

Guía para estimación de Metas Hospitalarias en una Gestión por Resultados

[Proyecto MSH/ULAT Honduras, Componente de Descentralización]

[Marzo 2014]

Palabras Clave:

[Guía; Estimación; Metas; Gestión; Resultados; Hospitalaria; Demanda; Servicios; Salud; Capacidad Resolutiva; Calidad; Procesos; Morbilidad; Beneficiario; Estimación; Población; Metas; Capacidad; Servicios; Ambulatorio; Quirúrgico; Cobertura; Estrategias.]

Key Words: Idle Capacity, Hospital services, population, coverage

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of [The United States Agency for International Development (USAID) under the USAID/Honduras] Number [AID-522-C-11-000001]. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud
Management Sciences for Health
Tegucigalpa M.D.C.
Honduras C.A.
Telephone: (504) 2235-5919
www.msh.org



GUÍA PARA

ESTIMACIÓN DE METAS HOSPITALARIAS EN UNA GESTIÓN POR RESULTADOS

Marzo 2014



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

ULAT
Unidad Local de Apoyo Técnico
para Salud - HONDURAS

La elaboración de este documento ha sido posible gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido del mismo es responsabilidad de la Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud y no necesariamente refleja el punto de vista de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.

Contenido

TITULOS		pagina
I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	JUSTIFICACIÓN	2
III.	OBJETIVOS	3
	a) Objetivos generales.....	3
	b) Objetivos específicos.....	4
IV.	ENTENDIMIENTOS CONCEPTUALES y OPERTIVOS	4
	a) Entendimientos conceptuales.....	4
	b) Entendimientos operativos.....	7
V.	PASOS METODOLÓGICOS PARA LA ESTIMACIÓN DE METAS	13
	CAPITULO 1: Estimación de la Demanda Esperada	13
	1.1) Estimación de la población total a cubrir por la SESAL.....	13
	1.2) Estimación de la población potencial a cubierta por la SESAL por grupos etarios.....	17
	1.3) Identificación de la demanda potencial del hospital.....	20
	1.4) Identificación de la demanda potencial de hospital por tipo de servicio.....	22
	CAPITULO 2: Análisis de la capacidad instalada	26
	2.1) Identificación de la capacidad instalada disponible de los servicios hospitalarios.....	26
	2.1.1) Capacidad disponible de consulta externa ambulatoria.....	26
	2.1.2) Capacidad disponible para los servicios de hospitalización.....	26
	2.1.3) Capacidad disponible para atención quirúrgica.....	30
	2.2) Identificación de los servicios con mayor demanda del hospital	32
	2.2.1) Identificación de servicios con mayor demanda de los servicios ambulatorios.....	30
	2.2.2) Identificación de servicios con mayor demanda de los servicios de hospitalización	34
	2.3) Identificación de la capacidad ociosa	35
	2.3.1) <i>Identificación de la capacidad ociosa</i> de los servicio de consulta externa.....	36
	2.3.2) <i>Identificación de la capacidad ociosa de los servicios de hospitalización</i>	36
	2.3.3) <i>Identificación de la capacidad ociosa dl servicio de Cirugía</i>	37
	CAPITULO 3: Establecimiento de metas hospitalarias	39
	3.1) Estimación de metas de servicios ambulatorios.....	40
	3.2) Estimación de metas de servicios de hospitalización.....	43
	3.3) Estimación de metas de servicios quirúrgicos.....	45
	CAPITULO 4: Identificación de las estrategias para optimizar e incrementar las Metas de cobertura hospitalaria	46
	4.1) Estrategias sugeridas para aprovechar la capacidad ociosa de los servicios	46
	4.1.1) Estrategias para utilizar la capacidad ociosa de los servicios Ambulatorios	46
	4.1.2) Estrategias para utilizar la capacidad ociosa de los servicios De Hospitalización.....	47

4.2)Estrategias para incrementar la cobertura hospitalaria mediante el cierre de brechas de la demanda insatisfecha.....	48
4.2.1) Estrategias para cerrar brechas de los servicios Ambulatorios.....	49
4.2.2) Estrategias para cerrar brechas de los servicios de Hospitalización.....	49
4.3)Estrategias para aprovechar la capacidad resolutive externa de la red de servicios Locales.....	50
I. ANEXOS	52
Anexo 1: Procedimientos para calcular proyecciones demográficas.....	53
Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos	59

GUIA PARA LA ESTIMACION DE METAS HOSPITALARIAS EN UNA GESTIÓN POR RESULTADOS

El Hospital es una de las organizaciones más complejas que desarrollan una gran variedad de procesos que permiten generar una diversidad de productos, entendidos estos, como bienes y servicios de salud que requieren a su vez de; diferentes, múltiples y costosos recursos como personal altamente especializado, recursos diagnósticos, terapéuticos, medicamentos, material médico quirúrgico, alta y compleja tecnología. Su rol y contribución a la salud de la población es incuestionable, imprescindible y complementaria a las redes de provisión del primer nivel para brindar una atención integral y efectiva a la población usuaria. Lamentablemente, para nadie es desconocido la difícil situación que atraviesan los hospitales hoy en día, debido a una serie de factores que limitan su capacidad de respuesta como los escasos recursos presupuestarios, aunado a esto, la falta de una adecuada planificación, organización, uso y control de sus recursos, entre otros, que afectan su desempeño repercutiendo directamente en la población, sobre todo, aquella de escasos recursos económicos.

Mejorar las condiciones en los hospitales para ofrecer más y mejores servicios que contribuyan a disminuir progresivamente la brecha entre la demanda y la oferta de servicios especializados hospitalarios de calidad, implica un replanteamiento en la forma de organizar y gestionar sus servicios cambiando radicalmente la dinámica de establecer las metas de los servicios de salud a ofrecer con un “enfoque tradicional y ancestral basado en la oferta”, (*ofrezco un poco más de lo que he dado y no me interesa cuanta población aun no resuelve sus necesidades de salud*), como se hace actualmente. Sustituyéndolo, por un enfoque de planificar y proveer servicios basados en la “demanda”, cuyo eje central es la “Persona”. Esto implica especialmente orientarse y contribuir efectivamente a reducir la brecha, que existe entre la variedad de necesidades insatisfechas y la oferta de servicios que potencialmente puede brindar el hospital, aprovechando primeramente su capacidad instalada, utilizando al máximo aquella capacidad que tiene un costo generalmente alto y que aún permanece ociosa o sin ser aprovechada y potenciada, aprovechando y trabajando articuladamente con la red de servicios del primer nivel de atención y otros actores locales y la propia comunidad.

Para ello la Secretaria de Salud ha comenzado a implementar un proceso de descentralización de la gestión a nivel de los hospitales, que requiere inicialmente de estudios precisos para determinar la demanda potencial con base a su perfil epidemiológico así como de su capacidad instalada, tanto utilizada como aquella aun disponible, para luego desarrollar procesos de negociación de las metas de producción de sus productos: bienes y servicios a brindar y el conjunto de normas para asegurar el mayor nivel de calidad y beneficios y el mínimo de riesgo en su entrega a su población potencial, entre el ente rector y el hospital ahora como ente gestor descentralizado.

La guía que a continuación se presenta contiene las orientaciones, entendimientos generales y pasos metodológicos, para realizar la estimación de metas de producción, orientadas a contribuir al cierre de las brechas entre la oferta y la demanda de servicios especializados para los próximos años en un

hospital con una gestión orientada al logro de resultados concretos y medibles en el nivel de bienestar y salud de la población a atender.

La información obtenida mediante la guía, permitirá determinar hasta qué punto, el hospital puede contribuir directamente a satisfacer la demanda de los servicios especializados de salud con eficiencia, eficacia y de calidad dentro de la Red de servicios de su ámbito de acción.

I. JUSTIFICACIÓN

En el Marco de la Reforma que impulsa la Secretaría de Salud, el Modelo de Gestión Descentralizada Hospitalaria constituye uno de los más importantes vehículos que permitirá operativizar algunos de los más importantes lineamientos establecidos en el Marco Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud, y los mandatos del Modelo Nacional de Salud para su cumplimiento en tres aspectos esenciales:

1. La Atención centrada en la “Demanda” es decir en la persona. Implica que la oferta de servicios tiene que alinearse y corresponder en todo momento a las necesidades de la demanda de atención a la salud, orientada a reducir las brechas hasta ahora existentes de una demanda insatisfecha hay sus causas, especialmente de acceso geográfico, económico, de pertinencia cultural y de género, hasta lograr atenderlas de forma continua y permanente con efectividad, calidad y calidez.
Esto requiere de procesos de planificación centrados en la demanda, con conocimiento de sus características no solo de sus necesidades cuantitativas sino cualitativas como por ejemplo; las actividades productivas de la población del área de influencia, su situación económica, perfil de morbilidad y mortalidad de la persona y del medio ambiente: (Huracanes, sequia, empleo, vivienda), entre otras.
2. La Gestión debe basarse en “Resultados”, (Resultados de la demanda) es decir que deben identificarse los resultados traducidos en productos claramente definidos, con sus respectivos indicadores que permitan medir la producción y sus metas de producción. Estos resultados tienen que impactar y observarse en el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de las poblaciones priorizadas. Para ello debe realizarse un ejercicio de estimación de metas haciendo un análisis de la demanda potencial de la población y la capacidad de la oferta hospitalaria, que permita determinar hasta qué punto el hospital puede satisfacer la demanda de los servicios de salud con eficiencia, eficacia y de calidad aprovechando al máximo su capacidad y recursos disponibles.
3. Una Gestión “Descentralizada” de la provisión de los servicios de salud. Es decir que la toma de decisiones con relación a los recursos para la provisión de los servicios de salud a brindar, le corresponde al nivel local, centrada en las necesidades y prioridades de sus grupos de población y debidamente articulada a las políticas nacionales.

Esta guía es un primer esfuerzo para facilitar este proceso y constituye una primera experiencia de trabajo con hospitales bajo estos nuevos enfoques. Su construcción ha sido prevista de forma progresiva, a partir de un ejercicio inicial con datos de un hospital hipotético, definiéndose un

conjunto mínimo de productos hospitalarios para un primer año, sin que este represente la globalidad del conjunto de prestaciones del segundo nivel a integrar en cada convenio anual que incluye además, nuevas definiciones de productos hasta contar con el conjunto de prestaciones definidos en el Modelo Nacional de Salud (MNS) para este nivel. Recordemos que metodológicamente la definición de los productos hospitalarios debe realizarse previamente y ser aprobada por el ente rector financiador. Es a partir de éstos, que los hospitales deberán analizar su demanda para determinar sus metas de producción y organizar su oferta en su planificación operativa anual.

Por otro lado, y dada las limitaciones del Sistema de Información, el ejercicio realizado para la estructuración de la presente guía se ha visto limitado en el análisis en algunas áreas. Sin embargo, consideramos que son válidos los planteamientos que se obtienen a través de estos lineamientos, así como, la propuesta de productos y metas que en su conjunto cambian ostensiblemente el centro del que hacer institucional de los hospitales de hoy día.

Indudablemente con los ejercicios que se vayan desarrollando en el futuro cercano permitirán hacer los ajustes de acuerdo a las experiencias obtenidas en los diferentes hospitales de la Red del país. Para comenzar este ejercicio es clave contar, desde un inicio, con la información que proporciona el Análisis de la Situación en Salud Hospitalaria (ASIS) y en aquellos casos, que no se cuenta con este insumo, se deberá utilizar la información oficial disponible, preferiblemente, las fuentes propias de los hospitales.

De todas maneras es un camino nuevo que debemos andar, y representa un paso impostergable que debemos asumir, con los nuevos retos que demanda la mejora de la gestión de la salud en el país.

II. OBJETIVOS DE LA GUÍA

a) **Objetivo General:**

Brindar los lineamientos conceptuales y metodológicos para el establecimiento de las metas de producción de servicios hospitalarios que contribuyan a atender las necesidades prioritarias y cerrar las brechas de la demanda insatisfecha de la población de su área de influencia.

b) **Objetivos Específicos:**

1. Brindar los lineamientos metodológicos que faciliten la definición de productos hospitalarios dentro de un marco de la gestión operativa integral por proceso y resultados, centrado en la persona y sus ambientes de desarrollo humano, de manera que permitan la debida y adecuada articulación al marco normativo y metodológico de la macro gestión institucional.
2. Ayudar a establecer la demanda potencial de servicios de las unidades hospitalarias.
3. Facilitar el análisis de la capacidad instalada del hospital, tanto la utilizada como la no utilizada (ociosa), para aprovechar los recursos disponibles para satisfacer la demanda potencial aun no atendida.

4. Orientar metodológicamente la cuantificación de las metas de producción para los productos hospitalarios establecidos para atender las diferentes poblaciones priorizadas en las políticas como en los planes estratégicos en salud.
5. Contribuir a identificar las estrategias para el aprovechamiento óptimo de la capacidad instalada y que el hospital pueda dar respuesta cada vez mayor a la demanda aun sin acceso a servicios especializados de acuerdo a sus prioridades.

III. ENTENDIMIENTOS CONCEPTUALES Y OPERATIVOS

El modelo de gestión por resultados a implementar en el hospital corresponde a un enfoque completamente nuevo lo que hace necesario contar de inicio, con algunos entendimientos conceptuales básicos, como los siguientes:

a. Entendimientos conceptuales

¿Qué es un producto? Es un **bien material o servicio** final que surge como **resultado** del procesamiento o transformación de un conjunto de insumos requeridos para su producción. Son generados a través de procesos, procedimientos y acciones llevadas a cabo en un centro de gestión productiva o centro de producción y costo. Los productos **NO** se pueden confundir con **UNA ACCION** o una **ACTIVIDAD** de dicho centro de producción y costo o de gestión productiva.

Características de los Productos:

- *Ser medibles:* Puede establecerse cuántos productos se hacen en un período determinado.
- *Tener un costo:* Puede definir los insumos a utilizar y los recursos humanos necesarios para su producción y establecer su costo.
- *Se producen en un período de corto plazo, un año.*

Tipo de Productos

- *Producto final o terminal:* es el que contribuye directamente al cumplimiento de la misión, se corresponde al resultado de cada uno de los procesos definidos. Se entrega directamente a la población usuaria.
- *Producto intermedio* contribuye a la obtención del producto final, corresponde a los resultados de cada uno de los procedimientos.

La determinación del producto debe estar relacionada a una serie de resultados articulados que en su conjunto, producen un impacto, que constituye lo que se denomina resultados para el desarrollo, dado que producen cambios en la situación socio-económica, de bienestar y de salud de la población de un país. Por ejemplo para lograr cambios en los indicadores de Mortalidad Materna e Infantil, es preciso alcanzar resultados de largo plazo que logren un cambio sostenible en cuanto a disminuir en las mujeres (durante el embarazo-parto y puerperio) y los niños menores de un año, el riesgo de morir.

Este cambio es atribuible no solo a las intervenciones del sector salud, pues intervienen también otros sectores como educación, transporte para mejorar el acceso a los servicios, etcétera. Por ello es importante, que al definir un producto se pueda visualizar la relación con resultados de salud del país, de mediano plazo y de largo plazo.

- **Demanda**

La demanda concebida, como "la necesidad de atención médica asistencial de la comunidad, identificada ésta, como un producto y/o servicio de salud a requerir". Ésta puede ser espontánea, promovida (inducida) o potencial.

La demanda, cualquiera que sea, siempre busca reparar una necesidad relacionada con la salud o con la pérdida de ella y en este proceso involucra su deseo de buscar atención, la iniciativa por hacerlo y la pretensión por tener y continuar con ésta.

Cuando la demanda sobrepasa la barrera del deseo y la persona toma la iniciativa de buscar la atención, el resultado corresponde al uso de los servicios que refleja por tanto la necesidad de salud de las personas y representa lo que conocemos como su *perfil de morbilidad*.

Esto significa que los perfiles de morbilidad en los servicios de salud se construyen basados en la atención que busca la demanda espontánea, en la que puede o no estar incluida la demanda inducida, y no por la demanda potencial que tienen estos servicios.

- **Oferta de servicios de salud:**

Cantidad y tipo de bienes y/o servicios que se ofrecen y están en condiciones de ser usados o consumidos por una población objetivo, en un período determinado. Esta oferta puede corresponder a bienes y/o servicios destinados a promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de una población objetivo, tanto a nivel individual como colectivo, en las condiciones que requieren las personas y el ambiente. Generalmente los sistemas de salud integran su oferta de servicios en lo que denominan paquete de beneficios o conjunto de prestaciones.

