Aplicación de la Guía para Estimación de Metas Hospitalarias en un Hospital de la Red

[Proyecto MSH/ULAT Honduras, Componente de Descentralización]

[Marzo 2014]

Palabras Clave:
[Estimación; Metas; Población; Demanda; Capacidad; Hospital; Servicios; Hospitalización; Estrategias; Cobertura; Oferta; Demanda; Servicios; Hospitalización; Producción; Servicios; Quirúrgico; Capacidad Ociosa; Ambulatorio.]

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

SECRETARÍA DE SALUD
HONDURAS

APLICACIÓN DE LA GUÍA PARA

ESTIMACIÓN DE METAS HOSPITALARIAS EN UN HOSPITAL DE LA RED

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. **PASOS METODOLÓGICOS PARA LA ESTIMACIÓN DE METAS**……	2
CAPITULO 1: **Estimación de la Demanda Esperada**……	3
1.1) Estimación de la población total a cubrir por la SESAL……	3
1.2) Estimación de la población potencial a cubierta por la SESAL por grupos etarios……	6
1.3) Identificación de la demanda potencial del hospital……	9
1.4) Identificación de la demanda potencial de hospital por tipo de servicio……	11
CAPITULO 2: Análisis de la capacidad instalada……	15
2.1) *Identificación de la capacidad instalada disponible* de los servicios hospitalarios……	15
2.1.1) Capacidad disponible de consulta externa ambulatoria……	16
2.1.2) Capacidad disponible para los servicios de hospitalización……	18
2.1.3) Capacidad disponible para atención quirúrgica……	19
2.2) *Identificación de los servicios con mayor demanda del hospital*……	21
2.2.1) Identificación de servicios con mayor demanda de los servicios ambulatorios……	21
2.2.2 Identificación de servicios con mayor demanda de los servicios de hospitalización ……	24
2.3) *Identificación de la capacidad ociosa*……	24
2.3.1) *Identificación de la capacidad ociosa* de los servicio de consulta externa……	24
2.3.2) *Identificación de la capacidad ociosa de los servicios de hospitalización*……	25
2.3.3) *Identificación de la capacidad ociosa del servicio de Cirugía*……	26
CAPITULO 3: Establecimiento de metas hospitalarias……	27
3.1) Estimación de metas de servicios ambulatorios……	29
3.2) Estimación de metas de servicios de hospitalización……	32
3.3) Estimación de metas de servicios quirúrgicos……	33
CAPITULO 4: Identificación de las estrategias para optimizar e incrementar las Metas de cobertura hospitalaria……	35
4.1) *Estrategias sugeridas para aprovechar la capacidad ociosa de los servicios*……	34
4.1.1) Estrategias para utilizar la capacidad ociosa de los servicios Ambulatorios	35
4.1.2) Estrategias para utilizar la capacidad ociosa de los servicios De Hospitalización……	36
4.2) Estrategias para incrementar la cobertura hospitalaria mediante el cierre de brechas de la demanda insatisfecha……	37
4.2.1) Estrategias para cerrar brechas de los servicios Ambulatorios……	38
4.2.2) Estrategias para cerrar brechas de los servicios de Hospitalización……	38
4.3) Estrategias para aprovechar la capacidad resolutiva externa de la red de servicios Locales……	39
I. **ANEXOS**	40
Anexo 1: Procedimientos para calcular proyecciones demográficas……	41
Anexo 2: Levantamiento de información de horas y médicos asignados a consultorios……	44
Anexo 4: Otros anexos……	53

APLICACIÓN DE LA GUIA PARA ESTIMACIÓN DE METAS HOSPITALARIAS EN UN HOSPITAL DE LA RED

I. INTRODUCCIÓN

La Secretaria de Salud a través del Departamento de Hospitales ha comenzado a implementar un nuevo proceso de gestión a nivel hospitalario, 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 prestador de servicios.

Este documento contiene los pasos metodológicos utilizados para la recolección de información y el procesamiento de los datos de un hospital de la Red hospitalaria, objeto de estudio, los cuales permitieron obtener información básica 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 el año 2015, considerando que la nueva gestión que se estará realizando en el hospital estará orientada al logro de resultados concretos y medibles en el nivel de bienestar y salud de la población que atiende.

II. PASOS METODOLÓGICOS PARA ESTIMAR LA DEMANDA Y OFERTA DEL HOSPITAL OBJETO DE ESTUDIO.

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 apara aprovechar la capacidad ociosa de los servicios Ambulatorios.
4.2 Estrategias sugeridas apara 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 resolutiva 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 dispuso 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. Esta información se procesó con 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.

Se recopilaron los datos oficiales de proyección de población del INE de los años sobre los que se realizó el análisis.

Tabla 1: Población del área de influencia del hospital proyectado hasta el año 2015.

AÑOS	CANTIDAD DE POBLACÓN
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 recopilo información en las oficinas locales del seguro social sobre el número de afiliados del área de influencia.

Tabla 2: Población cubierta por el IHSS proyectados hasta el año 2015.

1. 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 tenía 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 hizo un listado de todas las clínicas y hospitales del sector privado que brindan atención a la población del área de influencia del hospital, luego se visitó cada unidad y se levantó información sobre la cantidad de pacientes que atienden al año utilizando el instrumento número 3.3 del anexo 3.

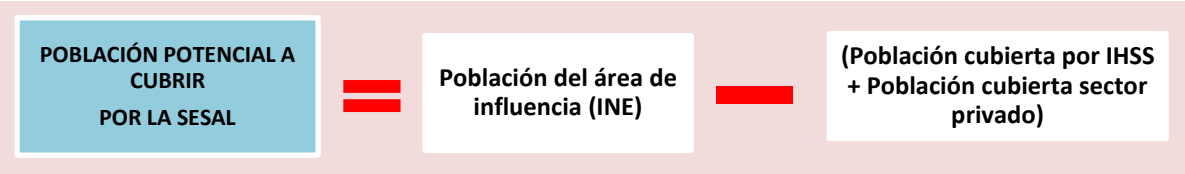
Tabla 3: Población cubierta por el sector privado del área de influencia proyectado

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 procedió 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 restó de la población total del área de influencia y la diferencia que resulto corresponde a la POBLACIÓN POTENCIAL a atender anualmente por la SESAL.

