



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Propuesta de un modelo de gestión institucional para la
mejora de la calidad de atención en la unidad
productora de servicios de emergencia de adultos,
Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, 2013 -
2014**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Medicina

AUTOR

Rosa Bertha GUTIERREZ PALOMINO

ASESOR

Juan Pedro MATZUMURA KASANO

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Gutierrez R. Propuesta de un modelo de gestión institucional para la mejora de la calidad de atención en la unidad productora de servicios de emergencia de adultos, Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, 2013 - 2014. [Tesis de doctorado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
 (Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSGRADO



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

310
Pas I (2017)

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR ✓

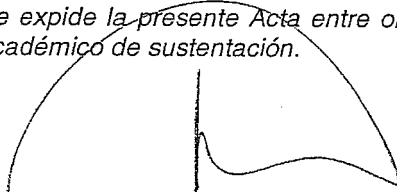
En la ciudad de Lima, a los veintisiete días del mes de enero del año dos mil diecisiete, siendo las 10:30 am., ante el Jurado de Sustentación, bajo la Presidencia del **DR. PEDRO JESÚS MENDOZA ARANA** y los miembros del mismo, los Doctores:

DR. PEDRO JESUS MENDOZA ARANA	PRESIDENTE
DR. PAUL RUBÉN ALFARO FERNÁNDEZ	MIEMBRO
DR. FELIO PALOMINO PAZ	MIEMBRO
DR. JUAN DENEGRI ARCE	MIEMBRO
DR. JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO	ASESOR

La postulante al Grado de Doctor en Medicina, doña **ROSA BERTHA GUTIÉRREZ PALOMINO**, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su Tesis titulada "**PROPUESTA DE UN MODELO DE GESTIÓN INSTITUCIONAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE EMERGENCIA DE ADULTOS, HOSPITAL NACIONAL SERGIO ENRIQUE BERNALES, 2013-2014**".

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, después de la cual obtuvo la calificación de **B MUY BUENO 17**, a continuación el Presidente del Jurado recomienda que la Facultad de Medicina le otorgue a la Magister **ROSA BERTHA GUTIÉRREZ PALOMINO**, el Grado Académico de **Doctor en Medicina**.

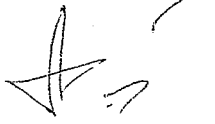
Se expide la presente Acta entre originales y siendo las 11:30 horas se da por concluido el acto académico de sustentación.


DR. PEDRO JESUS MENDOZA-ARANA
 Presidente


DR. PAUL RUBÉN ALFARO FERNÁNDEZ
 Miembro


DR. FELIO PALOMINO PAZ
 Miembro


DR. JUAN DENEGRI ARCE
 Miembro


DR. JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO
 Asesor

**PROPUESTA DE UN MODELO DE GESTIÓN INSTITUCIONAL PARA LA
MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD PRODUCTORA
DE SERVICIOS DE EMERGENCIA DE ADULTOS, HOSPITAL NACIONAL
SERGIO ENRIQUE BERNALES, 2013-2014**

DEDICATORIA

A mi familia.

A mi señora madre Julia Palomino Ruiz
que siempre está presente en mis oraciones

A mi señor padre Alcides Gutiérrez y
a mis queridos hermanos por su permanente apoyo:

Edith Gutiérrez Palomino

Percy Alcides Gutiérrez Palomino

Jeinz Simón Gutiérrez Palomino

A mi hijo Alejandro Vega Gutiérrez,
razón más importante de todos mis logros,
toda mi gratitud por entenderme,
todo mi amor por apoyarme y todo el reconocimiento
por los desvelos en los que me acompañó
para coronar este esfuerzo.
Doy todas las gracias a nuestro Dios por tí!

AGRADECIMIENTO

A mi distinguido asesor de tesis: estimado
Dr. JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO
LIC. DALILA HUAMANI ANAYHUAMAN
SRA. VILMA CABEZAS ARROYO (UNMSM)

ÍNDICE

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Índice General	iii
Índice de Cuadros	v
Índice de Figuras	ix
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xiii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Situación Problemática.....	1
1.2 Formulación del Problema.....	5
1.3 Justificación teórica de la investigación.....	5
1.4 Objetivos de la investigación.....	7
1.4.1 Objetivo General.....	7
1.4.2 Objetivos Específicos.....	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes.....	8
2.1.1 Organización Mundial de la Salud OMS	8
2.1.1.1 Historia de la OMS	9
2.1.1.2 Prioridades, funciones y objetivos	10
2.1.2 Los Sistemas de Salud	11
2.1.3 Sistemas de Atención de Salud	13
2.1.3.1 Régimen de demanda y oferta ,.....	14
2.1.3.2 Naturaleza de los bienes: público y privado (Gómez, 2005)	14
2.1.3.3 Financiamiento	15
2.1.3.4 Organización y Estructura	16
2.1.3.5 Componentes y funciones de los sistemas de salud	16
2.1.4 Sistemas de Salud en América Latina	21
2.1.4.1 El Modelo Público Unificado	25
2.1.4.2 El Modelo Privado Atomizado	25
2.1.4.3 El Modelo de Contrato Público	26
2.1.4.4 El Modelo Segmentado	27
2.1.4.5 Pluralismo estructurado: un nuevo modelo	29
2.1.5 El Sistema de Salud peruano	31
2.1.5.1 Antecedentes	31
2.1.5.2 Situación actual.....	40
2.1.5.3 Aseguramiento Universal en Salud	50
2.1.6 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS).....	61
2.1.6.1 Contexto de la Gestión Hospitalaria en Perú.....	61
2.1.6.2 Dimensión de la Oferta Hospitalaria	72
2.1.6.3 Demanda Hospitalaria	81
2.1.6.4 Situación hospitales del Ministerio de Salud.....	87
2.1.7 Hospital Sergio E. Bernales	91
2.1.7.1 Antecedentes.....	91
2.1.7.2 Reseña histórica	92

2.1.7.3 Organización estructural.....	96
2.2 Marco Conceptual.....	121
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	134
3.1 Tipo y diseño de estudio	134
3.2 Unidad de Análisis.....	135
3.3 Población de estudio	135
3.4 Tamaño de muestra	136
3.5 Técnica de recolección de datos.....	136
3.6 Hipótesis y variables.....	138
3.6.1 Hipótesis General.....	139
3.6.2 Hipótesis Nula.....	139
3.6.3 Hipótesis Alternativa	139
3.7 Identificación de Variables.....	139
3.8 Operacionalización de Variables.....	140
3.9 Matriz de Consistencia.....	141
CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	142
4.1 Diagnóstico interno de sistema de gestión actual.	142
4.1.1 Evaluación de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Emergencia.....	142
4.1.2 Monitoreo de gestión hospitalaria. Supervisión DGSP.....	146
4.1.3 Encuesta clima organizacional HSEB.....	158
4.1.4 Análisis competitivo.....	168
4.2 Diagnóstico Externo.....	183
4.2.1 Políticas de Estado de fortalecimiento del sistema de salud.....	183
4.2.2 Problemas del Sistema Nacional de Salud.....	186
4.2.3 Aspecto social.....	191
4.2.4 Aspecto económico.....	192
4.2.5 Tecnología y sistematización de procesos.....	198
4.2.6 Estimación de la demanda potencial a nivel país.....	201
4.2.7 Análisis de la demanda HSEB	207
CAPÍTULO 5: IMPACTO.....	225
5.1 Propuesta De Un Modelo De Gestión Institucional para la Mejora de la Calidad De Atención en la UPSS Emergencia.....	225
5.2 Medición Satisfacción del Usuario Externo.....	227
CONCLUSIONES.....	241
RECOMENDACIONES.....	242
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	243
ANEXOS.....	248

ÍNDICE DE CUADROS

N°		Pag
1	Retos para los Sistemas de Salud en América Latina.....	12
2	Tipología Actual del Modelo Segmentado	24
3	Diseño Actual del Modelo Segmentado.....	28
4	Diseño Propuesto de Pluralismo Estructurado.....	30
5	Establecimientos de Salud del sector por Institución. Perú Nov 2005...	31
6	Servicios de Salud en el Perú.....	32
7	Tasa de Afiliación a Seguro por Años	33
8	¿Dónde acudió para consultar por esta enfermedad, síntoma o malestar y/o accidente a nivel nacional?	35
9	Funciones en Salud Transferidas a Nivel Regional.....	48
10	Problemas Sanitarios Nacionales Identificados	49
11	Problemas del Sistema de Salud Identificados	50
12	Indicadores Demográficos Según Quinquenios. Perú, 1950-2005.....	65
13	Clasificación de la Transición Demográfica. Perú 2005.....	66
14	Hospitales MINSA 2005: Concentración Consulta Externa.....	83
15	Hospitales MINSA 2005. Permanencia (Días).....	85
16	Establecimientos de Salud Encuestados.....	88
17	Atendidos en Consulta Externa por Distritos de Procedencia Hospital Nacional Sergio Bernales, 2013.....	95
18	Capacidad hospitalaria.....	97
19	Crecimiento de la Atenciones en Emergencia.....	98
20	Indicadores del Departamento de Emergencia por Años.....	100
21	Morbilidad Consulta Externa. Hospital Sergio E. Bernales. Año 2013	101
22	Morbilidad en Hospitalización. Hospital Sergio E. Bernales. Año 2013	102
23	Morbilidad en Emergencia. Hospital Sergio E. Bernales. Año 2013	102
24	Mortalidad en Hospitalización. Hospital Sergio E. Bernales. Año 2013	103
25	Atenciones de la Consulta Médica Año 2013. Hospital Sergio E. Bernales.....	103
26	Egresos Hospitalización SIS-SOAT-Demanda-EsSalud 2013 Hospital Sergio E. Bernales.....	104

27	Cuadro Comparativo en Consulta Externa Departamento de Medicina Año 2009- 2013.....	105
28	Egresos Hospitalización Medicina 2009-2013.....	106
29	Atenciones de la Consulta Pediatría 2009- 2013.....	106
30	Atenciones De Gineco-Obstetricia 2009-2013.....	107
31	Egresos Gineco-Obstetricia 2009-2013.....	108
32	Número de Consultas por Especialidad.....	109
33	Egresos de Cirugía 2009-2012.....	110
34	Número de Consultas de Medicina de Rehabilitación 2009-2012.....	110
35	Intervenciones Quirúrgicas 2009-2013 Hospital Sergio E. Bernales.....	111
36	Exámenes Radiográficos Departamento De Diagnóstico por Imágenes 2009-2013.....	112
37	Exámenes de Ultrasonido HSEB 2009-2013.....	113
38	Exámenes De Patología Clínica y Anatomía Patológica HSEB 2009-2013	114
39	Recetas Dispensadas HSEB 2009-2013.....	115
40	Exámenes y Procedimientos Apoyo Al Diagnostico 2013. Hospital Sergio E. Bernales.....	116
41	Actividades de Salud Bucal realizadas 2011-2013 HSEB.....	117
42	Presupuesto Institucional Por Fuente De Financiamiento HNSEB 2013...	120
43	Mediciones realizadas durante la intervención en el servicio de emergencia del Hospital Sergio Bernales	144
44	Consolidado evaluación técnica supervisión nacional Hospitales alta complejidad Lima. Año 2013.....	146
45	Monitoreo de gestión hospitalaria. Supervisión DGSP.....	148
46	Calificaciones por dimensión.....	161
47	Evaluación Clima Organizacional. HNSEB.....	167
48	Evaluación de las condiciones para el acceso físico a los servicios de emergencia.....	176
49	Las prácticas de atención en los servicios de emergencia.....	177
50	Recursos humanos en los servicios de emergencia.....	179
51	Equipamiento e infraestructura básica en los servicios de emergencia.....	180
52	Funcionamiento de los servicios de apoyo para los servicios de emergencia.....	181
53	Coordinación y transporte para traslado de las personas en los servicios de emergencia.....	182

54	Funciones en salud transferidas al nivel regional.....	189
55	Evolución de la economía peruana 2005 – 2011.....	193
56	Inversión Extranjera Directa (IED) en principales países (Millones US\$).....	194
57	Stock IED por sector de destino (Millones US\$).....	196
58	Los indicadores del gasto en salud al año 2005. Incentivos Esperados y Mecanismo de Pago.....	199
59	Políticas Nacionales que incrementan la demanda de necesidades para el sector salud.....	202
60	Problemas Sanitarios Nacionales Identificados (Según Plan Nacional Concertado y Descentralizado para el Desarrollo de Capacidades en Salud 2010-2014).....	203
61	Problemas del Sistema de Salud Identificados (Según Plan Nacional Concertado y Descentralizado para el Desarrollo de Capacidades en Salud 2010-2014).....	204
62	Porcentaje de brecha de los lineamientos de políticas de salud 2007 – 2020.....	205
63	Caracterización del estado de lineamientos.....	206
64	Población según Ámbito de Influencia.....	208
65	Distribución de Población Nacional.....	209
66	Estimación demanda potencial.....	210
67	Mediciones de asistencia a los servicios de salud ENAHO 2010-2011- INEI.....	211
68	Población demandante efectiva MINSA, II nivel y III nivel de atención según zona de influencia.....	212
69	Proyecciones de demanda efectiva de atenciones en Emergencia... ..	214
70	Índice de concentración y el porcentaje de las atenciones.....	215
71	Demanda efectiva atenciones Emergencia.....	215
72	Balance Oferta- Demanda HNSEB	217
73	Causas priorizadas de insatisfacción en Consulta Externa.....	220
74	Medición Tiempos de Espera en Hospitalización y Cirugía.....	222
75	Causa priorizadas de insatisfacción en Consulta Externa HNSEB.....	229
76	Causas priorizadas de insatisfacción en Emergencias HNSEB.....	234
77	Causas priorizadas de insatisfacción hospitalización HSEB.....	236
78	Comparativo Medición Satisfacción Consulta Externa.....	238

79	Comparativo Medición Satisfacción Emergencia.....	239
80	Comparativo Medición Satisfacción Hospitalización.....	240

ÍNDICE DE FIGURAS

N°		Pag
1	Componentes de los Sistemas de Salud.....	18
2	Evolución Histórica de la Salud en el Perú.....	41
3	Distribución de la Población por Nivel Socioeconómico	41
4	Sistema de Salud en el Perú.....	43
5	Ley de Modernización de la Seguridad Social.....	44
6	Enfoque gradual para la Universalización por tipo de seguro	51
7	Enfoque gradual para la Universalización por tipo de seguro	52
8	Universalización de la Salud.....	55
9	Entendiendo el Aseguramiento.....	57
10	Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.....	58
11	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).	59
12	Población Total y Tasa de Crecimiento Anual 1940-2007.....	62
13	Perú Evolución de la Densidad Poblacional Según Censo. 1940-2007	62
14	Perú. Evolución de la Distribución de la Población Censada por Región Natural. 1940-2007	63
15	Perú; Pirámide de Población Censada, 1993 y 2007 (Porcentaje).....	64
16	Producto Bruto Interno Trimestral 2003-I al 2008-II.....	67
17	Tasa bruta de mortalidad.....	68
18	Tasa De Mortalidad Infantil Estimada (Por Mil Nacidos Vivos) Por Quinquenio, Perú 1950-2050.....	69
19	Distribución Porcentual de Avisa según Grupos Etáreos y Grupo de Categorías, Año 2004.....	70
20	Tasa de Avisa Por Grupo se Categoría Según Sexo, Año 2004.....	71
21	AVISA por Categoría.....	72
22	Establecimientos de Salud del Sector por Institución. Año 2005.....	73
23	Hospitales del Sector por Institución. Año 2005.....	74
24	Porcentaje de Hospitales MINSa por Regiones.....	75
25	Porcentaje de hospitales MINSa por tipo de población.....	76
26	Oferta de Camas Hospitalarias.....	76
27	Número de establecimientos de salud categorizados del MINSa....	78

28	Establecimientos de Salud de III Nivel de Atención.....	79
29	Establecimientos de Salud MINSA de II y III Nivel de Atención por Categorías.....	79
30	Demanda Hospitalaria.....	81
31	Hospitales MINSA 2005. Concentración.....	84
32	Variación porcentual de las atenciones en emergencia de hospitales MINSA, según departamentos.....	86
33	Escala Final de Evaluación.....	90
34	Evaluación Final de la Gestión Hospitalaria.....	91
35	Organización estructural.....	96
36	Atenciones en emergencia HNSEB. Enero 2012 a Junio 2013.....	99
37	Componente informático.....	121
38	Elementos de la Gestión por Procesos y su relación con la calidad asistencial.....	122
39	Componentes del Sistema de Gestión Integral de procesos asistenciales.....	123
40	Promedio de Variables.....	160
41	Priorización por dimensiones.....	164
42	Priorización por dimensiones – CO-HNSEB 2013.....	168
43	Departamentos por similar rango de pobreza total.....	191
44	Indicadores del gasto en salud gratificados.....	197
45	Indicadores del gasto en salud al año 2005.....	199
46	Implementación de Modelo de Gestión para la mejora de la calidad de atención.....	225
47	Pasos para el Diagnóstico del Sistema de Gestión Actual.....	226
48	Pasos para el Diagnóstico de la Propuesta de Mejora de Procesos..	226
49	Pasos para la Formulación del Sistema de Gestión Integral de Procesos.....	227
50	Evaluación de la Satisfacción Externa.....	229
51	Tipo de Usuario Encuestado.....	230
52	Nivel de Estudio de Encuestados.....	231
53	Tipo de Seguro por el cual se atienden entre los encuestados...	232
54	Evaluación de Satisfacción de los Usuarios Externos Emergencia..	233
55	Evaluación de Satisfacción de los Usuarios Externos Hospitalización	236

RESUMEN

Hasta el año 2008 el Perú presentaba una cobertura de servicios de salud en la cual el 25% correspondía a la seguridad social para trabajadores formales representada por EsSalud, el 30% representado por el Seguro Integral de Salud orientado a la población pobre y vulnerable y solamente un 5% de población cubierta por sistemas de salud privados, preferencialmente tipo seguros pre-pagados. El déficit de cobertura planteado alcanzaba el 36% de la población total, cifra que se mantiene actualmente, principalmente población sin capacidad de pago y trabajadores informales ubicados en zonas de provincia y sectores deprimidos.

Con este panorama y acorde a la tendencia regional de transformaciones en el sector, iniciada por Chile y Colombia, el Perú decide dar el paso hacia la Cobertura Universal en Salud y promueve una reforma que se materializa con la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en abril de 2009. El Aseguramiento Universal en Salud es un proceso orientado a lograr que toda la población disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) (MINSa, 2010).

La presente tesis, cuya justificación se basa en la necesidad de mejorar la calidad de atención, optimizando la gestión del Hospital Nacional Sergio Bernales, específicamente en la unidad de emergencia, para adecuar su funcionamiento a los requerimientos de la población. El objetivo general es proponer un modelo de gestión institucional para mejorar la calidad de atención en la Unidad Productora de Servicios de Emergencia del Hospital Sergio E. Bernales. Los objetivos específicos incluyen (a) Identificar

mediante el análisis situacional de la UPSS Emergencias del Hospital Sergio E. Bernales, las bases sobre las cuales se implementará el modelo de gestión propuesto. (b) Evaluar integralmente la gestión de la institución objeto de estudio en el año 2013. (c) Proponer a la Alta Gerencia de la institución la implementación de un nuevo modelo de gestión orientado al mejoramiento de la calidad de atención en salud para la Unidad Productora de Servicios de Emergencia del Hospital Sergio E. Bernales.

Se trata de un estudio prospectivo sobre la gestión de la unidad de servicios ya mencionada, longitudinal en el desarrollo temporal a partir de una situación de base en el año 2013 y analítico desde el punto de vista estadístico y epidemiológico, a través de la intervención de la gestión institucional en el año 2014. La población de estudio la constituye todos los usuarios externos e internos de la UPSS Emergencia, personal médico y asistencial, del servicio de emergencia del HNSEB, durante el periodo de 2013.

El planteamiento es que, con base en la situación encontrada, la propuesta de implementación de un Modelo de Gestión Institucional mejorará la calidad de atención en la Unidad Productora de Servicios de Emergencia del HSEB. Esta propuesta se basa en tres pilares principales: En primer lugar el Diagnóstico del Sistema de Gestión Actual que incluye un diagnóstico interno, un diagnóstico externo y un análisis competitivo desde la perspectiva estratégica. La segunda etapa es el Desarrollo de la Propuesta Mejora de Procesos, en la cual se identifican los procesos críticos, los cuellos de botella y causas de restricción de dichos procesos, se identifican las oportunidades de mejora y finalmente se formulan los Procesos Mejorados. La tercera y última etapa es la Formulación del Sistema de Gestión Integral de Procesos, que se sustenta en la formulación de la matriz estratégica FODA para lograr como producto final un Tablero de Gestión de Mando.

ABSTRACT

Until 2008, Peru had a coverage of health services in which 25% corresponded to social security for formal workers represented by EsSalud, 30% represented by the Comprehensive Health Insurance aimed at the poor and vulnerable and only 5% of population covered by private health systems, preferentially pre-paid insurance type. The proposed coverage deficit reached 36% of the total population, a figure that mainly population currently has no ability to pay and informal workers located in provincial areas and depressed areas.

With this background and according to the regional trend of changes in the sector, initiated by Chile, Colombia, Peru decides to take the step toward universal health coverage and promotes a reform that materializes with Law 29344, Framework Law Assurance universal health in April 2009. The universal Health Insurance is aimed at making available all the population health insurance that allows access to a set of preventive health services, promotional and rehabilitative character recuperative process under appropriate conditions of efficiency, equity, timeliness, quality and dignity, based on the Essential Health Insurance Plan (PEAS), (MOH, 2010).

This thesis is justified on the need to improve the quality of care, optimizing of the management of Sergio Bernales National Hospital, specifically in the emergency unit, to adapt its operation to the needs of the population. The overall aim is to propose a model of institutional management for improving the quality of care in the Studio Emergency Services Unit of the Hospital Sergio E. Bernales. Specific objectives include (a) Identify the situational analysis by Studio Health Services Unit selected, the basis on which the

proposed management model; (b) fully assess the management of the institution under study in 2013 and (c) implement propose to senior management of the institution to implement a new management model .

The present investigation is a retrospective and descriptive study about the management of the aforementioned services unit; longitudinal and analytical study. The study population is all internal and external users of the UPSS emergency medical and nursing staff, emergency service HNSEB.

Based on the situation encountered, the proposed implementation of an institutional management model will improve the quality of care in Unit Emergency Services. This proposal is based on three main pillars: First Diagnosis Current Management System that includes an internal diagnosis, external diagnosis and a competitive analysis from a strategic perspective. The second stage is the Proposal Development Process Improvement, where critical processes are identified bottlenecks and causes restriction of these processes, opportunities for improvement are identified and finally the improved processes are formulated. The third and final stage is the formulation of the Integrated Management System Process, which is based on the formulation of strategic SWOT matrix to achieve as a final product a Board of Management Command.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Situación Problemática

La Organización Mundial de Salud (OMS) considera importante y de carácter determinante el fortalecimiento de los servicios de emergencia sobre todo en países de bajos ingresos por una adecuada gestión institucional optimizando los recursos disponibles y mejorando la organización. Y por lo mismo lograr como resultado importantes beneficios para la salud pública.

“Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales” (Ley N° 29344-Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud). Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

Los Hospitales del MINSA de acuerdo a la norma técnica de categorías, se han diseñado para brindar atención de mediana y alta complejidad. Un hospital se encuentra clasificado según la norma de categorización en II y III

nivel de atención, desde el II-1, hasta el III-1, donde a mayor nivel de atención implica una estructura y proceso de mayor especialización para una respuesta de mayor capacidad resolutoria. En el caso de un Hospital III-1, toma mayor relevancia dado su carácter nacional y de su ubicación estratégica. La categorización de los establecimientos de salud constituye uno de los aspectos importantes de la oferta y demanda de salud de las poblaciones. Cada una de las categorías se desarrolla a través de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS). “Una unidad productiva de salud es la unidad básica de la oferta constituida por el conjunto de recursos humanos, físicos, tecnológicos, organizados para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su complejidad” (R.M. N° 769-2004/MINSA Norma Técnica de Categorización de Establecimientos del Sector Salud). La existencia de las UPSS es uno de los factores más importantes para la determinación de la categoría de los establecimientos de salud.

La Unidad Productora de Servicios de Salud de Emergencia de hospital nivel III constituye el centro de referencia de mayor complejidad nacional y regional. En el sector público no tienen población asignada directa sino población referencial nacional y regional. Los Hospitales de III nivel, Categoría III -1 son responsables de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito referencial ofreciendo atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada a través de sus UPSS médico quirúrgicas de alta complejidad. (R.M. N° 769-2004/MINSA Norma Técnica de Categorización de Establecimientos del Sector Salud).

La población demanda de la UPSS emergencia atención oportuna, eficiente y de calidad, sin embargo esta demanda se frustra por la sobrecarga y saturación de los servicios de emergencias de los hospitales, por insuficientes recursos humanos cualificados; tiempos de espera largos; inadecuada infraestructura física afectan directamente en la calidad asistencial al paciente.

De acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones de Hospitales, aprobado mediante R.M. N°616-2013-SA/DM, el Servicio de Emergencia es la Unidad Orgánica encargada de realizar tratamiento médico quirúrgico de emergencia y cuidados críticos, proporcionando permanentemente la oportuna atención de salud, a todas las personas, cuya vida y/o salud se encuentren en grave riesgo o severamente alterada. De acuerdo a la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”, en los establecimientos de salud del II y III nivel de atención, la Emergencia está considerada como Unidad Productora de Servicios de Salud de Atención Directa, para la atención de urgencias y emergencias.

Se ha identificado como problemas críticos en varios estudios internacionales relacionadas a la UPSS de emergencia: Sobredemanda de prioridades de atención de emergencia de baja complejidad (Tipo III-IV), organización de la atención, distribución de la carga de trabajo del personal, demora en el procesamiento de los servicios de apoyo de diagnóstico y falta de protocolización de la atención. Estos mismos problemas fueron identificados por la Defensoría del Pueblo (Junio 2013) haciendo notar que estos problemas son más evidentes en los hospitales de los gobiernos regionales.

La falta de estudios de medición de satisfacción y de identificación de las causas de demora en los servicios de emergencia, hacen notar también la inobservancia de las Normas Técnicas de los servicios de emergencias esta situación denota la falta de gestión de los establecimientos en realizar acciones que posibiliten identificar de forma más clara los problemas en la demora de atención en los servicios de emergencia

El año 2012 la Defensoría del Pueblo supervisa a los servicios de Emergencia de los Hospitales a cargo del MINSA, realizados en Lima, Lima Norte, Lima Sur, Lima Este y Callao.

Una vez concluida la supervisión, la Defensoría del Pueblo emitió un informe que identifica diferentes deficiencias en los indicadores de estructura y procesos en los servicios de emergencia evaluados, así como establece diversas recomendaciones orientadas a mejorar la calidad de atención en los referidos servicios evaluados. El informe señala que 29 y 24 establecimientos de salud tuvieron, respectivamente, que habilitar mayor número de camas y no contaban de modo suficiente con ambientes para atender la demanda. Del total de establecimientos supervisados 16 reportaron no contar con número suficiente de recursos humanos y de ellos 7 precisaron no contar con especialistas (Informe de la Defensoría del Pueblo, 2012).

Uno de los establecimientos de salud evaluados por la Defensoría del Pueblo es el Hospital Sergio E. Bernales. Clasificado como nivel de atención III, nivel de complejidad III y categoría III – 1 no está exento de los problemas señalados por la Defensoría del Pueblo. El Plan Operativo de UPSS emergencia del Hospital Sergio Bernales (2008) señala como problemas principales que afronta esta unidad productiva tales como: a) Deficiente abastecimiento de medicamentos y control de los mismos; b) Limitada capacidad resolutive por insuficiencia de recursos humano especializado; c) Inadecuada distribución de áreas funcionales; d) Inadecuado sistema de capacitación al personal de emergencias.

“La UPSS Emergencia del Hospital Sergio E. Bernales basado en la Normatividad técnica y lineamientos de los procedimientos de atención de emergencias asume como objetivos: a) brindar prestaciones de salud en los servicios de Emergencia satisfaciendo las necesidades de atención del paciente bajo criterios de calidad y oportunidad; b) Organizar y adecuar la oferta y demanda de los usuarios en situación de emergencia; c) Asegurar un flujo eficiente de los recursos destinados al cuidado del paciente en los servicios de emergencia” 5. Dichos objetivos (NT Emergencia, MINSA) son congruentes con los objetivos funcionales de Emergencia del hospital (Artículo N° 45, Reglamento de Organización y Funciones. 2008).

La calidad de los servicios de emergencia requiere atención especial ya que el servicio ofertado está directamente relacionado con su estado emocional vale decir que el servicio de emergencia deberá ser evaluado cuantitativamente y cualitativamente. Niedz (1998) afirma que el servicio de Emergencia debe apostar por una Gestión del servicio centrada en la calidad.

Existe un interés de la nueva gestión del Hospital y dado el contexto actual de la reforma de la salud y la fortalecimiento de la SUNASA, de modernizar los procesos de gestión institucionales los cuales implica la implementación de un modelo de gestión clínicos alineados a Cuadros de Mando Gerenciales, siendo de prioridad para el Departamento de Emergencia, dada la problemática evidenciada en este servicio.

1.2 Formulación del Problema de Investigación

¿Cómo mejorar la calidad de atención optimizando la gestión de los hospitales de mediana y alta complejidad para adecuar su funcionamiento a las necesidades de la población objeto, en particular en las unidades de emergencia?

1.3 Justificación de la Investigación

Los recursos productivos hospitalarios disponibles, según el Estudio de Oferta de los Servicios de Salud en el Perú y Análisis de Brechas 2003-

2020, tienen bajos niveles de productividad, asociado a bajos niveles de utilización de los mismos, que están haciendo que estos establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención estén operando por debajo de sus niveles potenciales de producción (MINSA, 2012).

Como promedio nacional en los hospitales del MINSA, se encontró un 60,9% de porcentaje de ocupación. Este indicador varía según la categoría del hospital. Así, los hospitales de nivel III-1 ubicados en Lima Metropolitana, tienen un 89,4% de ocupación; los hospitales tipo II-2, un 55,7% de ocupación; y, los de tipo II-1 un 43,1% (MINSA, 2012).

En el año 2013, el comportamiento de la morbilidad de emergencias en la institución de estudio mostró que existe un mayor número de consultantes a los servicios especializados de emergencia, con alta demanda en la especialidad de Medicina (33%), Pediatría(17%) y Gineco-obstetricia (15%), teniendo una variación positiva del 15% en referencia a las atenciones del año 2012, explicado por existir en los distritos de Comas y Carabayllo violencia callejera, accidentes de tránsito, y accidentes de trabajo, los que incrementan las atenciones de Trauma Shock y UCI (Evaluación POA HSEB, 2013).

El presente estudio tiene como propósito contribuir positivamente en la capacidad resolutive de las deficiencias de gestión hospitalaria en la UPSS Emergencia del Hospital Sergio E. Bernales y con esto mejorar la calidad de atención. En este ámbito, se verá beneficiado la población demandante efectiva y el personal del HNSEB.

Los resultados serán importantes y relevantes en tanto contribuyan a las ciencias sociales integrando nuevos concepto que sirvan como información y antecedentes para el uso de futuras investigaciones en el campo de la salud.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

Proponer un modelo de gestión institucional para mejorar la calidad de atención en la Unidad Productora de Servicios de Emergencia del Hospital Sergio E. Bernales.

1.4.2 Objetivos Específicos

- a. Identificar mediante el análisis situacional de la UPSS Emergencias del Hospital Sergio E. Bernales, las bases sobre las cuales se implementará el modelo de gestión propuesto.
- b. Evaluar integralmente la gestión de la institución objeto de estudio en el año 2013.
- c. Proponer a la Alta Gerencia de la institución la implementación de un nuevo modelo de gestión orientado al mejoramiento de la calidad de atención en salud para la Unidad Productora de Servicios de Emergencia del Hospital Sergio E. Bernales.

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Organización Mundial de la Salud OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo internacional del sistema de las Naciones Unidas responsable de la salud. Los expertos de la OMS elaboran directrices y normas sanitarias, y ayudan a los países a abordar las cuestiones de salud pública. La OMS también apoya y promueve las investigaciones sanitarias. Por mediación de la OMS, los gobiernos pueden afrontar conjuntamente los problemas sanitarios mundiales y mejorar el bienestar de las personas (OMS, 2006).

Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales (OMS, 2006).

La OMS está integrada por 192 Estados Miembros y dos Miembros Asociados, que se reúnen cada año en Ginebra en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud con el fin de establecer la política general de la Organización, aprobar su presupuesto y, cada cinco años, nombrar al

Director General. Su labor está respaldada por los 34 miembros del Consejo Ejecutivo, elegido por la Asamblea de la Salud. Seis comités regionales se centran en las cuestiones sanitarias de carácter regional (OMS, 2006).

2.1.1.1 Historia de la OMS. Cuando los diplomáticos se reunieron en San Francisco para constituir las Naciones Unidas en 1945, uno de los temas que debatieron fue el establecimiento de una organización mundial de la salud. La constitución de la OMS entró en vigor el 7 de abril de 1948, fecha en que se celebra cada año como el Día Mundial de la Salud (OMS, 2006).

La OMS asumió la responsabilidad de elaborar la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que data del decenio de 1850 y que primero se denominó Lista Internacional de Causas de Defunción. La CIE se utiliza para clasificar enfermedades y otros problemas sanitarios y se ha convertido en el patrón internacional que se utiliza para fines clínicos y epidemiológicos (OMS, 2006).

En junio de 1948, delegados procedentes de 53 de los 55 Estados Miembros originales de la OMS celebraron la primera Asamblea Mundial de la Salud, decidieron que las principales prioridades de la OMS serían el paludismo, la salud materno-infantil, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, la nutrición y el saneamiento ambiental, en muchas de las cuales seguimos trabajando hoy en día. Desde entonces, la labor de la OMS se ha ampliado para abarcar también problemas sanitarios que ni siquiera se conocían en 1948, incluidas enfermedades relativamente nuevas como el VIH/SIDA (OMS, 2006).

En 1974, la Asamblea Mundial de la Salud crea un programa de ampliación de Inmunización con el fin de proporcionar vacunas básicas a todos los niños del mundo. En el año 1975 la Asamblea Mundial de la Salud introduce el concepto de medicamento esencial y de política farmacéutica nacional. Dos años después aparece la primera Lista de

Medicamentos Esenciales. Hoy, 156 países tienen listas nacionales de medicamentos esenciales (OMS, 2006). En el año 1978 se establece el objetivo de conseguir “salud para todos” (OMS, 2006).

En el 2003 se firma el primer tratado mundial de salud mundial de la OMS. Ese tratado tiene por objeto reducir las muertes y enfermedades relacionadas con el tabaco en todo el mundo (OMS, 2006).

2.1.1.2 Prioridades, funciones y objetivos. La OMS cuenta con un programa de acción sanitaria mundial, en él se destacan siete esferas prioritarias:

- Invertir en la salud para reducir la pobreza;
- Crear seguridad sanitaria individual y mundial;
- Promover una cobertura universal, la igualdad entre hombres y mujeres y los derechos humanos relacionados con la salud;
- Afrontar los factores determinantes de la salud;
- Reforzar los sistemas de salud y promover el acceso equitativo a la asistencia sanitaria;
- Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología;
- Fortalecer la gobernanza, el liderazgo y la rendición de cuentas (Portal OMS, 2012).

Las funciones básicas de la OMS son:

- Ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas;
- Determinar las líneas de investigación y estimular la producción de conocimientos valiosos, así como la traducción y divulgación del correspondiente material informativo;
- Establecer normas y patrones, promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica;

- Formular opciones de política que aúnen principios éticos y de fundamento científico;
- Prestar apoyo técnico, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera;
- Seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias (Portal OMS,2012).

La OMS cuenta con unos objetivos para el milenio, esos son los siguientes:

Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal.

Objetivo 3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer.

Objetivo 4. Reducir la mortalidad infantil.

Objetivo 5. Mejorar la salud materna.

Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.(Portal OMS,2012).

2.1.2 Los Sistemas de Salud

El análisis de la situación de salud de un país contempla dos grandes desafíos: el impacto generado en la población, como actor principal al cual van dirigidas las acciones definidas y la influencia que ellas tienen sobre las instituciones (Frenk y Londoño, 1996).

Cuadro 1. Retos para los sistemas de salud en América Latina

COMPONENTE	T I P O	
	Acumulado	Emergente
Población	Rezago epidemiológico Infecciones comunes Desnutrición Problemas de salud reproductiva Brecha en salud Inequidad	Enfermedades no transmisibles Lesiones Infecciones emergentes Cambios en la demanda Nuevas Presiones
Instituciones	Cobertura insuficiente Calidad técnica pobre Ineficiencia en la asignación de recursos Inadecuados procesos de referencia de pacientes Baja capacidad resolutive. Administración deficiente de las instituciones.	Escalada de costos Incentivos Inadecuados Inseguridad financiera Insatisfacción de los consumidores Expansión tecnológica Gerencia deficiente del sistema

Fuente: Frenk y Londoño, 1996

Desde la perspectiva poblacional, los retos planteados son un reflejo de la transición demográfica y epidemiológica que experimenta la mayoría de los países del mundo. La transición epidemiológica, caracterizada por la coexistencia de enfermedades crónicas y accidentes con enfermedades infecciosas, varía en función del ritmo de los cambios demográficos y de los procesos de urbanización e industrialización (Frenk y Donavedian, 1993). La influencia de la transición demográfica, caracterizada por la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas y la fecundidad, acompañadas de un importante auge de urbanización, la afectación cada vez mayor del medio ambiente y la modificación de estilos de vida, precede a los cambios epidemiológicos, con el predominio de las enfermedades crónicas como causas de muerte. Los patrones de salud de los países de América Latina están profundamente influidos por ambas transiciones (Frenk y Londoño, 1996).

En muchos países, el descenso de las tasas de mortalidad ha precedido al de la natalidad, en ocasiones por dos o más decenios, con el consiguiente

aumento de la población. A medida que disminuye la fecundidad aumenta la población mayor de 65 años y con ello la carga de enfermedades no transmisibles (Salud en las Américas, 2007).

Adicionalmente, el abordaje de problemas sensibles en el ámbito social del continente como la violencia generada por la guerra, los conflictos internos de algunos países ocasionados por actores al margen de la ley, el desplazamiento forzado consiguiente, la informalidad laboral, los crecientes índices de pobreza y una clara tendencia a la desintegración familiar como resultado de las dificultades socioeconómicas son otro aspecto relevante que deben incorporar los sistemas de salud en la compleja problemática a resolver.

Desde el punto de vista de las instituciones los sistemas de salud en América Latina aún no han logrado resolver de manera definitiva los problemas de los países en vía de desarrollo, centrados en cobertura insuficiente, ineficiencia en la asignación de los recursos, baja capacidad resolutoria, pobre calidad técnica y en conjunto una administración deficiente de las instituciones de salud. A ello se suman problemas generados en una esfera de mayor desarrollo como el control racional de los costos en salud, el desarrollo tecnológico cada vez más exigido, la inestabilidad financiera y la insatisfacción de los usuarios por los servicios recibidos (Frenk y Londoño, 1996).

2.1.3. Sistemas de Atención de Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido un sistema de salud como el conjunto de las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria, lo que involucra a los servicios de salud personales, los servicios de salud pública o el desempeño de una actividad intersectorial (OPS – OMS 2003). La función de atención a los pacientes y la función de salud pública constituye uno de los rasgos definitorios de la atención primaria (Gómez, 2005).

El análisis de un sistema de salud se puede realizar desde diferentes perspectivas tanto conceptuales como metodológicas pero resulta útil para fines didácticos plantearlo como lo presentan. Según este abordaje, se evalúan cuatro aspectos relevantes: i) Oferta y Demanda, ii) Naturaleza de los bienes (público, privado o la mezcla de ambos), iii) Financiamiento (recaudo fiscal; cotizaciones y pagos privados a seguros y gastos de bolsillo) y iv) Organización y Estructura (Gómez, 2005).

2.1.3.1 Régimen de demanda y oferta. En el régimen de la demanda, la salud se comporta como un bien que tiene un valor económico. El consumidor tiene la facultad de decisión sobre tipo de compra, precio, el cual es fijado por las reglas del mercado y orienta la asignación de recursos en función de su voluntad de pago. Esto le permite libertad de elección y por la naturaleza de la influencia se entiende la importancia de la participación privada.

Entretanto, en el régimen de la oferta la salud no está inmersa dentro de las leyes de mercado, por lo cual el consumidor no tiene fuerza de negociación ni requiere capacidad de pago, siendo notoria la participación del Estado como regulador, con un mayor protagonismo de las entidades públicas para las cuales, la asignación de recursos se hace por la vía de presupuesto, con intervención de las fuerzas políticas y por ende la libertad de elección está restringida (Frenk y Londoño, 1996).

2.1.3.2. Naturaleza de los bienes: público y privado (Gómez, 2005).

La clasificación de los bienes y servicios en salud por su naturaleza en públicos, relacionados con el ámbito estatal, específicamente gubernamental y privados, referidos a la participación del mercado en el suministro de servicios de salud y/o la financiación de los mismos, fue la base conceptual con la cual Frenk (1995) propuso la distribución de los sistemas de salud a través de cuatro combinaciones entre las actividades mencionadas:

Financiamiento y prestación públicos;
Financiamiento y prestación privados;
Financiamiento privado del suministro público de servicios
Financiamiento público de servicios prestados por el sector privado.

Esta estructura conceptual fue recogida por varios de los sistemas de salud en América Latina y aún persiste en algunos de ellos.

2.1.3.3. *Financiamiento.* Existen tres mecanismos de financiación reconocidos en los sistemas de salud: (i) Recaudación fiscal; (ii) Cotizaciones; y (iii) Pagos privados.

El primero, de origen netamente estatal, basado en la normatividad legal existente en cada país, está referido al recaudo de impuestos, generales o específicos, de orden nacional, departamental, municipal o distrital.

La cotización, corresponde al aporte definido por ley a los empleadores y que para fines prácticos se comporta como un impuesto generado a la nómina en el contexto de la seguridad social.

Finalmente el gasto de bolsillo representado por la asunción total de gastos por el individuo, se da por pagos directos o en su defecto en seguros privados.

El análisis de la función de financiamiento en un sistema de salud puede ser abordado desde la fuente de financiación y distribución de los recursos generados (perspectiva macroeconómica) o desde las formas de pago tanto a médicos (capitación, pago por servicio o por salario) como a hospitales (presupuesto, ingresos o por estancia) conformando así la visión microeconómica (Frenk y Londoño, 1996).

2.1.3.4. Organización y Estructura. En términos de organización, la prestación de servicios puede darse de dos formas. La primera es directa, dependiente enteramente del Estado a través de su red pública, en la cual usualmente los Ministerios de Salud asumen el rol prestador ya que las unidades de atención están adscritas a ellos y los profesionales están contratados por salario. La segunda es indirecta en la cual participa el sector privado y la contratación de los profesionales se da por otros mecanismos como honorarios (Gómez, 2005).

Los sistemas pueden ser integrados, cuando una misma institución desempeña las funciones de financiamiento y provisión o desintegrados cuando estas funciones son realizadas por varias instituciones. Además pueden ser centralizados cuando la atención se realiza bajo el control del nivel central o descentralizados cuando se dan diferentes grados de delegación (regionales o locales). Así por ejemplo, el sistema de salud cubano se ha definido como un Sistema Nacional de Salud, público, integrado, centralizado, único, con provisión directa y con financiamiento fiscal. La organización y estructura se refiere a un conjunto de características de los sistemas como la forma de recaudo de los recursos económicos, la manera de asegurar la provisión de los servicios y los arreglos institucionales para el desempeño de las funciones, como la integración o desintegración institucional (Frenk y Londoño, 1996).

2.1.3.5 Componentes y funciones de los sistemas de salud. La tipología de servicios de salud entre personales y públicos es esencial para el análisis funcional de un sistema de salud. En el primer caso se habla del conjunto de acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se aplican directamente a los individuos, mientras que los segundos se refieren a las acciones del mismo orden dirigidas a las comunidades o por extensión a los componentes medioambientales (Infante, 1998).

En el contexto de las funciones de un sistema de salud son relevantes por su grado de comprensión el financiamiento y la prestación. El primero hace referencia al tránsito de recursos provenientes de distintas fuentes, primarias (hogares y empresas) o secundarias (gobiernos u organismos internacionales), la incorporación de los mismos a fondos de diverso origen y condición para su asignación final según las prioridades definidas. La segunda es la aplicación de dichos recursos a la generación de productos denominados servicios de salud que darán como resultado un cambio en el estado de salud del individuo. Existe la alternativa de un proceso integrado financiación-prestación, conocido como integración vertical, que representa una modalidad cada vez más utilizada en los sistemas de salud (Infante, 1998).

Una tercera función de un sistema de salud, menos conocida, es la denominada modulación, concepto más amplio que el de regulación e implica establecer, implantar y monitorear las reglas del juego para el sistema de salud, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica. En ella es determinante la participación de todos los actores para evitar asimetrías de información y desequilibrio en las relaciones existentes entre los mismos (Frenk y Londoño, 1996).

Una última función hace referencia a la articulación, función intermedia entre las dos primeras señaladas que abarca también las funciones de agregación de demanda y representación de consumidores y en esencia representa el nivel de relación entre los actores financiador y prestador (Frenk y Londoño, 1996).

Entendiendo de manera sencilla la definición de sistema de salud como la interacción entre poblaciones e instituciones, la configuración de las cuatro funciones más importantes de estos –modulación, financiamiento, articulación y prestación– proporciona las bases para identificar los principales modelos institucionales, existentes en

América Latina como se puede observar en la figura III-2 (Frenk y Londoño, 1996).

Modelos Sanitarios (Fresno, 1996)

Con base en las definiciones presentadas se pueden hacer construcciones conceptuales teóricas que se traducen en modelos ideales o prototipos, los cuales permiten explicar las diferencias existentes entre los sistemas de salud. Estos modelos se pueden resumir en los siguientes: i) Los esquemas de seguros sociales; ii) Los servicios nacionales de salud; iii) Modelo pluralista; iv) Modelo de Semashko; v) Para Latinoamérica, el modelo segmentado; vi) Régimen de oferta; y vii) Régimen de demanda.

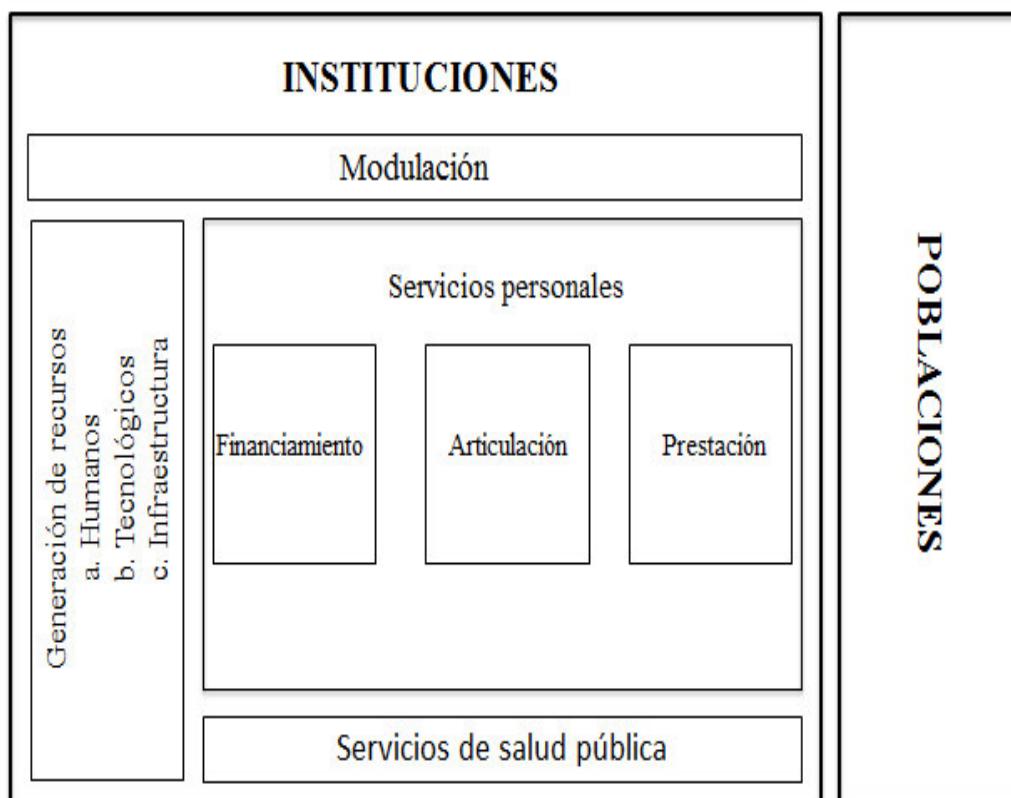


Figura 1: Componentes de los Sistemas de Salud.
Fuente: Frenk y Londoño, 1996

Modelo de Seguros Sociales o de Aseguramiento Obligatorio o de Bismarck

Introducido en Alemania en 1883 por Bismarck, denominado Seguro Obligatorio de Enfermedad. El Estado garantiza las prestaciones sanitarias por medio de cuotas obligatorias. La financiación es tripartita: obrero, patrón y Estado. Como características de ese modelo se tienen: el origen es de responsabilidad civil y seguro privado, beneficia a trabajadores asalariados, por tanto la participación en éste se da a través de la actividad laboral, se realizan aportes según el salario, sus recursos se basan en la cotización de los trabajadores y empleadores. (Fresno, 1996).

Algunos países que manejan ese modelo son Alemania, Francia, Austria, Bélgica, Luxemburgo y Holanda y la mayoría de los países ibero-americanos.

Servicio Nacional de Salud de Beveridge

Definido en 1948 por el Parlamento Inglés, contenido en el Informe Beveridge. Introdujo el primer Servicio Nacional de Salud. Funciona como servicio público, financiado por el Estado una cobertura universal, gratuita y completa, siendo el acceso priorizado según la condición social. El componente prestacional privado es opcional y suplementario e intenta integrar las tendencias preventiva y curativa en la asistencia.

Este modelo está soportado en la capacidad de negociación existente entre la masa laboral, el empresariado y el Estado (Salgado, 2011).

Modelo Pluralista

Originado en Estados Unidos a finales del siglo XIX, de pequeños seguros para mineros, es un modelo basado en el libre mercado y en la medicina privada, controlado por las leyes de oferta y demanda, en el

cual predomina la voluntad del capital. No considera la asistencia pública como servicio público y por ende no existe obligación del Estado para su garantía.

Se establece una relación entre usuarios, profesionales y aseguradores, según su poder de negociación y el componente público se reduce a la población sin capacidad de pago y grupos vulnerables como ancianos e indigentes (Salgado, 2011).

Como características principales establece la libre elección de aseguradores y prestadores de servicios, la competencia en el mercado, el acceso de acuerdo con la capacidad de pago. Promueve el uso de la tecnología de avanzada y se orienta a un esquema netamente curativo (Frenk y Londoño, 1996).

Modelo Semashko o Sistema Centralizado

Tiene su origen en los países de la Europa Oriental de la postguerra, bajo la influencia soviética y con una concepción política socialista bajo el principio de servicio público gratuito universal a cargo del Estado. Se caracteriza por un control gubernamental mediante un sistema planificado centralmente y financiado por el presupuesto estatal. Todos los empleados del sistema son asalariados. No existe sector privado y presenta libre acceso para todos con un servicio médico completo y gratuito. En 1945 es introducido a China y Cuba, único país del mundo en el que todavía persiste (Fresno, 1996).

Modelo Mixto y Segmentado

Este modelo se caracteriza por la participación pública y privada en el financiamiento y la prestación pero de forma desintegrada y desarticulada dentro de los tres sub-sectores que componen el sistema: público, privado y mixto o de seguridad social. La característica segmentada se da como consecuencia de la

desintegración del sistema lo que lleva a que la atención se dé diferencialmente por grupos poblacionales (Salgado, 2011).

2.1.4 Sistemas de Salud en América Latina

Los sistemas de salud de la región pueden definirse según su grado de fragmentación (integrado o segmentado) y participación del sector privado en el aseguramiento y la prestación de servicios dentro de los sistemas públicos de salud o de los sistemas de seguridad social. Sólo una minoría de los países de la región tiene sistemas integrados de salud (países del Caribe, Costa Rica, Brasil y, muy recientemente, Uruguay) en tanto que son mayoría los países que tienen sistemas altamente segmentados por grupos poblacionales (Giedion et al, 2010).

En los sistemas integrados existían tradicionalmente sistemas nacionales de salud que ofrecían una atención que cobijaba todos los niveles de atención y a casi toda la población dentro de un único sistema público (países caribeños). Sin embargo, en algunos países (Brasil y Uruguay) estos sistemas han ido evolucionando hacia otros con un mayor pluralismo de los actores. El caso extremo es Costa Rica que hasta hace poco prohibía la presencia del sector privado, dado que el Estado cubre la totalidad de los servicios. En este contexto, progresivamente han surgido modelos integrados de salud que ofrecen los mismos servicios para todos, independientemente de su capacidad socioeconómica, y que dejan un espacio importante para la participación de los seguros privados dentro de los sistemas de salud. En este último grupo se encuentran aquellos países donde esta participación activa del sector privado ya cuenta con varias décadas de experiencia (por ejemplo Chile) mientras que en otros ésta ha surgido después de los noventa (por ejemplo Colombia y República Dominicana). (Frenk y Londoño, 1996).

En los sistemas segmentados, tipo predominante de sistema de salud en la región, la población pobre generalmente no tiene una cobertura explícita de aseguramiento y dependen de la red prestadora pública financiada vía

impuestos. Los trabajadores del sector formal están agrupados de manera cautiva en alguna de las entidades de seguridad social y su cobertura está sujeta al tipo de empleo, privado o público que son financiados con aportes de los trabajadores, de los empleadores y, en ocasiones, por el Tesoro nacional. Finalmente, la población con capacidad de pago y descontenta con la calidad de los servicios prestados en las redes del sistema público y de seguridad social acceden a las redes privadas de servicios de salud pagando de su bolsillo o con el apoyo de sus seguros privados voluntarios, que cumplen un papel suplementario limitado a los estratos más ricos de la población dada la escasa capacidad de pago de la mayoría (Giedion et al, 2010).

Para los sistemas mencionados, tanto integrados como segmentados, el componente público se orienta a la cobertura de población sin capacidad de pago y grupos vulnerables pero está ampliamente limitado por factores presupuestarios y organizacionales que le impiden alcanzar su meta. Asimismo, todos los países cuentan con Sistemas de Seguridad Social dirigidos a población laboralmente ocupada y sus familias, siendo la administración de estos de carácter público y en términos generales se da un intercambio prestacional y de financiación de manera formal o informal. No hay separación entre las funciones de financiamiento y prestación públicos mientras que en los privados la atomización es característica y no existe un mercado importante para el seguro privado de salud si éste no es integrado explícitamente dentro de las estrategias de cobertura universal de aseguramiento. Este es el caso de Colombia en donde los seguros privados de salud con ánimo de lucro que operan al interior del sistema general de seguridad social cubren aproximadamente un 35% de todos los colombianos (Giedion et al, 2010).

Como se puede observar, la integración de los seguros privados de salud a los sistemas de seguridad social de los países permite a éstos captar grandes montos de subsidios públicos y se está convirtiendo posiblemente en la oportunidad más importante para los seguros privados en la región, como puede verse en la actualidad (Sánchez y Oyarzo, 2002).

Por otra parte merece especial atención la existencia en algunos países de empresas privadas que ofrecen planes de salud en condiciones diferentes a las que garantizan los sistemas existentes, denominadas Empresas de Medicina Prepagada (EMP). Las principales diferencias entre las aseguradoras y las EMP están dadas que las EMP se encargan de la prestación directa del servicio por lo cual les es imperativo contar con una red prestadora propia y además en el caso de ellas el asegurado puede libremente acceder a un servicio de carácter curativo o preventivo entretanto para el caso de la aseguradora, el fin del seguro es previsional siendo la posibilidad de siniestro incierta al momento de la compra. Las EMP están preparadas para la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud y para atender directamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado (Giedion et al, 2010).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT-OPS, 1999), en su estudio “Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y El Caribe” tipifica a los países, en relación con sus sistemas de salud, así: 1) Países con sistemas públicos integrados; 2) Países con sistemas de aseguramiento mixto regulado; 3) Países con seguro de salud unificado y 4) Países con sistemas segmentados (Maceira, 2001).

La OIT (OIT-OPS, 1999), también ofrece una clasificación de los países que evidencia la influencia que han tenido diversos modelos en el desarrollo de los sistemas latinoamericanos así:

- Los pioneros: influidos por la Ley de Bismarck a comienzos del siglo: Chile, Brasil, Ecuador, Perú, Argentina, Colombia y Cuba.
- El grupo influenciado por el informe Beveridge y la OIT, que a partir de 1940 aprueban seguros por maternidad y/o enfermedad: Venezuela, Costa Rica, Panamá, México, Paraguay, Argentina,

Colombia, Guatemala, la República Dominicana, El Salvador y Bolivia. Posteriormente, en la siguiente década se adhieren Honduras, Nicaragua y Uruguay.

- Los países del Caribe no latino independizados del Reino Unido y otros ex-colonizadores: éstos promulgaron leyes entre la década de los años 60 y 70, que incluyen beneficios en efectivo por enfermedad, si bien con anterioridad algunos habían aprobado sistemas nacionales de salud (Galindo, 2011).

En resumen puede decirse que acogiendo los diferentes criterios, se pueden clasificar los sistemas de salud en América Latina en cuatro grandes grupos de acuerdo con su modelo:

- Modelo Público Unificado: integrado vertical y horizontalmente (Cuba, Costa Rica). Modelo Privado Atomizado: atomización vertical y horizontal (Argentina y Paraguay). Modelo de Contrato Público: integrado horizontalmente y separado verticalmente (Brasil).
- Modelo Segmentado: integrado verticalmente y con segregación horizontal. (La mayoría de los países latinoamericanos) (Giedion et al, 2010).

Cuadro 2: Tipología de los modelos de sistemas de salud en América Latina

INTEGRACION DE POBLACIONES	Integración de Funciones Institucionales	
	Integración vertical	Separación
Integración Horizontal	Modelo público unificado (e.g., Cuba, Costa Rica)	Modelo de contrato público (e.g, Brasil)
Segregación	Modelo segmentado (la mayoría de los países latinoamericanos)	Modelo privado atomizado (e.g., Argentina, Paraguay)

Fuente: Frenk y Londoño, 1996

2.1.4.1 Modelo Público Unificado. En este tipo de modelo, el Estado ejerce las funciones de financiación y prestación a través de una estructura prestacional vertical. La variante más extrema es Cuba con una integración total incluso horizontal donde no existen siquiera proveedores diferentes al Estado que puedan representar alternativa. Como es característico de la orientación política de la isla, también en salud la libertad de elección es inexistente y es ilegal ofrecer servicios fuera del Gobierno. Tampoco existe representación de los usuarios en la toma de decisiones (Frenk y Londoño, 1996).

Una situación menos extrema se da en Costa Rica ya que el sistema público es casi universal pero no hay restricción legal para escoger servicios de otro tipo y por tanto existe la posibilidad de prestación privada. La opción monopólica del Estado se da porque los servicios son de calidad razonable y el Estado no trasfiere los costos reales de la prestación al usuario mientras que los privados deben hacerlo en virtud de que no existen subsidios estatales para los servicios privados (Musgrove, 1996). La ausencia de subsidio público a los servicios privados distingue al modelo público unificado del modelo de contrato público (Frenk y Londoño, 1996).

2.1.4.2 Modelo Privado Atomizado. La característica principal que identifica este modelo es que la función de financiación está determinada por el llamado gasto de bolsillo, es decir enteramente por el poder adquisitivo del individuo. Es común el esquema de reembolso por los servicios ya que puede accederse a cualquier unidad prestacional, si la capacidad de pago lo permite. Ningún país latinoamericano presenta este modelo de manera pura pero existen dos variantes que deben mencionarse (Frenk y Londoño, 1996):

La primera denominada de mercado libre, en la que es representativamente mayor el gasto privado en razón a la baja cobertura de aseguramiento o prepago, dado el escenario legal en el

cual no existe regulación sobre el tema, situación que permite la liberalidad de la acción. Por tanto se presenta una gran exclusión de la población con una inmensa brecha en condiciones de acceso y a pesar de existir la competencia, el precio no es la variable más relevante. Es claramente segmentado en la medida que la capacidad de pago genera las grandes diferencias. Lo hasta acá mencionado confirma el hecho de que este modelo magnifica las fallas del mercado y genera de manera global ineficiencia en el sistema (Giedion et al, 2010). El ejemplo más claro es Paraguay con un 87.5% del gasto en salud de origen privado.

La segunda variante del modelo privado atomizado se conoce como “corporatista” y se caracteriza por la presencia de distintos fondos de enfermedad exclusivos, no complementarios, originados en grupos ocupacionales, para los cuales la prestación de servicios se da en instituciones públicas o privadas también exclusivas para dichas atenciones. Esta variante no existe de manera formal en los países objeto de estudio pero sí en organizaciones no gubernamentales transnacionales. El punto interesante es que estas organizaciones empiezan ya a desempeñar un papel de articulación, pues agregan las demandas de sus afiliados y actúan como compradoras colectivas de servicios (Frenk y Londoño, 1996).

2.1.4.3 Modelo de Contrato Público. Este modelo permite a través de la contratación de servicios la posibilidad de coexistencia entre el creciente financiamiento público y la prestación de servicios privada, cuya participación es cada vez mayor competencia y autonomía para la escogencia. Por ser el financiamiento de carácter público, los recursos objeto de la contratación se incluyen en el esquema presupuestal típico pero la asignación se hace por criterios de eficiencia y racionalidad en la ejecución, así como de calidad, a diferencia del modelo público unificado. .El gran limitante para el desarrollo de este modelo ha sido la ausencia de una función articuladora que ha ocasionado una fragmentación enorme de la prestación lo que representa opciones

múltiples para el usuario pero grandes dificultades para la medición de calidad y la estructuración de costos. Brasil ha sido el ejemplo más cercano de aplicación para este modelo (Frenk y Londoño, 1996).

2.1.4.4 Modelo Segmentado. Este es el modelo más común en América Latina. En su definición participan tres grupos sociales principales como segmentos poblacionales: la población trabajadora formal y sus familias, cubiertos por alguna institución de seguridad social, las clases media y alta con capacidad de pago, que en su mayoría reciben servicios de salud mediante pago de bolsillo o seguros privados en muy baja proporción y por último la población pobre y grupos vulnerables, responsabilidad del Estado, atendida por una red prestacional pública, adscrita usualmente a los Ministerios de Salud. En promedio, aproximadamente una tercera parte de la población en América Latina se encuentra afiliada a algún instituto de seguridad social, otra tercera parte recibe casi toda la atención en las instalaciones del sector público y la tercera parte restante acude casi siempre al sector privado (Frenk y Londoño, 1996).

Consecuentemente con el desarrollo conceptual presentado puede concluirse que este modelo es de integración vertical con segregación horizontal, por cuanto cada segmento institucional, Seguridad social, Ministerio de Salud o sector privado desempeña las funciones de un sistema de salud, modulación, financiamiento, articulación (cuando existe) y prestación de servicios de manera excluyente para cada uno de los segmentos poblacionales (Frenk y Londoño, 1996).

Cuadro 3: *Diseño Actual del Modelo Segmentado*

FUNCIONES	GRUPOS SOCIALES		
	Con capacidad de pago		Pobres
	Con seguro social	Con seguro privado	No asegurados
Modulación	↓	↓	↓
Financiamiento			
Articulación			
Prestación			
	Instituto(s) de seguridad social	Sector privado	Ministerio de salud

Fuente: Frenk y Londoño, 1996

Las debilidades fundamentales de este modelo se concentran en duplicación de funciones institucionales, ineficiencia en la administración de los recursos y diferenciales muy amplios en calidad del servicio pero la más relevante consiste en que la población genera tránsito entre los segmentos señalados, principalmente por el comportamiento del empleo, la formalización empresarial y el poder adquisitivo de las personas. Esta situación genera desigualdades que se traducen en múltiples pagos a diferentes segmentos y barreras de acceso naturales a la prestación (traslape unilateral de la demanda) entre otras (Frenk y Londoño, 1996).

Por razones preferentemente de orden político o financiero, los distintos países han intentado a través del tiempo, corregir los problemas generados por los diferentes modelos intentando implementar variantes a los mismos. Ante la ineficiencia del monopolio estatal característico del modelo público unificado se ha permitido en mayor o menor grado la participación del sector privado tanto en la administración de los recursos como en la prestación. Dos variantes de esta estrategia se pueden evidenciar: la estrategia de privatización, de la seguridad social instaurada en Chile con la creación de las

ISAPRES o la estrategia de descentralización, con devolución de responsabilidades inicialmente del Gobierno Central a las autoridades regionales. (Galindo, 2011). Estos dos movimientos son recogidos por algunos de los sistemas de salud actuales como se verá en otro aparte de este trabajo de tesis. Vale reiterar que en uno y otro caso, la mayor talanquera para el desarrollo de los modelos ha sido la ausencia de una función reguladora sólida que garantice equilibrio y sostenibilidad en el sistema (Frenk y Londoño, 1996).

2.1.4.5 Pluralismo estructurado: un nuevo modelo. Este modelo propuesto por Londoño y base de la reforma al sistema de salud colombiano en la década de los noventas (Frenk y Londoño, 1996) incorpora los conceptos de “Pluralismo” que evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado y “Estructurado” que impide los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado.

El modelo consiste en una integración horizontal de la población con una segregación de las funciones institucionales, cuya asignación sería explícita y especializada. En otras palabras, el sistema de salud ya no estaría organizado por grupos sociales, sino por funciones (Frenk et al., 1994). Al identificarse claramente las funciones, se daría la especialización de los actores en el sistema de salud por lo que requeriría una nueva organización del sistema, lo finalmente ocurrió en Colombia a partir del año 1993. La figura III-5 ilustra la esencia del nuevo modelo.

Cuadro 4: Diseño Propuesto de Pluralismo Estructurado

Diseño propuesto de pluralismo estructurado

FUNCIONES	GRUPOS SOCIALES			Pobres
	Con capacidad de pago			
	Con seguro social	Con seguro privado	No asegurados	
Modulación	→			Ministerio de salud
Financiamiento	→			Seguridad social (ampliada)
Articulación	→			Competencia estructurada
Prestación	→			Pluralismo

Fuente: Frenk y Londoño, 1996

En este orden de ideas, el Ministerio de Salud asumiría la función principal de modulación o regulación para fijar las reglas de juego por sí mismo o a través de instituciones especializadas, siempre ejerciendo la rectoría natural. El financiamiento pasaría a ser responsabilidad de la Seguridad Social y se ampliaría en procura de la cobertura universal bajo los principios de las finanzas públicas. La prestación de servicios sería plural tanto para instituciones públicas o privadas y la articulación originada en el proceso financiación–prestación dependería de las relaciones poblaciones-prestadores, representadas por la administración del riesgo (aseguramiento) y del acceso (movilidad) y financiadores-prestadores, principalmente representadas por incentivos y mecanismos de pago (Frenk y Londoño, 1996).

Recordando la tipología de los modelos de sistemas de salud en América Latina, el pluralismo estructurado incorpora los aspectos positivos del modelo de contrato público, al tiempo que supera sus limitaciones. Se preserva la movilidad de la población mediante la integración horizontal, así como la separación de funciones.

La principal diferencia con el modelo de contrato público es que las funciones de modulación y de articulación se vuelven explícitas y se fortalecen considerablemente. Al lado de las funciones tradicionales de financiamiento y prestación, es el énfasis en la modulación y la articulación el que confiere el carácter “estructurado” a este tipo de pluralismo (Frenk y Londoño, 1996).

2.1.5 El Sistema de Salud Peruano

2.1.5.1 Antecedentes. El estado ofrece servicios de salud, sujeto a sistemas de tarifas, a través de la red de establecimientos del MINSA. En cuanto a esquemas de aseguramiento, el SIS permite que parte de la población en situación de pobreza pueda atenderse de manera gratuita en la red de establecimientos del MINSA. La seguridad social en salud, EsSalud, es considerada como parte del sector público, complementa sus servicios con el sector privado a través de Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Además, existe un mercado privado que ofrece seguros de salud a un porcentaje bajo de la población a través de compañías de seguros y clínicas.

**Cuadro 5: Establecimientos de Salud del Sector por Institución
Perú. Nov. 2005**

Institución	Total	Hospital	Centro de Salud	Puesto de Salud
Total	8,055	453	1,932	5,670
Ministerio de Salud	6,821	146	1,203	5,472
EsSalud	330	78	252	0
Sanidad de la Policía Nacional	280	5	77	198
Sanidad de las FF.AA.	60	16	44	0
Clínicas Privadas	564	208	356	0

Fuente: Base de datos de infraestructura

Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática

En el Perú, tres sistemas ofrecen aseguramiento y servicios de salud a la población:

- El Estado a través del Ministerio de Salud (MINSA)
- El régimen de seguridad social (ESSALUD) dependiente del Ministerio de Trabajo
- El mercado privado: EPS, Seguros pre-pagados clínicas, Pólizas de seguros

Cada uno de estos sistemas está orientado a atender determinada población, sin embargo, ocurren traslapes entre los segmentos poblacionales que reducen la eficiencia en el gasto, además de existir escasa coordinación funcional entre los distintos sistemas para adoptar estrategias comunes y compartir recursos financieros, humanos y de infraestructura.

Cuadro 6: Servicios de Salud en el Perú

	Actores	Población Objetivo	Alcance de cobertura
Servicios de salud bajo el régimen de seguridad social.	EsSalud, a través de establecimientos de salud propios y privados con los que tiene convenios. EPS y las Entidades Vinculadas.	Trabajadores dependientes en empresas formales, pensionistas y sus derecho habientes. Independientes con capacidad de pago.	EsSalud: Todas las enfermedades. EPS: Capa Simple y Planes Completos.
Servicios de salud subsidiados por el estado.	Ministerio de Salud y sus establecimientos de salud.	Población no asegurada con bajos recursos o en edad en que no generan ingresos. Población en condición de extrema pobreza.	Todas las enfermedades. Depende del nivel de complejidad del establecimiento de salud, algunos establecimientos se especializan en enfermedades complejas.
	Ministerio de Defensa e Interior y sus establecimientos de salud.	Oficiales activos y retirados y sus derecho habientes.	
Servicios de salud del mercado privado.	Empresas aseguradoras. Establecimientos privados de salud.	Población no afiliada a una EPS y que puede pagar seguros privados o las atenciones médicas en establecimientos privados.	De acuerdo al plan que adquieran o a su capacidad adquisitiva.

Fuente: Apoyo Consultoría.

Según datos de la ENAHO 2005, el 36,5% de la población peruana está cubierta por algún sistema de seguro. En la siguiente tabla se aprecia que en los años 80, el 18% de la población contaba con algún sistema de seguro. Esta cifra ha ido aumentando gracias a los esquemas de aseguramiento públicos, como el Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil, que después se unificaron para conformar el SIS. En el año 2005, el SIS había afiliado al 16,5% de la población. EsSalud, tradicionalmente el principal agente asegurador, cubrió al 15,9% de la población total. Por su parte, el sector privado, incluyendo las EPS, asumió la cobertura del 2,1% de la población.

