

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POST GRADO



**ANÁLISIS DE LA DEMANDA EN RELACIÓN CON LA
OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PEDIÁTRICOS
EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA
SEGURIDAD SOCIAL (ESSALUD).**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Medicina

AUTOR

Miguel Angel Hermoza Mogollón

Lima – Perú

2006

A MIS PADRES
LUIS Y HORTENCIA
POR ENSEÑARME A PERSEVERAR
EN EL LOGRO DE MIS OBJETIVOS

A MIS MAESTROS
POR PROPORCIONARME
LAS HERRAMIENTAS PARA
LOGRAR ALCANZAR MIS
OBJETIVOS

A MI ESPOSA LUZ,
A MIS HIJOS LUIS MIGUEL, NORMA
VERUSHKA Y MIGUEL ANTONIO;
POR SER UN ESTÍMULO CONSTANTE
PARA EL LOGRO DE MIS OBJETIVOS

AL SEÑOR DOCTOR
JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO
POR SUS ORIENTACIONES EN LA
CONFECCIÓN DE ESTA
TESIS DOCTORAL

ÍNDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	4
INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEÓRICO	9
1. El mercado de bienes y servicios	9
2. La salud	11
3. El mercado de servicios de salud	13
4. Fallas del mercado de servicios de salud	16
5. La demanda por servicios de salud	21
6. Conformación de la demanda por servicios de salud	25
7. La oferta de servicios de salud	33
8. Seguros privados de salud	39
9. Seguro social de salud	49
10. Seguridad social de salud en el Perú	53
MATERIAL Y MÉTODO	55
RESULTADOS	64
1. Capacidad instalada	64
2. Población adscrita	67
3. Consulta externa	68
4. Hospitalización	72
5. Centro Quirúrgico Pediátrico	75
6. Servicio de Emergencia Pediátrica	76
7. Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos	77
8. Referencias y contrarreferencias	78

DISCUSIÓN	81
1. Capacidad instalada	82
2. Consulta externa	94
3. Hospitalización	107
4. Centro Quirúrgico Pediátrico	117
5. Servicio de Emergencia Pediátrica	122
6. Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos	128
7. Referencias y contrarreferencias	129
8. Consideraciones finales	134
CONCLUSIONES	138
RECOMENDACIONES	140
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142
LEGISLACIÓN Y NORMATIVIDAD	157
ANEXOS	159
1. Gráficas	160
2. Tablas	174
3. Cuadros	232
4. Propuesta de Referencias y contrarreferencias pediátricas	239

RESUMEN

Continuamente se divulgan, en los diversos medios de información, quejas que desdicen de la calidad de la atención médica que reciben los usuarios de la Seguridad Social en Salud (ESSALUD). El diferimiento de citas en consulta externa, la postergación de intervenciones quirúrgicas por falta de cupos en los quirófanos, la imposibilidad de hospitalizar pacientes por el alto porcentaje de ocupación de las camas hospitalarias, que en algunos servicios sobrepasa el 100%, la falta de medicamentos, los equipos biomédicos obsoletos incapaces de cubrir la demanda de exámenes auxiliares, etc.; son algunas de las de mayor interés en vista de la mala imagen que causan a la institución por la falta de atención oportuna, terminando algunas de ellas en conflictos médico-legales con altos costos de no calidad.

La atención pediátrica no escapa a esta problemática desconociéndose la demanda real de estos servicios y la capacidad de la oferta para satisfacerlos adecuadamente, situación que motiva la realización de este estudio con el objetivo de determinar la demanda progresivamente creciente por los servicios de salud pediátricos brindados por un hospital de IV nivel y de alta complejidad resolutive del sistema de Seguridad Social en Salud y su relación con la producción de los mismos, a fin de determinar la brecha entre demanda y oferta y las causas de ella, y, a través de este diagnóstico, sugerir algunas recomendaciones que permitan mejorar la atención de salud de los niños derechohabientes referidos a los hospitales nacionales o de mayor complejidad al establecimiento de salud de origen.

El estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo y observacional y se realiza a través de la revisión de las estadísticas de producción de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos del Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” ESSALUD, cabeza de la Red Asistencial Rebagliati, escogido por ser un hospital de nivel IV de alta capacidad resolutive. Adicionalmente se revisan, también, las estadísticas de producción de los Servicios de Emergencia y Cuidados Intensivos Pediátricos porque de alguna manera reflejan la oferta y demanda de los

Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos. También se revisan las estadísticas de Unidad de Referencias y Contrarreferencias para determinar, de algún modo, la capacidad de contención de la demanda pediátrica de los establecimientos de salud periféricos de la Red Asistencial Rebagliati.

Se encontró que el número de médicos pediatras, clínicos y quirúrgicos, generales y subespecializados; y el número de camas de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos del Hospital son insuficientes para satisfacer la demanda de la población pediátrica (menores de 14 años) asignada a la Red. A pesar de ello, la capacidad instalada, oferta, de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos superó a la demanda por lo que se presenta subutilizada y mal gestionada en la consulta externa y en el centro quirúrgico pediátrico. A su vez, las áreas de hospitalización de ambos Servicios se convirtieron en “cuellos de botella” para las áreas de consulta externa de los mismos y para los Servicios de Emergencia y Cuidados Intensivos Pediátricos debido al alto porcentaje de ocupación de sus camas censables. Casi el 70% de los pacientes egresados de las áreas de hospitalización de ambos Servicios ingresaron por Emergencia Pediátrica y muchos de ellos con más de 24 y aún de 48 horas de permanencia en las salas de observación dejando sólo una disponibilidad del 30% de camas para los ingresos por consulta externa y transferencias internas. Por otro lado, predominaron las intervenciones quirúrgicas menores y mayores en desmedro de las especializadas de alta y mediana complejidad lo que indica que la capacidad instalada quirúrgica pediátrica de los establecimientos periféricos de la Red Asistencial no tienen capacidad resolutive generándose referencias innecesarias, incrementándose costos y demostrándose la ineficiencia del sistema.

Se concluye que existe una subutilización de la capacidad instalada en las áreas de mayor imagen institucional, consulta externa y centro quirúrgico, un mal dimensionamiento de la demanda para cada establecimiento de salud de la Red Asistencial y una jerarquización por capacidad de resolución inadecuada de los mismos lo que ocasiona congestionamiento de los Servicios Pediátricos del Hospital con patologías que podrían ser resultas a niveles inferiores de atención.

Se recomienda, entre otras, un dimensionamiento real de la demanda de atención pediátrica de los establecimientos de salud periféricos de la Red Asistencial, una nueva jerarquización de los establecimientos de salud de la Red Asistencial Rebagliati y otras Redes Asistenciales en función de su población adscrita y su real capacidad de resolución y el establecimiento de normas de referencia y contrarreferencia específicas para las especialidades pediátricas, previo potenciamiento de los establecimientos periféricos de la Red Asistencial empezando por los de menor nivel, que permitan un uso más eficiente de los recursos para la atención pediátrica de la Red Asistencial Rebagliati.

SUMMARY

Frequently, we are informed by the media many complaints of the users of the Health Social Security (ESSALUD) for the attention received. Long wait for external consultation appointments, surgical interventions postponed due to deficiency of medical operation turns in operating rooms, inability to hospitalize patients because of high percentage of occupied beds which in some services exceed 100%, deficit of drugs, obsolete biomedical equipments inadequate to satisfy the demand of auxiliary examinations, etc.; are some of the major these concerns for being the cause of bad image of the institution ending up in legal actions with elevated cost.

Paediatric attention doesn't escape this problem because we don't know the real demand of these services and the capacity to supply them properly. This situation encourage me to do this work which purpose is to calculate the progressive crescent demand for paediatric health services supplied for a IV level and high complexity resolution hospital of the Health Social Insurance and its relationship with the service production, in order to establish the breach between demand and supply and its causes, through this diagnosis make suggestions will allow to improve the health attention of the children refered from other health centres of minor complexity level.

This study is descriptive, retrospective and observable type and was made by checking the statistics of production of Paediatric Clinic and Paediatric Surgery Services of the National Hospital "Edgardo Rebagliati Martins" (ESSALUD), head of the Rebagliati Health Net, hospital of IV level and high complexity resolution. Additionally, the statistics of production of Paediatric Emergency and Paediatric Intensive Care Services were checked because they show the supply and the demand of Paediatric Clinic and Paediatric Surgery Services. Statistics of Reference and Against Reference Unit were also checked in order to determine the contention capacity of the paediatric demand for the peripherals health centres of the Rebagliati Health Net.

I found that the number of paediatricians (clinics and surgeons, specialists and underspecialists) and the number of beds of the Paediatric Clinic and Paediatric Surgery Services of the Rebagliati Hospital are insufficient in order to satisfy the demand of paediatric population (under 14) assigned to the Net. Although, the installed capacity, the supply, of both Services surpassed the demand in External Consultation and Paediatric Surgical Centre showing bad use of the installed capacity. Also, hospitalization areas of both Services became “bottle neck” due to high occupation percent of their beds. Almost 70% discharged patients of both Services were admitted from Paediatric Emergency Service, most of them stayed there from 24 a 48 hours, leaving only 30% of the beds patients for External Consultation or internal transferences. On the other hand, minor and major surgical interventions were more frequent instead of the surgical interventions of high or medium complexity showing that the paediatric surgical installed capacity of the health centres of the Health Net have not resolutive capacity generating a significant increase in the costs showing the inadequacy of the system.

I conclude that there is underused of installed capacity in areas of major institutional image, a bad measure of the demand of the health centres of the Health Net and an inappropriate scale of resolution capacity, producing crowds in the Paediatric Services of the hospital with pathologies that could be solved in low levels of attention.

I recommend, among others, a real measure of paediatric attention demand of the peripheral health centres of the Rebagliati Health Net and the others Health Nets according to their population and the real resolution capacity and to establish rules of Reference and Against Reference specific for the paediatric specialities, previous strengthening of the peripheral centres of the Health Net beginning for the minor level in order to make a better use of the resources for paediatric attention of the Rebagliati Health Net.

INTRODUCCION

La organización y gestión de la Seguridad Social de Salud (ESSALUD), responde a los fines y objetivos de la seguridad social buscando adecuarse constantemente al otorgamiento oportuno, eficaz y con calidad de los servicios y beneficios que brinda;

para lo cual, estratégicamente, trata de fomentar la conservación y el cuidado de la salud de la población a su cargo mediante la satisfacción adecuada de sus necesidades de atención de salud, dentro de un marco de eficiencia en la producción de los servicios de salud a través del uso adecuado de los recursos institucionales (1).

Con este fin, se trató de fortalecer la integración de la oferta de los servicios de salud por niveles de complejidad crecientes mediante un diseño piramidal articulado regionalmente donde los Hospitales Nacionales de la Seguridad Social desempeñaban el rol de Centros de Referencia a nivel nacional (1).

En consideración al rol asignado a los Hospitales Nacionales del ámbito del departamento de Lima, ellos se constituyen en cabeza de red de su zona geoadministrativa, además, de recibir referencias de todo el país en las especialidades que oferten (2).

Es sabido, también, que la demanda por los servicios de salud de la Seguridad Social no disminuye, más bien se incrementa y diversifica cada vez más (3) lo que impone a sus presupuestos una carga pesada que se trata de controlar mediante el uso eficiente de los escasos recursos (4). Por otro lado, la oferta no tiene la misma capacidad de respuesta ante esta creciente demanda lo que motiva que la brecha entre demanda y oferta se amplíe cada vez más. Tampoco los servicios de salud se desarrollan dentro de los “mercados perfectos” porque no logran un equilibrio a través de las fuerzas del mercado y, por lo tanto, necesitan de la intervención de un agente colectivo, el Estado, para garantizar su buen funcionamiento y lograr el bienestar social (5).

Continuamente se divulgan, en los diversos medios de información, quejas que desdicen de la calidad de la atención que reciben los usuarios de la Seguridad Social en Salud (ESSALUD). El diferimiento de citas en consulta externa, la postergación de intervenciones quirúrgicas por falta de cupos en los quirófanos, la imposibilidad de hospitalizar pacientes por el alto porcentaje de ocupación de las camas hospitalarias, que en algunos servicios sobrepasa el 100%, la falta de medicamentos, los equipos biomédicos obsoletos incapaces de cubrir la demanda de exámenes auxiliares, etc.; son algunas de las de mayor interés en vista de la mala imagen que causan a la institución por la falta de atención oportuna, terminando algunas de ellas en conflictos médico-legales con altos costos de no calidad.

La atención de salud de los niños derechohabientes no está exenta de esta problemática máxime si la seguridad social en salud fue creada, inicialmente, para atender las necesidades de salud de las personas trabajadoras adultas.

Históricamente la atención pediátrica de la Seguridad Social se limitaba a los niños sanos menores de nueve meses de edad. El Decreto Ley N° 22482, del 27 de marzo de 1979 (A), amplía este beneficio a todos los hijos derechohabientes menores de 18 años de edad; el que se reglamenta por medio del Decreto Supremo N° 08-80-TR del 30 de abril de 1980 (B). En acatamiento a este Decreto Ley, a partir del mes de octubre de 1985 se inicia la atención de salud pediátrica

en los Hospitales Nacionales de Lima para posteriormente irse implementando en los Centros Asistenciales periféricos de la Seguridad Social sin dimensionar adecuadamente la demanda, por patologías ni por niveles de complejidad (6), la que, a su vez, se incrementa progresivamente frente a una oferta casi estática.

Ante esta coyuntura, la Seguridad Social no se encontraba preparada debido a la falta de recursos humanos especializados en atención pediátrica, a la escasez de recursos financieros para solventar satisfactoriamente la producción de estos servicios y a la infraestructura inadecuada con que se inició dicha atención; situación que ha tratado de ser modificada pero que persiste hasta ahora sin mayor variación, impidiendo brindar servicios médicos pediátricos con óptima calidad y calidez (1, 2, 6).

Esta situación motiva la realización de este estudio con el objetivo de determinar el perfil de la demanda progresivamente creciente por los servicios de salud pediátricos brindados por un hospital de IV nivel y de alta complejidad resolutive del sistema de Seguridad Social en Salud y su relación con la producción de los mismos, a fin de determinar la brecha entre demanda y oferta y las causas de ella, y, a través de este diagnóstico, sugerir algunas alternativas que permitan mejorar la atención de salud de los niños derechohabientes referidos a los hospitales nacionales o de mayor complejidad al establecimiento de salud de origen.

MARCO TEORICO

EL MERCADO DE BIENES Y SERVICIOS:

El mercado es el conjunto de actividades realizadas libremente por los agentes económicos sin la intervención del poder público (7). Son tres sus actividades económicas principales: el consumo, la producción y el intercambio de donde, el concepto de mercado surge de la interacción entre consumidores -demanda- y productores -oferta- que buscan intercambiar un bien o servicio después del cual, ambos incrementan su utilidad.

Este intercambio en el mercado se hace a través de un comportamiento racional, basado en la reflexión y no en el impulso, y por lo tanto se desarrolla de una manera mutua y voluntaria. No existiría mercado si no existieran las necesidades en las personas puesto que la razón que lleva a actuar a consumidores y productores es la búsqueda de beneficios: el consumidor busca la satisfacción de sus necesidades y el productor, ganancias o utilidades. La interacción entre demandantes y oferentes determina las características de los bienes y servicios que se intercambian en mercados específicos, entendiendo como bienes y

servicios aquellos productos, mercancías o cosas que satisfacen nuestras necesidades (8).

El precio juega un rol muy importante ya que los consumidores están dispuestos a pagar un precio por un determinado bien o servicio y los productores están, igualmente, dispuestos a vender a un precio ese mismo bien; pero finalmente quien asigna el precio es el propio mercado. “Los precios cumplen una función esencial en la economía, pues transmiten información a los consumidores y productores sobre la abundancia o escasez de los diferentes bienes y servicios, proporcionan incentivos para que su conducta sea consistente con la abundancia y escasez relativas y generan una distribución del ingreso compatible con la contribución de los distintos agentes a la satisfacción de las necesidades de la población” (9).

Los mercados pueden ser perfectamente competitivos e imperfectos. Los mercados perfectamente competitivos son aquellos en los cuales los agentes no influyen en el precio, no existen barreras de entrada y salida y hay perfecta información en los agentes sobre los eventos que pudieran tener efecto sobre el mercado. En contraparte, los mercados imperfectos son aquellos en los que falla una de estas tres condiciones (8).

En el orden social existen cuatro observaciones respecto al bienestar al que pueda conducir los mercados perfectamente competitivos (10):

1. Los mercados reales reflejan parcialmente las características exigidas al modelo del mercado perfectamente competitivo.
2. Existen situaciones en el campo social que el mercado no puede resolver satisfactoriamente.
3. El equilibrio del mercado puede satisfacer los criterios de eficiencia pero no de equidad.
4. Otros mecanismos diferentes al mercado pueden llevar al sistema a un estado eficiente.

Cuando los mercados son competitivos, el criterio para la asignación de recursos se basa en los precios que se determinan a través de la oferta y la demanda.

Los servicios de salud se encuentran inmersos en los llamados “mercados imperfectos”, es decir, dentro de un sector de la economía que no logra un equilibrio, o máximo beneficio social, a partir de la simple interacción de las fuerzas del mercado; de ahí que para lograr mayor eficiencia se requiera de la intervención de un agente colectivo que garantice el bienestar social (6).

LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad (11) por lo que se desprende que la salud tiene una dimensión biológica, una dimensión psíquica y una dimensión social. La dimensión biológica está relacionada con los eventos que ponen en peligro el estado de salud de las personas y de la comunidad como son la enfermedad, la discapacidad y la muerte y todos los problemas que se asocian a ellos. La dimensión psicológica se refiere a la interacción de la persona con otras dentro del medio en que se desenvuelve. La dimensión social esta en función a que la salud es un bien tan básico que todos tenemos derecho a ella, a su protección y a vivir en un ambiente libre de contaminación.