Tabla 4: 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** *Pobl. INE - (Pobl. IHSS + Pobl. Sector privado)*
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.

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) Se agrupó la población del área de influencia según los rangos del Modelo Nacional de salud.

Tabla 5: División de grupos etarios establecidos en el Modelo Nacional de Salud

CALIFICACIÓN	RANGO
Niñez	0 - 9 años
Adolecencia	10 - 19 años
Adultez	20 - 64 años
Adultez 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, se procedió a realizar la agrupación conforme a los rangos del MNS mostrado en la tabla anterior.

Para efectos de este estudio tomamos el año **2015** como base, que tiene una población en el área de influencia de **219, 819** habitantes.

Tabla 6: Poblacion agrupada por grupos etarios segun el modelo nacinal 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 7: Desglose de la población total del área de influencia por sexo y ciclo de vida.

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

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

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

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

Tabla 8: Porcentaje de la población por sexo y ciclo de Vida de la población total del área de influencia del hospital.

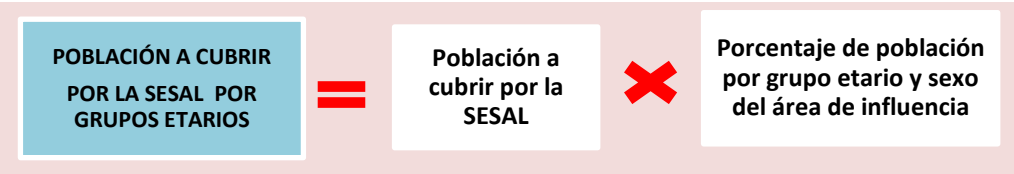
1. Grupos etarios	2.Poblaciona del área de influencia por grupos etarios y sexo para el 2015	3. Porcentaje de población por grupo etario y sexo *(Pobl. por grupo etario*100/Pobl. total área de influencia)*
Niños	61, 401	28%
Adolecentes	51, 786	24%
Hombres	47, 183	21%
Mujeres	50, 683	23%
Adulto mayor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

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

- Se Trajo de la tabla 5 columna 5 el dato de población potencial a cubrir por la SESAL para el año 2015 y se colocó en la columna 2 de la tabla 10 abajo mostrada.

- Así mismo se trajo los porcentajes de población, por grupos etarios y sexo, del área de influencia para el 2015, de la columna 3, tabla 9 y se colocaron 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 9: 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
Adolecentes	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 estableció 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 utilizó 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 espontanea, 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 realizado para obtener la población a cubrir por el hospital por grupos etarios.

Tabla 10: Identificación de la población potencial a cubrir el hospital, total y por ciclos de vida:

1. 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 adolecentes	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 que corresponde a **56,966** personas.

[1]El 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 11: 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** *(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)*	***5. Población a cubrir por el hospital por grupos etarios*** *(26.66 X población a cubrir por la SESAL)*
Total niñez	61,401	28%	59, 685	15,912
Total adolecentes	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 hemos identificado la *cantidad de población* que potencialmente puede demandar los servicios del hospital 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 varia 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 obtuvo de la siguiente manera:

- ✓ Para los servicios ambulatorios, se sumaron los datos de producción de consultas ambulatorias (consultas externas más las consultas de emergencia) y el resultado se dividió entre la población potencial que se espera que demandará los servicios del hospital.

- ✓ Para servicios de hospitalización, se obtuvo dividiendo el total de egresos producidos en un año, entre la población potencial esperada que demandará los servicios del Hospital en dicho año.

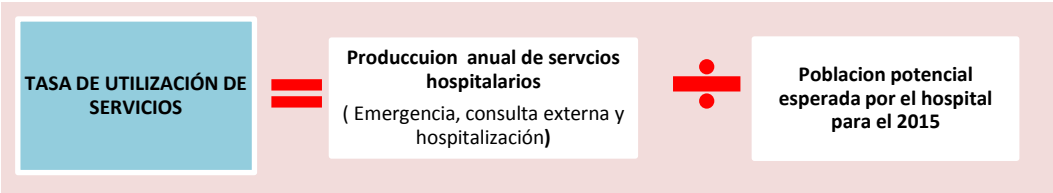
- ✓ Igual para el índice de frecuencia de cirugías, se obtuvo de dividir el total de cirugías efectuadas por el hospital (mayores y menores) entre el total de la población potencial esperada para el año que se trate.

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

a) Del informe de producción anual del hospital, se tomaron los datos de producción de consulta externa, emergencias, hospitalizaciones y cirugías.

b) Se Trajo los datos de población total esperada por el hospital para el año 2015 (Tabla 11, columna 5)

c) Seguido se aplicó 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.

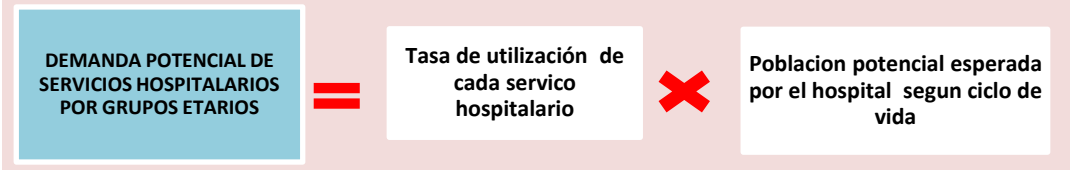
Tabla 12: Tasa de frecuencia de uso de servicios.

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 *(Consultas + emergencias atendidas por el hospital en el 2013)*	90,866	56,966	Total de consultas ambulatorias + emergencias / Población total potencial esperada en el 2013	**1.60**
Hospitalización *Total de egresos hospitalarios* 2013	8,496	56,966	Total de egresos hospitalarios / Población total potencial esperada en el 2013	**0.149**
Atención quirúrgica *Total de cirugías efectuadas por el hospital en el 2013*	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

1.4.2. Estimación de la demanda esperada por servicios hospitalarios.

Para este cálculo se requirió efectuar una proyección de la demanda esperada de "**servicios hospitalarios**" basados en la población potencial esperada por ciclo de vida. Esto se obtuvo de multiplicar 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 multiplicó por la población potencial a cubrir por el hospital divida en grupos etarios. De la misma manera se calculó 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 utilizaron loa 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 restó un 5% que representa el número de mujeres que reciben atención en clínicas y hospitales privados.
d) También se le restó 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 se le calculó 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 que se siguió para definir la demanda de cada servicio hospitalario por grupo etario.