Cuadro 7. Tasa de Afiliación a Seguros por Años

TASA DE AFILIACIÓN A SEGUROS POR AÑOS							
	1985	1994	1997	2000	2003	2004	2005
Con seguro	17.6%	25.4%	22.7%	32.3%	40.4%	36.4%	36.5%
EsSalud		21.0%	18.9%	19.7%	15.8%	15.8%	15.9%
EsSalud y Seguro Privado		0.9%	0.5%	0.4%	0.7%	0.3%	0.5%
Seguro Privado		1.6%	1.7%	1.6%	1.0%	1.9%	2.1%
Seguro de FFAA y Policiales		1.8%	1.6%	1.3%	1.6%	1.8%	1.6%
Seguro Integral de Salud SIS					19.7%	16.6%	16.5%
Otro*				9.3%	1.6%	0.1%	0.2%
Sin seguro	82.4%	74.6%	77.3%	67.7%	59.6%	63.6%	63.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: ENNIV 1985, 1997 y 2000, ENAHO 2003, 2004 y 2005.

* En el año 2000, se incluye el Seguro Escolar Gratuito.

Regulación. La Seguridad Social - EsSalud

La Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social (mayo del 1997), modificó las reglas de la Seguridad Social introduciendo dos regímenes:

Un esquema de contribución administrado por EsSalud y complementado por las Entidades Prestadoras de Salud (EPS).

Un esquema público no contributivo gestionado por el MINSA.

El régimen contributivo es obligatorio para todos los trabajadores dependientes y sus derecho-habientes. Bajo este régimen las empresas e individuos eligen entre EsSalud y las EPS. En términos generales, ésta última atiende las enfermedades de capa simple mientras que EsSalud se concentra en las de capa compleja. Para quienes no decidan incorporarse a una EPS, EsSalud se mantiene como el proveedor de todos sus servicios de salud. Actualmente, EsSalud ofrece diversos tipos de seguros entre los cuales destacan los Regulares, que atienden al Régimen Contributivo y los Potestativos.

A pesar de la modificación de las reglas de la Seguridad Social, EsSalud no ha podido modernizarse al ritmo esperado y mantiene muchos de los problemas que caracterizaron a la Seguridad Social durante la década de 1990. Entre ellos están: Limitada participación de trabajadores que no provienen del sector formal. La población laboral excluida de EsSalud es principalmente no asalariada, que pertenece a la economía informal, o a la asalariada que trabaja en establecimientos pequeños: 86,7% de la población afiliada aportante pertenece al Seguro Regular y aporta el 96,8% de los ingresos por aportaciones.

EsSalud soporta la mayor proporción de la carga de enfermedades crónicas de alto costo, lo cual ocurre principalmente por el fenómeno de selección adversa: las personas con mayores problemas de salud se afilian a EsSalud a través de sus planes Potestativos, lo que afecta su equilibrio financiero.

Existen barreras de acceso generadas por largas colas de espera, citas diferidas, quejas en la calidad de trato y suministro incompleto de medicamentos. Ello desincentiva a potenciales afiliados, generando desconfianza de la población en EsSalud y perjudica la efectividad del sistema y su sostenibilidad financiera. Según Apoyo (2006) sólo el 39% de la población limeña confía en EsSalud.

Como consecuencia de las barreras de acceso, existe un porcentaje de asegurados (12% en el caso de consultas y 10% en el caso de hospitalizaciones) que se atienden en los establecimientos del MINSA, sin que esta entidad reciba ingresos de EsSalud (subsidios cruzados desde el MINSA hacia EsSalud). Este problema también se presenta en los seguros de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, así como con los seguros privados. Esta situación implica la desviación de recursos del MINSA hacia población asegurada en otras instituciones y afecta su capacidad redistributiva hacia la población pobre.

El patrón de gasto institucional presenta, como puntos críticos, el crecimiento del gasto en remuneraciones a costa de la menor participación de los insumos estratégicos (EsSalud 2005), lo que redonda en menor efectividad del gasto.

Cuadro 8. ¿Dónde acudió para consultar por esta enfermedad, síntoma o malestar y/o accidente?(a nivel nacional).

Afilación a Seguro de Salud	¿Dónde consulto?						
	MINSA	EsSalud	FFAA y PNP	Privado	Curandero / Amigo	Farmacia	Otros
EsSalud	11.9%	55.2%	0.0%	12.0%	1.4%	19.0%	0.5%
Privado	4.5%	5.6%	0.0%	59.3%	11.8%	23.4%	1.4%
Sanidades FFAA y Policiales	13.0%	3.7%	46.0%	8.0%	13.0%	16.3%	0.0%
Seguro Integral de Salud SIS	86.4%	0.3%	0.0%	3.4%	0.9%	7.8%	1.1%
No esta asegurado	44.1%	0.4%	0.0%	13.1%	2.7%	38.3%	1.4%

Fuente: ENAHO 2005

EsSalud y los riesgos laborales. De acuerdo con la ley 26790 (de 1997), le corresponde a EsSalud la cobertura tanto de los riesgos comunes como los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, sin embargo, la cobertura puede contratarse libremente

ya sea con EsSalud o con la EPS elegida conforme al Artículo 15 de dicha Ley. El Artículo 19 establece un régimen de seguro, denominado “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”, SCTR, el cual está previsto que otorgue cobertura adicional a los afiliados regulares del Seguro Social de Salud que desempeñan las actividades denominadas “de alto riesgo”, que son determinadas mediante Decreto Supremo. De acuerdo con la ley, el SCTR es obligatorio para las empresas en actividades de alto riesgo y su financiamiento corre por cuenta de la entidad empleadora. Este seguro cubre:

- las prestaciones de salud en caso de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, pudiendo contratarse libremente con EsSalud o con la EPS elegida conforme al Artículo 15o. de esta Ley
- prestaciones económicas por invalidez temporal o permanente y a sobrevivientes, y gastos de sepelio, como consecuencia de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, pudiendo contratarse libremente con la ONP o con empresas de seguros debidamente acreditadas.

Los términos y condiciones para el funcionamiento de este Seguro se establecen en el respectivo reglamento y en el Decreto Supremo N° 003-98-SA “Normas técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”.

Cabe destacar que siendo el SCTR un régimen de seguro separado, expresamente establecido así en la ley, su régimen de financiamiento habría de concebirse en forma separada para la cobertura de todos los riesgos relacionados con la actividad laboral, con el propósito de guardar cierta consistencia con los principios básicos de la organización financiera de los seguros sociales, más específicamente, en materia de doctrina e instrumentos de derecho internacional de riesgos laborales. Fundamentalmente, precisa la identificación, por

separado, del nivel de financiamiento requerido para la globalidad de los riesgos laborales y no sólo para las actividades del alto riesgo.

Seguros que ofrece el sector privado. En el Perú, con el Decreto Legislativo N° 770, “Ley General de Instituciones Bancarias, Financieras y de Seguros” (Octubre de 1993), se liberalizó el mercado de seguros. A partir de entonces, se estableció la libertad de contratar seguros en el extranjero y de fijar las tarifas y el contenido de las pólizas, se eliminó el monopolio del reaseguro y se contribuyó a la creación de un mercado competitivo, que también propició la inversión extranjera. En diciembre de 1996, fue promulgada la Ley N° 26702, actual Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y la Ley Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, que incorporó disposiciones reguladoras de la actividad aseguradora y los requisitos de solvencia necesarios para desarrollar la actividad, incluyendo además, la posibilidad de constituir como subsidiarias a una empresa financiera y/o a una empresa Prestadora de Salud.

En la actualidad, el mercado asegurador peruano presenta una tendencia hacia la concentración del mercado y la separación de los riesgos en ramos generales y de vida. Las compañías de seguros también ofrecen seguros contra accidentes y enfermedades, las primas de estos ramos no han logrado superar el 20% de participación en el sistema de compañías de seguros.

Por su parte la mayoría de las clínicas privadas venden programas de salud o algún tipo de tarjeta de descuento. Este tipo de programas funciona como un seguro alternativo que permite, en la mayoría de los casos, ir adquiriendo mayores coberturas conforme se incrementa el período como afiliado.

A pesar de la variedad de servicios que ofrece el sector privado, la participación de la población en este mercado es muy escasa (2%) y muestra un estancamiento durante los últimos años.

Programas de aseguramiento del MINSA a través del SIS. El SIS es un seguro público diseñado e implementado con el fin de reducir la morbimortalidad de los niños y madres gestantes en situación de pobreza y pobreza extrema. El SIS se constituyó, en el año 2002, sobre la base del Seguro Público de Salud, que fue a su vez fruto de la integración del Seguro Escolar Gratuito, implementado en el año 1997 para dar atención a la población escolar de 3 a 17 años de centros educativos estatales, y del Seguro Materno Infantil, implementado en 1998 para facilitar el acceso a la atención de las gestantes y niños menores de 4 años de escasos recursos económicos.

Para lograr ser beneficiado del SIS es necesario afiliarse. Esta debe renovarse anualmente y la persona no debe estar afiliada ni ser derecho-habiente de ningún otro seguro, ya sea éste privado o público. Las personas afiliadas deben atenderse en el lugar donde realizaron su afiliación. Sólo en última instancia, el paciente deberá ser referido a un hospital. Este mecanismo se ha implementado por que el mayor porcentaje de casos que se tratan en el SIS corresponden a consultas ambulatorias y enfermedades de capa simple que pueden ser atendidas a un menor costo en puestos y centros de salud, así evita saturar los hospitales con patologías sencillas.

A partir del año 2006, el SIS ofrece un seguro semi-contributivo denominado SISalud. Este seguro, creado por DS N° 006-2006-SA del 21 de marzo del 2006, está dirigido a grupos poblacionales de limitada capacidad adquisitiva, aunque no se está exigiendo la aplicación de fichas socioeconómicas que restrinjan el acceso de la población de mayores ingresos.

Como primera etapa, SISalud empezó sus operaciones en Lima y Callao ofreciendo cuatro posibles planes:

Plan individual, costo mensual de S/. 10

Tres Planes Familiares, que van desde S/. 30 a S/. 45 mensuales

Estos planes permiten al usuario recibir servicios de atención médica básica y especializada, así como hospitalización, intervenciones quirúrgicas, medicamentos y atención de emergencia a través de los establecimientos del MINSA. Las primas han sido calculadas por el SIS, en función de su propia casuística, para cubrir los costos variables de las atenciones, más no los costos fijos.

El SIS se financia, principalmente, con recursos ordinarios provenientes del Presupuesto General de la República (94%). Además, recibe recursos de donaciones y contribuciones no reembolsables de gobiernos, organismos de cooperación internacional, aportes de personas naturales, instituciones públicas y privadas, así como los recursos que le transfieren el Fondo Intangible Solidario (constituido principalmente por donaciones) (5.5%) y los directamente recaudados de la operatividad del SIS (0.03%). En estos primeros años de funcionamiento, el SIS ha logrado importantes avances en materia de aseguramiento.

Debilidades del SIS. Si bien el SIS posee dos de los tres elementos esenciales de un seguro, población afiliada identificada y planes de beneficios definido, carece aún de su constitución como un fondo de financiamiento que asegure viabilidad a su crecimiento. A pesar de ser un programa presupuestal garantizado financieramente por el tesoro público, depende de las fluctuaciones en su disponibilidad. Los principales retos que el SIS enfrenta son:

Insuficiente financiamiento.- El SIS depende de los subsidios estatales y las transferencias del gobierno no cubren completamente el valor de producción que generan los servicios prestados por las dependencias

del MINSA. Se necesita un mayor financiamiento no sólo para financiar una mayor provisión de medicamentos, sino para labores de verificación y monitoreo.

Persistencia de barreras geográficas y culturales.- Existen barreras geográficas, culturales y falta de información que predominan en la población afiliada al SIS que limitan el uso de servicios institucionales. Por ejemplo, todavía existe un 40% de mujeres afiliadas al SIS que deciden dar a luz en su domicilio.

Filtración y cobertura.- Otro problema es la filtración, según la ENAHO, en el año 2006, existió un 26% de afiliados que pertenecieron a la población no pobre. A pesar de las mejoras en los mecanismos de focalización, el sistema requiere aún corregir y perfeccionar tanto los sistemas informáticos de soporte del SIS como los enlaces con otras aseguradoras, fundamentalmente EsSalud, para evitar las filtraciones, así como la necesidad de incluir control de calidad en la ficha de llenado.

2.1.5.2 Situación Actual. En el Perú, la población era de 29 millones de habitantes al 2010, de los cuales el 49,9% son mujeres. La tasa de crecimiento de la población sufre un descenso desde 1980 hasta el 2010 de 2,7% a 1,16% anual, según el INEI. La esperanza de vida se ha incrementado de 67 a 73 años en los últimos 20 años. La esperanza de vida en mujeres es de 75 años, mayor a la de los hombres que es de 71 años (INEI, 2010). La población económicamente activa de aproximadamente 15.6 millones de personas (aproximadamente 48% de la población), de esta población, el 49,7% trabaja en el sector formal.

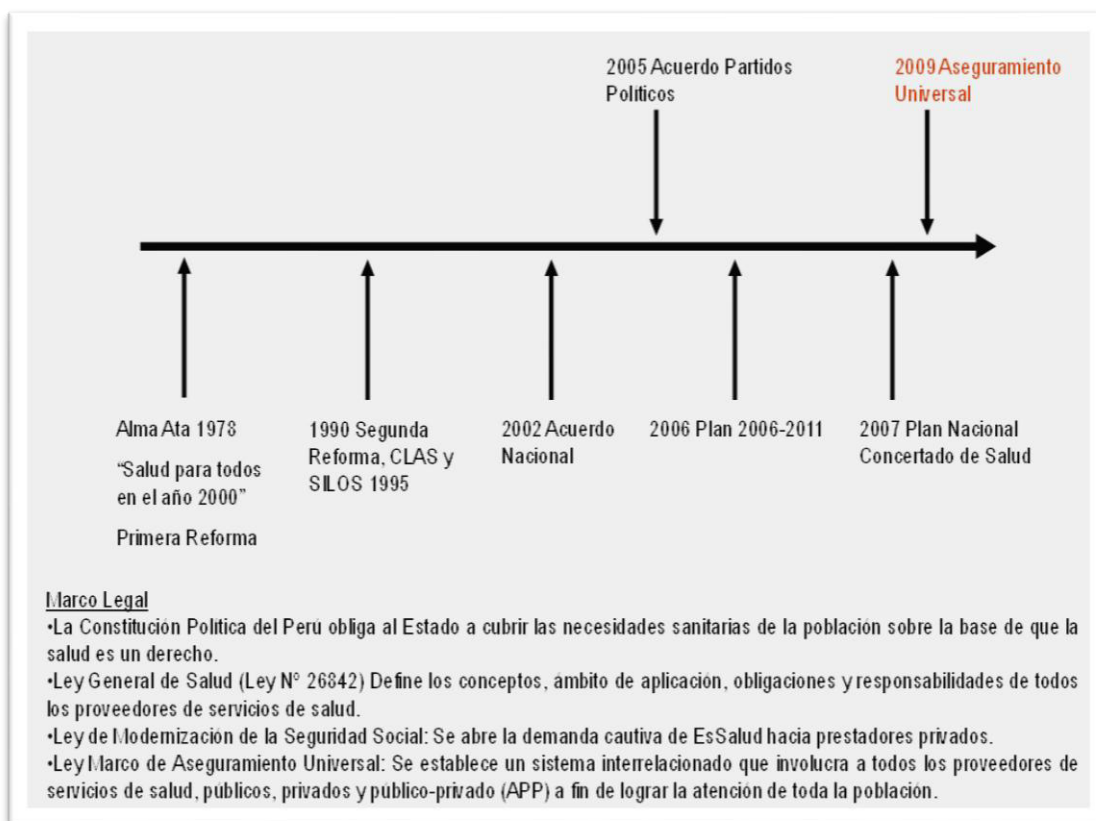


Figura 2. Evolución Histórica de la Salud en el Perú.

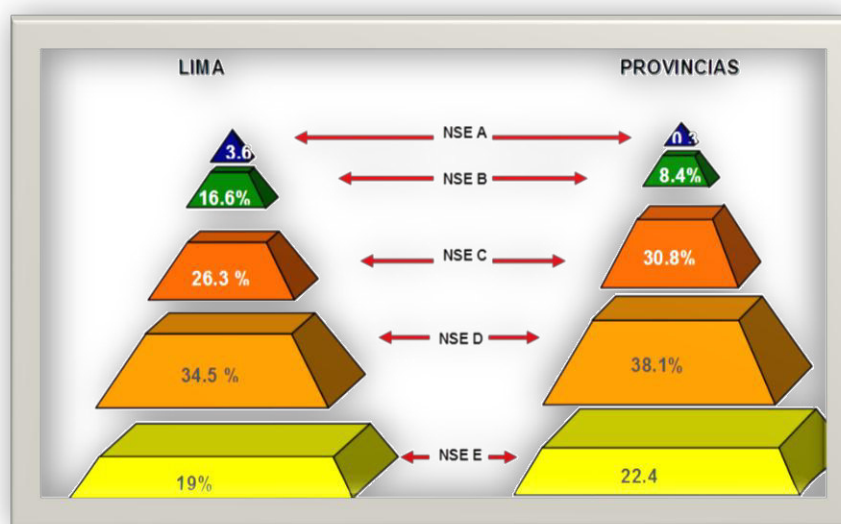


Figura 3. Distribución de la Población por Nivel Socio – Económico (NSE). Fuente INEI, Censos Nacionales de Población y Vivienda.

En el año 2005, el sector público disponía del 51% del total de los hospitales a nivel nacional, del 60% de los centros de salud y del 99% de los puestos de salud ubicados en zonas rurales dispersas y marginales urbanas. El MINSA (Ministerio de Salud) es la institución con mayor número de establecimientos. El país contaba con 8,041 establecimientos entre institutos, hospitales y clínicas en el sector salud. El MINSA contaba con 6,822 (hospitales 146, centros de salud 1203), EsSalud 325 (hospitales 78, centros de salud 68) Fuerza Armadas 340 (hospitales 21, centros médicos 121) y los privados 564 (hospitales 28, centros médicos 356) (Giedion, 2010).

En el Perú se estima trabajan en el sistema de salud peruano un total de 180,000 trabajadores y profesionales, de los cuales 123,663 lo hacen en el Ministerio de Salud y 36,063 en el Seguro Social de Salud (EsSalud 2007). Las EPS tienen un personal de 7,230 personas y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, 14,587 profesionales, técnicos y auxiliares. El total de médicos es de 27,272 al 2009 (OMS, 2012) y el de enfermeras es de 37,672 (Giedion, 2010).

El sistema de salud de Perú está compuesto por dos sectores, público y privado, y funciona en base a cinco subsistemas que brindan servicios de salud a diferentes segmentos de la población: (i) el Ministerio de Salud (MINSA), que incluye al Seguro Integral de Salud (SIS) como asegurador público con autonomía administrativa, (ii) el Seguro Social de Salud (ESSALUD), (iii) las Sanidades de las Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y Ejército) adscritas al Ministerio de Defensa, (iv) la Sanidad de la Policía Nacional de Perú (PNP) adscrita al Ministerio del Interior y, (v) las instituciones del sector privado que son Entidades Prestadoras de Salud (EPS), aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil (OSC).

El SIS provee servicios a la población con menos recursos a través de la red de prestadores de servicios de salud del MINSA. Las Sanidades

de las Fuerzas Armadas y Policiales cubren a los miembros de dichas corporaciones y sus dependientes. ESSALUD, brinda servicios a los trabajadores formales y sus dependientes, así como a través de los seguros potestativos a trabajadores informales. Los servicios de ESSALUD pueden ser complementados a través de las EPS, pertenecientes al sector privado. En el sector privado existen clínicas para personas con capacidad de pago que hacen pagos de bolsillo y también clínicas manejadas por ONG sin fines de lucro (Giedion, 2010).

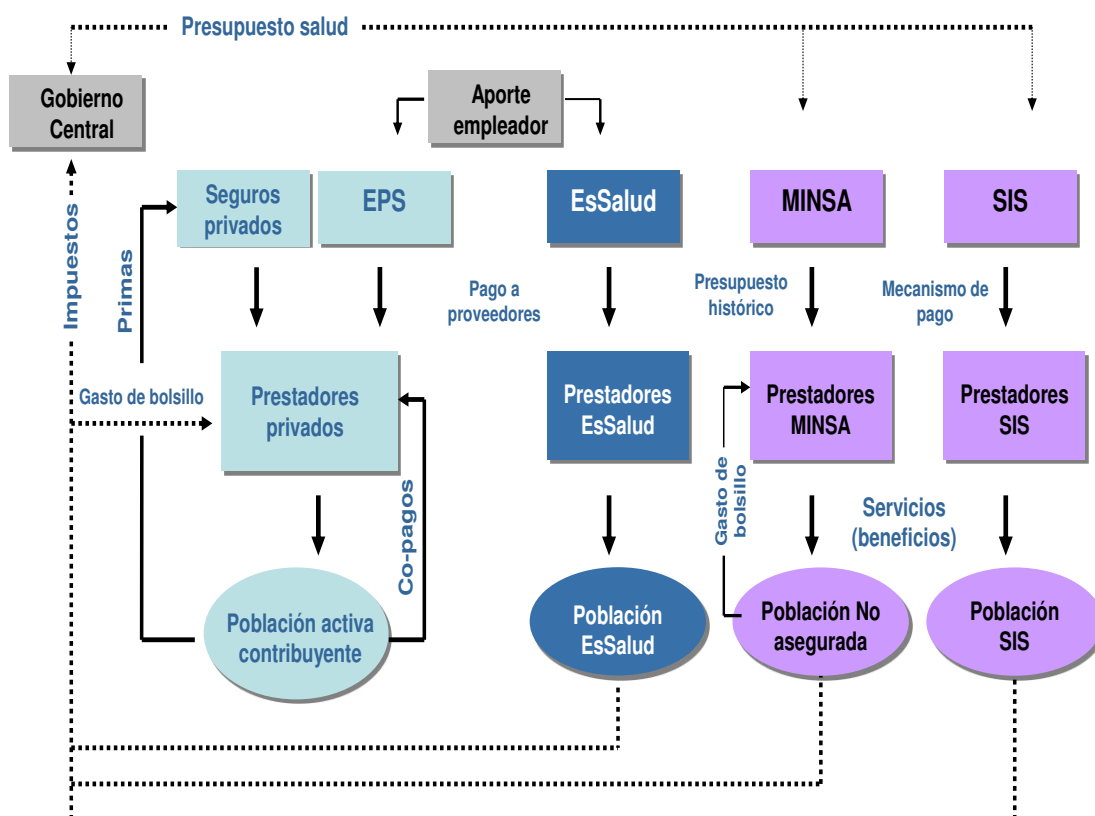


Figura 4. Sistema de Salud en el Perú.

Fuente: MINSA. AUS 2009

En el Perú existen dos sectores, el público y el privado. En el sector público, el gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a través de la red de prestadores de servicios de salud de

las regiones y, en el caso de Lima, del Ministerio de Salud (MINSA) a cambio del pago de una cuota de recuperación. El Seguro Integral de Salud (SIS) subsidia la provisión de servicios a la población que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema en los establecimientos de las regiones y del MINSA. La seguridad social en salud (ESSALUD) ofrece servicios a la población asalariada en sus propias instalaciones.



Figura 5. Ley de Modernización de la Seguridad Social.

Fuente: Elaboración propia

El sector privado incluye a las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas y las instituciones de beneficencia pertenecientes a organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro. Desde 1997 con

la Ley de Modernización de la Seguridad Social, el sector privado le ha vendido servicios personales a la ESSALUD a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) que prestan servicios de primer nivel de atención a individuos asegurados y a sus familias que han optado, junto a sus empleadores, por esta opción. Los militares y policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional de Perú (PNP) (Giedion, 2010).

En el Perú, el MINSA y los gobiernos regionales ofrecen atención a la población no asegurada con cierta capacidad de pago a cambio de pagos establecidos en tarifas. Los beneficiarios pobres de los planes subsidiados del SIS están exentos de estos pagos. Los miembros de las fuerzas armadas y la policía y sus dependientes son beneficiarios de los servicios que ofrecen las llamadas Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía.

Por parte de la seguridad social, sus principales beneficiarios son los trabajadores del sector formal de la economía y sus dependientes y, en segundo término, los trabajadores informales que, a título individual y voluntario, deciden afiliarse a ESSALUD a través de planes potestativos. Las EPS complementan los servicios prestados por ESSALUD cubriendo lo que se denominó "capa simple de servicios", es decir, un conjunto de intervenciones de salud de alta frecuencia y baja complejidad. Las compañías de seguros privadas, los autoseguros y los servicios prepagados ofrecen cobertura a un reducido grupo social equivalente a menos del 2% de la población. Finalmente, las instituciones de beneficencia ofrecen atención a menos del 1% de los peruanos. Cada una de las instituciones del sector salud está orientada a atender a una determinada población (Giedion, 2010).

Problemas del Sistema Nacional de Salud. Frente a la situación de salud del país, el sistema de salud genera, modula e impulsa intervenciones desde sus diferentes dependencias, órganos descentralizados y desconcentrados; las mismas que constituyen la respuesta del sistema de salud para mejorar la situación de salud del país. En ese sentido, es importante identificar los problemas del sistema de salud, así tenemos:

- Deficiente rectoría. Falta desarrollar y fortalecer el rol rector (planificación, articulación, supervisión, regulación, y financiamiento) del MINSA en el contexto de la descentralización y modernización del Estado. Se encuentra una escasa ejecución de las políticas y normatividad vigente.
- Deficiente financiamiento en salud, bajo gasto en salud, distribución inequitativa del financiamiento y gasto ineficiente en salud, insuficiente aseguramiento en salud, población desprotegida que no accede a servicios de salud por falta de recursos económicos; además de deficiente gestión del financiamiento en salud. Pese a que el proceso de aseguramiento se encuentra en marcha, su implementación aún es insuficiente.
- Poca participación ciudadana en el desarrollo de propuestas y establecimiento de compromisos, en el quehacer sanitario, en la gestión en salud y en la vigilancia
- Inadecuada oferta de servicios, insuficiente calidad de los servicios de salud. Infraestructura y equipamiento insuficientes, servicios fragmentados y deficiente organización de las redes
- Deficiente acceso y disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en los sectores más pobres, deficiente calidad de medicamentos y alto gasto de bolsillo
- Inadecuado sistemas de información que dificultan la toma de decisiones para la gestión de la salud pública

- Inadecuada gestión del desarrollo de recursos humanos. Localización inequitativa de recursos humanos calificados en salud, falta de regulación de la formación profesional, falta de conciliación de necesidades y demandas.

El Ministerio de Salud (MINSA) durante el periodo del 2007-2011, ha invertido S/. 1,650 millones en la construcción de más de 15 Hospitales del II y III nivel de atención; EsSalud ha desembolsado cerca de 2.500 millones de soles en la construcción 17 nuevos hospitales y 90 Unidades Básicas de Atención Primaria de la Salud; y en el sector privado se están construyendo nuevos complejos hospitalarios paralelos a la inversión de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento Universal (IAFAS).

A nivel regional y en el marco de la transferencia de competencias del MINSA a las Direcciones Regionales de Salud, se encuentran implementando establecimientos de salud en el Primer Nivel de Atención.

Recientemente se acaba de aprobar el Plan Nacional Concertado y Descentralizado de Desarrollo de Capacidades el cual permite la identificación y priorización de las capacidades a fortalecer a nivel nacional; siendo el componente de gestión los más prioritarios.

En el marco del Aseguramiento Universal, la Descentralización y el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, surge la necesidad prioritaria de las organizaciones de salud de mejorar sus sistemas de gestión, a través del desarrollo de consultorías de alto nivel de calidad, que permitan su Fortalecimiento Institucional.

La Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales establece las siguientes 16 funciones en salud a ser transferidas a los Gobiernos Regionales, mientras que el D.S. N° 049-2008-PCM clarifica las facultades

vinculadas a cada función descentralizadas a ser asumidas por el gobierno sub-nacional. (Cuadro II.1)

Cuadro 9. Funciones en Salud Transferidas al Nivel Regional

Áreas funcionales	Funciones transferidas Ley Orgánica Gobierno Regional
Emisión de políticas	Formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales
Planeamiento estratégico/ Gestión del financiamiento	Formular y ejecutar concertadamente el Plan de Desarrollo Regional de Salud
Gestión del aseguramiento	Coordinar las acciones de salud integral en el ámbito regional. Participar en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud de conformidad con la legislación vigente
Promoción de la salud	Promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de promoción y prevención de la salud
Organización institucional	Organizar los niveles de atención y administración de las entidades de salud del Estado que brindan servicios en la región, en coordinación de los Gobiernos Locales
Organización y gestión de los servicios de salud de las personas	Organizar, implementar y mantener los servicios de salud para la prevención, protección, recuperación y rehabilitación en materia de salud, en coordinación con los Gobiernos Locales
Regulación sectorial de las salud de las personas	Supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados
Gestión de riesgos de salud, emergencias y desastres	Conducir y ejecutar coordinadamente con los órganos competentes la prevención y control de riesgos y daños de emergencias y desastres
Regulación sectorial de medicamentos e insumos	Supervisar y controlar la producción, comercialización, distribución de productos farmacéuticos y afines
Regulación sectorial de las salud ambiental y ocupacional	Promover y preservar la salud ambiental de la región
Gestión de la inversión	Planificar, financiar y ejecutar los proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento, promoviendo el desarrollo tecnológico en salud en el ámbito regional
Gestión de la información	Poner a disposición de la población, información útil sobre la gestión del sector, así como de la oferta de infraestructura y servicios de salud

Gestión de recursos humanos	<p>Promover la formación, capacitación y el desarrollo de los recursos humanos y articular los servicios de salud en la docencia e investigación y proyección a la comunidad.</p> <p>Evaluar periódicamente y de manera sistemática los logros alcanzados por la región en materia sanitaria.</p> <p>Ejecutar, en coordinación con los Gobiernos Locales de la región, acciones efectivas que contribuyan a elevar los niveles nutricionales de la población</p>
-----------------------------	--

Fuente Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Descentralización en Salud (MEDSALUD). Ministerio de Salud. 2009.

El análisis de los documentos referenciados permite resumir en los cuadros siguientes, los retos en resolución de problemas que afronta el Estado peruano en su sistema de salud.

Cuadro 10. Problemas Sanitarios Nacionales Identificados

PROBLEMAS SANITARIOS NACIONALES	
1	Alta razón de mortalidad materna
2	Alta mortalidad infantil
3	Alto porcentaje de desnutrición crónica infantil
4	Deficiente salud mental en la población
5	Alta prevalencia de enfermedades transmisibles (Malaria, TBC, VIH/SIA)
6	Alta prevalencia de enfermedades transmisibles regionales (Dengue, Bartenellosis, Chagas, Leishmaniasis, Peste)
7	Alta mortalidad por cáncer (Cuello uterino, mama, próstata, estómago, pulmón, piel y boca)
8	Incremento de enfermedades crónicas degenerativas (Diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio, accidente cerebrovascular, ceguera por catarata)
9	Persistencia de enfermedades inmunoprevenibles (Hepatitis B, fiebre amarilla, TBC, pertusis, difteria y tétanos neonatal)
10	Incremento de las enfermedades por causas externas (Accidentes y lesiones intencionales)
11	Incremento de la discapacidad
12	Alta prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal

Fuente: Plan Nacional Concertado en Salud.2007-2020

Cuadro 11. Problemas del Sistema de Salud Identificados

PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SALUD	
1	Insuficiente aseguramiento en salud
2	Descentralización del sector salud incompleta
3	Insuficiente calidad de los servicios
4	Inadecuada oferta de servicios
5	Insuficiente atención a poblaciones excluidas y dispersas
6	Inadecuado desarrollo de recursos humanos
7	Deficiente acceso y disponibilidad de medicamentos
8	Deficiente financiamiento en salud
9	Deficiente rectoría
10	Deficientes sistemas de información
11	Poca participación ciudadana
12	Problema de los determinantes de la salud

Fuente: Plan Nacional Concertado en Salud.2007-2020

2.1.5.3 Aseguramiento Universal en Salud. El Aseguramiento Universal es el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna que tiene toda la población residente en el territorio nacional desde su nacimiento hasta su muerte. Este derecho no estaba consagrado en el país y hacerlo significa marcar un hito histórico dando al AUS el carácter de profunda reforma social hacia una sociedad más justa y equitativa. La Ley 29344 o de Aseguramiento Universal en Salud, constituye uno de los acontecimientos más importantes para la salud pública de las últimas décadas.

El "Aseguramiento Universal en Salud" (AUS) es un sistema orientado a lograr que el 100% de la población en el Perú disponga de un seguro de salud durante toda su vida. El estado peruano reconoce así el derecho a la salud que tienen todos sus ciudadanos y los extranjeros residentes en el país y garantiza el acceso a servicios de salud a la población. Con este sistema, las instituciones o empresas públicas

(Seguro Integral de Salud, EsSalud y los Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas y Policiales) y privadas brindarán un servicio de calidad a todos los peruanos sin distinción.

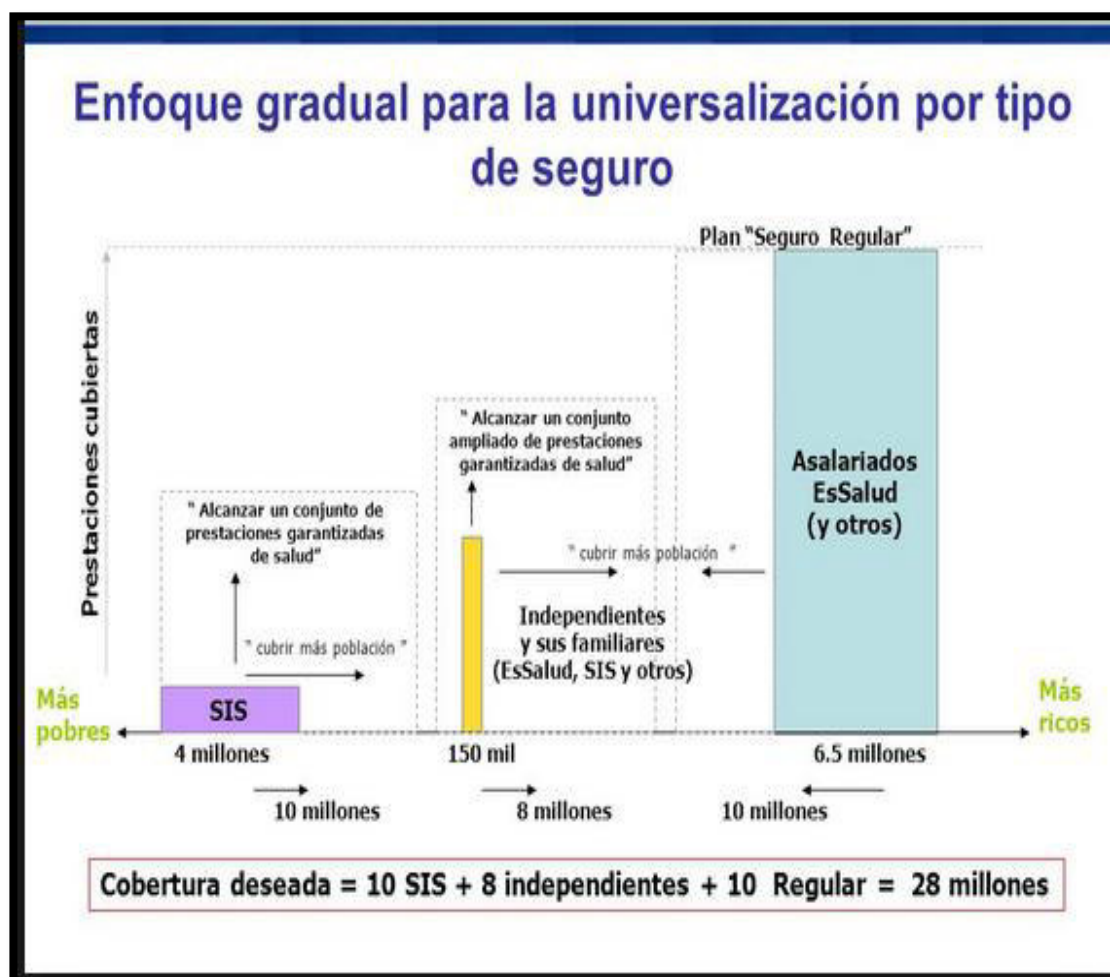


Figura 6. Enfoque gradual para la Universalización por tipo de seguro

Fuente: MINSA. AUS 2009

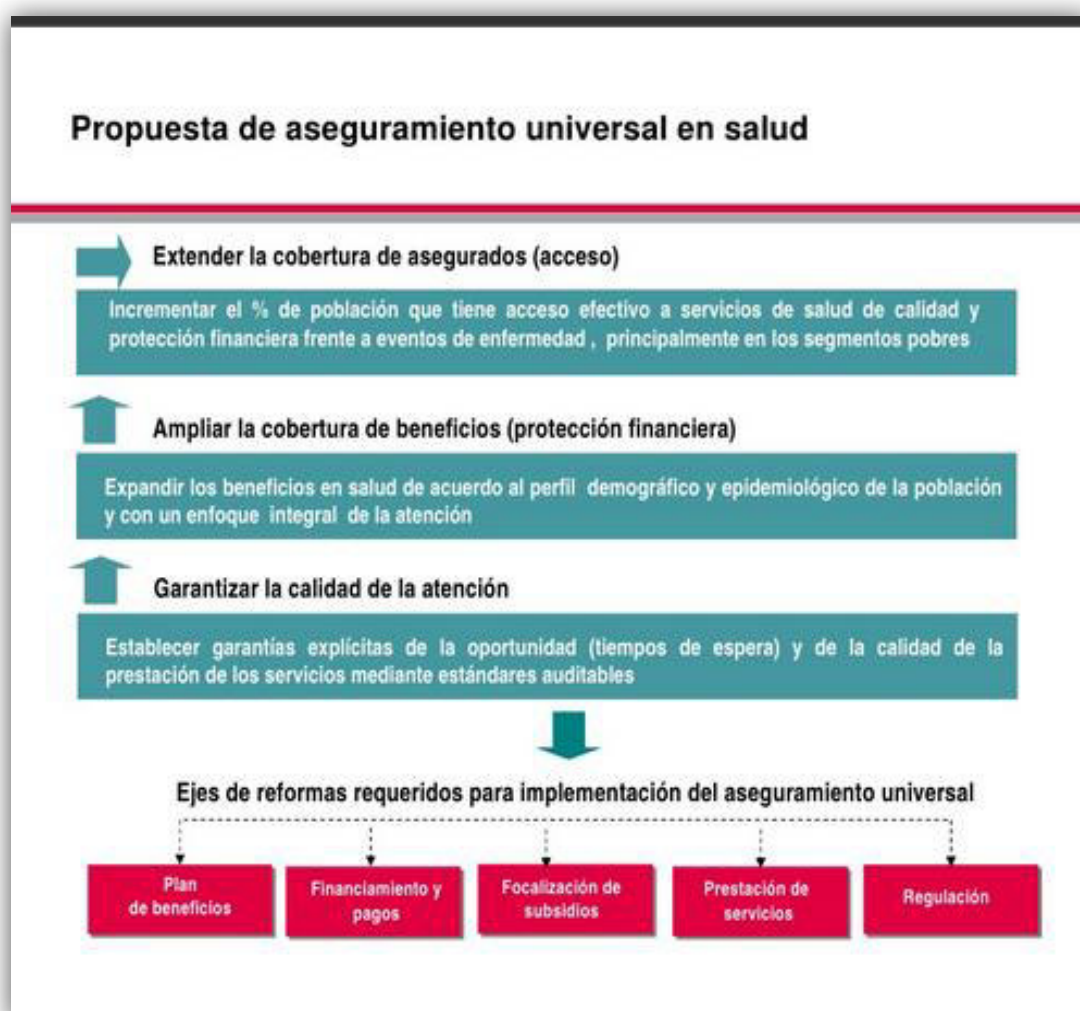


Figura 7. Enfoque gradual para la Universalización por tipo de seguro.

Fuente: MINSA. AUS 2009

Para llevar esto a cabo se ha creado el PEAS (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud) el cual cubre una lista de condiciones e intervenciones básicas que deben ser financiadas, a través de las aseguradoras públicas o privadas.

Características

Obligatorio. La afiliación a cualquier régimen de aseguramiento en salud es obligatoria para toda la población residente.

Progresivo. Es gradual y continuo, busca la inclusión de todas las personas residentes en el Perú al sistema de salud y ampliar la cobertura de los planes.

Garantizado. El Estado asegura el acceso, calidad y atención oportuna a todos los afiliados a este seguro.

Descentralizado. El proceso se organiza en los niveles nacional, regional y local y busca transferir las funciones de financiamiento y prestación de servicios de salud a los Gobiernos regionales y locales en coordinación con el Gobierno Central.

Regulado. Las reglas que regirán a los diversos actores involucrados en el proceso de financiamiento y prestación de servicios de salud para alcanzar el Aseguramiento Universal en Salud serán definidas por las instancias competentes, según lo indicado en la Ley del AUS.

Portable. La condición de asegurado, una vez incluido en el sistema lo acompaña en todo el territorio nacional.

Transparente. Contará con mecanismos de rendición de cuentas accesibles a la ciudadanía.

Sostenible. El aseguramiento universal en salud cuenta permanentemente con el financiamiento procedente de las fuentes según lo indicado en la Ley del AUS.

Principios:

Universalidad. El aseguramiento universal en salud es la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida, tal como lo

garantiza la constitución y otros acuerdos firmados por el estado peruano.

Solidaridad. Se refiere al mecanismo de financiamiento mediante la compensación de los aportes entre grupos de diferentes edades, riesgos de enfermedad o segmentos económicos, entre otros.

Unidad. Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamiento y prestaciones para alcanzar los objetivos según lo indicado en la Ley del AUS.

Integralidad. Otorgamiento de todas las prestaciones necesarias para solucionar determinados problemas de salud.

Equidad. El Sistema de Salud proveerá servicios de salud de calidad, a toda la población peruana, priorizando a la población más vulnerable y de menos recursos.

Irreversibilidad. Los derechos adquiridos previamente al proceso del aseguramiento universal y durante el mismo no deben sufrir ningún quebranto como consecuencia de algún proceso posterior.

Participación. Se define como el ejercicio de la ciudadanía en la formulación y seguimiento de políticas de aseguramiento universal en salud.

Regímenes de afiliación. En el AUS existen 3 regímenes distintos: el régimen contributivo, semicontributivo y subsidiado.

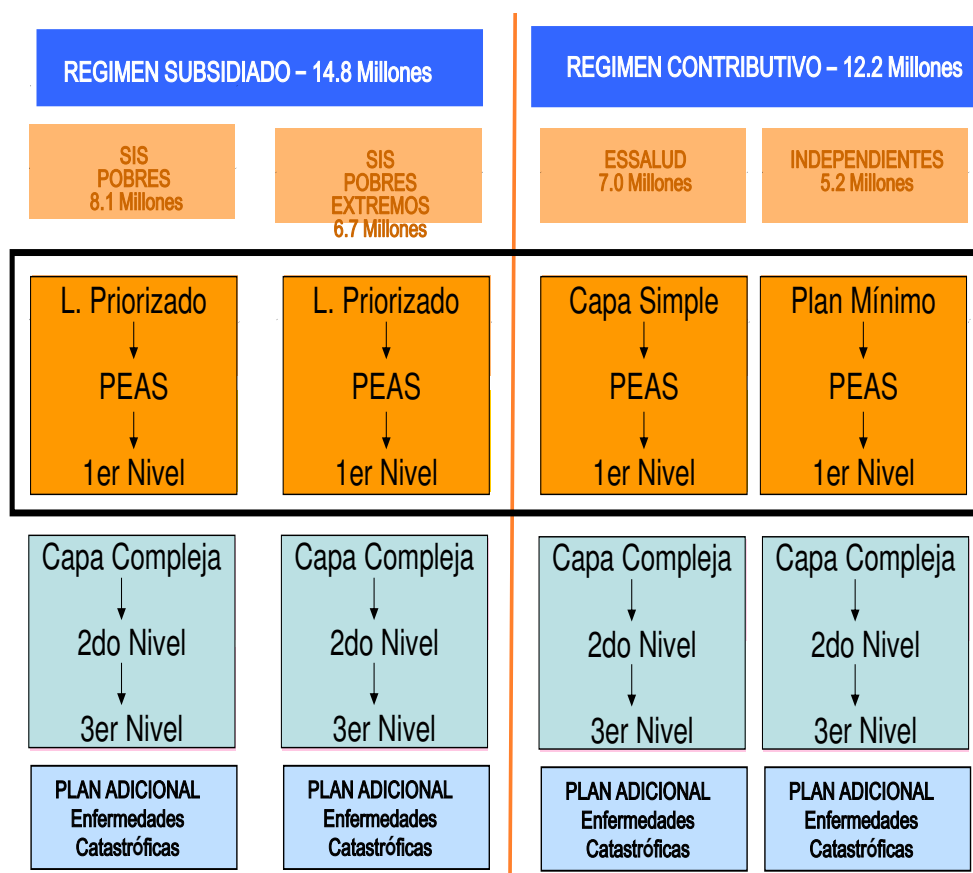


Figura 8. Universalización de la Salud.

Fuente: Elaboración propia

Régimen contributivo. Son afiliados Dependientes al régimen Contributivo del Aseguramiento Universal en Salud:

a) Los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, cualquiera sea el régimen laboral o modalidad a la cual se encuentren sujetos, incluyendo a los trabajadores de la Pequeña y Mediana Empresa.

Los pensionistas que perciben pensión de cesantía, jubilación, incapacidad o de sobrevivencia, cualquiera fuere el régimen legal al cual se encuentren sujetos

b) Los trabajadores bajo modalidad contractual de la Administración Pública, privativa del Estado, que vincula a una entidad pública con una

persona natural que presta servicios de manera no autónoma mediante contratos administrativos de servicios con el Estado, según Decreto Legislativo N° 1057.

Son afiliados Independientes del régimen Contributivo de Aseguramiento Universal en Salud: Trabajadores y profesionales independientes y demás personas que no reúnan los requisitos de una afiliación contributiva dependiente, teniendo la libertad de optar por su afiliación ante cualquiera de las IAFAS que oferten esta modalidad de aseguramiento. Este régimen incluye asimismo a todos aquellos trabajadores independientes que no forman parte del régimen subsidiado, de acuerdo a lo establecido en el presente reglamento.

Régimen subsidiado. Son afiliados al régimen subsidiado toda la población residente en el país en condición de pobreza o extrema pobreza que no cuenten con un seguro de salud contributivo o semicontributivo. Como beneficiarios del régimen Subsidiado, tienen derecho al conjunto de prestaciones incluidas en el PEAS, con un subsidio del 100%.

Régimen semicontributivo. Son afiliados al régimen semicontributivo:

1. Trabajadores y los conductores de la microempresa y sus derechohabientes de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1086 y su reglamento.
2. Las personas beneficiarias o afiliadas individual o familiarmente, al Seguro Integral de Salud - SIS, dentro del componente denominado semisubsidiado, previo pago de una aportación, según estructura y disposiciones operativas que determine el SIS.
3. Otros beneficiarios cuya cobertura sea cofinanciada por recursos de un gobierno regional u otro tipo de acuerdo a regímenes establecidos por norma expresa.

Supervisión. Con base en el AUS se crea la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), la misma que ejerce competencias en materia de registro, autorización, regulación, supervisión y potestad sancionadora sobre las actividades vinculadas al AUS de las IAFAS y todas aquellas instituciones públicas, privadas o mixtas. También supervisa la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia en la entrega de servicios de salud, registro y facultad sancionadora de las IPRESS vinculadas al AUS.

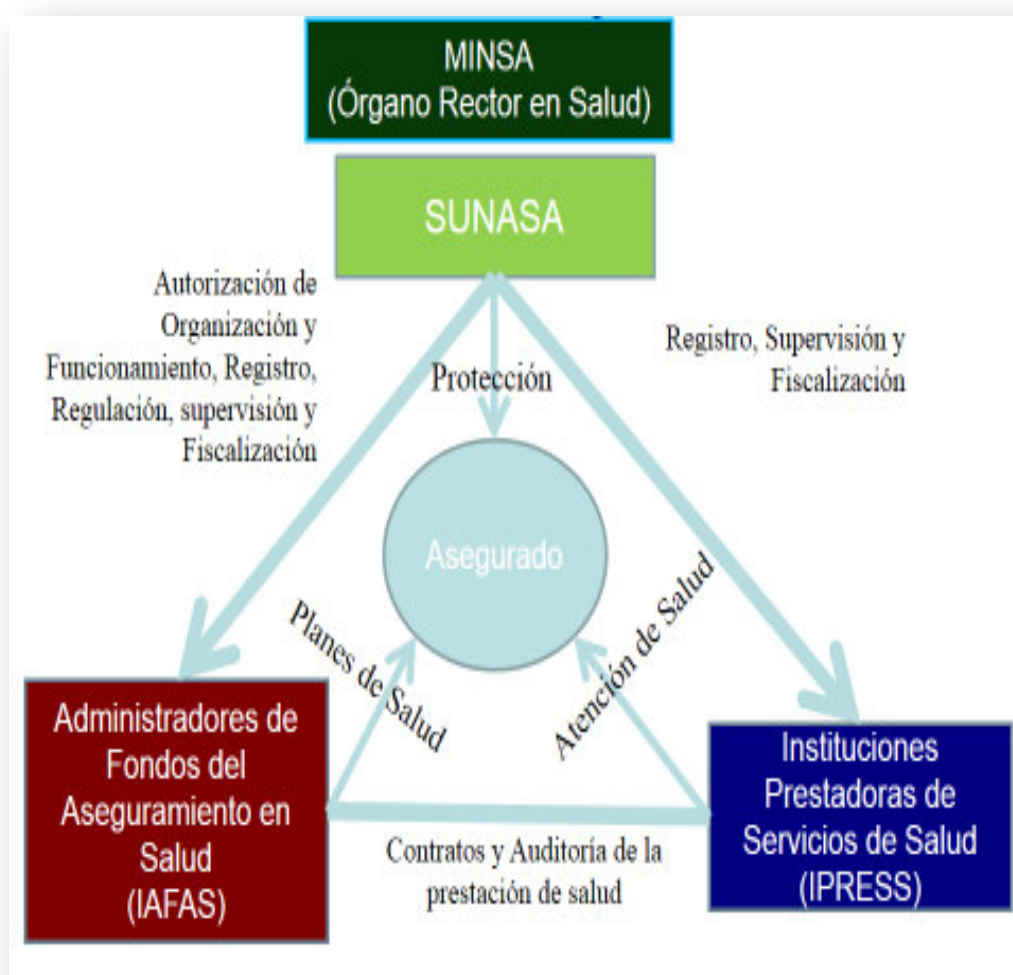


Figura 9. Entendiendo el Aseguramiento

Fuente: SUSALUD 2014

Asimismo, se definen a los dos grandes actores del AUS: las IAFAS y las IPRESS. Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) grupo integrado por la Seguridad Social (EsSalud), el Seguro Integral de Salud (SIS), Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía, EPS, Compañías de Seguros, Entidades que ofrecen prepagas, autoseguros y cualquier otra modalidad que ofrezca algún tipo de aseguramiento.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) son todos aquellos establecimientos públicos, privados o mixtos que brindan algún tipo de servicio de salud; este grupo lo integran por ejemplo, los hospitales, clínicas, laboratorios, etc.

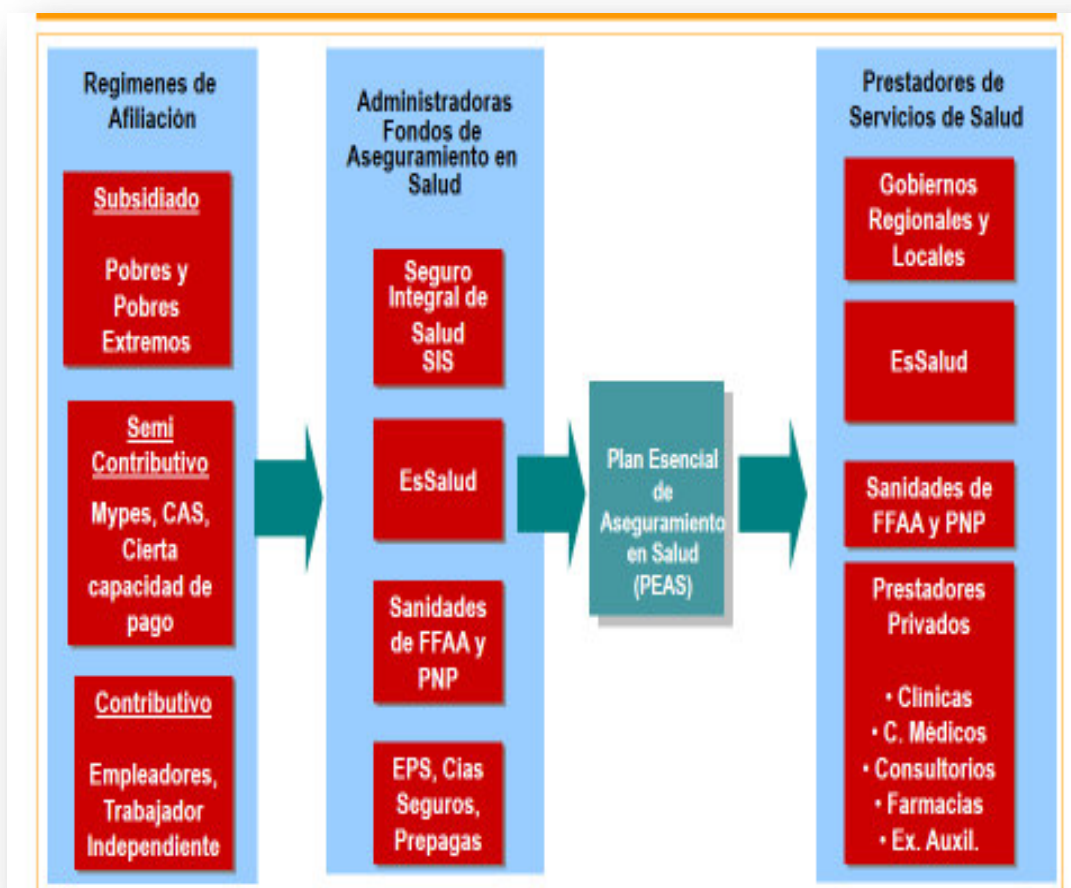


Figura 10. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud

El PEAS (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud) es el plan mínimo de aseguramiento en salud que debemos tener todos los peruanos y extranjeros residentes en el Perú. Es un sistema de salud orientado, principalmente, a la prevención de enfermedades y a la recuperación de la salud.

Este plan incluye atención médica para gestantes, recién nacidos y niños, así como tratamiento de algunas neoplasias, enfermedades infecciosas, crónicas y mentales; otorga un potente esquema de prevención con la finalidad de mantener a la población sana.

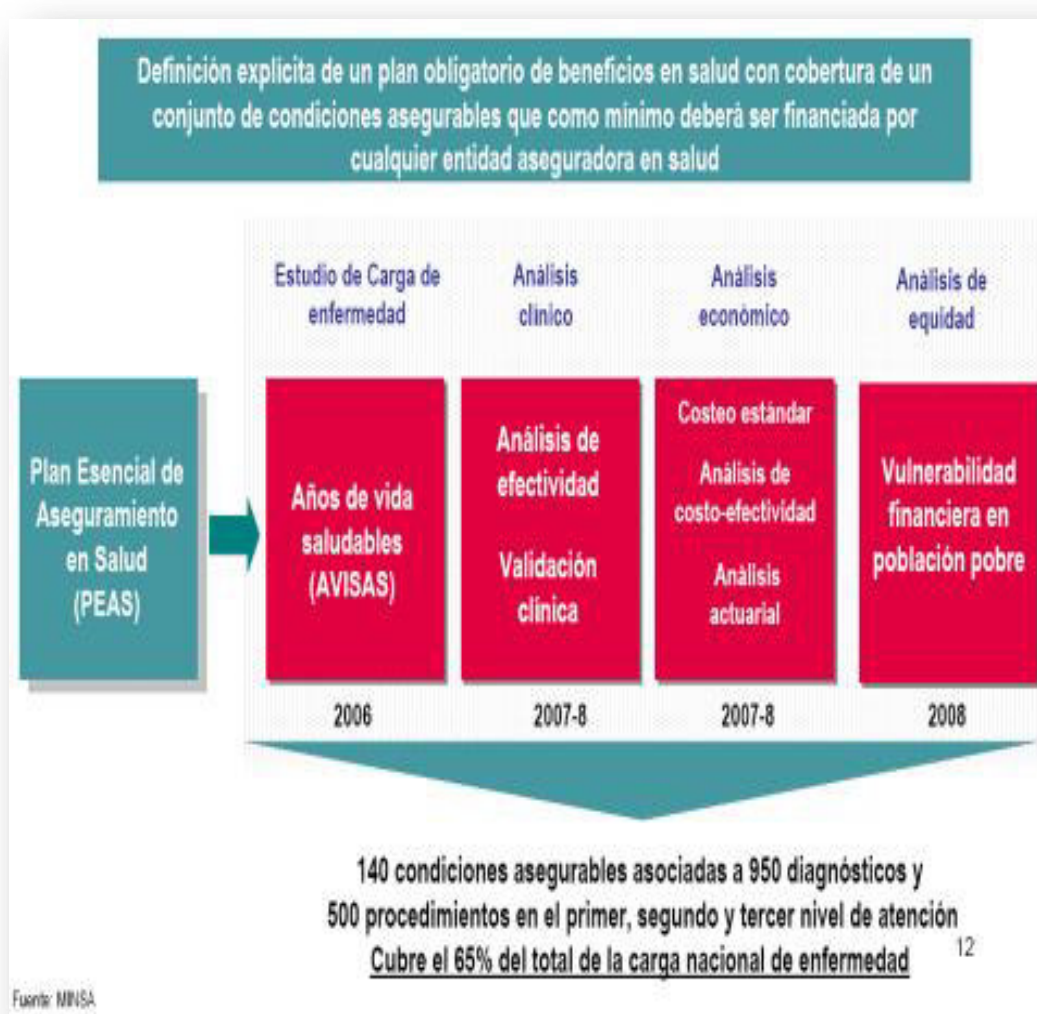


Figura 11. Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

Fuente: MINSA. AUS 2009

En ningún caso una enfermedad que se encuentre cubierta dentro del PEAS podrá ser considerada como preexistencia. Por lo tanto, es obligatorio declarar la enfermedad preexistente al momento de la afiliación. Asimismo, el AUS garantiza la protección de la salud para todos los residentes del país, en todas las etapas de la vida; por lo tanto, no es plausible la determinación de límites de edad para poder acceder al PEAS.

Garantías Explícitas. Las garantías explícitas definen el carácter de las condiciones mínimas asegurables otorgadas a toda la población residente en el país. El AUS debe garantizar para sus afiliados, intervenciones y prestaciones eficientes y eficaces desde el punto de vista médico y terapéutico y oportuno en cuanto a su entrega y calidad.

En el marco del AUS se han definido las siguientes garantías explícitas: Acceso, calidad, oportunidad y protección financiera.

Garantía de acceso: Asegura el acceso a las prestaciones de salud otorgadas por el PEAS para los diferentes regímenes de financiamiento, condicionado a un riesgo, sospecha o confirmación de uno o más problemas de salud definidos por el plan de beneficios.

Garantía de calidad: Se refiere al mejor manejo clínico en el otorgamiento de las prestaciones del PEAS, relacionado al óptimo uso de la infraestructura, equipamiento y recursos humanos, de acuerdo a normativa vigente.

Garantía de oportunidad: Son los plazos máximos para que el afiliado, una vez ingresado al establecimiento de salud, reciba las prestaciones garantizadas por el PEAS.

Garantía de protección financiera: Las IAFAS deben de garantizar la liquidez suficiente para la atención de los planes de salud contratados y el manejo técnicamente aceptable de los fondos de sus asegurados,

así como la solvencia y rentabilidad que garanticen su estabilidad económica financiera.

2.1.6 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)

2.1.6.1 Contexto de la Gestión Hospitalaria en Perú. La población del Perú según el censo del año 2007 es de 28.220,764 habitantes. Lima concentra cerca de la tercera parte de la población nacional con un 30,8% del total, siendo los departamentos más pobladas Piura, La Libertad, Cajamarca y Puno, que en conjunto con Lima concentran más de la mitad de la población nacional con un 52.5% del total.

En el periodo intercensal de 1993 al 2007, que son 14 años, la población total del país se incrementó en más de 5 millones de habitantes, es decir un incremento del 24,7% respecto a la población de 1993. Respecto a América del Sur el Perú es el cuarto país más poblado después de Brasil, Colombia y Argentina y en relación América Latina es el quinto país más poblado después de Brasil, México, Colombia, Argentina.

La tasa de crecimiento poblacional anual ha descendido en los últimos 46 años, para el período 1993-2007 fue de 1,6%, sin embargo no todas las regiones del país han disminuido esta tasa de crecimiento anual como son Madre de Dios, Ucayali, Tacna, Lima y San Martín.

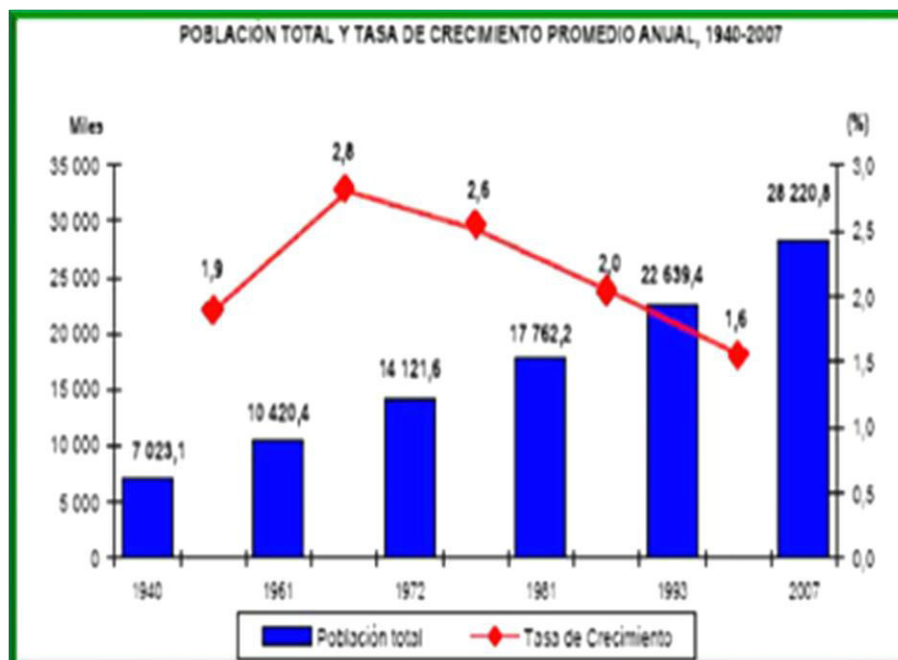


Figura 12. Población Total y Tasa de Crecimiento Anual 1940-2007

Fuente: INEI

La densidad poblacional del Perú para el año 2007 fue de 22 Hab/km²; en los últimos 67 años se ha incrementado por cuatro, con relación a América del Sur estando ubicado en quinto lugar después de Ecuador, Colombia, Venezuela y Brasil.

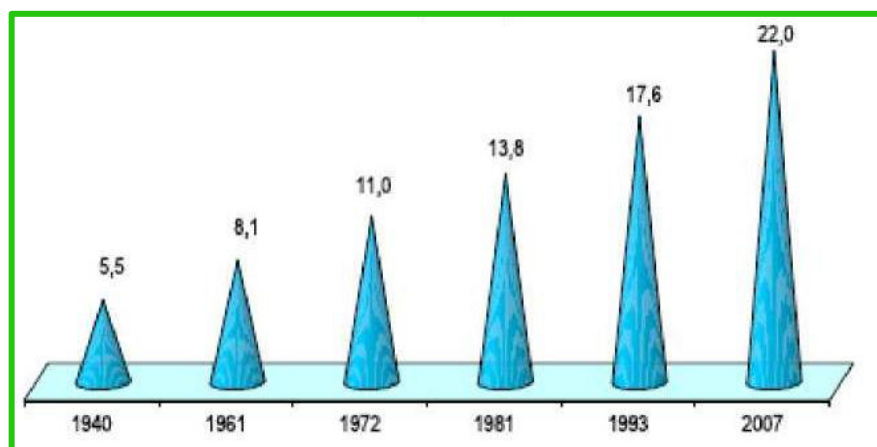


Figura 13. Perú Evolución de la Densidad Poblacional

Fuente: INEI Censo.1940-2007

Según la distribución espacial de la población por regiones naturales, se encuentra que la costa alberga más de la mitad de la población del país con un 54,6%, observándose a lo largo de los años que ha habido cambios sustanciales en la distribución de la población, que ha pasado de ser predominantemente andina a mayoritariamente costeña. Asimismo la población peruana se encuentra relativamente urbanizada, mientras que en 1940 el 35,4% vivía en las ciudades, para el año 2007 este porcentaje se ha incrementado a 75,9%.

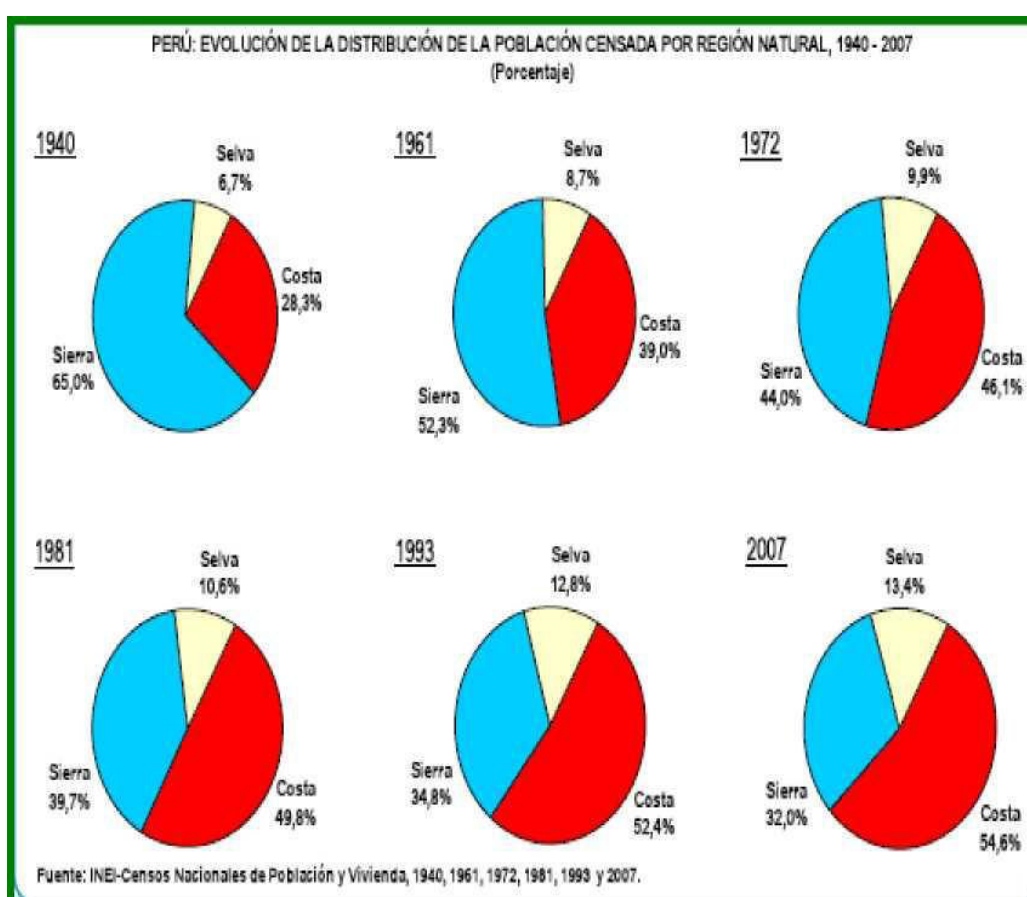


Figura 14. Perú. Evolución de la Distribución de la Población Censada por Región Natural. 1940-2007

La composición por grupos etéreos ha sufrido cambios importantes, de una pirámide de base ancha, indicador de altas tasas de natalidad,

rápido adelgazamiento que significa altas tasas de mortalidad en la niñez, y vértice agudo, reflejo de corta expectativa de vida, paulatinamente ha cambiado de forma al 2007 se aprecia una base más reducida y un ensanchamiento progresivo en el centro, lo que refleja un menor número de nacimientos y mayor población en edad activa; así mismo una mayor proporción de la población adulta mayor, lo que indica el proceso de envejecimiento de la población peruana.

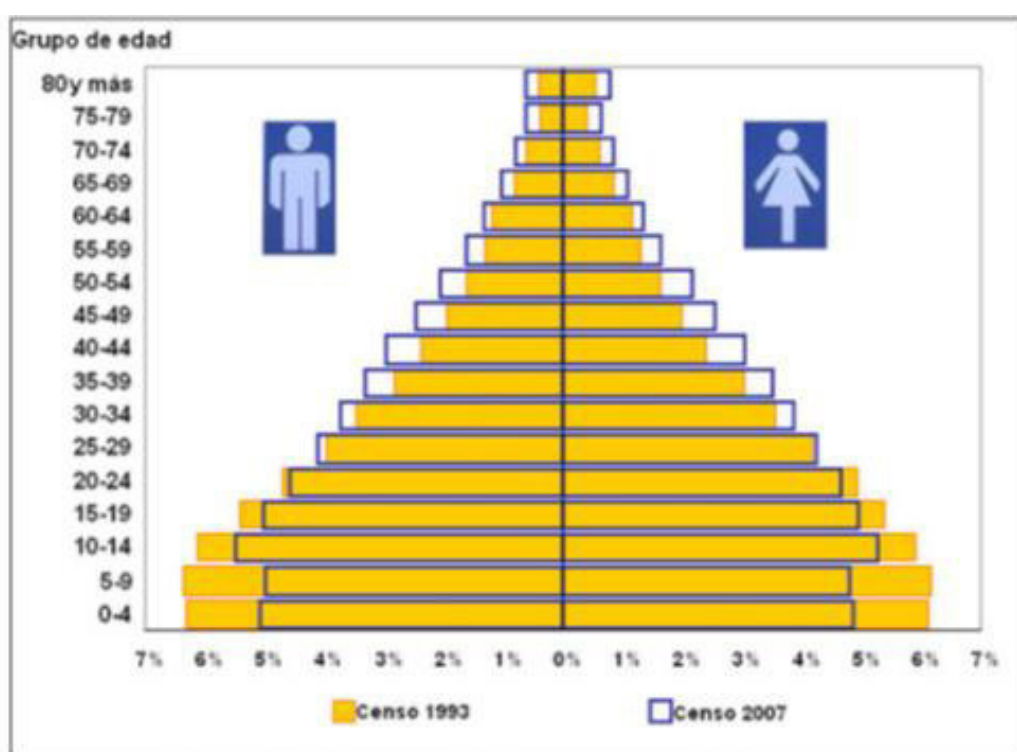


Figura 15. Perú; Pirámide de Población Censada. 1993 y 2007 (Porcentaje).