- **Conjunto garantizado de prestaciones:**

Definición del conjunto de acciones preventivas, curativas, de rehabilitación y cuidados paliativos que ofrece y brinda un determinado establecimiento. Este conjunto es de conocimiento público, de manera que permita tanto, la programación de las horas de los profesionales asociados a ella, como, la orientación del usuario respecto de las acciones a las cuales puede acceder en el establecimiento, en qué momento y en qué condiciones.

- **Capacidad resolutive: capacidad para responder**

Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad el daño de la persona. La capacidad resolutive se expresa cualitativamente en la cartera de servicios del establecimiento, a la que requiere adicionarse la capacidad en términos cuantitativos, es decir, la cantidad de cada uno de estos productos y servicios de salud que puede atender aprovechando al máximo los recursos con que cuenta.

- **Calidad**

Entendida como la entrega del mayor número de beneficios que la ciencia médica dispone y el sometimiento al mínimo de riesgos posibles a la población usuaria. El modelo de gestión descentralizada hospitalaria, plantea no sólo el reto de mejorar la cobertura, sino, además la calidad en los servicios que se ofrece, para ello se prevé la construcción, aplicación y control continuo de un conjunto de estándares de calidad y el establecimiento de requisitos esenciales como mecanismos de acreditación de los establecimientos hospitalarios.

- **Gestión por Procesos:**

Es la forma de gestionar la organización basándose en los Procesos, siendo definidos estos como una secuencia de actividades que permiten transformar o procesar un conjunto de insumos o recursos materiales, insumos médicos y tecnológicos para generar un producto expresado en un bien o servicio o valor agregado que satisfaga las necesidades y requerimientos de la población usuaria.

- **Morbilidad:**

Se refiere a los efectos de una enfermedad en una población en el sentido de la proporción de personas que la padecen en un sitio y tiempo determinado. En el marco de la epidemiología, se puede ampliar al estudio y cuantificación de la presencia y efectos de una enfermedad en una población.

- **Perfil Epidemiológico**

El perfil epidemiológico corresponde al conjunto de características de un grupo de población específica, relacionadas a su morbilidad, mortalidad y sus factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas de su entorno y el tiempo.

- **Frecuencia de uso:**

Es el número promedio de servicios que solicita un usuario o número de actividades realizadas a cada persona que consulta en un período de tiempo, ejemplo: número de consultas por consultantes atendidos por primera vez.

b. Entendimientos operativos:

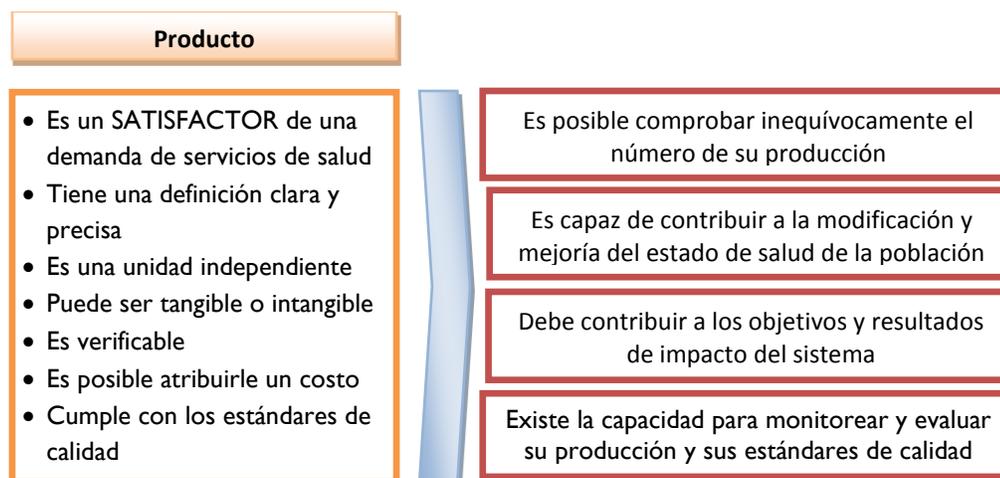
- **Macro-Gestión o gestión institucional a nivel de la Secretaría de Salud:**

La definición de productos en el marco global de la planificación operativa anual institucional de la Secretaría de Salud, también conocido como macro-gestión, se enfocan y están articulados a los resultados de mediano y largo plazo (impacto) en congruencia con los lineamientos expresados en las políticas nacionales, acuerdos internacionales, planes estratégicos de país y el plan estratégico institucional; dado que estos productos anuales deben contribuir en su conjunto a la consecución de estos resultados de impacto, como lo son la reducción de tasas de mortalidad y morbilidad en el país. Por tanto, es fundamental que el proceso de definición y el establecimiento de los productos de corto plazo a organizarse en el Plan Operativo Anual del Hospital sea técnicamente basado en evidencia, esté debidamente articulado y contribuya en alguna medida al logro de los resultados

institucionales de impacto (mediano y largo plazo) y por tanto, cuenta además, con la aprobación de las autoridades a cargo de la rectoría y conducción estratégica de la institución.

Lo anterior corresponde a lo expresado en Modelo Nacional de Salud con relación a un PRODUCTO al cual le define las siguientes características:

Ilustración 1: Características de un Producto según el Modelo Nacional de Salud.



A continuación un ejemplo conteniendo el resumen de resultados de efecto e impacto en niños y adolescentes, con sus indicadores y metas a alcanzar en diferentes años, tomando como base las políticas nacionales y acuerdos internacionales se presenta a continuación:

Tabla 1: resumen de resultados de efecto e impacto en niños y adolescentes, con sus indicadores y metas a alcanzar en diferentes años.

RESULTADOS DE IMPACTO	INDICADOR /	META	RESULTADO EFECTO
Niños y niñas menores de un año han reducido el riesgo de morir por Enfermedades Prevenibles de la Infancia	Tasa de mortalidad infantil:	Meta: a 22 al 2010 y 15 al 2016	NN menores de 6 meses reciben Lactancia Materna Exclusiva
	Tasa de mortalidad neonatal	Meta: a 14 al 2010 y a 7 al 2016	NN menores de 5 años han mejorado su estado nutricional
	Tasa de incidencia de morbilidad infantil por Diarrea		Familias detectan signos de peligro por enfermedades prevenibles y buscan atención oportuna
Niños y niñas de 1 a 4 años han reducido el riesgo de morir	Tasa de mortalidad en niños de un año	Meta: a 4 a 8 al 2010 y a 6 al 2015	NN mejoran su estado nutricional
	- Tasa de incidencia de Diarrea		Familias detectan de forma temprana signos de peligro y buscan de atención oportuna
	- Tasa de incidencia de Neumonía		
Niños y niñas y Adolescentes de 5 a 17 años reducen riesgo de morir	Tasa de mortalidad en niños de 5 a 17 años	Meta: a 30 en 2010 y a 21 en 2015	% de NN que son llevados oportunamente en caso de enfermedades % de adolescentes que buscan atención oportunamente

Prevalencia de LME	Tasa de desnutrición en menores de 5 años	Meta: Reducir desnutrición en un 20%	detectan tempranamente signos de peligro y buscan de atención oportuna
--------------------	---	--------------------------------------	--

Estos resultados de impacto y efecto (largo y mediano plazo) constituyen un insumo básico para definir las poblaciones priorizadas y el conjunto de acciones o intervenciones que potencialmente son más efectivas para alcanzar los resultados y que deben integrarse en la definición del “producto” a brindar a la población e incluirse en la Programación Anual Operativa.

• **Micro-Gestión o gestión operativa a nivel del Hospital:**

Partiendo de la definición de productos en el nivel de la Macro-gestión y al análisis de la demanda y oferta local, los hospitales deben definir los productos de su respectivo nivel debidamente alineados a la demanda, su contexto y proponerlos al ente rector para los ajustes que sean pertinentes para asegurar su congruencia y contribución a los resultados institucionales esperados de mediano y largo plazo. Este ajuste de productos (bienes y servicios) a brindar a la población con sus justificaciones basadas en evidencia, sus metas de producción y los estándares de calidad para su entrega, serán sujetos de negociación con el ente financiador en el marco de la gestión por resultados.

¿Cómo se definen y redactan los Productos?

Para la definición y redacción de los productos se debe considerar el “nombre” del bien o servicio de manera que permita establecer de forma clara para cualquier persona, lo que la institución entrega a un tercero, que puede ser un individuo-usuario o la ciudadanía-comunidad. Para validar si están bien definidos y redactados, es recomendable formular las siguientes preguntas:

- ¿Queda claro a quién se le provee el bien o servicio? Ejemplo: *Niñas y Niños menores de 2 años con esquema completo de vacunación.*
- ¿Qué se le está entregando al receptor del "producto"? Ejemplo: *Mujer gestante con control prenatal, según normas.*

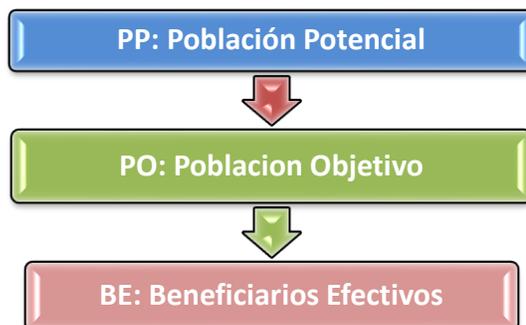
Tal como fue dicho, todo producto está destinado a un usuario o consumidor externo, quien recibe directamente el bien o servicio producido. Así como es fundamental conocer qué hace el hospital y cuáles son los bienes y servicios que provee, es requisito central saber hacia quiénes están destinados estos, es decir quiénes son sus usuarios y beneficiarios. Estas distinciones posibilitan posteriormente realizar distintos tipos de indicadores asociados a la cobertura de la demanda potencial y la demanda efectiva, así como sus evaluaciones.

Con relación al tipo de usuario hacia quienes van dirigidos los productos, es necesario considerar al menos tres conceptos: “población potencial”, “población objetivo” y beneficiarios efectivos”.

- *Población Potencial*, corresponde a la población total de un área determinada de adscripción, que presenta la necesidad y/o problema de salud que justifica la existencia del hospital.

- *Población Objetivo*, es aquella población que el hospital tiene planeado atender en un período dado de tiempo, pudiendo corresponder a la totalidad de la población potencial o a una parte de ella.
- *Beneficiarios Efectivos*, son aquellos que están siendo o han sido atendidos por el hospital o unidad de salud.

Ilustración 2: Tipos de población a estudiar para establecer metas hospitalarias



Una vez definidos los productos e identificados sus beneficiarios directos debemos definir la unidad a emplear para medirlos, es decir para entendernos bajo una lógica eminentemente cuantitativa. Esto corresponde a los “indicadores”, o unidades de medida a emplear para trasladar el lenguaje cualitativo a uno cuantitativo y expresar los productos en términos cuantificables, listos para el siguiente paso; la determinación de las metas a alcanzar en el año, el trimestre y cada mes por el hospital, las cuales abordaremos en los próximos 3 capítulos.

En los casos en que la población potencial es muy amplia, por razones de alcance de la capacidad habilitada (oferta de servicios) y/o por razones presupuestarias pueden establecerse metas de cobertura a grupos específicos de población objetivo en plazos definidos, haciéndose necesario distinguir las brechas entre la población potencial y esta población objetivo.

IV. PASOS METODOLÓGICOS PARA ESTIMAR LA DEMANDA Y OFERTA

Capítulo 1: Estimación de la demanda esperada

- 1.1 Estimación de la población a cubrir por la SESAL.
- 1.2 Estimación de la población potencial a atender por la SESAL por grupo Etarios y sexo.
- 1.3 Identificación de demanda potencial del hospital.
- 1.4 Identificación de demanda potencial del hospital por servicios hospitalarios

Capítulo 2: Análisis de la capacidad instalada

- 2.1 Identificación de la capacidad instalada disponible.
- 2.2 Identificación de los servicios con mayor demanda del hospital
- 2.3 Identificación de la capacidad ociosa de los servicios.

Capítulo 3: Estimación de metas hospitalarias

- 3.1 Establecimiento de metas de servicios ambulatorios.
- 3.2 Establecimiento de metas de los servicios hospitalarios
- 3.3 Establecimiento de metas de los servicios quirúrgicos

Capítulo 4: Identificación de las estrategias para optimizar e incrementar las Metas de cobertura hospitalaria

- 4.1 Estrategias sugeridas para aprovechar la capacidad ociosa de los servicios Ambulatorios.
- 4.2 Estrategias sugeridas para aprovechar la capacidad ociosa de los servicios De Hospitalización.
- 4.3 Estrategias para incrementar la cobertura hospitalaria mediante el cierre de brechas De la demanda insatisfecha.
- 4.4 Estrategias para aprovechar la capacidad resolutive externa de la red de Servicios locales.

Capítulo 1

ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA ESPERADA DEL HOSPITAL

Para estimar la demanda esperada que le corresponde cubrir al hospital en su área de influencia, se requerirá disponer de información como; proyecciones de población del INE, número de afiliados del Instituto Hondureño del Seguro Social (IHSS) y número de población que atiende las diferentes unidades de salud del sector privado. Para lo cual se deberán seguir los siguientes pasos:

1.1 Estimación de la población potencial total a cubrir por la SESAL

1.1.1. Determinar la POBLACIÓN TOTAL del área de influencia.

Recopilar los datos oficiales de proyección de población del INE de los años que el hospital desee proyectar las metas. Si el INE no tuviera proyectado todos los años que se necesitan, se deben hacer las respectivas proyecciones con las fórmulas y pasos que se encuentran explicadas en el anexo I.1 y I.2.

Tabla 2: Población del área de influencia del hospital proyectado hasta el año 2015.

AÑOS	CANTIDAD DE POBLACIÓN
2013	210, 321
2014	215, 057
2015	219, 819

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE),

1.1.2. Determinar población cubierta por el Seguridad Social (IHSS).

Para esto se necesita recopilar la información en las oficinas locales del seguro social sobre el número de afiliados del área de influencia, sin olvidar que se debe tomar en cuenta el número de beneficiarios por afiliado.

Tabla 3: Población cubierta por el IHSS proyectados hasta el año 2015.

I. Años	2. Población cubierta por el IHSS
2012	2,574
2013	2604
2014*	2634
2015*	2665

Fuente: Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)

*Para los años 2014, 2015 el seguro social no tiene proyecciones realizadas, por lo que se procedió a proyectar con las formulas y tablas del anexo 1.2.1 donde se explica el paso a paso de cómo se obtuvieron los datos.

1.1.3. Establecer la población total esperada a ser atendida por el sector privado.

Para obtener esta información se recomienda hacer el listado de todas las clínicas y hospitales del sector privado que brindan atención a la población del área de influencia del hospital, luego, visitar cada unidad y levantar información sobre la cantidad de pacientes que atienden al mes o al año utilizando el instrumento número 3.3 del anexo 2.

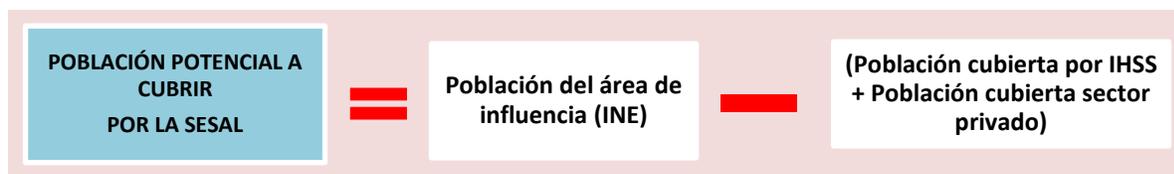
Tabla 4: Población cubierta por el sector privado del área de influencia proyectado

1. Año	2. Población cubierta por el sector privado
2012	3325
2013	3375
2014	3426
2015	3477

Fuente: Clínicas y hospitales privados.

*Al igual que el seguro social no se cuenta con información sobre proyecciones de cobertura del sector privado, por lo que se deberá aplicar el procedimiento del anexo 1.2.2 para obtener la proyección de cobertura del sector privado para los años 2014 y 2015.