Tabla 13: 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 **Tasa o índice de frecuencia por servicio**	**2. Niñez**	**3. Adolescente**	**4. Mujer**	**5. Adulto**	**6. Adulto mayor**	**7. Demanda total esperada 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.

Para este cálculo se requirió 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 identificamos 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 14: Descripción de los recursos utilizados por servicio hospitalario

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

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

a) Primero identificamos el número de consultorios con que cuenta el hospital. En algunos casos el hospital contaba con varios consultorios pero no con el personal para atenderlos, por lo que no se tomaron en cuenta para el análisis de capacidad habilitada de los servicios de consulta externa. (Ver anexo 2.1)

b) Luego obtuvimos el número de horas y número de médicos con que cada consultorio contaba para brindar servicios a la población usuaria al día (ver tabla 16, columna 2), por

semana (columna 3), Lugo multiplicamos el dato semanal por las 52 semanas que tiene el año. Columna 3).

En algunos casos los consultorios solo funcionan dos horas al día otros, cuatro horas también habían consultorios que no funcionaban todos los días de la semana. En este caso solo se tomaron las horas que diariamente cada consultorio brindaba Servicios con el personal calificado, y luego se contabilizaron las horas semanales que cada consultorio tiene disponible para brindas consultas externas ambulatorias. En nuestro caso en estudio se contabilizaron las horas por semana ya que la distribución de horas diarias no era uniforme para cada consultorio disponible.

c) Luego calculamos 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 sumaron y dieron como resultado 1,440 horas de vacaciones por el total de médicos asignados a ese servicio. Una vez que obtuvimos el total de horas de vacaciones por servicio las restamos del total de horas anuales habilitadas de cada servicio y nos dió como resultado las horas disponibles habilitadas al año. (Ver anexo 2.1 y 2.2)

Tabla 15: Horas anuales disponibles por consultorio

1.Tipo de servicio	2. No. De consultorios asignados	3 Capacidad resolutiva: 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					

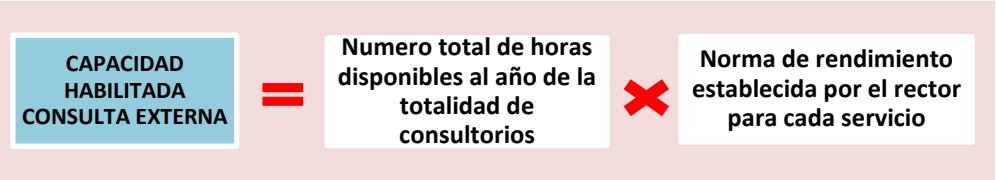
N/A: En nuestro caso en estudio no se contabilizaron las horas al día porque no es uniforme la Distribución de las horas.

d) Después, revisamos 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). Este hospital tiene normas de rendimiento diferentes para consulta externa general y para consultorios de atención de especialidades por lo que se hizo un análisis por separado de capacidad habilitada de los consultorios de consulta general y para consultorios de especialidades. 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 16: 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) Después determinamos la capacidad habilitada para atender consultas ambulatorias al año Para lo cual multiplicamos 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 calculamos la capacidad habilitada para los consultorios disponibles para especialidades, donde multiplicamos el número total de horas disponibles por su respectiva norma de rendimiento (4 pacientes por hora), tal como lo muestra la siguiente fórmula:



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 .

Tabla 17: 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				**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.

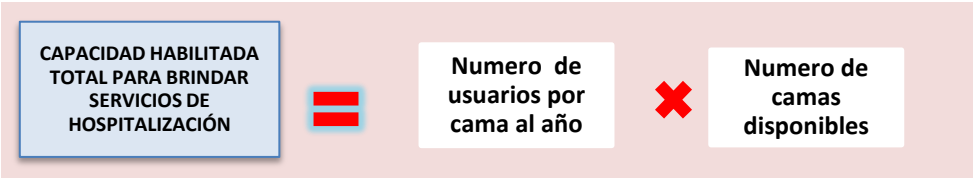
a) Primero obtuvimos del informe de indicadores del hospital el número de camas disponibles, y en uso, con que cuenta el hospital por tipo de servicio. El hospital que estamos analizando tiene 59 camas disponibles (ver reporte de indicadores del hospital en el anexo 2.3.2) este dato lo ubicamos en la columna 1 de la tabla 19 abajo mostrada.

b) Seguido, tomamos 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, estimamos el "Giro Cama"- el número de veces al mes que una cama es utilizada por un(a) usuario(as)- dividiendo 30 días del mes calendario entre el promedio de días estancia del servicio que se trate. (columna 4, tabla 19).

d) Calculamos el número de usuarios(as) que cada servicio puede atender de acuerdo a las normas definidas, por cada cama disponible al año. Esto lo obtuvimos multiplicando el giro de cama mensual, anotada 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) Establecimos 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 obtuvimos 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 18: 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** *(No. De usuarios por cama al año X Numero de camas disponibles)*
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

Para este cálculo seguimos los siguientes pasos:

a) Primero identificamos el número de quirófanos disponibles (columna 1 de la tabla 20 de abajo). (ver anexo 2.4)

b) Segundo, levantamos el número de horas disponibles por quirófanos 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 lo multiplicamos por las 52 semanas que tiene el año para obtener el número de horas disponibles por quirófano (columna 4).

   En nuestro hospital en estudio se identificó que los quirófanos solo estaban habilitados unas horas ciertas horas a la semana por lo que se realizó el cálculo de la horas de manera semanal. Ver anexo 3.3

c) Tercero, dispusimos de la norma de rendimiento brindada por el rector sobre horas promedio que se requieren para realizar una cirugía mayor, que es de 2.5 horas promedio por cirugía. (columna 6 de la tabla 20 de abajo).

d) Finalmente determinamos la capacidad habilitada anual para efectuar cirugías mayores. Esto se determinó 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.