Fuente. INEI. Censos Nacionales de Población y Vivienda. 1993 y 2007

El índice de envejecimiento se ha duplicado en los últimos 50 años, en el 2005 existían aproximadamente 23 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años y la esperanza de vida al nacer se ha incrementado en todas las regiones en los últimos 30 años, siendo

actualmente a nivel nacional de 71.2 años, siendo en promedio este indicador 5 años mayor en las mujeres que en los hombres.

Los cambios en los indicadores demográficos han determinado que se desarrolle en diferentes grados el proceso de transición demográfica en las regiones del país, habiendo Lima, Callao y Moquegua completado su transición.

Cuadro 12. Indicadores Demográficos Según Quinquenios. Perú, 1950-2005

Indicadores de Fecundidad	Años en Quinquenio		
	1950-1955	1985-1990	2000-2005
Nacimientos anuales (en miles)	384	644	628
Tasa bruta de natalidad (por mil)	47.08	31.22	23.3
Tasa global de fecundidad	6.85	4.1	2.86
Tasa bruta de producción	3.34	3	1.4
Tasa neta de producción	2.15	1.77	1.3

Fuente. INEI

El proceso de transición demográfica se inicia con la disminución de las tasas de mortalidad infantil, con la posterior disminución de tasas de fecundidad se originó un cambio en la composición general de los grupos etáreos en la población, que incidió en los niveles de esperanza de vida al nacer y de envejecimiento.

Cuadro 13. Clasificación de la Transición Demográfica. Perú 2005

I	II	II	III	IV	V
Incipiente	Recargada	En avance	Plena transición	Avanzada	Completa
Fecundidad Elevada	Fecundidad elevada		Fecundidad moderada	Fecundidad baja	Fecundidad de reemplazo
Mortalidad Elevada	Mortalidad moderada		Mortalidad moderada	Mortalidad baja	Mortalidad Baja
Huancavelica	Apurímac	Amazonas	Pasco	Arequipa	Lima
	Puno	Ancash	San Martín	Ica	Callao
	Ayacucho	Cajamarca	Piura	La libertad	Moquegua
	Loreto	Ucayali		Lambayeque	
	Huánuco	Junín		Tacna	
	Cusco	Madre de Dios		Tumbes	

Fuente. INEI.

La incidencia de pobreza total, según cifras del INEI, se ha reducido llegando al 2007 a 39,3%, al igual que la incidencia de pobreza extrema, que para el 2007 es de 13,7%.

El Producto Bruto Interno en el país presenta un comportamiento positivo, desde el tercer trimestre del 2001 y a partir del 2004 el PBI viene registrando tasas de crecimiento interanuales superiores a los cinco puntos porcentuales, respecto al mismo periodo del año anterior.

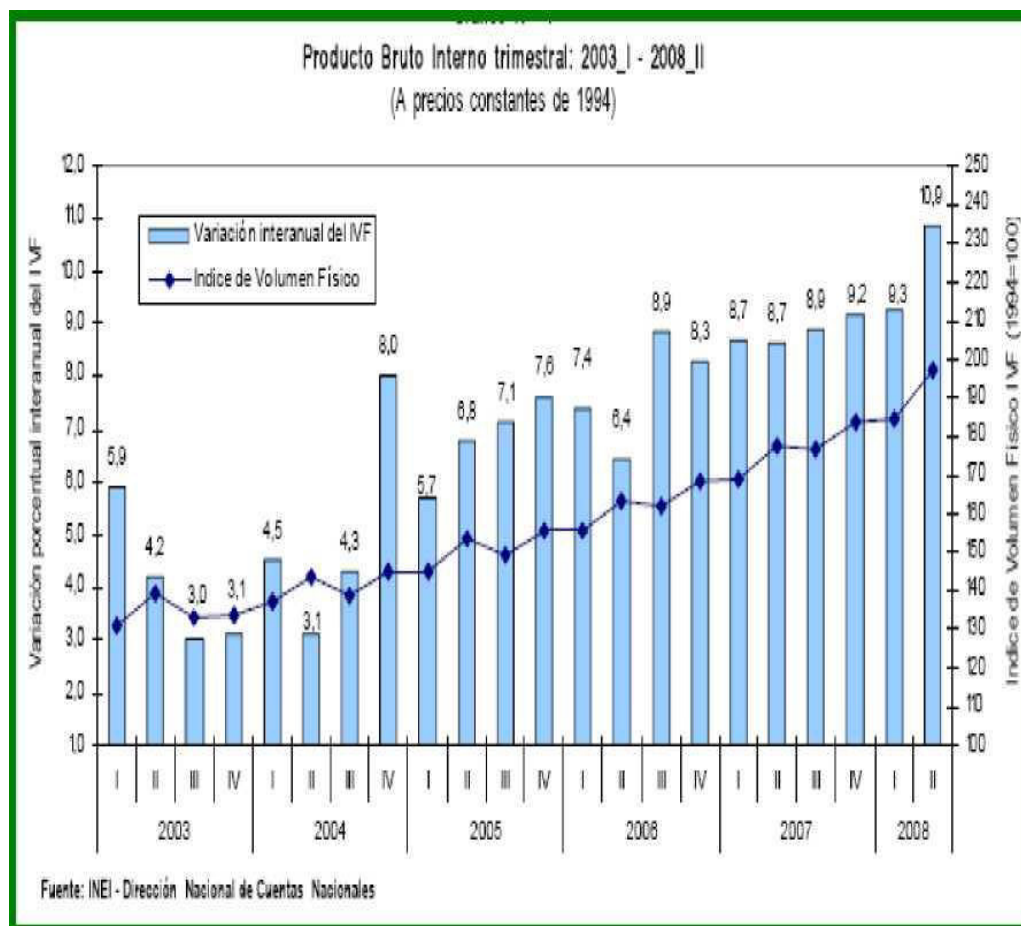


Figura 16. Producto Bruto Interno Trimestral 2003-I al 2008-II

Durante el periodo 2000-2005, se estimó que por cada 1000 habitantes ocurrían 6 muertes, presentando desde 1950 la tasa bruta de mortalidad una tendencia decreciente, esto debido en gran parte a la disminución de la mortalidad infantil en el país. Esta tendencia puede apreciarse en todo el Perú, pero algunas regiones se presentaron tasas que superaron el valor nacional como Huancavelica, Puno, Cusco, Ayacucho, Apurímac, Ancash, Piura y Huánuco.

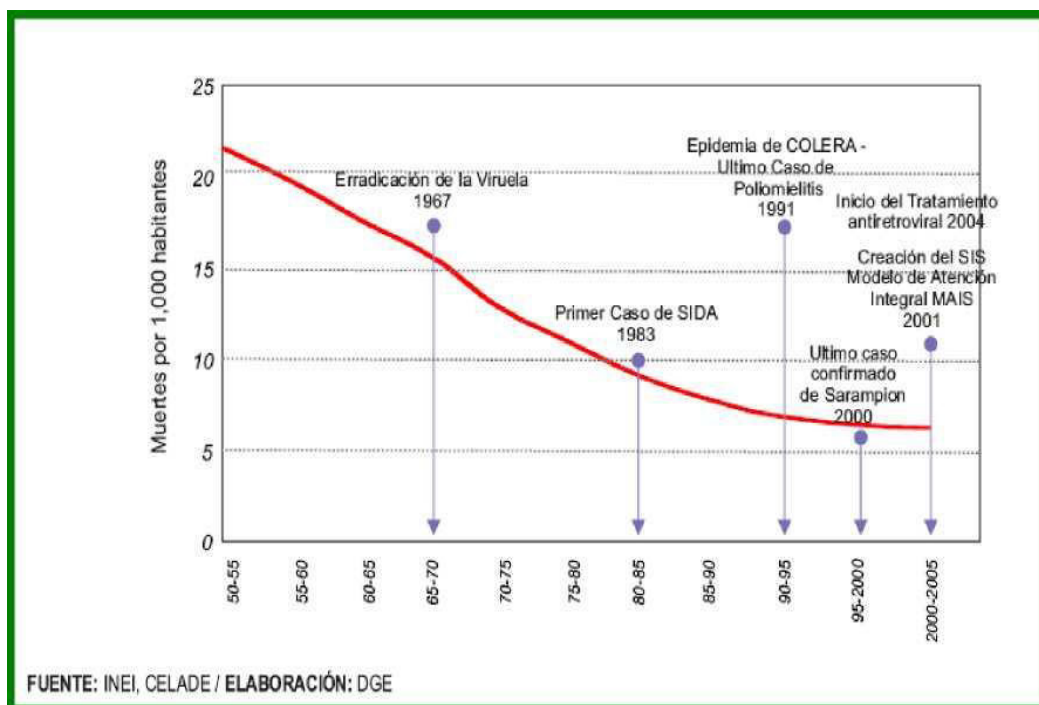


Figura 17. Tasa bruta de mortalidad. Fuente. INEI. CELADE. Elaboración: DGE

La tendencia de la tasa de mortalidad infantil en el Perú ha experimentado una disminución progresiva en los últimos 50 años. Para el período 2000-2005 se calcularon 33.6 defunciones de niños menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos. Según las proyecciones se calcula que la reducción de mortalidad infantil podría llegar en el año 2025 a 15x1000 nacidos vivos.



Figura 18 .Tasa De Mortalidad Infantil Estimada (Por Mil Nacidos Vivos) Por Quinquenio, Perú 1950-2050.

Fuente. INEI / ELABORACIÓN: DGE

Según el Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú 2004, se perdieron aproximadamente 5'557,669 años de vida saludable (AVISA) lo que representa una pérdida de 201,9 AVISA por cada 1000 habitantes.

Según los grandes grupos de categoría de la carga de enfermedad, las enfermedades no transmisibles son la principal causa de pérdida de AVISA en el Perú, representando el 60% del total de carga, el segundo lugar lo ocupan las enfermedades transmisibles maternas, perinatales y nutricionales con un 27,6% y en tercer lugar están los accidentes y lesiones con un 12,2%.

Las enfermedades no transmisibles es la principal causa de AVISA en todos los grupos etáreos, a excepción del grupo de 0-4 años, en la que la principal causa de AVISA sigue siendo las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales.

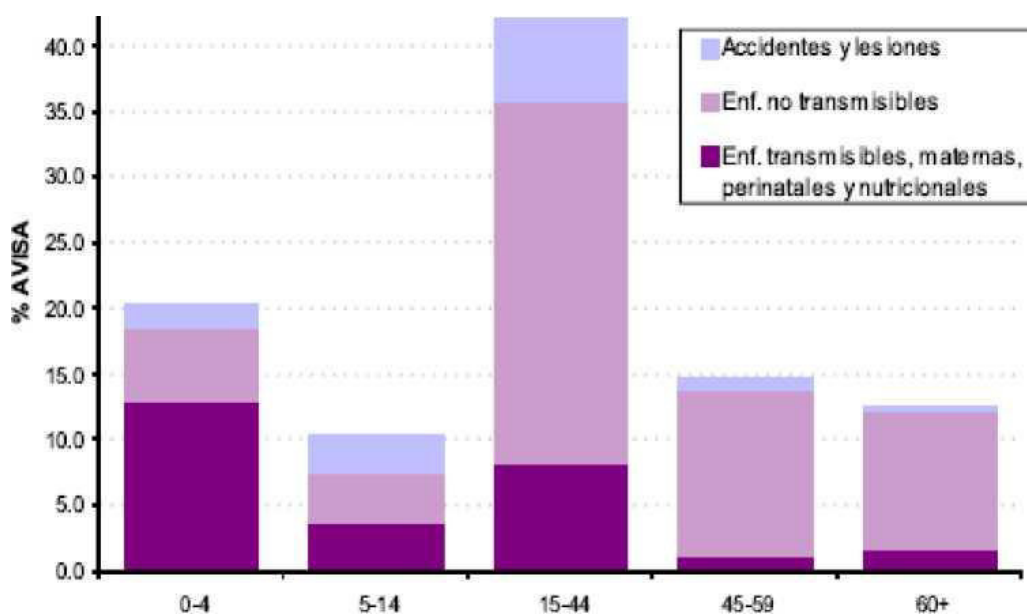


Figura 19. Distribución Porcentual de Avisa según Grupos Etáreos y Grupo de Categorías, Año 2004

Fuente: INEI, 2009

En los hombres la carga de morbilidad del grupo de accidentes y lesiones supera el porcentaje en 2.3 veces más al de las mujeres, al igual que el de enfermedades no transmisibles que es de 1.08 veces más, sin embargo en las enfermedades transmisibles el porcentaje es 1.07 veces más en las mujeres en relación al de los hombres.

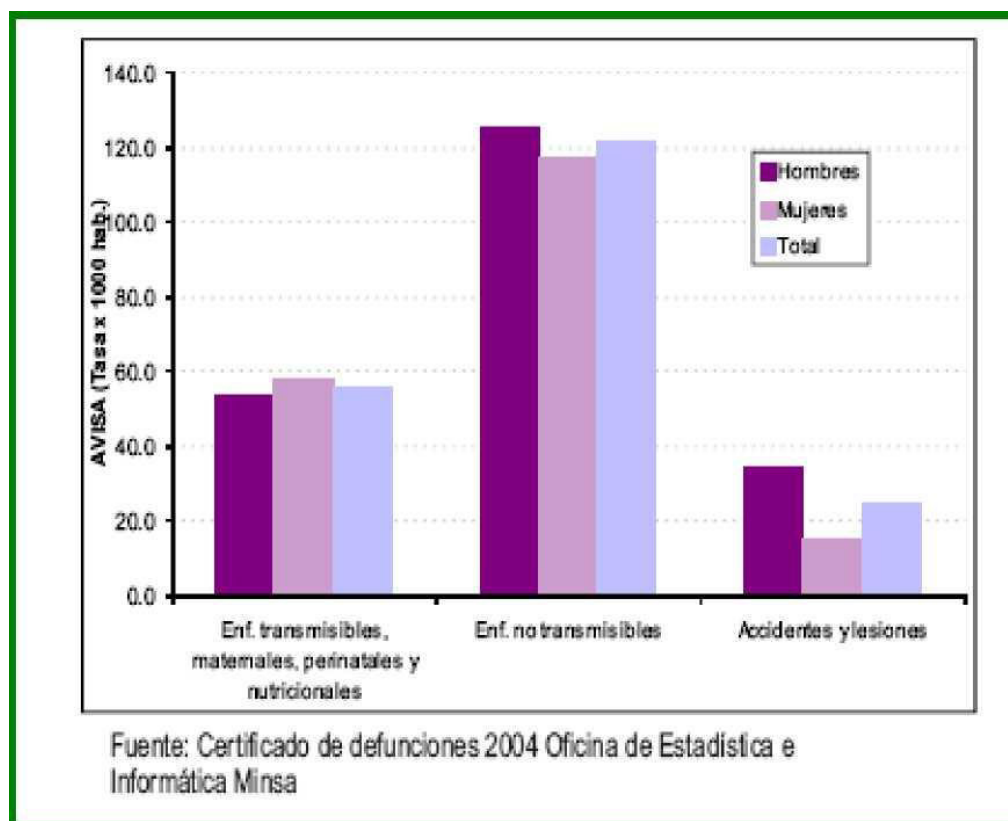


Figura 20 .Tasa de Avisa Por Grupo se Categoría Según Sexo, Año 2004.

Fuente: INEI,2009

La principal causa de AVISA por categoría corresponde a las enfermedades neuropsiquiátricas, que pierden 36 años de vida por mil habitantes; por subcategorías de la clasificación de carga de enfermedad, las quince primeras causas acumulan el 49,5% del total de carga de enfermedad en el Perú, siendo la principal causa las otras infecciones, que incluye principalmente enfermedades como septicemia, encefalitis viral, bartonelosis, intoxicación alimentaria bacteriana, cisticercosis, parasitosis intestinal, equinococosis, infección bacteriana.

Después de las otras infecciones se ubica la depresión unipolar, la cual produce una mayor pérdida de años en mujeres (13,7 por cada 1000 habitantes), seguido de las infecciones de las vías respiratorias bajas y

abuso de alcohol, esta última es mayor en hombres perdiéndose aproximadamente 16,3 años de vida saludables debido a discapacidad por cada 1000 habitantes hombres en el Perú.

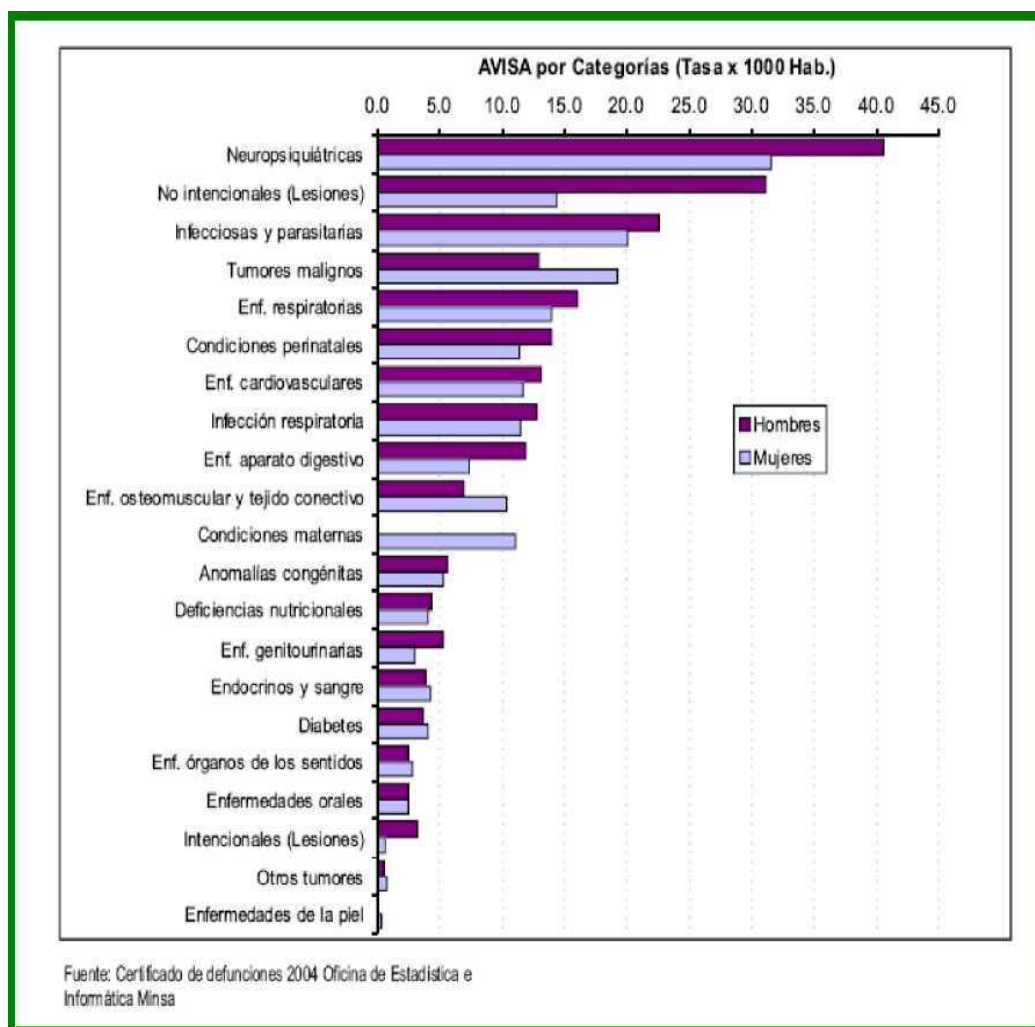


Figura 21. AVISA por Categoría. Fuente: Certificado de defunciones 2004. Oficina de Estadística e Informática Minsa.

Fuente: INEI, 2009

2.1.6.2 Dimensión De La Oferta Hospitalaria. El sistema de salud del país está diferenciado en tres niveles de atención 1 en el primer nivel de atención se encuentran los establecimientos categorizados como I-1, I-2, I-3 y I-4, que corresponden en el Minsa a

puestos y centros de salud, en el segundo nivel de atención las categorías II-1 que corresponden a hospitales locales de baja complejidad y II-2 que corresponden a hospitales de mediana complejidad, y en el tercer nivel las categorías III-1 referente a hospitales mayormente nacionales de alta complejidad, y III-2 correspondiente a los institutos especializados.

Según el reporte sectorial de la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA², del total de establecimientos de salud del país que suman 8,055, el mayor número corresponde al primer nivel de atención, con 5,670 puestos de salud y 1,932 centros de salud, mientras que los que corresponden al segundo y tercer nivel de atención suman un total de 453.

En el Perú, la estructura global de la oferta está concentrada en los establecimientos de salud administrados por el MINSA, en relación a los establecimientos en general el 85% son del MINSA, el 7% del Sub Sector Privado, el 4% a EsSalud, un 3% de la Sanidad de la PNP y un 1% de la Sanidad de las FF. AA.

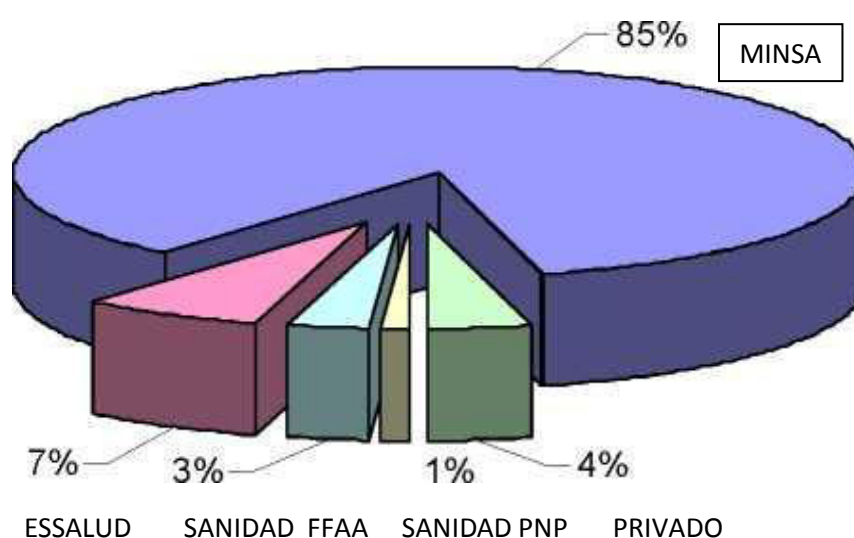


Figura 22. Establecimientos de Salud del Sector por Institución. Año 2005.

Fuente: Boletín de la OGEI MINSA, 2005

En el caso de los hospitales, estos porcentajes cambian, el 46 % es administrado por el Sub Sector Privado, el 32% por el MINSA, el 17% por EsSalud y el 4% por la Sanidad de las FF.AA. y el 1% por la Sanidad de la PNP.

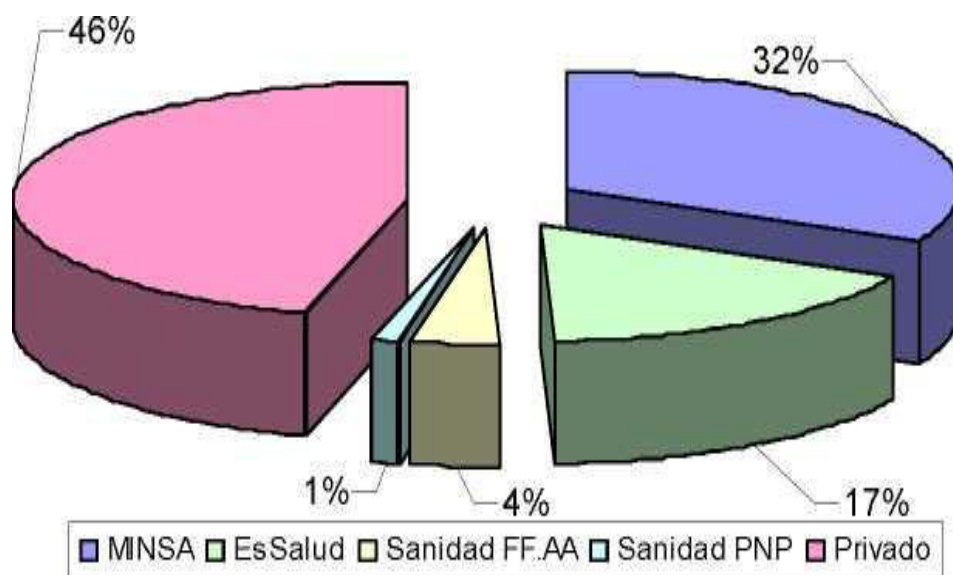


Figura 23. Hospitales del Sector por Institución. Año 2005.

Fuente. Boletín de la OGEI MINSA, 2005

Esto significa que la concentración de oferta es prioritariamente en el primer nivel de atención en el MINSA, y en el caso del segundo y tercer nivel de atención en el Sub Sector Privado, lo cual obedece a las orientaciones en las inversiones, mientras que en el MINSA se ha priorizado las inversiones hacia la creación de establecimientos de salud del primer nivel de atención con un fuerte enfoque preventivo, por ser consideradas estas inversiones más costo-efectivas por las autoridades de salud para reducir problemas de inequidad y mejoramiento del estado de salud, el Sub Sector Privado orienta sus inversiones con un enfoque curativo hacia servicios con mayor grado tecnológico y con un mercado objetivo centrado en los estratos medio-alto de la población urbana (35% de la población total).

En relación a la distribución geográfica de la oferta hospitalaria, según datos del Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales MINSA3 del total de hospitales del MINSA, que son 147(considerando 139 hospitales y 8 institutos especializados), el mayor porcentaje se encuentra en la costa con un 41%, seguido de cerca por un 39% en la sierra y solo un 20% en la selva, concentrándose en zonas urbanas en un 90% de los casos.

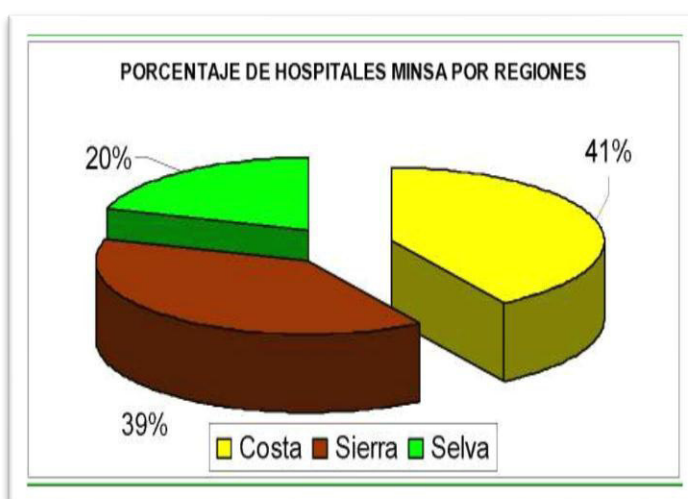


Figura 24. Porcentaje de Hospitales MINSA por Regiones

Fuente. Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales del MINSA

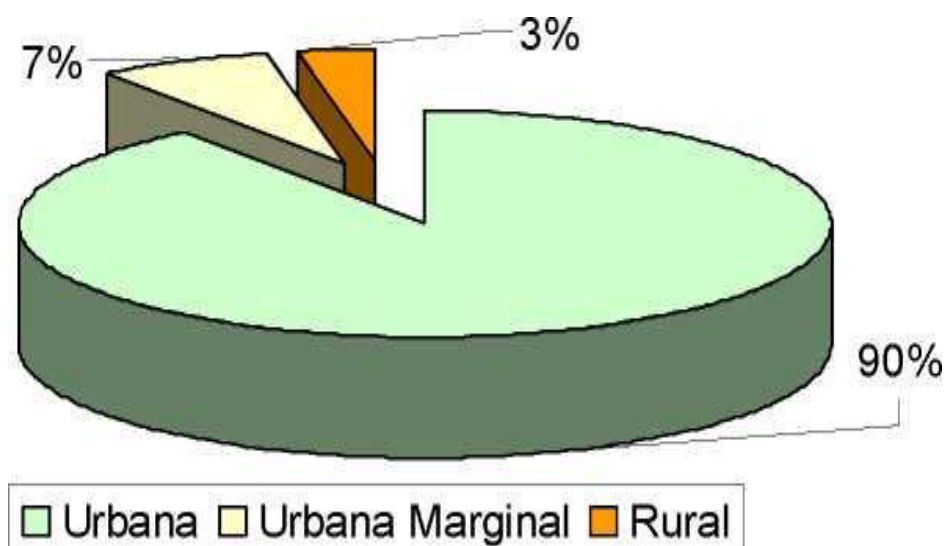


Figura 25. Porcentaje de hospitales MINSA por tipo de población.
 Fuente. Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales del MINSA.

Según el rango de oferta de número de camas hospitalarias, se tiene que el mayor número de hospitales, se encuentra entre los que poseen entre 10 a 49 camas el 37%, de 50 a 99 camas un 22% y 100 a 199 camas un 17%. Hospitales de gran tamaño son menos, se tienen de 200 a 249 camas un 5% y de más de 250 camas un 10%, hospitales pequeños con menos de 10 camas son un 7% del total.

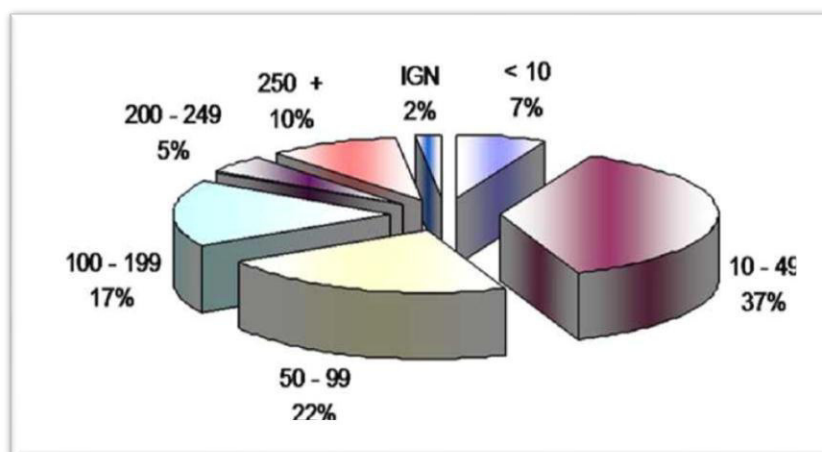


Figura 26. Oferta de Camas Hospitalarias.
 Fuente. Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales del MINSA

La oferta de camas hospitalarias según datos de estadística e informática es de 16,585 a nivel nacional para hospitales del MINSA, estando concentradas en el departamento de Lima el 46,6% de éstas, seguido de Arequipa el 6,0%, Junín 4,6%, Cusco 4,4%, y La Libertad 4,3%, y los otros departamentos representa el 34,1% restante.

Respecto a la antigüedad de construcción de los hospitales del MINSA, la mitad de éstos tiene una antigüedad entre 26 a 50 años, la cuarta parte entre 10 a 25 años, un 19% son de más de 50 años hasta 100 años, existiendo hospitales con más de 100 años que representan el 4% (como el Instituto Especializado de Enfermedades Neurológicas Oscar Trelles con 305 años de antigüedad, el hospital el Carmen de Huancayo con 157 años, La Merced de Chiclayo con 139 años y el Hospital Dos de Mayo con 130 años) y solo un 2% de hospitales con menos de 10 años.

De la base de datos de establecimientos de salud MINSA (Maestros OEI), se tiene la información más actualizada sobre el número de establecimientos de salud categorizados del MINSA, que en total son 7,239, de éstos 6,761 establecimientos pertenecen al primer nivel de atención (puestos y centros de salud entre las categoría I-1, I-2, I-3 y I-4), 99 al segundo nivel (hospitales de baja y mediana complejidad en las categorías II-1 y II-2) y 29 al tercer nivel (hospitales de alta complejidad e institutos especializados en las categorías II-1 y III-2), existiendo 350 establecimientos de salud con categorización pendiente¹

1

Esto es debido a que el proceso de categorización es un proceso dinámico y establecimientos creados, reabiertos o en recategorización pueden aún tener pendiente su categorización.



Figura 27. Número de establecimientos de salud categorizados del MINSA

Fuente. Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales del MINSA

Del total de establecimientos de II y tercer nivel de atención, un poco más de la mitad de estos son de categoría II-1 y un poco más de la cuarta parte son de categoría II-2. Del total de establecimientos del tercer nivel de atención del país, el departamento de Lima concentra el 65% de éstos, mientras que del total de establecimientos del segundo nivel de atención, los otros departamentos son los que acumulan el 85% de los mismos. El total de hospitales del MINSA del país son es 119 y son 9 los institutos especializados.

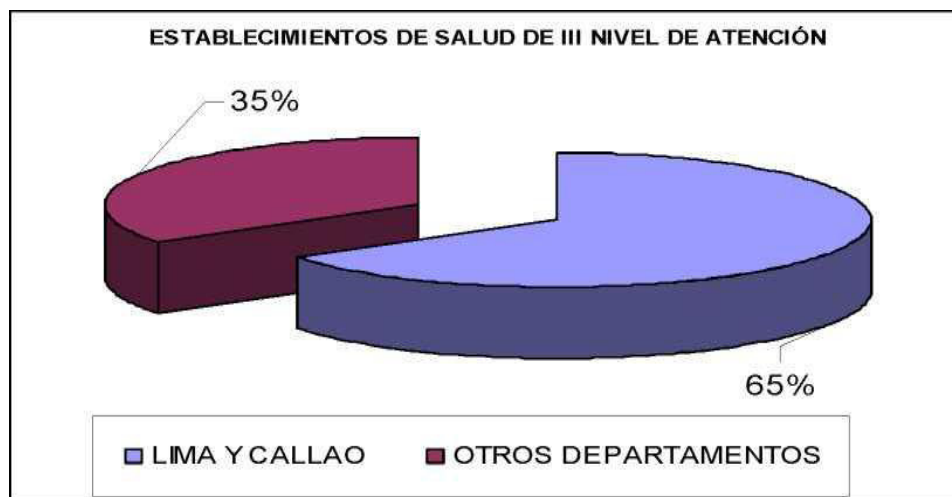


Figura 28. Establecimientos de Salud de III Nivel de Atención

Fuente. Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales del MINSA

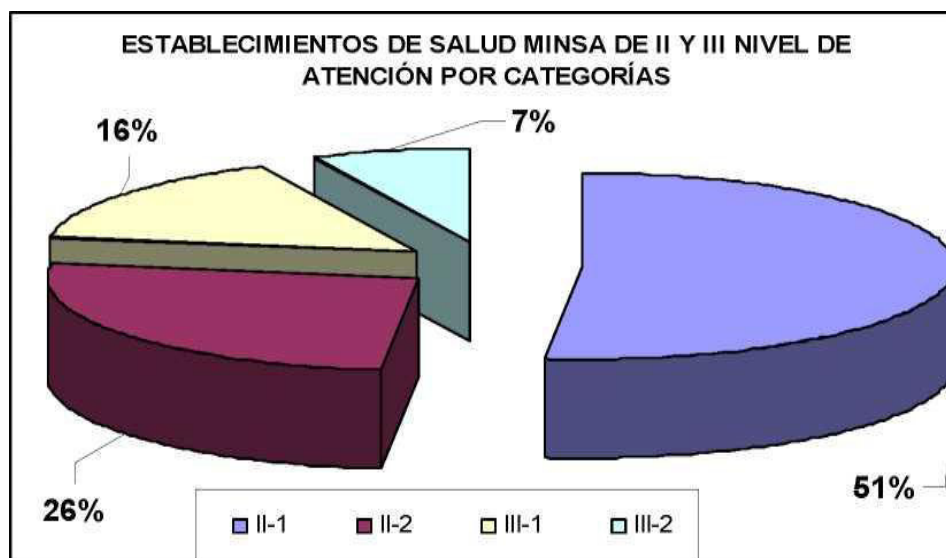


Figura 29. Establecimientos de Salud MINSAs de II y III Nivel de Atención por Categorías

Fuente. Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales del MINSA

En relación a los recursos humanos según el III Censo de Infraestructura Hospitalaria, entre MINSA y EsSalud se contaba con 15,055 médicos en los hospitales, de los cuales 8,657 el 57%

pertenece al MINSA y 6,398 el 42.5% a EsSalud. El número de médicos de los hospitales del MINSA en el año 2005 se ha incrementado en un 49,2% en relación al año 1996, principalmente en los departamentos como Amazonas (134%), Piura (111%), Huancavelica (100%) y San Martín (100%). La concentración de los médicos está principalmente en el departamento de Lima con un 59.3% del total de médicos a nivel nacional en hospitales del MINSA.

Respecto a los médicos del MINSA según especialidades en los hospitales del MINSA, el 43,6% corresponden a especialidades del servicio de medicina, el 26,7% a las del servicio de cirugía el 12,9%, del servicio de pediatría, el 10,3% a las del servicio de gineco-obstetricia; el 2,9% son médicos directivos o funcionarios, el 2,2% de salud pública y el 15% son SERUMS.

Respecto a otros profesionales, el número de enfermeras de hospitales del MINSA para el 2005 era 7191 que representa un 41,8% más que en el año 1996, el número de obstetrices 1664 un 53,5% más que en 1996, el número de odontólogos 417, 30,3% más y el de psicólogos 314 un 217 con respecto al 1996 respectivamente.

Capacidad Productiva. Los recursos productivos hospitalarios disponibles, según el Estudio de Oferta de los Servicios de Salud en el Perú y Análisis de Brechas 2003-2020 tienen bajos niveles de productividad, asociado a bajos niveles de utilización de los mismos, que están haciendo que estos establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención estén operando por debajo de sus niveles potenciales de producción.

Como promedio nacional en los hospitales del MINSA, se encontró un 60,9% de porcentaje de ocupación. Este indicador varía según la categoría del hospital. Así, los hospitales de nivel III-1 ubicados en

Lima Metropolitana, tienen un 89.4% de ocupación; los hospitales tipo II-2, un 55,7% de ocupación; y, los de tipo II-1 un 43,1%.

Esto indicaría que en los hospitales II-1 y II-2 existe una capacidad instalada no utilizada de 56,9% y 44,3%, respectivamente.

2.1.6.3 Demanda Hospitalaria. Para efectos del análisis de la demanda se describirá la utilización de los servicios hospitalarios en los hospitales del MINSA.

El perfil de la demanda hospitalaria del MINSA se caracteriza por atender a un porcentaje significativo de usuarios jóvenes, en cambio, ESSALUD se concentra fuertemente en la población adulta, con tendencia creciente al grupo de la tercera edad.

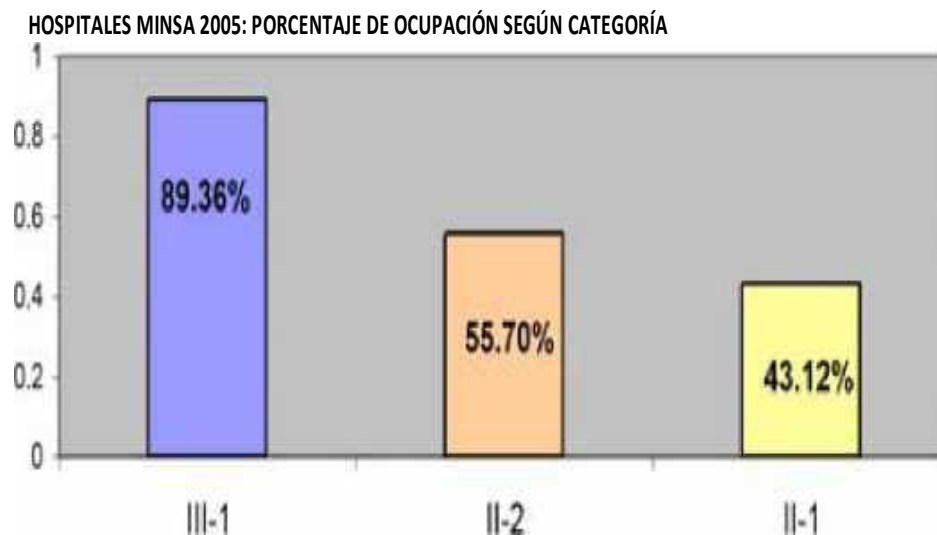


Figura 30. Demanda Hospitalaria

Fuente. Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales del MINSA

Por otro lado, de acuerdo al estudio de demanda de servicios de salud realizado el 2002, la población peruana presenta características que condicionan la demanda de servicios de salud, tales como:

- Los factores que garanticen una demanda sostenida de servicios de salud son débiles, pues el 54% de la población a nivel nacional pertenecen a hogares clasificados como pobres, enfrentando una barrera económica de acceso. Asimismo, la cobertura del seguro de salud representa solo el 39% de la población total. Este porcentaje varía en Lima Metropolitana a 49% y en zonas rurales disminuye a 27%.
- La principal fuente de reporte de enfermedades está asociado a diagnósticos menores.
- La demanda institucional se caracteriza por ser una demanda por servicios curativos más que por servicios preventivos.
- Determinantes del auto reporte de enfermedad tienen influencia directa sobre la decisión de utilización de los servicios de salud de los que se declaran enfermos.
- El componente no institucional tiene una participación importante en la estructura de demanda.
- A nivel institucional los hospitales y centros de salud del MINSA tiene una posición dominante de mercado.
- Existe un grado de competencia monopolística entre MINSA y los prestadores privados por los no pobres no asegurados.
- La escasa competencia no genera incentivos para mejorar la calidad de los servicios de salud.
- Las tarifas constituyen una barrera seria de entrada a los servicios de salud.
- Los gastos en salud tienden a vulnerar el presupuesto de la población no asegurada.

En lo relacionado a la demanda de Consulta Externa, en el año 2005, el promedio de consultas que recibió cada paciente fue de 2,4 atenciones ligeramente superior al del año 1995 que fue de 2,2. En el servicio de Gineco-obstetricia el promedio de consultas llegó a 3,0, seguido por pediatría 2.7, cirugía con 2.3 y medicina con 2,1.

Cuadro 14. Hospitales Minsa 2005: Concentración Consulta Externa

Categoría de Hospitales	Concentración	Concentración			
		Medicina	Cirugía	Pediatria	Gineco-Obstetricia
Promedio	2,4	2,1	2,3	2,7	3,0
111-1	2,7	2,4	2,9	3,4	3,7
II-2	2,2	2,0	2,0	2,6	2,9
11-1	2,3	1,8	1,9	2,6	2,8

Fuente. Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales del MINSa

Según categorías, los hospitales del nivel III-1, tienen una concentración de 2,7, siendo la mayor concentración el servicio de Gineco-obstetricia (3,7), seguida de Pediatría (3.4), en el nivel II-2 la concentración es de 2.2, presentándose una concentración de 2.9 en Gineco- obstetricia. En los hospitales de menor categoría (nivel II-1), se observa que la concentración mayor se da en Gineco-obstetricia con 2,8.

En relación a la permanencia hospitalaria, el promedio del tiempo de permanencia hospitalaria es de 5.2 días, siendo de 7.3 días en los hospitales tipo III-1, 4.9 en el tipo II-2 y 3.6 en los hospitales categorizados como II-1. Así mismo, se observa que los servicios de mayor especialización presentan mayores tiempos de estancia o de permanencia, sobre todo en las especialidades de medicina y cirugía.



Figura 31. Hospitales MINSA 2005. Concentración

Fuente. Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales del MINSA

Cuadro 15. Hospitales MINSA 2005. Permanencia (Días)

Categoría de Hospitales	Permanencia (días)	Permanencia (días)			
		Medicina	Cirugía	Pediatría	Gineco-Obstetricia
Promedio	5,2	8,3	8,0	5,5	3,3
III-1	7,3	11,7	9,8	7,6	3,6
II-2	4,9	7,3	8,0	5,5	3,7
II-1	3,6	4,4	4,8	4,3	2,4

Fuente: 3er Censo De Infraestructura Hospitalaria 2005

MINSA- Comisión De Proyectos Hospitalarios - Sub Comisión De Oferta

Referente a las consultas en el Servicio de Emergencia, durante el año 2004, las atenciones en el servicio de emergencia de los hospitales del MINSA llegaron a 1 millón 997 mil 621 atenciones. De este total, el 41,4% se brindaron en el servicio de medicina; el 20,3% en pediatría; el 20,0% en Gineco obstetricia; y, el 18,3% en cirugía.

En comparación a lo registrado con el censo de 1996, las atenciones en emergencia de los hospitales MINSA se ha incrementado en 43,3%, lo que equivale a 604 mil 55 atenciones. Según servicios, se observa que el mayor incremento se ha producido en el servicio de Gineco-obstetricia que ha aumentado en 63,9%, seguido por el servicio de medicina con 40,7%, cirugía en 37,7% y pediatría en 36,7%.

Las atenciones en el servicio de emergencia de los hospitales del Ministerio de Salud en el país se ha incrementado en 17

departamentos, siendo el aumento más significativo en el departamento de San Martín, donde ha aumentado en 223,8%, seguido por las atenciones brindadas en el departamento de Piura con 103,0%, Huancavelica con 96,1%, Ucayali con 72,3%, Junín con 71,3%, Cajamarca con 70,4%, entre los principales. Por otra parte, en los departamentos de Huánuco, Apurímac, Pasco, Cusco, Loreto, Amazonas y Puno, las atenciones en el servicio de emergencia de los hospitales del MINSA han disminuido en el año 2004 respecto a lo brindado en 1996.

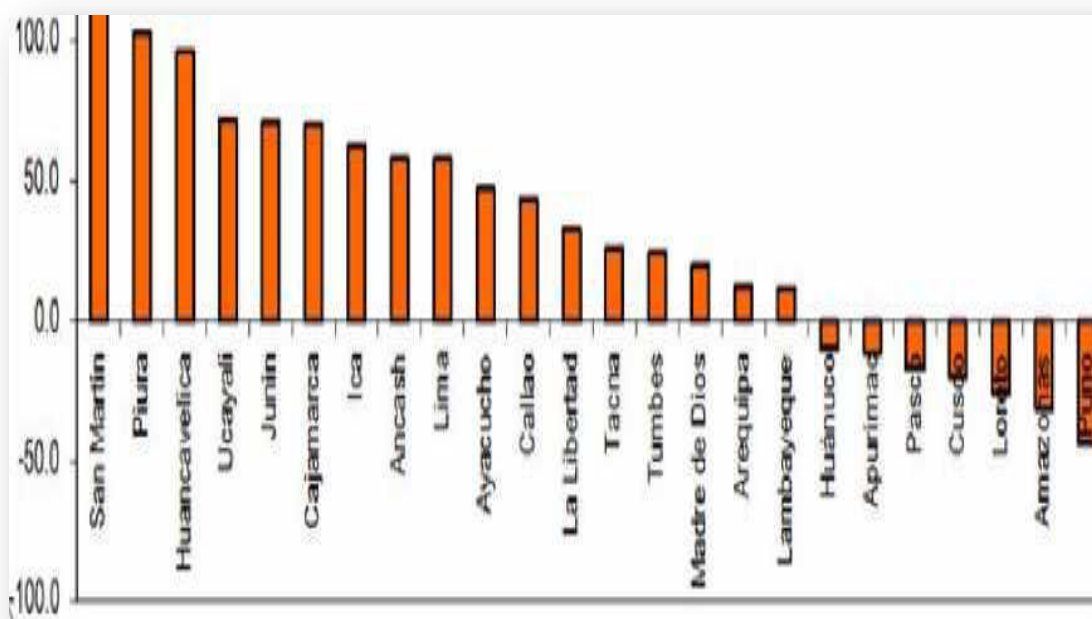


Figura 32. Variación porcentual de las atenciones en emergencia de hospitales MINSA, según departamentos.

Fuente. Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales del MINSA

Con respecto a los egresos hospitalarios el año 2005 se tuvieron 633,681 egresos a nivel de todos los hospitales, siendo obstetricia 246,228, seguido de cirugía con 113,421, medicina con 112,103 y pediatría con 103,254, ginecología con 58,675.

En los hospitales del MINSA con respecto a las intervenciones quirúrgicas en el 2005 se han reportado 215,875, de los cuales las intervenciones obstétricas ocupan el primer lugar con 105,515, de las cuales el 63,062 fueron cesáreas, seguida de los legrados con 36,236, entre otros. En segundo lugar las intervenciones traumatológicas con 16,430, urológicas con 5,427, seguidas por las de gastroenterología con 5,021, las oncológicas con 2,172, entre otras. Es pertinente precisar que en estos datos no se incluyen las intervenciones de los Institutos.

2.1.6.4. Situación de la Gestión Hospitalaria en Hospitales del MINSA. En el año 2005 se realizó el Estudio Nacional de Línea de Base de Evaluación de la Gestión Hospitalaria en la Red Hospitalaria del MINSA, este fue un estudio observacional, descriptivo transversal retrospectivo, en el que se levantó información a través de un cuestionario remitido a las 23 DIRESAS del país y las 5 DISAS de Lima y Callao, con su respectivo instructivo, para el adecuado llenado por cada equipo de gestión de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención de su ámbito. Se realizaron dos controles de calidad del llenado de los cuestionarios uno a nivel de las Direcciones de Servicios de Salud de las DIRESAS/DISAS y el segundo en la Dirección de Servicios de Salud del MINSA. Así mismo en el 31% de los cuestionarios remitidos se realizó la verificación in situ de los datos con los elementos fuente a través de visitas a los establecimientos de salud por equipos conjuntos de las DIRESAS/DISAS y el nivel nacional.

Se muestra en el siguiente cuadro, el total de establecimientos de salud encuestados que representan el 65.5% del total, entre hospitales e institutos especializados del país.

Cuadro 16. Establecimientos de Salud Encuestados

Categoría	ES Encuestados	Total ES por Categoría	Porcentaje de ES por Categoría
II-1	31	54	57,4%
II-2	18	25	72,0%
III-1	19	20	95,0%
III-2	2	8	25,0%
Total	70	107	65,4%

Fuente. Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales del MINSA

El cuestionario se distribuía en 03 componentes (estructura, procesos y resultados), 13 ítems y 75 sub ítems, distribuidos de la siguiente manera:

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

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

El estándar para poder tener un juicio de valor sobre los puntajes alcanzados, fue para todos los casos de 90%, así mismo se consideró

una escala de graduación del nivel de desarrollo en la gestión hospitalaria que consideró tres grados o niveles (requiere más trabajo, regular y bueno)

En el componente estructura se evaluaban ítems correspondientes a la gestión de aspectos que dan soporte o estructura al desarrollo de los procesos en el establecimiento de salud, de los 5 ítems evaluados se evidenció que el referente a la gestión de los recursos humanos fue el que más bajo nivel de desarrollo se alcanzó con un 63,3%, estando muy por debajo del estándar de 90%.

- Gestión del sistema de información
- Gestión Logística
- Gestión de recursos financieros
- Gestión de recursos tecnológicos
- Gestión de recursos humanos

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

- Prevención y control de IIH
- Control de procesos
- Normalización de procesos
- Plataforma organizativa
- Plataforma estratégica

En el componente “resultados” se evaluaba aspectos de gestión relacionada con ítems que consideraron indicadores asociados a resultados en un establecimiento de salud como son: satisfacción de

usuarios, indicadores de mortalidad e indicadores de desempeño de la gestión, evaluándose todos los indicadores en función a estándares.

En lo que respecta al ítem de satisfacción de usuarios y desempeño de la gestión se alcanzó un porcentaje de 55%, muy por debajo del estándar de 90%. Los indicadores contemplados en el ítem evaluación del desempeño de la gestión correspondían mayormente a indicadores de utilización de recursos y calidad de atención, por lo que se evidencia una subutilización de recursos existentes y mala calidad de atención.

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



Figura 33. Escala Final de Evaluación

Fuente. Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales del MINSA

Respecto al estándar fijado de 90%, del total de hospitales el 94% se encontró bajo el estándar en la evaluación global de la gestión hospitalaria y solo un 6% alcanzó el estándar.

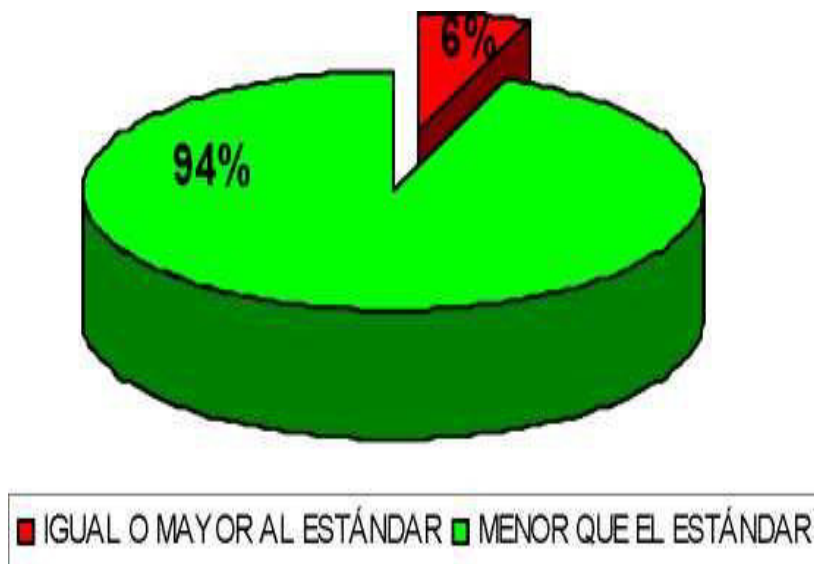


Figura 34. Evaluación Final de la Gestión Hospitalaria

Fuente. Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de Salud 2005 en Hospitales del MINSA

En base a la descripción de la oferta y demanda hospitalaria, así como del estudio de evaluación de la gestión en hospitales del MINSA, se identifican los siguientes problemas que requieren intervenciones puntuales en gestión en los hospitales para revertir la situación que está generando mala calidad de atención y uso ineficiente de recursos e inseguridad de los pacientes en la atención hospitalaria.

2.1.7 Hospital Sergio E Bernales

2.1.7.1 Antecedentes. El Hospital Nacional Sergio Bernales (HNSEB), es un establecimiento de salud de Nivel III-1, de Alta Complejidad del Ministerio de Salud que brinda y promueve el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción,

recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con el pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta muerte natural.

El HNSEB, basa su creación en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; en la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, y en la Ley N° 27657, Ley General de Salud, en donde se establecen los alcances de Procesos de Salud, en cuyo Artículo 10° se define: “protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la persona y de la población” tiene como objetivo funcional Prevenir riesgos y daños, restablecer la salud de las personas; cumplimiento de la atención integral y universal de la salud de la población, con su respectiva evaluación y seguimiento de alcance multisectorial y multidisciplinario.

Con la RD N°502-DG-DESP-DISA III- LN-2005 del 16/08/2005 se resuelve otorgar al Hospital Nacional Sergio E. Bernales la categorización del Nivel III-1 Hospital III del Tercer Nivel de Complejidad y dispone que el Hospital desarrolle los Programas de Atención Integral de Salud por Etapas de Vida, Familia, Comunidad y Medio Ambiente, así como deberá cumplir con los procesos de referencia y contra referencia según su categoría.

2.1.7.2 Reseña Histórica Del Hospital Sergio E Bernales. Entre los primeros días de diciembre de 1939 por medio de una R.S. N° 1870, se inició la construcción un anexo del Hospital del Niño ubicado en Collique distrito de Comas, gracias a la donación de la familia Álvarez Calderón con la colaboración de la Matrona Paquita Benavides de Benavides, esposa del Presidente de la República Oscar R. Benavides. Siendo inaugurado el 15 de agosto de 1940 con capacidad para 100 camas, construido especialmente para niños de ambos sexos con afecciones de tuberculosis.

La primera misa se ofició a cargo del Reverendo Padre Plácido de Santa Teresa y al día siguiente 28 pacientes procedentes del Hospital

del Niño fueron hospitalizados, tomando así la denominación de Preventorio N° 1, posteriormente llamado Hospital de Collique.

Inauguración del Servicio de Emergencia HNSEB. La Congregación Religiosa Carmelitas Hermanas Descalzas Misioneras, estuvo a cargo de la administración, teniendo como Superiora a la Madre Otilia de San Elías y Marina de la Inmaculada, Teodora de San José, Inocencia de Santa Teresita, siendo su primer Médico Residente el doctor Gregorio Durand Flores, luego por enfermedad se hizo cargo interinamente el doctor Luis Cano Girona, seguidamente se nombró al doctor José Descalzo Venturo le siguió el doctor Carlos López Oré y luego el doctor Luis Angel Morales. Por carecer del servicio quirúrgico, las intervenciones se realizaba en el Sanatorio N°1 del Hospital Bravo Chico, destacando los médicos Yolanda Guzmán Flórez, Pedro Arévalo, Jaime Aréstegui, Oscar Cano Chávez, Luis Vidarte Mora, llegando así el año 1970 construyéndose el Área Hospitalaria N° 7 teniendo como director al Dr. Arévalo Loayza, en ese año se creó el Departamento de Maternidad y Gineco Obstetricia a cargo de la Dra. Yolanda Guzmán Flórez, luego le siguen los servicios de Medicina, Pediatría, Cirugía, Cardiología, Oftalmología y Rayos X, cabe destacar que en este proceso se inició la docencia en Convenio con la Universidad Federico Villarreal. En ese año se enriqueció la atención médica con la llegada de médicos y técnicos de la Asistencia Pública doctores Vicente Carrasco, Ricardo Peñaloza, Gustavo Gómez y los Técnicos Oscar Rodríguez Zagaceta, Román Asencios Camilo López, Gilio Murrieta, Paulino Silvestre, Magno Pasayo, Claudio Cano, Roberto Ayarza, Delmacio Ochoa.

Las instalaciones del Servicio de Emergencia del Hospital de Collique, fueron inauguradas por la señora Violeta Correa de Belaunde y el Vice Ministro de Salud Dr. Carlos Bazán Zender.

Debido a la explosión demográfica del cono norte de Lima, el Hospital se vio obligado a la ampliación de sus instalaciones y sus servicios para la mejor atención de pacientes, por ello fue declarado Hospital

General (1970), trayendo consigo las diversas mejoras, Saneamiento Ambiental, pabellón del Cólera, Oficina de Personal, Auditorio del Programa de TBC, ampliación de RAYOS X, Dental, Planificación Familiar, Brevetes, ampliación de Gineco y odontología, tomografía axial computarizada, Traumatología, archivo central, Medicina Física y Rehabilitación, auditorio de medicina física, Residuos Sólidos, Banco de Sangre, SOAT, segundo piso de Emergencia.

Nuevo Nombre del Hospital de Collique. Muchos de los médicos que laboran en los diferentes Hospitales han sido discípulos del Dr. Bernales, como muestra de gratitud varias promociones llevan su nombre.

La Dra. Yolanda Guzmán Flórez fue gestora del nuevo nombre del Hospital de Collique y mediante la Resolución Ministerial N°214-84-SA, adquiere la denominación de Hospital De Apoyo “Sergio E. Bernales”.

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales tiene a la fecha 73 años de existencia. Los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales provienen de Comas con casi el 75%, Carabayllo con 15% y el resto de Independencia, Los Olivos, San Martín de Porras, Santa Rosa de Quives, etc., una población de bajos recursos económicos, La atención de los pacientes es cubierta por el SIS en un 75% mientras el resto es de demanda. La población demandante corresponde a problemas gineco-obstétricos, accidentes, afecciones infecciosas y otras.

Según el registro HIS del año 2013, el 66,8% de la demanda de consulta externa por todo concepto procedía de Comas, Carabayllo, Independencia, San Martín de Porras, Los Olivos, Santa Rosa, Ancón y Puente Piedra, teniendo adscrita a la Región Ucayali y como población periférica a Chancay, Huaral, Huacho, Canta y la Provincia de Oyón, con dos millones de habitantes

Cuadro 17. Atendidos en Consulta Externa por Distritos de Procedencia Hospital Nacional Sergio Bernales, 2013.

N°	Distrito	Total Atendidos	
		N°	%
01	Comas	130,227	75.36
02	Carabayllo	19,029	11.01
03	Lima	9,280	5.37
04	Independencia	1,946	1.13
05	San Martín de Porres	1,591	0.92
06	Los Olivos	2,338	1.35
07	Puente Piedra	1,066	0.62
08	Canta	805	0.47
09	Yauyos	797	0.46
10	San Juan de Lurigancho	418	0.24
00	Otros	4,865	2.81
	Total	172,796	100

Fuente: Registro HIS, Unidad de Estadística HNSEB.

En el año 2013, el Hospital informó 172,796 atendidos en consulta externa, 17,264 egresos hospitalarios y 4,856 intervenciones quirúrgicas; situación que no refleja la demanda real de servicios de salud debido a que las atenciones de consulta externa son diferidas en un tiempo relativamente largo, las intervenciones quirúrgicas son postergadas y/o reprogramadas por falta de profesionales médicos, lo que a su vez genera una baja en los egresos hospitalarios.

2.1.7.3 Organización Estructural



Figura 35. Organización Estructural

Fuente: PEI, 2013. HNSEB

Distribución física: Cuentan con las siguientes especialidades:

- Medicina
- Cirugía
- Pediatría y Neonatología
- Sala de Operaciones
- Epidemiología y Salud ambiental
- Gineco Obstetricia
- Laboratorio
- Medicina Física y Rehabilitación
- Psiquiatría
- Psicología

Cuadro 18: Capacidad hospitalaria

Departamento o servicio	Número de camas	Capacidad adicional	Observaciones
Medicina	62		No se ha contemplado la capacidad adicional de camas
Cirugía	99		
Pediatría	80		
Gineco- Obstetricia	95		
UCI General	4		
UCI Intermedios	2		
UCI Neonatal	8		
UCI Pediátrica	0		
UCI Shock Trauma	2		
Obs. Varones	13		
Obs. Mujeres	12		
Obs. Pediátricas	8		
Obs. Lactantes	8		
Adultos	4		
Pediátricos	0		
Adultos - Pediátricos	0		
Neonatales	0		
Camas Dilatación	8		
Camas Expulsivo	4		
Quirófanos turnos 6 hrs.	7		
Quirófanos turnos 12 hrs.	2		
Quirófanos turnos 24 hrs.	2		
TOTAL	336		

Fuente: PEI 2013, HNSEB

Resultados operacionales. A continuación se presenta el cuadro de producción de servicios por especialidad desde Enero del 2012 a Junio del 2013, el mismo que nos indica que el promedio mensual de atenciones de emergencia es de 8,160 atenciones. Siendo las especialidades de Medicina y Pediatría las de mayor volumen de atención (71% del total de atenciones).

Cuadro 19: Crecimiento de la Atenciones en Emergencia

MES	ene-12	feb-12	mar-12	abr-12	may-12	jun-12	jul-12	ago-12	sep-12	oct-12	nov-12	dic-12	ene-13	feb-13	mar-13	abr-13	may-13	jun-13
TOTAL	7152	6826	7585	7660	7830	7726	8486	7288	7810	8029	7980	8468	9394	8834	9666	8790	8816	8559
MEDICINA	2780	2771	2798	2696	2416	2339	2695	2449	2498	2475	2526	2658	3338	3064	3110	2787	2936	2652
PEDIATRIA	1544	1392	1606	1867	2529	2476	2716	2090	2247	2433	2326	2422	2551	2381	2848	2764	2701	2743
CIRUGIA	1074	953	1401	1282	1128	1114	1238	1083	1259	1201	1177	1347	1467	1326	1425	1271	1344	1275
TRAUMATOLOGIA	389	398	396	418	457	424	420	382	404	447	477	525	586	532	582	477	378	405
GINECO-OBSTETRICIA	1365	1312	1384	1397	1300	1373	1417	1284	1402	1473	1474	1516	1452	1531	1701	1491	1457	1484
TRAUMASHOCK	101	88	102	72	101	72	84	74	90	87	92	70	99	96	111	82	108	85
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS.	8	9	12	8	12	16	12	7	5	10	12	10	13	14	10	15	12	11
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	5	5	4	9	5	4	8	10	6	6	7	9	3	7	4	5	6	4

Fuente: Registro HIS, Unidad de Estadística HNSEB.

En el Cuadro 19 se puede apreciar que el crecimiento de las atenciones de emergencia se ha dado en el área de Pediatría, a partir del mes de Enero del 2012 con un crecimiento promedio más del 78% de atenciones realizadas.

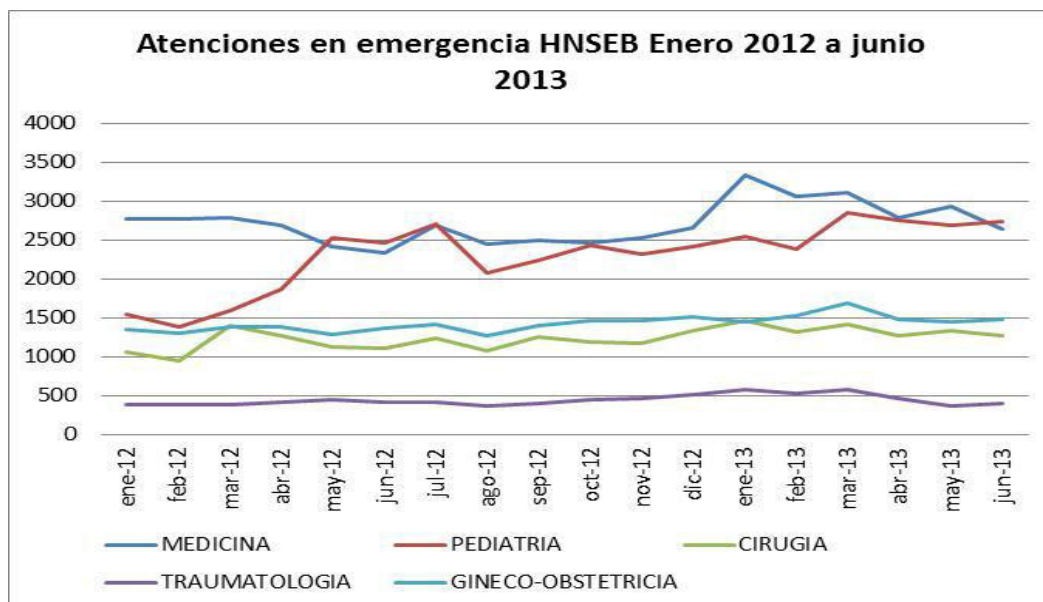


Figura 36. Atenciones en emergencia HNSEB. Enero 2012 a Junio 2013

Fuente: PEI 2013, HNSEB.

De manera detallada, el siguiente cuadro muestra el comportamiento de los indicadores de producción de servicios en la UPSS de Emergencias entre los años 2006 y 2011. Ellos se evaluarán en el análisis interno de la institución en otro capítulo.

Cuadro 20: Indicadores del Departamento de Emergencia por Años

INDICADORES DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA X AÑOS
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES.

INDICADORES	FORMULA DE CALCULO	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011						
RAZON DE EMERGENCIA X CONSULTA MEDICA	Nº ATC. EMERGENCIA X 100	75869	52.0	79694	48.0	89000	53.0	90190	53.2	85083	50.2	74188	44.6
	Nº ATC. CONS. MEDICA	146703		166496		167447		169459		169462		166357	
EXA. CLINICOS X CONSULTA DE EMERGENCIA	ANALISIS CLINICOS DE EMERGENCIA	79254	1.0	110242	1.4	114068	1.3	126096	1.4	132941	1.6	132284	1.8
	CONSULTAS DE EMERGENCIA	75869		79694		89000		90190		85083		74188	
EXA. RADIOGRAFICOS EN CONSULTA DE EMERGENCIA	EXA. RADIOGRAFICOS DE EMERGENCIA	13511	0.18	14929	0.19	16816	0.19	16974	0.19	17770	0.21	17624	0.24
	CONSULTANTES DE EMERGENCIA	75869		79694		89000		90190		85083		74188	
EXA. ECOGRAFICOS EN CONSULTA DE EMERGENCIA	EXA. ECOGRAFICOS DE EMERGENCIA	2635	0.03	2356	0.03	2116	0.02	1984	0.02	2807	0.03	2413	0.03
	CONSULTANTES DE EMERGENCIA	75869		79694		89000		90190		85083		74188	
PORCENTAJE DE INTERV. DE EMERGENCIA	Nº DE INTERV. EMERGENCIA	2779	37.0%	3111	41.0%	3291	41.3%	3160	42.5%	3300	40.5%	3868	45.8%
	Nº TOTAL INTERV. QUIRURGICAS EFECT X 100	7581		7601		7961		7426		8145		8442	
% DE PAC. EN SALA DE OBSERVACION DE EMERGENCIA	Nº DE PAC. EN OBSERVACION DE EMERG.	7978	10.5%	7872	10.0%	7389	8.3%	7672	8.5%	6804	8.0%	7073	9.5%
	Nº DE ATENC. EN CONS. DE EMERGEN. X 100	75869		79694		89000		90190		85083		74188	
% DE PAC. EN SALA DE OBSERVACION CON ESTANCIAS >2 A 24 HRAS.	Nº DE PACIENTES CON ESTANCIAS >=24 HRAS.											187	1.4
	Nº PAC. - DIAS EN SALA DE OBSERVACION.											12985	
TASA DE REINGRESOS A EMERGENCIA < DE 24 HRAS.	Nº DE REINGRESOS A EMERGENCIA- DE 24 HRAS.											187	2.7
	Nº DE EGRESOS DE EMERGENCIA.											6919	
PORCENTAJE DE MORTALIDAD BRUTA EMERGENCIA	TOTAL DE FALLECIDOS X 100	108	0.14%	81	0.10%	83	0.09%	215	0.24%	282	0.33%	274	0.37%
	TOTAL DE ATENCIONES	75869		79694		89000		90190		85083		74188	
PORCENTAJE DE MORTALIDAD NETA EMERGENCIA	FALLECIDOS > 48 HRAS. X 100	6	0.008%	3	0.004%	3	0.003%	69	0.08%	66	0.08%	47	0.06%
	TOTAL DE ATENCIONES	75869		79694		89000		90190		85083		74188	
PORCENTAJE DE MORTALIDAD BRUTA UCI	TOTAL DE FALLECIDOS X 100	42	23.0%	43	24.7%	59	33.7%	45	28.3%	58	28.6%	34	24.3%
	TOTAL EGRESOS	182		174		175		159		163		140	
PORCENTAJE DE MORTALIDAD NETA UCI	FALLECIDOS > 48 HRAS. X 100	26	14.3%	30	17.2%	38	21.7%	31	19.5%	34	16.7%	26	18.9%
	TOTAL EGRESOS	182		174		175		159		163		137	
PORCENTAJE DE MORTALIDAD BRUTA UCIN	TOTAL DE FALLECIDOS X 100	0	0.0%	0	0.0%	4	2.6%	1	1.0%	0	0.0%	5	1.8%
	TOTAL EGRESOS	0		0		155		95		106		56	
PORCENTAJE DE MORTALIDAD NETA UCIN	FALLECIDOS > 48 HRAS. X 100	0	0.0%	0	0.0%	2	1.3%	1	1.0%	0	0.0%	3	5.3%
	TOTAL EGRESOS	0		0		155		95		106		56	
RECETAS X CONSULTANTES DE EMERGENCIA	RECETAS DESPACHADAS	183559	2.4	191736	2.4	95793	1.1	120306	1.3	194387	2.3	146288	2.0
	COSULTA DE EMERGENCIA	75869		79694		89000		90190		85083		74188	
RAZON DE ABORT. INCOMP. COMPLICADOS	Nº DE ABORT. INCOMP. COMP. EN UN PERIODO	57	0.04	21	0.01	16	0.01	22	0.02	21	0.02	28	0.02
ABORT. INCOMPLETOS NO COMPLICADOS	Nº DE ABORT. INCOMP. NO COMPLIC. EN EL PERIODO	1422		1546		1419		1225		1352		1165	

carlos cavero farach.

