UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ESCUELA DE MEDICINA

DIPLOMADO SUPERIOR EN GERENCIA Y CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD

MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA

NOMBRE DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Estrategias para optimizar la capacidad resolutiva del recurso cama en la Unidad Municipal de Salud Sur

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Diploma Superior en Gerencia y Calidad en Servicios de Salud

Autor: Milton Reynel Vega Herrera

Director: Econ. Ruth Alicia Lucio Romero

Centro universitario: UTPL-Quito

2011

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR

Econ. Ruth Alicia Lucio Romero

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación realizado por el estudiante: MILTON REYNEL VEGA HERRERA, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, ajustándose a las normas establecidas por la Universidad Técnica Particular de Loja; por lo que autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

Loja, 30 de agosto del 2011

……

ECON. RUTH ALICIA LUCIO ROMERO

AUTORÍA

Yo, Milton Reynel Vega Herrera como autor del presente trabajo de investigación, soy responsable de las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en la misma.

……

MILTON REYNEL VEGA HERRERA

C.I.:1705623542

CESIÓN DE DERECHOS

Yo Milton Reynel Vega Herrera, declaro conocer y aceptar la disposición del Art.67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

MILTON REYNEL VEGA HERRERA

C.I.:1705623542

AGRADECIMIENTO

Mi eterna gratitud a quienes han apoyado esta etapa de crecimiento en mi formación profesional: padres, hermanos, familiares; comunidad educativa de la Universidad Técnica Particular de Loja a mi directora del proyecto de investigación; y, a mis amigas, amigos, compañeras y compañeros.

……

MILTON REYNEL VEGA HERRERA

DEDICATORIA

El presente informe, que representa todos los esfuerzos y sacrificios para cumplirlo, lo dedico a todas las personas que se sienten y actúan como corresponsables y protagonistas en la construcción de servicios de Salud con calidad, eficacia y eficiencia

……..

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR II

AUTORÍA III

CESIÓN DE DERECHOS IV

AGRADECIMIENTO V

DEDICATORIA VI

ÍNDICE DE CONTENIDOS VII

RESUMEN 1

CAPITULO I 2

1. INTRODUCCION 2

1.1 PROBLEMATIZACION 3
1.2 JUSTIFICACION 4
1.3 OBJETIVOS 5
1.3.1 GENERAL *5*
1.3.2 ESPECIFICOS *5*

CAPITULO II 6

2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL 6

2.1 SALUD – ENFERMEDAD 6
2.2 SISTEMAS DE SALUD 7
2.3 OFERTA Y DEMANDA DE LOS BIENES Y SERVICIOS DE SALUD 10
2.4 SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS 11
2.5 HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN 16
2.6 CAMA HOSPITALARIA 18
2.6.1 DÍAS CAMA DISPONIBLE (D-C-D) *19*
2.6.2 CENSO HOSPITALARIO *20*
2.6.3 DÍAS CAMA OCUPADOS (D-C-O) O DÍAS PACIENTE *21*
2.6.4 EGRESO HOSPITALARIO *22*
2.6.5 PROMEDIO DE ESTANCIA *24*
2.6.6 PORCENTAJE DE OCUPACIÓN - ÍNDICE OCUPACIONAL (I.O.) *29*
2.6.7 INTERVALO DE SUSTITUCIÓN *31*
2.6.8 GIRO DE CAMAS (ÍNDICE DE ROTACIÓN - VELOCIDAD CAMA – COEFICIENTE DE REEMPLAZO) *33*
2.6.9 DISTRIBUCIÓN DE RECURSO HUMANO *35*

CAPITULO III 36

3. ANALISIS SITUACIONAL 36

3.1 CONTEXTO NACIONAL 36

3.1.1 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS, EGRESOS HOSPITALARIOS Y CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN REGIONES AÑOS 1997, 2001 y 2007 36
3.1.2 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE, SECTOR Y ENTIDAD AÑOS 1997 y 2007 38
3.1.3 NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES, SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997 y 2007 40
3.1.4 NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS, SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997 Y 2007 42
3.1.5 NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACIÓN NORMAL, SEGÚN SERVICIOS AÑOS 1997 y 2007 44
3.2 UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR (UMSS) 46
3.2.1 OFERTA DE SERVICIOS 46
3.2.2 DEMANDA DE SERVICIOS 51
3.2.3 GRUPOS PROGRAMATICOS Y PERFIL EPIDEMIOLOGICO POR AREAS DE SALUD DEL MSP55
3.2.4 PRODUCCION DE SERVICIOS UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR 62
3.3 MARCO LEGAL 78

CAPITULO IV 82

4. RESULTADOS Y ANALISIS 82

4.1 PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS Y ALTERNATIVAS DE SOLUCION 82
4.1.1 REPLANTEAR LAS MEDIDAS ADOPTADAS DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS DE LA DEMANDA DE USUARIOS 86
4.2 PRESUPUESTO DE LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCION 89
4.2.1 ESTABLECER UN MODELO DE GESTIÓN EFICIENTE DE RECURSOS 89

CAPITULO V 92

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 92

5.1 CONCLUSIONES 92
5.2 RECOMENDACIONES 93

6. BIBLIOGRAFIA 94

7. ANEXOS 95

RESUMEN

La presente investigación identifica los problemas de gestión y de calidad de los servicios de salud, el diagnóstico en la internación de la Unidad Municipal Sur (UMSS), se sugiere una propuesta de intervención para optimizar la capacidad resolutiva en el Servicio de Neonatología y Gineco- Obstetricia (GO).

En el servicio de GO se requirió una decisión gerencial, mientras en Neonatología se plantean:

Escenario optimo, Neonatología con 33 cunas, promedio día estada de 3 días, produciría 4015 egresos, con un IO de 100%, índice de rotación de 122 (RN) por cuna y cero días de intervalo de sustitución (IS)

Escenario medio, Neonatología con 33 cunas, PDE de 3 días, produciría 3614 egresos, con un IO de 91%, índice de rotación de 110 (RN) por cuna y 3 días de intervalo de sustitución; se requieren para estos dos escenarios 23 enfermeras ($ 758.747)

Escenario mínimo, Neonatología con 23 cunas, PDE 3 días, produciría 2798 egresos, con un IO de 100%, índice de rotación de 122 pacientes (RN) por cuna y 5 días de intervalo de sustitución, se requieren 14 enfermeras ($344.036)

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

Las Unidades Municipales de Salud, nacen como una idea de crear una institución municipal para proteger y brindar servicios de salud a la población más pobre y vulnerable de Quito.

La Unidad Municipal de Salud Sur (UMSS), está localizada en la Parroquia Eloy Alfaro, barrio Chiriyacu, fue creada en junio de 1965, para brindar atención médica a mujeres embarazadas de escasos recursos económicos; con el pasar de los años ha crecido y hoy es un Hospital Materno-Infantil de tercer nivel, "merecidamente llamado por la UNICEF como el "Hospital amigo de la madre y del niño", atiende 24 horas del día y durante los 365 días al año." (MDMQ, 2002)

El 1 de marzo del año 2000, mediante la Resolución Nº 024, se crea la Dirección General de Salud; en julio del 2002, mediante Resolución Nº 48, se designa como entidades administrativas-financieras autónomas a los Patronatos Municipales Norte, Centro y Sur. En enero del 2003, según Resolución Nº 004, se establece la nueva estructura de las Unidades de Salud, y se cambia la denominación de Patronatos y toman el nombre de "Unidades Municipales de Salud: Centro, Norte y Sur." (DMS, 2007)

En marzo del 2007, la Unidad Municipal Sur, pasa a convertirse como el "Hospital Materno-Infantil San José" y entra en un proceso de modernización y ampliación con la construcción de una torre de cuatro plantas y un subsuelo, para ampliar los servicios de consulta externa con 15 consultorios más. El 14 de septiembre del 2009, el Dr. Agusto Barrera, Alcalde del Distrito Metropolitano de Quito, dispone la gratuidad en las Unidades Municipales de Salud.

El Hospital materno infantil (UMSS) por ofrecer sus servicios las 24 horas del día, los 365 días del año, cuenta con un recurso *Cama* en hospitalización, la misma que debe ser optimizada, a fin de satisfacer las necesidades y requerimientos de la población, frente a un incremento permanente de la demanda poblacional, utilizando indicadores trazadores, que faciliten la toma de decisiones de la alta gerencia.

1.1 PROBLEMATIZACION

La Unidad Municipal de Salud Sur ofrece los servicios de Gineco-Obstetricia y Pediatría; en Emergencia de 21622 (2009), se incrementó a 29289 (2010***); Hospitalización de GO 5.923 egresos (2009),se incrementa a 7.032*** (2010***); en neonatología un incremento en el 2010 (1754), mientras que en el 2009 es de (1504) egresos;*** Cirugía de 2316 (2009), se incrementa a 2981 (2010); existe un incremento importante de partos 2808 (2010), en relación a 2241 (2009); las cesáreas 1236 (2010), en menor medida 1240 (2009), el Índice de cesáreas baja 36% (2009) a 30% (2010), pues la calidad de un servicio de obstetricia se vincula con el referente de OPS/OMS, que señala un 15% de índice de cesáreas. Para la hospitalización se dispone de 35 camas en gineco-obstetricia y en neonatología con 33 cunas.

La Unidad Municipal Sur dispone en el Servicio de Gineco-obstetricia de 35 camas, el índice ocupacional (IO) 57% (2009) y 70% (2010) y en el Servicio de Neonatología de 33 cunas, el indicador de uso de cama es IO 40% (2009) y 35%(2010) revela un porcentaje bajo de gestión del recurso cama, lo cual repercute en la eficacia y eficiencia institucional, y el impacto negativo en la demanda de ingresos en emergencia, frente a la capacidad resolutiva de hospitalización de la Unidad.

Se evidencia demanda insatisfecha por limitación de ingresos hospitalarios, asociada a una escasa decisión política y financiera para asignar recursos humanos en UMSS (enfermeras en Neonatología según Norma), con medidas adoptadas por autoridades que ocasiona ineficiencia debido a limitación de 35 a 28 camas en GO y limitación de 33 a 20 cunas en Neonatología, lo cual repercute en la eficiencia en la gestión de los recursos (capacidad resolutiva ociosa), evidenciándose que no hay una relación de indicadores de uso de cama y toma de decisiones.

Esto limita la capacidad resolutiva de Neonatología y Gineco- Obstetricia, frente a una demanda insatisfecha por limitación de ingresos.

Se procede a identificar y determinar los criterios medulares de los principales actores de la UMSS, quienes señalan lo siguiente:

Jefe enfermeras: "hay deficiencia de enfermeras de acuerdo a estándares de asignación por cama"
Enfermeras: "deficiencia de enfermeras"
Gineco-obstetras: "limitación de 35 a 28 camas"
Pediatras: "deficiencia de enfermeras y limitación de 33 a 20 cunas"
Jefe técnico medico: "medidas adoptadas por autoridades anteriores impide lograr eficiencia en la optimización de camas; reducción de camas"

Con estos antecedentes se sistematiza los problemas de la siguiente manera:

- Es factible utilizar la capacidad resolutiva existente en el Servicio de Neonatología y Gineco-Obstetricia de la Unidad Municipal Sur?
- Es factible mejorar el uso del recurso cama en el Servicio de Neonatología y Gineco-Obstetricia de la Unidad Municipal Sur?
- Es posible mejorar los indicadores de Hospitalización Gineco-obstetricia y Pediatría (Neonatología)?

El desarrollo de esta propuesta permitirá incrementar la satisfacción de la demanda insatisfecha de la UMSS, ya que tiene la capacidad resolutiva física para el efecto. Ver anexo No. 1 y 2

1.2 JUSTIFICACION

E**l índice ocupacional** a nivel hospitalario determina que a mayor índice ocupacional mayor capacidad de oferta de servicios y costos de operación más bajos; a menor índice ocupacional mayor capacidad ociosa y mayores costos de operación; en Neonatología disminuye de 49 (2009) a 35 (2010), lo cual preocupa en términos de producción frente al incremento de la demanda y la gratuidad en la Unidad Municipal de Salud Sur; a continuación se detalla los indicadores relacionados con el uso de cama de los servicios de hospitalización de Gineco-Obstetricia y Neonatología.

- **El índice ocupacional** alcanzado en el año 2009 (IO) en Gineco-Obstetricia (57), Neonatología (49); en el año 2010, Gineco-Obstetricia (70), Neonatología (35).

- **El promedio de día estada** en el 2009, en Gineco-Obstetricia (2), Neonatología (3); en el año 2010, Gineco-Obstetricia (1,8), Neonatología (2,4).
- **El Giro de Cama** en el año 2009, en Gineco-Obstetricia (117), en Neonatología (46); en el año 2010, Gineco-Obstetricia (144), Neonatología (53).
- **El intervalo de sustitución** en el 2009, en Gineco-Obstetricia (1), en Neonatología (3); en el 2010, en Gineco-Obstetricia (0.75), en Neonatología (4.4), en UCI (7.1).

El resultado en estos indicadores revelan su origen en las decisiones, que no favorecen mejorar los indicadores, también está vinculado con la escasa dotación de recursos humanos (enfermeras de cuidado directo)

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 GENERAL

Desarrollar e implementar estrategias que permitan optimizar la capacidad resolutiva del recurso cama, en la hospitalización de Gineco-obstetricia y Neonatología, del Hospital Materno Infantil (Unidad Municipal de Salud Sur)

1.3.2 ESPECIFICOS

- Identificar los problemas de gestión y de calidad de servicios de salud
- Realizar el Diagnóstico en la internación en la Unidad Municipal Sur
- Elaborar un perfil de la propuesta de intervención para optimizar la capacidad resolutiva en el Servicio de Neonatología y Gineco- Obstetricia de la Unidad Municipal Sur

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1 SALUD – ENFERMEDAD

La salud tiene un valor intrínseco, es un medio de realización personal y colectiva, constituye un indicador del éxito alcanzado por una sociedad y sus gobiernos en la búsqueda del bienestar, que es a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo; condición esencial para el bienestar humano y desarrollo económico sustentable.

La salud conceptualmente entendida como el gozo de bienestar físico, mental y social, no implica solamente la ausencia de enfermedad, sino contar de la posibilidad de ejercicio de todas las capacidades humanas en un ambiente de armonía; entendido así, la salud es concebida como un producto social, es decir resultado de múltiples determinaciones sociales, económicas, etc., donde el acceso efectivo a la atención de salud comúnmente valorada como lo más importante para tener una población saludable, juega un rol más bien poco significativo.

Por lo anterior, es importante comprender como se produce la salud, es decir se realiza el proceso de producción de la salud y el rol de los diferentes determinantes y factores de producción (insumos) en la misma; es un producto que es consustancial a los individuos, familias y comunidades y ellos utilizan los recursos de los que disponen en tiempo, tecnología y los que puede obtener en su contexto social, económico, alimentos, vivienda, servicios sanitarios, para producir para sí mismos salud u otros productos como nutrición, entretenimiento etc. (Lucio, 2009)

Los determinantes de la salud, para puntualizar los determinantes de a salud, es necesario comprender que cualquier problema de salud se da por uno o por una combinación de los factores; por ello, la salud de una sociedad específica cambia de acuerdo al amplio rango de determinantes que afectan a esa sociedad y en su interior a los diferentes grupos sociales.

Los determinantes de la salud son los aspectos que intervienen positiva o negativamente en la conformación de los niveles y tendencias de salud en cada individuo o grupo social, se han establecido los factores que tienen una influencia mayor en la salud; así, se ha estudiado el nivel de ingreso y estado de salud, y se constata que, tiene un enlace importante, debido a que el ingreso tiene relación con la condiciones de vida, trabajo y educación de las familias.

A objetos de producir conocimientos, que permitan establecer y ponderar las variables que tienen mayor influencia en la salud, recientemente se ha intentado relacionar los comportamientos individuales y grupales y los estilos de vida identificados como riesgosos para la salud; de la misma forma, se ha estudiado el sistema de creencias, tanto dominantes, emergentes y contra hegemónicas y cómo influyen en una sociedad en la comprensión y acción sobre la salud de las poblaciones.

Los sistemas de salud y sus instituciones son también elementos con influencia sobre la salud, lo cual no significa que un mero incremento de recursos en los servicios de salud necesariamente implica un efecto de mejoramiento del estado de salud; en contextos con condiciones económicas difíciles puede afectar la capacidad de los sistemas para responder la demanda, sea para mantener el estado de salud y/o controlar su deterioro.

Esto implica que, en la resolución de problemas de salud, intervienen no sólo los sufrimientos individuales sino también las consecuencias sociales para la comunidad, además de los determinantes de la salud involucrados.

2.2 SISTEMAS DE SALUD

“El sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud”. (OMS).

Los principios en los que se fundamenta un sistema de salud están definidos por las políticas internas de cada estado, de los convenios internacionales, como los de organizaciones internacionales como la OPS/OMS., a nivel de países, a nivel de

regiones se establecen de acuerdo con las políticas generales del país y de las regiones internas y en base a principios ético morales.

Un sistema de salud está compuesto por un órgano rector encargado de delinear cómo funcionará, un órgano operativo, en el que intervienen las casas de salud, otros organismos relacionados con la salud, los pacientes, los médicos y todo el personal de salud; y, otro financiador, encargado de la integración; corresponde a los mecanismos que aseguran la estabilidad del sistema y se apoyan en la cibernética y la dirección. Esto se confirma mediante los controles evaluativos que permiten la retroalimentación. (Yépez, 2009)

Si un sistema de salud es un campo socialmente estructurado, los principios a los cuales se adhiere se relacionan con el sistema de valores y creencias dominante en la sociedad misma, y más precisamente con aquellos relativos a los agentes sociales implicados en el sistema; ello no significa que el sistema social posea valores compartidos sino todo lo contrario, se producen tensiones y negociaciones para organizar, implementar y operacionalizar las políticas y estrategias. (Lucio, 2009)

Funciones y roles del sistema de salud, el sistema de salud realiza un conjunto de funciones interrelacionadas identificándose cuatro nucleares: regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión.

Cada una de ellas plantea un modelo teórico operativo a través del cual es posible su comprensión, análisis de comportamiento y diseño de intervenciones en función de cambios o ajustes requeridos de acuerdo a realidades sociales y económicas específicas. (Lucio, 2009)

La **salud entendida como un bien económico**, evidencia que la salud de las personas y de los colectivos es uno de los objetivos más importantes en casi todas las sociedades contemporáneas.

Bienes y servicios de salud, considerar la salud como un bien económico remite a estudiar la respuesta, los bienes/servicios de salud, a esta necesidad bajo al menos tres dimensiones: consumo, inversión y en su relación con el capital humano.

- Como consumo hace referencia al uso que se hace de un bien/servicio para satisfacer una necesidad en base a las preferencias y recursos con los cuales cuenta el consumidor individual y/o colectivo.
- Como inversión se trata del propósito de querer algo a plazo mediato que se logra mediante acciones diferidas y obtención de resultados no inmediatos, a mediano y largo plazo, alimentada por la necesidad de preservar la salud individual o colectiva.
- Capital son todas las capacidades del hombre que inciden en la producción de bienes y servicios; el consumo y la inversión que todo grupo social hace en su salud, se traduce en un incremento de la productividad, creatividad y capacidad de trabajo permitiendo elevar y mejorar su calidad de vida y su bienestar, además de su competitividad en el mercado laboral, etc.

En economía de la salud, el tema de la producción de los bienes y servicios de salud es central, debiendo contemplarse la finalidad o definición del bien o servicio a ser producido, el objeto, en el caso de salud es la población determinada, los recursos o factores de producción necesarios para producir el bien o servicio, la selección de la tecnología de producción necesaria, el ambiente espacial e institucional pasando por el ámbito normativo jurídico.

Los bienes y servicios se clasifican en: bien/ servicio público, bien/ servicio meritorio y bien/ servicio privado

Bien/ servicio público es aquel que guarda tres características fundamentales: no son exclusivos, no rivaliza el consumo, cualquier persona los tiene a su alcance y sale más costoso impedir su uso que no hacerlo; en el sector salud la mayoría de medidas de promoción y prevención, sobre todo colectiva son bienes / servicios públicos.

Bien/ servicio meritorio son aquellos servicios cuyo consumo produce gran beneficio social más que beneficio privado; tales como planificación familiar y ciertos servicios de atención primaria; otro tipo produce externalidades tales como vacunación y control de enfermedades sexualmente transmisibles.

Existen unos terceros que incluyen posesión de valores de significativa utilidad interpersonal tales como servicios de emergencia para pacientes con traumas y servicios médicos para aliviar dolor y básicos para población vulnerable.

Bien/ servicio privado son aquellos cuyos servicios son de beneficio exclusivo para la persona quien los consume, y si es consumido por una persona, no puede ser consumido por otra. Por causa de su exclusividad, el mercado puede producir y distribuirlos más eficientemente. La mayoría de servicios médicos curativos y fármacos, medicamentos, se encuentran en esta categoría.

El Estado en una sociedad define, de acuerdo con las pautas de su población mandante, la intervención y regulación de cada tipo de bien/ servicio y por tanto el alcance, rol e interacción de las instituciones y de los mercados de salud (financiamiento, servicios médicos, servicios institucionales, factores productivos y educación profesional).

Así, la elección de una intervención o no del Estado marca el acceso efectivo o no de la población a bienes y servicios de salud, y si las barreras inherentes a tal acceso pueden o no ser superadas y de qué modo.

2.3 OFERTA Y DEMANDA DE LOS BIENES Y SERVICIOS DE SALUD

Oferta es el conjunto de productos y/o servicios que los productores están dispuestos a producir en el mercado a un precio y en condiciones determinadas; la salud considerada un bien público estratégico por parte de un Estado, significa para éste, intervenir desde el lado de la oferta con la institucionalidad necesaria para la provisión, con ello se garantiza la direccionalidad y balance del sector.

Interesa además mejorar el comportamiento de los profesionales y calidad de las instituciones de atención, lograr una función de producción efectiva y eficiente y, en términos generales, organizar la provisión de manera integral e integrada.

Demanda es el conjunto de bienes y/o servicios que la población está dispuesta a comprar de acuerdo a sus necesidades y teniendo como límite un presupuesto acotado; confluye la necesidad con la posibilidad de las personas y familias; desde

el punto de vista de la demanda ligada a la población interesa, por parte del Estado, establecer una regulación en términos de precios y calidad, elementos clave que permiten que la población tenga garantizado el acceso y la satisfacción a los mismos.

La Atención Primaria en Salud (APS), se concibe en nuestro caso, no solamente como el primer contacto que tiene un usuario del sistema para ingresar al mismo, sino como la forma integral de atención médica considerando, la educación, prevención, recuperación, rehabilitación y la reintegración del usuario a su vida comunitaria, dentro de un enfoque bio-psico-social (Declaración de Alma-Ata); todo esto implicaría la generación de una oferta de servicio de salud o atención al paciente, por las entidades de salud; las mismas que actuando en conjunto, bajo normas establecidas formarían un sistema de salud.

La Declaración de Alma Ata sigue vigente aunque en la actualidad precisa una renovación y redefinición de sus principios para abordar los nuevos desafíos que surgen de los cambios epidemiológicos y demográficos, los nuevos escenarios socioculturales y económicos, la globalización de los riesgos en salud y el crecimiento de los costes sanitarios.

La Atención Primaria de Salud (APS), así como la necesidad de definir nuevas orientaciones estratégicas y programáticas (Resolución CD44.R6) han motivado a que los países americanos hayan resuelto la integración e incorporación de los objetivos de desarrollo contenidos en la Declaración del Milenio, en las metas y objetivos de salud de sus políticas sanitarias (Yépez, 2009)

2.4 SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS

La empresa de servicios denominada Hospital es una organización social productiva de extrema complejidad por cuanto, además de tener una operatoria continua las 24 horas todos los días del año, con actuaciones donde frecuentemente se plantean problemas límites que involucran la vida y la muerte de las personas, tiene la característica de que en él coexisten cuatro empresas diferentes con una muy amplia gama de producción, esta amplitud y variedad de la producción hace que los hospitales sean considerados empresas multiproducto. (ISALUD, 2002-2003)

Las cuatro empresas que coexisten en el hospital son:

- **Un hotel** cuyos usuarios presentan mayores exigencias que en un hotel común.
- **Una empresa artesanal** con productos difíciles de definir, donde múltiples profesionales altamente capacitados ejercen prácticamente en forma autónoma, aunque concomitantemente requieran un alto grado de coordinación y muchas veces la toma de decisiones sea compartida: los servicios finales.
- **Una empresa que utiliza tecnología** de punta con un gran turnover y procesos casi industriales: los servicios intermedios, auxiliares del diagnóstico y tratamiento.
- **Una escuela de formación técnica y profesional** y un instituto de investigación.

Para el análisis de una organización tan compleja es útil producir un desagregado hasta alcanzar la menor unidad de análisis, denominada Unidad Funcional (UF), conformada por un equipo de trabajo conducido por un responsable, que realiza rutinariamente tareas específicas; un team work, un grupo de personas que bajo la conducción de un responsable tiene precisos objetivos organizacionales y operativos; las Unidades Funcionales del Hospital, que son unidades de procesos, no de estructura, a su vez pueden agregarse en dos grandes grupos:

Las Unidades Funcionales Asistenciales
Las Unidades Funcionales no Asistenciales

Las Unidades Funcionales Asistenciales se encuentran en dos áreas:

- El área de los servicios finales
- El área de los servicios intermedios o auxiliares del diagnóstico y la
- El área administrativa
- El área de servicios generales o servicios de apoyo
- El área de docencia e investigación

Con lo cual el Hospital queda conformado por 5 grandes áreas:

El área de Servicios Finales, también conocida como área de Gestión Clínica, está conformada por los sectores y unidades funcionales en los cuales se produce una

interacción permanentemente con el paciente, con procesos artesanales difíciles de sistematizar, con un elevado número de profesionales de gran especialización y en los cuales solamente es posible que egrese el producto hospitalario: el paciente curado total o parcialmente y el paciente fallecido. (ISALUD, 2002-2003)

El área de los Servicios Finales (Gestión Clínica) comprende los siguientes sectores:

- Sector de internación de pacientes en cuidados mínimos
- Sector de consultorios externos
- Sector de urgencias
- Sector de cuidados especiales
- El sector de Hospital de Día

Área de Servicios Intermedios

El área de Servicios Intermedios, también conocida como de área de los Servicios Auxiliares del Diagnóstico y la Terapéutica, está conformada por aquellas unidades funcionales que interactúan de forma transitoria en la asistencia del paciente, que contribuyen en el resultado del producto, pero de las cuales no egresa directamente el paciente.

Donde los procedimientos son más rutinarios, más fáciles de sistematizar y en los cuales interviene una mayor proporción de personal técnico, así como tecnología de punta en constante evolución; las Unidades Funcionales del área de Servicios Intermedios, sólo en las circunstancias particulares de venta de servicios a terceros, se convierten en generadores de productos finales.

En los hospitales de gran tamaño, dentro del área de servicios intermedios pueden desagregarse sectores, en los casos donde en estos puedan individualizarse diversas unidades funcionales (diversos equipos de trabajo conducidos por un responsable, que realizan rutinariamente y exclusivamente tareas específicas). Por ejemplo, dentro del sector de Laboratorio, la unidad funcional de bacteriología, o dentro del sector de Diagnóstico por Imágenes la unidad funcional de Tomografía Computarizada. (ISALUD, 2002-2003)

Área Administrativa

En el área administrativa reconocemos los siguientes sectores:

- El sector Gestión de Pacientes
- El sector Gestión Económico-financiera
- El sector Gestión de Suministros

Área de Servicios Generales de apoyo, se reconocen dos sectores:

- Sector de Conservación y Mantenimiento
- Sector de Hotelería

Área de Docencia e Investigación, se reconocen los siguientes sectores:

- Sector Docencia
- Sector de Comités Técnico-Científicos

En los servicios de salud a nivel hospitalario, es necesario señalar además algunos elementos importantes como:

Calidad, es el conjunto de atributos del proceso de atención que favorece los mejores resultados posibles y se define en relación a los conocimientos, tecnología, expectativas y normas sociales; la calidad es definida en relación al proceso de atención a las normas profesionales, de consumo y sociales en varias dimensiones del proceso como calidad técnica, relación profesional – usuario y satisfacción del usuario, como veremos en el acápite 4 de este texto. (Lucio, 2009)

Gestión, una organización que otorga servicios de salud es una empresa pública, es pública porque sirve a una comunidad, y es empresa porque debe tener objetivos y metas establecidos en todos sus niveles, que deben cumplirse con economía y eficiencia.