CAPACIDAD HABILITADA ANUAL DE CIRUGIAS = **Número total de horas disponibles al año de la totalidad de quirófanos** ÷ **horas promedio de una cirugía**

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 19: 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 estudio.

Para este análisis se requirió 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, 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 aplicaron los siguientes pasos:

a) Primero se identificó la producción de consultas ambulatorias externas brindadas por el hospital durante el año, por tipo de servicio (Anexo 2.3.1). Este dato lo colocamos en la columna 2 tal como lo muestra la tabla 21 abajo mostrada.

b) Luego obtuvimos el porcentaje de cada servicio con relación a la producción anual (Columna 3). Este se obtuvo de dividir la producción de cada servicios entre la producción total de consultas al año.

Tabla 20: Producción por servicios con mayor demanda de consulta externa ambulatoria

1. 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 ordenamos 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, aplicamos 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 porciento 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 agrupamos 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 ginecobstetricia con un 21.3%.

f) Seguido, agrupamos 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 utilizó la siguiente tabla para visualizar de manera más clara la clasificación de los servicios de mayor demanda según método ABC.

Tabla 21: Servicios de mayor demanda de consultas ambulatorias externas por servicio del hospital de acuerdo a la técnica de priorización ABC.

1. 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, aplicamos los siguientes pasos:

a) Primero, identificamos la producción de egresos hospitalarios del año por tipo de servicio (Anexo 2.3.2).

b) Luego calculamos el porcentaje de representación de cada servicio con relación a la producción anual (Columna 2). Este lo obtuvimos de dividir la producción de egresos anuales de cada servicios entre la producción total de egresos al año (Columna 3).

Tabla 22: Producción anual de servicios de hospitalización y cirugía.

1. 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 ordenamos 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, aplicamos 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 de este Hospital 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 agrupamos 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, agrupamos 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 23: 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.Clasificacion 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 construimos la siguiente tabla con los pasos a continuación:

a) De la tabla 18 extrajimos la capacidad habilitada de los servicios de consulta externa, (columna 5) y la colocamos en la columna 2 de la tabla 25.

b) 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.

c) Restamos de la capacidad habilitada la producción anual, o número de atenciones anuales, que cada servicio produjo. El resultado es toda aquella capacidad que todos los consultorios instalados tiene para brindar consultas externas, pero que no se brindaron.

Tabla 24: 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**

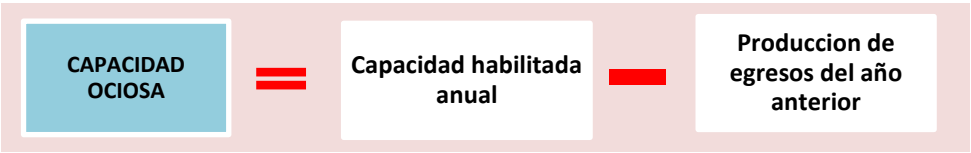
2.3.2 Identificación de la capacidad no utilizada u ociosa de los servicios de Hospitalización.

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

a) Tomamos la capacidad habilitada de los servicios de hospitalización de la tabla 19 columna 4c y la ubicamos en la columna 2 de la tabla 26 abajo mostrada.

b) De la tabla 23, columna 2, tomamos 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)

c) Seguidamente, restamos 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 25: 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 registramos el número de quirófanos con personal calificado disponible con que cuenta el hospital. (Tabla 20, Columna 1)

b) Seguido tomamos, la capacidad habilitada de la totalidad de quirófanos. (tabla 20)

c) Revisamos y registramos 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, restamos 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 26: 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 1 (ver tabla 4). Para determinar qué tipo de grupo etario demandará cada tipo de servicio nos guiamos con la siguiente tabla:

Tabla 27: 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 adolecentes (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.

Comenzamos 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 podemos 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 siguieron 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. (columna1 de la tabla número 15, abajo)

b) Seguido, tomamos de la tabla 18 del capítulo 1, el número de consultorios asignados al servicio de Medicina General y Medicina Interna y lo anotamos en la columna 2.

c) De la misma tabla 18 trajimos capacidad resolutiva anual disponible con que cuenta el hospital para estos dos servicios (identificada en la columna 5).

d) Luego procedimos 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 colocamos 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 adolecentes y los niños, que según la tabla 14 es de 44,078 consultas. Para el servicio de Medicina Interna su demanda se calculó 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 multiplicamos por la demanda potencial total de los servicios ambulatorios de la tabla 14 y obtuvimos la demanda potencial para los servicios de medicina interna, que resulto 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 es enfocarse en realizar un análisis comparativo entre la capacidad resolutiva 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 28: 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*:

  Comenzamos 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 9,086posibles 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 29: 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)
  Número de consultas proyectadas / Demanda esperada

- Porcentaje de incremento con relación al año anterior: (Columna 6c)
  (Número de consultas proyectadas – Capacidad utilizada) / Capacidad utilizada

- Número de brecha: (Columna 6a) número de consultas sin atender
  Número de consultas proyectadas – Demanda esperada

- Porcentaje de brecha: (Columna 7b)
  Numero de brecha / 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 lo comenzamos 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 construimos la tabla número 31 con la siguiente información:

a) Anotamos 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 resolutiva anual disponible con que cuenta el hospital para estos dos servicios (identificada en la columna 5 de la misma tabla anterior 19).

c) Transcribimos en la columna 4 y 5, la capacidad utilizada y ociosa de la tabla 26.

d) Colocamos 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 procedimos a realizar el análisis para fijar las metas para el próximo año. Comenzamos 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, sino solo, el 68% de ella (Columna 8b tabla 31). Por lo tanto se programarán metas solo para cubrir el total de su capacidad resolutiva. 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 del hospital en estudio, 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 resolutiva 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 30: 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, anotamos la capacidad habilitada anual disponible con que cuenta el hospital para realizar intervenciones quirúrgicas (Columna 7 de la tabla 20).