* LOS INDICADORES DE EMERGENCIA AÑO 2012 ES AL PRIMER TRIMESTRE.

Fuente: Registro HIS, Unidad de Estadística HNSEB.

El análisis de morbilidad del año 2013 muestra en los cuadros siguientes el comportamiento por origen de la atención.

En Consulta Externa las enfermedades del aparato genitourinario con un 14,2% representan la mayor frecuencia, principalmente en mujeres y edades entre los 20 y 60 años. En segundo lugar están las enfermedades del aparato digestivo con un 13,9% con igual comportamiento por género a la categoría anterior. Las enfermedades

respiratorias fueron el 10,4% del total de atenciones y la proporción por género fue similar, con mayor frecuencia de aparición en menores de edad, preescolares y escolares. Las enfermedades oftálmicas y osteomusculares se comportaron con similar proporción en total pero estas últimas con mayor frecuencia en mujeres mayores de 30 años.

Cuadro 21. Morbilidad Consulta Externa. Hospital Sergio E. Bernales. Año 2013

Orden	CIE 10	Descripción daño	Atenciones	%
1	XIV	Enfermedades sistema genitourinario	12.769	14,2%
2	XI	Enfermedades sistema digestivo	12.493	13,9%
3	XIX	Enfermedades sistema respiratorio	9.341	10,4%
4	VII	Enfermedades del ojo y sus anexos	6.000	6,7%
5	IX	Enfermedades sistema osteomuscular	5.836	6,5%
6	IV	Enfermedades endocrinas y nutricionales	5.038	5,6%
7	XII	Enfermedades sistema circulatorio	4.763	5,3%
8	V	Trastornos mentales y del comportamiento	4.415	4,9%
9	XIX	Traumatismos, envenenamientos y otros	4.222	4,7%
10	XIII	Enfermedades de piel y tejido cel. Subcutáneo	3.949	4,4%
11		Otras causas de diagnóstico	21.074	23,4%
		Total	89.900	100%

Fuente: PEI, 2013. HNSEB

Cuadro 22. Morbilidad en Hospitalización. Hospital Sergio E. Bernales. Año 2013

Orden	CIE 10	Descripción daño	Atenciones	%
1	XV	Embarazo, parto y puerperio	4.238	26,8%
2	XI	Enfermedades sistema digestivo	1.452	9,2%
3	XVI	Infecciones originadas en período perinatal	1.058	6,7%
4	XIX	Enfermedades sistema respiratorio	985	6,2%
5	XIV	Enfermedades sistema genitourinario	853	5,4%
6	XIX	Traumatismos, envenenamientos y otros	385	2,4%
7	I	Enfermedades infecciosas y parasitarias	235	1,5%
8	II	Tumores y neoplasias	185	1,2%
9	XIII	Enfermedades de piel y tejido cel. Subcutáneo	135	0,9%
10	XII	Enfermedades sistema circulatorio	135	0,9%
11		Otras causas de diagnóstico	6.129	38,8%
		Total	15.790	100%

Fuente: PEI, 2013. HNSEB

Cuadro 23. Morbilidad en Emergencia. Hospital Sergio E. Bernales. Año 2013

Orden	CIE 10	Descripción daño	Atenciones	%
1	XIX	Traumatismos, envenenamientos y otros	14.389	20,8%
2	XIX	Enfermedades aparato respiratorio	1.552	2,2%
3	I	Enfermedades infecciosas y parasitarias	1.336	1,9%
4	XIV	Enfermedades sistema genitourinario	1.256	1,8%
5	XI	Enfermedades sistema digestivo	1.115	1,6%
6	IX	Enfermedades sistema osteomuscular	968	1,4%
7	XII	Enfermedades sistema circulatorio	895	1,3%
8	XIII	Enfermedades de piel y tejido cel. Subcutáneo	858	1,2%
9	V	Trastornos mentales y del comportamiento	745	1,1%
10	VIII	Enfermedades del oído y mastoides	235	0,3%
11		Otras causas de diagnóstico	45.896	66,3%
		Total	69.245	100%

Fuente: PEI, 2013. HNSEB

Cuadro 24. Mortalidad en Hospitalización. Hospital Sergio E. Bernales. Año 2013

Orden	Descripción daño	Casos	%
1	Septicemia no específica	32	29,6%
2	Fibrotórax	14	13,0%
3	Insuficiencia respiratoria aguda	13	12,0%
4	Insuficiencia respiratoria del recién nacido	11	10,2%
5	Neumonía no especificada	10	9,3%
6	Sepsis bacteriana del recién nacido	7	6,5%
7	Síndrome respiratorio del recién nacido	6	5,6%
8	Otras cirrosis del hígado	6	5,6%
9	Recién nacido pretérmino	5	4,6%
10	Infarto cerebral no especificado	4	3,7%
	Total	108	100%

Fuente: PEI, 2013. HNSEB

Cuadro 25. Atenciones de la Consulta Médica Año 2013. Hospital Sergio E. Bernales

CATEGORIA DE USUARIO	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	TOTAL	%
TOTAL	41,720	45,640	39,929	45,507	172,796	100.0
SIS	22,002	27,557	23,502	29,728	102,789	59.5
SOAT	218	269	176	187	850	0.5
EXONERADO	2,208	2,253	2,026	1,948	8,435	5.0
DEMANDA	17,292	15,561	14,225	13,644	60,722	35.0

Fuente: Of. Estadística e Informática HNSEB, 2013

En los cuadros se puede observar que el número de atenciones por Seguro Integral de Salud SIS es alto en nuestro establecimiento, y comprende el 60% de nuestras atenciones en la consulta externa y

81% en servicio de hospitalización en general, y por SOAT el 0,5%; sin embargo los reembolsos por servicio prestados por seguro de accidentes no se recuperan al 100% se tiene problemas con el seguro de AFOCAT porque existen pagos pendientes por liquidación. Se ha venido concientizando a los profesionales de la salud, para que el llenado de la historia clínica sea correctamente, así como las órdenes médicas y fichas médicas se puedan convalidar ya que el presupuesto institucional se ve afectado al no ser cubierto por los reembolsos del seguro integral de salud, si se tiene en cuenta que la mayoría de atenciones son por pacientes SIS.

Cuadro 26. Egresos Hospitalización Sis-Soat-Demanda-Essalud 2013 Hospital Sergio E. Bernales

CATEGORIA USUARIO	1 TRIM	II TRIM	IIITRIM	IV TRIM	TOTAL	%
TOTAL	4154	4532	4242	4336	17,264	100.0
SIS	3193	3592	3670	3461	13,916	80.61
SOAT	1	2	8	2	13	0.08
EXONERADO	0	0	0	0	7 0	0
DEMANDA	955	930	564	873	3,322	19.21
ESSALUD	5	8	0	3	16	0.10

Fuente: Of. Estadística e Informática HNSEB, 2013

El Seguro Integral de Salud viene atendiendo a pacientes referidos de la RED de Salud de Lima Norte (Comas, Carabayilo, Independencia, Puente Piedra, Ancón) la atención especializada de los servicios

médicos ofertados permiten una mayor capacidad resolutive en atención a los usuarios, así también se atienden a pacientes trasladados del interior del país para su internamiento y tratamiento, muchas requieren intervenciones quirúrgicas.

**Cuadro 27. Cuadro Comparativo en Consulta Externa
Departamento de Medicina Año 2009- 2013**

ESPECIALIDADES	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	57,714	59,517	61,997	56,488	67,998
MEDICINA GENERAL	6,544	6,570	6,294	6,190	5,538
NEUMOLOGIA	4,959	4,695	5,841	4,940	8,022
CARDIOLOGIA	8,278	8,268	8,576	7,921	9,750
NEUROLOGIA	5,424	5,819	5,670	5,442	5,958
GASTROENTEROLO	9,017	9,973	9,988	7,961	9,610
DERMATOLOGIA	6,127	6,178	5,966	4,888	6,212
ENDOCRINOLOGIA	3,757	4,654	5,963	5,500	8,271
PSIQUIATRIA	5,579	5,569	5,638	5,662	5,917
GERIATRIA	1,784	2,315	2,460	2,330	3,213
REUMATOLOGIA	2,808	3,027	3,235	3,187	3,258
NEFROLOGIA	1,470	1,537	992	551	473
INFECTOLOGIA	1,967	912	1,351	1,916	1,776
HEMATOLOGIA	0	0	23	0	809

Fuente: Of. Estadística e Informática HNSEB, 2013

Se puede observar en el cuadro 27 que las atenciones al año 2013 se incrementaron en medicina en un 20% en referencia al año anterior, siendo la subespecialidad de neumología, cardiología, endocrinología, gastroenterología, dermatología, y geriatría las que presentaron un mayor número de atenciones; el turno tarde ha permitido un aprovechamiento de la capacidad instalada para una mayor cobertura de la consulta.

Cuadro 28. Egresos Hospitalización Medicina 2009-2013

EGRESOS DE	2009	2010	2011	2012	2013
MEDICINA					
TOTAL EGRESOS	1,538	1,713	1,637	1,519	1500
MEDICINA	1,286	1,468	1,412	1,319	1,286
NEUMOLOGIA	252	245	225	200	214

Fuente: Of. Estadística e Informática HNSEB, 2013

Los egresos hospitalarios de medicina se mantienen, el incremento de hospitalizados ha sido mínimo 1,3% sobre el total de los egresos informados por el departamento.

Cuadro 29. Atenciones de la Consulta Pediatría 2009-2013

ESPECIALIDADES	2009	2010	2011	2012	2013
PEDIATRIA	13,332	14,489	12,228	10,859	10,092
NEONATOLOGIA	3,302	4,198	4,882	3,499	3,500
NEFROLOGIA					75
PEDIATRICA					
TOTAL	16,634	18,687	17,110	14,358	13,667

Fuente: Of. Estadística e Informática HNSEB, 2013

En el cuadro podemos observar que el departamento de pediatría, sus atenciones en consulta externa disminuyeron en un 0,5% comparado con el año 2012; los consultantes de la especialidad de pediatría en su mayoría recibieron tratamiento por IRA, que es la patología de mayor incidencia y prevalencia en nuestra jurisdicción, las alergias como las rinitis complicadas y los casos de ASMA en la población < de 5 años, ocupan un porcentaje alto de casos tratados; así también la sub-especialidad de nefrología pediátrica se ha informado independientemente del total de las atenciones, al incorporarse como nueva especialidad de pediatría al contar con médico pediatra nefrólogo.

Cuadro 30. Atenciones De Gineco-Obstetricia 2009-2013

ESPECIALIDAD	AÑO				
	2009	2010	2011	2012	2013
ALTO RIESGO			10745	10350	10589
PLANIFICACION			3575	3232	3678
GINECO-OBSTETR	7897	8513	9328	8,797	9,454
COLPOSCOPIA			2262	1738	2132
INFERTILIDAD			90	0	0
TOTAL	7,897	8,513	26,000	24,117	25,853

Fuente: Of. Estadística e Informática HNSEB, 2013

Se puede observar una mayor atención en el servicio de colposcopia, una mayor demanda de usuarias en la especialidad como parte de la prevención de cáncer de cuello uterino; como se aprecia en el cuadro, el número de atenciones a madres gestantes de control en alto riesgo obstétrico; ocupa el primer orden dentro de la consulta especializada.

Cuadro 31. Egresos Gineco-Obstetricia 2009-2013

ESPECIALIDAD	A Ñ O				
	2009	2010	2011	2012	2013
OBSTETRICIA	7429	7976	6102	7716	8453
GINECOLOGIA	468	537	342	495	552
TOTAL	7897	8513	6444	8211	9005

Fuente: Of. Estadística e Informática HNSEB, 2013

Los egresos que se vienen dando en el departamento de Gineco-Obstetricia en el 2013 se han incrementado progresivamente a un incremento de la demanda de gestantes atendidas por la modalidad del seguro integral de salud SIS, subsidio y semi-subsidio; estas madres son referidas de los centros de atención de II nivel de la RED de Salud Túpac Amaru, en su gran mayoría de procedencia de los distritos de Comas y Carabaylo; por presentar complicaciones de ARO y complicaciones en el embarazo, parto y puerperio.

Cuadro 32. Número de Consultas por Especialidad

ESPECIALIDAD	CONSULTAS EXTERNAS		DE CIRUGIA 2009 - 2013		
	2009	2010	2011	2012	2013
Cirugía General	7840	7363	6930	6107	6836
Traumatología	9271	8842	8673	6685	5925
Otorrinolaringología	10475	8517	7250	6806	8245
Oftalmología	10817	11912	10802	11256	13436
Urología	10383	10186	10139	10394	10400
Cirugía Pediátrica	2200	1893	1723	1451	1825
Cirugía Plástica	1320	1232	1732	1729	1789
Neurocirugía	1200	758	745	526	693
Cirugía Cabeza y Cuello	2329	2531	2446	2209	2286
Oncología	3298	2517	1964	1670	1976

Fuente: Of. Estadística e Informática HNSEB, 2013

Se ve incrementada en un 10% el total de consultas en la especialidad de cirugía, esto en referencia al año 2012 , la especialidad de oftalmología, oncología y otorrino registran un incremento bastante sustancial en comparación al año anterior; /igualmente cirugía general se incrementó en mayor demanda a la afluencia de pacientes por SIS, pacientes que requieren de intervención quirúrgica en la mayoría de los casos, esto se da a una mayor apertura de programas y estrategias de salud a la población usuaria en el marco de la inclusión social.

Cuadro N° 33: Egresos de Cirugía 2009-2012

ESPECIALIDADES	2009	2010	2011	2012	2013
Cirugía General	1293	1506	1724	1,661	1628
Traumatología	309	381	397	376	387
Otorrinolaringología	52	118	84	63	71
Urología	287	286	307	332	319
Cirugía Pediátrica	79	207	256	239	337
Cirugía Plástica	192	103	197	112	112
Neurocirugía	97	141	143	138	130
Cirugía Cabeza y Cuello	66	138	123	103	138
Oncología	234	69	74	62	67
Cirugía de Toráx	100	85	45	41	49
TOTAL	2,709	3,034	3,260	3,127	3,238

Fuente: Of. Estadística e Informática HNSEB, 2013

Los egresos producidos por cirugía se incrementaron en un 4% en referencia al año 2012, notándose que en cirugía plástica y pediátrica un mayor número de egresos de hospitalización.

Cuadro 34. Número de Consultas de Medicina de Rehabilitación 2009-2012

ESPECIALIDAD	2009	2010	2011	2012	2013
CONSULTA					
EXTERNA	4,247	4,679	4,803	5,068	7,279

Fuente: Of. Estadística e Informática HNSEB, 2013

La producción del Departamento de Medicina de Rehabilitación se ve incrementada comparación con el año 2012; demandando una mayor utilización de recursos humanos (fisioterapeutas) y equipos médicos complementarios para la rehabilitación de las discapacidades temporales producidas por patologías y causas externas como los accidentes de tránsito, trabajo y caseros. Medicina de rehabilitación atiende a una gran cantidad de usuarios que requieren recuperar la discapacidad temporal en que se encuentran sumidos aquellos pacientes post traumatizados, otros con afecciones neurológicas y complicaciones del sistema neurovegetativo, que impiden sus movimiento y desplazamiento de los miembros motores, así también se presentan niños con enfermedades congénitas (displasia de cadera, etc.) y trastornos de lenguaje.

Cuadro 35. Intervenciones Quirúrgicas 2009-2013 Hospital Sergio E. Bernales

ESPECIALIDAD	2009	2010	2011	2012	2013
CIRUGIA	3783	4141	4246	4065	4567
Cirugía	1349	1448	1653	1467	1466
Cirugía Laparoscopia	73	121	105	207	225
Traumatología	314	371	357	329	398
Otorrinolaringología	166	124	93	69	72
Oftalmología	510	518	570	474	590
Urología	578	697	658	737	784
Cirugía Pediátrica	280	278	251	279	456
Cirugía Plástica	63	88	104	89	111
Neurocirugía	72	43	72	71	63
Cirugía Cabeza y Cuello	212	273	189	178	259
Oncología	117	142	76	127	100
Cirugía de Tórax	38	29	14	28	31
Cirugía Cardiovascular	8	9	10	10	12
GINECO-OBSTETRICI/	3688	3998	4179	4251	4550
Cesáreas	1675	1813	2140	2239	2416
Cesáreas + B.T.B	214	258	324	286	347
EBA+LU	1244	1363	1166	1217	1211

Otras Ginecologías	534	519	511	465	510
B.T.B	19	43	36	43	66
Vasectomía	2	2	2	1	0
TOTAL	7471	8139	8425	8316	9117

Fuente: Of. Estadística e Informática HNSEB, 2013

Intervenciones quirúrgicas. El hospital cuenta con 7 salas para intervenciones quirúrgicas, se ha incrementado las intervenciones en un 9,6% en relación al año 2012, existe una mayor demanda de usuarios al establecimiento y que requieren cirugía, como se observa en el cuadro la subespecialidades de cirugía pediátrica, oftalmología, traumatología y urología son las que se incrementaron en relación al año anterior; incremento de las atenciones por SIS en un 80% de las operaciones, en Gineco obstetricia el 60% son cesáreas, 27% legrados uterinos, y 11% por patologías ginecológicas (miomas, fibromas, tumores concernientes al sistema reproductor de la mujer.

Cuadro 36. Exámenes Radiográficos Departamento De Diagnóstico por Imágenes 2009-2013

SERVICIOS	2009	2010	2011	2012	2013
Consulta	12,305	12,538	12,208	12,806	14,588
Externa					
Emergencia	16,974	17,770	17,624	19,628	20,751
Hospitalización	2,715	2,809	2,686	3,093	3,183
TOTAL	31,994	33,117	32,518	35,527	38,522

Fuente: Of. Estadística e Informática HNSEB, 2013

En el departamento de Diagnóstico por Imágenes se observa un incremento en el rendimiento al 8% en el año 2013, se observa un mayor número de exámenes realizados por órdenes de emergencia en solicitud de placas radiográficas, existe una demanda por traumatismos ocasionados por accidentes de tránsito, accidentes de trabajo y violencia ciudadana, con un índice alto en Comas y Carabayllo.

Cuadro 37. Exámenes de Ultrasonido HSEB 2009-2013

SERVICIOS	2009	2010	2011	2012	2013
Consulta Externa	4,750	8,247	9,120	6,964	12,279
Emergencia	741	942	1,133	814	1,657
Hospitalización	933	993	1,217	765	1,204
Dpto. Gineco- Obstetricia	6,932	9,699	10,358	10,252	11,731
TOTAL	13,356	19,881	21,828	18,795	<i>W</i>

Fuente: Of. Estadística e Informática HNSEB, 2013

Las ecografías se incrementaron en un 43%, en relación al año 2012, la contratación de médicos radiólogos y la formación médica especializada de residentes, han fortalecido el departamento de Diagnóstico por Imágenes a fin de atender el incremento de consultantes del establecimiento; sin embargo existe una brecha para atender la demanda y está se viene cubriendo con un convenio entre las partes (QUITO y HNSEB) las que vienen facturando con comisiones establecidas según contrato. Las ecografías que se ordenan por Gineco obstetricia (Trans vaginal y otras competentes al departamento), son atendidas por su unidad de ecografía, para ello

cuentan con un Ecógrafo Doppler, que ayuda a diagnosticar problemas fetales en madres gestantes y de gran apoyo resolutivo en la salud de la madre y el niño.

Cuadro 38. Exámenes De Patología Clínica y Anatomía Patológica HSEB 2009-2013

EXAMEN/AÑO	2009	2010	2011	2012	2013
BIOQUIMICA	123,062	130,679	106,213	171,074	199,149
HEMATOLOGIA	91,377	92,498	94,588	98,281	109,731
BACTEROLOGIA	41,485	41,928	36,049	37,306	43,747
INMUNO SEROLOGIA	51,203	59,247	48,968	59,474	72,506
ORINA Y PARASITOLOGIA	38,022	37,645	43,895	39,021	41,738
HISTOLOGIA	3,951	3,819	5,038	4,771	5,518
CITOLOGIA	2385	2157	1,680	2,353	2,907
TRANSFUSIONES Y DC	6,360	6,061	5,003	6,530	7,164
TOTAL	357,845	374,034	341,434	418,810	482,460

Fuente: Of. Estadística e Informática HNSEB, 2013

Se ha incrementado los análisis realizados en este 2013 con relación al anterior año en un 15%, especialmente en exámenes bacteriológicos y bioquímicos; la producción de exámenes de anatomía patológica, citológicos e histológicos, se incrementaron 19%.

Cuadro 39. Recetas Dispensadas HSEB 2009-2013.

RECETAS	2009	2010	2011	2012	
Consulta Externa	299,966	240,029	183,476	43,169	25,756
Emergencia y hospitalización	120,306	194,387	146,288	114,861	158,503
TOTAL	420,272	434,416	329,764	158,030	194,259

Fuente: Of. Estadística e Informática HNSEB, 2013

El Departamento de Farmacia obtuvo un mayor rendimiento en los últimos años, sin embargo se consigna en período 2009- 2011 un mayor número de recetas despachadas; esto se debe a que años anteriores se han venido procesando las boletas generadas por farmacia para el pago de los medicamentos, incrementándose altamente como se puede observar en el cuadro, desde el año 2012 se vienen considerando solamente las RUE (recetas única estandariza) atendidas y dispensadas y es por ello que los porcentajes alcanzados en referencia a las metas obtenidas son mucho menor a lo esperado. Desabastecimiento parcial por entrega tardía de medicamentos (proveedores de la compra corporativa) petitorio nacional .23% de incremento en recetas dispensadas en relación al 2012, mayor demanda de usuarios a los servicios de consulta ambulatoria, emergencia y hospitalización por Seguro Integral de Salud y SOAT, por

ello se acondicionó e implemento una farmacia el ámbito de emergencia para una rápida y oportuna atención.

Cuadro 40. Exámenes Y Procedimientos Apoyo Al Diagnostico 2013. Hospital Sergio E. Bernales

ELECTROCARDIOGRAMA	7120
MONITOREO FETAL	5423
TOMOGRAFIA	4582
AGUDEZA VISUAL	1754
ENDOSCOPIA	1844
MEDIDA VISTA	1133
FONDO DE OJOS	1061
BIOPSIA GASTRICA	888
ESPIROMETRIA	919
TONOMETRIA	326
PAP	634
ENCEFALOGRAMA	388
COLONOSCOPIA	339
PROCTOSCOPIA	245
MAMOGRAFIA	231

Fuente: Of. Estadística e Informática HNSEB, 2013

Dentro de los exámenes de procedimientos realizados en el 2013 los electrocardiogramas son los que ocupan el primer orden de atención, seguido del monitoreo fetal, tomografías, las endoscopia gastrointestinal, la que refleja un mayor número de problemas asociados a consumo y desórdenes alimenticios. También observamos

un número de exámenes oftalmológicos que sumados alcanzan un buen porcentaje dentro de las actividades.

Cuadro 41. Actividades de Salud Bucal realizadas 2011-2013 HSEB

Orden	Actividades Bucal	2011	2012	2013
1	obturaciones,	2308	1,995	5934
2	Endodoncias	1199	1,130	786
3	Topicaciones de Fluor —Gel	6,580	5,462	2817
4	Profilaxis - Eliminación de Placa Bacteriana.	1,819	1,279	1542
5	Aplicaciones de Ionomero de Vidrio.	513	549	1174
6	Charlas educativas y Fisioterapia Bucal	872	759	1392
7	Beneficiados en charlas	12,132	10,205	8,265
8	Exodoncias	1,521	1,164	1125

Fuente: Of. Estadística e Informática HNSEB, 2013

El Departamento de odontología ha brindado atenciones: niños, adolescentes, gestantes y adultos, cuenta con 4 consultorios para la atención ambulatoria, se realizan cirugías orales (alveolotomía

correctora, pulpectomía, pulpotomía, fisioterapia bucal) debridación de abscesos bucodentales, entre otras actividades de la especialidad.

Distribución del presupuesto por programas HNSEB 2013

El Presupuesto Inicial de Apertura se modificó al obtener un incremento en un 6.64% del presupuesto total del año; de S/. 50, 160,567 a S/. 60, 516, 140,00

Durante el periodo presupuestal 2013 el presupuesto de la Institución se incrementó en S/. 82, 871,170.00 nuevos soles lo que representa un 45.61% de incremento de mayores recursos económicos por parte del Ministerio de Salud, por las incorporaciones de los saldos de balance por las fuentes de financiamiento recursos directamente recaudados y donaciones y transferencias y por las incorporaciones de las remesa del SIS por la fuente donaciones y transferencias.

Por la fuente de financiamiento recursos ordinarios se incrementó en S/. 60, 516, nuevos soles lo que representa un 20.64% de incremento de presupuesto contra el PIA 2013. Por recursos directamente recaudados se incrementó S/. lo que representa un 70,64% y en donaciones y transferencias se inicia sin PIA, por lo que en el transcurso del año se fue incrementando por los saldos de balance y por las remesas recibidas mensualmente por las prestaciones que se realizan a nivel del hospital.

Como se puede observar el gasto devengado en los fuentes de financiamiento recursos ordinarios, recursos directamente recaudados y donaciones y transferencias en relación al PIM los porcentajes obtenidos en el ejercicio han sido 98.49%, 44,20% y 52,17% del presupuesto Institucional Modificado.

Las metas que ejecutaron un mayor gasto; Programa Materno Neonatal con el 99,98%, Articulado Nutricional con el 99,95%,

VIH/SIDA y Tuberculosis logran llegar al 99,97%, Metaxénicas y Zoonóticas con el 99,97% Reducción de la Vulnerabilidad con el 96,62% y Atención de Emergencia logro llegar al 99,95% en relación al total devengados en el ejercicio. En lo referente al Programa Inclusión Social Integral personas con Discapacidad, solamente logro ejecutar un 31,66% del presupuesto institucional modificado.

Lo programado para el año 2013 en la recaudación del hospital ha superado por la modificación de los saldos de balance del año 2012 da como resultado el PIM de S/. 11, 520,018.00 nuevos soles.

En relación al monto recaudado en relación al PIM por concepto de saldo de balance, se debió a que después de la incorporación de los saldos de balance consignados según el clasificador de ingresos se cargó a la específica de ingresos 1.9.1.1.1.1 Saldo de Balance.

Por la fuente de financiamiento recursos directamente recaudados se obtuvo en el ejercicio 2013 el importe de 6, 803,168.22, lo que arroja como valor de indicador de eficiencia de 12.77 en relación al PIA y de 10.44 con relación al PIM, para la identificación de los indicadores se ha considerado solo los ingresos por los conceptos de venta de bienes y servicios y derechos administrativos y de otros ingresos, mas no los ingresos por saldo de balance.

Donaciones y Transferencias se recaudó por concepto de saldo de balance el Importe S/. 7, 029,995.00 y por concepto de remesas recibidas un importe de S/. 9, 885,170.00 En lo referente a las transferencias del SIS, por motivo de las atenciones brindadas a los pacientes asegurados. En total esta fuente recaudo en el ejercicio 2013 la suma de S/. 16, 885,165.00 nuevos soles.

**Cuadro 42. Presupuesto Institucional Por Fuente De
Financiamiento HNSEB 2013**

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PIA	PIM	TOTAL DEVENGADOS	SALDO	INDICADOR DE EFICACIA
Recursos Ordinarios	50,160,567.00	60,471,503.00	59,597,479.18	874,023.82	98.55
Recursos Directamente Recaudados	6,750,900.00	7,596,574.00	4,663,398.86	2,933,175.14	61.39
Donaciones Y Transferencia		16,885,165.00	8,648,430.71	8,236,734.29	51.22
TOTAL	56,911,467.00	84,953,242.00	72,909,308.75	15,245,818.58	85.82

Fuente: PEI 2013, HNSEB

El presupuesto ejecutado al 2013 en la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios alcanzo el 98,49%, en Recursos Directamente Recaudados fue ejecutado el 44,20 % y en Donaciones y Transferencias 52,17 %; totalizando 82,79% de ejecución presupuestal. Como se aprecia en el cuadro el incremento del presupuesto institucional se encuentra enfocado en la cuenta de Donaciones y Transferencia, por reembolsos de SIS y SOAT.

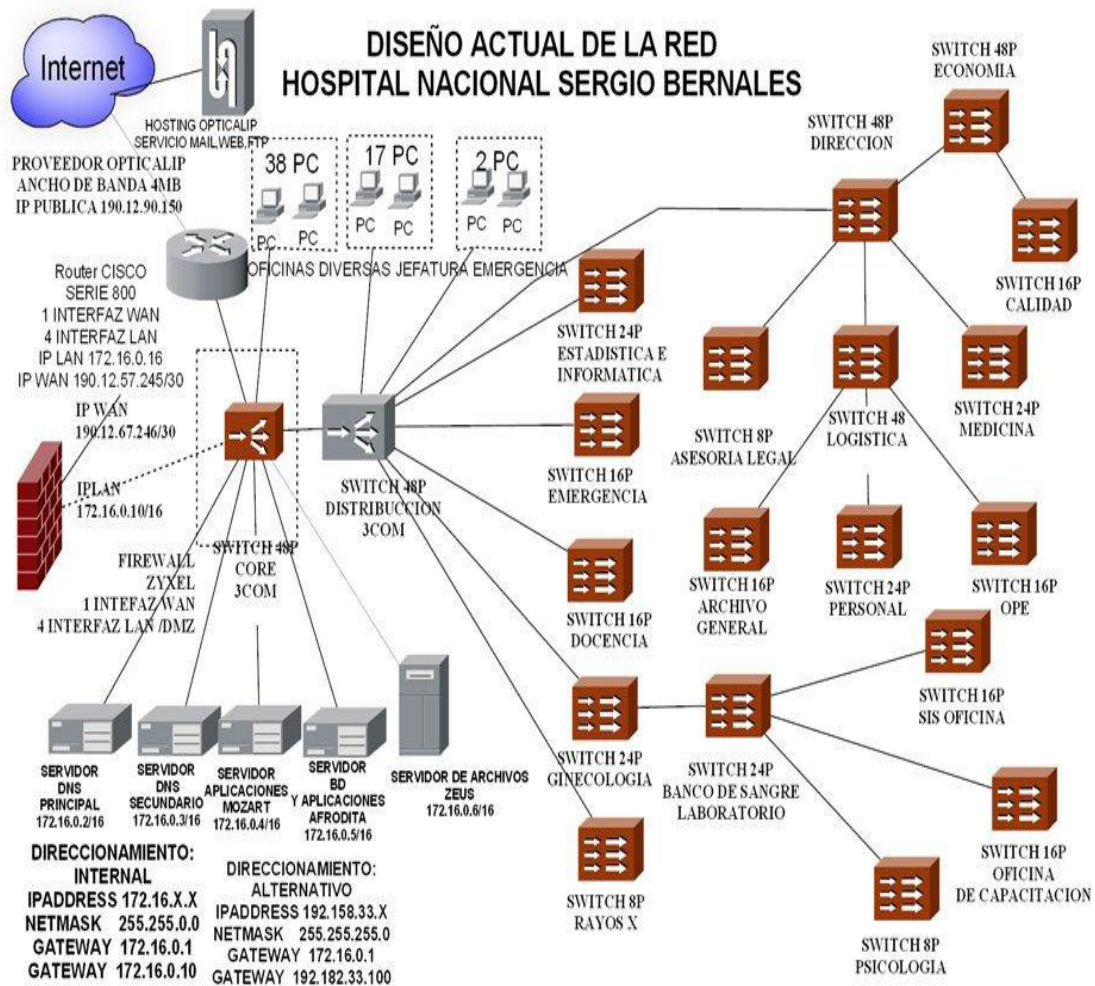


Figura 37. Componente informático

Fuente: PEI 2013, HNSEB

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Modelos de Gestión Integral de Procesos Asistenciales:

La gestión de la calidad total se sustenta en la satisfacción de los usuarios, la participación activa de los profesionales, y las estrategias dirigidas a la mejora continua en las actividades que se realizan.

En el ámbito sanitario, sin una gestión adecuada de los diferentes elementos que lo conforman, la práctica clínica puede encontrar una variabilidad por encima de lo razonablemente esperable, puede alejarse con facilidad de los intereses de los pacientes, y puede olvidar también el papel de los profesionales en la gestión de los problemas de salud.

En dicho contexto, la calidad asistencial y gestión por procesos se conforma una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de calidad total; con una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios, y en el proceso asistencial.

La gestión por procesos se centra, en una serie de elementos , tal como se muestra en el Esquema siguiente:

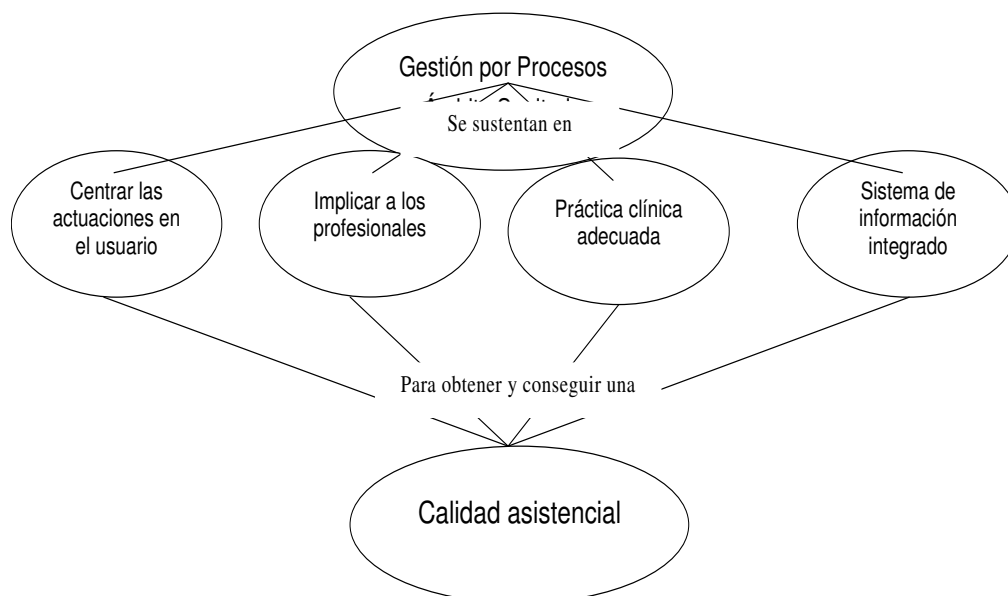


Figura 38. Elementos de la Gestión Por Procesos Y Su Relación Con La Calidad Asistencial

Fuente: MINSA. Gestión por procesos,2011

Dichos elementos son:

- Centrar las actuaciones en el usuario, teniendo en cuenta desde el principio sus necesidades y expectativas, y midiendo su grado de satisfacción.
- Implicar a los profesionales, ser los motores del cambio y protagonistas de las aportaciones para la mejora permanente y la integración de innovaciones en la gestión clínica.
- Práctica clínica adecuada, desarrollo de innovaciones como efecto del rediseño de procesos, mediante las guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados.
- Sistema de información integrado, que proporcione el conocimiento necesario sobre qué actividades se realizan, para evaluar las intervenciones para la mejora continua.
- Un Sistema de Gestión Integral de Procesos tiene 4 componentes para la mejora continua. (Ver gráfico)



Figura 39. Componentes Del Sistema De Gestión Integral De Procesos Asistenciales

Fuente: MINSA. Gestión por procesos, 2011

Componente I: Descripción de procesos asistenciales,

- Definición de proceso: Un proceso se define de varias formas, tales como:
- Secuencia de actuaciones orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada (JM Costa i Estany)
- Sucesión de actividades en el tiempo con un fin definido.
- Organización lógica de personas, materiales, energía, equipos y procedimientos en actividades de trabajo diseñadas para generar un

resultado específico (EFQM- EuropeanFoundationforQuality Management).

- Concatenación de las decisiones, actividades y tareas llevadas a cabo por diferentes profesionales en un
- Orden lógico y secuencial para producir un resultado previsible y satisfactorio (A. Arcelay).

En todas estas definiciones el concepto subyacente es el mismo: Un conjunto de actividades destinadas a generar valor añadido sobre las entradas para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente.

En ese sentido, en el marco de la organización sanitaria pública, un proceso asistencial es el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc.).

La gestión por procesos implica reordenar los flujos de trabajo de forma que aporten valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales.

Los procesos también se clasifican en función del impacto de la siguiente forma:

- Procesos estratégicos: adecúan la organización a las necesidades y expectativas de los usuarios.
- Procesos operativos: aquéllos que están en contacto directo con el usuario.
- Procesos de soporte: generan los recursos que precisan los demás procesos

Para la representación esquemática de los procesos se utiliza con frecuencia la metodología IDEF (Integration Definition for Function Modelling), pues ésta permite:

Definir y dibujar cómo un proceso se relaciona y está integrado con el resto de procesos de la organización.

Representar gráficamente cada proceso por separado, en forma de caja que recibe tres tipos de entradas y que, tras aportar valor añadido, emite una salida.

Las entradas del proceso son: por la izquierda, solicitud o requerimiento del servicio; por la parte inferior, los recursos consumidos; por la parte superior, los factores que condicionan la forma en que se presta el servicio y la salida del proceso es el servicio facilitado al usuario.

Identificación de los procesos clave: Se han identificado los procesos operativos –claves mediante los siguientes pasos:

- Adaptación de una parrilla de priorización según criterios específicos
- Definición, mediante consenso entre el grupo de expertos y la Consejería de Salud, de los criterios específicos seleccionados.
- Re análisis del resultado de la priorización anterior y consulta a cargos directivos de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud.

Componente II: Diseño de los procesos asistenciales

La metodología de descripción y diseño de procesos asistenciales presenta como objetivo fundamental: Establecer un modelo teórico al que se ha de ajustar el desarrollo de cada proceso asistencial integrado. Para lo cual deberá:

- Centrarse en el ciudadano, es decir, incorporar las expectativas de los usuarios.
- Garantizar la continuidad asistencial.
- Incluir sólo aquellas actividades que sí aportan valor añadido.

- Procurar la participación de todos los profesionales, asegurando su implicación y satisfacción.
- Ser flexible, para adaptarse a nuevos requerimientos e incorporar mejora

Componente III: Implementación de los procesos en la organización sanitaria

La implementación de procesos asistenciales depende de los siguientes factores:

A) Características de la Organización

La fase de implantación determina el éxito o fracaso del proyecto, por lo cual hay que tomar en cuenta el entorno y las circunstancias complejas en la que se desarrolla una organización.

Instituciones sanitarias muy jerarquizadas y burocratizadas.

En la gestión predomina la proyección interior sobre la exterior (el mercado, el cliente).

La organización departamental de las instituciones está muy centralizada.

La súperespecialización de las tareas.

Los sistemas de información están orientados a resultados más que a la calidad de servicios y la satisfacción del cliente.

No existe una estrecha relación entre el nivel primario y secundario.

B). Claves Estratégicas

Estrategias Culturales, tener en cuenta la cultura de la organización para determinar que hay que considerar para que esta se adapte al cambio.

Personalizar el Cambio, para que la persona conozca las ventajas del cambio y vencer la resistencia que existe en la organización.

Liderazgo adecuado, comprometer a los líderes con el cambio.

Garantizar coherencia, entre lo que se dice en el plan y lo que se aplica.

Estrategias organizacionales, las particularidades de la organización no deben bloquear el cambio, por lo cual se debe considerar: Adaptar la estructura organizativa a lo que requiere el cambio, el tamaño de la organización es proporcional a la facilidad del cambio, la magnitud del cambio es un factor decisivo, la motivación de las personas es importante y finalmente identificar barreras que pueden frenar el cambio.

Estrategias operativas, estas tienen que estar sincronizadas con los cambios culturales y organizacionales y se debe considerar: optimizar los procesos, plan operativo que refleje claramente la reorganización, estructura de comunicación eficaz, cronograma de implementación, asegurar los recursos necesarios, indicadores para medir el impacto de la implantación.

C). Metodología de Implantación

Debe cumplir con materializar con éxito el cambio que se pretende y debe estar integrado por:

Plan Operativo, que abarque los siguientes contenidos: Análisis de valor, definición personalizada de actividades, actividades de soporte de acuerdo a las necesidades del nuevo proceso, coordinación de procesos interinstitucionales y la definición de recursos para la implantación.

Plan de gestión, se debe considerar:

Definición de una estructura organizativa cada vez mas horizontal que considere: Responsable del proceso, comité de dirección del proceso, Responsable del diseño de procesos y un Equipo funcional del proceso.

Definición de necesidades de formación

Indicadores de impacto, para medir como influye el cambio en la organización y tomar las medidas necesarias.

Plan de comunicación

Este plan es fundamental y debe definir los canales, herramientas y recursos disponibles para asegurar una comunicación fluida.

Cronograma

Debe establecerse realizando una priorización de los procesos de implantación.

Estrategia General de Implantación de los Procesos Asistenciales

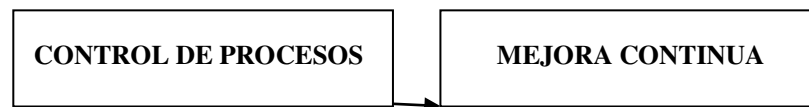
Se debe considerar:

- Núcleo de desarrollo (profesionales implicados)
- Formación Grupos de Mejora
- Implicación de directivos
- Adecuación de sistemas de información
- Desarrollo de estructuras informales de calidad en los centros
- Incorporación a los contratos programa
- Incorporación a los contenidos de la unidades de gestión clínica
- Estrategia de formación

Componente IV: Control y mejora continua de los procesos asistenciales

Son mecanismos que permiten medir la calidad de implementación del proceso. Evaluando variables claves como: Variabilidad, efectividad, satisfacción del usuario interno y externo, eficiencia, entre otros.

Fases del Seguimiento de los procesos



Fase I: Control de proceso: Descripción detallada de las etapas necesarias del proceso asistencial para gestionarlo adecuadamente (estabilizarlo), tales como:

Se conoce su propósito (Misión).

Están descritos sus pasos (Subprocesos).

Están identificadas sus entradas y salidas.

Están identificados sus clientes y proveedores.

Existe un responsable.

Se mide y mejora su efectividad y eficiencia.

Fase II: Mejora Continua: Evaluación continua del diseño, ejecución, y las medidas de control y ajuste de un proceso asistencial, mediante la aplicación del Ciclo de Shewart (Plan,do,check,act).

Planificar la mejora (Plan): Introducir los cambios necesarios al proceso previamente diseñado.

Ejecutar (do): Implicar involucrarse con mejor operativización del proceso, medidas por su efectividad y eficiencia a través de un sistema de información integral.

Evaluar (check): Búsquedacontinúa de las fluctuaciones y las causas del mismo, que salen del rango normal del proceso que no aseguran la efectividad y eficiencia del mismo. Existen tres métodos: a) Repetición del Ciclo de Mejora, b) Realización de Auditorías de Calidad, c) Aplicación de Técnicas de Benchmarking.

Actuar (Act): Implementación de la mejor intervención factible y consensuada, para el problema identificado a través de un grupo de mejora.

Gestión en servicios de Emergencias:

La **Unidad productora de Salud Emergencia** es el órgano encargado de proporcionar atención médica o médico-quirúrgica de urgencia permanente, oportuna y eficiente las 24 horas del día, a toda persona que se encuentre en riesgo grave para su salud o su vida (Ugarte Taboada, 2000).

Servicio de Emergencia: Es la unidad orgánica funcional en hospitales de baja complejidad, encargada de brindar atención medico quirúrgica de emergencia en forma oportuna y permanente durante las 24 horas del día a todas las personas cuya vida y/o salud se encuentre en situación de emergencia. De acuerdo a su nivel de complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños.

Tópico de Emergencia: Área del Servicio de emergencia destinada a la atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con daños de prioridad II y III. Los Tópicos pueden ser diferenciados de acuerdo a la demanda y nivel de complejidad del establecimiento de salud.

Daño: Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo a la prioridad de atención:

Prioridad I Gravedad Súbita extrema

Prioridad II Urgencia Mayor

Prioridad III Urgencia Menor

Prioridad IV Patología aguda común

Emergencias médica y/o quirúrgica: Se entiende por emergencia médica y/o quirúrgica toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que pueda dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños físicos calificados como prioridad I y II.

Red de Servicio de Emergencia: Conjunto de servicios de emergencia organizados según capacidad resolutive, interconectados por redes viales y comunicación oportuna, que establecen relación funcional con el servicio de mayor capacidad de resolución en emergencias, a fin de asegurar la atención progresiva al paciente en situación en emergencia.

Sala de Observación: Área del servicio de emergencia para la permanencia de corta estancia y la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de pacientes con daños de prioridad I y II, en un período que no debe exceder de 12 horas.

Unidad de Reanimación o Shock Trauma: Área del Servicio de emergencia destinada a la evaluación, diagnóstico y tratamiento inmediato de los pacientes que presentan daños de prioridad I.

Organización y funcionamiento de los servicios de emergencia: De acuerdo a la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP-V.03, los establecimientos de salud categorizados como II-1, II-2, III-1 y III-2 deben contar con servicios de emergencia que funcionan las 24 horas del día durante los 365 días del año. Los establecimientos III-1 y III-2 podrán contar con servicios de emergencia diferenciados de acuerdo a la demanda que atienden.

Ley General N°27604 y el Decreto Supremo 016-2002/SA. Establece que todo establecimiento de salud, está obligado a brindar atención médico quirúrgica de Emergencia a toda persona que lo necesita.

Calidad de atención en la Unidad Productiva de Salud Emergencia:

Para Niedz (1998) los estudios de calidad en la atención de salud se han basado en la medición de tres dimensiones básicas: la estructura, el proceso y los resultados, existiendo bastante unanimidad al considerar que, si bien pueden estudiarse aspectos como la accesibilidad, la eficiencia o la calidad científico-técnica, ningún estudio de calidad será completo si no se analizan las diferencias entre expectativas y percepción real de los servicios.

De acuerdo con el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, la atención en salud debe ser: efectiva, oportuna, segura, eficiente, equitativa y centrada en el paciente. Cada una de estas son las dimensiones de la calidad en la atención al paciente.

Efectividad: A esta dimensión pertenecen características como el conocimiento y la experiencia técnica de los prestadores, así como las habilidades y capacidades para relacionarse y comunicarse de los profesionales entre sí y con los pacientes, lo adecuado de la tecnología y, de manera muy importante la forma cómo interactúan con esta, para que la atención cumpla su propósito. Dicho de otra manera, la atención dispensada debe apoyarse en la evidencia científica.

Oportunidad: Se refiere a que el paciente reciba la atención en el momento en que lo requiere, de acuerdo a su situación de salud.

Seguridad: Toda intervención asistencial debe ejecutarse sin causar lesiones adicionales que puedan evitarse. Los pacientes no deben ser lesionados por los cuidados que pretenden ayudarlos.

Eficiencia: El paciente debe recibir la atención de manera segura, al menor costo posible y con los recursos disponibles. Los desperdicios deben evitarse, incluyendo el de suministros, equipos, ideas y energía.

Equidad: la atención no debe variar en efectividad, oportunidad, seguridad y eficiencia por características como raza, sexo, cultura, religión, ideología política, situación socioeconómica.

Atención centrada en el paciente: La atención debe ser respetuosa de las preferencias, necesidades y valores de los pacientes.

La calidad, probablemente es la característica más discutida y apreciada de todo el proceso asistencial de los agentes de salud, gestores de sistemas de salud. Hoy en día este tema involucra a muchos, y de habla de programas de gestión de calidad (PGC) es un conjunto de elementos estructurales y actividades que tienen como fin específico la mejora continua de la calidad.

Un PGC identifica claramente tres aspectos:

- Existencia previa de una filosofía
- Una serie de elementos estructurales y organizativos para la práctica de esa filosofía
- Actividades concretas para hacerlas concretas: Identificaciones de oportunidades de mejora; elaboración de indicadores y monitorización; diseño de nuevos servicios o rediseño de los existentes.

CAPITULO 3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

En este capítulo se presenta la metodología que se empleada para la elaboración de esta tesis, incluyendo la recopilación, manejo, uso y administración de la información encontrada para luego efectuar el análisis situacional y por último realizar el planteamiento de un modelo de gestión como propuesta.

Se describe brevemente cuál es la lógica del flujo de la tesis tomando los capítulos que desarrollamos con la finalidad de presentar el razonamiento detrás de la estructura.

3.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación es prospectivo, longitudinal y analítico.

Prospectivo: Este es un estudio sobre la gestión del Hospital Sergio Bernales, institución adscrita al Ministerio de Salud del Perú, en el contexto del sistema de salud peruano específicamente en el marco del Aseguramiento Universal, con sus alcances y limitaciones, particularizando el análisis situacional del servicio de emergencias de dicha institución para

proponer la implementación de un modelo de gestión institucional en la Unidad propuesta

Longitudinal: Se aplicará la medición en dos momentos, una primera como línea de base y la segunda después de la implementación del modelo de gestión.

Analítico: Porque analiza el problema desde los datos estadísticos durante el periodo de investigación poniendo a prueba las hipótesis y establece la asociación entre los factores, para luego diseñar una propuesta de mejora de la calidad de atención en base a un modelo de gestión sanitaria para la UPSS Emergencia del HNSEB.

3.2 Unidad de análisis

Unidad Productiva de Servicios de Salud (UPSS) Emergencia del Hospital Sergio Ernesto Bernales III-1

3.3 Población de estudio

Todos los pacientes de la UPSS Emergencia y personal médico y asistencial del servicio de emergencia del HNSEB, durante el periodo de 2013

3.4 Tamaño de muestra

Se trabajó solo con la UPSS de Emergencia adultos, para la implementación de cada instrumento a ser utilizado, se utilizara la técnica de muestreo probabilística especificados por sus correspondientes instructivos. Se realizó una encuesta en dos tiempos con 238 participantes cada una.

Criterio de Inclusión

- Usuarios externos de ambos sexos que se atendieron en la UPSS Emergencia del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales.
- Usuario interno que labora o está programado en la UPSS Emergencia entre el periodo de investigación.
- Todos los servicios parte del proceso de atención de emergencia.

Criterios de exclusión:

- Otras Unidades Productivas de Servicios de Salud (UPSS) del HNSEB.
- No haber pasado por todos los servicios considerados parte del proceso de atención de la UPSS emergencia.

3.5 Técnica de recolección de Datos

Siendo el presente estudio prospectivo, longitudinal y analítico, la técnica utilizada es la revisión bibliográfica y la entrevista. Para ello, se recurre a la base de datos que el HNSEB recopilado y son los siguientes instrumentos:

Formato de supervisión de la implementación de las Normas Técnicas de salud para los servicios de emergencia N° 042-MINSA / DGSP-V.01
Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo (SERVQUAL)

Fuentes de información

Las fuentes utilizadas fueron de dos tipos: (i) fuentes primarias y (ii) fuentes secundarias.

Fuentes primarias

Para el desarrollo de la investigación y el análisis se han recopilado como fuentes primarias algunas entrevistas exploratorias con expertos orientados a la gestión en salud específicamente en el objeto de estudio.

Fuentes secundarias

A nivel de consulta, se hizo una revisión de publicaciones especializadas en temas específicos, orientados a entender el funcionamiento y características del sector salud, al igual que documentos técnicos emitidos desde instancias nacionales e internacionales. Así mismo, estudios de compañías consultoras, entrevistas publicadas en diarios, revistas especializadas y radio, a reconocidos expertos del sector, textos académicos sobre el desarrollo de los sistemas de salud y especialmente el aseguramiento universal en el país y por último documentos de gestión de la institución y diverso material de lectura informativa relacionada con el tema en estudio.

Información diversa que puede obtenerse en forma pública a través de Internet también ha sido accedida y utilizada para la elaboración de los conceptos vertidos en la presente tesis.

Institución objeto de estudio

La institución seleccionada para este estudio es el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, establecimiento de salud del tercer nivel de atención, órgano desconcentrado que forma parte de la Dirección de Salud V Lima Ciudad y de la red hospitalaria del Ministerio de Salud; acreditado en el Nivel 111-1 de complejidad, siendo además de Referencia Nacional.

Realiza actividades asistenciales, de recuperación y de rehabilitación, actividades de docencia a nivel pregrado y postgrado y de investigación; de forma integral.

En su organización funcional, la institución está compuesta por Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS), entre las cuales se incluyen Consulta Externa, Emergencia y Urgencias Médicas, Hospitalización, Centro Quirúrgico, Unidad de Cuidados Intensivos, Medicina de Rehabilitación, Diagnóstico por Imágenes, Patología Clínica, Anatomía Patológica, Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, Hemodiálisis, Farmacia, Central de Esterilización y Nutrición y Dietética.

La UPSS Emergencias y Urgencias Médicas a su vez está compuesta por Emergencias Adultos, Pediátrica y Gineco-obstétrica y por su condición de prioridad como puerta de acceso a los servicios, ha sido seleccionada para el estudio con el propósito de establecer un modelo de gestión que mejore la calidad de atención brindada en dicha unidad.

3.6 Hipótesis y variables

3.6.1 Hipótesis general

La propuesta de implementación de un Modelo de Gestión Institucional mejorara la calidad de atención en la Unidad Productora de Servicios de Emergencia del Hospital Sergio Enrique Bernales.

3.6.2 Hipótesis Nula:

La propuesta de implementación de un Modelo de Gestión Institucional no se relacionaría significativamente con la mejora de la calidad de atención en la Unidad Productora de Servicios de Emergencia del Hospital Sergio Enrique Bernales.

3.6.3 Hipótesis Alterna:

La propuesta de implementación de un Modelo de Gestión Institucional se relacionaría significativamente con la mejora de la calidad de atención en la Unidad Productora de Servicios de Emergencia del Hospital Sergio Enrique Bernales.

3.7. Identificación de Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE: Modelo de Gestión Hospitalario: Con tres componentes

- Diagnostico sistema de gestión actual
- Propuesta de mejora de procesos
- Formulación del sistema de gestión integral de procesos

VARIABLE DEPENDIENTE: Calidad de Atención: Un componente

- Calidad Percibida (Efectividad)

3.8. Operacionalización de variables:

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Escala de Medición
CALIDAD DE ATENCIÓN	Especificaciones o cualidades que deben cumplir los productos/servicios/procesos para ser capaces de satisfacer las necesidades de los clientes	Calidad científico-técnica (Eficiencia) Calidad Percibida (Efectividad) Accesibilidad	Satisfacción del Usuario Externo	Nominal Intervalo Razón
Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Escala de Medición
DIAGNÓSTICO SISTEMA DE GESTIÓN ACTUAL	Implica conocer de manera integral los procesos actuales del Área de Emergencia y su relación con los del sector salud	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostico Interno • Análisis Competitivo • Diagnostico Externo • Análisis FODA 	Informe : Análisis FODA elaborado	Nominal Intervalo
PROPUESTA DE MEJORA DE PROCESOS	Son mecanismos que permiten medir la calidad de implementación del proceso. Evaluando variables claves como: Variabilidad, efectividad, satisfacción del usuario interno y externo, eficiencia, entre otros	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de Procesos Críticos • Análisis Cuellos de Botella • Identificación de las causas de restricción • Identificación e implementación de soluciones • Formulación de procesos mejorados 	Informe: Plan de Mejora formulado	Nominal Ordinal Razón
FORMULACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE PROCESOS	Implica reordenar los flujos de trabajo de forma que aporten valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Formulación de la Matriz Estratégica DAFO • Formulación de la misión, los procesos perspectivas generadoras de valor • Alineamiento Estratégico • Formulación de los indicadores claves • Integración del Tablero de Gestión de Mando 	Informe: Tablero de Gestión de Mando formulado	Nominal Ordinal Razón

Fuente: MINSA. Gestión por procesos, 2011

3.9. Matriz de consistencia:

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	MUESTREO	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION
GENERAL	GENERAL				Criterios:	
¿Cómo implementar un modelo de gestión institucional para mejorar la calidad de atención de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Sergio E. Bernales?	a) Proponer un modelo de gestión institucional para mejoramiento de la calidad de atención en la Unidad Productora de Servicios de Emergencia del Hospital Sergio E. Bernales.	La implementación de un Modelo de Gestión Institucional propuesto se relaciona significativamente con la mejora de la calidad de atención en la UPSS Emergencia del Hospital Sergio E. Bernales.	1. Calidad de atención 2. Modelo de Gestión Hospitalario: Con tres componentes: a) Diagnostico sistema de gestión actual b) Propuesta de mejora de procesos c) Formulación del sistema de gestión integral de procesos	<ul style="list-style-type: none"> • Prospectivo • Longitudinal • Analítico 	a) Se aplicarán criterios de muestreo según lo especificado por cada instrumento.	<p>Técnica: - Entrevista</p> <p>Instrumento</p> <p>a) Formato de supervisión de la implementación de la NTS N° 042- MINSA/DGS P-V.01</p> <p>b) Instrumento SERQUAL.</p> <p>c) Instrumento de medición de Clima Laboral.</p>
	ESPECÍFICOS					

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Diagnóstico interno del Sistema de Gestión Actual.

4.1.1. Evaluación de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Emergencia

En el presente estudio se realizó la medición de la línea de base teniendo como referencia los componentes evaluados por la ficha técnica de cumplimiento de la Norma Técnica de Salud N° 042-MINSA-DGSP. V.01, aprobada según RM N° 386-2006/MINSA. La medición de la línea de base se realizó en diciembre del 2012.

En el Cuadro 43, se aprecia que el Hospital Nacional “Sergio Bernales” obtuvo un resultado de 69% en accesibilidad, 69.80% en ambientes y 68.6% en ingeniería hospitalaria, mientras que en equipamiento el resultado fue 65%. En el caso del componente de recursos humanos se obtuvo un resultado del 60%, con resultados parciales de 83% en médicos, 81% en enfermeras, 86.6% en obstétricas y 86.6% en técnicos de enfermería. En cuanto a los procesos se obtuvo en la línea de base un resultado del 32,5%.

En la primera medición realizada durante la intervención del servicio de emergencia del Hospital Nacional “Sergio Bernales se obtuvo un resultado de 100% en accesibilidad, 78,23% en ambientes y 71,43% en ingeniería hospitalaria, mientras que en equipamiento el resultado fue 84%. En el caso del componente de recursos humanos se obtuvo un resultado del 87,5%, con resultados parciales de 100% en médicos, 100% en enfermeras, 100%

en obstetrices y 50% en técnicos de enfermería. En cuanto a los procesos se obtuvo un resultado del 73,53%. La primera medición se realizó a seis (06) meses de la intervención (junio 2013).

En la segunda medición realizada durante la intervención del servicio de emergencia del Hospital Nacional "Sergio Bernales se obtuvo un resultado de 100% en accesibilidad, 80% en ambientes y 80% en ingeniería hospitalaria, mientras que en equipamiento el resultado fue 83.59%. En el caso del componente de recursos humanos se obtuvo un resultado del 87,5%, con resultados parciales de 100% en médicos, 100% en enfermeras, 100% en obstetrices y 50% en técnicos de enfermería. En cuanto a los procesos se obtuvo un resultado del 85.29%. La segunda medición se realizó a nueve (09) meses de la intervención (septiembre 2013).

En la tercera medición realizada durante la intervención del servicio de emergencia del Hospital Nacional "Sergio Bernales se obtuvo un resultado de 100% en accesibilidad, 85% en ambientes y 85,71% en ingeniería hospitalaria, mientras que en equipamiento el resultado fue 84%. En el caso del componente de recursos humanos se obtuvo un resultado del 100%, con resultados parciales de 100% en médicos, 100% en enfermeras, 100% en obstetrices y 100% en técnicos de enfermería. En cuanto a los procesos se obtuvo un resultado del 88,24%. La tercera medición se realizó a once (11) meses de la intervención (noviembre 2013).

Cuadro 43. Mediciones realizadas durante la intervención en el servicio de emergencia del Hospital Sergio Bernales, 2013

COMPONENTES	Linea de base ^a	Medición 1 ^b	Medición 2 ^c	Medición 3 ^d	Variación*
	%	%	%	%	%
A. ESTRUCTURA					
1. INFRAESTRUCTURA	69.13	83.24	86.67	90.24	21.11
Accesibilidad	69.00	100.00	100.00	100.00	31.00
Ambientes/Áreas	69.80	78.23	80.00	85.00	15.20
Ingeniería hospitalaria	68.60	71.43	80.00	85.71	17.11
2. EQUIPAMIENTO	65.00	84.00	83.59	84.00	19.00
3. RECURSOS HUMANOS	60.00	87.50	87.50	100.00	40.00
Médico	83.00	100.00	100.00	100.00	17.00
Enfermera	81.00	100.00	100.00	100.00	19.00
Obstetriz	86.60	100.00	100.00	100.00	13.40
Tecnico de Enfermería	86.60	50.00	50.00	100.00	13.40
B. PROCESOS	32.35	73.53	85.29	88.24	55.89

Fuente: Elaboración propia

(a) Fecha de línea de base: diciembre 2012

* Variación entre la 3era medición y la medición basal (línea de base)

(b) Fecha de medición 1: junio 2013

(c) Fecha de medición 2: sep 2013

(d) Fecha de medición 3: nov 2013

Fuente: MINSA. 2013

La intervención realizada en el Hospital Nacional “Sergio Bernales” durante el año 2013 permitió mejorar la gestión del servicio de emergencia en los componentes relacionados con la estructura y los procesos.

En el caso de la accesibilidad al servicio de emergencia la intervención logró un cambio del 31% entre la tercera medición y la línea de base, lo cual se relacionó con medidas adoptadas para mejorar la señalización y el acceso físico al servicio de emergencia. En relación a los ambientes físicos la intervención logró un cambio del 15,2% en relación a la línea de base, pues la intervención incluyó diversas acciones para mejorar la disponibilidad y el acondicionamiento de las áreas. Asimismo, se logró en el componente de ingeniería hospitalaria una mejora del 17,1% en relación a la línea de base.

En el caso del equipamiento del servicio de emergencia la intervención logró un cambio del 19,0% entre la tercera medición y la línea de base, lo cual se relacionó con medidas adoptadas para mejorar el equipamiento del servicio de emergencia. En relación a los recursos humanos la intervención logró un cambio del 40,0% en relación a la línea de base, pues la intervención consideró la mejora en la dotación del personal de salud. Al respecto, se logró un incremento en la dotación del personal médico, de enfermería, obstetricia y técnicos de enfermería.

En los componentes de accesibilidad, ambiente, ingeniería hospitalaria, equipamiento, recursos humanos y proceso, se logró cambios importantes como consecuencia de la intervención realizada en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Sergio Bernales" durante un periodo de 11 meses, no obstante la intervención continua, por lo que será necesario tener mediciones posteriores de la intervención.

Si los resultados obtenidos en la tercera medición son comparados con la media de los resultados de la supervisión realizada por el MINSA en otros hospitales, encontramos que en accesibilidad se obtuvo un 100% frente a la media de 89.6%, en ambientes se obtuvo 85%, frente a la media de 82%; y en ingeniería hospitalaria se obtuvo 85.71%, frente a la media de 88.1%, mientras que en equipamiento el resultado fue 84%, frente a la media de 84.2%. En el caso del componente de recursos humanos se obtuvo un resultado del 100%, frente a la media de 83.7%. En cuanto a los procesos se obtuvo un resultado del 88.24%, frente a la media de 77.9%. Al realizar esta comparación, encontramos que la intervención logro cambios importantes en accesibilidad, ambientes, recursos humanos y procesos en comparación con los resultados mostrados por otros hospitales en los que no hubo intervención.

Cuadro 44. Consolidado evaluación técnica supervisión nacional Hospitales alta complejidad Lima. Año 2013

COMPONENTE	H. DOS DE MAYO	H. MARIA AUXILIADORA	INSN	H.CAYETANO HEREDIA	H.HIPOLITO UNANUE	H. ARZOBISPO LOAYZA	H. NACIONAL SERGIO BERNALES	PROMEDIO GLOBAL
COMPONENTE ESTRUCTURA								
Infraestructura	97.5%	95.0%	91.2%	69.6%	90.9%	75.1%	83.3%	86.6%
Accesibilidad	100.0%	100.0%	100.0%	62.5%	100.0%	75.0%	100.0%	89.6%
Ambientes/areaccesibilidad	92.5%	85.0%	73.7%	75.0%	86.8%	78.9%	78.2%	82.0%
Ingeniera Hospitalaria	100.0%	100.0%	100.0%	71.4%	85.7%	71.4%	71.4%	88.1%
EQUIPAMIENTO	80.0%	90.0%	100.0%	65.0%	100.0%	70.0%	84.0%	84.2%
RECURSO HUMANO	87.5%	74.2%	95.3%	83.8%	98.8%	62.5%	93.8%	83.7%
Medico	100.0%	80.0%	81.3%	85.0%	95.0%	100.0%	100.0%	90.2%
Enfermera	100.0%	66.7%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	94.4%
Obstetriz	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	83.3%
Tecnico de Enfermeria	50.0%	50.0%	100.0%	50.0%	100.0%	50.0%	50.0%	66.7%
COMPONENTE PROCESOS	73.5%	79,40%	82.4%	73.5%	88.2%	70.6%	76.47%	77.9%

Fuente: MINSA. 2013

4.1.2. Monitoreo De La Gestión De Establecimientos De Salud Del Tercer Nivel De Atención: Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Supervisión De DGSP

En cumplimiento de una competencia principal orientada a fortalecer la gestión de las redes de prestación de servicios, el Ministerio de Salud ha diseñado un aplicativo para el Monitoreo del Desempeño de la Gestión Institucional en establecimientos de salud por Niveles de Atención del Sistema de Salud, en el marco del Aseguramiento Universal de Salud y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada. Este control gerencial está destinado a observar sistemáticamente un conjunto de procesos de la gestión, con la finalidad de realizar los ajustes necesarios a las actividades y estrategias para lograr el cumplimiento óptimo de las metas establecidas, definidas en el Plan Operativo o Plan de Trabajo Anual según corresponda al nivel de categoría del establecimiento.

El esquema adjunto muestra los diferentes componentes del monitoreo, los cuales, fueron evaluados para el Hospital Sergio E. Bernales en abril de 2014.

4.1.2.1. Resultados alcanzados por Componente:

A. Gestión Administrativa Institucional:

Gestión de la Planificación y Control Institucional. En este componente el Hospital Nacional Sergio Bernales ha cumplido con acreditar:

- Análisis de la Situación de Salud Institucional actualizado y aprobado.
- Plan Estratégico vigente, aprobado y enmarcado en las Políticas Nacionales.
- Plan Operativo Anual aprobado y alineado al Plan Estratégico Institucional, evidenciando además su difusión a las UPSS, además de contar con la evaluación del último trimestre.
- Documentos de gestión actualizados y enmarcados en la normatividad.
- Proyectos de inversión aprobados y otros en proceso de ejecución.
- Instrumentos de monitoreo y evaluación de la gestión, con la implementación en los plazos previstos en directivas expresas.

En el monitoreo de este componente se registra un resultado de 04 puntos equivalente al 100%. De esta manera se valida la formulación de todo el componente de planificación, tanto a nivel estratégico como táctico y operativo, descritos en el Plan Estratégico y Plan Operativo Institucional Anual.

Cuadro 45: Monitoreo de gestión hospitalaria, Supervisión DGSP

MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CATEGORIA III - 1		
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	
FECHA :	18 y 19 DE FEBRERO DEL 2014	
COMPONENTE	MACROPROCESO	ESTÁNDAR
1. GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA	1. GESTIÓN DE LA PLANIFICACIÓN Y CONTROL INSTITUCIONAL.	CUMPLE CON METAS/OBJ
	2. GESTIÓN DEL RIESGO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES.	ENFRENTA C/ ÉXITO LAS EMERG/DESASTRES.
	3. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN.	SIST INTEGRADO DE INF. GERENCIAL.
	4. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.	CAPACIDAD PARA GESTIÓN DE RRRH.
	5. GESTIÓN LOGÍSTICA.	RECURSOS LOGÍSTICOS
	6. GESTIÓN DEL FINANCIAMIENTO.	RECURSOS PRESUPUESTALES
	7. GESTIÓN DE PROD. FARMACEUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PROD. SANITARIOS.	ACCESO OPORTUNO Y CALIDAD DE PROD FARMACEÚTICOS
	8. GESTIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS.	ADM. RESIDUOS SÓLIDOS
	9. GESTIÓN DE LA TRANSPARENCIA Y ANTICORRUPCIÓN.	POLITICAS DE ANTICORRUPCIÓN.
2. GESTIÓN SANITARIA	10. GESTIÓN DE LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)	UPSS DE ATENCIÓN DIRECTA
	11. CALIDAD DE LA ATENCIÓN	CALIDAD DE ATENCIÓN (INTERNO Y EXTERNO).
	12. CONTINUIDAD Y ACCESO A LA ATENCIÓN.	COBERTURA DE ATENCIÓN Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.
3. GESTIÓN DE LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	13. PLANEAMIENTO, ORGANIZACIÓN Y APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.	EVIDENCIAS CIENTÍFICAS PARA EMISIÓN DE DOC. NORMATIVOS.
	14. FORMACIÓN Y DESARROLLO DE CAPACIDADES.	FORMACIÓN Y DESARROLLO DE CAPACIDADES DEL PERSONAL DE SALUD
4. GESTIÓN POR COMPETENCIAS	15. GESTIÓN POR COMPETENCIAS	DIRECTOR ES GESTOR Y LIDER

Fuente: MINSA. Evaluación HNSEB 2014

Gestión del Riesgo de Emergencias y Desastres

En este componente el Hospital Sergio Bernales acredita cumplir con lo siguiente:

- Estimación del riesgo (social, antrópico, naturales, entre otros), elementos insertos en el Plan de Emergencias y Desastres aprobado.
- Acciones para reducción del riesgo frente a emergencias y desastres, demostrables en el Plan Operativo.
- Organización, preparación e implementación para la respuesta y rehabilitación ante situaciones de emergencias y desastres.
- Infraestructura, equipamiento, materiales y demás recursos necesarios para la atención intra y extra hospitalaria.

Este componente tiene una valoración de 2,40 puntos equivalente al 80%, estando la brecha constituida por el incumplimiento del Certificado de Inspección Técnica de Seguridad de Defensa Civil, al momento de la aplicación del instrumento.

Gestión de la Información

En este punto, el Hospital acredita el cumplimiento de:

- Identificar las necesidades de información de manera participativa con las áreas técnicas.
- Disponer de la tecnología adecuada para automatizar la información (software, hardware, entre otros) de manera oportuna y objetiva.
- Realizar sistemáticamente el análisis de la información comprobando su veracidad, confiabilidad y oportunidad.
- Promover la cultura de la toma de decisiones, basada en el análisis de la información.
- Retroalimentar y difundir la información procesada a las UPSS y áreas involucradas en la gestión.

En este componente el establecimiento alcanza una valoración de 3.00 puntos, equivalente a 100%, resaltando el hecho de que el establecimiento de salud dispone de un sistema integrado de información gerencial.

Gestión de Recursos Humanos

En relación con este componente, el Hospital acredita los siguientes aspectos:

- Desarrollar a través de los funcionarios competentes la capacidad para incorporar, contratar y preservar los recursos humanos para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.
- Contar con Plan anual de incentivos laborales, lo que incluye incentivos de prestigio social.
- Desarrollar acciones de bienestar social y promover condiciones adecuadas de trabajo digno para el personal de salud que labora en esta institución.
- Identificar las necesidades de capacitación en forma participativa y realizar la
- programación anual de actividades de capacitación.
- Contar con recursos humanos competentes para la prestación de servicios de salud con oportunidad y calidad.
- Disponer de medidas de seguridad para la salud de los trabajadores de áreas de riesgo.

