospital; Consultorio Externo, Emergencia; Sala de Operaciones, Servicios Críticos Unidad de Cuidados Intensivos y Cuidados Intermedios por lo que su revisión y análisis generara el planteamiento de mejoras con el fin de hacerlo un proceso más eficiente y agilizar la atención en los diferentes servicios con los que se relaciona, lo que sin duda mejorará la percepción de calidad del servicio que brinda en el Hospital .

1.2. Objetivo de la investigación

1.2.1. Objetivo general

Realizar el diagnóstico del Servicio de Hospitalización del Hospital Daniel Alcides Carrión y proponer mejoras en la gestión.

1.2.2. Objetivos específicos

- i) Evaluar la gestión del Servicio de Hospitalización del Hospital Daniel Alcides Carrión mediante los indicadores hospitalario del MINSA.
- ii) Determinar el impacto del proceso de admisión hospitalaria en la calidad de atención que brinda el Hospital.
- iii) Determinar la incidencia y los factores que determinan una estancia hospitalaria prolongada.
- iv) Proponer estrategias para mejorar el proceso de hospitalización y la gestión de camas.

1.3. Alcances y limitaciones

1.3.1. Alcances

El presente trabajo analiza la gestión administrativa y asistencial del Servicio de Hospitalización del Hospital Daniel A Carrión y propone mejoras en los procesos del Servicio para una atención más eficiente.

1.3.2. Limitación

El presente estudio tuvo las siguientes limitaciones:

- Los Procesos administrativos en el Servicio de Hospitalización no estandarizados.
- La Información estadística se encuentra dispersa y poco accesible.

1.4. Justificación

El incremento de la demanda de atención de consultorios y emergencia requiere que los procesos de atención hospitalaria sean muy eficientes, tanto en la admisión como en el tiempo de permanencia de lo contrario generara un estancamiento del flujo de pacientes, listas de espera y percepción de mala calidad de atención y gastos excesivos de recursos.

Las propuestas que se plantea son aplicables al contexto actual, realista y alcanzable en el corto plazo, sin la necesidad de inversión de grandes recursos económicos ni grandes incrementos de personal; buscan utilizar los recursos que se disponen para mejorar la eficiencia en los procesos de atención hospitalaria en el Hospital Daniel A Carrión.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

Los altos niveles de exigencia a la que están sometidas las organizaciones de salud, obliga a sus responsables a apoyarse para la toma de decisiones en información directa, real, veraz y demostrable que evidencie la gestión realizada por cada uno de los miembros de la institución.

En este sentido, los indicadores de gestión en el sector salud, son herramientas que permiten medir la administración de servicios, o calcular el logro de sus objetivos sociales e institucionales, mientras que los indicadores de evaluación de directores de hospitales e institutos integra además juicios valorativos basados en atributos que deberán ser definidos con claridad, conceptual y operativamente.

De esta manera, los indicadores de gestión y evaluación, valorarán a partir del cumplimiento o no de determinados estándares, la satisfacción de las necesidades y/o el logro de metas. Por ello, los indicadores de gestión y evaluación del desempeño en hospitales, institutos y DIRESA, constituye una herramienta que ayudará a evaluar y corregir la gestión acorde a los objetivos fundamentales del sector salud, que es una atención de calidad a sus usuarios.

2.1. Indicador

Es una representación cuantitativa, verificable objetivamente, a partir de la cual se registra, procesa y presenta la información necesaria para medir el avance o retroceso en el logro de un determinado objetivo.

Los indicadores cumplen dos funciones básicas, una de carácter cuantitativo y otros de tipo cualitativo. La primera se centra únicamente en medir el estado de avance de una intervención pública, mientras que la segunda cumple más una función valorativa al permitir establecer afirmaciones de carácter calificativo en torno al avance registrado.

Características de los Indicadores

Los indicadores deben cumplir con unos requisitos y elementos para poder apoyar la gestión en el cumplimiento de los objetivos institucionales. Las características más relevantes son las siguientes:

- **Oportunidad:** Deben permitir obtener información en tiempo real, de forma adecuada y oportuna, medir con un grado aceptable de precisión de resultados alcanzados y los desfases con respecto a los resultados propuestos.
- **Excluyentes:** cada indicador debe evaluar un aspecto específico único de la realidad, una dimensión particular de la gestión. Si bien la realidad en la que se actúa es multidimensional un indicador puede considerar alguna de tales dimensiones (económica, social, cultural, política u otras), pero no puede abarcarlas todas.
- **Prácticos:** que se facilite su recolección y procesamiento.
- **Claros:** Ser comprensible tanto para quienes lo desarrollen o para quienes lo estudien o lo temen como referencia.
- **Explícitos:** Definir de manera clara las variables con respecto a las cuales se analizará para evitar interpretaciones ambiguas.
- **Sensible:** reflejar el cambio de la variable tiempo.
- **Transparente/verificable:** su cálculo debe estar adecuadamente soportado y ser documentado para su seguimiento y trazabilidad.

Beneficios de los indicadores

- Apoya el proceso de planificación (definición de objetivos y metas) y de formulación de políticas de mediano y largo plazo
- Posibilita la detección de procesos o áreas de la institución en las cuales existen problemas de gestión tales como: uso ineficiente de los recursos, demoras excesivas en la entrega de los productos, asignación del personal a las diferentes tareas, etc.
- Posibilita a partir del análisis de la información entre el desempeño efectuado y el programado, realizar ajustes en los procesos internos y readecuar cursos de acción

eliminando inconsistencias entre el quehacer de la institución y sus objetivos prioritarios

- Los indicadores de desempeño sientan las bases para una asignación más fundamentada de los recursos públicos
- Establece mayores niveles de transparencia respecto al uso de los recursos públicos y sienta bases para un mayor compromiso con los resultados por parte de los directivos y los niveles medios de dirección
- Apoya la introducción de sistemas de reconocimiento al buen desempeño tanto institucional como grupal e individual.

Tipología de Indicadores

Para la Clasificación de Indicadores, es necesario precisar que, desde diferentes metodologías, se plantean diversas clasificaciones.

i) Indicadores de Eficacia

La eficacia busca mantener el cumplimiento de planes y programas de la entidad, previamente determinados, de tal modo que se pueda evaluar la oportunidad (cumplimiento de la meta en el plazo estipulado) al igual que la cantidad (volumen de bienes y servicios generados en el tiempo). Este concepto plantea en qué medida la organización como un todo cumple con sus objetivos estratégicos, se puede asociar a aspectos como:

- *Cobertura*, definido como el grado en que las actividades que se realizan, o los productos/servicios que se ofrecen son capaces de cubrir o satisfacer la demanda que de ellos existe
- *Focalización*, se relaciona con el nivel de precisión con que los productos servicios son entregados a la población objetivo
- *Capacidad de cubrir demanda*, se plantea si la entidad cuenta con capacidad para absorber de manera adecuada los niveles de demanda que tienen sus productos/servicios, en condiciones de tiempo y calidad.

- *Resultado Final*, permite comparar los resultados obtenidos respecto a un óptimo o máximo posible.

Ejemplo de indicadores de eficacia, es el Indicador de Focalización, que es el número de desempleados capacitados entre total de desempleados inscritos; Indicador Cobertura, es el porcentaje de egresados del programa de reinserción entre el total de inscritos en el programa de reinserción; y el Indicador Resultado Final, que es el porcentaje de infracciones que terminan en sanción efectiva.

ii) Indicadores de Eficiencia

Los indicadores de eficiencia se enfocan en el control de los recursos o las entradas del proceso, evalúan la relación entre los recursos y su grado de aprovechamiento de los mismos.

Costos, consisten en el examen de costos en que incurren las entidades públicas encargadas de la producción de bienes y/o la prestación de servicios, para alcanzar sus objetivos y resultados. Ejemplo de indicadores de eficiencia, el Costo de un servicio en relación al número de usuarios y el Costo total de un programa de becas dividido del total de beneficiarios

iii) Indicadores de Efectividad

Para el análisis de este tipo de indicadores es necesario involucrar la eficiencia y la efectividad, es decir el logro de los resultados programados en el tiempo y con los costos más razonables posibles.

Se relaciona con la medición del nivel de satisfacción del usuario, que aspira a recibir un producto o servicio en condiciones favorables de costo oportunidad y con el establecimiento de la cobertura del servicio prestado. Ejemplos de indicadores de efectividad, el porcentaje de disminución de quejas y reclamos en un periodo determinado, y el porcentaje de disminución de infecciones intrahospitalarias durante un periodo determinado.

iv) Indicadores de Calidad

Se enfocan en la capacidad de la institución de responder en forma rápida y directa a las necesidades de sus usuarios. Son extensiones de la calidad factores tales como: oportunidad, accesibilidad, precisión y continuidad en la entrega de servicios, comodidad y cortesía en la atención.

Ejemplos de indicadores de calidad: *Accesibilidad*, es el porcentaje de población vulnerable cubierta con el programa, respecto de total vulnerable censado; *Oportunidad*, es el porcentaje de autorizaciones médicas especiales en menor tiempo al límite establecido; y *Percepción del Usuario*, es el porcentaje de quejas y reclamos en un periodo determinado, respecto del total de encuestados.

v) Indicadores de Economía

La capacidad de la institución para generar y movilizar adecuadamente los recursos financieros en pos del cumplimiento de sus objetivos. Todo organismo que administre fondos, sobretodo público, es responsable del manejo eficiente de los recursos de caja, de ejecución de su presupuesto y de la administración adecuada de su patrimonio. Ejemplos de indicadores de economía: Aumento de costos por errores en contrato, y Porcentaje de recursos privados obtenidos a través de la cooperación o alianzas estratégicas con otros sectores.

Otra Clasificación

i) Indicadores de Estructura

La evaluación de la Estructura corresponde al estudio de los recursos con que cuenta un hospital para brindar atención a los usuarios en respuesta de sus necesidades.

Accesibilidad, es la posibilidad que tiene la población de recibir atención de salud en el hospital. Establece el grado de dificultad del usuario para relacionarse con los

servicios que ofrece un determinado centro asistencial. La accesibilidad está determinada por factores económicos, geográficos, culturales y organizativos.

Disponibilidad, es la relación entre la cantidad de recursos con que cuenta un hospital y la población a la cual se está brindando servicios. (Población asignada). Evalúa si un servicio está siendo ofrecido a todos aquellos que pueden resultar beneficiados.

Adecuación, es la relación entre los recursos humanos, físicos y financieros y las necesidades de atención de los usuarios.

ii) **Indicadores de Proceso**

La evaluación de los procesos corresponde al estudio de la mecánica operativa de las diversas funciones que debe cumplir el hospital para la atención de los usuarios.

Actividades, son las acciones dirigidas a eliminar o modificar factores que producen o condicionan un daño o agresión a la salud.

Uso, es el promedio de servicios recibidos por cada usuario durante un periodo determinado.

Utilización, es la relación entre los recursos utilizados y los recursos disponibles para una actividad o por servicio, por unidad de tiempo.

Productividad, es el número de actividades o servicios alcanzados en relación a los recursos disponibles, por unidad de tiempo. Representa en términos potenciales, la máxima capacidad de operación o de utilización de un recurso.

Rendimiento, es el número de productos alcanzados (o actividades realizadas) en relación al recurso utilizado, por unidad de tiempo.

Calidad, es el conjunto de características que deben tener los servicios de salud, desde el punto de vista técnico y humano para alcanzar los efectos deseados, tanto para los proveedores como para los usuarios.

iii) **Indicadores de Resultados**

La evaluación de los resultados corresponde a los cambios producidos en la salud de las personas o de los propios servicios, debido a las diversas intervenciones que brinda el hospital.

Cobertura, es la proporción de personas con necesidades de servicios de salud que reciben atención para tales necesidades. La cobertura indica si el servicio de salud está llegando a la población que realmente lo necesita.

Eficacia, se define como el logro de los objetivos o metas planificadas por los servicios hospitalarios.

Eficiencia, es la relación entre los efectos de un servicio de salud y los recursos e insumos utilizados para producir dicho servicio.

Efectividad, mide el logro del objetivo o meta del servicio a nivel de la población, es decir el impacto como producto de un proceso.

2.1.1. **Principales Indicadores**

i) **Indicadores de Consulta Ambulatoria**

- **Número de Atendidos:** Es el número de pacientes que acuden al consultorio del hospital para recibir atención médica. Se clasifican en
 - Nuevos: Acuden por primera vez al hospital, a un servicio o a una especialidad.
 - Re ingresantes: Acuden por primera vez en el año, pero acudieron los años

- Continuadores: Acuden por segunda o más veces a atenderse al hospital a un servicio o especialidad.
- Rendimiento hora medico:
 - Concepto: Indicador que mide la relación entre el número de atenciones médicas en consulta externa y el número de horas efectivas de trabajo en el consultorio.
 - Objetivo: Conocer el promedio de pacientes atendidos por hora, por el profesional médico.

Número de Consultas Médicas
Total, de horas medicas efectivas

Estándar Propuesto: Hospital entre 3 y 4 consultas por hora.

- Concentración de Consultas:
 - Concepto: Sirve para establecer el promedio de consultas que se ha otorgado a cada paciente que acudió al hospital durante un periodo.
 - Objetivo: Conocer el promedio de atenciones por cada paciente.

N° de atenciones en un periodo
N° de atendidos (nuevos y reingresos) en dicho periodo

Estándar propuesto: Hospital entre 3 y 4 consultas en promedio.

- Porcentaje de cumplimiento de citas: Indicador que muestra el número de pacientes que no acuden a su cita programada
- Utilización de los consultorios (Médicos):
 - Concepto: Es la relación de los consultorios funcionales y Físicos
 - Objetivo: Conocer el grado de uso de los consultorios en consulta externa médica, determinada por el número de turnos que se viene otorgando para la atención en la consulta, comprendiendo cada turno con un tiempo de 4 horas.

N° de Consultorios Médicos Funcionales

N° de Consultorios Médicos Físicos

Estándar Propuesto: Hospital 2 turnos

ii) *Indicadores de Hospitalización*

- Cama Hospitalaria: es el número de camas disponibles para pacientes internados, ya sean ocupadas o vacantes.
- Número de Egresos: salida de un paciente luego de haber estado hospitalizado. El egreso puede ser de alta médica, alta voluntaria, fuga, transferencia a otro centro asistencial o defunción.
- Promedio de Permanencia o Estadía
 - Concepto: Indicador para evaluar el grado de aprovechamiento de las camas del hospital e indirectamente la calidad de los servicios, ya que en tiempos excesivos de hospitalización puede reflejar, entre otras causas deficiencias técnicas. Establece también el promedio de días de estadía que tiene cada paciente hospitalizado en un periodo de tiempo.
 - Objetivo: Determinar el promedio de días de permanencia de los pacientes que egresaron en un periodo.

N° de días de estancia de los egresados (vivos o fallecidos) en un periodo

N° de egresados (vivos o fallecidos) en el mismo periodo

Estándar Propuesto: Hospital entre 6 a 8 días.

- Intervalo de Sustitución de camas
 - Concepto: Se describe este indicador como el tiempo promedio (en días o fracción día), que una cama hospitalaria permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro. Se indica que el valor del

intervalo de sustitución es ideal, cuando es mayor que cero y menor que uno, expresando que, si un paciente egresa, esa cama es ocupada por otro paciente en un periodo menor de un día.

- **Objetivo:** Determinar el tiempo en que permanece la cama vacía entre un egreso y el subsiguiente ingreso a la misma cama.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de cama disponible} - \text{N}^\circ \text{ de pacientes día en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos en el mismo periodo}}$$

Estándar propuesto: Hospital 0.6 hasta 1 día.

- Porcentaje de Ocupación Cama

- **Concepto:** Conocido también como grado de uso o índice ocupacional. Es un índice que mide el porcentaje de camas ocupadas, en relación al total de las disponibles en un determinado periodo (día, semana, mes o año).
- **Objetivo:** Evaluar el nivel de ocupación de las camas

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes día de un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de días cama disponibles en el mismo periodo}}$$

Estándar propuesto: Hospital: 85% - 90%.

- Rendimiento Cama

- **Concepto:** Sirve para mostrar el número de enfermos tratados en cada cama hospitalaria, es decir los egresos que dicha cama ha producido durante un periodo.
- **Objetivo:** Conocer el promedio de uso de una cama

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos de un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de camas disponibles promedio en el mismo periodo}}$$

Estándar propuesto: en un Hospital no menos de 48 egresos al año y un promedio de 04 al mes.

- Tasa de Mortalidad: sirve para una apreciación global de la situación de mortalidad.

N° de egresos por defunción hospitalaria en un periodo X100

N° de egresos en el mismo periodo

iii) Indicadores de Centro Quirúrgico

- Número de Intervenciones quirúrgicas: es la suma de las operaciones realizadas programadas o electivas y de emergencia, así como las de cirugía de día.
- Número de pacientes operados: es la suma de los pacientes en quienes se ha practicado una o más intervenciones quirúrgicas en el centro quirúrgico de hospital
- Rendimiento de sala de operaciones
 - Concepto: Este indicador sirve para conocer el promedio de intervenciones quirúrgicas que se realizan, en cada sala de centro quirúrgico. Permite identificar el grado de uso de las salas quirúrgicas (puede calcularse por separado el promedio de las salas de emergencia y de las destinadas para operaciones electivas)
 - Objetivo: Determina el número promedio de intervenciones Quirúrgicas realizadas por cada operación.

Número de Intervenciones Quirúrgicas ejecutadas

Número de Salas de Operaciones

Estándar propuesto: Hospital 80 a 100 por sala en el mes.

- Aprovechamiento de Sala de Operaciones: mide el grado real de utilización de la capacidad instalada del centro quirúrgico

N° de horas quirúrgicas efectivas en un periodo x 100

N° de horas quirúrgicas disponibles en el mismo periodo

- Grado de cumplimiento de operaciones programadas: establece el porcentaje de intervenciones quirúrgicas realizadas respecto a las programadas

N° intervenciones quirúrgicas programadas ejecutadas un periodo x 100

N° de intervenciones quirúrgicas programadas en el mismo periodo

- Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas
 - Concepto: mide la proporción de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas. Permite identificar problemas, en los procesos relacionados con las intervenciones quirúrgicas.

N° de intervenciones quirúrgicas suspendidas en un periodo x 100

N° de intervenciones quirúrgicas programadas en el mismo periodo

Estándar propuesto: Hospital 5%

2.2. Evaluación de la Gestión Hospitalaria

La evaluación de las organizaciones sanitarias es una necesidad mundial por ello se busca herramientas adecuadas para poder valorar de manera objetiva el desempeño de dichas organizaciones.

El Ministerio de Salud (2005) realizó el Estudio Nacional de Línea de Base de Evaluación de la Gestión Hospitalaria en la Red Hospitalaria del MINSA, este fue un estudio observacional, descriptivo transversal retrospectivo, en el que se levantó información a través de un cuestionario remitido a las 23 DIRESAS del país y las 5 DISAS de Lima y Callao, con su respectivo instructivo (Ministerio de Salud, 2005), para el adecuado llenado por cada equipo de gestión de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención de su ámbito (ver Tabla 2.1)

Tabla 2. 1 Establecimientos de Salud Evaluados por Minsa

Categoría	E.E.S.S Encuestados	Total E.E.S.S. por categoría	Porcentaje de E.E.S.S. por categoría encuestado
II-1	31	54	57.40%
II-2	18	25	72.00%
III-1	19	20	95.00%
III-2	2	8	25.00%
Total	70	107	65.40%

Fuente: Estudio Nacional de Línea de Base de Evaluación de la Gestión Hospitalaria – MINSA 2005

El cuestionario se distribuía en 03 componentes (estructura, procesos y resultados), 13 ítems y 75 sub ítems, la distribución se detalla a continuación.

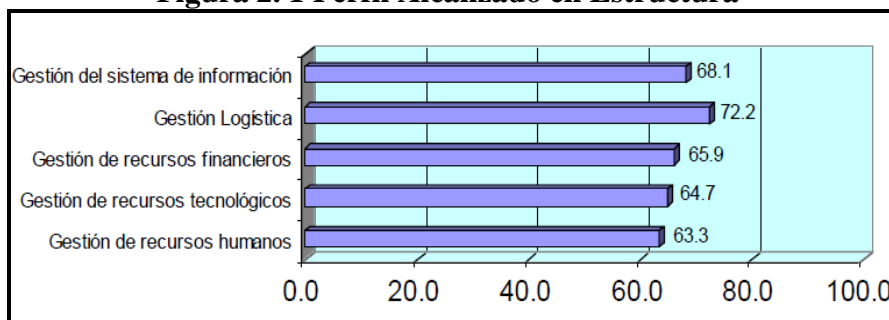
- Estructura: 5 ítems: 25 sub ítems
- Procesos: 5 ítems: 25 sub ítems
- Resultados: 3 ítems: 25 sub ítems

La calificación final se obtuvo de la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada sub ítem, que en total fueron 75 (con una escala de 0 a 2), siendo el puntaje máximo posible de 150 puntos que representa el 100%, para cada componente el puntaje máximo fue de 50 puntos, en cada ítem el puntaje máximo era de 10 puntos porque tenían cada uno 5 sub ítem, excepto en el último ítem de resultados donde el puntaje máximo correspondía a 30 puntos por tener 15 sub ítem en el mismo.

El estándar para poder tener un juicio de valor sobre los puntajes alcanzados, fue para todos los casos de 90%, así mismo se consideró una escala de graduación del nivel de desarrollo en la gestión hospitalaria que consideró tres grados o niveles (requiere más trabajo, regular y bueno).

En el componente estructura se evaluaban ítems correspondientes a la gestión de aspectos que dan soporte o estructura al desarrollo de los procesos en el establecimiento de salud, de los 5 ítems evaluados se evidenció que el referente a la gestión de los recursos humanos fue el que más bajo nivel de desarrollo se alcanzó con un 63.3%, estando muy por debajo del estándar de 90% (ver figura 2.1).

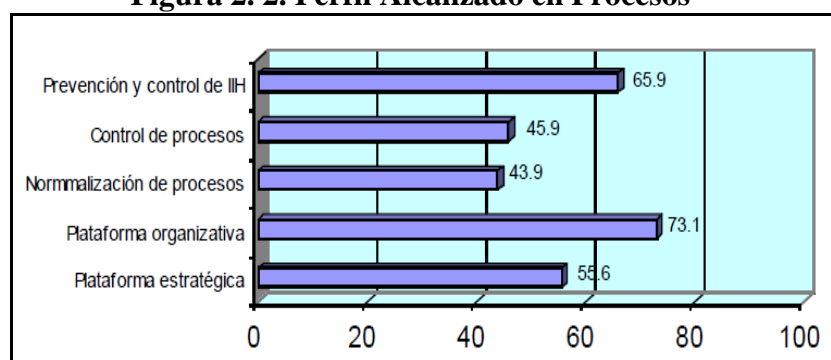
Figura 2. 1 Perfil Alcanzado en Estructura



Fuente: Estudio Nacional de Línea de Base de Evaluación de la Gestión Hospitalaria - MINSA 2005

En el componente procesos se evaluaba la gestión a través de Macroprocesos ejes del establecimiento de salud, encontrándose que es deficiente la normalización y control de procesos que se desarrollan día a día en el hospital, así mismo el proceso de planeamiento estratégico definido como plataforma estratégica alcanzó solo un valor 55% sobre el puntaje en los establecimientos encuestados (ver figura 2.2).

Figura 2. 2. Perfil Alcanzado en Procesos



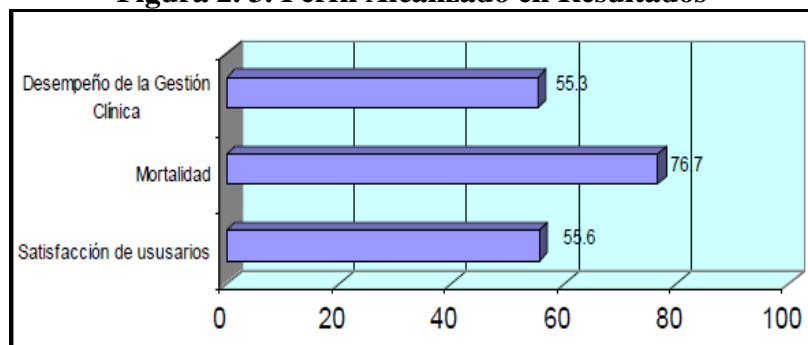
Fuente: Estudio Nacional de Línea de Base de Evaluación de la Gestión Hospitalaria – MINSA 2005

En el componente resultados se evaluaba aspectos de gestión relacionada con ítems que consideraron indicadores asociados a resultados en un establecimiento de salud como son satisfacción de usuarios, indicadores de mortalidad e indicadores de desempeño de la gestión, evaluándose todos los indicadores en función a estándares.

En lo que respecta al ítem de satisfacción de usuarios y desempeño de la gestión se alcanzó un porcentaje de 55%, muy por debajo del estándar de 90%. Los

indicadores contemplados en el ítem evaluación del desempeño de la gestión correspondían mayormente a indicadores de utilización de recursos y calidad de atención, por lo que se evidencia una subutilización de recursos existentes y mala calidad de atención (figura 2.3)

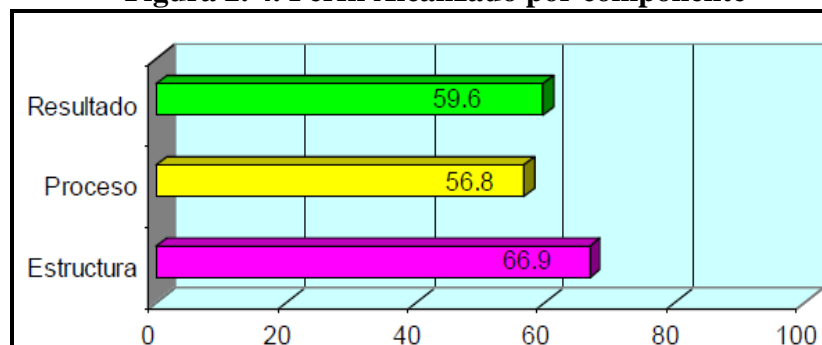
Figura 2. 3. Perfil Alcanzado en Resultados



Fuente: Estudio Nacional de Línea de Base de Evaluación de la Gestión Hospitalaria – MINSA 2005.

Según el perfil alcanzado por componente, el que se alcanzó el nivel más bajo fue el referente a procesos con un 56.8% como se puede ver en la figura 2.4.

Figura 2. 4. Perfil Alcanzado por componente

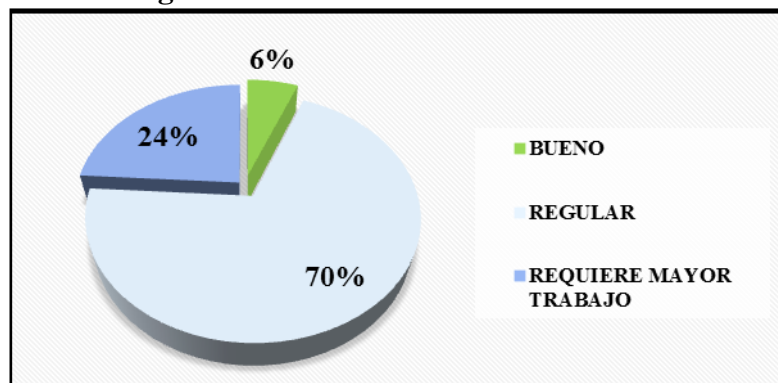


Fuente: Estudio Nacional de Línea de Base de Evaluación de la Gestión Hospitalaria – MINSA

En relación a la escala de graduación del nivel de desarrollo de la gestión hospitalaria, resultó que solo un 6% alcanzó el calificativo de bueno, la mayor parte correspondió a regular 70% y la cuarta parte a requiere mayor trabajo.

En relación a la escala de graduación del nivel de desarrollo de la gestión hospitalaria, resultó que solo un 6% alcanzó el calificativo de bueno, la mayor parte correspondió a regular 70% y la cuarta parte a requiere mayor trabajo (ver figura 2.5).

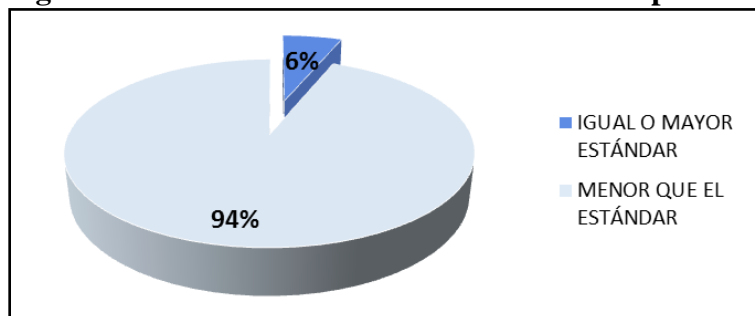
Figura 2. 5. Escala Final de Evaluación



Fuente: Estudio Nacional de Línea de Base de Evaluación de la Gestión Hospitalaria – MINSa 2005

Respecto al estándar establecido de 90%, del total de hospitales, el 94% se encontraron bajo el estándar en la evaluación global de la gestión hospitalaria y solo un 6% alcanzó el estándar como se muestra en la figura 2.6.

Figura 2. 6. Evaluación Final de la Gestión Hospitalaria



Fuente: Estudio Nacional de Línea de Base de Evaluación de la Gestión Hospitalaria – MINSa 2005

2.2.1. Evaluación de la Gestión Hospitalaria por Indicadores

La finalidad de la evaluación de Indicadores es promover la adecuada gestión de los recursos hospitalarios mediante la óptima evaluación y valoración de los procesos

administrativos asistenciales, el uso racional de los recursos y cumplimiento de resultados, bajo criterios de calidad y oportunidad.

La Oficina General de Epidemiología e Informática del Ministerio de Salud determinó la evaluación de la gestión por intermedio de indicadores (Ministerio de Salud, 2013) según se indica a continuación.

Para la valoración de la Eficiencia Hospitalaria, el MINSA seleccionó una lista de veintidós indicadores.

Indicadores de Producción y Rendimiento

- 1) Productividad Hora Medico
- 2) Rendimiento Hora Medico
- 3) Concentración
- 4) Utilización de los Consultorios (Médicos)

Indicadores de Eficiencia

- 5) Promedio de Análisis de Laboratorio por Consulta Externa
- 6) Promedio de Permanencia
- 7) Intervalo de Sustitución cama
- 8) Porcentaje Ocupación de Camas
- 9) Rendimiento Cama
- 10) Razón de Emergencias por Consulta Médicas
- 11) Razón de Urgencias por Consulta Médicas
- 12) Rendimiento de Sala de Operaciones
- 13) Rendimiento de Sala de Operaciones (para Salas de Emergencia)
- 14) Rendimiento de Sala de Operaciones (para Salas de Cirugías Electivas)
- 15) Grado de Resolutividad del Establecimiento de Salud

Indicadores de Calidad

- 16) Porcentaje de Infecciones Intrahospitalarias
- 17) Tasa Neta de Mortalidad
- 18) Tasa de Cesárea

- 19) Tasa de Mortalidad Perinatal
- 20) Mortalidad Neonatal Precoz
- 21) Mortalidad Neonatal Tardía
- 22) Porcentaje de Cirugías suspendidas

Para la Evaluación de la Gestión de Directores de hospitales e Institutos Especializados el MINSA seleccionó los siguientes 16 indicadores.

Indicadores de Producción y Rendimiento

- 1) Promedio rendimiento hora-médico
- 2) Promedio concentración de consulta

Indicadores de Eficiencia

- 3) Promedio de Permanencia
- 4) Intervalo de Sustitución cama
- 5) Porcentaje de Ocupación Cama
- 6) Rendimiento Cama
- 7) Razón de Emergencias por Consultas Médicas
- 8) Rendimiento de sala de operaciones programadas
- 9) Rendimiento de sala de parto
- 10) Promedio de Permanencia en UCI
- 11) Porcentaje de utilización de ventiladores en UCI

Indicadores de Calidad

- 12) Tasa de Cesárea
- 13) Tasa de Mortalidad Intra y Post parto
- 14) Intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas
- 15) Porcentaje de pacientes en sala de observación con estancia mayor a 12 horas
- 16) Tasa de Mortalidad en UCI

2.2.2. Evaluación de la Gestión Hospitalaria por Estándares Internacionales

A nivel internacional la más prestigiosa institución que evalúa organizaciones sanitarias es la Joint Commission Internacional, la cual mediante la aplicación de estándares internacionales generalizados agrupados por las funciones relacionadas con la prestación de atención al paciente y las relacionadas con la presentación de una organización segura, efectiva y bien manejada determinan la acreditación o no de la Institución evaluada.

La organización funcional de los estándares es por el momento la más ampliamente utilizada en el mundo entero y ha sido validada por estudios científicos, pruebas y su aplicación.

En nuestro medio actualmente solo 3 organizaciones sanitarias han sido acreditadas por la Joint Commission Internacional: la British American Hospital o Clínica Angloamericana en sus sedes de San Isidro y La Molina en febrero del 2013; la Clínica Internacional en sus sedes de Lima y San Borja en marzo 2014 y la Clínica San Pablo Sede Surco. Los siguientes estándares son los aplicados por la Joint Commission Internacional en la evaluación de cualquier organización sanitaria:

Estándares centrados en el paciente

- Objetivos internacionales para la seguridad del paciente
- Accesibilidad y continuidad de la atención
- Derechos del paciente y de su familia.
- Evaluación de los pacientes
- Atención de los pacientes
- Anestesia y atención quirúrgica
- Gestión y uso de medicamentos
- Educación del paciente y de su familia

Estándares de Gestión de la Organización Sanitaria

- Mejora de la calidad y la seguridad del paciente
- Prevención y control de infecciones

- Gobierno, Liderazgo y dirección
- Gestión y Seguridad de la Instalación
- Cualificaciones y educación del personal
- Manejo de la comunicación y la información

Estándares del Hospital del Centro Médico Académico

- Educación de los profesionales médicos
- Investigación con Sujetos Humanos

2.2.3. Evaluación de la Gestión Hospitalaria por Dimensiones

La evaluación de Clínicas y Hospitales realizada por América Economía (AméricaEconomía, 2016) es una de los más comentados y publicitados los últimos 5 años en nuestro medio. América economía realiza esta evaluación de organizaciones sanitarias públicas o privadas de alta complejidad a través de cuestionarios que recogen informaciones clave de 6 dimensiones de calidad hospitalaria y documentación que sustenta dicha información. Las 6 dimensiones evaluadas se desarrollan a continuación.

- Seguridad y Dignidad del Paciente (25%), es decir, indicadores de procesos y resultados que permiten minimizar riesgos hospitalarios, y transparencia.
- Capital Humano (25%), considerando el análisis del plantel médico, de enfermería y el gobierno hospitalario.
- Capacidad (20%), es decir, indicadores de cantidad de egresos, camas, especialidades y subespecialidades médicas, exámenes de laboratorio, cirugías, etc., además de inversiones.
- Gestión del Conocimiento (10%), es decir, indicadores que permiten medir la capacidad de generar, obtener y difundir la vanguardia del saber médico en la entidad.
- Eficiencia (10%), considerando variables de eficiencia médica, como tasas de ocupación de camas o quirófanos, eficiencia financiera (balances y estados de resultado) y los mecanismos de gestión de la calidad.

- Prestigio (10%), que considera, a través de encuestas, la opinión de los médicos de los hospitales participantes y de los lectores de América economía suscritos al portal web, y los hitos, logros y alianzas estratégicas alcanzadas por las entidades.

En la Tabla 2.2, se detalla el Ranking de Clínicas y Hospitales 2015 donde se describe las 43 instituciones evaluadas que superaron los 50 puntos en la calificación final y donde se detalla el puesto ocupado por la misma institución en el Ranking 2014.

Tabla 2.2 Ranking América y Economía

Mejores Hospitales y Clínicas de América Latina 2015				
Ranking 2015	Ranking 2014	HOSPITAL O CLÍNICA	PAÍS	CIUDAD
1	1	Hospital Israelita Albert Einstein	Brasil	Sao Paulo
2	2	Clínica Alemana	Chile	Santiago
3	5	Fundación Valle de Lila	Colombia	Cali
4	3	Hospital Universitario Austral	Argentina	Buenos Aires
5	4	Fundación Cardiovascular de Colombia	Colombia	Bucaramanga
6	6	Hospital Samaritano de Sao Paulo	Brasil	Sao Paulo
7	10	Fundación Cardioinfantil	Colombia	Bogotá
8	8	Hospital Clínica Bíblica	Costa Rica	San José
9	7	Hospital Pablo Tobón Uribe	Colombia	Medellín
10	9	Clínica Internacional	Perú	Lima
11	11	Médica Sur	México	Ciudad de México
12	13	Centro Médico Imbanaco	Colombia	Cali
13	14	Clínica Ricardo Palma	Perú	Lima
14	12	Hospital Alemao Oswaldo Cruz	Brasil	Sao Paulo
15	15	Hospital Universitario de San Vicente Fundación	Colombia	Medellín
16	17	Hospital Moinhos de Ventó	Brasil	Porto Alegre
17	18	Foscal	Colombia	Bucaramanga
18	21	Hospital Alemán	Argentina	Buenos Aires
19	16	Policlínica Metropolitana	Venezuela	Caracas
20	20	Hospital Sao Vicente de Paulo	Brasil	Rio de Janeiro
21	24	Clínica de Occidente	Colombia	Bogotá
22	26	Hospital General de Medellín	Colombia	Medellín
23	22	Hospital Edmundo Vasconcelos	Brasil	Sao Paulo
24	23	Clínica Las Américas	Colombia	Medellín
25	29	Hospital Luis Vernaza	Ecuador	Guayaquil
26	27	Hospital San Ignacio de Bogotá	Colombia	Bogotá
27	25	Mederi	Colombia	Bogotá
28	30	Hospital Punta Pacifica	Panamá	Ciudad de Panamá
29		Hospital Infantil Sabara	Brasil	Sao Paulo
30	34	Clínica Universitaria Bolivariana	Colombia	Medellín
31	31	Clínica Universidad de la Sabana	Brasil	Sao Paulo

Ranking 2015	Ranking 2014	HOSPITAL O CLÍNICA	PAÍS	CIUDAD
32		Hospital Universitario Departamental de Nariño	Colombia	Pasto
33		Clínica Colsanitas Reina Sofía	Colombia	Bogotá
34	33	Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt	Colombia	Bogotá
35	32	Clínica Marly	Colombia	Bogotá
36	35	Clínica León XIII	Colombia	Medellín
37	40	Hospital El Cruce	Argentina	Florencio Varela
38	36	Sanatorio Americano	Uruguay	Montevideo
39	37	Clínica Medellín	Colombia	Medellín
40	39	Clínica Cardio VID	Colombia	Medellín
41		Hospital San José	Colombia	Bogotá
42	38	Hospital Sotero del Río	Chile	Santiago
43	42	Hospital Galenia	México	Cancún

Fuente: Publicación de Revista de América y Economía. 2015

En nuestro medio los Hospital públicos cuentan con escasos recursos financieros y hacen frente a una cada vez mayor demanda de atención por parte de la población por lo que el uso eficiente de dichos recursos es una preocupación constante de parte de nuestras autoridades de salud. La evaluación de los mismos se basa fundamentalmente en indicadores hospitalarios.

2.2.4. Acreditación Hospitalaria

La acreditación como un mecanismo de evaluación de la capacidad institucional de brindar atención en salud con calidad, oportuna, completa, segura y con trato amable; lleva más de una centuria y ha tomado fuerza en las últimas décadas.

Se ha desarrollado y optimizado una serie de herramientas para la evaluación de la calidad de los servicios de salud con el objetivo de asegurar el resultado de la atención, prevenir la aparición de complicaciones evitables y generar procesos de mejoramiento continuo que beneficien a los usuarios. En Latinoamérica la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en los inicios de la década de los noventas, implementó la definición de los primeros manuales de acreditación y trabajó de convencimiento a los países de la región acerca de la necesidad de adelantar procesos de acreditación hospitalaria adaptados a las realidades de cada país.

En el país, la Norma Técnica en Salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo (Ministerio de Salud, 2007), tiene la finalidad de contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según el nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

El ámbito de la aplicación es para todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos y privados, incluyendo a los del Seguro Social de Salud, las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional del Perú, los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales, en el ámbito nacional, y comprende a los servicios prestados por terceros. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función.

El proceso de acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo se orientará por los principios: *Universalidad, Unidad, Gradualidad y Confidencialidad*. El proceso de Acreditación y Evaluación externa comprende dos fases, la Autoevaluación y la Evaluación Externa.

Fases de la Acreditación

i) Autoevaluación

Inicio del proceso, a cargo de un equipo de evaluadores internos, el cual se conforma mediante un proceso de selección. La fase de autoevaluación se realizará una vez al año, los establecimientos de salud, públicos y privados podrán realizar la autoevaluación las veces necesarias en un año, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del Informe Técnico de Autoevaluación y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa.

ii) Evaluación externa

Proceso de evaluación, a cargo de un equipo de evaluadores externos seleccionados. La evaluación externa es de carácter voluntario y deberá ser realizada

en un plazo posterior no mayor a doce meses desde la última autoevaluación con calificación aprobatoria.

Los resultados de la evaluación para la acreditación se calificarán a continuación.

- Acreditado: calificación igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares.
- No acreditado: menos del 85% del cumplimiento de los estándares.

En el caso de que la evaluación externa califique al establecimiento de salud o servicio médico de apoyo como NO ACREDITADO, los plazos y los procedimientos de evaluación que deben cumplir el establecimiento de salud o los servicios médicos de apoyo que deseen continuar el proceso para lograr la acreditación, según puntajes alcanzados, a continuación, se detallan.

- Puntaje obtenido entre 70% y menor de 85% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y someterse la evaluación externa en un plazo de seis meses.
- Puntaje obtenido entre 50 y menor de 70% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y someterse nuevamente a una evaluación externa en un plazo máximo de nueve meses.
- Puntaje menor a 50% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y reiniciar el proceso desde la autoevaluación.

En el caso de que los plazos no se cumplan, el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo deberá reiniciar el proceso desde la fase de autoevaluación.

La Acreditación otorgada por Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional del Gobierno Regional, según corresponda, tiene tres años de vigencia, los cuales se cuentan a partir de la fecha de su expedición.

El listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de Salud con Categoría I-1 a III-1 se componen por veintidós Macroprocesos, setenta y ocho estándares y éste a su vez se compone de criterios que según el nivel hospitalario tienen un cierto número. Para el Hospital Daniel Alcides Carrión el total de criterios son de trescientos cuarenta y dos criterios (nivel III-1).

A continuación, se describen los objetivos y alcances de los Macroprocesos de acreditación para establecimientos categoría III-1.

- Macroprocesos 1: Direccionamiento (DIR), cuyo objetivo y alcance es evaluar si la organización despliega con eficacia los planes estratégicos, operativo y de contingencia contribuyendo al desarrollo armónico de los servicios que la componen y al mejoramiento continuo, con la finalidad de brindar mejores servicios a los pacientes según prioridades sanitarias identificadas.
- Macroprocesos 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH), cuyo objetivo y alcance es evaluar si la organización está orientada a gestionar al recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.
- Macroprocesos 3: Gestión de la calidad (GCA), cuyo objetivo y alcance es evaluar si la organización implementa prácticas de calidad orientadas a la búsqueda permanente de la satisfacción de las expectativas de los usuarios y trabajadores, así como al cumplimiento de los objetivos institucionales y sectoriales.
- Macroprocesos 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA), cuyo objetivo y alcance es evaluar si el establecimiento realiza acciones para controlar infecciones, eventos adversos, desechos de residuos sólidos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personal) adquieran nuevas afecciones.
- Macroprocesos 5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD), cuyo objetivo y alcance es evaluar si el establecimiento de salud de despliega los medios adecuados para afrontar las emergencias y desastres de manera eficaz y oportuna.
- Macroprocesos 6: Control de la Gestión y Prestación (CGP), cuyo objetivo y alcance es evaluar si la organización da cumplimiento a la normatividad vigente dentro de las políticas organizacionales y en atención a las metas y objetivos previstos en los planes estratégicos, operativos y de contingencias.
- Macroprocesos 7: Atención Ambulatoria (ATA), cuyo objetivo y alcance es evaluar si la organización presta atención de consulta externa de manera organizada y confiable que garanticen oportunidad, seguridad y eficacia.
- Macroprocesos 9: Atención de Hospitalización (ATH), cuyo objetivo y alcance es evaluar si la atención en los servicios de internamiento que brinda la organización cumplen con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información completa.

- Macroprocesos 10: Atención de Emergencia (EMG), cuyo objetivo y alcance es evaluar la capacidad de respuesta del servicio de emergencia en su misión de minimizar los riesgos derivados de los padecimientos agudos de los usuarios en emergencia, enfatizando en la oportunidad y continuidad de atención.
- Macroprocesos 11: Atención Quirúrgica (ATQ), cuyo objetivo y alcance es evaluar si el centro quirúrgico está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados preoperatorios, anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios a los pacientes.
- Macroprocesos 12: Docencia e Investigación (DIV), cuyo objetivo y alcance es evaluar si la institución desarrolla actividades de docencia e investigación de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos por los organismos reguladores e institucionales, buscando mejorar la competencia de los recursos humanos.
- Macroprocesos 13: Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT), cuyo objetivo y alcance es evaluar si la organización brinda servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento bajo los atributos de eficiencia, eficacia, seguridad y accesibilidad.
- Macroprocesos 14: Admisión y Alta (ADA), cuyo objetivo y alcance es evaluar si el proceso de atención, desde el ingreso hasta la salida de los usuarios y acompañantes, permite disminuir las barreras de acceso e incorpora la identificación y priorización de necesidades (parcial o completamente) de salud individual y familiar.
- Macroprocesos 15: Referencia y Contrarreferencia (RCR), cuyo objetivo y alcance es evaluar si la organización garantiza la continuidad de la atención de salud en una red de servicios y si contribuye a solucionar los problemas de salud de la población con trabajo en equipo y buscando la participación activa de la comunidad organizada).
- Macroprocesos 16: Gestión de Medicamentos (GMD), cuyo objetivo y alcance es evaluar si la organización suministra los servicios de hospitalización, ambulatorio y otros, los medicamentos y productos solicitados y tiene un impacto directo en la seguridad de los pacientes.
- Macroprocesos 17: Gestión de la información (GIN), cuyo objetivo y alcance es evaluar si se cuenta con evidencia permanente y organizada para facilitar las

decisiones de los trabajadores de la organización basadas en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos.