Los sistemas de salud y sus subsistemas (clínicas, hospitales, unidades médicas, etcétera) deben contar con una administración eficiente, con el objeto de poder cumplir las metas que contemplen sus diferentes programas de salud, y con ello dar respuesta a las necesidades que la sociedad les demande

La obligación del directivo de la atención de la salud es que en sus instituciones se presten servicios oportunos al menor costo y de la mejor calidad posible, considerando al paciente como individuo, como integrante de una familia y miembro de la sociedad; por lo tanto, el propósito de los directivos del sistema de salud es lograr que las actividades y funciones de sus organismos (institutos, hospitales, clínicas, centros de rehabilitación, departamentos, programas, proyectos) se racionalicen y se cumplan las funciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación de padecimientos y rehabilitación de invalidez, así como las de educación e investigación, y que estas funciones se logren con eficiencia

Solo una correcta administración en las organizaciones de salud permitirá optimizar los recursos disponibles para que con ello se pueda ofrecer una atención más eficiente y eficaz a todos los usuarios.

La administración se caracteriza por la realización del trabajo en un área específica, no hay relación con otras áreas, se controla la producción individual de la persona y el encargado es un administrador.

La gestión da mayor énfasis a la utilización adecuada de todos los recursos, al trabajo en equipo, al conocimiento generalizado y que el producto satisfaga a quien lo necesita; el responsable de este proceso, es el coordinador. (Yépez, 2009)

El proceso de la administración, los partidarios de la escuela del proceso administrativo consideran la administración como una actividad compuesta de ciertas sub-actividades que constituyen el proceso administrativo único. Este proceso administrativo formado por 4 funciones fundamentales, planeación, organización, ejecución y control.

Planificación: para un gerente y para un grupo de empleados es importante decidir o estar identificado con los objetivos que se van a alcanzar. El siguiente paso es alcanzarlos. Esto origina las preguntas de ¿qué trabajo necesita hacerse? ¿cuándo y cómo se hará? ¿cuáles serán los necesarios componentes del trabajo, las contribuciones y como lograrlos? En esencia, se formula un plan o un patrón integrando-predeterminando las futuras actividades, esto requiere la facultad de prever, de visualizar.

Organización: después de que la dirección y formato de las acciones futuras ya hayan sido determinadas, el paso siguiente para cumplir con el trabajo, será distribuir o señalar las actividades de trabajo entre los miembros del grupo e indicar la participación de cada uno de ellos. Esta distribución del trabajo esta guiado por la consideración de cosas tales como la naturaleza de las actividades componentes, las personas del grupo y las instalaciones físicas disponibles.

Estas actividades componentes están agrupadas y asignadas de manera que un mínimo de gastos o un máximo de satisfacción de los empleados se logre o que se alcance algún objetivo similar, si el grupo es deficiente ya sea en él numero o en la calidad de los miembros administrativos se procuraran tales miembros. Cada uno de los miembros asignados a una actividad componente se enfrenta a su propia relación con el grupo y la del grupo con otros grupos de la empresa.

Ejecución: para llevar a cabo físicamente las actividades que resulten de los pasos de planeación y organización, es necesario que el gerente tome medidas que inicien y continúen las acciones requeridas para que los miembros del grupo ejecuten la tarea. Entre las medidas comunes utilizadas por el gerente para poner el grupo en acción está dirigir, desarrollar a los gerentes, instruir, ayudar a los miembros a mejorarse lo mismo que su trabajo mediante su propia creatividad y la compensación a esto se le llama ejecución.

Control: los gerentes siempre han encontrado conveniente comprobar o vigilar lo que sé está haciendo para asegurar que el trabajo de otros está progresando en forma satisfactoria hacia el objetivo (Yépez, 2009)

2.5 HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN

Los aspectos o dimensiones de la gestión de una organización que son factibles y relevantes de medir, son los siguientes:

Viabilidad financiera, este concepto se relaciona con la capacidad de una organización para generar y movilizar adecuadamente los recursos financieros en pos de su misión institucional. Algunos indicadores de viabilidad financiera de una

organización pueden ser: capacidad de autofinanciamiento, eficacia en la ejecución de su presupuesto o el nivel de recuperación de préstamos.

Eficiencia, el concepto de eficiencia describe la relación entre dos magnitudes: la producción física de un bien o servicio y los insumos o recursos que se utilizaron para alcanzar ese producto. El indicador habitual de eficiencia es el costo unitario o costo promedio de producción, ya que relaciona la productividad física, con su costo.

Eficacia, el concepto de eficacia se refiere al grado de cumplimiento de los objetivos planteados, es decir, en qué medida el área, o la organización como un todo, está cumpliendo con sus objetivos fundamentales.

Relevancia o calidad del servicio, se refiere a la capacidad de la organización para responder en forma rápida y directa a las necesidades de sus usuarios. Son elementos de la calidad factores tales como: oportunidad, accesibilidad, precisión y continuidad en la entrega del servicio, comodidad y cortesía en la atención.

Un modo directo de medir estos conceptos es a través de encuestas periódicas a los usuarios. Una manera indirecta de conocer su grado de satisfacción con el producto, es el resultado de procesar la información recibida a través de libros o buzones de reclamos. (Yépez, 2009)

Redes de servicios de salud, el concepto de red alude a los vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que, teniendo cada uno sus propias características y particularidades, reconocen la necesidad básica de crear lazos y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes, compartiendo un espacio de igualdad, donde las relaciones son horizontales y se reconocen los distintos saberes y aportes. (Yépez, 2009)

Los puntos importantes a considerar en la construcción de esta red son:

Atención integrada: ofrecer de acuerdo a la complejidad de los establecimientos actividades integrales (promoción, prevención, curación y rehabilitación), esto es que pueda recibir la atención en ese nivel de complejidad y pasar a otro si así lo requiere

- Atención continua: que el equipo de salud en cada nivel se responsabilice desde el diagnóstico o identificación del problema o necesidad hasta la curación
- Cercanía a la población

- Disponibilidad de equipo polivalente
- Atención permanente para atenciones curativas
- Con participación de la comunidad
- Complementariedad entre unidades de diversa complejidad (Lucio, 2009)

2.6 CAMA HOSPITALARIA

Es aquella dispuesta en un hospital para el alojamiento de un paciente durante las 24 horas del día, son las dedicadas a la atención regular de pacientes internados, las de cuidados intensivos. Dependiendo del país o institución hay quienes consideran dentro del número de camas del hospital a aquellas de cuidados intermedios o mínimos, las de aislamiento, las cunas e incubadoras de Pediatría y las camas de observación cuando están equipadas para que un mismo paciente permanezca en ellas más de 24 horas.

No se incluyen dentro del número de camas del hospital las cunas e incubadoras de Obstetricia, las camas de labor de parto, las del Servicio de Urgencias, las de recuperación postoperatoria, las que se usan solo para procedimientos de diagnóstico y tratamiento (metabolismo, Rayos X, etc.) Tampoco se incluyen las utilizadas para alojamiento del personal o de acompañantes.

Capacidad máxima de camas, es el número de camas que, de acuerdo con las normas de espacio físico y recursos humanos y técnicos, podrían mantenerse en condiciones óptimas en el hospital.

Dotación normal de camas (camas de planta capacidad actual), es el número fijo de camas hospitalarias regularmente mantenido durante un periodo de operación normal en áreas destinadas para el alojamiento y cuidado permanente de los pacientes internados, podría ser menor, igual o mayor que la capacidad máxima de camas.

Camas de emergencia o camas BIS, son aquellas que se agregan temporalmente a la dotación normal de un servicio o sala, solo debido a la mayor demanda eventual de internamiento de pacientes, su existencia en bodegas o depósitos sirve solo

como un dato informativo, pero no forman parte de la dotación normal de camas del hospital.

Cunas, es el equipo instalado en el Servicio de Obstetricia para el alojamiento de los recién nacidos en el hospital; las cunas destinadas al cuidado de los recién nacidos sanos y que permanecen después del parto, durante el periodo de tratamiento de la madre, no se cuentan dentro del número de camas del hospital. En servicios como Pediatría y Neonatología, una cuna puede ser usada por un niño pequeño enfermo que permanece en el hospital o que es recibido para tratamiento independientemente de su madre; en estos casos estas cunas que no se ubican en el Servicio de Obstetricia si deben ser consideradas como camas hospitalarias. (Chacón, 2005)

2.6.1 DÍAS CAMA DISPONIBLE (D-C-D)

También se le suele llamar únicamente *Día Cama, e*s una medida de la capacidad de oferta de servicios de la institución, determinada por la dotación de camas, es cada periodo de 24 horas, durante el cual una cama de hospital (dotación normal) se mantiene disponible para recibir pacientes internados.

Es un dato que deriva del número de camas (dotación normal) con que cuenta un hospital o servicio, si un servicio tiene 20 camas, entonces tiene al día 20 "días cama disponibles" (DCD), es decir, es igual al número de camas diario que tiene un servicio, pero no es usual hablar de DCD al día sino más bien de DCD mes, o al año; de modo que los DCD en un mes equivalen a sumar los DCD diarios de un servicio, en el caso de un servicio con 20 camas (DCO del día 1 +DCO del día 2 + DCO del día 3 +.....DCO del día 30), dicho de otra forma= (20 camas) x (30 días)= 600 DCD. Se puede disponer de esta indicador para:

- Especialidad o servicio, según apertura programática de cada institución.
- Establecimiento
- Nivel de complejidad institucional (media de los servicios y establecimientos de un determinado nivel)
- Todos los establecimientos de una red de servicios (ídem anterior, independientemente del nivel de complejidad).

- Según sexo, edad, especialidad, etc.; se multiplica en número de días del periodo por el número de camas de dotación normal asignado a cada sexo, edad, servicio, etc.

Fórmula: D-C-D= (No. camas) x (No. de días del período analizado)

Análisis e Implicaciones:

- Determinar la capacidad de oferta de servicios de la institución, en combinación con otros indicadores.
- Formular la programación y el presupuesto de la institución (los recursos se asignan en función de producción, pero la capacidad de producción está determinada por el número de D-C-D).

Factores que Influyen su Comportamiento:

Es función de la dotación de camas, se usa fundamentalmente en la programación y el presupuesto, es un componente del índice ocupacional. (Chacón, 2005)

2.6.2 CENSO HOSPITALARIO

También llamado *censo diario*, corresponde a la información sobre el número de pacientes que están ocupando cama en el hospital en un momento dado, la hora del censo usualmente esta especificada como a la media noche (o las 24 horas) porque este periodo es de menor actividad de ingresos y egresos, y también, porque habría muchos inconvenientes si el día censal no coincidiera con el día calendario; cualquier otra hora podría designarse como la hora del censo, pero deberá ser la misma todos los días; este censo debe coincidir con el recuento físico de pacientes verificado por el Servicio de Enfermería a las 12 de la noche.

Fórmula:

Para hacer el censo del hospital, los pacientes que permanecían hospitalizados al terminar el día anterior, se suman a los ingresados en las 24 horas del día del censo y se restan los egresos del mismo. Se incluye en estos cálculos a aquellos pacientes que fueron admitidos y egresados en el mismo día; se consideran también los traslados internos en cada servicio.

En un hospital pequeño la enfermera encargada de cada sala hace el recuento correspondiente, y en formularios especiales remite dicha Información al Servicio de

Registros Estadísticos, indicando además los nombres de los admitidos y de los egresados durante el día. En dicho servicio los datos se revisan y anotan día con día en un registro especial para obtener los Días Cama Ocupado (D-C-O o días paciente) cada vez que se desee (sumando los censos de cada día del periodo que interesa: un mes, un ano, etc.).

Análisis e Implicaciones:

- Permite valorar su impacto sobre el uso global de las camas de la institución: a mayor número de días cama ocupada, mayor índice ocupacional.
- El censo diario es un proceso (no un indicador) que da origen al indicador denominado Días Cama Ocupados (DCO)
- Es un proceso precursor para el cálculo del Promedio de Días Estancia y del Índice Ocupacional.

Factores que Influyen su Comportamiento:

Depende del volumen de pacientes egresados e ingresados en el lapso de las 24 horas del día y en menor grado del número total de camas disponibles. (Chacón, 2005)

2.6.3 DÍAS CAMA OCUPADOS (D-C-O) O DÍAS PACIENTE

Se entiende por días-paciente la suma de los días de hospitalización de los enfermos que estuvieron encamados en un periodo, es un dato que proporciona el Departamento de Estadística, y es tomado del "censo diario" de pacientes que éste realiza diariamente, para construir este dato, se toma en consideración las camas que están siendo ocupadas por los pacientes que han ingresado a cada servicio, obteniendo así los DCO por día; de modo que los DCO de un mes corresponde a la sumatoria de los DCO que se tuvo en el transcurso de dicho mes (DCO del día 1 + DCO del día 2 + etc.)

Es el indicador fundamental de programación de recursos, el Día Cama Ocupada representa la articulación de los recursos que se emplean en la atención del paciente y que determinan los costos de operación: atención médica y de enfermería, alimentación, procedimientos, limpieza, administración de la cama, etc. Se puede disponer de este indicador para:

- Especialidad o servicio, según apertura programática de cada institución.
- Establecimiento
- Nivel de complejidad institucional (media de los servicios y establecimientos de un determinado nivel)
- Todos los establecimientos de una red de servicios (ídem anterior, independientemente del nivel de complejidad).

Fórmula: DCO del día 1 + DCO del día 2 + etc.

Análisis e Implicaciones:

- Permite valorar su impacto sobre el uso global de las camas de la institución: a mayor número de días cama ocupada, mayor índice ocupacional.
- Bajo condiciones adecuadas de eficiencia y eficacia, permite definir las "funciones de producción" (recursos asociados con la producción de un día cama ocupada).
- Es un componente esencial del Promedio de Días Estancia y del Índice Ocupacional.

*Factores que Influyen su Comportamiento: d*epende del volumen de pacientes ingresados y del número de días que permanezcan en la institución. (Chacón, 2005)

2.6.4 EGRESO HOSPITALARIO

Es la salida de un paciente de un servicio de hospitalización (internamiento), puede ser por alta o por defunción; alta se refiere a todo paciente que se retire vivo del hospital, la condición de salida (indicación médica, retiro por voluntad propia, traslado a otro hospital o fuga) no modifica la calificación del hecho como "alta".

No incluye este concepto los traslados internos de un servicio a otro del mismo hospital, ni los recién nacidos sanos en el mismo. La salida de un paciente puede ser por curación, voluntaria, fuga, defunción o traslado.

Una misma persona puede dar origen a varios egresos hospitalarios en el periodo de estudio por la misma causa, por causas diferentes o por varias causas a la vez. (Chacón, 2005)

Se puede disponer de este indicador para:

- Especialidad o servicio, según apertura programática de cada institución.
- Establecimiento
- Nivel de complejidad institucional (media de los servicios y establecimientos de un determinado nivel)
- Todos los establecimientos de una red de servicios (ídem anterior, independientemente del nivel de complejidad).

Análisis e Implicaciones:

- Permite valorar su impacto sobre el uso global de las camas de la institución.
- Bajo condiciones adecuadas de eficiencia y eficacia, permite definir las "funciones de producción" (recursos asociados con la producción de un egreso).
- Su valoración debería de hacerse *siempre* en referencia con el número de egresos programados para el periodo o mejor aún vrs. el número de egresos potenciales (según capacidad instalada), esto con el fin de valorar el grado de cumplimiento de metas de producción; desviaciones importantes en este sentido y a la luz de las listas de espera
- para hospitalización o para cirugías permiten hacer referencia a los niveles de eficiencia y de efectividad del servicio evaluado.

Otra terminología relacionada con el egreso hospitalario:

- Proporción de la población hospitalizada
- Coeficiente de atención hospitalaria
- Estadísticas de los egresos hospitalarios
- Ingreso
- Traslado
- Defunción

2.6.5 PROMEDIO DE ESTANCIA

También denominado *Estadía, Estada o Permanencia*, es el tiempo promedio –en días y fracción de días- que el paciente permanece hospitalizado ocupando una cama: el tiempo promedio que utiliza un servicio o un hospital para ingresar, diagnosticar, tratar y/o rehabilitar a sus pacientes (el promedio de días que permanece un grupo de pacientes, en general o específico por edad, por servicio, por tipo de enfermedad, etc.).

Es un indicador de rendimiento del recurso cama, y está estrechamente relacionado con el número de egresos que produce un servicio u hospital en un período dado.

La fuente del dato es la contabilización de la estancia (permanencia) de cada uno de los egresados en un periodo dado aunque otra opción podría ser el censo diario por la contabilización del Día Cama Ocupada.

El indicador se puede referir a un paciente, a una especialidad o a un servicio o a un hospital y a un grupo de patología en particular, los más frecuentes son el Promedio de Estancia para un servicio y el Promedio de Estancia para todo hospital, se nutre del censo diario, por la contabilización del Día Cama Ocupada o bien por contabilización de los egresos realizada en el Departamento de Registros Médicos.

Está directamente relacionado con el tipo de morbilidad y complejidades que asume un determinado servicio, es de esperarse un Promedio de Estancia menor en servicios de Obstetricia (2-3 días: legrados 1 día, partos normales 2 días, cesáreas 3-4 días) que en un servicio de Medicina Interna. (Chacón, 2005)

Como promedio general tiene poca importancia para un hospital y consecuentemente además del indicador para todo el establecimiento (hospital), es mucho más útil disponer (desagregar) de este indicador para:

- Diferentes Servicios y/o Especialidades Médicas, según apertura programática de cada institución.
- Nivel de complejidad institucional (media de los servicios y establecimientos de un determinado nivel)

- Todos los establecimientos de una red de servicios (ídem anterior, independientemente del nivel de complejidad).
- Por patología específica o grupos de patologías.
- Por médico, en función de los pacientes que maneja y/o la disciplina del mismo
- Todos los establecimientos de una red de servicios (ídem anterior, independientemente del nivel de complejidad).

Fórmula:

Total de estancias de pacientes egresados

Egresos del mismo período

Total de estancias de egresos, es suministrado por el departamento de estadística, surge de la contabilización por paciente del número de días que estuvo internado (fecha egreso menos la fecha ingreso)

Opción:

D-C-O de un período (**)

Egresos del mismo período

D-C-O= Días Cama Ocupados (este dato es suministrado también por el departamento de estadística en cada hospital en colaboración con el personal de Enfermería. Surge del censo diario que se realiza en cada servicio, contabilizando las camas que estuvieron ocupadas durante el día, y posteriormente se hace la sumatoria mensual.

En la literatura se le equipara el promedio de estancia con el promedio día-cama-ocupado, aun cuando estos son conceptos estadísticamente distintos, la contabilización del D-C-O se origina en el paciente internado (toma en cuenta los días cama ocupados del paciente del “presente” período, cuyo egreso se produce en el “siguiente” período).

Análisis e Implicaciones:

Constituye un monitor del tiempo promedio que toma un servicio para brindar atención al paciente hospitalizado; actúa en asociación con otros, pero es el factor crítico determinante de la productividad del “recurso” cama y por tanto de número de pacientes que la institución puede atender en un período dado; es a su vez es uno de los pocos sobre el cual puede ejercer control el gerente de los servicios de salud; los usos principales son:

- Cuantificar la capacidad productiva (número de pacientes hospitalizados que se pueden atender en un período dado) de la institución a partir de la dotación de camas.
- Monitorear el tiempo que cada paciente permanece hospitalizado. La sumatoria determina el Promedio de Días Estancia de la especialidad o servicio.
- Proyectar, en asociación con otros indicadores, las metas programáticas.
- Determinar el nivel de cumplimiento de los estándares pertinentes.
- Determinar su comportamiento como un factor restrictivo de accesibilidad a los servicios de salud (a mayor Promedio de Días Estancia menor disponibilidad y a menor Promedio de Días Estancia mayor disponibilidad).

Factores que Influyen su Comportamiento:

1. Condiciones Relacionadas con el paciente:

- Patología que motiva la hospitalización y existencia de patologías asociadas.
- Severidad de la condición del paciente.
- Motivo de ingreso=
- para estudio
- para diagnóstico y tratamiento
- sólo para tratamiento
- para rehabilitación
- Problemas sociales: vive lejos, no tiene familia, es anciano o discapacitado, etc. situaciones que generan que el paciente no egrese con oportunidad a pesar de tener del “alta” medica.

2. Condiciones Prehospitalarias:

- Paciente referido al nivel apropiado de complejidad para su condición de salud.
- Diagnóstico adecuado hecho con anterioridad al ingreso al hospital.
- Pacientes no diagnosticados oportunamente.

3. Condiciones Hospitalarias:

- Pérdidas de tiempo:
  - ✓ Pacientes no diagnosticados oportunamente.
  - ✓ Pacientes en preparación prolongada para intervenciones quirúrgicas
  - ✓ Preparación de la cama hospitalaria.
  - ✓ Movimiento excesivo: Una estación de trabajo mal diseñada es causa de que el personal malgaste energía en movimientos innecesarios. Si la plataforma de servicios y los lavados están situados demasiados lejos del lugar normal de trabajo, el personal tendrá que andar centenares de kilómetros innecesarios a lo largo del año. Las herramientas, los equipos, los materiales y las instrucciones que se necesitan para realizar el trabajo han de colocarse en el lugar más conveniente para que el funcionario ahorre energía.
- Pacientes recibiendo servicios de fisioterapia, rehabilitación o radioterapia.
- Cumplimiento de las indicaciones médicas y buena atención del paciente por parte del personal de enfermería.
- Tiempo de preparación del paciente para el alta o egreso del hospital.
- Manejo de complicaciones infecciosas, infecciones nosocomiales, reacciones adversas, etc.
- Relación entre el hospital y la familia del paciente previo al alta.
- Visita diaria.
- Correcta evaluación de la evolución del paciente.
- Oportuna atención del paciente cuando su condición lo determine durante su hospitalización.
- Vigilancia eficaz del paciente cuya condición es de alta severidad.
- Oportunidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y la toma de decisiones médicas correspondientes, según normas (protocolos).
- Conciencia del peligro de estancias prolongadas innecesarias (flebitis, infecciones, etc.).

- Conciencia del efecto de las condiciones sociales, comunitarias y familiares en la condición presente y futura del paciente.

4 Condiciones Relativas a la Admisión del Paciente:

- Documentación completa y adecuadamente organizada.
- Normas adecuadas de admisión y acciones subsecuentes inmediatas.
- Ingreso del paciente días viernes o sábado para cirugía electiva.
- Tiempo de preparación del paciente.
- Oportunidad de inicio de la atención a partir del ingreso.

5. Condiciones Relativas a Jefatura del Servicio y a la Dirección Médica:

- Visitas generales a las salas o ambientes donde se encuentre el paciente.
- Existencia de protocolos y de un sistema permanente de monitoreo, evaluación y ajuste, según condiciones locales e institucionales propias.
- Reuniones de personal médico para el análisis de morbilidad y revisión de indicadores de rendimiento (v. g. permanencia promedio del paciente internado).
- Existencia de un comité de expedientes médicos.
- Calidad y oportunidad de la información para la toma de decisiones sobre gestión clínica y gerencial.
- Si el personal espera instrucciones (dirección deficiente o muy centralizada), mala planificación del trabajo, cargas de trabajo desiguales entre procesos, fallo de los equipos, mala supervisión.

6. Condiciones Relativas a los Servicios de Apoyo:

- Existencia de la combinación de servicios y tecnología correspondiente al nivel de complejidad.
- Tiempo de respuesta de las solicitudes de procedimientos y servicios auxiliares.
- Cuellos de botellas en la producción, entrega tardía de materiales, materiales perdidos, mal control de materiales almacenados, mal control de la documentación.
- Si el personal espera instrucciones (dirección deficiente), mala planificación del trabajo, cargas de trabajo desiguales entre procesos, mala supervisión, rechazos por mala calidad, entregas tardías, materiales perdidos.

- Fallo de los equipos: un equipamiento mal diseñado o con un mantenimiento deficiente favorece en mucho a los problemas de producción, a la interrupción del ritmo de trabajo y a los accidentes. Las empresas deben instaurar el Mantenimiento Preventivo con la finalidad de “cero rupturas”.
- Pérdidas de tiempo: movimiento excesivo, una estación de trabajo mal diseñada es causa de que el personal malgaste energía en movimientos innecesarios. Si la plataforma de servicios y los lavados están situados demasiados lejos del lugar normal de trabajo, el personal tendrá que andar centenares de kilómetros innecesarios a lo largo del año. Las herramientas, los equipos, los materiales y las instrucciones que se necesitan para realizar el trabajo han de colocarse en el lugar más conveniente para que el funcionario ahorre energía.

2.6.6 PORCENTAJE DE OCUPACIÓN - ÍNDICE OCUPACIONAL (I.O.)

Es el porcentaje de camas que en promedio están siendo utilizadas durante un período dado, v. g. un mes, un año, etc. (mide el grado de utilización de las camas). Los términos Índice Ocupacional y Porcentaje Ocupacional representan el mismo concepto, aunque pueden tener una expresión matemática discretamente diferente. Está condicionado por dos factores: la dotación de camas y el Promedio de Días Estancia. Es una medida de la racionalidad en el uso de los recursos de inversión (capacidad instalada, representada por la dotación de camas) y de la capacidad institucional para atender la demanda de servicios hospitalarios. Este indicador está relacionado con la presión que ejerce la demanda (población) sobre las camas de hospitalización. (Chacón, 2005)

Se puede disponer de este indicador para:

- Especialidad o servicio, según apertura programática de cada institución.
- Establecimiento
- Nivel de complejidad institucional (media de los servicios y establecimientos de un determinado nivel)
- Todos los establecimientos de una red de servicios (ídem anterior, independientemente del nivel de complejidad).

Fórmula:

D-C-O de un período

---------- x 100 = Porcentaje de Ocupación (% Ocup)

D-C-D del mismo período

D-C-O de un período

---------- = INDICE DE OCUPACION (I.O)

D-C-D de mismo período

Estadísticamente puede hacerse la distinción entre *Índice* y *Porcentaje* de Ocupación, considerándose la primera como un número decimal, por ejemplo I.O.= 0.8, mientras que el %.Ocup. seria 80%, para fines gerenciales se utilizan como sinónimos.

Análisis e Implicaciones:

Representa una medida parcial de la capacidad productiva de la institución: a mayor índice ocupacional mayor capacidad de oferta de servicios y costos de operación más bajos; a menor índice ocupacional mayor capacidad ociosa y mayores costos de operación.

Por si solo no se puede considerar al I.O. como una medida de eficiencia ya que puede estar elevado como consecuencia de estancias muy prolongadas, situación poco deseable e indicadora de menor eficiencia. También debe tenerse en cuenta que el porcentaje de ocupación se modifica en relación al tamaño del hospital; en una institución de 25 camas, un ingreso lo eleva considerablemente, mientras que en otro hospital de 250 camas apenas lo modificará 8 Algunas aplicaciones analíticas son:

- Determinar el nivel de uso de las camas hospitalarias y por tanto la capacidad ociosa.
- Hacer proyecciones sobre la capacidad de oferta de servicios de la institución (cantidad de pacientes que es posible atender en un período dado bajo ciertas premisas de eficiencia).
- Evaluar los niveles de uso de la capacidad instalada y requerimientos futuros de inversión física.

- Establecer patrones de dotación de recurso humano en base al uso real de la capacidad productiva (y no a la dotación física de camas).
- Contribuye a determinar el punto de equilibrio para la costeabilidad de la cama (o en su defecto el costo agregado por sub-utilización de camas).
- Permite evaluar la oferta (nivel de uso de la dotación de camas) y hacer proyecciones sobre los requerimientos de inversión física futura.
- Bajo ciertas condiciones, permite inferir la presencia de barreras gerenciales a la accesibilidad, por ejemplo: (i) hay lista de espera para intervenciones quirúrgicas cuando hay capacidad operativa ociosa en los quirófanos por organización de horarios u otros factores; (ii) hay lista de espera para internación con índices ocupacionales bajos.

2.6.7 INTERVALO DE SUSTITUCIÓN

Es el tiempo promedio, en días o fracción de días, que dura desocupada una cama, entre un ingreso y otro.

Fórmula:

(DCD de un período) - (DCO del mismo período)

Egresos durante el período

Análisis e Implicaciones:

- Bajo condiciones de alta demanda, el indicador ofrece una medida de la eficiencia en la preparación de la cama después de que egresa un paciente, de tal manera que la cama esté el menor tiempo posible ociosa para el ingreso del siguiente paciente. A mayor Intervalo de Sustitución, mayor la espera del “siguiente paciente” y menor la capacidad productiva de la institución.
- Bajo condiciones de baja demanda, un índice ocupacional bajo determina una diferencia importante entre D-C-D y D-C-O y por tanto un alto intervalo de sustitución.
- En general el Intervalo de Sustitución debe ser positivo. Si fuera negativo implicaría que hay más pacientes que camas (los pacientes tienen que esperar en pasillos o por algunos períodos más de un paciente tendrá que ocupar una cama. El indicador negativo implica que la cifra correspondiente a

D-C-D es más baja la de los D-C-O). Un valor de 1, implica que se toma en promedio 24 horas para preparar una cama y entre más cercano a cero mayor será la eficiencia en la preparación de la cama y por tanto la optimización de productividad (presumiendo que existe demanda de servicios de hospitalización). (Chacón, 2005)

Algunas aplicaciones del Intervalo de Sustitución son:

- Determinar la eficiencia en el uso de la cama, especialmente cuando existe una alta demanda de servicios de hospitalización.