En el componente de Gestión de Recursos Humanos, el hospital obtiene una valoración de 4 puntos equivalente al 100% lo que permite concluir que es apropiada la capacidad para gestionar sus recursos humanos.

Gestión Logística.

En este componente, el Hospital acredita lo siguiente:

- Capacidad de gestión para el mantenimiento.

- Capacidad de gestión en el desarrollo de los procesos de programación y adquisición de bienes y servicios, en el marco del cumplimiento del Plan Anual de Adquisiciones del almacenamiento y distribución adecuada de los bienes de la institución.
- Contar con servicios generales (lavandería, transporte, costura, nutrición, cocina, entre) organizados e implementados adecuadamente, según normatividad.
- Disponer y operar el Sistema SIGA de bienes patrimoniales, actualizado acorde con la normatividad.
- Plan de baja de equipamiento tecnológico y ejecución según lo programado.

Con lo anterior, el Hospital Sergio Bernales alcanza una valoración de 2.50 puntos equivalentes al 83.33% para este ítem , concluyendo que el establecimiento de salud posee una adecuada capacidad para proveer de manera oportuna los recursos logísticos necesarios, orientados al cumplimiento de funciones.

Gestión del Financiamiento.

En este capítulo, el establecimiento acredita contar con lo siguiente:

- Recibir de manera íntegra los reembolsos del SIS en relación a las prestaciones realizadas.
- Ejecutar los ingresos del SIS, con oportunidad y acorde con la normatividad vigente.
- Disponer de los estados de balance presupuestal, comprobación y financiero.
- Realizar la revisión periódica de los procedimientos operativos aprobados.
- Contar con tarifario actualizado de acuerdo con la política tarifaria nacional.
- Ejecutar oportunamente las partidas presupuestales autorizadas.

La medición de este componente alcanza una valoración de 3.00 puntos equivalente al 100%, indicando que el Hospital desarrolla la capacidad

para gestionar los recursos presupuestales interno y externo con eficiencia, en el marco de la normatividad vigente.

Gestión de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.

En este componente, el Hospital solamente pudo acreditar los siguientes aspectos de evaluación:

- Realizar el proceso de estimación, programación y adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, con eficiencia.
- Planificar y gestionar el financiamiento para suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.

De otra parte, la evaluación demostró que el establecimiento no evidenció:

- Organización para realizar la gestión de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, con eficiencia, equidad y calidad y;
- Realizar una adecuada gestión de stocks en el Almacén Especializado de Medicamentos y en los servicios de farmacia.

Con lo anterior, la capacidad de gestión para garantizar el acceso oportuno y de calidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios alcanzó el 50% del estándar, con una valoración de 2.00 puntos

Gestión de Residuos Sólidos.

En este aspecto, la institución logró acreditar los siguientes puntos:

- Contar con la formulación e implementación del Plan Integral de Residuos Sólidos, conforme la normatividad vigente.
- Tener la organización e implementación adecuada para el manejo de los residuos sólidos.

- Tener personal capacitado en el manejo adecuado de los residuos sólidos.
- Aplicar instrumentos de monitoreo y analiza el manejo de residuos sólidos hospitalarios.

El rezago en este componente se da por:

- No contar con un sistema de recolección, tratamiento y disposición final de los residuos sólidos.

En consecuencia, el establecimiento de salud desarrolla capacidad para administrar los residuos sólidos en compatibilidad con el medio ambiente y la salud pública, en conformidad con sus competencias y normatividad vigente en un 80% alcanzando una valoración de 2.40%.

Gestión de la Transparencia y Anticorrupción

En relación con este componente, el Hospital acreditó lo siguiente:

- Contar con un sistema de acceso a la información pública, que permita atender las solicitudes en forma oportuna.
- Publicar la información que exige la normatividad en los portales institucionales oportunamente.
- Adoptar medidas de anticorrupción.
- Cumplir con el levantamiento de las observaciones realizadas por el Órgano de Control Interno.
- Realizar programas de capacitación en normas preventivas de corrupción, dirigido al personal encargado de adquisiciones y contrataciones del Estado.

Con estos resultados, el hospital alcanzó una valoración de 3.00 puntos, equivalente al 100% indicando que realiza una gestión transparente e implementa políticas de anticorrupción

B. Gestión Sanitaria

Gestión de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS)

Siendo este componente el más importante por representar uno de los procesos misionales de la institución, la evaluación de la misma reflejó un componente con falencias claras, ya que solamente acreditó:

- Contar y evaluar el Plan de Gestión Clínica (incluye atención directa y de soporte).
- Realizar el monitoreo de los indicadores de desempeño clínico por UPSS.
- Aplicar las guías de práctica clínica y procedimientos en los servicios de atención directa.

Sin embargo, varios elementos de este componente no fueron acreditados por el hospital de manera satisfactoria. Las unidades afectadas por la no conformidad fueron:

- La UPSS consulta externa del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y brinda atención integral a los usuarios según etapas de vida.
- La UPSS emergencia del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención de usuarios en situación de urgencia y emergencia, según su categoría.
- La UPSS hospitalización del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención y estancia de usuarios, según su categoría.
- La UPSS centro quirúrgico del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención y estancia de usuarios, según su categoría.
- La UPSS centro obstétrico del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención y estancia de usuarios, según su categoría.
- La UPSS unidad de cuidados intensivos (UCI) del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está

organizado e implementado para brindar la atención y estancia de usuarios, según su categoría.

Esta situación condicionó una calificación porcentual del 33,3% satisfactoria, generando una debilidad muy importante en el análisis estratégico por unidades.

El establecimiento de salud realiza la gestión adecuada de las upss de atención de soporte (*) y cumple con los estándares de indicadores de desempeño clínico. En este aspecto de la evaluación el Hospital Nacional Sergio Bernales logró evidenciar un 33.33% en lo siguiente:

- Contar con el apoyo al diagnóstico necesario para la prestación (diagnóstico por imágenes, procedimiento de patología clínica, entre otros), según su categoría.

Sin embargo, varias unidades productoras fueron afectadas por la no conformidad en la que no se acreditaron los siguientes ítems.:

- La UPSS de hemodiálisis del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar terapéutica sustitutiva, dialítica a pacientes con insuficiencia renal, según su categoría

- La UPSS Central de Esterilización del establecimiento de salud cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención de usuarios según su categoría. La UPSS nutrición y dietética del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención de usuarios, según su categoría.

- La UPSS medicina de rehabilitación del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención de usuarios, según su categoría.

- El servicio de farmacia del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para el manejo adecuado de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, según su categoría.

- El Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I o II según corresponda, cumple con los requisitos mínimos de funcionamiento y realizan procedimientos para garantizar sangre segura.

Calidad de la Atención

El establecimiento de salud eleva la calidad de atención en los servicios de salud a niveles aceptables, claramente percibidos por los usuarios (interno y externo). En este componente el Hospital Nacional Sergio Bernales logra 12 puntos con un cumplimiento del 100% de los Ítems seleccionados:

- Contar con Plan de Gestión de Calidad aprobado e implementado según normatividad.
- Implementar el proceso de acreditación hospitalaria
- Realizar la medición de la satisfacción del usuario externo y el clima organizacional.
- Implementar estrategias para la seguridad del paciente.
- Implementar y hacer seguimiento del plan de auditoría de calidad de la atención.
- Contar con la evaluación de tiempos de espera en las UPSS emergencia y consulta externa.
- Promover el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad, en base a los resultados de las mediciones realizadas.
- Desarrollar acciones de vigilancia y control de infecciones intrahospitalarias.
- Contar con Lactario Institucional implementado y en funcionamiento.

Continuidad y Acceso a la Atención.

El establecimiento de salud ha incrementado cobertura de atención y acceso a los servicios de salud. Este componente alcanza un puntaje de 10 puntos cumpliendo en un 100% con los ítems seleccionados.

- Contar con estrategias de mejora de acceso a los servicios de salud.

- Desarrollar estrategias para incrementar la cobertura de afiliación y atención al SIS.
- Trabajar en la consolidación del sistema de referencia y contrarreferencia (SRGR).

C. Gestión de la Docencia e Investigación

Planeamiento, Organización y Aplicación de la Investigación.

El establecimiento de salud aporta con evidencias científicas para la emisión de documentos normativos de relevancia para la política institucional y nacional, obteniendo en este sub- componente una valoración de 5 puntos lo que equivale al 100% de cumplimiento, representado por los siguientes Items:

- El Hospital Nacional Sergio Bernales , tiene definidas sus políticas y planificación institucional de la investigación.
- Cuenta con una estructura orgánica, tecnológica, financiamiento y marco normativo necesarios para el desarrollo de investigaciones.
- Difunde los resultados producto de la ejecución de los proyectos de investigación.
- Aporta a la institución y al país con el desarrollo de normas, relacionados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad prioritariamente.
- Ha realizado la transferencia de tecnología de investigación al personal de salud (dentro y fuera del establecimiento).

Formación y Desarrollo de Capacidades.

El establecimiento de salud contribuye a la formación y desarrollo de capacidades del personal de salud (interno y externo) dentro y fuera del establecimiento. En este subcomponente el Hospital ha alcanzado un puntaje de 05 equivalente al cumplimiento del 100 % de Ítems requeridos en el aplicativo de monitoreo.

- El establecimiento está organizado e implementado para el desarrollo de pasantías.

- Ha organizado y ejecutado el desarrollo de cursos en el área asistencial, administrativa e investigación, según prioridades institucionales.
 - Dispone de un sistema de registro del personal capacitado y certificado según temas de competencia de la institución.
 - Ha definido su campo clínico por especialidades y sub-especialidades.
- A nivel del componente de Gestión de la Docencia e Investigación el Hospital ha alcanzado el mayor puntaje de 10 puntos equivalente al 100% de exigencias cumplidas.

D. Gestión por Competencias

El director del Hospital cuenta con competencias para ser gestor y líder dentro y fuera de su institución.

Este componente ha alcanzado una valoración de 25 puntos lo que representa el 100% de Items requeridos cumplidos, evidenciando el cumplimiento de los siguientes:

- El Director y su equipo de gestión tienen visión estratégica para la conducir a su institución de manera exitosa.
- El Director y su equipo de gestión mantienen buenas relaciones con su entorno interno y externo formando alianzas estratégicas.
- El Director desarrolla capacidad de negociación para la resolución de conflictos.
- El Director y su equipo de gestión han desarrollado capacidad de innovación y creatividad para mejorar la función de asistencial, administrativa, de investigación y docencia.
- El Director reúne los atributos de liderazgo individual e institucional.

4.1.3. Encuesta De Satisfacción Del Usuario Interno (Clima Organizacional)

En el período de tiempo 2011-2013 se realizaron encuestas de clima organizacional anuales, la cuales tuvieron metodología, alcances y criterios de evaluación estandarizados, los cuales se resumen en lo siguiente:

VARIABLES de estudio (Dimensiones): Potencial Humano, Diseño Organizacional y Cultura Organizacional.

VARIABLES	SIGNIFICADO
POTENCIAL HUMANO	Constituye el sistema social interno de la organización, que está compuesta por individuos y grupos grandes como pequeños. Las personas son seres vivientes, pensantes y con sentimientos que conforman la organización y ésta existe para alcanzar sus objetivos.
DISEÑO ORGANIZACIONAL (ESTRUCTURA)	Las organizaciones según Chester I. Bernard, son “un sistema de actividades fuerzas conscientemente coordinadas de dos o más personas”. En el aspecto de coordinación consciente de esta definición están incorporados cuatro denominadores comunes a todas las organizaciones: la coordinación de esfuerzos, un objetivo común, la división del trabajo y una jerarquía de autoridad, lo que generalmente denominan estructura de la organización
CULTURA ORGANIZACIONAL	Una Organización no es tal si no cuenta con el concurso de personas comprometidas con los objetivos, para que ello ocurra es indispensable tomar en cuenta el ambiente en el cual se van a desarrollar todas las relaciones, las normas y los patrones de comportamiento lo que se convierte en la cultura de esa organización, llegando a convertirse en una organización productiva eficiente o improductiva e ineficiente, dependiendo de las relaciones que entre los elementos de la organización se establezcan desde un principio.

Criterios de Calificación, se basa en las 4 escalas de calificación

Puntaje 1: No Saludable.

Puntaje 2-3: Por mejorar.

Puntaje 4: Saludable.

La primera medición fue realizada en setiembre 2011, e incluyó a 596 trabajadores encuestados (44.4% del total). Los resultados mostraron un clima laboral, calificado con 2.7 según la escala seleccionada, que cualitativamente

significa por mejorar. Los gráficos siguientes muestran el promedio obtenido por dimensiones y las calificaciones componentes de cada una.



Descripción	PUNTAJE
CLIMA ORGANIZACIONAL	2,7

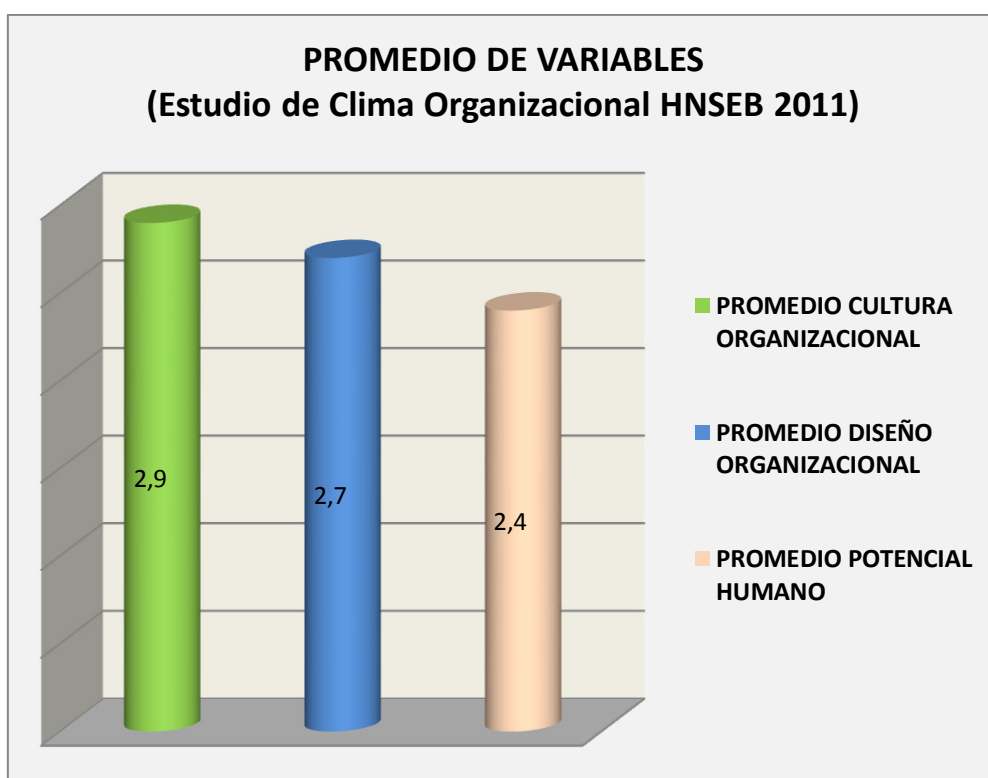


Gráfico 40. Promedio de Variables

Fuente: HNSEB. Estudio de clima Organizacional, 2011.

El detalle de las calificaciones por dimensión se muestra en el Cuadro de manera referencial

Cuadro 46. Calificaciones por dimensión

DESCRIPCION	Nunca	A veces	Frecuente mente	Siempre	PUNTAJE
PROMEDIO CULTURA ORGANIZACIONAL	0.53%	2.8%	4.2%	3.5%	2.9
MOTIVACION	0.9%	3.6%	5.0%	2.8%	2.8
IDENTIDAD	0.2%	1.4%	4.4%	6.5%	3.4
CONFLICTO Y COOPERACION	0.5%	3.4%	3.2%	1.3%	2.7
PROMEDIO DISEÑO ORGANIZACIONAL	1.93%	3.63%	4.6%	3.93%	2.7
ESTRUCTURA	0.2%	1.3%	4.8%	6.2%	3.4
TOMA DE DECISIONES	1.3%	4.5%	4.4%	2.3%	2.6
REMUNERACION	4.9%	4.5%	2.2%	1.0%	1.9
COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL	1.3%	4.2%	7,0%	6.2%	3.0
PROMEDIO POTENCIAL HUMANO	2.28%	6.2%	3.83%	1.78%	2.4
RECOMPENSA	5.2%	7.6%	4,0%	1.9%	2.1
LIDERAZGO	1.3%	5.5%	3.8%	1.9%	2.5
INNOVACION	1.1%	6.5%	3.6%	1.3%	2.4
CONFORT	1.5%	5.2%	3.9%	2.%	2.5

Fuente: HNSEB. Estudio de clima Organizacional, 2011

Las conclusiones obtenidas de esta primera medición fueron:

Variable Cultura de la Organización. Su resultado fue 2,9%

Las dimensiones componentes evaluadas fueron:

1. **Identidad:** Mide el compartir los objetivos personales con los de la organización, Es el sentimiento de pertenencia a la organización y ha

alcanzado un puntaje de 3,4%, siendo uno de los puntajes altos en relación a las otras dimensiones y denota identidad con la institución, constituyendo una fortaleza para instituir.

2. **Motivación:** El puntaje obtenido es 2,8%. Refiere a las condiciones que llevan a los empleados a trabajar más o menos intensamente dentro de la organización.
3. **Conflicto y cooperación:** Es de 2,7%. Esta dimensión se refiere al nivel de colaboración que se observa entre los empleados medida en que éstos reciben de su organización, puntaje relativamente moderado y para mejorar.

Variable Diseño Organizacional. Su resultado fue 2,7%

Las dimensiones componentes evaluadas fueron:

1. **Estructura:** Es de 3,4 %. Representa que en esa medida la percepción que tienen los trabajadores acerca de reglas, procedimientos, trámites y otras limitaciones a que se ven enfrentados en el desarrollo de su trabajo, siendo éste puntaje alto en relación a las otras dimensiones y debe fortalecerse.
2. **Comunicación:** Es de 3,0 %. Esta dimensión se basa en la facilidad que tienen los empleados de hacer que se escuchen sus quejas en la dirección.
3. **Toma de decisiones:** Es de 2,6 %. Es decir, en esta magnitud según los trabajadores la información está disponible y es utilizada en las decisiones que se toman en el interior de la organización.
4. **Remuneración:** Es de 1,9 %. Este mide el grado de conformidad con la forma en que se remunera a los trabajadores, siendo en ésta dimensión

el puntaje más bajo obtenido y resultante como no saludable y para el cual debe buscarse mecanismos que mejoren tal inconformidad.

Variable Potencial Humano: Su resultado fue de 2,4%

Las dimensiones componentes evaluadas

1. **Liderazgo:** Tiene un puntaje de 2,5 % que resulta bajo lo cual denota que la Influencia ejercida por ciertas personas especialmente los jefes, en el comportamiento de otros para lograr resultados es muy pobre. Ello depende de la existencia de condiciones que existen en el medio social tales como: valores, normas y procedimientos, además es coyuntural.
2. **Confort:** Es de 2,5% que relativamente es bajo, corresponde a los esfuerzos que realiza la dirección en crear un ambiente físico sano y agradable.
3. **Innovación:** Tiene un porcentaje de 2,4% Significa la medida en que existe la voluntad de experimentar cosas nuevas y de cambiar la forma de hacerlas por parte de los encuestados.
4. **Recompensa:** Es de 2,1% Es la medida en que la organización utiliza más el premio que el castigo, resultado bajo que manifiesta la inconformidad del usuario interno en cuanto al reconocimiento de sus méritos y esfuerzos.

Con base en estos resultados, se plantearon líneas de intervención priorizadas, la cuales se muestran en el grafico siguiente y se hicieron recomendaciones específicas por dimensión evaluada, las cuales se transcriben enteramente del documento origen del Hospital:

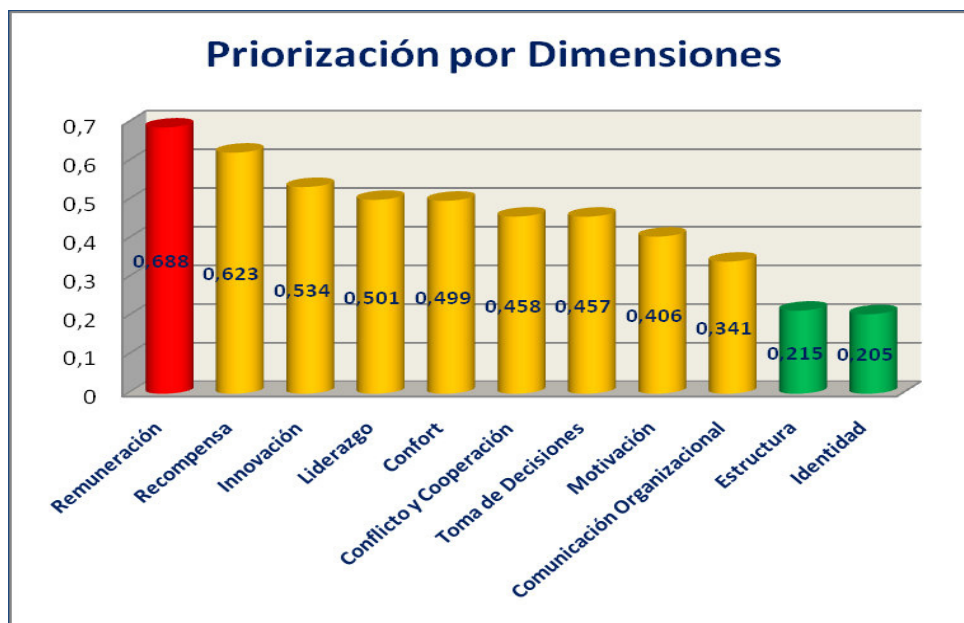


Gráfico 41. Priorización por Dimensiones.

Fuente: HNSEB. Estudio de clima Organizacional, 2011

Variable Cultura de la Organización

A las Jefaturas de los Departamentos, Oficinas y servicios

- Fomentar el compartir los objetivos personales con los de la organización y dar el ejemplo.
- Gestionar condiciones que lleven a los empleados a trabajar mejor dentro de la organización
- Promover el nivel de colaboración que se observa entre los empleados en medida en que éstos reciben de sus jefes.

Variable Diseño Organizacional

A la Oficina de Comunicaciones:

- Mejorar la disponibilidad de información para la Toma de Decisiones así como reglas, procedimientos, trámites a través del portal web así como la red institucional.

A la Oficina de Personal:

- Implementar un mecanismo que preste la facilidad para los empleados de hacer que se escuchen sus quejas en la Dirección.
- No es posible regular los niveles de la remuneración, sin embargo se debe tener en cuenta los incentivos laborales para los trabajadores, con énfasis en la capacitación.

Variable Potencial Humano

A la Oficina de Personal:

- Desarrollar talleres de liderazgo para los jefes de las unidades productoras de servicio y generar condiciones en el medio social tales como: valores, normas y procedimientos que promuevan el trabajo en equipo.

A las Jefaturas de Departamentos, oficinas y servicios:

- Teniendo en cuenta que existe la voluntad por parte de los encuestados de experimentar cosas nuevas y de cambiar la forma de hacerlas, es necesario que las jefaturas hagan ganancia de ello y realicen los cambios que sean necesarios para optimizar los resultados del trabajo.
- Identificar formas de recompensa para los trabajadores que realizan bien o muy bien su trabajo
- Promover cambios en la planta física que signifiquen mejora en la apariencia de los servicios y que generen Confort y mejora de las condiciones de trabajo para los trabajadores: subsanar de alguna forma las carencias de infraestructura de los diferentes ambientes.

En el año 2013 se realizó una nueva encuesta a 567 funcionarios (40.9% del total) con los mismos lineamientos metodológicos y de calificación. El cuadro adjunto muestra la evaluación por dimensiones que permite advertir una mejora en los promedios generales, incluyendo la calificación global pero cualitativamente continua catalogado como Por mejorar.

Descripción	PUNTAJE
CLIMA ORGANIZACIONAL	2,81

Las conclusiones de dicha medición fueron:

Variable Cultura de la Organización. Su resultado fue 2,88%

Las dimensiones evaluadas incluyeron:

- **Identidad:** Alcanzó un puntaje de 3,07%, siendo uno de los puntajes altos en relación a las otras dimensiones y confirmando el hallazgo de la medición de 2011.
- **Motivación:** El puntaje obtenido es 2,83%
- **Conflicto y cooperación:** El puntaje obtenido fue 2,75%

Variable Diseño Organizacional. Su resultado fue 3,06%

Las dimensiones evaluadas incluyeron:

- **Estructura:** El puntaje obtenido fue 3,20 %
- **Toma de decisiones:** El puntaje obtenido fue 2.80 %
- **Remuneración:** El puntaje obtenido fue 2.80 %
- **Comunicación Organizacional:** El puntaje obtenido fue 2.80 %

Variable Potencial Humano. Su resultado fue de 2,55%

Las dimensiones evaluadas incluyeron:

- **Recompensa:** El puntaje obtenido fue 2,36%
- **Liderazgo:** El puntaje obtenido fue 2,6 %
- **Innovación:** El puntaje obtenido fue 2,6 %
- **Confort:** El puntaje obtenido fue 2,65 %

Cuadro 47. *Evaluación Clima Organizacional. HNSEB*

DESCRIPCION	Nunca	A veces	Frecuentem ente	Siempre	PUNTAJE PROMEDIO
PROMEDIO CULTURA ORGANIZACIONAL	0,59%	2,98%	5,33%	2,83%	2,88%
MOTIVACION	0,68%	3,06%	5,45%	2,55%	2,83%
IDENTIDAD	0,46%	2,18%	5,05%	4,05%	3,07%
CONFLICTO Y COOPERACION	0,65%	3,70%	5,50%	1,90%	2,75%
DESCRIPCION	Nunca	A veces	Frecuentem ente	Siempre	PUNTAJE PROMEDIO
PROMEDIO DISEÑO ORGANIZACIONAL	0,21%	2,62%	5,03%	3,76%	3,06%
ESTRUCTURA	0,15%	2,00%	5,10%	4,50%	3,20%
TOMA DE DECISIONES	0,05%	4,05%	4,8%	2,25%	2,80%
REMUNERACION	0,10%	2,00%	5,10%	4,50%	3,20%
COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL	0,55%	2,43%	5,10%	3,80%	3,03%
DESCRIPCION	Nunca	A veces	Frecuentem ente	Siempre	PUNTAJE PROMEDIO
PROMEDIO POTENCIAL HUMANO	1,33%	4,40%	4,39%	1,63%	2,55%
RECOMPENSA	2,33%	4,21%	3,83%	1,36%	2,36%
LIDERAZGO	1,08%	4,38%	4,5%	1,80%	2,6%
INNOVACION	0,81%	5,01%	4,56%	1,35%	2,6
CONFORT	1,10%	4,00%	4,65%	2,00%	2,65%

Fuente: Elaboración propia

El alcance de las recomendaciones efectuadas par esta medición, no difiere de las sugeridas en 2011 por lo cual es determinante el trabajo para mejoramiento continuo. Con base en lo mencionado, la priorización de acciones por dimensiones varía cuantitativamente pero la tendencia se mantiene.

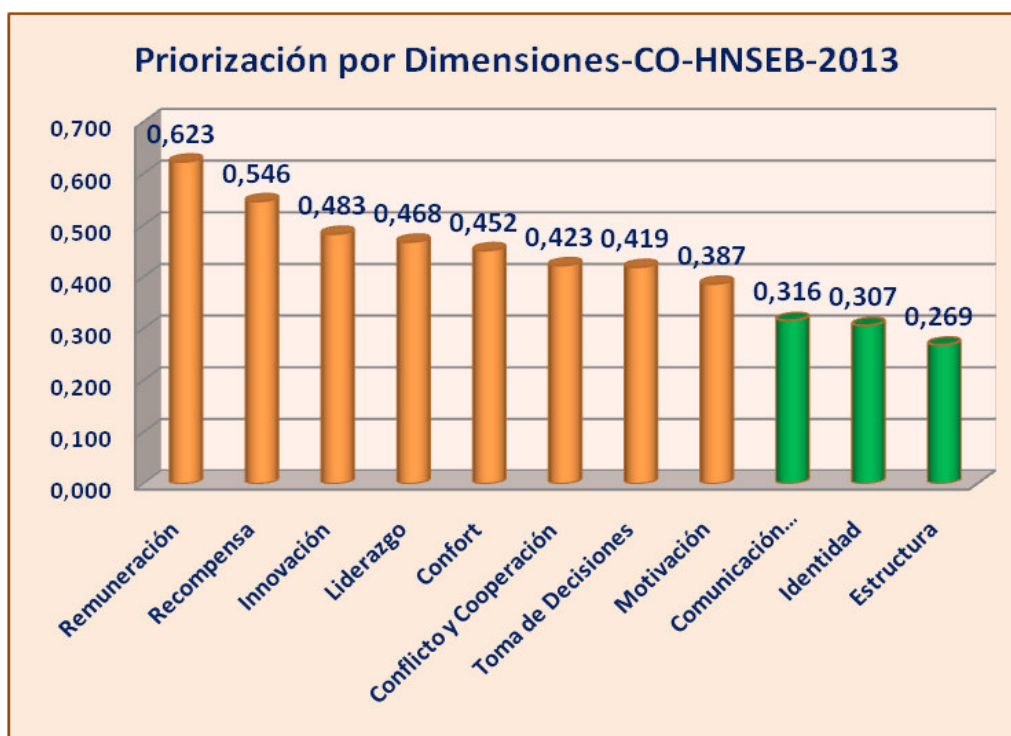


Gráfico 42. **Priorización por dimensiones CO-HNSEB 2013**

Fuente: HNSEB. Estudio de clima Organizacional, 2013

4.1.4 Análisis Competitivo

Para el Perú en 2005, el sector público disponía del 51% del total de los hospitales a nivel nacional, del 60% de los centros de salud y del 99% de los puestos de salud ubicados en zonas rurales dispersas y marginales urbanas. El MINSA (Ministerio de Salud) es la institución con mayor número de establecimientos. El país contaba con 8,041 establecimientos entre institutos, hospitales y clínicas en el sector salud. El MINSA contaba con 6,822 (hospitales 146, centros de salud 1203), EsSalud 325 (hospitales 78, centros de salud 68) Fuerza Armadas 340 (hospitales 21, centros médicos 121) y los privados 564 (hospitales 28, centros médicos 356) (Giedion, 2010).

Chile cuenta con 2,177 establecimientos de atención a la salud (2010). De éstos, 1,998 pertenecen al sector público 1,776 corresponden a centros de atención ambulatoria de especialidades, consultorios de atención primaria y

puestos de salud rural. La atención hospitalaria de segundo y tercer nivel se realiza en un total de 207 unidades clasificadas en cuatro tipos de hospitales de acuerdo a su nivel de complejidad y capacidad resolutive. El sector privado, por su parte, cuenta sólo con 179 establecimientos: 45 hospitales de mutuales de empleadores y 134 hospitales y clínicas privados en lo que se refiere a la atención cerrada (2003) (Giedion, 2010).

Colombia en el año 2005 tenía un total de 58,500 prestadores de servicios de salud registrados, de los cuales, 43,639 eran profesionales independientes, y 14,861 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). Del total de IPS, 4,552 correspondían a unidades de atención pertenecientes a la red pública, mientras que, 10,309 (casi el 70%), pertenecían a la red privada (Giedion et al, 2010).

Análisis servicios de Emergencias Chile, España y Perú.

La evaluación de otras experiencias internacionales en referencia a la gestión de los servicios de Emergencias, permite establecer elementos de juicio para proponer ajustes a la situación actual de la Unidad Productora de Servicios de Emergencia de Hospital Sergio E Bernales.

Financiamiento.

En referencia al financiamiento, el Perú tiene dos regímenes para el financiamiento y la prestación de servicios de salud públicos. El primero un esquema de contribución administrado por ESSALUD y complementado por las EPS. El segundo un fondo de recursos aportados por el Estado y gestionado por el Seguro Integral de Salud (SIS). El MINSA se financia con recursos del gobierno y con las cuotas de recuperación del gasto de bolsillo. Los servicios de las Fuerzas Armadas y Policiales se financian con recursos gubernamentales. (Giedion et al, 2010).

En Chile, los servicios públicos de salud se financian con impuestos generales, aportaciones de los municipios y copagos de los afiliados al FONASA. Los fondos del sector privado provienen de las cotizaciones, aranceles y copagos. (Giedion et al, 2010).

Chile destina el 5,6% del PBI a salud y destina el 2% a los servicios de emergencia. España destina el 9,6% del PBI a Salud y destina el 4% a los servicios de emergencia. Perú destina un 4.4% % del PBI a Salud y destina un 1,5% a los servicios de emergencia. (Giedion et al, 2010).

Modelo de organización institucional y del servicio

En Chile, el Hospital modelo tiene una estructura piramidal, donde están organizadas las unidades de acuerdo con su ámbito de acción: asistencial, administrativo o de operaciones. En la estructura hospitalaria la autoridad, la responsabilidad, y el control se concentran en los niveles superiores. Por el tipo de organización, tiende a la concentración de las decisiones, con un control excesivo. En este entendido no existen instancias de evaluación permanente o son reactivas, no oportunas y de carácter burocrático, en concordancia con la estructura ya mencionada, siendo una carencia importante, el control de la gestión. (Montekio, 2008)

Por otra parte desde el punto de vista de los procesos productivos, cada uno de estos centros funciona como ente independiente generando "cuellos de botella" y descoordinación en la atención de los pacientes por cuanto la estructura organizacional no está definida en función de los procesos. Finalmente se afirma que la estructura actual responde a una cultura que favorece la especialización y funcionamiento de unidades independientes sin contextualizar la totalidad del proceso.

En España, el reto para la organización es hacer que las particularidades de la misma (unidades productoras) no bloqueen el cambio. Para ello, es necesario

adaptar la organización al proyecto (y no al revés). Las acciones más relevantes en esta dirección se pueden resumir en:

- Adaptar la estructura organizativa a las características que exigen los cambios que se pretenden. En una organización burocratizada y jerarquizada probablemente fracase un proyecto que exija una ágil gestión mediante equipos operativos de alta resolución, si no va acompañado de medidas adecuadas de flexibilización de la estructura organizativa y de dotación de autonomía de gestión a los equipos.
- El tamaño de la organización suele ser proporcional a la facilidad para la implantación de cambios. Cuanto más pequeña es una entidad, más sencillo resultará incorporar reformas o abordar nuevos proyectos. En las grandes organizaciones, suele ser necesario descentralizar la gestión al máximo para facilitar la introducción de cambios.
- La magnitud del cambio es un factor decisivo. Es mucho más compleja la aplicación de cambios profundos o drásticos que la de mejoras puntuales y concretas. Por eso es fundamental que las estrategias para la implantación se ajusten a la dimensión del cambio pretendido.
- La motivación de las personas que necesariamente van a tener que implicarse es muy importante. En este sentido, es muy útil identificar y tratar de neutralizar los elementos que han hecho fracasar experiencias anteriores de reformas y cambios. También es conveniente no inducir falsas expectativas en las personas que tendrán que involucrarse directamente.
- Identificar las barreras (de poder establecido) que eventualmente pueden frenar el cambio. Algunos proyectos pueden exigir reformas estructurales o funcionales que modifiquen parcelas de poder (jerárquico o fáctico), en ocasiones muy arraigadas en la organización. Es recomendable identificar estas barreras y adoptar las medidas necesarias para neutralizar la “cultura discrepante con el cambio” inducida por los desequilibrios en la balanza de “poder tradicional”. (Saturno, 2012)

Por su parte en el modelo peruano, la estructura organizacional hospitalaria es vertical, con algunas variantes funcionales que suplen la falta de agilidad en la

toma de decisiones. Los establecimientos de salud categorizados como II-1, II-2, III-1 y III-2 deben contar con Servicios de Emergencia que funcionen las 24 horas del día durante los 365 días del año. La naturaleza propia de estos servicios requiere, de acuerdo con su complejidad y demanda, contar con mayor número de especialistas programados, apoyo de Laboratorio y de Diagnóstico por imágenes, durante todo el horario programado para atención del servicio y además con personal especializado a través del sistema rotativo de guardias y de acuerdo a la complejidad del establecimiento. Las características de esta organización hacen que la toma de decisiones sea inoportuna, burocratizada e ineficiente, sin estar alineada con las necesidades de los usuarios.

Procesos

En Chile, optimizar los procesos para lograr los resultados esperados, disminuir los recursos empleados y garantizar la calidad para satisfacción de los usuarios son las prioridades del hospital modelo.

El mejoramiento de los resultados en la gestión directiva, en la atención de los usuarios, en la gestión clínica y administrativa pasa por un programa continuo de mejoramiento de la calidad que permita revisar periódicamente los procesos, detectar áreas a optimizar, proponer planes de mejora y controlar y evaluar sus resultados.

En este sentido el Ministerio de Salud, ha adoptado el modelo chileno de gestión de excelencia. Hospitalaria. En gestión hospitalaria, el hospital está sometido a la evaluación anual por la unidad de auditoría del Ministerio de Salud, de acuerdo con lo establecido para los hospitales autogestionados en la ley de autoridad sanitaria. El programa de evaluación de la calidad hospitalaria, evalúa los siguientes aspectos: liderazgo, derechos de los pacientes, gestión clínica, unidades de apoyo, gestión del personal; coordinación con la red, seguridad y equipamiento e infecciones intrahospitalarias.

Con respecto al programa de excelencia hospitalaria se contempla los siguientes criterios:

1. Liderazgo, gestión de la satisfacción de pacientes y usuarios, compromiso y desarrollo de las personas y la organización, planificación estratégica, gestión de los procesos, información y
2. Análisis, la responsabilidad pública y compromiso con la comunidad y los resultados.
3. Todos estos programas convergen hacia un plan de mejoramiento integral de la calidad en el establecimiento.

En España, la gestión hospitalaria por procesos se centra, en una serie de elementos fundamentales, como son: rol de los profesionales, Práctica Clínica a través de guías de práctica y desarrollo. La Gestión Clínica que promueve el país incluye un elemento de sustancial importancia reconocido como la continuidad de la atención orientada a procurar una entrega de servicios única y coordinada. Para la atención de Emergencia, los servicios sanitarios que realizan más acciones de comunicación interniveles son los servicios de emergencia y tienen la siguiente caracterización:

- Sostienen una coordinación permanente con los centros de emergencias 112, cuando no están integrados con los mismos o comparten espacio.
- La mayoría coordinan la demanda asistencial urgente de los dispositivos que dependen de Atención Primaria.
- Se comunican y tienen protocolos con las unidades de urgencias hospitalarias.
- Apoyan la atención domiciliaria.
- Realizan actividades conjuntas con otros organismos: policía, bomberos

En Perú, la gestión de procesos involucra necesariamente la participación de todos los componentes de la institución. El plan de gestión está diseñado en relación a cuatro grandes componentes son:

- Planificación: Determinando cuáles son los objetivos a alcanzar y que estrategias se aplicarán para alcanzarlos.
- Organización: Establecer los comités de trabajo que desarrollen las estrategias planteadas.
- Garantía y Mejoramiento: Establece las herramientas, metodologías e instrumentos de la calidad.
- Sistemas de Información: Establece los instrumentos para medición de las acciones efectuadas y analiza los resultados para proponer nuevas medidas. (Montekio, 2008)

SUPERVISIÓN A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE HOSPITALES PÚBLICOS EN PERÚ

En el año 2012, la Defensoría del Pueblo, en cumplimiento de sus competencias y en concordancia con las acciones del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, realizó una evaluación de los servicios de Emergencias en la red hospitalaria pública de mayor nivel de atención con el propósito de indagar las brechas más importantes en la gestión de dichos servicios.

El primer trabajo fue un estudio exploratorio, de tipo cualitativo, en el mes de mayo del 2012, a los servicios de emergencia de 31 hospitales del Ministerio de Salud – MINSA (16), del Seguro Social de Salud – ESSALUD (12) y del Gobierno Regional del Callao (3). Los resultados del mismo, fueron publicados en el Informe sobre la supervisión a los servicios de emergencia de los hospitales a cargo del MINSA, de ESSALUD y del Gobierno Regional del Callao realizados en Lima, Lima Norte, Lima Sur, Lima Este y Callao, mediante Oficio 296-2012-DP/OD-Lima, del Jefe de la Oficina Defensorial de Lima: Defensoría del Pueblo. 04 julio 2012.

El segundo estudio, también exploratorio, de tipo cualitativo, entre mayo y junio del 2012 en 173 hospitales del segundo y tercer nivel de atención a nivel nacional, correspondientes al MINSA (9), Gobiernos Regionales (102) y del Seguro Social de Salud - ESSALUD (62). Se aplicó una ficha de

supervisión elaborada por la Defensoría del Pueblo, compuesta de 07 formatos que cubrían diferentes servicios hospitalarios. La Ficha N° 5 fue aplicada a los servicios de emergencia en 149 hospitales. Sus resultados fueron publicados en el **Informe Defensorial N° 161. Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS)**. Resultados de la supervisión nacional a hospitales. Lima: Defensoría del Pueblo. Junio 2013.

Desde el punto de vista de **accesibilidad**, es de resaltar el no cumplimiento de los hospitales sin distinción de su condición, frente a los elementos para el traslado de pacientes al interior de los servicios (camillas, sillas) en cerca del 30% del total. Es aún más inquietante el hecho de que más del 60% de los hospitales evaluados no cumplen con tener un flujograma de atención así como información sobre derechos y deberes del paciente en estas áreas. El cuadro 1 adjunto muestra el detalle de la evaluación.

Cuadro 48. Evaluación de las condiciones para el acceso físico a los servicios de emergencia, según la supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo, Año 2012.

Criterios	Supervisión Nacional Hallazgos ^a	Supervisión de Emergencias Hallazgos ^b
1. Camillas visibles para los usuarios	<ul style="list-style-type: none"> • 17.4% (26/147) de hospitales no cumplen • Incumplimiento es más frecuente en hospitales de DIRESAS (20.0%) 	No se establecen hallazgos
2. Sillas de ruedas visibles para los usuarios	<ul style="list-style-type: none"> • 20.1% (30/146) de hospitales no cumplen • Incumplimiento es más frecuente en hospitales del MINSa (33.3%) 	No se establecen hallazgos
3. Flujograma de atención visible para los usuarios.	<ul style="list-style-type: none"> • 61.7% (92/132) de hospitales no cumplen • Incumplimiento es similar entre el MINSa, ESSALUD y DIRESAS 	<ul style="list-style-type: none"> • 29.0% (9/31) de hospitales no cumplen.
4. Aviso visible sobre el derecho de toda persona a recibir atención de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> • 64.4% (96/142) de hospitales no cumplen • Incumplimiento es más frecuente en hospitales de DIRESAS (69.5%) 	No se establecen hallazgos
5. Facilidades de acceso para el ingreso de ambulancias		<ul style="list-style-type: none"> • 3.2% (1/31) de hospitales no cumplen. Falta espacio físico
6. Facilidades de acceso por parte del personal de vigilancia		<ul style="list-style-type: none"> • 12.9% (4/31) de hospitales no cumplen. Se exige el DNI para ingresar
7. Avisos visible para identificar el ingreso a emergencia		<ul style="list-style-type: none"> • 29.0% (9/31) de hospitales no cumplen

Fuentes:

- Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N° 161. Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Resultados de la supervisión nacional a 173 hospitales. Realizado de Mayo a Junio del 2012. Lima: Defensoría del Pueblo, Junio 2013.
- Defensoría del Pueblo. Informe sobre la supervisión a los servicios de emergencia de 31 hospitales a cargo del MINSa, de ESSALUD y del Gobierno Regional del Callao. Realizado en Mayo del 2012. Documento institucional, Julio 2012.

En relación con las **prácticas de atención**, el 54% de los hospitales evaluados no cumple con estudios de satisfacción de usuarios y en más del 40% de ellos no se tipifican las causas principales de falta de oportunidad en la atención. Así mismo el 41% de los hospitales no cumplen con tener guías de práctica clínica para estandarizar las atenciones. Se destaca el hecho de que el 90% de los hospitales sí registra en historia clínica la atención prestada aunque no de manera electrónica. En conjunto se nota claramente la falencia en el componente de satisfacción a usuarios en los hospitales sin considerar su dependencia institucional. El cuadro 2 adjunto muestra el detalle de la evaluación.

Cuadro 49. Las prácticas de atención en los servicios de emergencia, según la supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo, Año 2012.

Criterios	Supervisión Nacional Hallazgos ^a	Supervisión de Emergencias Hallazgos ^b
1. Estudios de medición de satisfacción de usuarios de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • 54.4% (81/146) de hospitales no cumplen • Incumplimiento es más frecuente en hospitales de DIRESAS (62.1%) y MINSA (66.7%) 	Se realizó encuesta en triaje y admisión. Por tanto, resultados no pueden ser extrapolados, pues no miden la atención completa
2. Identificación de las tres primeras causas de demora en la prestación del servicio	<ul style="list-style-type: none"> • 41.6% (62/144) de hospitales no cumplen • Incumplimiento es más frecuente en hospitales de DIRESA (50.5%). • Las causas de demora más frecuentes fueron: <ul style="list-style-type: none"> – Pocos médicos especialistas. – Alta demanda de citas en consulta externa – Carencia de camas y de exámenes auxiliares 	<ul style="list-style-type: none"> • 22.6% (7/31) de hospitales identificaron la causas de demora de atención • Las causas de demora más frecuentes fueron: <ul style="list-style-type: none"> – Personal insuficiente – Sobredemanda – Insuficientes camas, equipos y ambientes
3. Guías de práctica clínica de 5 patologías más frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> • 43% (64/146) de hospitales no cumplen • Incumplimiento es más frecuente en hospitales de DIRESAS (56.8%) 	No se establecen hallazgos
4. Registro de la	<ul style="list-style-type: none"> • 14.1% (21/147) de hospitales no 	<ul style="list-style-type: none"> • 90.3% (28/31) de

atención en la historia clínica	<p>cumplen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento es más frecuente en hospitales de DIRESAS (20%) y MINSA (33.3%) 	<p>hospitales si cumplen</p> <ul style="list-style-type: none"> • 41.9% (13/31) de hospitales no proporciona al paciente una copia del documento de atención en emergencia
5. Registro diario de las ocurrencias médicas más importantes	<ul style="list-style-type: none"> • 18.1% (27/148) de hospitales no cumplen • Incumplimiento es más frecuente en hospitales de DIRESAS (27.4%) 	No se establecen hallazgos
6. Medidas preventivas para evitar el contagio de TBC al personal		<ul style="list-style-type: none"> • 25.8% (8/31) de hospitales no cumplen

Fuentes:

- Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N° 161. Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Resultados de la supervisión nacional a 173 hospitales. Realizado de Mayo a Junio del 2012. Lima: Defensoría del Pueblo, Junio 2013.
- Defensoría del Pueblo. Informe sobre la supervisión a los servicios de emergencia de 31 hospitales a cargo del MINSA, de ESSALUD y del Gobierno Regional del Callao. Realizado en Mayo del 2012. Documento institucional, Julio 2012.

El **recurso humano** representa la debilidad más notoria en todas las instituciones evaluadas. En promedio, el 40% de los hospitales evaluados no cuenta con la presencia de médico especialista de especialidades básicas en el servicio de emergencias, siendo las especialidades de Medicina Interna y Anestesiología el porcentaje que supera la media. Por otra parte, el 51,6% de los hospitales reportan recurso humano insuficiente tanto médico como de enfermería, lo cual contribuye a incrementar los tiempos de espera en los servicios de emergencias. El cuadro 3 adjunto muestra el detalle de la evaluación.

Cuadro 50. Recursos humanos en los servicios de emergencia, según la supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo, Año 2012.

Criterios	Supervisión Nacional Hallazgos ^a	Supervisión de Emergencias Hallazgos ^b
1. Cuenta con médico especialista en medicina interna	<ul style="list-style-type: none"> • 47.7% (71/138) de hospitales no cumplen • El 65.7% de especialistas están a dedicación exclusiva 	<ul style="list-style-type: none"> • 22.6% (7/31) de hospitales reportaron contar con insuficientes médicos especialistas
2. Cuenta con médico especialista en pediatría	<ul style="list-style-type: none"> • 36.4% (50/137) de hospitales no cumplen • El 58.4% de especialistas están a dedicación exclusiva 	
3. Cuenta con médico especialista en ginecología	<ul style="list-style-type: none"> • 33.1% (45/136) de hospitales no cumplen • El 60.6% de especialistas están a dedicación exclusiva 	
4. Cuenta con médico especialista en anestesiología	<ul style="list-style-type: none"> • 42.8% (57/133) de hospitales no cumplen • El 60.5% de especialistas están a dedicación exclusiva 	
5. Cuentan con personal de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • 5.4% (8/135) de hospitales no cumplen • El 85.9% de enfermeras están a dedicación exclusiva 	51.6% (16/31) de hospitales reportaron contar con insuficiente personal de salud

Fuentes:

- Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N° 161. Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Resultados de la supervisión nacional a 173 hospitales. Realizado de Mayo a Junio del 2012. Lima: Defensoría del Pueblo, Junio 2013.
- Defensoría del Pueblo. Informe sobre la supervisión a los servicios de emergencia de 31 hospitales a cargo del MINSA, de ESSALUD y del Gobierno Regional del Callao. Realizado en Mayo del 2012. Documento institucional, Julio 2012.

En términos de **equipamiento e infraestructura** de los servicios de emergencias en los hospitales evaluados, esta representa la segunda mayor debilidad en toda la red, donde el 52% de los hospitales no cumple con equipamiento biomédico suficiente y en el 65% de los mismos, los ambientes habilitados son insuficientes para atender la demanda, habiéndose requerido habilitar camas hospitalarias en área no previstas, en el 93,5% de los casos. Así mismo el 48% de los evaluados no tiene salas de observación de pacientes habilitadas en el servicio de emergencias. El cuadro 4 adjunto muestra el detalle de la evaluación.

Cuadro 51. Equipamiento e infraestructura básica en los servicios de emergencia, según la supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo, Año 2012.

Criterios	Supervisión Nacional Hallazgos ^a	Supervisión de Emergencias Hallazgos ^b
1. Cuenta con equipamiento biomédico suficiente	<ul style="list-style-type: none"> • 52.3% (78/148) de hospitales no cumplen • Incumplimiento es más frecuente en hospitales de DIRESAS (60%) 	<ul style="list-style-type: none"> • 38.7% (12/31) hospitales reportaron tener insuficientes equipos médicos
2. Ambientes son suficientes para atender la demanda	<ul style="list-style-type: none"> • 65.8% (98/147) de hospitales no cumplen • Incumplimiento es similar entre el MINSA (66.7%) , ESSALUD (58.8%) y DIRESAS (69.5%) 	<ul style="list-style-type: none"> • 93.5% (29/31) de hospitales tuvieron que habilitar mayor número de camas al asignado • 77.4% (24/31) de hospitales reportaron contar con insuficientes ambientes para atender la demanda
3. Área de observación con ambientes diferenciados por género		<ul style="list-style-type: none"> • 48.4% (15/31) de hospitales no cumplen

Fuentes:

- a. Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N° 161. Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Resultados de la supervisión nacional a 173 hospitales. Realizado de Mayo a Junio del 2012. Lima: Defensoría del Pueblo, Junio 2013.
- b. Defensoría del Pueblo. Informe sobre la supervisión a los servicios de emergencia de 31 hospitales a cargo del MINSA, de ESSALUD y del Gobierno Regional del Callao. Realizado en Mayo del 2012. Documento institucional, Julio 2012.

En cuanto a los **servicios de apoyo** a los servicios de emergencias es destacable que en más del 90% de los hospitales evaluados, el laboratorio clínico, la farmacia y los rayos X funcionan 24 horas como corresponde al servicio de emergencias. No así el servicio de ecografía que se reporta en el

64.5% de los evaluados. El Banco de sangre no se encuentra disponible como apoyo en más del 50% de los casos y el centro quirúrgico no funciona 24 horas en el 24% de los hospitales evaluados. El cuadro 5 adjunto muestra el detalle de la evaluación.

Cuadro 52. Funcionamiento de los servicios de apoyo para los servicios de emergencia, según la supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo, Año 2012.

Criterios	Supervisión Nacional Hallazgos ^a	Supervisión de Emergencias Hallazgos ^b
1. Laboratorio en funcionamiento las 24h?	<ul style="list-style-type: none"> • 27.5% (41/148) de hospitales no cumplen • Incumplimiento es más frecuente en hospitales de ESSALUD (31.4%) 	<ul style="list-style-type: none"> • 96.7% (30/31) de hospitales si cumplen
2. Farmacia en funcionamiento las 24h?	<ul style="list-style-type: none"> • 19.5% (29/147) de hospitales no cumplen • Incumplimiento es más frecuente en hospitales de ESSALUD (33.3%) 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% (31/31) de hospitales si cumplen • 35.5% (11/31) de hospitales reportaron contar con insuficientes medicamentos e insumos
3. Rayos X en funcionamiento las 24h	<ul style="list-style-type: none"> • 40.9% (61/147) de hospitales no cumplen • Incumplimiento es más frecuente en hospitales de Diresas (49.5%). • Se cubren con retenes 	<ul style="list-style-type: none"> • 96.7% (29/31) de hospitales si cumplen
4. Ecógrafo en funcionamiento las 24h	<ul style="list-style-type: none"> • 57.7% (86/147) de hospitales no cumplen • Incumplimiento es más frecuente en hospitales de Diresas (61.1%) 	<ul style="list-style-type: none"> • 64.5% (20/31) de hospitales si cumplen
5. Banco de Sangre en funcionamiento las 24h?	<ul style="list-style-type: none"> • 54.4% (81/144) de hospitales no cumplen • Incumplimiento es más frecuente en hospitales de Diresas (56.8%) 	No se establecen hallazgos
6. Centro quirúrgico habilitado las 24 h	<ul style="list-style-type: none"> • 24.2% (36/146) de hospitales no cumplen • Incumplimiento es similar entre hospitales de Diresas (25.3%) y ESSALUD (23.5%) 	<ul style="list-style-type: none"> • 93.5% (29/31) de hospitales si cumplen

Fuentes:

a. Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N° 161. Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Resultados de la supervisión nacional a 173 hospitales. Realizado de Mayo a Junio del 2012. Lima: Defensoría del Pueblo, Junio 2013.

b. Defensoría del Pueblo. Informe sobre la supervisión a los servicios de emergencia de 31 hospitales a cargo del Minsa, de ESSALUD y del Gobierno Regional del Callao. Realizado en Mayo

del 2012. Documento institucional, Julio 2012.

Finalmente, en cuanto a los **medios para traslado de pacientes** entre los servicios de emergencias, el 10% de los hospitales no poseen ambulancia propia o teléfono para coordinar referencias pero es muy preocupante que el 66% de los hospitales evaluados no tienen radio de comunicaciones para dichos trámites. El cuadro 6 adjunto muestra el detalle de la evaluación.

Cuadro 53. Coordinación y transporte para traslado de las personas en los servicios de emergencia, según la supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo, Año 2012.

Criterios	Supervisión Nacional Hallazgos ^a	Supervisión de Emergencias Hallazgos ^b
1. Dispone de ambulancia propia	<ul style="list-style-type: none"> • 10.1% (15/148) de hospitales no cumplen • Incumplimiento es más frecuente en hospitales de DIRESAS (13.7%) 	No se establecen hallazgos
2. Dispone de teléfono de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • 13.4% (20/144) de hospitales no cumplen • Incumplimiento es más frecuente en hospitales de DIRESAS (18.9%) 	No se establecen hallazgos
3. Dispone de servicio de radio	<ul style="list-style-type: none"> • 66.4% (99/141) de hospitales no cumplen • Incumplimiento es más frecuente en hospitales de ESSALUD (84.3%) y DIRESAS (57.9%) 	No se establecen hallazgos

Fuentes:

- a. Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N° 161. Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Resultados de la supervisión nacional a 173 hospitales. Realizado de Mayo a Junio del 2012. Lima: Defensoría del Pueblo, Junio 2013.
- b. Defensoría del Pueblo. Informe sobre la supervisión a los servicios de emergencia de 31 hospitales a cargo del MINSA, de ESSALUD y del Gobierno Regional del Callao. Realizado en Mayo del 2012. Documento institucional, Julio 2012.

4.2. Diagnóstico Externo

4.2.1. Políticas de Estado de fortalecimiento del Sistema de Salud:

En setiembre de 2,002, los líderes mundiales adoptaron la Declaración de los Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas, comprometiéndose, en nombre de sus países, a intensificar los esfuerzos mundiales para reducir la pobreza, mejorar la salud, promover la paz, los derechos humanos y la sostenibilidad ambiental. Así mismo, en la Reunión Regional de los Observatorios de los Recursos Humanos en Salud, realizada en octubre de 2,005 en Toronto Canadá, se hizo el “Llamado a la Acción” para que la próxima década sea de movilización de actores nacionales e internacionales del ámbito de la salud, con el fin de construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de Recursos Humanos en Salud que contribuyan al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En Perú el 22 de julio de 2,002, los representantes de las organizaciones políticas, religiosas, de la sociedad civil y del Gobierno suscribieron un Acuerdo Nacional, estableciendo un conjunto de políticas de Estado, dentro de las cuales se encuentra la política de acceso universal a los servicios de salud que en su compromiso dice que el Estado “desarrollará una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población”.

En salud, para contribuir al logro de estos objetivos estratégicos, en julio de 2,007, nació el Plan Nacional Concertado de Salud, cuya política seis señala el desarrollo de los recursos humanos y, su objetivo estratégico: “identificar, desarrollar y mantener recursos humanos competentes

² PNUD: Informe sobre el Desarrollo Humano 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las Naciones para eliminar la pobreza. Ediciones Mundi Prensa 2003. New York, EEUU.

asignados equitativamente y comprometidos para atender las necesidades de salud de la población”.

En los Lineamientos de Política de Salud 2007 - 2020, se establecen 11 prioridades nacionales, la sexta prioridad es el desarrollo de los recursos humanos y establece que “el instrumento más importante para producir el cambio es el capital humano”, por tanto destaca la necesidad de desarrollar el recurso humano y motivarlo para fortalecer la oferta en el primer nivel de atención, así también define los objetivos sanitarios que direccionan las intervenciones del sector.

La modernización del Estado inmersa en el proceso de reforma del Estado y vista como una transformación que se produce a nivel mundial, cuenta con muchos hitos en la historia de los últimos años, pero, lo que se mantiene como constante a nivel nacional e internacional, es la tendencia a la reducción de la estructura del Estado para hacerlo más eficiente. En el Perú la reforma del Estado ha sido paulatina, el 20 de julio de 2002 se publica la Ley de Bases de la Descentralización (LBD), estableciendo los lineamientos sobre los cuales se desarrollará el proceso de descentralización. En el marco de este proceso de reforma del Estado y descentralización, en el año 2005 se inició el proceso de transferencia de funciones de salud, de acuerdo a lo que estipula la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. Esta Ley establece 16 funciones en salud a ser transferidas hacia los Gobiernos Regionales, mientras que el D.S. N° 049-2008-PCM clarifica las facultades vinculadas a cada función descentralizada que fueron asumidas por los gobiernos regionales; en tal sentido, en 2008 se firmaron y ejecutaron Convenios Intergubernamentales entre el MINSA y los gobiernos regionales, siendo uno de los compromisos del MINSA fortalecer las capacidades de los funcionarios profesionales y técnicos en coordinación con el gobierno regional para el mejor desempeño de las funciones y facultades transferidas. En éstos convenios los titulares ministeriales o sus representantes, con los titulares de los gobiernos regionales y locales, asumirán acuerdos a efecto de acompañar técnicamente a los gobiernos regionales y locales, en el ejercicio de las funciones transferidas.

El 24 de julio de 2,009, se publica el DS 047-2009-PCM aprobando el “Plan Anual de Transferencia de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales y Locales del año 2,009 y otras disposiciones para el desarrollo del proceso de descentralización, en cuyo artículo 8° se establece todo lo relacionado al Desarrollo de Capacidades, otorgando a los diferentes ministerios la responsabilidad de formular sus propios planes de desarrollo de capacidades en coordinación con la Oficina de Descentralización de la PCM.

Por otra parte, en salud, con RM 821-2009, el 28 de diciembre del 2,009 se constituye la Comisión Intergubernamental en Salud (CIG), como instancia permanente de articulación entre el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales, la misma que funciona en base a su reglamento aprobado el 12 de febrero de 2,010. En el punto número 4 de la Hoja de Ruta de la SIG definida en noviembre de 2,009, se establece el Monitoreo de la Descentralización y Fortalecimiento de Capacidades Nacionales, Regionales y Locales, para lo cual determinan un espacio de desarrollo de capacidades institucionales. En este marco, en la reunión del 19 y 20 de marzo, uno de los acuerdos fue Concertar el PNDCS con los Gobiernos Regionales, por tanto se designó su análisis y discusión al grupo de trabajo N° 1 al cual se presenta la propuesta del PNDCS previa aprobación en sesión del pleno, para luego continuar con el proceso de implementación regional.

El Aseguramiento Universal, es otra estrategia que se encuentra en proceso de implementación. A través de ella se busca garantizar los derechos a la atención de salud de toda la población desde su nacimiento hasta su muerte, en términos de acceso, oportunidad, calidad y financiamiento, proteger a las familias de los riesgos de empobrecimiento asociado a eventos de enfermedad y mantener y mejorar los resultados sanitarios, contribuyendo a elevar la productividad del talento humano.

Este derecho no estaba consagrado en el país y hacerlo significa marcar un hito histórico dando al Aseguramiento Universal el carácter de profunda

reforma social hacia una sociedad más justa y equitativa. La Ley 29344 o de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), constituye uno de los acontecimientos más importantes para la salud pública de las últimas décadas³. El AUS tiene el propósito de reducir tanto las barreras de acceso al sistema de salud así como las inequidades en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud. Es así que establece como obligatoriedad que todas las instituciones aseguradoras (públicas o privadas) financien como mínimo el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) (MINSA, 2009), bajo determinados estándares de calidad y oportunidad por las diferentes redes prestadoras de servicios de salud y que toda persona del país esté afiliada a un tipo de seguro (contributivo, semi-contributivo o subsidiado).

De otro lado en el país se ha tenido avances importantes en el establecimiento del marco normativo que da legalidad al modelo de gestión de recursos humanos por competencias, es así que la Ley N°28740 “Ley del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa”-SINEACE en su artículo 5º establece como propósito el “optimizar los factores que inciden en los aprendizajes y en el desarrollo de las destrezas y competencias necesarias para alcanzar mejores niveles de calificación profesional y desempeño laboral”.

4.2.2. Problemas del Sistema Nacional de Salud

Frente a la situación de salud del país, el sistema de salud genera, modula e impulsa intervenciones desde sus diferentes dependencias, órganos descentralizados y desconcentrados; las mismas que constituyen la respuesta del sistema de salud para mejorar la situación de salud del país. En ese sentido, es importante identificar los problemas del sistema de salud, así se tiene:

- Deficiente rectoría. Falta desarrollar y fortalecer el rol rector (planificación, articulación, supervisión, regulación, y financiamiento)

del MINSA en el contexto de la descentralización y modernización del Estado. Se encuentra una escasa ejecución de las políticas y normatividad vigente.

- Deficiente financiamiento en salud, bajo gasto en salud, distribución inequitativa del financiamiento y gasto ineficiente en salud, insuficiente aseguramiento en salud, población desprotegida que no accede a servicios de salud por falta de recursos económicos; además de deficiente gestión del financiamiento en salud. Pese a que el proceso de aseguramiento se encuentra en marcha, su implementación aún es insuficiente.
- Poca participación ciudadana en el desarrollo de propuestas y establecimiento de compromisos, en el quehacer sanitario, en la gestión en salud y en la vigilancia
- Inadecuada oferta de servicios, insuficiente calidad de los servicios de salud. Infraestructura y equipamiento insuficientes, servicios fragmentados y deficiente organización de las redes
- Deficiente acceso y disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en los sectores más pobres, deficiente calidad de medicamentos y alto gasto de bolsillo
- Inadecuado sistemas de información que dificultan la toma de decisiones para la gestión de la salud pública
- Inadecuada gestión del desarrollo de recursos humanos. Localización inequitativa de recursos humanos calificados en salud, falta de regulación de la formación profesional, falta de conciliación de necesidades y demandas.

El Ministerio de Salud (MINSA) durante el periodo del 2007-2011, ha invertido S/. 1,650 millones en la construcción de más de 15 Hospitales del II y III nivel de atención; EsSalud ha desembolsado cerca de 2.500 millones de soles en la construcción 17 nuevos hospitales y 90 Unidades Básicas de Atención Primaria de la Salud; y en el sector privado se están construyendo nuevos complejos hospitalarios paralelos a la inversión de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento Universal (IAFAS).

A nivel regional y en el marco de la transferencia de competencias del MINSA a las Direcciones Regionales de Salud, se encuentran implementando establecimientos de salud en el Primer Nivel de Atención.

Recientemente se acaba de aprobar el Plan Nacional Concertado y Descentralizado de Desarrollo de Capacidades el cual permite la identificación y priorización de las capacidades a fortalecer a nivel nacional; siendo el componente de gestión los más prioritarios.

En el Perú existen escuelas de administración en salud pero dedicadas básicamente a lo académico y no a lo pragmático. Hasta el momento no se conoce la existencia de un instituto articulador para la implementación de estrategias nacionales y regionales.

En el marco del Aseguramiento Universal, la Descentralización y el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, surge la necesidad prioritaria de las organizaciones de salud de mejorar sus sistemas de gestión, a través del desarrollo de consultorías de alto nivel de calidad, que permitan su Fortalecimiento Institucional.

La Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales establece las siguientes 16 funciones en salud a ser transferidas a los Gobiernos Regionales, mientras que el D.S. N° 049-2008-PCM clarifica las facultades vinculadas a cada función descentralizadas a ser asumidas por el gobierno sub-nacional. (Cuadro 54).

Cuadro 54 Funciones en salud transferidas al nivel regional

Áreas funcionales	Funciones transferidas Ley Orgánica Gobierno Regional
Emisión de políticas	Formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales
Planeamiento estratégico / Gestión del financiamiento	Formular y ejecutar concertadamente el Plan de Desarrollo Regional de Salud
Gestión del aseguramiento	Coordinar las acciones de salud integral en el ámbito regional. Participar en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud de conformidad con la legislación vigente
Promoción de la salud	Promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de promoción y prevención de la salud
Organización institucional	Organizar los niveles de atención y administración de las entidades de salud del Estado que brindan servicios en la región, en coordinación de los Gobiernos Locales
Organización y gestión de los servicios de salud de las personas	Organizar, implementar y mantener los servicios de salud para la prevención, protección, recuperación y rehabilitación en materia de salud, en coordinación con los Gobiernos Locales
Regulación sectorial de las salud de las personas	Supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados
Gestión de riesgos de salud, emergencias y desastres	Conducir y ejecutar coordinadamente con los órganos competentes la prevención y control de riesgos y daños de emergencias y desastres
Regulación sectorial de medicamentos e insumos	Supervisar y controlar la producción, comercialización, distribución de productos farmacéuticos y afines
Regulación sectorial de las salud ambiental y ocupacional	Promover y preservar la salud ambiental de la región
Gestión de la inversión	Planificar, financiar y ejecutar los proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento, promoviendo el desarrollo tecnológico en salud en el ámbito regional
Gestión de la información	Poner a disposición de la población, información útil sobre la gestión del sector, así como de la oferta de infraestructura y servicios de salud
Gestión de recursos humanos	Promover la formación, capacitación y el desarrollo de los recursos humanos y articular los servicios de salud en la docencia e investigación y proyección a la comunidad. Evaluar periódicamente y de manera sistemática los logros alcanzados por la región en materia sanitaria. Ejecutar, en coordinación con los Gobiernos Locales de la región, acciones efectivas que contribuyan a elevar los niveles nutricionales de la población

Fuente Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Descentralización en Salud (MEDSALUD) (Ministerio de Salud. 2009).

Para el monitoreo del ejercicio de las funciones transferidas se ha desarrollado el Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Descentralización en Salud (MEDSALUD) herramienta de gestión que permite:

- Analizar si el Gobierno Regional así como la Autoridad Sanitaria Regional cuentan con las competencias o capacidades institucionales necesarias para ejercer las funciones que les han sido transferidas
- Analizar el ejercicio de aquellas funciones inherentes al gobierno regional (Ley Orgánica de Gobiernos Regionales N° 27867) y que son necesarias para el buen desempeño de la gestión descentralizada de salud a nivel regional.
- Evaluar la participación ciudadana en la formulación de políticas sectoriales de salud en el ámbito regional.
- Identificar el grado de ejercicio de las funciones descentralizadas por parte del Gobierno Regional y la Autoridad Sanitaria,
- Identificar los aspectos críticos que estarían limitando el ejercicio de las funciones descentralizadas en salud y que requieren acciones de fortalecimiento
- Evaluar sí en el ejercicio de estas competencias, el Gobierno Regional o la Autoridad Sanitaria Regional está produciendo cambios o innovaciones que permitan mejorar la gestión del sistema de salud. Es decir, si ha habido cambios en las formas como se asignan responsabilidades, en cómo se formula y se hace garantizar el cumplimiento de las políticas regionales de salud, en las formas cómo se gestiona los recursos, entre otros.
- Evaluar si estos cambios o innovaciones están influyendo sobre el desempeño del sistema de salud y la calidad de vida de la población de las regiones

4.2.3 Aspecto Social

Uno de los principales problemas por los que atraviesa el Perú es el elevado índice de pobreza, el cual alcanza al 56% de la población. De los 27 millones 547 mil habitantes que hay en el Perú, el 31% está en condición de pobreza y el 25% en condición de pobreza extrema. El pobre apenas logra cubrir el costo de la canasta básica y vive con aproximadamente US\$ 3 al día mientras que el extremadamente pobre sobrevive con US\$ 0.75 al día. Esta situación está generando, por parte del estado, el enfoque de sus políticas de inversión pública en mejorar la calidad de vida, entre ellas el componente de salud, lo cual generará la necesidad de diferentes intervenciones entre las que se encuentra la relacionada a los determinantes sociales, uno de los ejes estratégicos funcionales del Instituto de Gestión en Salud.