Con los datos obtenidos de la población del área de influencia más la cubierta por seguro social y por el sector privado, se procede a calcular la población que le corresponde atender a la SESAL para el año que se está planificando con la formula siguiente:



La suma total de la población cubierta por el Seguro social, más la población cubierta por el Sector Privado, se resta de la población total del área de influencia y la diferencia que resulta corresponde a la POBLACIÓN POTENCIAL a atender anualmente por la SESAL.

Este cálculo se debe hacer para cada año que se está considerando en el análisis, tal como lo muestra la siguiente tabla donde se muestra todo el proceso para obtener la población potencial a cubrir por la SESAL.

Tabla 5: Identificación de la población potencial a cubrir la SESAL.

1. Año	2. Proyección de Población del área de influencia por año (INE)	3. Población cubierta por el IHSS	4. Población cubierta por el sector privado	5. Población a cubrir por la SESAL <i>Pobl. INE - (Pobl. IHSS + Pobl. Sector privado)</i>
2012	205,616	2,574	3325	199,717
2013	210,321	2604	3375	204,342
2014	215,057	2634	3426	208,997
2015	219,819	2665	3477	213,677

Fuente: Instituto Nacional de Estadística/ Proyecciones departamentales/ IHSS /Clínicas privadas.

Nota: Si en el área de influencia existieran más hospitales públicos se tomará en consideración la población de los municipios del área de influencia para cada hospital y se le restará a la población del hospital en estudio, de la misma manera que se resta la población de IHSS y del sector privado.

Hasta aquí hemos definido la población potencial que cubrirá la SESAL de toda el área de influencia.

1.2. Estimación de la población potencial a atender por la SESAL por grupo etarios y sexo

a) Agrupar la población del área de influencia según los rangos del Modelo Nacional de salud.

Tabla 6: División de grupos etarios establecidos en el Modelo Nacional de Salud

CALIFICACIÓN	RANGO
Niñez	0 - 9 años
Adolescencia	10 - 19 años
Adulterez	20 - 64 años
Adulterez Mayor	65 a mas años

Fuente: Modelo Nacional de Salud Pág. 25

Dado que el INE presenta la información relacionada con los grupos de edades en rangos diferentes a los establecidos en el modelo Nacional de Salud, será necesario proceder a realizar la agrupación conforme a los rangos del MNS mostrado en la tabla anterior.

Para efectos de esta guía tomaremos el año **2015** como base, que tiene una población en el área de influencia de **219,819** habitantes.

Tabla 7: Poblacion agrupada por grupos etarios segun el modelo nacional de salud.

EDAD	POBLACION TOTAL 2015		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
0- 4	31,784	16,143	15,641
5-9	29,617	15,017	14,600
NIÑOS	61,401	31,160	30,241
10-14	27,426	13,840	13,586
15-19	24,360	12,217	12,143
ADOLECENTES	51,786	26,057	25,729
20-24	21,195	10,531	10,664
25-29	17,786	8,911	8,875
30-34	14,612	7,193	7,419
35-39	11,585	5,535	6,050
40-44	9,160	4,356	4,804
45-49	7,711	3,586	4,125
50-54	6,387	2,856	3,531
55-59	5,301	2,397	2,904
60-64	4,129	1,818	2,311
ADULTOS	97,866	47,183	50,683
65-69	3,024	1,316	1,708
70-74	2,351	987	1,364
75-79	1,666	704	962
80+	1,725	728	997
ADULTO MAYOR	8,766	3,735	5,031
TOTAL	219,819	108,135	111,684

Las casillas sombreadas en color verde de la tabla anterior, corresponden a las agrupaciones de grupos etarios establecidas en el MNS. A continuación se muestra el resumen de la población agrupada por grupos etarios.

Tabla 8: Desglose de la población total del área de influencia por sexo y ciclo de vida.

GRUPOS ETARIOS	AÑO 2015
Niños	61,401
Adolescentes	51,786
Hombres	47,183
Mujeres	50,683
Adulto mayor	8,766
TOTALES	219,819

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

- b) *Seguido, calcular el porcentaje de representación de cada grupo etario con respecto al total de la población del área de influencia.*

Para lograr este dato se realizará una regla de tres donde se multiplica la población de cada grupo, según ciclos de vida, por 100 y se divide entre el total de población del área de influencia del hospital que en este caso equivale a 219, 819 (Población del área de influencia para el año 2015)

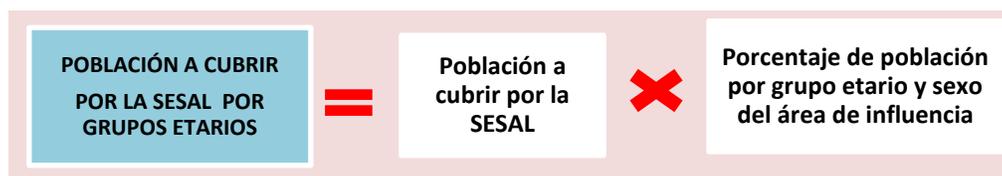
Tabla 9: Porcentaje de la población por sexo y ciclo de Vida de la población total del área de influencia del hospital.

1. Grupos etarios	2.Poblaciona del área de influencia por grupos etarios y sexo para el 2015	3. Porcentaje de población por grupo etario y sexo (Pobl. por grupo etario*100/Pobl. total área de influencia)
Niños	61, 401	28%
Adolescentes	51, 786	24%
Hombres	47, 183	21%
Mujeres	50, 683	23%
Adulto mayor	8, 766	4%
Población área de influencia (INE 2015)	219,819	100%

c) Calcular que cantidad de esta población, por grupos etarios y sexo, le corresponde atender a la SESAL, mediante los siguientes pasos:

- Traer de la tabla 5 columna 5 el dato de población potencial a cubrir por la SESAL para el año 2015 y colocarlo en la columna 2 de la tabla 10 abajo mostrada.
- Traer los porcentajes de población, por grupos etarios y sexo, del área de influencia para el 2015, de la columna 3, tabla 9 y colocarlos en la columna 3 de la tabla 10 abajo mostrada.

Con estos dos datos podemos obtener la población a cubrir por la SESAL por grupo etario para el año 2015 aplicando la siguiente formula.



Los resultados se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 10: Porcentaje de la población potencial por sexo y ciclo de vida que le corresponderá atender a la SESAL en sus dos niveles De atención.

1. Grupos etarios	2. Población total a cubrir por la SESAL (Tabla 5, Columna 5 año 2015)	3. Porcentaje de población por grupo etario y sexo (Pobl por grupo etario*100/Pobl. total área de influencia)	4. Población por grupos etarios a cubrir por el 1er y 2do nivel de la SESAL (% de cada grupo etario X población total a cubrir por la SESAL)
Niños	213,677	28%	59,685
Adolescentes	213,677	24%	50,339
Hombres	213,677	21%	45,865
Mujeres	213,677	23%	49,267
Adulto mayor	213,677	4%	8,521
TOTALES		100%	213,677

Hasta aquí se ha logrado obtener la población por grupos etarios a cubrir por la SESAL

1.3. Identificación de demanda potencial del hospital

Finalmente se debe establecer cuanto es la población que le corresponde atender UNICAMENTE al Hospital de toda esa población que por cada grupo etario potencialmente puede requerir servicios del primero y/o segundo nivel de atención de la SESAL.

Para ello se utilizan algunos criterios internacionales que señalan que al hospital le corresponde atender al 20%¹ de la población total de su área de adscripción o influencia. Adicional se le suma un 6.66% que según criterios internacionales, corresponde al porcentaje de referencia inducida o espontánea, que se espera que provengan del primer nivel de atención. De esa manera al sumar ambos porcentajes, se tiene un total de 26.66% de población que demandara servicios del nivel hospitalario, que al multiplicarlo por la población esperada de cada grupo de ciclo de vida de la población a atender por la SESAL, en sus dos niveles de atención, corresponderá a la población que finalmente y muy probablemente demande servicios del Hospital.

En la siguiente tabla se muestra el procedimiento para obtener la población a cubrir por el hospital por grupos etarios.

Tabla 11: Identificación de la población potencial a cubrir el hospital, total y por ciclos de vida:

I. GRUPOS ETARIOS	4. Población por grupos etarios a cubrir por el 1er y 2do nivel de la SESAL (% de cada grupo etario X población total a cubrir por la SESAL)	Criterios internacionales para demanda de servicios hospitalarios	5. Población a cubrir por el hospital (26.66 X población a cubrir por la SESAL)
Total niñez	59,685	26.6%	15,912
Total adolescentes	50,339	26.6%	13,420
Total hombre	45,865	26.6%	12,227
Total mujer	49,267	26.6%	13,135
Total adulto mayor	8,521	26.6%	2,272
TOTALES	213,677		56,966

Finalmente se obtuvo que la población potencial que demandará los servicios del hospital del área de influencia será de **56,966** personas.

¹El porcentaje de demanda que soluciona cada nivel: Primer nivel entre 70-80%, segundo nivel de 15-20% y tercer nivel de 5-10%.
Fuente: Resumen Ejecutivo basado en un informe técnico de PHRplus/Perú, Sistemas de Referencia y Contra referencia en los Servicios de Salud

Para una mayor ilustración de todo el proceso para obtener la población potencial a atender por el hospital, ver la siguiente tabla.

Tabla 12: Proceso completo para estimar la población a cubrir por el hospital por grupos etarios para año 2015.

1. GRUPOS ETARIOS	2. Proyección de Población del área de influencia año 2015 (INE)	3. Porcentaje de población por grupo etario y sexo <i>(Pobl por grupo etario*100/Pobl. total área de influencia)</i>	4. Población por grupos etarios a cubrir por el 1er y 2do nivel de la SESAL <i>(% de cada grupo etario X población total a cubrir por la SESAL)</i>	5. Población a cubrir por el hospital por grupos etarios <i>(26.66 X población a cubrir por la SESAL)</i>
Total niñez	61,401	28%	59,685	15,912
Total adolescentes	51,786	24%	50,339	13,420
Total hombre	47,183	21%	45,865	12,227
Total mujer	50,683	23%	49,267	13,135
Total adulto mayor	8,766	4%	8,521	2,272
TOTALES	219,819	100%	213,677	56,966

Hasta aquí se ha logrado obtener la población por grupo etario a cubrir por el HOSPITAL

I.4. Identificación de demanda potencial del hospital por servicios hospitalarios (Consulta externa, hospitalizaciones y cirugías)

Hasta el momento el hospital ha identificado la *cantidad de población* que potencialmente puede demandar sus servicios debidamente separada por grupos etarios. Pero debemos reconocer que alguna de ella vendrá de forma espontánea y otras inducidas por eventos, referencias u otros medios y estrategias que puedan utilizarse. Muchas de estas personas demandaran los servicios del hospital más de una vez al año y esta frecuencia de demanda de uso de servicios varía conforme al ciclo de vida. Es muy probable que la población infantil y el adulto mayor demanden mayor número de veces al año los servicios del hospital, mientras que los adolescentes los solicitaran en un menor número. Cada grupo tiene necesidades diferenciadas y demanda diferente tipo y cantidad de servicios hospitalarios al año, como consultas ambulatorias (emergencias y de consulta externa), partos, hospitalizaciones, cirugías entre otras, por lo que es necesario establecer también cuál es la “frecuencia o índice de uso estimada” o “Tasa de utilización de servicios” para cada tipo de servicios del hospital por grupo de ciclo de vida.

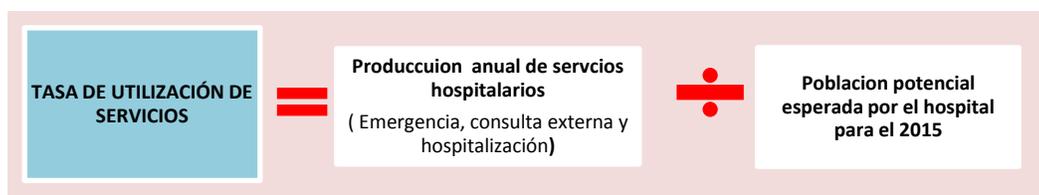
1.4.1. Tasa de utilización de los servicios

La tasa de utilización de servicios, es el número promedio de servicios recibidos por persona al año. La tasa de uso se obtiene de la siguiente manera:

- ✓ Para los servicios ambulatorios, sumar los datos de producción de consultas ambulatorias (consultas externas más las consultas de emergencia) y el resultado se divide entre la población potencial que se espera que demandará los servicios del hospital.
- ✓ Para servicios de hospitalización, se obtiene dividiendo el total de egresos producidos en un año, entre la población potencial esperada que demandará los servicios del Hospital en dicho año.
- ✓ Igual para el índice de frecuencia de cirugías, obtenido de dividir el total de cirugías efectuadas por el hospital (mayores y menores) entre el total de la población potencial esperada para el año que se trate.

Para calcular la tasa de utilización de los servicios se deben seguir los siguientes pasos:

- a) Del informe de producción anual del hospital, obtener los datos de consulta externa, emergencias, hospitalizaciones y cirugías.
- b) Traer los datos de población total esperada por el hospital para el año 2015 (Tabla 11, columna 5)
- c) Seguido aplicar la siguiente fórmula para cada servicio hospitalario.



Con esto el hospital podrá prever cuanto será la DEMANDA POTENCIAL POR TIPO DE SERVICIOS esperada al año, de su población potencial estimada.

La siguiente tabla muestra el proceso para construir el índice de frecuencia o tasa de utilización de servicios.

Tabla 13: Tasa de frecuencia de uso de servicios.

Tasa de frecuencia de uso de servicios de salud hospitalarios de la población potencial total				
Servicios Hospitalarios	Producción por servicio en el año 2013	Población Total Potencial esperada por el Hospital en el 2015	Formula	Tasa o índice de frecuencia de uso global estimado para 2015
Consulta Ambulatoria <i>(Consultas + emergencias atendidas por el hospital en el 2013)</i>	90,866	56,966	Total de consultas ambulatorias + emergencias / Población total potencial esperada en el 2013	1.60
Hospitalización <i>Total de egresos hospitalarios 2013</i>	8,496	56,966	Total de egresos hospitalarios / Población total potencial esperada en el 2013	0.149
Atención quirúrgica <i>Total de cirugías efectuadas por el hospital en el 2013</i>	2,053	56,966	Total de cirugías efectuadas / Población total potencial esperada en el 2013	0.036

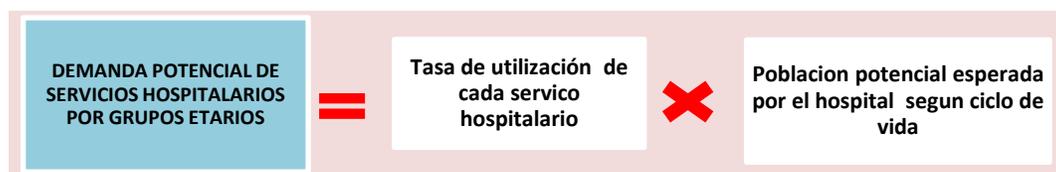
Fuente: Informe anual de producción de servicios del Hospital

También se pueden estimar **tasas de usos de servicios específicos** para grupos poblacionales, como por ejemplo para los niños y niñas menores de cinco años, o la población adulta mayor, así como, para la población de la zona urbana o rural. Pero para ello es necesario que el hospital haya registrado, recopilado y procesado la información de la producción de servicios brindados, tanto consultas ambulatorias y de egresos hospitalarios durante el año anterior, debidamente, desglosada por sexo, grupo etario e ideal por procedencia (población rural y urbana).

1.4.2. Estimación de la demanda esperada por servicios hospitalarios.

Ahora es el momento de determinar, cuanto será la DEMANDA ESPERADA DE SERVICIOS tanto ambulatorios como de hospitalización y quirúrgicos.

Esto requiere efectuar una proyección de la demanda esperada de “servicios hospitalarios” basados en la población potencial esperada por ciclo de vida. Esto se obtiene multiplicando cada uno de estos grupos de población por la tasa de frecuencia de uso, obtenida en el paso anterior, tanto para servicios ambulatorios como para los servicios de hospitalización y quirúrgicos tal como lo muestra la formula siguiente:



Para el caso de los servicios de consulta externa, la tasa de utilización resulto de 1.60, este dato se debe multiplicar por la población potencial a cubrir por el hospital divida en grupos etarios. De la misma manera se calcula para los servicios de hospitalización con una tasa de utilización de 0.15 y para servicios quirúrgicos una tasa de 0.036. (Tabla 13).