- Luego procedimos 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 tomamos de la tabla 14 la demanda potencial de los servicios quirúrgicos (Fila 4, columna 7) y le sumamos 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 31: 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 CAPACIDA 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 resolutiva 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 eliminado aquellos que tienen más tiempos de ocio y asignándolos a los servicios de mayor demanda, esto se pude 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 medico 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 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 metes 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 resolutiva 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 siguiere:

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 siguiere 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 recurso 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 resolutiva 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, imagenologia, 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 resolutiva 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: OTROS DATOS IMPORTANTES

4.1 Capacidad resolutiva y ociosa por consultorio

4.2 Diez primeras causas de atenciones, egresos y emergencias.

ANEXO 1: PROYECCIONES DEMOGRAFICAS

1.1 Proyecciones para el año 2015

1.1.1.1 Número de afiliados al IHSS para el año 2015.

1.1.1.2 Número de atenciones del sector privado para el año 2015

1.1 PROYECCIÓNES PARA EL AÑO 2015.

1.1.1 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 1.1.

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

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

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

- *Proyecciones para determinar afiliados del Año 2014:*

Tasa de crecimiento: (2604 – 2574) / 2574 = 0.012
Número de afiliados a crecer: 2604 X 0.012 = 31
Número de afiliados del año 2014: 31 + 2604 = 2634 afiliados

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

- *Proyecciones para determinar afiliados del Año 2015:*

Tasa de crecimiento = (2634 – 2604) / 2604 = 0.012
Número de afiliados a crecer = 2634 X 0.012 = 31
Número de afiliados del año 2014: 31 + 2604 = 2665 afiliados

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

1.1.2 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:*

Tasa de crecimiento: (3375 – 3325) / 3325 = 0.015
Número de afiliados a crecer: 3375 X 0.015 = 51
Número de afiliados del año 2014: 51 +3375 = 3426 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:*

Tasa de crecimiento: (3426 – 3375) / 3375 = 0.015
Número de afiliados a crecer: 3426 X 0.015 = 52
Número de afiliados del año 2015: 52 +3426 = 3478 atenciones

Hemos obtenido el número de atenciones que tendrá el 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 resolutiva 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.

2.1) NUMERO DE HORAS Y CONSULTORIOS ASIGNADOS A LOS SERVICIOS AMBULATORIOS

CAPACIDAD INSTALADA POR SERVICIO DE MEDICINA EXTERNA		
Fuente de Información:	Depto. de consulta externa	Código: CE-01
Fecha de recolección de la información:	17 de diciembre del 2013	
Nombre y cargo de quien brinda la información:	Jefe de Enfermería De Consulta Externa	
Elaborado por:		

No. De consultorio	Jornada	Nombre del médicos	Especialidad	Tipo de contrato	HORARIO SEMANAL DE ATENCIONES POR HRS					Cap. Inst. en hrs. por semana	Hrs de vacaciones al año
					Lun	Mar	Mi	Jue	Vi		
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL											
1	7am-1pm	Dr. Juan López	MG	permanente		1.5		1.5		3	240
	1pm-5pm									0	
3	7am-1pm	Dr. Pérez	MG	permanente	6	6	6	6	6	30	240
	1pm-5pm	Dr. Alfaro	MG	Permanente	4	4	4	4	4	20	240
5	7am-1pm	Dr. Sánchez	MG	Permanente	6	6	6	6	6	30	240
	1pm-5pm									0	
6	7am-1pm	Dr. La guardia	MG	Permanente	6	6	6	6	6	30	240
	1pm-5pm				0	0	0	0	0	0	
7	7am-1pm	Servicio social	MG	Servicio Soc.	6	6	6	6	6	30	
	1pm-5pm									0	
8	7am-1pm	Servicio social	MG	Servicio Soc.	6	6	6	6	6	30	
	1pm-5pm									0	
11 (Sin numero)	**7am-1pm**	Dr. Mejía	MEG	Permanente	3	3	3	3	3	15	240
	1pm-5pm										
TOTAL DE HORAS BRINDADAS AL DIA DE CONSULTA EXTERNA					***37***	***38.5***	***37***	***38.5***	***37***	***188***	***1,440***
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA											
1	7am-1pm	Dr. Barahona	MI	Permanente	3	0	3		3	9	240
	1pm-5pm	Dr. Gutiérrez	CAR	Servicio Social	3		3		3	9	
		Dr. Jiménez	CAR	Adonore		4				4	
2	7am-1pm	Dr. Meléndez	MI	Permanente	3	3	3	1	3	13	240
	1pm-5pm										
5	7am-1pm									0	
	1pm-5pm	Dr. Morales	CAR	Serv. Soc.		3		3		6	
TOTAL DE HORAS BRINDADAS AL DIA DE MEDICINA INTERNA					***9***	***10***	***9***	***4***	***9***	***41***	***480***
SERVICIO DE CIRUGIA											
1	7am-1pm									0	
	1pm-5pm	Dr. Sandoval	CIR	Permanente				4		4	240
10	7am-1pm	Dr. Gómez	CIR	Apoyo Cubano	4				4	8	
		Social de cirugía	MG	Social			4			4	
	1pm-5pm									0	
6	7am-1pm									0	
	1pm-5pm	Dr. Figueroa	Ortopeda	Contrato	4			4	4	12	
TOTAL DE HORAS BRINDADAS AL DIA DE CIRUGIA					***8***	***0***	***4***	***8***	***8***	***28***	***240***
SERVICIO DE PEDIATRÍA											
4	7am-1pm	Dr Andara	Pediatra	Apoyo Cubano	6	6	6	6	6	30	
	1pm-5pm									0	
TOTAL DE HORAS BRINDADAS AL DIA DE PEDIATRÍA					***6***	***6***	***6***	***6***	***6***	***30***	***0***
SERVICIOS DE GINECOLOGÍA											
ubicado en el área de labor y parto	7am-1pm	Dr. Aguilar	Ginecólogo	Permanente		3		3		6	240
	1pm-5pm	Dr. Perez	Ginecólogo	Permanente	6		6		6	18	240
		Dr. Oyuela	Ginecóloga	Apoyo Cubano	4	4	4	4	4	20	
TOTAL DE HORAS BRINDADAS AL DIA DE GINECOLOGÍA					***10***	***7***	***10***	***7***	***10***	***44***	***480***