- Disminuir las listas y los períodos de espera para internación y por tanto aumentar la oportunidad de la atención.
- Inferir la racionalidad de los niveles de dotación de camas (a mayor Intervalo de Sustitución existe la posibilidad de una sobredotación de camas).
- Detectar problemas gerenciales asociados con la gestión de la cama: calidad de la supervisión, contactos sociales y familiares previos a la salida del paciente, etc.

Factores que Influyen su Comportamiento:

- Demanda de servicios de hospitalización. A mayor demanda, probable intervalo de sustitución bajo (mayor eficiencia) y a menor demanda, probable intervalo de sustitución alto (menor eficiencia).
- Si hay alta demanda, la eficiencia del proceso de alta del paciente internado y preparación de la cama condicionan el intervalo de sustitución.
- Supervisión de la condición del paciente y preparación interna y externa (contactos sociales y familiares) para el alta del paciente.
- Coordinación interna de otros procesos administrativos asociados con el alta del paciente.

RELACIONES DE EFICIENCIA ENTRE INDICADORES

RELACIONES DE EFICIENCIA ENTRE INDICADORES			
Índice Ocupacional	**Estancia Promedio**	**Intervalo de Sustitución**	**Nivel de eficiencia**
BAJO	**ALTO**	**>1**	**XX**
ALTO	**ALTO**	**>1 o <0**	**XXX**
BAJO	**BAJO**	**>1**	**XXXX**
ALTO	**BAJO**	**<0**	**XXXXX**
ALTO	**BAJO**	**Entre 0 y 1 lo más cercano a 0**	**XXXXXX**

2.6.8 GIRO DE CAMAS (ÍNDICE DE ROTACIÓN - VELOCIDAD CAMA – COEFICIENTE DE REEMPLAZO)

Es el número de egresos promedio que se genera por cada cama, en un período determinado.

Se le denomina de muy diferentes formas: Índice de Rotación, Índice de Renovación, Velocidad Cama, Coeficiente de reemplazo y Promedio de Egresos por cama (este ultimo pareciera ser el nombre más adecuado)
Es una razón entre el número de egresos hospitalarios y el número de camas de dotación normal. Como el numerador es casi siempre mayor que el denominador, no se requiere de constante. Se calcula generalmente para periodos anuales; y debemos hacer énfasis en que la unidad de tiempo es muy importante para la interpretación de este indicador.

Se puede disponer de este indicador para:

- Especialidad o servicio, según apertura programática de cada institución.
- Establecimiento (hospital)

- Nivel de complejidad institucional (media de los servicios y establecimientos de un determinado nivel).
- Una Región o un País.
- Todos los establecimientos de una red de servicios (ídem anterior, independientemente del nivel de complejidad).

Fórmula:

Egresos de un Servicio

Promedio de camas disponibles en el periodo

Análisis e Implicaciones:

Mide la productividad del recurso cama y es muy sensible a cambios en el promedio de días estancia, en el porcentaje ocupacional y en la dotación de camas. A mayor promedio de estancia, menor el giro de camas; y a menor promedio de estancia, mayor el giro de camas. Por ejemplo servicios de Obstetricia tendrán un mayor giro de cama que servicios
como Medicina o Psiquiatría, ello en función de que su estancia promedio es mucho menor.

"La costumbre" ha establecido que 25 egresos por cama es un buen Giro Cama para hospitales generales, sin embargo es peligroso caer en la tentación de un parámetro cuando en realidad es la interrelación entre I.O., Promedio de Estancia y en Giro Cama lo que debe imperar en su interpretación más que el dato aislado de Giro Cama, de hecho podremos encontrar como razonables giros cama muy disímiles para servicios de Obstetricia con 155 egresos/cama/año, Cirugía General con 62 egresos/cama/año y Medicina Interna con 44 egresos/cama/año, asumiendo para todos un I.O. del 85% y estancias promedio respectivamente de 2, 5 y 7 días. (Chacón, 2005)

Factores que Influyen su Comportamiento:

- Demanda de servicios.
- Índice ocupacional, dotación de camas y promedio de días estancia.
- Los mismos factores que condicionan el comportamiento del índice ocupacional y el promedio de días estancia.

2.6.9 DISTRIBUCIÓN DE RECURSO HUMANO

La distribución del recurso humano emana del análisis comparativo de los indicadores antes mencionados para establecer la racionalidad en los patrones de dotación respectivos.

Análisis e Implicaciones:

Constituye un elemento fundamental para detectar la equidad en la distribución de recursos, según necesidades, tipo de programas, sectores poblacionales, características de las instituciones, etc.; es un indicador indirecto de calidad, permite establecer estrategias de intervención selectiva, según la importancia de cada caso, para lograr estructuras de distribución de recursos más equitativas, eficaces y eficientes. (Chacón, 2005)

Factores que Influyen su comportamiento:

- Cultura institucional y estilos de gerencia en los sistemas nacionales, regionales y locales de salud.
- Modelos de atención, especialmente la tendencia predominantemente biomédica de los servicios de salud (patrones de distribución en perjuicio de programas de mayor orientación social y de la periferia).
- Acción de los centros de poder (más eficaces en el centro que en la periferia) en relación a la distribución de los recursos (determinante de niveles diferenciales de cobertura entre centro y periferia).
- Carencia de criterios objetivos para la asignación de recursos (normas administrativas y protocolos de atención).

CAPITULO III

3. ANALISIS SITUACIONAL

3.1 CONTEXTO NACIONAL

3.1.1 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS, EGRESOS HOSPITALARIOS Y CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN REGIONES AÑOS 1997, 2001 y 2007

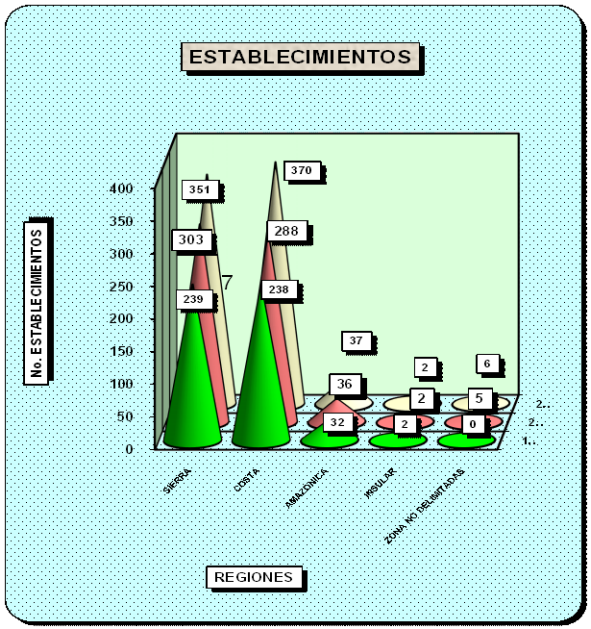
Durante el año 2007 se informaron 766 establecimientos hospitalarios con Internación, de los cuales se ubican en la Región Sierra 351 (45,8%); en la Costa 370 (48,3%); en la Región Amazónica 37 (4,8%); un mínimo número se ubican en la Región Insular con el 0,3% y en Zonas No Delimitadas con el 0,8%. Esta distribución por regiones para los años 1997 y 2001, fue para la Sierra el 46,8% y 47,8, 1%; para la Costa el 46,6% y 45,4%; para la Región Amazónica el 6,2% y 5,7%, y en la Región Insular representan menos del 1 por ciento en los años mencionados.

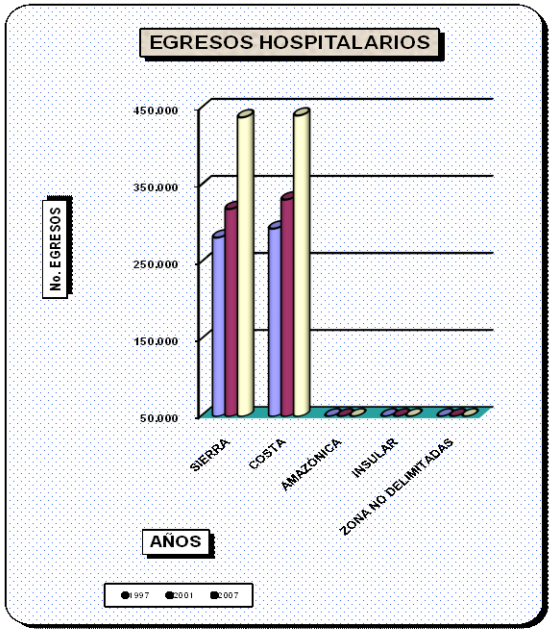
En lo relacionado al número de Egresos Hospitalarios existe un importante crecimiento relativo de 53.1 por ciento entre 1997 y 2007 ya que de 600.806 egresos registrados en 1997 suben a 920.047. En el año 2007 a la Región Sierra le corresponde el 47,6 % del total de egresos a nivel nacional; para la Región Costa representa el 47,9%; a la Región Amazónica el 4,1%; a la Región Insular el 0,1% y para las Zonas no delimitadas significa solamente el 0,3% del total de egresos hospitalarios. En cuanto a las Camas Hospitalarias disponibles se observa un incremento del equipamiento de camas en los establecimientos de salud durante los años que se analizan; pasando de 18.510 en el año 1997 a 20.523 en el 2007. Ver gráfico No. 1.

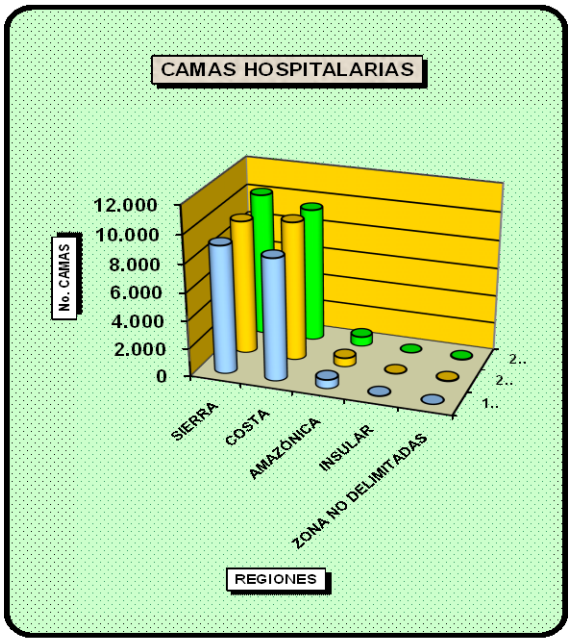
GRÁFICO No. 1

NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS, EGRESOS HOSPITALARIOS Y CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN REGIONES
AÑOS 1997, 2001 y 2007

REGIONES	ESTABLECIMIENTOS			EGRESOS HOSPITALARIOS			CAMAS HOSPITALARIAS		
	1997	2001	2007	1997	2001	2007	1997	2001	2007
TOTAL	511	634	766	600.806	681.711	920.047	18.510	20.171	20.523
SIERRA	239	303	351	282.017	319.119	438.112	9.124	9.541	10.203
COSTA	238	288	370	293.623	331.377	440.518	8.714	9.896	9.551
AMAZÓNICA	32	36	37	24.317	27.871	38.000	642	641	695
INSULAR	2	2	2	849	757	1.076	30	30	15
ZONA NO DELIMITADAS	0	5	6	0	2.587	2.341	0	63	59







Fuente: INEC Serie 01 No. 205 Anuario de Estadísticas Hospitalarias – CAMAS Y EGRESOS – 2007Elaborado: INEC

3.1.2 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE, SECTOR Y ENTIDAD AÑOS 1997 y 2007

De los 766 establecimientos hospitalarios que enviaron la información en el año 2007, se determina que el 68.9 por ciento son Clínicas Particulares; el 22.3% son Hospitales Básicos y Generales; el 3,9% son Hospitales Especializados tanto Crónicos y Agudos, el 3,7% corresponden a Clínicas Especializadas y se determinaron que 9 establecimientos (1,2%), son Hospitales de Especialidades.

De acuerdo al sector y entidad a las que pertenecen los establecimientos hospitalarios, al sector público le corresponden el 24,2 por ciento; el Ministerio de Salud es la Entidad que tiene el 16,2% de los establecimientos de salud; proporción que para el año 1997 fue de 23,9%. En cambio las Instituciones del Sector Privado se incrementaron considerablemente al pasar del 65,0% al 75,9% en la última década, lo que en términos absolutos significa un incremento de 332 a 581 establecimientos entre los años mencionados. Ver gráfico No. 2

GRÁFICO No. 2

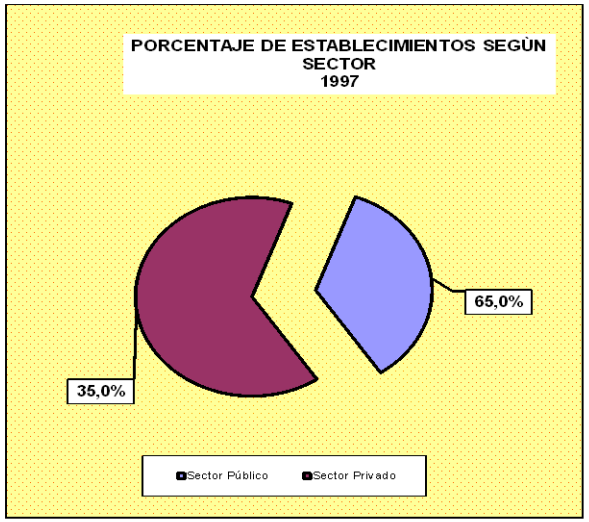
NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE, SECTOR Y ENTIDAD
AÑOS 1997 y 2007

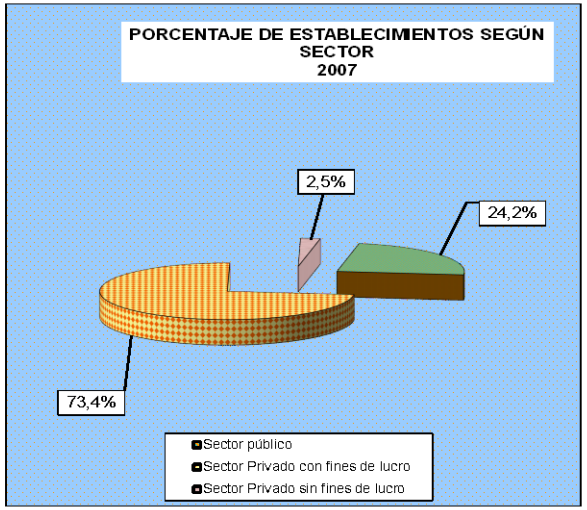
CÓDIGO	CLASE, SECTOR, ENTIDAD	1997 Número	1997 %
	CLASE		
	Total	**511**	**100,0**
1	Hospital General	73	14,3
2	Hospital Cantonal	92	18,0
	Hospital Especializado:		
3	Crónicos	14	2,7
4	Agudos	12	2,3
5	Clínicas Particulares	320	62,6
	SECTOR		
	Total	**511**	**100,0**
	Sector Público	179	35,0
	Sector Privado	332	65,0
	ENTIDAD		
	Total	**511**	**100,0**
1	Ministerio de Salud	122	23,9
2	Ministerio de Defensa	17	3,3
3	Seguro Social	19	3,7
4	Junta de Beneficiencia, SOLCA y Sociedad Protectora de la Infancia	9	1,8
5	Policía Nacional	4	0,8
6	Municipios	3	0,6
7	Fisco-Misionales	5	1,0
8	Instituciones Particulares 1/	332	65,0

1/ Incluye Clínicas Particulares, Entidades Privadas con y sin fines de lucro

CÓDIGO	CLASE, SECTOR, ENTIDAD	2007 Número	2007 %
	CLASE		
	Total	**766**	**100**
1 y 2	Hospitales Básicos y Generales	171	22,3
	Hospital Especializado:		
3 al 5	Agudos	13	1,7
6 al 10	Crónicos	17	2,2
11	Hospital de Especialidades	9	1,2
12	Clínica General	528	68,9
13 al 17	Clínica Especializada	28	3,7
	SECTOR		
	Total	**766**	**100,0**
1	Sector público	185	24,2
2	Sector Privado con fines de lucro	562	73,4
3	Sector Privado sin fines de lucro	19	2,5
	ENTIDAD		
	Total	**766**	**100,0**
1	Ministerio de Salud	124	16,2
2	Ministerio de Gobierno y Policía	4	0,5
3	Ministerio de Defensa Nacional	14	1,8
8	Seguro Social	19	2,5
13	Junta de Beneficiencia de Guayaqui	4	0,5
15	SOLCA	7	0,9
9,10,11,14,16	Otras 1/	13	1,7
	Privado con fines de lucro	562	73,4
	Privado sin fines de lucro	19	2,5

1/ INCLUYE: Ministerio de Educación, Otros Ministerios (Bienestar Social, Obras Públicas, Otros) , Consejos Provinciales, Municipios, Universidades y Politécnicas, Cruz Roja Ecuatoriana, Fisco Misionales y Otros públicos (INFA, Sociedad Protectora de la Infancia, etc).
2/ INCLUYE: ONG'S, Fundaciones y Pastorales, CEMOPLAF, APROFE.





NOTA: A partir del 2007 se cambia la codificación de Establecimientos de Salud

Fuente: INEC Serie 01 No. 205 Anuario de Estadísticas Hospitalarias – CAMAS Y EGRESOS – 2007 Elaborado: INEC

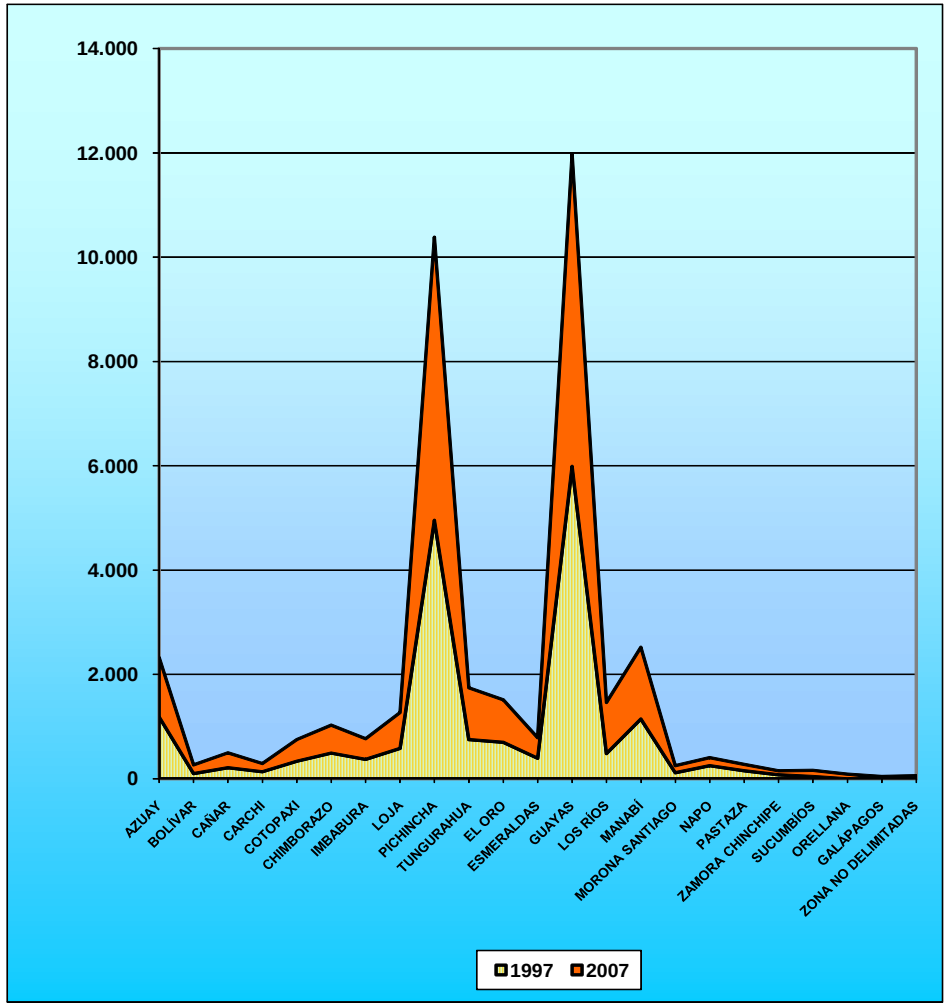
3.1.3 NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES, SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997 y 2007

El número de Camas Hospitalarias disponibles registradas en los años 1997 y 2007 se incrementaron en un 10,9 por ciento, al pasar de 18.510 a 20.523 en los años mencionados. De acuerdo a la distribución por provincias se observa que Pichincha en la región Sierra y Guayas en la Costa, son las que tienen el mayor número de camas hospitalarias, que entre las dos provincias mantienen el 59.2% en el año 1997 y el 55,7 % en el 2007; la reducción de estos porcentajes se explicaría por el incremento de camas hospitalarias en otras provincias especialmente en Tungurahua y Manabí. Ver gráfico No. 3

GRÁFICO No. 3

NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES, SEGÚN PROVINCIAS
AÑOS 1997 y 2007

PROVINCIAS	1997		2007	
	Número	%	Número	%
TOTAL	**18.510**	**100,0**	**20.523**	**100,0**
AZUAY	1.184	6,4	1.140	5,6
BOLÍVAR	100	0,5	166	0,8
CAÑAR	213	1,2	284	1,4
CARCHI	135	0,7	158	0,8
COTOPAXI	337	1,8	415	2,0
CHIMBORAZO	493	2,7	535	2,6
IMBABURA	372	2,0	396	1,9
LOJA	583	3,1	687	3,3
PICHINCHA	4.956	26,8	5.429	26,5
TUNGURAHUA	751	4,1	993	4,8
EL ORO	700	3,8	815	4,0
ESMERALDAS	394	2,1	394	1,9
GUAYAS	5.990	32,4	5.987	29,2
LOS RÍOS	484	2,6	979	4,8
MANABÍ	1.146	6,2	1.376	6,7
MORONA SANTIAGO	116	0,6	135	0,7
NAPO	252	1,4	153	0,7
PASTAZA	154	0,8	122	0,6
ZAMORA CHINCHIPE	77	0,4	76	0,4
SUCUMBÍOS	43	0,2	119	0,6
ORELLANA	0	0,0	90	0,4
GALÁPAGOS	30	0,2	15	0,1
ZONA NO DELIMITADAS	0	0,0	59	0,3



Fuente: INEC Serie 01 No. 205 Anuario de Estadísticas Hospitalarias – CAMAS Y EGRESOS – 2007Elaborado: INEC

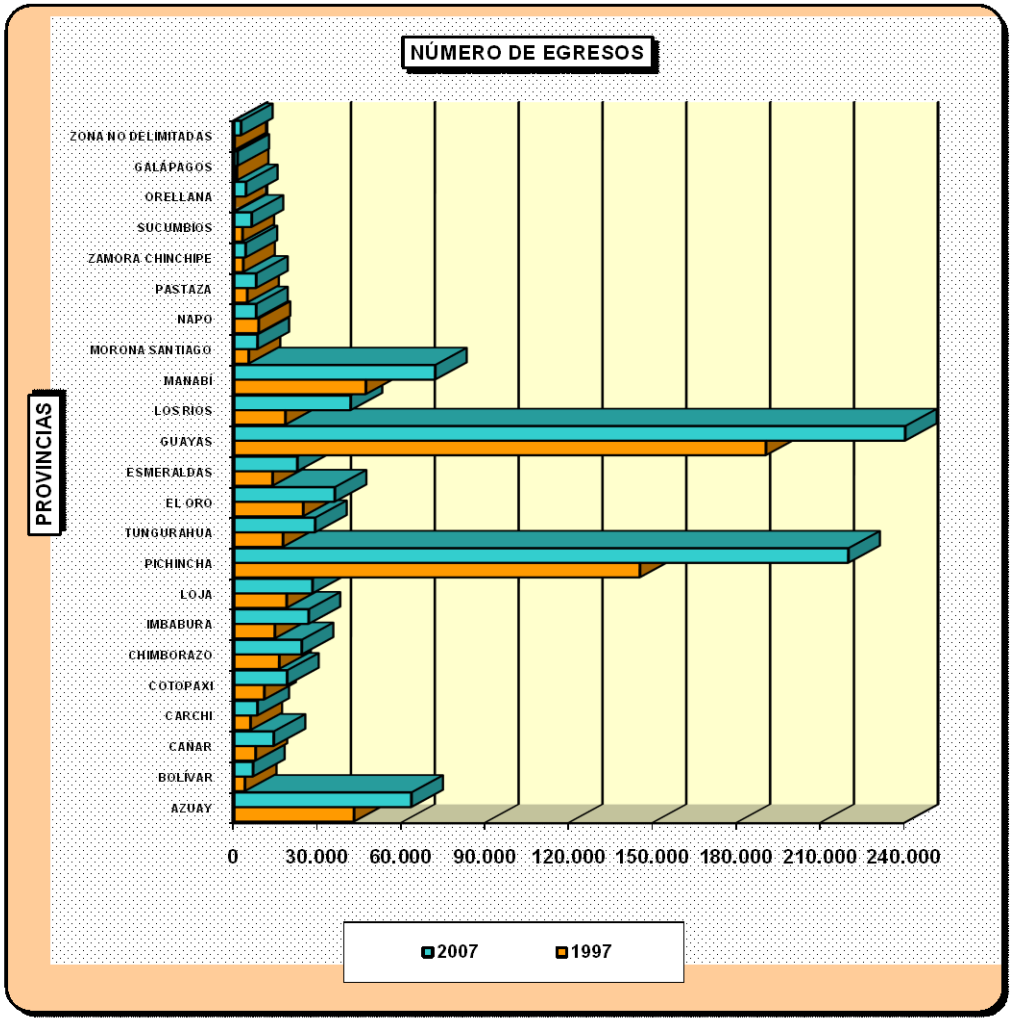
3.1.4 NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS, SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1997 Y 2007

El número de Egresos Hospitalarios registrados en el año 1997 fue de 600.806 y en el 2007 de 920.047, con un incremento relativo del 53,1%; así mismo, son Guayas con el 29,2% y Pichincha con el 23,9% las provincias que tienen los más altos porcentajes de egresos registrados en el 2007, por contar con el mayor número de establecimientos de salud con internación hospitalaria y de mayor complejidad, que atienden a pacientes que son referidos de otros establecimientos de salud de las demás provincias del país. Ver gráfico No. 4

GRÁFICO No. 4

NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS, SEGÚN PROVINCIAS
AÑOS 1997 Y 2007

PROVINCIAS	1997		2007	
	Número	%	Número	%
TOTAL	600.806	100,0	920.047	100,0
AZUAY	42.769	7,1	63.303	6,9
BOLÍVAR	3.727	0,6	6.642	0,7
CAÑAR	7.564	1,3	14.048	1,5
CARCHI	5.733	1,0	8.227	0,9
COTOPAXI	10.672	1,8	18.835	2,0
CHIMBORAZO	16.018	2,7	24.063	2,6
IMBABURA	14.442	2,4	26.549	2,9
LOJA	18.664	3,1	27.911	3,0
PICHINCHA	145.075	24,1	219.668	23,9
TUNGURAHUA	17.353	2,9	28.866	3,1
EL ORO	24.588	4,1	35.890	3,9
ESMERALDAS	13.634	2,3	22.490	2,4
GUAYAS	190.171	31,7	268.752	29,2
LOS RÍOS	18.215	3,0	41.577	4,5
MANABÍ	47.015	7,8	71.809	7,8
MORONA SANTIAGO	5.095	0,8	8.241	0,9
NAPO	8656	1,4	7.748	0,8
PASTAZA	4.565	0,8	7.753	0,8
ZAMORA CHINCHIPE	3.132	0,5	3.982	0,4
SUCUMBÍOS	2.869	0,5	6.158	0,7
ORELLANA	0	0,0	4.118	0,4
GALÁPAGOS	849	0,1	1.076	0,1
ZONA NO DELIMITADAS	0	0,0	2.341	0,3



Fuente: INEC Serie 01 No. 205 Anuario de Estadísticas Hospitalarias – CAMAS Y EGRESOS – 2007Elaborado: INEC

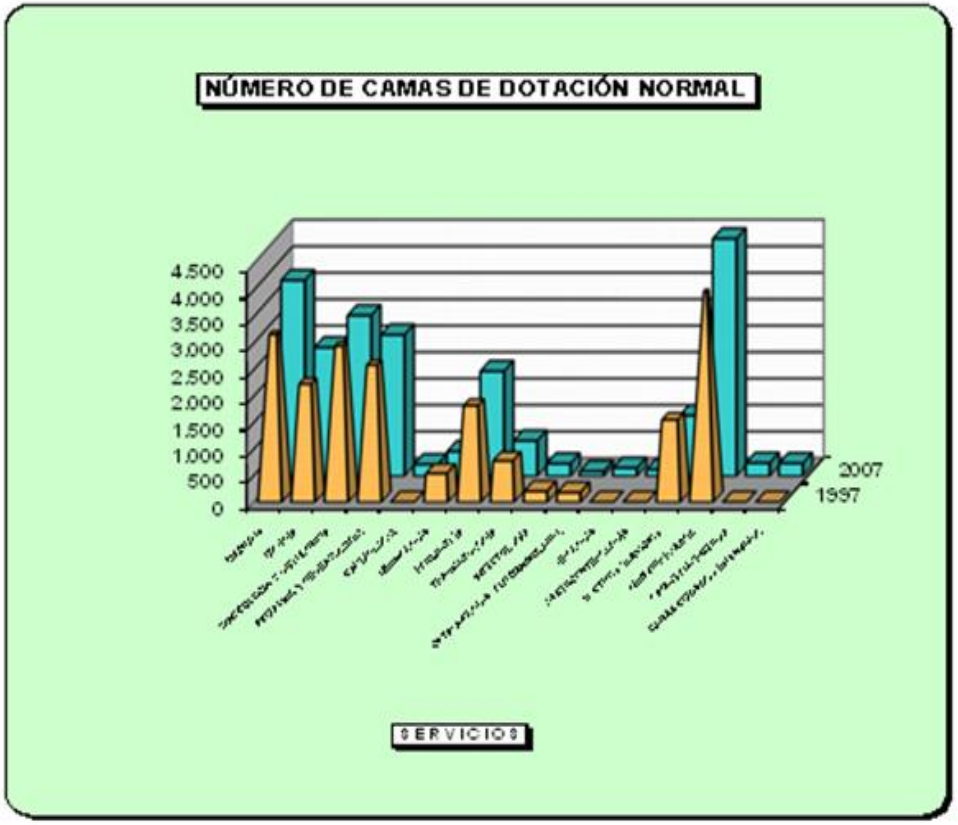
3.1.5 NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACIÓN NORMAL, SEGÚN SERVICIOS AÑOS 1997 y 2007

La distribución de Camas Hospitalarias de Dotación Normal de acuerdo a las especialidades o servicios médicos; nos permite destacar que en el año 2007, los Servicios "Indiferenciados", con el 20,5% ocupan el primer lugar, seguido por Medicina General con el 16,9%, Ginecología y Obstetricia, con el 13,9% y Pediatría y Neonatología con el 12,2%. Comparando con el año 1997, se observa un crecimiento de la proporción de camas de dotación normal para los Servicios Indiferenciados que ocupan el primer lugar. Ver gráfico No. 5

GRÁFICO No. 5

NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACIÓN NORMAL, SEGÚN SERVICIOS
AÑOS 1997 y 2007

SERVICIOS	1997			2007	
	Número	%		Número	%
TOTAL	19.601	100,0		21.882	100,0
MEDICINA	3.102	15,8		3.698	16,9
CIRUGÍA	2.185	11,1		2.428	11,1
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	2.885	14,7		3.035	13,9
PEDIATRÍA Y NEONATOLOGIA	2.537	12,9		2.669	12,2
CARDIOLOGÍA	0	0,0		218	1,0
NEUMOLOGÍA	530	2,7		463	2,1
PSIQUIATRÍA	1.787	9,1		1.980	9,1
TRAUMATOLOGÍA	763	3,9		665	3,0
INFECTOLOGÍA	203	1,0		234	1,1
OFTALMOLOGÍA Y OTORRINOLARIN.	179	0,9		88	0,4
UROLOGÍA	0	0,0		152	0,7
GASTROENTEROLOGÍA	0	0,0		121	0,6
1/ OTROS SERVICIOS	1.524	7,8	2/	1.141	5,2
INDIFERENCIADOS	3.906	19,9		4.485	20,5
CAMAS EMERGENCIA	0	0,0		245	1,1
CAMAS CUIDADOS INTENSIVOS	0	0,0		240	1,1



1/ INCLUYE: Cardiología, Gastroenterología, Urología, Nefrología, Oncología, Hematología, Geriatría, Cirugía Plástica, Unidad de Quemados, Cirugía Vascular y Torácica, Alcoholismo y Dermatología.
2/ INCLUYE: Nefrología, Oncología, Hematología, Geriatría, Cirugía Plástica, Unidad de Quemados, Cirugía Vascular y Torácica, Alcoholismo y Dermatología.