Para el caso de servicios de atención de parto, de acuerdo a las normas nacionales, el Hospital debe de prever brindar los servicios a la totalidad de “PARTOS ESPERADOS” de la población que le corresponde atender al hospital. Para estimar la demanda potencial de partos se deben seguir los siguientes pasos:

- a) Identificar de los datos de INE la cantidad de mujeres en etapa fértil (15 a 49 años)
- b) Restar de la población en etapa fértil el porcentaje de mujeres que utilizan algún método de planificación familiar (fuentes que se puede utilizar: ENDESA, estadísticas de la Dirección departamental o unidades locales de salud)
- c) Al resultado anterior se le debe restar un 5% que representa el número de mujeres que reciben atención en clínicas y hospitales privados.
- d) Además restar un 8% de mujeres infértiles (Dato promedio de mujeres infértiles en latinoamericana según Organización Mundial de Salud).
- e) Adicional hay que restar el 15% de posibles abortos.
- f) Finalmente al resultado del inciso anterior calcularle el 20% que serán los partos esperados por el hospital (el 80% es aquel porcentaje que le corresponde atender a las unidades de salud del área de influencia como ser: Clínicas materno infantil y Cesamos)

La siguiente tabla muestra todo el proceso para definir la demanda de cada servicio hospitalario por grupo etario.

Tabla 14: Demanda esperada de los servicios de salud hospitalarios de la población potencial por ciclo de vida

Demanda esperada de servicios de salud hospitalarios de la población potencial por ciclo de vida						
Población potencial esperada 2015	2. Niñez	3. Adolescente	4. Mujer	5. Adulto	6. Adulto mayor	7. Demanda total esperada por servicio
Tasa o índice de frecuencia por servicio						
Población potencial esperada por el Hospital para 2015 según su ciclo de vida	15,912	13,420	13,135	12,227	2,272	56,966
Proyección: demanda de servicios esperados de consultas ambulatorias (tasa de frecuencia de uso: 1.60 x cada población según su ciclo de vida)	Se esperan 25381 Consultas para: Niñez	Se esperan 21407 Consultas para: Adolescentes	Se esperan 20951 Consultas para: Mujeres	Se esperan 19504 Consultas para: Adultos	Se esperan 3,624 Consultas para: Adultos Mayores	90,866
Proyección / demanda de servicios esperados de hospitalización (tasa de frecuencia de uso: 0.15 x cada población según su ciclo de vida)	Se esperan 2,373 Hospitalizaciones para: Niñez	Se esperan 2,002 Hospitalizaciones para: Adolescentes	Se esperan 1959 Hospitalizaciones para: Mujeres	Se esperan 1824 Hospitalizaciones para: Adultos	Se esperan 2,370 Hospitalizaciones para: Adultos Mayores	10,527
Proyección / demanda de servicios esperados de servicios quirúrgicos (tasa de frecuencia de uso: 0.036 x cada población según su ciclo de vida)	Se esperan 573.45 Cirugías para: Niñez	Se esperan 483.655 Cirugías para: Adolescentes	Se esperan 473.35 Cirugías para: Mujeres	Se esperan 440.67 Cirugías para: Adultos	Se esperan 82 Cirugías para: Adultos Mayores	2053
Proyección ,demanda de servicios esperados de atención de parto:			* 3,285 Mujeres demandaran servicios de atención de parto.			

Esto representa la cantidad de servicios tanto de consulta ambulatoria como de hospitalización, atención de parto y servicios quirúrgicos que se espera que la población potencial, estratificada en sus diferentes ciclos de vida, demande para el año 2015. En otras palabras, es la cantidad de veces que la población potencial demandará los servicios hospitalarios.

Ahora debemos preguntarnos ¿A cuanta de esta demanda, el hospital tendrá la capacidad de atender con calidad? Para fijar esa “meta”, basado en el **conocimiento de su demanda**, el hospital tiene previamente que conocer su capacidad habilitada disponible y cuanto de esta se está utilizando, y cuanto aún no ha sido utilizada, permanece ociosa y puede primeramente utilizarse para cubrir y responder apropiadamente a dicha demanda. Para ello, se debe avanzar al siguiente capítulo donde abordaremos paso a paso como identificar la capacidad que el hospital tiene para atender a su demanda potencial.

Capítulo 2

ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD INSTALADA

2.1. Identificación de la capacidad instalada disponible.

Esto requiere determinar la disponibilidad de áreas y recursos físicos, tecnológicos y humanos con que cuenta el hospital para brindar sus servicios a su población usuaria. Básicamente se debe identificar la capacidad instalada y disponible con que cuenta el hospital especialmente en las siguientes áreas básicas:

2.1.1 Capacidad disponible para atención de consulta externa ambulatoria

2.1.2 Capacidad disponible para hospitalización y partos

2.1.3 Capacidad disponible para atención quirúrgica

De acuerdo al nivel de complejidad y especialización, un hospital también puede determinar su capacidad instalada por servicio especializado, incluyendo intensivo, observación, unidad de trasplantes, entre otras. Para realizar el análisis de la capacidad instalada del hospital se debe disponer de los siguientes datos:

Tabla 15: Descripción de los recursos utilizados por servicio hospitalario

Consultas ambulatorias	• Número de horas médico contratadas para consulta
Hospitalización	• Número de camas habilitadas por servicio
Cirugías	• Número de quirófanos habilitados
Atención a partos	• Número de camas habilitadas

2.1.1 Capacidad instalada disponible para brindar consultas ambulatorias (consulta externa o emergencia)

- a) Primero se necesita saber el número de consultorios con que cuenta el hospital. En algunos casos el hospital cuenta con varios consultorios pero no con el personal para atenderlos, estos casos, no deben ser incluidos en el análisis de su capacidad instalada.
- b) Luego se debe obtener el número de horas y número de médicos con que cada consultorio cuenta para brindar servicios a la población usuaria al día (ver tabla 16, columna 2), por semana (columna 3), Luego multiplicar el dato semanal por las 52 semanas que tiene el año. Columna 3). En algunos casos el hospital cuenta con consultorios que funcionan solo dos horas al día y otros, cuatro horas u horas diferentes, también habrá consultorios que no funcionan todos los días de la semana sino, solo algunos días. En este caso habrá que identificar las horas

que diariamente cada consultorio brinda Servicios con el personal calificado, para luego contabilizar las horas semanales que cada consultorio tiene disponible para brindar consultas externas ambulatorias. En nuestro caso en estudio se contabilizaron las horas por semana ya que la distribución de horas diarias no es uniforme para cada consultorio disponible.

- c) Calcular las horas de vacaciones y vacaciones profilácticas de cada médico permanente por servicio. Por ejemplo, en el caso que estamos analizando en el servicio de consulta externa, hay 9 médicos con 240 horas de vacaciones al año, cada uno, las cuales se suman y da como resultado 1,440 horas de vacaciones por el total de médicos asignados a ese servicio. Una vez que se tiene el total de horas de vacaciones por servicio restarlas del total de horas anuales habilitadas de cada servicio y nos dará las horas disponibles habilitadas al año.

Tabla 16: Horas anuales disponibles por consultorio

1.Tipo de servicio	2. No. De consultorios asignados	3 Capacidad resolutive: Horas de consultorios habilitados con el personal requerido disponible			4 Vacaciones + profilácticas de médicos por servicio	5. Horas habilitadas al año después de vacaciones
		3.1.Por día	3.2.Por semana	3.3.Por año		
Consulta externa general	7	N/A	188	9776	1,440	8336
Medicina interna	3	N/A	55	2860	480	2,380
Cirugía	2	N/A	16	832	240	592
Ortopedia	1	N/A	12	624	0	624
Pediatría	1	N/A	30	1560	0	1,560
Ginecología	1	N/A	44	2288	480	1,808
TOTALES	16					

N/A: En nuestro caso en estudio no se contabilizaron las horas al día porque no es uniforme la Distribución de las horas.

- d) Después, revisar la norma de rendimiento establecida por el rector acerca del número de consulta por hora que cada médico debe brindar (incluye primeras consultas y re consultas). Es probable y se debe tomar en cuenta, que quizás existan normas de rendimientos diferentes por tipo de servicio. Es decir, una norma de rendimiento para consultorios de atención de especialidades como; pediatría, ginecología y otras para atender medicina general. En estos casos es importante hacer el análisis por separado, por tipo de servicio, pero siguiendo los mismos pasos y lógica propuesta en la presente guía, tal como se muestra en la tabla 17 donde hay una norma de rendimiento de 6 consultas por hora para consulta externa general y 4 horas para consultas de especialidades

Tabla 17: Norma de rendimiento establecida por la SESAL.

Tipo de servicio	Norma de rendimiento consultas promedio/Hora
Consulta externa general	6 pacientes por hora
Consulta de especialidades	4 pacientes por hora

- e) Ahora hay que determinar la capacidad habilitada hospitalaria para atender consultas ambulatorias al año. Esto se establece multiplicando el número total de horas disponibles al año de todos los consultorios asignados a la consulta externa, por su norma de rendimiento (6 paciente por hora), de la misma manera se debe realizar para los consultorios disponibles para especialidades multiplicándolas por su respectiva norma de rendimiento (4 pacientes por hora), tal como lo muestra la siguiente fórmula:

$$\text{CAPACIDAD HABILITADA CONSULTA EXTERNA} = \text{Numero total de horas disponibles al año de la totalidad de consultorios} \times \text{Norma de rendimiento establecida por el rector para cada servicio}$$

La tabla siguiente muestra todo el proceso para determinar la capacidad habilitada anual de los servicios de consulta externa (Columna 5), así como, la capacidad anual por consultorio (Columna 6) del hospital de La Paz.

Tabla 18: Capacidad habilitada disponible al año para brindar servicios ambulatorios de consulta externa

1. Tipo de servicio	2 No. De consultorios asignados	3 Horas habilitadas al año después de vacaciones	4 Norma de rendimiento consultas promedio/Hora	5 Capacidad en hrs Habilitada al año
Consulta externa general	7	8336	6	50,016
Medicina interna	3	2,380	4	9,520
Cirugía	2	592	4	2368
Ortopedia	1	624	4	2496
Pediatría	1	1,560	4	6,240
Ginecología	1	1,808	4	7,232
TOTALES	16			77,872

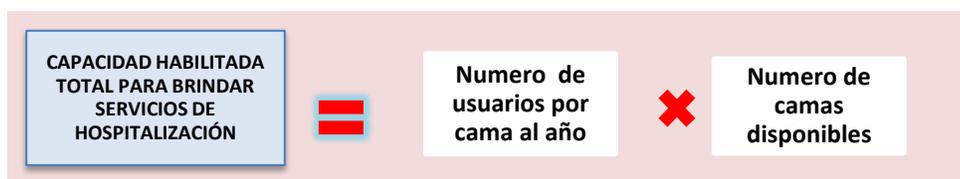
En el caso del hospital que estamos analizando los servicios ambulatorios de consulta externa tienen una capacidad habilitada de brindar 77,872 consultas al año, divida en servicios de consulta externa general y consulta de especialidades.

Nota: Cabe mencionar que en la tabla 18 salen 16 consultorios disponibles y físicamente solo existen 15, esto es, debido a que uno de ellos se utiliza tanto para consulta externa general como para consulta de especialidades, y por estar disponible para ambos servicios, se deben contabilizar en cada uno. (Ver anexo 2.1)

2.1.2. Capacidad instalada disponible para brindar servicios de hospitalización incluyendo de atención de partos.

- a) Primero identificar y actualizar el inventario del número de camas disponibles, en uso, con que cuenta el hospital por tipo de servicio. En el hospital que estamos analizando es de: 59 camas disponibles (ver reporte de indicadores del hospital en el anexo 2.3.2) y lo ubicamos en la columna 1 de la tabla 19 abajo mostrada. Es importante que el número de camas este actualizado en el reporte de indicadores.

- b) Seguido, tener la norma de rendimiento establecida por el rector acerca del promedio de días estancia por usuario para cada tipo de servicio. En nuestro hospital en análisis, se desagrega de la siguiente manera: 5 días estancia para usuarios(as) hospitalizados de los servicios de medicina interna, 3 días para servicios de pediatría y cirugía (incluye pre y post operados y demás casos que requieran hospitalización en estas especialidades), 4 días estancia para usuarios(as) de los servicios de neonatología, 2 días para usuarias de los servicios de ginecología y 1,5 para obstetricia. (Incluyendo post parto, puerperio y otras condiciones que se requiera), (ver reporte de indicadores del hospital en el anexo 2.3.2). Estos datos los ubicamos en la columna 3 de tabla 19.
- c) A continuación, estimar el “Giro Cama”, que significa; el número de veces al mes que una cama es utilizada por un(a) usuario(as) y se obtiene dividiendo 30 días del mes calendario (se considera los 30 días calendario ya que los servicios de hospitalización interna no se suspenden nunca durante el año), entre el promedio de días estancia del servicio que se trate. (columna 4, tabla 19).
- d) Calcular el número de usuarios(as) que cada servicio puede atender de acuerdo a las normas definidas, por cada cama disponible al año. Esto se obtiene multiplicando el giro de cama mensual, anotado en la columna 4a de la tabla 19, por los 12 meses del año. Este resultado se puede observar en la columna 4b de la tabla 19 de abajo.
- e) Establecer la capacidad habilitada anual de cada servicio de hospitalizaciones, multiplicando el número de usuarios(as) por cama al año (columna 4c de la tabla 19) por el número de camas disponibles para cada servicio como lo muestra la fórmula de abajo. De esta manera obtendremos la capacidad habilitada anual de cada servicio de hospitalización, incluyendo atención a partos. Esta capacidad habilitada total representa a su vez; el número potencial de egresos esperados al año por servicio del hospital.



En la siguiente tabla podemos apreciar el proceso a seguir para identificar la capacidad habilitada anual de los servicios de hospitalización, el cual tiene una capacidad habilitada anual para producir de 8,096 egresos anuales con un total de 59 camas.

Tabla 19: Capacidad habilitada al año para brindar servicios de hospitalización

1. Servicio	2. Camas disponibles 24 horas al día todo el año	3. Promedio Días - Estancia por usuario (según normas)	4. Capacidad Habilitada de hospitalización por Servicio		
			4a No. De usuarios por cama al mes "Giro de cama" 30 días/días de estancia)	4b. No. usuarios por cama al año (12 meses X giro de cama)	4c. Capacidad Habilitada anual por servicios de hospitalización <i>(No. De usuarios por cama al año X Numero de camas disponibles)</i>
Medicina Interna	14	5	6	72	1008
Cirugía	10	3	10	120	1200
Pediatría	11	3	9	111	1222
Neonatología	5	4	8	92	459
Ginecología	8	2	17	198	1584
Obstetricia	11	1.5	20	239	2624
TOTALES	59				8,096 egresos esperados en el año

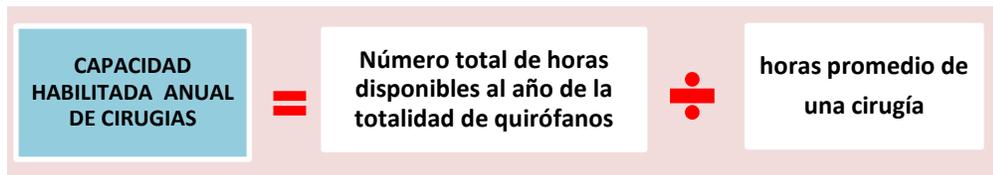
2.1.3. Capacidad instalada disponible para brindar servicios quirúrgicos

Las variables clave para determinar la capacidad habilitada disponible del quirófano, corresponden:

- Primero el número de quirófanos disponibles (columna 1 de la tabla 20 de abajo). Si el hospital cuenta con algún quirófano y no tiene el personal calificado disponible para utilizarlo, no debe ser incluido en el análisis de su capacidad instalada.
- Segundo, el número de horas por quirófanos disponible que cuenta con el personal calificado requerido para operar al día (Columna 2 de la tabla 20 de abajo), por semana (columna 3) y luego por las 52 semanas que tiene el año (columna 4).