Pero no podemos olvidar que para lograr el estado de completo bienestar general de las personas, es decir su salud, se deben utilizar los escasos recursos de una manera óptima a fin de lograr la eficiencia productiva y la eficiencia global y beneficiar de esta manera al mayor número de personas en la satisfacción de sus necesidades de salud. Por lo tanto, la salud se convierte en un bien económico adquiriendo una nueva dimensión que es la dimensión económica de la salud. Esta se refiere al uso de los recursos para proteger, recuperar y rehabilitar la salud individual y colectiva dando el mejor uso alternativo a los recursos en general y de aquellos destinados a la salud en forma particular (12).

La satisfacción de la necesidad de tener una buena salud es individual pero también se manifiesta en términos poblacionales puesto que la satisfacción de esta necesidad se da dentro de un proceso de socialización. Tener una población sana reducirá el gasto en salud e incrementará sus posibilidades de trabajar y desarrollar actividades, no sólo económicas, que la llevarán al bienestar general, a mejorar su proyección de vida y a mejorar el uso de sus recursos destinados a otro tipo de satisfacciones. Contrariamente, poblaciones con estados de salud precarios, con alta proporción de personas en riesgo de enfermar o no sanas, limitan el desarrollo de los países y el bienestar general porque inducen a un mayor gasto y mayor uso de recursos, lamentablemente escasos, con una disminución de la productividad, la producción y el desarrollo económico (8). La salud es una preocupación constante de las personas y de las diferentes formas de gobierno que se han dado en las sociedades y por lo tanto debe ser enfocada desde el punto de vista individual y poblacional.

Desde este punto de vista, la salud, el estado de completo bienestar físico, psíquico y social; es un proceso que integra las condiciones internas propias de las personas con el entorno social donde la persona nace, vive y se desarrolla. Esto quiere decir que existen factores determinantes o de riesgos tanto personales como colectivos o sociales algunos de ellos no modificables o parcialmente modificables y otros controlables que, algunos de ellos, escapan al sector sanitario (13).

Los determinantes de la salud son paramétricos y variables. Son factores paramétricos la genética, el carácter y el medio ambiente. Dentro de ellos, el carácter y el medio ambiente pueden ser modificables dentro de ciertos rangos mientras que, la genética es de naturaleza inamovible, aunque actualmente existen avances que en el futuro podrían, también, modificarlo.

Los determinantes variables controlables pueden ser sanitarios y no sanitarios. Dentro de las primeras se encuentran todas las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; el control del medio ambiente; las normas para la producción de prestaciones de salud, insumos, fármacos, equipos

e instalaciones médicas y todas las acciones dirigidas al desarrollo de los recursos humanos y al desarrollo tecnológico.

Son factores determinantes variables controlables no sanitarios el saneamiento básico, la vivienda, la educación general, la alimentación que están estrechamente ligados al desarrollo económico y a la distribución del ingreso de las sociedades y son indicadores del nivel de vida alcanzado por los integrantes de la misma.

Todos estos determinantes relacionan el proceso social y el desarrollo de la población y buscan mejorar la esperanza y calidad de vida individual y colectiva al aumentar el estado de salud en el tiempo.

Dado el estado de salud alcanzado por las diferentes poblaciones que implican diferentes perfiles epidemiológicos y por lo tanto distintas acciones y servicios de salud es que se definen distintas características del mercado de servicios de salud (8).

EL MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD.

El consumo, es el uso que se hace de un bien o servicio con la finalidad de satisfacer una necesidad. El mantenimiento de la salud depende del consumo de mercancías y bienes y servicios, duraderos o perecederos, que no se limitan sólo al ámbito de los servicios de salud, pero que de alguna manera actúan como determinantes de la salud (14).

En el mercado de servicios de salud, también, se desarrolla la competencia y la eficiencia. Los consumidores, actuando como demanda, tratarán de satisfacer sus necesidades de salud, de acuerdo a sus preferencias y restricciones, buscando el mejor producto a menores precios. Por su parte, los productores, actuando como ofertantes de bienes y servicios de salud, en el afán de ofrecer mejores productos a menores precios y así poder competir con otros productores, se verán obligados a ser eficientes; pues los que no logren producir un mismo bien o servicio similar

o superior que sus competidores, serán expulsados del mercado de estos bienes y servicios (8).

Las personas obtendrán la mayoría de prestaciones de salud vía el intercambio, mediante la oferta y la demanda, los tres pilares del mercado (13) pero, a diferencia de otros bienes en que la especialización en su producción y el intercambio pueden ser totales, con las limitaciones propias que se presentan al actuar sobre el individuo que, mediante sus conductas y hábitos, contribuye a mantener y fomentar su salud o a deteriorarla (8). Entonces, el mercado de servicios de salud confirma la existencia de un intercambio de servicios entre las personas que necesitan estar sanas y los ofertantes que prestan los servicios (Gráfica N° 1). Es importante, por lo tanto, reconocer que la salud se produce y se consume dentro de un mercado como cualquier otro bien o servicio y por eso se debe conocer la demanda y oferta de los servicios de salud.

En el caso de la demanda de salud, existen algunos elementos que hacen que la valoración individual de los beneficios de estar sano, estén por debajo de la valoración social. La existencia de elementos condicionantes tales como: externalidades, relativa ignorancia del consumidor, demanda inducida, condición monopólica y el hecho de que la salud sea un bien meritorio; hacen que la demanda en salud defiera ampliamente de la demanda de otros bienes y servicios y por lo tanto, no es posible lograr un equilibrio como resultado del juego de la oferta y demanda que surge al interior del sector. Contrariamente, se debe estudiar la oferta de servicios de salud a producir y por consiguiente el análisis del proceso y funciones de producción a nivel sectorial (14).

Como se ha mencionado, la salud es un bien meritorio o tutelar por cuanto su intercambio, en concepto de quien gobierna, no debe estar relacionado con su precio. El Estado organiza el sistema de salud interviniendo dentro de él

como productor o promotor, como financiador o como regulador; de modo que los mecanismos del mercado a través del precio sean sustituidos, parcial o totalmente, por medio del aseguramiento y la diversificación del riesgo de la población a enfermarse (8).

El mercado de servicios de salud es un mercado de competencia imperfecta por lo que se hace necesaria la intervención y regulación por parte del Estado a fin de corregir sus fallos y lograr mejores condiciones competitivas. Sin embargo, a pesar de la presencia del Estado en este mercado, también se da el intercambio vía el precio. Esto ocurre cuando se trata de mercados privados de salud, es decir, cuando el proceso funciona como un bien cualquiera.

Una característica importante del mercado de servicios de salud es el rol hegemónico de los médicos ya que concentran el saber y las tecnologías cruciales tanto para la producción de las prestaciones intercambiadas como para las autoconsumidas.

Los mercados de servicios de salud se comportan de manera distinta que los mercados competitivos debido a sus fallos, sus características definen un conjunto de particularidades especiales como: la naturaleza de la demanda, el comportamiento esperado de los médicos, el producto incierto, naturaleza de la oferta y la política de precios. No satisfacen las condiciones de los mercados perfectamente competitivos debido a la asimetría de la información en desmedro del consumidor, al escaso número de proveedores que limita la competencia, al financiamiento de los servicios por aportes indirectos o de terceros ocasionando condiciones de irresponsabilidad de la demanda y a la ausencia de ánimo de lucro lo que induce a la ineficiencia de la oferta (Cuadro N° 1) (8, 15).

Otro problema de los mercados de salud es la ausencia de equidad debido a la distribución desigual del ingreso y aún si el mercado privado es eficiente puede no proveer del servicio a quien no tenga dinero para pagar el precio del tratamiento.

Para solucionar este problema, dado que la salud es un bien meritorio, el Estado interviene, además de ser siempre el regulador del mercado, como proveedor, financiador o comprador de servicios de salud para personas más necesitadas.

Una forma que los gobiernos utilizan para que las poblaciones más necesitadas y con mayor riesgo de enfermar puedan acceder a los servicios de salud son los subsidios mediante la transferencia de recursos desde las personas más pudientes hacia las más necesitadas. Los subsidios pueden ser de dos tipos: subsidios a la oferta y subsidios a la demanda.

El subsidio a la oferta ocurre cuando el proveedor de las prestaciones de salud reciben la transferencia de recursos en forma directa de la institución administradora mientras que, el subsidio a la demanda existe cada vez que la persona demandante subsidiada es habilitada por la entidad administradora de los recursos, de alguna manera, para disponer de un poder de compra equivalente al total del valor de la prestación de salud recibida, habiendo solventado previamente de su peculio una fracción del costo que, en términos técnicos, corresponde a dicho valor.

La alternabilidad de los proveedores y los subsidios a la demanda generan, en los usuarios, sensibilidad al costo en los usuarios y sensibilidad al paciente en los proveedores, ya que este percibe que su financiamiento depende de la decisión de él.

FALLAS DEL MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD.

Como se ha mencionado en los mercados de servicios de salud son mercados imperfectos en los cuales no existe la competencia completamente perfecta y por lo tanto está propenso a una serie de fallas las que deben ser aminoradas o disminuidas mediante la intervención del Estado regulándolo y encontrando los mejores mecanismos para la asignación de recursos.

Las principales fallas de los mercados de servicios de salud son (8, 10, 13, 16):

1. BIENES PUBLICOS:

Los bienes públicos son aquellos cuyo consumo no es exclusividad de una persona sino que beneficia a muchas, que la cantidad consumida del bien por una persona no ocasiona la disminución de la cantidad consumida por otras personas y que no sea posible excluir a nadie de su beneficio. Bajo este principio, los servicios de salud no son bienes públicos y por lo tanto la respuesta institucional del Estado ante esta falla del mercado es la provisión pública de estos servicios. El efecto colateral de esta intervención es la aparición de los polizones o “free riders”.

2. EXTERNALIDADES:

Las externalidades pueden ser positivas y negativas y son los beneficios o perjuicios que se causan a una tercera persona como consecuencia de la producción o consumo de los servicios de salud. Las enfermedades infecciosas, los estilos de vida peligrosos y descuidados, la presión sobre el medio ambiente, las vacunaciones, la investigación, el acceso a la información; traen consigo beneficios o perjuicios a terceras personas. La respuesta del Estado ante esta falla del mercado de servicios de salud es la búsqueda de externalidades positivas mediante la provisión pública de servicios de salud, los subsidios a la oferta y la demanda y la asistencia benéfica. El efecto secundario de esta intervención estatal es, también, la aparición de polizones.

3. INCERTIDUMBRE EN RELACION A LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS:

En vista que cada paciente es un ser individual y responde de diferente manera ante una misma enfermedad –no hay enfermedades, hay enfermos- es que existe falta de certeza para apreciar los síntomas y signos que presenta y para establecer una relación certera entre ellos y la enfermedad que padece motivando la existencia de múltiples tratamientos para la misma enfermedad. La respuesta del Estado ante esta falla del mercado es la regulación del ejercicio profesional de los médicos de

manera autorregulada, a través de los Colegios Profesionales o las Instituciones Académicas Especializadas, o desde el gobierno mismo. La respuesta colateral a la intervención reguladora del Estado es el excesivo poder monopólico que han adquirido los Colegios Profesionales o las Sociedades Médicas Especializadas.

4. INCERTIDUMBRE RESPECTO A LA INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD:

No existe certeza de cuando una persona va a enfermarse ni de que tipo de enfermedad va a contraer y menos, que consecuencias puede tener esta sobre su economía. El estado responde a esta falla del mercado de servicios de salud convirtiendo a la salud en un bien tutelar apareciendo los seguros públicos, sociales y privados para diversificar el riesgo a enfermarse, disminuyendo los precios a pagar por el acceso a estos servicios, los que tienen tendencia a cero si se trata de seguros públicos. El efecto colateral adverso de esta respuesta estatal es el consumo excesivo, “moral hazard”, de los servicios de salud seguido de la pérdida de la economía de escala en la producción de estos servicios, información insuficiente para el establecimiento de las primas de los seguros de salud y la selección adversa; conduciendo todo ello a pérdida del bienestar social.

5. ASIMETRÍA DE LA INFORMACIÓN:

El médico posee todo el saber y las tecnologías necesarias para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mientras que el paciente-consumidor ignora parcial o totalmente qué es lo que tiene y qué es lo que le hará bien lo que lleva a una hegemonía de la información por parte del médico. El control de la información por parte de la profesión médica consiste en una serie de normas y medidas dictadas por sus diferentes asociaciones dificulta la competencia de precios entre proveedores, facilita la diferenciación de los productos, obstaculiza la difusión de los resultados de las acciones de salud y evita la publicidad desplazando la competencia a lo que se percibe como calidad del producto o servicio recibido. Las normas deontológicas y éticas de la profesión médica están dirigidas a mantener esta calidad y a preservar los elevados estándares de la

profesión. El Estado responde ante esta falla mediante la relación de agencia. La agencia son agentes intermedios informados y técnicamente capacitados que asesoran a los usuarios en beneficio de sus intereses y deben tener ciertas características para actuar como tales: independencia para determinar la necesidad real del paciente-consumidor, propiciar una disminución de los abusos de los proveedores de los servicios de salud, inducir a la reducción del consumo por parte del paciente-consumidor, preocupación por la calidad de la atención de salud recibida y tendencia a la disminución del gasto de las instituciones prestadoras de los servicios de salud.

6. COLUSION ENTRE LOS PROVEEDORES:

Es la concertación entre los diversos proveedores de servicios de salud para no competir estableciendo acuerdos respecto a los precios a cobrar. El argumento “ético” esgrimido es que la competencia de precios disminuye la calidad de los servicios y pone en peligro la vida de los pacientes-consumidores. Por otro lado, la ausencia de competencia propiciaría una falta de superación entre los proveedores que conduciría a un deterioro de la calidad de los servicios de salud brindados. Las sociedades profesionales, a la vez que regulan las condiciones para el ejercicio profesional, acostumbran a establecer los aranceles a cobrar por sus miembros creando una estructura de mercados monopólicos. El Estado a través de leyes antimonopólicas que garantizan la libre competencia y penalizan la concertación de precios y de la creación de organizaciones destinadas a la protección del consumidor trata de dar respuesta a esta falla del mercado de los servicios de salud aunque su intervención deja mucho que desear ante el poder monopólico de los proveedores de los servicios de salud.

7. DIFERENCIACIÓN DE PRODUCTOS Y DISCRIMINACIÓN DE PRECIOS:

En medicina el argumento que suele emplearse para la diferenciación del producto es que cada paciente es diferente debido a la multifactorialidad de elementos que definen su condición y por lo tanto habrá variaciones en los procedimientos y en los pagos. Los proveedores de servicios de salud

rápidamente se adecuan a las necesidades del paciente-consumidor y el mismo producto o servicios es presentado con distintas “amenidades” ocasionando que los precios sean distintos en virtud de cómo es presentado el mismo producto. Por otro lado, otra justificación para la discriminación de precios es que las condiciones socioeconómicas de los pacientes-consumidores no son las mismas y que el proveedor es sensible a ellas actuando como agente redistributivo, prestando sus servicios a los más necesitados sin importarle su capacidad de pago. La diferenciación de los servicios de salud y la discriminación de precios son prácticas que maximizan la utilidad del proveedor, reducen la utilidad del paciente-consumidor e involucran una pérdida de eficiencia económica. Una intervención del Estado para corregir esta falla del mercado es muy difícil, por no decir imposible, en vista que está estrechamente ligada a las preferencias y libertad de elección del paciente-consumidor.

Como se ha mencionado, el Estado juega un rol preponderante en la corrección de los fallos de los mercados de servicios de salud pero desde el análisis económico se observa que también existen fallas en la intervención estatal indicando que, el Estado, no está actuando por el bienestar de las personas.

Las principales fallas de la intervención estatal en los mercados de servicios de salud son (16):

1. No existe competencia ni posibilidad de quiebra de las empresas e instituciones estatales prestadoras de salud debido a la falta de incentivos individuales, a la imposibilidad de particularizar el rendimiento de las personas y a la estabilidad laboral.
2. Demasiado énfasis en la legalidad que malogra todo intento de eficiencia en los servicios de salud al proteger lo administrativo y “prevenir la arbitrariedad” contradiciendo la capacidad de gestión y la discrecionalidad de las autoridades de dichos servicios.

3. Existencia de internalidades en los políticos que, debido a una desviación del poder, llevan a convertir en público un interés particular. La existencia de internalidades ocasiona que costos y beneficios privados sean incluidos en el cálculo de las decisiones sociales y así definir como un objetivo social lo que es un objetivo particular, asignándose recursos y prioridad a un tema que sólo interesa a una persona.
4. Las patologías burocráticas que impiden que los servicios de salud públicos se enfrenten a la prueba final del mercado.
5. Incapacidad de adquirir compromisos a largo plazo y a exigir el cumplimiento de tales compromisos a los gobiernos sucesivos debido a la inexistencia de normas que los obliguen a ello.
6. Inequidad en la asignación de recursos a los servicios de salud provocando privilegios y corrupción.
7. Discordancia entre ingresos y costos de los servicios de salud. Los costos en el Estado son crecientes y redundantes, los ingresos son obtenidos de manera coactiva y los incentivos a la eficiencia son secundarios.

Ante todo esto, el rol del Estado en la regulación del mercado de servicios de salud debe consistir en la búsqueda de la competencia, no como un fin sino como un medio.