Fuente: INEC Serie 01 No. 205 Anuario de Estadísticas Hospitalarias – CAMAS Y EGRESOS – 2007Elaborado: INEC

3.2 UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR (UMSS)

3.2.1 OFERTA DE SERVICIOS

La Unidad Municipal de Salud Sur, es un Hospital especializado de III nivel, según tipología del MSP, ofrece los servicios Materno Infantiles en Consulta externa, Emergencia, Hospitalización y Servicios técnicos complementarios (MSP, 2005):

Consulta externa: se brindan los servicios de: Ginecología, Obstetricia, Odontología, Pediatría, Psicología, Medicina Interna, Cardiología Pediátrica y de Adultos.

En Consulta externa se dispone de 19 consultorios: 5 de pediatría, 1 preparación, 1 vacunas, 1 cardiología pediátrica, 1 cardiología adultos, 1 medicina general, 1 odontología, 1 psicología, 6 Gineco-obstetricia, 1 preparación Gineco-obstetricia.

Emergencia: se atiende Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, y emergencias que requieran estabilizar al paciente y remitirlo a un centro de acuerdo a complejidad.

Hospitalización: en los servicios de Gineco-obstetricia de dispone de 35 camas, en Neonatología 20 cunas y en UCIN 10 cunas (6 de UCI Neonatal, 4 de cardiología), se alojan l@s pacientes, luego de recibir los servicios, según tabla No. 1

TABLA No. 1

HOSPITALIZACION UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR		
GINECO-OBSTETRICIA	**NEONATOLOGIA**	**UCI**
Parto Normal + Ligadura, Parto Normal, P.N. por Óbito, Tratamiento Clínico Ginecológico, Cesárea + Ligadura, Cesáreas, Cesárea por Óbito, Cirugía Ginecológica, Legrados, Ligadura Laparoscopica.	Tratamiento Clínico Neonatal	Tratamiento Clínico Cardiológico, Cuidados Intensivos Neonatal, Cirugía Cardiológica

Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

Exámenes y procedimientos complementarios o de apoyo diagnóstico y tratamiento, son: Laboratorio (hematocrito, química sanguínea, serología, inmunología, parasitosis, urianálisis, otros), en Anexo No. 1 se detallan los exámenes y determinaciones realizadas en el laboratorio de la UMSS, Colposcopias, Crioterapia, Electrocardiogramas, Ecografías, Rayos X, Consejería para VIH/SIDA**,** paptest, DOC.

Sin embargo la capacidad instalada y la oferta actual de servicios en la Unidad Municipal Sur, en consulta externa, emergencia, hospitalización y servicios complementarios, es limitada; para compensar el incremento por la demanda gratuita en los servicios y el crecimiento poblacional por quinquenios; amerita planificar a futuro, con una inversión en infraestructura, equipamiento tecnológico y recursos humanos en la UMSS.

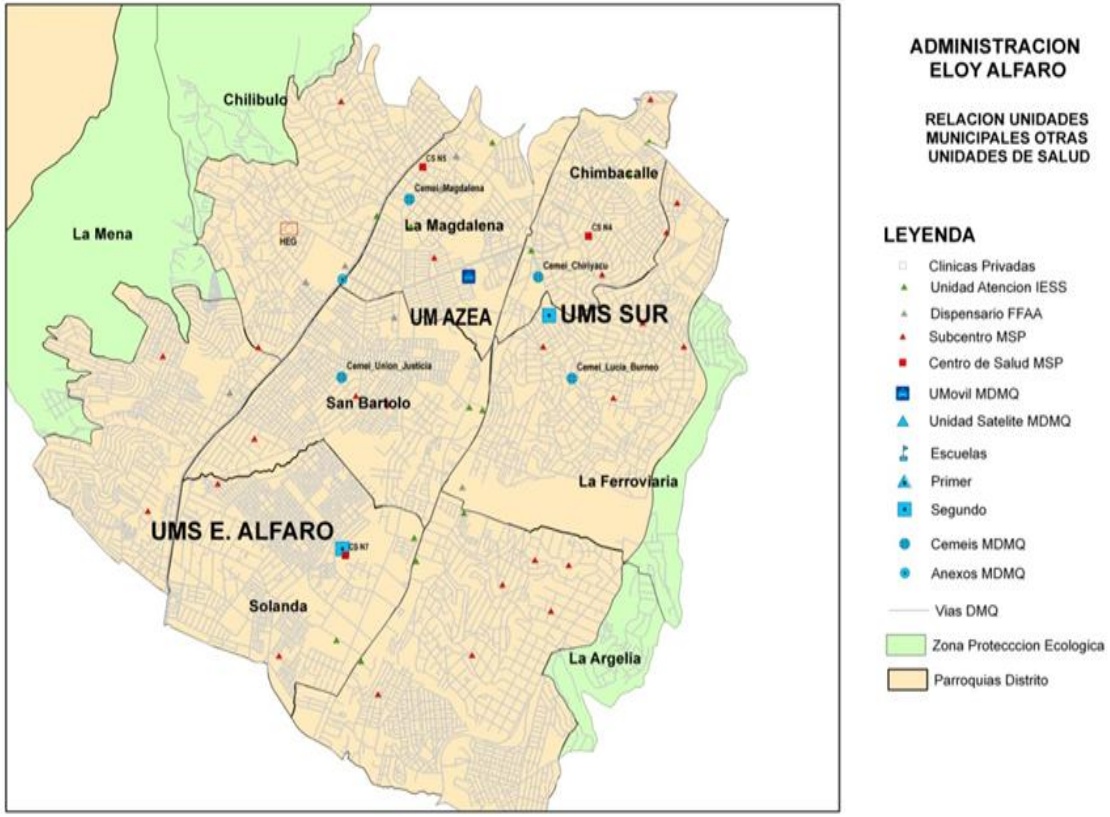
La Red Municipal de Servicios de Salud Sur, bajo la responsabilidad de la Unidad Municipal Sur, comprende tres Unidades Educativas: Julio Moreno, Oswaldo Lombeida, Quitumbe; cuatro CEMEI's: Chiryacu, Lucia Burneo, Magdalena, Unión y Justicia; un Dispensario Anexo al IESS, dos Unidades Móviles; la Unidad Municipal de Salud Nueva Aurora (ubicada en la Administración Zonal Quitumbe) y la Unidad Municipal de Salud Eloy Alfaro (ubicada en la Administración del mismo nombre, junto al mercado mayorista); a continuación en los mapas 1 y 2, se detalla la ubicación geográfica y la distribución de las unidades operativas municipales.

MAPA No. 1
UBICACION DE LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR EN ADMINISTRACION ELOY ALFARO

La *Administración Eloy Alfaro*, Mapa No. 1, evidencia los servicios de salud municipal en el área geográfica de la Administración en referencia, en azul:

- Unidad Municipal de Salud Sur
- CEMEI's: Chiryacu, Lucia Burneo, Magdalena, Unión y Justicia.
- Dispensario Anexo al IESS
- Unidad Móvil, para el área de la A.Z. Eloy Alfaro
- Unidad Municipal de Salud Eloy Alfaro

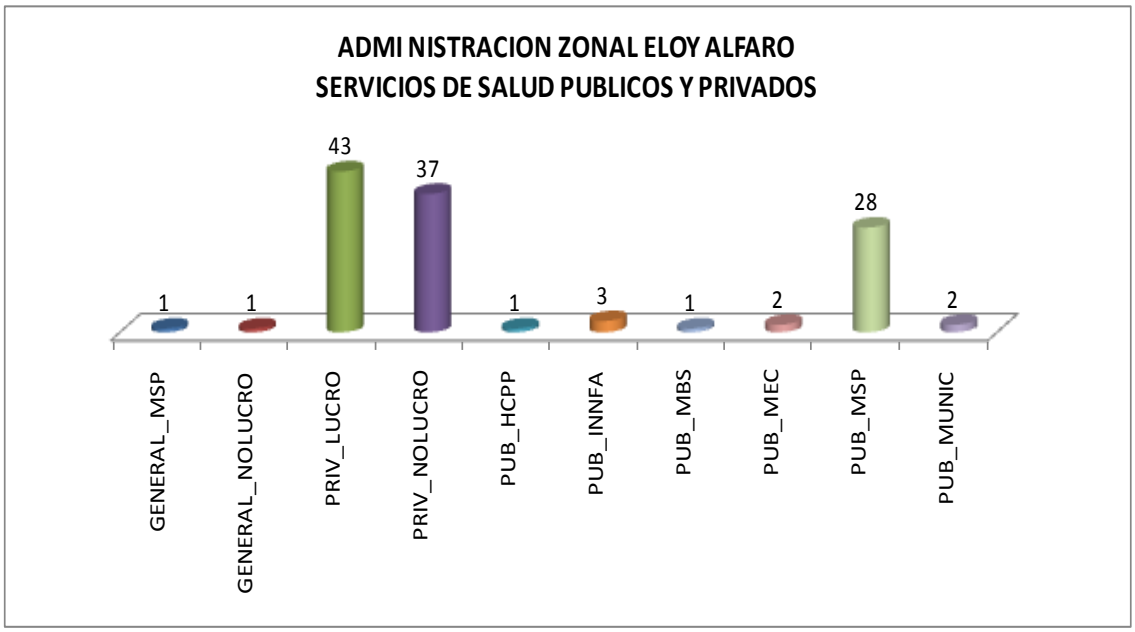
Los símbolos en rojo, representan las Unidades operativas del MSP, en verde las Unidades operativas del IESS, en blanco las clínicas privadas, en gris los dispensarios de las FFAA.



Fuente: U ESS Elaboración: GRSS

En la Administración Zonal Eloy Alfaro, según el gráfico No. 6, las instituciones que prestan Servicios de Salud con fines de lucro constituyen el 36% (43), mientras que las instituciones privadas sin fines de lucro, conforman el 31% (37), en tanto que los servicios de salud del MSP representan el 23% (28),

GRAFICO No.6
ADMINISTRACION ZONAL ELOY ALFARO
SERVICIOS DE SALUD PUBLICOS Y PRIVADOS



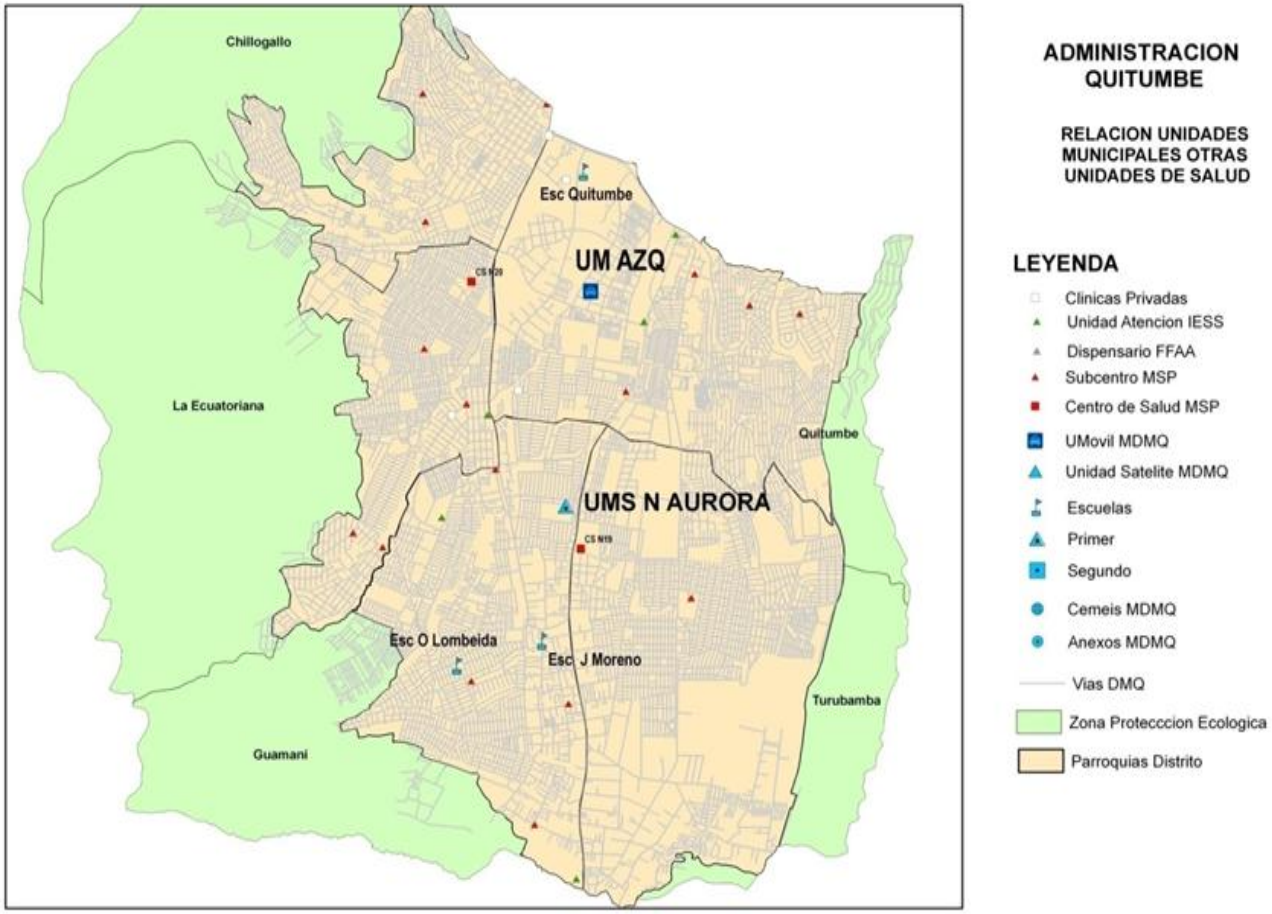
Fuente: U ESS Elaboración: GRSS

MAPA No. 2
UBICACION DE UNIDADES MUNICIPALES DE SALUD EN ADMINISTRACION QUITUMBE

La *Administración Quitumbe*, mapa No. 2, evidencia los servicios de salud municipal en el área geográfica de la Administración en referencia, en azul:

- Unidad Municipal de Salud Nueva aurora, a cargo de la Cruz Roja, bajo convenio.
- Unidades Educativas: Quitumbe, Julio Moreno y Oswaldo Lombeida
- Unidad Móvil, para el área de la A.Z. Quitumbe.

Los símbolos en rojo, representan las Unidades operativas del MSP, en verde las Unidades operativas del IESS, en blanco las clínicas privadas.

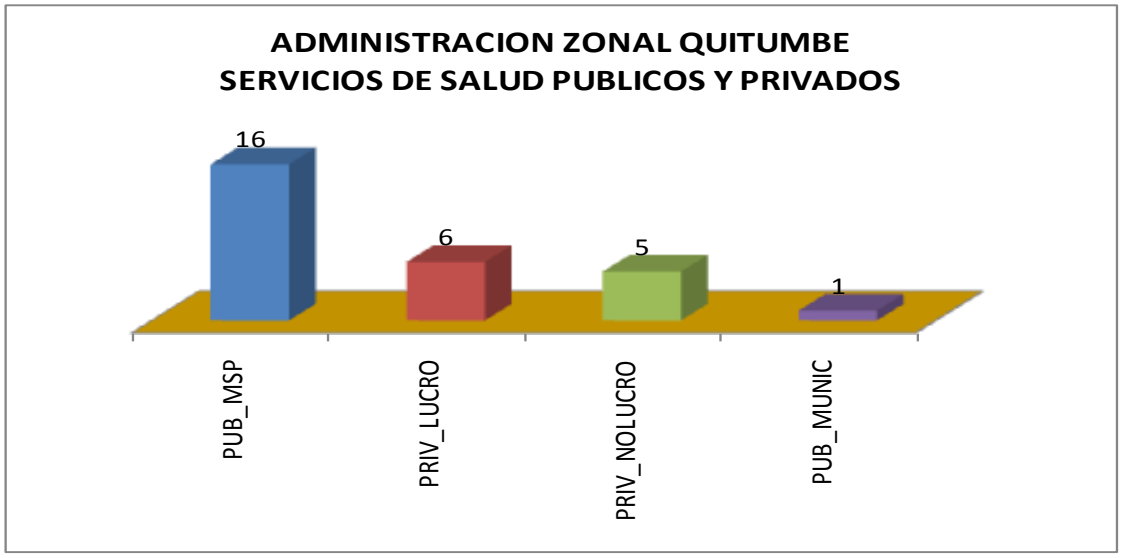


Fuente: U ESS Elaboración: GRSS

En la Administración Zonal Quitumbe, según el gráfico No.7, los servicios de salud del MSP representan el 57% (16), las instituciones de Salud con fines de lucro constituyen el 21% (6), mientras que las instituciones privadas sin fines de lucro, constituyen el 18% (5).

GRAFICO No.7

ADMINISTRACION ZONAL QUITUMBE
SERVICIOS DE SALUD PUBLICOS Y PRIVADOS



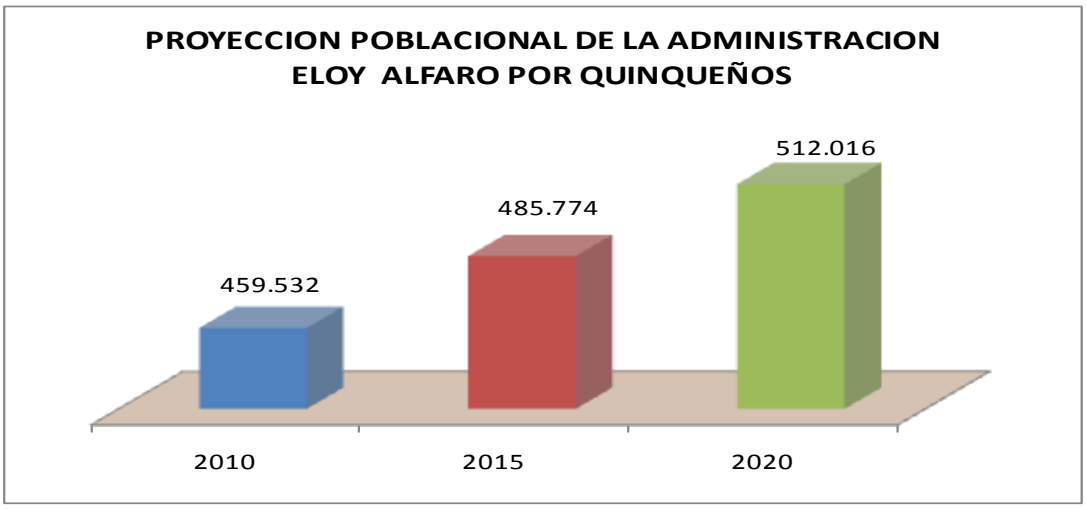
Fuente: U ESS Elaboración: GRSS

3.2.2 DEMANDA DE SERVICIOS

La Unidad Municipal de Salud Sur, no tiene área asignada por la Dirección Provincial de Salud de Pichincha, dado que es un Hospital Materno que recibe usuarias/os de muchas áreas y zonas del DMQ, y de diferentes ciudades y provincias del país; sin embargo está ubicada en el **área de influencia de dos**

Administraciones Zonales; se aprecia la proyección de la población por quinquenios, en el 2010 suman 750.971 habitantes, de los cuales demandan aproximadamente a diciembre del 2009, un total de 217.867 (29%) atenciones por la población, en la UMSS; e**n la Administración Eloy Alfaro,** cuya proyección de la población según el gráfico No.8 en el 2010 es de (459.532), 2015 (485.774), 2020 (512.016).

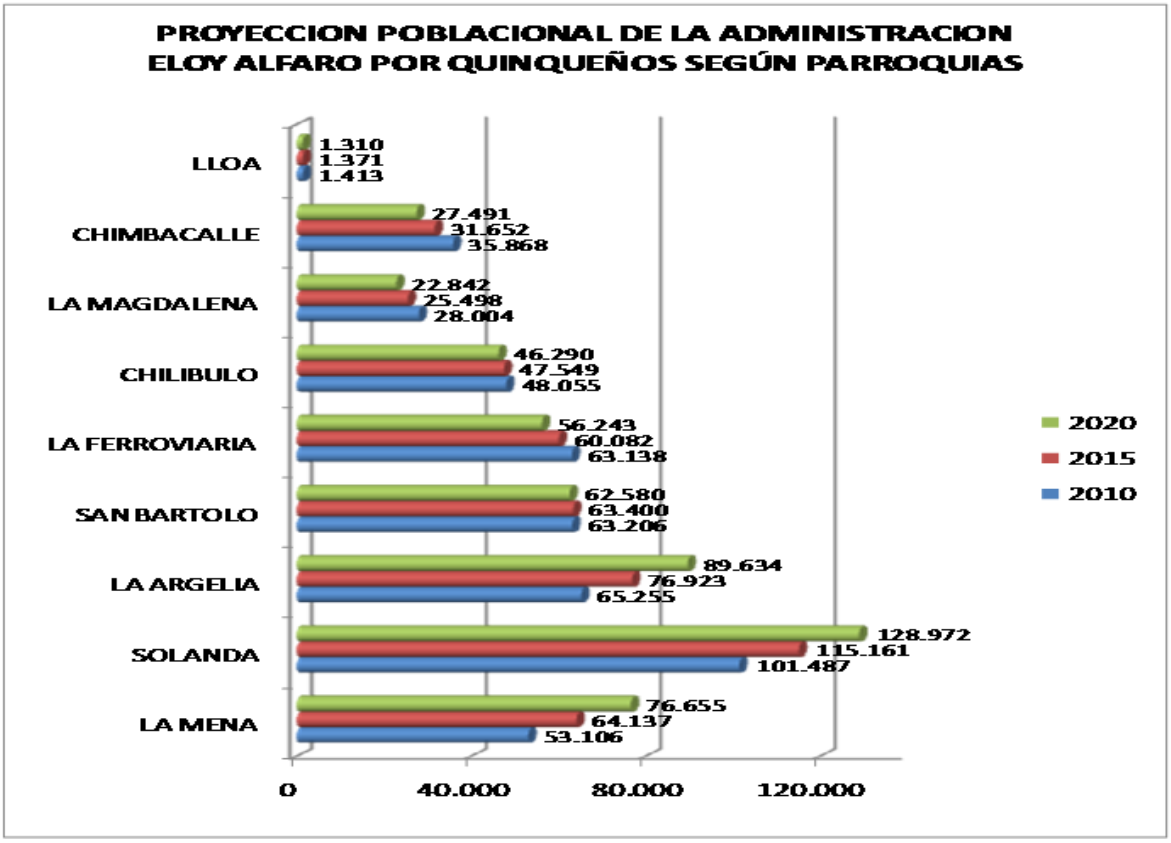
GRAFICO No.8
ADMINISTRACION ZONAL ELOY ALFARO
PROYECCION POBLACIONAL POR QUINQUENIOS 2010-2020



Fuente: U ESS Elaboración: GRSS

La ***Administración Eloy Alfaro,*** ha tenido un crecimiento sostenido, según el *gráfico No. 9,* la proyección en la parroquia de mayor crecimiento es Solanda: 101.487 habitantes (2010) 115.161 habitantes (2015) 128.972 habitantes (2020); luego se ubica la Argelia.

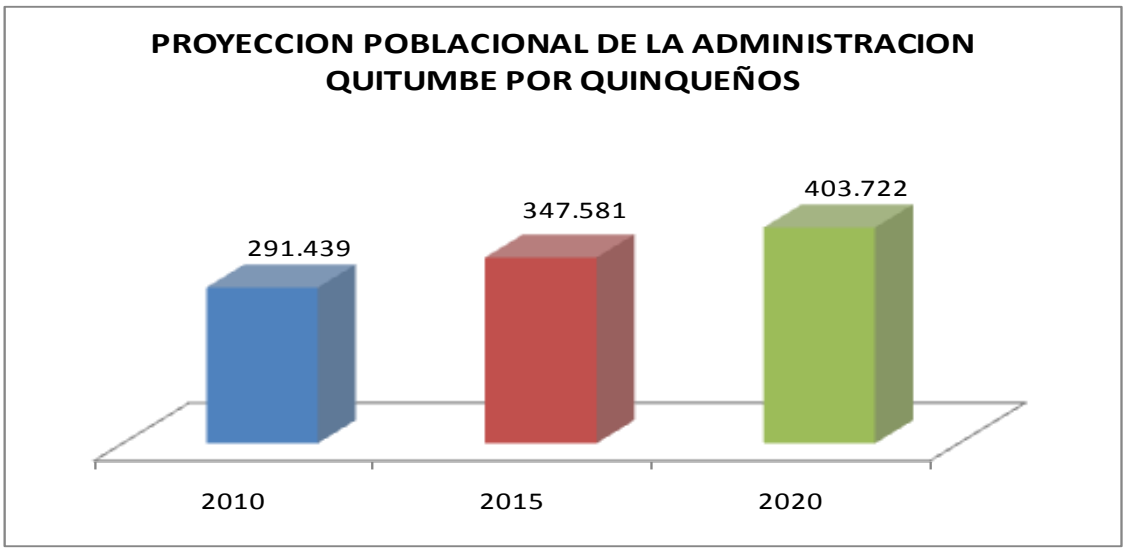
GRAFICO No. 9



Fuente: U ESS Elaboración: U ESS

La Administración Quitumbe con una proyección poblacional según el gráfico No.10 de: 2010 (291.439), 2015 (347.581), 2020 (403.722).