En este paso es importante tomar en cuenta que se deben considerar únicamente las horas de quirófano con personal calificado disponible. Es probable que algún quirófano solo funcione 4 horas el día, o solo dos o tres días a la semana, todo esto tendrá que ser identificado y sumado al día y a la semana para obtener la capacidad habilitada diaria y semanal, y luego con base al total, determinar la capacidad mensual y anual disponible de quirófanos del hospital. Para recolectar esta información usar el instrumento del anexo 3.3

- Tercero, disponer de la norma de rendimiento brindada por el rector sobre horas promedio que se requieren para realizar una cirugía mayor. Que para el hospital que analizamos es de 2.5 horas promedio por cirugía. (columna 6 de la tabla 20 de abajo).
- Finalmente determinar la capacidad habilitada anual para efectuar cirugías mayores. Esto se determina dividiendo el número total de horas disponibles de la totalidad de quirófanos al año, por el tiempo promedio establecido en la norma de rendimiento para efectuar una cirugía mayor.



A continuación se aprecia que la capacidad habilitada de nuestro hospital en estudio para los servicios de quirófano es de 1,872 cirugías anuales con dos quirófanos habilitados.

Tabla 20: Capacidad Habilitada disponible al año para brindar servicios de cirugías mayores

1.No Quirófanos	Capacidad habilitada: Horas de quirófanos habilitados con el personal requerido disponible			6.Horas promedio /cirugía mayor	7.Capacidad ANUAL habilitada disponible
	2. Por día	3. Por semana	5. Por año		
2	N/A	90	4,680	2.5	1,872

Fuente: Depto. de estadística hospital en estudio.

Hasta aquí se ha logrado identificar la Capacidad Habilitada de cada uno de los servicios hospitalarios.

2.2. Identificación de los servicios con mayor demanda del hospital

Considerando que el hospital es una de las organizaciones más complejas a nivel mundial, es recomendable comenzar un proceso de **definición de metas basados en la demanda potencial**, priorizando y focalizando la atención en aquellos servicios de mayor demanda. Después, conforme a la práctica, las experiencias y lecciones aprendidas que este nuevo enfoque nos brinda, pueden irse incorporando otros servicios hasta que, en un mediano y largo plazo, se incorpore a la totalidad de servicios que el hospital brinda basado en la demanda, como el sugerido en la presente guía.

Esto requiere identificar la producción mensual y anual de los servicios que brinda el hospital y que porcentaje de su capacidad instalada, definida en la sección anterior, es utilizada para generar esa producción.

2.2.1. Servicios con mayor demanda de consulta externa

Esto incluye tanto servicios de atención ambulatoria como de hospitalización. Para ambos tipos de servicios se aplica la técnica ABC. Veamos el ejemplo del hospital de La Paz, primero con servicios de consulta ambulatoria, analizando la producción anual de consultas externas ambulatorias brindadas y luego de los egresos hospitalarios en el año, brindados por los servicios de hospitalización, incluyendo servicios de atención de partos y quirúrgicos.

Para identificar los servicios con mayor demanda de consulta externa ambulatoria: Se deben aplicar los siguientes pasos:

- a) Primero tener claramente identificada la producción de consultas ambulatorias externas brindadas por el hospital durante el año, por tipo de servicio. Este dato lo colocamos en la columna 2 tal como lo muestra la tabla 21 abajo mostrada.
- b) Luego obtener el porcentaje de cada servicio con relación a la producción anual (Columna 3). Este se obtiene de dividir la producción de cada servicios entre la producción total de consultas al año.

Tabla 21: Producción por servicios con mayor demanda de consulta externa ambulatoria Del Hospital de La Paz.

I. Servicios disponibles	2. Total Consultas brindadas en el año 2013	3. Porcentaje
Medicina general	34,519	72%
Medicina interna	5,039	10%
Cirugía general	1,654	3%
Ortopedia	1,702	4%
Pediatría general	3,195	7%
Ginecología y obstetricia	2,014	4%
Total de servicios brindados en 2013	48,123	100%

Fuente: Depto. de estadística del hospital en estudio

- c) Seguido ordenar de mayor a menor los servicios conforme a su producción de consultas brindadas en el 2013 y su porcentaje correspondiente con relación a la totalidad de consultas generadas en ese año como se muestra en la tabla 22 mostrada abajo.
- d) En esta misma tabla 22 en la columna 4, aplicar la técnica ABC que consiste en identificar y agrupar el conjunto de servicios con mayor demanda (Servicios tipo “A”), que constituyen el 50 o más por ciento de la producción total de consultas externas hospitalarias en el año, que en el caso del hospital que analizamos corresponden a los servicios de consulta externa general que representa el 72% de la demanda.
- e) Luego agrupar aquellos servicios que en su conjunto suman el 25 a 30% de la producción total anual de consultas externas hospitalarias (Servicios tipo “B”), que para el hospital que analizamos, corresponden a los servicios de medicina interna, pediatría, medicina interna y ginecoobstetricia con un 21.3%.
- f) Seguido, agrupar al resto de servicios que en su conjunto no sobrepasan del 20% del total de la producción anual de consultas externas hospitalarias (Servicios tipo “C”), que para nuestro hospital en estudio corresponden a los servicios de Ortopedia y cirugía general con el 6.9%.

Se propone la siguiente tabla para visualizar de manera más clara la clasificación de los servicios de mayor demanda según método ABC.

Tabla 22: Servicios de mayor demanda de consultas ambulatorias externas por servicio del hospital de La Paz de acuerdo a la técnica de priorización ABC.

I. Servicios disponibles	2. Total Consultas brindadas en el 2013	3.Porcentaje	4.Clasificacion ABC
Medicina general	34,519	72%	Tipo A 72%
Medicina interna	5,039	10.5%	Tipo B 21.3%
Pediatría general	3,195	6.6%	
Ginecología y obstetricia	2014	4.2%	
Ortopedia	1,702	3.5%	Tipo C 6.9%
Cirugía general	1,654	3.4%	
Total de servicios brindados en 2013	48,123	100%	100%

2.2.2. Servicios de mayor demanda de hospitalizaciones

Igual que en el caso de los servicios de atención de consulta externa ambulatoria, se deben aplicar los siguientes pasos:

- a) Primero, tener claramente identificada la producción de egresos hospitalarios del año por tipo de servicio.
- b) Luego obtener el porcentaje de representación de cada servicio con relación a la producción anual (Columna 2). Este se obtiene de dividir la producción de egresos anuales de cada servicios entre la producción total de egresos al año (Columna 3).

Tabla 23: Producción anual de servicios de hospitalización y cirugía.

I. Servicios disponibles	2. Producción de egresos en el año	3. Porcentaje
Medicina	775	9%
Cirugía	935	11%
Pediatría	969	11%
Neonatología	458	5%
Ginecología	1,914	23%
Total obstetricia	3,445	41%
Total de servicios brindados en el año	8,496	100%

Fuente: Depto. de estadística hospital en estudio

- c) Seguido ordenar los servicios, conforme a su producción de egresos en el año, de mayor a menor y luego su porcentaje correspondiente con relación a la totalidad de egresos generados en ese año, como se muestra en las columnas 2 de la tabla 24 mostrada abajo.
- d) En esta misma tabla 24 en la columna 4, aplicar la técnica ABC agrupando el conjunto de servicios con mayor demanda (Servicios tipo “A”), que constituyen el 50%, o más, de la producción total de egresos hospitalarios en el año. En el caso del hospital de La paz los servicios que mayor demanda tiene son de obstetricia y ginecología, que juntos suman y representan el 63% de la demanda y la producción anual total de servicios de hospitalización del hospital.
- e) Luego agrupar aquellos servicios que en su conjunto suman el 25 y hasta el 30% de la producción total anual de egresos hospitalarios (Servicios tipo “B”), que para nuestro hospital en estudio, corresponden a los servicios de pediatría y cirugía con un 22%.
- f) Y finalmente, agrupar al resto de servicios que en su conjunto no sobrepasan del 20% del total de la producción anual de egresos hospitalarios (Servicios tipo “C”), que corresponde, en este caso, al servicio de medicina interna y neonatología con un 14%.

Tabla 24: Servicios de mayor demanda de hospitalización y cirugía y su capacidad ociosa de Acuerdo a la técnica de priorización ABC:

1. Servicios disponibles	2. Producción de egresos en el año	3. Porcentaje	4. Clasificación ABC
Obstetricia	3445	41%	63%
Ginecología	1914	23%	
Pediatría	969	11%	22%
Cirugía	935	11%	
Medicina	775	9%	14%
Neonatología	458	5%	
Total de servicios brindados en año	8,496	100%	100%

Nota: En el caso de servicios de quirófano no se aplica la técnica ABC

2.3. Identificación de la capacidad ociosa

La capacidad ociosa es aquella capacidad instalada con potencial productivo que no está siendo utilizada y que provoca altos costos financieros, ya sea por mantenimiento, alquiler o cualquier otro factor que le impide a la administración utilizarlo.

En el caso de un hospital, la capacidad instalada no utilizada, son todos aquellos recursos como; infraestructura, equipo y recurso humano que han sido instalados pero que no se utilizan en su totalidad y se convierte en un gasto ya que no contribuye a mejorar la cobertura y acceso de servicio que la población demandar.

La capacidad ociosa se determina restándole a la capacidad habilitada anual de cada servicio, la producción anual de cada uno de ellos. En el caso de los servicios de consulta externa, la capacidad ociosa será, todas las horas que cada consultorio tiene disponible para brindar consultas pero que no se están brindando a la población. Esta capacidad ociosa debe ser considerada la base inicial, tanto para establecer **Metas de producción** para el próximo año, como para la reducción y cierre de brechas de acceso y cobertura de la población potencial de su área de influencia.

2.3.1. Identificación de la capacidad ociosa de los servicios de Consulta Externa

Para identificar la capacidad ociosa de los servicios de consulta externa vamos a construir la siguiente tabla con los pasos a continuación:

- De la tabla 18 traer la capacidad habilitada de los servicios de consulta externa, (columna 5) y registrarlos en la columna 2 de la tabla 25.
- De la tabla 21, columna 2, la producción anual de cada servicio que equivale al número de atenciones que se brindaron en el año previo.
- Restar de la capacidad habilitada la producción anual, o número de atenciones anuales, que cada servicio produjo. El resultado será toda aquella capacidad que todos los consultorios instalados tiene para brindar consultas externas, pero que no se brindaron.

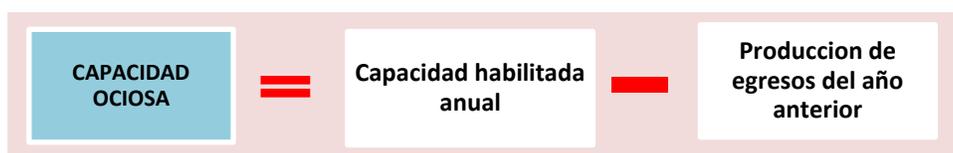
Tabla 25: Cálculos de la capacidad ociosa de los servicios de consulta externa

1. Tipo de servicio	2) Capacidad habilitada anual por servicio	3. Producción anual por servicio 2013	4. Capacidad ociosa capacidad (resolutiva anual – producción anual)
Consulta externa general	50,016	34519	15497
Medicina interna	9,520	5039	4481
Cirugía	2368	1654	714
Ortopedia	2496	1702	794
Pediatría	6,240	3195	3045
Ginecología	7,232	2014	5218
Totales	77,872		29,749

2.3.2 Identificación de la capacidad no utilizada u ociosa de los servicios de Hospitalización.

Al igual que los servicios de consulta externa, determinaremos la capacidad ociosa de los servicios de hospitalización con los siguientes pasos:

- Traer capacidad habilitada de los servicios de hospitalización de la tabla 19 columna 4c y ubicarlos en la columna 2 de la tabla 26 abajo mostrada.
- Traer de la tabla 23, columna 2, la producción anual total de egresos por servicios de hospitalización que el hospital brindó a su población usuaria durante el año previo. (Ubicar el dato en la columna 3 de la tabla 26 abajo mostrada)
- Seguidamente, restar de la capacidad habilitada, de cada servicio de hospitalización, la producción de egresos como lo muestra la formula siguiente.



El resultado será toda la capacidad habilitada que tienen los servicios de hospitalización, de acuerdo a su número de camas disponibles, pero que no se utilizaron en el año anterior (Columna 4 tabla 26).

Tabla 26: Capacidad ociosa de los servicios de hospitalización

Servicios de hospitalización	2. Capacidad habilitada anual de servicios de hospitalización	3. Producción de egresos en el año 2013	4. Capacidad ociosa (habilitada anual – producción anual)
Medicina	1,008	775	233
Cirugía	1,200	935	265
Pediatría	1,222	969	253
Neonatología	459	458	1
Ginecología	1,584	1,914	-330
Total obstetricia	2,624	3,445	-821
Total de servicios brindados en el año	8,097	8,496	-399

2.3.3 Identificación de la capacidad no utilizada u ociosa de los servicios quirúrgicos:

- a) Primero registrar el número de quirófanos con personal calificado disponible con que cuenta el hospital. (Tabla 20, Columna 1)
- b) Seguido traer, la capacidad habilitada de la totalidad de quirófanos. (tabla 20)
- c) Seguido revisar y registrar la totalidad de cirugías mayores y menores realizadas durante el año en la totalidad de quirófanos disponibles en la columna 3 de la tabla 27 de abajo. En nuestro caso en estudio solo se tomaron las cirugías mayores debido a que las menores son realizadas en consulta externa.
- d) Luego, restar de la capacidad habilitada anual disponible del hospital para realizar cirugías, la suma del total de las cirugías realizadas durante el año previo.

La diferencia corresponde al número de horas que cada quirófano tiene habilitadas para realizar cirugías, pero que no se utilizaron. (Columna 5)

Tabla 27: Capacidad ociosa de los servicios de quirófano

1. No quirófanos	2 Capacidad Habilitada anual disponible	1. Cirugías mayores realizadas el año anterior	5. Capacidad no utilizada u ociosa
2	1,872	1,603	269

Hasta aquí se ha logrado obtener la capacidad habilitada y ociosa de los servicios hospitalarios.

Capítulo 3

DEFINICIÓN DE METAS DE PRODUCCIÓN

¿Cuánto es la cantidad máxima posible y factible, que de acuerdo a las necesidades de salud identificadas de nuestra población potencial en el diagnóstico de situación de salud, así como a las tendencias observadas, a los recursos disponibles y nuestras capacidades, podemos comprometernos a alcanzar al finalizar el próximo año?.

La respuesta a esta interrogante se traduce en la definición de metas de producción para cada uno de los servicios que brinda el hospital. Su definición parte del análisis de la demanda o población potencial del hospital por ciclo de vida y de la capacidad instalada, utilizada y no utilizada del hospital. Incluye tanto los servicios ambulatorios, como de hospitalización, servicios quirúrgicos y de atención de partos.

Debido a que en este momento no se cuenta con el registro de las estadísticas y estudios dentro del hospital y de las demás unidades de salud para calcular la demanda potencial de cada servicio hospitalario del área de influencia, los cálculos para obtener la demanda potencial por tipo de servicio se harán a partir de la información en la proyección de demanda potencial de servicios por grupo etario, calculada en el capítulo I (ver tabla 4). Para determinar qué tipo de grupo etario demandará cada tipo de servicio nos guiaremos con la siguiente tabla:

Tabla 28: Grupos de población demandante por tipo de servicio

TIPO DE SERVICIO	GRUPO DE POBLACION DEMANDANTE
Consulta externa	Toda la población excepto niños (0-9 años) y adolescentes (10-19 años). (Tabla 14, fila 1)
Medicina Interna	Calcular el porcentaje que representa este servicio del total de producción de atenciones del año anterior y multiplicarlo por la demanda potencial de los servicios de consulta externa (tabla 14, fila 2)
Cirugía general	Calcular el porcentaje que representa este servicio del total de producción de atenciones del año anterior y multiplicarlo por la demanda potencial de los servicios de consulta externa (Tabla 14 fila 2)
Ginecología general	Todas las mujeres de la demanda de los servicios de consulta externa, (Tabla 14 columna 14, fila 2)
Pediatría general	Todos los niños de 0 a 9 años de la demanda del hospital (Tabla 14, fila 2)
Ortopedia	Todas la demanda potencial de los servicios de consulta externa del hospital. (Tabla 14 fila 2)
Hospitalizaciones de Medicina Interna	Toda la demanda potencial de los servicios de hospitalización menos los niños y adolescentes.
Hospitalizaciones de pediatría	Todos los niños de 0-9 años que demande servicios de hospitalizaciones.
Hospitalización de Ginecología	Todas las mujeres de la demanda potencial de los servicios de hospitalización de hospital (Tabla 14, columna 4, fila 3).
Obstetricia	Todas las mujeres de la demanda potencial de los servicios de hospitalización.(Tabla 14, fila 3)
Cirugía	Calcular el porcentaje que representa este servicio del total de producción de cirugías del año anterior y multiplicarlo por la demanda potencial de los servicios de cirugía. (Tabla 14, fila 4)
Partos	Todas la mujeres en estado de embarazo o que posiblemente puede salir embarazadas de la demanda del hospital. (Tabla 14, Columna 3, fila 5)

*El grupo etario de adolescentes se excluye debido a que presenta una demanda de muy baja.