El fracaso de esta regulación se producirá si en el sector salud existe colusión de proveedores, competencia vía diferenciación del producto, costos de transacción superiores a los beneficios derivados de ella y si los regulados controlan el aparato regulador.

LA DEMANDA POR SERVICIOS DE SALUD.

La demanda de las personas por servicios de salud deriva de la necesidad que tiene la persona de estar sano o de recuperar su salud cuando está enfermo.

Existen dos bienes diferenciados demandados en el mercado de servicios de salud: la salud, que tiene características de bien meritario o tutelar y la atención o asistencia sanitaria, que es un flujo desarrollado a lo largo de un período determinado de tiempo (17).

La demanda de salud considera al individuo como una unidad de producción de capital humano. Al ser la salud un bien preferente el individuo tiene incentivos privados a invertir en salud, mejorando su reserva de capital humano que se va depreciando con la edad lo que se traduce en un incremento de la productividad, creatividad y capacidad de trabajo individual permitiéndole elevar su competitividad en el mercado laboral y mejorar, consecuentemente, su calidad de vida; e, igualmente, los incentivos de carácter social a la inversión en salud generará externalidades de beneficios de carácter social que llevarán al desarrollo socioeconómico de las sociedades (14, 17 - 19).

La demanda de atención sanitaria implica que el individuo se comporte como un consumidor típico dentro del mercado de servicios de salud, es decir, se enfrenta mediante la elección libre y racional de consumir un bien o servicio de salud para recuperar la salud perdida o al consumo de otros bienes o servicios, dentro de su restricción presupuestaria tratando de maximizar el bienestar determinado conjuntamente por el consumo de un bien o servicio sanitario y un bien compuesto por el resto de los bienes de la economía (17).

La demanda de servicios de salud es irregular e impredecible y está asociada a una probabilidad relativamente alta de disminución de nuestra integridad personal y de la capacidad para generar ingresos; por eso, los cuidados médicos sólo brindan satisfacción al recuperar la salud ante una enfermedad que no sólo es un riesgo, sino un riesgo muy costoso.

El paciente-consumidor desconoce las formas de satisfacer su necesidad de salud. Las personas normalmente perciben de manera acertada las necesidades que satisfacen la mayoría de bienes o servicios. En el caso de la salud, desconocemos la naturaleza exacta de la necesidad –el diagnóstico- y de las prestaciones de salud que contribuirán satisfacerla –las terapias (13). Ante esta asimetría de la información se establece una relación de confianza entre el paciente y el médico esperando, el paciente, que su interés en recuperar la salud prime en el comportamiento del médico. Esta relación conduce a que el médico decida por el paciente lo que requiere para mejorar su estado de salud. Entonces estamos ante una situación especial del mercado en la cual el paciente-consumidor no decide ni demanda un servicio de salud por sí mismo delegando esta decisión al médico quien, como poseedor de la información, induce al paciente-consumidor a optar por uno u otro servicio produciéndose un tipo de demanda que se llama demanda derivada o demanda inducida puesto que los servicios de salud no son demandados por sí mismos por el paciente-consumidor, sino por el médico (8, 20).

Como se ve, el médico cumple doble función: por un lado actúa en interés del paciente decidiendo la prestación de salud que necesita y, por otro, en función de sus propios intereses como oferente de la prestación elegida por él mismo; por ello es capaz de inducir la demanda provocando que el paciente acuda a él cuantas veces se lo solicite.

Los proveedores típicamente actúan como agentes bien intencionados recomendando cuidados solamente en interés del paciente aunque pueden generar una sustancial demanda perturbando el funcionamiento del mercado de servicios de salud lo que puede conducir a fallas del mercado (8).

La demanda inducida o derivada proporciona una importante justificación teórica para intervenir en el mercado. Los consumidores pagan más de lo necesario, renuncian al consumo de otros bienes y servicios y los médicos mantienen su monopolio. Esto tiene dos implicancias económicas: una positiva y otra normativa. En la primera, la demanda y la oferta dejan de ser independientes incumpléndose

una de las condiciones esenciales para que el mercado sea un eficiente mecanismo de asignación de recursos al sector salud y, en la segunda, la soberanía del consumidor deja de ser la justificación de la utilización de los servicios de salud (10).

La asimetría de la información crea, además de provocar la demanda inducida, una relación de agencia (10, 21, 22). En la relación de agencia interactúan el principal y el agente. En el caso de la relación en salud, el principal es el paciente y el agente, el médico. El principal –paciente- delega su autoridad en el agente –médico-, que muchas veces es el proveedor del servicio de salud puesto que reconoce que está desinformado. Entonces, el agente perfecto es aquel que elegiría lo mismo que el paciente hubiera elegido si estuviera bien informado.

Cuando algún conflicto se presenta, el agente perfecto se enfoca en las necesidades del paciente y no en él mismo pero, el problema del principal es tener la certeza que el agente esta actuando en beneficio del principal. Estas dudas pueden ser subsanadas mediante una relación médico paciente continua y por las organizaciones de mantenimiento de la salud y las licencias para el ejercicio profesional, las acreditaciones y recertificaciones de los profesionales y los códigos de ética de las profesiones, limitan la habilidad de los proveedores a desviarse de sus responsabilidades de agencia (8).

Además de las características ya descritas, existe la tendencia a priorizar la salud sobre los demás bienes y en muchos casos se asigna a los bienes de salud una utilidad superior a la real lo que induce a un sobre consumo de las prestaciones de salud elevándose, consecuentemente, los riesgos de iatrogenias. Esta tendencia al consumo excesivo puede ser revertida mediante la educación sanitaria, los copagos por la atención recibida que promuevan una conciencia de los costos y por los sistemas de referencia y contrarreferencia por niveles de complejidad del sistema sanitario (8, 10).

La tendencia a consumir más prestaciones de salud genera presiones alcistas en los precios unitarios o aranceles de los servicios ocasionando exceso del gasto en

salud y pérdida de calidad de la atención sanitaria lo que puede moderarse o evitarse mediante mecanismos de participación en los costos (cost sharing) o de recuperación de costos (cost recovery); que buscan imponer algún costo monetario al bolsillo de los usuarios de los servicios de salud para sensibilizarlos frente a los precios y al gasto (10).

El punto fundamental del estudio de la demanda por servicios de salud es determinar el grado de equidad con que ellos son recibidos por los diversos segmentos de la población a fin de plantear políticas y estrategias que, con los escasos recursos disponibles, se beneficie al mayor número de individuos. La ausencia de estos estudios impide diseñar esquemas de financiamiento sostenibles a largo plazo de los servicios de salud y el diseño de tarifas por atención recibida que permitan el acceso, a estos servicios, de los más necesitados (24).

CONFORMACIÓN DE LA DEMANDA POR SERVICIOS DE SALUD.

La demanda por servicios de salud es la cantidad de un cierto tipo de atención de salud que una o más personas están dispuestas a consumir, durante un período de tiempo, de uno o más proveedores en función de las características de las personas y los proveedores mismos.

Existen barreras para acceder a los servicios de salud que interfieren con su demanda y consumo. Estas pueden ser económicas, socioculturales, demográficas, geográficas y organizacionales. Pero, así como existen barreras de acceso a los servicios de salud, también los demandantes de estos servicios tienen razones para elegirlos, tales como: confianza o costumbre del usuario hacia el establecimiento de salud o al médico que lo atiende o por recomendación de otra persona de su entorno amical, por el precio del servicio, por la cercanía a su domicilio del establecimiento de salud o por ser el único establecimiento en la comunidad o por el simple hecho de hacer valer su derecho a la atención de salud (25).

Dentro de los múltiples factores que influyen en la demanda de servicios de salud están: el precio de la consulta, el precio de los medicamentos, el ingreso disponible, los costos de transporte, los tiempos de espera, el trato recibido, la calidad clínica del servicio recibido, los factores demográficos de la familia, los hábitos y costumbres de las personas, los seguros de salud; entre otros que serán analizados posteriormente (21, 23, 24, 26).

Desde el punto de vista económico la persona determina su demanda por servicios de salud tratando de maximizar su salud variando la cantidad de atención médica que desea obtener según sus preferencias y los atributo de los proveedores (8).

La función de demanda por servicios de salud es un proceso de comportamiento dinámico en el cual se combinan recursos, conocimientos y patrones de comportamiento con la tecnología, los servicios y la información disponible; con la finalidad de poder promover, mantener y restaurar la salud individual y colectiva (21, 24, 27). Se representa de la siguiente manera:

$$QSS = f \{ P, S, t, Po, Y, ES, edad, sexo, E, C, \dots \}$$

Donde, Q : demanda

SS : servicio de salud

f : función

P : precio del servicio de salud

S : seguro de salud

t : precio del tiempo

Po : precio de otros bienes

Y : ingreso del demandante

ES : estado de salud del demandante

E : educación

C : calidad clínica de la atención

... : otras variables (trato recibido, creencias, costumbres y hábitos, etc.).

Desde la economía, entonces, se describe la función de la demanda de los servicios de salud como una función de las características de las personas y los atributos de los oferentes, algunas de las cuales se discutirán.

1. ESTADO DE SALUD:

Todas las personas nacemos con un stock de salud el que se va depreciando a través de los años por medio del envejecimiento, pero nada mas sucederá si el sujeto no se enferma.

Mantener este stock de salud o capital humano motiva que los individuos y los gobiernos inviertan en salud para minimizar los efectos de los años o de las enfermedades prevenibles. De esta manera se evita la pérdida de productividad de las empresas y la pérdida de salario de las personas a la vez que se incrementa el capital físico del individuo y mejora su calidad de vida y la de su familia (19).

En cambio, si el individuo enferma, su stock o capital de salud caerá bruscamente en un monto directamente proporcional a la gravedad del daño o enfermedad que lo aqueja y, por lo tanto, para retornar al estado de salud previo al acontecimiento demandará de cuidados de salud en un monto, también, directamente proporcional a la magnitud del daño, mientras el cuidado médico tenga alguna habilidad para curar al enfermo (8). Entonces, el estado de salud de la persona al final del episodio de la enfermedad será:

$$ES = ES_1 - Enf + g(M)$$

ES : Estado de salud posterior a la enfermedad.

ES₁ : Estado de salud antes de la enfermedad.

Enf : Episodio de enfermedad.

g : Compensación del cuidado médico.

M : Cuidados médicos.

2. FACTORES SISTEMATICOS:

La tasa de depreciación del estado de salud de las personas varía de acuerdo a algunos factores de los cuales los más importantes son la predisposición genética, la edad y el sexo. Por otro lado, existen grupos poblacionales con mayor riesgo a enfermar que otros.

Existen enfermedades que se presentan a determinadas edades y otras que ocurren sólo a hombres o mujeres y por lo tanto, se convierten en factores que incidirán en la función de la demanda de servicios de salud pero, sobretodo, en la función de producción de los mismos; puesto que se tendrán que producir servicios específicos para estos grupos.

3. CREENCIAS:

Las creencias de las personas acerca de la eficacia de los cuidados de salud influye en la demanda por servicios de salud. Muchas personas siguen usando métodos curativos que son descartados por la ciencia médica mientras que otros confían en ella y, por lo tanto, influyen, positiva o negativamente, en la función de demanda de servicios de salud.

4. CONSEJO DE PROVEEDORES:

Los consumidores o pacientes dependen de los consejos de los proveedores de servicios de salud para la elección de cuando usar un cuidado de salud, para elegir un tratamiento o para cuantificar el mismo; debido a que carece de la información necesaria para tomar una decisión por si solo. Esta situación puede propiciar que el proveedor, médico o trabajador de la salud, anteponga sus intereses personales ante los intereses de los consumidores pacientes.

Por otro lado, no siempre los pacientes siguen a los proveedores pero parece quedar claro que, este consejo, si se puede afectar sus decisiones al elegir un determinado cuidado de salud.

5. INGRESO:

Como todo bien económico, la demanda por servicios de salud puede depender del ingreso de las personas y familias.

El cuidado de la salud es considerado un bien normal por cuanto presentan elasticidad positiva al incrementarse el ingreso, es decir, a mayor ingreso se produce mayor demanda por estos cuidados.

La elasticidad del ingreso también permite definir cuando un bien es necesario o de lujo. Cuando la elasticidad del ingreso se encuentra entre 0 y +1 se trata de bienes económicos necesarios, es decir, no existe un incremento desmesurado de la demanda; mientras que, son considerados bienes de lujo cuando la elasticidad es mayor de +1 (8, 21, 24).

6. PRECIO:

La restricción presupuestaria define las limitaciones de posibilidades de consumo del individuo y por lo tanto comprará más de algún bien cuando su precio cae y sucederá lo contrario cuando este se incrementa. Del mismo modo, la variación del precio de otros bienes determina una variación de la cantidad demandada en el mismo sentido si los bienes son sustitutos o en sentido contrario si los bienes son complementarios (17)

La mayoría de elasticidades de los precios están dentro del rango de 0 a -1 indicando que el consumidor tiene respuestas responsables al incremento de los precios de los bienes económicos. Los cuidados de la salud se enmarcan dentro de esta elasticidad del precio negativa.

El precio es el valor pecuniario que un consumidor estaría dispuesto a pagar por un servicio de salud con determinadas características.

El precio unitario de la atención sanitaria está constituido por dos sumandos: el precio monetario, que refleja los costos directos de la atención en si, y el costo del tiempo, que refleja la cuantía de los costos

indirectos como una valoración del costo oportunidad del tiempo que el consumidor dedica a adquirir atención sanitaria (8, 17, 24).

7. PRECIO DEL TIEMPO:

El tiempo constituye un coste indirecto fundamental en la toma de decisiones en salud tanto por el lado de la demanda como por el de la oferta. Un incremento en los precios del tiempo provocará una disminución en la demanda por servicios de salud si todos los demás factores permanecen iguales (8).

Como se ha mencionado, el costo del tiempo refleja la cuantía de los costos indirectos como una valoración del costo oportunidad, es decir, salarios perdidos, del tiempo que el consumidor dedica a adquirir atención sanitaria y está conformado por dos sumandos: el tiempo empleado en el transporte hasta el establecimiento de salud y el tiempo de espera, en el establecimiento, para su atención que en muchas ocasiones es considerable para algunos servicio y procedimientos. Obviamente, este costo varía de acuerdo a la ocupación del paciente consumidor y a su estado de salud (17), puesto que el costo oportunidad del tiempo de una persona sana es mucho mayor que la de una enferma; e igualmente el costo oportunidad del tiempo de un ejecutivo será mayor que el de un obrero.

En el marco de un esquema de recuperación de costos, una reducción del 75% de los tiempos de espera en los establecimientos de salud del Estado haría posible un aumento de los precios promedios cobrados por los hospitales y postas médicas de 8.1% y 13%, respectivamente, sin que ello modifique la estructura de la demanda preexistente (28).

Por su parte, un incremento del 10% en el precio del tiempo conduce, en promedio, a la reducción en 1% la probabilidad de buscar cuidados de salud pero; cuando se trata de un proveedor público en relación a un proveedor privado, este mismo incremento en el precio del tiempo conduce

a una disminución del 4.8% de la probabilidad de buscar cuidados de salud del proveedor público (21).

8. PREFERENCIAS:

Las preferencias de las personas influyen en la demanda de servicios de salud. La forma más adecuada de representar las preferencias relativas de un individuo respecto a la atención sanitaria es la relación marginal de sustitución, que indica el número de unidades de consumo de otros bienes que una persona está dispuesta a sacrificar por el consumo de una unidad adicional de atención sanitaria (17). En otras palabras, es la valoración de la atención sanitaria. Una persona valora menos un bien o servicio, cuanto más consumo hace de dicho bien o servicio.

Aquella situación en la cual los gustos o preferencias de un individuo son compatibles con las restricciones de precios impuestas por el mercado se denomina equilibrio del consumidor que no viene a ser otra cosa que la compatibilización de sus deseos y posibilidades.

9. CALIDAD DE LA ATENCIÓN:

La demanda individual de atención sanitaria responde en relación directa a cierto nivel de la calidad de los servicios médicos. A un mismo precio de un servicio médico este será demandado en mayor cantidad que otro, si es percibido por el usuario como de mejor calidad que el otro (17). Un individuo racional demandará siempre aquel nivel de atención sanitaria cuyos beneficios y calidad sean siempre superiores a sus costos.

Los peores factores que califican los usuarios en relación a la calidad de la atención que brindan los establecimientos de salud son el tiempo de espera y la disponibilidad de medicamentos (24).

10. DESPLAZAMIENTOS DE LA CURVA DE LA DEMANDA:

La curva de demanda individual por servicios de salud o atención sanitaria es decreciente, de modo que un incremento en los precios de los servicios

de atención sanitaria, en un mercado supuestamente competitivo, provoca una disminución en el consumo de los mismos. Por otro lado, un incremento de la renta de un individuo propiciará un desplazamiento de la curva de la demanda hacia la derecha por cuanto demandará mayor atención sanitaria. Los estilos de vida perjudiciales desplazan la curva de demanda hacia la derecha mientras que, los estilos de vida saludables, al disminuir la demanda por servicios o atención sanitaria, la desplazan a la izquierda. El tiempo que demora una persona en desplazarse en búsqueda de atención sanitaria o el tiempo que espera, en el establecimiento de salud, para poder ser atendido disminuye la demanda por atención sanitaria y la curva de la demanda se desplaza a la izquierda. Una mejora en la calidad de la atención desplazaría hacia la derecha la curva de la demanda indicando que, dado un precio de servicios, el individuo aumenta la cantidad demandada de los mismos si mejoran de calidad. Factores de tipo psicológico, como son las preferencias de las personas, también influyen en la demanda y por ende en el desplazamiento de la curva de la demanda por servicios de salud o de atención sanitaria.