OTROS SERVICIOS											
No tiene numero	**7am-1pm**	Dr. Mayorga	Odontología	Permanente	6	6	6	6	6	30	240
		Dr. ortiz	Odontología	Permanente	6	6	6	6	6	30	240
	1am – 5pm	Dr. Santos	Odontología	Serv. Social	3	3	3	3	3	15	
TOTAL DE HORAS HABILITADAS AL DIA DE OTROS SERVICIOS					***15***	***15***	***15***	***15***	***15***	***75***	***480***
TOTAL DE HORAS LABORADAS DEL SERVICO DE CONSULTA EXTERNA										***406***	

2.2) CÁLCULOS PARA DEFINIR CAPACIDAD RESOLUTIVA POR SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

CAPACIDAD RESOLUTIVA POR SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA							Código: CE-02
CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS CONSULTORIOS DE MEDICNA 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**					
1	1.5	3	156	1,440	8,336	6 Consultas X hora	50,016	7,145
3	10	50	2600					
5	6	30	1560					
6	6	30	1560					
7	6	30	1560					
8	3	30	1560					
11(Sin numero)	3	15	780					
TOTALES	**37**	**188**	**9776**					
CAPACIDAD RESOLUTIVA DE CONSULTORIOS DE MEDICINA INTERNA GENERAL								
1. No Consultorios de consulta MI	**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**					
1	**N/A**	22	1144	480	2380	4	9520	3173
2	**N/A**	13	676					
5	**N/A**	20	1040					
TOTALES	**N/A**	**55**	**2860**					
CAPACIDAD RESOLUTIVA DE CONSULTORIOS DE CIRUGÍA								
1. No Consultorios de cirugías 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	**2.2 Por semana**	**2.3 Por año**					
1	**N/A**	4	208	240	592	4	2,368	1184
10	**N/A**	12	624					
TOTALES	**N/A**	**16**	**832**					
CAPACIDAD RESOLUTIVA DE CONSULTORIOS DE ORTOPEDIA								
1. No Consultorio de ortopedia	**Capacidad resolutiva: 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	**N/A**	12	624	0	624	4	2496	2496
TOTALES	**N/A**	**12**	**624**					

CAPACIDAD RESOLUTIVA DE CONSULTORIOS DE PEDIATRIA								
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**					
4	**N/A**	30	1560	0	1560	4	6240	6,240
TOTALES	**N/A**	**30**	**1,560**					

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)
	2.1Por día	**3 1.Por semana**	**4.1 Por Año**					
ubicado en el área de labor y parto	**N/A**	44	2288	480	1808	4	7,232	7,232
TOTALES	**N/A**	**44**	**2288**					

CAPACIDAD RESOLUTIVA DE CONSULTORIOS OTROS SERVICOS (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)
	2.1Por día	**3 1.Por semana**	**4.1 Por Año**					
Odontología		75	3,900	480	3420	4	**13,680**	**13,680**
TOTALES	**N/A**	**75**	**3,900**					

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	7	N/A	**188**	**9,976**	**8336**	6	50,016
Medicina interna	3	N/A	55	2860	2380	4	9,520
Odontología	1	N/A	**75**	**3900**	**3420**	6	13,680
Cirugía	2	N/A	16	832	592	4	2,368
Ortopedia	1	N/A	12	624	624	4	2,496
Pediatría	1	N/A	30	1560	1560	4	6,240
Ginecología	1	N/A	44	2288	1808	4	7,232
TOTALES	16						**91,552**

2.3 INFORMES ESTADÍSTICOS DEL HOSPITAL EN ESTUDIO

2.3.1 Producción atenciones hospitalarios año 2013

EDAD	E/A	E/P	ME.G	ME. I.	CIRUGIA	PEDI	ORTP	Cardio	Endoc.	G.O	SUB TO	TOTAL
0 A 1 mes N			464	0	0	267	1	0	0	0	268	732
0 A 1 mes S			121	0	0	79	1	0	0	0	80	201
1 A 11mes N			590	0	0	206	10	0	3	0	219	809
1 A 11mes S			1219	0	7	762	31	0	0	0	800	2019
1 A 4 AÑOS N			751	0	13	202	37	4	2	0	258	1009
1 A 4 AÑOS S			2901	0	17	1040	38	3	0	0	1098	3999
5 A 9 AÑOS N			564	1	10	108	86	0	2	0	207	771
5 A 9 AÑOS S			1621	0	36	312	96	10	5	1	460	2081
10 A 14 AÑO N			456	2	18	60	67	2	4	4	157	613
10 A 14 AÑO S			932	3	42	126	67	9	9	7	263	1195
15 A 19 AÑOS N			930	7	44	3	80	2	11	46	193	1123
15 A 19 AÑOS S			2474	13	105	12	85	7	35	100	357	2831
20 A 49 AÑOS N			2793	163	205	1	286	52	110	398	1215	4008
20 A 49 AÑOS S			9425	538	578	4	352	284	302	1070	3128	12553
50 A 59 AÑOS N			1107	228	72	1	79	37	65	68	550	1657
50 A 59 AÑOS S			3067	592	185	5	143	214	195	164	1498	4565
60 Y MAS N			1236	341	86	1	114	67	85	42	736	1972
60 Y MAS S			3868	1072	236	6	129	356	204	114	2117	5985
TOTAL	**0**	**0**	**34519**	**2960**	**1654**	**3195**	**1702**	**1047**	**1032**	**2014**	**13604**	**48123**
NUEVO	0	0	8891	742	448	849	760	164	282	558	3803	12694
SUBSIGUIENTE	0	0	25628	2218	1206	2346	942	883	750	1456	9801	35429
% de subsiguientes			74%	75%	73%	73%	55%	84%	73%	72%	72%	74%