Se sugiere comenzar la fijación de metas en base a los servicios de mayor demanda calculados según la técnica ABC. Conforme a la experiencia y desarrollo de capacidades se puede ir incorporando otros servicios de forma progresiva, hasta que en un mediano o largo plazo se incorpore a la totalidad de servicios del hospital a un proceso de establecimiento de metas con un enfoque basado en el análisis de la demanda.

Para la definición de metas de los servicios de mayor demanda, se siguieren los siguientes pasos:

3.1 Establecimiento de metas de servicios ambulatorios.

Conforme a lo previamente planteado, se sugiere comenzar fijando metas basado en un análisis de la demanda potencial de aquellos servicios de mayor demanda conforme la técnica ABC. Comenzaremos construyendo una tabla siguiendo los siguientes pasos: (Ver tabla 29)

- a) Para nuestro hospital en estudio, hemos identificado un servicio tipo “A” que corresponden a; Medicina General con un 72%, (Tabla 21) sin embargo tomaremos el segundo servicio de mayor de demanda correspondiente a Medicina Interna para ampliar el análisis de área de consulta externa. (columna I de la tabla número 15, abajo)
- b) Seguido, traer de la tabla 18 del capítulo 1, el número de consultorios asignados al servicio de Medicina General y Medicina Interna y anotarlos en la columna 2.
- c) De la misma tabla 18 traer capacidad resolutive anual disponible con que cuenta el hospital para estos dos servicios (identificada en la columna 5).
- d) Luego proceder a transcribir en la columna 4 la capacidad utilizada que equivale a la producción anual de atenciones que el hospital tuvo el año anterior. (Tabla 19 columna 4c) y en la columna 5 colocar la capacidad ociosa (tabla 25)
- e) En la columna 6 colocar la demanda potencial de cada servicio siguiendo los criterios de la tabla 28. Para el caso de consulta externa la demanda potencial serán todos los grupos etarios, exceptuando adolescentes y los niños, que según la tabla 14 es de 44,078 consultas. Para el servicio de Medicina Interna su demanda se calculará dividiendo la producción del servicio de medicina interna del año 2013 entre el total de la producción de los servicios ambulatorios del año anterior 2013. En este caso se obtuvo un resultado de 10%, este porcentaje lo multiplico por la demanda potencial total de los servicios ambulatorios de la tabla 14 y obtendremos la demanda potencial para los servicios de medicina interna, que resultado de 9,087 atenciones potenciales.

Hasta aquí hemos llenado la tabla con la información que necesitaremos para comenzar a establecer las metas de producción. Ahora, el primer paso para fijar las metas deberá enfocarse en realizar un análisis comparativo entre la capacidad resolutoria del hospital para brindar servicios ambulatorios y la demanda esperada del hospital en cada uno de los servicios. En este punto las autoridades del hospital deben reunirse para determinar las metas que se propondrán en ese año para cada servicio.

Tabla 29: Identificación de las variables para la estimación de metas

1. Servicios	2. No. Consultorios disponibles para cada servicio	3. Capacidad habilitada anual disponible	4. Cap. Utilizada (Producción anual)	5. Cap. Ociosa	6 % de Cap. ociosa	7. Demanda esperada	8. Meta de consultas próximo año			9. Demanda insatisfecha	
							8a. No. consultas	8b. % de cobertura	8c. % incremento con relación al año anterior	9 a. No. de la brecha	9b. % de brecha
Medicina general	7	50,016	34,519	15,497	31%	44,078	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
Medicina Interna	1	9,520	5039	4,481	47%	9086	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?

- *Estimación de metas para el servicio de consulta externa:*

Comenzaremos estableciendo metas para el servicio de consulta externa haciendo un análisis comparativo de las cuatro variables que dejamos plasmadas en la tabla 28 – Capacidad habilitada, capacidad ociosa, producción o capacidad utilizada y demanda esperada-

El análisis nos dice que el hospital tiene una capacidad habilitada para brindar 50,016 consultas generales al año, contra una demanda esperada de 44,078 consultas, esto nos indica que el servicio de consulta externa tiene capacidad de cubrir toda su demanda potencial haciendo uso, o dinamizando, la capacidad ociosa que mantiene de 31%. Por lo tanto estimaremos la meta de cubrir el 100% de su demanda potencial-44°78 consultas al año- lo cual nos generará un incremento en la cobertura de servicios, con respecto al año anterior, del 25%. (Ver tabla 29, columna 6a). Cabe destacar que las metas son establecidas a criterio del director del hospital y su equipo de apoyo.

- *Estimación de metas para el Medicina interna :*

En el caso de Medicina Interna el hospital tiene una demanda potencial de 9,086 posibles consultas (Es el 10% de la demanda potencial de servicios ambulatorios, tabla 14) y una capacidad habilitada de 9,520 consultas anuales, al igual que medicina externa, el servicio de Medicina Interna tiene la capacidad de atender el 100% de su demanda, haciendo uso primeramente, de su capacidad ociosa que actualmente es de un 47%. (Ver tabla 29). Esto, daría un incremento de cobertura con respecto al año anterior de un 80% y cerraría la brecha de demanda insatisfecha.

Esta meta de cubrir toda la demanda es un ejercicio para efectos de la guía, queda a decisión del director del hospital junto con su equipo de trabajo, tomar la decisión de aumentar la cobertura en su totalidad o solo parcialmente, siempre tomando en cuenta, que la primera opción para poder aumentar cobertura es dinamizar la capacidad ociosa existente en cada servicio. EL director del hospital y su consejo consultivo puede tomar la decisión de aumentar en un porcentaje determinado la demanda utilizando un porcentaje determinado la capacidad ociosa.

La siguiente tabla muestra todo el proceso para hacer las proyecciones de metas para los servicios ambulatorios.

Tabla 30: estimación de metas para los servicios de consulta externa

1. Servicios	2. No. Consultorios disponibles para cada servicio	3. Capacidad Habilitada	4. Cap. Utilizada (Producción anual)	5. Cap. Ociosa	% de la Cap. ociosa	5. Demanda Potencial	6. Meta de consultas próximo año			7. Demanda insatisfecha	
							6a. No. Consultas	6b. % de cobertura	6c. % incremento con relación al año anterior	7 a. No. de la brecha	7 b. % de brecha
Medicina general	7	50,016	34,519	15,497	31%	44,078	44,078	100%	25%	0	0%
Medicina Interna	1	9,520	5039	4,481	47%	9,086	9,086	100%	80%	0	0%

Para calcular los porcentajes de la tabla anterior se aplican las siguientes formulas:

- **Porcentaje de cobertura: (Columna 6b)**

$$\text{Número de consultas proyectadas} / \text{Demanda esperada}$$
- **Porcentaje de incremento con relación al año anterior: (Columna 6c)**

$$(\text{Número de consultas proyectadas} - \text{Capacidad utilizada}) / \text{Capacidad utilizada}$$
- **Número de brecha: (Columna 6a) número de consultas sin atender**

$$\text{Número de consultas proyectadas} - \text{Demanda esperada}$$
- **Porcentaje de brecha: (Columna 7b)**

$$\text{Numero de brecha} / \text{Demanda esperada}$$

3.2. Establecimiento de metas de servicios de atención de partos y hospitalización.

Al igual que los servicios de consulta externa, el establecimiento de metas para servicios de hospitalización se comienza fijando para aquellos servicios con mayor demanda según la técnica ABC. Para nuestro hospital en estudio los dos servicios de mayor demanda corresponden a obstetricia y ginecología con un 68%. Para este análisis se tomará el servicio de pediatría que es el tercer servicios con mayor demanda de hospitalizaciones con un 22% (Columna 4 tabla 23).

Continuando con nuestro proceso de establecimiento de metas para servicios de hospitalización construiremos la tabla número 31 con la siguiente información:

- a) Anotar en la columna 2, el número de camas disponibles para los servicios de obstetricia ginecología y pediatría descritos en la tabla 19 columna 2.
- b) Luego en la columna 3, la capacidad resolutive anual disponible con que cuenta el hospital para estos dos servicios (identificada en la columna 5 de la misma tabla anterior 19).
- c) Transcribir en la columna 4 y 5, la capacidad utilizada y ociosa de la tabla 26.
- d) Colocar en la siguiente columna 7, la demanda potencial del Servicio de Obstetricia (tabla 14, columna 4 fila 5,) ginecología (Tabla 14, columna 3, fila 14) y el número de hospitalizaciones esperadas para el Servicio de Pediatría definidos en la columna 2, fila 3 de la misma tabla 04.

Hasta aquí hemos llevado la tabla número 31, abajo mostrada, con toda la información que necesitamos para comenzar a planificar las metas hospitalarias.

- *Establecimiento de metas del servicio de obstetricia*

Contando con esta información procedemos a hacer el análisis para fijar las metas para el próximo año. Comenzaremos con el servicio de obstetricia, observando que tiene una capacidad habilitada para atender 2,629 casos y una demanda esperada de 3,285 hospitalizaciones. Con esta información a simple vista se puede observar que el servicio de obstetricia no tiene capacidad de cubrir toda la demanda potencial, si no solo, el 68% de ella (Columna 8b tabla 31). Por lo tanto se programarán metas solo para cubrir el total de su capacidad resolutive. También Por otro lado podemos ver en la columna 5, que la capacidad ociosa presenta un signo negativo, lo que nos indica que hay una sobreutilización del servicio, y la meta de atender solo 2,629 hospitalizaciones, será el máximo de egresos que podrán producirse en este servicio. Sobrepasar esta meta significaría un deterioro de la calidad de los servicios. En el caso de este hospital , se debe hacer un análisis sobre la calidad de servicio que se está brindado a través de sus indicadores de calidad.

- *Establecimiento de metas del servicio de Ginecología*

Ahora analicemos las mismas variables para fijar metas para el servicio de ginecología. El hospital tiene una capacidad Habilitada de 1,440 hospitalizaciones anuales en el Servicio de ginecología y una demanda de 1959 ingresos potenciales (columna 7). A simple vista, y al igual que el servicios de obstetricia, se puede observar que el hospital no tiene la capacidad para atender a toda su demanda, y actualmente, ya supero la utilización de su capacidad instalada disponible en 474 casos, como lo vemos en la columna 4 donde su capacidad ociosa esta en negativo y atender más de esta meta resultaría en un deterioro de calidad del servicio. . Por lo tanto, las metas que se proyectaran para el próximo año serán igual a su capacidad resolutive de 1440 egresos potenciales (Columna 8a). Para lo cual el hospital deberá asegurarse que se den con calidad. Esto NO representaría ningún incremento en las metas de producción de servicios de hospitalización de ginecología, por el contrario, presentaría un decremento de atenciones con respecto al año anterior, debido a que sobrepasar esta capacidad instalada se pone en riesgo la calidad del servicio.

Cuando un servicio no mantiene capacidad ociosa pero tiene una brecha insatisfecha como los servicios de obstetricia y ginecología, el hospital debe trabajar en estrategias, ya no para eliminar capacidad ociosa, si no para acortar o cerrar la brecha. Las estrategias para el cierre de brecha se plantearan en el capítulo 4.

- *Establecimiento de metas del servicio de Pediatría*

En el caso de los servicios de pediatría el hospital tiene una capacidad habilitada anual de 1,320 hospitalizaciones pediátricas y una demanda potencial de 2,373 pacientes (Columna 3 y 7), por lo que se planificará tender 1320 hospitalizaciones pediátricas para el próximo año. Con esto estaremos cubriendo el 56% de la demanda y habremos incrementado la cobertura, con respectos al año anterior, en 36%. Esta cobertura se logrará haciendo uso de la totalidad de la capacidad ociosa.

Tabla 31: Estimación de metas de producción para los servicios de hospitalización, internación y atención a partos.

1.Servicios disponibles	2. No. Camas disponibles	3. Cap. Habilitada al año	4. Utilizada (egresos)	5. Ociosa	6. % de la cap. Ociosa o sobre-utilizada	7. Demanda Potencial	8.Meta de partos a atender y hospitalizaciones para el próximo año			9.Demanda insatisfecha	
							8 a. No. Egresos esperados	8 b. % de cobertura	8 c. % incremento con relación al año anterior	9 a. No. de la brecha	9 b. % de la brecha
Obstetricia	11	2,629	3445.0	-816	-31%	3285	2629	80%	-24%	656	20%
Ginecología	8	1,440	1,914	-474	-33%	1,958	1,440	74%	-25%	519	26%
Pediatría	11	1,320	969	351	27%	2,373	1320	56%	36%	1053	44%

3.3. Establecimiento de metas de servicios quirúrgicos.

- Para establecer las metas de los servicios quirúrgicos, tomamos de la tabla 20 el número de quirófanos habilitados.
- Luego en la columna 2, anotar la capacidad habilitada anual disponible con que cuenta el hospital para realizar intervenciones quirúrgicas (Columna 7 de la tabla 20).
- A continuación, proceder a transcribir en la columna 3 y 4 respectivamente, la capacidad utilizada (producción del servicio del año anterior) y ociosa del servicio. Y en la columna 5 la mora quirúrgica que mantiene el servicio.
- Posteriormente traer de la tabla 14 la demanda potencial de los servicios quirúrgicos (Fila 4, columna 7) y sumarle la mora quirúrgica que mantiene el hospital.

Contando con esta importante información, el primer paso para fijar las metas deberá de enfocarse en realizar un análisis comparativo entre la demanda esperada de cirugías que corresponde a 2144 con relación a la capacidad habilitada anual disponible, que en este caso equivale a una capacidad para realizar anualmente 1,872 cirugías mayores de las cuales el hospital solo produjo el año anterior 1603 cirugías. Por lo tanto, proyectaremos metas para cubrir el 84% de la demanda haciendo uso de toda la capacidad habilitada de 1872 cirugías anuales, por medio de la utilización de la capacidad ociosa.

Tabla 32: Estimación de metas de producción de servicios quirúrgicos

1. No. quirófanos disponibles	2. Capacidad Habilitada anual disponible	3. Cap. Utilizada (cirugías realizadas)	4. Cap. Ociosa	5. Mora quirúrgica	6. Demanda esperada de servicios de cirugías mayores	7. Meta de cirugías mayores para el próximo año			8. Demanda un insatisfecha	
						7 a. No. Cirugías a realizar	7 b. % de cobertura	7 c. % incremento con relación al año anterior	8 a. No. De la brecha	8 b. % de la brecha
2	1872	1603	269	91	2,144	1872	87%	17%	272	12.69%

Hasta aquí se han logrado establecer las metas de los servicios con mayor de demanda del hospital

Capítulo 4

ESTRATEGIAS PARA UTILIZAR LA CAPACIDAD OCIOSA Y CERRAR BRECHAS

4.1. Estrategias sugeridas para utilizar la capacidad ociosa de los servicios Hospitalarios

4.1.1. Estrategias para utilizar la capacidad ociosa de los servicios ambulatorios

En este apartado se proponen estrategias tendientes a aprovechar la capacidad resolutive que ha permanecido o permanece aún no utilizada u ociosa y que contribuye al debilitamiento de la calidad de los servicios hospitalarios.

Hacer uso de la capacidad ociosa, como primera instancia para cubrir la demanda potencial, le permite al hospital aprovechar toda la inversión en términos de: recurso humano, instalaciones, equipo, material y demás insumos, que se ha hecho hasta la fecha.

A continuación se enumeran algunas estrategias que se podrían utilizar para ampliar la cobertura de los servicios hospitalarios de consulta externa a través de utilizar la capacidad habilitada no utilizada. Sin embargo las estrategias que producirán el mayor impacto en el cumplimiento de las metas serán las que el director y su equipo de trabajo diseñen con la información obtenida y la metodología de esta guía.