La curva de demanda colectiva o para una sociedad, se construye sumando las cantidades demandadas por cada individuo para cada uno de los precios y supone la aceptación de una serie de supuestos individuales que afectan tanto al estado de salud como a la renta; por lo tanto, para definir una curva colectiva o social de demanda de atención sanitaria debemos suponer que todos los individuos considerados gozan de un mismo estado de salud. El empeoramiento del estado de salud de la colectividad, el aumento de la edad media de la población, el aumento del nivel medio educativo de la población y una mejora en las rentas de las personas que conforman el grupo social determinan, normalmente, un desplazamiento de la curva de demanda de mercado o social hacia la derecha al incrementar la demanda por atención sanitaria.

11. DEMANDA DE INVERSIÓN EN SALUD:

La demanda de inversión en salud considera al individuo como una unidad de producción de capital humano.

La función de producción de capital humano está dada por:

$$H : H(M, t, e)$$

Donde:

H : Inversión de capital humano en salud.

M : Atención sanitaria que supone un factor productivo.

t : Tiempo de ocio que dedica el individuo al cuidado de su salud.

e : Características personales del individuo, fundamentalmente educación.

La forma de la curva de la demanda de inversión en salud indica que la relación entre atención sanitaria y salud es positiva puesto que incrementos en la primera ocasionan incrementos en la segunda; sin embargo, a medida que se tiene una mayor cantidad atención sanitaria, los incrementos adicionales de esta obtienen menores aumentos en la salud debido a que la función de producción de salud representa rendimientos decrecientes (17).

El gasto en atención sanitaria de los países desarrollados es muy elevado por lo que, incrementos adicionales en dicho gasto ocasionan efectos reducidos en la salud de la población. Todo lo contrario ocurre en países subdesarrollados, como el nuestro, donde el nivel de atención sanitaria es escaso y por lo tanto, incrementos en el gasto en atención sanitaria, ocasionan importantes aumentos en el consumo de atención sanitaria con un impacto importante de la salud colectiva.

LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD.

La oferta de servicios de salud corresponde al estudio de la producción de servicios de salud por tipo de programa, establecimiento de salud, funciones de

producción e insumos requeridos para satisfacer la demanda de servicios de salud. Estudia la dinámica de factores estructurales dentro de la prestación de servicios tales como productividad, patrón de equipamiento, esquemas de organización y financiamiento (23).

Depende primariamente de factores económicos, dentro de los cuales están: el costo de los insumos, el precio recibido por el producto final y las restricciones impuestas por la tecnología. Por lo tanto, la oferta de servicios de salud o atención sanitaria se diferencian en función del monto, tipo y combinación de recursos para el proceso de producción de los procedimientos de cada alternativa.

Una característica más importante de la oferta de servicios de salud es que está íntimamente ligada a la demanda de los mismos. Habrá oferta de servicios de salud siempre y cuando haya enfermedad o personas que necesiten resolver un problema de salud o; por otra parte, personas que deseen mantener o elevar el estado de salud que poseen (8).

Otras características de la oferta de servicios de salud se detallan a continuación:

1. FUNCION DE PRODUCCIÓN:

Asumiendo que el proceso de producción es eficiente y, por lo tanto, no se da el desperdicio de recursos en la producción de un producto, la función de producción es la relación técnica que existe entre los recursos e insumos para la generación de la mayor cantidad de productos posibles (6, 29, 30). En relación a los servicios de salud, está dada por el tipo y cantidad de insumos necesarios para producir un determinado servicio de atención sanitaria tales como consulta externa hospitalización, intervención quirúrgica, consulta odontológica, etc.

En los servicios de salud, los factores de producción son el trabajo, el capital y los pacientes cuya mezcla conduce a la obtención de un producto final al que, genéricamente, llamamos atención sanitaria. El trabajo corresponde a las horas de trabajo ofrecidas por el personal sanitario

distinguiéndose tres categorías: personal médico, personal de enfermería y otros profesionales sanitarios. Dentro del capital se distinguen dos tipos de categorías: el capital físico constituido por los edificios, los equipos médicos y los materiales e insumos para la atención sanitaria y; el capital humano, que se refiere al nivel de educación, tanto general como sanitaria del personal disponible. En relación a los pacientes, las organizaciones de salud difieren en varios aspectos ya que cada paciente es único puesto que los hospitales, clínicas particulares y los consultorios de los profesionales de la salud son lugares de empleo y producen una diversidad de productos hechos específicamente para el paciente individual.

Los factores de producción deben adaptarse a la demanda de los servicios de salud. Ante un aumento súbito transitorio de la demanda no sería conveniente incurrir en inversión ya que optimizando el trabajo, ante un capital dado, se logra una adaptación a corto plazo. En cambio, ante un incremento permanente y sostenido de la demanda no sólo se ajustará óptimamente el trabajo sino que se buscará la inversión eficiente de capital, que se adapte a las nuevas exigencias de producción, mediante una planificación a largo plazo (29).

2. COSTO DE LOS FACTORES DE PRODUCCIÓN:

Los precios más altos de los factores de producción conducen a costos más altos para el producto final. Esta premisa se mantiene en el mercado de los cuidados de la salud independientemente de que si las organizaciones que los producen tiene o no fines de lucro. El desarrollo de la tecnología, la investigación y la especialización en el campo de la salud propician altos costos de producción de la atención sanitaria y, en caso de la venta de estos productos, altos precios de la atención de la salud.

3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL:

Las organizaciones prestadoras de servicios de salud difieren de otras por su estructura administrativa y su inusual propiedad. Muchas de ellas, incluyendo hospitales y grandes aseguradoras operan como

organizaciones sin fines de lucro, lo que no las excluye de tener beneficios económicos sino que ellos no se reparten entre los accionistas, y por lo tanto, deben decidir como dispersar los beneficios que obtengan, incluyendo la posibilidad de disminuir el precio de los servicios de salud brindados al consumidor o paciente (8). Estas decisiones pueden afectar la composición y el monto de los servicios de salud producidos y el modo de producción de los mismos.

4. PRECIO DEL PRODUCTO FINAL O DE LA ATENCIÓN SANITARIA:

En los mercados competitivos a precios más altos, mayor producción. En los mercados regulados o con información limitada o imperfecta, como los mercados de servicios de salud, la relación entre costos y precios con el producto final o atención sanitaria puede ser compleja.

La idea del precio de la atención sanitaria es difícil de definir en los mercados de servicios de salud ya que por un mismo servicio de salud, bajo similares condiciones, puede variar. Así vemos, por ejemplo, que el precio de una consulta médica varía, aún en la misma ciudad y bajo condiciones similares, a pesar de ser realizada con la misma calidad y por médicos con el mismo nivel de acreditación. Esta diferenciación en los precios cobrados por la atención sanitaria podría estar influenciada por las amenidades particulares de cada establecimiento de salud.

5. HABILIDAD DEL PRODUCTOR PARA DETERMINAR LA DEMANDA:

Debido a la asimetría de la información existente entre el paciente-consumidor y el proveedor-productor de la atención sanitaria hace que este último defina por sí sólo que procedimientos diagnósticos y que terapias resolverán las necesidades de salud de los primeros. A su vez, las normas éticas y de operación de las instituciones académicas y gremiales de los profesionales de la salud contribuyen a incrementar más aún esta desinformación al evitar difundir información referente a costos, precios, rendimiento y resultados de la atención sanitaria (8, 13). Ante esta falla de los mercados de servicios de salud, mercados imperfectos, se debe legislar

para impedir las prácticas monopólicas, obligar a los prestadores a dar información respecto a costos, calidades y resultados, educar en salud a los usuarios y desarrollar agentes intermedios informados para que asesoren y defiendan los derechos de los usuarios cuando sea necesario.

6. LA INDETERMINACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO:

El servicio de salud capaz de satisfacer la necesidad de salud observada en un determinado individuo es de gran variabilidad y fácilmente diferenciable en vista de la gran cantidad de diagnósticos y terapias en el área de la medicina; trayendo consecuencias en la producción de la atención sanitaria en relación a los costos, la calidad del servicio prestado y el riesgo derivado de la incertidumbre en los resultados deseados. Los pacientes tienden a consultar a más de un proveedor cuando están enfermos y eso explica porque los pacientes no son capaces de saber con certeza quien será el que cure su enfermedad (26).

También, provoca problemas al momento de decidir sobre las prestaciones o servicios de salud necesarios para resolver una determinada morbilidad dificultando su financiamiento y la determinación de quién deberá pagar los costos no presupuestados derivados de la atención brindada.

Esta situación se ve superada por el llamado “pago por servicio” que puede traer consigo un incentivo perverso al incrementar la tendencia del gasto al no tener el paciente-consumidor preocupación por los costos de producción de los servicios de salud que recibe.

7. EFICIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN EN LA PRODUCCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

La organización productiva tiene dos dimensiones: la dimensión macroeconómica y la dimensión microeconómica.

La dimensión macroeconómica se refiere a la existencia de distintos niveles de complejidad tecnológica en la atención de salud y la interacción, de

estos distintos niveles, para producir, al mínimo costo, las diferentes acciones de salud requeridas por las personas, mientras que, la dimensión microeconómica se refiere a los factores que determinan la eficacia productiva y su incidencia en la producción de la atención sanitaria al mínimo costo por parte de las unidades productivas, o sea, los establecimientos de salud, considerados individualmente (8, 13).

Estos conceptos incorporan criterios de eficiencia y equidad al plantear las políticas de salud en cuanto a la provisión de servicios de salud (25).

8. INTEGRALIDAD DEL PROCESO DE PRODUCCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

Se entiende por integralidad al proceso destinado a la resolución, al mínimo costo, de las necesidades de salud de las personas por todos los niveles de complejidad del sistema de salud que sean requeridos (13).

La integración vertical de los sistemas productivos de salud, presente en las grandes unidades hospitalarias, concentran todos los niveles de complejidad para la atención de salud con la ventaja que las diversas acciones de salud son inmediatamente accesibles por existir interconexión funcional y administrativa, reduciendo costos al evitar la duplicidad de acciones.

Este mismo efecto puede lograrse al aplicar un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes a través de adecuados mecanismos de coordinación y de registro único de la historia clínica del paciente.

Por otro lado, el funcionamiento eficiente de estos sistemas puede ocasionar estímulos para incrementar el gasto al disminuir el costo del tiempo a los pacientes y al asegurar al profesional proveedor del servicio de salud la disponibilidad inmediata de las acciones de salud.

9. SOBREPDUCCION Y AUMENTO DE COSTOS:

La sobreproducción de atenciones de salud en beneficio de los proveedores de los servicios y no del paciente solicitante genera ineficiencia productiva y está motivada por la habilidad de los proveedores para inducir la demanda, por la variabilidad de los servicios de salud y por la existencia de formas ineficientes de organización de la producción de servicios de salud, tanto a nivel macro como a nivel microeconómico; afectando, a la larga, la eficiencia global de la producción de servicios de salud al percibir el paciente-consumidor que dichos servicios de atención de salud no satisfacen sus necesidades de salud (8).

10. LEYES Y REGULACIONES:

Las leyes regulan la manera como las empresas, con o sin fines de lucro, organizan y conducen sus negocios.

Las fallas que se presentan en el mercado de servicios de salud hace necesaria la intervención del Estado como ente regulador del mismo para tratar de corregir sus yerros. De esta manera, las empresas prestadoras de servicios de salud, con y sin fines de lucro, deberán basar su accionar dentro de este marco regulatorio que está dirigido a proteger al paciente-consumidor de las fallas que presente este mercado.

SEGUROS PRIVADOS DE SALUD:

Los individuos estamos sujetos, diariamente, a diferentes riesgos que conllevan pérdidas económicas que pueden llegar a ser considerables.

Según la teoría de seguros, sería aconsejable transferir estos riesgos mediante la compra de un seguro (8). A cambio de un pequeño monto monetario, al inicio de un período, la mayoría de seguros, como los de vida, los de accidentes, etc.; proveen un monto específico al consumidor, a manera de compensación, una vez ocurrida la pérdida en el evento inesperado contra el cual se ha asegurado (21, 31).

El seguro de salud, es completamente diferente a los otros seguros debido a que el evento en materia de salud es muy difícil de definir por adelantado ya que las estimaciones obtenidas para reparar el daño son más duras, probablemente, por la razón que el seguro de salud no paga en base al evento de salud sino, en base de los cuidados médicos recibidos por el asegurado (8, 31).

La naturaleza aleatoria de la salud y de la enfermedad provoca incertidumbre en las personas causando un incremento en la demanda de seguros de salud ya que esta última, provoca un riesgo financiero que es asumido por el seguro de salud. Es por esta razón que los seguros de salud son los seguros más extendidos.

La personas que tienen seguros de salud consumen más servicios médicos en función de la gravedad de la enfermedad que padecen y este es un acto racional motivado por los beneficios positivos que tiene el cuidado médico en el mejoramiento de su salud en relación al costo del seguro que posee (31).

Para establecer un mecanismo de seguro de salud se aplican las normas generales que sirven para otros tipos de seguros, esto es, se debe definir (13):

1. Quiénes tendrán acceso al seguro de salud.
2. Qué riesgos serán cubiertos por el seguro de salud.
3. Cuáles son los alcances de la cobertura del seguro de salud:
 - Prestaciones de salud contemplada.
 - Aranceles.
 - Períodos de cobertura.
 - Porcentajes de copago y otras formas de *cost-sharing*.
 - Exclusiones.
 - Carencias.
 - Otros.
4. Fuentes de financiamiento.

Los seguros de salud pueden ser individuales o grupales, privados o públicos pero su común denominador es que las personas de escasos recursos económicos, que son las más propensas a enfermar, son las que menos acceso tienen a ellos. En este caso, el riesgo financiero por enfermar de estas personas se transfiere al resto de la sociedad quien actuará por caridad o mediante sistemas financiados predominantemente por el Estado a través de los sistemas de seguridad social. El seguro de salud paga, todo o parte de los cuidados médicos especificados en el contrato de compra, a las personas que adquieren el seguro. El efecto que se consigue con esta situación es la reducción del precio por los cuidados médicos contratados por la persona pero a cambio, tendrá que abonar la suma total del seguro comprado al inicio del período de vigencia. El seguro de salud actúa como un subsidio a los cuidados médicos en el momento de su compra (8, 31).

1. EL MERCADO DE LOS SEGUROS DE SALUD:

El mercado, como ya se ha mencionado, juega un importante papel en la provisión de servicios de salud. Uno de los agentes participantes dentro de los mercados de servicios de salud son las organizaciones que proveen seguros de salud de manera privada o pública.

La diversificación del riesgo favorecerá a un individuo adverso al riesgo puesto que a cambio de una determinada suma de dinero, pagada al comienzo de un período de tiempo, una compañía de seguros acuerda compensarlo de una manera específica, señalada en el contrato de compra-venta del seguro, en el caso que se produzcan las circunstancias inesperadas definidas en el contrato (32).

En el Sector Salud existe una gama de planes de seguro privados y públicos. Los pagos que realizan los beneficiarios se realizan a través de primas o cargos y los beneficios pueden ser pagados en forma de indemnizaciones, reembolsos por los gastos ya realizados o mediante una provisión directa de los servicios médicos (8, 32).

Para ser equitativos, como un medio de garantizar el acceso a la atención de salud, los planes de seguro deben garantizar que el seguro sea accesible para todos; pero, el mercado de seguros de salud presenta fallos en tanto se desenvuelve dentro de un mercado que es imperfecto y está sujeto a fallos.

Los fallos del mercado de seguros de salud evitan la eficiencia y la sustentabilidad de los planes de seguros de salud y son ocasionados por las economías de escala, por el riesgo moral o “moral hazard” y por la selección del riesgo (32).

LAS ECONOMIAS DE ESCALA:

Las economías de escala permiten la disminución del costo promedio de los bienes o servicios producidos a medida que se incrementa la producción de los mismos, sobre todo en aquellas organizaciones que tienen grandes costos fijos de producción.

En el mercado de seguros, incluidos los seguros de salud, esto no ocurre puesto que, a pesar que algunos costos disminuyen con el volumen de asegurados, el cálculo de las primas adaptadas al riesgo no varía con este volumen (8, 31, 32). Así, muchos de los costos del desarrollo y venta de los seguros son casi lo mismo si hay 10 o 100 personas dentro del plan.

RIESGO MORAL O “MORAL HAZARD”:

Es una respuesta racional de un individuo ante la reducción de precios de un bien o servicio.

En el caso de los servicios de salud, la adquisición de un plan de seguro de salud ocasiona una caída de los gastos de bolsillo en relación a estos servicios, en otras palabras disminuye el precio a pagar por cuidados de la salud, al momento de la compra del plan. Ante esta situación, la respuesta del paciente asegurado es a veces

un efecto colateral indeseable contra el aseguramiento del riesgo a la pérdida de la salud, ya sea que los servicios médicos sean pagados total o parcialmente por el plan de seguro adquirido, que consiste en un incremento de la demanda por los servicios adquiridos retroalimentando la demanda del aseguramiento; lo que lleva a una pérdida de bienestar en los mercados de los cuidados de la salud (31).

La cobertura de seguros de salud puede cambiar la conducta de los individuos en formas que conduzcan a fallas en el mercado de seguros de salud de dos maneras (32):

- Al saber el individuo que sus pérdidas financieras ocasionadas por la enfermedad están cubiertas por el seguro tomará menos precauciones para prevenirla.
- Al no pagar el costo total del tratamiento, una vez que se produce la circunstancia inesperada que atañe al seguro, el individuo puede incurrir en pérdidas mayores como que si no estuviera asegurado.