2.3.2 Informe de producción de atenciones año 2013

HOSPITAL EN ESTUDIO

Reporte de indicadores Hospitalarios 2013

SERVICIOS	Dotación de camas	Existencia mes anterior	Ingresos	Traslados de:	EGRESOS				Trasl. A:	TOTAL EGRESO	Total días pacientes	D C. D	INDICADORES DE RENDIMIENTO				Ta. de mortali.		Cruda
					Vivos	Muertos		Total					% deOcup.	P días Es	GI.DE.C.	Inte Su	-48	Neta	
						me 48 H	mas 48 H.												
Medicina de hombres	7	62	273	1	296	5	5	306	5	311	1563	2555	61.17	5.03	44.43	3.24	1.61	1.61	3.22
Medicina de mujeres	7	76	458	2	446	5	9	460	4	464	2310	2,555	90.41	4.98	66.29	0.53	1.08	1.94	3.02
Cirugía de hombres	5	46	449	7	451	0	0	451	2	453	1585	1,825	86.85	3.50	90.60	0.53	0.00	0.00	0.00
Cirugía de mujeres	5	34	396	4	381	0	1	382	2	482	1242	1,825	68.05	2.58	96.40	1.53	0.00	0.21	0.21
Pediatría	11	94	827	5	964	1	0	965	4	969	3139	4,015	78.18	3.24	88.09	0.91	0.10	0.00	0.10
Neonatología	5	60	467	0	439	12	5	456	2	458	1798	1,825	98.52	3.93	91.60	0.06	2.62	1.09	3.71
Ginecología	8	99	1816	103	1096	1	0	1097	817	1914	3480	2,920	119.18	1.82	239.25	-0.51	0.05	0.00	0.05
Obstetricia	11	145	2666	817	3344	0	0	3344	101	3445	5200	4,015	129.51	1.51	313.18	-0.35	0.00	0.00	0.00
TOTAL	59	616	7352	939	7417	24	20	7,461	937	8,496	20,317	21,535	94.34	2.72	126.46	0.16	0.32	0.27	0.59
OBSERVACION																			
NIÑOS	3	29	1031	0	313	3	0	316	648	964	2261	1095	206.48	2.35	321.33	-3.69	0.31	0.00	0.31
ADULTOS	8	56	1194	0	467	25	0	492	638	1,130	2811	2898	97.00	2.49	141.25	0.18	2.21	0.00	2.21
TOTAL	11	1	2225	0	780	28	0	808	1286	2094	5072	3993	127.02	6.28	73.45	-1.34	1.34	0.00	1.34

2.4) NÚMERO, HORAS Y RECURSO HUMANO ASIGNADO AL SERVICIO DE CIRUGÍA

CAPACIDAD INSTALADA POR SERVICIO DE CIRUGÍA		
Fuente de Información:	Departamento de Cirugía del Hospital en estudio	Código: CIR-01
Fecha de recolección de la información:		
Nombre y cargo de quien brinda la información:		
Elaborado por:		

CALENDARIO DE SERVICIO DE CIRUGIAS POR MÉDICO								
Nombre del cirujano	**Jornada**	**Tipo de contrato**	**HORARIO SEMANAL DE CIRUGIAS**					**Capacidad habilitada en hrs a la semana por medico**
			Lun	**Mar**	**Mi**	**Jue**	**Vi**	
Dr. Henríquez	7am – 1pm		6		6		6	18
Dr. Mejía	7am – 1pm			6		6		12
Dr. Suazo	7am – 1pm		6		6			12
Dr. Sandoval	7am – 1pm			6		6		12
Dr. Martínez	7am – 1pm			6				12
	1pm – 7pm				6			
Dra. Urrutia	1pm – 7pm		6				6	12
Dr. Matute	1pm – 7pm			6		6		12
CAPACIDAD RESOLUTIVA DIARIA Y SEMANAL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA			18	24	18	18	12	90

INFORMACION DISPONIBILIDAD DE QUIROFANOS			
1. Numero de quirófanos habilitados	2	**5. Capacidad utilizada a la semana.**	90 hrs
2. Horas disponibles por quirófano al día (Cap. Inst.)	12 hrs	**6. capacidad ociosa**	30 hrs
3. Horas disponibles del total de quirófanos al día (Capacidad Instalada)	24 hrs	**7. Mora quirúrgica (Número de casos)**	91
4. Horas disponibles del total de quirófanos a la semana	120 hrs	**8. Numero de cirujanos asignados**	7

ANEXO 3: OTROS DATOS IMPORTANTES

3.1 Capacidad instalada, utilizada y ociosa por consultorio de los servicios de consulta Externa del hospital en estudio (Instrumento código CE-05)

3.2. 10 primeras causas de atenciones, egresos y emergencias del hospital en estudio

3.2.1 Diez primeras causas de atenciones y emergencia
3.2.2 Diez primeras causas de egresos

4.2.1 CAPACIDAD INSTALADA, UTILIZADA Y OCIOSA DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA EXTERNA POR CONSULTORIO

Fuente de Información:	Departamento de consulta externa	Código: CE - 05
Fecha de recolección de la información:	17 de diciembre del 2013	
Nombre y cargo de quien brinda la información:	Jefe de Enfermería De Consulta Externa	
Elaborado por:		