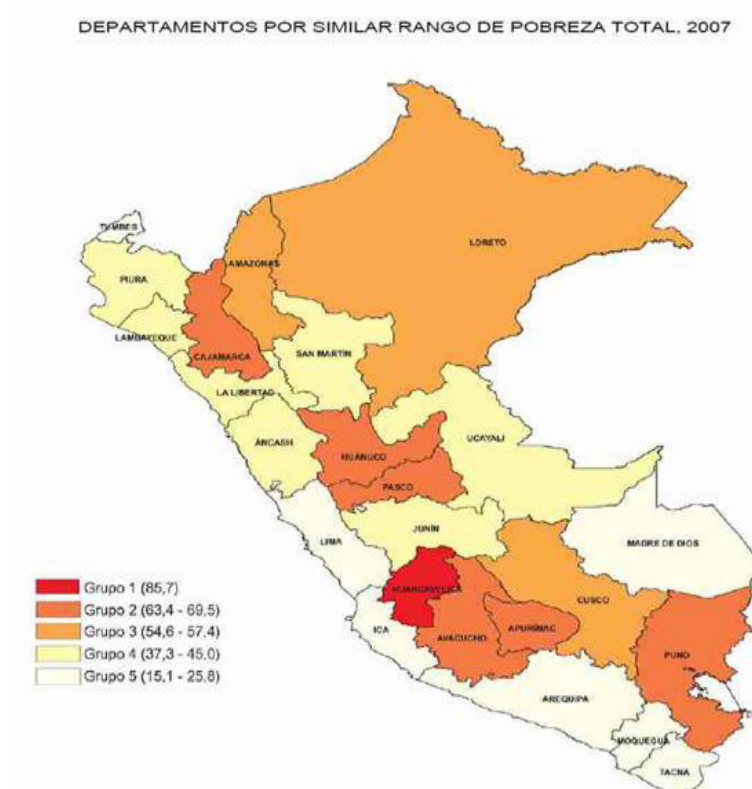


Gráfico 43. Departamentos por similar rango de pobreza total, 1007.
Fuente: Foncodes. Mapa de Pobreza 2007

Se debe tomar en cuenta los Objetivos del Desarrollo del Milenio-Informe del Cumplimiento Perú-2008: De los ocho objetivos a los que se comprometieron los estados miembros de las naciones unidas en el año 2000 para su cumplimiento en el 2015, cuatro están directamente relacionados con la situación de salud que prioritariamente debe ser alcanzado y reportado en los Informes Nacionales (IODM) siendo los siguientes:

- Reducir la mortalidad infantil.
- Mejorar la salud materna.
- Combatir el VIH/SIDA el paludismo y otras enfermedades.
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

El cambio en la pirámide poblacional del país, conlleva a cambios en los perfiles epidemiológicos del país y de acuerdo a la particularidad de cada región, implicando que la normativa vigente en salud deba de estar vinculada estrechamente con estos cambios y de acuerdo con las realidades regionales. (RMS-17/2011 MINSA PLAN OPERATIVO)

El incremento de la población de personas adultas y adulto mayor, la mayor densidad poblacional y la ampliación de la esperanza de vida, provoca una mayor demanda de servicios de salud para este grupo etario y la actualización de la normativa nacional y la regional vigente. (RMS-17/2011 MINSA PLAN OPERATIVO)

4.2.4 Aspecto Económico

A nivel macro la economía del Perú crecerá para este 2012 entre 6 y 7% (según el Fondo Monetario Internacional:(FMI), con lo cual seguirá siendo uno de los más altos de la región

Cuadro 55. Evolución de la economía peruana 2005 – 2011.

Año	PBI Variación Porcentual
2005	6,8%
2006	7,7%
2007	8,9%
2008	9,8%
2009	0,9%
2010	6,3% Proyección FMI.
2011	6,0% Proyección FMI.
2012	6,0-7,0% Proyección FMI.

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas.

En 2008, el gasto total del sector salud fue de US\$ 2,651.2 millones, representando US\$ 100 por habitante y el 4,4% del PBI, menor al promedio de América Latina y el Caribe (7,2%). Sin embargo, este gasto no es equitativo; así, mientras que ESSALUD asigna US\$ 108 por asegurado, los seguros privados efectúan un gasto de US\$ 200. Del total del gasto, 63% se dedica a servicios de salud, 32% a medicamentos y 5% a inversión. La distribución por prestador fue la siguiente: 27,9% en el Ministerio de Salud; 0,4% en otro servicio público; 25,1% en ESSALUD; 3,8% en la sanidad militar y policial; 20,3% en el sector privado y 22,5% en las farmacias.

En el Perú se invierte entre el 03% y 04% del PBI en salud, lo cual es poco, y ello nos impide no cubrir la demanda de salud que tiene la población, no en la medida de las necesidades.

El Perú es uno de los países que menos invierte en salud. Desde hace años, los recursos al sector salud son escasos. Si hablamos a nivel de Latinoamérica, países como Ecuador, Bolivia, Colombia, destinan entre el ocho y diez por ciento de su PBI. En el caso de México, la inversión supera los trece puntos del presupuesto nacional.

Con respecto a la Inversión Extranjera Directa (IED) al 31 de Diciembre del 2009 esta fue del orden de US\$18,840 millones

Cuadro 56. Inversión Extranjera Directa (IED) en principales países (Millones US\$)

País 1/	2009 (p)	%
España	4,291.8	22,78%
Reino Unido2/	3,782.7	20,08%
EE.UU.	2,760.2	14,65%
Holanda	1,403.7	7,45%
Chile	1,290.1	6,85%
Panamá	929.0	4,93%
Colombia	751.1	3,99%
Brasil	487.2	2,59%
México	454.8	2,41%
Singapur	399.4	2,12%
Canadá	323.3	1,72%
Suiza	312.6	1,66%
Uruguay	224.4	1,19%
Francia	205.0	1,09%
Otros	1,225.0	6,50%
TOTAL	18,840.2	100,00%

Fuente: Pro inversión. Diciembre 2009.

Se puede observar que el mayor porcentaje de IED (22,78%) en el Perú proviene de España. La inversión extranjera directa por sectores se aprecia en el siguiente cuadro, representando el sector servicios el 2,7% dentro del cual se encuentra el rubro de servicios de salud, que luego de las grandes inversiones capital fijo (telecomunicaciones, finanzas, industrial, etc.) tiene

un posición relevante ya que implica la inversión en uno de los sectores con mayor capacidad de empleabilidad.

Así mismo como oportunidad para acceder a nuevos intercambios de servicios entre ellos el científico y académico en ciencias de salud se ha suscrito los siguientes acuerdos:

- Acuerdo de Integración con la Comunidad Andina: Bolivia, Ecuador y Colombia; así mismo con Chile, México, Cuba
- Los Tratados de Libre Comercio (TLC): TLC con la Unión Europea (UE),
- TLC (Tratado Libre Comercio) aún en negociaciones, TLC con Australia y Nueva Zelanda, TLC con Centroamérica, TLC con Corea del Sur. Estando en próximas negociaciones: Marruecos, Sudáfrica, Rusia, India, Hong Kong.

Además el Perú es un estado asociado al Mercosur y es miembro de: Comunidad Andina, UNASUR, Naciones Unidas, Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, OMC, OEA, APEC, Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Grupo de Río, FLAR, Corporación Andina de Fomento CAF, OEI.

Cuadro 57. Stock IED por sector de destino (Millones US\$)

Sector	2009 (p)	%
Agricultura	44.7	0,24%
Comercio	755.8	4,01%
Comunicaciones	3,675.0	19,51%
Construcción	191.9	1,02%
Energía	2,603,3	13,82%
Finanzas	2 872,2	15,25%
Industria	2 842,0	15,08%
Minería	3 963,5	21,04%
Pesca	163,0	0,87%
Petróleo	356,2	1,89%
Servicios	485,7	2,58%
Silvicultura	1,2	0,01%
Transporte	295,4	1,57%
Turismo	64,3	0,34%
Vivienda	525,8	2,79%
TOTAL	18 840,2	100,0%

Fuente: Proinversión actualizado a Diciembre de 2009

El sector salud ha crecido en la externalización de sus servicios (IAFAS) y esto ha hecho que se incremente la oferta a través de una nueva infraestructura y servicios.

Según el Estudio de Cuentas Nacionales de Salud, 1995-2005 orientadas a estudiar fundamentalmente el gasto en salud definido como el resultado del consumo de los recursos económicos destinados a la promoción, prevención y prestación del servicio de salud; la administración; la capacitación y

entrenamiento de los recursos humanos en salud; la investigación aplicada en salud y la formación bruta de capital requerida para las actividades de salud.

Un indicador macroeconómico clásico para medir el gasto en salud es el porcentaje que representa con respecto al total del PBI nacional, como se puede ver en los últimos diez años (1995-2005) ha fluctuado en valores por debajo del promedio latinoamericano entre 4.48 % (1995) a 4.46 % (2005); igual comportamiento tuvo el gasto real per cápita que vario entre S/ 228 (1995) a S/230 (2005), esto datos macro y micro económico indican que la inversión social en salud se no ha sufrido variaciones. Probablemente con el “shock de inversiones” del gobierno anterior estas cifras se hayan incrementado y más aún la tendencia del gobierno actual en priorizar la inclusión social, sea positivo para el panorama de inversiones en salud, lo cual se constituye en una oportunidad estratégica para la viabilidad del Instituto de Gestión en Salud.

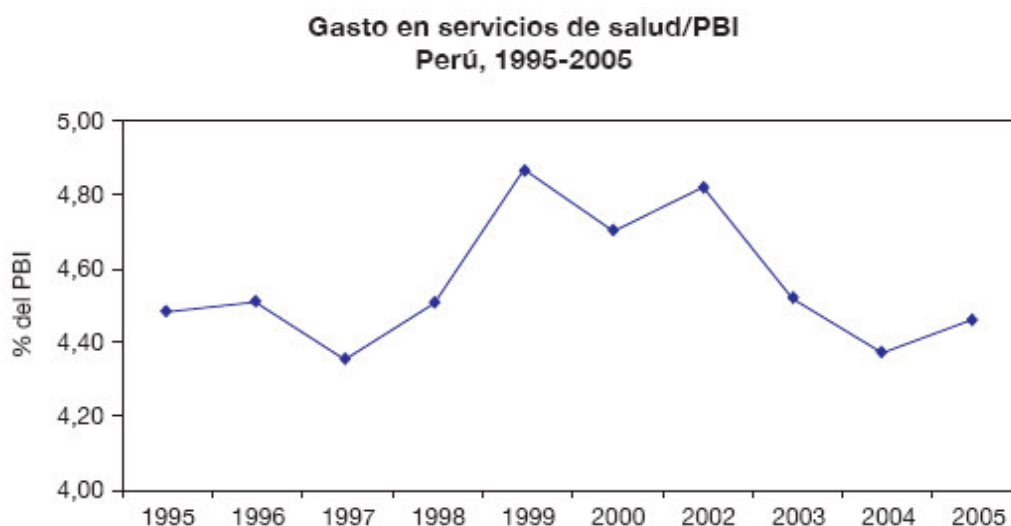


Figura 44 Indicadores del gasto en salud graficados.

Fuente: Estudio de Cuentas Nacionales de Salud, 1995-2005

4.2.5 Tecnología y Sistematización de los Procesos

Sistematización de los procesos de gestión de información, estandarización de las entidades en salud, para dar una respuesta oportuna al usuario.

Desarrollo de la nuevas tecnologías de la información y el conocimiento aplicadas a la salud (TICs): Telemedicina (Gestión, Educación), Mhealth (Dispositivo movily información en salud).

La historia clínica electrónica (HCE), definida como el registro mecanizado de los datos sociales, preventivos y médicos de un paciente, obtenidos de forma directa o indirecta y constantemente puestos al día (Gervas J, Pérez Fernández M; 2000). Para su implementación será indispensable que los sistemas de salud cuente procesos estándares que permita la distribución de la información clínica, la seguridad, portabilidad de la información, así como generara la necesidad de contar con profesionales de la salud especializados en gestión de información sanitaria, lo cual generara nuevas oportunidades en las áreas TICs del Instituto.

Dentro del contexto de la implementación progresiva del Aseguramiento Universal en Salud, surgen la necesidad de realizar investigaciones que permitan evaluar la mejor estrategia para el uso eficiente de los recursos equilibrados con un criterio sanitario de calidad; uno de los tipos de mecanismo de pago más interesantes es de capitación el cual permite valorar la capacidad de gestión de los directivos de los establecimientos de salud con población adscrita, al permitirles obtener dos resultados sinérgicos eficacia operativa y siniestralidad baja (Alarcón Espinoza, 2009) ; está pendiente realizar estudios sistemáticos que este valorando los resultados de este tipo de pago en alguna regiones del país.

Cuadro 58. Los indicadores del gasto en salud al año 2005. Incentivos Esperados y Mecanismo de Pago

Mecanismo de Pago	Prevenir problemas de salud	Prestar servicios	Responder expectativas legítimas	Contener costos
Presupuesto Por partidas	(+/-)	(--)	(+/-)	(+++)
Presupuesto general	(++)	(--)	(+/-)	(+++)
Pago por servicio	(+/-)	(+++)	(+++)	(---)
Capitación	(+++)	(--)	(++)	(+++)
Pago relacionado al diagnóstico	(+/-)	(++)	(++)	(++)

Fuente: Alarcón. Agosto 2009. Financiamiento del aseguramiento universal en salud: experiencias internacionales y elementos de decisión para el Perú. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc.

Figura 45. Indicadores del gasto en salud al año 2005

**Principales Indicadores del gasto en salud
Perú, 1995-2005**

Gasto en servicios de salud	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005
Total (millones de nuevos soles)	5.413	6.173	6.849	7.484	8.483	8.738	9.611	9.628	10.389	11.671
Total (millones de dólares)	2.404	2.521	2.575	2.558	2.509	2.510	2.739	2.774	3.050	3.548
PBI nuevos soles corrientes (millones S/.)	120.928	137.081	157.533	166.282	174.422	186.141	199.650	213.425	238.015	261.907
Como porcentaje del PBI corriente	4,48	4,50	4,35	4,50	4,86	4,69	4,81	4,51	4,36	4,46
Como porcentaje del PBI (S/ de 1995)	4,48	4,38	4,04	4,09	4,19	3,88	3,85	3,64	3,63	3,73
Población (millones S/.)	23,78	24,16	24,52	24,89	25,23	25,59	26,26	26,58	26,90	27,22
Gasto corriente per cápita (S/.)	228	256	279	301	336	342	366	362	386	429
Gasto real per cápita (S/ de 1995)	228	225	218	216	220	207	211	205	213	230
Gasto corriente per cápita (US\$)	101	104	105	103	99	98	104	104	113	130
Ind Precios Cuid. Conserv. de Salud y Serv. Méd.(1995 = 100)	100,00	113,76	128,00	139,10	152,60	164,90	173,35	176,57	181,75	186,11
Índice Precios al Consumidor (IPC) (1995 = 100)	100,00	111,84	119,07	126,22	130,92	135,81	137,70	141,12	146,03	148,21

Elaboración propia. Datos sobre población, PBI e índice de precios tomados del Compendio Estadístico 2006 (INEI), Gasto en servicios de salud 1995-2000 (Ministerio de Salud-OPS/OMS 2004).

Nota: Se omite el año 2001 por dificultades en la comparabilidad debidas al diseño del cuestionario de la Enaho y la actualización del marco de viviendas.

Análisis Externo Directo

Caracterización y estimación de la demanda potencial:

De manera general podemos señalar que existen múltiples coincidencias en ambos sectores público y privado por contar con profesionales capacitados en el manejo de instrumentos de gestión y de implementación de las políticas de salud respecto a las prioridades sanitarias del país y las principales intervenciones que permitirán, mejorar el estado de salud de la población del país, en especial de las menos favorecidas.

En todos los casos los esfuerzos de gobierno y capitales privados recaen en el derecho fundamental a la salud, y en un horizonte futuro de interculturalidad y sin diferencia de género o condición.

El Acuerdo Nacional en su décimo tercera política, entre otras cosas, hace énfasis en ampliar y descentralizar los servicios de salud, cimentándose en las redes de servicio social que evitarán la vulnerabilidad de los más desprotegidos. Desde ese punto de vista, el personal que esté detrás e impulsando las principales estrategias, deberá estar capacitado e instruido sobre nuestra realidades y contar con herramientas de gestión, que le permitan tomar mejores decisiones desde su posición.

En la actualidad, desde el lado privado, los mecanismos de fusión e integración en la cadena de suministro de servicios de salud y aseguramiento (compañías aseguradoras, complejos hospitalarios, etc.), también demandarán personal calificado, más aún ahora con las reglamentaciones vigentes y menos ambiguas de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRES).

4.2.6 Estimación de la demanda potencial a nivel País

Para estimar las necesidades nacionales de asistencia técnica, desarrollo de capacidades e investigaciones en materia de gestión de salud, se tomó como referencia cuatro documentos técnicos nacionales de mirada estratégica y que fueron elaborados de manera concertada en él por todos los actores públicos, privados y la sociedad civil, cuyo contenido se citó en párrafos anteriores. Estos son (Ver Figura II-3):

- Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020
- Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Descentralización en Salud (MEDSALUD)
- Plan Nacional Concertado y Descentralizado para el desarrollo de capacidades en salud 2010-2014
- Prioridades de investigación en salud en el Perú 2010-2014

De estos documentos el de mayor relevancia y la base para la formulación de todos los subsecuentes, es el Plan Nacional Concertado y Descentralizado para el Desarrollo de Capacidades en Salud 2010-2014, el cual permite identificar los problemas sanitarios y de gestión nacionales en el sistema, de prioridad país (Ver Cuadros 59, 60) de esta forma se podrá ver y determinar los lineamientos planteados.

Cuadro 59. Políticas Nacionales que incrementan la demanda de necesidades para el sector salud

Clientes		Plan Nacional Concertado en Salud 2007-2020	Sistema Monitoreo y Evaluación de la Descentralización en Salud: MED-SALUD	Plan Sectorial Concertado y Descentralizado para el Desarrollo de Capacidades en Salud 2010-2014	Prioridades de Investigación en Salud 2010-2014
Público	Ministerio de Salud, Seguro Integral de Salud (SIS), Superintendencia Nacional de Aseguramiento Universal en Salud (SUNASA), etc.	x	x	x	x
	Gobiernos Regionales (DIRESA, DISAS, GERESA, etc.)	x	x	x	x
	EsSalud	x	x	x	x
	F.F.A.A.	x	x	x	x
Privado	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRES)	x	x	x	x
	Instituciones Administradora de Fondos de Aseguramiento (IAFAS)	x	x	x	
	ONGs	x	x	x	X
	Colegios Profesionales	x			X
	Sociedad Científicas de Profesionales de la Salud	x			
	Agencia de Cooperación Internacional	x	x	x	X

Fuente: MINSa, 2010

Cuadro 60. Problemas Sanitarios Nacionales Identificados (Según Plan Nacional Concertado y Descentralizado para el Desarrollo de Capacidades en Salud 2010-2014)

PROBLEMAS SANITARIOS NACIONALES	
1	Alta razón de mortalidad materna
2	Alta mortalidad infantil
3	Alto porcentaje de desnutrición crónica infantil
4	Deficiente salud mental en la población
5	Alta prevalencia de enfermedades transmisibles (Malaria, TBC, VIH/SIA)
6	Alta prevalencia de enfermedades transmisibles regionales (Dengue, Bartenellosis, Chagas, Leishmaniasis, Peste)
7	Alta mortalidad por cáncer (Cuello uterino, mama, próstata, estómago, pulmón, piel y boca)
8	Incremento de enfermedades crónicas degenerativas (Diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio, accidente cerebro vascular, ceguera por catarata)
9	Persistencia de enfermedades inmuno prevenibles (Hepatitis B, fiebre amarilla, TBC, pertusis, difteria y tétanos neonatal)
10	Incremento de las enfermedades por causas externas (Accidentes y lesiones intencionales)
11	Incremento de la discapacidad
12	Alta prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal

Fuente: MNSA, Plan Nacional Concertado en Salud.2007-2020

Cuadro 61. Problemas del Sistema de Salud Identificados (Según Plan Nacional Concertado y Descentralizado para el Desarrollo de Capacidades en Salud 2010-2014)

PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SALUD	
1	Insuficiente aseguramiento en salud
2	Descentralización del sector salud incompleta
3	Insuficiente calidad de los servicios
4	Inadecuada oferta de servicios
5	Insuficiente atención a poblaciones excluidas y dispersas
6	Inadecuado desarrollo de recursos humanos
7	Deficiente acceso y disponibilidad de medicamentos
8	Deficiente financiamiento en salud
9	Deficiente rectoría
10	Deficientes sistemas de información
11	Poca participación ciudadana
12	Problema de los determinantes de la salud

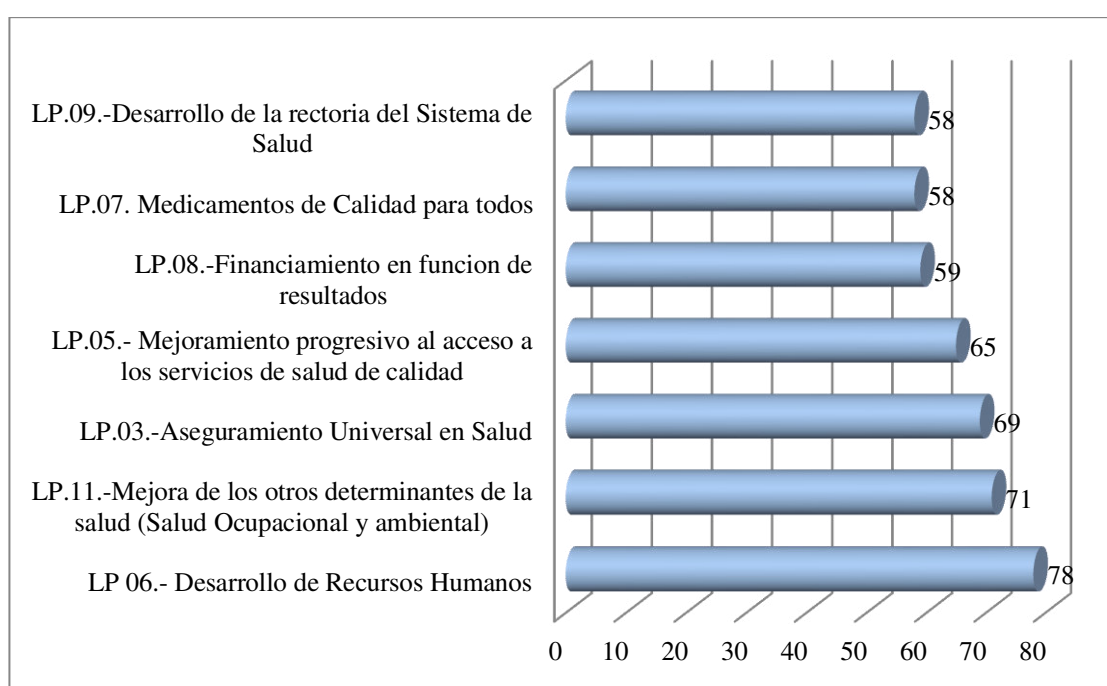
Fuente: MINSA, Plan Nacional Concertado en Salud.2007-2020

Para identificar el grado de implementación de los Lineamientos de Política, se integró a cada uno de ellos el grado de ejercicio de las funciones transferidas en el marco de la Descentralización, medidos de manera concertada por el Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Descentralización en Salud (MEDSALUD), cuya última medición en todas las regiones se realizó el 2009, y cuyos resultados sirvieron de insumo para caracterizar el estado de los Lineamientos.(Ver Cuadro II-13)

Es necesario recordar que estos lineamientos se desprenden del Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Descentralización en Salud: MED Salud. En este documento, los criterios de valorización, definidos en puntaje, se relacionan a la percepción de los actores claves, respecto del grado de

cumplimiento de la autoridad de cada uno de los estándares definidos para cada función. Así pues, a la escala alta de cumplimiento del estándar, le corresponde un puntaje de 100%, a la escala media un puntaje de 50%, a la escala baja un puntaje de 25% y a la escala nula un puntaje de 0%. Es así que se identificó que ninguna de los siete lineamientos relacionados al Sistema de Salud llega al 50% de ejercicio.

Cuadro 62. Porcentaje de brecha de los lineamientos de políticas de salud 2007 - 2020



Fuente: Peralta, 2012

Cuadro 63. Caracterización del estado de lineamientos

Lineamientos de Políticas de Salud 2007-2020		% Ejecución de las funciones MED-2009		% Avance	BRECHA
		Función	Grado de implementación	Ejecución Política	
del nivel al nivel de la función de la descentralización Gobierno Regional y Local	LP 03.- Aseguramiento Universal en Salud	Gestión del aseguramiento en el subsector público de salud	31%	31%	69%
	LP 05.- Mejoramiento progresivo al acceso a los servicios de salud de calidad	Regulación sectorial de salud de las personas	29%	35%	65%
		Gestión de la investigación en salud	7%		
		Gestión de recursos físicos, logística y mantenimiento de los servicios de salud	35%		
		Organización y gestión servicios de salud de las personas	36%		
		Organización institucional	37%		
		Gestión de la información en salud	38%		
		Promoción de la salud	47%		
	LP 06.- Desarrollo de Recursos Humanos	Regulación sectorial de Recursos Humanos	17%	22%	78%
		Gestión institucional de Recursos Humanos	27%		
	LP 07.- Medicamentos de Calidad para todos	Suministro de productos farmacéuticos y afines en servicios públicos de salud	40%	42%	58%
Regulación sectorial de productos farmacéuticos y afines		44%			
LP 08.- Financiamiento en función de resultados	Gestión de recursos financieros	32%	41%	59%	
	Gestión de las inversiones en salud	49%			
LP 09.- Desarrollo de la rectoría del Sistema de Salud	Gestión de políticas	44%	42%	58%	
	Planeamiento estratégico/operativo sectorial e institucional	40%			
LP 11.-Mejora de los otros determinantes de la salud	Regulación sectorial de salud ocupacional y ambiental	29%	29%	71%	

Fuente: MINSA, Plan Nacional Concertado en Salud.2007-2020

4.2.7 Análisis Demanda Hospital Sergio Bernales

Estudio de la Demanda Cuantitativa de Atenciones

ANÁLISIS DE LA DEMANDA

Se realiza el análisis de la demanda de servicios de atención por emergencia según las siguientes consideraciones:

Zonas de influencia

La zona de influencia, constituida por las áreas de influencia directa, indirecta y marginal que se definen por la procedencia de los pacientes, utilizando los siguientes parámetros:

- a. Población total del distrito analizado en cada área de influencia.
- b. Relación porcentual de la procedencia de pacientes
- c. Procedencia histórica de atendidos y atenciones según distritos.

En síntesis, los distritos y/o lugares que conforman las áreas de influencia son las siguientes:

- Directa.- conformado por los distritos de Comas y Carabaylo.
- Indirecta.- Los distritos de Los Olivos, Independencia, San Martín de Porres, Provincia de Canta con Sta. Rosa de Quives.
- Marginal.- la cual incluye zonas como las provincias de Lima, Región Callao, Piura, Región Huánuco y otras.

Cuadro 64. Población según Ámbito de Influencia

HNSEB	
a. ÁREA DE INFLUENCIA DIRECTA	Atendidos
COMAS	78,417
CARABAYLLO	9,137
SUBTOTAL	87,554
%	94.93%
b. ÁREA DE INFLUENCIA INDIRECTA	Atendidos
SAN MARTIN DE PORRES	1,385
LOS OLIVOS	1,067
INDEPENDENCIA	773
PUENTE PIEDRA	310
CANTA	306
CALLAO	73
CANTA	306
SANTA ROSA DE QUIVES	49
SUBTOTAL	4,269
%	4.63%
c. ÁREA DE INFLUENCIA MARGINAL	Atendidos
OTROS	405
%	0.44%
TOTAL ATENDIDOS	92,228

Fuente: Oficina de Estadística e Informática –HNSEB 2013

En cada caso, según el universo de atendidos que es el 100%, obtenemos los siguientes porcentajes por área de influencia:

- Directa.- porcentaje de 94,93% para el HNSEB.
- Indirecta.- porcentaje de 4,63% para el HNSEB.
- Marginal.- porcentaje de 0,44% para el HNSEB.

Población Referencial

Considerando que el Hospital Sergio E. Bernales por el nivel de complejidad y la categoría de establecimiento III-1 no tiene una población asignada, se considera para el análisis a la población referencial, la misma que responde al 100% de la población considerada en las zonas de influencia directa, indirecta y marginal según los datos del último Censo al año 2007.

En este sentido, la población referencial del área de influencia directa se concentra principalmente en los distritos de Comas y Carabayllo, para el caso de la población del área de influencia indirecta, se está tomando los distritos de Los Olivos, Independencia, San Martín, otros y en el caso de la población del área de influencia marginal la población perteneciente a Lima Ciudad, Provincias de Lima y las regiones que derivaron pacientes en alguna oportunidad al Hospital, los datos consolidados de la población referencial según zonas de influencia se detallan en el siguiente cuadro:

Cuadro 65. Distribución población nacional

Fuente de dato de población	Zona	Población Total
XI Censo Nacional de Población y VI de Vivienda año 2007	Directa	744,895
	Indirecta	3,309,773
	Marginal	14,868,493

Fuente: Elaboración propia 2013

Población demandante potencial

La población demandante potencial es aquella con necesidades sentidas de salud para el ámbito geográfico previamente definido, para ello se ha utilizado los datos de la Encuesta Nacional de Hogares ENAHO INEI, actualizada al año 2013, en donde se determina que esta percepción se da

en la población en general en promedio en un 68,62%, es decir de 100 personas, 68,62 han tenido necesidades de salud en algún momento.

Cuadro 66. Estimación demanda potencial

Fuente de dato de población	Zona	Población Total	% de Necesidad Sentida	Demanda Potencial
XI Censo Nacional de Población y VI de Vivienda año 2007	Directa	744,895	68,62%	511,147
	Indirecta	3,309,773	68,62%	2,271,166
	Marginal	14,868,493	68,62%	10,202,760

Fuente: Elaboración propia 2013

Población demandante efectiva MINSA, población que accede al segundo y tercer nivel de atención.

La población demandante efectiva es aquella que siente la necesidad de salud y que acude a algún establecimiento del Ministerio de Salud, en promedio es el 36,27% de la población, dato que se sustenta en el promedio obtenido de las Encuestas Nacionales de Hogares en el periodo 2010-2011 (INEI), considerando solo aquella población que acude a MINSA y eliminando de este porcentaje a ESSALUD, MINSA y ESSALUD, FFAA y/o Policía Nacional y Particular 14,54%, según se presenta en el siguiente cuadro:

Cuadro 67. Mediciones de asistencia a los servicios de salud ENAHO 2010-2011- INEI

Asistencia	2010				2011	PROMEDIO
	Ene-Feb-Mar	Abr-May-Jun	Jul -Ago-Set	O ct-Nov-Dic	Ene-Feb-Mar	
	50,80%	48,90%				
MINSA	17,20%	17%	17,50%	19,20%	17,10%	17,60%
ESSALUD	6,50%	5,40%	6,50%	6,20%	6,60%	6,24%
MINSA y ESSALUD	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%
FFAA y/o Policía Nacional	0,40%	0,40%	0,50%	0,30%	0,30%	0,38%
Particular	8,10%	7,80%	7,80%	7,80%	7,60%	7,82%
Farmacia	17,20%	16,70%	18,30%	18,20%	16,20%	17,32%
Domicilio	0,20%	0,30%	0,20%	0,30%	0,20%	0,24%
Curandero	0,30%	0,50%	0,30%	0,30%	0,40%	0,36%
Otros	0,70%	0,70%	0,70%	0,70%	0,70%	0,70%
PROMEDIO						36,27%

Fuente: Informe Técnico N° 03 de setiembre 2010- Condiciones de Vida INEI

Informe Técnico N° 02 de junio 2011- Condiciones de Vida INEI

Considerando que el Hospital Sergio E. Bernales a la fecha brinda atenciones de segundo y tercer nivel, dado que no existe una contención de demanda efectiva a nivel de la Red de Salud y sus establecimientos, debemos considerar que en el área de influencia directa la población demandante efectiva que acudiría a un establecimiento de salud del segundo nivel de atención sería en promedio 22% (obtenido del rango 12%-22%) y del tercer nivel sería un 10%, que a la suma nos daría 32% a aplicar.

En el área de influencia indirecta y marginal la población demandante efectiva que acudiría, sería de un 10% en ambos casos, que serían sólo los que debieran acudir a un tercer nivel de atención, supuestos que se sustentan en la NTS N° 021 categoría de establecimientos del sector salud, que indican los siguientes datos porcentuales de atención en los niveles respectivos de la siguiente manera:

- Primer nivel de atención 68.0% 70 a 80
- Segundo nivel de atención 22.0% 12 a 22
- Tercer nivel de atención 10.0% 05 a 10

Cuadro 68. Población demandante efectiva MINSA, II nivel y III nivel de atención según zona de influencia

Fuente de dato de población	Zona	Población Total	% de Necesidad Sentida	Demanda Potencial	% que atiende el MINSA	% que atiende MINSA, II y III nivel de Atención	Población MINSA II y III Nivel de Atención
XI Censo Nacional de Población y VI de Vivienda año 2007	Directa	744,895	68.62%	511,147	36.27%	32.00%	59,326
	Indirecta	3,309,773	68.62%	2,271,166	36.27%	10.00%	82,375
	Marginal	14,868,493	68.62%	10,202,760	36.27%	10.00%	370,054

Fuente: Elaboración propia 2013

Población demandante efectiva del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Tomando en consideración los porcentajes de asistencia al Hospital Sergio E. Bernales en cada área de influencia, tenemos que se ha considerado los siguientes porcentajes del análisis anterior 94,93%, 4,63% y 0,44%, la población demandante efectiva al HNSEB según la relación porcentual por áreas de influencia antes expuestas, sería de 61,774 la misma está conformada por 56,318 atendidos del área de influencia directa y 3,828 y

1,628 atendidos de las áreas de influencia indirecta y marginal respectivamente.

Cuadro 69. Proyecciones de la demanda efectiva de atenciones en Emergencia

Fuente de dato de población	Área de Influencia	Población Total	% de Necesidad Sentida	Demanda Potencial	% que atiende el MINSA	% que atiende MINSA, II y III nivel de Atención	Población MINSA II y III Nivel de Atención	% Atención HSBE sobre población	Población Demanda Efectiva	Total Población Demanda Efectiva HSEB
Población Total al 2007 basado en el Censo XI Censo Nacional de Población y VI de Vivienda	Directa	744,895	68.62%	511,147	36.27%	32.00%	59,326	94.93%	56,318	61,774
	Indirecta	3,322,022	68.62%	2,279,571	36.27%	10.00%	82,680	4.63%	3,828	
	Marginal	14,868,493	68.62%	10,202,760	36.27%	10.00%	370,054	0.44%	1,628	

Para las proyecciones de la demanda efectiva de atenciones en Emergencia se aplicaron los siguientes parámetros y supuestos:

- Atendidos en consulta médica 2010 al 2013.
- Atenciones en consulta médica 2010 al 2013
- Total atenciones en Emergencia 2010 al 2013.
- Concentración de atenciones respecto al total de atendidos.
- Porcentaje de las atenciones de emergencia respecto a las atenciones de consulta médica.

Cuadro 70. Índice de concentración y el porcentaje de las atenciones

AÑO	TOTAL ATENDIDOS CONSULTA MEDICA (a)	TOTAL ATENCIONES CONSULTA MEDICA (b)	TOTAL ATENCIONES EMERGENCIA (c)	% DE ATENCIONES DE LAS ATENCIONES DE CONSULTA MEDICA (c / b)	CONCENTRACIÓN DE ATENCIONES (b /a)
2010	54,376	169,462	85,083	50.21%	3.12
2011	56,836	166,357	74,188	44.60%	2.93
2012	45,976	152,954	92,840	60.70%	3.33
2013	58,792	172,796	107,027	61.94%	2.94
PROMEDIO	53,995	165,392	89,785	54.36%	3.08

Fuente: Elaboración propia

Teniendo como referencia el índice de concentración y el porcentaje de las atenciones promedio de emergencia respecto a la consulta médica en el histórico del cuadro anterior, se proyecta la demanda efectiva de atenciones de emergencia, considerando a la población demandante efectiva, según el detalle del cuadro siguiente.

Cuadro 71. Demanda efectiva atenciones Emergencia

TOTAL POBLACIÓN DEMANDA EFECTIVA (a)	PROYECCIÓN ATENCIONES CONSULTA MEDICA $d = (a * c)$	PROYECCIÓN ATENCIONES EMERGENCIA (b * d)	% DE LAS ATENCIONES DE CONSULTA MEDICA (b)	CONCENTRACIÓN DE ATENCIONES (c)
61,774	190,100	103,338	54.36%	3.08

Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS DE LA OFERTA

La oferta actual de servicio de emergencia en el Hospital Sergio E. Bernales está definida por la estructura física, equipamiento, recursos humanos y recursos materiales;

Infraestructura:

El ingreso a Emergencia es por la Av. Túpac Amaru por el mismo ingreso acceden Servicios Generales y recolección de residuos sólidos.

Dentro del servicio de emergencia se ubica el área de shock trauma a la mitad del bloque, por lo que los pacientes que llegan en estado crítico atraviesan el área de tópicos, antes de llegar a ser atendidos.

El servicio de Emergencia se encuentra tugurizado observándose camillas en el pasillo, por este mismo corredor ingresan los pacientes a UCI, debido a que esta unidad se encuentra dentro del servicio de emergencia

Equipamiento:

El equipamiento se encuentra en su mayoría en estado de conservación regular, esto se ve afectado aún más con el uso de equipos que han cumplido su ciclo de vida útil, del mismo modo el mobiliario clínico asistencial existente se encuentra en su mayoría en estado de conservación regular como son las camillas, bancos giratorios, vitrinas, taburetes.

Con respecto al equipamiento biomédico existentes en las diferentes áreas de la emergencia estos presentan las mismas deficiencias que las demás UPS, recalcando en que la gran mayoría de equipamiento biomédico se encuentra en estado regular (3.92%).

Recursos Humanos:

El recurso humano del Servicio de Emergencia del Hospital Sergio E. Bernal es mantiene una organización matricial, ya que el personal que realiza atenciones en el citado Servicio pertenece a los departamentos asistenciales como medicina y Cirugía en la mayoría de sus especialidades médicas.

BALANCE OFERTA Y DEMANDA

Tomando como referencia el promedio del histórico de atenciones de emergencia que es de 89,785 atenciones, en comparación con la proyección de atenciones de emergencia respecto a la población de la demanda efectiva se puede definir la brecha de atenciones o demanda insatisfecha, se detalla en cuadro siguiente:

Cuadro 72. Balance Oferta- Demanda HNSEB

	POBLACIÓN	ATENCIONES CONSULTA MEDICA	ATENCIONES EMERGENCIA
Promedio histórico	53,995	165,392	89,785
Demanda Efectiva	61,774	190,100	103,338
BRECHA	7,779	24,708	13,554

Fuente: Elaboración propia

MEDICIÓN TIEMPOS DE ESPERA EN EMERGENCIAS

El Hospital Sergio E. Bernales a través de la Oficina de Calidad, realiza de manera sistemática la medición de tiempos de espera en el servicio de emergencias. Para ello se efectúa un estudio epidemiológico transversal descriptivo, seleccionando de forma sistemática, los pacientes que acudieron al Servicio de Consultorios Externos y Emergencia del Hospital, sobre una muestra total, a través de un cuestionario para consulta externa y emergencia. Se obtuvieron datos relativos a descripción tipo de paciente, sexo, condición de paciente o de la población encuestada, relación de los tiempos con la variable SIS, Demanda, SOAT. Se estimaron medias, rangos mínimos y máximos y sucesivos análisis bivariantes mediante uso del programa Excel.

Para la recolección de datos se utilizó como herramienta de trabajo, un instrumento como ficha de recolección de datos de horas de inicio y culminación del servicio.

En la medición del tiempo de espera de **Consulta Externa** se ha anotado desde la hora de llegada del paciente a la **ventanilla de Admisión** hasta el **ingreso al consultorio para su Atención Médica**.

En la medición del tiempo de espera de **Emergencia** se ha anotado desde la hora de llegada del paciente/familiar a la **ventanilla de Admisión** hasta el **ingreso al consultorio para su Atención Médica**.

Los gráficos presentados corresponden al promedio de horarios de los servicios formulados, los cuales permiten medir el promedio de tiempo de espera de actividades realizadas en la consulta externa y emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad.

La medición efectuada en marzo del 2014, mostró los siguientes resultados:

Servicio de Consulta Externa:

- El tiempo de espera promedio fue de **02 horas 36 minutos** para todo tipo de paciente.
- El tiempo de espera para los usuarios **SIS** fue de **02:50** minutos y para los usuarios a **Demanda** fue de **02:25** minutos.
- El Tiempo de espera para obtener **cita** en **Admisión**, es decir, desde llegada de usuario a la institución fue de **00:24 minutos**.
- Un 35% de los usuarios obtuvo una cita previa siendo el tiempo de espera máximo de 02:40 minutos .
- El Tiempo de espera para la atención en ventanilla SIS fue de 01:01 minutos, considerando como demora mayor 04:42 minutos y menor 00:00 minutos.
- El Tiempo de espera para la atención en Caja, es decir para los usuarios a demanda fue de 00:20 minutos, siendo la demora mayor 02:23 minutos y menor 00:00 minutos.
- El promedio de Tiempo de Atención Médica fue de 00: 13 minutos
- El tiempo de espera de los usuarios en consultorios externos: un 5% fue menor a 01 hora, un 59% entre 01 a 02 horas, y el 36% más de 03 horas.
- Se encontró un 42% usuarios del SIS y 58% usuarios a demanda .
- Se encontró que el 23% respondió como Bueno, el 64% respondió como Regular y el 13% respondió como Malo el tiempo de espera en admisión.
- Se encontró que el 8% respondió Muy bueno, el 51% respondió como Bueno, el 32% respondió como Regular, el 8% refirió como Malo y finalmente un 1% como Muy Malo el trato de la enfermera.
- El 60% de atendidos consideró bueno el trato del médico y un 33% Regular.

- Se encontró que el 59% respondió como Bueno y un 24 % como Regular el trato del personal de apoyo.

Cuadro 73. Medición Tiempos de Espera en Consulta Externa

ESPECIALIDADES	TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCION	
	MAXIMO	MINIMO
MEDICINA INTERNA	29 días	0 días (cita el mismo día)
CARDIOLOGIA	31 días	0 días (adicionales)
ENDOCRINOLOGIA	28 días	0 días (adicionales)
DERMATOLOGIA	30 días	0 días (adicionales)
GASTROENTEROLOGIA	28 días	0 días (adicionales)
NEUMOLOGIA	29 días	0 días (adicionales)
REUMATOLOGIA	39 días	0 días (adicionales)
NEUROLOGIA	28 días	0 días (adicionales)
CIRUGIA GENERAL	12 días	0 días (adicionales)
TRAUMATOLOGIA	15 días	0 días (adicionales)
CIRUGIA CABEZA CUELLO	15 días	0 días (adicionales)
CIRUGIA TORAX	21 días	15 días
CIRUGIA PLASTICA	10 días	0 días (cita el mismo día)
CIRUGIA PEDIATRICA	29 días	0 días (adicionales)
OTORRINOLARINGOLOGIA	16 días	0 días (cita el mismo día)
UROLOGIA	18 días	0 días (adicionales)
ONCOLOGIA	8 días	0 días (cita el mismo día)
GINECOLOGIA	27 días	0 días (adicionales)
OFTALMOLOGIA	21 días	0 días (adicionales)
PEDIATRIA	16 días	0 días (adicionales)

Fuente: Tickets de Citas de Consultorios Externos
Elaborado por Oficina Gestión de la Calidad

Servicio de Emergencia

- El tiempo de espera promedio en la atención del usuario en el servicio de Emergencia del HNSEB fue de 00:16 minutos.

- El Tiempo de espera para la atención médica de los usuarios SIS fue de 00:18 minutos y para los usuarios a Demanda fue de 00:09 minutos.
- En el estudio de la medición del tiempo de espera en emergencia se encontró que un 6% fue menor a 00:05 minutos, un 50% más 00:05 minutos, y en el 44% de usuarios más de 10 minutos.
- Se encontró un 70% de usuarios que acuden por emergencia corresponden al SIS y el 30% son de Demanda (pagante)..
- El Tiempo de espera para obtener atención en Admisión, es decir, desde llegada de usuario a la institución fue 00:04 minutos.
- El Tiempo de espera para la atención en ventanilla SIS fue de 00:11 minutos, considerando como demora mayor 01:11 minutos y menor 00:02 minutos.
- El Tiempo de espera para la atención en Caja, es decir para los usuarios a demanda fue 00:07 minutos, siendo la demora mayor 00:21 minutos y la menor 00:02 minutos.
- El promedio de **Tiempo de espera para Atención Médica** fue de **00:11 minutos**.
- Se encontró que el **57%** respondió como **Bueno**; el **20%** respondió como **Regular** y el **23%** respondió como **Muy Bueno** el tiempo de **espera en admisión**.
- Se encontró que el **7%** respondió **Muy bueno**, el **83%** respondió como **Bueno**, el **7%** respondió como **Regular** el trato de la **enfermera**.
- El **10%** consideró **Muy bueno**, el **87%** de atendidos consideró **Bueno**, el **3%** consideró **Regular** el trato del **médico**.
- Se encontró que el **86%** de los encuestados respondió como **Bueno**, el **14%** respondió como **Regular** el trato del **personal de apoyo**.

Servicio de Hospitalización y Cirugía

- El tiempo de espera promedio para realización de exámenes prequirúrgicos fue de 26 días.

- El tiempo de espera promedio para ingreso a hospitalización fue de 34 días.
- El tiempo de espera promedio para la intervención quirúrgica fue 03 días.
- Del total de usuarios en estudio se halló que el 32% de hospitalizados para ser intervenidos ingresan para Colectectomía convencional, el 21% ingresa para Colelap, el 16% ingresa para APTV entre otros diagnósticos.

Cuadro 74. Medición Tiempos de Espera en Hospitalización y Cirugía

TIPO DE CIRUGIA	FECHA PREQUIRURGICO	FECHA ORDEN DE HOSPITALIZACION	TIEMPO DE ESPERA (días)	FECHA DE INGRESO A PISO	TIEMPO DE ESPERA (días)	FECHA DE INGRESO A PISO	FECHA INTERVENCION QUIRURGICA	TIEMPO DE ESPERA (días)
APTV	15/01/2014	26/01/2014	11	05/03/2014	38	05/03/2014	07/03/2014	2
COLELAP	15/01/2014	26/01/2014	11	15/02/2014	20	15/02/2014	18/02/2014	3
COLELAP	10/01/2014	13/02/2014	34	03/03/2014	18	03/03/2014	10/03/2014	7
LE/APENDICECTOMIA	23/12/2013	16/01/2014	24	28/02/2014	43	28/02/2014	01/03/2014	1
LE/COLECISTECTOMIA	13/01/2014	27/01/2014	45	26/02/2014	30	26/02/2014	01/03/2014	3
URETROPLASTIA	23/11/2013	03/02/2014	72	21/02/2014	18	21/02/2014	26/02/2014	5
IUE TOT	18/12/2013	29/01/2014	42	27/02/2014	29	27/02/2014	01/03/2014	2
APTV	23/12/2013	21/01/2014	29	26/02/2014	36	26/02/2014	01/03/2014	3
TIROIDECTOMIA	23/12/2013	10/01/2014	18	25/02/2014	46	25/02/2014	05/03/2014	8
COLECISTECTOMIA	13/01/2014	07/02/2014	25	11/03/2014	32	11/03/2014	13/03/2014	2
COLECISTECTOMIA	14/01/2014	23/01/2014	40	11/03/2014	47	11/03/2014	13/03/2014	2
COLECISTECTOMIA	15/01/2014	24/01/2014	9	11/03/2014	46	11/03/2014	13/03/2014	2
HERNIOPLASTIA	05/02/2014	12/02/2014	7	05/03/2014	21	05/03/2014	07/03/2014	2
COLELAP	18/12/2013	27/01/2014	30	11/03/2014	43	11/03/2014	14/03/2014	3
COLECISTECTOMIA	15/02/2014	19/02/2014	4	10/03/2014	19	10/03/2014	13/03/2014	3
APTV	18/02/2014	21/02/2014	3	11/03/2014	18	11/03/2014	13/03/2014	2
COLELAP	30/11/2013	27/01/2014	58	10/03/2014	42	10/03/2014	13/03/2014	3
FISTULECTOMIA	18/01/2014	28/01/2014	10	11/03/2014	42	11/03/2014	14/03/2014	3
COLECISTECTOMIA	23/12/2013	06/01/2014	14	12/03/2014	65	12/03/2014	14/03/2014	2
			PROMEDIO 26 DIAS		PROMEDIO 34 DIAS			PROMEDIO 3 DIAS

Fuente: Tickets de Citas de Consultorios Externos. Elaborado por Oficina Gestión de la Calidad

Finalmente después de la aplicación del Instrumento de Monitoreo de la gestión en el Hospital Nacional Sergio Bernales , materia del presente análisis ha alcanzado una valoración superior correspondiendo a 91.97 puntos .

Se destacan las calificaciones satisfactorias en los siguientes aspectos:

El establecimiento de salud implementa el proceso de acreditación.

El establecimiento de salud ha realizado la medición de la satisfacción del usuario externo y el clima organizacional.

El establecimiento de salud implementa estrategias para la seguridad del paciente.

El establecimiento de salud implementa y hace seguimiento del plan de auditoría de calidad de la atención.

El establecimiento de salud cuenta con la evaluación de tiempos de espera en las UPSS emergencia y consulta externa. De igual manera, los procesos y procedimientos de calidad alcanzan el 100% de cumplimiento, lo cual plantea una inconsistencia de fondo por cuanto el componente de Gestión Sanitaria muestra no conformidad en el cumplimiento de procesos denominados misionales, los cuales son calificados como óptimos en calidad de atención, relacionados con indicadores de estructura referidos a la documentación autoritativa pero que en la práctica reflejan su no aplicación ni su monitoreo para alcanzar resultados de proceso y de impacto como, tiempos de espera reducidos , y satisfacción del usuario externo Clima organizacional para alcanzar el crecimiento y desarrollo institucional .

Esta situación obliga a pensar en una metodología diferente para la medición de la gestión, no orientada hacia el cumplimiento de norma sino más bien al mejoramiento continuo de procesos.

- Los tiempos de espera más largos para la obtención de una cita para consulta médica están comprendidos para las especialidades de: Reumatología demanda 39 días, seguido de Cardiología con 31 días, y Dermatología con 30

días; continúan las especialidades de Neumología, Cirugía Pediátrica y Medicina Interna con 29 días de espera; las especialidades de Endocrinología, Gastroenterología y Neurología demanda una espera de 28 días. En lo que respecta a Ginecología el tiempo de espera es de 27 días, y para las especialidades de Oftalmología y Cirugía de Tórax el tiempo de 21 días respectivamente.

- De los 20 servicios medidos el que refleja espera menor es la especialidad de **Oncología** con **08 días**.
- Se observó que para las especialidades de **Cirugía Plástica, Oncología y Medicina Interna**, a pesar de la demora, hubo algunos usuarios que obtuvieron cita el mismo día que lo solicitaron.
- Se observó que para las otras especialidades, los consultorios diariamente brindan atención a usuarios con citas adicionales a las programadas, es decir a partir de la 09:00 am se entregan las citas adicionales motivando menos tiempo de espera para la atención de los pacientes que lo solicitan con posterioridad a los pacientes con cita previa, y en algunos casos ante la ausencia del citado.

CAPÍTULO 5: IMPACTO

5.1 Propuesta De Un Modelo De Gestión Institucional Para La Mejora De La Calidad De Atención En La Upss Emergencia

En función a las base teóricas planteadas en párrafos anteriores en el marco del presente estudio se plantó la siguiente propuesta preliminar del: Modelo de Gestión Institucional para la Unidad Productiva de Salud Emergencia del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales. Para lo cual, el plan de tesis propuesto, se articuló en tres fases secuenciales, que tendrá como producto la propuesta en mención, dichas fases son:

- Diagnóstico de Sistema de Gestión Actual
- Desarrollo de la Propuesta Mejora de Procesos
- Formulación del Sistema de Gestión Integral de Procesos

En el siguiente gráfico, se muestra las fases a desarrollar:



FIGURA 46: Implementación de modelo de gestión para mejora de la calidad de atención

Fuente: Elaboración propia.

En relación a la primera fase de Diagnostico Sistema de Gestión Actual: Se operativizó en cuatros pasos: (Ver figura)

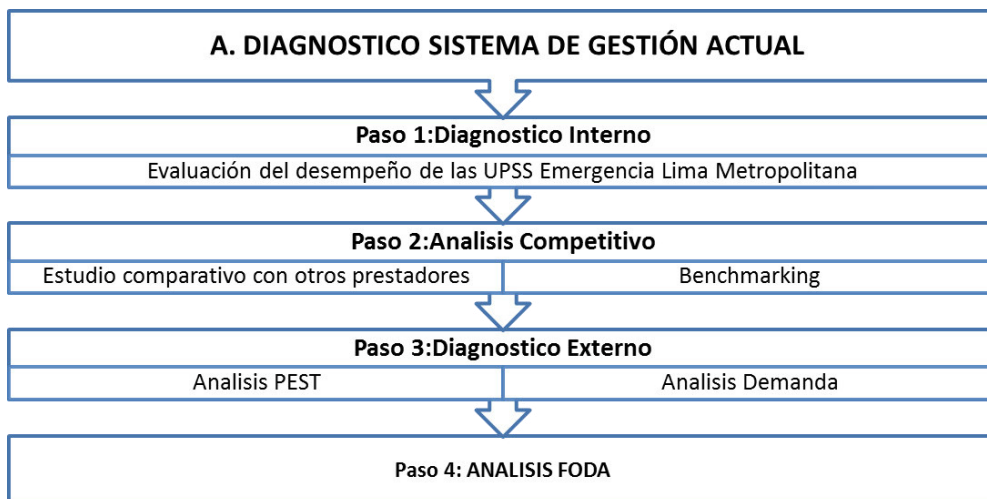


Figura N°47: Pasos para el Diagnostico del Sistema de Gestión Actual
Fuente: Elaboración propia

En relación a la segunda fase de Propuesta de Mejora de Procesos: Se operativizó en cinco pasos:

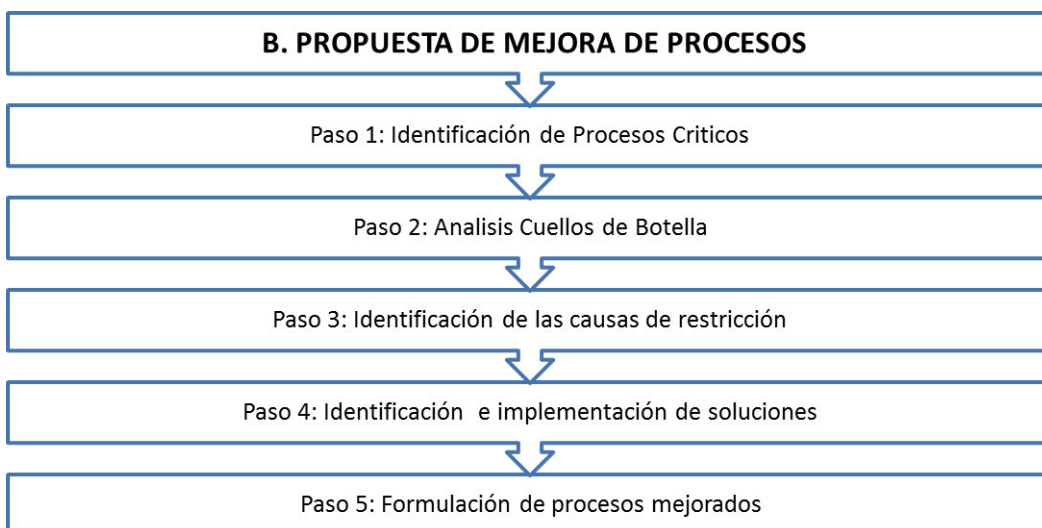


Figura N°43: Pasos para el Diagnóstico de la Propuesta de Mejora de Procesos

En relación a la tercera parte Formulación del Sistema de Gestión Integral de Procesos: Se operativizará en cinco pasos:

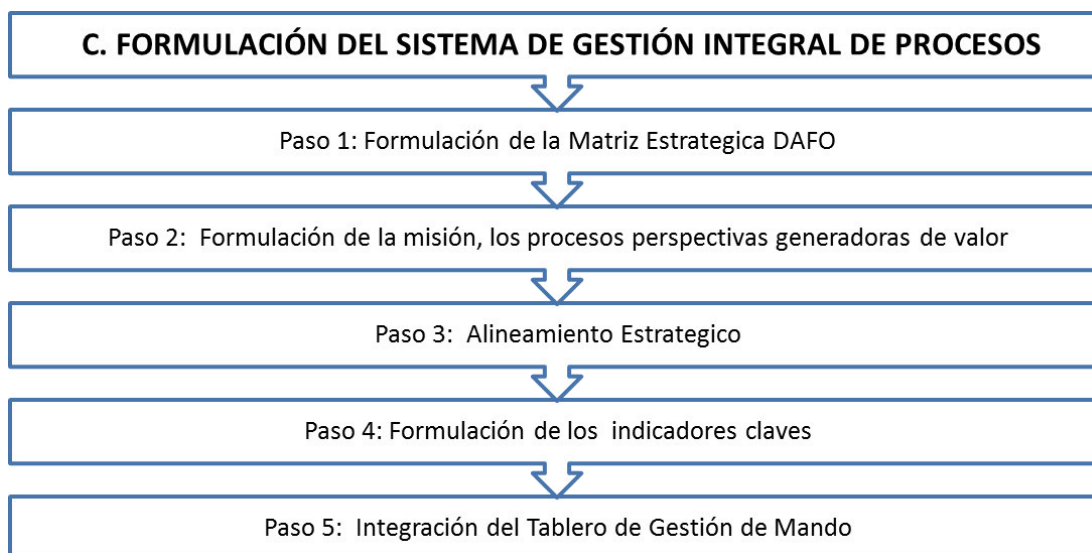


Figura N° 49: Pasos para la Formulación del Sistema de Gestión Integral de Procesos.

Fuente: Elaboración propia

Finalmente el producto esperado con la presente tesis fue el desarrollo de Modelo de Gestión Sanitaria para la mejora de la Calidad de Atención de los Servicios de Emergencia en los Hospitales de Lima Metropolitana.

5.2. Medición Satisfacción Del Usuario Externo

El Hospital realiza de manera sistemática encuestas de satisfacción al usuario externo, a través de la Oficina de Calidad. En el primer semestre de 2013, se

realizó la última reportada, con una metodología estandarizada y de aplicación periódica en **Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización.**

La muestra seleccionada incluyó:

- Consulta Externa: **382** usuarios. Emergencia: **382** usuarios. Hospitalización: **115** usuarios.

El Instrumento de medición utilizado es la encuesta SERVQUAL modificada, para su uso en los Establecimientos de Salud y Servicio Médico de Apoyo (SMA), la misma que incluye **22** preguntas de **Expectativas** y **22** preguntas de **Percepciones**, distribuidos en 5 criterios de evaluación de la Calidad: **Fiabilidad, Capacidad de respuesta, Seguridad, Empatía y Aspectos tangibles.**

Para el Análisis de la información se definieron algunos criterios de clasificación por características de los usuarios y por dimensiones de evaluación: Tipo de paciente, Edad, Sexo, Nivel de estudio, Condición de paciente y Tipo de seguro. Por dimensiones, las ya enunciadas.

Los resultados mostraron para **Consulta Externa** un 58% de usuarios atendidos encuestados con una distribución de 60% mujeres y 40% hombres, siendo el 74% de los encuestados afiliados al SIS, 59% continuadores (41% nuevos) y un 49% del total de encuestados con nivel de educación secundaria. La Figura adjunta muestra el consolidado por dimensiones evaluadas con una cifra global de 69,7% de insatisfacción así como las causas priorizadas de insatisfacción.

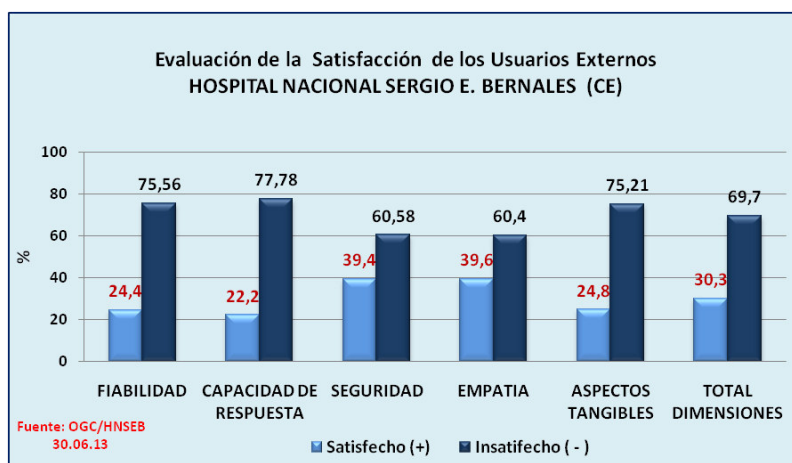


FIGURA 50: EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EXTERNA
Fuente: HNSEB. Satisfacción usuarios, 2013

Cuadro 75. Causas priorizadas de insatisfacción en Consulta Externa

P01=	206	El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la consulta externa
P20=	206	La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes
P22=	199	El Consultorio y la Sala de Espera se encontraron limpios y fueron cómodos
P06=	188	La atención en caja o el módulo de admisión del SIS fue rápida
P05=	185	Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad
P09=	182	La atención en farmacia fue rápida
P8=	180	La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida
P07=	178	La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida
P04=	170	Su historia clínica se encontró disponible para su atención
P02=	165	El médico le atendió en el horario programado

FUENTE: Oficina de Calidad. HNSEB

Se plantearon como recomendaciones a los hallazgos descritos las siguientes:

- Mejorar el sistema de Información y orientación al usuario.
- Implementar módulos de informes para atención al usuario con personal capacitado con cobertura de turnos y emitir, distribuir folletería de orientación al usuario.
- Redistribuir las tareas en las áreas críticas para mayor cobertura en horas pico
- Implementar un sistema de Citas.
- Mejorar la atención en Farmacia.
- Implementar el sistema digitalizado de archivo de Historias Clínicas.
- Cumplir con horario programado de consulta médica, respetando programación

El servicio de **Emergencias** presentó un total de 382 encuestados, de los cuales el 75% eran acompañantes, siendo el 25% restante usuarios reales demandantes de atención. Por género, el 59% correspondió a mujeres y el 41% hombres. Además, el 61% fue continuador de la atención, lo cual sugiere una alta frecuencia de uso del servicio.

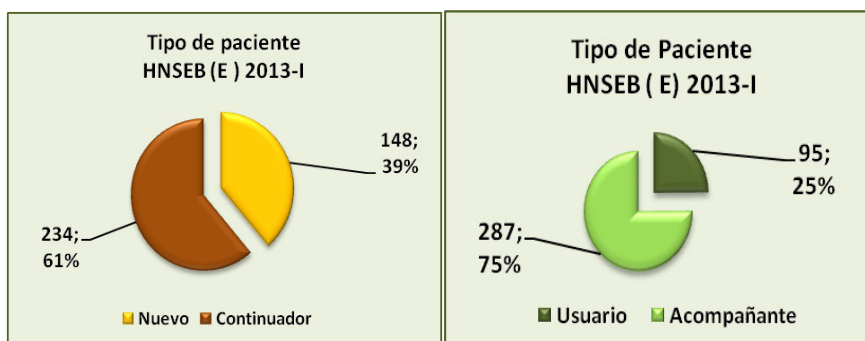


Gráfico 51: Tipo de Usuario encuestado
Fuente: Encuesta SERVQUAL. Semestre 2013 I

Por nivel de estudios, el 58% de los encuestados tiene secundaria y el 15% superior técnico, lo que los asocia con capacidad de entendimiento sobre la dinámica de atención.

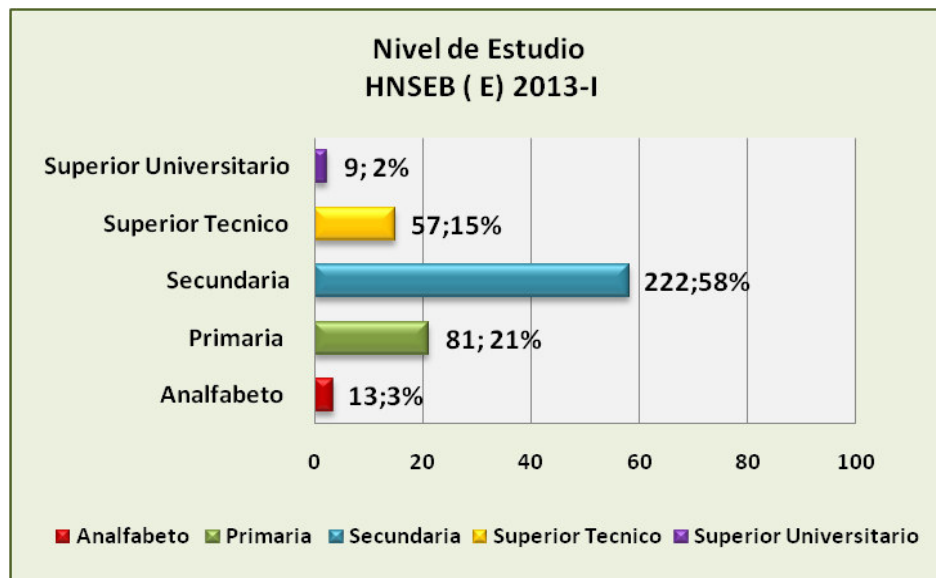


Gráfico 52: Nivel de estudio de encuestados
Fuente: HNSEB. Satisfacción usuarios, 2013

Por nivel de aseguramiento, el 72% de los encuestados pertenece al SIS, mientras el 18% no tiene ningún seguro para ser atendido.

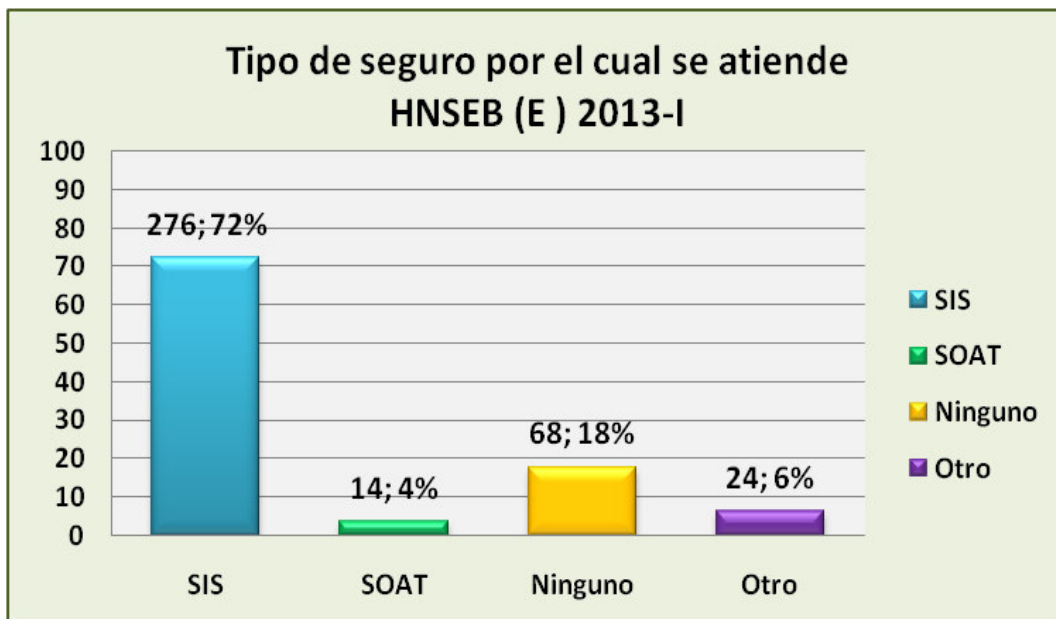


Gráfico 53: Tipo de Seguro por el cual se atiende entre los encuestados.
Fuente: HNSEB. Satisfacción usuarios, 2013

El cuadro adjunto muestra el consolidado por dimensiones evaluadas con una cifra global de 71% de insatisfacción así como las causas priorizadas de insatisfacción.



Gráfico 54: Evaluación de Satisfacción de los Usuarios Externos. Emergencia
Fuente: HNSEB. Satisfacción usuarios, 2013

Es de anotar que el servicio de Emergencias registra el porcentaje más alto de insatisfacción en relación a los otros servicios evaluados, Consulta Externa y Hospitalización, situación que no por ser entendible resulta justificable, derivando en la necesidad principal de revisar los procesos de atención para disminuir los tiempos de espera y la disponibilidad de suministros.

Cuadro 76. Causas priorizadas de insatisfacción en Emergencias HNSEB

P05=	311	La farmacia de emergencia contó con los medicamentos que recetó el médico
P22=	307	Los ambientes del servicio de emergencia estuvieron limpios y cómodos
P20=	306	La emergencia contó con personal para informar y orientar a los pacientes
P09=	292	La atención en la farmacia de emergencia fue rápida
P15=	277	El personal de emergencia le mostró interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante su atención
P13=	275	El problema de salud por el cual usted fue atendido se ha resuelto o mejorado
P18	267	El médico le explicó a usted o a sus familiares el tratamiento que recibió: tipo de medicamentos ,dosis y efectos adversos
P07=	266	La atención en el laboratorio de emergencia fue rápida
P16=	266	El médico le explicó a usted o a sus familiares problema de salud o resultado de la atención
P08=	264	La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida

Fuente: HNSEB. Satisfacción usuarios, 2013

Concluyendo, los factores más frecuentes asociados con la insatisfacción del Paciente en el Servicio de Emergencia estuvieron en la percepción del paciente en relación al desabastecimiento de medicamentos en Farmacia, la limpieza, comodidad y el confort, en que emergencia cuente con personal para informar y orientar al usuario, la demora en la atención en farmacia, el interés para solucionar los problemas que se presenten en su atención, en resolver o mejorar el problema salud, en la explicación del problema salud o resultado de la atención, y finalmente, lo relacionado a la demora en laboratorio y en los exámenes radiológicos.

Es necesario implementar mejoras para:

- Abastecimiento de medicamentos en Farmacia
- Mayor comodidad, limpieza y confort al usuario

- Información y orientación al usuario
- Atención más rápida en Farmacia.
- Interés en solucionar problemas en su atención.
- Resolución del problema de salud.
- Comunicación Médico-Paciente.
- Tiempo de espera en laboratorio.
- Tiempo de espera en apoyo al diagnóstico

Se plantearon las siguientes recomendaciones

- Mejorar Proceso de Adquisición de Insumos de Farmacia.
- Brindar mayor comodidad, limpieza y confort al usuario que acude por atención de su salud en una situación de emergencia.
- Mejorar Proceso de Información y orientación al usuario.
- Agilizar la atención en farmacia, con la atención permanente de las ventanillas tanto de recepción, digitación y expendio de medicamentos.
- Mejorar la comunicación de Médico – Paciente.
- Redistribuir las tareas en las áreas de laboratorio y apoyo al diagnóstico para disminuir el tiempo de espera.
- Implementación del software de laboratorio para obtener los resultados lo más inmediato posible

Los resultados mostraron para **Hospitalización** un 65% de usuarios atendidos encuestados (35% acompañantes) con una distribución de 68% mujeres y 32% hombres, siendo el 80% de los encuestados afiliados al SIS, y un 65% del total de encuestados con nivel de educación secundaria. El cuadro adjunto muestra el consolidado por dimensiones evaluadas con una cifra global de 73,1% de insatisfacción así como las causas priorizadas de la misma.