Ambas situaciones, asociados al riesgo moral, inducen a un aumento de los gastos de las compañías de seguros de salud las cuales intentan contrarrestarlas empleando diversos mecanismos administrativos y reguladores.

En relación a la demanda, las compañías de seguro implementan provisiones de participación en los costos exigiendo a los asegurados pagar una parte de los costos de los servicios recibidos. Existen dos formas de provisiones (8, 17, 32):

- **DEDUCIBLES:** Cuando el individuo paga el costo total del servicio de salud recibido hasta el límite de su póliza.

- COSEGURO O COPAGO: Cuando el individuo paga un porcentaje específico del monto del servicio de salud recibido.

En cuanto a los insumos, las compañías de seguro tratan de controlar los precios pagados a los proveedores.

SELECCIÓN DEL RIESGO:

La selección al riesgo se refiere a una selección sistemática de ciertos grupos de individuos por parte de las compañías aseguradoras que se produce por la asimetría de la información que existe entre el asegurado y el asegurador puesto que el primero conoce más que el segundo de sus particulares condiciones de salud (8, 31). Existen dos formas de selección al riesgo: la selección adversa y el descreme.

- SELECCIÓN ADVERSA: Es el proceso mediante el cual los individuos de bajo riesgo a enfermar abandonan las compañías de seguros dejando sólo a aquellos que tienen alto riesgo puesto que, al tener mejor información que las aseguradoras respecto a su bajo riesgo, voluntariamente no adquieren el seguro de salud porque las primas que imponen estas compañías no reflejan su riesgo individual.
- DESCREME: Es el proceso que permite a las compañías de seguros diferenciar los riesgos de los individuos, en alto o bajo, mejor que ellos mismos.

Para lograr esta diferenciación, las compañías de seguros establecen políticas con deducibles y coseguros que provocan que los individuos se autoseleccionen en diversas categorías de riesgo o; mediante la venta de seguros sólo en contextos donde se sabe que, en promedio, los individuos tienen bajo riesgo.

Existen dos formas de corregir estas fallas en el mercado de los seguros de salud:

- La compañía adopta una categoría de riesgo individual mediante la cual la prima cobrada al individuo refleja su riesgo individual.

Esta situación permite, por un lado, incrementar la inequidad de acceso a los seguros de salud ya que, al establecerse primas altas, se convierten en inalcanzables para las personas de bajos ingresos que, a su vez, son las que tienen mayor riesgo de enfermar. Por otro lado, el cálculo de las variaciones ajustadas al riesgo es un proceso muy costoso y aún impreciso.

- Definir la diversificación del riesgo para retener a los individuos de todas las categorías de riesgos.

2. DEMANDA POR SEGUROS PRIVADOS DE SALUD:

2.1. RIESGO FINANCIERO:

El riesgo financiero es la probabilidad que tienen las personas de perder su capital ante la ocurrencia de cualquier evento indeseable inesperado.

En relación a la salud, la enfermedad es un evento inesperado e indeseable que puede poner en riesgo la riqueza de las personas, según sea la naturaleza de la enfermedad, debido a los gastos en que podría incurrir al buscar cuidados médicos para recuperar su salud.

Por esta razón, muchas personas tratan de evitar este riesgo financiero al diversificarlo demandando un seguro de salud. Sin embargo, al no tener todas las personas el mismo riesgo a enfermar,

el monto que están dispuestas a pagar de prima para evitar dicho riesgo, o reducirlo, también difiere afectando la demanda por seguros de salud.

2.2. PRECIO DEL SEGURO:

El precio del seguro de salud está dado por los costos de operación de las compañías aseguradoras más los beneficios esperados por el asegurado (13).

Los altos costos de operación de las compañías de seguros, que pueden llegar a alcanzar el 50 % de la prima, son incrementados por el hecho que generalmente las personas que optan por asegurarse son las más propensas a enfermar que las que no lo hacen y, también, porque el asegurador individual no tiene suficiente poder de negociación para obtener precios favorables con los proveedores de los servicios sanitarios o para exigir el uso de un petitorio farmacológico único.

Otra característica importante del precio del seguro de salud es que la prima que se paga, además de ser elevada, es uniforme por cuanto no es proporcional a los ingresos del individuo. Tampoco se debe dejar de recalcar que si un individuo desea cubrir con su seguro de salud a su grupo familiar, tendrá que pagar primas sustancialmente más altas, lo cual puede condicionar baja cobertura de las cargas familiares dependientes.

El alto costo, las primas uniformes y las primas extras para los miembros de la familia limitan la cobertura potencial de los seguros privados de salud que, como todo bien económico, está sujeto a las leyes de la demanda. Por lo tanto, a mayor precio del seguro de salud, si todos los demás factores de la función de la demanda se mantienen constantes, menor demanda por los mismos.

2.3. RIESGO MORAL:

El riesgo moral es una respuesta predecible de un consumidor racional a la reducción de precios de un bien o servicio.

En el caso de los seguros de salud, un plan de seguro causa una disminución de los gastos de bolsillo de las personas, es decir una disminución del precio a pagar, al momento de recibir los cuidados de salud lo que induce a la gente a comprar más cuidados ocasionando menor valor marginal que los costos para proveer los cuidados de salud (8, 21, 31).

Por lo tanto, la prima del seguro de salud del individuo tiene dos componentes: la prima pura, que es la prima de protección contra el riesgo y; el costo del recurso extra a causa del riesgo moral.

2.4. LEYES DE IMPUESTO:

A través del tiempo, los gobiernos han proveído favorables tratamiento de impuestos por compras de seguros de salud.

Los pagos hechos por los empleadores para comprar seguros de salud para sus trabajadores quedan fuera del ingreso imponible (8).

Este trato especial, provee un subsidio al seguro de salud proporcional a la tasa del impuesto marginal del contribuyente incentivando efectos predecibles sobre la demanda de estos seguros.

Los empleadores generalmente ofrecen el seguro de salud como un beneficio adicional para sus trabajadores al pagar parcial o totalmente el precio del seguro (31). Cada dólar gastado en el seguro de salud para el trabajador, dólar que no paga de salario.

3. OFERTA DE SEGUROS PRIVADOS DE SALUD:

Las empresas de seguros de salud ofertan seguros individuales y grupales. El seguro grupal ofrece dos tipos de ventajas sobre el seguro individual: promueve la economía de escala y evita la selección del riesgo (31).

El aseguramiento grupal, al utilizar la economía de escalas, ocasiona disminución de los costos de producción de los seguros ya que los costos del desarrollo y venta de ellos es casi el mismo si hay 10 o 100 personas dentro del plan. Esto reduce el precio medio por unidad de producto, toda vez que el componente fijo del costo del seguro se distribuye entre una producción mayor (33).

Al evitar la selección al riesgo: selección adversa y desceme, las compañías de seguros de salud pueden vender sus productos sin necesidad de solicitar los antecedentes sanitarios ni de examinar a la gente como ocurre con los seguros individuales de salud. De otra manera sería difícil mantener planes de tarificación colectiva (8).

La mayoría de compañías de seguros de salud ofrecen un solo plan de aseguramiento para todos los miembros de un grupo aunque, actualmente, tienden a ofrecer un pequeño menú de planes para que el empleador escoja con la ayuda del empleado. Por otro lado, sólo una pequeña fracción de grupos de trabajadores acceden a más de un plan de aseguramiento.

Por otra parte, los seguros privados de salud pueden ser obligatorios o voluntarios (34). En el primer caso, se obliga a los individuos a comprar por lo menos un seguro de salud privado mínimo escogido de entre un conjunto de planes ofrecidos dentro del mercado de seguros de salud. A su vez, el seguro de salud privado voluntario es electivo y por lo tanto, los individuos pueden o no adquirir un seguro de salud y el plan del mismo según sea su voluntad (Cuadro N° 2).

SEGURO SOCIAL DE SALUD.

Como se ha mencionado, la Teoría de Seguros aconseja transferir los riesgos financieros de adquirir una enfermedad mediante la compra de un seguro de salud. Sin embargo, los grupos poblacionales de ingresos medios y bajos no acceden voluntariamente a esta práctica, en oposición a los grupos de grandes ingresos, por contar con escaso o nulo patrimonio; quedando desprotegidos ante la enfermedad, esperando que esta se materialice para recurrir a la caridad pública o simplemente quedar a merced de las circunstancias (13). De esta manera, transfiere consciente o inconscientemente su riesgo de enfermar a los demás miembros de la sociedad quienes responderán mediante la beneficencia o por medio de sistemas con financiamiento estatal, configurando un costo para la sociedad en ambos casos. Ante este hecho, los Estados responden estableciendo un seguro de salud compulsivo que aborde socialmente los riesgos involucrados.

Los Sistemas de Seguridad Social de Salud tienen sólo algunas características de los seguros privados de salud y constituyen uno de los mecanismos al cual los Estados recurren para cubrir los riesgos de salud de sus poblaciones menos favorecidas tratando, en lo posible, que esta cobertura sea universal. No obstante, algunos grupos poblacionales, por diversos motivos, no califican para la seguridad social lo que atenta contra su principio de universalidad. Además de este, otros principios generales de la Seguridad Social aplicables a la salud son: internacionalidad, integralidad, uniformidad, solidaridad y unidad (35).

El principio de universalidad se refiere a que todas las personas, sin excepción, tienen el derecho a acceder a las prestaciones de salud mientras que, el de internacionalidad permite a los asegurados recibir estas prestaciones en el país en que se encuentren.

Por su parte, el principio de integralidad indica que todas las personas deben tener acceso a todas las prestaciones de salud que sean necesarias para cubrirlos de los riesgos de enfermar o para recuperar la salud una vez que esta se ha perdido.

La uniformidad tiende a otorgar a todas las personas aseguradas prestaciones de salud equitativas en calidad y cantidad.

El principio de solidaridad implica que todas las personas de la sociedad tienen la obligación de contribuir a financiar las prestaciones de salud sin que necesariamente deba haber conexión entre esta contribución y las prestaciones recibidas.

Por último, el principio de unidad asume que todas las prestaciones de salud deben ser suministradas una sola entidad o por un sistema de entidades entrelazadas orgánicamente y vinculadas a un sistema único de financiamiento. Los seguros sociales de salud pueden ser obligatorios o voluntarios y su diferencia estriba en la forma de financiamiento. (CUADRO N° 3) (34).

En su forma más pura, el seguro social es un monopolio ya que se convierte en la única fuente de ayuda financiada socialmente para los pacientes que necesitan atención de salud.

La socialización del financiamiento se logra gravando con impuestos a los individuos de acuerdo a su capacidad de pago o a la capacidad de recolectar impuestos por los mismos mientras que la socialización del riesgo financiero permite tratar a todas las personas de la misma manera sean estas ricas o pobres, saludables o enfermizas, que vivan en áreas urbanas o rurales o que mantengan otras diferencias de género, de credo, de edad, de política, etc. (34).

Este mecanismo produce una solidaridad interna dentro del sistema que beneficia a las personas de más bajos ingresos. Produce solidaridad intergeneracional puesto que los jóvenes subsidian a los viejos, solidaridad social ya que las personas de mayores ingresos subsidian a las de más bajos ingresos y una solidaridad sanitaria porque las personas sanas subsidian a las enfermas (36).

Para la población pobre, el sistema no funciona de esta manera puesto que es el Estado el que aporta por ellos, a través de los recursos públicos, el valor del plan para cada uno de los beneficiarios del subsidio.

En ambas situaciones, los beneficios de salud son los mismos variando sólo la forma del financiamiento. En el sistema contributivo es la persona quien financia el sistema por medio de un porcentaje de sus ingresos mientras que, en el subsidiado, es el Estado quien lo financia por medio de los impuestos.

Los programas de seguridad social de salud, entonces, tiene las siguientes características (21):

1. Financiamiento: Contribución, impuestos, deducibles, coseguros.
2. Beneficios: se refiere a la cantidad de prestaciones a recibir, el tipo de ellas y quienes son los beneficiados.
3. Tamaño de la cobertura de las prestaciones de salud.
4. Formas de reembolso a los proveedores.
5. Métodos para determinar los niveles de pago a los proveedores.

Los tres primeros puntos se refieren a los receptores de los cuidados mientras que los dos últimos, a los proveedores, médicos y no médicos, de los mismos y a los problemas políticos que envuelven a los planes iniciales.

El nivel de beneficios y el tamaño de la cobertura son similares al seguro privado de salud. Dadas las consideraciones de equidad del seguro social, los cambios políticos pueden afectar a ambos. La determinación de quién será protegido y cuáles tratamientos serán cubiertos es también importante: la cobertura de los individuos puede involucrar a esposas e hijos y la cobertura de tratamientos puede ordenar la cobertura de ciertas enfermedades y descartar a otras,

Los seguros sociales de salud tienen ciertas características relacionadas con la oferta. Algunos servicios pueden ser pagados directamente por los pacientes y ser reembolsados posteriormente mientras que otros, pueden ser pagados

directamente por los gobiernos a los proveedores al extremo que en algunos países, todo el personal de salud que participa en los programas nacionales de cuidados de la salud son empleados del gobierno.

Todo seguro nacional de salud debería: proveer una red de seguridad en salud a todos los ciudadanos indistintamente de su edad y estado laboral, debería proveer una variedad de pacientes y proveedores, debería proveer incentivos de mercado para la contención de costos y debería ser fácil de administrar (21).

Los servicios de salud deben ser organizados en niveles de complejidad tecnológica creciente dentro de un área geográfica determinada dimensionando adecuadamente la población a ser atendida para posibilitar un óptimo grado de resolución de los problemas de salud (37).

El acceso de la población a la red servicios de salud debe realizarse a través de los servicios de nivel primario de la atención calificados para atender y resolver la mayoría de los principales problemas de salud demandados mientras que, el acceso a los establecimientos de salud de mayor complejidad tecnológica será a través de la referencia a partir del centro asistencial de menor resolución.

La red asistencial, organizada de forma jerárquica y regional, permite un conocimiento mayor de los problemas de salud de la población del área de influencia y favorece acciones de vigilancia epidemiológica, sanitaria y de educación en salud, además de las actividades de atención ambulatoria y hospitalaria en todos los niveles de complejidad (37).

Los sistemas de seguridad social de salud deben tener cierto nivel de descentralización. Esto supone una redistribución de las responsabilidades en relación a las acciones y los servicios de salud entre varios niveles de gobierno por cuanto más autonomía exista en la toma de decisiones, más fácilmente pueden ser abordados y resueltos los problemas de salud..

Existen diversos modelos y sistemas de seguridad social y están en relación a las tendencias políticas imperantes en los países donde se implantan. Cada uno de ellos tiene sus ventajas y desventajas y han logrado diferentes niveles de eficacia en relación a las metas trazadas por dichos países (21, 38 – 45).

SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD EN EL PERU.

La Constitución Política del Estado, actualmente vigente, señala en su Capítulo II referente a los Derechos Sociales y Económicos, en su Artículo 10 que “El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida” y, en su Artículo 11, “El Estado garantiza el libre acceso a las prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento” (C).

La Ley N° 26842, Ley General de Salud (D), en su Título Preliminar manifiesta que “La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo” por lo que, “La protección de la salud es de interés público...” y por lo tanto, “Toda persona tiene derecho a la protección de su salud...”. “Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera que sea la persona o institución que los provea ...” y por consiguiente “El Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que puedan afectar su salud ...” dirigiendo el financiamiento “preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar total o parcialmente la atención médica a las poblaciones de menores recursos, que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud, público o privado”.

Dentro de este contexto, se promulga la Ley N° 26790, Ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud (E), que en su artículo N° 1 dice que “La Seguridad Social en Salud se fundamenta en los principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas. Se desarrolla dentro de un marco

de equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso a los servicios de salud... El Ministerio de Salud tiene a su cargo el Régimen Estatal con el objeto principal de otorgar atención integral de salud a la población de escasos recursos que no tienen acceso a otros regímenes o sistemas". También, esta Ley, crea las Entidades Prestadoras de Salud y su Superintendencia cuyas funciones y planes de atención quedan establecidos en el Decreto Supremo N° 009-97-SA (F) que promulga el Reglamento de esta Ley.

Posteriormente, mediante Ley N° 27056 (G), se crea el Seguro Social de Salud (ESSALUD) que se reglamenta por medio del Decreto Supremo N° 002-99-TR (H) y por Ley N° 27657 (I), se crea el Seguro Integral de Salud (SIS), este último a cargo del Estado, reglamentándose su Organización y Funciones mediante el Decreto Supremo N° 009-2002-SA (J).

Entonces, como se observa, el Sistema de Seguridad Social en Salud en el Perú responde a un modelo mixto porque cuenta con un régimen contributivo y un régimen estatal. El régimen contributivo es obligatorio para todos los trabajadores dependientes y sus derecho-habientes y voluntario para los trabajadores independientes y otras personas que no reúnan las características para afiliarse de manera regular. Las prestaciones de salud brindadas por este régimen corren a cargo del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) (46, 47, 48).

El régimen estatal corresponde al Seguro Integral de Salud y tiene por objetivo promover el acceso de las personas no aseguradas a las prestaciones de salud dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza.

Para finalizar quiero enfatizar que este estudio se realiza en un hospital de alta complejidad de la Seguridad Social en Salud (ESSALUD), inmerso dentro del régimen contributivo de la seguridad social, para analizar la demanda y la oferta de sus servicios pediátricos de consulta externa, hospitalización y centro quirúrgico.

MATERIAL Y METODOS

Se realiza un estudio descriptivo y observacional para analizar la oferta de servicios pediátricos de un hospital de alto nivel de complejidad con alta capacidad de resolución de la Seguridad Social de Salud (ESSALUD) y su relación con la demanda por los mismos.