Las estrategias a continuación podrían servir como base para que la dirección realice su respectiva planificación, tomando en cuenta también, los servicios de apoyo y el impacto que la nueva planificación tendrá sobre ellos.

- Hacer uso de la capacidad ociosa existente mediante la redistribución de consultorios eliminando aquellos que tienen más tiempos de ocio y asignándolos a los servicios de mayor demanda, esto se puede lograr haciendo uso del instrumento CE-01 para identificar la capacidad habilitada por consultorio y comparándola con la utilizada, tal como lo muestra el anexo 4.2, esto permitirá a la dirección tener claro que consultorios producen más y que médicos están brindando las jornadas asignadas, así tener identificados aquellos consultorios disponibles para nuevos contratos de médicos o apertura de nuevos servicios en el caso de que se tenga que extender la cobertura para cerrar brechas.
- Revisar las causas de la baja productividad del personal médico, y en caso de que sea por otras actividades dentro del hospital, reorganizar los horarios de manera que se cumplan las demandas de cada servicio por médico de manera semanal, no olvidando comunicar a la población sobre los nuevos horarios de los médicos.
- Organizar los periodos de vacaciones de los empleados en los meses de menor demanda del hospital en servicios de consulta externa.

- Planificar con antelación los médicos sustitutos para periodos de vacaciones, en caso que no hubieran sustitutos disponibles se deberá de redistribuir los pacientes en los médicos que quedan disponibles a fin de siempre atender a la población demandante de ese mes.
- En el caso que el porcentaje de capacidad ociosa sea muy grande se recomienda planificar su utilización de manera paulatina.
- Planificar el aumento de cobertura de la demanda tomado en cuenta los servicios de apoyo como laboratorio, farmacia, rayos x, entre otros, para que no haya un impacto negativo al aumentar la producción de servicios. Ejemplo: si se planifica aumentar la cobertura de servicio utilizando la capacidad ociosa en un 20% se deberá planificar cuantos reactivos y material se necesitaran en el laboratorio para realizar exámenes clínicos para ese 20% que se espera demande los servicios.
- En el caso que haya una sobreutilización de servicio y no exista capacidad ociosa se debe analizar la posibilidad de extender horarios o hacer horarios especiales para el número de pacientes que sobrepasan la capacidad habilitada en las jornadas normales.

4.1.2 Estrategias sugeridas para utilizar la capacidad ociosa de los servicios de Hospitalización.

En este apartado se proponen estrategias tendientes a aprovechar la capacidad habilitada que ha permanecido o permanece aún no utilizada u ociosa y que contribuye al debilitamiento de la calidad de los servicios de hospitalización.

Al igual que los servicios ambulatorios, la primera opción que la guía propone para incrementar la cobertura en los servicios de salud, es hacer uso o dinamizar la capacidad ociosa que mantiene los servicios. Esto se puede lograr analizando las causas que provocan que los servicios tengan una capacidad ociosa, de ahí se parte para encontrar las estrategias que ayudaran a la dirección y su equipo de trabajo a plantearse los retos para cumplir las metas hospitalarias establecidas.

De la misma manera que se mencionó en los servicios ambulatorios, las estrategias para cumplir las metas deben ser personalizadas de acuerdo a la realidad de cada hospital, y será el director y su equipo de trabajo, los llamados a plantearlas tomando en cuenta los datos proporcionados por los cálculos de esta guía. A continuación se mencionan algunas estrategias genéricas que podrían ayudar como base para establecer las estrategias para cumplir la metas de cobertura de la demanda.

- Lo primero que se debe hacer en todo plan estratégico es buscar las causas que provocan la ociosidad en el servicio para después analizar y buscar la solución tratando las causas de raíz.
- Es de suma importancia que los reportes oficiales cuenten con el número de camas disponibles actualizado para tener un mejor panorama de los recursos con que se cuenta y así tomar decisiones más acertadas.
- Trasladar camas de los servicios que tiene este recurso sin utilizar, ya sea porque han cubierto su demanda potencial y les ha sobrado camas, o porque se les ha asignado más de

las que su demanda utilizará, a los servicios que presentan una sobreutilización o tiene mayor demanda.

- Supervisar el cumplimiento del “giro de cama” en tiempo y forma.
- Disminuir el promedio de días de estancia por usuario para aumentar la cantidad de pacientes por cama al año.

4.2. Estrategias para incrementar la cobertura hospitalaria mediante el cierre de brechas de la demanda insatisfecha.

El objetivo fundamental es comenzar el proceso de cierre de brechas entre la demanda insatisfecha de servicios hospitalarios; entendida como la diferencia que históricamente ha persistido, entre la población total que potencialmente demanda servicios hospitalarios y aquella que el hospital efectivamente atiende en sus necesidades de salud con sus capacidades habilitada con las cuales dispone. Esta brecha representa un número importante de población que no ha tenido acceso ni cobertura a servicios hospitalarios integrales y de calidad, de forma continua.

Este nuevo enfoque de metas basadas en la demanda potencial propone ir adecuando sus las capacidades habilitadas de los servicios hospitalarios en un esfuerzo combinado con la red de servicios del primer nivel y otros proveedores de servicios de salud locales. Esto, en función de ir, en un esfuerzo conjunto, cerrando brechas de forma sistemática, progresiva, continua, integral e innovadora y que realmente contribuya a los grandes objetivos nacionales de hacer una realidad el pleno disfrute de los derechos a una atención de salud de calidad, continua e integral especialmente de aquella más vulnerable y hasta ahora excluidos.

Para su determinación se sugiere partir analizando y aprovechando diversas variables de control interno para luego avanzar a aquellas externas que requerirán de procesos de negociación y articulación de esfuerzos con las redes primarias y otros importantes actores locales.

Una vez la capacidad resolutive no utilizada u ociosa ha sido eliminada y todos los servicios del hospital funcionan al máximo de su capacidad habilitada, se sugiere el análisis de factibilidad para aplicar otras estrategias internas con el objetivo de incrementar algunas de estas capacidades habilitadas para aquellos casos específicos en los que aun utilizando toda su capacidad habilitada poseen brechas de demanda insatisfecha.

4.2.1. Estrategias para cerrar brechas de los servicios ambulatorios

Para cerrar brechas de los servicios ambulatorios se sigue:

- a. Hacer un plan de cierre de brechas planificando dicho cierre de manera gradual si es muy grande y total si es pequeña.
- b. Extender horarios de atención o habilitar nuevas jornadas de atención y comunicárselo a la población. Por ejemplo aumentar a 8 horas la jornada de consulta de aquellos servicios con mayor brecha esto haría que la capacidad habilitada incrementara. Esta estrategia podría ser diaria o solo aplicarla algunos días a la semana.
- c. Cambiar horarios o readecuación y reasignación de consultorios que tienen una menor demanda y un porcentaje alto de capacidad ociosa o no utilizada.
- d. Contemplar la contratación de médicos en aquellos servicios con brechas más grandes.
- e. Para lograr cerrar la brecha completamente el equipo ejecutivo del hospital también puede ampliar los horarios en días sábados (2 o 4 horas por cada uno de los dos consultorios) Buscando cerrar completamente la brecha.

4.2.2. Estrategias para cerrar brechas de los servicios ambulatorios

Si al utilizar toda la capacidad ociosa persisten las brechas de demanda insatisfecha se sigue tomar en cuenta las siguientes estrategias para tomar decisiones de cierre de brechas.

- a) Reducir el giro de cama pero siempre manteniendo normas que aseguren la calidad en la entrega de los servicios y no pongan en riesgo la salud de la población usuaria (Podría ser de 1.5 a 1.35 o de 6 a 5 etc.)
- b) Readecuación de los recursos cama disponibles de otros servicios de menor demanda, por ejemplo el servicio de
- c) Disminuir el promedio de días de estancia.
- d) Cuando haya una sobreutilización de los servicios y brecha insatisfecha grande es de urgencia incluir en el presupuesto la compra de camas y contratación de personal médico.

El equipo ejecutivo tiene que establecer una estrategia para negociación y reacomodación del personal y en todos prever la cantidad de medicamentos, suministros médico-quirúrgicos, material descartable, ropa, laboratorios, etcétera, que de acuerdo a los protocolos de atención clínica se requiera.

4.3. Estrategias para aprovechar la capacidad resolutive externa de la red de servicios locales

Si la brecha de demanda insatisfecha persiste aun cuando el hospital ha aplicado exitosamente estrategias para utilizar al máximo su capacidad habilitada ociosa, así como estrategias para incrementar su cobertura, se sugiere aplicar estrategias en asocio con la red de servicios del primer nivel y/u otros socios de la sociedad civil, ONG's, del sector municipal, sector privado u otros localmente disponibles y accesibles.

Entre las intervenciones en asocio que puede utilizar para cerrar brechas de demanda insatisfecha podemos citar:

- Coordinación con la red para desarrollar acciones de prevención, promoción y atención, como por ejemplo jornadas y eventos en lugares masivos para la detección temprana de pacientes diabéticos, hipertensos, cáncer de colon o próstata en hombre, mama y cervico-uterino en mujeres, osteoartritis y evitar complicaciones, así como para el desarrollo de clubs y otros eventos de promoción de estilos de vida saludables y además dando tratamiento integral de carácter ambulatorio, reduciendo estancias y complicaciones que demanden incremento en consultas ambulatorias y/o hospitalizaciones de patologías prevalentes en la comunidad.
- Para la identificación y manejo temprano / oportuno de cuadros de patología respiratoria, dermatológica y gastrointestinal, entre otros
- Detección de signos de alarma y referencia oportuna y adecuada de patologías específicas y frecuentes en el contexto local tanto de manejo medico como para tratamiento quirúrgico.
- Utilización de los recursos cama disponibles de la red para atención de partos comunitarios por personal calificado y supervisado
- Seguimiento a pacientes con cirugía ambulatorias o cirugías de bajo riesgo post quirúrgico, entre otros.

Otras estrategias para reducir costos e incrementar la efectividad hospitalaria, por ejemplo:

- Internalización de servicios de laboratorios, imagenología, bancos de sangre, de mantenimiento, de limpieza y servicios generales, de alimentación, de transporte, seguridad, entre otros, aplicando criterios de costo/efectividad y calidad.
- Compartir estos servicios y costos con otros hospitales y redes de servicios, reduciendo costos y mejorando calidad, oportunidad y efectividad, entre otros.

Para aplicar estas estrategias requerirá procesos de negociación y coordinación con los demás proveedores locales, aplicación de estrategias de ganar – ganar, desarrollo y utilización de protocolos de manejo de casos por proceso tomando en cuenta a la comunidad, el hospital y los recursos que intervienen en el servicio que se pretende mejorar.

Así mismo, implementación de procesos de desarrollo de competencias y capacidades a los demás actores y socios, procesos de transferencia tecnológica y actualización periódica y permanente, complementados con procesos de supervisión capacitación, sistematización y análisis de información sobre los procesos y resultados obtenidos y toma de decisiones correctivas y/o de mejora continua de forma conjunta, periódica, entre otras intervenciones para su desarrollo. Estos procesos requieren tiempo y acercamientos sucesivos hasta lograr los resultados esperados, por tanto se recomienda que el hospital comience cuanto antes a establecer y calcular su demanda potencial y cuanta capacidad instalada o habilitada posee para atenderla.

V. ANEXOS

ANEXO 1: PROYECCIONES DEMOGRAFICAS

- 1.1 Formulas y procedimientos para hacer proyecciones
- 1.2 Proyecciones para el año 2015
 - 1.2.1.1 Número de afiliados al IHSS para el año 2015.
 - 1.2.1.2 Número de atenciones del sector privado para el año 2015

ANEXO 2: LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN Y DATOS DEL HOSPITAL EN ESTUDIO

- 2.1 Número y horas de consultorios asignados a los servicios de consulta externa
- 2.2 Cálculos para definir capacidad resolutive por servicio de consulta externa
- 2.3 Informes estadísticos del hospital en estudio
 - 2.3.1 Producción atenciones año 2013
 - 2.3.2 Informe de egresos, atenciones por emergencia y consulta año 2013
 - 2.3.3 Informe de indicadores año 2013
- 2.4 Número de horas y médicos asignados al servicio de cirugía.

ANEXO 3: FORMATOS DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- 3.1 Instrumentos de recolección de datos para los servicios de consulta externa
- 3.2 Instrumentos de recolección de datos para el servicio de cirugía
- 3.3 Instrumento de recolección de datos de atenciones del sector privado

ANEXO I: PROYECCIONES DEMOGRAFICAS

I.1 Formulas y procedimientos para hacer proyecciones

I.2 Proyecciones para el año 2015

I.2.1.1 Número de afiliados al IHSS para el año 2015.

I.2.1.2 Número de atenciones del sector privado para el año 2015

1.1 FORMULAS Y PROCEDIMIENTOS PARA HACER PROYECCIONES

Cuando no se cuenta con los datos de proyecciones para los años que se necesitan para estimar metas, se de aplicar los siguientes pasos:

- 1 Tomar los datos de los dos años anteriores al año que se quiere proyectar, a estos dos datos se calcularemos el crecimiento absoluto, ósea el crecimiento en porcentaje que hubo de un año a otro, aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{Tasa de crecimiento} = \frac{\text{Año presente} - \text{Año pasado}}{\text{Año pasado}}$$

- 2 El dato obtenido de la formula anterior se multiplica por el dato de población del año presente, como lo indica la formula de abajo. Este cálculo nos proporcionara el número de habitantes que crecerá la población que estamos analizando. (Población INE, Población IHSS etc.)

$$\text{Crecimiento en número de habitantes} = \text{Crecimiento absoluto} \times \text{datos del año presente}$$

- 3 Seguidamente sumar el dato del inciso anterior (Crecimiento en número de habitantes) a la población del año presente y el resultado será nuestra nueva población proyectada para el año siguiente.
- 4 Si se desean proyectar más de un año, hay que tener en cuenta que el nuevo año proyectado con los pasos anteriores se convierte en el año presente de la nueva proyección que se realizará.

A continuación se sugiere la siguiente tabla para realizar los cálculos:

VARIABLES	AÑO 2016	AÑO 2017
AÑO PASADO	Dato existente	Dato existente
AÑO PRESENTE	Dato existente	Dato existente
TASA DE CRECIMIENTO	(Año pasado - Año presente/ Año pasado)	(Año pasado - Año presente/ Año pasado)
NUMERO DE HABITANTES A CRECER	(Tasa de crecimiento X año presente)	(Tasa de crecimiento X año presente)
POBLACION PROYECTADA AÑO S2016 y 2017	224,686	

Año presente: Dato de la población del último año de proyección

Año pasado: Dato de la población total del penúltimo año proyección

Ejemplo: Proyecciones de la población del departamento para el año 2016 y 2017

PASO I: recopilar la población total del departamento y sus proyecciones demográficas según el INE, posteriormente organizar los datos demográficos por los cuatro grupos etarios solicitados por la guía según lineamientos del Modelo Nacional de Salud, tal como lo muestra las líneas sombreadas de la siguiente tabla.