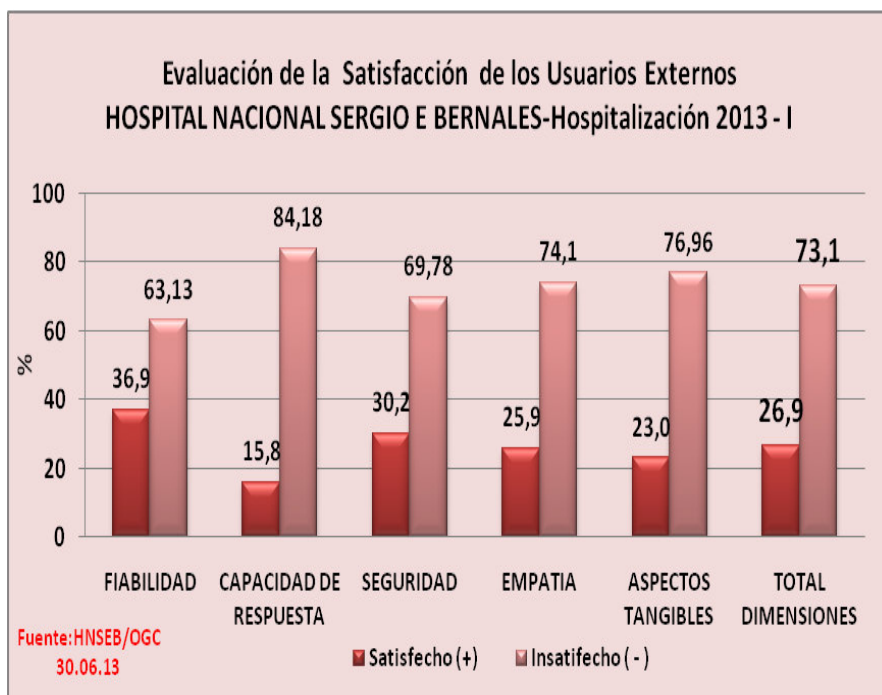


Gráfico 55: Evaluación de la satisfacción de los usuarios externos hospitalización. Semestre 2013-I

Fuente: HNSEB. Satisfacción usuarios, 2013

Cuadro 77. Causas priorizadas de insatisfacción hospitalización . HSEB

P9=	99	Los trámites para el alta fueron rápidos
P6=	97	Los trámites para su hospitalización fueron rápidos
P7=	96	Los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realizaron rápido
P17=	95	El trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta fue amable, respetuoso y con paciencia
P20=	95	Los servicios higiénicos para los pacientes estuvieron limpios
P8=	91	Los exámenes radiológicos (rayos X, ecografías, tomografías, otros) se realizaron rápido
P22=	90	La ropa de cama, colchón y frazadas fueron adecuados
P19=	87	Los ambientes del servicio fueron cómodos y limpios
P13=	86	Durante su hospitalización se respetó su privacidad
P18=	85	El personal de enfermería mostró interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización

Fuente: HNSEB. Satisfacción usuarios, 2013

Es necesario implementar **mejoras** para:

- Trámites de hospitalización: Demora en admisión/altas.
- Tiempo de espera en apoyo al diagnóstico.
- Trato amable, respetuoso y paciencia del personal encargado de trámites de admisión/alta.
- Mantenimiento de una buena limpieza.
- Conservar el buen estado de ropa de cama, colchón, frazadas.
- Aspectos tangibles: comodidad, aseo de ambientes y servicios higiénicos
- Respeto a la privacidad,
- Mayor interés del personal de enfermería en solución problemas en su atención.

Se plantearon las siguientes recomendaciones con base en los halazgos descritos:

- Mejorar el Proceso del trámite de hospitalización, disminuyendo el tiempo de espera admisión/altas.
- Propiciar que los exámenes de apoyo al diagnóstico sean oportunos.
- Brindar trato amable, con respeto, y paciencia por el personal encargado de trámites de admisión/alta.
- Mejorar el confort y el aseo de los ambientes del hospital y de los servicios higiénicos.
- Mejorar el Proceso del mantenimiento y limpieza en el área de hospitalizados.
- Brindar mayor privacidad.
- Mejorar el interés en solucionar problemas en la atención del usuario por el personal de enfermería.

Comparativo Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo

Los cuadros siguientes muestran el análisis comparativo de resultados en las diferentes encuestas de satisfacción realizadas en el período 2011 a 2013, todas en el primer semestre y con la misma metodología de la ya presentada.

Cuadro 78. Comparativo Medición Satisfacción Consulta Externa

AÑOS	CONSULTA EXTERNA 2011- I SEMESTRE		CONSULTA EXTERNA 2012 - I SEMESTRE		CONSULTA EXTERNA 2013 - I SEMESTRE	
	SATISFA	INSATISF.	SATISFA	INSATISFAC	SATISFAC	INSATISFAC
Porcentaje Total	12,0	88,05	17.94	82.06	30.3	69.7

Fuente: HNSEB. Satisfacción usuarios, 2013

En el servicio de **Consulta Externa**, puede apreciarse una disminución sostenida del porcentaje de insatisfacción en el período de estudio. Pasando del 88,05% al 69,7%. Lo anterior significa en términos absolutos una variación negativa de 26%, siendo el resultado de la implementación de las recomendaciones generadas. Del año 2011 al 2012, la variación negativa ha sido del 5,99% y del 2013 a 2014 ha sido del 12,3%.

Las dimensiones que muestran una disminución significativa en el porcentaje de insatisfacción son empatía, seguridad, seguido de aspectos tangibles siendo las que muestran necesidad de establecer mejoras fiabilidad y capacidad de respuesta.

Cuadro 79. **Comparativo Medición Satisfacción Emergencia**

AÑOS	CONSULTA EMERGENCIA 2011- I SEMESTRE		CONSULTA EMERGENCIA 2012 - I SEMESTRE		CONSULTA EMERGENCIA 2013 - I SEMESTRE	
	SATISFAC	INSATISFAC	SATISFAC	INSATISFAC	SATISFAC	INSATISFAC
% Total	11,4	88,64	14,9	85,07	29,0	71,0

Fuente: HNSEB. Satisfacción usuarios, 2013

En el servicio de **Emergencia**, puede apreciarse una disminución menor del porcentaje de insatisfacción en el período de estudio, pasando del 88.64% al 71.0%. Lo anterior significa en términos absolutos una variación negativa de 24.8%, lo cual es coherente con los hallazgos de mayor insatisfacción de usuarios por la naturaleza del servicio.

Las dimensiones que muestran una disminución significativa en el porcentaje de insatisfacción son Fiabilidad y empatía, mientras que las restantes muestran necesidad de establecer mejoras: seguridad, capacidad de respuesta y aspectos tangibles.

Se aplica la prueba estadística: Prueba Z, obteniendo un resultado de $p < 0.05$ (para un nivel de confianza del 95% y un Z de 1,96), siendo estadísticamente significativa. Por lo que aceptamos la hipótesis alterna, llegando a la conclusión de La propuesta de implementación de un Modelo de Gestión Institucional se relacionaría significativamente con la mejora de la calidad de atención en la Unidad Productora de Servicios de Emergencia del Hospital Sergio E. Bernales.

Cuadro 80. Comparativo Medición Satisfacción Hospitalización

AÑOS	HOSPITALIZACION 2011 - II SEMESTRE		HOSPITALIZACION 2012 - I SEMESTRE		HOSPITALIZACION 2013 - I SEMESTRE	
	SATISFAC C	INSATISFAC	SATISFAC	INSATISFAC	SATISFAC	INSATISFAC C
Porcentaje Total	31.4	68.6	12.37	87.63	26.9	73.1

Fuente: HNSEB. Satisfacción usuarios, 2013

En el servicio de **Hospitalización**, la tendencia advertida para los demás servicios no se cumple ya que el año 2012, representó un incremento significativo de la insatisfacción del usuario al pasar de 68,6% al 87,63%. Ello motivado principalmente por temas de infraestructura y seguridad del paciente.

En relación con el año 2013, el resultado fue de **73,1%**, observándose una variación negativa del **14,53%**. Las dimensiones que muestran el porcentaje de satisfacción: fiabilidad y seguridad. Y las dimensiones que muestran necesidad de establecer mejoras son: capacidad de respuesta, aspectos tangibles y empatía.

CONCLUSIONES

La propuesta de implementación de un Modelo de Gestión Institucional se relacionaría significativamente con la mejora de la calidad de atención en la Unidad Productora de Servicios de Emergencia del Hospital Sergio E. Bernales.

La satisfacción del usuario ha aumentado después de la implementación del sistema de gestión hospitalario en una variación de 17,6 %.

Luego de la aplicación del Instrumento de Monitoreo de la gestión con la aplicación del Modelo de Gestión Institucional en el Hospital Nacional Sergio Bernales, ha alcanzado una valoración superior correspondiendo a 91.97 puntos.

Se evaluó integralmente la gestión institucional, Se obtuvo el mayor puntaje en el componente de recursos humanos (con una variación de 40 % con respecto a la línea de base, alcanzando un puntaje de 100, puntaje máximo y en la accesibilidad del componente infraestructura (alcanzó el puntaje máximo, con una variación del 30% respecto al nivel base) .

Se obtuvo el menor puntaje en el componente de procesos (alcanzando un valor de 88.24%, con una variación de 55.89 respecto a la línea de base). Siendo alta el cambio de variación, debido a la mejora de muchos procesos, aunque aun se necesita continuar las mejoras de este proceso.

Se redujo el tiempo de espera administrativo y por ende el tiempo de espera de atención.

RECOMENDACIONES

El estudio realizado planteó las siguientes recomendaciones:

- Continuar con las medidas implementadas para la mejora de la satisfacción del personal.
- Continuar con la Mejora de los PROCESOS críticos de demora de la atención en los servicios de consultorios externos, específicamente el SIS a fin de acortarlos, flexibilizarlos o eliminarlos, según sea el caso.
- Ampliar la atención en todas las ventanillas **SIS, admision y Caja** según la demanda para aminorar el tiempo de espera para atención.
- Garantizar el cumplimiento del Registro de hora de atención por parte de admisión y del médico en la Historia clínica.
- Informatizar en forma progresiva todo el proceso de atención al usuario en Consulta Externa.
- Impulsar una modalidad de atención mediante información-educación a los usuarios con la generación de otro punto de módulo de informes. Para ello la Oficina de Gestión e la Calidad viene coordinando acciones con las áreas responsables como es la Oficina de Comunicaciones.
- Informatizar en forma progresiva todo el proceso de atención al usuario en Hospitalización

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barón, G. (2009). *Cuenta de Seguridad Social de Colombia 1993-2007*. IN CENTRANGOLO, O. y CEPAL (éds.), *Una propuesta metodológica para la medición homogénea del gasto en Seguridad Social en América Latina*, Santiago de Chile.

Barroeta, J. (2011). Grupo MENSOR Los servicios de Emergencias y urgencias médicas extrahospitalarias en España. Monografía.

Becerril, M. V., Dedios, R. J., Annick, M. y Garrido, F., (2008). Instituto de Ciencias del Seguro. Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado. Fundación MAPRE, 2010 Mapa del sistema de salud de Chile, Versión preliminar. Distrito Federal México, Observatorio de la Salud (Instituto Carso de la Salud FUNSALUD)

Becerril, V. M., Vásquez, J. y Corcho, A., (2008). Mapa del sistema de salud de Colombia. Instituto Carso de Salud y Fundación Mexicana para La Salud (éds.) Atlas de la salud en México.

CEPAL, (2009). *Panorama Económico y Social de América Latina, Anexo Estadístico* Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas. 786 páginas

CIA The World Factbook. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ci.html>. 15.05.2012 06:35pm

Congreso De La República. Ley de creación de EsSalud. <http://www.essalud.gob.pe/cendi/leyes/L27056.pdf> 10.05.2012 07:32 pm

Congreso De La República. Ley de Creación del Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL. <http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/27656.pdf> 12.05.2012

Congreso De La República. Ley de Creación del SIS.

http://www.sis.gob.pe/Portal/Transparencia_pdf/Datos_Generales/Marco_Legal/Norma_de_Creacion/Ley_27657_Ley_de_Creacion.pdf 14.05.2012 08:30 pm

Congreso De La República. Ley de modernización del Seguro Social

[http://essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/ley%20modern ss salud_26790.pdf](http://essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/ley%20modern%20ss%20salud_26790.pdf)

Congreso De La República. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud

<http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/29344.pdf> 21.05.2012

Congreso De La República. Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/aus/archivos/PEAS.pdf> 15.05.2012 8:30 pm

FONASA, (2009). *Boletín Estadístico FONASA 2007-2008*. Santiago de Chile.

De: <http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/internet/sa-general/informacion+corporativa/estadisticas+institucionales/estadisticas+institucionales>. 23.05.2012 08:20 pm

Frenk J, Donavedian J. (1993), *Intervención del Estado en la atención médica: tipos, tendencias y variables*. En: Investigaciones sobre servicios de salud. OPS, (Publicación Científica, No. 534).

Frenk, J., Londoño, J.L., (1996). Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina.

Fresno, C., (1996). *Sistemas de Salud*. Revista Cubana de Salud Pública. De:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol22_1_96/spu05196.htm. 12.05.2012 07:15 pm

Galindo, J.C. (2011). *La Salud y su aseguramiento en Argentina, Chile, Colombia y España*. Fundación Mapfre, España.

- Garita, P.(2008). Propuesta para reestructurar el servicio de urgencias de la Clínica Ricardo Moreno Cañas. Trabajo de grado Magister en Administración de Salud. Costa Rica.
- Giedion, U, Villar, M. y Avila. A. (2010). *Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado*. Fundación MAPFRE, España
- Glenn, Jerome C., (1999) "Futures Research Methodology, Version 1.0". Traducción de sección 4 Análisis estructural con el método MICMAC y estrategia de los actores con el método MACTOR. Michel Godet, Jaques Arcade, Francis Meunier, FabriceRoubelat 1991
- Gómez, D. (2005) *Análisis comparado de los sistemas de salud de la Región Andina y el Caribe*. Salud Pública. 7 (3):305-316, Colombia.
- Infante, A. (1998) *La elaboración de perfiles de sistemas de servicios de salud y el seguimiento y evaluación de las Reformas del Sector como instrumentos para el desarrollo de políticas sanitarias en las Américas*. En Mesa Redonda sobre Investigación en Salud pública y Desarrollo. Jornadas de Cooperación Sanitaria: Salud, la clave del Desarrollo. 29 Jun.-1 Jul. Ministerio de Sanidad y Consumo, OMS y AECL, (mimeo) Madrid.
- Maceira, Daniel. (2001). *Dimensiones Horizontal y Vertical del Aseguramiento Social en América Latina y el Caribe*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad CEDES. Argentina
- Montekio, V. B., Reyes, J. D. D., Manuel, A. y Garrido, F., (2008). *Mapa del sistema de salud de Chile, Versión preliminar*. Distrito Federal México, Observatorio de la Salud (Instituto Carso de la Salud FUNSALUD).
- O'Byrne, M y cols.(2012). Análisis prospectivo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) privadas al 2016 en el contexto de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en el Perú. Tesis grado Magister en Administración de Negocios. Universidad

ESAN. Lima Perú.

Oyarzo, C (2005). Reforma de la salud en Chile: lo logrado y lo pendiente; En Foco ISSN 0717-9987
http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/12052005115654.pdf

Prima Universal y Copagos AUGE. Altura Management. Mayo 2004.
www.alturamanagement.cl/Prima%20Universal%20y%20Copagos%20AUGE.pdf

PNUD: Informe sobre el Desarrollo Humano 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las Naciones para eliminar la pobreza. Ediciones Mundi Prensa 2003. New York, EEUU.

Salgado, O. (2011). *Sistemas de Salud*. Curso Atención Primaria En Salud. Convenio OPS-Ministerio Protección Social Colombia. Bogotá.

Saturno, P. Pérez, A. (2012) Evaluación y mejora de la asistencia en las urgencias médico-quirúrgicas del Hospital de Manacor. Trabajo Final de Master Universitario en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. España.

Sciaraffia, V. y Sciaraffia, V. A., (2009). CPSA Chile (Diseño de la Protección Financiera en Chile). IN SALUD, F. M. P. L. (Ed.).

Superintendencia de Salud de Chile, (2008). *El Mercado de los Seguros Complementarios de Salud*. Santiago de Chile, Chile.

SUNASA (2012) Normas aplicables al aseguramiento universal - SUNASA 2012.
www.sunasa.gob.pe/Normatividad/NormaAUS.htm 02.06.2012 7:00 pm

Titelman, D (2000). Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud: los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia, Volumen 1. USAID Health Systems 20/20. Customs Data Set. Falta el año

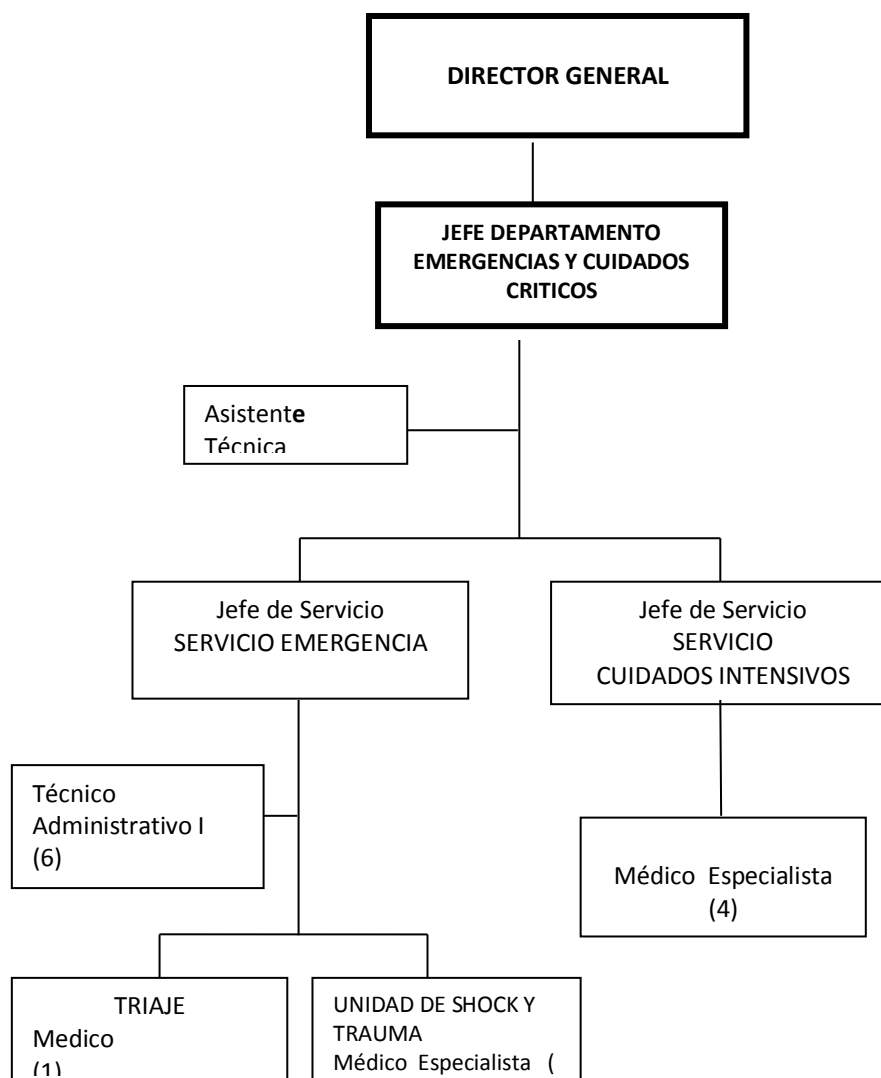
WHO (2004). The World Medicines Situation, Ginebra.

Wyszewianski, L., (1986). Financially Catastrophic and High-Cost Cases: Definitions, Distinctions, and Their Implications for Policy Formulation. *Inquiry*, 23, Pg. 382-394. 23 PubMed PMID: 2947859.

ANEXOS

CARACTERIZACION UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS

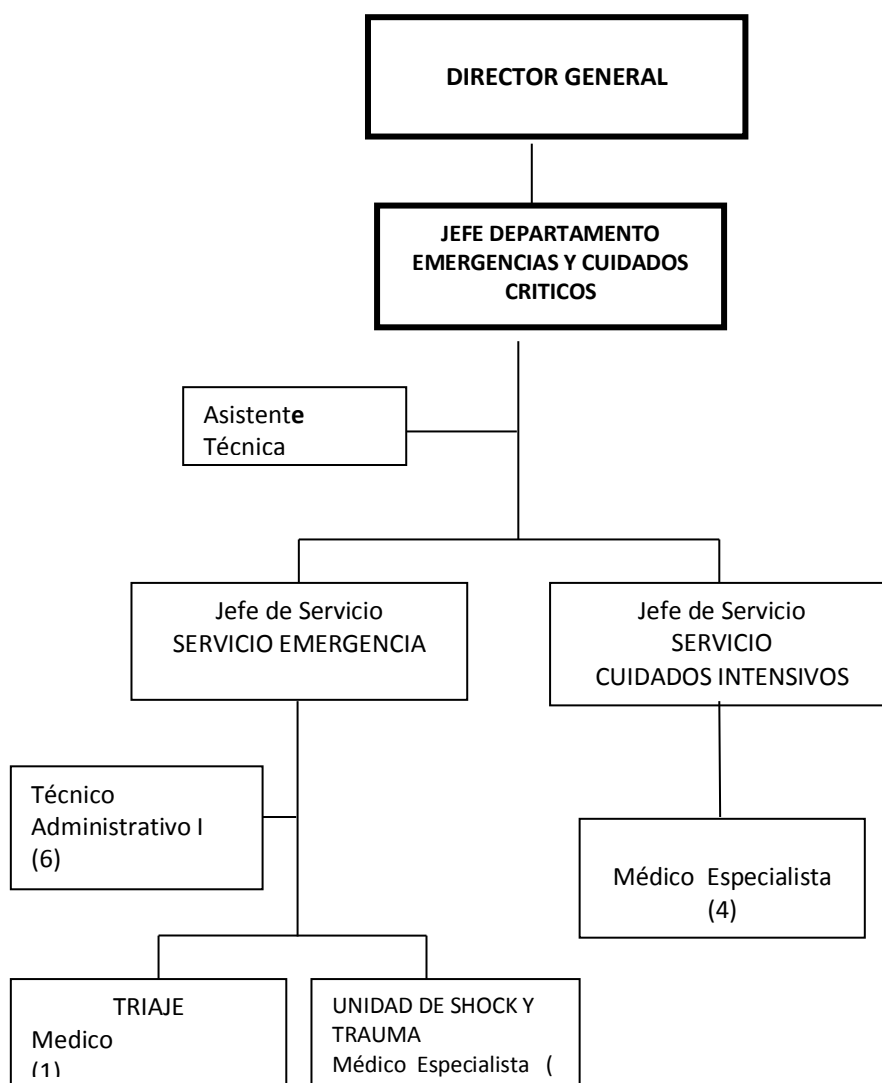
ESTRUCTURA ORGANICA



FUNCIÓN BÁSICA

Planificar, programar, dirigir, supervisar, controlar e informar de las actividades técnicas y administrativas del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, acorde con los objetivos funcionales del departamento, observando la normatividad vigente respecto a la política de salud del sector.

RELACION DE CARGOS



Relaciones Internas

Con el Director General, de quien depende directamente y a quien informa el cumplimiento de sus funciones. Tiene autoridad sobre los Jefes de los Servicios de Emergencia y Cuidados Críticos.

Con la Enfermera Jefe del Servicio de Enfermería de Cuidados Críticos, para la adecuada y oportuna dotación del personal de Enfermería en los Servicios de Emergencia y Cuidados Intensivos del Departamento.

Con los servicios de apoyo al diagnóstico, para coordinar la atención y acción inmediata de los pacientes, según prioridad de atención.

Con la Oficina de Estadística e informática, para coordinar la dotación oportuna de historias clínicas; para entregar y recibir reportes de datos estadísticos del Departamento.

Con el departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, para coordinar la continuidad de la atención que requiera el paciente en emergencia y en cuidados intensivos.

Con los departamentos médicos de atención al paciente, para coordinar la programación de profesionales médicos al departamento de emergencia y cuidados críticos.

Con la Oficina de Logística para solicitar el abastecimiento de insumos, medicamentos, material médico, equipos etc., para el buen funcionamiento de los servicios y la adecuada atención al paciente.

Con la Oficina de Personal para la dotación y distribución correspondiente del potencial humano.

Con la Oficina de Planeamiento Estratégico para los documentos técnicos normativos, los proyectos, costos, ejecución y avance de metas físicas, recibir y emitir información necesaria para la Gestión.

Relaciones Externas

Con las dependencias de Ministerio de Salud, para coordinar el adecuado establecimiento del sistema de referencia y contra referencia.

Funciones Generales

Dirigir y evaluar la ejecución de los procesos, procedimientos, Guías de práctica clínica y personal asignado, para la atención del servicio y efectuar la medición de la producción de actividades e informar de los resultados.

Proponer al jefe de departamento el rol de turnos del personal profesional Técnico y auxiliar, para la atención del servicio, así como supervisar el cumplimiento de actividades y la producción del servicio.

Dirigir, coordinar y evaluar las actividades asistenciales y administrativas inherentes al servicio de UCI.

Supervisar el cumplimiento de la calidad, eficiencia, en la aplicación de productos, guías de atención y normas de bioseguridad.

Actualizar permanentemente la guía práctica clínica o protocolos para el cuidado intensivo del paciente del servicio, acorde a la alta complejidad de atención hospitalaria.

Organizar y conducir la ejecución de los procesos de atención al paciente en UCI, así como supervisar e informar de las actividades y resultados de los mismos.

Coordinar con el personal de enfermería y demás entes orgánicos, que confluyen en el proceso de atención del paciente de cuidados intensivos, para cumplir con las normas y procedimientos respectivos.

Coordinar la optimización y/o implementación de recursos, registros e información necesarios al usuario para brindar una adecuada atención hospitalaria respecto de los recursos que ingresan al mismo.

Coordina, gestionar y monitorear el adecuado flujo, registro, compendio y archivo de la HC y/o anexos, producto de la atención del servicio.

Implementar y monitorear la ejecución de juntas médicas y/o interconsultas especializadas en caso necesarios para asegurar la calidad de atención.

Efectuar los requerimientos de bienes y servicios, para asegurar la buena atención asistencial del servicio.

Conocer, cumplir y difundir las Normas de Protección y Bioseguridad que corresponden al servicio.

Formular, proponer y utilizar indicadores de producto para evaluar el desempeño del Servicio.

Supervisar y evaluar la calidad de la información en los libros de registro, interconsultas y Procedimientos del servicio y realizar la custodia de los mismos según la Normatividad vigente

Proponer y presentar a la Jefatura del Departamento la programación de actividades de capacitación del Servicio.

Cumplir con las demás funciones que le asigne el Jefe del Departamento.

Evaluación integral de infraestructura

Haciendo uso de la ficha técnica de cumplimiento definida por la Norma Técnica de Salud N° 042-MINSA-DGSP. V.01, aprobada según RM N° 386-2006/MINSA, la Unidad Productora de Servicios de Emergencias fue evaluada integralmente en diciembre del 2012.

En dicha evaluación, la unidad obtuvo un resultado de 69% en accesibilidad, 69.80% en ambientes y 68.6% en ingeniería hospitalaria, mientras que en equipamiento el resultado fue 65%. En el componente de recursos humanos se obtuvo un resultado del 60%, con resultados parciales de 83% en médicos, 81% en enfermeras, 86,6% en obstetricas y 86.6% en técnicos de enfermería. En cuanto a los procesos se obtuvo sobre la línea de base un resultado del 32,5%, siendo la calificación más baja de todos los aspectos evaluados.

La evolución en la calificación como resultado de la gestión puede observarse en la tabla adjunta en la que la última medición de noviembre 2013 muestra una mejoría

fundamental en la misma, incluso en el componente de procesos que continua siendo el de calificación más baja.

Tabla 1. Mediciones realizadas durante la intervención en el servicio de emergencia del Hospital Sergio Bernales, 2013

COMPONENTES	Linea de base ^a	Medición 1 ^b	Medición 2 ^c	Medición 3 ^d	Variación*
	%	%	%	%	%
A. ESTRUCTURA					
1. INFRAESTRUCTURA	69.13	83.24	86.67	90.24	21.11
Accesibilidad	69.00	100.00	100.00	100.00	31.00
Ambientes/Áreas	69.80	78.23	80.00	85.00	15.20
Ingeniería hospitalaria	68.60	71.43	80.00	85.71	17.11
2. EQUIPAMIENTO	65.00	84.00	83.59	84.00	19.00
3. RECURSOS HUMANOS	60.00	87.50	87.50	100.00	40.00
Médico	83.00	100.00	100.00	100.00	17.00
Enfermera	81.00	100.00	100.00	100.00	19.00
Obstetriz	86.60	100.00	100.00	100.00	13.40
Tecnico de Enfermería	86.60	50.00	50.00	100.00	13.40
B. PROCESOS	32.35	73.53	85.29	88.24	55.89

Fuente: Elaboración propia

(a) Fecha de línea de base: diciembre 2012

* Variación entre la 3era medición y la medición basal (línea de base)

(b) Fecha de medición 1: junio 2013

(c) Fecha de medición 2: sep 2013

(d) Fecha de medición 3: nov 2013

Resultados operacionales

Análisis morbilidad

La principal causa de morbilidad por emergencia la constituyen los traumatismos, envenenamientos y otros daños por lesiones inflingidas, siendo la quinta parte del total de atenciones como resultado de una zona geográfica convulsionada por la violencia y accidentes de tránsito. El área de influencia del Hospital cuenta con una gran porcentaje de actividad económica informal y donde existe una cultura vial deficiente, tanto peatones como conductores y transportistas, en los habitantes de Comas y Carabayllo.

La violencia impera en las zonas marginales de la comunidad del distrito siendo los fenómenos delincuenciales más frecuentes los asaltos, lesiones personales y violencia intrafamiliar, lo cual demanda una alta concentración de atenciones de emergencia y una infraestructura mayor. En orden de frecuencia aparecen las enfermedades respiratorias, particularmente en las edades extremas de la vida y las enfermedades infecciosas con el 1.9% del total de atenciones. Es importante destacar que las enfermedades circulatorias, propias de edades avanzadas, no representan una causa relevante de atención por emergencias lo que asocia a las causas externas y a la violencia, la génesis principal de la morbilidad por emergencias.

Evaluación atenciones por especialidad

ATENCIONES DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS HSEB 2009-2013					
ESPECIALIDADES	2009	2010	2011	2012	2013
MEDICINA	30,512	29,304	26,592	31,101	35,283
PEDIATRIA	26,923	23,739	16,709	25,648	31,524
CIRUGIA	13,444	11,762	11,293	14,257	15,879
TRAUMATOLOGIA	3,720	3,675	4,191	5,137	5,581
GINECO-	15,591	16,603	15,403	16,697	18,760
TRAUMASHOCK	1,045	1,014	880	1,033	1,203
UCI	157	170	144	199	206
TOTAL	91,392	86,267	75,212	94,072	108,43

Fuente: Of. Estadística e Informática

El comportamiento de las atenciones por especialidad permite observar que existe una mayor demanda a los servicios especializados de emergencia, siendo mayor en las especialidades de Medicina, Pediatría y Gineco-obstetricia. Se puede observar en el cuadro que existe un incremento total del 15% en referencia a las atenciones del año 2012; el 33% de atenciones correspondieron a medicina, 29% pediatría, 17% Gineco obstetricia, 15%, a cirugía, 5% traumatología y en sala de trauma shock el incremento de pacientes ha sido mayor por existir en el distrito de Comas y

Carabaylo violencia callejera, accidentes de tránsito, y accidentes de trabajo, causas que incrementan las atenciones de Trauma Shock y UCI.

Análisis situacional funcional

La problemática reconocida en la Unidad objeto de estudio se resume en los siguientes aspectos:

1. Congestión de la Unidad de Emergencia y de la atención cerrada por insuficiente capacidad resolutive de la red sanitaria regional. Asimismo, la capacidad de referencia, limitada por la insuficiente disponibilidad de camas críticas en el sistema público.
2. Alta de demanda por prestaciones no acorde con la oferta, lo que se traduce en rechazos y listas de espera en consultas de especialidades; procedimientos diagnósticos e intervenciones quirúrgicas.
3. Deficientes condiciones de trabajo, para desarrollar las acciones sanitarias a los usuarios, esto es, planta física en regular y mal estado, con baja funcionalidad entre servicios y {áreas del mismo Departamento; equipamiento médico con obsolescencia tecnológica y vida útil agotada.
4. Gestión clínica en base a servicios clínicos y los pacientes agrupados por especialidades y grupos etarios y no por complejidad de los pacientes.
5. El servicio clínico de emergencia, existen problemas para asegurar la continuidad y oportunidad de la atención de salud, por falta de recursos, por ineficiencia de los procesos de apoyo clínico y procesos administrativos.
6. Los recursos humanos se encuentran asignados a los servicios y unidades existiendo baja capacidad de optimización de los mismos, ocasionado inequidades en la distribución de la carga laboral.
7. En cuanto a resultados, los elementos de estructura, funcionamiento, liderazgo y comunicaciones, que se manifiestan en falta de control de la gestión clínica y administrativa; en una estructura que no da cuenta de los procesos; en un liderazgo débil, desinformado y con bajo compromiso, generan resultados como los siguientes:
 - Decisiones de producción no financiadas
 - Desfinanciamiento
 - Pérdida de recursos
 - Listas de espera
 - Insatisfacción usuaria
 - Desmotivación de los equipos de salud

Infraestructura

Mapeo de procesos según unidades funcionales e identificación de procesos Críticos

 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 6 de 36
		Versión. 01

5. PROCEDIMIENTO DE ATENCION PARA LA CONSULTA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA.

FICHA DE DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

Proceso (1): **PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD.**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO(2)	ATENCION EN LA CONSULTA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA	FECHA (3):	Febrero 2012
		CODIGO (4):	

PROPOSITO (5): Establecer una secuencia básica y lógica de atención al paciente que acude a la Emergencia por cualquier afección que dañe seriamente su salud o ponga en peligro su vida, requiriendo la asistencia médica inmediata del profesional de guardia.

ALCANCE (6): Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos y Emergencia y Cuidados Críticos

MARCO LEGAL (7): Reglamento de Ley N°26757, Ley del Ministerio de Salud. Ley N° 26842, Ley General de Salud.

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
<ul style="list-style-type: none"> • Rendimiento hora medico • Utilización de consultorios físicos 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de atenciones que realiza el médico por c/hora efectiva de trabajo. • Grado de uso de los consultorios físicos de la consulta externa. 	Libro de registro de atención de pacientes	Jefe de Departamento


NORMAS (9)

- a. Ley N° 26757, Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento.
- b. Directiva N°007-MINSA/OGPP-V.02- Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión.
- c. Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nac. Sergio E. Bernales aprobado por R.M. N°795-2003-SA/DM y sus modificatorias.
- d. Manual de Organización y Funciones del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS (10)

INICIO:

- a. Paciente acude a Triage para solicitar atención médica – **caso grave recibe atención inmediata en la unidad de reanimación-schock trauma por especialista.**
- b. Paciente/familiar acude a admisión para registrar datos.
- c. Paciente /Familiar paga en caja tarifa por atención.
- d. Paciente se dirige a consultorio de Emergencia de la especialidad para recibir atención
- e. Técnica de enfermería, recibe al paciente, con la "Boleta de Pago" y/o boleta de exoneración cuando corresponda, verifica que el pago este a nombre del paciente.
- a. Técnica de enfermería efectúa Procedimiento de atención al paciente (signos vitales) y lo registra en la "Hoja de Consulta".

 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 7 de36
		Versión. 01

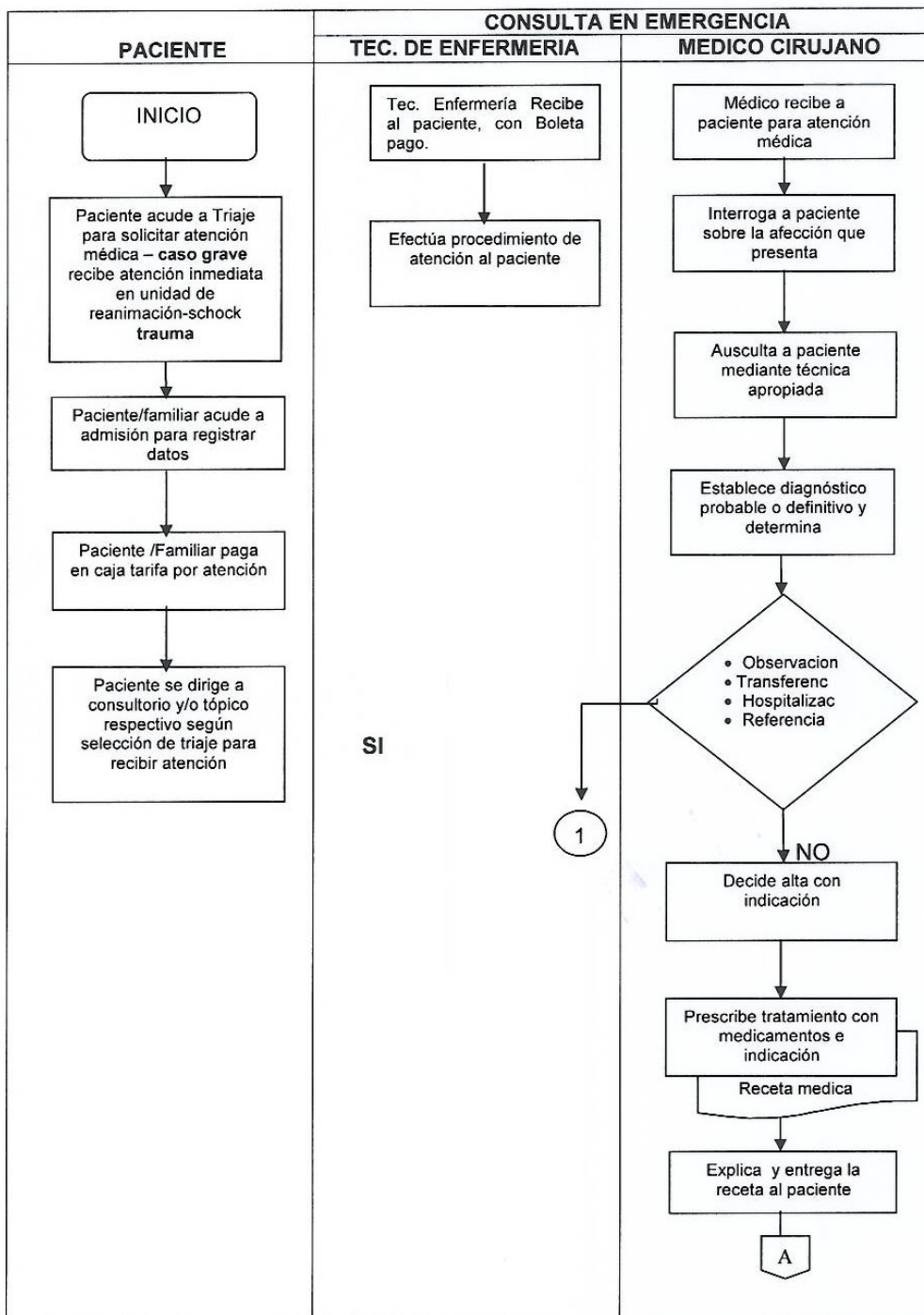
<p>b. Técnica de enfermería, adjunta la "Historia Clínica del paciente y lo entrega al médico, y el Formato de referencia y Contrarreferencia, si es el caso y al paciente le indica el momento que debe pasar con el médico.</p> <p>c. Paciente ingresa a consulta acompañado de otra persona (excepcionalmente, sólo).</p> <p>d. Médico interroga al paciente y/o acompañante en cuanto a la afección que lo trae (5') y llena la Historia clínica de Emergencia (Formato 26).</p> <p>e. Médico ausculta al paciente con maniobras y equipos médicos respectivos y anota los hallazgos (5').</p> <p>f. Médico establece un diagnostico (presuntivo o definitivo) y determina si el paciente amerita alta con indicaciones, transferencia a otra especialidad, hospitalización o referencia a nivel especializado y realiza los siguientes pasos: (2')</p> <p>g. Médico ordena exámenes auxiliares (Formatos 82 y 216), que son llenados simultáneamente por el médico residente- interno de medicina, en los casos que considere necesario y/o prescribe tratamiento medicamentoso Formato (Nº 195) (3').</p> <p>h. Médico explica lo prescrito al paciente y/o acompañante, y ordena aplicar el tratamiento indicado al personal de enfermería (5').</p> <p>i. Médico observa al paciente, evaluando la respuesta al tratamiento y/o resultados de análisis para decidir su disposición final (20').</p> <p>j. Médico ordena el alta con indicaciones, procede a transferir al paciente a otra especialidad, indica su hospitalización o lo refiere a otro centro hospitalario de mayor nivel, según amerite el caso que está tratando (5').</p> <p>k. Médico registra el tratamiento y la disposición final del paciente en el libro de Emergencia, procediendo a la firma del acto médico realizado (1').</p>
--

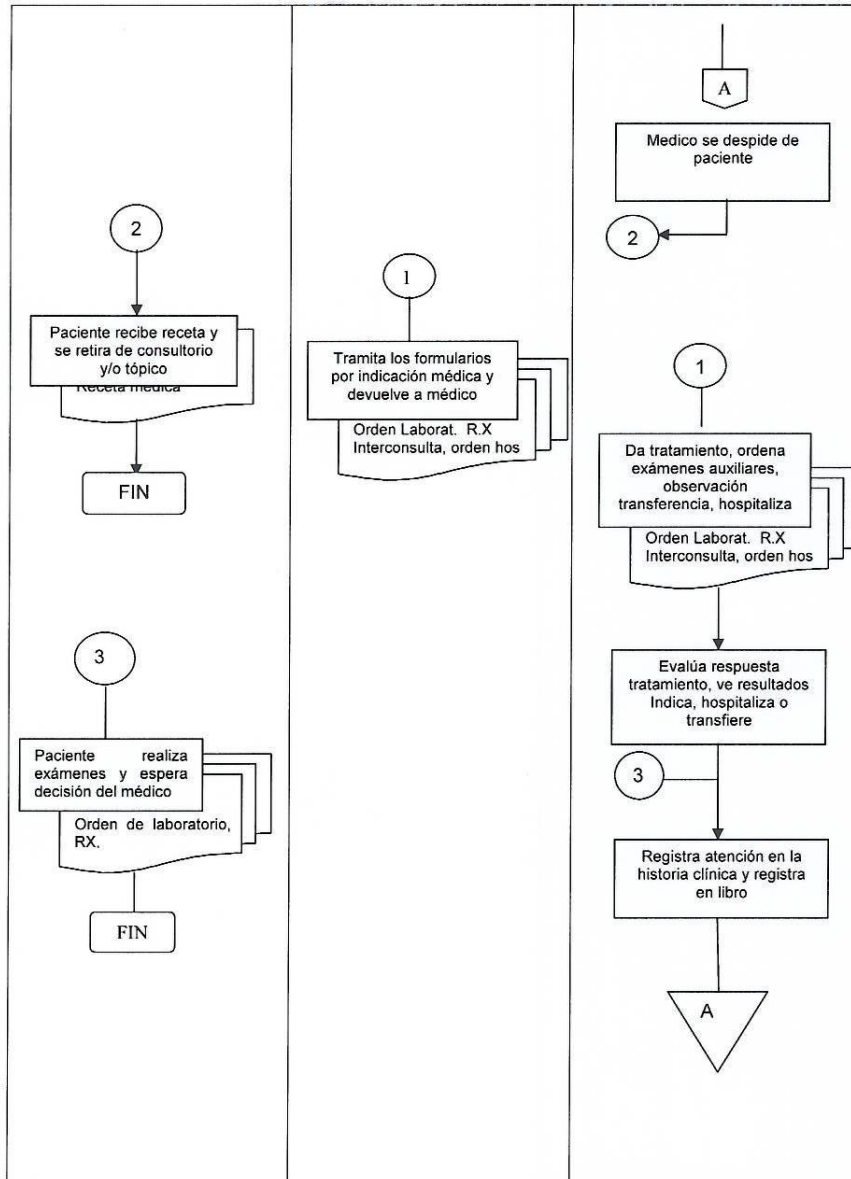
ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
<ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta de cita • Boleta de pago • Formato de referencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Triage • Admisión. • Caja • Establecimiento de menor nivel 	(20) Diaria	Manual

SALIDAS (12)			
NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente atendido. • Libro de registro de atención • Historia clínica • Exámenes auxiliares 	<ul style="list-style-type: none"> • Transferencia • Observación • Referencia a otro nivel • Hospitalización • Alta de paciente 	(25) Diaria	Manual

<p>DEFINICIONES (13): Atención a pacientes en el servicio de emergencia.</p> <p>a. El paciente debe tener una edad mayor de 14 años.</p> <p>b. El enfermo debe estar afectado seriamente en su salud (emergencia y/o urgencias)</p> <p>c. Debe asistir acompañado de otra persona.</p> <p>d. Debe cumplir las acciones administrativas de una consulta -sin menoscabo de la atención inmediata en el caso que la gravedad del caso así lo determine- Vgr.: portar ticket por derecho de atención y haber sido evaluado en Triage, registro de datos en el libro de Emergencia, P.A. y Tº.</p>
REGISTROS (14): Hoja de atención Médica
ANEXOS (15): Flujograma del procedimiento de atención al paciente en Emergencia

FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN CONSULTA DE EMERGENCIA.





 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 10 de 36
		Versión. 01

6. GUIAS DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION EN LAS UNIDADES DE OBSERVACION Y HOSPITALIZACION UCI DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS

6.1. PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACION DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS

FICHA DE DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

Proceso (1): **PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD.**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	HOSPITALIZACION DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE OBSERVACION Y SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA (3):	Febrero 2012
		CODIGO (4):	

PROPOSITO (5): Establecer una secuencia básica y lógica del manejo que debe recibir el paciente, una vez que el médico ha decidido su internamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.

ALCANCE (6): Servicios que conforman el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.

MARCO LEGAL (7): Reglamento de Ley N°26757, Ley del Ministerio de Salud.
Ley N° 26842, Ley General de Salud.

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
• Ingreso de paciente en un periodo	Promedio diario de ingreso de paciente	Cuaderno de registro de ingresos	Jefe de Departamento
• Ocupación de camas por servicio	% de ocupación de camas en un periodo		


NORMAS (9)

- Ley N° 26757, Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento.
- Directiva N°007-MINSA/OGPP-V.02- Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión.
- Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nac. Sergio E. Bernales aprobado por R.M. N°795-2003-SA/DM y sus modificatorias.
- Manual de Organización y Funciones del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS (10)

INICIO:

- Paciente ingresa a hospitalización de UCI con una persona responsable.
- Enfermera se comunica con enfermera del servicio correspondiente y coordina la hospitalización del paciente según orden médica.
- Enfermera ordena a Técnico de Enfermería el traslado de paciente a Hospitalización
- Técnico de enfermería traslada a paciente para su hospitalización, con la respectiva Historia Clínica y la Orden del Médico.(5')
- Enfermera recibe a paciente con su respectiva Historia clínica y orden medica

 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 11 de36
		Versión. 01

- f. Enfermera constata la indicación medica de ingreso a UCI, debidamente llenada y firmada por el médico responsable con CMP y sello.(Emergencia u Hospitalización)
- g. Enfermera revisa la Historia Clínica sucinta del ingreso, así como las indispensables indicaciones terapéuticas (órdenes médicas) con que debe ingresar el paciente (5’).
- h. Enfermera ordena al técnico de enfermería ubicar al paciente en la cama respectiva, de acuerdo a la distribución de camas vigente.
- i. Técnico de enfermería ubica al paciente en la cama respectiva según indicación de la Enfermera
- j. Enfermera toma signos vitales a paciente (Peso, P.A, Tº)
- k. Enfermera procede al registro del paciente en el Cuaderno de Ingresos (3’).
- l. Enfermera avisa del ingreso al médico titular del turno normal ó al médico de guardia, para las acciones posteriores (2’).

ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Orden de hospitalización/ Formato de Referencia	Hospitalización, Emergencia	(05) Diaria	Manual


SALIDAS (12)			
NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
Paciente hospitalizado Historia Clínica	• Servicio de hospitalización	(05) Diaria	Manual

DEFINICIONES (13): Hospitalización de pacientes nuevos y/o reingresos.

- a. Estar afectado en su salud en un grado que amerite su internamiento (estado crítico).
- b. Debe estar acompañado de otra persona.
- c. Debe haber sido evaluado y ordenado su ingreso por parte del médico de guardia o de especialista de turno, constanding las notas e indicaciones iniciales en el Historial respectivo.
- d. Es necesario un reporte de enfermería previo al ingreso para ver la disponibilidad de camas.
- e. Debe haber cumplido con las regulaciones administrativas vigentes para la hospitalización.

REGISTROS (14): Historia Clínica

ANEXOS (15): Flujograma del procedimiento para hospitalización de paciente en los servicios del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.

 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 11 de36
		Versión. 01

- f. Enfermera constata la indicación medica de ingreso a UCI, debidamente llenada y firmada por el médico responsable con CMP y sello.(Emergencia u Hospitalización)
- g. Enfermera revisa la Historia Clínica sucinta del ingreso, así como las indispensables indicaciones terapéuticas (órdenes médicas) con que debe ingresar el paciente (5’).
- h. Enfermera ordena al técnico de enfermería ubicar al paciente en la cama respectiva, de acuerdo a la distribución de camas vigente.
- i. Técnico de enfermería ubica al paciente en la cama respectiva según indicación de la Enfermera
- j. Enfermera toma signos vitales a paciente (Peso, P.A, Tº)
- k. Enfermera procede al registro del paciente en el Cuaderno de Ingresos (3’).
- l. Enfermera avisa del ingreso al médico titular del turno normal ó al médico de guardia, para las acciones posteriores (2’).

ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Orden de hospitalización/ Formato de Referencia	Hospitalización, Emergencia	(05) Diaria	Manual


SALIDAS (12)			
NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
Paciente hospitalizado Historia Clínica	• Servicio de hospitalización	(05) Diaria	Manual

DEFINICIONES (13): Hospitalización de pacientes nuevos y/o reingresos.

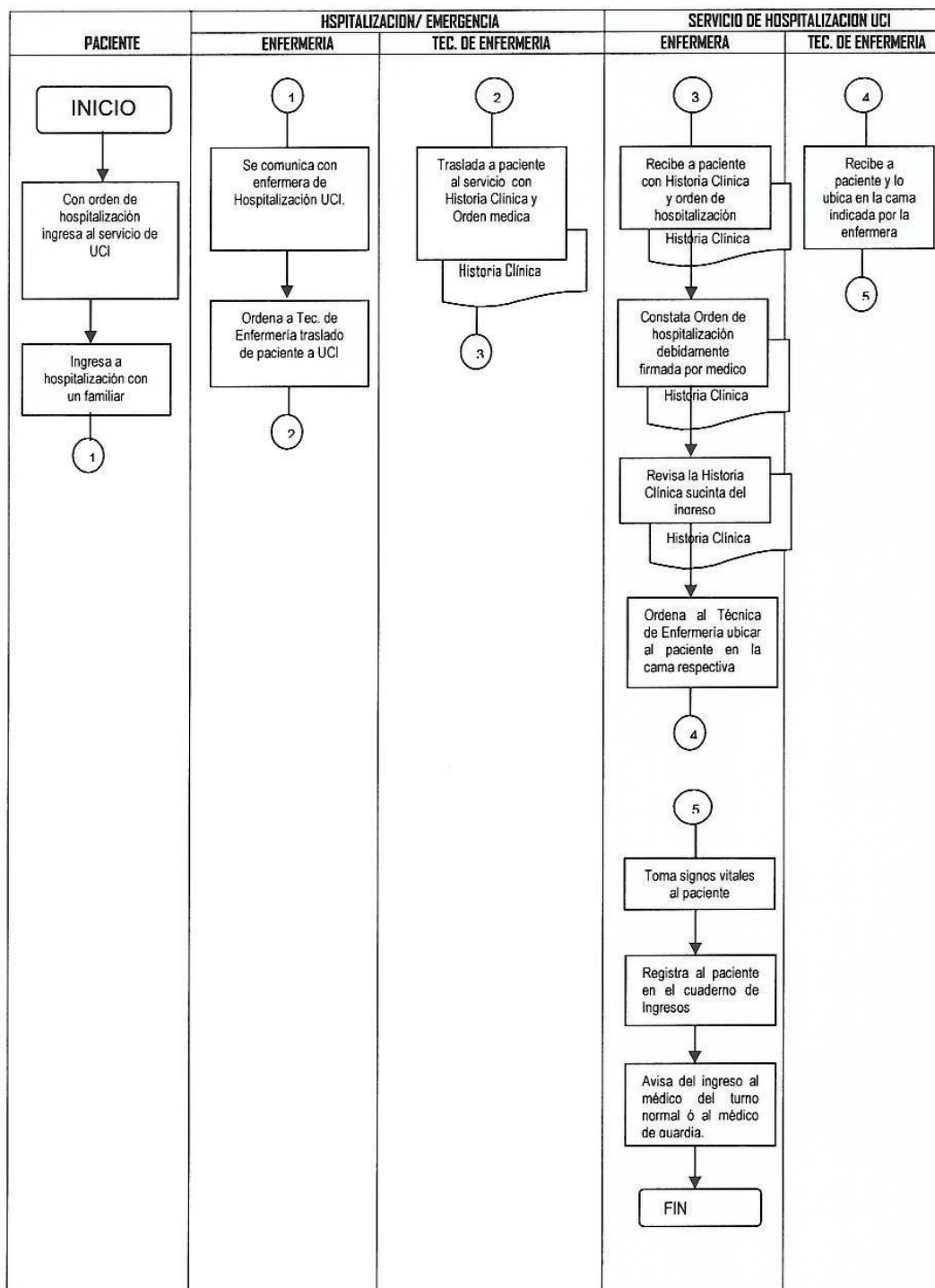
- a. Estar afectado en su salud en un grado que amerite su internamiento (estado crítico).
- b. Debe estar acompañado de otra persona.
- c. Debe haber sido evaluado y ordenado su ingreso por parte del médico de guardia o de especialista de turno, constanding las notas e indicaciones iniciales en el Historial respectivo.
- d. Es necesario un reporte de enfermería previo al ingreso para ver la disponibilidad de camas.
- e. Debe haber cumplido con las regulaciones administrativas vigentes para la hospitalización.


REGISTROS (14): Historia Clínica

ANEXOS (15): Flujograma del procedimiento para hospitalización de paciente en los servicios del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.

 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 12 de 36
		Versión. 01

**FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACION DE PACIENTES EN LA
UNIDAD DE OBSERVACION Y SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS**



 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 13 de 36
		Versión. 01

6.2 PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN OBSERVACION Y UCI DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS

FICHA DE DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

Proceso (1): **PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD.**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO(2)	ATENCION DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN OBSERVACION Y UCI DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	FECHA (3):	Febrero 2012
		CODIGO (4):	

PROPOSITO (5): Establecer una secuencia básica y lógica del manejo de la atención que debe recibir el paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.

ALCANCE (6): Servicio de Hospitalización del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

MARCO LEGAL (7): Reglamento de Ley N°26757, Ley del Ministerio de Salud. Ley N° 26842, Ley General de Salud.

INDICES DE PERFORMANCE (8)


INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
Visita médica a Pacientes hospitalizados	N° de atenciones diarias a pacientes hospitalizados	Historia Clínica	Jefe de Servicio

NORMAS (9)

- Ley N° 26757, Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento.
- Directiva N°007-MINSA/OGPP-V.02- Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión.
- Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nac. Sergio E. Bernales aprobado por R.M. N°795-2003-SA/DM y sus modificatorias.
- Manual de Organización y Funciones del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS (10)

- INICIO:
- Enfermera reporta la evolución del paciente en los turnos anteriores a la visita médica, así como sus funciones vitales y balance hídrico. (2').
 - Médico pasa visita al paciente preguntando sus molestias actuales, examinándolo (PA, FC, Examen Físico) y explicándole los resultados de laboratorio y Radiológicos que hubieren, así como los avances en su enfermedad. (7).
 - Médico anota la evolución del paciente en la Historia clínica, y procede a consignar las ordenes de tratamiento respectivas, y de ser necesario hace el llenado de órdenes de


 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 14 de36
		Versión. 01

- exámenes auxiliares. (3').
- Médico procede a realizar curaciones pequeñas, toma de muestras u otras acciones que se requieran en el manejo del paciente. (3').
 - Médico aplica el procedimiento para la prescripción de medicamentos. (5') (ver ítem 7.7.).
 - Médico entrega la Historia y los documentos producidos a la enfermera.
 - Enfermera receptiona Historia Clínica y administra medicamentos según prescripción

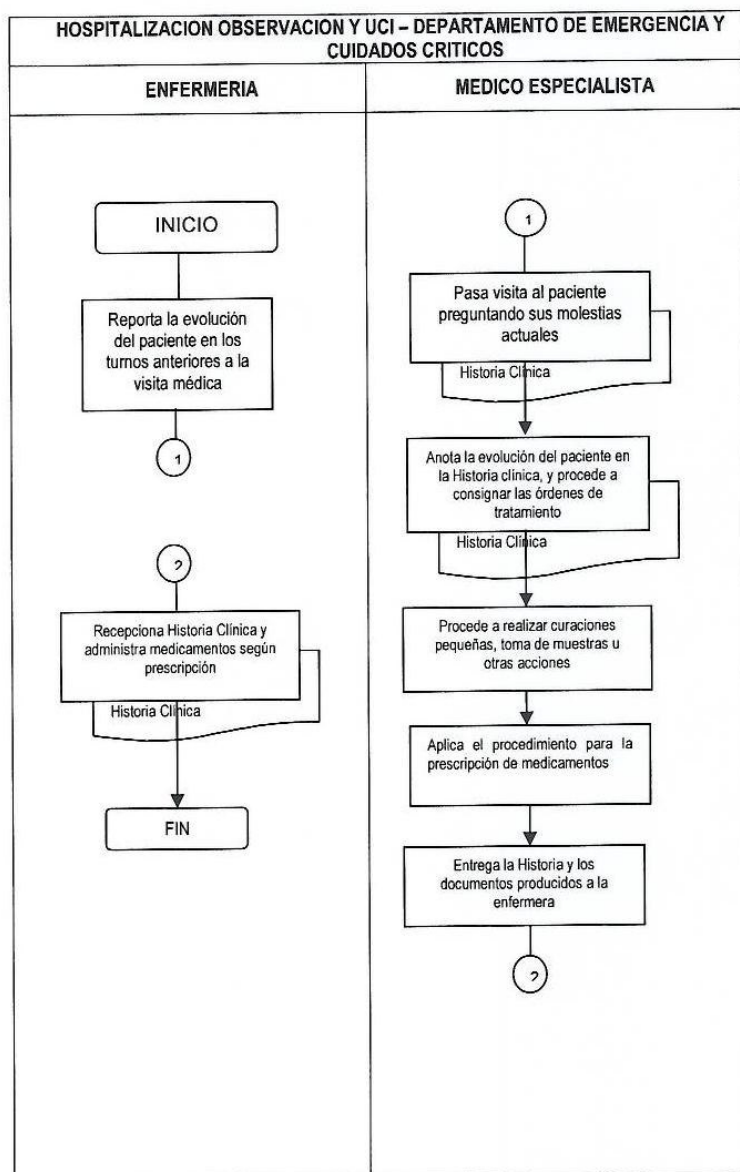
ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Visita médica a Paciente hospitalizado Historia clínica	Paciente hospitalizado	(10) Diaria	Manual


SALIDAS (12)			
NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
Historia clínica Ordenes de exámenes auxiliares Receta medica	Paciente hospitalizado	(10) Diaria	Manual

DEFINICIONES (13): Paciente Hospitalizado nuevos y/o reingresos. <ol style="list-style-type: none"> Haberse cumplido el procedimiento para la hospitalización. Paciente instalado adecuadamente en cama hospitalaria. Disponer del expediente clínico ordenado y completo (Historia) y de los formatos necesarios. Disponer de los materiales y equipos médicos para la evaluación y manejo del paciente.
REGISTROS (14): Historia Clínica
ANEXOS (15): Flujograma del procedimiento de atención al paciente hospitalizado.

 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 15 de36
		Versión. 01

**FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCION DE PACIENTE HOSPITALIZADO EN
OBSERVACION Y UCI DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS**



 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 16 de 36
		Versión. 01

6.3. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA EN LAS UNIDADES DE OBSERVACION Y HOSPITALIZACION UCI DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS.

FICHA DE DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

Proceso (1): **PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD.**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA EN OBSERVACION Y HOSPITALIZACION UCI DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS	FECHA (3):	Febrero 2012
		CODIGO (4):	

PROPOSITO (5): Establecer la secuencia lógica que debe seguir la elaboración y manejo de la Historia Clínica de todo paciente hospitalizado en UCI del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.

ALCANCE (6): Servicio del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

MARCO LEGAL (7): Reglamento de Ley N°26757, Ley del Ministerio de Salud. Ley N° 26842, Ley General de Salud.

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
Auditoria de historia clínica	% de historia clínicas auditadas	Historia clínica	Jefe de departamento

NORMAS (9)

- Ley N° 26757, Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento.
- Directiva N°007-MINSA/OGPP-V.02- Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión.
- Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nac. Sergio E. Bernales aprobado por R.M. N°795-2003-SA/DM y sus modificatorias.
- Manual de Organización y Funciones del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS (10)

INICIO:

- Enfermera recepciona expediente clínico inicial procedente de Hospitalización ó Emergencia, constatando la presencia de la hoja de identificación y el número de Historia Clínica, registrando el ingreso en cuaderno ad-hoc y libro de Estadística del Departamento (3').
- Enfermera adiciona la H.C. compaginada según normas al expediente inicial, anotando en todas las hojas el nombre y apellidos del paciente y su número de H.C.
- Procede, asimismo, al llenado de las hojas de enfermería (Gráfica clínica, Controles vitales y Notas de enfermería), y colocará el número de cama correspondiente (7').
- Enfermera entrega la H.C. al médico asistente (Residente o Interno) de turno en pabellón, para la confección de la misma siguiendo el orden básico siguiente :
- Medico recibe H.C. para descripción detallada conforme al Manual de Normas y Procedimientos de Atención del Departamento (45').
- Medico realiza Anamnesis y Examen Físico completo:.


 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 17 de36
		Versión. 01

- Posibilidades Diagnósticas.
 - Plan de Trabajo.
 - Evolución.
 - Ordenes Médicas.
- g. El médico asistente responsable firmará y sellará cada segmento de la Historia, y refrendará los datos obtenidos por el Médico Residente o Interno de Emergencia y Cuidados Críticos (10').
- h. Diariamente se consignará la evolución clínica del paciente, pudiendo repetirse ésta las veces necesarias si se trata de un enfermo en estado crítico; revisando y consignando los exámenes de laboratorio y procedimientos técnicos diagnósticos que se estuviesen efectuando para llegar al diagnóstico final (15').
- i. Cotidianamente se anotarán en forma completa las ordenes médicas (indicaciones terapéuticas) que correspondan al paciente evaluado, consignando todas las medidas médicas, de enfermería, de ayuda con equipos, sondas, etc. que se requieran, debiendo ser firmadas por el médico responsable. Asimismo, deberá generarse la receta respectiva para ser entregada a los familiares, persona responsable del enfermo o ser tramitada de disponer de algún seguro (5').
- j. Se adjuntará o anotará en la H.C. todo documento o acontecimiento de importancia, que el médico considere necesario debe quedar consignado en el expediente.
- k. Una vez lograda la mejora del paciente y se considere el alta, se procederá a elaborar la Epicrisis un día antes del egreso, salvo que se produzca el retiro voluntario intempestivo o fallezca el enfermo (10').
- l. Se procede a registrar el egreso en el libro de Estadística del Departamento, previo ordenamiento de la H.C. según normas, y se remite a Contabilidad y Estadística para los trámites administrativos correspondientes (5').

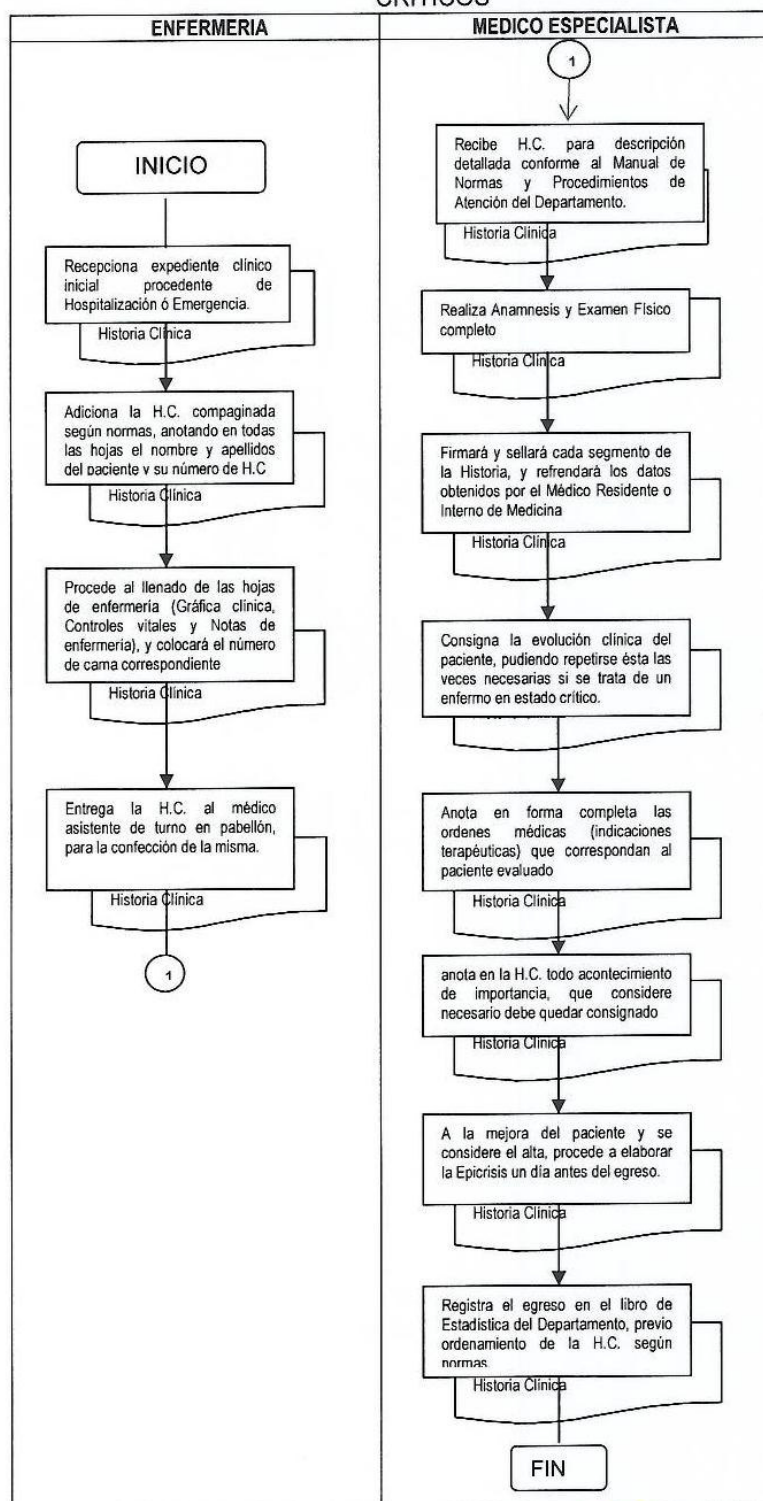
ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Paciente hospitalizado Historia clínica	Servicio de hospitalización	(10) Diaria	Manual


SALIDAS (12)			
NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
Paciente atendido Historia Clínica llenada correctamente.	Servicio de hospitalización	(10) Diaria	Manual

<p>DEFINICIONES (13): Atención al paciente hospitalizado nuevo y/o reingreso.</p> <p>a. Cumplir con el proceso de hospitalización vigente.</p> <p>b. Disponer de todos los formatos necesarios para la H.C.</p> <p>c. Recabar el N° de H.C. emitido por la Oficina de Estadística e Informática (previo registro de los datos de filiación).</p> <p>d. Asignación del número de cama correspondiente al servicio de hospitalización del médico que ingresa al paciente.</p>
<p>REGISTROS (14): Historia Clínica</p>
<p>ANEXOS (15): Flujograma del procedimiento para manejo de Historia clínica en hospitalización de los servicios del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos</p>

 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 18 de36
		Versión. 01

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO PARA MANEJO DE HISTORIA CLINICA EN OBSERVACION Y UCI DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS



 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 19 de 36
		Versión. 01

6.4. PROCEDIMIENTO PARA INTERCONSULTAS SOLICITADAS POR EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS

FICHA DE DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

Proceso (1): **PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD.**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	INTERCONSULTAS SOLICITADAS POR EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	FECHA (3):	Febrero 2012
		CODIGO (4):	

PROPOSITO (5): Establecer la secuencia lógica a seguir en la elaboración y manejo administrativo-documentario de las interconsultas solicitadas por los diversos Servicios del Departamento a los otros órganos especializados de atención final.

ALCANCE (6): Departamento médicos del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

MARCO LEGAL (7): Reglamento de Ley N°26757, Ley del Ministerio de Salud. Ley N° 26842, Ley General de Salud.

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
Nº de pacientes atendidos en inter Consulta	%Número de pacientes atendidos por interconsulta medica	Historia Clínica	Jefe de Servicio


NORMAS (9)

- Ley N° 26757, Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento.
- Directiva N°007-MINSA/OGPP-V.02- Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión.
- Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nac. Sergio E. Bernales aprobado por R.M. N°795-2003-SA/DM y sus modificatorias.
- Manual de Organización y Funciones del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS (10)

INICIO:

- El médico tratante procede a solicitar el formato de interconsulta (Formato N°141), consignando en él un resumen de la Historia clínica y el motivo de la consulta. Firma con CMP y sello personal (5').
- Medico entrega a personal de enfermería el formato de interconsulta debidamente firmado y sellado.
- Enfermera recibe formato y dispone que técnico de enfermería lleva la interconsulta a Secretaría.
- Secretaria recibe Solicitud de Interconsulta y lo registra en el libro de control de interconsultas.
- Secretaria coordina el ingreso en la Cta. Cte. Del paciente o ejecuta trámite a través del familiar para pago o exoneración en Servicio Social (5').
- Con el registro de pago, cta.cte o exonerado, Secretaria lleva la solicitud al departamento (ó Servicio) interconsultado, entregando a la secretaria o enfermera del sector, si

 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 20 de36
		Versión. 01

- corresponde haciendo firmar el cargo de recepción (5').
- g. Medico espera Interconsulta del especialista para definir diagnóstico y definir tratamiento.

ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Boleta de pago Historia Clínica	Paciente hospitalizado	(04) Diaria	Manual


SALIDAS (12)			
NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
Paciente atendido Informe de Interconsulta	Servicio de hospitalización Historia clínica	(04) Diaria	Manual

DEFINICIONES (13): Interconsulta médica a pacientes.