Para tal fin, fueron escogidos los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos del Departamento de Medicina Infantil del Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins”, hospital de IV nivel de complejidad y alta capacidad resolutive. No se consideró dentro del estudio al Servicio de Neonatología, servicio miembro también del Departamento de Medicina Infantil, por ser un servicio médico con características muy especiales que, en todo caso, merecen un estudio aparte.

Se revisaron las estadísticas de salud oficiales de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos reportadas por la División de Estadística e Informática de la Oficina de Desarrollo del Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” ESSALUD durante el período de tiempo comprendido entre los años 1998 y 2003 en las áreas de Consulta Externa, Hospitalización y Centro Quirúrgico.

Adicionalmente, se analizan las estadísticas de los Servicios de Emergencia Pediátrica y de Cuidados Intensivos Pediátricos ya que de alguna manera tienen relación con la oferta y demanda en estudio.

Los egresos de ambos servicios son agrupados por daños programáticos de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) (49) determinándose, a la vez, las principales causas de estos egresos.

Se analiza la producción quirúrgica del Servicio de Cirugía Pediátrica clasificando las intervenciones quirúrgicas por su grado de complejidad de acuerdo al Manual de Clasificación de Intervenciones Quirúrgicas según Nivel de Complejidad (50) para, de esta manera, determinar los tipos de cirugía más frecuentes.

Según este manual, las intervenciones quirúrgicas son clasificadas en cinco niveles de complejidad: Cirugía Especializada Altamente Compleja (CEAC), Cirugía Especializada Medianamente Compleja (CEMC), Cirugía Mayor (CM), Cirugía Menor (CMe) y Cirugía Menor de Bajo Rendimiento (CMeBR). Las características para ser clasificadas como tales son las siguientes:

1. CIRUGÍA ESPECIALIZADA ALTAMENTE COMPLEJA:

Evaluación pre-operatoria y pre-anestesiológica.

Anestesia de acuerdo a la complejidad quirúrgica y patología concomitante.

Sala de operaciones equipada con monitoreo invasivo y no invasivo, máquina de anestesia completa con respirador, mesa quirúrgica con comando mecánico o electrónico.

Equipos quirúrgicos correspondientes al procedimiento quirúrgico.

Material biológico o no biológico e instrumentación sofisticada.

Recursos humanos especializados o subespecializado.

Sala de recuperación con monitoreo y ventiloterapia.

Hospitalización en el Servicio especializado o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

El Centro Asistencial debe contar con UCI, Laboratorio, Banco de Sangre, Rayos X, Tomografía Axial Computarizada, Ecografía y Anatomía Patológica.

2. CIRUGÍA ESPECIALIZADA MEDIANAMENTE COMPLEJA:

Evaluación pre-operatoria y pre-anestesiológica.

Anestesia de acuerdo a la complejidad quirúrgica y patología concomitante.

Sala de operaciones equipada con monitoreo invasivo y no invasivo, máquina de anestesia completa con respirador, mesa quirúrgica con comando mecánico o electrónico.

Material y equipos quirúrgicos correspondientes al procedimiento quirúrgico.

Recursos humanos especializados.

Sala de recuperación con monitoreo y ventiloterapia.

Puede o no necesitar hospitalización.

El Centro Asistencial debe contar con UCI, Laboratorio, Banco de Sangre, Rayos X, Ecografía y Anatomía Patológica.

3. CIRUGÍA MAYOR:

Evaluación pre-operatoria y pre-anestesiológica.

Anestesia regional o general dependiendo de la patología y estado del paciente.

Sala de operaciones equipada con monitoreo no invasivo, máquina de anestesia completa y mesa quirúrgica.

Equipos e instrumental de tecnología correspondiente al procedimiento quirúrgico.

Recursos humanos especializados.

Sala de recuperación con monitoreo y ventiloterapia.

Puede o no necesitar hospitalización.

El Centro Asistencial debe contar con UCI, Laboratorio, Banco de Sangre, Rayos X y Ecografía.

4. CIRUGÍA MENOR:

Evaluación pre-operatoria y pre-anestesiológica.

Anestesia regional o general dependiendo de la patología y estado del paciente.

Sala de operaciones equipada con monitoreo no invasivo.

Equipos e instrumental quirúrgico menos complejo.

Recursos humanos especializados.

Sala de recuperación.

Puede o no necesitar hospitalización.

El Centro Asistencial debe contar con Laboratorio y Rayos X.

5. CIRUGÍA MENOR DE BAJO RENDIMIENTO:

Cumple con todos los requisitos de una intervención quirúrgica menor pero su duración es de 30 minutos o menos (K).

Fueron utilizados algunos indicadores de estructura, proceso y resultados para analizar la gestión clínica de los Servicios Médicos de Clínica y Cirugía Pediátricos en relación a la oferta de sus servicios y la demanda por los mismos (51 – 54). Los indicadores utilizados fueron:

1. INDICADORES DE ESTRUCTURA:

ACCESIBILIDAD: Condición variable de la población de poder utilizar o ser atendido por los servicios de salud. Refleja el grado de dificultad que tienen los usuarios para establecer relación con los servicios que otorga el establecimiento de salud donde requiere ser atendido.

Se describe la ubicación del Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” ESSALUD, las facilidades para el transporte, los factores educativos, socioculturales y económicos de los usuarios y los

trámites administrativos establecidos para que el usuario pueda hacer uso de los servicios pediátricos del hospital.

DISPONIBILIDAD: Es la relación entre la cantidad de recursos con que cuenta un hospital y la población a la cual se está brindando estos servicios.

$$\frac{\text{Cantidad de recursos existentes (camas, médicos) en un período}}{\text{Población asignada a atender en el mismo período}} \times 10\,000 \text{ habit.}$$

Se evalúa la disponibilidad de camas y de personal médico de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos del hospital.

2. INDICADORES DE PROCESO:

ACTIVIDADES: Son las funciones que se realizan en los establecimientos de salud para cumplir con sus objetivos.

Para medir este indicador se utilizó en:

- Consulta Externa: Número de consultas realizadas.
- Hospitalización: Número de egresos.

PRODUCTIVIDAD: Es la relación entre los servicios producidos por los establecimientos de salud y los insumos requeridos o disponibles para la producción de los mismos en un período de tiempo. El **RENDIMIENTO**, es un indicador de productividad que relaciona el número de actividades por la unidad de recurso utilizado por unidad de tiempo.

Para medir este indicador se utilizó en:

- Consulta Externa: Rendimiento por médico.

Total de Consultas Externas realizadas durante un período

Total de Horas Médicas efectivas durante el mismo período

- Hospitalización:

* Rendimiento por cama.

Total de Egresos en un período

Total de Camas en el mismo período

* Intervalo de sustitución de la cama.

Días Cama disponibles – Pacientes Día en un período

Total Egresos en el mismo período

USO: Es el número promedio de atenciones recibidas por los usuarios de los establecimientos de salud en un período de tiempo determinado.

Para medir este indicador se utilizó en:

- Consulta Externa: Concentración al servicio.

Total de Consultas Externas realizadas en un período

Total de Consultantes en el mismo período

UTILIZACIÓN: Es la relación entre el recurso utilizado para realizar una actividad y el recurso disponible para ella en la unidad de tiempo.

Para medir este indicador se utilizó en:

- Consulta Externa:
 - * Índice de utilización de horas-médico (Horas médico trabajadas/Horas médico programadas).

Horas Médico Efectivas en un período X 100

Horas Médico Programadas en el mismo período

* Porcentaje de uso de citas.

Total de Citas efectuadas en un período X 100

Total de Citas Ofertadas en el mismo periodo

* Deserción.

Total de Consultas realizadas en un período X 100
100 -

Total de Citas efectuadas en el mismo periodo

* Índice de pacientes nuevos.

Total Pacientes Nuevos en un período

Total de Consultantes en el mismo período

• Hospitalización: Porcentaje de ocupación de camas.

Total Pacientes – Días en un período X 100

Total de Días Cama disponibles en el mismo período

3. RESULTADO:

EFFECTIVIDAD: Mide el impacto de las acciones de salud sobre la población objetivo.

En este estudio se expresa como tasa de mortalidad en el área de hospitalización de los Servicios.

* Tasa de Mortalidad Bruta.

Total Pacientes Fallecidos en un período X 100

Total de Egresos en el mismo período

*Tasa de Mortalidad Neta.

$$\frac{\text{Total Pacientes Fallecidos > de 48 horas en un período} \times 100}{\text{Total de Egresos en el mismo período}}$$

Los indicadores obtenidos son comparados con los estándares institucionales (L, M, N).

Las atenciones en el Servicio de Emergencia fueron clasificadas en cuatro niveles de prioridad siguiendo los siguientes criterios (51, N):

1. PRIORIDAD I: Paciente en estado en estado crítico con riesgo inminente de muerte que requiere atención inmediata en la sala de reanimación.
2. PRIORIDAD II: Pacientes portadores de cuadros agudos cuya atención puede tolerar un tiempo de espera razonablemente prudente, no más de 10 minutos desde su ingreso, en consultorio del Servicio de Emergencia.
3. PRIORIDAD III: Pacientes cuya atención en consultorio del Servicio de Emergencia se posterga solo en relación a las anteriores prioridades.
4. PRIORIDAD IV: Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata y que pueden recibir atención en el consultorio de urgencias o en consultorio externo.

Se revisa las estadísticas del Sistema de Referencias y Contrarreferencias del Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” ESSALUD por ser cabeza de Red Asistencial para poder determinar, en lo posible, su eficiencia a nivel pediátrico (O, P).

Algunos datos estadísticos fueron imposibles de ser obtenidos por lo que ciertos cuadros aparecen incompletos.

Los resultados obtenidos son expresados en forma de tablas, cuadros y gráficos para ser discutidos posteriormente.

Las referencias bibliográficas que aparecen señaladas con letras mayúsculas y entre paréntesis se refieren a la legislación y normatividad revisada en el presente estudio.

RESULTADOS

CAPACIDAD INSTALADA.

El Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins”, hospital nivel IV de alta complejidad y resolución de la Seguridad Social en Salud (ESSALUD), se encuentra ubicado en el distrito de Jesús María, provincia Lima, Departamento Lima; limitando por el norte, con Av. Coronel Zegarra; por el sur, con la Av. Edgardo Rebagliati; por el este, con el Museo de Historia Natural de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, edificio TRECA (Torre Residencial Comercial Arenales), Complejo Arenales y edificio Lima, todos ellos colindantes con la Av. Arenales y; por el oeste con la a.C. Salaverry. La ubicación geográfica central del distrito de Jesús María dentro del área metropolitana de Lima hace que el hospital sea de fácil acceso desde los cuatro conos de la capital por la gran cantidad de líneas de transporte público que circulan por sus linderos las 24 horas del día.

Tiene una superficie total de 151,854 m² de los cuales, 141,377 m² corresponde al área construida (55). De esta área construida el 5.52%, es decir, 7,811 m² pertenece al Block G, que es el lugar donde se encuentran ubicados los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos (6). Dentro de esta misma área se ubican, también, el Centro Quirúrgico Pediátrico, con tres quirófanos, y el Laboratorio Clínico Pediátrico. Cuenta con 96 consultorios externos físicos. De ellos 16, 16.7%, corresponden al área pediátrica: 9 para las especialidades clínicas y 7 para las especialidades quirúrgicas (6, 55); y representan el 52.8% de los consultorios externos físicos pediátricos de todos los establecimientos de la Red Asistencial Rebagliati. Estos consultorios funcionan en tres turnos: mañana, de 08 a 12 horas; tarde, de 12 a 16 horas y noche, de 16 a 20 horas. Su funcionamiento es máximo en el turno de mañana, mínimo en el de tarde y casi nulo en el de noche.

La infraestructura física del Block G tiene 45 años de antigüedad y ha sido adaptada progresivamente a partir del año de 1985, puesto que originariamente fue construida como Residencia Médica del hospital, para atender las necesidades asistenciales de los Servicios Médicos Pediátricos y por lo tanto presenta ciertas deficiencias en relación a los estándares hospitalarios nacionales e internacionales (56 – 59).

El equipamiento biomédico y electromecánico es el mismo que utiliza todo el hospital, encontrándose que del equipamiento biomédico el 80% está en buen estado y el 11.6% en regular estado de operatividad a pesar que 1,851 de ellos, 53.63 %, han superado con creces su vida útil. Del mismo modo, en relación al equipo electromecánico se puede decir que el 45.1% y el 52.7% de ellos están en buen y regular estado de operatividad, respectivamente (Gráficos N° 1, Gráfico N° 2) (55).

El hospital cuenta con 1,580 camas censables, de las cuales 75, el 4.75%, corresponden a los Servicios Médicos en estudio: 45 de ellas al Servicio de Clínica Pediátrica y 30 al de, Cirugía Pediátrica. Estas 75 camas constituyen el 62 % (6) del total de camas del área de influencia geoadministrativa del Hospital

Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” hoy llamada Red Asistencial Rebagliati. Por otro lado, también, se encontró que en seis de los diez Centros Asistenciales que conforman esta Red, no existen camas pediátricas. Además, cuenta con 5 camas en el Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos, 23 camas en el Servicio de Emergencia Pediátrica y 14 camas en las Unidades de Oncología y Hematología Pediátricas que pertenecen a otros Departamentos Médicos del hospital, como se verá mas adelante, que sumadas a las 75 camas mencionadas previamente totalizan, funcionalmente, 117 camas pediátricas.

Desde el punto de vista organizacional, los Servicios Médicos de Clínica y Cirugía Pediátricos dependen del Departamento Médico de Medicina Infantil y este, a su vez, de la Gerencia Médica, hoy llamada Gerencia Clínica (Gráfica N° 3).

Ambos Servicios están constituidos funcionalmente, ya que orgánicamente no existen, por Unidades Especializadas, perteneciendo la mayoría de ellas a dichos Servicios. El Servicio de Clínica Pediátrica está conformado por las Unidades de Pediatría General, Neurología, Cardiología, Nefrología, Gastroenterología, Neumología, Endocrinología, Infectología y Nutrición. Las Unidades de Oncología y Hematología Pediátricas pertenecen al Departamento Médico de Oncohematología y Radioterapia; las Unidades de Alergia, Dermatología, Reumatología y Genética Pediátricas corresponden al Departamento Médico de Enfermedades Sistémicas; la Unidad de Psiquiatría pertenece al Departamento Médico de Salud Mental y la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, al Departamento Médico homónimo. Como se aprecia, estas últimas ocho unidades no pertenecen administrativamente al Servicio de Clínica Pediátrica pero interactúan con él mediante una estructura organizativa de tipo matricial (60).

Las Unidades Quirúrgicas que pertenecen al Servicio de Cirugía Pediátrica son las de Cirugía General, Neurocirugía, Traumatología y Ortopedia, Urología, Otorrinolaringología y Oftalmología. Las Unidades de Cirugía Plástica y Reparadora, de Cirugía de Tórax y Cardiovascular y de Cirugía de Cabeza y Cuello pertenecen a los Servicios homónimos de adultos pero también lo apoyan mediante el modelo organizacional ya mencionado.

El personal médico, al momento del estudio, estaba conformado por 58 médicos especialistas y subespecialistas: 25 en el Servicio de Clínica Pediátrica y 33, en el de Cirugía Pediátrica. No se contabilizan dentro de este número a los médicos clínicos y cirujanos de adultos que brindan apoyo en las especialidades que no son propias de los Servicios (Cuadro Nº 4). Este número de médicos representa el 56.3% de los 103 médicos especialistas en Pediatría Clínica o Quirúrgica del área de influencia geoadministrativa, hoy llamada Red, del hospital Rebagliati (6).

POBLACIÓN PEDIATRICA ADSCRITA.

El área de influencia geoadministrativa al momento de realizarse este estudio es la misma que conforma actualmente la Red Asistencial de Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” ESSALUD y está conformada por los siguientes Centros Asistenciales: Hospital II “Angamos” (Miraflores), Hospital II de Cañete, Hospital I “Uldarico Roca F.” (Villa El Salvador), Hospital I “Carlos Alcántara B.” (La Molina), Policlínico “Pablo Bermúdez” (Cercado de Lima), Policlínico “Chequeos Larco” (Miraflores), Policlínico “Chincha” (Cercado de Lima), Policlínico “Próceres” (Surco), Policlínico “Rodríguez Lazo” (Chorrillos), Policlínico Villa María (Villa María de El Triunfo), Centro Médico de Mala, Centro del Adulto Mayor (CAMS) y Programa de Asistencia Domiciliaria (PADOMI) (P).

El Hospital no tiene población asegurada cautiva o adscrita por ser un hospital de nivel IV, de alta complejidad, cabeza de Red. La demanda por sus servicios pediátricos está dada por la referencia de pacientes desde todos los Centros Asistenciales que conforman su Red y de otros Centros Asistenciales de la Red Asistencial Almenara y, sobretodo, de la Red Asistencial Sabogal.

Cada Centro Asistencial de la Red Asistencial tiene una población asegurada cautiva que corresponde al número total de asegurados que se atienden directamente en dicho Centro Asistencial. De acuerdo a la Subgerencia de Estadística de la Gerencia de Planificación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) (61), la población asegurada derechohabiente pediátrica adscrita a

los Centros Asistenciales de la Red Rebagliati, según grupo etáreo, estimada para el año 2003 era de 222 808 menores de 14 años.

CONSULTA EXTERNA.