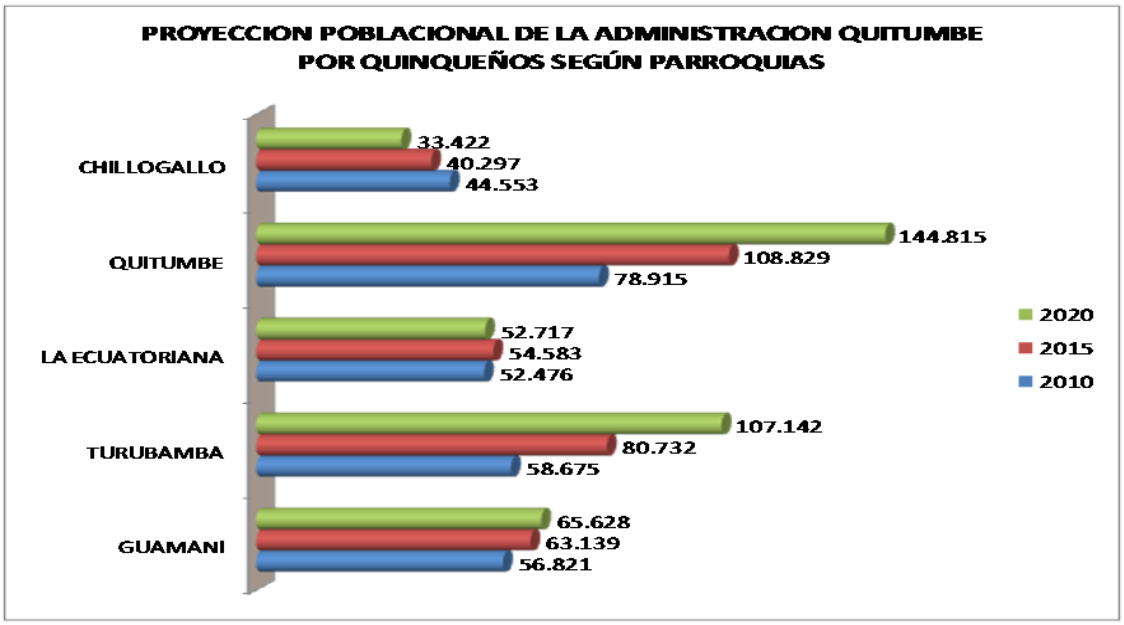
GRAFICO No.10
ADMINISTRACION ZONAL QUITUMBE
PROYECCION POBLACIONAL POR QUINQUENIOS 2010-2020



Fuente: U ESS Elaboración: GRSS

En la Administración Quitumbe, en el *gráfico No. 11,* en la Parroquia del mismo nombre, hay 78.915 habitantes (2010) ,108.829 habitantes (2015), 144.815 habitantes (2020), es la parroquia de mayor crecimiento en la Zona.; luego esta Turubamba.

GRAFICO No.11



Fuente: U ESS Elaboración: U ESS

De acuerdo a las proyecciones de la poblacional para el 2010, en la Administración Zonal Eloy Alfaro (459.532), según el gráfico No.8; en Quitumbe (291439), gráfico No.10, con un total de 750.971 habitantes (en las dos administraciones); la participación según ENDEMAIN es del 3% para los servicios de salud municipal, lo que equivale a 22.529 habitantes, que harían el requerimiento de servicios de salud en la UMSS.

De las atenciones brindadas tanto en primeras y subsecuentes a diciembre del 2009, se evidencia que en *Consulta Externa* se ofrecieron 62.364 (29%) atenciones, en *Emergencia* 21.622 (10%), en *Hospitalización* 6400 (3%), en *Laboratorio* 127.481 (59%) determinaciones, con un total de 218.253 atenciones, según tabla No. 2 y gráfico 12.

TABLA No. 2

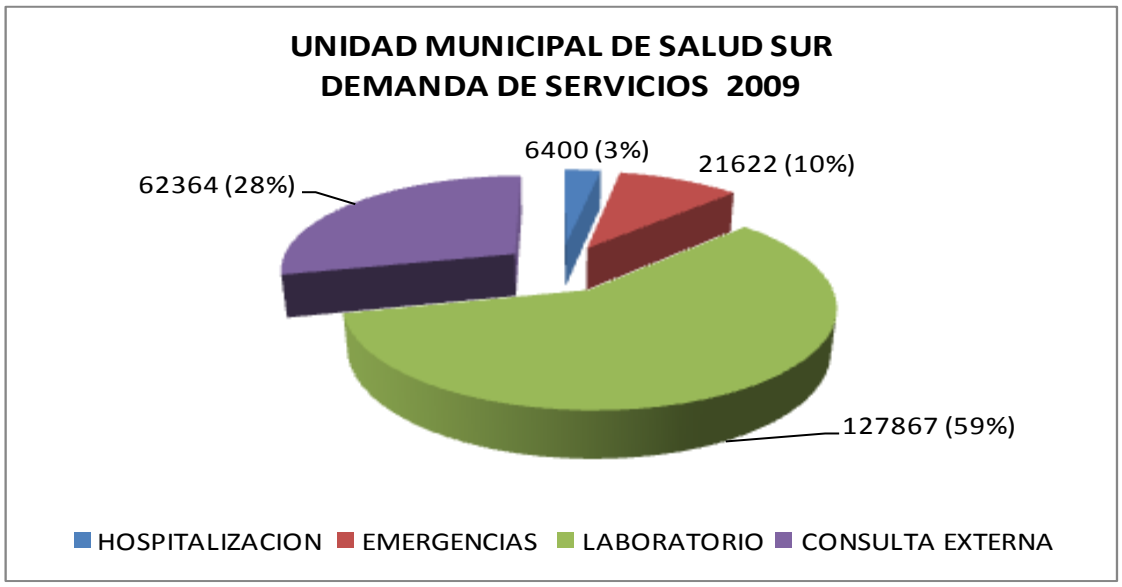
DEMANDA DE SERVICIOS UMSS 2009

SERVICIOS UMSS 2009	TOTAL	%
HOSPITALIZACION	6400	3%
EMERGENCIAS	21622	10%
LABORATORIO	127867	59%
CONSULTA EXTERNA	62364	29%
TOTAL	218253	100%

Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

GRAFICO No.12

ATENCIONES DEMANDADAS EN LA UMSS 2009



Fuente: U ESS Elaboración: U ESS

3.2.3 GRUPOS PROGRAMATICOS Y PERFIL EPIDEMIOLOGICO POR AREAS DE SALUD DEL MSP

En la Administraciones Eloy Alfaro, área de influencia de la Unidad Municipal Sur, se encuentran las áreas de salud: 4, 5 y 7; a continuación en los gráficos No. 13, 14 y 15, se detalla el perfil epidemiológico de cada una de ellas con predominio de IRA, en orden de frecuencia de mayor a menor se presentan: IRA, EDA, Otras ITS, obesidad, Hipertensión Arterial, Síndrome Metabólico, Diabetes Mellitus, Violencia Intrafamiliar (VIF) y Maltrato, Depresión y SPY Secundaria.

GRAFICO No. 13

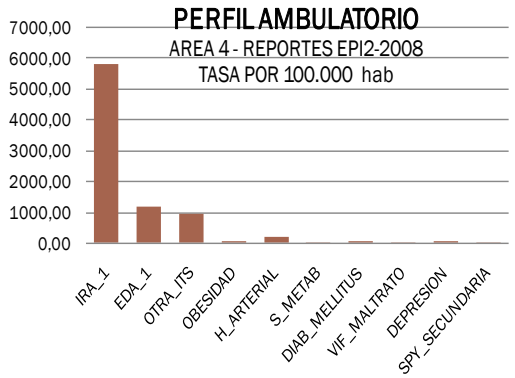
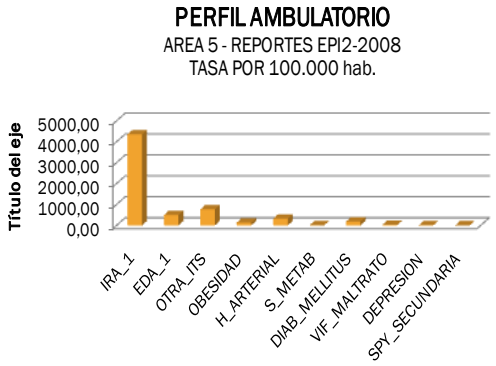


GRAFICO No. 14



Fuente: U E-SS Elaboración: U ESS

Los grupos edad programáticos en las tablas No. 3, 4 y 5 para intervención por Áreas de Salud del MSP, se aprecia en la Tabla No.3 y 4, que corresponde al Área No. 4 y 5, de los 178.807 habitantes, el grupo más grande pertenece al de 20 años y mas (63.67%), que incluye la población económicamente activa, le sigue el grupo de 5 a 14 años (17.76%) ambos representan el 81,43% de la población; dentro de los grupos específicos, las MEF constituyen el grupo más alto (32,48%).

TABLA No. 3 **TABLA No. 4**

POBLACION GRUPOS DE EDAD AREA 4 Y AREA 5

GRUPOS DE EDAD	POBLACION	% POBLACION
< 1 AÑO	3.204	1,79
1 A 4 AÑOS	12.725	7,12
5 A 14 AÑOS	31.758	17,76
15 A 19 AÑOS	17.274	9,66
20 Y MAS	113.846	63,67
TOTAL	178.807	100,00
12 A 23 MESES	3.163	1,77
EMBARAZADAS	4.005	2,24
M.E.F.-10-49A	58.082	32,48
D.O.C -25-64A	42.932	24,01

GRUPOS DE EDAD	POBLACION	% POBLACION
< 1 AÑO	3.299	1,79
1 A 4 AÑOS	13.102	7,12
5 A 14 AÑOS	32.700	17,76
15 A 19 AÑOS	17.786	9,66
20 Y MAS	117.220	63,67
TOTAL	184.107	100,00
12 A 23 MESES	3.256	1,77
EMBARAZADAS	4.123	2,24
M.E.F.10 A 49 A	59.804	32,48
D.O.C 25 A 64 A	44.204	24,01

5

Fuente: U E-SS Elaboración: U ESS

En la Tabla No. 5 y gráfico No. 15, que corresponde al Área No. 7, de los 55.860 habitantes, el grupo más grande pertenece al de 20 y mas años (63,67%), que incluye la población económicamente activa, le sigue el grupo de 5 a 14 años (17,76%) ambos representan el 81,43% de la población; dentro de los grupos específicos, las MEF constituyen el grupo más alto (32,48%).

GRAFICO No. 15

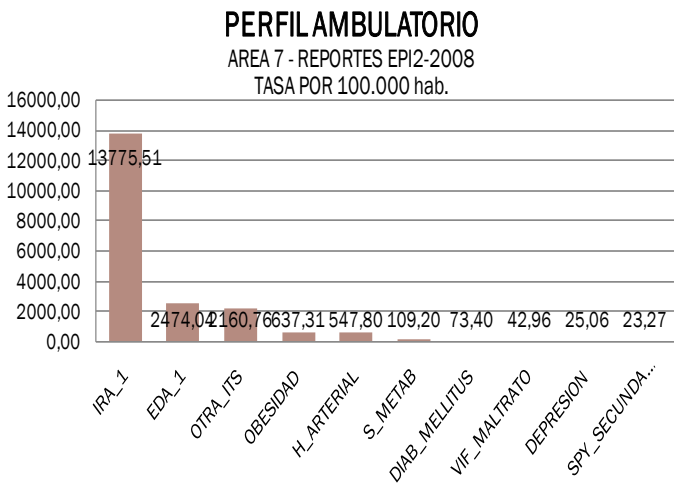


TABLA No. 5

POBLACION GRUPOS DE EDAD AREA 7

GRUPOS DE EDAD	POBLACION	% POBLACION
< 1 AÑO	1.001	1,79
1 A 4 AÑOS	3.975	7,12
5 A 14 AÑOS	9.921	17,76
15 A 19 AÑOS	5.397	9,66
20 Y MAS	35.566	63,67
TOTAL	55.860	30,34
12 A 23 MESES	988	1,77
EMBARAZADAS	1.251	2,24
M.E.F.10 A 49 A	18.145	32,48
D.O.C 25 A 64 A	13.412	24,01

Fuente: U E-SS Elaboración: U ESS

En la Administración Quitumbe se encuentran las Áreas de Salud: 19 y 20, a continuación en los gráficos No. 16 y 17, se detalla el perfil epidemiológico de cada una de ellas (con predominio de IRA, Otras ITS, EDA).

GRAFICO No. 16

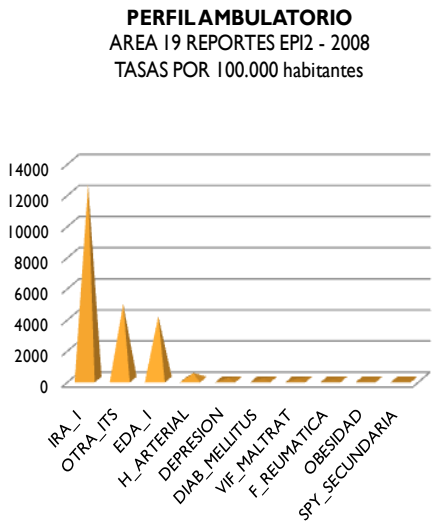
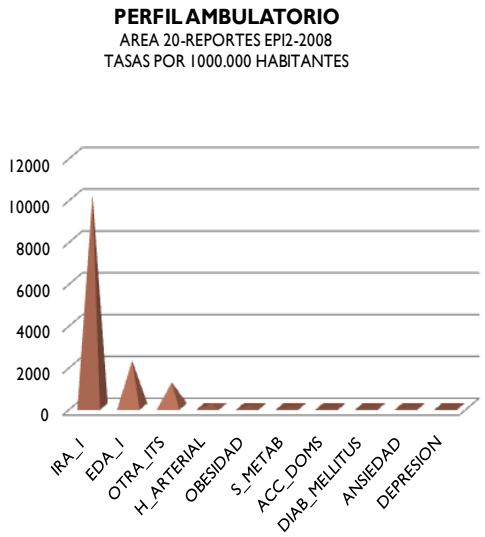


GRAFICO No. 17



Fuente: U E-SS Elaboración: U ESS

En la Tabla No. 6, que corresponde al Área No. 19, de los 84.809 habitantes, el grupo más grande pertenece al de 20 años (64%), que incluye la población económicamente activa, le sigue el grupo de 5 a 14 años (18%) ambos representan el 82% de la población; dentro de los grupos específicos, las MEF constituyen el grupo más alto (32%).

En la Tabla No. 7, que corresponde al Área No. 20, de los 53.869 habitantes, el grupo más grande pertenece al de 20 años y mas (64%), le sigue el grupo de 5 a 14 años (18%) ambos representan el 82% de la población; dentro de los grupos específicos, las MEF constituyen el grupo más alto 32%.

TABLA No.6

POBLACION SEGUN GRUPOS DE EDAD AREA 19

GRUPOS DE EDAD	POBLACION	% POBLACION
< 1 AÑO	1507	2
1 A 4 AÑOS	5984	7
5 A 14 AÑOS	14935	18
15 A 19 AÑOS	8124	10
20 Y MAS	53539	64
TOTAL	84089	100
12 A 23 MESES	1487	2
EMBARAZADAS	1833	2
M.E.F.-10-49A	27315	32
D.O.C -25-64A	20190	24

TABLA No.7

POBLACION SEGUN GRUPOS DE EDAD AREA 20

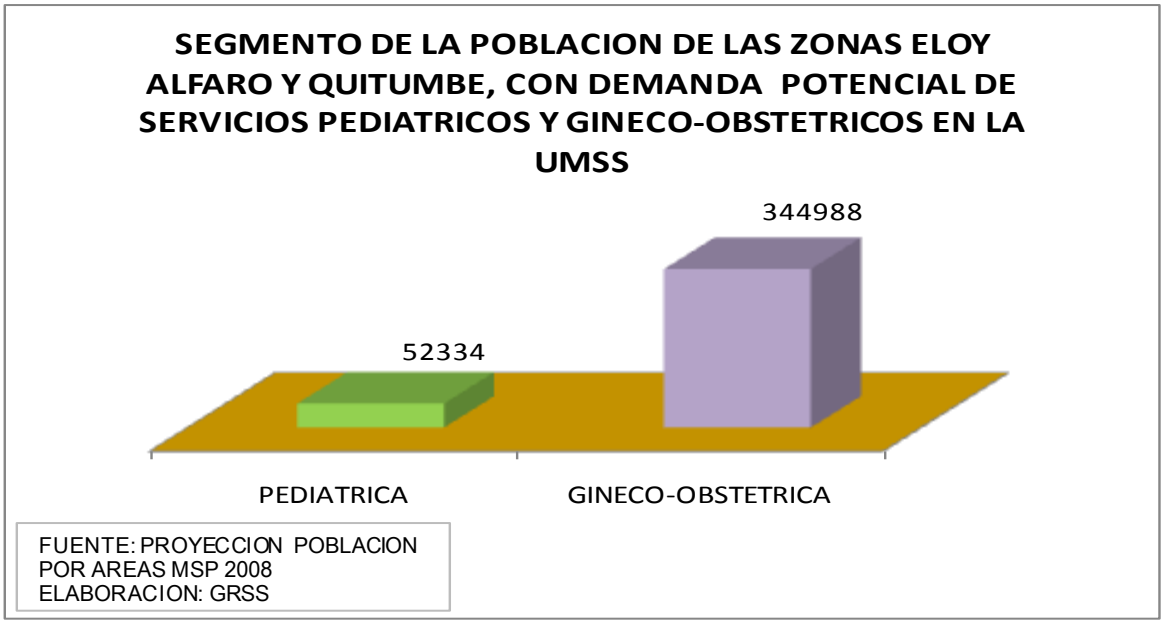
GRUPOS DE EDAD	POBLACION	% POBLACION
< 1 AÑO	1516	2
1 A 4 AÑOS	6021	7
5 A 14 AÑOS	15027	18
15 A 19 AÑOS	8174	10
20 Y MAS	53869	64
TOTAL	84607	100
12 A 23 MESES	1497	2
EMBARAZADAS	1895	2
M.E.F.10 A 49 A	27483	32
D.O.C 25 A 64 A	20314	24

Fuente: U E-SS Elaboración: U ESS

El total de la población dentro del área de influencia de la Red de Servicios de Salud Pública del MSP, que se correlaciona con las dos Administraciones zonales es de 587.470, de los cuales se considera la población potencial de servicios pediátricos y Gineco-obstétricos, que corresponde al segmento de población de 397.322 habitantes asignados en los grupos de edad de menores de un año (10.527), de uno a cuatro años (41.807), que puede demandar servicios pediátricos en total 52.334(13%) y embarazadas (13.107), MEF 10-49 años (190829) y DOC 25-54 años (141052), por tanto existe una demanda potencial de servicios Gineco-obstétricos de 344.988 (87%) en la Unidad Municipal de Salud Sur, según gráficos No. 18 y 19 y tabla No. 8.

GRAFICO No.18

DEMANDA POTENCIAL EN LOS SERVICIOS PEDIATRICOS Y GINECO-OBSTETRICOS DE LA UMSS



Fuente: U ESS Elaboración: GRSS

TABLA No.8

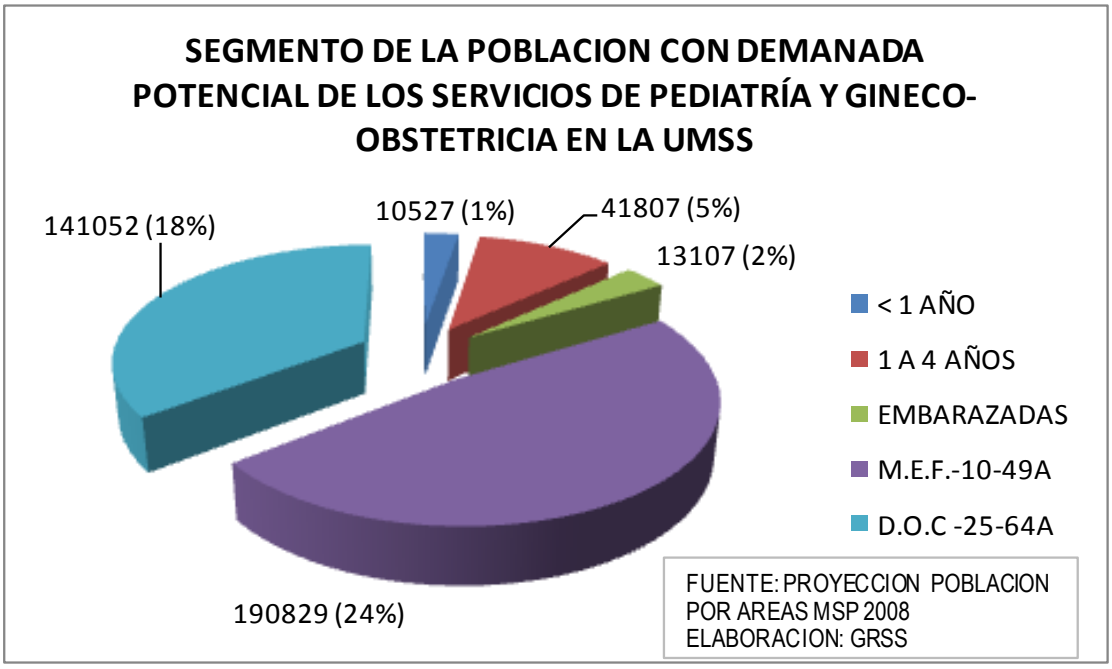
DEMANDA POTENCIAL DE GRUPOS PROGRAMATICOS EN LA UMSS

GRUPOS DE EDAD	POBLACION A4	POBLACION A5	POBLACION A7	POBLACION A19	POBLACION A20	TOTAL AREAS MSP
< 1 AÑO	3.204	3299	1001	1507	1516	10.527
1 A 4 AÑOS	12.725	13102	3975	5984	6021	41.807
EMBARAZADAS	4.005	4123	1251	1833	1895	13.107
M.E.F.-10-49A	58.082	59804	18145	27315	27483	190.829
D.O.C -25-64A	42.932	44204	13412	20190	20314	141.052
TOTAL	120.948	124532	37784	56829	57229	397.322

Fuente: U ESS Elaboración: GRSS

GRAFICO No.19

DEMANDA POTENCIAL DE GRUPOS PROGRAMATICOS EN LA UMSS



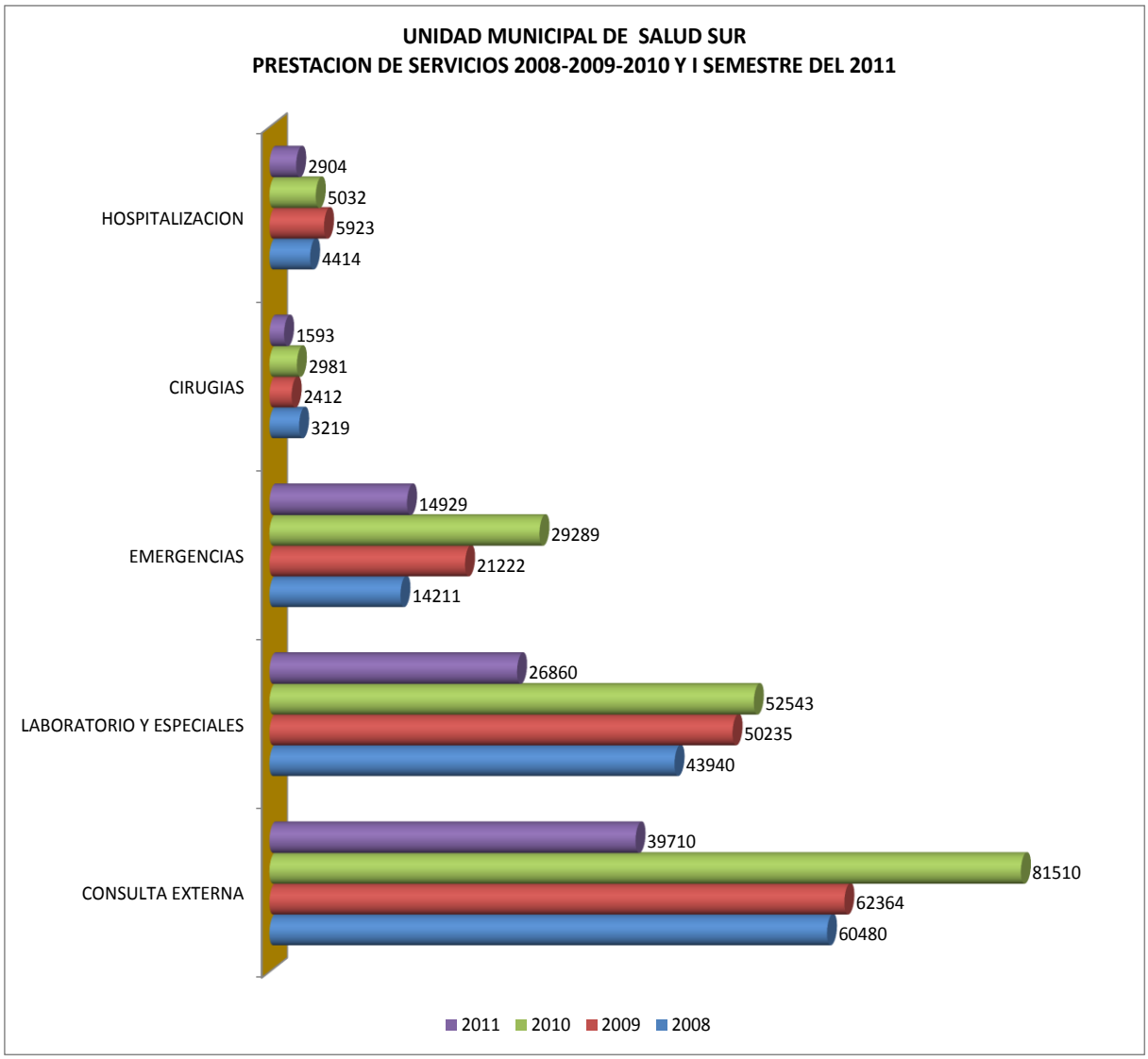
Fuente: U ESS Elaboración: GRSS

Finalmente se desprende que el perfil epidemiológico de cada una de las áreas del MSP, presenta un predominio de IRA, Otras ITS y EDA, que se resuelven en el primer nivel de complejidad, y que por tanto para el caso del Hospital Materno Infantil (UMSS), no constituye un aporte, ya que corresponde a un tercer nivel por sus especialidades; sin embargo los grupos programáticos revelan que los requerimientos en el caso de mujeres en cuanto a embarazos, MEF y DOC, potencian la demanda de los servicios, en ejercicio de un derecho a la gratuidad de la atención; de igual manera en el caso de los niños en los grupos menores de un año y de uno a cuatro años, son los que más demandan de servicios en ejercicio de sus derechos.

3.2.4 PRODUCCION DE SERVICIOS UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR

Los servicios que ofrece la Unidad Municipal de Salud Sur en las especialidades de Gineco-Obstetricia y Pediatría, a través de Consulta Externa 60480 (2008), 62364 (2009), 81510 (2010), 39710 (I semestre 2011), exámenes de laboratorio y especiales 43940 (2008), 50235 (2009), 52543 (2010), 26860 (I semestre 2011), Emergencia 14211 (2008), 21222 (2009), 29289 (2010), 14929 (I semestre 2011), Cirugía 3219 (2008), 2412 (2009), 2981 (2010), 1593 (I semestre 2011), , Hospitalización 4414 (2008), 5923 (2009), 5032 (2010), 2904 (I semestre 2011), , se evidencia en el gráfico No. 20.