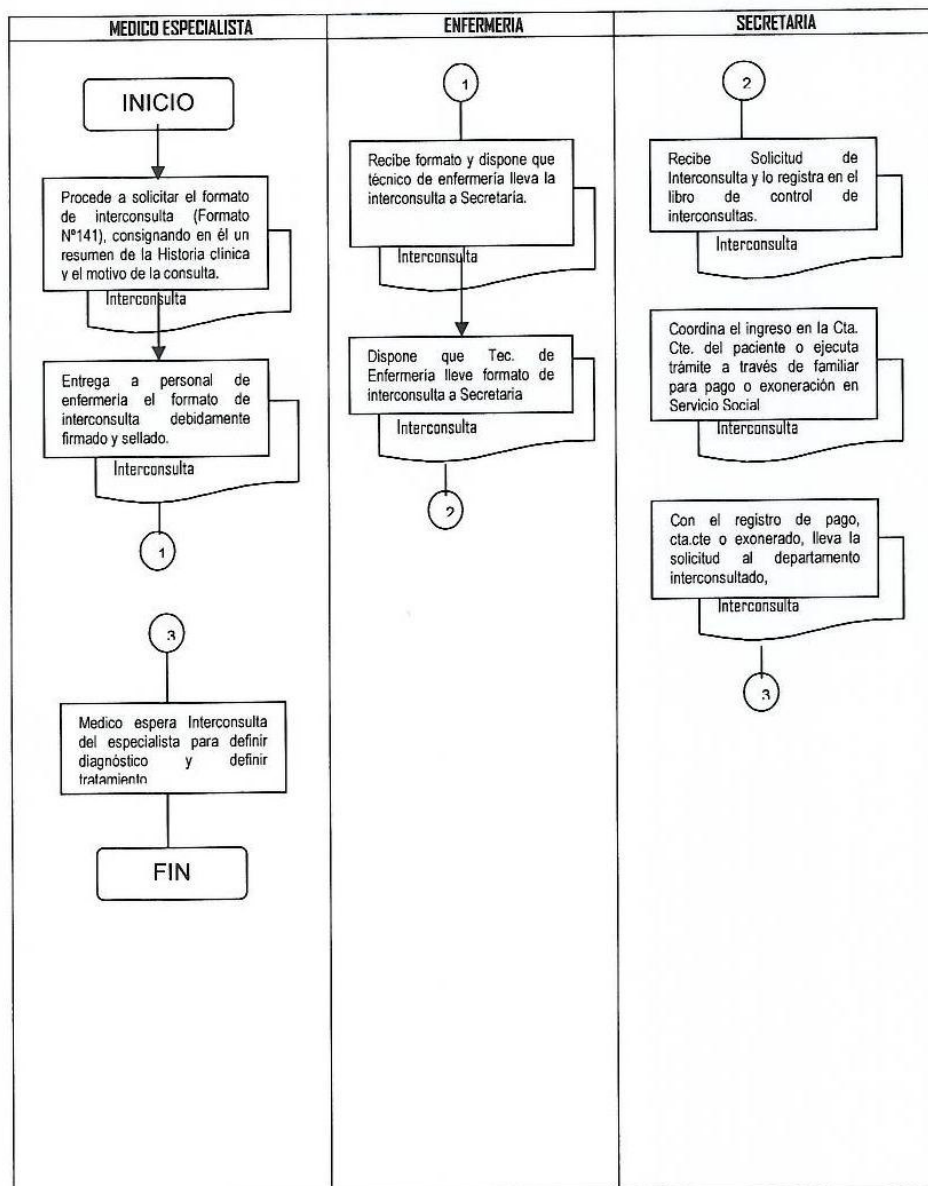
- Paciente hospitalizado en algún servicio del Departamento.
- Disponer del formato oficial de interconsulta.
- Cumplir con las disposiciones administrativas y contables vigentes.
- Registro de la interconsulta en los libros de control del Departamento.


REGISTROS (14): Historia Clínica

ANEXOS (15): Flujograma del procedimiento para interconsulta solicitada por los servicios del departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 21 de 36
		Versión. 01

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO PARA INTERCONSULTAS SOLICITADAS POR EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS



 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 22 de 36
		Versión. 01

6.5. PROCEDIMIENTO PARA INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL DEPARTAMENTO

FICHA DE DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

Proceso (1): PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD.
--

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO(2)	INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	FECHA (3):	Febrero 2012
		CODIGO (4):	

PROPOSITO (5): Establecer la secuencia lógica a seguir en la recepción y manejo técnico-administrativo de las interconsultas solicitadas al Departamento por los diversos Departamentos (ó Servicios) de nuestro Hospital.

ALCANCE (6): Paciente hospitalizados en los departamentos médicos del hospital Nac. Sergio E. Bernales

MARCO LEGAL (7): Reglamento de Ley N°26757, Ley del Ministerio de Salud. Ley N° 26842, Ley General de Salud.

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
Tasa de interconsultas en hospitalizados	% de interconsultas en el periodo	Historia Clínica	Jefe de Servicio


NORMAS (9)

- Ley N° 26757, Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento.
- Directiva N°007-MINSA/OGPP-V.02- Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión.
- Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nac. Sergio E. Bernales aprobado por R.M. N°795-2003-SA/DM y sus modificatorias.
- Manual de Organización y Funciones del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS (10)

INICIO:

- Secretaría recibe la interconsulta, firma el cargo y consigna la hora de recibo; registra en el cuaderno de interconsultas de la especialidad solicitada (05').
- Secretaría verifica que la interconsulta tenga boleta de pago, autorización de cta cte. o exoneración de pago y comunica al médico (05').
- El médico de turno recibe la interconsulta y acude al Departamento (ó Servicio) solicitante.
- Médico solicita H.C. del paciente, lo revisa y evalúa al paciente; procede a responder por escrito la interconsulta en la H.C. y firma con CMP y sello (20').
- Si el caso lo amerita, el médico procede a realizar en el paciente algún procedimiento de su especialidad y/o discute el caso con los médicos tratantes del servicio que solicita la evaluación (15').
- Médico registra el diagnóstico de la interconsulta en el cuaderno correspondiente y comunica a la Secretaría del Departamento de la atención realizada
- Secretaría revisa el cuaderno y traslada la información a la hoja HIS, que se entregara oportunamente a la Oficina de Estadística e Informática.

 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 23 de36
		Versión. 01

ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente Hospitalizado • Historia clínica • Boleta de pago 	Servicio de hospitalización Historia clínica	(04) Diaria	Manual


SALIDAS (12)			
NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente atendido • Informe de Interconsulta • Discusión de caso clínico 	Paciente hospitalizado Historia clínica de paciente Cuaderno de registro de interconsultas	(04) Diaria	Manual

DEFINICIONES (13): Interconsulta médica a pacientes solicitadas al departamento.

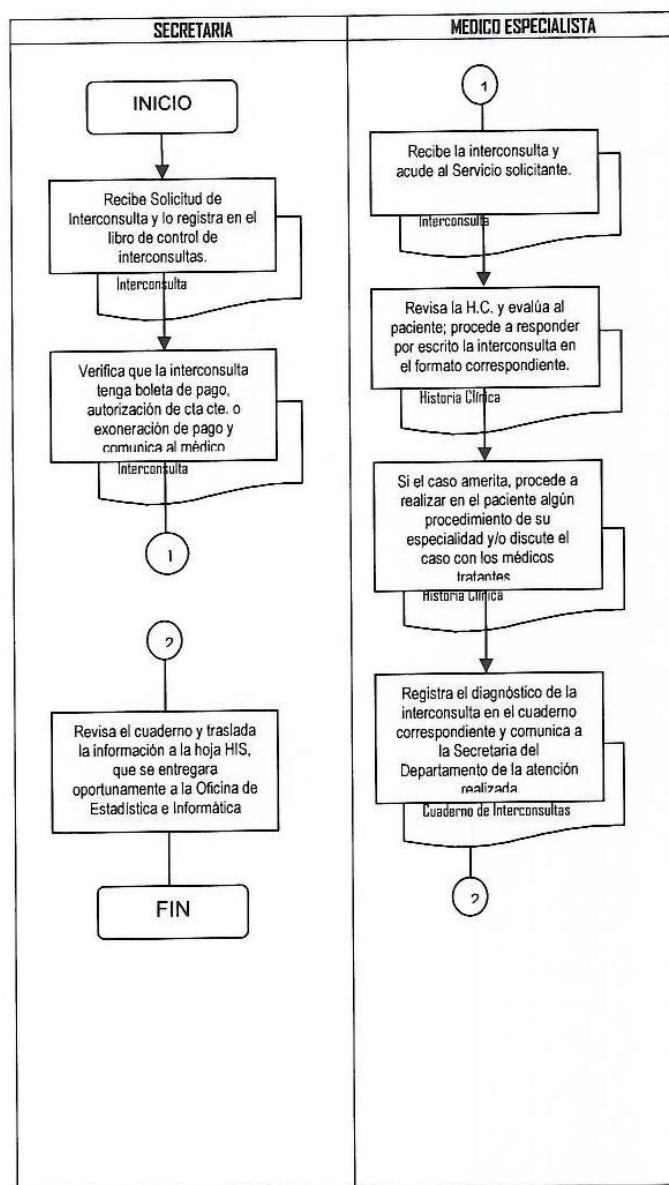
- a. Paciente hospitalizado en algún Departamento (ó Servicio) del Hospital.
- b. Recepción del formato oficial de interconsulta debidamente llenado y firmado con CMP y sello.
- c. Cumplir con las disposiciones administrativas vigentes.
- d. Recepción con firma de cargo, fecha y hora de Secretaría (ó enfermera) del Departamento.


REGISTROS (14): Historia Clínica

ANEXOS (15): Flujograma del procedimiento de interconsultas solicitadas al departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 24 de36
		Versión. 01

**FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO PARA INTERCONSULTAS
SOLICITADAS AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS**



 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 25 de36
		Versión. 01

6.6. PROCEDIMIENTO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE OBSERVACION Y UCI DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS

FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

Proceso (1): **PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD.**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO(2)	PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS SERVICIOS DE OBSERVACION Y UCI DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	FECHA (3):	Febrero 2012
		CODIGO (4):	

PROPOSITO (5): Establecer la secuencia a seguir en la prescripción (ó recetaje) de los medicamentos que se indican a los pacientes que se atienden en todos los servicios del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.

ALCANCE (6): Servicios de hospitalización de especialidades médicas del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

MARCO LEGAL (7): Reglamento de Ley N°26757, Ley del Ministerio de Salud. Ley N° 26842, Ley General de Salud.

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
Recetas emitidas a pacientes hospitalizados	N° de recetas por egresos hospitalarios	Historia clínica	Jefe de Servicio


NORMAS (9)

- Ley N° 26757, Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento.
- Directiva N°007-MINSA/OGPP-V.02- Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión.
- Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nac. Sergio E. Bernales aprobado por R.M. N°795-2003-SA/DM y sus modificatorias.
- Manual de Organización y Funciones del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)

INICIO:

- Médico tratante emite un diagnóstico presuntivo ó definitivo de la atención que realiza.
- Médico procede a prescribir los medicamentos fundamentales y sintomáticos, consignando claramente la Denominación Común Internacional (DCI), formas de presentación y cantidades de acuerdo a las necesidades del caso que está manejando (Formato N° 195).
- Médico firma la receta con sello y CMP.
- Médico, al reverso de la receta ó en hoja anexa –según corresponda-, anota con letra clara las indicaciones de la forma de administración y los horarios en los que el paciente debe recibir la medicación que ha ordenado.
- Médico registra en Historia Clínica la medicación prescrita con las indicaciones de la forma

 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 26 de 36
		Versión. 01

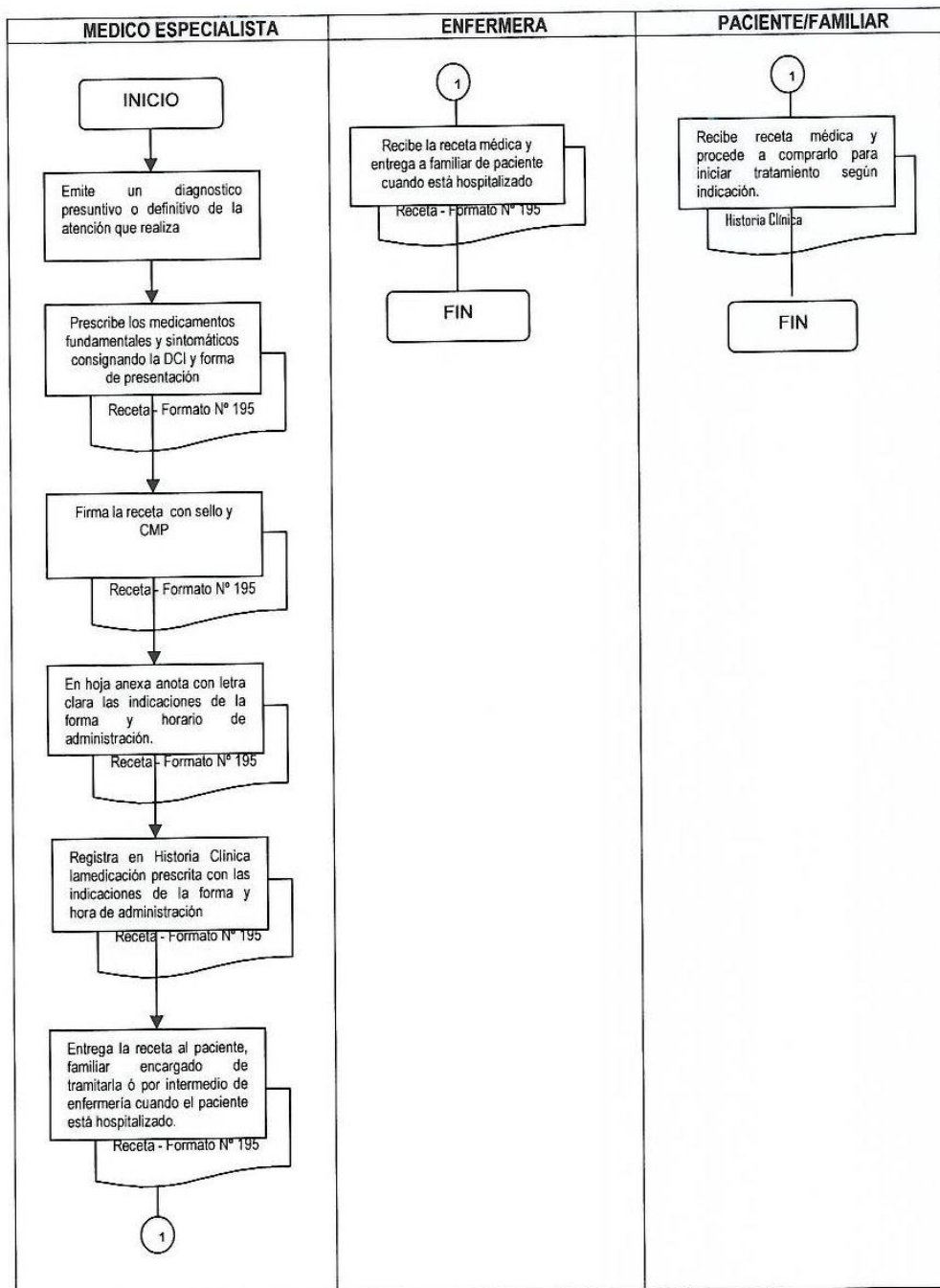
- y hora de administración.
- f. Médico entrega la receta al paciente, familiar responsable o personal encargado de tramitarla, en forma directa ó por intermedio de enfermería cuando el paciente está hospitalizado.
 - g. Paciente/ familiar recibe receta médica y procede a comprarlo para iniciar tratamiento según indicación.
 - h. Enfermera recibe receta médica y entrega a familiar de paciente para su adquisición y posterior inicio de tratamiento según indicaciones, cuando está hospitalizado.


ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente Hospitalizado • Historia Clínica 	Servicio de hospitalización	(30) Diaria	Manual

SALIDAS (12)			
NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
<ul style="list-style-type: none"> • Receta médica a Paciente hospitalizado • Historia Clínica 	Servicio de hospitalización Farmacia del hospital	(30) Diaria	Manual

DEFINICIONES (13): Prescripción de medicinas a pacientes hospitalizados. <ol style="list-style-type: none"> a. Paciente atendido por un médico asistente en cualquier sector o servicio especializado a cargo del Departamento. b. Tener diagnóstico presuntivo o definitivo del caso. c. Disponer del formato oficial (receta) de la institución. d. Consignar firma y sello con CMP del médico responsable de la atención. 	
REGISTROS	(14): Historia clínica
ANEXOS	(15): Flujograma del procedimiento para prescripción de medicamentos al paciente hospitalizado en los servicios del departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO PARA LA PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE OBSERVACION Y UCI DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS



 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 28 de 36
		Versión. 01

6.7. PROCEDIMIENTO PARA LA INFORMACION DEL ESTADO DE SALUD DE PACIENTES EN OBSERVACION Y UCI DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS

FICHA DE DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

Proceso (1): **PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD.**


NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	INFORMACION DEL ESTADO DE SALUD DE PACIENTES EN LAS UNIDADES DE OBSERVACION Y UCI DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	FECHA (3):	Febrero 2012
		CODIGO (4):	

PROPOSITO (5): Establecer la secuencia a seguir en las comunicaciones que se dan a los familiares e interesados sobre el estado de salud de los pacientes.
ALCANCE (6): Servicios de observación y hospitalización UCI del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
MARCO LEGAL (7): Reglamento de Ley N°26757, Ley del Ministerio de Salud. Ley N° 26842, Ley General de Salud.

INDICES DE PERFORMANCE (8)			
INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
Información de estado de salud de paciente	N° de Información a pacientes en el periodo	Cuaderno de registro de informes médicos	Jefe de Departamento

NORMAS (9)
a. Ley N° 26757, Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento. b. Directiva N°007-MINSA/OGPP-V.02- Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión. c. Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nac. Sergio E. Bernales aprobado por R.M. N°795-2003-SA/DM y sus modificatorias. d. Manual de Organización y Funciones del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS (10)
INICIO: a. Familiar de paciente solicita información sobre su paciente hospitalizado a partir de las 11.00 am. b. Médico tratante con autorización del jefe del servicio recibe a familiar del paciente para explicar el estado de salud. c. Médico en ambiente adecuado procede a informar sobre el estado del paciente al familiar ó persona responsable que así lo solicite. (5' a 10') d. Médico explica a los familiares la evolución del paciente e informa la importancia de cumplir con el tratamiento y la realización de los exámenes auxiliares y procedimientos técnicos solicitados, los que permitirán llegar al diagnóstico final. e. Médico comunica a familiar el horario de visita y las normas que debe ser cumplido para la

 PERU MINISTERIO DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS- HNSEB	Pág. 29 de36
		Versión. 01

recuperación de la salud de su paciente.

f. En el horario de visita, sólo el médico en programación hospitalaria ó de guardia podrá informar sobre el estado de algún paciente delicado a solicitud expresa de los familiares, con las lógicas limitaciones en caso de no ser paciente bajo su tratamiento, y en base a la Historia clínica respectiva.

ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
• Paciente hospitalizado	Unidades de observación y hospitalización UCI	(10) Diaria	Manual

SALIDAS (12)			
NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
• Informe a familiar	Cuaderno de registro de Informes a familiares Oficina de Estadística	(10) Diaria	Manual

DEFINICIONES (13): Información y visitas a pacientes hospitalizados en los servicios del departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.
a. Paciente debe estar atendándose en el sector de hospitalizados. b. Personal responsable del Departamento para la emisión de información. c. Ambiente adecuado para la entrevista. d. Disponer de un horario oficial de visitas. e. Vigilancia adecuada durante las mismas.
REGISTROS (14): - Libro de registro de paciente hospitalizado - Numero de Cama
ANEXOS (15): Flujograma del procedimiento de información y visitas a pacientes hospitalizados en el departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

5.2 Análisis Cuellos de botella e identificación causas de restricción

Proceso de atención por consulta en Emergencia.

Tal como se describe el proceso definido en el HNSEB y de acuerdo con las evaluaciones de satisfacción de usuario permite identificar las actividades del proceso que deben ser modificadas:

- El paciente realiza la verificación de derechos y el pago de la atención previamente a la misma, con lo cual se incrementa el tiempo de espera, habiéndose realizado el Triage previamente.

- Efectuado el Triage, la clasificación del mismo no permite descongestionar el área por cuanto todas las atenciones que han sido verificadas y canceladas son prestadas en el servicio de Emergencia, sin que por pertinencia corresponda.
- No es posible derivar atenciones de Triage 3 y 4 a la consulta externa, dados los tiempos de espera tan prolongados para la asignación de las citas y la realización de la consulta.
- La no adherencia a guías de práctica clínica y el hecho de tener personal médico en entrenamiento genera la posibilidad de acciones médicas diferentes para iguales diagnósticos, con el incremento de los tiempos de atención y la sobreutilización de estudios de diagnóstico complementarios que podrían hacerse por la consulta externa, si existiese una buena oportunidad de atención.
- El insuficiente suministro de medicamentos en Farmacia junto con la diversidad de conductas médicas genera un incremento adicional de tiempos de espera para la atención en Emergencia.
- Dada la alta dependencia del SIS como financiador para las atenciones de Emergencia, se generan prioridades administrativas diferentes a las que deben existir como resultado de la aplicación del Triage.

Soluciones propuestas:

- El Triage como instrumento de clasificación de la gravedad de los eventos en Emergencia debe ser el único mecanismo de priorización para la atención.
- La Unidad Productora de servicios de Emergencia podría incluir en la infraestructura del servicio de Emergencias un área denominada Consulta prioritaria en la cual puedan ser atendidos todos los eventos Triage 3 y 4, con el pago de copago correspondiente, generando una respuesta rápida de atención y pudiendo derivar el caso a la consulta externa ya estudiado.
- La atención de los eventos por Emergencia debe responder a protocolos de manejo o guías de práctica clínica que aseguren las conductas médicas validadas evitando la sobreutilización de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.

- El HNSEB debe evaluar el redireccionamiento del marketing para la Unidad Productora de servicios de Emergencia, buscando un nuevo portafolio de clientes para contrarrestar la alta dependencia en ingresos del SIS y aprovechando las fortalezas de capacidad técnica y portafolio de servicios.
- Debe asegurarse un proceso de cadena de almacenamiento de suministros eficiente para evitar el desabastecimiento de la farmacia, con el mejoramiento de la calidad de atención y la mayor satisfacción del usuario.

Proceso de admisión en Emergencia

- El paciente realiza la verificación de derechos, el pago de la atención y debe esperar a la emisión de la carta de garantía del financiador para recibir su atención, lo cual prolonga injustificadamente los tiempos de la atención.
- El intento de asegurar el recaudo del copago correspondiente cuando haya lugar para luego prestar el servicio coloca en mayor riesgo al paciente por tiempos de espera prolongados causados exclusivamente por trámites administrativos.
- El elevado número de trámites administrativos surgidos de la verificación de derechos, emisión de la autorización de servicios y el pago de la atención desvirtúa el Triage como mecanismo único para la clasificación de riesgo y priorización de la atención.
- La asignación de ventanillas específicas para algunos financiadores(SIS) genera la concentración de usuarios en alguna de ellas y la subutilización de recursos asignados para el servicio.

Soluciones propuestas:

- El Triage como instrumento de clasificación de la gravedad de los eventos en Emergencia debe ser el único mecanismo de priorización para la atención.
- Una vez realizado el Triage, el paciente debe ser atendido en los casos de Triage 1 y 2, de forma previa a la verificación de derechos asegurando la oportunidad relacionada con el riesgo del evento de salud.

- Solamente en los casos de Triage 3 y 4, dada la no urgencia, los procesos de verificación de derechos, emisión de la autorización de servicios y pago de la atención pueden hacerse previamente a la atención.
- Las ventanillas habilitadas para el pago de las atenciones, con o sin exoneración, deben estar en capacidad de atender los trámites para todos los financiadores, eliminando la concentración de usuarios alrededor de algunas, con la consiguiente reducción de tiempos de espera e incremento de la satisfacción del usuario.

Proceso de manejo de la Historia Clínica en emergencia

- La existencia de una historia clínica en físico sin número único facilita la pérdida de información relevante para el equipo médico y genera duplicidad de actividades para el llenado de la misma, incrementando los tiempos de atención por procedimientos administrativos.
- La manipulación de la historia clínica en físico por diferentes miembros del equipo de salud genera riesgos adicionales en la custodia y conservación del documento.
- La historia clínica no consigna todas las acciones realizadas por el grupo médico tratante con escritura legible y en lo posible de manera suficiente y oportuna, generando el riesgo de que no se registre información relevante.
- La historia clínica como registro médico no está sujeta a procedimientos de auditoría de rutina para evaluar contenidos, suficiencia de la información, calidad y legibilidad de escritura.

Soluciones propuestas:

- El Hospital debe apuntar a tener una historia clínica electrónica en Emergencias que permita total claridad, legibilidad, suficiencia de la información allí contenida.
- La historia clínica debe estar a disposición del grupo médico tratante evitando la manipulación física por otros miembros del equipo que no tiene relación

directa con el manejo del paciente. Esto para garantizar seguridad y custodia de la misma.

- De manera rutinaria debe establecerse como actividad de la Oficina de calidad, la evaluación sistemática de la historia clínica como registro médico, con el propósito de advertir no conformidades oportunamente como uso de siglas, ilegibilidad, registro incompleto de actividades y generar los correctivos de manera propositiva.

Formulación de procesos mejorados

Considerando los procesos definidos como claves que ocasionan los mayores cuellos de botella, se propone la modificación de los relacionados con la admisión del paciente en Emergencia, por cuanto genera tiempos de espera prolongados por los trámites administrativos, así como el proceso de atención mismo ya que se prioriza el trámite administrativo sobre el asistencial, generando incluso riesgos adicionales por las atenciones que constituyen urgencia diferida. En conjunto, los procedimientos actuales generan un grado de insatisfacción del 71% en los usuarios.

Proceso de admisión por Emergencia

El cambio sustancial al proceso lo constituye la priorización del criterio de atención a través del mecanismo del Triage para determinar el inicio de todos los trámites administrativos. Ello determina que la clasificación de los eventos de salud a través del Triage permite identificar atenciones clasificadas como Prioridad I a IV, siendo las prioridades I y II I que demandan atención inmediata previa a cualquier trámite administrativo y las atenciones prioridad III y IV las que por su condición permiten, una vez, evaluadas por el médico, todo el proceso administrativo.

En primera instancia se presenta el procedimiento propuesto,

ÁMBITO DE APLICACIÓN (1)

La aplicación del presente es de cumplimiento obligatorio por el personal administrativo y asistencial que trabaja en el Servicio de Emergencia de Adultos, y de todos los profesionales que participan en la programación del rol de guardias del servicio.

DEFINICIONES OPERATIVAS

Daño: Compromiso del estado de salud en grado diverso, clasificados en Emergencia de acuerdo a la prioridad de atención:

Prioridad 1 Gravedad súbita extrema

Prioridad II Urgencia mayor

Prioridad III Urgencia menor

Prioridad IV Patología aguda común

Emergencia: Se entiende por emergencia médica y/o quirúrgica toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o pudiendo dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con prioridad I y II.

Triaje: Proceso de valoración clínica preliminar que clasifica a los pacientes en función de su prioridad de daño, previo a la evaluación inicial por el equipo de salud del servicio, para priorizar la atención de los pacientes más graves y optimizar la distribución eficiente del servicio, enfocado en la necesidad del paciente.

Unidad de Terapia Intensiva: Área de observación de corta estancia, que no requiere internamiento, para la atención, tratamiento, reevaluación y monitoreo permanente de pacientes con daños de prioridad 1 y II, en un período que no debe exceder las 12 horas para los pacientes de prioridad I y de 24 horas para los de prioridad II.

Paciente Crítico: Paciente con inestabilidad de por lo menos un sistema fisiológico, con riesgo momentáneo o continuo de perder la vida o deterioro agudo importante de la calidad de vida por una condición específica, configurando un estado de gravedad persistente que requiere monitorización y soporte inmediato y continuo. Es considerado como prioridad I.

Paciente Crítico Crónico: Paciente crítico, con estabilización de uno o más sistemas fisiológicos, pero que aún requiere medidas de soporte definitivas por mayor tiempo, dependiendo del sistema fisiológico afectado y de su reserva funcional. Es considerado como mínimo prioridad III.

Paciente Terminal: Paciente portador de una enfermedad incurable, de curso progresivo, de pronóstico malo, a corto plazo y con una probabilidad estadística que no supera los seis meses de vida o en situación de muerte inevitable en la que las medidas de soporte vital sólo pueden conseguir un breve aplazamiento del momento de la muerte, recomendándose sólo tratamiento paliativo. Ante cualquier duda para catalogar a un paciente como terminal, se

deberá convocar a Junta Médica elevar la consulta al Comité de Ética. Es considerado como prioridad IV por su condición no recuperable y debe cuidarse del encarnizamiento terapéutico.

Paciente estabilizado o compensado: Paciente crítico en el cual el peligro inmediato de pérdida de vida ha sido superado; presentando y manteniendo parámetros de funciones vitales aceptables dentro de una patología determinada que puede ser trasladado a otro servicio o establecimiento de salud

CONSIDERACIONES GENERALES

Las pacientes gineco-obstétricas deberán ser atendidas en Emergencia de Adultos, permitiendo una evaluación inicial por el médico emergencista y/o la obstetra de guardia, previa a la asistencia especializada por el médico gineco-obstetra.

El primer contacto de todo paciente al ingreso a la Emergencia de Adultos será con un profesional de salud que triará y derivará al área correspondiente según prioridad de daño.

Se derivarán los pacientes con daño de prioridad IV a módulos de atención rápida, para optimizar su atención y descongestionar el servicio de emergencia.

Evaluación inicial del paciente por el profesional de salud del equipo de guardia en emergencia que corresponda según motivo de consulta. Los pacientes podrán ser derivados para su atención directa por:

(1) Normas de atención en Emergencia CRP 2013

- Médico Emergencista
- Traumatólogo de guardia
- Obstetra de guardia

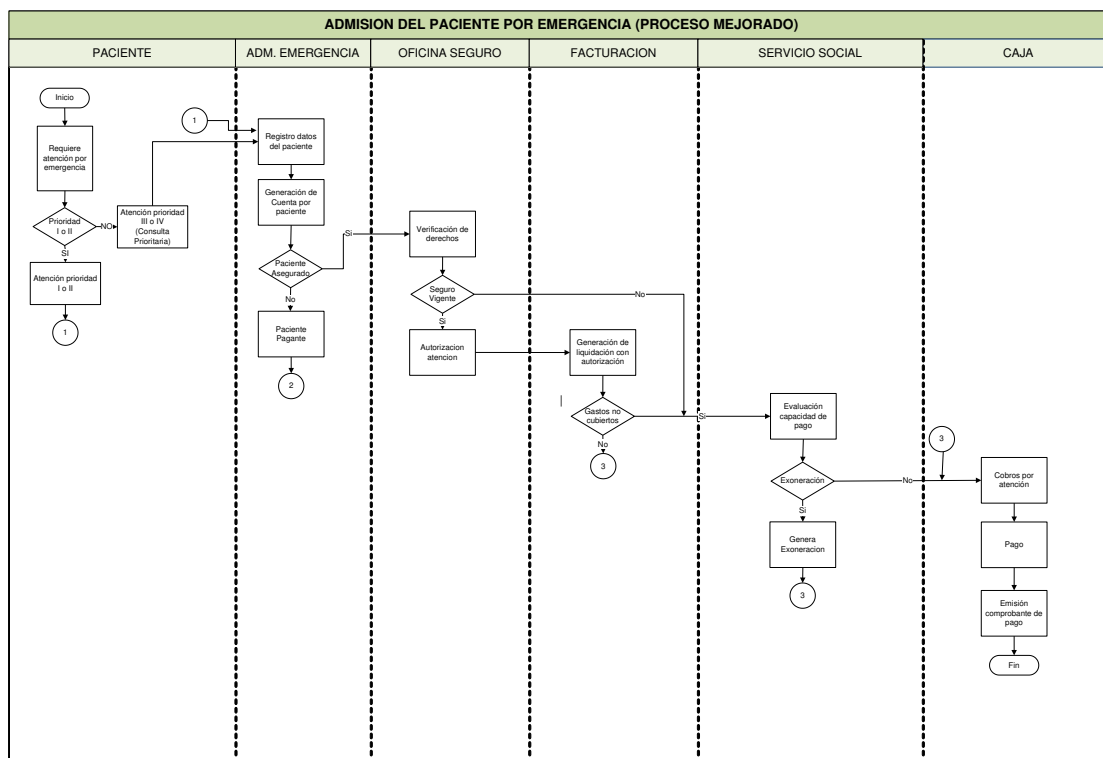
Se dispondrá de una Unidad de Terapia Intensiva para la observación y monitoreo continuo de pacientes con prioridad I ó II que requieran reevaluaciones por un máximo de 12 o 24 horas respectivamente, para definir el diagnóstico y su destino.

Las interconsultas solicitadas por el médico emergencista serán atendidas por el médico de la especialidad instada y deberá indicarse claramente la transferencia de responsabilidad del paciente.

Se identificará un Médico Jefe de Guardia por turno según programación en rol de guardias.

Al alta, se entregarán instrucciones de seguimiento contenidas en el formato de Receta Médica. Se reforzará la educación al paciente y familia durante todo el proceso de atención.

Los pacientes con indicación de cirugía de emergencia recibirán la evaluación pre-anestésica en el mismo servicio, para el riesgo anestesiológico y se informará sobre la técnica anestésica prevista, alternativas, riesgos y beneficios, obteniendo el Consentimiento Informado de Anestesiología .



Fuente: Elaboración propia

La salud del paciente que ingresa a Emergencia será de responsabilidad del Médico Tratante que deberá identificarse claramente con el paciente y en los registros en la historia clínica.

Proceso de atención por Emergencia

CRITERIOS DE SELECCIÓN

El profesional de salud a cargo del triaje derivará a los pacientes a un área especializada desde su ingreso al servicio, según motivo de consulta:

Prioridad I

Todo paciente grave con daño de prioridad I, será derivado inmediatamente al Tópico de Trauma Shock.

Prioridad II ó III

Todo paciente que requiera asistencia en su traslado para el ingreso al servicio (silla de ruedas ó camilla).

Pacientes traídos por autoridades o bomberos.

Pacientes referidos al servicio de emergencia desde otros establecimientos.

Pacientes con daño de prioridad II ó III.

Estos pacientes podrán ser trasladados a tópico especializado. Algunas de las patologías a considerar en esta clasificación son:

- Gestante en trabajo de parto
- Complicaciones del embarazo y puerperio
- Amenaza de aborto / Aborto
- Sangrado vaginal de cualquier etiología.
- Patología aguda de mama a gestación y/o puerperio
- Problemas infecciosos o traumáticos en aparato reproductor femenino.
- Mujeres (o niñas) víctimas de abuso sexual.
- Cuerpo extraño en vagina / útero.
- Toda condición de prioridad II ó III, que no corresponda a las anteriores.
- Amputación y atricción de miembros
- Cualquier fractura (o sospecha)
- Luxaciones y esguinces
- Lumbalgia
- Fracturas vertebrales sin compromiso neurológico
- Golpes o cortes con compromiso de músculos y/o tendones
- Cualquier corte en manos
- Heridas de cuerpos extraños y proyectiles en extremidades
- Artritis / Miositis aguda
- Procesos infecciosos agudos en manos y pies (excepto piel y anexos)
- Síndrome del túnel carpal y tarsal, con complicación o dolor agudo
- Tendinitis, bursitis y otros síndromes dolorosos osteoarticulares
- Tortícolis

Prioridad IV

Los pacientes con daño de prioridad IV, serán derivados a un consultorio para su atención rápida, según motivo de consulta.

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

A continuación se detallan los procedimientos administrativo-asistenciales de todo paciente que solicita atención por Emergencia de Adultos, desde el ingreso del paciente hasta su atención médica especializada en el área según corresponda.

PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DEL PACIENTE CON PRIORIDAD I

NI*	Descripción	Responsable
01	Paciente ingresa al Servicio de Emergencia Adultos.	Usuario Externo
02	Detecta signos de gravedad y activa alarma de prioridad 1 .	Admisionista
03	Acompaña y traslada al paciente al Tópico de Shock Trauma.	Responsable de triaje
04	Recibe manejo inmediato por médico emergencista, según guías respectivas.	Equipo de salud de guardia
05	Inician resucitación y estabilización del paciente según guías RCP AHA vigentes.	Equipo de salud de guardia
06	Se realizan los exámenes auxiliares y se cursan las interconsultas pertinentes.	Servicios auxiliares y Especialidades médicas
07	Una vez estabilizado el paciente, se indica su pre-hospitalización para observación.	Médico emergencista
08	Se traslada al paciente a la Unidad de Terapia Intensiva.	Enfermera
09	Se monitoriza el estado neurológico, cardiológico y respiratorio según corresponda. Se siguen indicaciones médicas.	Enfermera
10	Se realiza evolución médica, con un intervalo mínimo de 6 horas durante la pre-hospitalización.	Médico emergencista
11	Se estabiliza al paciente y se define su destino, en un plazo máximo de 12 horas de observación.	Médico emergencista
Fin	El paciente puede seguir los siguientes destinos: 1. Transferencia interna a Hospitalización, UCI o Centro Quirúrgico. 2. Transferencia externa a otro establecimiento con capacidad resolutive. 3. Alta por fallecimiento.	
Registros	Historia Clínica de emergencia Indicación de Pre-Hospitalización Según destino final: 1. Indicación de hospitalización y Hoja de transferencia interna 2. Hoja de transferencia externa 3. Certificado de defunción, según corresponda.	

Fuente: Elaboración propia

PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES CON PRIORIDAD 11 Ó III

N°	Descripción	Responsable
01	Ingresa al Servicio de Emergencia de Adultos.	Usuario Externo
02	Descarta signos de gravedad por visión directa.	Admisionista
03	Orienta al tópico de triaje.	Admisionista
04	Recibe al paciente y pregunta motivo de consulta.	Responsable de Triage
05	Valora prioridad de daño. Asigna tópico de atención diferenciado.	Responsable de Triage
06	Controla funciones vitales, talla y peso.	Responsable de Triage
07	Entrega ticket de triaje, consignando prioridad de daño.	Responsable de Triage
08	Hace referencia al panel informativo respecto a tiempos de espera y condiciones de cobertura según prioridad.	Responsable de Triage
09	Despide y orienta al paciente al módulo de Admisión.	Responsable de Triage
10	Recibe al paciente y solicita documento de identidad y/o carné de seguro.	Admisionista
11	Verifica condiciones de cobertura vía web, SITEDS o sistema.	Admisionista
12	Comunica restricciones de cobertura en emergencia, cuando corresponda.	Admisionista
13	Apertura historia clínica de emergencia y registra datos de filiación.	Admisionista
14	Acompaña al paciente a tópico de atención indicado en ticket de triaje.	Admisionista
15	Recibe al paciente y lo instala en la camilla del tópico.	Enfermera
16	Revisa funciones vitales en busca de signos de inestabilidad hemodinámica.	Enfermera
17	Realiza evaluación inicial de enfermería, con valoración del riesgo de caídas y cribado de dolor.	Enfermera
18	Realiza evaluación inicial médica, con elaboración de historia clínica de emergencia completa.	Médico emergencista
19	Solicita apoyo diagnóstico y/o terapéutico según diagnóstico preliminar.	Médico emergencista
20	Envía pedido de exámenes auxiliares a servicios correspondientes y hace seguimiento de resultados.	Enfermera
21	Cursa interconsultas, llamando al médico especialista de guardia, según protocolo de reporte telefónico.	Enfermera
22	Asiste al médico para la realización de procedimientos según indicación.	Enfermera
23	Reevalúa al paciente y define su destino.	Médico emergencista

Fuente: Elaboración propia

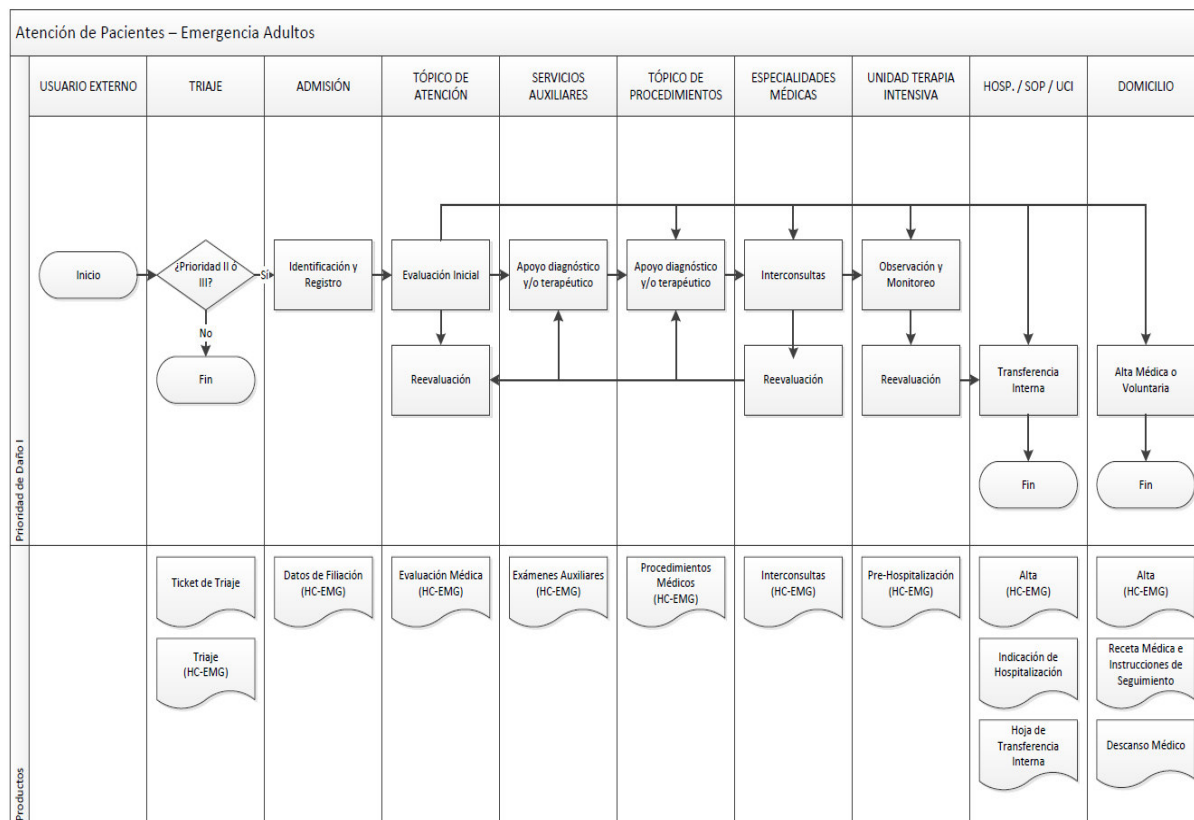
Fin	El paciente puede seguir los siguientes destinos:
Registros	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pre-hospitalización para observación por un período máximo de 12 horas. 1. Transferencia interna a Hospitalización, UCI o Centro Quirúrgico. 1. Alta Médica o Voluntaria a su domicilio, siguiendo procedimiento regular de alta. <p>Historia Clínica de Emergencia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ticket de Triage <p>De acuerdo al destino del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indicación de Pre-hospitalización 1. Indicación de Hospitalización y Hoja de Transferencia Interna 1. Informe de Alta de Emergencia, Receta Médica y Descanso Médico cuando corresponda.

PROCEDIMIENTO ATENCIÓN DE PACIENTES CON PRIORIDAD IV

N°	Descripción	Responsable
01	Paciente ingresa al Servicio de Emergencia Adultos.	Usuario Externo
02	Descarta signos de gravedad por visión directa.	Admisionista
03	Orienta al tópico de triaje.	Admisionista
04	Recibe al paciente y pregunta motivo de consulta.	Responsable de Triage
05	Valora prioridad de daño.	Responsable de Triage
06	Controla funciones vitales, talla y peso.	Responsable de Triage
07	Asigna tópico de atención diferenciado.	Responsable de Triage
08	Deriva a Consultorio de día de Neumología ó Módulo de Atención Rápida siguiendo los criterios de selección descritos previamente.	Responsable de Triage
09	Si paciente insiste en atenderse por Emergencia: se hace referencia al panel de información respecto a los tiempos de espera y condiciones de cobertura.	Responsable de Triage
10	La atención de pacientes con prioridad IV por Emergencia continúa en el paso N° 09 del proceso N° 02.	Responsable de Triage
Fin	El paciente puede seguir los siguientes destinos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Consultorio de día de Neumología 2. Módulo de Atención Rápida 3. Emergencia de Adultosw 	Responsable de Triage
Registros	De acuerdo al destino del paciente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ticket de Triage indicando derivación o servicio que corresponda Registro en Historia Clínica de Emergencia.	Responsable de Triage

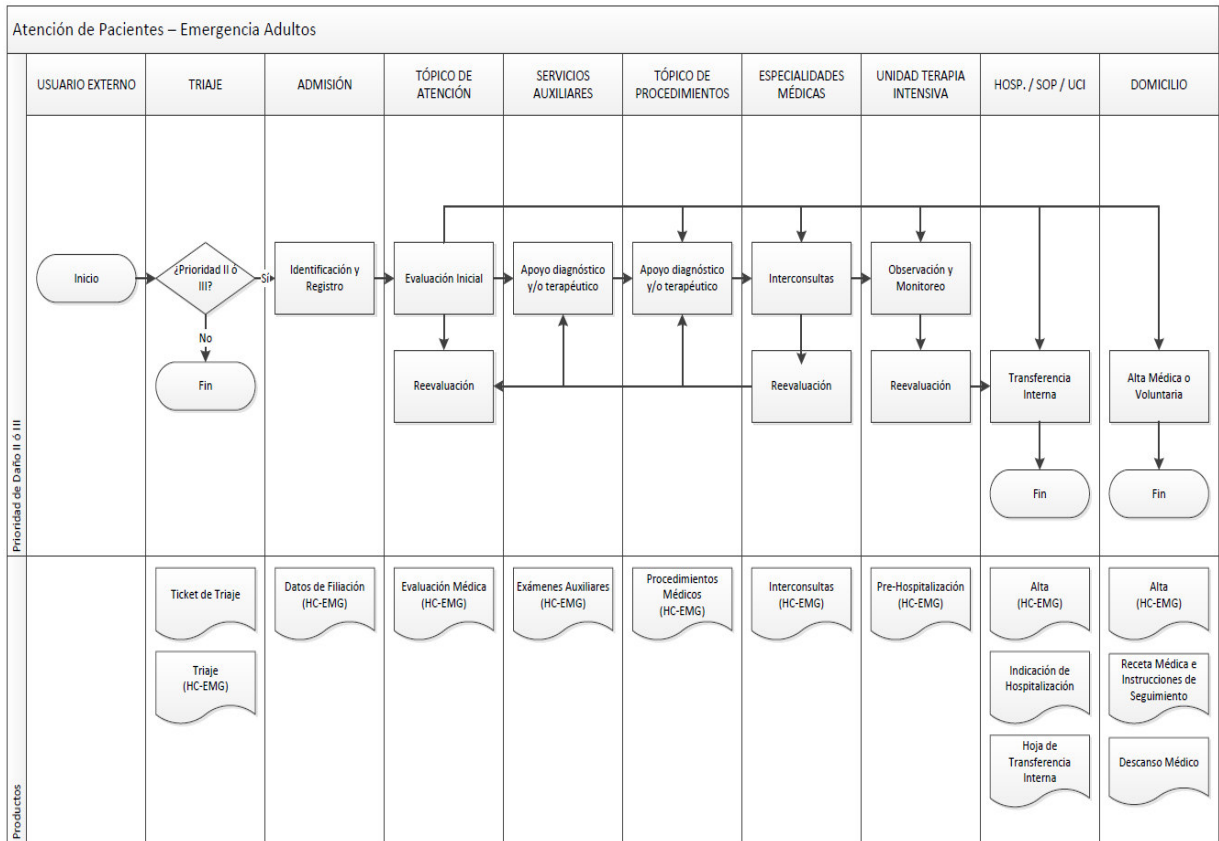
Fuente: Elaboración propia

Proceso de atención en Emergencia Prioridad I (Proceso mejorado)



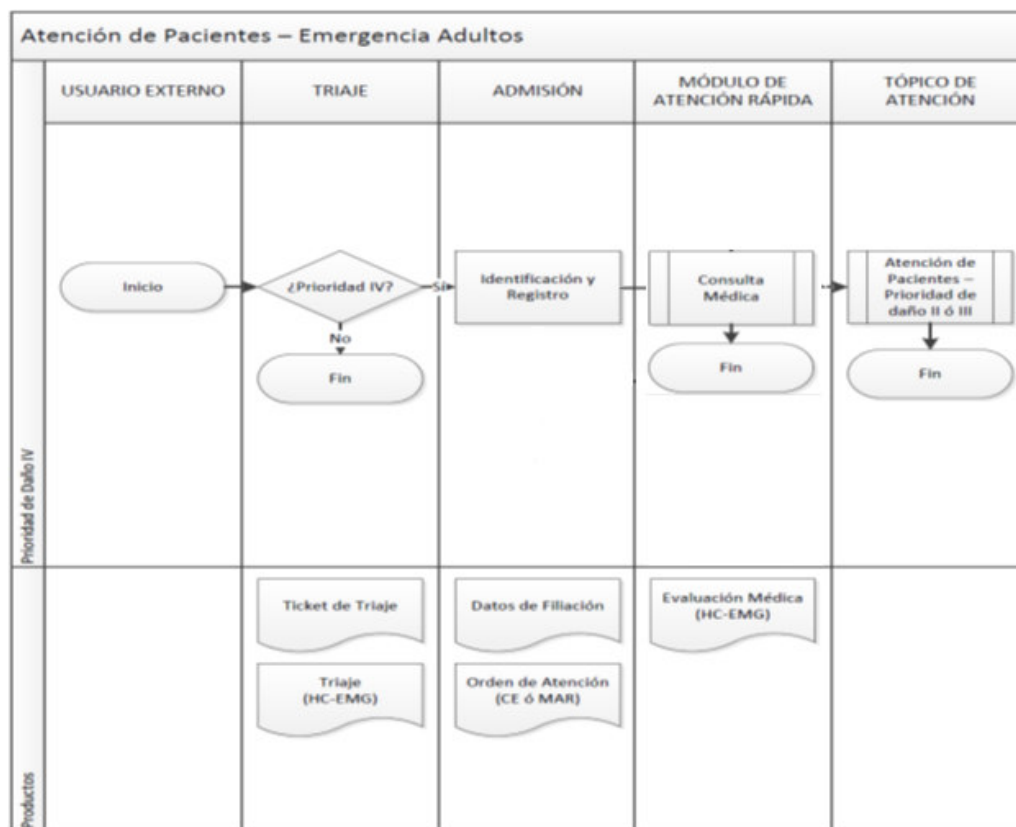
Fuente: Elaboración propia

Proceso de atención en Emergencia Prioridad II o III (Proceso mejorado)



Fuente: Elaboración propia

Proceso de atención en Emergencia Prioridad IV (Proceso mejorado)



Fuente: Elaboración propia

Formulación del Sistema de Gestión Integral de procesos

Formulación de la Matriz Estratégica DAFO

FORTALEZAS (F)

1. Ser categorizado como Hospital de Alta Complejidad de atención categoría III-1
2. Personal profesional de la salud especializado en atención de emergencia.
3. Ser considerado como centro de referencia a nivel del cono norte.
4. Ubicación estratégica de fácil acceso para potenciales pacientes.

5. Participar en los programas de atención subvencionada y/o coberturada por el seguro Universal y SOAT.
6. Contar con áreas de atención diferenciada para pacientes adultos, niños, Trauma Shock, UCI y Cuidados Intermedios.

OPORTUNIDADES (O)

1. Desarrollo del Seguro Integral de Salud.
2. Política de ampliación del horario de atención en el turno tarde.
3. Normas de nombramiento del personal profesional de la salud, técnico asistencial y administrativo contratados bajo la modalidad de contrato a plazo fijo y CAS
4. Políticas sanitarias (IRA, EDA y Vacunación; neonatos, TBC, VIH entre otras.).
5. Incremento de Afiliados al SIS.
6. Marketing de nuevos financiadores en el área de influencia

DEBILIDADES (D)

1. Limitada oferta de atención frente a posibles sucesos que incrementarían la demanda.
2. Limitado equipamiento biomédico, insumos, mobiliario para los servicios de Emergencia.
3. Infraestructura antigua insuficiente para la demanda de pacientes, espacios reducidos, con inadecuado sistema de iluminación y ventilación.
4. Demora en los procesos de adquisiciones de repuestos para equipos, medicinas e insumos para farmacia y servicios de apoyo al diagnóstico.
5. Percepción de personal desmotivado.
6. Desconocimiento de la normatividad vigente de parte del personal.
7. Limitada elaboración de guías de práctica clínica y protocolos de manejo.

8. Deficiencias en el sistema de vigilancia y limpieza en las áreas de emergencia.

AMENAZAS (A)

1. Baja asignación de recursos económicos y financieros en las metas correspondientes a Emergencia y Cuidados Críticos.
2. Inadecuada utilización del sistema de referencias y contra referencias, derivando hacia el hospital pacientes de menor complejidad.
3. Imagen deteriorada de los establecimientos públicos frente al incesante incremento de instituciones de Salud privadas.
4. Presencia de Clínicas privadas en el área de influencia incluso de menor nivel de categorización como competencia real
5. Modificación de los esquemas de contratación para hospitales públicos hacia mecanismos de pago no experimentados
6. Integración vertical de financiadores-prestadores privados en alta complejidad

ESTRATEGIAS FA

1. Redefinir las estrategias de marketing para mejorar el posicionamiento como entidad de referencia para el manejo de emergencias en el área de influencia, basada en la categorización y la idoneidad y especialización del recurso humano.
2. Buscar nuevos convenios con financiadores privados: compañías de seguros, EPS, en el área de influencia para compensar baja asignación presupuestal con nuevos ingresos por venta de servicios.

3. Efectuar convenios con Clínicas privadas de la zona para prestar servicios complementarios en alta complejidad mediante el mecanismo de referencia de pacientes, especialmente para emergencias.
4. Explorar nuevos mecanismos de pago distintos a la presupuestación histórica o por resultados con el propósito de adecuarse a las tendencias del mercado de salud actual

ESTRATEGIAS DO

1. Efectuar un rediseño de procesos que permita mejorar los procedimientos de logística y cadena de abastecimiento con el fin de garantizar suministros oportunos y adecuados para una buena prestación de servicio en emergencia.
2. Mejorar la oferta de servicios de Emergencias a través de la modificación de horarios y la creación del área de Consulta prioritaria buscando incrementar la venta de servicios y mejorar la calidad de los mismos.
3. Fortalecer los procesos administrativos de apoyo para lograr un mantenimiento adecuado de planta física y equipos, manteniendo operativa la capacidad instalada actual.
4. Formular y desarrollar proyectos de inversión para reemplazar la infraestructura existente muy antigua con construcciones acordes con los estándares actuales.
5. Fortalecer el vínculo contractual con el SIS para garantizar su permanencia como mayor financiador público, generando mayor venta de servicios para el área de influencia.

Análisis FODA Unidad Productora de Servicios de Emergencias



Formulación de la Misión y Visión

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales ha definido en su plataforma estratégica su **Misión** como razón de ser de la institución y la ha formulado como:

“Brindar y garantizar atención de salud integral y especializada, en forma oportuna y segura, logrando la satisfacción del usuario “.

De igual manera se ha formulado la **Visión** de largo plazo en los siguientes términos:

“Consolidarnos como hospital de alta complejidad, brindando una atención inclusiva, con calidad y calidez, que genere reconocimiento y satisfacción en nuestros usuarios, con liderazgo técnico, científico y docente en una adecuada infraestructura”.

La **Declaración de Valores** corporativos contiene:

III. Declaración de valores

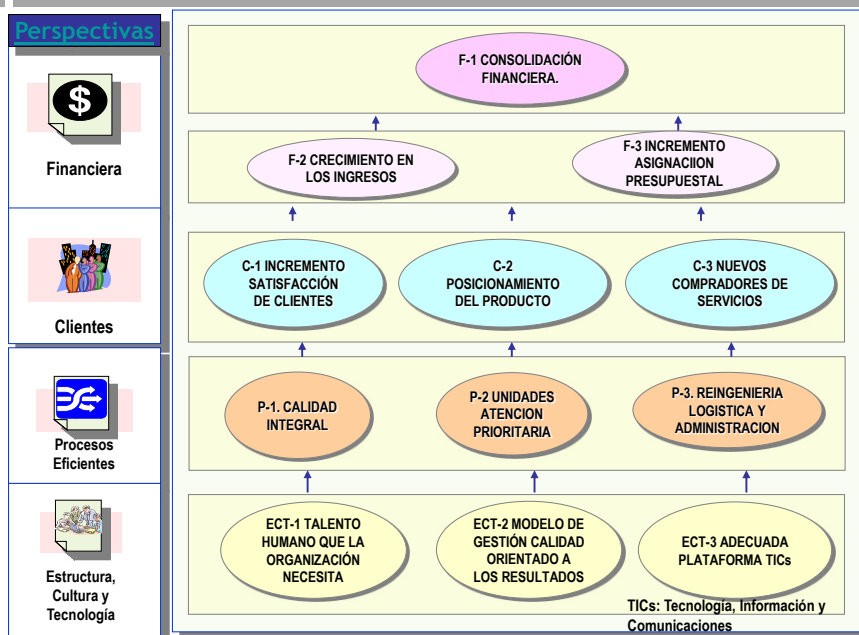


Alineamiento Estratégico



**Visión Estratégica Unidad Productora de
Servicios Emergencias**

IV. Objetivos Estratégicos



Perspectiva: Financiera

OBJETIVOS ESTRATEGICOS		ALCANCE 2014 - 2016	
		OBJETIVO	INDICADOR - META
1	F-1 Consolidación Financiera	Asegurar el crecimiento y sostenibilidad financiera de la UPSS Emergencias	Ejecución presupuestal UPSS Emergencias acorde con la demanda
2	F-2 Crecimiento en los ingresos	Incrementar la atención de población objeto según demanda	Cobertura 100% de meta población objeto estimada
		Gestionar contratación con nuevos financiadores	% de ingresos por compraventa de servicios nuevos financiadores
3	F-3 Incremento asignación presupuestal	Asegurar asignación presupuestal por resultados de atención	% población atendida último año
		Determinar demanda real de UPSS Emergencias	% crecimiento población a atender por año
		Determinar brecha de asignación presupuestal para atención demanda real	Gap demanda real vs demanda atendida
		Determinar costos promedio de atención para demanda real	Costo promedio atención por emergencias
		Propuesta asignación presupuestal para atención demanda real	% asignación presupuestal UPSS Emergencia vs asignación total HNSEB

Perspectiva: Financiera

F1. CONSOLIDACIÓN FINANCIERA

META POR AÑO	Apropiación presupuestal
2015	Acorde con demanda real
2016	

F2. CRECIMIENTO EN LOS INGRESOS

META 2015	INDICADOR
Cobertura 100% población área influencia	% población SIS atendida
Gestionar contratación con nuevos financiadores	% ingresos por venta de servicios a nuevos financiadores

META POR AÑO	Base	2015	2016
% Asignación presupuestal UPSS Emergencias	6,9%	8,5%	9,5%
% Incremento Venta servicios población asignada (S/.)	11,307,297	10%	12%
% Incremento Venta servicios otros financiadores (S/.) vs población asignada	4,663,398	10%	12%

Perspectiva: Financiera

F3. INCREMENTO ASIGNACION PRESUPUESTAL

META POR AÑO	Base	2015	2016
Asignación presupuestal UPSS Emergencia (S/.)	5,841,558	7,200,810	8,050,342
Población atendida (SIS-SOAT)	61,774 (94,9%)	67,951	76,105
Atenciones población asignada	108,436	119,280	133,593
Brecha asignación presupuestal (%)	0	10%	12%
Asignación presupuestal por demanda real	6,9%	8,5%	9,5%

Perspectiva: Clientes

OBJETIVOS ESTRATEGICOS		ALCANCE 2014 - 2016	
		OBJETIVO	INDICADOR - META
1	C-1 Incremento de la satisfacción de los clientes.	Incrementar la satisfacción del usuario externo en UPSS Emergencias	Grado esperado de satisfacción de usuario : 85%.
2	C-2 Nuevos compradores de servicios de emergencias	Incrementar la cartera de compradores de servicios incluyendo financiadores y prestadores del área de influencia	Porcentaje de venta de servicios por otros compradores
3	C-3 Posicionamiento del producto	Consolidación de HNSEB y UPSS Emergencias como institución de referencia por categorización y portafolio de servicios	Evaluación sistemática de categorización III-1

Perspectiva: Clientes

C-1 INCREMENTO DE LA SATISFACCIÓN DE CLIENTES

Jefatura Oficina Calidad

Plan: Evaluación Satisfacción Cliente Externo UPSS Emergencias

Objetivo: Incrementar el grado de satisfacción del usuario externo a través de la medición sistemática por encuesta

META POR AÑO	Base	2015	2016	2017
Grado de satisfacción cliente externo medido según encuesta.	29%	50%	75%	85%
Tiempo de espera administrativo (min)	18	5 días	8 días	5 días
Tiempos de espera atención (min)	16	14	10	10

Perspectiva: Clientes

C-2
POSICIONAMIENTO
DE PRODUCTO

Jefatura UPSS Emergencias

Plan: Evaluación sistemática de Categorización

Objetivo: Garantizar el cumplimiento de la norma de categorización, consolidando el portafolio de servicios de la UPSS

META	INDICADOR
Garantizar la condición de categorización III-1 y portafolio de servicios en Emergencias	Evaluación sistemática de categorización, con cumplimiento superior a 95%
Evaluación permanente de la norma en infraestructura, procesos, recursos humanos y logísticos	% cumplimiento de la norma por componente

Perspectiva: Clientes

C-3 NUEVOS
COMPRADORES
DE SERVICIOS

Jefatura UPSS Emergencias – Dirección General

Plan: Contratación nuevos clientes: IAFAS E IPRESS

Objetivo: Realizar el proceso de negociación y contratación con nuevos clientes para venta de servicios.

META POR AÑO	Base	2015	2016
Incrementar venta de servicios para otros financiadores diferentes a SIS	0	10%	15%
Incrementar venta de servicios para otros prestadores del área de influencia	0	10%	15%

Perspectiva: Procesos eficientes

OBJETIVOS ESTRATEGICOS		ALCANCE 2015 - 2016	
		OBJETIVO	INDICADOR - META
1	P-1 Calidad Integral.	Implementar evaluación de calidad de atención sistemática en UPSS Emergencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acceso físico adecuado y oportuno 2. Recurso humano asistencial y administrativo adecuado para demanda 3. Equipamiento e infraestructura según categorización 4. Interdependencia de servicios de apoyo 24 horas 5. Manejo de cadena de suministros e insumos oportuno y suficiente
2	P-2- Unidades de Atención prioritaria	Implementar un Modelo de Atención Prioritaria para eventos que no constituyen emergencia ni urgencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención oportuna Triaje 3 y 4 2. Generación cobro copagos por atenciones no urgentes 3. Derivación de atenciones a Consulta externa con evaluación médica previa
3	P-3 Reingeniería administración y logística	Estandarizar procesos administrativos y logísticos para cumplimiento de estándares de calidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación procesos claves 2. Normalización procesos claves definidos 3. Estandarización procesos claves definidos 4. Documentación procesos claves definidos 5. Evaluación procesos claves definidos

Perspectiva: Procesos eficientes



Jefatura Oficina Calidad

Plan: Implementación modelo de Evaluación de Calidad de Atención

Objetivo: Desarrollar el Sistema de Evaluación de Calidad de Atención para la UPSS Emergencias

META POR AÑO	Base	2015	2016
Definición componentes Evaluación de Calidad UPSS Emergencias	100%	0	0
Diseño Autoevaluación Calidad de Atención UPSS Emergencias	100%	0	0
Aplicación Evaluación Calidad de atención UPSS Emergencias	0	70%	90%
Plan de Mejoramiento Calidad de Atención UPSS Emergencias	0	100%	100%
Evaluación externa Calidad de Atención UPSS Emergencias	0	0%	100%
Documentación resultados Evaluación de Calidad de atención UPSS Emergencias	0	100%	100%

Perspectiva: Procesos eficientes

P-2 UNIDADES DE ATENCIÓN PRIORITARIA

META 2015	INDICADOR
Implementación modelo Unidades de Atención Prioritaria	% cumplimiento implementación de modelo
Atención oportuna Triage 3 y 4	% atención Triage 3 y 4 en UPSS Emergencias
Generación cobro copagos por atención prioritaria	% Ingresos generados por copagos atención prioritaria
Referencia atenciones a Consulta Externa con evaluación previa	% Referencias a Consulta Externa por atención prioritaria
Evaluación sistemática Unidades Atención Prioritaria	% Satisfacción usuario externo

Jefatura UPSS Emergencias

Plan: Modelo de Atención Prioritaria en Emergencia

Objetivo: Implementar el modelo de atención para eventos de salud que no constituyen emergencia ni urgencia.

META POR AÑO	Base	2015	2016
Implementación modelo Atención Prioritaria	0	70%	100%
Atención oportuna Triage 3 y 4 en Emergencias	0	70%	100%
Generación cobro copagos por Atención Prioritaria	0	50%	70%
Evaluación sistemática Unidades de Atención Prioritaria	0	100%	100%

Perspectiva: Procesos eficientes

P-3 REINGENIERIA ADMINISTRATIVA Y LOGISTICA

META 2015	INDICADOR
Procesos estandarizados, publicados, evaluados y mejorados	% cumplimiento evaluación y mejoramiento procesos

Jefatura Oficina Ejecutiva de Administración- Jefe UPSS Emergencias

Plan: Modelo de Atención Prioritaria en Emergencia

Objetivo: Implementar el modelo de atención para eventos de salud que no constituyen emergencia ni urgencia.

META POR AÑO	Base	2015	2016
Identificación procesos claves	0	100%	100%
Normalización procesos claves	0	70%	100%
Estandarización procesos claves	0	70%	100%
Evaluación de la calidad de los procesos operativos	0	100%	100%
Evaluación de la calidad de los procesos. Atención al usuario	0	100%	100%
Calificación de la calidad de los procesos por parte de los usuarios.	0	100%	100%

Perspectiva: Estructura, Cultura y Tecnología

OBJETIVOS ESTRATEGICOS		ALCANCE 2014 - 2016	
		OBJETIVO	INDICADOR - META
1	ECT-1 Talento Humano necesario para la gestión	1. Asegurar el talento humano necesario para la gestión adecuada. 2. Mantener un Clima Organizacional adecuado y constructivo.	1. 100% de las personas cumplen con las competencias requeridas para su gestión 2. Medición de clima laboral con calificación superior a 3,0 / 5,0
2	ECT-2 Implementar un modelo de gestión que asegure el logro de los resultados esperados.	Implementar el Modelo de Gestión basado en gestión por competencias con responsabilidad	1. Evaluación de desempeño personal directivo con calificación satisfactoria 4.5 / 5.0 2. Evaluación de desempeño asistencial y administrativa satisfactoria en UPSS
3	ECT-3 Estructurar una plataforma de TICs adecuada y suficiente para el logro de los Objetivos Estratégicos.	Contar con una plataforma de Tecnologías de Información y Comunicaciones adecuada y suficiente para el logro de los Objetivos Estratégicos.	1. Producción aplicativos necesarios para la gestión al 100% 2. Evaluación del desempeño del Sistema por los usuarios internos igual o superior al 90%.

Perspectiva: Estructura, Cultura y Tecnología

ECT-1 TALENTO HUMANO NECESARIO PARA LA GESTION

META 2015

1. El 100% de las personas de los niveles ejecutivo y operativo han iniciado un proceso de ajuste de competencias
2. Medición clima organizacional con calificación satisfactoria

INDICADOR 2015

1. % personas niveles ejecutivo y operativo que han iniciado un proceso de ajuste de competencias.
2. Motivación mejora en un 5% el nivel de satisfacción frente a la medición del 2011
3. Comunicación mejora en un 5% el nivel de satisfacción frente a la medición del 2011

Jefatura Oficina Recursos Humanos – Jefatura UPSS Emergencias

Plan: Cierre de la brecha de competencias

Objetivo: Iniciar ajuste de competencias en los diferentes niveles con un plan de mejoramiento.

Plan: Cultura Corporativa Orientada al Cliente

Objetivo: Afianzar al interior del personal de la UPSS los valores de la cultura corporativa orientada al cliente que generen sentido de pertenencia, actitud de servicio, cumplimiento y compromiso

Plan: Clima Organizacional

Objetivo: Mejorar el nivel de satisfacción del personal en comunicación y motivación.

META POR AÑO	2015	2016
1. El 100% de las personas cumplen con las competencias requeridas para su gestión 2. Todas las variables de medición están por encima de 4,5/5,0.	1. El 100% de las personas del nivel ejecutivo y operativo han iniciado un proceso de ajuste de competencias. 2. Medición clima organizacional con calificación satisfactoria.	Garantía de cumplimiento de competencias. Calificación clima muy satisfactoria

Perspectiva: Estructura, Cultura y Tecnología

ECT-2 MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD ORIENTADO A LOS RESULTADOS

Jefatura Oficina Recursos Humanos – Jefatura UPSS Emergencias

Plan: Implementación Modelo de Gestión de Calidad por competencias con responsabilidad

Objetivo: Desarrollar e Implementar el modelo de gestión a todos los niveles de la UPSS

META 2015	INDICADOR
1. 100% del personal de UPSS cumple con las competencias requeridas para su labor	1. % de las personas con evaluación de 4.2 en el cumplimiento en las funciones asignadas / total de personas evaluadas
2. 100% del personal de UPSS obtienen una evaluación superior a 4.0 en desempeño relacionado con su perfil	2. % del personal de la UPSS que obtiene una evaluación de 4.0 en el desempeño

META POR AÑO	2015	2016
Evaluación promedio en el cumplimiento en las funciones asignadas	4,2	4,30
Evaluación promedio del personal de la UPSS en el desempeño relacionado con su perfil	4,0	4,20

Perspectiva: Estructura, Cultura y Tecnología

ECT-3 ADECUADA PLATAFORMA TICs

Jefatura Oficina Estadística e Informática

Plan: Sistema de Información Integrado para los proceso misionales

Objetivo: Integrar en un nuevo sistema de información los procesos misionales de la UPSS Emergencias

Plan: Cultura y Seguridad Informática

Objetivo: Implementar un modelo de seguridad informática divulgado a todos los niveles de decisión.

Plan: Plan de Continuidad de Operaciones Informáticas

Objetivo: Definir e implementar una estrategia de recuperación informática en caso de eventos o contingencias que puedan afectar el desarrollo de las operaciones.

META 2015	INDICADOR
Evaluación del desempeño del Sistema por los usuarios internos igual o superior al 85%.	% de Evaluación del desempeño del Sistema por los usuarios internos (tomado de encuesta interna).
Plan de acción para contingencias que afecten el desarrollo de operaciones	% de cumplimiento plan de acción definida

META POR AÑO	2012	2013
Evaluación del desempeño del Sistema por los usuarios internos (tomado de encuesta interna)	85%	90%
Plan de acción para contingencias que afecten el desarrollo de operaciones	Permanente	Permanente



Plan de acción

Consolidación perspectiva financiera con incremento de rentabilidad y solidez financiera

- Desarrollar el Plan Marketing 2014-2016
- Negociación con nuevos financiadores
- Convenios con Clínicas área de influencia para referencia
- Fortalecimiento negociación con SIS
- Presupuestación por resultados
- Reducción costos por economía de escala.
- Revisar y redefinir la oferta de valor.

Desarrollo de UPSS Emergencias para mejoramiento continuo HNSEB

- Consolidación portafolio de servicios
- Creación unidades de atención prioritaria
- Inclusión nuevos servicios a coberturas
- Proyectos inversión para mejorar infraestructura
- Desarrollo Guías de Práctica Clínica y protocolos