- Macroprocesos 18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE), cuyo objetivo y alcance es evaluar si los procedimientos de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres y ropa, así como las instalaciones, permiten minimizar los riesgos de contaminación y de infecciones intrahospitalarias aplicando medidas de seguridad como: bioseguridad, precauciones estándares y de salud ocupacional en forma oportuna y eficaz.
- Macroprocesos 19: Manejo del Riesgo Social (MRS), cuyo objetivo y alcance es evaluar si la organización está orientada a brindar servicios de salud a las poblaciones de riesgo social bajo los atributos de accesibilidad y continuidad.
- Macroprocesos 20: Nutrición y Dietética (NYD), cuyo objetivo y alcance es evaluar si la organización garantiza una atención de nutrición y dietética según las necesidades, las indicaciones clínicas y los requerimientos de los pacientes.
- Macroprocesos 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM), cuyo objetivo y alcance es evaluar si la organización orienta el compromiso laboral de su personal (administrativo y asistencial) para el uso racional y la conservación adecuada de insumos y materiales.
- Macroprocesos 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF), cuyo objetivo y alcance es evaluar si la organización dispone de equipos en buen estado y se garantiza su operatividad en el momento que se requiera. Asimismo, que las instalaciones estructurales y servicios se mantengan conservados y operativos.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

En este capítulo se presenta las etapas de la metodología que se ha desarrollado para el presente trabajo.

3.1. Etapa I Recopilación de la información

3.1.1. Fuentes Secundarias

Se revisaron inicialmente indicadores sanitarios de la Provincia Constitucional del Callao reportados por el Instituto Nacional de Estadísticas INEI; documentos normativos del Ministerio de Salud referentes a la Gestión Hospitalaria y a la evaluación de los Hospitales mediante Indicadores de Gestión¹, estadísticas de producción de los Servicios del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de las publicaciones en Web de la Oficina de Estadística e Informática, estadísticas de Recursos Humanos extraídos de documentos oficiales como Plan Operativo Anual o Planeamiento Estratégico Institucional; Manual de procesos de la página de transparencia del Hospital y reportes de la capacidad hospitalaria y referencias en la Dirección Regional de Salud.

3.1.2. Primarias

3.1.2.1. La entrevista

Al identificar indicadores de gestión hospitalaria por debajo de los estándares establecidos y al encontrarse el Hospital en una crisis administrativa se plantea la interrogante de cual o cuales son los indicadores que se priorizan desde la administración del Hospital, como evalúan la gestión y cuáles son las metas más importantes que quieren lograr por ello se planteó la necesidad de entrevistar a personas con experiencia en gestión para recabar de manera directa esta información.

¹ Resolución Ministerial N° 028-2016/MINSA - Aprueba Metas e Indicadores de Desempeño del Ministerio de Salud, correspondientes al año 2016, los que están articulados a las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional, establecidas en el Decreto Supremo N° 027-2007-PCM y sus modificatorias, cuyo contenido se encuentra en el Anexo que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Se planearon realizar entrevistas a ex directores del Hospital para realizarles una entrevista semi-estructurada. Se realizó finalmente tres entrevistas; dos fueron gestores, ex directores generales del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, y la tercera gestora quien fue Directora General de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personal en el Instituto de Gestión de Servicios de Salud del MINSA. Las entrevistas se realizaron en sus lugares de trabajo en horarios pre establecidos por los entrevistados y se exploraron temas como Indicadores de Gestión más importantes, el Planeamiento Estratégico en la Gestión; Relación con el Cuerpo Médico, el manejo del Recurso humano, la relación con niveles superiores

Un gestor manifestaba que los a los indicadores financieros y de producción son los que priorizaba en su gestión ya que sin recursos económicos la Institución no podía avanzar. Estaba convencido en el planeamiento estratégico, de donde se desprendían los planes operativos era esencial, porque indicaba el norte de la institución. Es importante tener una cordial relación con el Cuerpo Médico del Hospital. Consideraba al recurso humano como muy importante por lo que siempre hay que dialogar sobre sus necesidades, así como el clima organizacional para el trabajo en equipo.

Un gestor manifestó que los indicadores más importantes están relacionados con la satisfacción del usuario y luego los de producción. El planeamiento estratégico es un documento con un lenguaje propio hecho por planificadores y solo realizado para las supervisiones MINSA. El recurso humano es complicado porque sus intereses son diferentes a los de la Institución, muchos hacen solo lo justo. Considera que el Cuerpo Médico hace solo labor sindical.

Un gestor refirió que los indicadores más importantes son los referentes del cumplimiento del planeamiento estratégico, el presupuesto, la satisfacción del usuario de los trabajadores. Considera al planeamiento estratégico como la base de la gestión; que es de gran importancia de una relación cordial con el cuerpo médico para alinear intereses. Se valora al recurso humano como lo más importante de la institución y aplica la normatividad vigente para incentivarlos en el trabajo o sancionarlos.

3.1.2.2. Encuesta de Satisfacción

Se aplicó las encuestas de satisfacción del usuario interno al personal del servicio de Hospitalización, el objetivo fue recoger información sobre las percepciones que tienen los trabajadores de su ambiente de trabajo que traduce la satisfacción o no en relación a lo que espera de la organización y lo que percibe de ella. Se tomó como muestra a 60 trabajadores que se encontraban laborando en el servicio de Hospitalización.

El Instrumento fue diseñado y validado por el Ministerio de Salud², consta de 25 preguntas, tiene una primera sección cuya información es de carácter general (Informativo) y la segunda parte consta de preguntas referidas a aspectos del trabajo actual, el trabajo en general, la interacción con el Jefe, oportunidades de progreso, remuneraciones e incentivos, interrelación con sus compañeros de trabajo y el ambiente de trabajo.

Posteriormente se procesó la información en una base de datos del programa informático Microsoft Excel y se expuso los resultados mediante tablas y gráficos de barras.

3.1.2.3. Observación del Proceso de Atención

Se observó los principales procesos de atención hospitalaria: Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia de Adultos, así como su dinámica de atención y obtuvo las apreciaciones de los usuarios.

Se advierte la confluencia de todos los tipos de atención en los procesos de Hospitalización por lo que se registró con especial atención este proceso, se dejar ver la duplicidad de procesos, subprocesos y procesos claves, determinándose tiempos de espera, así como los recursos humanos y tecnológicos utilizados en los procesos de hospitalización.

² Encuesta de Satisfacción del Personal de Salud – Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación. Lima – Perú 2002

3.1.2.4. Protocolo de Adecuación de la Estancia (AEP)

El complejo proceso de hospitalización requiere de herramientas que puedan valorar la eficiencia de este proceso.

Para realizar la medición de la eficiencia hospitalaria, se aplicó la herramienta AEP (Appropriateness Evaluation Protocol), que consta de dos partes, la primera tiene 16 criterios destinado a la detección de admisiones inapropiadas en pacientes adultos, a continuación, se detalla la agrupación de criterios.

- a) Criterios relacionados al estado clínico del paciente: Son los 10 criterios iniciales (1 al 10) del AEP que tiene relación con la gravedad del estado clínico del paciente.
- b) Criterios referentes a la intensidad de los servicios prestados: Que involucra los 6 criterios restantes (11 al 16) y están relacionados con la intensidad de los servicios médicos y de los cuidados de enfermería que requiere.

La segunda parte evalúa la estancia adecuada al momento de aplicar la herramienta, y contiene 27 criterios, los cuales se agrupan en: criterios referidos a los cuidados médicos, criterios referidos a los cuidados de enfermería y por ultimo criterios referidos a la situación clínica del paciente (Tabla 3.1).

Se aplicó el protocolo de evaluación de la adecuación AEP en 81 Pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina Interna del Hospital Daniel A Carrión.

La unidad de análisis fue la Historia Clínica, fueron incluidas todas las hospitalizaciones realizadas a los servicios de Medicina cuyas Historias Clínicas se encontraban completas y fueron excluidos los casos cuyas Historias se encontraban incompletas y aquellas que carecían funciones vitales y análisis de laboratorio; 76 Historias Clínicas cumplían con los criterios de inclusión para el estudio.

Tabla 3. 1 Criterios de AEP

Protocolo de Evaluación de la Adecuación	
Criterios de la Adecuación del Ingreso	Criterios adecuación de la Estancia
N° Criterios Referentes a la condición del paciente	N° Criterios Médicos
1 Pérdida de conciencia, estado de desorientación	1 Procedimientos quirúrgico en el día analizado
2 Frecuencia de pulso <50 o > 140 pulsaciones por minuto	2 Intervención quirúrgica en 24 horas, requiriendo consulta o valoración preoperatoria
3 Presión Arterial: Sistólica <90 o > 200Hgmm; diastólica <60 o 120 mmHg	3 Cateterismo cardiaco en el día
4 Pérdida aguda de visión o audición	4 Angiografía en el día
5 Pérdida aguda de cualquier parte del cuerpo	5 Biopsia de un órgano interno
6 Fiebre persistente= o >38°C rectal/37.5 °C axilar, por periodo superior a 5 días	6 Toracocentesis-paracentesis
7 Hemorragia activa	7 Procedimiento diagnóstico invasivo del sistema nervioso central: punción lumbar, punción cisternal, punción ventricular, etc.
8 Anomalía grave del equilibrio hidroelectrolítico y acido base	8 Prueba que requiera control estricto de la dieta
a. Na<123 mEq/l, >156 mEq/l	9 Tratamiento que requiera ajuste frecuente de dosis bajo supervisión medica
b. K< 2.5 mEq/l, >6,0 mEq	10 Control médico, al menos 3 veces al día, cuyas observaciones estén documentadas
c. PO2< 60 mm Hg	11 Día post operatorio por algún procedimiento señalado en el punto 1 o del 3 al 7
d. PCO2< 20 mm Hg	
e. PH arterial< 7.30, >7.45	
9 Evidencia ECG de isquemia aguda	
10 Dehiscencia de herida o evisceración	
N° Criterios referentes a la intensidad de los cuidados prestados	N° Criterios de Enfermería
11 Medicación Intravenosa, reposición de fluidos o ambas.	12 Cuidados respiratorios, uso de respirador de forma intermitente o continuada y/o terapia inhalatoria, respiración asistida, al menos 3 veces al día. Incluyendo fisioterapia
12 Intervención quirúrgica, o examen, que tendrá lugar las 24 horas siguientes a la admisión, y requiriendo.	13 Terapia parenteral, fluido intravenoso con aplicación de medicamentos, proteínas y electrolitos, etc.
a. Anestesia general o regional	14 Control de constantes vitales, cada 30 minutos, al menos durante 4 horas/día
b. Equipamiento o instalaciones cuya utilización exija internamiento en el hospital	15 Inyección intramuscular y/o subcutánea al menos 2 veces al día
13 Monitorización intravenosa ,reposición de fluidos o ambas	16 Control de balance hidroelectrolítico
14 Quimioterapia que exija observación continua para evaluación de reacción toxica	17 Cuidados de heridas quirúrgicas, drenajes, pen rose, tubos torácicos así como heridas no quirúrgicas como escaras
15 Antibioticoterapia intramuscular de 8 a 8 horas o por periodos menores de tiempo	18 Toma de constantes
16 Terapéutica respiratoria, continua o intermitente, por lo menos 8 en 8 horas.	
	N° Criterios en relación con el paciente
	19 Ausencia de movilidad intestinal o incapacidad evacuatoria en el día o al menos 24 horas antes
	20 Transfusión por hemorragia
	21 Fibrilación ventricular o ECG evidente de isquemia aguda
	22 Síndrome febril igual o mayor a 38°C oral, no relacionado con el ingreso
	23 Coma o pérdida del conocimiento durante una hora
	24 Estado de confusión o desorientación mental debido a privación alcohólica
	25 Alteración aguda hematólogica, leucopenia significativa, anemia , produciendo signos y síntomas
	26 Alteraciones neurológicas progresivas
	27 Dentro de los 14 días anteriores el día de la revisión: episodio de IAM o ACV documentado.

Fuente: The appropriateness evaluation protocol, a technique for assessing unnecessary days of hospital care. (Gertman & Restuccia, 1981).

Para el manejo estadístico de la información, se empleó el programa estadístico informático IBM SPSS Statistic 24.0, que permitió la organización de la información en tablas de tendencia, se realizó pruebas estadísticas, se determinó la relación entre dos variables aplicando la prueba Chi cuadrada.

3.2. Etapa II Diagnóstico

Con la Información obtenida de las fuentes primarias y secundarias, se realizó el diagnóstico del servicio de hospitalización del HNDAC.

A continuación, se detalla cada actividad realizada para elaborar el diagnóstico.

3.2.1. Mapeo del Proceso de Hospitalización

Se identificó el proceso actual de hospitalización, desde su indicación hasta el alta; el flujo administrativo y el asistencial, estimando tiempos en cada proceso y subproceso encontrado.

En esta etapa se realizó el diseño del proceso de admisión mediante el programa Bizagi Process Modeler, que es un freeware para diagramar, documentar y simular procesos de manera gráfica en un formato estándar conocido como BPMN (Business Process Modeling Notation).

De la información obtenida de la aplicación del Protocolo de adecuación de la Estancia AEP, se obtuvo los tiempos de estancia y se identificó dentro de las hospitalizaciones, aquellos pacientes cuyo tiempo de permanencia superaban el estándar y al promedio de hospitalización de todos los servicios del HNDAC. Asimismo se identificaron los principales factores que determinan la prolongación de la estancia y se estimó el impacto en tiempo de cada uno de ellos.

3.2.2. Identificación de Puntos Críticos

Con el diseño del proceso establecido se identificó aquellos puntos críticos identificados en el desarrollo del trabajo. Se evaluó el reporte de disponibilidad de camas, el proceso de admisión de hospitalización, la comunicación entre servicios, el Sistema Informático, los factores que influyen la estancia hospitalaria, el recurso humano y tecnológico.

3.2.3. Evaluación de la Gestión

La evaluación de la Gestión se realizó con los resultados de las actividades asistenciales y administrativas del Hospital que fueron comparados mediante indicadores de gestión con los estándares del MINSA; con los resultados de la autoevaluación para acreditación; con los resultados de la aplicación de la AEP; los

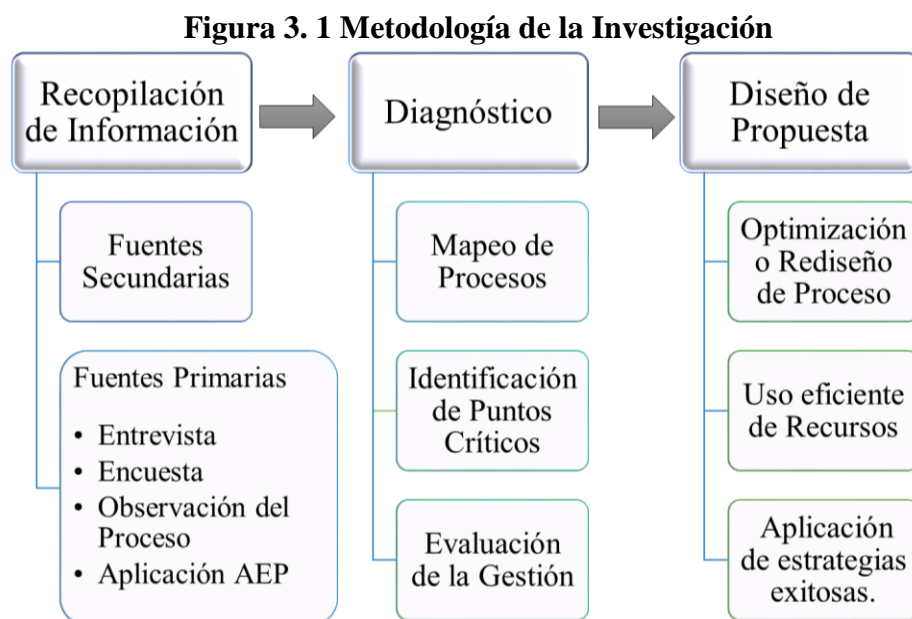
resultados de la encuesta de satisfacción, los puntos críticos del proceso de hospitalización.

3.3. Etapa III Propuesta de Mejoras

Las propuestas de mejoras planteadas buscan optimizar los recursos humanos y tecnológicos que actualmente cuenta el HNDAC; la implementación de las mismas no requiere de grandes inversiones; no obstante, se requiere del compromiso de todo aquel que interviene en el proceso, administrativos y asistenciales y sobretodo la participación activa de la dirección del Hospital.

A continuación, se describe aquellos puntos en que se desarrolló las propuestas de mejora.

- i. Optimización o rediseño de procesos
- ii. Eficiente uso de recursos
- iii. Aplicación de estrategias exitosas referidas en bibliografía



Elaboración: Autores de la Tesis.

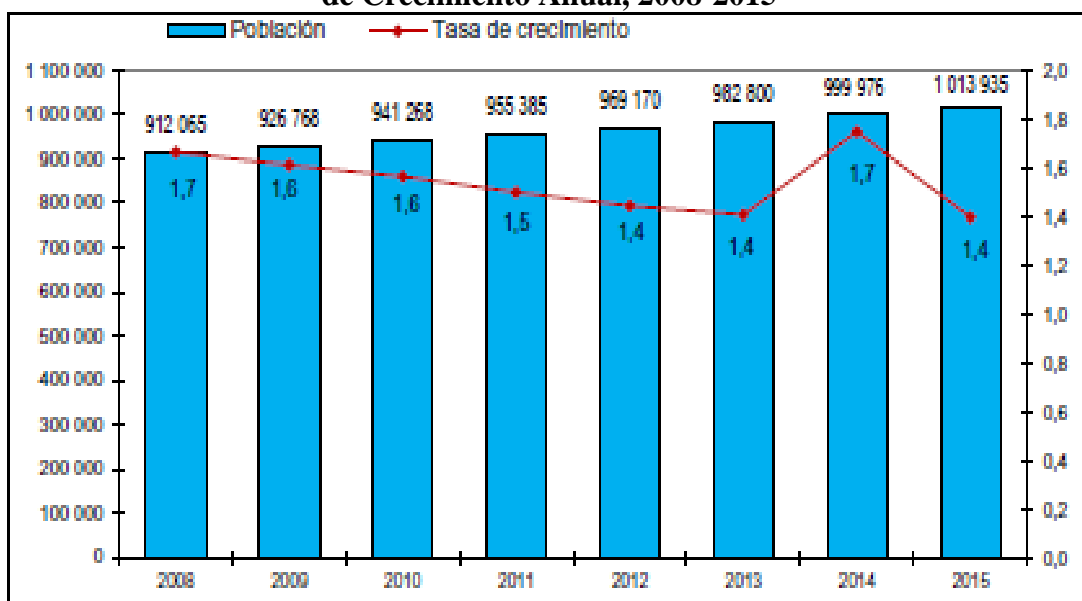
CAPÍTULO IV SITUACIÓN EN SALUD DEL CALLAO

2.1. Población, Características Socioeconómicas y Seguridad Ciudadana

Población

Según las proyecciones del INEI el 2015 la población de la Provincia Constitucional del Callao fue de 1 millón 13 mil 935 habitantes; esto con un ritmo de crecimiento en 1.4%.

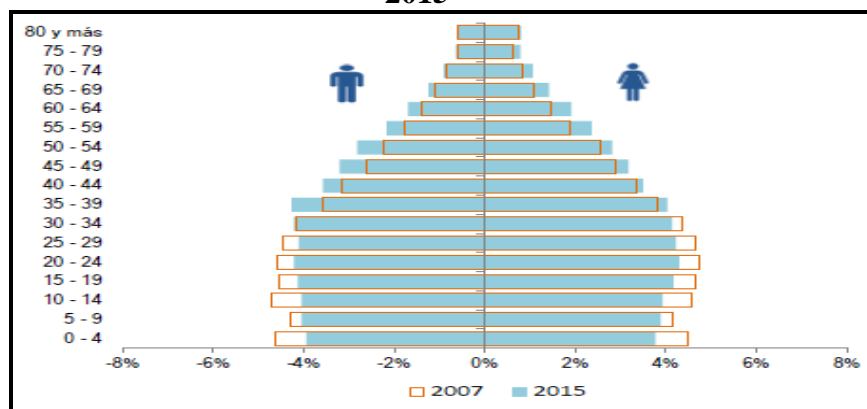
Figura 4. 1. Provincia Constitucional del Callao - Población Proyectada y Tasa de Crecimiento Anual, 2008-2015



Fuente: INEI-Estimaciones y Proyecciones de Población por Sexo, Según Departamento, Provincia y Distrito, 2000-2015

La pirámide poblacional ha variado en el tiempo, de presentar una base ancha y vértice angosto ahora se observa una base más estrecha y un ensanchamiento progresivo en los centros, que refleja una disminución de la tasa de nacimientos y una mayor población de edad avanzada.

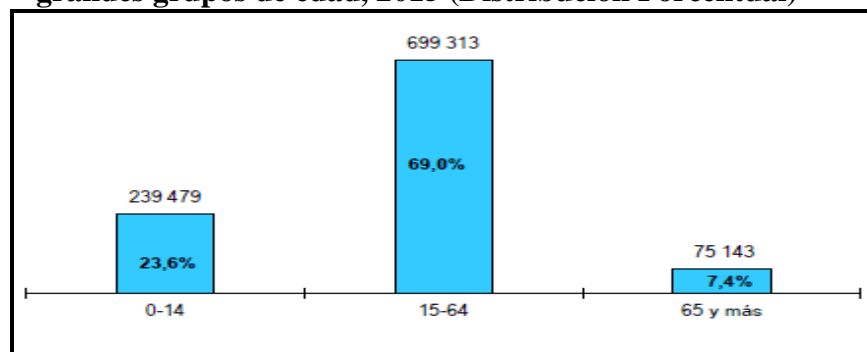
Figura 4. 2. Provincia Constitucional del Callao - Pirámide de Población, 2007 y 2015



Fuente: INEI-Censo de Población y Vivienda 2007-Estimaciones y Proyecciones de Población por Sexo, Según Departamento, Provincia y Distrito, 2000-2015

En el año 2015 el Callao tiene menos de la cuarta parte de su población (23.6%) a menores de 15 años, la proporción de habitantes de 15 a 64 años que constituye la fuerza principal de trabajo son el 69% y los mayores de 65 años representan el 7.4% de la población.

Figura 4. 3. Provincia Constitucional del Callao - Población Proyectada por grandes grupos de edad, 2015 (Distribución Porcentual)

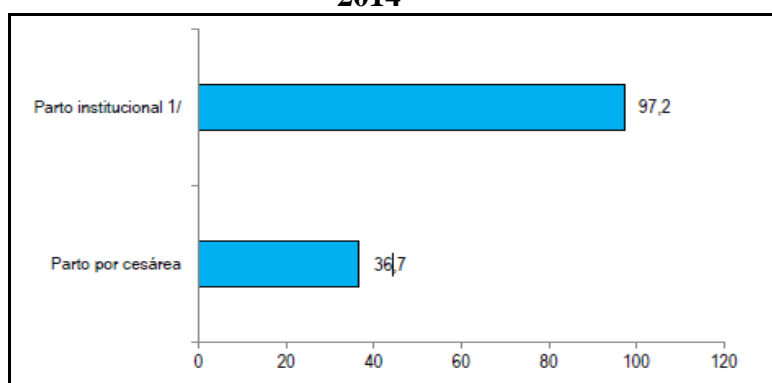


Fuente: INEI-Estimaciones y Proyecciones de Población por Sexo, Según Departamento, Provincia y Distrito, 2000-2015.

Parto Institucional

En el año 2014 la proporción de parto institucional (parto atendido por profesionales dentro de Instituciones de Salud) llegaba al 97.4%, dentro de ello el parto por cesárea era de 36.7%.

Figura 4. 4. Provincia Constitucional del Callao - Parto Institucional del último nacimiento y parto por cesárea en los cinco años que precedieron la encuesta, 2014



Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Incidencia de Pobreza Monetaria

En el año 2014 en la provincia Constitucional del Callao registraba a 13,7% de la población en situación de pobreza, es decir, con ingresos económicos que no le permitían satisfacer la canasta básica familiar compuesto por alimentos y no alimentos. En comparación con el nivel nacional es inferior en aproximadamente 9 puntos porcentuales.

Tabla 4. 1 Provincia Constitucional del Callao - Incidencia de la Pobreza Monetaria, 2010-2014 (Porcentaje respecto del total de población)

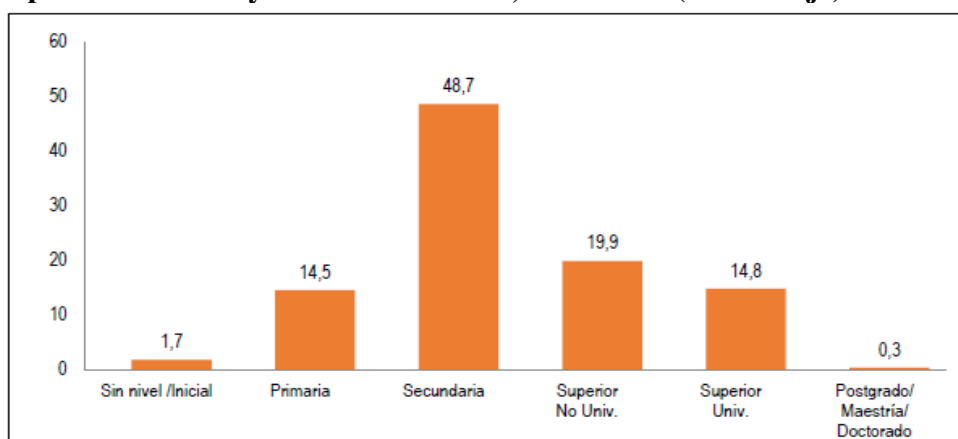
Ámbito	2010	2011	2012	2013	2014	Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Nacional	30,8	27,8	25,8	23,9	22,7	21,9	23,6
Prov. Const. Callao	18,5	19,8	18,7	13,5	13,7	11,1	16,7

Fuente: INEI-Encuesta Nacional de Hogares.

Nivel Educativo

Según los registros de información del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) para los años 2012 -2013 en el Callao el 16.2 % de la población no alcanzó a terminar sus estudios secundarios y el 15.2 pudo acceder a estudios de post grado.

Figura 4. 5. Provincia Constitucional del Callao - Nivel de Educación alcanzado por la población de 25 y más años de edad, 2012-2013 (Porcentaje)

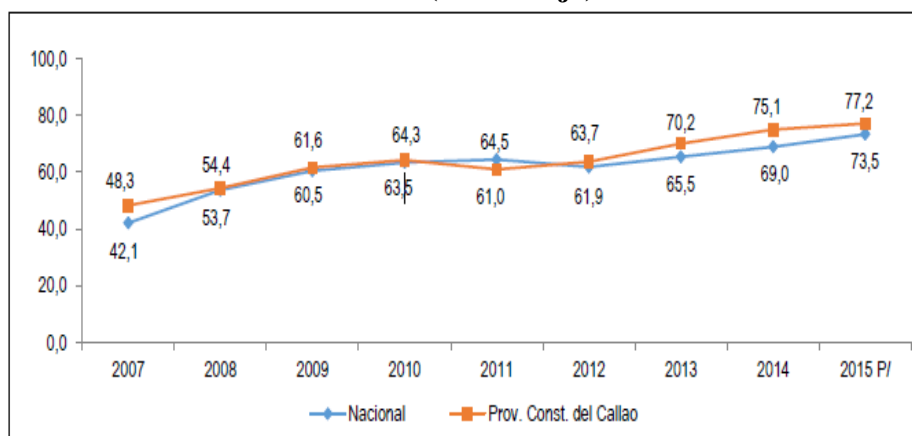


Fuente: INEI-Sistema de Focalización de Hogares-SISFOH.

Acceso a Seguro de Salud

Según la Encuesta Nacional de Hogares el año 2005, el 72.2% de la población del Callao tiene acceso a al menos un Seguro de Salud.

Figura 4. 6. Provincia Constitucional del Callao - Población con Seguro de Salud, 2007-2015 (Porcentaje)



Fuente: INEI-Encuesta Nacional de Hogares.

Nivel de Empleo

En el Callao para el 2015 la Población Económicamente Activa PEA adecuadamente empleada llegó al 59.1%, la de subempleados a 33.7%, registrándose un porcentaje de desocupados que llegó al 7.2%.

Tabla 4. 2. Provincia Constitucional del Callao - Evolución de las tasas de niveles de empleo (Porcentaje)

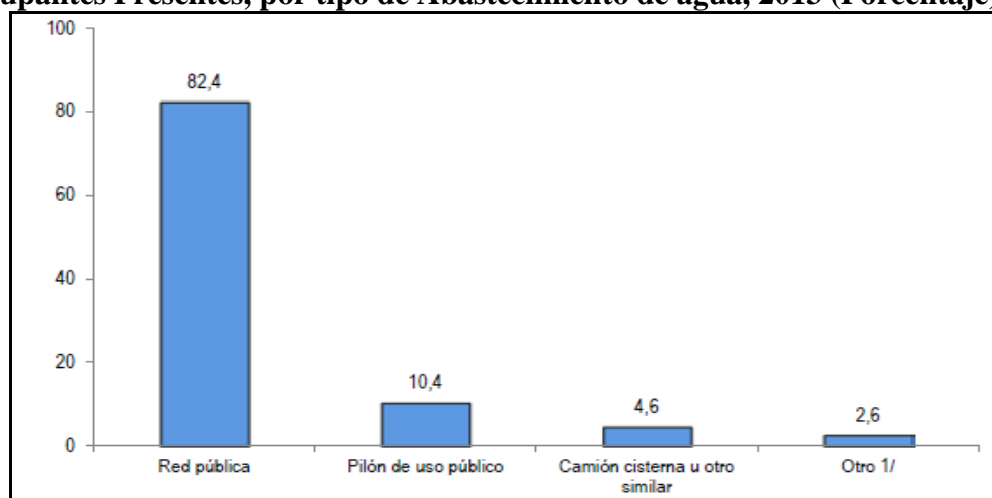
Provincia Constitucional del Callao	2012	2013	2014	2015
Población Económicamente Activa	100,0	100,0	100,0	100,0
Ocupados	91,3	92,7	92,7	92,8
Adecuadamente empleada	51,0	54,1	55,6	59,1
Subempleados	40,3	38,6	37,1	33,7
Desocupados	8,7	7,3	7,3	7,2

Fuente: INEI-Encuesta Permanente de Empleo.

Vivienda y Servicios Básicos

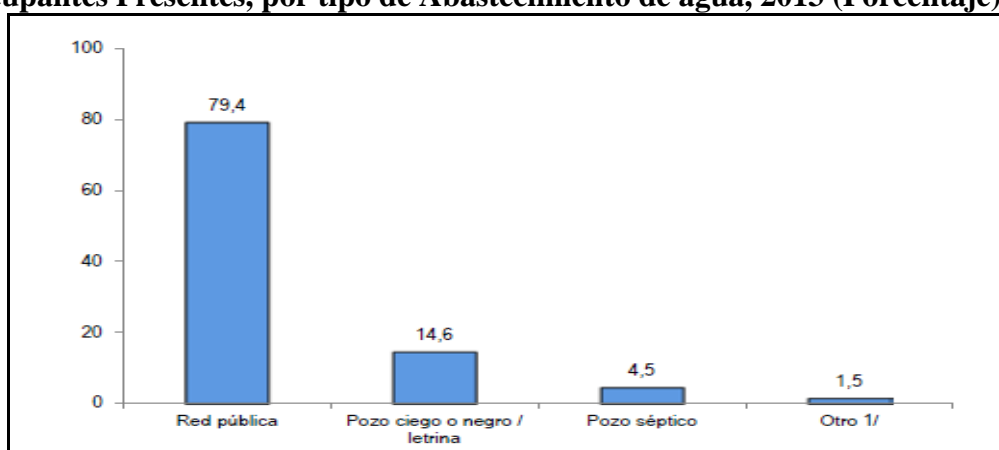
En el Callao el 82.4 % de las viviendas particulares tienen acceso a la red pública de abastecimiento de agua mientras el 98.3% tienen energía eléctrica. Asimismo, el 79.8% cuenta con conexión de desagüe a la red pública.

Figura 4. 7. Provincia Constitucional del Callao - Viviendas Particulares con Ocupantes Presentes, por tipo de Abastecimiento de agua, 2013 (Porcentaje)



Fuente: INEI-Empadronamiento Distrital de Población y Vivienda 2013

Figura 4. 8. Provincia Constitucional del Callao - Viviendas Particulares con Ocupantes Presentes, por tipo de Abastecimiento de agua, 2013 (Porcentaje)

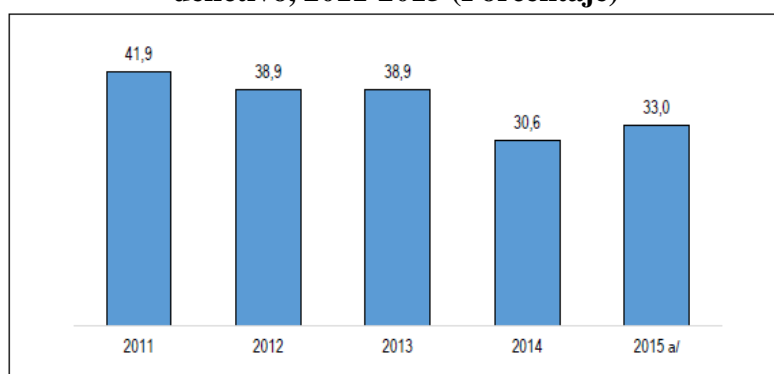


Fuente: INEI-Empadronamiento Distrital de Población y Vivienda 2013

Seguridad Ciudadana

Considerando que todo hecho delictivo es un evento que atenta contra la seguridad, vulnera los derechos de una persona y conlleva a peligro, daño o riesgo como, por ejemplo: robo de dinero, de celular, de cartera, de vehículos, secuestro, extorsión, estafa, etc. En el Callao durante los últimos años si bien el porcentaje ha disminuido aún se encuentra en el 2014 un 30.6% de personas que ha sufrido un hecho delictivo. En el Callao de acuerdo con las estadísticas del INEI hay un alto porcentaje de la población que ha sido víctima de algún hecho delictivo. En el año 2011 se encontraba 41.9% y a finales del 2015 un 33% (Figura 4.9).

Figura 4. 9. Provincia Constitucional del Callao - Víctima de algún hecho delictivo, 2011-2015 (Porcentaje)



Fuente: INEI-Encuesta Nacional de Programas Estratégicos 2011- 2015

2.2. Red Asistencial del MINSA en Callao

En el Callao la red asistencial del Ministerio de Salud está conformado por Puestos, Centros de Salud y Hospitales de diferente complejidad los mismos que deben trabajar coordinadamente para la adecuada transferencia y Contrarreferencia de los pacientes. La conformación de la Red se detalla a continuación.

• Red BEPECA: Bellavista–La Perla-Callao

Micro red Faucett

- CS Faucett I-2
- Cs 200 Millas I-2
- CS Palmeras de Oquendo I-2

Micro red Sesquicentenario

- CS Sesquicentenario I-3
- CS Previ I-2
- CS Bocanegra I-2
- CS Álamo I-

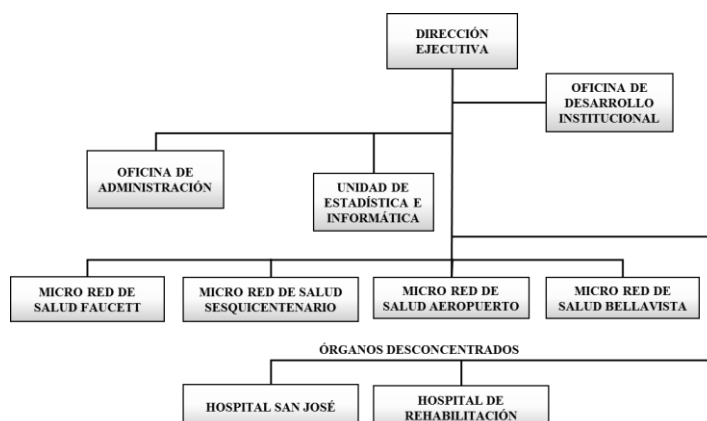
Micro red Aeropuerto

- CS Aeropuerto I-2
- CS Playa Rímac I-2
- CS Polígono IV I-2

Micro red Bellavista

- CS Bellavista I-3
- CS Altamar I-3
- CS La Perla I-2
- CS Carmen de la Legua I-2
- Órgano desconcentrado: Hospital San José

Figura 4. 10. Organigrama Estructural de la Dirección de Red de Salud BEPECA



Fuente: DIRESA-Callao

- **Red Bonilla**

Micro red Bonilla

- CS Manuel Bonilla I-3
- CS Alberto Barton I-3
- CS San Juan Bosco I-2
- CS Puerto Nuevo I-2
- CS La Punta I-2

Micro red Santa Fe

- CS Santa Fe I-3
- CS Callao I-2
- CS José Boterin I-2

Micro red José Olaya

- CS José Olaya I-2
- CS Miguel Grau I-2
- CS Santa Rosa I-2

Micro red Gambetta

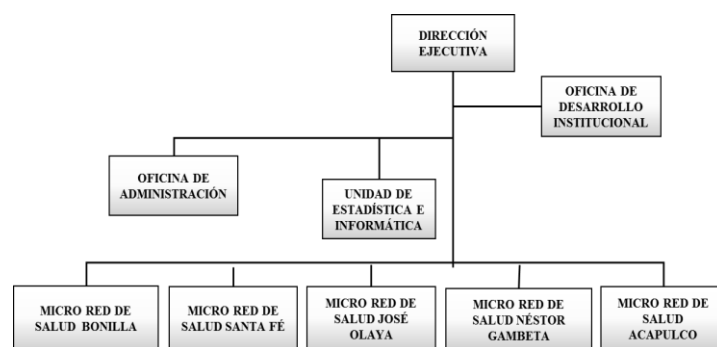
- CS Gambetta Alta I-4

- CS Ramón Catilla I-2
- CS Gambeta Baja I-2

Micro red Acapulco

- CS Acapulco I-4
- CS Juan Pablo II I-2
- CS El Ayllu I-2

Figura 4. 11. Organigrama Estructural de la Dirección de Red de Salud Bonilla-La Punta



Fuente: DIRESA-Callao

• **Red Ventanilla**

Micro red Pachacútec

- CS Materno Infantil Pachacútec I-4
- CS 03 de febrero I-3
- CS 03 Bahía Blanca I-2
- CS Ciudad Pachacútec I-2
- CS Santa Rosa de Pachacútec I-2

Micro red Angamos

- CS Hijos del Almirante Grau I-2
- CS Defensores de la Patria I-2
- CS Angamos I-2
- CS Ventanilla Alta I-2

Micro red Villa los Reyes

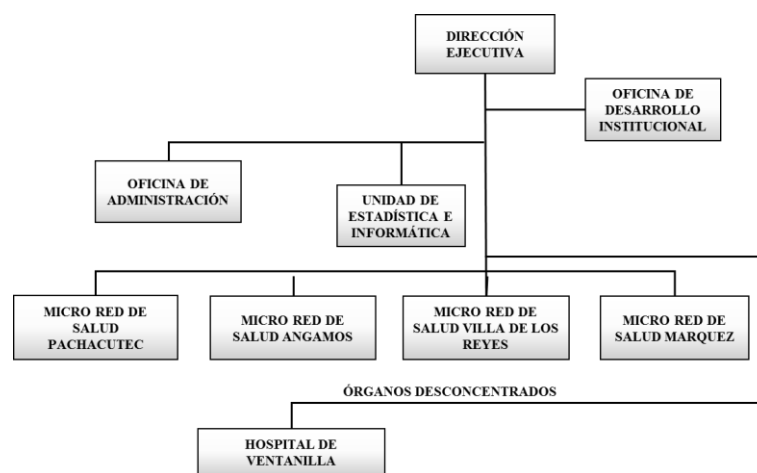
- CS Mi Perú I-2

- CS Luis Felipe de las Casas I-2
- CS Villa Los Reyes I-3

Micro red Márquez

- CS Márquez I-4
- CS Ventanilla Este I-2
- CS Ventanilla Baja I-2
- Órgano desconcentrado: Hospital de Ventanilla

Figura 4. 12. Organigrama Estructural de la Dirección de Red de Salud Bonilla-La Punta



Fuente: DIRESA-Callao

La distancia de diversos puntos de la red de atención del Callao hacia el Hospital Daniel A Carrión se consigna en la Tabla 4.3.

Tabla 4. 3. Distancia y Tiempo de Traslado de la RED de Salud Callao

Distrito	Centro Base o Hospital del Distrito	Distancia en Km	Tiempo de llegada en vehículos en minutos
Callao	C.S. Bonilla	1.07	10
Bellavista	C.S. Peru Corea	1.05.	8
Carmen de la Legua	Hospital San Jose	7.	25
La Perla	C.S. La Perla	1	6
La Punta	C.S. La Punta	3	15
Ventanilla	Hospital de Ventanilla	30	60

Fuente: POA-HNDAC 2015

La Red Hospitalaria del Ministerio de Salud en el Callao según el registro en el año 2016 contiene 670 camas como se muestra en la Tabla 4.4.

Tabla 4. 4. Número de camas hospitalarias Red Callao

Hospital Nacional Daniel A Carrión	486 camas
Medicina	153
Cirugía	195
Pediatría	78
Obstetricia	60
Hospital San José	72 camas
Medicina	16
Cirugía	12
Pediatría	17
Obstetricia	20
Ginecología	7
Hospital de Ventanilla	77 camas
Medicina	15
Cirugía	18
Pediatría	11
Obstetricia	25
Ginecología	8
Red Hospitalaria	35 camas
Total	670 camas

Fuente: DIRESA CALLAO 2016

La principal referencia para identificar la necesidad de camas hospitalarias en una determinada localidad nos la proporciona la Organización Mundial de Salud cuando describe el Índice de camas por habitante es la siguiente manera.

2.5-4 camas por 1000 habitantes

Poblaciones menores a 25000 habitantes 2.5 -3 camas por 1000 habitantes

Poblaciones 25000- 100000 habitantes 3-4 camas por 1000 habitantes, y

Poblaciones mayores a 100000 habitantes 4-4.75 camas por 1000 habitantes

2.3. Hospital Nacional Daniel A Carrión

El Hospital Daniel Alcides Carrión es el Hospital de máxima complejidad de la provincia Constitucional del Callao; forma parte de la Red Hospitalaria del Ministerio

de Salud categorizada como Nivel III y se encuentra bajo la administración del Gobierno Regional del Callao

4.3.1. Ubicación

El Hospital Daniel A Carrión se encuentra ubicado en la Av. Guardia Chalaca N° 2176 en el distrito de Bellavista de la Provincia Constitucional del Callao. Está ubicado teniendo como límite por un lado al Hospital Sabogal de EsSalud y al otro lado a la Dirección Regional de Salud; además tiene accesos por dos amplias avenidas principales de varios carriles; la principal y la de emergencia se encuentran ubicadas en la Av. Guardia Chalaca y 2 accesos adicionales se ubican en la Av. Colina.

Asimismo, es importante considerar nuestra ubicación en la puerta de entrada internacional al país ya que está próximo al Puerto de Callao (principal puerto del país) y al Aeropuerto Internacional Jorge Chávez (también el principal del país).

4.3.2. Organización

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud I – Callao (DIRESA Callao) y tiene una organización orgánica y funcional estructurada en forma lógica y en concordancia con la normatividad legal vigente. A continuación se detalla la estructura orgánica del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

- A. Órgano de Dirección
 - 1. Dirección General
- B. Órgano de Control
 - 1. Órgano de Control Institucional
- C. Órganos de Asesoramiento
 - 1. Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
 - 2. Oficina de Asesoría Jurídica
 - 3. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
 - 4. Oficina de Gestión de la Calidad

D. Órganos de Apoyo

1. Oficina Ejecutiva de Administración
 - i. Oficina de Administración de Recursos Humanos
 - ii. Oficina de Logística
 - iii. Oficina de Contabilidad y Finanzas
 - iv. Oficina de Infraestructura, Ingeniería Biomédica y Servicios Generales
 - v. Oficina de Control Patrimonial
2. Oficina de Estadísticas y Sistemas Informáticos
3. Oficina de Imagen Institucional
4. Oficina de Seguros
5. Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

E. Órganos de Línea

1. Departamento de Atención Ambulatoria y Hospitalización
2. Departamento de Hospital de Día
3. Departamento de Medicina
4. Departamento de Cirugía
5. Departamento de Oncología
6. Departamento de Pediatría
7. Departamento de Ginecología y Obstetricia
8. Departamento de Odontología
9. Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
10. Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
11. Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
12. Departamento de Diagnóstico por Imágenes
13. Departamento de Medicina y Rehabilitación
14. Departamento de Enfermería
15. Departamento de Farmacia
16. Departamento de Nutrición y dietética
17. Departamento de Psicología
18. Departamento de Servicio Social

4.3.3. Misión y Visión

Misión

“El Hospital Nacional Daniel A Carrión es una institución acreditada. Reconocido por su excelencia en el manejo especializado de la salud, con talento humano capacitado y recertificado; con una cultura organizacional proactiva, gestión eficiente e innovadora desarrollando procesos de mejora continua y que ha logrado la satisfacción de los usuarios”.

Visión

“Somos un hospital nacional, categoría III-1 en la región Callao, comprometidos con la salud de la población que brinda atención especializada e integral con trato digno, solidario, y respetuoso de la interculturalidad y la igualdad de género; con equipos multidisciplinarios altamente capacitados y tecnología moderna, que desarrolla actividades de docencia e investigación”.

4.3.4. Infraestructura Hospitalaria

El Complejo Hospitalario Daniel Alcides Carrión formado tras la unión en 1971 del Hospital San Juan de Dios (inaugurado en 1968 para atención exclusiva de mujeres) y el Hospital Daniel A Carrión (inaugurado en 1941 para atención de varones) tiene un área total de 65,012 metros cuadrados, siendo el área construida de 48,231 metros cuadrado y el área libre de 16,781 metros cuadrados.