EDAD	POBLACION TOTAL 2013			EDAD	POBLACION TOTAL 2014			EDAD	POBLACION TOTAL 2015		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES		TOTAL	HOMBRES	MUJERES		TOTAL	HOMBRES	MUJERES
0-4	31,143	15,817	15,326	0-4	31,465	15,980	15,485	0-4	31,784	16,143	15,641
5-9	28,936	14,672	14,264	5-9	29,286	14,851	14,435	5-9	29,617	15,017	14,600
Niños	60,079	30,489	29,590	Niños	60,751	30,831	29,920	Niños	61,401	31,160	30,241
10,-14	26,640	13,416	13,224	10,-14	27,066	13,642	13,424	10,-14	27,426	13,840	13,586
15-19	23,476	11,705	11,771	15-19	23,890	11,949	11,941	15-19	24,360	12,217	12,143
Adolescentes	50,116	25,121	24,995	Adolescentes	50,956	25,591	25,365	Adolescentes	51,786	26,057	25,729
20-24	20,190	10,111	10,079	20-24	20,707	10,323	10,384	20-24	21,195	10,531	10,664
25-29	16,784	8,396	8,388	25-29	17,281	8,659	8,622	25-29	17,786	8,911	8,875
30-34	13,563	6,597	6,966	30-34	14,087	6,893	7,194	30-34	14,612	7,193	7,419
35-39	10,630	5,080	5,550	35-39	11,098	5,298	5,800	35-39	11,585	5,535	6,050
40-44	8,669	4,122	4,547	40-44	8,897	4,233	4,664	40-44	9,160	4,356	4,804
45-49	7,263	3,324	3,939	45-49	7,487	3,454	4,033	45-49	7,711	3,586	4,125
50-54	6,062	2,747	3,315	50-54	6,228	2,802	3,426	50-54	6,387	2,856	3,531
55-59	4,965	2,236	2,729	55-59	5,129	2,316	2,813	55-59	5,301	2,397	2,904
60-64	3,749	1,667	2,082	60-64	3,938	1,741	2,197	60-64	4,129	1,818	2,311
Adultos	91,875	44,280	47,595	Adultos	94,852	45,719	49,133	Adultos	97,866	47,183	50,683
65-69	2,869	1,240	1,629	65-69	2,935	1,276	1,659	65-69	3,024	1,316	1,708
70-74	2,216	954	1,262	70-74	2,284	968	1,316	70-74	2,351	987	1,364
75-79	1,604	674	930	75-79	1,633	689	944	75-79	1,666	704	962
80+	1,562	676	886	80+	1,646	703	943	80+	1,725	728	997
Adulto mayor	8,251	3,544	4,707	Adulto	8,498	3,636	4,862	Adulto	8,766	3,735	5,031
Total	210,321	103,434	106,887	Total	215,057	105,777	109,280	Total	219,819	108,135	111,684

Fuente: INE

Las tablas anteriores son proyecciones elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) el cual las ha calculado hasta el año 2015. Si se desea proyectar para años posteriores, necesitaremos hacer nuestras propias proyecciones con las formulas del anexo I.I para los años 2016 y 2017.

Luego, colocamos los datos por grupos etarios en la tabla siguiente:

GRUPOS ETARIOS	AÑOS			
	2014	2015	2016	2017
niños	60,751.0	61401		
adolescentes	50956	51786		
hombre	45719	47183		
mujeres	49133	50683		
adulto mayor	8498	8766		
TOTALES	215,057.0	219819	?	?

PASO 2: Aplicar las formulas de crecimiento

- a) Obtener los datos de número de afiliados de los dos últimos años

I. Año	2. Población del área de influencia según INE
Año pasado 2014	215,057
Año presente 2015	219,819

- b) Luego aplicar la formula de tasa de crecimiento para calcular el porcentaje de crecimiento del año 2014

- *Proyecciones para determinar afiliados del Año 2014:*

Tasa de crecimiento: $(219,819 - 215,057) / 215,057 = 2\%$

Número de afiliados a crecer: $2604 \times 2\% = 4,867$

Número de afiliados del año 2016: $4,867 + 219,819 = 22,866$ habitantes

Ahora el año 2014 se convierte en el nuevo año presente para calcular los afiliados del año 2015

- *Proyecciones para determinar afiliados del Año 2015:*

Tasa de crecimiento = $(219,819 - 22,866) / 219,819 = 2.1\%$

Número de afiliados a crecer = $2634 \times 2.1\% = 4,718$

Número de afiliados del año 2017: $4,718 + 22,866 = 229,404$ habitantes

También podemos lograr estos cálculos a través de la siguiente tabla:

VARIABLES	AÑO 2016	AÑO 2017
AÑO PASADO	215,057 (2014)	219,819 (2015)
AÑO PRESENTE	219,819 (2015)	224,686 (2016)
TASA DE CRECIMIENTO (Año pasado - Año presente/ Año pasado)	2%	2.1%
NUMERO DE HABITANTES A CRECER (Tasa de crecimiento X año presente)	4867	4,718
POBLACION PROYECTADA AÑOS 2016 y 2017	224,686	229,404

Hemos obtenido la proyección de población para el departamento para el año 2016 y 2017.

Nota: Para tener las proyecciones por grupos etarios es necesario aplicar el procedimiento de la tabla anterior para cada grupo etario para cada año.

1.2 PROYECCIONES PARA EL AÑO 2015.

1.2.1 Proyección para número de afiliados al IHSS:

Debido a que el Instituto de Seguridad Social no cuenta con proyección de afiliados para los próximos años, es necesario calcular dicha información hasta el año 2015, el cual es el año que se ha tomado como base para estimar metas hospitalaria, con las formulas del anexo I.I.

- a) Obtener los datos de número de afiliados de los dos últimos años

I. Año	2. Población cubierta por el IHSS
2012	2,574
2013	2604

- b) Luego aplicar la formula de tasa de crecimiento para calcular el porcentaje de crecimiento del año 2014

- *Proyecciones para determinar afiliados del Año 2014:*

$$\text{Tasa de crecimiento: } (2604 - 2574) / 2574 = 0.012$$

$$\text{Número de afiliados a crecer: } 2604 \times 0.012 = 31$$

$$\text{Número de afiliados del año 2014: } 31 + 2604 = 2634 \text{ afiliados}$$

Ahora el año 2014 se convierte en el nuevo año presente para calcular los afiliados del año 2015

- *Proyecciones para determinar afiliados del Año 2015:*

$$\text{Tasa de crecimiento} = (2634 - 2604) / 2604 = 0.012$$

$$\text{Número de afiliados a crecer} = 2634 \times 0.012 = 31$$

$$\text{Número de afiliados del año 2015: } 31 + 2604 = 2665 \text{ afiliados}$$

Hemos obtenido los afiliados del Departamento al IHSS para el año 2015.

1.2.2 Proyección de población atendida por el sector privado para el 2015:

a) Obtener los datos atenciones del sector privado de los dos últimos años.

1. Año	2. Población cubierta por el sector privado
2012	3325
2013	3375

b) Luego aplicar las fórmulas de tasa de crecimiento para calcular el porcentaje de crecimiento que tendrán las atenciones del sector privado para el año 2015.

- *Proyecciones para determinar atenciones del sector del privado para el Año 2014:*

$$\text{Tasa de crecimiento: } (3375 - 3325) / 3325 = 0.015$$

$$\text{Número de afiliados a crecer: } 3375 \times 0.015 = 51$$

$$\text{Número de afiliados del año 2014: } 51 + 3375 = 3426 \text{ Atenciones}$$

Ahora el año 2014 se convierte en el nuevo año presente para calcular las atenciones del año 2015.

- *Proyecciones para determinar afiliados del Año 2015:*

$$\text{Tasa de crecimiento: } (3426 - 3375) / 3375 = 0.015$$

$$\text{Número de afiliados a crecer: } 3426 \times 0.015 = 52$$

$$\text{Número de afiliados del año 2015: } 52 + 3426 = 3478 \text{ atenciones}$$

Hemos obtenido el número de atenciones que tendrá el sector privado para el año 2015.

ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.1 Instrumentos de recolección de datos para los servicios de consulta externa

- 2.1.1 Instrucciones de llenado de instrumentos de recolección de datos de servicios de Consulta Externa
- 2.1.2 Códigos y formatos de los instrumentos de recolección de datos

2.1) INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA

2.1.1 Instrucciones de llenado de los instrumentos de consulta externa

Esta ficha se utiliza para levantar la capacidad resolutive de los consultorios de medicina externa.

- 1 Comenzar a llenar la ficha colocando el nombre y cargo de la persona quien brinda la información, fecha de la recolección de los datos y el tipo de fuente que utilizo (Medio impresos, digitales, programas listas o reportes, entrevista etc.)
- 2 Colocar el nombre del servicio que va a levantar la información en la celda que dice "Nombre del servicio".
- 3 En la casilla "Numero de consultorio" colocar el número que tiene asignado cada consultorio. Si no tuviera colocar "No tiene".
- 4 Colocar en la siguiente casilla los turnos que tiene asignado ese consultorio-7am-1pm y 1m-7pm, etc.- si el consultorio no tuviera asignado personal médico en algún turno, siempre se deberá de dejar plasmado el turno habilitado y blanco la demás información, ya que esto nos permitirá visualizar la capacidad ociosa que tiene cada consultorio, o que consultorio está habilitado pero sin personal médico asignado.
- 5 Seguido escribir el nombre, especialidad y tipo de contrato del médico asignado a ese consultorio en cada turno. En algunos casos en un mismo consultorio habrán distintos médicos asignados, ya sea en el mismo turno pero atendiendo en diferentes días, o, solamente asignados en diferentes turnos por día.
- 6 En los días de la semana, colocar el número de horas por día que el médico brinda consulta, y en la casilla "Capacidad instalada en hrs por semana" sumar todas las horas de cada día. Esto nos dará como resultado las horas a la semana que ese médico brinda consulta y será nuestra capacidad habilitada en horas a la semana.
- 7 Posteriormente determinar las horas de vacaciones por medico permanente al año y colocar el dato junto a la casilla de horas habilitadas a la semana.
- 8 Repetir esto pasos para cada uno de los consultorios asignados a los diferentes servicios de consulta ambulatoria. Hay que tomar en cuenta que en algunos casos habrán consultorios que estén asignados a dos o más médicos al día. Si esto ocurre, estar pendiente de que no se crucen horarios entre médicos.
- 9 Cuando se tenga toda la información de todos los consultorios, horas y médicos asignados a cada uno de los servicios ambulatorios en los diferentes turnos, proceder a sumar verticalmente las horas diarias y semanales en la casilla "Total de horas al día y a la semana del servicio de consulta externa, Medicina Interna, Cirugía, etcétera" de cada servicio. También hacer los mismo para la columna de "Horas de vacaciones por medico"
- 10 Posteriormente utilizar el instrumento con código CE-02 para calcular la capacidad resolutive anual de cada servicio donde se llevará, del instrumento CE-01, el número de los consultorios asignados a consulta externa con sus respectivas diarias y semanales colocándolas en la columna 1, 2.1 y 2.2 respectivamente. Las horas diarias se colocaran solamente cuando estas estén uniformemente distribuidas en cada día de la semana. De lo contrario, solo colocar las horas semanales.

- 11 Multiplicar las horas semanales por 52 semanas que tiene el año y colocar el dato en la columna 2.3, luego sumar verticalmente todas las horas de anuales de cada consultorio para obtener el número de horas por año del servicio
- 12 Luego tomar del mismo instrumento CE-01 el total de las horas anuales de vacaciones de médicos colocándolas en la columna 3, posteriormente, restarlas de total de horas por año de todos los consultorios del servicio. El resultado será las horas habilitadas del servicio después de vacaciones.
- 13 Dividir la capacidad habilitada anual del servicio entre el número de consultorios asignados al mismo, para obtener la capacidad habilitada por consultorio de cada servicio.
- 14 Repetir este procedimiento para cada servicio ambulatorio.
- 15 Finalmente hacer una tabla resumen, como lo muestra el instrumento con código CE-03, trasladando todos los totales de de cada servicio.

2.1.2 Códigos y formatos de los instrumentos d recolección de datos

- Instrumento CE-01: Recursos y horas asignadas a los consultorios por tipo de servicio
- Instrumento CE-02: Capacidad habilitada por servicio de consulta externa.
- Instrumento CE-03: Tabla resumen de la capacidad habilitada por servicio de medicina externa.
- Instrumento CIR-01: Capacidad habilitada de quirófanos
- Instrumento SP-01: Atenciones brindadas por el sector privado.

CAPACIDAD RESOLUTIVA POR SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA						Código: CE-02		
CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS CONSULTORIOS DE MEDICINA EXTERNA								
1. No Consultorio de consulta externa general	2 Capacidad habilitada: Horas de consultorios habilitados con el personal capacitado			3 Hrs vacaciones de médicos al año por servicio	4 Hrs habilitadas del servicio después de vacaciones (Total de columna 2.3 X Col. 3)	5. Consultas promedio /hora	6. Capacidad habilitada anual del servicio (Col. 4 X Col. 5)	Cap. Habilitada por consultorio (Col.6 / núm. de consultorios)
	2.1 Por día	2.2 Por semana	2.3 Por año					
TOTALES								
CAPACIDAD RESOLUTIVA DE CONSULTORIOS DE MEDICINA INTERNA GENERAL								
1. No Consultorios de consulta MI	Capacidad resolutive: Horas de consultorios habilitados con el personal capacitado			3 Hrs vacaciones de médicos al año por servicio	4 Hrs habilitadas del servicio después de vacaciones (Total de columna 2.3 X Col. 3)	5. Consultas promedio /hora	6. Capacidad habilitada anual del servicio (Col. 4 X Col. 5)	Cap. Habilitada por consultorio (Col.6 / núm. de consultorios)
	2.1 Por día	2.2 Por semana	2.3 Por año					
TOTALES								
CAPACIDAD RESOLUTIVA DE CONSULTORIOS DE CIRUGÍA								
1. No Consultorios de cirugía general	Capacidad resolutive: Horas de consultorios habilitados con el personal capacitado			3 Hrs vacaciones de médicos al año por servicio	4 Hrs habilitadas del servicio después de vacaciones (Total de columna 2.3 X Col. 3)	5. Consultas promedio /hora	6. Capacidad habilitada anual del servicio (Col. 4 X Col. 5)	Cap. Habilitada por consultorio (Col.6 / núm. de consultorios)
	2.1 Por día	2.2 Por semana	2.3 Por año					
TOTALES								
CAPACIDAD RESOLUTIVA DE CONSULTORIOS DE ORTOPEDIA								
1. No Consultorio de ortopedia	Capacidad resolutive: Horas de consultorios habilitados con el capacitado			3 Hrs vacaciones de médicos al año por servicio	4 Hrs habilitadas del servicio después de vacaciones (Total de columna 2.3 X Col. 3)	5. Consultas promedio /hora	6. Capacidad habilitada anual del servicio (Col. 4 X Col. 5)	Cap. Habilitada por consultorio (Col.6 / núm. de consultorios)
	2.1 Por día	2.2 Por semana	2.3 Por año					
1								
TOTALES								

CAPACIDAD RESOLUTIVA DE CONSULTORIOS DE PEDIATRÍA								
1. No Consultorios de pediatría	Capacidad resolutiva: Horas de consultorios habilitados con el personal capacitado			3 Hrs vacaciones de médicos al año por servicio	4 Hrs habilitadas del servicio después de vacaciones (Total de columna 2.3 X Col. 3)	5. Consultas promedio /hora	6. Capacidad habilitada anual del servicio (Col. 4 X Col. 5)	Cap. Habilitada por consultorio (Col.6 / núm. de consultorios)
	2.1 Por día	2.2 Por semana	2.3 Por año					
TOTALES								
CAPACIDAD RESOLUTIVA DE CONSULTORIOS DE GINECOLOGÍA								
1. No Consultorios de consulta externa general	Capacidad resolutiva: Horas de consultorios habilitados con el personal capacitado			3 Hrs vacaciones de médicos al año por servicio	4 Hrs habilitadas del servicio después de vacaciones (Total de columna 2.3 X Col. 3)	5. Consultas promedio /hora	6. Capacidad habilitada anual del servicio (Col. 4 X Col. 5)	Cap. Habilitada por consultorio (Col.6 / núm. de consultorios)
	2.1 Por día	3 1. Por semana	4.1 Por Año					
TOTALES								
CAPACIDAD RESOLUTIVA DE CONSULTORIOS OTROS SERVICIOS (Odontología)								
1. No Consultorios de consulta Odontología	2. Capacidad resolutiva: Horas de consultorios habilitados con el personal capacitado			3 Hrs vacaciones de médicos al año por servicio	4 Hrs habilitadas del servicio después de vacaciones (Total de columna 2.3 X Col. 3)	5. Consultas promedio /hora	6. Capacidad habilitada anual del servicio (Col. 4 X Col. 5)	Cap. Habilitada por consultorio (Col.6 / núm. de consultorios)
	2.1 Por día	3 1. Por semana	4.1 Por Año					
TOTALES								

TABLA DE RESUMEN DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA POR SERVICIO DE MEDICINA EXTERNA						Código: CE- 03	
Tipo de servicio	No. De consultorios asignados	Capacidad resolutiva: Horas de consultorios habilitados con el personal capacitado			Hrs habilitadas del servicio después de vacaciones	Norma de rendimiento consultas promedio/Hora	Capacidad ANUAL Habilitada
		2. Por día	3. Por semana	5. Por año			
Consulta externa general							
Medicina interna							
Odontología							
Cirugía							
Ortopedia							
Pediatría							
Ginecología							
Otros							
TOTALES							