GRAFICO No.20



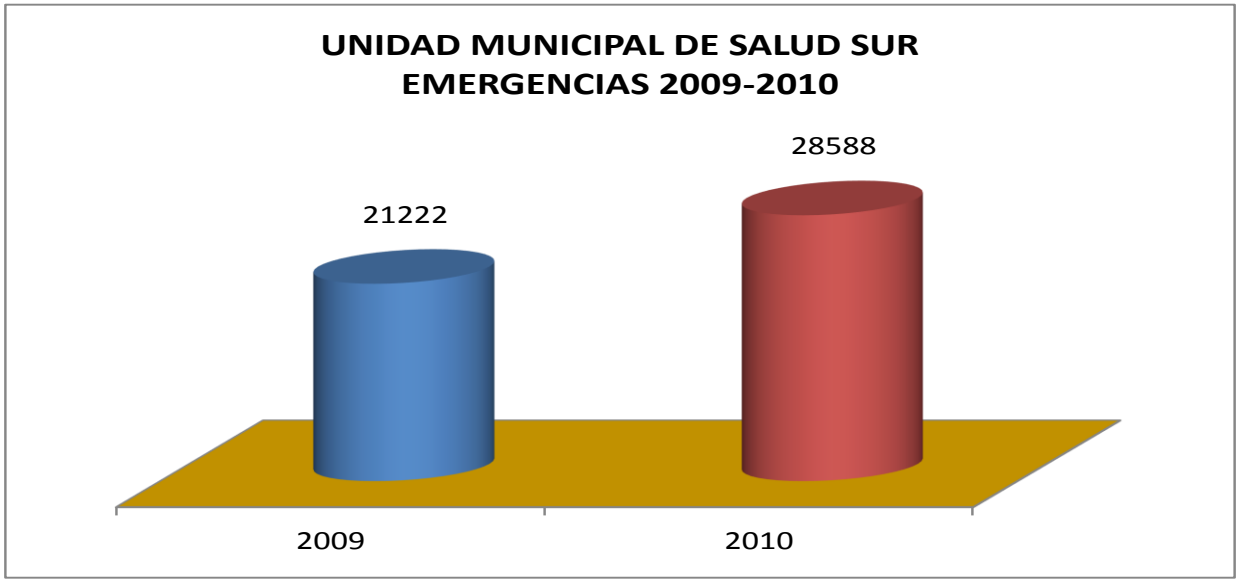
Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

En el servicio de emergencia, durante el 2009, se han atendido 21.222 emergencias, de las cuales 10.522 corresponden a emergencias Gineco-obstétricas y 10.700 pediátricas, según gráfico No.21, el incremento de las emergencias Pediátricas y Gineco-obstétricas es en los meses de septiembre, octubre (2672 pico máximo), noviembre (1995) y diciembre (2301).

Las emergencias Gineco-obstétricas inician su incremento en los meses de septiembre (1155), octubre (1465), noviembre (875) y diciembre (1078); las Pediátricas de igual manera en los meses de septiembre (843), octubre (1207), noviembre (1120) y diciembre (1223), respondiendo a la gratuidad que se dio inicio el 14 de septiembre del 2009.

El crecimiento de los dos tipos de emergencias es ascendente y en el 2010, llegan a 28.588; la tendencia de las emergencias Pediátricas y Gineco-obstétricas es a incrementarse vinculado a la gratuidad y la demanda estacional de la población.

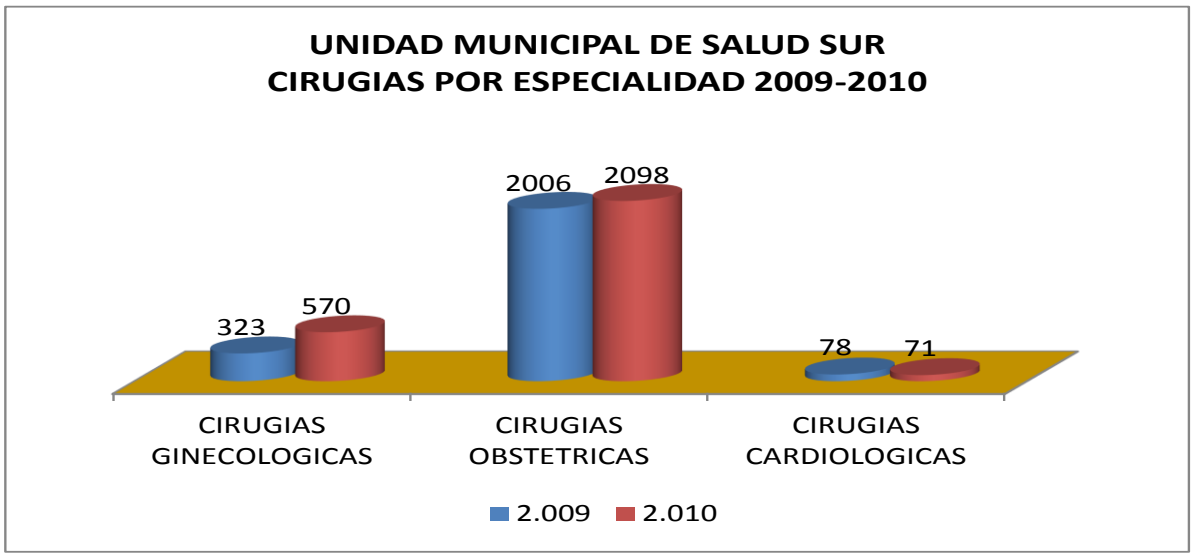
GRAFICO No.21



Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

En el Centro Quirúrgico de la UMSS, se aprecian cirugías obstétricas 2006 (2009) y 2098 (2010), luego se tiene las cirugías ginecológicas 323 (2009) y 570 (2010), mientras que las cirugías cardiológicas son 78 (2009) y 71 (2010), según gráfico No.22.

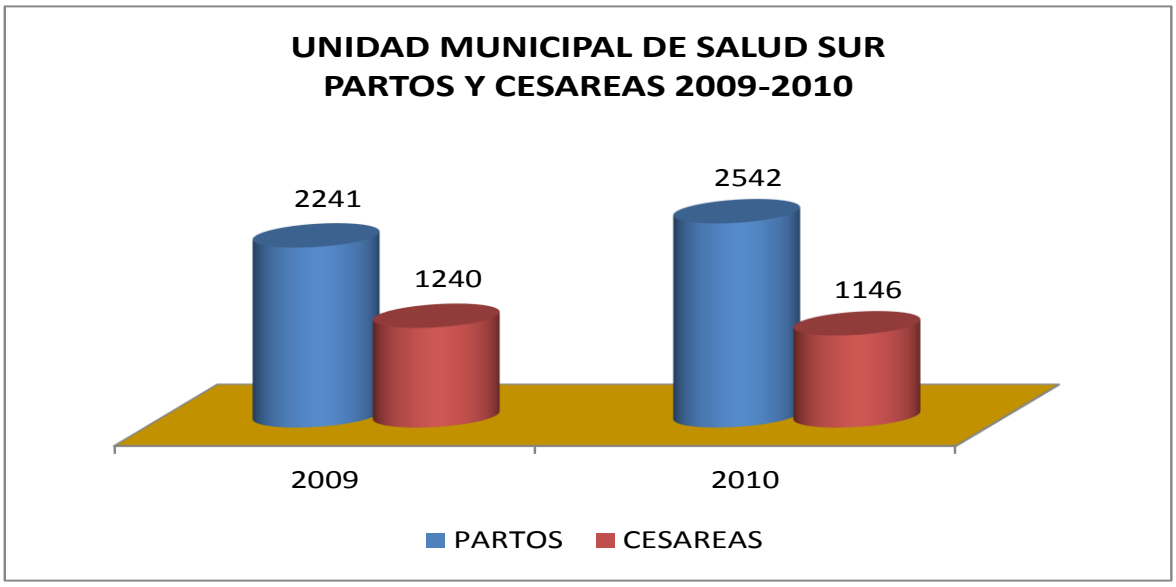
GRAFICO No.22



Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

En el Centro Obstétrico en el 2009 se aprecia 2241 partos y 1240 cesáreas; mientras que en el 2010 se aprecia 2542 partos y 1146 cesáreas, según gráfico No.23

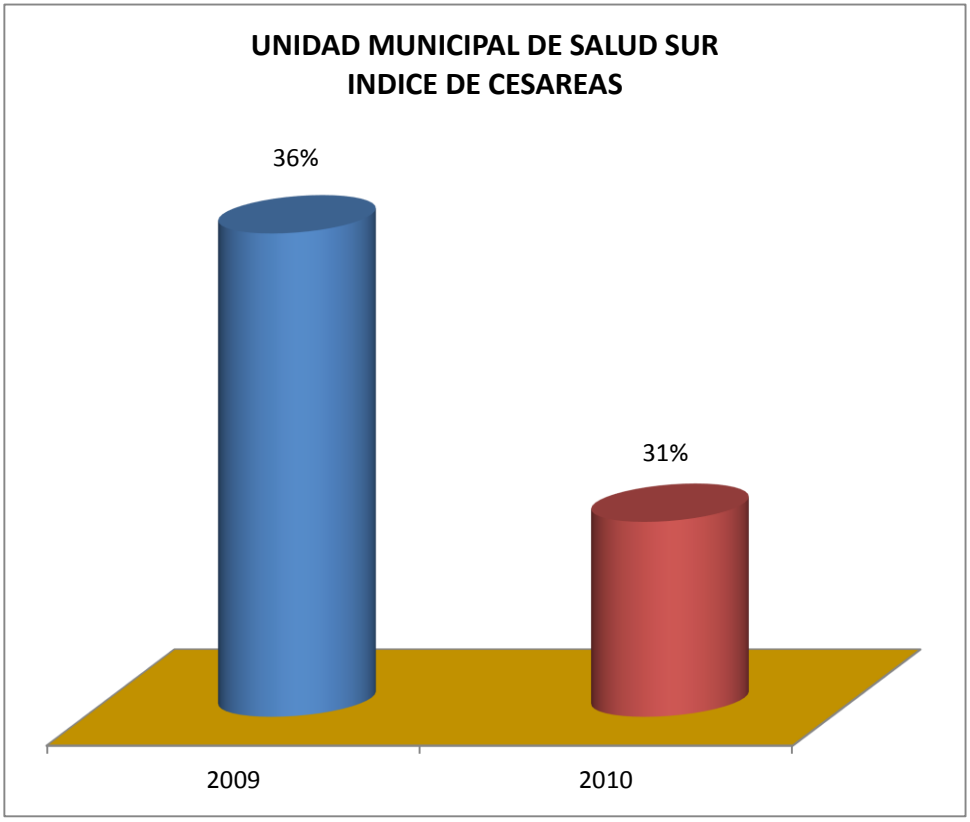
GRAFICO No.23



Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

El Índice de cesáreas (%cesáreas=No. cesáreas*100/total partos + total cesáreas), es de 36% en el 2009; mientras que en el 2010, se aprecia una disminución a 31%, gráfico No. 24; la calidad de un servicio de obstetricia se vincula con el referente de OPS/OMS, que señala un 15% de cesáreas.

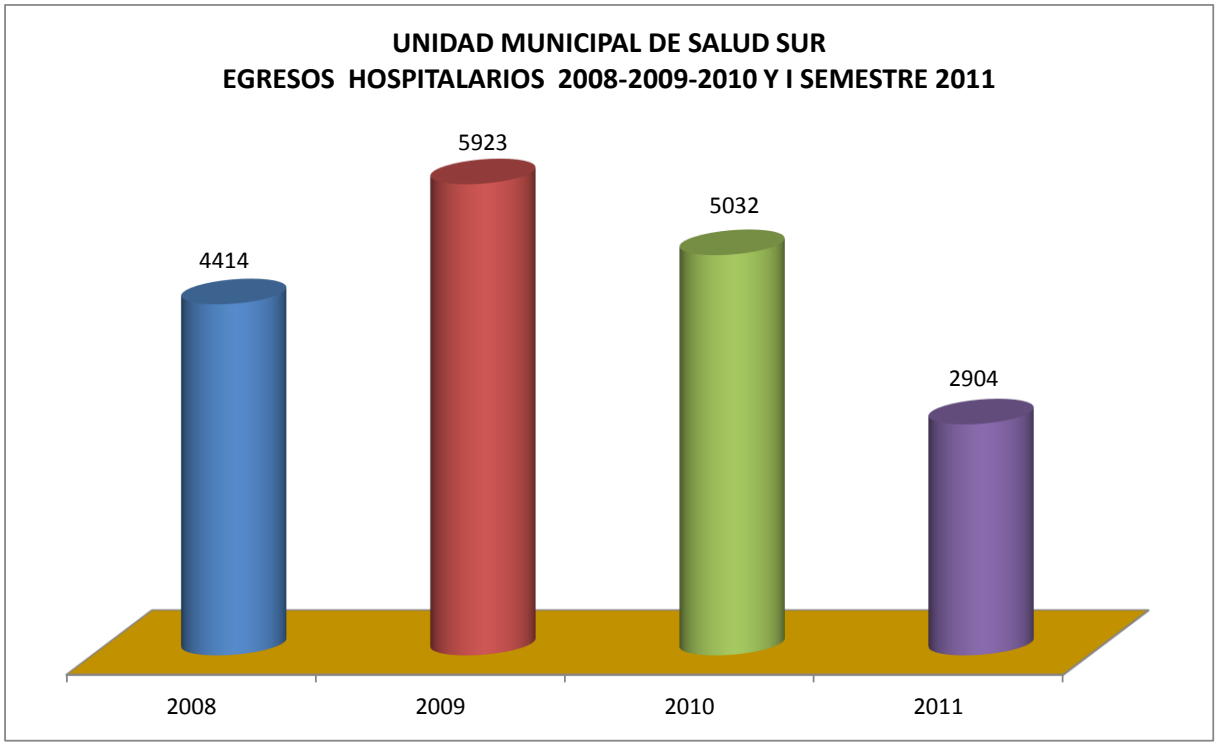
GRAFICO No.24



Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

En hospitalización se evidencia 4414 egresos en el 2008, la tendencia es a incrementarse llegando 5923 (2009), en este año a partir del 14 de septiembre del 2009 se eleva, cuando inicia la gratuidad dispuesta por el Señor Alcalde, acercándose al millar de pacientes por mes, luego se tiene un descenso a 5032 (2010), y a 2904 (2011), según grafico No. 25

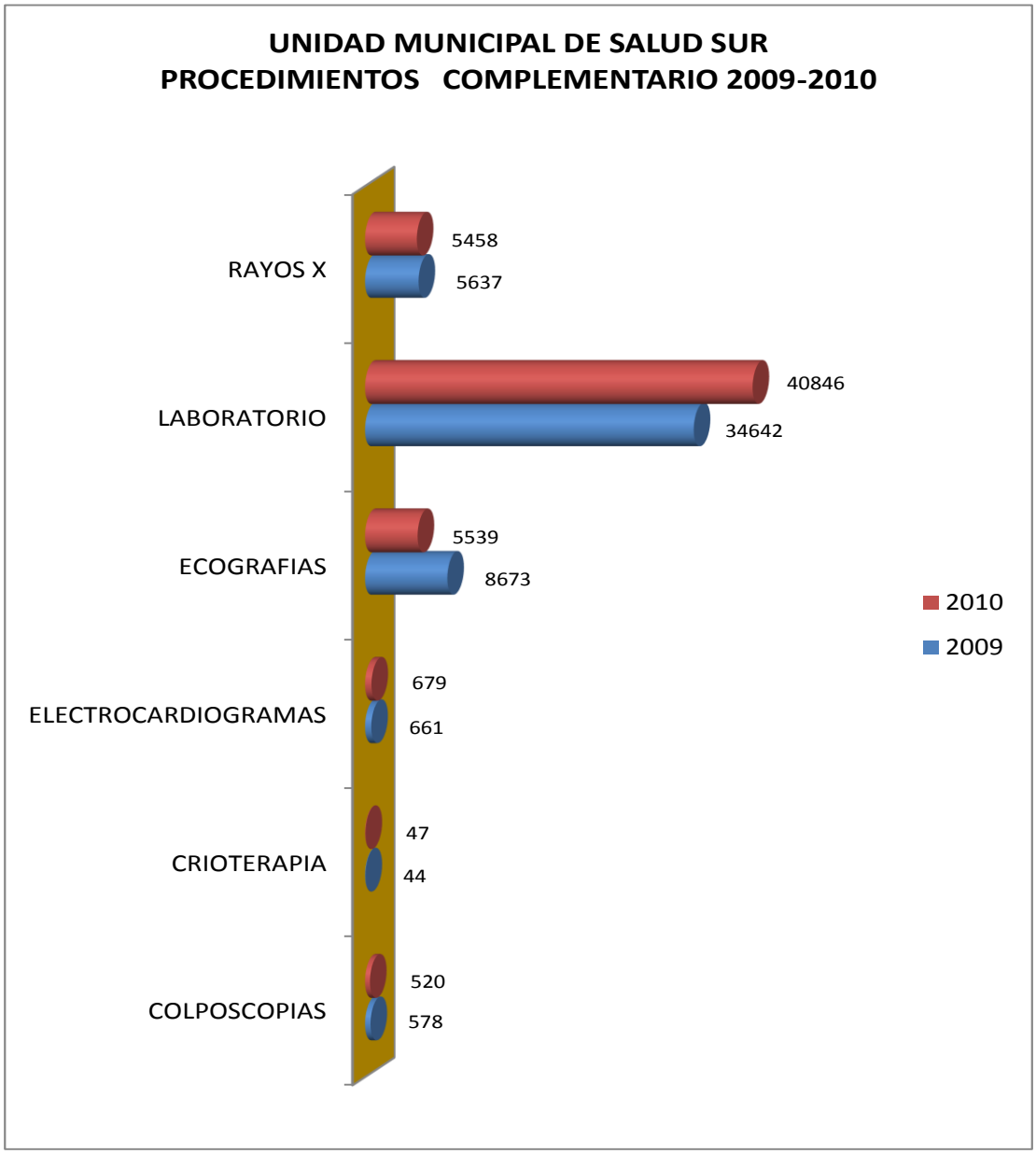
GRAFICO No.25



Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

Los exámenes de laboratorio son 34642 (2009) y 40843 (2010), los ecografías son 8673 (2009) y 5589 (2010); mientras que los Rx son 5637 (2009) y 5458 (2010), luego están los electrocardiogramas 661 (2009) y 679 (2010), los procedimientos especiales de colposcopía 578 (2009) y 520 (2010), finalmente se tiene las crioterapias 44 (2009) y 47 (2010), según grafico No. 26

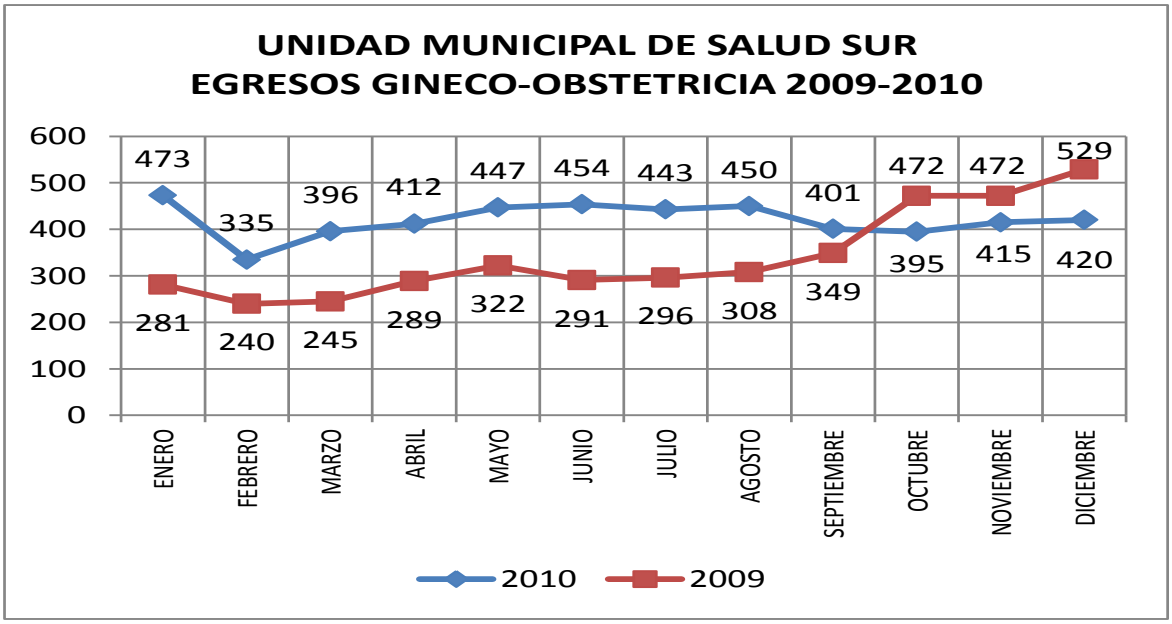
GRAFICO No.26



Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

Los egresos de Gineco-obstetricia en el 2009, se incrementan a partir del 14 de septiembre, lo cual coincide con la gratuidad, en el 2010 estos egresos se han incrementado, pero no se logra superar los egresos en los meses de septiembre a diciembre del 2010, como se puede apreciar en el grafico No. 27.

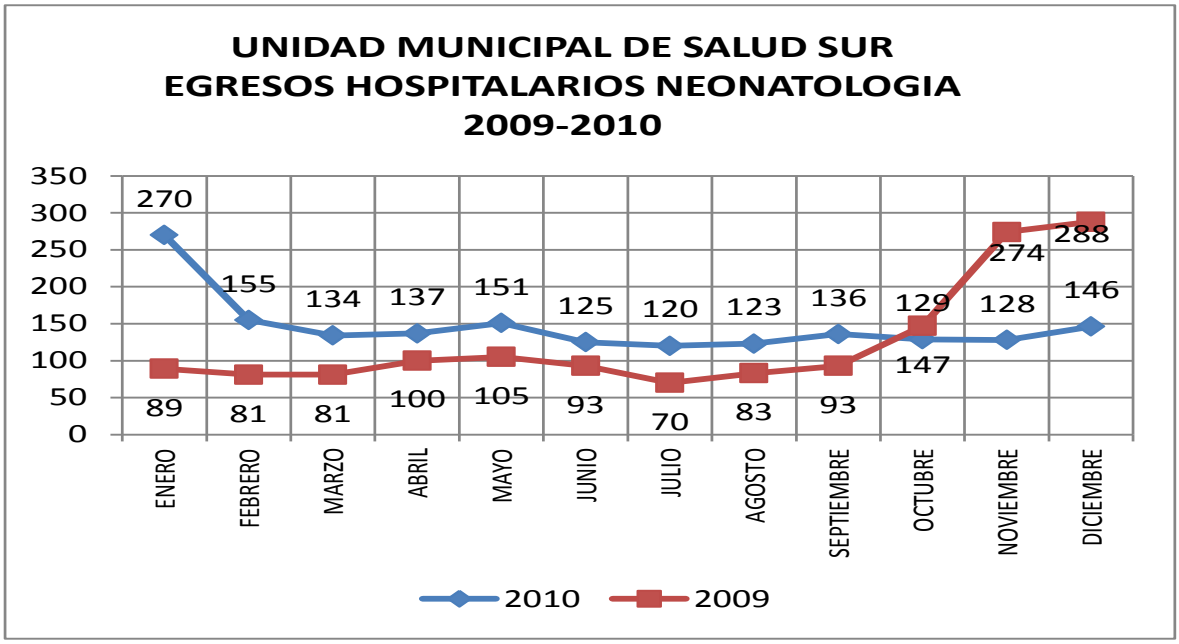
GRAFICO No.27



Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

Los egresos hospitalarios en Neonatología en el 2009, se incrementan a partir del 14 de septiembre, lo cual coincide con la gratuidad, en el 2010 estos egresos se han incrementado, pero no se logra superar los egresos en los meses de septiembre a diciembre del 2010, como se puede apreciar en el grafico No. 28

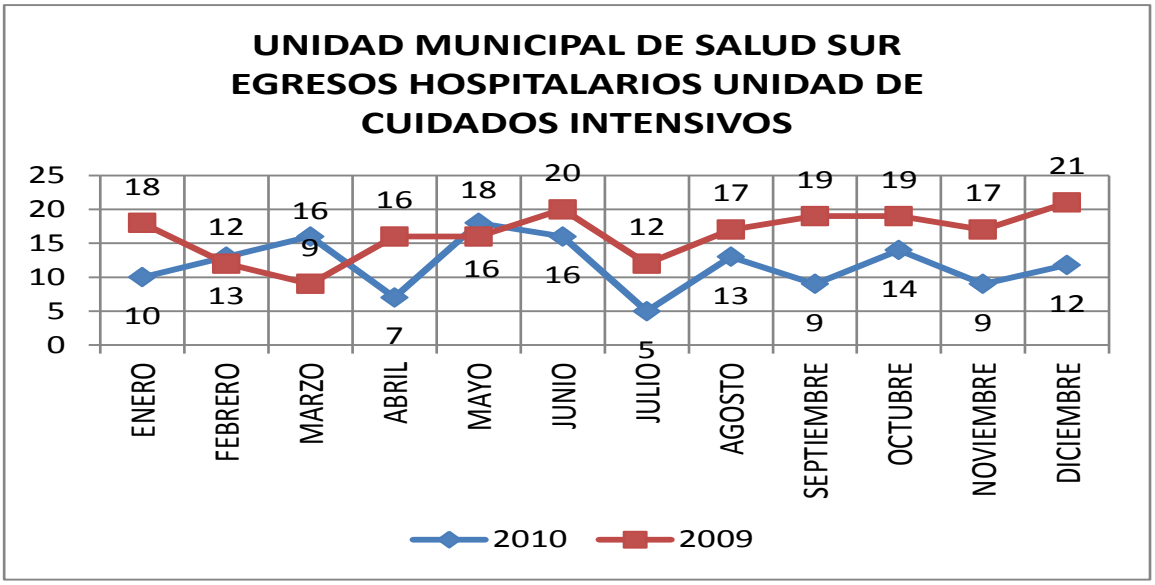
GRAFICO No.28



Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

Los egresos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el 2009 son mayores comparados con el 2010, según gráfico No.29

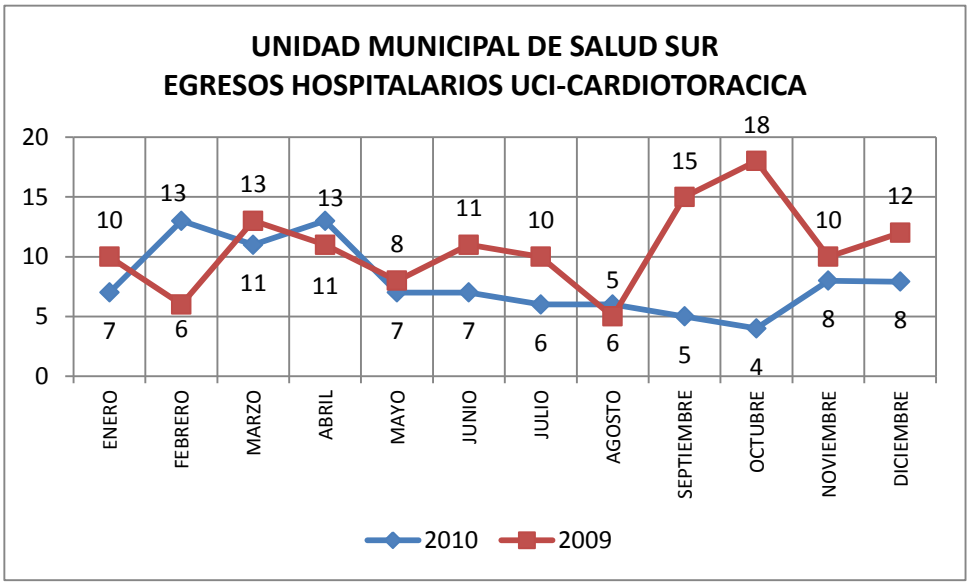
GRAFICO No.29



Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

Los egresos de la Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía Cardiotorácica revelan que son mayores en el 2009 que en el 2010, según gráfico No.30.

GRAFICO No.30



Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

En la tabla No. 9 se aprecia una secuencia desde el 2008 al 2011 de egresos y DCO, en hospitalización Gineco-Obstetricia, Neonatología, Cuidados Intensivos Neonatales y Cuidados Intensivos de Cirugía Cardiotorácica,.