Consulta Externa General

No. De consultorio	Jornada	Nombre del médicos	Especialidad	Tipo de contrato	HORARIO SEMANAL DE ATENCIONES POR HRS					Cap. Inst. Hrs X semana	Cap. utilizada Hrs X semana	Capacidad ociosa en hrs por semana
					Lun	Mar	Mi	Ju	Vi			
1	7am-1pm		MEG	Permanente	0	1.5	0	1.5	0	30	3	18
			MI	Permanente	3	0	3	0	3		9	
	1pm-7pm		CIR	Contrato	0	0	0	4	0	30	4	17
			CAR	Servicio Social	3		3		3		9	
			CAR	Servicio Social		4					4	
Total de horas diarias, semanales, utilizadas y ociosas de consultorio # 1					***6***	***5.5***	***6***	***5.5***	***6***	***60***	***25***	***35***
2	7am-1pm		MI	Permanente	3	3	3	1	3	30	13	17
	1pm-7pm		cardióloga	Contrato	0	3	0	3	0	30	6	24
Total de horas diarias, semanales, utilizadas y ociosas de consultorio # 2					***3***	***6***	***3***	***4***	***3***	***60***	***19***	***41***
3	7am-1pm		MEG	Permanente	6	6	6	6	6	30	30	0
	1pm-7pm		MEG	Permanente	4	4	4	4	4	30	20	10
Total de horas diarias, semanales, utilizadas y ociosas de consultorio # 3					***10***	***10***	***10***	***10***	***10***	***60***	***50***	***10***
4	7am-1pm		PED	Apoyo Cubano	6	6	6	6	6	30	30	0
	1pm-7pm				0	0	0	0	0	30	0	30
Total de horas diarias, semanales, utilizadas y ociosas de consultorio # 4					***6***	***6***	***6***	***6***	***6***	***60***	***30***	***30***
5	7am-1pm		MEG	Permanente	6	6	6	6	6	30	30	0
	1pm-7pm				0	0	0	0	0	30	0	30
Total de horas diarias, semanales, utilizadas y ociosas de consultorio # 5					***6***	***6***	***6***	***6***	***6***	***60***	***30***	***30***
6	7am-1pm		MEG	Permanente	6	6	6	6	6	30	30	0
	1pm-7pm		Ortopeda	contrato	4	0	0	4	4	30	12	18
Total de horas diarias, semanales, utilizadas y ociosas de consultorio # 6					***10***	***6***	***6***	***10***	***10***	***60***	***42***	***18***
7	7am-1pm		MEG	Servicio Social	6	6	6	6	6	30	30	0
	1pm-7pm				0	0	0	0	0	30	0	30
Total de horas diarias, semanales, utilizadas y ocrosas de consultorio # 7					***6***	***6***	***6***	***6***	***6***	***60***	***30***	***30***
8	7am-1pm		MEG	Servicio Social	6	6	6	6	6	30	30	0
	1pm-7pm				0	0	0	0	0	30	0	30
Total de horas diarias, semanales, utilizadas y ociosas de consultorio # 8					***6***	***6***	***6***	***6***	***6***	***60***	***30***	***30***
9	7am-1pm				0	0	0	0	0	30	0	30
	1pm-7pm				0	0	0	0	0	30	0	30
Total de horas diarias, semanales, utilizadas y ociosas de consultorio # 9					***0***	***0***	***0***	***0***	***0***	***60***	***0***	***60***
10	7am-1pm		CIR	Apoyo Cubano	4	0	0	0	4	30	8	18
	7am-1pm		MEG	Social de cirug.	0	0	4	0	0		4	
	1pm-7pm				0	0	0	0	0	30	0	30
Total de horas diarias, semanales, utilizadas y ociosas de consultorio # 10					***4***	***0***	***4***	***0***	***4***	***60***	***12***	***48***
11 (Sin número)	7am-1pm		MEG	Permanente	3	3	3	3	3	30	15	15
	1pm-7pm				0	0	0	0	0	30	0	
Total de horas diarias, semanales, utilizadas y ociosas de consultorio # 11					***3***	***3***	***3***	***3***	***3***	***60***	***15***	***45***
12 (Sin número)	7am-1pm				0	0	0	0	0	30	0	-30
	1pm-7pm				0	0	0	0	0	30	0	-30
Total de horas diarias, semanales, utilizadas y ociosas de consultorio # 12					***0***	***0***	***0***	***0***	***0***	***60***	***0***	***-60***
ubicado en labor y parto	7am-1pm		GINC	Permanente	0	3	0	3	0	30	6	24
	1pm-7pm		GINC	Permanente	6	0	6	0	6		18	12
			GINC	Apoyo Cubano	4	4	4	4	4		20	
Total de horas diarias, semanales, utilizadas y ociosas de consultorio # 13					***10***	***7***	***10***	***7***	***10***	***60***	***44***	***16***
Clínica de odontología	7am-1pm		Odontóloga	Permanente	6	6	6	6	6	60	30	
	7am-1pm		Odontóloga	Permanente	6	6	6	6	6		30	
	7am-1pm		Servicio Soc.	Servicio Social	0	0	0	0	0		0	
	1pm-7pm		Odontóloga		3	3	3	3	3	60	15	
	Horas laboradas y ociosas de la clínica de odontología				***15***	***15***	***15***	***15***	***15***	***120***	***75***	***0***
TOTAL DE HORAS UTILIZADAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA EXTERNA					***85***	***76.5***	***81***	***120***	***85***	***900***	***402***	***498***

3.2.1 Diez primeras causas de atenciones de los servicios ambulatorios y emergencias

Principales 10 Causas de atenciones 2013			
No	**Diagnóstico de atenciones**	**No. casos**	**%**
Consulta general externa			
1	Faringoamigdalitis		
2	Embarazo		
	Faringitis aguda		
3	Hipertensión arterial		
4	Sefales		
	Infección tracto urinario		
5	Resfrío Común		
6	Parasitismo intestinal		
	Atención Puerperal		
CIRUGÍA			
1	colisiititis calculosa		
2	Control postoperatorio		
3	quistes		
4	Litiasis Vesicular		
5	Hernia inguinal		
GINECOLOGÍA			
1	Embarazos		
2	Prolaxo genital		
3	Quiste de ovario		
4	Control post quirúrgico		
5	Neumatosis uterina		
6	Sangrado anormal		
7	Otras causas		
MEIDCINA INTERNA			
1	Hipertensión arterial		
2	Diabetes melitos		
3	trastornos nerviosos		
4	Bronquitis crónica		
5	Hipertiroidismo		
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica		
7	Enfermedades cardiacas		
8	artritis reumática		
PEDIATRIA			
1	Faringitis		
2	Resfrió común		
3	Diarrea		
4	Asma bronquial		
5	Parasitismo		
6	Bronquitis		
7	Anemia		
8	Síndrome febril		
9	Dermatitis		
TOTAL:			**100%**

Principales 10 Causas de emergencias 2013			
No.	**Diagnóstico de atenciones**	**No. casos**	**%**
1	Embarazo		
2	Faringoamigdalitis		
3	Resfrío Común		
4	Heridas y traumatismo		
5	Hipertensión arterial		
6	Sospecha de dengue		
7	Asma bronquial		
8	Infección Urinaria		
9	Gastritis		
10	Síndrome febril		
	TOTAL:		**100%**

3.2.2 Diez primeras causas de egresos de los servicios de hospitalización

Principales Causas de Egresos 2013			
No.	**Diagnóstico de egreso**	**No. casos**	**%**
1	Nacido vivo único		
2	Parto único espontaneo		
3	Parto por cesárea sin otra especificación		
4	fiebre dengue clásico		
5	Esterilización		
6	atención materna por déficit de crecimiento fetal		
7	Neumonía no especificada		
8	Hipertensión arterial primaria		
9	Infección bacteriana del recién nacido		
10	Aborto no especificado		
11	causas diversas		
	TOTAL:		**100%**