El material estructural del Hospital es el concreto, dividiéndose en 2 sectores principales: el Sector Carrión (más antiguo) y el Sector San Juan (más moderno) además de cerca de 18 edificaciones modulares que dependen de ambos sectores. Las diferentes áreas asistenciales y administrativas del Hospital se distribuyen en ambos sectores, a continuación se detalla la distribución.

Sector San Juan, Entrada principal del Hospital y del Servicio de Emergencia con acceso desde la Av Guardia Chalaca; constituida por 9 pisos y 1 sotano. Se enumera los servicios que posee.

- Consulta Externa de Adultos : Medicina Cirugia y Gineco Obstetricia
- Hospitalizacion Medicina Cirugia y Especilidades
- Servicio de Diagnostico por Imagenes: Tomografia, Ecografia y Rayos X
- Auditorio Principal
- Oficina de Cuerrpo Medico
- Consulta Externa de Adultos : Medicina Cirugia y Gineco Obstetricia
- Servicio de Emergencia y Areas Criticas UCI y UCIN
- Sala de Operaciones Electivas y de Emergencia
- Servicio de Neurointervencionismo
- Laboratorio Clinico y Banco de Sangre
- Direccion y areas administrativas

Sector Carrión, Ingreso principal de proveedores, con acceso por la Av Colina, constituida por 3 pisos.

- Servicios de Hospitalizacion de Pediatria,y Oncología.
- Consultorio Externo de Pediatria , Otorrino y Oftalmologia.
- Servicio de Nefrologia, Gastroenterologia y Enfermedades Infecciosas.
- Sala de Procedimientos de Oftalmologia.
- Oficina de Seguros; OADI.
- Oficina de Gestion de la Calidad y Audiitoria Médica.
- Morgue del Hospital.

De la Infraestructura hospitalaria, la más nueva tiene 43 años (Edificio B Sector San Juan) y la más antigüedad, 75 años (Edificio C Sector Carrión).

4.3.5. Recursos Humanos

En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión como en otras instituciones de Salud el personal es el principal activo institucional; no hay forma de lograr altos estándares de calidad o productividad sin la participación y compromiso del recurso humano. El personal de salud accede a un puesto laboral mediante una de las siguientes modalidades de contrato que a continuación se desarrolla.

- i) **Personal Nombrado**, Personal que mediante concurso público accede a una plaza establecida en el cuadro de asignación de personal (CAP) aceptada por la autoridad de Salud. Este personal tiene derecho a todos los beneficios sociales, los cuales le son proveídos del tesoro público.

Tabla 4. 5. Personal Nombrado Según Grupo Ocupacional

GRUPO OCUPACIONAL	2011		2012		2013		2014		2015	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Funcionarios	10	1%	10	1%	10	1%	13	0.81	12	0.73
Profesionales Médicos	225	16%	230	16%	239	15%	250	15.52	245	14.88
Profesionales No Médicos	352	15%	374	26%	379	24%	380	23.59	391	23.75
Profesionales Asistenciales	17	1%	10	1%	11	1%	10	0.62	10	0.61
Profesionales Administrativos	12	1%	19	1%	20	1%	22	1.37	17	1.03
Técnicos Categorizados	573	41%	610	42%	666	42%	676	41.96	672	40.83
Auxiliares Categorizados	143	10%	157	11%	221	14%	214	13.28	209	12.70
Vacantes	60	4%	40	3%	48	3%	27	1.68	79	4.80
Plazas bloqueadas							13	0.81	11	0.67
TOTAL	1,392	100%	1450	100%	1,594	100%	1,605	100%	1,646	100%

Fuente:Oficina de Personal del HNDAC

El personal nombrado se incrementó en un 18.2% (De 1392 a 1646 trabajadores) entre los años 2010 y el 2015: los grupos profesionales médicos y No médicos se incrementaron en aproximadamente 9%; siendo el personal Técnico y Auxiliar los que se incrementaron en mayor número, alcanzando un crecimiento de 23%. (De 716 a 881 técnicos y auxiliares. Ver Tabla 4.5.

El personal nombrado tiene un archivo o legajo bajo custodia de la oficina de personal, en la cual se consignan documentos de reconocimiento, llamado de atención o sanciones ocurridas durante su vida laboral; asimismo sus capacitaciones, rotaciones o participación en eventos académicos y sus evaluaciones de desempeño.

ii) **Personal CAS o Contrato de Administración de Servicios**, es un contrato de carácter temporal al cual se accede mediante concurso público, que otorga beneficios que a continuación se detalla.

- Remuneración Mensual no menor del mínimo establecido
- Jornada de 8 horas diarias o 48 horas semanal,
- Descanso semanal obligatorio, mínimo de 24 horas
- Aguinaldo por Fiestas Patrias y Navidad
- Vacaciones remuneradas por 30 días.
- Licencias con goce de haberes por Maternidad y las demás licencias de los otros trabajadores nombrados
- Afiliación a regímenes de pensiones
- Afiliación al régimen contributivo de Essalud
- Recibir al término del contrato su Certificado de Trabajo

Los derechos reconocidos son asumidos por la institución y no demandan recursos adicionales del tesoro público.

Tabla 4. 6. Personal CAS HNDAC 2011 - 2015

GRUPO OCUPACIONAL	CAS 2011		CAS 2012		CAS 2013		CAS 2014		CAS 2015	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	Funcionarios									
Profesionales Médicos	47	10	70	14	79	16	38	12	41	15
Profesionales No Médicos	123	26	121	25	126	25	120	39.22	97	35.79
Profesionales Categorizados	21	4	21	4	17	3	7	2.29	8	2.95
Técnicos Categorizados	231	49	216	44	233	46	112	36.60	106	39.11
Auxiliares Categorizados	50	11	58	13	50	10	29	9.48	19	7.01
TOTAL	472	100	486	100	505	100	306	100%	271	100%

Fuente: Oficina de Personal del HNDAC

El personal CAS cuyo financiamiento se hace con lo directamente recaudado por el Hospital disminuyó del 2011 al 2015 en un 42% (De 472 a 271 trabajadores); los profesionales médicos disminuyeron un 12% (De 47 a 41 Médicos); los Profesionales no Médicos 27% (De 123 a 97 profesionales) y los Técnicos y Auxiliares en 55.5% (De 281 a 125 técnicos y auxiliares) (Ver Tabla 4.6).

iii) **Personal por Contrato con Terceros**, es un contrato temporal el cual no requiere concurso público y otorga solo los beneficios que estipula en dicho contrato. En cuanto al personal de contratos por terceros es una modalidad que se viene incrementando progresivamente, considerando que es el de mayor conveniencia económica para el Hospital.

Tabla 4. 7. Personal Contratado como Terceros

GRUPO OCUPACIONAL	CONTRATOS TERCEROS
Funcionarios	0
Profesionales Médicos	28
Profesionales de Salud No Médicos	25
Profesionales No Asistenciales	36
Profesionales Administrativos	19
Técnicos Categorizados Administrativos	50
Técnicos Asistenciales	28
Auxiliares Categorizados Administrativos	13
Auxiliares Asistenciales	3
Artesanos	51
Brigadista	32
TOTAL	285

Fuente: Oficina de Personal del HNDAC

Tabla 4. 8. Personal Terceros 2015

GRUPO OCUPACIONAL	CONTRATOS TERCEROS
Funcionarios	0
Profesionales Médicos	28
Profesionales de Salud No Médicos	25
Profesionales No Asistenciales	36
Profesionales Administrativos	19
Técnicos Categorizados Administrativos	50
Técnicos Asistenciales	28
Auxiliares Categorizados Administrativos	13
Auxiliares Asistenciales	3
Artesanos	51
Brigadista	32
TOTAL	285

Fuente: Oficina de Personal

4.3.6. SIS Galen Plus

El SIS Galen Plus (Marca registrada en INDECOPI) es un sistema informático desarrollado por el proyecto de la Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional - USAID y trasferido gratuitamente al Ministerio de Salud en el año

2015. Es una suite informática de salud compuesta de aplicaciones para la gestión hospitalaria; la gestión de un Centro de Salud y almacén de Datos para obtener indicadores de desnutrición crónica infantil a partir de los datos recogidos en los establecimientos de Salud.

Es utilizada por toda la Red de Salud (DIRESA, Hospitales y Micro redes) para la gestión de información de salud basada en los diferentes procesos transaccionales (Citas, Caja, Farmacia, Laboratorio, etc.) que realizan los prestadores de salud. Actualmente en el Hospital se está usando convenientemente en la atención ambulatoria y se está comenzando a implementar en los servicios hospitalarios.

El sistema informático ha obtenido los siguientes logros en la atención ambulatoria.

i. Generación de citas médicas desde admisiones

El paciente acude a admisión a solicitar la cita de cualquier especialidad y el personal le asigna la cita correspondiente hasta completar el número máximo de pacientes a atender (16 atenciones por consultorio en turno de 4 horas continuas). Solo en caso de querer asignar un turno adicional a los 16 establecidos se gestiona la del médico de consultorio.

ii. Reporte de pacientes citados vistos desde Archivo de Historia Clínica

El sistema genera un reporte de pacientes citados que es visualizado por el personal de archivo quienes ubican y trasladan las Historia Clínica de dichos pacientes hacia los consultorios médicos para el registro de su atención.

iii. Registro correcto de atenciones y atendidos

El sistema registra las atenciones y los atendidos por especialidad para generar data confiable de demanda ambulatoria por especialidad.

iv. Producción por Especialidad, por Consultorio y por Medico

Determinar la producción de atenciones de cada especialidad, su productividad por consultorio e inclusive por médico especialista; lo que ha permitido la apertura o cierre de determinados consultorios médicos en turno mañana o tarde de acuerdo a demanda real y la producción de los mismos.

v. Reporte de Indicadores de desempeño

El sistema permite mensualmente poder obtener los indicadores de desempeño de la consulta externa, los mismos que son publicados en el portal web del hospital.

vi. Reporte de Exámenes de Laboratorio

El sistema actualmente permite visualizar los resultados de los exámenes de laboratorio que se realizan a cualquier paciente desde cualquier monitor que pertenezca a la red hospitalaria.

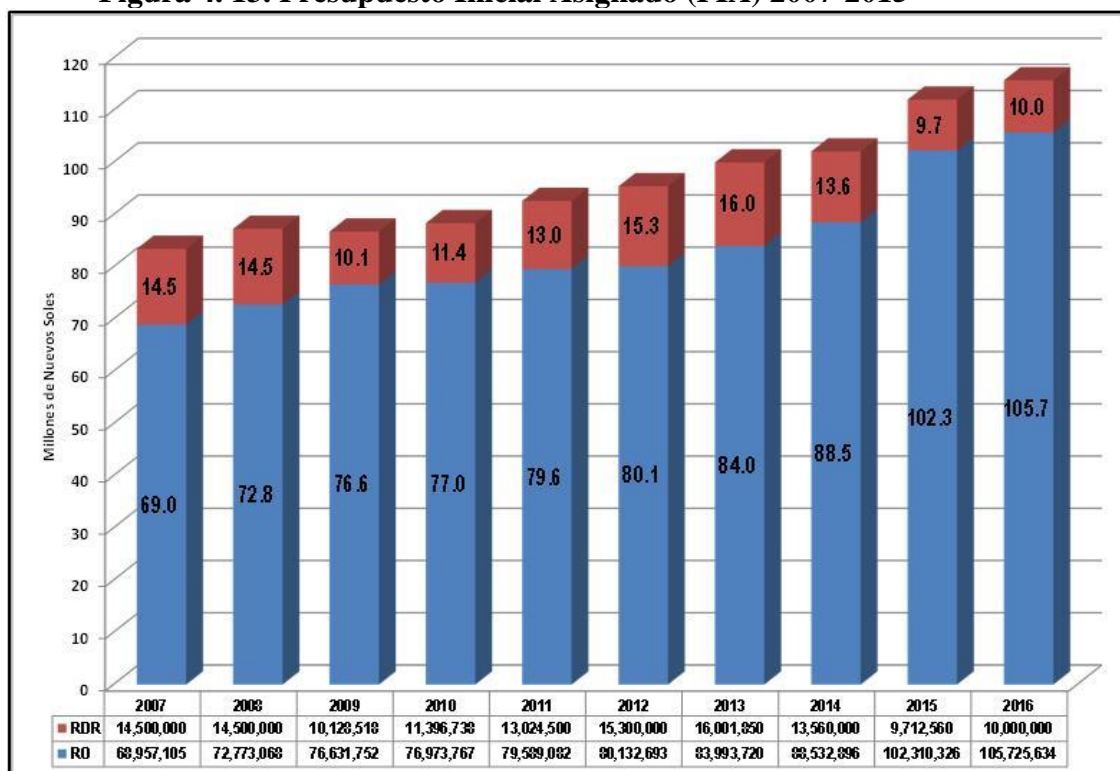
4.3.7. Presupuesto

La Gestión debe asegurar la provisión permanente de todos los recursos necesarios para la atención continua de los pacientes y para el funcionamiento del Hospital.

El financiamiento del Hospital se realiza por varias fuentes: los Recursos Ordinarios provenientes del tesoro público; los Recursos Directamente Recaudados generados por el mismo hospital y Donaciones y Transferencias que son reembolsos por prestaciones al SIS. El financiamiento de las actividades del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se encuentra consignado en el presupuesto institucional.

En la figura 4.13 se muestra el Presupuesto Inicial Asignado por fuente de financiamiento, recursos ordinarios (RO) y recursos directamente recaudados (RDR).

Figura 4. 13. Presupuesto Inicial Asignado (PIA) 2007-2015



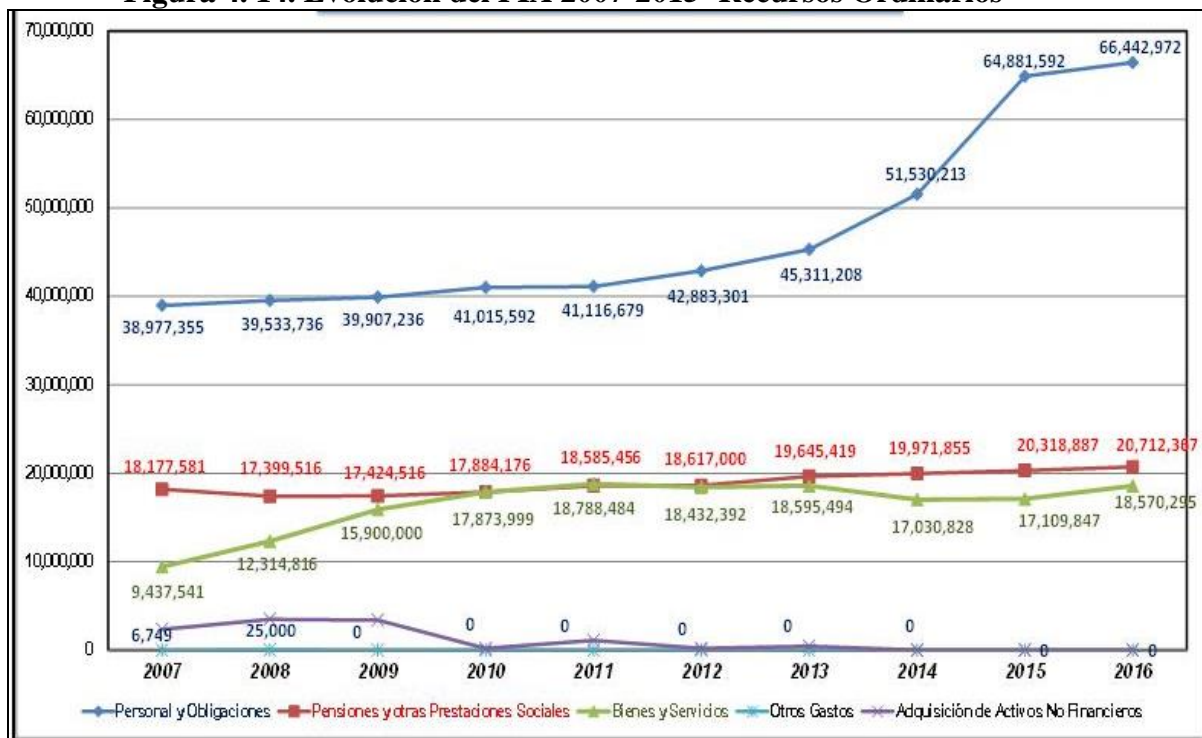
Fuente: POA HNDAC 2016

De la figura 4.13, se aprecia el presupuesto de los denominados Recursos Ordinarios (RO) que provienen del tesoro público, los mismos que han tenido un incremento progresivo en los últimos presupuestos iniciales de apertura (PIA) que fueron S/. 68'957,105 Soles en el 2007 y ahora S/. 105'725,634 Soles (53% de incremento), a diferencia de los Recursos Directamente Recaudados (RDR) generados por nuestro Hospital que tiene una tendencia decreciente, notándose que en el año 2007 se le asignaba 14.5 millones de soles y para el 2016 solo 10 millones de soles (disminuye un 31.03%).

i) Recursos Ordinarios

En la Figura 4.14, se muestra la evolución del Presupuesto Inicial Asignado del 2007 al 2015 de los Recursos Ordinarios.

Figura 4. 14. Evolución del PIA 2007-2015 -Recursos Ordinarios



Fuente: POA HNDAC 2016

En la Figura 4.14 se puede apreciar que el gasto asignado como Remuneraciones y Pensiones se incrementan progresivamente desde el 2007 hasta el 2011 ascendiendo desde 38.9 a 41.1 millones de soles y desde dicho año, continua el incremento de manera más acentuada hasta llegar el 2016 a 66.4 millones de soles (se incrementó en 70.46%). Este incremento es debido fundamentalmente a la incorporación del personal de salud al Hospital mediante nombramiento, así como al incremento de remuneraciones y beneficios sociales conseguidos tras las diferentes huelgas del sector salud.

La asignación para obligaciones previsionales se incrementó de forma progresiva siendo en el 2007 cerca de 18.1 millones y llegando a 20.7 millones de soles en el 2016 (incremento de 13.94%). Este aumento permite cumplir los compromisos pensionarios de la población trabajadora que va cesando.

La asignación de Bienes y Servicios se incrementa progresivamente desde el 2007 donde se registra 9.4 millones hasta el 2011 donde llega a 18.7 millones y de ahí en

adelante oscila con una clara tendencia a la baja hasta llegar al 2016 a los 18.5 millones de soles (En total se incrementó un 96.77%).

ii) Recursos Directamente Recaudados

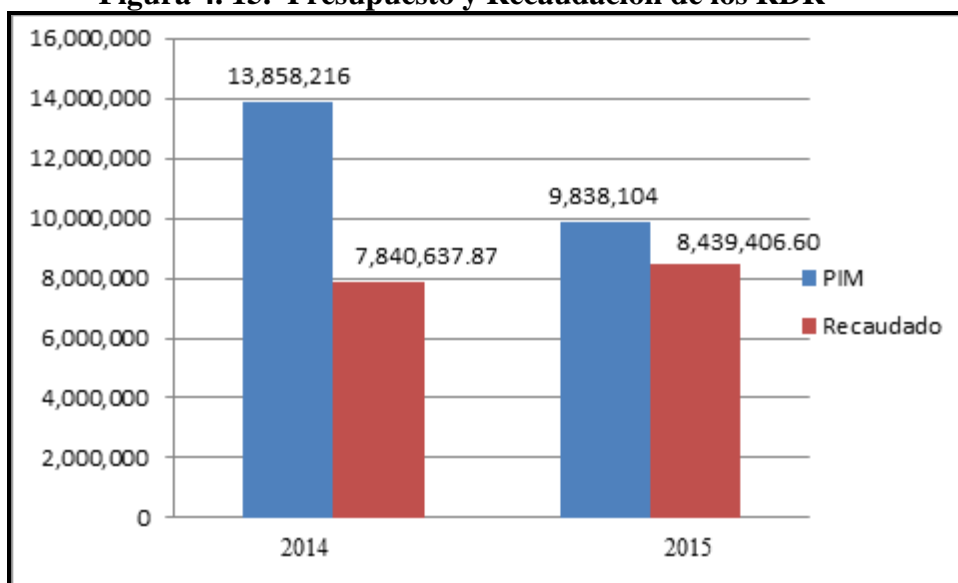
Se muestra en la tabla 4.9 el presupuesto y recaudación del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de los Recursos Directamente Recaudados.

Tabla 4. 9. Recursos Directamente Recaudados

Recaudación de Ingresos RDR 2014-2015					
Año	PIA	PIM	Total Ingresos	saldo	%
2014	13,560,000	13,858,216	7,840,637.87	6,017,578.13	56,58
2015	9,712,560	9,838,104	8,439,406.60	1,398,697.40	85.78

Fuente: POA 2016/HNDAC

Figura 4. 15. Presupuesto y Recaudación de los RDR



Fuente: POA 2016/HNDAC

La figura 4.15 se muestra cómo los años 2014 y 2015 la recaudación de recursos directos por parte del Hospital está siempre debajo de lo estimados en los presupuestos. Las fuentes principales de ingresos son: la venta de bienes como medicinas; derechos de tasas administrativas como certificados, carnets y/o tarjetas de atención y Venta de Servicios como Atenciones Médicas, Exámenes de Laboratorio, Exámenes de diagnóstico por imágenes, Cirugías, Hospitalizaciones, etc. (Anexo A6).

Los recursos directamente recaudados progresivamente disminuyen debido a que las atenciones de pacientes asegurados por el SIS crecen rápidamente copando la capacidad de atención de los servicios quienes cada vez en menor medida pueden atender a pacientes particulares o financiados por otros seguros diferentes del SIS.

Asimismo para el mantener el funcionamiento del Hospital en toda su capacidad, se requieren mayores gastos en los procesos logísticos de atención, que no son cubiertos por los recursos ordinarios, por ejemplo: pago de servicios a terceros como empresas de vigilancia y limpieza; pago de remuneraciones a personal asistencial y administrativos contratados por CAS y por terceros; gastos por alimentación de personal y pacientes hospitalizados; y el pago por mantenimiento y reparación de equipos biomédicos.

iii) Donaciones y Transferencias

Comprende los fondos financieros no reembolsables recibidos por el gobierno proveniente de Agencias Internacionales de Desarrollo, Gobiernos, Instituciones y Organismos Internacionales, así como de otras personas naturales o jurídicas domiciliadas o no en el país. Se consideran las transferencias provenientes de las Entidades Públicas y Privadas sin exigencia de contraprestación alguna.

Las transferencias se encuentran representadas principalmente por los desembolsos del SIS y FISSAL en contraprestación a la atención médica de asegurados durante los periodos en referencia. (Ver Tabla 4.10).

Tabla 4. 10. Transferencia del SIS y FISSAL periodo 2014-2015

Transferencias			
2014	SIS/FISSAL	40,776,700	Nuevos Soles
2015	SIS/FISSAL	44,990,558	Nuevos Soles

Fuente: POA 2016/HNDAC

Ejecución Presupuestaria 2014-2015

El presupuesto aprobado en el año 2014 para el Hospital Nacional Daniel A Carrión fue de 197, 182,508 nuevos soles; siendo el total ejecutado de 183,011,270.16 Nuevos Soles, lo que representa un 92.81% del devengado.

La fuente de financiamiento Recursos Ordinarios en el 2014 se ejecutó S/.134'800,595.41 Nuevos Soles, que significa el 94.65% del PIM aprobado que fue de S/.142'406,557.00 Nuevos Soles.

Respecto a la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados en el 2014 se ejecutó S/. 7'825,019.55 Nuevos Soles que significa el 56.46% del PIM aprobado que fue de S/.13'858,216.00 Nuevos Soles (la recaudación del año 2014 fue de S/. 7'840,637.87 nuevos soles, lo que significa una ejecución del 99.8% de lo recaudado).

La Fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias se ejecutó S/.40'385,655.20 Nuevos Soles que significa el 99.04% del PIM aprobado que fue de S/.40'776,700.00 Nuevos Soles.

Según la tabla 4.11, se muestra la ejecución presupuestal y la genérica del gasto del año 2014.

Tabla 4. 11. Ejecución Presupuestal Anual a Nivel de Devengados 2014

Genérica de Gasto	Ejecución 2014				
	R.O.	R.D.R.	D y T	Recursos Determinados	TOTAL
PIM	142,406,557.00	13,858,216.00	40,776,700.00	141,035.00	197,182,508.00
Personal y Obligaciones Sociales	82,425,797.00	0.00	0.00	0.00	82,425,797.00
Pensiones y Otras Prestaciones Sociales	32,982,939.26	0.00	0.00	0.00	32,982,939.26
Bienes y Servicios	15,089,224.25	7,380,195.08	36,180,083.34	0.00	58,649,502.67
Otros Gastos	432,424.73	95,817.36	0.00	0.00	528,242.09
Adq. de Activos No Financieros	3,870,210.17	349,007.11	4,205,571.86	0.00	8,424,789.14
TOTAL	134,800,595.41	7,825,019.55	40,385,655.20	0.00	183,011,270.16

Fuente: POA 2016

El presupuesto aprobado a toda fuente para el año 2015 en el Hospital Nacional Daniel A Carrión fue de 175, 790,116 soles y el total ejecutado fue de 170,676,849.16 Soles que representa una ejecución del 97.1%.

Con cargo a la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios se ejecutó S/.117'621,250.00 Soles, que significa el 97.8% del PIM aprobado que fue de S/.122'235,514.00 Soles

La fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados se ejecutó S/. 8'184,564.45 Soles que significa el 78.6% del PIM aprobado que fue de S/.10'413,104.00 Soles (la recaudación del año 2015 fue de S/. 8'439,406.60 Soles, lo que significa una ejecución de 97% de lo recaudado).

Por la Fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias se ejecutó S/.44'871,035.20 Soles, que significa el 99.7% del PIM aprobado que fue de S/.44'990,558.00 Soles.

Según la tabla 4.12, se muestra la ejecución presupuestal y la genérica del gasto del año 2015.

Tabla 4. 12. Ejecución Presupuestal Anual a Nivel de Devengados 2015

GENERICA DE GASTO	EJECUCIÓN 2015				
	Recursos Ordinarios	R.D.R.	Donaciones y Transferencias	Recursos Determinados	TOTAL
PIM	120,235,514	10,413,104	44,990,558	150,940	175,790,116
Personal y Obligaciones	69,788,938	0	0	0	69,788,938
Pensiones y otras Prestaciones Sociales	19,828,382	0	0	0	19,828,382
Bienes y Servicios	17,720,670	7,850,570	42,881,571	0	68,452,811
Otros Gastos	590,870	41,974	0	0	632,844
Adquisición de Activos No Financieros	9,692,390	292,020	1,989,464	0	11,973,874
TOTAL	117,621,250	8,184,564	44,871,035	0	170,676,849

Fuente: POA HNDAC 2016

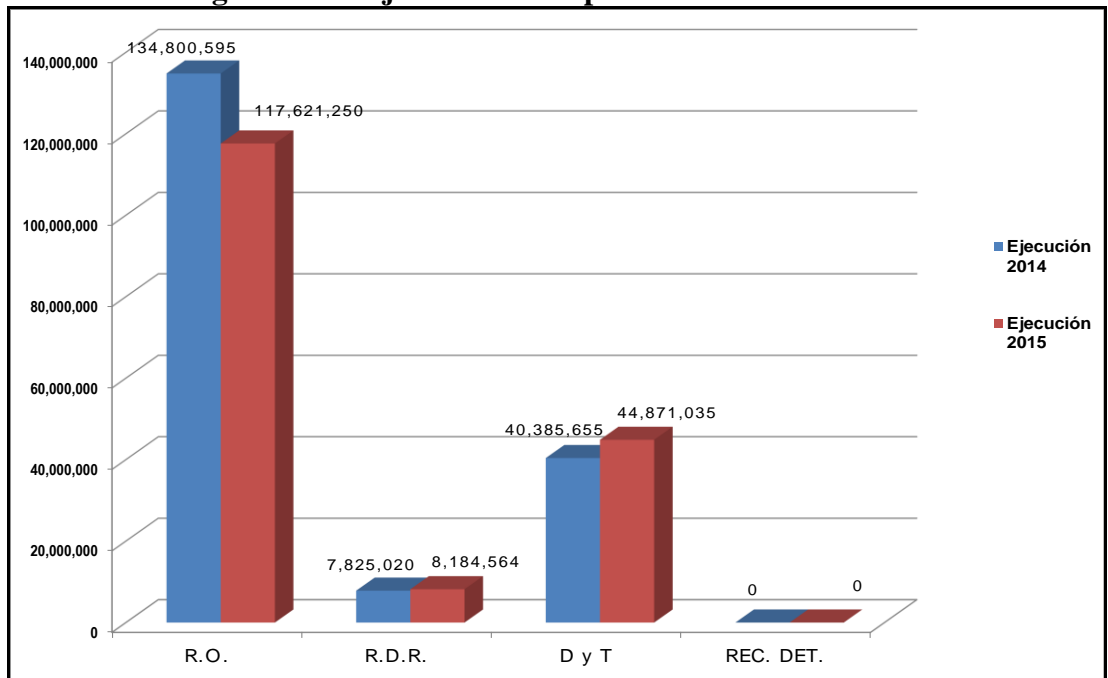
Según la tabla 4.13 y la figura 4.16, se muestra la ejecución presupuestal anual de los años 2014 y 2015 considerando las fuentes de financiamiento.

Tabla 4. 13. Ejecución Presupuestal Anual periodo 2014-2015

Genérica de Gasto	Ejecución 2014 - 2015				
	R.O.	R.D.R.	Dy T	REC. DET.	TOTAL T.F.
Ejecución 2014	134,800,595.41	7,825,019.55	40,385,655.20	0.00	183,011,270.16
Ejecución 2015	117,621,250.00	8,184,564.00	44,871,035.00	0.00	170,676,849.00

Fuente: POA HNDAC 2016

Figura 4. 16. Ejecución Presupuestal 2014-2015



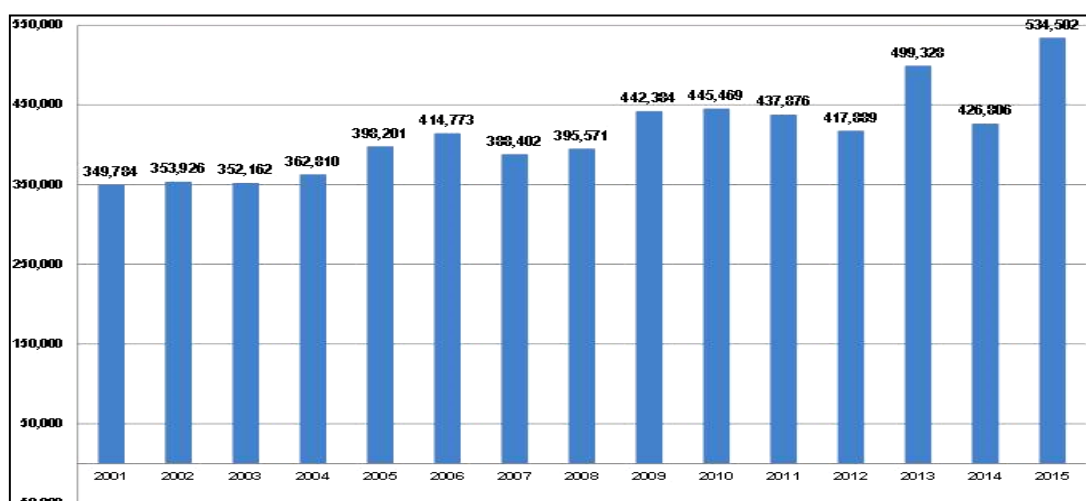
Fuente: POA HNDAC 2016

4.3.8. Estadística General

i. Atenciones Ambulatorias en General

La demanda de atención de salud en el Hospital Daniel A Carrión se ha incrementado de manera progresiva durante la última década. El principal factor que ha contribuido a ello es el subsidio de la atención por parte del Seguro Integral de Salud.

Figura 4. 17. Atenciones ambulatorias en HNDAC 2001-2015



Fuente: HNDAC/OEI

ii. Atenciones según Lugar de Procedencia

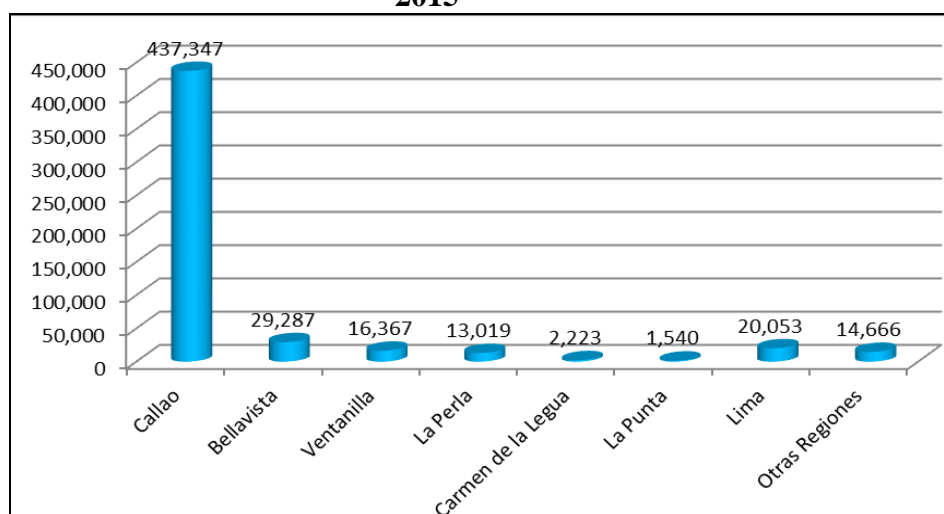
El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión como se ha indicado es un Hospital de Referencia Nacional que registra la atención en el 2015 de un 93.5% de pacientes procedentes de la Provincia Constitucional del Callao y sus distritos, siendo solo el 6.5% restante de Lima y otros lugares del país.

Tabla 4. 14. Atenciones Ambulatorias según Procedencia. HNDAC 2015

DISTRITOS	CONSULTAS	%
Callao	437,347	81.8%
Bellavista	29,287	5.5%
Ventanilla	16,367	3.1%
La Perla	13,019	2.4%
Carmen de la Legua	2,223	0.4%
La Punta	1,540	0.3%
Lima	20,053	3.8%
Otras Regiones	14,666	2.7%
TOTAL	534,502	100%

Fuente: HNDAC/OEI

Figura 4. 18. Atenciones Ambulatorias generales según procedencia HNDAC 2015



Fuente: HNDAC/OEI

iii. Atenciones según Género

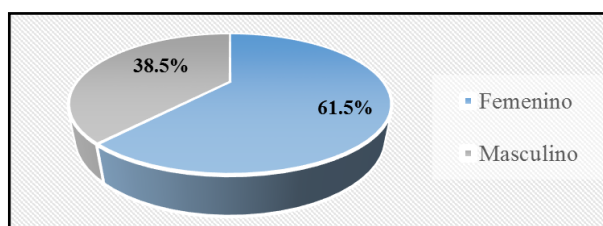
En cuanto a la distribución de género; los pacientes atendidos en consulta ambulatoria se distribuyen como se muestra en la Tabla 4.15.

Tabla 4. 15. Atenciones por Género - Consulta Externa 2015

GÉNERO	CONSULTAS	%
Femenino	328,859	61.5%
Masculino	205,643	38.5%
TOTAL	534,502	100%

Fuente: HNDAC/OEI

Figura 4. 19. Atenciones por Género - Consulta Externa 2015



Fuente: HNDAC/OEI

iv. Atención de Grupos Etarios

En el año 2012, la población atendida presentó la siguiente distribución por grupo etario.

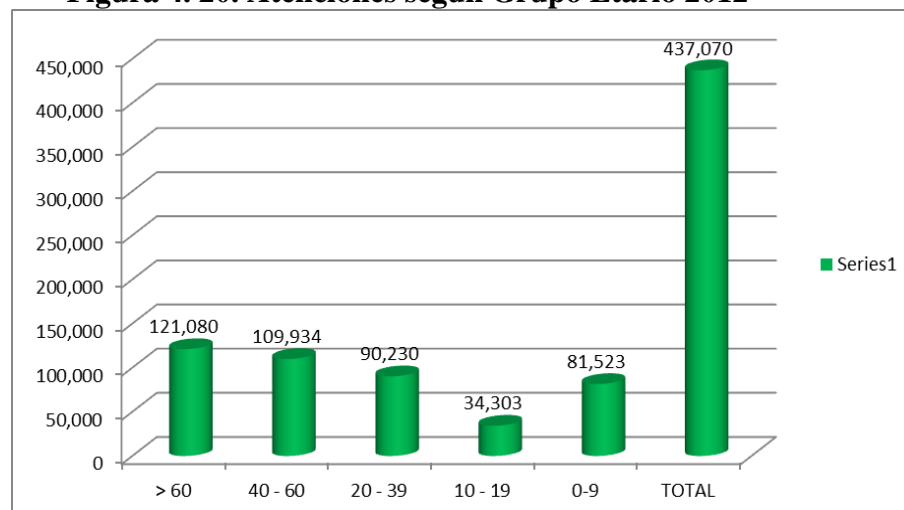
Tabla 4. 16. Atenciones según Grupo Etario 2012

EDAD	CONSULTAS	%
> 60	121,080	27.4%
40 - 60	109,934	26.4%
20 - 39	90,230	20.7%
10 - 19	34,303	7.9%
0-9	81,523	18.7%
TOTAL	437,070	100%

Fuente: HNDAC/OEI/Base de datos HIS

Los grupos etarios más vulnerables de la población del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión son los niños y mayores de 60 años, que representan el 47% de las atenciones; los menores de 0 a 9 años representan un 18.6% y los mayores de 60 años un 27.7%.

Figura 4. 20. Atenciones según Grupo Etario 2012



Fuente: HNDAC/OEI/Base de datos HIS

Las estadísticas Generales mostradas a través de Figuras y Tablas presentan algunas variaciones con los totales de atenciones; que aparece por obtener la información de diversas fuentes de la misma institución.

4.3.9. Procesos de Atención

El Hospital Nacional Daniel A Carrión es una institución sanitaria de alta complejidad que ofrece a sus pacientes una atención integral y de calidad por ello tiene la obligación de coordinar tareas y procesos internos en un determinado orden lógico y práctico que permita resultados óptimos para los pacientes.

Dentro del ámbito del Hospital los procesos claves son los que se encuentran directamente relacionados a la atención médica del paciente siendo los principales los descritos a continuación.

Atención Médica Ambulatoria

- 1) Paciente beneficiario del Seguro solicita atención en Consulta Externa.
 - a. Paciente acude a Oficina de Seguros a realizar el trámite de cobertura y visación respectiva
 - b. Si es SIS acude con DNI, Contrato SIS, Hoja FESE y Hoja de referencia.
 - c. Si es SIS Semisubsubsidado acude con DNI, Contrato SIS, Hoja FESE, Hoja de Referencia y vóucher de Banco de la Nación actualizado.
 - d. Paciente AUS acude con DNI y Hoja de Referencia.
 - e. Si es SOAT acude con DNI y Carta de Garantía actualizada.

- 2) Personal de la Oficina de Seguro: Revisa expediente según cada caso, realiza la visación de acuerdo a la cobertura del seguro.

- 3) Terminalista: Revisa la referencia
 - a. Si el paciente es nuevo solicita datos de filiación para apertura de Historia Clínica y carga al sistema informático de admisión la cita solicitada. Luego ingresa al Sistema de Recaudación los servicios solicitados y emite comprobante de pago (Monto 0) y tarjeta de atención.
 - b. Si el paciente es continuador muestra tarjeta de atención y carga al sistema informático de admisión la cita solicitada. Luego ingresa al sistema de recaudación los servicios solicitados y emite comprobante de pago (Monto 0).

- 4) Personal de Archivo ubica la Historia Clínica según reporte del Sistema de Citas y envía Historia Clínica a los consultorios externos, adjuntando listado de Historias un día previo a la cita.

- 5) Técnico de Enfermería de Consultorio externo recibe y verifica las historias clínicas remitidas por Archivo según reporte de citas. Habilita la hoja de atención de consulta externa y las ordena de acuerdo a la numeración de la boleta. Llama al paciente, le solicita comprobante de pago (monto cero). Realiza la toma de controles vitales y las registra en la Historia Clínica, para luego pasar a la consulta médica.
- 6) Médico realiza la atención respectiva; de considerarlo necesario solicitará exámenes y/o procedimientos diagnósticos y/o indicará tratamiento; informa al paciente sobre su estado de salud, entrega la receta médica y le informa el próximo control. Registra los datos de la consulta en la Historia Clínica del paciente, llena el Reporte diario y formulario, los formatos de seguros según corresponda; si el paciente no fue atendido, colocará NSP (No se presentó).
- 7) Técnico de enfermería del consultorio externo orienta al paciente de acuerdo a las indicaciones médicas, devuelve la Historia Clínica a Archivo, el Reporte Diario, los formatos del seguro y los comprobantes de pago al Área Funcional de Consulta externa.
- 8) Paciente atendido.

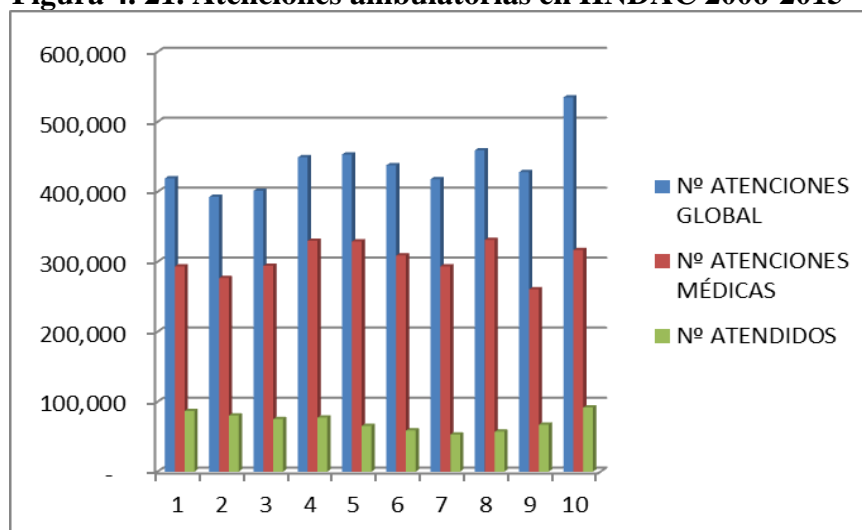
A continuación, se presenta la evolución de las atenciones de consulta externa en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Tabla 4. 17. Producción de Atenciones Ambulatorias – 2006- 2015

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Atenciones Globales	419,220	392,714	401,517	449,264	453,233	437,876	417,889	459,201	428,060	534,970
Atenciones Medicas	293,489	276,688	294,156	330,013	328,843	308,952	293,493	330,963	260,543	316,514
N° de Atendidos	86,821	80,299	75,141	77,414	65,249	58,918	53,241	57,148	67,227	91,633

Fuente: Oficina de Estadística

Figura 4. 21. Atenciones ambulatorias en HNDAC 2006-2015



Fuente: Oficina de Estadística

Las atenciones ambulatorias en general entre el 2006 y 2015 crecieron en un 27.61% en tanto que las atenciones médicas en Consultorios Externos se incrementaron en un 7.8%.

Atención Médica Ambulatoria por Especialidad Médica

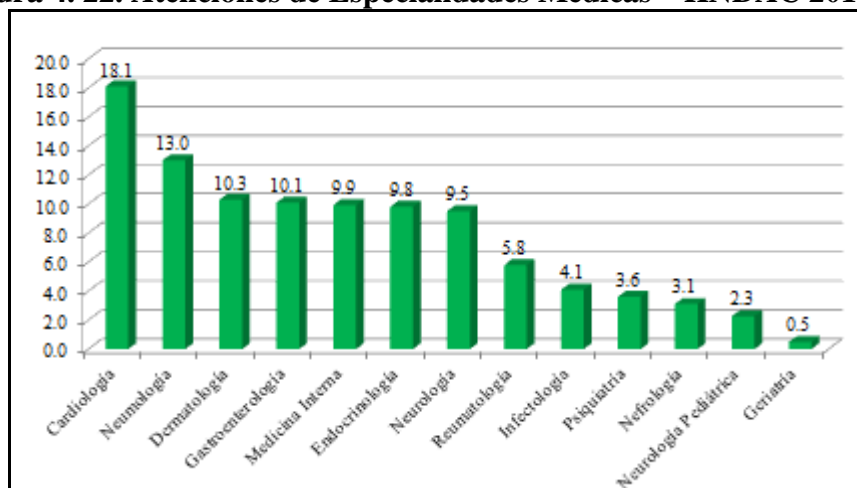
En Consulta Externa las especialidades médicas que demandan mayores atenciones son Cardiología, Neumología, Dermatología, Gastroenterología, Medicina Interna, Endocrinología y Neurología:

Tabla 4. 18. Atenciones médicas según especialidad HNDAC 2015

DPTO. MEDICINA	147210	100%
Cardiología	26649	18.1%
Neumología	19134	13.0%
Dermatología	15147	10.3%
Gastroenterología	14839	10.1%
Medicina Interna	14607	9.9%
Endocrinología	14431	9.8%
Neurología	13988	9.5%
Reumatología	8511	5.8%
Infectología	6008	4.1%
Psiquiatría	5289	3.6%
Nefrología	4564	3.1%
Neurología Pediátrica	3328	2.3%
Geriatría	715	0.5%

Fuente: Oficina de Estadística

Figura 4. 22. Atenciones de Especialidades Médicas – HNDAC 2015



Fuente: Oficina de Estadística

Atención Médica Ambulatoria por Especialidad Quirúrgica

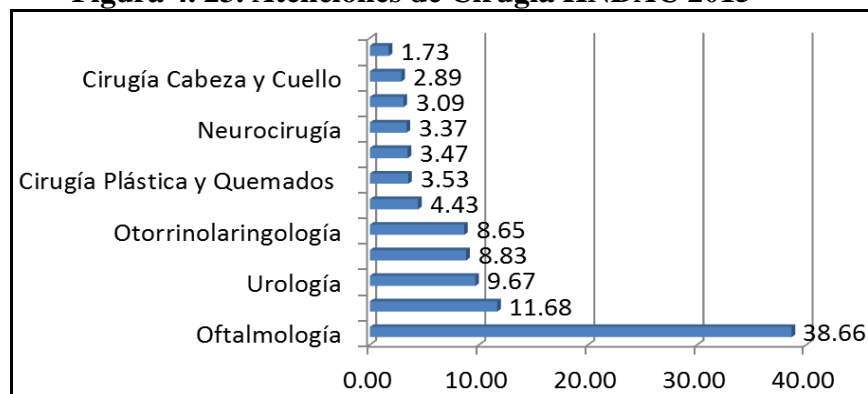
En las Especialidades Médicas Quirúrgicas las mayores demandas son generadas por los servicios de: Oftalmología, Traumatología, Urología, Cirugía General y Otorrinolaringología.