En Gineco-Obstetricia los egresos son 5032 (2010), en Neonatología son 1753 (2010) en UCI el mayor número de egresos 214 (2008) y en UCI de Cirugía Cardiotorácica 129 (2009), ver gráfico No. 31

TABLA No. 9

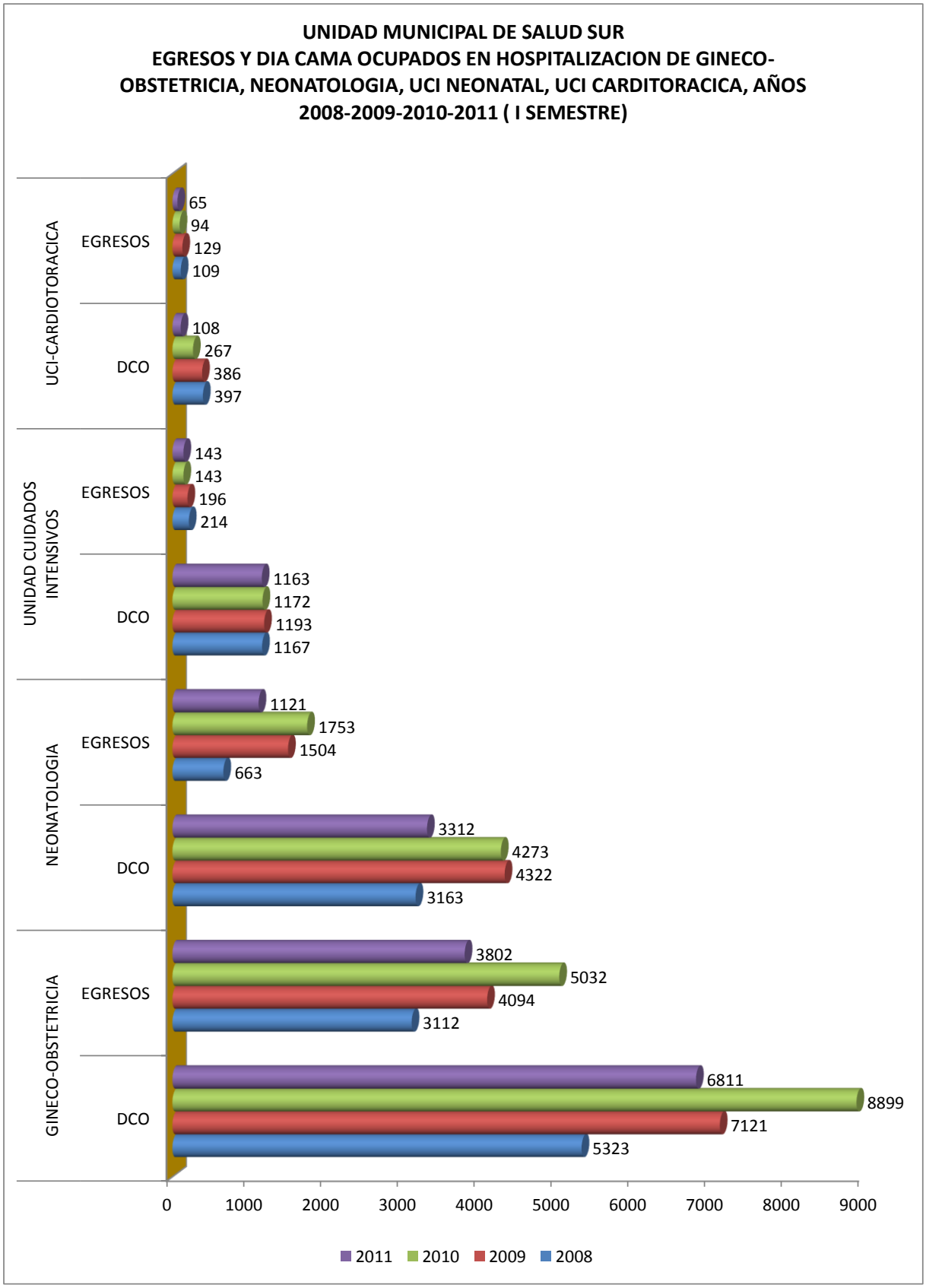
EGRESOS Y DCO EN HOSPITALIZACION UMSS

AÑOS	GINECO-OBSTETRICIA		NEONATOLOGIA		IDAD CUIDADOS INTENSIV		UCI-CARDIOTORACICA	
	DCO	EGRESOS	DCO	EGRESOS	DCO	EGRESOS	DCO	EGRESOS
2008	5323	3112	3163	663	1167	214	397	109
2009	7121	4094	4322	1504	1193	196	386	129
2010	8899	5032	4273	1753	1172	143	267	94
2011	6811	3802	3312	1121	1163	143	108	65

Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

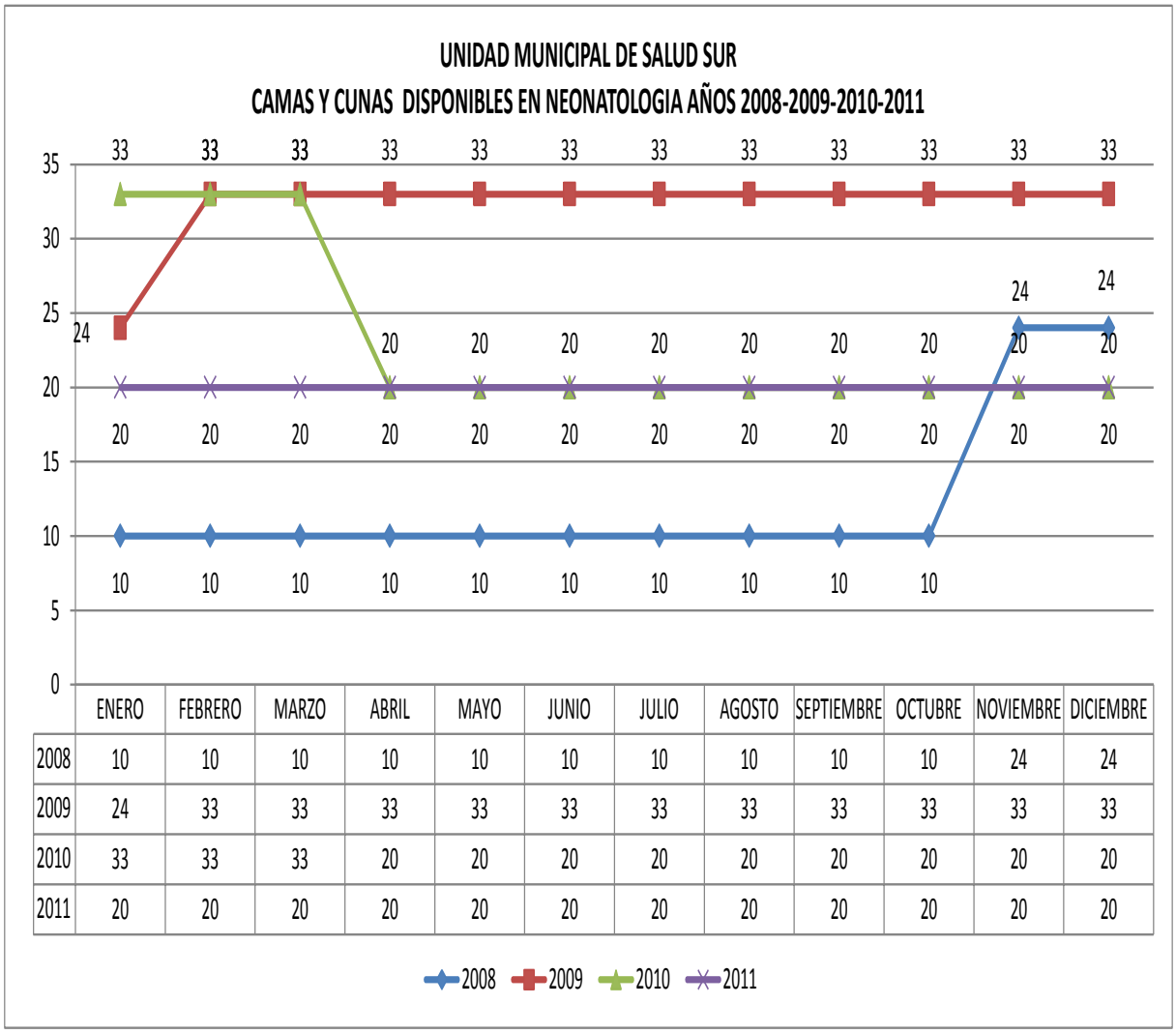
En el gráfico No. 32 se aprecia que la fluctuación de cunas de neonatología desde el año 2008 al 2011, pues de enero a octubre del 2008 , existían 10 cunas, en mientras que en noviembre y diciembre es de 24, evidenciándose 24 hasta enero del 2009, mientras que se incrementan a 33 cunas desde febrero a diciembre del 2009, de enero a marzo del 2010 se mantienen 33 cunas, mientras que de abril a diciembre del mismo año bajan a 20 cunas, este número se mantiene de enero hasta la fecha en Neonatología.

GRAFICO No.31



Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

GRAFICO No.32



	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
2008	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	24	24
2009	24	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33
2010	33	33	33	20	20	20	20	20	20	20	20	20
2011	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

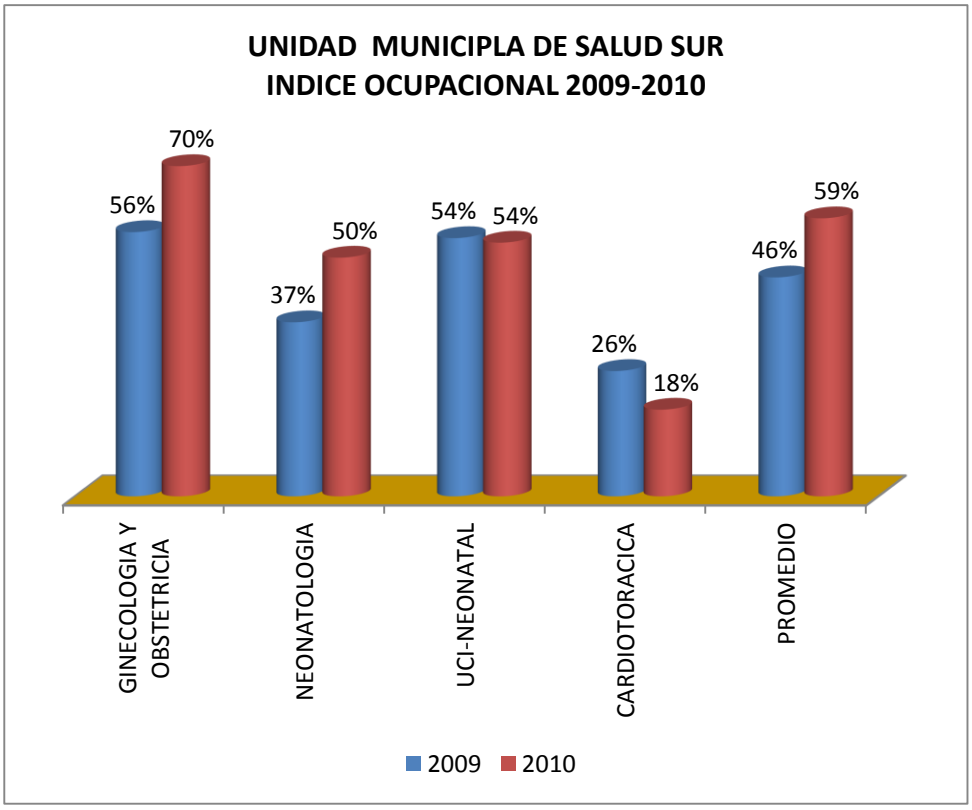
Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

El índice ocupacional representa una medida parcial de la capacidad productiva de la UMSS: a mayor índice ocupacional mayor capacidad de oferta de servicios y costos de operación más bajos; a menor índice ocupacional mayor capacidad ociosa y mayores costos de operación.

El Índice ocupacional de Gineco-Obstetricia en el 2009 es de 56%, mientras que en el 2010 es de 70%, con tendencia ascendente; en Neonatología el índice ocupacional (IO) es de 37% (2009) y 50% (2010); en UCI Neonatal es de 54% (2009 y 2010); en UCI de Cirugía Cardiotorácica el índice ocupacional (IO) es de 46%

(2009) y 59% (2010); finalmente el IO promedio de hospitalización es de 46% (2009) y 59% (2010), según gráfico No.33.

GRAFICO No.33

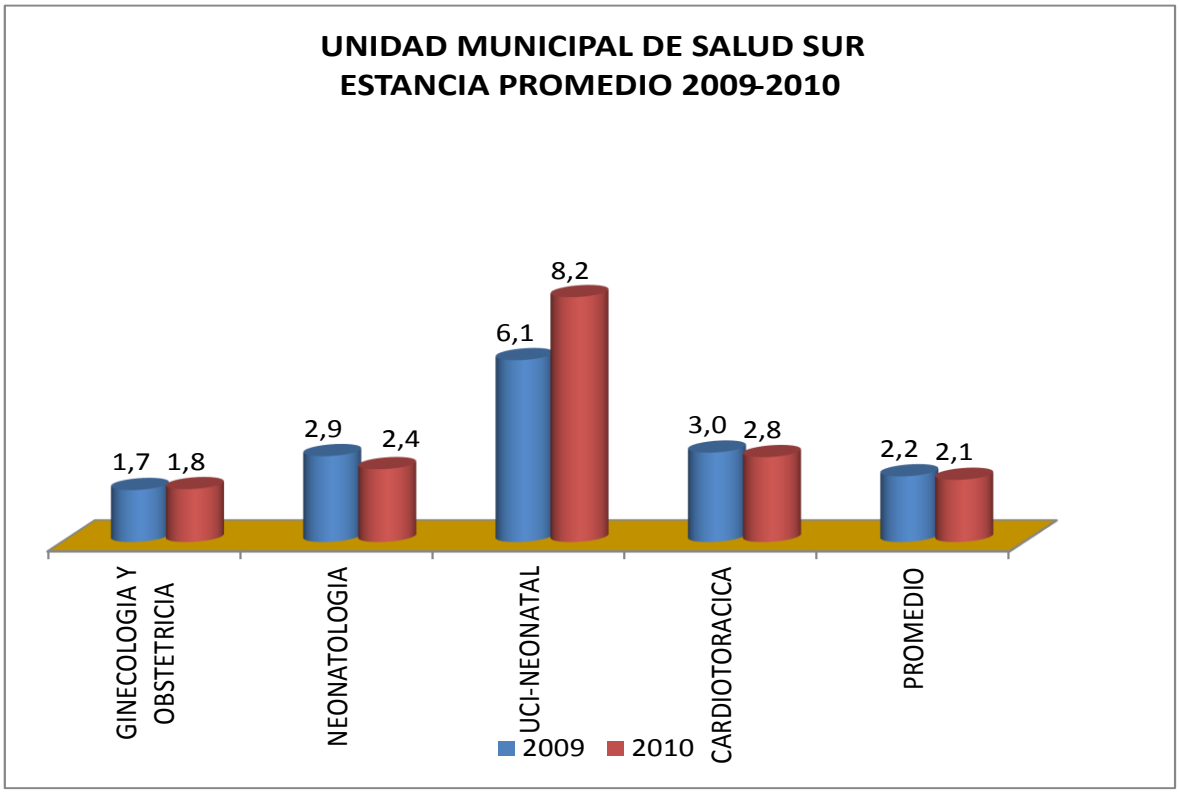


Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

El promedio de día estada constituye un monitor del tiempo promedio que toma un servicio para brindar atención al paciente hospitalizado, actúa en asociación con otros, pero es el factor crítico determinante de la productividad del recurso cama y por tanto de número del pacientes que egresan del servicio; en el gráfico No. 34, se aprecia el promedio de días estada en hospitalización de Gineco-Obstetricia 1,7 (2009) y 1,8 (2010), en Neonatología 2,9 (2009) y 2,4 (2010), en UCI Neonatal 6,1(2009) y 8,2 (2010), en UCI-Cardiotorácica 2,2 (2009) y 2,1 (2010).

GRAFICO

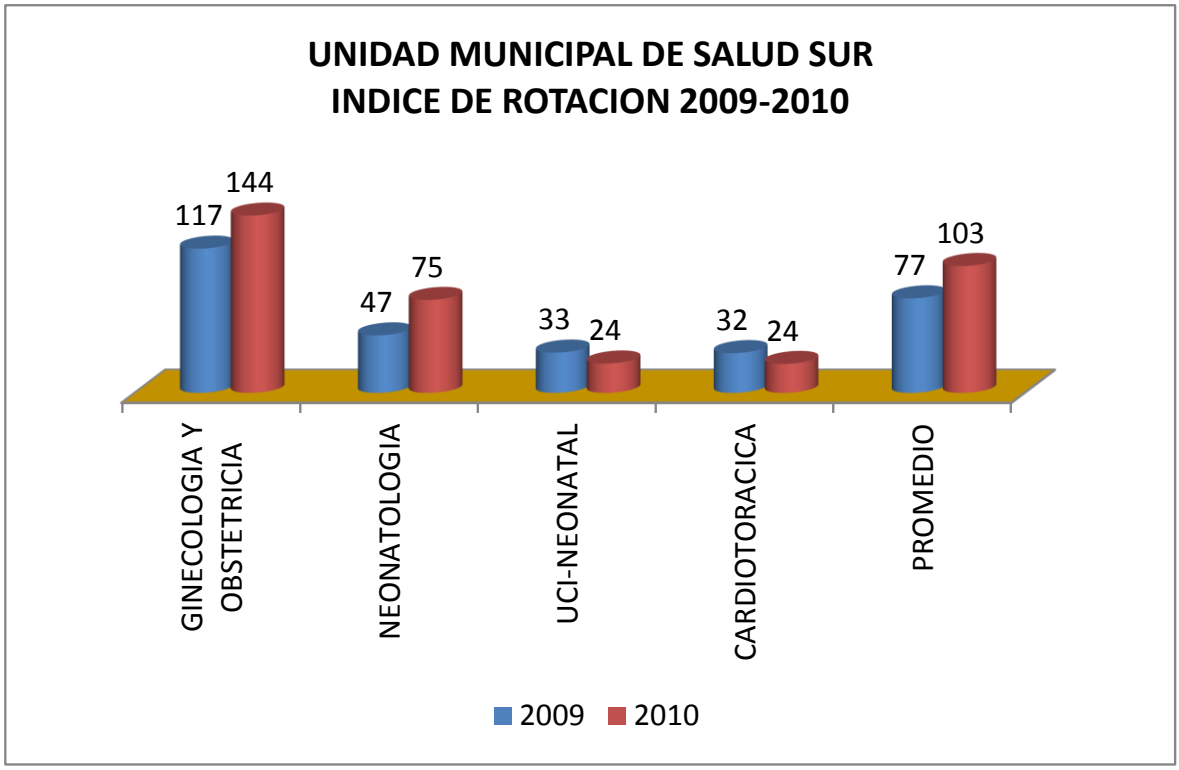
No.34



Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

El Giro de Cama (índice de rotación) mide la productividad del recurso cama y es muy sensible a cambios en el promedio de días estancia, en el porcentaje ocupacional y en la dotación de camas, a mayor promedio de estancia, menor el giro de camas; y a menor promedio de estancia, mayor el giro de camas; a continuación en el gráfico No. 35, se detalla el número de egresos promedio que se genera por cada cama en un año, en Gineco-Obstetricia 117 (2009) y 144 (2010), en Neonatología 47 (2009) y 75 (2010), en UCI 33 (2009) y 24 (2010), en UCI-Cardíaca 32 (2009) y 24 (2010); finalmente el promedio de hospitalización en giro de cama es de 77 (2009) y 103 (2010),

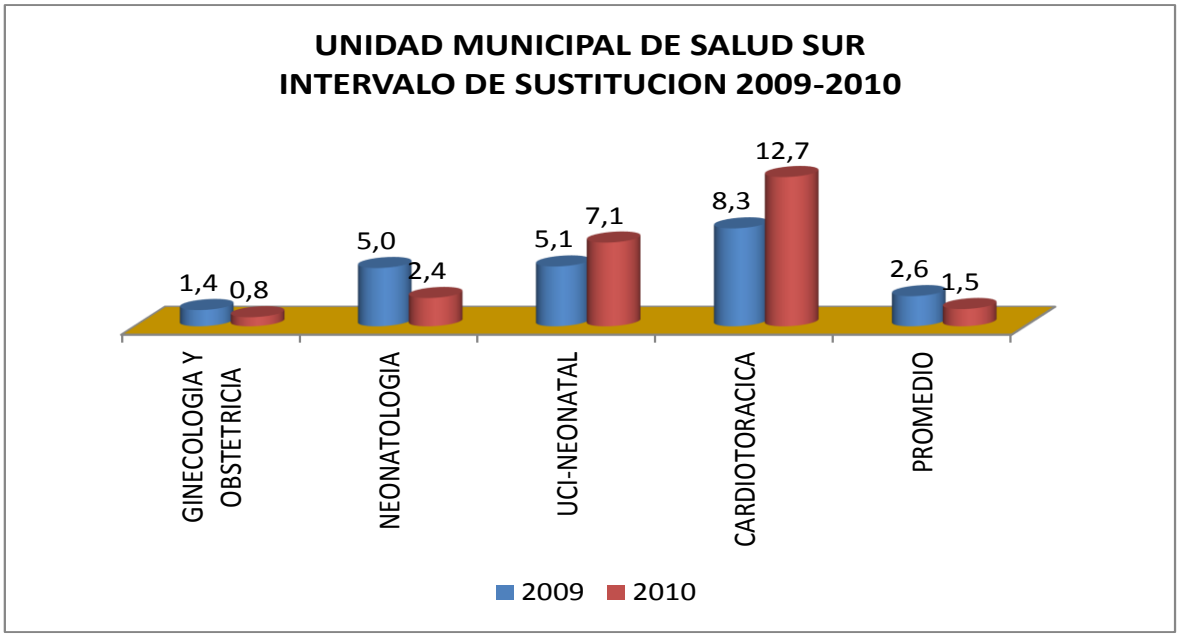
GRAFICO No.35



Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

El intervalo de sustitución bajo condiciones de alta demanda, el indicador ofrece una medida de la eficiencia en la preparación de la cama después de que egresa un paciente, de tal manera que ésta esté el menor tiempo posible ociosa para el ingreso del siguiente paciente, pues es el tiempo promedio, en días o fracción de días, que dura desocupada una cama, entre un egreso y un nuevo ingreso; a continuación en el gráfico No. 36, se detalla el intervalo de sustitución en Gineco-Obstetricia 1,4 (2009) y 0,8 (2010), en Neonatología 5 (2009) y 2,4 (2010), en UCI Neonatal 5,1 (2009) y 7,1 (2010), en UCI-Cardiotorácica 8,3 (2009) y 12,7 (2010), el promedio es de 2,6 (2009) y 1,5 (2010).

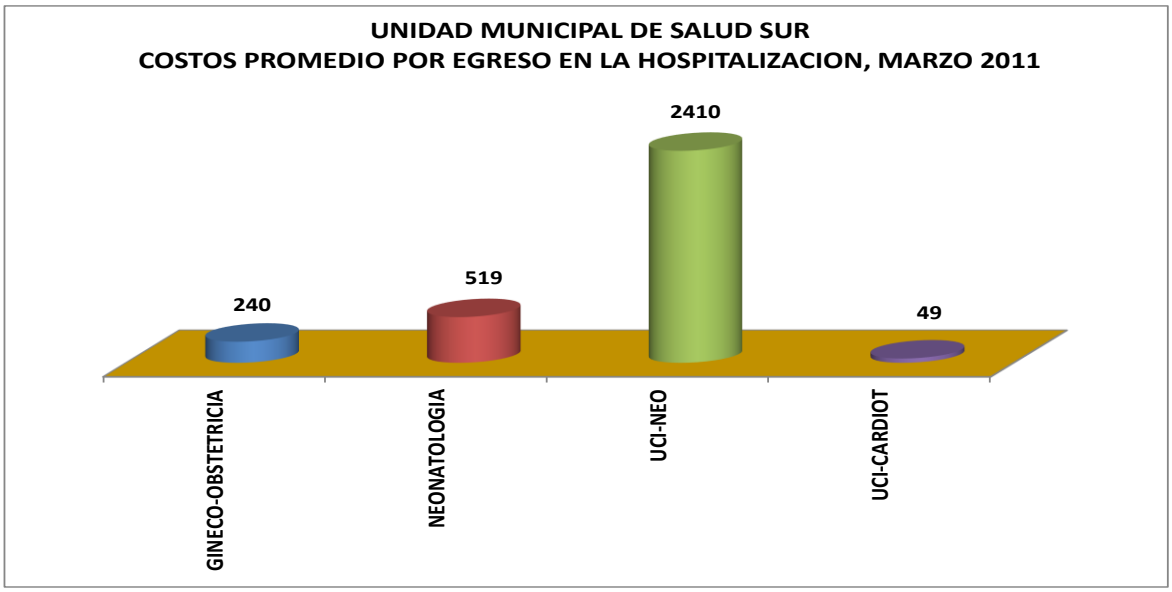
GRAFICO No.36



Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

El costo promedio por egreso en la hospitalización, según informe del WinSig de marzo del 2011, revela: Gineco-obstetricia $ 240 USD/egreso, Neonatología $ 519 USD/egreso, UCI Neonatal $ 2410 USD/ egreso, UCI de Cirugía cardiotorácica $ 49 USD/egreso, según gráfico No. 37

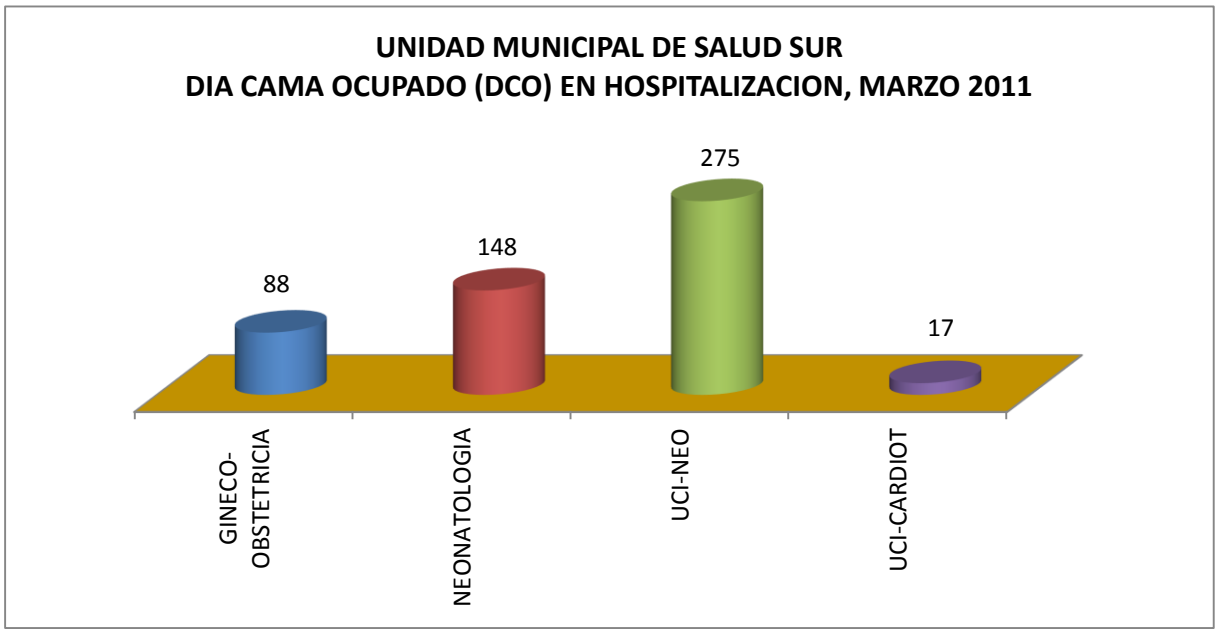
GRAFICO No.37



Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

El día cama ocupado en hospitalización según informe del WinSig de marzo del 2011, es de: Gineco-obstetricia $ 88 USD/día, Neonatología $ 148 USD/ día, UCI Neonatal $ 275 USD/ día, UCI de Cirugía cardiotorácica $ 17 USD/ día, según gráfico No. 38

GRAFICO No.38



Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

3.3 MARCO LEGAL

La constitución, Acuerdos, Resoluciones, Ordenanzas, son los elementos jurídicos y normas de referencia en Salud, que señalan el marco jurídico vigente:

La Constitución Política, mediante Decreto Legislativo, s/n R.O. 1, 11-08-98, refiere: El Estado garantizará el derecho a una calidad de vida que asegure la salud (Art. 23, 20). El Estado garantiza el derecho a la salud mediante programas y acciones de salud pública. Formulará la política nacional de salud, vigilará su aplicación y organizará un sistema nacional de salud (Arts. 42-45)

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, referencia Ley 80, R.O. 670, 25-09-02, señala: La Ley tiene por objeto establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que regirá en todo el territorio nacional. El Sistema Nacional tiene como objetivo básico el garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.

Según los Artículos de la Constitución 2008: Derecho a la salud (Art. 32), Sistema nacional de salud (Art. 358), Modelo de atención integral (Art. 360), Rectoría del Estado a través MSP (Art. 361), Gratuidad de servicios públicos (Art. 362)

La Creación de la Dirección General de Salud del Municipio de Quito, mediante Resolución No. 024, 01-03-05, se crea con la finalidad de impulsar programas orientados a lograr condiciones de salud integral de la población del Distrito.

La Ordenanza Reformatoria**,** Ordenanza No. 050. 05-04-01, establece que el Patronato Municipal de Amparo Social San José, dependerá como unidad administrativa a la Dirección Metropolitana de Salud.

La Designación de Entes financieros a las Unidades de Atención Médico Hospitalaria, mediante Resolución No. A-048, 09-07-02, designa entes financieros a las unidades de atención médico hospitalario del Patronato Municipal Norte, Centro y Sur.