Tabla 4. 19. Atenciones Quirúrgicas según especialidad HNDAC 2015

DPTO. CIRUGÍA	Atenciones	Porcentaje
DPTO. CIRUGÍA	121978	100%
Oftalmología	47159	38.7%
Traumatología	14247	11.7%
Urología	11799	9.7%
Cirugía General	10774	8.8%
Otorrinolaringología	10552	8.7%
Oftalmología Pediátrica	5398	4.4%
Cirugía Plástica y Quemados	4300	3.5%
Otorrinolaringología Pediátrica	4229	3.5%
Neurocirugía	4109	3.4%
Cirugía Pediátrica	3769	3.1%
Cirugía Cabeza y Cuello	3529	2.9%
Cirugía Torácica y Cardiovascular	2113	1.7%

Fuente: Oficina de Estadística

Figura 4. 23. Atenciones de Cirugía HNDAC 2015



Fuente: Oficina de Estadística

Atenciones Hospitalarias

i. De Consulta Ambulatoria a Hospitalización

El Proceso de Hospitalización desde la Consulta Externa se describe a continuación

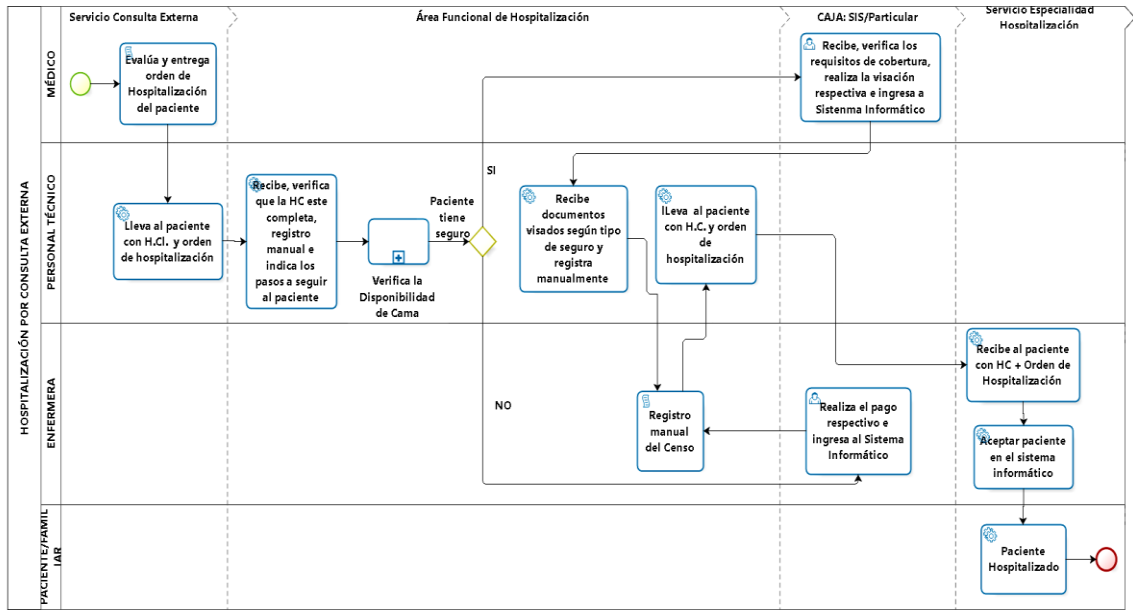
- 1) Médico de Consulta Externa: entrega orden de hospitalización completa y correctamente llena en consultorio externo al paciente y registra en la historia clínica las indicaciones médicas iniciales.
- 2) Técnica de Enfermería de Consulta Externa: lleva al paciente al servicio de hospitalización con Historia Clínica y la orden de hospitalización (con vigencia de solo 48 horas de emitida).
- 3) Personal Técnico de Servicio de Hospitalización: recibe orden de hospitalización, según orden de llegada, verifica que la historia clínica se encuentre completa.
 - a. Si el paciente es particular: registra en aplicativo informático del Servicio de Hospitalización.
 - b. Si es beneficiario del SIS se indica al paciente que acuda a la oficina del Seguros con su DNI, contrato del SIS, Hoja FUA y Hoja de referencia para

su visado y apertura de cuenta corriente. Luego debe regresar con 3 copias de cada documento solicitado al Servicio de Hospitalización.

c. Si es beneficiario del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) se indica que acuda a la Oficina de seguros con su DNI y carta de garantía para la apertura de cuenta corriente. Luego debe regresar al servicio de Hospitalización.

- 4) Enfermera del Área Funcional de Hospitalización: Revisa conformidad y coordina con la enfermera del servicio de hospitalización el número de cama disponible, considerando edad, sexo y necesidades especiales del paciente debido a su condición médica o por diagnóstico.
- 5) Personal técnico del servicio de hospitalización registra en el aplicativo informático del Servicio el número de cama y le indica a familiar los pasos a seguir.
- 6) Paciente/Familiar realiza trámites administrativos respectivos en Caja y recibe comprobante de pago, con el cual debe regresar a Hospitalización.
- 7) Personal Técnico del SH recibe orden de hospitalización, comprobante de pago en caja, registra en el aplicativo informático y lleva al paciente en silla de ruedas al servicio respectivo con su historia clínica.
- 8) Enfermera del Servicio de Hospitalización registra en el sistema informático del censo el ingreso del paciente.
- 9) Enfermera del servicio de Hospitalización de destino recibe orden de hospitalización, comprobante de pago, historia clínica e ingresa al paciente, firma y sella orden de hospitalización para ser remitido al servicio de hospitalización y copia para el familiar.
- 10) Paciente finalmente se encuentra hospitalizado y registrado en el sistema.

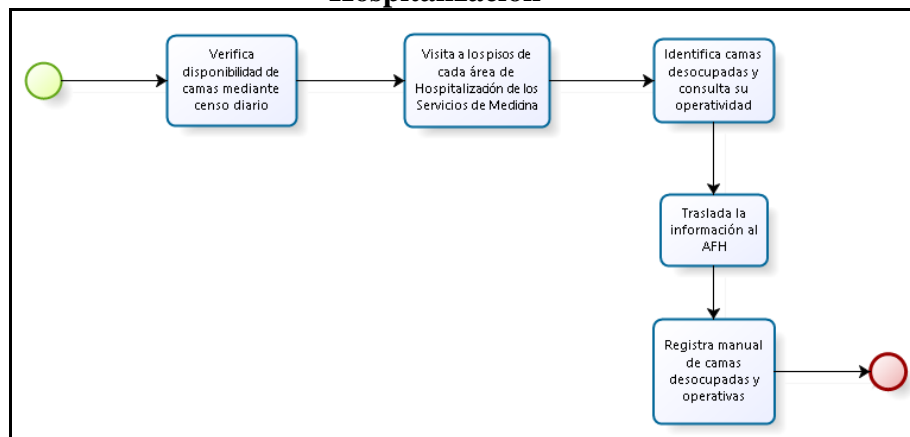
Figura 4. 24. Proceso de Hospitalización de Consulta Ambulatoria a Hospitalización



Fuente: Manual de Procedimientos del Servicio de Hospitalización-Diagramación en Bizagi Modeler.

Para la verificación de la disponibilidad de camas, se realiza el sub proceso de verificación realizado por el personal Técnico, el cual inicia al ingreso del personal desplazándose por los servicios de medicina realizando el censo de camas disponibles.

Figura 4. 25. Sub proceso para la verificación de Disponibilidad de camas Hospitalización



Fuente: Observación de los Procedimientos del Servicio de Hospitalización-Diagramación en Bizagi Modeler.

ii. De Emergencia Turno Diurno a Hospitalización.

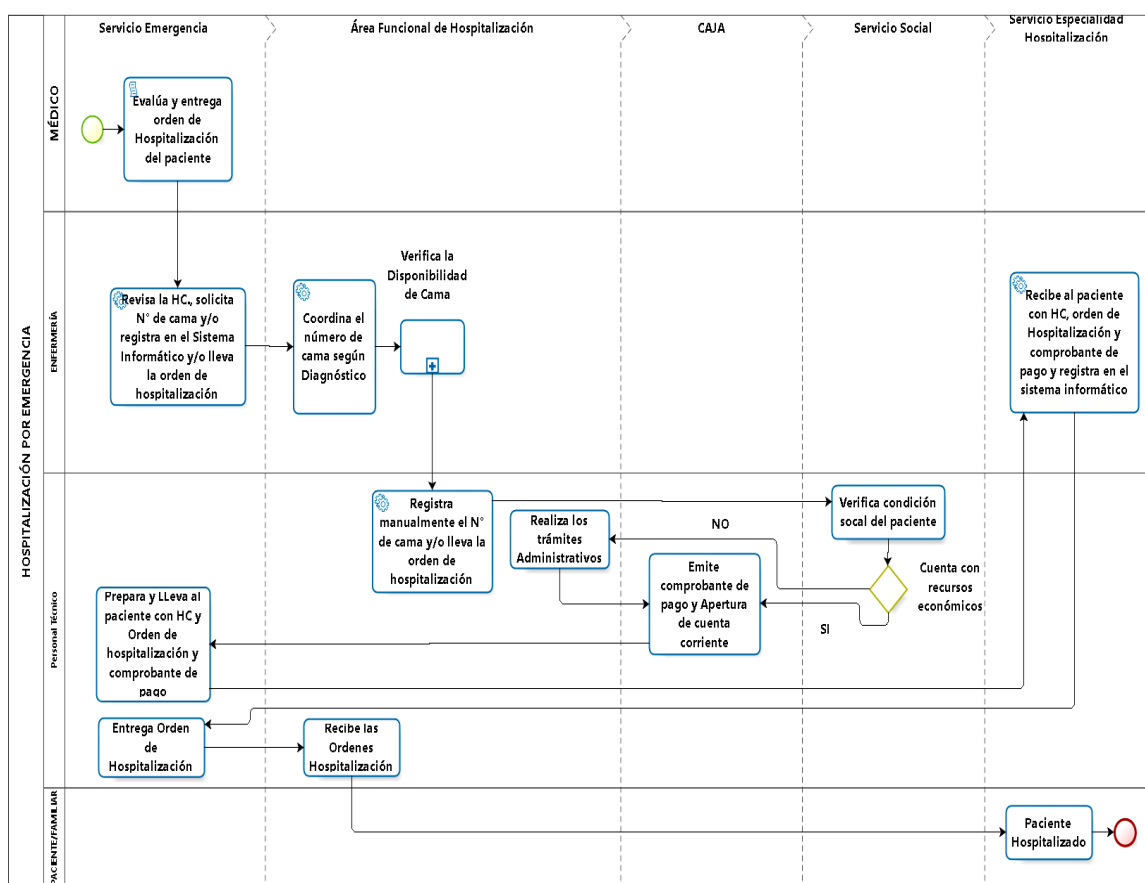
El proceso de hospitalización desde Emergencia durante el turno diurno, se detalla a continuación.

- 1) Médico de Emergencia entrega orden de hospitalización completa y correctamente llenada a Enfermera de Guardia de Emergencia. Registra en la Historia Clínica las indicaciones clínicas iniciales.
- 2) Enfermera de Emergencia coordina cama y/o registra en el aplicativo informático o dispone llevar Orden al Área Funcional de Hospitalización.
- 3) Personal Técnico del Área Funcional de Hospitalización recibe orden de hospitalización y registra en aplicativo informático del AFH.
- 4) Enfermera de Hospitalización de acuerdo al diagnóstico, sexo y/o edad coordina con la enfermera del servicio de hospitalización, el número de cama disponible; registra en el aplicativo informático del AFH el número de cama y se lo comunica por teléfono a la Enfermera de Emergencia.
- 5) Personal Técnico de AFH lleva orden de hospitalización consignando número de cama destino del paciente.
- 6) Personal técnico de Emergencia: realiza trámites administrativos respectivos en Caja y/o servicio social.
- 7) Personal técnico de Emergencia dispone llevar al paciente en silla de ruedas al servicio respectivo con Historia Clínica, orden de hospitalización y comprobante de pago.
- 8) Enfermera de Piso de Hospitalización destino: recibe orden de hospitalización, comprobante de pago, historia clínica y admite al paciente en su servicio; firma y sella la parte posterior de la Orden de Hospitalización para ser remitido al área

funcional de hospitalización y otra copia la entrega al familiar. Registra en el Sistema Informático del Censo el ingreso respectivo.

- 9) Personal Técnico de Enfermería: Archiva las ordenes de hospitalización de pacientes hospitalizados para ser entregados a la Jefatura de Emergencias.
- 10) Jefatura de Emergencia: dispone entrega de Órdenes de Hospitalización de los pacientes hospitalizados al Área Funcional de Hospitalización a más tardar a las 9 horas del día siguiente laborable.
- 11) Paciente hospitalizado y registrado.

Figura 4. 26. Proceso de Emergencia Turno Diurno a Hospitalización



Fuente: Manual de Procedimientos del Servicio de Hospitalización-Diagramación en Bizagi Modeler.

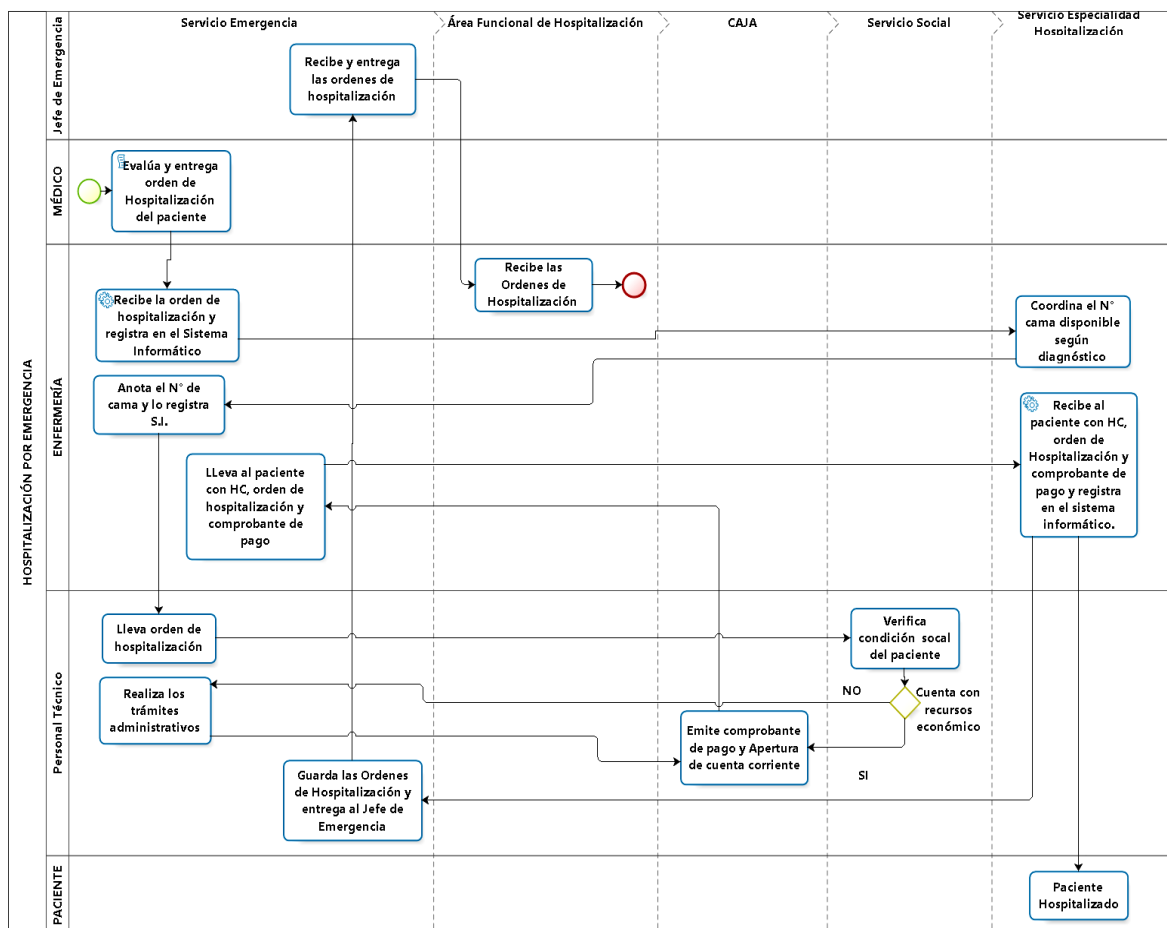
iii. De Emergencia Turno Nocturno a Hospitalización

El Proceso de hospitalización desde Emergencia en el turno nocturno, domingos y Feriados se describe a continuación:

- 1) Médico de Emergencia: entrega orden de hospitalización completa y correctamente llenada a Enfermera de Guardia en Emergencia. Registra en la Historia Clínica las indicaciones médicas iniciales.
- 2) Enfermera de Emergencia: recibe orden de hospitalización y registra en aplicativo informático del AFH. De acuerdo al diagnóstico, sexo y/o edad coordina con la enfermera del servicio de hospitalización el número de cama disponible; anota el número de cama en la orden de hospitalización y registra en el aplicativo informático el número de cama.
- 3) Personal de Emergencia realiza los trámites administrativos respectivos en Caja y/o Servicio Social, y recibe comprobante de pago.
- 4) Enfermera de Emergencia: Dispone llevar al paciente en silla de ruedas al servicio respectivo con Historia Clínica, orden de hospitalización y comprobante de pago.
- 5) Enfermera de piso de hospitalización de destino: recibe la orden de hospitalización, comprobante de pago, historia clínica e ingresa al paciente, firma y sella en la parte posterior de la Orden de Hospitalización para ser remitido al Área Funcional de Hospitalización y otra copia la entrega al familiar. Registra en el Sistema Informático del Censo el ingreso respectivo.
- 6) Personal de Emergencia: archiva las Órdenes de Hospitalización de pacientes hospitalizados para ser entregadas a la Jefatura de Emergencia.

- 7) Jefatura de Emergencia: Dispone entrega de Órdenes de Hospitalización de los pacientes hospitalizados al área funcional de hospitalización a más tardar a las 9 horas del día siguiente laborable.

Figura 4. 27. Proceso de Emergencia Turno Nocturno a Hospitalización



Fuente: Manual de Procedimientos del Servicio de Hospitalización-Diagramación en Bizagi Modeler.

iv. De Servicio Hospitalario a otro Servicio del Hospital

El proceso de Hospitalización desde otra sala de hospitalización mediante el traslado interno, se desarrolla a continuación.

- 1) Paciente con indicación médica para el traslado a otro piso de hospitalización o cuidados críticos.

- 2) Enfermera del servicio de Hospitalización Origen: coordina con enfermera del servicio destino la disponibilidad de cama hospitalaria con información referencial del paciente según Historia Clínica, coordina el traslado con el personal técnico, comunica al familiar y anota en la Historia Clínica. Registra en el sistema informático del Censo Hospitalario el traslado del paciente al servicio destino con el número de camas.
- 3) Técnico de enfermería del piso de hospitalización de origen: prepara y traslada al paciente con su Historia Clínica y e indicaciones al servicio de hospitalización destino.
- 4) Enfermera de piso de hospitalización destino: recibe al paciente con Historia Clínica e indicaciones e instala al paciente en su cama hospitalaria.
- 5) Enfermera del Área Funcional de Hospitalización verifica los reportes diarios de transferencia de camas de los servicios de hospitalización.
- 6) Paciente trasladado.

Atenciones Quirúrgicas

Las intervenciones quirúrgicas en el Hospital Daniel A Carrión pueden programarse de forma electiva desde los Consultorios externos y Hospitalización y de forma inmediata desde los servicios de Emergencia y Área Crítica y también de Hospitalización. Actualmente se dispone de 6 salas de operaciones para electivas y 3 para Emergencia, la producción de atenciones se detalla a continuación.

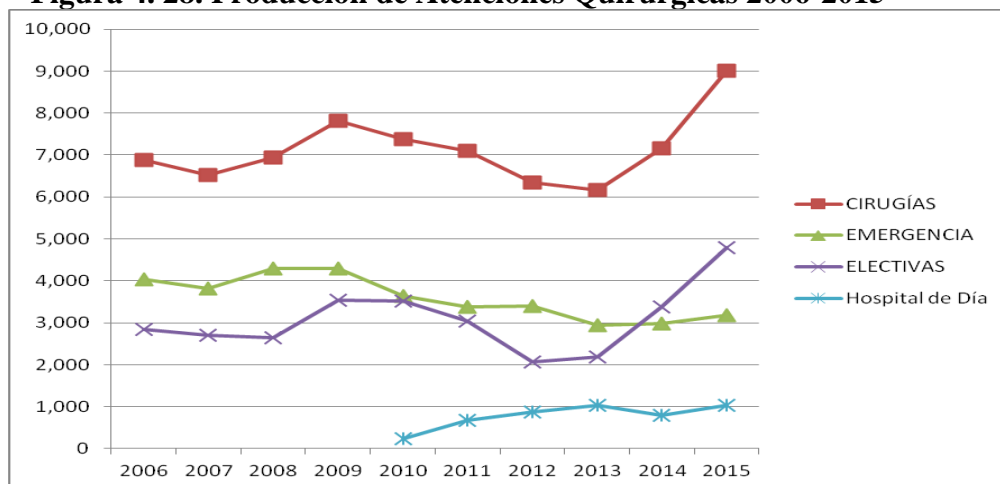
Tabla 4. 20. Producción de Atenciones Quirúrgicas 2006-2015

PROC. QUIRÚRGICOS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CIRUGÍAS	6,876	6,527	6,943	7,823	7,383	7,098	6,342	6,171	7,166	9,008
EMERGENCIA	4,039	3,819	4,302	4,290	3,639	3,378	3,402	2,945	2,984	3,190
ELECTIVAS	2,837	2,708	2,641	3,533	3,514	3,040	2,073	2,188	3,387	4,784
Hospital de Día					230	680	867	1,038	795	1,034

Fuente: Oficina de Estadística e Informática HNDAC

Las intervenciones quirúrgicas en general en el Hospital Carrión se incrementaron del 2006 al 2015 en un 31%; las Intervenciones electivas aumentaron en un 68.62% mientras que las intervenciones quirúrgicas de Emergencia disminuyeron 21%.

Figura 4. 28. Producción de Atenciones Quirúrgicas 2006-2015



Fuente: Oficina de Estadística e Informática HNDAC

Atenciones de Emergencia

Las atenciones en el Servicio de Emergencia se han incrementado progresivamente en todas las especialidades médicas y quirúrgicas y el Hospital ha implementado cambios con el fin de mejorar la atención de este servicio. Actualmente el Servicio de Emergencia de Adultos cuenta con lo siguiente:

- 1) Sala de Triage: donde se determina la prioridad de atención
- 2) Shock Trauma: Atención Prioridad I
- 3) Tópico de Medicina: Atención Prioridad II y III
- 4) Tópico de Cirugía
- 5) Tópico de Traumatología
- 6) Sala de Observación UCYME paciente con indicación de Hospitalización

Proceso de Atención en Emergencia, se detalla a continuación

1. Paciente ingresa a Triage en donde se determina si requiere una evaluación de emergencia o es derivado hacia la consulta externa

2. Luego del Triage el paciente ingresa a Tópicos de Medicina donde es evaluado por el Médico de Guardia.
3. La atención médica se realiza evaluando inicialmente el motivo de ingreso, se le inicia tratamiento sintomático de requerirlo y puede derivar en la solicitud de exámenes auxiliares.
4. Luego se realiza la reevaluación del paciente considerando su evolución desde su ingreso y los resultados de sus exámenes auxiliares. El médico decide con esta evaluación el destino del paciente: alta u hospitalización.
5. Con la indicación de Hospitalización se formaliza la Historia Clínica de Emergencia; y de acuerdo a la condición clínica del paciente se decide su hospitalización en Emergencia o en piso de hospitalización.
6. De considerarse que su destino son las salas de hospitalización se solicita mediante interconsulta la evaluación de la especialidad correspondiente; de hallarse fuera del horario de interconsultas el paciente puede ser hospitalizado por el Jefe de Guardia en la sala de hospitalización disponible o la que considere conveniente.
7. Si no hay disponibilidad de camas se hospitaliza en Emergencia

Atención en Sala de Observación de Emergencia

1. En Hospitalización de Emergencia se realiza la Historia Clínica hospitalaria y se continúa con la atención iniciada en los tópicos de Medicina.
2. Se escriben las indicaciones médicas y solicitud de exámenes auxiliares de acuerdo a la condición clínica del paciente.
3. Se anota en la historia clínica la evolución diaria y según su necesidad.

4. Se solicitan además la evaluación por otras especialidades mediante interconsultas para ayudar en el manejo o para aceptarlos en sus servicios de hospitalización.
5. El paciente permanece en Hospitalización de Emergencia hasta que se disponga de cama para trasladarlo a piso de hospitalización

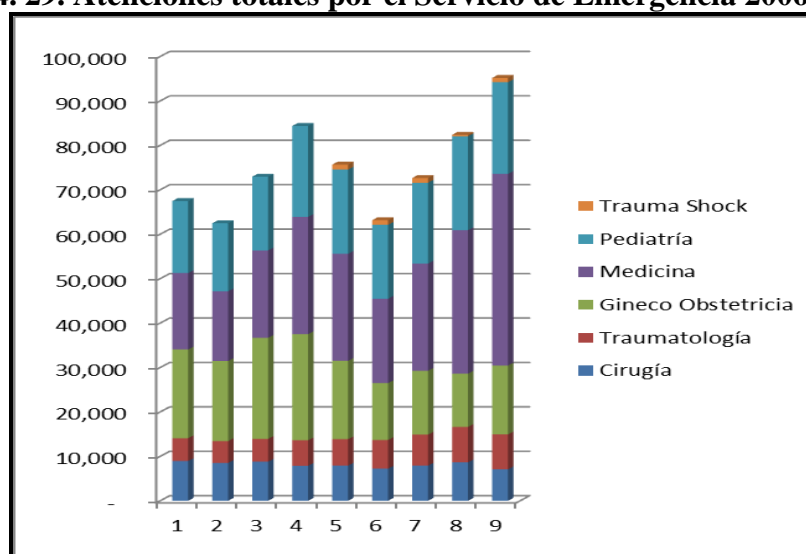
Tabla 4. 21. Atenciones en Servicio de Emergencia HNDAC: 2006-2015

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total Atenciones	67,454	62,450	72,941	84,362	75,664	63,154	72,636	82,370	95,171
Cirugía	8,940	8,535	8,791	7,885	7,915	7,212	7,904	8,649	7,073
Traumatología	5,148	4,891	5,142	5,730	5,934	6,467	6,977	7,974	7,854
Gineco Obstetricia	19,964	18,031	22,742	23,880	17,644	12,805	14,384	11,995	15,524
Medicina	17,211	15,679	19,670	26,393	24,088	18,987	24,112	32,289	43,113
Pediatría	16,191	15,314	16,596	20,474	18,964	16,635	18,210	21,148	20,636
Trauma Shock					1,119	1,048	1,049	315	971

Fuente: Oficina de Estadísticas HNDAC

Las atenciones totales por el Servicio de Emergencia del Hospital Carrión se incrementaron en el periodo 2006- 2014 en un 41%; la Especialidad que más incremento sus atenciones fueron de Medicina en un 150.4%; las atenciones de Traumatología aumentaron en 52.56%; de Pediatría en 27.45% siendo solamente la Especialidad de Cirugía quien disminuyó en 20.88% sus atenciones en Emergencia.

Figura 4. 29. Atenciones totales por el Servicio de Emergencia 2006-2015



Fuente: Oficina de Estadísticas HNDAC

CAPÍTULO V EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

5.1. Análisis de Indicadores de Gestión

Para la evaluación de la gestión hospitalaria por intermedio de los denominados Indicadores de Gestión, se identifica los indicadores a evaluar desarrollados anteriormente en el Capítulo II, luego se registró adjunto los estándares que corresponden al Nivel de Complejidad de nuestro Hospital, categorizado con Nivel III-1. Los indicadores que se registran del Hospital de los años 2014 y 2015 han sido obtenidos de las estadísticas y reportes del Hospital obtenidos de la página web y/o de reportes oficiales como los planes operativos.

Tabla 5. 1. Análisis Comparativo de Indicadores de Evaluación

Indicadores de Evaluación	ESTÁNDAR MINS A	HNDAC	
		2014	2015
Rendimiento Hora Medico	3-4 consultas por hora	2.8	3
Concentración de consulta	3-4 consultas promedio	5.35	4.91
Promedio de Permanencia en Hospital	6-8 días	8.01	9.01
Porcentaje de Ocupación de camas	85-90%	74.50%	80.40%
Rendimiento de camas	>48 por año o 4 por mes	28.88%	31.69%
Rendimiento de Sala de Operaciones	80-100 por mes	50.16	66.6
Porcentaje de Cirugía Suspendida	5%	11.9	11.27
Promedio de permanencia en UCI	10-15 DIAS	7.18	10.79
Porcentaje de Infecciones Intrahospitalarias	0 a 7%	12.82	5.74
Promedio Analisis de Laboratorio por consulta	1	0.85	0.91
Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria	3-4%		2.9

Fuente: Oficina de Estadística – HNDAC. Elaboración: Autores de la Tesis.

La tabla 5.1, muestra la comparación de indicadores de los años 2014 y 2015, los cuales se encuentran por debajo de los estándares establecidos por el MINS A, como se mencionó anteriormente los indicadores son extraídos de documentos oficiales del

Hospital y reportes de la Oficina de Estadísticas; el cálculo del indicador se asume que se ha realizado de manera correcta. El rendimiento hora medico establece el tiempo promedio que se dedica a cada paciente (3 por hora en el 2015) se encuentra en el límite del estándar (3 a 4 pacientes por hora); la concentración de consulta que determina el promedio de consultas a cada paciente (4.91 consultas por paciente en el 2015) se encuentra por encima del estándar (3 a 4 consultas por paciente).

El promedio de permanencia hospitalizado es un indicador que tiene mayor importancia cuando se obtiene por cada servicio; evalúa el grado de aprovechamiento de las camas hospitalarios y se ha prolongado con respecto al año anterior llegando a un promedio de 9.01 días de estancia promedio (Estándar de 6 a 8 días) . El porcentaje de ocupación de camas establece el grado de utilización de camas en un periodo determinado (80.40% en el 2015) se encuentra por debajo el estándar (85 a 90%); el Rendimiento de camas indica el número de enfermos tratados en cada cama hospitalaria., es decir los egresos que dicha cama ha producido en un periodo determinado (31.69 pacientes por año en el 2015), se encuentra muy por debajo del estándar (48 pacientes por año).

El rendimiento de Sala de Operaciones indica el promedio de intervenciones quirúrgicas que se realizan en cada sala de operaciones (66.6 atenciones quirúrgicas por sala en el 2015) siendo su estándar (80 a 100 intervenciones por año). El porcentaje de cirugía suspendida (11.27% de las programadas en el 2015) está por encima del estándar aceptado (5% de suspensión de cirugías programadas al año). El porcentaje de infecciones intrahospitalarias, el promedio de análisis de laboratorio por consulta médica ambulatoria y la tasa neta de mortalidad se encuentran dentro de los estándares MINSA.

5.2. Autoevaluación para Acreditación

El Listado de Estándares de Acreditación se constituye como el único instrumento para la evaluación periódica de los elementos relacionados con la calidad: estructura, procesos y resultados, que deben cumplir los establecimientos de salud, para acreditarse. Al respecto, el Listado de Estándares aplicables para el Hospital Nacional

Daniel Alcides Carrión son para los establecimientos de nivel III-1. Desde el año 2012, se inició a la Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria, realizándose año tras año. La quinta evaluación interna realizada en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el marco del cumplimiento de la Norma de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (Ministerio de Salud, 2007), se realizó en el año 2015.

La autoevaluación realizada en el Hospital la realizó un equipo multidisciplinario de 16 autoevaluadores que son personal de la Institución debidamente certificados y autorizados mediante Resolución Directoral para tal fin. Los resultados de la Autoevaluación son expuestos en la Tabla 5.2.

Tabla 5. 2. Resultado de la Autoevaluación para Acreditación – HNDAC 2015

Macroprocesos	N° Total Criterios	MACROPROCESO							CATEGORIAS		
		E	P	R	T	Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido por Macro proceso	Cumplimiento por Macro proceso	Puntaje Máx. por Categoría	Puntaje Obtenido por Categoría	Cumplimiento por Categoría
						Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	47.88	35.21	73.53	211.87	134.08	63.28
Gestión de Recursos Humanos	11	5	6	0	11	47.88	42.25	88.24			
Gestión de Calidad	22	10	5	7	22	47.88	26.28	54.88			
Manejo del Riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.88	30.52	63.74			
Gestión de Seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	47.88	28.22	58.93			
Control de la Gestión y Prestación	15	5	9	1	15	47.88	19.34	40.38	242.14	120.63	49.82
Atención Ambulatoria	14	8	6	0	14	47.88	26.33	55			
Atención extramural	0	0	0	0	0	0	0	0			
Atención de Hospitalización	26	5	14	7	26	47.88	19.95	41.67			
Atención por Emergencia	14	11	1	2	14	17.1	9	52.63			
Atención Quirúrgica	24	7	11	6	24	17.1	9.46	55.32	151.34	87.47	57.8
Docencia e Investigación	15	9	6	0	15	47.88	45.6	95.24			
Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	11	1	9	1	11	17.1	5.44	31.82			
Admisión y Alta	16	3	7	6	16	17.1	10.02	58.57			
Referencia y Contrareferencia	10	6	1	3	10	17.1	13.58	79.41			
Gestión de Medicamentos	15	4	11	0	15	17.1	4.93	28.85			
Gestión de Información	14	6	7	1	14	17.1	7.43	43.48			
Descontaminación, Limpieza, Dsinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	34.2	19.46	56.9			
Manejo del Riesgo Social	6	2	3	1	6	17.1	15.55	90.91			
Manejo de Nutrición de Pacientes	10	4	5	1	10	17.1	17.1	100			
Gestión de Insumos y Materiales	8	4	3	1	8	17.1	11.18	65.38			
Gestión de Equipos e Infraestructura	12	7	5	0	12	17.1	4.02	23.53			
Total	342	134	167	41	342	653.22	400.87		605.35	342.18	
									Puntaje Final	57%	

Fuente: Oficina de Calidad HNDAC

- La autoevaluación alcanzó un puntaje general de 57% de cumplimiento (No aprobado).
- Se evaluaron 21 Macroprocesos ya que el de Atención Extramural no aplicaba al Hospital Carrión categorizado como Nivel III-1.
- El cumplimiento de los Macroprocesos evaluados fue el siguiente:
 - En seis Macroprocesos se obtuvo menos del 50% de calificación siendo el más crítico el Macroproceso de Gestión de equipos e infraestructura con 23.53% de puntaje.
 - En once Macroprocesos se obtuvo un puntaje entre 50 al 84%.
 - En cuatro Macroprocesos se alcanzó un puntaje mayor al 85%: Gestión de Recursos Humanos; Docencia e Investigación, Manejo de Riesgo Social y Manejo de Nutrición de Pacientes.
- La evaluación de los Macroprocesos Gerenciales concluyó:
 - Gestión de recursos humanos aprobado con 88.24 % de cumplimiento.
 - Direccionamiento, no aprobado con 73.53 % de cumplimiento.
 - Manejo del riesgo de la atención, no aprobado con 63.74% de cumplimiento.
 - Gestión de seguridad ante desastres, no aprobado con 58.9 % de cumplimiento.
 - Gestión de la calidad, no aprobado con 54.88 % de cumplimiento.
 - Control de la gestión y prestación: 40.38% de cumplimiento.
- La evaluación de los Macroprocesos misionales concluyo:
 - Ningún Macroproceso aprobó.
 - Atención quirúrgica no aprobó con 55.32% de cumplimiento.
 - Atención ambulatoria no aprobó con 55.0 % de cumplimiento.
 - Atención de emergencias no aprobó con 52.63 % de cumplimiento.
 - Atención de hospitalización no aprobó con 41.67 % de cumplimiento.
- La evaluación de Macroprocesos de Apoyo se detalla a continuación.
 - Manejo de nutrición de pacientes: 100 %.

- Docencia e investigación: 95.24 %.
- Manejo del riesgo social: 90.91 %.
- Referencia y contrarreferencia, no aprobó con 79.41% de cumplimiento
- Gestión de insumos y materiales, no aprobó con 65.38% de cumplimiento
- Admisión y alta, no aprobó con 58.57 % de cumplimiento
- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización, no aprobó con 56.90% de cumplimiento.
- Gestión de la información, no aprobó con 43.48% de cumplimiento.
- Apoyo diagnóstico y tratamiento, no aprobó con 31.82% de cumplimiento
- Gestión de medicamentos, no aprobó con 28.85 % de cumplimiento.
- Gestión de equipos e infraestructura, no aprobó con 23.53 % de cumplimiento.

Según la categoría de los Macroprocesos, se puede afirmar que, los Prestacionales alcanzan el 49.82% de cumplimiento; los de Apoyo alcanzan 57.8% y los Gerenciales 63.28%. El resultado de la autoevaluación del Hospital, coincide con otras evaluaciones donde se aprecia que la gestión hospitalaria se encuentra por debajo de los estándares establecidos por el ente rector.

5.3. Encuesta de Satisfacción de Personal de Salud

Un elemento importante para evaluar la Gestión Hospitalaria es el grado de satisfacción del recurso humano, encargado de la atención de los pacientes y sus familiares. Para conocer el grado de satisfacción del personal de salud que labora en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se aplicó del 22 al 26 de agosto del año 2016, un Instrumento diseñado por el Ministerio de Salud, pretende recoger información sobre las percepciones que tienen los trabajadores de su ambiente de trabajo que traduce la satisfacción o no en relación a lo que espera de la organización y lo que percibe de ella.

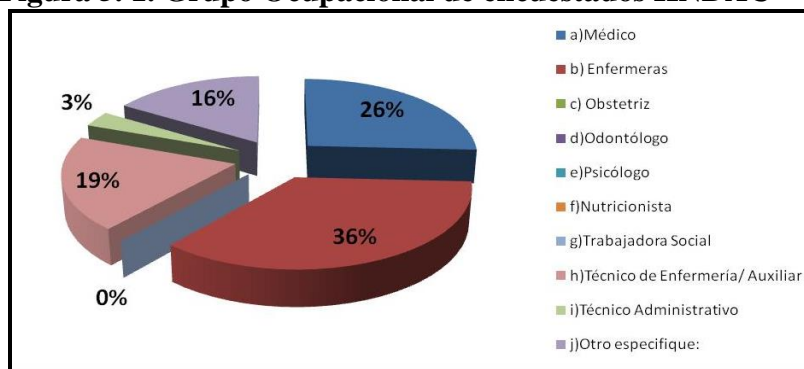
Metodología

El Instrumento para la medición de la satisfacción del personal de salud, consta de 25 preguntas y se encuentra validado por el Ministerio de Salud, tiene una primera

sección cuya información es de carácter general (Informativo) y la segunda parte consta de preguntas referidas a aspectos del trabajo actual, el trabajo en general, la interacción con el Jefe, oportunidades de progreso, remuneraciones e incentivos, interrelación con sus compañeros de trabajo y el ambiente de trabajo.

Se tomó una muestra de 60 trabajadores, el 36% de los encuestados pertenecen al grupo profesional de enfermería seguido de un 26% quienes fueron médicos, 19% Técnicos de Enfermería, el 16% corresponden a otros profesionales que pertenecen a Tecnólogos Médicos y Técnicos de Farmacia.

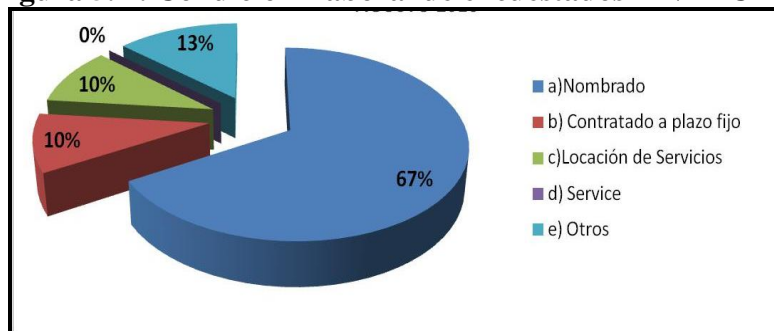
Figura 5. 1. Grupo Ocupacional de encuestados HNDAC



Fuente: Encuesta de Satisfacción del Personal de Salud, HNDAC- agosto 2016

En cuanto a la condición laboral de los encuestados el 67% fueron nombrados, 13% bajo el ítem de otros corresponden a servicios por terceros, el 10% a contrato a plazo fijo y el 10% restante a locación de servicios.

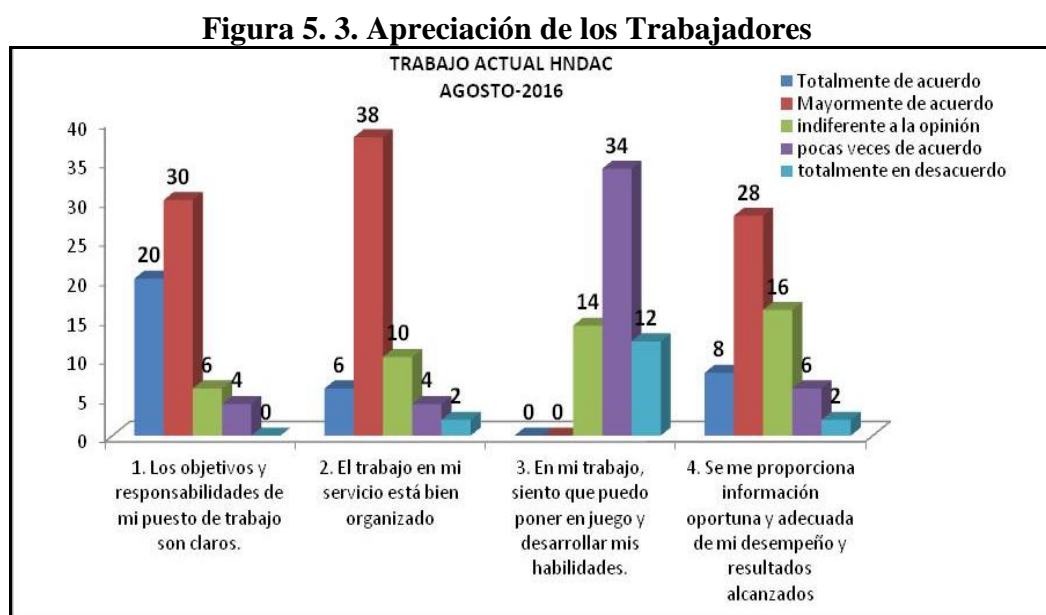
Figura 5. 2. Condición Laboral de encuestados HNDAC



Fuente: Encuesta de Satisfacción del Personal de Salud, HNDAC- agosto 2016

Resultados

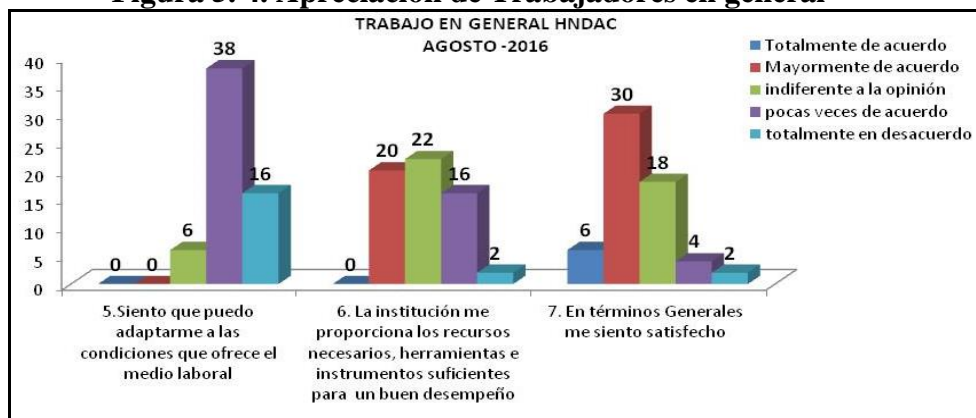
Respecto a los resultados de las apreciaciones del trabajo actual, se evalúa el nivel de autonomía, habilidades, identificación, significado del puesto o actividad realizada y la retroalimentación recibida.



Fuente: Encuesta de satisfacción del Personal de Salud, HNDAC. Agosto 2016

Se obtuvo como resultado que los trabajadores estuvieron mayormente de acuerdo respecto a la claridad de los objetivos en el trabajo y la organización del servicio, así mismo que se proporciona información sobre el desempeño y resultados alcanzados; y que pocas veces el trabajador se siente en libertad de desarrollar habilidades. Respecto a la evaluación del Trabajo en general, se evalúa la apreciación sobre la labor que demanda los conocimientos que tiene el trabajador y el involucramiento con el personal.