La Creación del Consejo Metropolitano de Salud, mediante Resolución No. A-0069, 08-09-03, crea el Consejo Metropolitano de Salud como órgano de coordinación, concertación sectorial, articulación interinstitucional e intersectorial en apoyo al Sistema Nacional de Salud.

Normas para el funcionamiento, control y operación de las unidades móviles de salud, mediante Resolución No. A-0087, 04-11-03, pone en funcionamiento las unidades móviles de salud.

La Delegación de Funciones a los Directores de las Unidades de Salud, mediante Resolución No. A-0009, 23-01-04, se delega a los Directores de las Unidades de Salud Norte, Centro y Sur varias atribuciones y establece sus competencias y responsabilidades.

La Delegación de Funciones a Directores, mediante Resolución No. A-0036, 26-03-04, se delega al Director Metropolitano de Salud varias atribuciones relacionadas con la contratación pública.

Delegación de Funciones al Director Metropolitano de Salud, mediante Resolución No. A-0093, 08-10-05, se delega al Director Metropolitano de Salud, dentro de su competencia, la contratación de consultorías de hasta 6 meses de duración.

Manual Orgánico Funcional de las Unidades Municipales de Salud, mediante Resolución No. A-004, 17-01-03, se estructura las unidades Municipales de Salud, Norte, Centro y Sur en un orgánico funcional.

El orgánico estructural para el MDMQ, según Resolución A 0108, del 12 de diciembre del 2007, y la Resolución No. C0076, del 12 de diciembre del 2007, se establece las competencias y responsabilidades que constan en el Reglamento Interno, según el cual, se estandariza el organigrama de las tres Unidades Municipales de Salud

Según la Resolución A 0108, del 12 de diciembre del 2007, la Dirección Metropolitana de Salud está subordinada de la Dirección General de Gestión del Desarrollo y contiene: Unidad de Proyectos, Administrativa, Servicios de Salud Colectiva, Epidemiología y Servicios de Salud Individual.

La creación de la Secretaría Metropolitana de Salud, mediante Resolución No. A 0002 del 6 de Agosto 2009, bajo su jerarquía y control se encuentran: la Corporación Metropolitana de Salud y las Unidades Municipales de Salud Norte Centro y Sur. La Delegación de competencias y atribuciones, a los Secretarios, mediante Resolución Administrativa No. A 0003 del 12 de agosto del 2009, en el Art. 3, d), señala:

“ …Supervisar la gestión y funcionamiento de todas las unidades administrativas municipales bajo su dependencia orgánica y aquellas desconcentradas y autónomas que realicen actividades dentro del ámbito sectorial respecto del que ejercen su rectoría, para lo cual podrán, entre otros, disponer la preparación de informes, proyectos, programas de obras, cronogramas, rutas críticas, presupuestos y estados económicos…”.

En el Art. 4, señala:

“…Delegar a los responsables de los entes financieros y unidades ejecutoras desconcentradas, autorizar el gasto, llevar adelante los procedimientos de contratación para la adquisición de bienes, la ejecución de obras y prestación de servicios, incluidos los de consultoría, resolver sobre la adjudicación y, en general ejercer las atribuciones asignadas en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento General, a la máxima autoridad institucional, en contrataciones cuya cuantía no supere el coeficiente de 0,00005 del Presupuesto Inicial del estado del correspondiente ejercicio económico…”

La asignación de recursos para la gratuidad, en las Unidades Municipales de Salud, mediante Resolución de Concejo No. 0032 del 3 de septiembre del 2009, se autoriza a la Dirección Metropolitana Financiera y Departamento de Presupuesto, realizar los traspasos de réditos; finalmente mediante Resolución de Concejo No. C 0125, del 12 de noviembre del 2009, se resuelve autorizar a la Dirección

Metropolitana Financiera y Departamento de Presupuesto, realizar los suplementos de créditos en la Unidades Municipales de Salud Norte, Centro y Sur.

Con la Resolución A 0008, del 3 de marzo del 2010, se deroga la Resolución No. A 0002 del 6 de Agosto 2009, y la 006 del 28 de septiembre del 2009, se constituye como Secretaría de Salud y se establece una nueva estructura, por niveles, según el gráfico No. 2:

- ***Nivel político y de decisión***, se encuentra en el nivel de decisión sectorial, la Secretaría de Salud.
- En el nivel de ***Gestión*** dependen orgánicamente de la Secretaría de Salud, las unidades administrativas y equipos de salud.
- En el ***Nivel Operativo,*** se le asigna las Unidades Municipales de Salud y la Corporación Metropolitana de Salud, para coordinación de actividades y supervisión desde la perspectiva programática, sin perjuicio de los niveles de desconcentración y/o autonomía que se les hubiere asignado en el acto de su creación.

El Subprocuraduría Metropolitano señala que las competencias y atribuciones de la anterior Dirección Metropolitana de Salud siguen vigentes para la Secretaría de Salud actual, pues señala:

“que en tanto no se modifique el Manual Orgánico Funcional del MDMQ, las funciones, atribuciones y representaciones de las dependencias que fueron suprimidas en la Resolución No. A0002, seguirán siendo ejercidas por las Secretarías reemplazantes” (Subprocurador, 5-05-2010)

Se establecen tres ejes de análisis referenciales de la revisión normativa, los aspectos se circunscriben a la determinación de los campos: (1) administrativo, (2) financiero y (3) operativo, con el fin de obtener la autonomía y eficiencia requerida; la normativa señalada, establece la realidad jurídica en la cual se desenvuelven las unidades municipales de salud y la relación con la Secretaría de Salud, la misma que faculta la autonomía administrativa, financiera y operativa.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y ANALISIS

4.1 PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS Y ALTERNATIVAS DE SOLUCION

A continuación se detallan los principales problemas observados en el 2008, Neonatología dispone de 10 cunas, mientras que Gineco-obstetricia posee 34 camas, por tanto el 21% (663 RN) de 3112 egresos de Gineco-obstetricia, requieren alojamiento en el Servicio de Neonatología, caso contrario se debía restringir los ingresos en Emergencia. En noviembre del 2008, luego de haber realizado las adecuaciones correspondientes se incrementan a 24 cunas (Ver gráfico No. 32), con el correspondiente equipamiento, optimización e incremento de enfermeras. Ver tabla No.10

TABLA No. 10

INDICADORES HOSPITALARIOS DE LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR 2008

Servicios Finales	Unidad de Producción	Volumen de Producción	Indice de ocupación	Estancia Promedio	Indice de rotación	Intervalo de substitución	Dotación de camas
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Egresos	3112	43%	1,7	92	2,28	34,0
	D.C.O	5323					
NEONATOLOGIA	Egresos	663	87%	4,8	66	1	10,0
	D.C.O	3163					
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS	Egresos	214	53%	5,5	36	5	6,0
	D.C.O	1167					
CARDIOTORACICA	Egresos	109	27%	3,6	27	10	4,0
	D.C.O	397					
Promedio	**Egresos**	**4.098**	**51,0%**	**2,5**	**75,9**	**2,4**	**54,0**
	D.C.O.	**10.050**					

Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

Posteriormente en el 2009, Neonatología dispone de 24 cunas hasta el mes de enero (Ver gráfico No. 32), mientras que Gineco-obstetricia posee 35 camas, luego de la readecuación de una habitación, por tanto el 37% (1504 RN) de 4094 egresos de Gineco-obstetricia, requieren alojamiento en el Servicio de Neonatología, caso contrario de igual se debía restringir los ingresos en Emergencia; por esta razón el equipamiento tecnológico llega a 33 cunas desde febrero a diciembre del 2009.

Cabe señalar que con estas mejoras se incrementan los ingresos a Gineco-obstetricia y neonatología, lo cual está vinculada con el incremento de la demanda en función de la calidad de atención que se brinda en la Unidad y el inicio de la gratuidad el 14 de septiembre del 2009. Ver tabla No.11

TABLA No.11

INDICADORES HOSPITALARIOS DE LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR 2009

Servicios Finales	Unidad de Producción	Volumen de Producción	Indice de ocupación	Estancia Promedio	Indice de rotación	Intervalo de substitución	Dotación de camas
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Egresos	4.094	56%	1,7	117	1,38	35,0
	D.C.O	7121					
NEONATOLOGIA	Egresos	1504	36%	2,9	46	5	33,0
	D.C.O	4322					
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS	Egresos	196	54%	6,1	33	5	6,0
	D.C.O	1193					
CARDIOTORACICA	Egresos	129	26%	3,0	32	8	4,0
	D.C.O	386					
Promedio	**Egresos**	**5.923**	**45,7%**	**2,2**	**75,9**	**2,6**	**78,0**
	D.C.O.	**13.022**					

Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

En el 2010, Neonatología dispone de 33 cunas hasta el mes de marzo y se restringe a 20 cunas (Ver gráfico No. 32), por insuficiente recurso humano (enfermeras de cuidado directo) que cubra según Norma establecida por el MSP (2 cunas por enfermera), mientras que Gineco-obstetricia disminuye a 24 camas (por insuficiencia de enfermeras de cuidado directo), sin embargo en estadística se mantiene el registro de 35 camas, por tanto el 35% (1753 RN) de 5030 egresos de Gineco-obstetricia, requieren alojamiento en el Servicio de Neonatología, caso contrario de igual se debía restringir los ingresos en Emergencia. Ver tabla No. 12

TABLA No.12

INDICADORES HOSPITALARIOS DE LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR

2010

Servicios Finales	Unidad de Producción	Volumen de Producción	Indice de ocupación	Estancia Promedio	Indice de rotación	Intervalo de substitución	Dotación de camas
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Egresos	5.032	70%	1,8	144	0,75	35,0
	D.C.O	8999					
NEONATOLOGIA	Egresos	1.753	35%	2,4	53	4	33,0
	D.C.O	4.273					
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS	Egresos	143	54%	8,2	24	7	6,0
	D.C.O	1.172					
CARDIOTORACICA	Egresos	94	18%	2,8	24	13	4,0
	D.C.O	267					
Promedio	**Egresos**	**7.022**	**51,7%**	**2,1**	**90,0**	**2,0**	**78,0**
	D.C.O.	**14.711**					

Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

En el 2011, Neonatología presenta 20 cunas desde el mes de enero hasta septiembre (Ver gráfico No. 32), por imposibilidad de incrementar la masa salarial e incorporar enfermeras de cuidado directo, que cubran según la Norma establecida por el MSP (2 cunas por enfermera), mientras que Gineco-obstetricia incrementa a 35 camas por decisión gerencial, frente al incremento de la demanda.

Por tanto el 29% (1121 RN) de 3802 egresos de Gineco-obstetricia, requieren alojamiento en el Servicio de Neonatología, de acuerdo al registro realizado hasta el mes de septiembre, caso contrario si se satura las cunas del servicio, se restringe los ingresos en Emergencia. Ver tabla No.13

TABLA No. 13

INDICADORES HOSPITALARIOS DE LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR

2011

Servicios Finales	Unidad de Producción	Volumen de	Indice de ocupación	Estancia Promedio	Indice de rotación	Intervalo de substitución	Dotación de camas
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Egresos	3802	71%	1,8	109	0,74	35,0
	D.C.O	6811					
NEONATOLOGIA	Egresos	1121	60%	3,0	56	2	20,0
	D.C.O	3312					
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS	Egresos	143	70%	8,1	24	3	6,0
	D.C.O	1163					
CARDIOTORACICA	Egresos	65	10%	1,7	16	15	4,0
	D.C.O	108					
Promedio	Egresos	5.131	63,7%	2,2	78,9	1,3	65,0
	D.C.O.	11.394					

Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

4.1.1 REPLANTEAR LAS MEDIDAS ADOPTADAS DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS DE LA DEMANDA DE USUARIOS

Con el propósito de atender la demanda insatisfecha en el servicio de Emergencia, que repercute en Neonatología, se han tomado decisiones gerenciales que han favorecido la atención, es decir facilitando los ingresos a hospitalización (sala de partos, quirófano y hospitalización obstetricia), a fin de satisfacer los requerimientos de la demanda insatisfecha, permitiendo mayores ingresos de pacientes en Neonatología.

Sin embargo es necesario decisiones de tipo técnico-político que vayan acompañadas de recursos financieros para:

- Incrementar el equipamiento (cunas)
- Incremento de la masa salarial para la contratación de 26 enfermeras que realicen el cuidado directo de 33 cunas en Neonatología

De contar con esta decisión se plantea tres escenarios que permitirían mejorar el uso de cama, mejorar los ingresos de pacientes y ocupar la capacidad física instalada física y tecnológica, facilitando la atención de los requerimientos y necesidades de la demanda que al momento supera la oferta:

En el escenario Optimo, se plantea mantener 33 cunas en Neonatología con un promedio de estada de tres (3) días, lo cual produciría, 4015 egresos, con un IO de 100%, índice de rotación de 122 paciente (RN) por cuna y cero días de intervalo de sustitución (tiempo que se demora en preparar la cuna, que corresponde a minutos) Ver tabla No.14

TABLA No.14

ESCENARIO ÓPTIMO E INDICADORES HOSPITALARIOS DE LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR

Servicios Finales	Unidad de Producción	Volumen de Producción	Indice de ocupación	Estancia Promedio	Indice de rotación	Intervalo de substitución	Dotación de camas
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Egresos	7.097	100%	1,8	203		35
	D.C.O	12775					
NEONATOLOGIA	Egresos	4.015	100%	3,0	122		33
	D.C.O	12.045					
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS	Egresos	273	100%	8,0	46		6
	D.C.O	2.190					
CARDIOTORACICA	Egresos	730	100%	2,0	183		4
	D.C.O	1.460					
Promedio	**Egresos**	**12.115**	**100%**	**2,3**	**155**		**78**
	D.C.O.	**28.470**					

Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

En el escenario medio, se plantea mantener 33 cunas en Neonatología con un promedio de estada de tres (3) días, lo cual produciría, 3614 egresos, con un IO de 91%, índice de rotación de 110 pacientes (RN) por cuna y 0 días de intervalo de sustitución (tiempo que se demora en preparar la cuna). Ver tabla No.15

TABLA No.15

ESCENARIO MEDIO E INDICADORES HOSPITALARIOS DE LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR

Servicios Finales	Unidad de Producción	Volumen de Producción	Indice de ocupación	Estancia Promedio	Indice de rotación	Intervalo de substitución	Dotación de camas
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Egresos	6.387	100%	2,0	182		35,0
	D.C.O	12775					
NEONATOLOGIA	Egresos	3.614	91%	3,0	110	0	33,0
	D.C.O	10.941					
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS	Egresos	232	64%	6,0	39	3	6,0
	D.C.O	1.392					
CARDIOTORACICA	Egresos	511	70%	2,0	128	1	4,0
	D.C.O	1.022					
Promedio	**Egresos**	**10.744**	**91,8%**	**2,4**	**137,7**	**0,2**	**78,0**
	D.C.O.	**26.130**					

Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

En el escenario mínimo, se plantea mantener 23 cunas en Neonatología con un promedio de estada de tres (3) días, lo cual produciría, 2798 egresos, con un IO de 100%, índice de rotación de 122 pacientes (RN) por cuna y 0 días de intervalo de sustitución (tiempo que se demora en preparar la cuna). Ver tabla No. 16

TABLA No.16

ESCENARIO MINIMO E INDICADORES HOSPITALARIOS DE LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR

Servicios Finales	Unidad de Producción	Volumen de Producción	Indice de ocupación	Estancia Promedio	Indice de rotación	Intervalo de substitución	Dotación de camas
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Egresos	5.677	89%	2,0	162	0,25	35,0
	D.C.O	11355					
NEONATOLOGIA	Egresos	2.798	100%	3,0	122		23,0
	D.C.O	8.395					
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS	Egresos	191	52%	6,0	32	5	6,0
	D.C.O	1.146					
CARDIOTORACICA	Egresos	365	50%	2,0	91	2	4,0
	D.C.O	730					
Promedio	Egresos	9.031	87,1%	2,4	132,8	0,4	68,0
	D.C.O.	21.626					

Fuente: UMSS Elaboración: GRSS

4.2 PRESUPUESTO DE LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCION

4.2.1 ESTABLECER UN MODELO DE GESTIÓN EFICIENTE DE RECURSOS

Incremento de enfermeras en Neonatología según norma, a fin de optimizar la capacidad resolutiva y tecnológica, la distribución de **Enfermeras** de acuerdo a la American Academy Of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists Inpatient Perinatal Care Services, la ***asignación de personal de enfermeras*** debe ser según Tabla No. 17, en el área de Neonatología, una enfermera por dos a tres pacientes (RN), dependiendo de la gravedad.

TABLA No.17

DISTRIBUCION DE ENFERMERAS POR PACIENTES (RN)

TIPO DE SALA	NUMERO DE ENEFERMERAS/OS
RN normales (Alojamiento conjunto)	1 POR CADA 6 A 8 RN
Cuidado continuo de niños sanos con bajo peso	1 POR CADA 3 A 4 RN
Cuidados intensivos intermedios (Neonatología)	1 POR CADA 2 A 3 RN
UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales)	1 POR CADA 1 A 2 RN
American Academy Of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists Inpatient perinatal care services. In Gilstrap LC, Oh W, editors: **Guidelines for perinatal care,** ed Elk Grove Village, III, 2002 American Academy of Pediatrics, pp 17-55.	

Fuente: Guidelines for perinatal care, ed Elk Grove Village, III, 2002 American Academy of Pediatrics, pp 17-55.
Elaboración: GRSS

En los servicios de atención de salud que permanecen abiertos todas las horas del días y los 365 días del año, se debe preveer personal para dar **cobertura mínima**, es decir que debe permanecer el personal de enfermería en el lugar de trabajo, esté o no presente el paciente (sala de internación).

Se debe establecer cuantos días trabaja al año, restando de los 365 días del año, los que no trabaja, sumando los días de descanso por francos, los días de licencia anual, los feriados, días no laborables y el ausentismo imprevisto.

A continuación se detalla el requerimiento de enfermeras en Neonatología en los escenarios óptimo y mediano, considerando que al momento ya existen 10 enfermeras asignadas, lo faltante serían 23 enfermeras, cuyo monto anual equivale a $ 758.747 USD. Ver tabla No. 18

TABLA No.18

REQUERIMIENTO DE ENFERMERAS Y COSTO EN ESCENARIO ÓPTIMO Y MEDIO DE NEONATOLOGIA DE LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR

PROFESIONAL	NUMERO	GRUPO OCUPACIONAL	GRADO	RMU	PRESUPUESTO MENSUAL	DECIMO 14	RMU 13	PRESUPUESTO ANUAL
ENFERMERAS	23	SERVIDOR PUBLICO 3	9	935	$ 21.505,00	$ 264,00	$ 935,00	$ 758.747,00

El requerimiento de enfermeras en Neonatología en el escenario mínimo, considerando que al momento ya existen 10 enfermeras asignadas, lo faltante serían 14 enfermeras, cuyo monto anual equivale a $ 344.036 USD. Ver tabla No. 19

TABLA No.19

REQUERIMIENTO DE ENFERMERAS Y COSTO EN ESCENARIO MINIMO DE NEONATOLOGIA DE LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR

PROFESIONAL	NUMERO	GRUPO OCUPACIONAL	GRADO	RMU	PRESUPUESTO MENSUAL	DECIMO 14	RMU 13	PRESUPUESTO ANUAL
ENFERMERAS	14	SERVIDOR PUBLICO 3	9	935	$ 13.090,00	$ 264,00	$ 935,00	$ 344.036,00

Vincular la toma de decisiones en base a los indicadores, el incremento de la oferta de servicios de hospitalización mediante la utilización de la capacidad resolutiva fisca, tecnológica, cama y/o cuna, es susceptible de monitorearse y retroalimentarse mediante los indicadores hospitalarios, que nos señalan el grado de optimización del recurso cama, y a la vez el grado de gestión en términos de eficacia y eficiencia de este recurso nuclear en hospitalización

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Se aprecia en el 2010 un incremento importante de la demanda, secundario a la gratuidad, en los servicios de consulta externa (81510), laboratorio y especiales (52543), emergencias (29289), no así la hospitalización.
- El Índice de cesáreas en el 2010, disminuye a 31%, de 36% observado en el 2009.
- Los egresos hospitalarios en el 2010 disminuyen a pesar de la gratuidad a 5032, mientras que en el 2009 fueron de 5923.
- La curva de egresos en cuidados intensivos neonatales en el 2010 es menor que el 2009, en la mayor parte del año.
- Los egresos en Neonatología en el 2010, el incremento con relación al 2009, es de 249, debido a que el promedio de día cama baja a 2,4 (2,9 en 2009), a pesar de que se maneja con 20 cunas hábiles (disponibles), desde el mes de abril.
- El índice ocupacional es mayor en el 2010 (50%), comparado con el año 2009 (37%)
- La decisión gerencial de incrementar el uso de las 11 camas (de 24 a 35) que no estaban disponibles, y que tampoco se registró, facilitó en incremento de los egresos en Gineco-obstetricia en el 2011.
- El costo diario de UCI Neonatal es el más elevado $ es de: UCI Neonatal $ 275 USD/ día, Neonatología $ 148 USD/ día, Gineco-obstetricia $ 88 USD/día, UCI de Cirugía cardiotorácica $ 17 USD/ día, según gráfico No. 38
- El costo promedio por egreso en la hospitalización, revela: UCI Neonatal $ 2410 USD/ egreso, Neonatología $ 519 USD/egreso, Gineco-obstetricia $ 240 USD/egreso, UCI de Cirugía cardiotorácica $ 49 USD/egreso.
- Los indicadores de uso de cama del año 2010 es un referente, para buscar la eficacia y la eficiencia institucional en la optimización, redistribución y asignación de recursos en la UMSS

5.2 RECOMENDACIONES

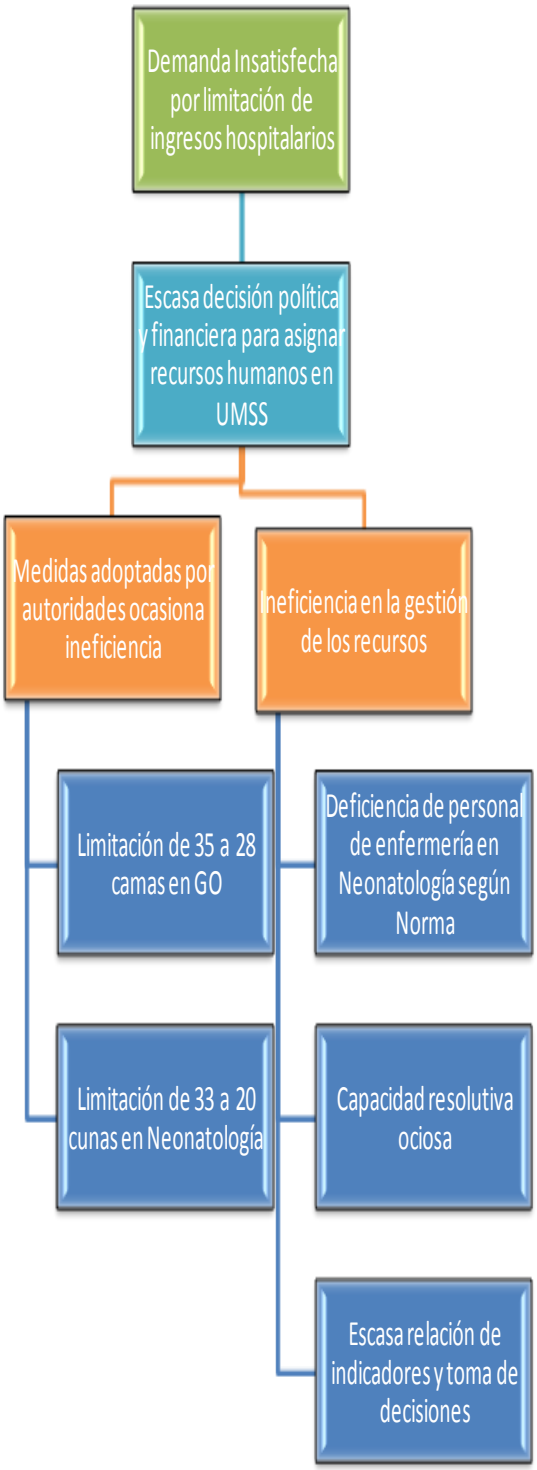
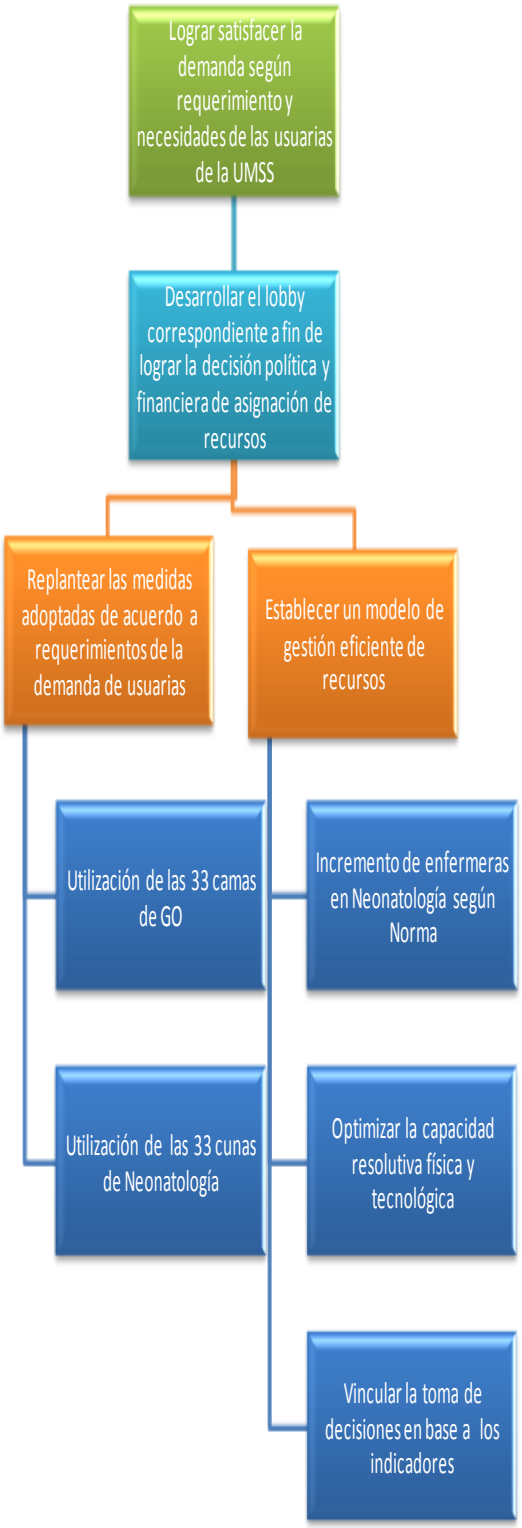
- Es de interés de los beneficiarios y de la entidad prestadora de servicios (UMSS), satisfacer los requerimientos y necesidades de la demanda no satisfecha (no existen camas disponibles al llegar a emergencia), para el efecto se plantea el escenario óptimo o medio.
- Es necesario socializar la propuesta y realizar el lobby correspondiente ante el Sr Alcalde y administrador General, a fin de conseguir los recursos financieros que permitan cubrir el incremento de enfermeras de cuidado directo requeridas.
- Desarrollar el concurso respectivo de enfermeras con jornada de 8HD y remuneración de ocho horas laborables, aplicando la Resolución 033, del 2de febrero del 2011, a fin de que se pueda lograr el personal requerido.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Chacón, H. (2005). *Indicadores de gestión para toma de decisiones. Módulo I, Indicadores de producción, rendimiento, Recurso y costos.* Washington DC.: OPS/OMS.
2. DMS. (2007). *Servicios de Salud Individual.* Quito: MDMQ.
3. ISALUD, M. (2002-2003). *Diplomado superior en gerencia de hospitales. Módulo II, Organización.* Quito-Ecuador: MSP.
4. Lucio, N. V. (2009). *Modulo I : Introductorio al Programa/Diplomado.* Quito: Salud de Altura - UTPL.
5. MDMQ. (2002). Patronato San José Sur,Centro y Norte. *Revista Unidades Municipales de Salud*.
6. MSP. (2005). *Tipología de los Servicios de Salud Pública y Sector Privado. Guia Metodológica para el proceso de licenciamiento de las Unidades Operativas de Salud.* Quito: MSP.
7. Ruth, L. (2009). *Modulo Costos en Salud.* Quito: Salud de Altura- UTPL.
8. Subprocurador, M. (5-05-2010). *Oficios 0580 y 0740.* Quito: MDMQ.
9. Yépez, H. (2009). *Diplomado en Gerencia y Calidad en Salud. Módulo: Gerencia en Salud.* Quito: Salud de Altura-UTPL.

7. ANEXOS

ANEXO No. 1: ÁRBOL DE PROBLEMAS



Anexo No. 2: ÁRBOL DE OBJETIVOS