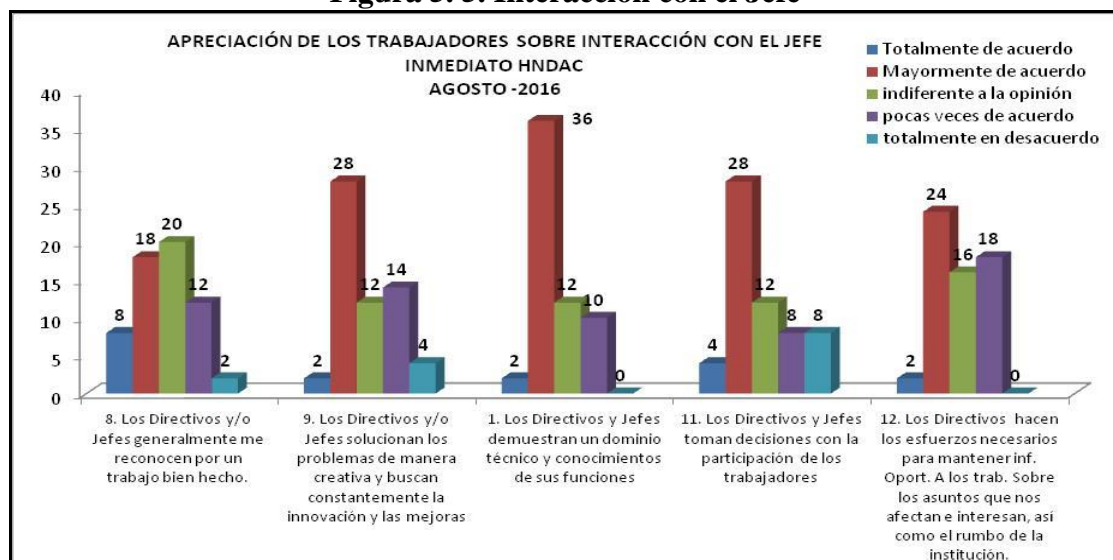
Figura 5. 4. Apreciación de Trabajadores en general



Fuente: Encuesta de satisfacción del Personal de Salud, HNDAC. Agosto 2016

En los resultados se evidencia que los trabajadores se encuentran pocas veces de acuerdo que pueden adaptarse a las condiciones de su medio laboral y que hay una indiferencia respecto a la dotación de recursos que brinda la Institución para el desempeño laboral. Sin embargo, se encuentran mayormente de acuerdo sobre la satisfacción que sienten en la realización del trabajo. En cuanto a la apreciación sobre la interacción con el Jefe inmediato, se encuentra referida a las interacciones de los equipos líder – colaborador, direccionamiento, monitoreo y soporte a las actividades.

Figura 5. 5. Interacción con el Jefe



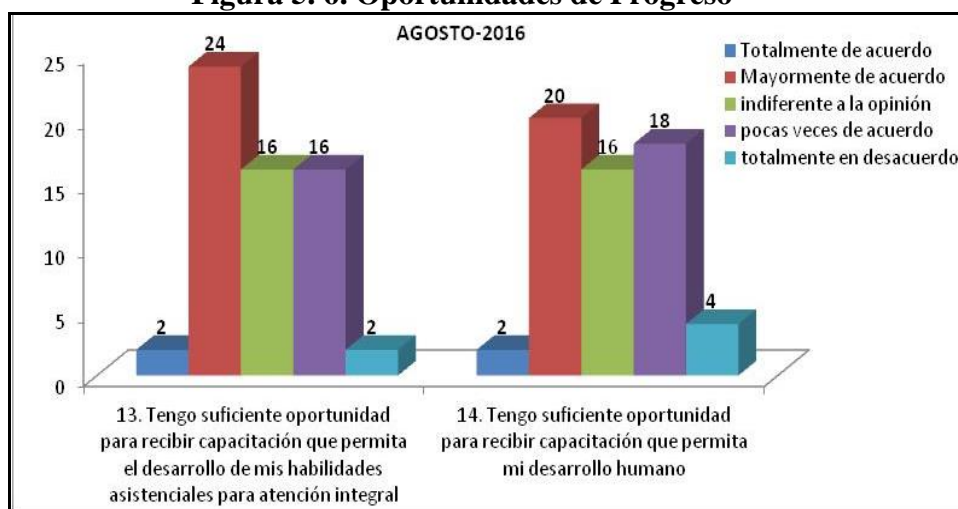
Fuente: Encuesta de satisfacción del Personal de Salud, HNDAC. Agosto 2016

En los resultados, existe una mayoría que se encuentra de acuerdo a que los Directivos y/o Jefes solucionan los problemas de manera creativa e innovando,

demostrando dominio de sus funciones, haciendo partícipe de las decisiones a los trabajadores, manteniéndolos informados sobre el rumbo de la Institución; sin embargo, los trabajadores en gran parte manifiestan que no son reconocidos por su Directivo y/o Jefe por el trabajo bien hecho.

En cuanto a la apreciación sobre las oportunidades de progreso, se encuentra referida a las situaciones que puede aprovechar para superarse o acceder a otro nivel, expectativas de capacitación y desarrollo.

Figura 5. 6. Oportunidades de Progreso

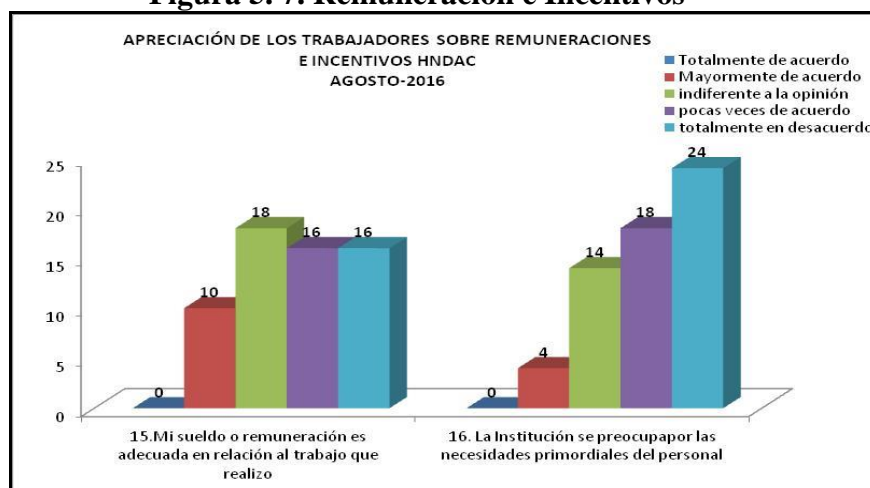


Fuente: Encuesta de satisfacción del Personal de Salud, HNDAC. Agosto 2016

Los trabajadores se encuentran mayormente de acuerdo en que tiene una suficiente oportunidad para el desarrollo de sus habilidades asistenciales y para recibir capacitación para su desarrollo humano. Sin embargo, hay una segunda mayoría que tiene la apreciación que pocas veces ha tenido esta oportunidad de desarrollo.

En cuanto a la apreciación sobre las remuneraciones e incentivos, se encuentra referida al pago u otros reconocimientos que se recibe por tiempo durante el cual debe desarrollar sus labores asignadas.

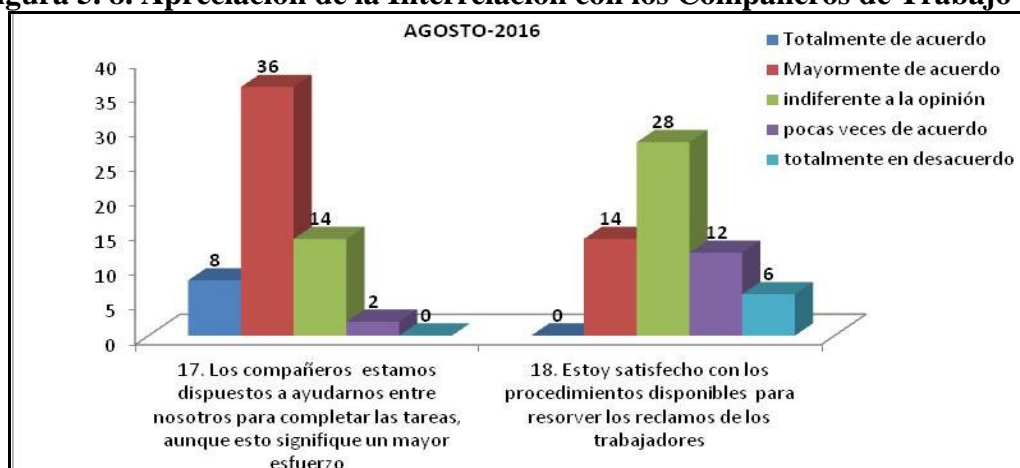
Figura 5. 7. Remuneración e Incentivos



Fuente: Encuesta de satisfacción del Personal de Salud, HNDAC. Agosto 2016

Los resultados muestran que los trabajadores perciben que la Institución no se preocupa por la necesidad primordial del personal y sólo un grupo minoritario percibe que el sueldo o remuneración es adecuada al trabajo realizado. En cuanto a la apreciación sobre la interrelación con sus compañeros de trabajo en el desarrollo de sus labores.

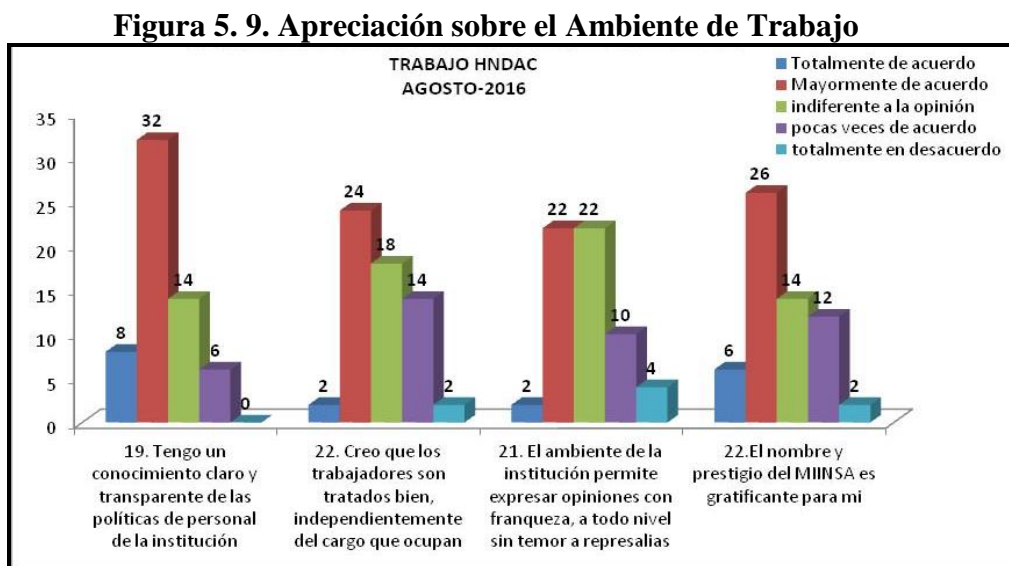
Figura 5. 8. Apreciación de la Interrelación con los Compañeros de Trabajo



Fuente: Encuesta de satisfacción del Personal de Salud, HNDAC. Agosto 2016

Respecto a la interrelación con los compañeros de trabajo, la mayoría se encuentran dispuestos a ayudarse entre ellos para cumplir las tareas con mayor esfuerzo, respecto a los procedimientos para resolver los reclamos de los trabajadores, la mayoría refiere que se encuentra insatisfecho.

En cuanto a la apreciación sobre el ambiente de trabajo, se refiere a la sensación de pertenencia del trabajador a la Institución, a los mecanismos de comunicación y toma de decisiones tanto a nivel individual y grupal.



Fuente: Encuesta de satisfacción del Personal de Salud, HNDAC. Agosto 2016

Los trabajadores se encuentran mayormente de acuerdo a que se tiene un claro y transparente conocimiento de las políticas de personal, que en su mayoría son tratados bien independientemente al cargo y que el nombre de MINSAs es gratificante.

CAPÍTULO VI PROBLEMÁTICA DE LA DISPONIBILIDAD DE CAMAS HOSPITALARIAS

La disponibilidad de camas hospitalarias es un problema que cruza las principales prestaciones de salud del Hospital Daniel A Carrión; su falta de disponibilidad impide la hospitalización desde los consultorios externos generando la pérdida de oportunidad de atención hospitalaria; congestiona Emergencia ya que impide el flujo de pacientes hacia los servicios de hospitalización; asimismo bloquea Sala de Operaciones de Emergencia debido a que los pacientes post operados quedan “hospitalizados” en las salas de recuperación al no poder ser evacuados a los servicios de Hospitalización y finalmente impide la admisión a las áreas críticas: Cuidados Intensivos e Intermedios debido a que estos servicios no pueden movilizar pacientes de alta a los pisos de hospitalización.

La no disponibilidad de camas es la consecuencia de la deficiente gestión administrativa del Hospital donde se han desarrollado procesos ineficientes y no se han gestionado los recursos necesarios para contribuir a optimizar el uso de la cama hospitalaria.

6.1. Atención Ambulatoria

La atención ambulatoria se brinda de lunes a viernes en turnos de mañana de 8 a 12 y tarde de 2 a 6pm. Inicialmente el Hospital ha programado para la atención por la tarde a 18 consultorios de Medicina y Especialidades Médicos y Quirúrgicas sin embargo de acuerdo a la demanda y producción de los consultorios actualmente solo funcionan 10 consultorios.

Las programaciones de las consultas ambulatorias se realizan considerando un tiempo estimado de 15 minutos por paciente; este tiempo puede modificarse en algunas especialidades que requieren un mayor tiempo de contacto con el paciente. La modificación de la programación de los tiempos de consulta se puede realizar previa sustentación por la especialidad médica correspondiente. Así cada médico tiene asignado 16 pacientes por turno de consultorios.

La mayoría de pacientes atendidos en consulta son referidos de toda la red de atención del Callao: puestos de salud, centros de salud y otros Hospitales; a todos se le da acceso a la consulta especializada sin restricción ya que no es auditada la pertinencia de la referencia. Luego de la consulta médica el especialista determinará la necesidad de una consulta de control o dará por terminada la atención con el alta correspondiente.

El tiempo de espera para una cita es variable, oscila entre 24 a 48 horas en las principales especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Cirugía y hasta 22 días en las subespecialidades quirúrgicas como Cirugía de Tórax y Cardiovascular por tener solo 2 turnos de consultorio a la semana debido a la falta de Médicos de dichas especialidades.

El ausentismo de los pacientes a sus citas ambulatorias se estima, según la Oficina de Gestión de Consulta Externa del Hospital, en 20 a 30%. Este porcentaje de pacientes no atendidos se pierden ya que ante la ausencia del paciente no hay tiempo suficiente para reasignar dicha cita.

Los Consultorios Médicos que se ofertan al público son de 40 especialidades diferentes, a continuación se detallan los Departamentos a que pertenecen.

- Consultorios del Departamento de Medicina: 12 Especialidades
- Consultorios del Departamento de Cirugía y Anestesiología: 12 Especialidades
- Consultorios del Departamento de Gineco Obstetricia: 4 especialidades
- Consultorios del Departamento de Pediatría: 2 especialidades
- Consultorio de Psicología: 3 especialidades
- Consultorios en el Departamento de Oncología: 3 especialidades
- Consultorios en el Centro de Prevención del Cáncer: 1 Especialidad
- Consultorios en el Departamento de Odontología.
- Consultorios en el Departamento de Medicina de Rehabilitación: 2 especialidades.

Las atenciones médicas se incrementaron de igual forma debido a la incorporación de nuevas especialidades médicas, la ampliación de turnos de consultorios y al subsidio del SIS.

En Consulta Externa las especialidades médicas que demandan mayores atenciones son Cardiología, Neumología, Dermatología, Gastroenterología, Medicina Interna, Endocrinología y Neurología. Por consulta externa se solicita y realiza exámenes médicos especiales y/o procedimientos, a continuación detallamos.

- Cardiología: Electrocardiogramas, Ecocardiografías, Ecodoppler; Prueba de Esfuerzo; MAPA; Holter
- Neumología: Broncofibroscopias, Espiometrías
- Dermatologías: Biopsia cutánea
- Gastroenterología: Endoscopias, Colonoscopias, PCRE, Colocación de SNY

En las Especialidades Médicas Quirúrgicas los consultorios de mayores demandas son generados por los servicios de: Oftalmología, Traumatología, Urología, Cirugía General y Otorrinolaringología. El despliegue del SIS Galen Plus en atención ambulatoria ha conseguido mejorar el control de las consultas, el aumento de productividad, y el mejor manejo de los recursos, además ha generado data para optimizar la toma de decisiones.

El problema de la Consulta Externa radica en la imposibilidad de hospitalizar al paciente debido a la falta de disponibilidad de camas, este problema se genera principalmente en los servicios de Medicina debido a la mayor demanda de atención que en las otras.

6.2. Atenciones Quirúrgicas

Las intervenciones quirúrgicas en el Hospital Daniel A Carrión pueden programarse de forma electiva desde los Consultorios externos y Hospitalización y de forma inmediata desde los servicios de Emergencia y Área Crítica y también de Hospitalización.

Para las Cirugías electivas se ha determinado turnos quirúrgicos para cada especialidad por lo que cada especialidad quirúrgica debe racionalizar y restringir sus cirugías a dichos turnos operatorios. Para acceder a las cirugías electivas las Historias Clínicas de todos los pacientes con el pre quirúrgicos completos deben estar disponibles para la Jefatura de Sala de Operaciones con 24 horas de anticipación para poder realizarse la programación oficial de las cirugías electivas para el día siguiente.

Los exámenes pre quirúrgico completo: exámenes de laboratorio, evaluación neumológica y evaluación cardiológica, deberían ser un pre requisito para la hospitalización de pacientes con cirugías electiva sin embargo eso no sucede. Con mucha frecuencia son admitidos pacientes con el pre quirúrgico incompleto y el completarlo amplía la estancia hospitalaria.

En Sala de Operaciones los principales problemas se generan luego de la programación quirúrgica debido principalmente a la impuntualidad en el inicio de la cirugía, debido a la demora del paciente o de los Cirujanos responsables; el mal cálculo del tiempo operatorio estimado y asignado para cada intervención quirúrgica ya que con frecuencia se excede al programado y retrasa el inicio de las siguientes cirugías.

Las cirugías no programadas o de Emergencia se realizan a solicitud del Médico Cirujano de Guardia y con la conformidad del Jefe de Guardia; la evaluación pre quirúrgica del Médico Anestesiólogo es obligatoria; las mismas que pueden realizarse a cualquier hora del día o de la noche de acuerdo a la disponibilidad de Sala de Operaciones.

En Sala de Operaciones de Emergencia el problema principal es la falta de disponibilidad de camas para los pacientes post operados ya que la capacidad del área de recuperación es muy limitada. Además, con frecuencia los post operados requieren admisión en área crítica y si no hay disponibilidad de camas en dichas áreas: Unidad de Cuidados Intensivos o Intermedios, el paciente debe permanecer en Sala de Recuperación bajo la atención del Anestesiólogo de Guardia y si requiere asistencia de Ventilación Mecánica hace uso de los destinados a los Quirófanos lo que reduce la

disponibilidad de los mismos para las cirugías de emergencias. Otro problema importante lo constituye la alta rotación de Médicos Anestesiólogos contratados los cuales reciben remuneraciones por debajo del promedio del mercado por lo cual emigran con facilidad de nuestro Hospital.

El nuevo servicio de Cirugía de Día recién se está consolidando para uso exclusivo de esta modalidad, es decir cirugías no complejas con corto periodo de recuperación u observación y alta a domicilio, ya que una inadecuada gestión inicial la utilizó para cirugías electivas de hospitalizados generando problemas administrativos y asistenciales.

6.3. Atenciones de Emergencia

El Hospital Carrión como institución de alta complejidad presta atención de Emergencia en las 4 grandes especialidades de Medicina, Cirugía General, Gineco Obstetricia y Pediatría, además de Traumatología y Neurocirugía. Como se mencionó anteriormente es el servicio de medicina el que ha tenido, en los últimos años, un crecimiento permanente de su demanda.

El servicio de Emergencia de Medicina atendiendo a la demanda constante de pacientes implemento un servicio de Shock Trauma para la atención de la prioridad 1, un tópico de Triage, amplio los tópicos de atención y la capacidad de sus salas de observación a pesar de ello continúa saturado.

El mayor problema del servicio de Emergencia de Medicina lo constituye la falta de cama hospitalaria, principalmente en los servicios de Medicina y en las áreas críticas: Cuidados Intensivos y Cuidados Intermedios, para la continuidad de la atención médica. Esto último produce la congestión de pacientes, el hacinamiento de las camas o camillas de observación, el incremento de la estancia hospitalaria en Emergencia y una pobre calidad de atención.

Las hospitalizaciones efectivas desde el servicio de Emergencia por el Área Funcional de Hospitalización son muy limitadas y no alivia la congestión de pacientes

en el servicio, lo que precipita al personal médico de Emergencias: Asistentes y Jefes de Guardia a gestionar directamente con los servicios de hospitalización la admisión de pacientes en cualquier cama disponible en el Hospital, aun considerando el riesgo potencial de complicación aguda, exposición a infecciones intrahospitalarias y a eventos adversos. Este proceso de hospitalización denominado en “Cama extendida”, se realiza con la firma del Jefe de Guardia y lleva una solicitud de interconsulta a determinada especialidad donde se solicita manejo por la especialidad.

Adicionalmente la Emergencia del Hospital por ser cabeza de red de atención es la puerta de ingreso de las referencias medicas locales, regionales y nacionales, donde una buena cantidad son realizadas sin previa coordinación, otros son referido de establecimientos con capacidad para resolver dichos problemas de salud; las referencias no son auditadas por el Hospital.

6.4. Atención Hospitalaria

La hospitalización o internamiento del paciente debe ser considerado como último recurso para afrontar el problema de salud que lo aqueja y debe indicarse para manejo continuo o realización de un procedimiento medico diagnostico o terapéutico que requiera su hospitalización. Los exámenes diagnósticos que pueden realizarse por consulta externa deben ser realizados antes de la hospitalización ya que su condición de hospitalizado no disminuirá la demora de realizarse dichos exámenes.

La oferta de servicios hospitalarios la realizan 30 especialidades comprendidas en los siguientes departamentos.

- Departamento de Cirugía: 10 Especialidades
- Departamento de Pediatría: 2 Especialidades
- Departamento de Medicina: 10 Especialidades
- Departamento de Ginecología y Obstetricia: 4 Especialidades
- Departamento de Áreas Críticas: 4 Especialidades

Los servicios de Hospitalización están organizados de la siguiente manera: 1 Jefe Médico y 1 Secretaria y Médicos Asistentes y en paralelo una Enfermera Jefe,

Enfermeras Asistenciales y Técnicos de Enfermería. Los médicos en Hospitalización se programan para realizar las actividades que a continuación se detalla.

- 1) Visita Médica Diaria a todos los pacientes hospitalizados en el servicio y a aquellos bajo su responsabilidad hospitalizados en cualquier servicio del Hospital.
- 2) Consulta Externa: los médicos se programan para la atención de la consulta médica ambulatoria de su especialidad.
- 3) Respuesta a Interconsultas: los médicos programados atienden la solicitud de evaluación de cualquier paciente hospitalizado a solicitud de cualquier especialidad.
- 4) Actividades académicas: los médicos asistentes son programados para dirigir o participar en las actividades académicas de Médicos Residentes, Internos o alumnos de Medicina.

6.4.1. Asignación de camas

Los Servicios de Hospitalización en el 2015 sumaron 507 camas disponibles. El acceso a estas camas de hospitalización se realiza generalmente desde Emergencia, Consultorios Externos o Trasferidos de otros servicios como Áreas Críticas. El área encargada de gestionar las camas hospitalarias en el Hospital, como ya se comentó es el Área Funcional del Servicio de Hospitalización que forma parte del Departamento de Atención Ambulatoria y Hospitalización. El servicio presenta las características que a continuación se detalla.

- 1) El Área Funcional de Hospitalización funciona de lunes a viernes de 8 a 4 p.m. y los sábados de 8 a 2 pm.
- 2) El personal asignado a esta área es 1 enfermera y 2 técnicos administrativos.
- 3) Reportan al Departamento de Atención Hospitalaria y Hospitalización.
- 4) El Sistema de Hospitalización Galeno Plus; en el momento actual este sistema no puede ser accedido por todo el Hospital.

El trabajo principal del área es el de asignar camas de hospitalización a aquellos pacientes que posean Orden de Hospitalización debidamente llenadas y que provengan de Consulta Externa o Emergencia.

6.4.2. Camas Hospitalarias

La importancia de una gestión de camas eficiente se puede percibir en el impacto que tiene sobre el número de pacientes que pueden ser atendidos en el Hospital, en los ingresos hospitalarios por este concepto, en la percepción de calidad de atención por los largos periodos de espera para acceder a ellas. Las camas hospitalarias necesarias que se requieren deben de considerar la población que se atiende, la complejidad de la atención que se brinda y la disponibilidad de camas hospitalarias en toda la red de atención de la cual forma parte.

Asimismo, aplicando la Formula de Brigdman para calcular la demanda de camas hospitalarias necesarias para una determinada comunidad, a continuación se describe la fórmula.

Formula de Brigdman

$$\frac{\text{Egresos X Estancia media. X Índice óptimo}}{365}$$

Estándares

- Estancia media: 7 días
- 100 egresos/1000 habitantes

Aplicando Brigdman para el cálculo del número de camas que se requiere en la Provincia Constitucional del Callao, a continuación se desarrolla.

- Egresos: 102 443 egresos al año
- Estancia ideal: 7 días
- Camas necesarias:

$$\frac{102443 \times 7 \times 0.85}{365} = 1669 \text{ camas}$$

De acuerdo al censo de camas hospitalarias de la Dirección de Salud del Callao DIRESA Callao, las camas disponibles se distribuyen de la siguiente manera.

• Hospital Daniel A Carrión:	486 camas hospitalarias
• Hospital Ventanilla:	77 camas hospitalarias
• Hospital San José:	72 camas hospitalarias
• Red Hospitalaria:	35 camas hospitalarias
Total:	670 camas hospitalarias

El Índice de Camas por habitantes en el Callao es de 0.6 camas por 1000 habitantes.

6.4.3. Admisiones Hospitalarias

a) Admisión Diurna

La hospitalización del paciente se inicia con el proceso de admisión el cual tiene como insumo principal la orden de hospitalización emitida por el Médico Tratante de Consulta Externa o Emergencia.

En el Hospital Daniel A Carrión el área encargada de la Hospitalización del Paciente es la denominada Área Funcional de Hospitalización que depende del Departamento de Consulta Ambulatoria y Hospitalización. Las órdenes de hospitalización emitidas por el Médico Tratante son trasladadas desde los Consultorios Externos y Emergencia hacia el área funcional de hospitalización por el personal técnico de la respectiva área.

En el Hospital Carrión de acuerdo a las estadísticas del Área Funcional de Hospitalización, durante los meses de abril, mayo y junio del presente año se recibieron para trámite de admisión a hospitalización 1459 órdenes de hospitalización siendo admitidos 1143 pacientes (78.34%) y no admitidos 316 pacientes (21.65%). De las 1459 órdenes de hospitalización en referencia 888 (78.34%) provenían de Consulta ambulatoria y 255 (21.66%) del servicio de Emergencia.

Tabla 6. 1. Órdenes de Hospitalización Admitidas

Procedencia	Órdenes de hospitalización Abril, Mayo y Junio		Porcentaje	No Admitidos	
	Admitidos	Porcentaje		Admitidos	Porcentaje
Consulta Externa	1009	888	88%	121	12%
Emergencia	450	255	57%	195	43%
TOTAL	1459	1143	78.34%	316	21.66%

Fuente: Elaboración por los Autores de Tesis.

Las 1143 admisiones realizadas por el Área Funcional de Hospitalización, tanto las de Consulta Externa como las de Emergencia tuvieron la siguiente distribución en el tiempo (ver Tabla 6.2).

Tabla 6. 2. Evolución de Admisiones desde el Área Funcional de Hospitalización

	Abril		Mayo		Junio		total N°
	N°	%	N°	%	N°	%	
Consulta Externa	272	76.40%	220	74.50%	396	80.50%	888
Emergencia	84	23.60%	75	25.50%	96	19.50%	255

Fuente: Elaboración por los Autores de Tesis.

Durante los meses de abril, mayo y junio se hospitalizaron siempre más pacientes procedentes de Consulta externa que de Emergencia, desagregando la procedencia de Consulta externa por especialidades, se obtiene la siguiente distribución de admitidos y no admitidos.

Tabla 6. 3. Hospitalizaciones desde Consultorios abril, mayo y junio 2017

Especialidades	Hospitalizados		No Hospitalizados		Total
	N°	%	N°	%	
Medicina	152	77.94%	43	22.05%	195
Gineco Obstetricia	140	93.95%	9	6.05%	149
Pediatría	26	96.29%	1	3.71%	27
Cirugía	495	95%	26	5%	521
Otros	75	64%	42	36%	117
Total	888		121		1009

Fuente: Elaboración por los Autores de Tesis.

En referencia a las demás especialidades es la de Medicina la que presenta mayor porcentaje de solicitudes de hospitalizaciones no realizadas, o no realizadas en mayor proporción que las demás. Tabla 6.3. En Medicina se hospitalizaron 152 pacientes de

los cuales 113 se realizaron en el día que se generó la orden de hospitalización y 39 de ellos se hospitalizaron hasta en 2.25 días de emitidas la orden.

b) Admisión Nocturna

Las hospitalizaciones que se realizan durante la noche son realizadas en coordinación directa entre el Jefe de Guardia y los Servicios de Hospitalización. El área funcional de hospitalización no registra estas hospitalizaciones, aunque en el proceso de hospitalización indica que el Jefe de Guardia debe informarle al día siguiente al área funcional las hospitalizaciones realizadas.

El Jefe de Guardia verifica personalmente las camas desocupadas y funcionales en los diferentes servicios de hospitalización y luego identifica en las áreas de emergencia a pacientes que están en condiciones de hospitalizarse. Una vez seleccionados los pacientes invoca la necesidad de hospitalización por necesidad del servicio de Emergencia y los hospitaliza.

En la revisión de las Historias Clínicas del Servicio de Medicina se obtuvo la información que a continuación se describe en la Tabla 6.4.

Tabla 6. 4. Procedencia de Hospitalizados en Medicina

Servicio	N°	%
Emergencia	71	88.75%
Consulta Externa	3	3.75%
Otros Servicios	6	7.50%
Total	80	100%

Fuente: Elaboración de Autores de Tesis

En las historias clínicas se identificó la fecha y hora de su admisión en Emergencia y al compararlas con la hora y fecha de ingreso al servicio se determinó el tiempo desde la llegada a Emergencia hasta su hospitalización en Medicina. Tabla 6.5.

Tabla 6. 5. Tiempo de Hospitalización de Emergencia a Medicina

Servicio de Hospitalización	Nº Historias	Tiempo Mínimo	Tiempo Máximo	Tiempo Promedio
Mujeres	36	1hora 40 min	8 días 6 horas	2 días 2 horas
Hombres	38	1hora 50 min	6 días 16 horas	2 días 13 horas

Fuente: Elaboración por Autores de Tesis

c) Camas Extendidas

Anteriormente había la necesidad de hospitalizar pacientes desde consultorio ambulatorio y Emergencia en determinados servicios y estos se encontraban ocupados, lo que incrementaba los tiempos de espera para determinadas especialidades sin embargo en el Hospital había camas desocupadas en otros servicios médicos y quirúrgicos.

La demanda de hospitalización desde Emergencia creció progresivamente congestionando cada vez más el flujo de pacientes en estado crítico por lo que una directiva autorizó el uso de cualquier cama de hospitalización según la demanda lo requiriera. La cama extendida de uso generalizado ahora ha traído muchos problemas como los siguientes.

- 1) Médicos de consulta externa no pueden hospitalizar pacientes porque las camas de su servicio están ocupadas por pacientes de otras especialidades
- 2) Un servicio médico tiene pacientes hospitalizados en diferentes servicios del Hospital
- 3) Los servicios médicos desconocen que tienen pacientes hospitalizados en otros servicios porque la comunicación no es oportuna.

A continuación, se describe los casos que se identificó en el desarrollo del estudio.

CASO 1: En la consulta externa el médico reumatólogo identifica una paciente con necesidad de hospitalización para determinar diagnóstico y tratamiento. Se comunica con su servicio y se le informa que sus camas están ocupadas por pacientes

de Medicina Interna admitidas por indicación del Jefe de Guardia. Paciente espera entre 2 a 10 días para su admisión

CASO 2: Un médico endocrinólogo recibe una llamada al mediodía de una enfermera del servicio de cirugía quien le refiere que aún no le ha pasado visita a su paciente ubicado en dicho servicio. El paciente no ha recibido medicación alguna ni se le ha realizado ningún examen

CASO 3: A las 10 de la mañana una llamada telefónica al Servicio de Medicina Interna por parte de la enfermera de Urología comunica que un paciente internado con “cama prestada” presenta dolor abdominal y aun nadie le ha pasado visita médica. Un familiar está reclamando.

CASO 4: Un paciente post operado de Emergencia requiere su admisión en área crítica (UCI). El servicio de UCI Tiene un paciente en condiciones de alta pero no hay una cama disponible en piso de hospitalización para que dicho paciente pueda desocupar la cama de UCI. Se retrasa la admisión del paciente en UCI

CASO 5: Una paciente de 65 años se encuentra en su segundo día en Emergencia; requiere hospitalización en Medicina, pero no hay disponibilidad de camas. El paciente queda en Emergencia.

6.4.4. Estancia Hospitalaria

Los indicadores de estancia hospitalaria en general en el Hospital Daniel Alcides Carrión muestran un aumento progresivo de los días de estancia, lo que afecta directamente el número de egresos que como se aprecia, disminuye progresivamente a medida que se aumentan los días de estancia hospitalaria.

Así en el año 2007 en el Hospital Carrión se registraron 20,209 egresos hospitalarios con un promedio de estancia de 5.85 días y en el año 2015 se registraron 16,071 egresos con un promedio de estancia de 9.01 días

Tabla 6. 6. Evolución de Egresos Hospitalarios y días de estancia HNDAC 2007-2015

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Egresos Hospitalarios	20209	21863	24851	17372	15211	14165	13889	14650	16071
Días de Estancia	5.85	5.83	6.1	6.45	7.35	7.58	7.87	8.01	9.01
Número de camas	466	463	472	486	462	470	472	486	500

Fuente: Oficina de Estadística e Informática HNDAC

El desglose de la estancia hospitalaria del año 2015 por las 4 grandes especialidades médicas nos indica que en Ginecología y Pediatría los indicadores de estancia hospitalaria se encuentran debajo del estándar MINSA (Estándar de Permanencia Hospitalaria MINSA: 6 - 8 días) y los de Medicina Interna y Cirugía General muy por encima del estándar. Tabla 6.7.

Tabla 6. 7. Estancias Hospitalarias por grandes especialidades 2015

	Medicina	Cirugía	Pediatría	Ginecología
Egresos Hospital	3895	5767	2695	6315
Días de Estancia	12.26	10.14	6.95	2.26
Nº Camas Aprox.	141	195	78	60

Fuente: Oficina de Estadísticas HNDAC

Se revisó luego la estancia hospitalaria de los Servicios de Medicina separando los servicios de Medicina Interna de las de Medicina de Especialidades, encontrándose en cada una de ellas promedio de estancia diferentes. Tabla 6.8.

Tabla 6. 8. Estancias Hospitalarias en Medicina Interna y otras Especialidades

	Medicina de Especialidades		Medicina Interna	
	6° A	6° B	Mujeres 7° A	Varones 7° B
Egresos Hospital	877	1060	889	761
Días de Estancia	12.6	10.14	12.43	14.7
Nº Camas Aprox.	32	32	32	32

Leyenda: 6 A Especialidades Médicas - Neumología, Cardiología; Endocrino.

6 B Especialidades Médicas - Neurología, Endocrinología, Gastroenterología.

Fuente: Oficina de Estadísticas HNDAC

Los servicios de Medicina Interna de Mujeres (7° A) y de varones (7° B) presentan las estancias hospitalarias más prolongadas siendo notoria la diferencia de egresos o altas del servicio de Medicina Mujeres que sobrepasan en 128 egresos al Servicio de Medicina Varones.

Las Estancias Hospitalarias en los Servicios Quirúrgicos Generales y de Especialidades se aprecian en la tabla 6.9.

Tabla 6. 9. Estancias Hospitalarias en Cirugía General y Especialidades HNDAC 2015

	Cirugía General 4° A	Cirugía General 4° B	Cirugía de Especialidades 5° B	Traumatología y Ortopedia 8° A	Neurocirugía 8° B	Cirugía de Quemados	Cirugía Pediátrica
Egresos Hospital	1487	1472	852	490	509	82	875
Días de Estancia	6.22	5.45	13.11	23	19	30	6.55
N° Camas Aprox.	32	32	32	32	29	8	30

*5to B Urología; Tórax y Cardiovascular, Oftalmología y Otorrinolaringología.

Fuente: Oficina de Estadísticas HNDAC.

Los servicios de Cirugía General tiene una estancia dentro de los estándares nacionales; las Especialidades Quirúrgicas como Traumatología, Urología, Cirugía de Tórax y Cardiovascular y Neurocirugía concentran la mayor estancia hospitalaria debido a la complejidad de la atención y a la dependencia del suministro de materiales por parte de los financiadores de la atención (SIS, SOAT).

6.5. Protocolo de Evaluación de la Adecuación (Appropriateness Evaluation Protocol) en los servicios de Medicina HNDAC

Se aplicó el protocolo de evaluación de la adecuación AEP en 81 Pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna del Hospital Daniel A Carrión.

La unidad de análisis fue la Historia Clínica, fueron incluidas todas las hospitalizaciones realizadas a los servicios de Medicina cuyas Historias Clínicas se encontraban completas y fueron excluidos los casos cuyas Historias Clínicas se encontraban incompletas y aquellas que carecían funciones vitales y análisis de laboratorio. 76 Historias Clínicas cumplían con los criterios de inclusión para el estudio. De las Historias Clínicas revisadas, 38 fueron de pacientes de sexo femenino y 38 del sexo masculino, del total de Historias se encontraron que 67 Historias cumplieron con los criterios de la adecuación de la Hospitalización y 42 Historias cumplieron con la adecuación de la estancia. A continuación, se detalla los porcentajes de adecuación por Servicio.

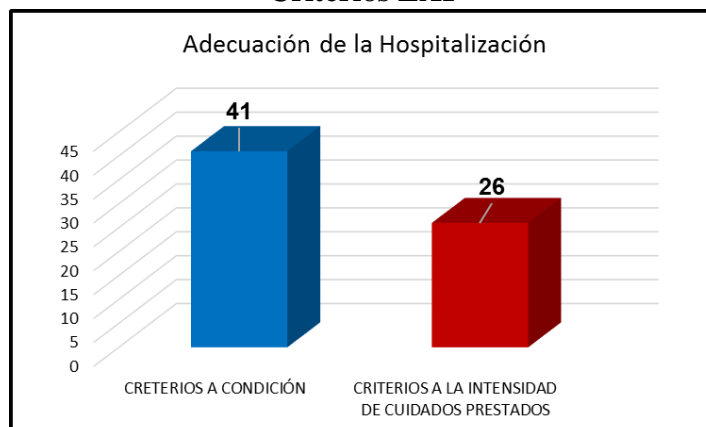
Tabla 6. 10. Aplicación del EAP en el Servicio de Medicina HNDAC

Servicio	N°	Edad	Adecuación Hospitalización		Adecuación Estancia	
			SI	NO	SI	NO
7A	38	27 a 98	84.21%	15.79%	63.16%	36.84%
7B	38	19 a 91	92.11%	7.89%	63.16%	36.84%

Fuente: revisión de 76 Historias Clínicas de los Servicios de Medicina Varones (7B) y Medicina Mujeres (7A)

De las 67 Historias Clínicas con ingresos adecuados al servicio de Hospitalización de Medicina, 41 Historias cumplieron los criterios referentes a la condición del paciente y 26 cumplieron los Criterios referentes a la intensidad de los cuidados prestados.

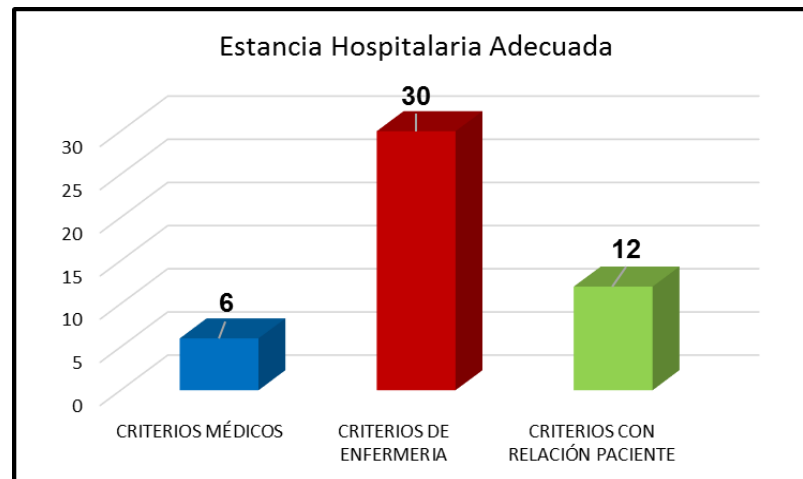
Figura 6. 1. Historias Clínicas que cumplieron los Criterios EAP



Fuente: revisión de 76 Historias Clínicas de los Servicios Medicina Varones (7B) y Medicina Mujeres (7A).

De las 76 Historias Clínicas revisadas, 48 historias cumplieron con los criterios de adecuación de la estancia representando un 61, 53%; de las cuales 6 Historias cumplían los criterios médicos, 30 Historias criterios de enfermería y 12 Historias cumplían criterio en relación al paciente.

Figura 6. 2. Historias Clínicas que cumplieron los Criterios Adecuación de la Estancia.



Fuente: revisión de 76 Historias Clínicas de los Servicios Medicina Varones (7B) y Medicina Mujeres (7A).

Se realizó el cruce de la variable ingresos adecuados y la variable estancia adecuada con la finalidad de determinar una relación de dependencia. Para determinar la relación entre las dos variables se aplicó la prueba Chi cuadrada obteniendo un valor de $\chi^2=11,89$ con grado de libertad g1, con un nivel significativo de p: 0,001, Coeficiente de contingencia 0,4.

Se plantea como Hipótesis Nula (Ho) “no existe relación entre los ingresos inadecuados y las estancias inadecuadas” y la Hipótesis alternativa (H1) que “existe relación entre los ingresos inadecuados y las estancias inadecuadas”.

De acuerdo a estos resultados estadísticos, se ha obtenido un alto nivel significativo de probabilidad ($p<0,01$ altamente significativo), por lo cual se rechaza la hipótesis nula (Ho) y se acepta la hipótesis alterna, en tal sentido hay una relación evidente entre la estancia inadecuada y el ingreso inadecuado del paciente en el Hospital.

Tabla 6. 11. Relación entre adecuación de ingresos con las Estancias el Servicio de Medicina HNDAC

			Ingresos adecuados		Total
			NO	SI	
Estancia adecuada	NO	recuento	8	20	28
		porcentaje	88.9%	29.9%	36.8%
	SI	recuento	1	47	48
		porcentaje	11.1%	70.1%	63.2%
Total		recuento	9	67	76
		porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Resultado del Programa SPSS en la Base de datos Obtenido de la aplicación del AEP.

Se realizó el cruce de las variables para establecer relación con la inadecuación del ingreso, no encontrando una relación de dependencia, tal como se detalla en las siguientes tablas.

Tabla 6. 12. Relación entre la inadecuación de ingresos y el servicio de medicina interna

			ingresos adecuados		Total
			no	si	
servicio	7A	recuento	6	32	38
		porcentaje	66.7%	47.8%	50.0%
	7B	recuento	3	35	38
		porcentaje	33.3%	52.2%	50.0%
Total		recuento	9	67	76
		porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Resultado del Programa SPSS en la Base de datos obtenido de la aplicación del AEP.

Se obtuvo una Chi cuadrado 1,13 y un nivel de significancia p: 0,29. No existe relación entre los ingresos inadecuados con los servicios de Medicina 7A y 7B.

Tabla 6. 13. Relación entre la inadecuación de ingresos y Turno

			ingresos adecuados		Total
			no	si	
turno	mañana	recuento	1	11	12
		porcentaje	11.1%	16.4%	15.8%
	tarde	recuento	4	22	26
		porcentaje	44.4%	32.8%	34.2%
	noche	recuento	4	34	38
		porcentaje	44.4%	50,7%	50.0%
Total		recuento	9	67	76
		porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Resultado del Programa SPSS en la Base de datos obtenido de la aplicación del AEP.

Se obtuvo una Chi cuadrada 0,52 y un nivel de significancia p: 0,77. No existiendo relación entre los ingresos inadecuados y los turnos en que se indicó la hospitalización.

Tabla 6. 14. Relación entre la inadecuación de ingresos y cama extendida

			ingresos adecuados		Total
			no	si	
cama extendida	no	recuento	9	60	69
		porcentaje	100.0%	90.9%	92.0%
	si	recuento	0	6	6
		porcentaje	0.0%	9.1%	8.0%
Total		recuento	9	66	75
		porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Resultado del Programa SPSS en la Base de datos obtenido de la aplicación del AEP

Se obtuvo una Chi cuadrada 0,89 y un nivel de significancia p: 0,34. No existe relación entre los ingresos inadecuados y la hospitalización en camas extendidas.

Se realizó el cruce de las variables para establecer relación con la estancia inadecuada, no obteniendo relación con se muestra a continuación.

Tabla 6. 15. Relación entre la inadecuación de estancia y los servicios de medicina interna

			estancia adecuada		Total
			no	si	
servicio	7A	Recuento	14	24	38
		% dentro de estancia adecuada	50.0%	50.0%	5.0%
	7B	Recuento	14	24	38
		% dentro de estancia adecuada	50.0%	50.0%	50.0%
Total		Recuento	28	48	76
		% dentro de estancia adecuada	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Resultado del Programa SPSS en la Base de datos obtenido de la aplicación del AEP

Se obtuvo una Chi cuadrada 0 y un nivel de significancia p: 1. No existe relación entre la estancia inadecuada y los servicios de Medicina 7A y 7B.

Tabla 6. 16. Relación entre la inadecuación de estancia y el horario de ingreso

			estancia adecuada		Total
			no	si	
horario de ingreso al servicio	mañana	Recuento	5	7	12
		% dentro de estancia adecuada	16.7%	14.0%	15.0%
	tarde	Recuento	10	16	26
		% dentro de estancia adecuada	35.7%	33.3%	34.2%
	noche	Recuento	13	25	38
		% dentro de estancia adecuada	46.4%	52.1%	50.0%
Total		Recuento	28	48	76
		% dentro de estancia adecuada	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Resultado del Programa SPSS en la Base de datos obtenido de la aplicación del AEP

Se obtuvo una Chi cuadrada 0,26 y un nivel de significancia p: 0,88. No existe relación entre las estancias inadecuadas y los turnos en que se indicó la hospitalización.

6.6. Estancia Prolongada

Es un problema de salud a nivel mundial debido a que produce efectos negativos en los sistemas hospitalarios; traduce ineficiencia de la gestión; aumento de costos, uso inadecuado de recursos, restricciones en el flujo de atención de pacientes, expone al paciente a eventos adversos, aumenta el riesgo de infecciones intrahospitalarias y disminuye la accesibilidad y oportunidad a recibir atención de salud.

La estancia prolongada está directamente relacionada a la falta de disponibilidad de camas hospitalarias por lo que constituye un gran problema de salud. De acuerdo a la revisión bibliográfica, la prolongación de las estancias hospitalarias se debe a los siguientes factores que a continuación se detallan. (Cabellos-Acevedo, Velásquez-Restrepo, & Jaén-Posada, 2014).

- Relacionados al personal de Salud: Criterio y competencia médica, y ser conscientes de la estancia del paciente en el Hospital

- Relacionados al Sistema de salud: demora en las autorizaciones para exámenes especiales, insumos médicos de alto costo e incapacidad de referencia a hospital de menor complejidad.
- Relacionadas a la Gestión Hospitalaria: ineficiente comunicación e interacción entre los servicios de atención médica y los de ayuda diagnóstica ya que los tiempos de respuesta de los procedimientos o exámenes diagnósticos son diversas literaturas la que más contribuye al incremento de la estancia prolongada.
- Relacionadas al paciente: situación socio familiar, rechazo a traslado a un hogar de ancianos; condición clínica o condiciones inapropiadas de sus viviendas

Otra revisión española en referencia a la estancia prolongada o inadecuada identifiqué las siguientes causas:

- Espera de resultados de pruebas e interconsultas 33.89%
- Días no laborables del personal médico 22.03%
- Problemas de calendario par realización de pruebas diagnósticas 13.55%
- Posibilidad de realizar procedimientos diagnósticos ambulatoriamente 10.16%.

Debido a que la mayoría de pacientes hospitalizados por Emergencia, la estancia prolongada y la consiguiente falta de disposición de camas son señaladas como responsables de la congestión y sobrecarga de los servicios de Emergencia.

6.6.1. Multicausalidad de las Estancias prolongadas

En el desarrollo del trabajo se tuvo acceso a las Historia Clínica de los pacientes y a los registros de programación de exámenes auxiliares del servicio; y se determinó las causas asociadas al incremento de la estancia hospitalaria:

- 1) Demora en la realización de pruebas diagnósticas: 20 pacientes (38.46%).

Los principales exámenes con prolongados tiempos de espera son los realizados por el Servicio de Ecografía y el Servicio de Cardiología.

Estos servicios generan citas a todos los pacientes en el orden que llegan al servicio solicitando el examen; no hay turnos especiales ni turnos preferenciales para los pacientes hospitalizados.

Tabla 6. 17. Programación de exámenes de Ecografía

Examen	Nº Pacientes	Tiempo Espera
Ecografía abdominal	5 pacientes	6 a 8 días
Ecografía Renal	3 pacientes	6 a 8 días
Ecografía de partes blandas	2 pacientes	6 a 8 días

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Medicina 7 A y 7 B.

El servicio de Ecografía atiende las solicitudes de examen que provienen de los servicios de Emergencia, Consultas Externas Ambulatorias y Hospital; para ello se organiza de la siguiente manera:

- 2 salas de Ecografía para atención de consulta externa y hospital.

La Sala de Ecografías funciona de 8 a 12 pm aprox. con 4 horas consecutivas de atención; el promedio estimado de duración de cada examen ecográfico es de 15 a 20 minutos. El requisito para la realización del examen es ayuno de 6 horas y en caso se solicita examen de órgano pélvico se debe ingerir 1 litro de agua 1 hora antes del examen programado. No hay turnos preferentes para pacientes hospitalizados, todas las citas se generan por orden de llegada.

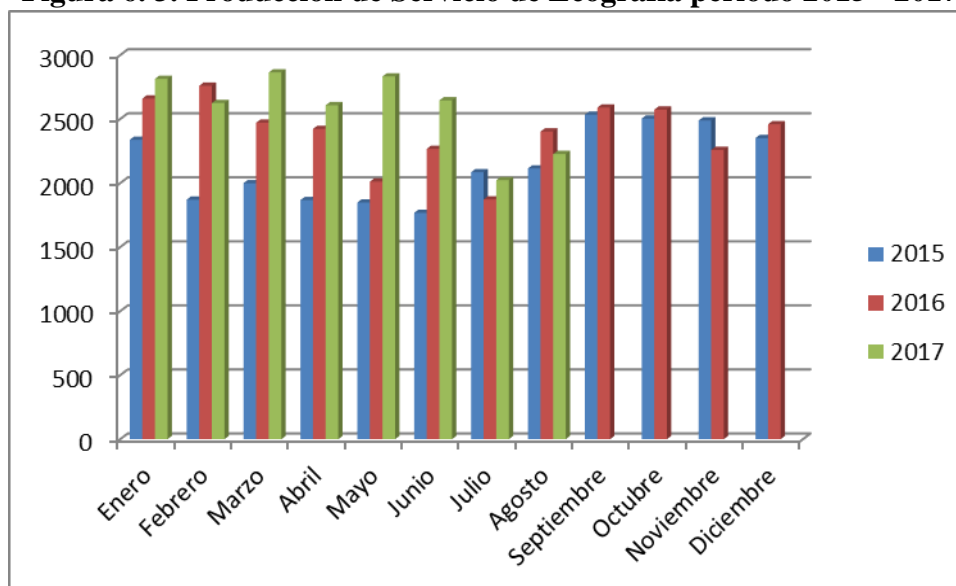
- La Sala de Ecografía de Emergencia funciona las 24 horas del día.

La producción total del servicio registrado manualmente al término de cada turno de trabajo reporta los siguientes resultados:

Tabla 6. 18. Producción de Servicio de Ecografía

AÑOS	2015	2016
Enero	2338	2660
Febrero	1870	2760
Marzo	1999	2472
Abril	1867	2423
Mayo	1848	2012
Junio	1767	2267
Julio	2085	1872
Agosto	2114	2403
Septiembre	2534	2590
Octubre	2504	2574
Noviembre	2489	2259
Diciembre	2351	2459
TOTAL	25766	28751

Producción de Servicio de Ecografía 2015-2017

Figura 6. 3. Producción de Servicio de Ecografía periodo 2015 - 2017

Fuente: DIRESA Callao

Tabla 6. 19. Programación de exámenes de Ecocardiograma y Ecografía Doppler

Examen	N° Pacientes	Tiempo de espera
Ecocardiografía	6 pacientes	10 a 14 días
Eco Doppler de Miembros inferiores	4 pacientes	10 a 14 días

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Medicina 7 A y 7 B.

La ecocardiografía y la ecografía Doppler de miembros inferiores es un procedimiento diagnóstico realizado por el Médico Cardiólogo. El servicio de Cardiología cuenta con 2 equipos de eco cardiógrafo y se programa por turno 7 pacientes para cada eco cardiógrafo.

No hay turnos especiales para pacientes hospitalizados; en las guardias nocturnas de Cardiología se realizan ecocardiografías a los pacientes críticos previa evaluación del Médico Cardiólogo.

Tabla 6. 20. Número de Ecocardiogramas

<u>Ecocardiogramas 2017</u>	
Enero	337
Febrero	368
Marzo	322
Abril	321
Mayo	284
Junio	367
Julio	164
Agosto	218
Septiembre	446

Fuente: DIRESA Callao

2) Problemas sociales: 5 pacientes: (9,61%).

Estos pacientes con indicación de alta médica permanecen en el hospital debido a que sus familiares no efectivizan el alta; refiriendo condiciones inadecuadas de vivienda; falta de personas que apoyen sus necesidades básicas; abandono familiar. El servicio social es comunicado mediante interconsulta cuando se identifican estos pacientes. Servicio social se comunica con la familia e inicia gestiones con familiares para efectivizar el alta sin embargo la resolución puede demorar semanas y en la mayoría de casos tiene que condonar deuda.

3) Condición clínica del paciente: 4 pacientes (7.69%).

Paciente con comorbilidades, condición nutricional deteriorada y postrado crónico con úlceras de presión. A estos pacientes se les soluciona el problema que motivo su ingreso a hospitalización pero su condición clínica general impide el alta inmediata teniendo que atender problemas relacionados a otras enfermedades crónicas y a su compromiso nutricional.

4) Pacientes Terminales: 3 pacientes (5.76%)

Se identificó a dos pacientes que fueron diagnosticados de cáncer avanzado y un tercero de proceso expansivo intracerebral fuera de alcance neuroquirúrgico, ninguno de los tres pacientes fue aceptado por los servicios de Oncología o Neurocirugía debido a su condición terminal.

5) Infecciones intrahospitalarias: 3 pacientes (5.76%)

Se identificó a un paciente transferido de otro establecimiento y 2 que se generaron durante su compleja atención médica.

6.7. Referencia y Contrarreferencia

Las Referencia y Contrarreferencia deberían ser consideradas como una herramienta para optimizar el uso de los recursos hospitalarios; ha funcionado generalmente para el traslado de pacientes en estado crítico de establecimientos de menor complejidad hacia los de mayor complejidad. Con el advenimiento del Seguro Integral de Salud y la necesaria referencia para su atención en el Hospital se ha iniciado la construcción de estadísticas de referencia, aunque hasta hoy solo se evalúen el dato numérico y no la pertinencia de la referencia. De la base de datos estadística de las referencias, no consigna el lugar de destino sin embargo considerando que el Hospital Daniel Alcides Carrión es la cabeza de Red y Hospital de Referencia Nacional debe ser el principal destino de ellas. La identificación de un paciente con necesidad de cuidados hospitalarios debe considerar también la complejidad de atención que requiere.

Si su atención pueda ser recibida en un Hospital o Centro de menor complejidad debe ser referido y para ello se requiere un servicio que cuente con un sistema de información adecuado, interconectado con la red de atención, comunicación efectiva y personal asistencial y administrativo que se responsabilicen del flujo de estos pacientes y realicen el seguimiento correspondiente para conocer los resultados de la atención. Anteriormente la función de referencia era una tarea más de las Jefaturas de Guardia y luego se intentó construir un sistema nacional de referencia que fue finalmente desactivado. Actualmente esta labor en el Hospital Carrión la realiza una

oficina dependiente de la Oficina de Seguros que realiza las referencias con severas limitaciones de información y comunicación.

Tabla 6. 21. Referencias realizadas periodo 2015 al 2017

Referencias de Red			
	2015	2016	2017*
Red Bepeca			
Consulta Externa	24071	28614	21214
Apoyo Diagnóstico	620	946	671
Emergencia	600	87	294
Red Ventanilla			
Consulta Externa	11344	27147	19654
Apoyo Diagnóstico	1957	6173	2045
Emergencia	148	226	129
Red Bonilla			
Consulta Externa	29245	46872	28174
Apoyo Diagnóstico	1921	2165	981
Emergencia	1321	551	144

* Hasta julio 2017

Fuente: Estadística de DIRESA Callao

Como se aprecia en la tabla, las referencias desde los centros y puestos de salud que conforman la red de salud del Callao año a año se incrementan, estas referencias tienen como destino los Hospitales de la Red; San José, Ventanilla y fundamentalmente Hospital Carrión.

Tabla 6.19 Referencias recibidas del HNDAC del 2016 al 2017

Referencias de Red			
	2015	2016	2017*
Red Bepeca			
Consulta Externa	24071	28614	21214
Apoyo Diagnóstico	620	946	671
Emergencia	600	87	294
Red Ventanilla			
Consulta Externa	11344	27147	19654
Apoyo Diagnóstico	1957	6173	2045
Emergencia	148	226	129
Red Bonilla			
Consulta Externa	29245	46872	28174
Apoyo Diagnóstico	1921	2165	981
Emergencia	1321	551	144

* Hasta julio 2017

Fuente: Estadística de DIRESA Callao

Las referencias realizadas por los Hospitales Ventanilla y San José fueron hacia el Hospital Daniel A Carrión, y hasta el momento no se realiza la verificación de la pertinencia de la referencia.

CAPÍTULO VII RESULTADOS

El Hospital Daniel A Carrión es un hospital público dependiente administrativamente de la Dirección Regional de Salud Callao; es el de mayor complejidad y la cabeza de red del MINSA en el Callao y durante los últimos años la demanda de sus servicios ha crecido en gran medida entre otros factores al aumento poblacional que del 2011 al 2015 creció de 912,065 a 1'013,935 habitantes (11.16%) y al mayor acceso de la población a financiamiento de algún seguro que se incrementó de 48.3% a 77.2% en el mismo periodo.

La demanda de atención aumentó considerablemente del 2011 al 2015.

Las atenciones del hospital en general se incrementaron en sus principales modalidades; en la Consulta externa de 437,876 a 534,790 atenciones (22.13%) donde el 61.5% fueron femeninos y donde los mayores de 60 años contribuyeron con un 27.4% y los de 40 a 60 años con el 26.4% de las consultas. Las atenciones médicas se incrementaron de 308,952 a 316,514 pacientes, es decir un 2.44%.

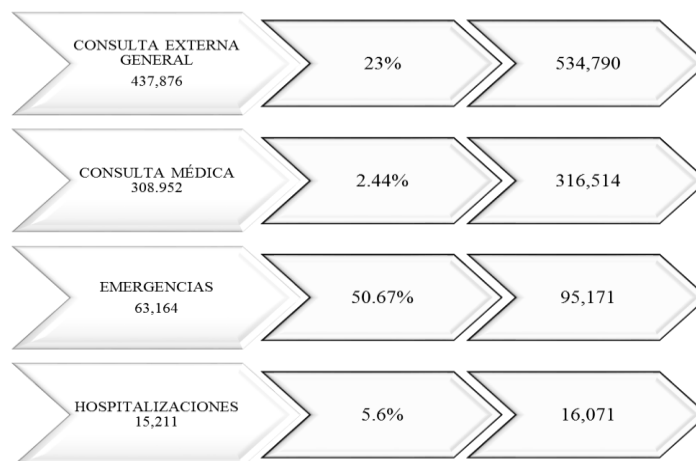
En el Servicio de Emergencia se incrementaron las atenciones de 63,164 a 95,171 (50.67%). las emergencias médicas se incrementaron de 18,987 a 43,113 atenciones (127.06%); las de Traumatología crecieron de 6,467 a 7,854 atenciones (21.44%), las Pediátricas crecieron de 16,191 a 20,636 atenciones (24.05%); las de ginecoobstetricia aumentaron de 12805 a 15,524 atenciones (21.22%) y las atenciones quirúrgicas disminuyeron de 7,212 a 7,073 atenciones es decir 1.9% menos.

En los servicios de Hospitalización el número de egresos hospitalarios entre el 2011 y el 2015 creció de 15211 a 16071 (5.6%) a pesar de incrementar su estancia hospitalaria de 7.35 a 9.01 días; esto luego de que en el periodo 2006 y el 2011 disminuyó de 21,126 a 15211 pacientes (27,99%) y la estancia hospitalaria se incrementó de 5.85 a 7.35 días (incremento de 25.64%)

La solicitud de exámenes de ayuda diagnostica también se incrementaron entre el 2011 y 2015; las ecografías de consulta externa y emergencia se incrementaron de

22,424 a 25,766 (14.9%) estudios ecográficos; de igual forma los exámenes de Radiodiagnóstico de consulta externa se incrementaron entre el 2013 al 2015 de 70,807 a 111,997 (58.17%) estudios radiográficos mientras que los de Laboratorio Clínico se redujeron desde 560,012 a 488,774 (12.72%) exámenes realizados.

Figura 7. 1. Incremento de atenciones de Salud 2011-2015



El recurso humano, indispensable para la atención tuvo un discreto incremento.

Del 2001 al 2015 el personal nombrado, financiado por el tesoro público, se incrementó de 1392 a 1646 trabajadores (18.2%); los médicos aumentaron en número de 20 médicos (1.4%) y el no médico 234(16.8%) en el mismo periodo el personal por Contrato de Administración de Servicios (CAS) financiado por los recursos directamente recaudados del Hospital disminuyó de 472 a 271 personas (42%), los médicos disminuyeron en número de 6 (1.3%) y los no médicos disminuyeron en 195 (40.7%). En conclusión, independiente del tipo de contrato del recurso humano del Hospital durante el periodo 2011- 2015 se incrementó en 53 trabajadores de los cuales 14 fueron Médicos y 39 no médicos.

A 60 de estos trabajadores se les aplicó una encuesta de Satisfacción del Personal de Salud establecida por el MINSA donde se obtuvo como resultado que el 83% de los encuestados indicaban que sus responsabilidades y objetivos de su trabajo eran claros, el 40% consideraba que el Hospital no le proporciona los recursos y herramientas necesarias para su desempeño, el 56% consideraba que no se reconocía su trabajo y el 56.6% considera que no tenía oportunidad de capacitación para mejorar sus habilidades asistenciales.

El recurso económico para el funcionamiento del Hospital se hizo cada vez más limitado.

El financiamiento del Hospital viene principalmente de dos fuentes: los Recursos directamente recaudados que durante el periodo del 2011 al 2015 disminuyeron de 13'024,500 soles a 9'712,560 soles (25.42%) y los Recursos Ordinarios que se incrementaron de 79'589,082 a 102'310,326 soles (28.54%); estos últimos cubren las remuneraciones del personal nombrado que en dicho periodo se incrementó de 41'116,679 a 64'881,592 soles (57.79%) consecuencia de los incrementos salariales y al incremento de trabajadores nombrados; para las pensiones de los trabajadores que se incrementaron de 18'585,456 a 20'318,887 soles (9.32%) y finalmente para los bienes y servicios con los que funciona el Hospital y brinda la logística para la atención creciente de pacientes, disminuyó de 18'788,484 a 17'109,847 soles (-8.9%).

El presupuesto inicial del año 2014 fue de 197'182,508 soles ejecutándose solo 183'011,270 lo que representa el 92.81%; la mayores diferencias registradas entre lo presupuestado y ejecutado se evidencia en los Recursos Ordinarios donde se presupuestó 142'406,557 soles y solo ingresó 134'800,595 soles y en los Recursos Directamente Recaudados donde se presupuestó 13'858,216 soles y solo ingreso 6'017,578.13 soles, es decir el 56.58%.

En el año 2015 el presupuesto se redujo aún más, siendo el inicial de 175'790,116 soles ejecutándose 170'676,849 soles lo que representó el 97.1%; en este año también se observan diferencias en los Recursos Ordinarios donde se presupuestó 120'235,514 soles y solo ingresó 117'621,250 soles y en los recursos directamente recaudados donde se presupuestó 10'413,104 soles y solo ingreso 8'184,564 soles, es decir el 78.6%.

La gestión hospitalaria evaluada registra indicadores de desempeño y de calidad por debajo de los estándares establecidos.

Con el fin de evaluar la gestión Hospitalarias se revisó lo realizado por el MINSA, y se encontró una evaluación de gestión hospitalaria que abarco 23

DIRESAS y las 5 DISAS de Lima y Callao realizada en el 2005 mediante indicadores de estructura, proceso y resultados donde el 94 % de los evaluados no alcanzaron los estándares de evaluación. Se revisaron otras mediciones de Gestión Hospitalaria realizadas en nuestro medio como la de América Economía y la Joint Commission International sin embargo estas evaluaciones consideran indispensable y no negociable el cumplimiento al 100% de los estándares relacionados a la Seguridad del Paciente por lo que no eran aplicables ya que este tema recién se está desarrollando en el Hospital.

Una autoevaluación realizada por evaluadores internos del Hospital en el año 2015 para su proceso de acreditación; determinó que los Macroprocesos gerenciales tenían un 63.28% de cumplimiento de estándares, siendo el menos desarrollado el de Control de la Gestión y Prestación (40.38%); de los Macroprocesos de Apoyo se cumplía sólo el 57.80% de los estándares siendo los menos desarrollados los de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (31.82%); Gestión de Medicamentos(28.85%), Gestión de la Información (43.48%) y Gestión de equipos e infraestructura (23.53%); y finalmente de los Macroprocesos prestacionales un 49.82% de cumplimiento de estándares siendo el Macroprocesos de Hospitalización el menos desarrollado (41.67%). En general la autoevaluación solo alcanzó el 57% de cumplimiento de estándares por lo que se considera como No Aprobado.

El MINSA considera desde el 2013 la evaluación de la gestión por intermedio de 22 indicadores, luego de identificarse dichos indicadores en el Hospital Carrión se determinó que la mayoría de ellos se encontraban debajo de los estándares establecidos.

Atendiendo a lo referido anteriormente se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 3 gestores de salud quienes coincidieron que el planeamiento estratégico es la base para una adecuada gestión hospitalaria, así como el desarrollo del recurso humano; además validaron unos indicadores que consideraron deben formar parte de la evaluación de la gestión.

Los resultados muestran que la gestión hospitalaria no ha sido capaz de atender el incremento de demanda de atención en los Consultorios Ambulatorios y en Emergencia siendo una evidencia de ellos las listas de espera para acceder a una cama hospitalaria.

El punto crítico del proceso de hospitalización es la disponibilidad de camas, el cálculo del número de camas en el Callao es 0.6 camas por mil habitantes, debajo del estándar de la OMS de 4.5 camas por mil habitantes, por lo que su uso debe ser lo más eficiente posible.

El proceso de hospitalización y la gestión de cama son ineficientes.

Se ha estimado que el proceso de Admisión de la Hospitalización de un paciente se demora en promedio de 255.13 minutos y el subproceso de identificación de camas disponibles aproximadamente 120 min.

Tabla 7. 1. Duración del Proceso de Admisión en Hospitalización

	Tipo	Tiempo mínimo (m)	Tiempo máximo (m)	Tiempo promedio (m)
HOSPITALIZACIÓN	Proceso	250	260	255.13
DISPONIBILIDAD DE CAMAS	Sub - proceso	120	120	120

Fuente: Elaboración del participante con pacientes trazadores

En el Hospital Daniel A Carrión se identifica el Servicio de Hospitalización que depende del Departamento de Consulta Externa y Hospitalización; dentro de ella la denominada Área Funcional de Hospitalización que tiene como función principal la asignación de camas y la admisión del paciente en los servicios hospitalarios.

El manual de procedimientos del Área Funcional de Hospitalización se encuentra desactualizada y con tareas asignadas que no se cumplen; también se puede identificar un subproceso de hospitalización limitado para los turnos nocturnos que se ha constituido como el principal proceso de admisión del servicio de Emergencia.

En el análisis del proceso de Hospitalización se revisaron 1459 órdenes de hospitalización gestionadas por el Área Funcional de Hospitalización durante los meses de abril, mayo y junio del presente año; de ellos 1143 pacientes (78.34%) fueron hospitalizados y 316 pacientes (21.65%) no fueron hospitalizados; de estos últimos 121 provenían de Consulta externa (38.3%) y 195 de Emergencia (61.7%). Estos pacientes no recibieron una atención hospitalaria oportuna.

De las 1143 admisiones en hospitalización se identificó que 888 pacientes (77.7%) provenían de consulta médica ambulatoria y 255 pacientes (22.3%) provenían del servicio de Emergencia. De acuerdo a esta data la mayoría de hospitalizaciones del Área Funcional provenía de Consulta Externa.

De los 888 pacientes hospitalizados por el Área Funcional de Hospitalización 152 pacientes provenían de consultorio de Medicina Interna y de ellos 39 pacientes (25.6%) no fueron admitidos el primer día; tuvieron que regresar los siguientes días para solicitar su admisión, hospitalizándose en un tiempo promedio de 2.25 días. Estas atenciones no incluyen a las admisiones nocturnas realizadas desde de Emergencia. (Ver Tabla 6.1. Órdenes Registradas en el área Funcional de Hospitalización).

La estancia hospitalaria incrementada disminuye la disponibilidad de camas.

En el Hospital Daniel A Carrión el indicador de permanencia promedio en hospitalización en el año 2015 era 9.01 días de estancia y luego de la aplicación del indicador en cada servicio se determinó que las estancias promedio de cada especialidad evaluada era la siguiente: Servicio de Medicina 12.26 días, Servicio de Pediatría 6.95 días, Servicio de Ginecobstetricia 2.26 días y Servicio de Cirugía 10.14 días.

De acuerdo a dicha información la mayor estancia correspondía al Servicio de Medicina por ello se revisaron las estadísticas de dicho servicio encontrándose que las estancias hospitalarias de los pacientes admitidos en Medicina Interna fueron las siguientes: , en el Servicio de Medicina Varones 14.7 días y en el Servicio de Medicina Mujeres 12.43 días, estancias más prolongadas que la de los pacientes

hospitalizados por las de especialidades médicas (Neumología, Cardiología y Endocrinología): 10.14 y para Gastroenterología, Neurología y Dermatología: 12.6 días respectivamente (Ver tabla 6.7 y Tabla 6.8, pág. 106).

Aplicación Protocolo de Evaluación de la Adecuación.

Considerando que la admisión hospitalaria mal indicada y la estancia prolongada contribuían a generar mayor dificultad para la admisión adecuada de pacientes se decidió la revisión de las Historias Clínicas de todos los pacientes hospitalizados en Medicina Interna para luego aplicar el Protocolo de evaluación de la Adecuación (AEP). Las revisiones de las 76 historias clínicas de los pacientes hospitalizados en Medicina indicaron que los principales problemas que presentaron los 73 pacientes hospitalizados desde Emergencia fueron: dificultad respiratoria 19 pacientes (25%); trastorno de conciencia 13 pacientes (17.1%); dolor abdominal 10 pacientes (13.1%). Al momento del análisis el promedio de estancia de los 76 pacientes durante la aplicación del AEP fue de 17.85 días y 52 (70%) presentaron estancia mayor a 8 días.

Estancia Hospitalaria en Medicina

52 pacientes (68,42%) con Estancia mayor a 8 días

24 pacientes (31.58%) con Estancia menor a 8 días

Total: 76 pacientes (100%) con Estancia Promedio: 17.85 días

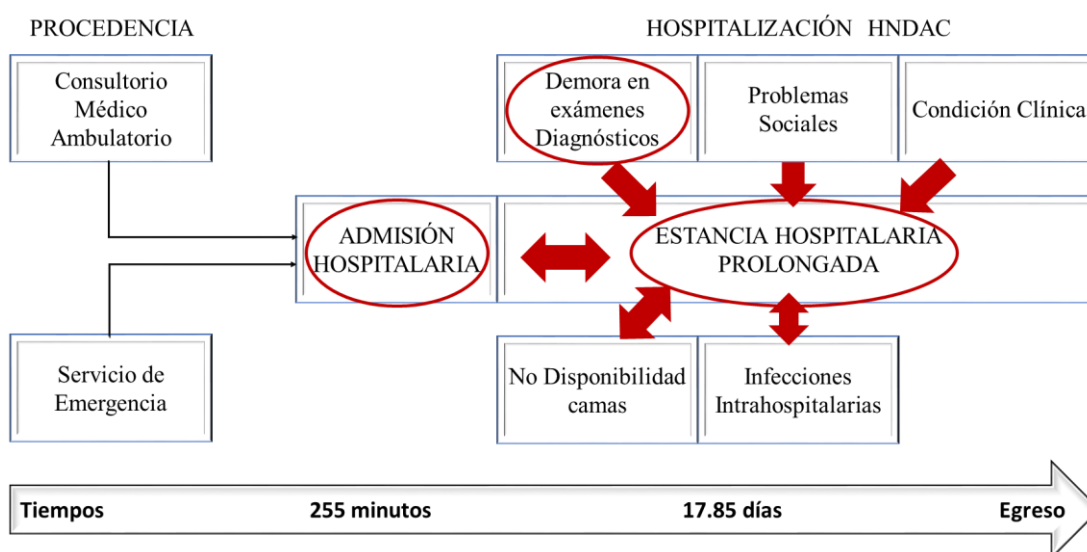
La aplicación del AEP identificó que 67 pacientes (88%) hospitalizados habían sido adecuadamente admitidos. De ellos 41 pacientes (61.19%) cumplían criterios relacionados con la condición médica del paciente y 26 pacientes (38.8%) cumplían con los criterios referentes a la intensidad de los cuidados prestados asimismo al aplicar el protocolo de evaluación de la adecuación AEP de estancias en el servicio de Medicina, se identificaron a 48 pacientes (63%) que tenían una estancia adecuada; de ellos 6 pacientes (12.5%) cumplían criterios médicos; 30 pacientes (62.5%) cumplían criterios de enfermería y 12 pacientes (25%) cumplían criterios relacionados con el paciente (Ver figura 6.1. Historias Clínicas que cumplieron los Criterios EAP).

El análisis con herramientas estadísticas Chi cuadrado para el cruce de las variables mediante el programa estadístico SPSS aplicados a los resultados de la AEP determinaron que no había diferencias en las admisiones inadecuadas y en las estancias prolongadas en los servicios de medicina de varones y mujeres; es decir las estancias eran independientes del género del paciente y del servicio de medicina donde estuviesen hospitalizados; asimismo determinó que 8 pacientes (88.9%) de los ingresos no adecuados presentaron una estancia no adecuada y de los 67 pacientes con un ingreso adecuado 20 pacientes (29.9%) presentaron estancia no adecuada. Se estableció en el análisis una relación estadísticamente significativa entre el ingreso inadecuado del paciente y la estancia prolongada.

La Multicausalidad de la estancia hospitalaria prolongada en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

En la revisión realizada de los pacientes internados en Medicina; de los 52 pacientes con más de 8 días de hospitalización internados en los servicios de medicina se encontró como causas de estancia prolongada: Demora en la realización de exámenes diagnósticos 38.46% (20 pacientes); problemas sociales 9.6%(5 pacientes), condición clínica crónica 7.69% (4 pacientes); enfermedades terminales 5.76%(3 pacientes) e Infecciones intrahospitalarias 5,76% (3 pacientes).

Figura 7. 2 Identificación de Causas de estancias hospitalarias prolongadas



CAPÍTULO VIII PROPUESTAS

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión presenta problemas para hacer frente a la demanda creciente de atención en los servicios hospitalarios que, como se ha descrito, es el resultado del aumento de la demanda de atención de Consulta Externa y Emergencia.

El aumento de la capacidad hospitalaria no es posible en la actualidad, la situación económica del hospital limita el uso de los escasos recursos económicos de que dispone y la administración del Hospital se muestra ineficiente y mantiene los indicadores de gestión por debajo de los estándares establecidos por el Ministerio de Salud.

Las propuestas presentadas a continuación intentan aprovechar al máximo los recursos humanos, económicos y tecnológicos que se encuentran en el Hospital con el fin de mejorar la gestión hospitalaria y mejorar la disponibilidad de camas a través de las mejoras en los procesos de atención hospitalaria.

El hospital en la actualidad cuenta con un área funcional de hospitalización con personal y procedimientos establecidos, aunque desactualizado, un sistema informático desplegado físicamente en los servicios hospitalarios, pero sub utilizado por la gestión y no se evalúan las pertinencias de las hospitalizaciones realizadas y las estancias prolongadas.

Las propuestas están enmarcadas dentro de la siguiente base legal:

- Ley N° 26842 “Ley General de Salud”
- Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud
- Ley N° 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General
- Ley N° 27815 Ley de Código de Ética de la Administración Pública
- Decreto Supremo N° 013-2006 SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”

- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA que conforma el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente
- Decreto Legislativo N° 559, Ley del Trabajo Médico
- Ordenanza Regional N° 003 del 5 de febrero del 2009 que incorpora al Hospital Daniel A Carrión como órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud del Callao, Órgano de la Gerencia Regional de Salud.
- Ordenanza Regional del Callao N° 00006 del Gobierno Regional del Callao “se aprueba el “Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel A Carrión”
- Resolución Directoral N° 336-2012/DG-HNDAC Aprueba el Manual de Organizaciones y Funciones de la Dirección General del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión
- Resolución Directoral N° 1126-11-GRC-GRS/DIRESA/DG, categorización del Hospital Daniel A Carrión como III-1

Las propuestas de mejora son las siguientes:

- i) Evitar ingresos e estancias inadecuadas
- ii) Reducción de tiempo de espera para exámenes diagnósticos
- iii) Empoderar el área funcional de hospital como la entidad única responsable de la admisión de los pacientes a Hospitalización
- iv) Rediseño del proceso de Admisión Hospitalaria
- v) Implementar el Departamento de Referencia y Contrarreferencia.
- vi) Aplicación periódica de Protocolo de adecuación
- vii) Implementar proceso de pre alta hospitalaria
- viii) Eliminación progresiva de la cama extendida
- ix) Establecer convenios con instituciones benéficas y sociales en el Callao
- x) Coordinar con DIRESA Referencias y Contrarreferencias

Desarrollo de Propuestas

i) Evitar ingresos y estancias inadecuadas

Los ingresos inadecuados y las estancias prolongadas tienen múltiples causas sin embargo se puede reducir su incidencia con intervenciones dirigidas al actuar médico mediante actividades educativas, autoevaluaciones periódicas, retroalimentación, entre otros. Estas medidas han disminuido significativamente las hospitalizaciones inadecuadas desde 24.6% hasta 7.6%, con un descenso relativo de 18%. (Antón, y otros, 2007). La intervención en referencia se realizó durante 2 semanas en 3 Hospitales Docentes de España y se realizó de la siguiente manera:

- 1) Se realizó una presentación estructurada a los jefes de los departamentos de los tres hospitales participantes para explicar el concepto de hospitalización inapropiada y sus causas más frecuentes, seguido de una discusión de las estadísticas publicadas por otros hospitales recopilados de una revisión de la literatura.
- 2) Se recopilaron datos de los departamentos participantes: 2 unidades quirúrgicas con 1451 camas como grupo de intervención y como un grupo control una unidad quirúrgica con 1268 camas, realizados simultáneamente en los tres hospitales durante cada fase del estudio.
- 3) Se brindó una presentación estructurada a los médicos del grupo de intervención para explicar los diferentes aspectos del uso inapropiado de la cama hospitalaria, el tipo de intervención que se implementará y los mecanismos de autoevaluación.
- 4) Se realizó una evaluación diaria de la idoneidad de las estancias en el hospital por parte de los cirujanos en el grupo de intervención que usa el adeQhos³ durante dos semanas consecutivas.

³ adeQhos: instrumento análogo a la AEP; tiene cuatro encabezados: (1) datos para identificar el día bajo revisión; (2) criterios para evaluar la idoneidad del día del hospital; (3) una evaluación subjetiva de la idoneidad del día del hospital por parte del médico; y (4) una lista de causas de estancias hospitalarias inapropiadas.

- 5) Se proporcionó retroalimentación a los médicos del grupo de intervención sobre sus propias tasas de hospitalización inadecuadas medidas durante el período basal.

La intervención no incluyó ningún incentivo, financiero o de otro tipo, ni estuvo involucrada la Administración del hospital, aunque el apoyo de los jefes de los departamentos de cirugía respectivos otorgó autoridad al proyecto. El principal resultado medido fue la reducción en el porcentaje de estancias hospitalarias inapropiadas, identificadas con el AEP, durante el período de intervención en comparación con el período basal. El grupo de intervención redujo su porcentaje de estancias inapropiadas de 14.3% a 7.9% (reducción absoluta: -6.40, IC 95% -10.7 a -2.14, reducción relativa: 44.8%), mientras que no hubo cambios en el grupo de control. La reducción se debió al número de estancias inapropiadas atribuibles al tratamiento médico de los pacientes que pasaron de 12.7% al 5.8% (reducción absoluta: -6.92; IC del 95%: -10.90 a -2.92)

ii) Reducción de tiempo de espera para exámenes diagnósticos

Una de las causas identificadas que ocasionan estancias inadecuadas o prolongadas son los largos tiempos de espera para la realización de pruebas diagnósticas, de éstas, la más frecuentes registradas y que se demoran más son las Ecografías (realizadas por el Servicio de Imágenes) y las Ecocardiografías y Ecografía Doppler de miembros inferiores (realizadas por el Servicio de Cardiología). Evitar solicitudes innecesarias de estudios ecográficos mediante los procesos de auditoría médica interna. Para disminuir los días de espera de estos exámenes se debe realizar lo siguiente:

- Evitar solicitudes innecesarias de estudios ecográficos mediante los procesos de auditoría médica interna.
- Coordinar con el Servicio de Imágenes y Cardiología para la asignación diaria de turnos exclusivos para la realización de los estudios ecográficos, Ecografía Doppler de miembros inferiores y ecocardiográficos de los pacientes hospitalizados.

- Realización de exámenes de los pacientes hospitalizados y en espera, durante los turnos nocturnos, actualmente utilizados exclusivamente para exámenes ecográficos y ecocardiográficos de pacientes de Emergencia
- Usar la herramienta informática para mejorar tiempos de entrega de los informes de exámenes realizados.
- La dirección del Hospital debe comunicar a los servicios de Imágenes y Cardiología la necesidad de realizar los exámenes de pacientes hospitalizados dentro de las 72 horas de su solicitud.

iii) Empoderar el área funcional de hospitalización

El empoderamiento del área funcional de hospitalización como la entidad única responsable de la admisión de los pacientes a Hospitalización, es decir que el Servicio de Hospitalización asuma el control del proceso de admisión y hospitalización las 24 horas del día y coordinar principalmente con la Jefatura de Emergencia y los Jefes de Servicio un proceso de hospitalización más eficiente, y que pueda tener la capacidad para hospitalizar a quienes tienen la indicación correspondiente.

Se ha planteado anteriormente estrategias para incrementar la disponibilidad de camas, pero también es necesario rediseñar el proceso de admisión hospitalaria y asignación de camas de los servicios, en particular el de Medicina, para que la hospitalización sea un proceso más eficiente.

iv) Rediseño del proceso de Admisión Hospitalaria para disminuir el proceso de admisión a 100 min.

- El proceso actual de hospitalización tiene un tiempo estimado entre 255.13 a 300 minutos.
- El tiempo necesario para que el personal del AFH elabore del censo de camas disponibles actualmente es de 120 minutos.
- El nuevo proceso centraliza en el área funcional de hospitalización (AFH) las actividades de: verificación de cobertura de seguro; ingreso al sistema de hospitalización; asignación de cuenta y coordinación de cama.

- Priorizar las asignaciones de camas hospitalarias a las órdenes de hospitalización de los pacientes provenientes de Emergencia y aquellos con orden de hospitalizaciones del día previo y los pacientes con cirugías y procedimientos programados.
- Los censos diarios de pacientes y camas operativas desocupadas deben llegar al área funcional de Hospitalización vía sistema a primera hora de la mañana de cualquiera de las dos fuentes que actualmente la registran de forma independiente: la Supervisora de Enfermería y la Oficina de Gestión de Riesgo.
- El seguimiento del paciente con Orden de Hospitalización emitidas por su Médico Tratante es una prioridad dentro de las actividades del personal del área Funcional de Hospitalización
- Durante los horarios nocturnos una persona de caja iniciará el proceso de admisión, el mismo que será regularizado y completado al día siguiente por el área funcional de hospitalización.

Proceso Rediseñado:

- 1) En Consultorio externo el Médico entrega orden de Hospitalización del paciente; en Emergencia se la entrega a la Enfermera de Guardia.
- 2) En Consultorio el Técnico de Enfermería del Consulta Externa acompaña al paciente al área Funcional de Hospitalización y entrega la Orden de hospitalización, la Historia Clínica del paciente con las indicaciones de tratamiento del primer día de hospitalización. En Emergencia el Técnico de Enfermería de guardia traslada la orden de hospitalización al área Funcional de Hospitalización.
- 3) El Técnico de Enfermería del área Funcional de Hospitalización recibe al paciente, recepciona y verifica documentación y entrega documentos a la Enfermera del área Funcional.
- 4) Enfermera de Área Funcional de Hospitalización recepciona documentos, y verifica la cobertura de seguro del paciente.
- 5) Si paciente cuenta con seguro, se ingresa sus datos al sistema, genera un número de cuenta y se asigna la cama previamente coordinada con el servicio de hospitalización.

- 6) Si no se cuenta con seguro, el personal técnico acompaña al paciente a caja; cancela el derecho de hospitalización, se le emite comprobante de pago y se le apertura un número de cuenta. Si el paciente no tiene seguro se le indica al familiar o acompañante dirigirse a caja para cancelar la garantía de hospitalización.
- 7) Se asigna la cama al paciente previa coordinación de acuerdo a su necesidad priorizando Emergencia y los pacientes no hospitalizados durante los días previos. Si el paciente es de Emergencia se retorna la orden de hospitalización con el número de cama asignada para su hospitalización por el personal de Emergencia.
- 8) Técnica de enfermería traslada al paciente a piso de Hospitalización con la Historia Clínica.
- 9) Enfermera del servicio de hospitalización recibe al paciente con la historia Clínica, orden de Hospitalización y comprobante de pago.
- 10) Enfermera del Servicio de Hospitalización ingresa al sistema y acepta transferencia del paciente a su servicio.
- 11) Paciente Hospitalizado y registrado en el sistema de hospitalización. Su cama se registra como ocupada.
- 12) Fin de evento de Hospitalización.

Tabla 8. 1 Duración del Proceso de Admisión de Hospitalización propuesto

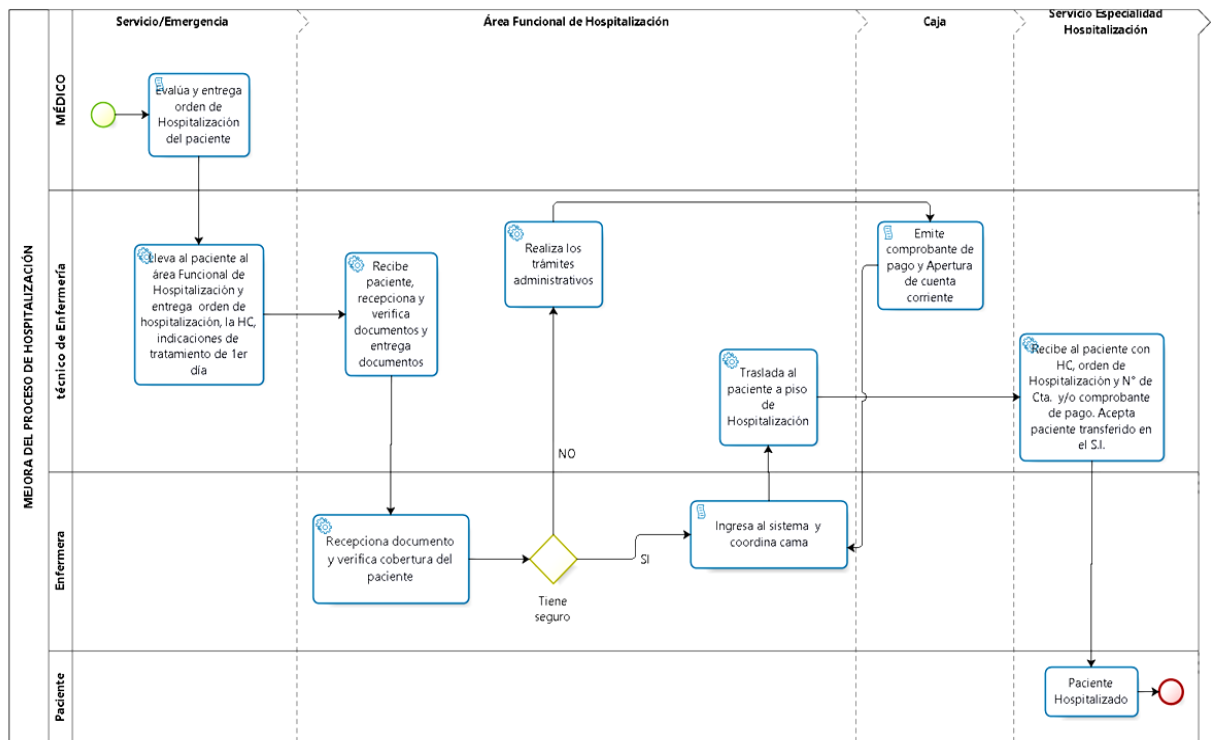
	Tipo	Tiempo mínimo (m)	Tiempo máximo (m)	Tiempo promedio (m)
HOSPITALIZACIÓN	Proceso	85	120	103.55

Fuente: Simulación a través del programa Bizagi Modeler 3.1.1

Bizagi Process Modeler es un freeware para diagramar, documentar y simular procesos de manera gráfica en un formato estándar conocido como BPMN (Business Process Modeling Notation), (Wikipedia Enciclopedia libre, 2017).

Realizando una simulación según el programa de Bizagi Modeler, respecto a los tiempos que pueden emplear en la propuesta planteada del proceso de Admisión de Hospitalización, es de la siguiente manera:

Figura 8. 1. Proceso de Hospitalización mejorado



Fuente: Realizado por los Autores de Tesis.

Para su ejecución se debe dotar al área Funcional de Hospitalización de las herramientas necesarias para desarrollar las funciones que le corresponden:

- Ampliar horario de funcionamiento por 12 horas continuas del personal responsable del registro y designación de cama hospitalaria.
- Desplegar los módulos del galeno plus: Archivo, Citas, Emergencia, Hospitalización, Consulta Externa, y Admisión
- Capacitación permanente para el manejo del sistema de todo el personal del área: Enfermeras y Técnicos
- Proporcionar 2 anexos adicionales (actualmente se cuenta con 1) así como 1 PC (Actualmente 2); y 2 Impresoras (actualmente ninguna)
- Logros
 - Orden en un único proceso de admisión
 - Disminución de tiempo de admisión en hospitalización
 - Priorización de pacientes a hospitalizar
 - Evitar pérdida de pacientes con indicación de hospitalización
 - Ahorro de recursos

– Mejora en la Calidad de atención

La correcta admisión y estancia generaría mayor disponibilidad de camas, pero si esta información no está al alcance en tiempo real de los demás actores del proceso sería de poca ayuda por lo que son necesarias las siguientes acciones:

- Incluir dentro de las funciones del personal de enfermería el uso y mantenimiento actualizado de la información en el sistema informático.
- Capacitación en el manejo del sistema a todo personal de Enfermería de los servicios hospitalarios.
- Establecer un programa de mantenimiento preventivo con el fin de mantener operativos los equipos de cómputo del área funcional de Hospitalización (AFH) y de los diferentes servicios hospitalarios.
- Desarrollar un equipo de soporte que atienda de forma inmediata los inconvenientes que pudieran retrasar el ingreso de información al sistema o en el funcionamiento de los equipos.

v) Implementar el Departamento de Referencia y Contra referencia del Hospital.

Con el personal asistencial y administrativo del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, implementar una estrategia que busque atender a pacientes de alta complejidad y referir a los de baja complejidad a las otras instituciones que conforman nuestra red asistencial. Actualmente la Oficina de Referencia funciona a medio tiempo con personal de Enfermería y está a cargo de la Oficina de Seguros.

Se propone las siguientes funciones para el nuevo departamento:

- a) Coordinar con los diferentes centros y hospitales de la red Minsa, la referencia y contrarreferencia de los pacientes según necesidad de complejidad de atención.
- b) Mantener información en línea de la disponibilidad de Consultas Externas; camas de hospitalización y de área crítica para coordinar referencias.

- c) Evaluar constantemente la pertinencia de las Referencias y contrarreferencia que se realicen o acepten en el Hospital Daniel A Carrión.
- d) Dirigir la capacitación al personal Médico sobre la normatividad vigente referente a Referencias y contrarreferencias.
- e) Conocer e Informar al Hospital la disponibilidad de camas de hospitalización en las diferentes Centros y Hospitales de la Red de Atención del Callao.

vi) Implementar la aplicación periódica los protocolos de Adecuación y Estancia Hospitalaria.

Mediante la aplicación periódica los protocolos de Adecuación y Estancia hospitalaria en los servicios de hospitalización, identificar los ingresos inadecuados (actualmente 15%) y la extensión indebida de la estancia hospitalaria (actualmente 35%) para que la Jefatura del Servicio y el área de Auditoria y Gestión de la Calidad realicen el monitoreo y seguimiento de cada caso.

vii) Implementar el proceso de alta programada y de pre alta.

El alta programada se inicia con la consignación de los días estimados de hospitalización que debe registrar el Médico Tratante en su Orden de Hospitalización, esta estimación debe de tener un seguimiento del personal del Área Funcional de Hospitalización con ayuda del sistema informático a fin de planificar las Hospitalizaciones que le son solicitadas. Establecer pre alta, es un proceso mediante el cual el Médico Tratante comunica al personal asistencial y administrativo el alta del Paciente un día antes de efectivizarse esto, permitirá adelantar toda la documentación requerida y el aviso a su familia para que el alta se efectúe el día programado en el menor tiempo posible. Con este proceso se ahorraría 1 día de estancia hospitalaria.

viii) Eliminar progresivamente la cama extendida.

La eliminación progresiva de la cama extendida por parte de los servicios de Hospitalización y de Emergencia y restringirla solo para situaciones especiales; por ejemplo, cuando se requiera disponibilidad de cama en área crítica. (Cuidados

intensivos e Intermedios). Considerar que la cama extendida actualmente genera la pérdida del día 1 de hospitalización ya que la evaluación médica donde se elabora el plan de trabajo y se solicitan los exámenes necesarios para su diagnóstico y tratamiento se realizan posterior a los horarios de visita médica habitual por lo que para su realización se debe esperar hasta el siguiente día.

ix) Establecer convenios con instituciones benéficas y sociales en el Callao.

El establecer convenios con instituciones que dispongan de Casas de Reposo, Albergues, Centros Geriátricos y otros que puedan albergar temporalmente a pacientes con problemas sociales con indicación de alta médica. El Servicio Social del Hospital debe coordinar con otras instituciones como autoridades municipales para efectivizar la propuesta.

x) Coordinar con la Dirección Regional de Salud las Referencias y Contrareferencias.

Coordinar con la Dirección Regional de Salud y con las demás sedes Hospitalarias: Hospital San José y Ventanilla el desarrollo de un sistema de Referencia y Contra referencia debidamente articulado para que siempre las atenciones de mayor complejidad se atiendan en el Hospital Carrión y las de menos complejidad puedan ser referidos o contra referidos a los Hospitales y establecimientos de menos complejidad de la red. Por ejemplo, en la aplicación del protocolo de adecuación de Hospitalización en el servicio de Medicina se identificó que la admisión se sustentaba en la necesidad de recibir medicación antibiótica endovenosa pero la condición clínica de los pacientes era estable; estos podrían haber sido referidos a hospitales de menor complejidad para el tratamiento requerido.

Estas medidas contribuirían a disminuir las estancias hospitalarias. La implementación de las propuestas establecidas anteriormente estiman llevar inicialmente la estancia hospitalaria en los servicios de Medicina a 10 días, lo cual contribuiría a disminuir la estancia hospitalaria general del Hospital Daniel A Carrión de 9.01 a 8.41 días generándose una reducción global de 0.6 días de hospitalización

con lo cual se obtendría una ganancia efectiva de aproximadamente 50 camas de acuerdo al grupo de investigación de Advisory Board Company, quienes refieren que los hospitales que logran disminuir sus estancias prolongadas aumentan su capacidad efectiva tal como se muestra en la tabla 8.2. Asimismo, con una estancia de 8.41 días y sin variación del número de camas ni del porcentaje de ocupación el número de egresos hospitalarios se incrementaría de 16071 a 17,215 pacientes es decir un 7.11 %

Tabla 8. 2 Ganancia “Efectiva” de camas a partir de la reducción de la duración de la estancia hospitalaria

Duración de la internación Reducción (días)	Tamaño del Hospital (camas)				
	200 camas	300 camas	400 camas	500 camas	600 camas
0,25 días	8	12	16	20	25
0,50 días	16	25	33	41	49
0,75 días	25	37	49	61	74
1,00 días	33	49	65	82	98
1,25 días	41	61	82	102	123
1,50 días	49	74	98	123	147

Fuente: Tell & Nataraja, 2010

CAPITULO IX CONCLUSIONES

- El Servicio de Hospitalización del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión no se encuentra en la capacidad de atender la demanda de atención hospitalaria, esto a consecuencia de una inadecuada gestión administrativa porque mantiene procesos ineficientes, no utiliza adecuadamente los recursos a su disposición y el personal no se encuentra comprometido con el trabajo en la institución.
- El proceso de admisión en los servicios de hospitalización del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión es ineficiente y no estandarizado; presenta mucha variabilidad según el horario y el personal que la realiza siendo el factor más importante para la demora del proceso la disponibilidad de camas.
- La importancia de ser eficientes radica en que se identificó en el periodo de tres a 1459 pacientes con indicación de hospitalización, de los cuales 316 pacientes (21.65%) no pudieron ser hospitalizados. Es indudable que este proceso genera una pérdida en la oportunidad para que los pacientes reciban la atención médica que requieren.
- La demanda de atención en los servicios del Hospital Nacional Daniel A Carrión se ha incrementado en los últimos 5 años, siendo la demanda del servicio de Emergencia la que más creció con un aumento de 50.67% atenciones, lo que ha provocado la congestión del servicio e incrementos de tiempos de espera debido a la ineficiencia en el flujo de pacientes desde la emergencia hacia la hospitalización.
- La evaluación de la gestión hospitalaria en base a los indicadores de gestión y a la autoevaluación de los principales Macroprocesos nos indican que el Hospital Daniel Alcides Carrión está por debajo de los estándares establecidos por el MINSA; lo cual traduce procesos no estandarizados, un sistema informático limitado, data estadística parcial y dispersa, baja calidad de atención y personal insatisfecho con la gestión institucional.

- La gestión de camas en un proceso multidisciplinario que obliga una interacción eficiente entre los servicios de atención médica y los de apoyo diagnóstico, y que debe recibir el soporte de una información estadística confiable que elimine subjetividades en el análisis de los procesos de atención con la finalidad de mejorar la toma de decisiones.
- El uso rutinario de las denominadas “camas extendidas” van en perjuicio en la calidad de la atención y extiende las estancias hospitalarias, adicionalmente pone en riesgo la seguridad del paciente, por lo que se debe abandonar su uso progresivamente. En uso de las camas extendidas debe ser restringido a situaciones excepcionales.
- La aplicación del Protocolo de Evaluación de la Adecuación AEP, con el fin de identificar admisiones y estancias inadecuadas, la herramienta identificó 15 % de admisiones inadecuadas y un 35% de estancias no adecuadas. En el análisis estadístico de estos resultados se estableció que hay una relación directa estadísticamente significativa entre las admisiones inadecuadas y las estancias no adecuadas.
- La información no sistematizada adecuadamente de los procesos hospitalarios oculta los tiempos de espera en diversos procesos de la atención y la producción hospitalaria; principalmente los relacionados a la ejecución de exámenes auxiliares y a las respuestas de las solicitudes de interconsultas solicitadas a las especialidades médicas y quirúrgicas.
- Es indispensable la participación responsable de todo personal de salud especialmente Médicos y Enfermeras en el registro, mantenimiento y actualización permanente del sistema informático (SISGALENPLUS) con el fin de que se genere información confiable para la toma de decisiones.
- El principal factor que genera la estancia prolongada en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión es el tiempo de espera para la realización de estudios diagnóstico y terapéuticos; factor que coincide con la literatura médica revisada.

- Las propuestas que se plantean agilizaran la admisión hospitalaria, mejorará la estancia hospitalaria y los procesos de hospitalización; sobretodo, mejorará la calidad de la atención hospitalaria.

CAPÍTULO X RECOMENDACIONES

1. Se recomienda promover la aplicación de la propuesta y la realización de trabajos de investigación complementarios al presente, para lograr su validación o la reformulación de las mismas.
2. La ejecución de las propuestas se debe involucrar a la Dirección General para darle el impulso necesario en su realización, buscando un compromiso multidisciplinario, de lo contrario es muy probable que la propuesta no logre el éxito esperado.
3. Se recomienda la ejecución de estudios similares en otros servicios y en otros Hospitales que conforman la Red Callao, así como la evaluación de sus referencias médicas.
4. A razón que la información estadística del Hospital se encuentra en construcción, se recomienda verificar la fuente donde se genera la información y los responsables de la elaboración de los indicadores para asegurar que la información sea la correcta.
5. Se sugiere al realizar el trabajo de campo la elección de horarios apropiados para evitar intervenciones del personal asistencial que afecten el recojo de la información.
6. Se recomienda solicitar el apoyo de expertos en herramientas estadísticas para el análisis de la información generada en estudios similares.
7. Sugerimos la realización de auditorías de los Sistemas Informáticos para comprobar su óptimo funcionamiento; su interconexión con los servicios hospitalarios y su accesibilidad para todo el personal de salud.

ANEXOS

A. 1. SISTEMA DE SALUD DEL PERÚ

Modelos de Sistemas de Salud

Los sistemas de salud son la forma como se organizan los recursos humanos, de infraestructura y económicos con el objetivo de atender las necesidades de salud de la población.

Los principales modelos de sistemas de salud a que se hacen referencia en la literatura (Granados Toraño, 2010) son los siguientes:

- i) Modelo Beveridge el cual se financia con los impuestos de toda la población, tiene cobertura universal, no aplica copagos a los servicios médicos con excepción de los medicamentos. Tiene una infraestructura de red propia y regula el precio de los medicamentos. Este modelo tiene su origen en el sistema de salud británico en donde fue introducido por el año 1942 por Lord Beveridge y es seguido en Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Islandia, España, Italia y Portugal. En Latinoamérica por Cuba.
- ii) Modelo Bismark, el cual es financiado mediante primas o aportes de los empleados, los empleadores y el Estado, no tiene cobertura universal, aplica copagos a servicios médicos hospitalarios y a los medicamentos. La infraestructura de atención es privada y ajena a los financiadores. Este modelo fue introducido inicialmente por el canciller alemán Otto von Bismark en 1883 y es seguido por Alemania, Austria, Bélgica y Suiza. En Latinoamérica es seguido por Costa Rica.
- iii) Modelo Segmentado, el cual en estricto no es un Sistema ya que como su nombre lo indica es segmentado y está constituido por 3 subsistemas; uno público financiado exclusivamente por el estado que atiende a la población de menores recursos; un seguro social financiado por los trabajadores formales que se encuentran en la planilla público o privado y un privado financiado por pagos directos o por primas en caso de contrato con compañías de seguros. Este modelo es seguido por países como Paraguay, Bolivia y el Perú y países de Centro América, excepto Costa Rica. Es de acuerdo a los expertos el modelo con más inequidad.
- iv) Modelo de Mercado Regulado; este modelo nació en los 90 con el fin de corregir el sistema segmentado mediante incentivos de mercado y la introducción de la atención gerenciada en salud. Establece paquetes de beneficios a toda la población y distribuye el riesgo entre financiadores y prestadores. Tiene un costo administrativo alto. Este modelo es seguido por Colombia y Chile.

Los sistemas de salud en el mundo enfrentan grandes desafíos debido principalmente:

- Envejecimiento poblacional por incremento de expectativas de vida.
- Cambios de perfiles epidemiológicos y enfermedades crónicas.
- Incremento de costos de atención médica por innovación y renovación.
- Mayores expectativas y exigencias de salud de la población
- Subespecialización de la Medicina.

Sistemas de Salud en el Perú

El Sistema de Salud desarrollado en el Perú corresponde al modelo segmentado y se caracteriza principalmente por una baja cobertura y pobre calidad de atención; esta realidad ha

Llevado a que en los últimos 4 décadas se planteen cambios que no han logrado desarrollar un verdadero sistema de salud. Así en nuestro país diferentes gobiernos han impulsado los siguientes “sistemas de salud:

- i) La creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Ley N° 22365, 28 de noviembre de 1978) para la coordinación de planes y programas; fue el primer Sistema creado, progresivamente desacelerado en 1980, desactivado en 1985 y derogado en 1990.
- ii) Posteriormente se crea el Sistema Nacional de Salud (Decreto Legislativo N° 584, 16 de abril de 1990), que no fue reglamentado y fue derogado por Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, aprobada en Lima, el 29 de enero de 2002.
- iii) La Ley que aprueba la creación del Minsiterio de Salud (Ley N° 27657, 29 de enero de 2002), provee el ámbito, competencia, finalidad y la organización del Ministerio de Salud, así como la de sus organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados, que en el año 2013 fue sujeto a “reforma”.

Por lo descrito anteriormente, el Ministerio de Salud viene a ser el ente rector del Sector Salud (Ley N° 27657, 29 de enero de 2002); el que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural.

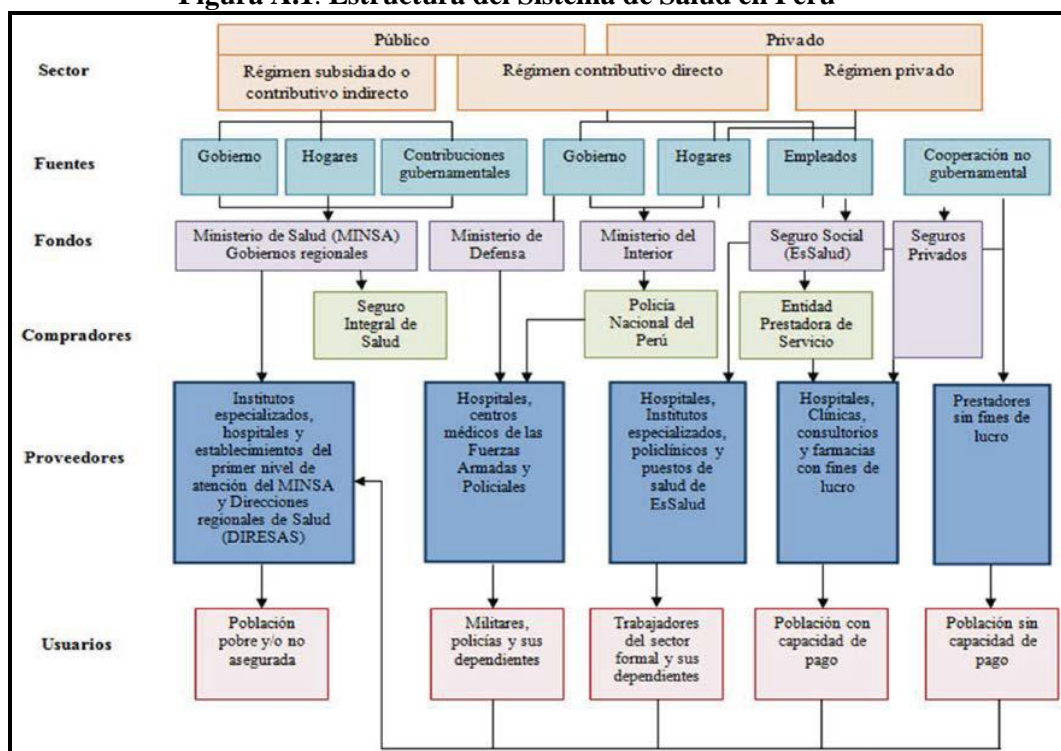
Al respecto, el Sistema de Salud en el Perú corresponde a un sistema que sigue al modelo segmentado, pues la naturaleza de los bienes proceden tanto del sector público como privado; las fuentes de financiamiento proceden tanto de recaudo fiscal (sub sector público), las cotizaciones (Seguridad social) y los seguros privados.

Como puede verse en la figura 2.1, en la práctica no se pueda identificar un solo ente rector del Sistema sino varios, ni se pueda determinar claramente su financiamiento y lo más importante es que no se puede realizar una adecuada coordinación para una atención de salud de calidad.

Es así que EsSalud depende del Ministerio de Trabajo; las Sanidad de las Fuerzas Policiales del Ministerio del Interior; de las Fuerzas Armadas del Ministerio de Defensa y el Sistema público del Ministerio de Salud. Además, se tiene las atenciones particulares y los asegurados por Compañías aseguradoras privadas. (Dirección General de Epidemiología - MINSA, 2013)

Cada subsistema mencionado tiene una organización jerárquica con responsabilidades y características particulares en cada nivel y tiene una organización de servicios de forma piramidal es decir todos los sub sistemas tiene desde niveles primaros de atención de baja complejidad hasta el nivel hospitalario de alta complejidad.

Figura A.1. Estructura del Sistema de Salud en Perú



Fuente: Sistema de Salud de Perú. Salud Pública México, vol. 53, sep. 12 Cuernavaca enero 2011.

Financiamiento de la Atención de Salud en el Perú

Los gastos en los servicios de salud en nuestro país llegó a 4.5 % del PBI (Producto Bruto Interno) en el año 2005, llegando a alcanzar en el año 2014 el 5.5% del PBI; aún por debajo del promedio de América Latina (en torno al 6.6%) siendo junto con Bolivia uno de los países con menor gasto en salud en la región. (Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal, & Espinosa-Henao, 2016).

El gasto per cápita en salud también se ha incrementado en los últimos años llegando el 2014 a 359 dólares americanos; mucho menor si se compara con otros países de la región (Tabla A.1).

Tabla A.1 Gasto anual per cápita en salud en América de Sur

País	Gasto per cápita US\$ 2014
1. Uruguay	1442
2. Chile	1137
3. Brasil	947
4. Venezuela	873
5. Argentina	605
7. Ecuador	579
6. Colombia	569
7. Paraguay	464
9. Perú	359
10. Bolivia	209

Fuente: OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014.

El estudio de la estructura del financiamiento de la atención de salud estimada en el 2012, determinó que los hogares financiaron el 37 % del gasto en salud; los empleadores, 30 %; el Estado, 29 %; el sector privado, 1,9 %; cooperantes externos, 0,9 %; donantes internos, 0,6 %; y otros, 0,5 % (Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal, & Espinosa-Henao, 2016).

Actualmente el principal aporte del financiamiento de la salud en nuestro país es realizado por el denominado gasto de bolsillo con aproximadamente 40% (Grupo Banco Mundial, 2017), lo que es innegablemente un gran riesgo económico para nuestra población ya que de presentarse un evento crítico de salud de alto costo, como un accidente cerebrovascular, una enfermedad coronaria, una insuficiencia renal crónica, cáncer o cualquiera otra, tendrían que enfrentar directamente los altos costos del tratamiento y recuperación que sumados a la pérdida de ingresos familiares podrían quebrar la economía familiar.

En los últimos años el financiamiento de la salud por los hogares se ha mantenido alto debido a:

- Pobre crecimiento del empleo formal.
- Aumento constante de las demandas de servicios de salud.
- Desfinanciamiento del Seguro Integral de Salud.
- Incapacidad para incorporar al mercado de seguros a la población independiente.

En referencia al gasto del tesoro público destinado a Salud, el 30% se efectuaron en personal y obligaciones sociales; 3 %, en pensiones y otras prestaciones sociales; 43 %, en bienes y servicios; y Otros gastos 4% (Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal, & Espinosa-Henao, 2016).

Aseguramiento Universal de Salud

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Ley N° 29344, 09 abril de 2009) tiene el propósito de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona residente en el territorio nacional a la Seguridad Social en salud y establece que el Ministerio de Salud como ente rector del sector, tiene la responsabilidad de establecer las normas y las políticas relacionadas con la promoción, implementación y fortalecimiento del aseguramiento Universal de Salud. Asimismo, crea la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), sobre la base de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) confiriéndole las funciones de registrar, autorizar, supervisar y regular a todas las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), así como supervisar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS).

La Ley Marco de Aseguramiento Universal, es modificada mediante decreto legislativo (Decreto Legislativo N° 1158, 6 de diciembre de 2013) y cambia la denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud a Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) asignándosele las funciones de promover, proteger y defender el derecho de las personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien las financie; quedan así bajo su competencia todas las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Igualmente se incluye a las unidades de gestión de las IPRESS (UGIPRESS), definidas como aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, diferentes de las IPRESS, encargadas de la administración y gestión de los recursos destinados al funcionamiento adecuado de estos.

Actualmente SUSALUD cuenta con potestad sancionadora sobre toda acción u omisión que afecte:

- i) El derecho a la vida, la salud, la información de las personas usuarias de los servicios de salud y la cobertura para su aseguramiento; y
- ii) Los estándares de acceso, calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad con que dichas prestaciones sean otorgadas.

El proceso de aseguramiento del modelo segmentado de salud, ha generado un conjunto de entidades aseguradoras denominadas instituciones administradoras de fondos para el aseguramiento en salud (IAFAS), que fueron introducidas para favorecer este proceso. El objetivo es alcanzar el aseguramiento universal a través de la organización de múltiples seguros de salud que ofrecen servicios diferenciados por la cobertura según complejidad y por la calidad de sus prestadores.

A consecuencia de la promulgación de la ley de aseguramiento universal en salud (AUS), se experimentó un avance progresivo en las coberturas de aseguramiento de salud. En el año 2011, el 64,5 % de la población contaban con un seguro de salud, este porcentaje ascendió a 72,9 % en el 2015 (ver Tabla 2.2). El incremento en la cobertura de aseguramiento se observó en la mayoría de las regiones, pero especialmente en aquellas con mayores índices de pobreza como Huancavelica y Apurímac, que en el 2015 alcanzaron 94,5 % y 90,6 % de población asegurada, respectivamente. Las regiones con menores coberturas fueron Tacna (54,8 %) y Madre de Dios (60,6 %)

Tabla A.2 Cobertura en Salud 2011-2015

Cobertura de atención a la salud, Perú 2011-2015					
	2011	2012	2013	2014	2015
Población afiliada a algún seguro de salud	64,5	61,9	65,5	69,0	72,9
Afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS)	36,1	31,4	35,3	39,0	43,4
Afiliada al Seguro Social de Salud (Essalud)	22,7	24,4	24,4	24,6	24,5
Afiliada a otros seguros	5,7	6,1	5,8	5,4	5,0
Seguros privados	2,0	1,9	1,9	1,8	1,5
Seguro de sanidades	1,9	1,9	1,6	1,6	1,5
Dos o más seguros	1,8	2,4	2,2	2,0	2,0
Población sin seguro de salud	35,6	38,2	34,6	31,0	27,2

Fuente: SUSALUD e INEI. 2015

La cobertura por un seguro de salud presenta una distribución según la Tabla 2.3 (Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal, & Espinosa-Henao, 2016):

Tabla A. 3 Cobertura en salud por IAFAS

Tipo de IAFAS	IAFAS	Porcentaje Poblacional
IAFAS pública (59,85 %)	Seguro Integral de Salud (SIS)	59,8%
IAFAS Seguro Social (35,3%)	Essalud	30,9%
	Entidades Prestadoras de Salud (EPS)	2,8%
	Iafas del Ejército (Fospeme)	0,1%
	Iafas de la Fuerza Aérea (Fosfap)	0,1%
	Iafas de la Marina (Fosmar)	0,1%
	Iafas de la Policía Nacional (Saludpol)	1,3%
Privadas (4,7%)	Empresas de Seguros	2,4%
	Prepagas	2,1%
	Autoseguros	0,2%

Fuente: Registro de Afiliados al AUS para todas las IAFAS – SUSALUD

La prestación de servicios de salud a los afiliados bajo régimen subsidiado o contributivo indirecto y semicontributivo a cargo del SIS se realiza a través de la red de establecimientos del MINSA y de los gobiernos regionales.

La prestación de servicios de salud para los afiliados al régimen contributivo se realiza a través de EsSalud con provisión integral y a través de las entidades prestadoras de salud EPS como proveedores de privados, quienes como mínimo deben proveer el Plan esencial de Aseguramiento de Salud PEAS

La prestación para el sector privado se realiza a través de Clínicas particulares, centros médicos, policlínicos y consultorios médicos además de Laboratorios Clínicos y Servicios de Diagnósticos por Imágenes

Seguro Integral de Salud

Con la Ley del Ministerio de Salud (Ley N° 27657, 29 de enero de 2002) se crea el Seguro Integral de Salud (SIS), que es un organismo público ejecutor del Ministerio de Salud. La finalidad es proteger la salud de aquellos peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando a población más vulnerable, pobres y extremos pobres, y los del componente materno infantil.

Mediante la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Ley N° 29344, 09 abril de 2009), se define que el Seguro Integral de Salud es una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) que tiene a su cargo el financiamiento de la cobertura de salud de los afiliados a los regímenes subsidiado y semicontributivo; posteriormente, se aprobaron las disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud (SIS) y del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL).

La Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud (Ley N° 29761, 22 de julio de 2011) se establece los principios y el financiamiento para la atención de las personas afiliadas a los regímenes subsidiado y semesubsidiado del Aseguramiento Universal, garantizando la sostenibilidad y la implementación progresiva; además define las reglas y mecanismos de financiamiento en las que las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento se conducen.

Los Lineamientos de Política indican que el Seguro Integral de Salud- SIS tiene por objetivo la captación y gestión de fondos para el aseguramiento de prestaciones de salud y la cobertura de riesgos de salud de los asegurados; estableciendo las siguientes líneas estratégicas de acción:

- i) Contribuir al ejercicio del derecho a la protección de la salud como un mecanismo de inclusión social.
- ii) Garantizar la protección financiera de la población asegurada al SIS.
- iii) Contribuir a la disminución de la prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil, la Morbimortalidad Materno Neonatal, así como el control de enfermedades transmisibles y no transmisibles y la mejora de otros indicadores de salud.
- iv) Contribuir al fortalecimiento de la rectoría del Sector Salud para el desarrollo de las políticas de Aseguramiento Universal en Salud.
- v) Contribuir a la protección financiera para enfermedades de alto costo y enfermedades raras y huérfanas

El Seguro Integral de Salud (SIS) para aumentar sus coberturas de afiliación se han eliminado las restricciones administrativas, lo que ha permitido incorporar al SIS alrededor de dos millones de personas que viven en poblados lejanos, indocumentados, personas privadas de la libertad, niños residentes en albergues y personas en situación de calle. En 2015 se afiliaron 350 mil recién nacidos, 132 mil menores de tres años, y unos tres millones de escolares de educación inicial y primaria de instituciones educativas públicas. El SIS Emprendedor ha logrado la protección a independientes del Nuevo Régimen Único

Simplificado y sus derechohabientes; en 2015 alcanzó a cubrir 257 mil asegurados activos y 427 mil registrados (Seguro Integral de Salud, 2011).

Fondo Intangible Solidario de Salud

El Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) es la Unidad Ejecutora N° 002 del pliego Seguro Integral de Salud (Resolución Ministerial N° 319-2012/MINSA, 20 de abril de 2012) y se encarga de financiar atenciones de salud en pacientes con enfermedades de alto costo de atención, así como la atención de salud de personas con enfermedades raras y huérfanas (Ley N° 29698, 17 de agosto de 2012).

Posteriormente, autorizan el inicio de actividades del Fondo Intangible Solidario de Salud como una Unidad Ejecutora del SIS, para lo cual se realizó las acciones correspondientes dentro del marco de las traserencias efectuadas cumpliendo los procedimientos previstos en la norvatividad vigente.

Sistema Hospitalario y Redes de Atención del Ministerio de Salud

2.6.1. Sistema Hospitalario

El sistema hospitalario en nuestro país está distribuido en tres niveles de atención (Resolución Ministerial N°076-2014/MINSA, 2014). En el primer nivel de atención se encuentran los establecimientos categorizados como I-1, I-2, I-3 y I-4, que corresponden en el MINSA a puestos y centros de salud, en el segundo nivel de atención las categorías II-1 que corresponden a hospitales locales de baja complejidad y II-2 que corresponden a hospitales de mediana complejidad, y en el tercer nivel las categorías III-1 referente a hospitales mayormente nacionales de alta complejidad, y III-2 correspondiente a los institutos especializados (ver tabla 2.4).

Tabla 2.4. Equivalencia en Categorías de establecimientos de Salud en Perú

CATEGORIAS	MINSA	ESSALUD	PNP	FAP	NAVAL	PRIVADO
I-1	Puesto de Salud	Posta Médica	Puesto Sanitario	Posta Médica	*Enfermería *Servicio de Sanidad	Consultorio
I-2	Puesto de Salud con Médico	Centro Médico	Posta Médica	Departamento Sanitario	*Departamento de Sanidad *Posta Naval	Consultorio Médicos
I-3	Centro de Salud	Policlínico	Policlínico	----	Centro Médico	Policlínicos
I-4	Centro de Salud con Internamiento	Hospital I	Hospital Regional	Hospital Zonal	Policlínico Naval	Centros Médicos
II-1	Hospital I	Hospital II	----	Hospital Regional	Clínica Naval	Clínicas
II-2	Hospital II	Hospital III	----	----	----	Clínicas
III-1	Hospital III	Hospital Nacional	Hospital Nacional	Hospital Central FAP	Hospital Naval	Clínicas
III-2	Instituto Especializado	Instituto	----	----	----	Institutos

Fuente: DGSP-DESS/ MINSA. (Prado, 2011)

Según el reporte sectorial de la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA del total de establecimientos de salud del país que suman 8,055, el mayor número corresponde al primer nivel de atención, con 5,670 puestos de salud y 1,932 centros de salud, mientras que los que corresponden al segundo y tercer nivel de atención suman un total de 453.

Los Hospitales del Ministerio de Salud en gestionan por una burocracia la cual como se puede ver en el organigrama estructural está encabezada por la Dirección General, los Órganos asesores; las oficinas Administrativas (Administración, Recursos Humanos, Logística, Economía, Contabilidad, Comunicaciones, Informático) luego los diferentes Departamentos Médicos y Quirúrgicos y finalmente los Servicios Médicos; que directamente ofrecen la atención médica en Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización.

Los departamentos y servicios se han desarrollado en los Hospitales conjuntamente con las especialidades médicas y crecieron progresivamente a la par de la implementación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos especializados; lo que conllevó también a la segmentación y diversificación del trabajo médico y el de enfermería.

La influencia del personal médico en la organización hospitalaria es incuestionable debido a ser el líder del equipo de salud y al prestigio social que dentro del Hospital lo ha llevado a desarrollar servicios y departamentos en función a sus metas profesionales y no necesariamente a las metas institucionales. Además, la especialización y sub especialización han generado la aparición de sub unidades asistenciales dentro de los servicios, cada uno de ellos con personal administrativo propio, volviendo cada vez más compleja la organización y produciendo una comunicación poco fluida entre sus diferentes estructuras.

Debido al avance de la medicina que demanda una constante actualización de conocimientos del personal médico y su dependencia cada vez mayor de la tecnología diagnóstica y terapéutica, así como a la participación determinante de la industria farmacéutica el desarrollo de la medicina va camino a la súper especialización médica. Los centros hospitalarios trabajan para brindar una atención médica integral y oportuna de acuerdo a su complejidad por ello forman parte de redes de atención sanitaria.

2.6.2. *Redes de Atención*

La red de atención es un sistema conformado por establecimientos del primer, segundo y tercer nivel de complejidad que funcionan coordinadamente mediante un sistema de referencia y contra referencia. Es decir la atención esta segmentada de acuerdo a la complejidad del caso; por ejemplo toda la red sanitaria del Callao tiene como punto final de referencia al Hospital Carrión a donde deberían llegar pacientes que requieren atenciones médicas complejas sin embargo debido a la idiosincrasia de la población y también a las fallas de la referencia y contra referencia en el Hospital Carrión se atienden gran número de pacientes que debieron haber sido atendidas en las redes primarias y no lo hacen por falta de recurso humano, horarios de atención no disponibles, falta de capacitación, ausencia de equipamiento médico y también porque la población quiere atenderse donde estén todas las especialidades y todos los equipos aunque solo requieran una atención ambulatoria.

Nuestro sistema de salud busca promocionar, prevenir, recuperar o rehabilitar la salud de la comunidad sin embargo al estar fragmentado se puede observar que las acciones que realiza EsSalud en los centros de atención periférica son duplicados por el Ministerios de Salud y por las Fuerzas armadas y policiales, cada uno con una administración, financiación, recursos humanos, insumos y equipos biomédicos independientes, considerándose este tipo de situaciones propios de sistemas de salud ineficientes.

A. 2 ORGANIZACIÓN DEL HNDAC

ÓRGANO DE DIRECCIÓN

- Dirección General

ÓRGANO DE CONTROL

- Órgano de Control Institucional

ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

ORGANOS DE APOYO

- Oficina Ejecutiva de Administración
- Oficina de Administración de Recursos Humanos
- Oficina de Logística
- Oficina de Contabilidad y Finanzas
- Oficina de Infraestructura, Ingeniería Biomédica y Servicios Generales
- Oficina de Control Patrimonial
- Oficina de Estadística y Sistemas Informáticos
- Oficina de Imagen Institucional
- Oficina de Seguros
- Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

ÓRGANOS DE LÍNEA

- Departamento de Atención Ambulatoria y Hospitalización
 - 1) Servicio de Consulta Externa
 - 2) Servicio de Hospitalización
 - 3) Servicio de Preventorio y Salud Pública
- Departamento de Hospital de Día
- Departamento de Medicina
 - 1) Servicio de Medicina I
 - 2) Servicio de Medicina II
 - 3) Servicio de Cardiología
 - 4) Servicio de Endocrinología
 - 5) Servicio de Dermatología
 - 6) Servicio de Gastroenterología
 - 7) Servicio de Reumatología
 - 8) Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales
 - 9) Servicio de Neumología
 - 10) Servicio de Neurología
 - 11) Servicio de Psiquiatría
 - 12) Servicio de Nefrología
 - 13) Servicio de Geriátría
- Departamento de Cirugía
 - 1) Servicio de Cirugía General I
 - 2) Servicio de Cirugía General II
 - 3) Servicio de Cirugía Pediátrica
 - 4) Servicio de Cirugía Plástica y Quemados
 - 5) Servicio de Neurocirugía

- 6) Servicio de Oftalmología
- 7) Servicio de Otorrinolaringología, Cabeza y Cuello
- 8) Servicio de Urología
- 9) Servicio de Ortopedia y Traumatología
- 10) Servicio de Cirugía Tórax y Cardiovascular
- Departamento de Oncología
 - 1) Servicio de Hematología
 - 2) Servicio de Oncología Clínica
 - 3) Servicio de Oncología Quirúrgica
- Departamento de Ginecología y Obstetricia
 - 1) Servicio de Ginecología
 - 2) Servicio de Médico Quirúrgico de Obstetricia
 - 3) Servicio de Alto Riesgo Obstétrico
 - 4) Servicio de Obstétricas
- Departamento de Pediatría
 - 1) Servicio de Pediatría I
 - 2) Servicio de Pediatría II
 - 3) Servicio de Neonatología
 - 4) Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos
- Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
 - 1) Servicio de Emergencia
 - 2) Servicio de Cuidados Intensivos Adultos
 - 3) Servicio de Cuidados Intermedios Adultos
 - 4) Servicio de Gestión del Riesgo de Desastres
- Departamento de Medicina de Rehabilitación
 - 1) Servicio de Medicina de Rehabilitación Niños
 - 2) Servicio de Medicina de Rehabilitación Adultos
- Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
- Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
 - 1) Servicio de Patología Clínica
 - 2) Servicio de Banco de Sangre y Hemoterapia
 - 3) Servicio de Anatomía Patológica
- Departamento de Diagnóstico por Imágenes
- Departamento de Farmacia
 - 1) Servicio de Farmacotecnia y Almacén
 - 2) Servicio de Dispensación
 - 3) Servicio de Dosis Unitaria
- Departamento de Enfermería
 - 1) Servicio de Enfermería de Consulta Externa
 - 2) Servicio de Enfermería en Hospitalización de Medicina y Especialidades Médicas
 - 3) Servicio de Enfermería en Hospitalización de Cirugía General y Especialidades Quirúrgicas
 - 4) Servicio de Enfermería en Hospitalización de Ginecología y Obstetricia
 - 5) Servicio de Enfermería en Hospitalización de Pediatría
 - 6) Servicio de Enfermería en Hospitalización de Neonatología
 - 7) Servicio de Enfermería en Emergencia y Cuidados Críticos
 - 8) Servicio de Enfermería en Salas de Operaciones y Recuperación
 - 9) Servicio de Enfermería en Central de Esterilización
- Departamento de Odontología
- Departamento de Psicología
- Departamento de Nutrición y Dietética
- Departamento de Servicio Social

A. 3 CONSULTORIOS EXTERNOS DE ESPECIALIDADES

Especialidades con oferta de Consultorios Externos

Consultorios del Departamento de Medicina:

- Cardiología
- Endocrinología
- Dermatología
- Gastroenterología
- Infectología
- Medicina
- Nefrología
- Neumología
- Neurología
- Reumatología
- Psiquiatría
- Geriatría

Consultorios del Departamento de Cirugía y Anestesiología:

- Cirugía
- Cirugía Menor
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Cabeza y cuello
- Neurocirugía
- Traumatología
- Urología
- Oftalmología
- Otorrino laringología
- Cirugía Plástica
- Cirugía de Tórax y Cardiovascular
- Consultorio de Anestesiología

Consultorios del Departamento de Gineco Obstetricia: 4 especialidades

- Ginecología
- Obstetricia
- Cirugía Ginecológica
- Psicoprofilaxis

Consultorios del Departamento de Pediatría

- Pediatría
- Neonatología

Consultorio de Psicología:

- Psicología Adultos
- Psicología Niños
- Psicología Rehabilitadora

Consultorios en el Departamento de Oncología:

- Hematología
- Oncología Clínica
- Oncología Quirúrgica

Consultorios en el Centro de Prevención del Cáncer y Otras Enfermedades

- Preventorio

Consultorios en el Departamento de Odontoestomatología.

Consultorios en el Departamento de Medicina de Rehabilitación: es.

- Rehabilitación Adultos
- Rehabilitación Niños

A. 4 SERVICIOS DE ESPECIALIZACIÓN

Departamento de Cirugía

- Cirugía de Tórax y cardiovascular
- Cirugía general
- Cirugía máximo facial
- Cirugía pediátrica
- Cirugía Plástica y Quemados
- Neurocirugía
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Traumatología/Ortopedia
- Urología

Departamento de Pediatría

- Neonatología
- Pediatría General

Departamento de Medicina

- Cardiología
- Dermatología
- Gastroenterología
- Infectología
- Medicina
- Nefrología
- Neumología
- Neurología
- Reumatología
- Endocrinología

Departamento de Ginecología y Obstetricia:

- Ginecología
- Obstetricia
- Centro Obstétrico
- Alto Riesgo Obstétrico

Departamento de Áreas Críticas:

- Servicio de Cuidados Intensivos Adultos
- Servicio de Cuidados Intermedios Adultos
- Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos
- Cuidados Intensivos Neonatales

A. 5 CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN POR ESPECIALIDADES 2015

ESPECIALIDADES	Nº DE CAMAS
Cirugía Pediátrica	30
Pediatría	36
PISO 2A Ginecología	32
PISO 2B Obstetricia	20
UCI NEO	15
UCIN NEO	22
PISO 3B UEPA	8
PISO 4A	32
PISO 4B Cirugía 1	32
PISO 5B Urología, Cirugía de Tórax, Oftalmología, Otorrinolaringología	32
PISO 6A Medicina Especialidades	32
PISO 6B Medicina Especialidades	32
PISO 7A Medicina Interna 2	32
PISO 7B Medicina Interna 1	32
PISO 8A Traumatología	32
PISO 8B Neurcirugía-Cirugía Plástica	29
Quemados	8
UCI	6
UCIN	6
UCIP	5
CENEX	14
Oncología	20
TOTAL	507

A. 6 ANÁLISIS DE PRESUPUESTO

Créditos Presupuestales: dotación de recursos consignados en los presupuestos públicos para ejecutar gasto público. Es de carácter limitativo y constituye la autorización máxima de gasto que el Hospital pueda ejecutar, conforme a las asignaciones individualizadas de gasto, que figuran en los presupuestos para el cumplimiento de sus objetivos aprobados.

Devengado: Es el reconocimiento y registro de un ingreso o un gasto en el periodo contable a que se refiere, a pesar de que el desembolso o el cobro pueda ser hecho, todo o en parte, en el periodo anterior o posterior.

Grupos Genéricos de Gasto

1. Personal y Obligaciones Sociales: corresponde a las previsiones para el pago de personal en servicio; así como los gastos por cargas sociales que efectúa el Estado en su condición de empleador (aporte a AFP, Retiros, Pensiones y contribuciones a EsSalud.
2. Obligaciones Previsionales: corresponden al pago de pensiones a cargo del Estado. Asimismo, incluye las pensiones de sobrevivencia, invalidez y otros beneficios de similar naturaleza.
3. Bienes y Servicios: este rubro comprende
 - Previsiones de gastos para alimentación del personal y de las personas hospitalizadas
 - Pago de servicios públicos (agua, desagüe, luz, teléfono, etc.)
 - Adquisición de material farmacológico y de laboratorio, material odontológico y hospitalario, materiales de procesamiento automáticos de datos y otros materiales de consumo
 - Contratación de personas naturales y jurídicas para la prestación de servicios de limpieza e higiene; vigilancia y otros.
- 4 Otros Gastos: bonificaciones especiales

Tabla Resumen de Recaudación de Ingresos año 2014 - Recursos Directamente Recaudados

CODIGO PARTIDA	DENOMINACION	PIA	PIM	TOTAL INGRESOS	SALDO	% Recaudado
1	Ingresos Presupuestarios	13,560,000.00	13,858,216.00	7,840,637.87	6,017,578.13	56.58
1.3	Venta de Bienes y Servicios y Derechos Adm.	13,470,000.00	13,470,000.00	7,443,497.60	6,026,502.40	55.26
1.3.1	Venta de Bienes	1,500,000.00	1,500,000.00	859,748.70	640,251.30	57.32
1.3.1 6	Venta de Productos de Salud	1,500,000.00	1,500,000.00	859,748.70	640,251.30	57.32
1.3.1 6.1 2	Medicinas	1,500,000.00	1,500,000.00	859,748.70	640,251.30	57.32
1.3.1 6.1 99	Otros Productos de Salud	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1.3.2	Derechos y Tasas Administrativos	108,000.00	108,000.00	108,161.17	-161.17	100.15
1.3.2 2	Derechos Administrativos Judiciales y Policiales	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1.3.2 2.1 1	Recursos Judiciales (Impugnativos, quejas, nulidad, casa	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1.3.2 4	Derechos Administrativos de Salud	108,000.00	108,000.00	108,161.17	-161.17	100.15
1.3.2 4.1 4	Certificados	60,000.00	60,000.00	72,899.57	-12,899.57	121.50
1.3.2 4.1 5	Pases Sanitarios		0.00	0.00	0.00	0.00
1.3.2 4.1 6	Carnets y/o Tarjetas de Atención	48,000.00	48,000.00	35,261.60	12,738.40	73.46
1.3.3	Venta de Servicios	11,862,000.00	11,862,000.00	6,475,587.73	5,386,412.27	54.59
1.3.3 4.1	Servicios de Salud (Médicos-Asistenciales)	6,480,000.00	6,480,000.00	3,649,773.39	2,830,226.61	56.32
1.3.3 4.1 1	Atención Médica	4,560,000.00	4,560,000.00	2,483,049.82	2,076,950.18	54.45
1.3.3 4.1 5	Cirugía	120,000.00	120,000.00	86,962.55	33,037.45	72.47
1.3.3 4.1 6	Hospitalización	1,800,000.00	1,800,000.00	1,079,761.02	720,238.98	59.99
1.3.3 4.2	Exámenes de Laboratorio y de Ayuda al Diagnóstico	5,040,000.00	5,040,000.00	2,302,636.38	2,737,363.62	45.69
1.3.3 4.2 1	Exámenes de Laboratorio	3,000,000.00	3,000,000.00	1,437,805.60	1,562,194.40	47.93
1.3.3 4.2 4	Diagnósticos por Imágenes (RX, Ecog., Tomog. y Otros)	2,040,000.00	2,040,000.00	864,830.78	1,175,169.22	42.39
1.3.3 4.2 99	Otros Exámenes de Laboratorio y de Ayuda al Dx.		0.00	0.00	0.00	0.00
1.3.3 4.3	Otros Servicios de Salud	144,000.00	144,000.00	305,827.27	-161,827.27	212.38
1.3.3 4.3 99	Otros Servicios de Salud	144,000.00	144,000.00	305,827.27	-161,827.27	212.38
1.3.3 5	Ingreso por Alquileres	198,000.00	198,000.00	217,350.69	-19,350.69	109.77
1.3.3 5.3 99	Otros Alquileres	198,000.00	198,000.00	217,350.69	-19,350.69	109.77
1.5	Otros Ingresos	90,000.00	90,000.00	98,924.85	-8,924.85	109.92
1.5.1	Rentas de la Propiedad	0.00	0.00	7,654.90	-7,654.90	0.00
1.5.1 1	Rentas de la Propiedad Financiera	0.00	0.00	7,654.90	-7,654.90	0.00
1.5.1 1.1 1	Intereses por Depósitos Distintos de Rec. por Privatizac	0.00	0.00	7,654.90	-7,654.90	0.00
1.5.2	Multas y Sanciones No Tributarias	90,000.00	90,000.00	91,269.95	-1,269.95	101.41
1.5.2 1	Multas y Sanciones No Tributarias	90,000.00	90,000.00	91,269.95	-1,269.95	101.41
1.5.2 1.6 99	Otras Multas	90,000.00	90,000.00	91,269.95	-1,269.95	101.41
1.9	Saldos de Balance	0.00	298,216.00	298,215.42	0.58	100.00
1.9.1	Saldos de Balance	0.00	298,216.00	298,215.42	0.58	100.00
1.9.1 1.1 1	Saldos de Balance	0.00	298,216.00	298,215.42	0.58	100.00
TOTAL GENERAL		13,560,000.00	13,858,216.00	7,840,637.87	6,017,578.13	56.58

Tabla Resumen de Recaudación de Ingresos año 2015 - Recursos Directamente Recaudados

CODIGO PARTIDA	DENOMINACION	PIA	PIM	TOTAL INGRESOS	SALDO	% Recaudado
1	Ingresos Presupuestarios	9,712,560.00	9,838,104.00	8,439,406.60	1,398,697.40	85.78
1.3	Venta de Bienes y Servicios y Drechos Adm.	9,532,200.00	9,532,200.00	8,037,176.92	1,495,023.08	84.32
1.3.1	Venta de Bienes	984,000.00	984,000.00	914,926.23	69,073.77	92.98
1.3.1.6	Venta de Productos de Salud	984,000.00	984,000.00	914,926.23	69,073.77	92.98
1.3.1.6.1.2	Medicinas	984,000.00	984,000.00	914,926.23	69,073.77	92.98
1.3.1.6.1.99	Otros Productos de Salud	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1.3.2	Derechos y Tasas Administrativos	79,200.00	79,200.00	137,615.95	-58,415.95	173.76
1.3.2.2	Derechos Administrativos Judiciales y Policiales	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1.3.2.2.1.1	Recursos Judiciales (Impugnativos, quejas, nulidad, casa	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1.3.2.4	Derechos Administrativos de Salud	79,200.00	79,200.00	137,615.95	-58,415.95	173.76
1.3.2.4.1.4	Certificados	45,600.00	45,600.00	130,789.95	-85,189.95	286.82
1.3.2.4.1.5	Pases Sanitarios	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1.3.2.4.1.6	Carnets y/o Tarjetas de Atención	33,600.00	33,600.00	6,826.00	26,774.00	20.32
1.3.3	Venta de Servicios	8,469,000.00	8,469,000.00	6,984,634.74	1,484,365.26	82.47
1.3.3.4.1	Servicios de Salud (Médicos-Asistenciales)	4,653,000.00	4,653,000.00	3,594,130.24	1,058,869.76	77.24
1.3.3.4.1.1	Atención Médica	3,360,000.00	3,360,000.00	2,446,052.09	913,947.91	72.80
1.3.3.4.1.4	Cirugía	0.00	0.00	2,848.65	-2,848.65	0.00
1.3.3.4.1.5	Cirugía	93,000.00	93,000.00	39,392.50	53,607.50	42.36
1.3.3.4.1.6	Hospitalización	1,200,000.00	1,200,000.00	1,105,837.00	94,163.00	92.15
1.3.3.4.2	Exámenes de Laboratorio y de Ayuda al Diagnóstico	3,420,000.00	3,420,000.00	2,594,793.88	825,206.12	75.87
1.3.3.4.2.1	Exámenes de Laboratorio	2,040,000.00	2,040,000.00	1,539,029.86	500,970.14	75.44
1.3.3.4.2.4	Diagnósticos por Imágenes (RX, Ecog., Tomog. y Otros)	1,380,000.00	1,380,000.00	1,055,764.02	324,235.98	76.50
1.3.3.4.2.99	Otros Exámenes de Laboratorio y de Ayuda al Dx.	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1.3.3.4.3	Otros Servicios de Salud	180,000.00	180,000.00	631,186.26	-451,186.26	350.66
1.3.3.4.3.99	Otros Servicios de Salud	180,000.00	180,000.00	631,186.26	-451,186.26	350.66
1.3.3.5	Ingreso por Alquileres	216,000.00	216,000.00	164,524.36	51,475.64	76.17
1.3.3.5.3.99	Otros Alquileres	216,000.00	216,000.00	164,524.36	51,475.64	76.17
1.5	Otros Ingresos	180,360.00	180,360.00	276,686.43	-96,326.43	153.41
1.5.1	Rentas de la Propiedad	360.00	360.00	7,375.46	-7,015.46	0.00
1.5.1.1	Rentas de la Propiedad Financiera	360.00	360.00	7,375.46	-7,015.46	0.00
1.5.1.1.1.1	Intereses por Depósitos Distintos de Rec.por Privatizac	0.00	0.00	7,375.46	-7,375.46	0.00
1.5.1.1.4.99	Intereses por Depósitos Distintos de Rec.por Privatizac	360.00	360.00	0.00	360.00	0.00
1.5.2	Multas y Sanciones No Tributarias	180,000.00	180,000.00	269,310.97	-89,310.97	149.62
1.5.2.1	Multas y Sanciones No Tributarias	180,000.00	180,000.00	269,310.97	-89,310.97	149.62
1.5.2.1.6.99	Otras Multas	180,000.00	180,000.00	269,310.97	-89,310.97	149.62
1.9	Saldos de Balance	0.00	125,544.00	125,543.25	0.75	100.00
1.9.1	Saldos de Balance	0.00	125,544.00	125,543.25	0.75	100.00
1.9.1.1.1.1	Saldos de Balance	0.00	125,544.00	125,543.25	0.75	100.00
TOTAL GENERAL		9,712,560.00	9,838,104.00	8,439,406.60	1,398,697.40	85.78

A. 7 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

Esta encuesta de opinión sobre la organización es absolutamente anónima, no escriba su nombre, código o cualquier tipo de identificación ya que busca que usted responda con la más amplia libertad y veracidad posible.

Parte I

Información General

Dependencia/Establecimiento de Salud donde trabaja:

En las siguientes preguntas marque la alternativa que más se acerque a su situación actual como trabajador del MINSA:

1. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su puesto de trabajo dentro de la organización?

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| a) Director | <input type="checkbox"/> | b) Funcionario | <input type="checkbox"/> |
| c) Jefe de Departamento | <input type="checkbox"/> | d) Jefe de Servicio | <input type="checkbox"/> |
| e) Jefe de Establecimiento | <input type="checkbox"/> | f) Personal Administrativo | <input type="checkbox"/> |
| g) Personal Asistencial | <input type="checkbox"/> | h) Personal de servicio | <input type="checkbox"/> |
| i) Otros (especifique) | <input type="checkbox"/> | | |

2. ¿A qué grupo ocupacional pertenece?

- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| a) Médico | <input type="checkbox"/> | b) Enfermeras | <input type="checkbox"/> | c) Obstetiz | <input type="checkbox"/> |
| d) Odontólogo | <input type="checkbox"/> | e) Psicólogo | <input type="checkbox"/> | f) Nutricionista | <input type="checkbox"/> |
| g) Trabajadora Social | <input type="checkbox"/> | h) Técnico de Enfermería/Auxiliar | <input type="checkbox"/> | i) Técnico Administrativo | <input type="checkbox"/> |
| j) Otro especifique: | _____ | | | | |

3. ¿Cuál es su condición laboral en el MINSA?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| a) Nombrado | <input type="checkbox"/> | b) Contratado a plazo fijo | <input type="checkbox"/> |
| c) Locación de Servicios | <input type="checkbox"/> | d) Service | <input type="checkbox"/> |
| e) Otros: | _____ | | |

4. ¿Cuál es su tiempo de servicios en el MINSA?

- | | | | | | |
|-------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| a) Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> | b) De 1 a 4 años | <input type="checkbox"/> | c) De 5 años a más | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|

5. ¿Cuál es su tiempo de servicios en el actual puesto de trabajo?

.....

Parte II

Apreciaciones sobre su centro de labores

A continuación, tiene usted una lista de afirmaciones o puntos de vista relacionados con el trabajo, cargo o puesto que usted desempeña. Sírvase calificar cada una de las frases usando una escala de puntuación. El puntaje y clave de respuesta a cada afirmación se asignará de acuerdo a la siguiente tabla:

CÓDIGO	Estoy:
5	TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA OPINIÓN
4	MAYORMENTE DE ACUERDO CON LA OPINIÓN

3	INDIFERENTE A LA OPINIÓN
2	POCAS VECES DE ACUERDO CON LA OPINIÓN
1	TOTALMENTE EN DESACUERDO CON LA OPINIÓN

Ejemplo:

Preg.	¿QUÉ APRECIACIÓN TIENE USTED DE SU CENTRO LABORAL?	PUNTAJE				
<i>Trabajo Actual</i>						
1	Los objetivos y responsabilidades de mi puesto de Trabajo son claros, por tanto sé lo que se espera de mí.	5	4	3	2	1

Como se muestra en el ejemplo usted podrá marcar 4 si esta *MAYORMENTE DE ACUERDO*.

Preg.	¿QUE APRECIACIÓN TIENE USTED DE SU CENTRO LABORAL?	PUNTAJE				
<i>Trabajo Actual</i>						
1	Los objetivos y responsabilidades de mi puesto de trabajo son claros, por tanto sé lo que se espera de mí.	5	4	3	2	1
2	El trabajo en mi servicio está bien organizado.	5	4	3	2	1
3	En mi trabajo, siento que puedo poner en juego y desarrollar mis habilidades.	5	4	3	2	1
4	Se me proporciona información oportuna y adecuada de mi desempeño y resultados alcanzados.	5	4	3	2	1
<i>Trabajo en General</i>						
5	Siento que puedo adaptarme a las condiciones que ofrece el medio laboral de mi centro de trabajo	5	4	3	2	1
6	La institución me proporciona los recursos necesarios, herramientas e instrumentos suficientes para tener un buen desempeño en el puesto.	5	4	3	2	1
7	En términos Generales me siento satisfecho con mi centro laboral	5	4	3	2	1
<i>Interacción con el Jefe Inmediato</i>						
8	Los Directivos y/o Jefes generalmente me reconocen por un trabajo bien hecho.	5	4	3	2	1
9	Los Directivos y/o Jefes solucionan problemas de manera creativa y buscan constantemente la innovación y las mejoras.	5	4	3	2	1
10	Los Directivos y Jefes demuestran un dominio técnico y conocimientos de sus funciones.	5	4	3	2	1
11	Los Directivos y Jefes toman decisiones con la participación de los trabajadores del establecimiento.	5	4	3	2	1
12	Los directivos del centro laboral hacen los esfuerzos necesarios para mantener informados oportunamente a los trabajadores sobre los asuntos que nos afectan e interesan, así como del rumbo de la institución.	5	4	3	2	1
<i>Oportunidades de progreso</i>						
13	Tengo suficiente oportunidad para recibir capacitación que permita el desarrollo de mis habilidades asistenciales para la atención integral.	5	4	3	2	1
14	Tengo suficiente oportunidad para recibir capacitación que permita mi desarrollo humano.	5	4	3	2	1
<i>Remuneraciones e Incentivos</i>						
15	Mi sueldo o remuneración es adecuada en relación al trabajo que realizo.	5	4	3	2	1
16	La institución se preocupa por las necesidades primordiales del personal.	5	4	3	2	1
<i>Interrelación con los Compañeros de Trabajo</i>						
17	Los compañeros de trabajo, en general, estamos dispuestos a ayudarnos entre nosotros para completar las tareas, aunque esto signifique un mayor esfuerzo.	5	4	3	2	1
18	Estoy satisfecho con los procedimientos disponibles para resolver los reclamos de los trabajadores.	5	4	3	2	1
<i>Ambiente de Trabajo</i>						
19	Tengo un conocimiento claro y transparente de las políticas y normas de personal de la institución.	5	4	3	2	1
20	Creo que los trabajadores son tratados bien, independientemente del cargo que ocupan.	5	4	3	2	1
21	El ambiente de la institución permite expresar opiniones con franqueza, a todo nivel sin temor a represalias	5	4	3	2	1
22	El nombre y prestigio del MINSA es gratificante para mí.	5	4	3	2	1

A. 8 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Tesis: Gestión Hospitalaria
Universidad ESAN
Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

Metodología

1. Identificación del Entrevistado
2. Identificación de Objetivos
3. Tipo de Entrevista: Semi estructurada
4. Identificar Información Relevante a tratar
5. Desarrollo de Entrevista:
 - a. Lugar y Hora
 - b. Solicitud de Grabación
 - c. Registro de información
 - d. Entrevista

Identificación del Entrevistado

Hombre o Mujer; Profesional Medico con experiencia en la Dirección de Hospital Público Nivel III

Identificación de Objetivos

1. Conocer los indicadores utilizados en su gestión.
2. Conocer las principales metas alcanzadas
3. Identificar los principales problemas de su gestión
4. Comprender el alcance de metas estratégicas y operativas.
5. Validar Indicadores de gestión propuestos

Información Relevante a conseguir

1. Principales indicadores de su Gestión Hospitalaria.
2. Planeamiento estratégico y operativo en toma de decisiones
3. Manejo el Recurso Humano.
4. Logros de su gestión.
5. Principales problemas de su gestión.
6. Implementación de actividades relacionadas a la mejora de la calidad y/o seguridad del paciente.
7. Comunicación con el Cuerpo Médico del Hospital y los diferentes sindicatos.
8. Relación con la DIRESA Y MINSA

ENTREVISTA N° 01

Dr. Carlos Salcedo Espinoza

- Medico Intensivista
- Director del Hospital Daniel A Carrión
- Sub Director del Hospital Daniel A Carrión
- Jefe de Departamento Áreas Criticas HNDAC

1. Indicadores Hospitalarios más importantes

- Los indicadores de satisfacción del paciente son los más importantes luego lo son los de producción
2. Planeamiento estratégico en la Gestión
Quienes hacen el documento son los planificadores y usan lenguaje que solo ellos conocen y se realizan para cumplir con las supervisiones del MINSA. Sin embargo, eso no es de conocimiento de los demás trabajadores
 3. Cuerpo Médico durante su gestión
El cuerpo médico con el paso del tiempo se ha convertido en un ente con intereses mayormente sindicales y siempre está más cómodo en el lado opuesto de la gestión hospitalaria
 4. Manejo del recurso humano
El manejo de recurso humano es complicado, muchos profesionales de la salud vienen hacer lo justo; muchos médicos de consulta ambulatoria acaban sus turnos de consulta luego de atender a sus pacientes en tiempos menores a los establecidos y luego desaparecen, así no se puede asegurar la garantía de la calidad de atención; no hay compromiso con el paciente.
 5. Logros de Gestión
Se realizaron muchas obras: Habilitación de nueva Emergencia, instalación de sistema de aire acondicionado a sala de operaciones, reinstalación de la red de agua y desagüe
 6. Relación con la DIRESA y MINSA
Fui evaluado por la DIRESA y por el MINSA durante mi gestión

ENTREVISTA N° 02

Dr. José Del Carmen Sara

- Medico Neurólogo
 - Director de Hospital Daniel A Carrión
 - Sub Director Regional de Salud
 - Sub Director de Hospital Daniel A Carrión
 - Viceministro de Salud
1. Indicadores más importantes durante su gestión
Los indicadores más importantes fueron los financieros, como estaba iniciándose la autogestión hospitalaria y la posibilidad de gasto directo a través de los recursos directamente recaudados nuestra preocupación principal fue darle el mejor uso a este mecanismo de gestión.
 2. Implicancia del Planeamiento estratégico
El planeamiento estratégico es la base de donde se desprende el plan operativo, previo al análisis interno y externo. Es el que da el norte a la institución. Todo empieza de allí. El gestor nunca debe perder el norte
 3. Relación con el Cuerpo Medico
Tuve una relación cordial con los cuerpos médicos durante mi gestión, claro cada uno luchaba por conseguir sus objetivos, pero en muy buenos términos
 4. Manejo Recurso Humano
El recurso humano es muy importante para la gestión. En ningún cargo que he estado ha sido mi política el cambiar de Jefes si antes no trabajo. Al asumir la dirección entreviste a dos sindicatos del mismo grupo profesional y les di un plazo para se unieran y pongan de acuerdo para luego trabajar con ellos.

El clima organizacional fue muy importante, no parece cierto, pero usar recursos propios para motivar al personal fue de mucha ayuda; celebrar el día de la madre, el día de la secretaria, el día de la enfermera o técnico y estar presente con ellos era bastante motivador.

5. Relación de MINSA Y DIRESA
Evaluaciones inopinadas muy cordiales.

ENTREVISTA N°03

Dra. Isabel Chaw Ortega

- Médico Pediatra
- Jefe de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente EsSalud
- Directora Ejecutiva de Calidad en Salud Minsa
- Jefe de la Oficina de Mejoramiento de Gestión y Procesos del IPSS
- Director de la Oficina de Gestión de Calidad y derechos de las personas en el IGSS

1. Indicadores de Gestión

Los indicadores más importantes dependen del planeamiento estratégico y debe enfocarse en los procesos. Y los objetivos que te has planteado cumplir.

En general los indicadores más importantes para una gestión son los relacionados al cumplimiento del plan estratégico, el presupuesto, la satisfacción del usuario y de los trabajadores.

2. Planeamiento estratégico

Es la base de la gestión; a partir de allí se construye la estrategia y los planes operativos; el plan debe alinear a todos los niveles de la organización con los objetivos institucionales

3. Relación con Cuerpo Medico

La relación con el recurso humano medico es tan importante como con los demás, debe establecerse con mutuo respecto y debe buscarse el alineamiento del personal médico a los objetivos de la organización

4. Recursos Humanos

El recurso humano es uno de los más importantes en la organización de salud; debe manejarse correctamente y deben tener incentivos no económicos permanentes como reconocimiento y participación.

Para los malos elementos, las organizaciones cuentan con herramientas administrativas para contrarrestarlos; de ahí es necesario que los gestores conozcan los reglamentos y la normatividad vigente para alinear a dicho personal.

A. 9 DEFINICIONES IMPORTANTES DE INDICADORES HOSPITALARIOS

Alta: Es el egreso de un paciente vivo del establecimiento de salud, cuando culmina el período de hospitalización o internamiento. La razón del alta puede ser por haber concluido el proceso de tratamiento, por traslado a otro establecimiento o a solicitud del paciente o personal responsable, requiriendo en todos los casos de la decisión del profesional médico. Las razones de alta, pueden ser: Alta por indicación médica; Alta voluntaria o contra indicación médica (Fuga).

Atención Ambulatoria: Es la atención de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada, que no pernocta en el centro de atención.

Análisis de Laboratorio: Se le denomina así a las mediciones, determinaciones y cuantificaciones de diversas sustancias en algún producto biológico como: sangre, orina, sudor, saliva, heces, jugo gástrico, expectoración, semen líquido cefalorraquídeo, líquido pleural, exudados, líquido amniótico, líquido sinovial.

Atención Médica: Es el acto médico realizado a través de consultas o procedimientos que comprende la consulta médica más los procedimientos que se realizan en la consulta externa.

Cama Hospitalaria: Es la cama instalada para el uso regular de los pacientes hospitalizados (que no sean recién nacidos en el hospital) durante su estadía en el establecimiento.

Se cuenta como cama de hospital: todas las camas de adultos y de niños (con o sin barandillas), las cunas de recién nacidos enfermos, las incubadoras, las camas de cuidados intensivos.

No deben contarse como camas de hospital aquellas que se usan sólo temporalmente con fines de diagnóstico o tratamiento (rayos X, fisioterapia, cama de trabajo de parto, camas de recuperación postoperatoria, camillas ubicadas en la sala de emergencia donde los pacientes esperan su atención definitiva), camas para acompañantes, camas en el depósito y camas para el personal.

Camas Disponibles: El número de camas realmente instaladas en el hospital, en condiciones de uso inmediato para la atención de pacientes hospitalizados, independiente de que estén ocupados o no.

El número de camas disponibles pueden variar diariamente debido a:

- Que se aumente el número de camas en la sala por aumento de la demanda, estados de emergencia, etc.
- Que se retiren camas para reparación, desinfección, pintura del local, clausura temporal del servicio.

Capacidad Resolutiva: Es la capacidad que tiene la oferta de servicios, para satisfacer las necesidades de salud de la población en términos:

Cuantitativos: Es la capacidad que tienen los recursos de un establecimiento para producir la cantidad de servicios suficientes para satisfacer el volumen de necesidades existentes en la población. (Depende de la cantidad de sus recursos disponibles).

Cualitativa: Es la capacidad que tienen los recursos del establecimiento para producir el tipo de servicios necesarios para solucionar la severidad de las necesidades de la población. (Depende de la especialización y tecnificación de sus recursos).

Cesárea: Procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción de uno o varios fetos (vivo o muerto) y placenta a través de una incisión abdominal.

Centro Quirúrgico: Es el conjunto de ambientes donde se encuentra ubicada la sala de cirugía; y, cuya función gira alrededor de las salas de operaciones y que proporciona al equipo

quirúrgico las facilidades necesarias para efectuar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente y en condiciones de máxima seguridad con respecto a contaminaciones.

Cirugías Electivas (Programada): Es la cirugía programada por el especialista en las unidades productoras de servicios de consulta externa. Considere las intervenciones que se hacen en centro quirúrgico.

Consultorios Médicos Funcionales: Son los ambientes físicos utilizados en varios turnos de atención.

Consultorios Médicos Físicos: Son los ambientes físicos utilizados destinados a brindar la atención médica.

Consulta Externa: Es la atención regular de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada ni en el Servicio de Urgencias. El cliente tiene que pedir cita con el médico general y esperar a que este lo refiera al especialista. Es el servicio más voluminoso de la atención de salud. Implica apertura y uso de expediente individual de salud.

Consulta Médica: Es la consulta realizada por el médico en la consulta externa para formular el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de una persona que acude como paciente ambulatorio al hospital.

Contrarreferencia: Una Contrarreferencia es el informe del médico especialista al que se le requirió opinión por medio de una referencia emitida por el médico de un establecimiento de menor complejidad.

Defunción Materna: Es la muerte de una mujer en estado de embarazo, parto o puerperio, hospitalizada (se considera también las muertes ocurridas en hospitalización y emergencia) por cualquier causa.

Defunción de antes de las 48 horas de hospitalización: Conocida también como muerte no institucional, es la sucedida antes de cumplir 48 horas de internación, contadas desde el momento de ingreso al hospital. Se dice no institucional o “no de responsabilidad del hospital”, porque en ese periodo no se logra recuperar a pacientes en estados críticos que llegan al nosocomio, pese a todo tipo de atenciones prestadas.

Defunción después de las 48 horas de hospitalización: Es aquella producida después de haber cumplido 48 horas o más de internación. SE conoce como muerte institucional, donde el hospital “es responsable” de estas defunciones, pues se considera que, en períodos superiores a las 48 horas de hospitalización, el paciente tuvo la oportunidad de recibir tratamiento médico completo.

Defunción Fetal: Es la muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración del embarazo; la defunción se señala por el hecho de que, después de tal separación, el feto no respira ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios.

Días Camas Disponibles: Total de camas habilitados para hospitalización en un período.

Días de Estancia Hospitalaria: Es el número de días de permanencia en el hospital de un paciente egresado, comprendido entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso. Para el cálculo del indicador se cuenta el día de ingreso, pero no el de egreso. A los pacientes ingresados y egresados el mismo día se les computa un día de permanencia.

Días Paciente o Camas Ocupadas: Es la permanencia de un paciente hospitalizado ocupando una cama de hospital durante el período comprendido entre las 0 horas y las 24 horas de un mismo día.

Para calcular indicadores de la actividad hospitalaria de un período se multiplica el número de camas ocupadas o días-pacientes por los días de ese período y así se obtiene el número de día-cama ocupados o días-pacientes del período. Si en el mismo día una cama es ocupada por dos pacientes en momentos diferentes, deben considerar dos días –pacientes. El ingreso y egreso de un paciente en el mismo día debe ser considerado como un día ocupado o un día paciente.

Dotación Normal de Camas: Es el número de camas de hospital regularmente mantenido, durante períodos de operación normal, en áreas destinadas para el alojamiento y cuidado permanente de pacientes internados.

Estándar de Indicadores: Si bien lo ideal en una evaluación es comparar los resultados de los indicadores con estándares nacionales o internacionales, no siempre están disponibles para situaciones específicas ni han sido definidos en su totalidad. Por lo tanto, una alternativa útil es comparar los resultados de los indicadores consigo mismos cada seis o doce meses, es decir observar y analizar los cambios que han ocurrido en un determinado indicador a través del tiempo. El estándar dependerá de las metas propuestas por lo tanto los valores pueden ser referenciales

Egreso Hospitalario: Es la salida de un paciente hospitalizado de los servicios de internamiento del hospital. Un egreso implica siempre la conclusión del período de hospitalización y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta, fallecimiento o transferencia a otro establecimiento de salud (mayor complejidad).

Horas Médico Programadas. Es el tiempo en horas de atención en los consultorios externos, programadas para cada mes en el servicio o especialidad. Se consideran los turnos médicos regulares previstos en cada consultorio y las horas extraordinarias programadas.

Horas Médico Efectivas: Se refiere al tiempo que realmente se utiliza en la atención de pacientes en consulta médica externa.

En la práctica se registra el tiempo que transcurre entre el comienzo y el término de la atención de un grupo de pacientes asignados a la consulta médica por cada médico tratante es decir por turnos de atención.

Hospital: Es un establecimiento donde ingresan pacientes que padecen o se supone que padecen de enfermedades o traumatismos, así como parturientas, a los que puede dispensárseles asistencia médica de corta o larga duración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. El hospital, además, puede o no tener servicio de asistencia para pacientes ambulatorios y de asistencia domiciliaria.

Hospital General: Establecimiento que brinda servicios de internamiento, tratamiento y rehabilitación a personas de todas las edades, que padecen o son sospechosas de padecer ciertas enfermedades. Un hospital general no necesariamente tiene todos los servicios de atención médica a todas las edades, pero provee al menos los servicios básicos de clínica médica, cirugía, obstetricia y pediatría; además de un número variable de servicios especializados.

Instituto Especializado: Es un establecimiento reservado primariamente, para el diagnóstico y tratamiento de pacientes que padecen una enfermedad específica o una afección de un sistema reservado para el diagnóstico y tratamiento de condiciones que afectan a un grupo de edad específica. Comprenden los Agudos y Crónicos.

Indicador De Gestión: Es la relación entre las variables cuantitativas o cualitativas, que permite observar la situación y las tendencias de cambio generadas en el objeto o fenómeno observado, respecto de objetivos y metas previstas e influencias esperadas.

Intervención Quirúrgica: Conjunto de procedimientos quirúrgicos realizado a un paciente en un Quirófano (Pabellón Quirúrgico), bajo anestesia, para un tratamiento determinado, (efectuadas por uno o más equipos de cirujanos, médico anesthesiólogo, cardiólogo y otros según corresponda).

Esta definición se aplicará a todos los problemas de salud que involucren cirugía.

Intervención Quirúrgica Programada: Es la intervención quirúrgica programada por el médico tratante o especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano independientemente de que esta se realice con ingreso o de forma ambulatoria, sea diagnóstica o terapéutica.

Infección Intrahospitalaria: Es toda aquella infección que se produce luego de 48 horas de internamiento del paciente de hospitalización en el Hospital y de la cual no existían evidencias clínicas o de laboratorio al momento del ingreso. Se consideran también aquellos procesos infecciosos que ocurren hasta 30 días luego del alta.

Mortalidad bruta: Se define a la ocurrencia del fallecimiento de todos los pacientes que llegan vivos al establecimiento y que fallecen en este.

Mortalidad Neta: Son las muertes de los pacientes hospitalizados que ocurren a partir de las 48 horas. Considere el servicio hospitalización y servicio de emergencia.

Mortalidad Perinatal: Es aquella muerte que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas de gestación y los siete primeros días de vida, o muerte del feto que alcanza mayor o igual a 500 gramos de peso.

Mortalidad Neonatal Precoz: Son las que ocurren a partir del primer día de nacimiento hasta los siete días de vida

Mortalidad Neonatal Tardía: Es la ocurrencia del fallecimiento a partir de los ocho días del recién nacido vivo hasta los 28 días de vida.

Mortalidad Materna Post-Parto: Se define a la muerte materna ocurrida después del parto (hasta los 40 días).

Mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): Es la ocurrencia del fallecimiento del paciente en la unidad de cuidados críticos.

Número de Atendidos en Consulta Externa: Es la suma de pacientes nuevos atendidos y reingresantes en el mismo período.

Paciente Hospitalizado: Es el paciente que ocupa una cama operativa del hospital para la atención y/o tratamiento de una determinada enfermedad.

Referencia: Es la derivación o el traslado de un paciente de un establecimiento a otro de mayor grado de capacidad resolutoria.

Urgencia Médica: Son todas aquellas situaciones en las que, si bien no existe riesgo inminente de muerte, se requiere una rápida intervención Médica, ya sea para calmar el síntoma o para prevenir complicaciones mayores. Son ejemplos los traumatismos menores, quemaduras leves, las palpitaciones, la hipertensión arterial sintomática, la pérdida de conocimiento recuperada, problemas relacionados con la diabetes, taquicardia, traumatismo de cráneo, abdomen y tórax, etc.

Ventilación Mecánica: Estrategia terapéutica que consiste en remplazar o asistir mecánicamente la ventilación pulmonar espontánea cuando ésta es inexistente o ineficaz para la vida y como prevención

A. 11 INDICADORES DE EVALUACIÓN

INDICADORES DE CONSULTA AMBULATORIA

INDICADOR	ESTÁNDAR		
	HOSPITAL II-1	HOSPITAL II-2	HOSPITAL II-3
Rendimiento Hora / médico	5	4	4
Utilización de Consultorios Físicos	2	2	2
Concentración de Consultas			
Grado de Cumplimiento de Hora medico	90 %	90 %	90 %

INDICADORES DE HOSPITALIZACIÓN

INDICADOR	ESTÁNDAR		
	HOSPITAL II-1	HOSPITAL II-2	HOSPITAL II-3
Promedio de Permanencia	4	6	9
Intervalo de Sustitución	1	1	1
Porcentaje de Ocupación	80	80	80
Rendimiento-Cama	6	4	3
Tasa de Infecciones Intrahospitalarias	7%	7%	7%
Tasa Bruta de Letalidad	4%	4%	4%
Tasa de Reingreso < de 7 días	1 %	2 %	3 %
Tasa de abortos	-	-	-
Cobertura de partos	100 %	100 %	100 %

INDICADORES DE EMERGENCIA

INDICADOR	ESTÁNDAR		
	HOSPITAL II-1	HOSPITAL II-2	HOSPITAL II-3
% de pacientes en Sala de Observación con estancia > o = a 24 horas	5%	8%	10%
% de reingresos a Emergencia en menos de 24 horas	1%	2%	3%
Promedio de Tiempo de espera en minutos	Prioridad I = inmediata II = 10 minutos III = 20 minutos		

INDICADORES DE CENTRO QUIRÚRGICO

INDICADOR	ESTÁNDAR		
	HOSPITAL II-1	HOSPITAL II-2	HOSPITAL II-3
Rendimiento de la Sala de Operaciones (12 h)	5	4	3
Porcentaje de Operaciones Suspendidas	5%	5%	5%
Porcentaje de Horas Quirúrgicas Efectivas	85%	85%	85%
Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas de Emergencia	5%	8%	10%
Tasa de Pacientes que presentan Encefalopatía Hipóxica post-acto quirúrgico	0.25/10,000 pac.	0.5/10,000 pac.	1/10,000 pac.
Tasa de Mortalidad de Centro Quirúrgico	0.25/5,000 pac.	0.5/5,000 pac.	1/5,000 pac.
Tasas de Pacientes Reintervenidos	0.5	1	2

INDICADORES DE PATOLOGÍA CLINICA

INDICADOR	ESTÁNDAR		
	HOSPITAL II-1	HOSPITAL II-2	HOSPITAL II-3
Promedio de análisis de laboratorio por consulta externa	0.4	0.7	1
Promedio de análisis de laboratorio por emergencia	0.2	0.4	0.5

INDICADORES DE RADIODIAGNÓSTICO E IMAGENES

INDICADOR	ESTÁNDAR		
	HOSPITAL II-1	HOSPITAL II-2	HOSPITAL II-3
Promedio de exámenes radiológicos por consulta externa	0.05	0.10	0.20
Promedio de exámenes radiológicos por emergencia	0.02	0.05	0.10

INDICADORES DE FARMACIA

INDICADOR	ESTÁNDAR		
	HOSPITAL II-1	HOSPITAL II-2	HOSPITAL II-3
Promedio de recetas por consulta externa	1	1.5	2
Promedio de recetas por emergencia	2	2	2.6

A. 12 PROPUESTA DE INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA

Una adecuada evaluación de la gestión hospitalaria debe considerar indicadores que muestren el dinamismo de la atención médica, su flujo del paciente dentro de la institución, la calidad de atención, resultados clínicos y los financieros, así como la satisfacción de los usuarios externos (pacientes y proveedores).

Los indicadores seleccionados son los siguientes:

CONSULTA EXTERNA

1) Productividad Hora Medico

Este indicador permite evaluar la productividad del recurso médico, al conocer el número de atenciones que realiza por cada hora de trabajo programada en consultorio externo.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones en consultorio externo en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de horas medico programadas en consultorio en el mismo periodo}}$$

Periodo: Mensual

Estándar de Hospital: entre 3- 4 consultas por hora (según servicio o especialidad)

2) Concentración

Este indicador sirve para establecer el promedio de consultas que se han otorgado a cada paciente que acudió al Hospital durante un periodo de tiempo.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones médicas en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de atendidos que recibieron atención médica en el mismo periodo}}$$

Periodo: Anual

Hospital: entre 3 y 4 consultas promedio

HOSPITALIZACIÓN

3) Promedio de Permanencia o Estadía

Este indicador sirve para evaluar el grado de aprovechamiento de las camas del hospital.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días estancia de los egresados (vivos o fallecidos) en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de egresados (vivos o fallecidos) en el mismo periodo}}$$

Periodo: Mensual

Estándar de Hospital: entre 6 a 8 días

4) Porcentaje Ocupación de Cama

Este indicador sirve para establecer el grado de utilización de camas de un periodo determinado. Establece la relación entre pacientes que ingresan y la capacidad real de las camas de un hospital servicio o sala.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes día de un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de días cama disponibles en el mismo periodo}}$$

Periodo: Mensual

Estándar de Hospital: 85 - 90%

5) Tasa Neta de Mortalidad

Es la proporción de fallecidos en el hospital respecto al total de egresos durante un mismo periodo, considerando solo las muertes que ocurrieron después de las 48 horas de ingresado el paciente el paciente

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos por defunción después de 48 horas de admisión en un periodo} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ egresos del Hospital en el mismo periodo}}$$

Periodo: Anual

Estándar de Hospital: 3 a 4%

6) Tasa de Cesárea

Establece la cantidad de cesáreas que se realizan con relación al total de partos atendidos en el hospital durante un periodo

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ cesáreas realizadas en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de partos atendidos en el mismo periodo}} \times 100$$

Periodo Mensual:

Hospital de Estándar: 20 a 25%

APOYO DIAGNÓSTICO

7) Promedio de días con equipos de radiodiagnóstico no operativos

Este indicador muestra que porcentaje de los equipos radiodiagnósticos existentes se encuentran inoperativos.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de equipos de radiodiagnóstico no operativos en un periodo} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de equipos de radiodiagnóstico en el mismo periodo}}$$

SALA DE OPERACIONES

8) Rendimiento de Sala de Operaciones

Este indicador establece el porcentaje de intervenciones quirúrgicas que se realizan en cada sala del centro quirúrgico. Permite identificar el grado de uso de las salas quirúrgicas.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Intervenciones quirúrgicas en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de salas de operaciones utilizadas en mismo periodo}}$$

Periodo: Mensual

Estándar Hospital: 80 a 100 por sala en el mes

9) Porcentaje de Cirugías suspendidas

Este indicador mide la proporción de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas respecto al total de las programadas

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Cirugías suspendidas en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de Cirugías programadas en el mismo periodo}} \times 100$$

Periodo: Mensual

Estándar de Hospital: menos del 25% de operaciones electivas programadas

ÁREA CRÍTICA

10) Promedio de Permanencia en Observación de EMG

Este indicador sirve para evaluar el grado de aprovechamiento de las camas de Emergencia

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de estancia de egresados de emergencia en un periodo} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de egresos de emergencia en el mismo periodo}}$$

Periodo: Mensual

Estándar de Hospital: menos de 12 horas

11) Promedio de permanencia en UCI

Este indicador establece el promedio de días de atención un UCI que recibe cada paciente en un periodo de tiempo, sirve para evaluar el grado de aprovechamiento de las camas de UCI.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de estancia de los egresos de UCI (vivos y fallecidos) en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos de UCI (vivos y fallecidos) en el mismo periodo}}$$

Periodo: Mensual

12) Tasa de Admisión a la UCI

Este indicador establece la proporción de pacientes que ingresan a la UCI como resultado de una interconsulta. Permite identificar los motivos por los cuales no son admitidos

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ingresos a UCI en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de Interconsultas a UCI en el mismo periodo}} \times 100$$

Periodo: Mensual

SEGURIDAD DEL PACIENTE.

13) Promedio de eventos adversos reportados

Este indicador permite conocer el número de eventos adversos que luego de reportados son gestionados por el área correspondiente

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de eventos adversos gestionados}}{\text{N}^\circ \text{ de eventos adversos moderados a severo reportados}} \times 100$$

Periodo Mensual

14) Porcentaje de Infecciones Intrahospitalarias

Este indicador permite conocer el número de infecciones intrahospitalarias que ocurren luego de las 48 horas de su ingreso.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de pacientes con infecciones Intrahospitalarias en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de Egresos en el mismo periodo}} \times 100$$

Periodo: Anual

CALIDAD DE ATENCION

15) Porcentaje de satisfacción del usuario

Es la percepción favorable del usuario externo acerca de la atención recibida de los servicios de salud

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Usuarios externos encuestados satisfechos} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de Usuarios externos encuestados}}$$

Periodo Mensual

Estándar: mayor de 80 %

16) Porcentaje de quejas y reclamos resueltas

Este indicador permite conocer la efectividad del hospital para resolver las quejas que presentan los usuarios sobre los servicios que reciben.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de quejas de los usuarios resueltas en un periodo} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de quejas de los usuarios en el mismo periodo}}$$

Periodo Mensual

RECURSOS HUMANOS

17) Porcentaje de Historia Clínicas Auditadas en Complicaciones Graves y Fallecimientos

Indicador permite conocer la proporción de complicaciones médicas cuyas Historias Clínicas han sido auditadas y por lo tanto evaluar la calidad técnica de los profesionales de salud de la institución.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Historias clínicas auditadas por complicaciones en un periodo} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de casos de complicaciones graves en el mismo periodo}}$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Historias Clínicas Auditadas de fallecidos en un periodo} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de casos de fallecidos en el mismo periodo}}$$

Periodo Mensual

18) Numero de Publicaciones Médicas en revistas indexadas

Registro en Oficina de Capacitación

GESTION ADMINISTRATIVA

19) Porcentaje de satisfacción de proveedores

Es la percepción favorable del proveedor externo acerca de la atención recibida de la administración del Hospital

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Proveedores externos encuestados satisfechos} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de Proveedores externos encuestados}}$$

Periodo: Anual

DIRECCIÓN

20) Grado de cumplimiento de las metas del plan operativo

Indicador que evalúa el grado de cumplimiento de las metas programadas en el plan operativo institucional, de cada una de las áreas funcionales del Hospital.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de metas de POA cumplidas según área funcional en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de metas del POA según área funcional en el mismo periodo}}$$

Periodo anual

21) Porcentaje de Recuperación de Costos

Indicador que evalúa el grado de eficiencia del hospital en la recuperación de costos, es decir, establece la capacidad de gestión del establecimiento para generar recursos.

$$\frac{\text{Recursos directamente recaudados en un periodo}}{\text{Recursos directamente recaudados + recursos ordinarios en el mismo periodo}}$$

Periodo anual

Recursos ordinarios, son los que el estado, a través del tesoro público, otorga al hospital periódicamente para el pago de sus obligaciones. No se incluye, con fines operativos, el asignado para pago de pensiones.

Periodo: Trimestral

22) Porcentaje de Ejecución presupuestal

Indicador que permite evaluar la eficacia del gasto. Da a conocer la proporción del presupuesto gastado durante un periodo.

$$\frac{\text{Presupuesto operativo ejecutado por toda fuente en un periodo} \times 100}{\text{Presupuesto asignado por toda fuente en el mismo periodo}}$$

Periodo Trimestral

Presupuesto operativo asignado por toda fuente: es la diferencia entre el presupuesto total asignado y el destinado al pago de pensiones

BIBLIOGRAFÍA

- AméricaEconomía. (2016). *AméricaEconomía 1986 - 2016*. Obtenido de AméricaEconomía web side: <https://rankings.americaeconomia.com/2016/clinicas/>
- Antón, P., Peiró, S., Ruíz, V., Aranaz, J., Calpena, R., Compañ, A., & Leutscher, E. (2007). Eficacia de una intervención de retroalimentación orientada al médico en estadias hospitalarias inadecuadas. *J Epidemiol Community Health*, 61 (2): 128-134.
- Cabellos-Acevedo, T. M., Velásquez-Restrepo, P. A., & Jaén-Posada, J. S. (2014 13(27)). Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 274-295.
- Contreras Camarena, C. (2011). Utilización hospitalaria de las especialidades médicas. *Acta Médica Peruan*, 124-131.
- Decreto Legislativo N° 1158. (6 de diciembre de 2013). *Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud*. Lima: Diario el Peruano.
- Decreto Legislativo N° 584. (16 de abril de 1990). *Sistema Nacional de Salud*. Lima: El peruano.
- Dirección General de Epidemiología - MINSA. (2013). *Análisis de Situación de Salud del Perú*. Lima.
- Gertman, P., & Restuccia, J. (1981). Gertman PM, Restuccia JD. Related Articles. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care*, 19 (8): 855-71.
- Granados Torano, R. (2010). *Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe*. Perú: Organización Panamericana de la Salud.
- Grupo Banco Mundial. (2017). *Banco Mundial*. Obtenido de Banco Mundial Web site: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP.PP.KD>
- Lazo-Gonzales, O., Alcalde-Rabanal, J., & Espinosa-Henao, O. (2016). *El Sistema de Salud en Perú, situación y desafíos*. Lima: Colegio Médico del Perú.
- Ley N° 22365. (28 de noviembre de 1978). *Sistema Nacional de Servicios de Salud*. Lima: El Peruano.
- Ley N° 27657. (29 de enero de 2002). *Ley del Ministerio de Salud*. Lima: Diario el Peruano.
- Ley N° 29344. (09 abril de 2009). *Ley Marco del Aseguramiento Universal*. Lima: Diario el Peruano.
- Ley N° 29698. (17 de agosto de 2012). *Ley que declara de interés nacional y preferente atención el tratamiento de personas que padecen enfermedades raras o huérfanas*. Lima: Diario el Peruano.
- Ley N° 29761. (22 de julio de 2011). *Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicomunitario del Aseguramiento Universal en Salud*. Lima: Diario el Peruano.
- Ministerio de Salud. (junio de 2005). Instrumento de la Evaluación Hospitalaria. *Instrumento de la Evaluación Hospitalaria*. Lima, Lima, Perú: MINSA.
- Ministerio de Salud. (2007). *Norma Técnica en Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo*. Lima: Ministerio de Salud.

- Ministerio de Salud-Oficina de Estadística e Informática. (2013). *Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y Diresas*. Lima: MINSA.
- Portella E., P. (1994). *Identificación del uso inapropiado de la*. Barcelona: Med Clin(Barc).
- Resolución Ministerial N° 319-2012/MINSA. (20 de abril de 2012). *Autorizan inicio de actividades del Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL en el Seguro Integral de Salud*. Lima: Diario el Peruano.
- Resolución Ministerial N°076-2014/MINSA. (29 de enero de 2014). *Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos de Sector Salud*. Lima: Diario el Peruano.
- Seguro Integral de Salud. (2011). *Seguro Integral de Salud*. Obtenido de Seguro Integral de Salud Web site: http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/antecedentes.html
- Silva Aycaguer, L. C. (1997). *Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud. Una mirada crítica Escalas e Indicadores*. Madrid: Díaz de Santos.
- Tell, W., & Nataraja, S. (2010). *Next-Generation Capacity Management. Collaborating for Clinically Appropriate and Efficient Inpatient Throughput*. Advisory Board International.
- Wikipedia Enciclopedia libre. (2017). <https://es.wikipedia.org/wiki/Bizagi>. Obtenido de <https://es.wikipedia.org/wiki/Bizagi> Web Site: <https://es.wikipedia.org/wiki/Bizagi>