En la Tabla N° 1 y Gráfico N° 5 se registran los incrementos porcentuales anuales en relación al año anterior próximo pasado de la oferta de consultas externas brindadas en conjunto por los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos del hospital así como del incremento de la demanda efectuada por los usuarios de estos servicios. Se encontró, en primer lugar, que la oferta siempre excedió a la demanda efectiva (pacientes que solicitaron cita) y a la demanda real (pacientes que solicitaron cita y acudieron para ser atendidos) y que la demanda efectiva, también, excedió a la demanda real. El incremento porcentual anual de la demanda efectiva y real fue siempre mayor que el incremento porcentual anual de la oferta hasta el año 2001 en que estos incrementos porcentuales disminuyen bruscamente.

De manera general y en promedio, la oferta y la demanda de la consulta externa del Servicio de Clínica Pediátrica (Tabla N° 2, Gráfico N° 6) sigue un patrón similar al mencionado. Individualmente, como se verá más adelante, algunas especialidades clínicas no lo cumplen.

La producción anual de consultas externas del Servicio de Clínica Pediátrica, por especialidades, aparece en la Tabla N° 3. Al respecto, las especialidades de Neurología, 15.1%; Alergia, 13.3%; Medicina Física y Rehabilitación, 10.4%, Medicina General, 8.5%; Endocrinología, 7.6% y Cardiología, 7.4%; fueron las que mayor producción tuvieron y en conjunto produjeron el 62.3% del total de las consultas externas realizadas por el servicio de Clínica Pediátrica dentro del período de estudio.

La producción específica, por especialidades clínicas, se registra desde la Tabla N° 4 a la Tabla N° 20. Analizando individualmente por especialidades la oferta y las demandas efectiva y real por cada una de ellas se observó que algunas de

ellas no siguen el patrón general encontrado y mencionado líneas arriba. Esto sucede sobretodo en las especialidades de mayor demanda.

Es el caso de Neurología (Tabla N° 5) en la que se encuentra que la oferta de citas para consulta externa siempre fue superada por la demanda efectiva de las mismas pero, a pesar de ello, la demanda real o consultas realizadas nunca superó a la oferta presentándose, mas bien, un porcentaje de deserción o de citas no atendidas que se incrementa progresivamente desde el 18.9% en el año de 1998 hasta el 22.5% en el año del 2003.

Otro tanto ocurre con Gastroenterología, especialidad en la que se nota un incremento de la demanda efectiva que llega a superar a la oferta de citas a partir del año 2000 hasta el final del período de estudio. Lo mismo sucede con la demanda real con la diferencia que el porcentaje de deserción fue mucho menor que en el caso anterior (Tabla N° 8).

Otras especialidades como Endocrinología (Tabla N° 10), Hematología (Tabla N° 14) y Dermatología (Tabla N° 16) tuvieron el mismo patrón que Gastroenterología mientras que, Alergia (Tabla N° 15), Genética (Tabla N° 18) y Medicina Física y Rehabilitación (Tabla N° 20), lo presentaron a partir del año 2002.

Con relación a la consulta externa del Servicio de Cirugía Pediátrica se nota que la oferta y la demanda efectiva y real siguen, en general y en promedio, un patrón similar al del Servicio de Clínica Pediátrica con la diferencia que la caída de la oferta y la demanda registrada a partir del año 2002 es muy brusca al extremo de hacerse negativas en relación a los años anteriores (Tabla N° 21, Gráfico N° 7). Se observa, también, que en el año 2000 la demanda efectiva superó ligeramente a la oferta, en el año 2001 están prácticamente en equilibrio y a partir del año 2002, pese al descenso que sufren ambas, marchan en líneas paralelas con una diferencia muy leve a favor de la oferta. En ningún caso la demanda real superó a la oferta ni a la demanda efectiva.

Las especialidades quirúrgicas con mayor producción y demanda en consulta externa fueron: Cirugía General, 19.3%; Otorrinolaringología, 18.1%; Oftalmología, 15.9% y Traumatología y Ortopedia, 15.5% (Tabla N° 22) sumando, en conjunto, el 68.8% del total de las consultas externas realizadas por el Servicio de Cirugía Pediátrica.

La producción individual de consulta externa de cada especialidad quirúrgica se reportan desde la Tabla N° 23 hasta la Tabla N° 31. En ellas se observa que algunas especialidades, sobretodo aquellas con mayor producción y demanda, no siguen el patrón general mencionado en párrafos anteriores.

Así vemos que entre los años de 1999 y 2000 las especialidades de Traumatología y Ortopedia (Tabla N° 25), Urología (Tabla N° 26), Otorrinolaringología (Tabla N° 27) y Oftalmología (Tabla N° 28) presentaron un aumento brusco de demanda efectiva que superó a la oferta de cupos y que se mantiene hasta el año del 2003 en que finaliza el estudio. Por otro lado, llama la atención que, a pesar de ser especialidades con alta demanda, la demanda real no se acerca a la demanda efectiva en ninguno de los casos y, mas bien, se aleja; como lo demuestran los altos porcentajes de deserción o de citas no atendidas encontrados y que superan al de las especialidades clínicas llegando a alcanzar hasta el 28.5% como en el caso de Otorrinolaringología durante el año 2003.

En la Tabla N° 32 se presenta el promedio anual de algunos indicadores en relación a la capacidad instalada, la oferta y la demanda y la gestión de la consulta externa de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos.

En cuanto a la capacidad instalada se reporta el promedio mensual por año de médicos programados así como el total y el promedio mensual por año de los turnos de los consultorios funcionales ofertados para la producción de la consulta externa tanto clínica como quirúrgica.

En relación al número de médicos, dentro de él están incluidos los médicos del sector adultos que brindan apoyo en las especialidades clínicas y quirúrgicas que

por razones estructurales no pertenecen a los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos.

Por otro lado, del total de consultorios funcionales ofertados por ambos Servicios, la gran mayoría produce atención médica en el turno diurno. Así se encontró que en el Servicio de Clínica Pediátrica el 65% de los consultorios funcionales son ofertados en el turno de la mañana mientras que para los turnos de tarde y noche se ofertaron sólo el 29% y 6%, respectivamente, de ellos. Esta situación se hace más notoria en el Servicio de Cirugía Pediátrica ya que el 73% de los consultorios funcionales son ofertados en el turno de mañana y el 27% en el de la tarde, no existiendo oferta para el turno nocturno.

También se encontró, como ya se mencionó en párrafos anteriores, que la oferta de citas para consulta externa superó a la demanda efectiva de ellas en ambos Servicios. Llama la atención que a pesar del alto porcentaje de la utilización de esta oferta, que llega al 90.9% en el caso del Servicios de Clínica Pediátrica subiendo al 95.8% en el de Cirugía Pediátrica, la utilización real o consultas realmente atendidas sea mucho menor; reflejándose esta situación en los porcentajes de deserción que bordea al 17% en ambos Servicios, lo que quiere decir que el 17% de la demanda efectiva realmente no se efectiviza, no recibe atención de salud.

El Cuadro N° 5 muestra los indicadores de gestión promedio para la consulta externa obtenidos dentro del período de estudio según el enfoque sistémico y se comparan con los indicadores estándares institucionales (N) de un hospital nivel IV. En él se aprecia que los indicadores de productividad, expresado como rendimiento hora médico, y de uso, como concentración, encontrados son inferiores a los indicadores estándares institucionales. Llama, también, la atención que el indicador de utilización obtenido, medido como porcentaje de deserción, sea más de tres veces mayor que el estándar institucional.

HOSPITALIZACION.

La evolución de los egresos hospitalarios de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos, entre los años de 1998 y 2003, se aprecia en la Tabla N° 33 y en Gráfico N° 8. En ellos se puede ver el incremento progresivo de la producción de egresos a partir del primer año del período de estudio hasta el año 2001 en que se inicia un descenso en el porcentaje de incremento respecto al año anterior que se mantiene hasta el año 2003 en que termina el intervalo de tiempo en estudio. Por otro lado, el incremento global de los egresos hospitalarios y el descenso de los mismos se hace mayormente a expensas del Servicio de Cirugía Pediátrica ya que el Servicio de Clínica Pediátrica presentó una frecuencia casi plana al respecto.

En el Gráfico N° 9 se puede observar la evolución de la producción de egresos hospitalarios del Servicio de Clínica Pediátrica. En él se aprecia que, salvo los años de 1999 y 2001 donde se nota un incremento de los mismos, la variación en el número de egresos por año de estudio es mínima al extremo que al final del período de estudio, la cantidad de egresos es casi similar a la reportada al inicio del mismo.

Se encontró, también, que el promedio de estancia o permanencia hospitalaria de los egresos del Servicio de Clínica Pediátrica, durante el período de estudio, fue mayor que el estándar institucional para un hospital de nivel IV (N), lo que generó menor rendimiento por cama censable al incrementarse el porcentaje de ocupación de las mismas que llegó a ser hasta del 97.4% en el año 2001 (Tabla N° 34). Por otro lado, este elevado porcentaje de ocupación de camas ocasionó que su intervalo de sustitución sea persistentemente menor a un día, con excepción del año 2003, llegando a ser el año 2001 el más crítico con 0.33 día.

En relación a la tasas de mortalidad bruta y neta, que se reporta en la misma Tabla N° 34, se encontró un resultado inferior al estándar institucional (N) notándose a la vez un descenso progresivo de las mismas hasta ser, ambas, 0.8 fallecidos por 100 egresos en el año 2003. acuerdo a la Clasificación Estadística

Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CEI – 10) de la OPS (49) los daños programáticos que más ocasionaron egresos en el Servicio de Clínica Pediátrica fueron: Enfermedades del Sistema Respiratorio, 31.0%; Tumores, 15.7%; Enfermedades del Sistema Genitourinario, 11.1% y Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, 10.5% (Tabla N° 35). Estos cuatro grupos provocaron el 68.3% de todos los egresos del área de hospitalización del Servicio de Clínica Pediátrica en el lapso de tiempo que duró el estudio.

Las diez principales causas de estos egresos fueron responsables de más del 50% de los mismos siendo la neumonía a organismo no especificado, el asma en todas sus formas, la leucemia de diversos tipos y la infección de vías urinarias y otros trastornos del sistema urinario, específicamente, las más frecuentes con 13.8%, 11.2%, 10.0% y 5.0%, respectivamente (Tabla N° 36).

El Gráfico N° 10 muestra la evolución de los egresos hospitalarios del Servicio de Cirugía Pediátrica. En él se observa un incremento progresivo de ellos hasta el año 2001 en que, también, empieza una tendencia descendente de los mismos hasta la finalización del estudio en el año 2003.

La estancia o permanencia promedio de estos egresos estuvo entre tres y tres días y medio por debajo del estándar institucional (N) con un rendimiento de la cama censable por encima y un porcentaje de ocupación de camas por debajo del mismo (Tabla N° 37). Este último se incrementó significativamente a partir del año 1999 y se mantuvo sin sobrepasar el 90.0%. Por su parte, el índice de sustitución de cama pasó de 3.2 días, en el año de 1998, a 1.4 días en el año 2003 pero, en ese recorrido de tiempo fue sostenidamente menor de un día entre los años 2000 y 2002.

Las tasas de mortalidad bruta y neta se han conservado siempre por debajo de los estándares institucionales para un hospital de nivel IV y nunca sobrepasaron el 1% de los egresos presentando a su vez una tasa permanentemente

descendente que se inicia con 0.9% en el año de 1998 y termina en 0.2% en el, 2003 (Tabla N° 37).

De acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CEI – 10) de la OPS (49) los daños programáticos que ocasionaron más egresos en el Servicio de Cirugía Pediátrica fueron: Enfermedades del Aparato Digestivo, 30.0%; Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas, 28.3%; Traumatismos y Envenenamientos, 13.6% y Tumores, 8.7% (Tabla N° 38). Estos cuatro grupos fueron responsables del 80.6% de todos los egresos del Servicio de Cirugía Pediátrica durante el período de estudio.

Individualmente, las diez principales causas de estos egresos nunca sobrepasaron el 50% de los mismos y la apendicitis aguda se ubicó largamente en el primer lugar con el 50.3% de los casos (Tabla N° 39). Le siguieron muy por debajo el hidrocéfalo congénito con el 10.0% de los egresos, traumatismo encéfalo craneano con 8.9% y las malformaciones congénitas de los pies y las fracturas del hombro y de los brazos con, ambas, 5.3% de todos los egresos.

Los indicadores anuales promedio de las áreas de hospitalización de ambos Servicios aparecen en la Tabla N° 40 y se comparan con los estándares institucionales para un hospital de nivel IV en el Cuadro N° 6. En la Tabla N° 40 se observa que el Servicio de Cirugía Pediátrica, a pesar de tener 15 camas menos, produjo más egresos debido a que el promedio de estancia de los pacientes egresados de él fue casi la mitad de días que en el Servicio de Clínica Pediátrica y por ende el rendimiento de cada cama hospitalaria censable fue mayor y el porcentaje de ocupación de las mismas, menor. Como se mencionó, estos indicadores de proceso y resultado de las áreas de hospitalización de ambos Servicios son comparados con los estándares institucionales para un hospital de nivel IV y serán discutidos posteriormente (Cuadro N° 6).

CENTRO QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO.

El Centro Quirúrgico Pediátrico tiene tres salas de operaciones quirúrgicas con las cuales solo oferta solamente 132 horas, es decir, el 66.7% de su capacidad operativa (Cuadro N° 7). La programación de los turnos operatorios por especialidades es establecida de manera rígida y sin tener en consideración la demanda quirúrgica por especialidades. Según la programación, al momento del estudio, una sala de operaciones funcionaba sólo en un turno semanal de seis horas para realizar únicamente procedimientos médicos.

El tiempo de duración de las intervenciones, como es de esperar, fue siempre menor que las horas ofertadas por el Centro Quirúrgico (Tabla N° 41) ya que ellas se refieren exclusivamente al desarrollo del acto quirúrgico. Donde se notó una gran diferencia fue entre las horas quirúrgicas programadas de uso de las salas de operaciones, es decir, las horas ofertadas (tiempo de limpieza y preparación del quirófano + preparación e inducción anestésica del paciente + duración del acto quirúrgico), y las horas quirúrgicas realmente utilizadas, en otras palabras, las horas quirúrgicas demandas realmente (tiempo de preparación e inducción anestésica del paciente + tiempo de duración del acto quirúrgico). Como se aprecia, tanto en las horas de uso de sala de operaciones ofertadas como en las horas quirúrgicas demandadas o ejecutadas no se contabiliza el tiempo que el paciente hace uso del quirófano en el período postanestésico inmediato antes de ser trasladado a la Sala de Recuperación.

Por otro lado, en esta misma Tabla, se observa que del total de las intervenciones quirúrgicas realizadas dentro del período de estudio, el 38.8% fueron catalogadas como Cirugía Mayor, 32.0% como Cirugía Menor; 18.2% como Cirugía Especializada Medianamente Compleja y, solamente, el 10.8% como Cirugía Especializada Altamente Compleja (Cuadro N° 41) (Gráfico N° 11), lo que es ratificado, por años de estudio, en el Gráfico N° 12; notándose, sin embargo, incremento progresivo de las intervenciones quirúrgicas especializadas de alta y mediana complejidad. De todas estas intervenciones quirúrgicas, entre la tercera y la cuarta parte fueron intervenciones de emergencia.

En esta misma Tabla se reporta el incremento progresivo de suspensiones de las intervenciones quirúrgicas programadas y, en contraparte, un incremento de la producción quirúrgica por cirujano de manera individual.

En las Tablas Nº 42, 43, 44 y 45, se reportan los porcentajes de producción por especialidad y por tipo de cirugía realizada observándose que dentro de la Cirugía Especializada Altamente Compleja predomina la especialidad de Neurocirugía y dentro de la Cirugía Especializada Medianamente Compleja es la especialidad de Traumatología y Ortopedia la más productiva. Por su parte, Cirugía General ocupa el primer lugar en tanto a Cirugía Mayor y Menor se refiere.

SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIATRICA.

La principal fuente de ingreso de pacientes a los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos es el Servicio de Emergencia Pediátrica. En ese sentido se presentan algunos de los resultados obtenidos por este Servicio, dentro del período de estudio, puesto que, de manera directa o indirecta, pueden reflejar la oferta y demanda de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos.

Cuenta con 23 camas de observación pediátrica que al 60.5% de camas para emergencias pediátricas de la Red Asistencial Rebagliati y al 35.4% de todos los establecimientos de salud del Seguro Social de Salud (ESSALUD) de Lima Metropolitana y del Callao. En comparación con los otros Hospitales Nacionales cabeza de Red Asistencial de Lima Metropolitana y del Callao, el Hospital tiene 4 y 8 veces más camas para Emergencia Pediátrica que el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” y que el Hospital Nacional “Alberto Sabogal Seguí”.

Durante los años 2000 y 2003, el Servicio de Emergencia Pediátrica realizó un total de 255 479 atenciones de las cuales aproximadamente la tercera parte de ellas correspondió a atenciones de prioridad I y prioridad II (N) que son aquellas atenciones que se realizan a pacientes con alteración súbita de su estado de

salud que conduce a un inminente peligro de muerte o, a aquellos pacientes que presentan un riesgo de muerte o con complicaciones severas que ameritan una atención dentro de los primeros 10 minutos desde su llegada al Servicio de Emergencia (Tabla N° 46). Por otro lado, en esta misma tabla se aprecia que, en general, el número total de atenciones ha disminuido en casi un 50% en el año 2003 en relación a las practicadas en el año 2000.

De los pacientes ingresados a la Sala de Observación, el 12.4% tuvo una estancia hospitalaria mayor de 48 horas (Tabla N° 47). En algunos casos se observó estancias hospitalarias mayores de 10 días debido a la imposibilidad de ingresar a los pacientes en las áreas de hospitalización de los Servicios de Clínica o Cirugía Pediátricos. A su vez, en general, el 69% de los pacientes egresados de ambos Servicios ingresó por Emergencia Pediátrica con un predominio del 12% para el Servicio de Clínica Pediátrica (Tabla N° 48).

SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

Así como los resultados obtenidos por el Servicio de Emergencia Pediátrica pueden reflejar la oferta y demanda de atención médica de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos, los obtenidos por el Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos, también, pueden reflejar, de algún modo, la oferta y la demanda de aquellos Servicios. Los egresos del Servicio de Cuidados Intensivos son recepcionados, principalmente por el Servicio de Cirugía Pediátrica puesto que el Servicio de Clínica Pediátrica, por contar con una Unidad de Cuidados Críticos, demanda menos de sus servicios.

El Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos cuenta con 5 camas censables que producen 3.5 egresos por cama y por mes con un promedio de permanencia por paciente de 7.5 días, lo que ocasiona un porcentaje de ocupación de las mismas de 91.8% y un intervalo de sustitución de 0.7 días en promedio. Estos resultados fueron obtenidos teniendo en cuenta la producción de los tres últimos meses del año de 1998, año en que inició sus funciones el Servicio, por lo que no reflejan la realidad de su problemática. Si se obvia la producción de ese año, se aprecia un

agravamiento progresivo de esta problemática al mantenerse le promedio de estancia en el Servicio por encima de 6 días, el rendimiento de cada cama censable por debajo de 4.5 egresos por mes, el porcentaje de ocupación de las camas por encima de 90% y el intervalo de sustitución por debajo de 1 día; llegando a su punto más crítico en el año 2003 (Tabla N° 49). Estos resultados pueden ser explicados por la permanencia innecesaria en el Servicio de los pacientes en condiciones de alta ante la indisponibilidad de camas en las áreas de hospitalización de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos.

En cuanto a los indicadores de resultados, se encontró que la mortalidad neta, en promedio, fue de 16.5% mientras que, la mortalidad bruta llegó al 20.9%.

REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS.

Entre los años de 1999 y 2003 fueron recepcionados 71 819 pacientes referidos a los Servicios Pediátricos del Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” ESSALUD desde los establecimientos de salud que conforman la Red Asistencial del hospital y de las otras redes asistenciales de Lima y del interior del país. Del total de referencias, 42 963, es decir el 59.8% correspondieron a especialidades clínicas pediátricas y el 38.7%, a las quirúrgicas. El restante corresponde a las referencias hacia las especialidades de Ayuda al Diagnóstico y al Tratamiento (Tabla N° 50, Tabla N° 52 y Tabla N° 54). Por otro lado, dentro de este mismo período de tiempo se registraron sólo 16 231 contrarreferencias lo que constituye únicamente el 22.6% del total de pacientes referidos. En este sentido, el Servicio de Clínica Pediátrica contrarrefirió el 24.1% de los pacientes derivados a las diferentes especialidades que oferta (Tabla N° 50) mientras que el Servicios de Cirugía Pediátrica lo hizo sólo en el 18.8% (Tabla N° 52).

Las especialidades clínicas pediátricas que presentan una proporción de contrarreferencias en relación al número de referencias que reciben mayor al promedio general del Servicio son las especialidades de Cardiología, 40.0%; Nefrología, 35.8%; Neurología, 34.2% y Medicina Física y Rehabilitación, 33.9% (Tabla N° 50). En el área quirúrgica, las especialidades que igualan o superan el

promedio general de contrarreferencias del Servicio son: Urología, 21.9%; Traumatología y Ortopedia, 21.9%; Cirugía de Cabeza y Cuello, 21.1%, Cirugía Reparadora y de Quemados, 19.2% y Cirugía General, 18.8% (Tabla N° 52).

Del total de referencias, 42 963, recibidas por el Servicio de Clínica Pediátrica, las especialidades de Neurología, Medicina Física y Rehabilitación y Alergia, en ese orden, son las más demandadas siendo a su vez las dos primeras las que mayor número de contrarreferencias realizaron (Tabla N° 51). En lo que respecta a las especialidades quirúrgicas, las que más recibieron pacientes fueron, en orden descendente, Otorrinolaringología, Traumatología y Ortopedia, Cirugía General y Oftalmología siendo, en ese mismo orden, las que contrarrefirieron más pacientes (Tabla N° 53).

También se encontró que el 60.8% de los pacientes referidos al Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” ESSALUD pertenecían a los establecimientos de salud que conforman su Red Asistencial. El resto de los pacientes referidos se distribuyó casi de manera similar entre la Red Asistencial “Guillermo Almenara Irigoyen” y la Red Asistencial “Alberto Sabogal Segúin”, ambas de Lima, y las Redes Asistenciales del interior del país (Tabla N° 55).

Por otra parte, el 44% de los pacientes egresados de las áreas de hospitalización de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos fueron contrarreferidos a los centros asistenciales que conforman la Red Asistencial del hospital. El resto de los egresos fueron contrarreferidos a las otras Redes Asistenciales de Lima y del interior del país por ser los establecimientos de esas Redes las que originaron las referencias. Es de resaltar que los egresos de los pacientes que correspondían a la Red Asistencial “Alberto Sabogal Segúin” llegó a ser del 20.9%. El resto de los egresos se distribuyó en todos los centros asistenciales que conforman las Redes Asistenciales del interior del país con el 26.1% y los establecimientos de la Red Asistencial “Guillermo Almenara Irigoyen” con sólo el 9.0% (Tabla N° 56).

Se estableció la relación egresos/pacientes referidos (Relación E/R) que relaciona la sumatoria de los egresos de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos con

el total de pacientes pediátricos referidos desde las diferentes Redes Asistenciales de Lima y del interior del país hacia el Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins”. Al respecto se encontró que la Relación E/R, en general, fue de 0.76, lo que quiere decir que, del total de pacientes pediátricos referidos, el 76% fueron hospitalizados de los Servicios en estudio (Tabla N° 57). Específicamente, por Red Asistencial de referencia, se pudo observar que de los pacientes referidos de los centros asistenciales de las Redes Rebagliati y Almenara casi la mitad de ellos fueron hospitalizados y egresados de los Servicios mencionados mientras que los egresos de los pacientes referidos de las Redes Sabogal y del interior del país superaron el número de referencias.

DISCUSION

Banco Mundial (62) en su informe sobre el Desarrollo Mundial en el año de 1993, refiere que "... los hospitales de atención terciaria están atestados de pacientes que podrían recibir tratamiento en hospitales de distrito o centros de salud a un menor costo y en forma más accesible" siendo ..."una manera obvia de reducir gastos sin sacrificar ningún beneficio en materia de salud el hacer uso pleno de los establecimientos de nivel inferior existentes" pero..."al mismo tiempo, sin embargo, es preciso mejorar la calidad y el grado de reacción de los servicios disponibles en los establecimientos más bajos".

Los establecimientos prestadores de servicios de salud de la Seguridad Social en el Perú no escapan a la problemática actual presente en todas las entidades prestadoras de este tipo de servicios y más bien, como ellas, se ve en la obligación de enfrentarla con criterios de calidad y productividad a fin de garantizar una adecuada atención de salud a sus usuarios.

Ante este escenario es necesario un análisis concienzudo de la situación actual para poder formular alternativas que conduzcan al mejoramiento continuo de la

organización de la atención de la salud en los establecimientos de salud de la Seguridad Social con el objetivo de mejorar la utilización de los escasos recursos con que cuenta (63, 64).

Las fallas en su modelo de atención se evidencian a través de una serie de deficiencias como son atenciones de baja complejidad en establecimientos de alta complejidad congestionándolos innecesariamente e incrementando los costos de la atención; referencia de pacientes con daños de baja o mediana complejidad hacia hospitales de mayor complejidad con el costo social que ello significa; inaccesibilidad de pacientes con patología compleja a los hospitales de mayor nivel debido al congestionamiento ocasionado por la sobrecarga de patologías que deben ser resueltas en niveles inferiores de atención; recursos de diagnóstico y tratamiento subutilizados en todos los niveles de atención; etc., ocasionando, todo ello, ineficacia e ineficiencia en el logro de los objetivos institucionales programados (64).

El Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” ESSALUD, hospital nivel IV y de alta capacidad resolutive, está inmerso dentro de esta problemática y como cabeza de Red Asistencial afronta un congestionamiento severo en todos sus servicios ante una oferta con poca capacidad de reacción que conlleva insatisfacción del usuario y, aunque suene contraproducente, capacidad instalada ociosa por el uso ineficiente de la oferta.

CAPACIDAD INSTALADA.

La capacidad instalada es el conjunto de recursos físicos, humanos y financieros, con que cuentan las organizaciones de salud para producir mediante una función de producción, es decir la combinación adecuada de estos recursos, las atenciones de salud que necesitan los usuarios de dichos servicios. Se mide y evalúa según el enfoque sistémico mediante los indicadores de estructura.

Los indicadores de estructura son aquellos que miden y evalúan la accesibilidad, la disponibilidad y la adecuación de los recursos con que cuenta el hospital o

cualquier centro asistencial de salud para brindar la atención de salud demandada por los usuarios en función a sus necesidades de salud (51).

La **accesibilidad** es la posibilidad que tiene la población adscrita de recibir atención de salud en el hospital, es decir, establece el grado de dificultad que tiene el usuario para relacionarse con los servicios que ofrece determinado centro asistencial (51, 52, 53). Está influenciada por factores económicos, geográficos, culturales y organizativos.

Los factores económicos están en función a la capacidad adquisitiva de la población respecto a las tarifas de los servicios y precios de medicamentos y a la valoración que den a su tiempo, o costo-oportunidad del tiempo, los usuarios de los servicios de salud. Se estudia a través de las tarifas y costos de servicios de salud y niveles de ingreso, ocupación y desocupación de la población usuaria y no usuaria.

Los factores geográficos están referidos a la ubicación del centro asistencial puesto que a mayor distancia del establecimiento menor posibilidad de acceso al mismo. Se evalúa mediante las distancias al centro asistencial, tiempo de viaje, facilidades de transporte y lugar, procedencia o dirección del usuario.

Los factores culturales están relacionados con el grado de instrucción y el idioma. Se asocian con las actitudes y creencias de la población respecto a los servicios de salud, con el conocimiento sobre los servicios que se ofrecen y los trámites para atenderse y con las actitudes del personal del hospital sobre las costumbres y creencias de la población.

Los factores organizativos dependen de la administración y organización estructural y funcional de los establecimientos de salud. Están vinculados a los horarios de atención y a la disponibilidad de profesionales de la salud o de ambientes físicos para la realización de las diferentes actividades de atención de salud. Su evaluación debe incluir la organización del hospital, turnos y horarios de atención, tiempos de espera, usuarios descartados y deserción de los mismos.

En relación a lo mencionado se puede decir que el factor más importante que influye en la accesibilidad al Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” ESSALUD es el organizacional.

Desde el punto de vista organizacional, por ser este hospital el punto más alto de la pirámide o la cabeza de la Red Asistencial Rebagliati la única puerta de entrada a los servicios pediátricos que él brinda es a través de una carta de referencia dada por el centro asistencial de origen perteneciente a la Red sin que esto signifique que no sean recepcionados pacientes de otras Redes Asistenciales de Lima Metropolitana y del interior del país. Por otro lado, la dificultad que tienen los usuarios para acceder a los servicios pediátricos de alta especialización del hospital hace que busquen otros mecanismos de ingreso al sistema mediante la atención por Emergencia Pediátrica lo que congestiona innecesariamente a dicho servicio y satura la capacidad de las áreas, mayormente, de hospitalización de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos con pacientes cuyo daño programático puede ser resuelto en establecimientos de salud de menor nivel. De alguna manera esta carta de referencia se convierte en una valla administrativa que limita el libre acceso a los Servicios Pediátricos del hospital que de no ser así, estarían mucho más congestionados. Otras razones de tipo organizativo que limitan el acceso serán mencionadas y analizadas posteriormente.

La ubicación central del hospital que garantiza mayor seguridad personal que otros establecimientos de salud de la Seguridad Social y las facilidades de transporte para llegar a él hacen que sus servicios pediátricos sean muy accesibles y altamente demandados las 24 horas del día a través del Servicio de Emergencia Pediátrica en el cual se atienden los usuarios, generalmente, sin carta de referencia ocasionando los problemas referidos en el párrafo anterior.

Los factores económicos se reducen a los gastos de transporte urbano y al valor que le den a su tiempo los padres de los usuarios de los Servicios Pediátricos del hospital ya que, por ser derechohabientes de trabajadores dependientes o independientes asegurados, todos los costos de atención, sea del tipo que sea,

están cubiertos por los aportes mensuales que realizan según ley para los asegurados obligatorios y de acuerdo al plan contratado para los, facultativos. Por su parte, si bien los factores culturales son importantes, estos se manifiestan más en el punto de entrada a la Red Asistencial que, generalmente, son los establecimientos de salud de menor nivel por lo que no son gravitantes para el acceso al hospital.

Cabe anotar que estos factores que condicionan la accesibilidad de los demandantes de los Servicios Pediátricos del Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” ESSALUD son influenciados por los padres de los pacientes y por la institución. Por los padres al decidir por sus hijos menores de edad el momento de la atención de acuerdo a sus conveniencias y por la institución, por medio del personal de salud de los establecimientos de menor nivel de la Red Asistencial, al decidir que usuarios refiere o no al hospital.

La **disponibilidad** es la relación que se establece entre la cantidad de recursos humanos, físicos y financieros con que cuenta un establecimiento de salud y el sujeto o la población asignada a la cual se brinda los servicios de salud (51, 52, 53). Evalúa la equidad con que se otorgan los servicios de salud, es decir, si estos servicios están siendo ofrecidos a toda la población que pueda ser beneficiada mediante una buena distribución de los recursos existentes en el establecimiento de salud.

Al hablar de disponibilidad debemos tener en cuenta algunos aspectos que gravitan sobre ella. Primero, cuando nos referimos a un solo establecimiento de salud, la disponibilidad es la relación que se establece entre los recursos de ese establecimiento y la población adscrita a dicho establecimiento pero, cuando hablamos de Red Asistencial, los recursos constituyen la sumatoria de los recursos de cada uno de los establecimientos que conforman la Red Asistencial y la población a la cual se asignan esos recursos, es también, la suma de cada una de las poblaciones asignadas a cada uno de estos establecimientos. Segundo, los avances tecnológicos permiten una mayor disponibilidad de los servicios de salud a través de equipos médicos móviles y el empleo de la telemedicina y, tercero,

puede darse el caso de la existencia de un determinado recurso y la falta de otro, es decir, por ejemplo, pueden existir recursos físicos pero faltar recursos humanos para poner en marcha el proceso de una atención de salud.

Es así, entonces, que la disponibilidad debe ser equitativa, operativa y potencial. Equitativa, porque debe disponerse de mayores recursos a las poblaciones más necesitadas e, inversamente, de menores recursos a las menos necesitadas; operativa, porque todos los recursos deben estar en condiciones de brindar la atención que la población demanda y potencial, porque los recursos no utilizados o subutilizados pueden adecuarse a determinadas contingencias.

La evaluación inadecuada de las necesidades, la descoordinación de las actividades de las diversas partes interesadas y la falta de normas, patrones y metodologías, que deben ser adaptadas localmente, conducen con frecuencia a una ubicación y un diseño inadecuados de los servicios médicos, a unas construcciones de baja calidad y a unos costos unitarios injustificadamente altos (65). Los hospitales suelen construirse con la intención de que duren mucho tiempo y se van adaptando en función a las necesidades de salud de la población asignada y a los avances tecnológicos por lo que deben tener una estructura física que permita una adecuación fácil ante cualquier contingencia.

El block G del hospital, ante las necesidades de salud de la población asegurada y la tendencia política gobernante a mediados de los años ochentas, área construida como Residencia Médica, fue adaptada como área asistencial para brindar atenciones de salud para pacientes derechohabientes menores de 14 años de edad. Si bien, políticamente, se trató de satisfacer una demanda de la población asegurada, por muchos años postergada, se creó un gran problema a la institución puesto que no pudo responder con prontitud ni con eficacia ante esta demanda, deviniendo, el área física adaptada, en insatisfactoria puesto que no cumple con todos los requisitos de Acreditación Hospitalaria (56 – 59).

Es por esta razón que las estructuras físicas hospitalarias deben ser construidas para poder rápidamente adaptarse a los cambios tecnológicos y a los requisitos

de bienestar social, es decir, que sin perder el aspecto estético arquitectónico que acompaña a toda construcción funcionalmente deben ser dirigidos hacia los pacientes que cada vez adquieren más el carácter de clientes (66). El hospital actual debería abandonar su característica meramente asistencial y evitar el hacinamiento y la aglomeración lo que, en el aspecto pediátrico específicamente, se evitaría potenciando la atención ambulatoria, la atención de día y la atención extrahospitalaria dando pie a un hospital abierto en el cual sus fronteras son las delimitaciones geográficas de la población adscrita y, mucho más aún, si cuenta con los recursos necesarios para practicar la telemedicina.

Por su parte, la selección, adquisición y mantenimiento deficientes de equipos conllevan a la pérdida de eficiencia (65). En algunos países, en un momento dado, sólo se emplea la mitad del equipo médico disponible lo que supone pérdidas de varios millones de dólares, cosa que no sucede en nuestro hospital donde el equipo médico es suprautilizado a pesar de que la gran mayoría de ellos ya superó su vida útil. Las decisiones de compra deberían basarse en una macroevaluación de las necesidades, en el análisis de los costos del ciclo de vida, en la capacidad de apoyo disponible y en los efectos a largo plazo de la tecnología (55).

La falta de capacitación del personal que usa estos equipos y los reducidos presupuestos dedicados al mantenimiento de los mismos (aproximadamente el 1% del valor del capital inmovilizado, cuando se considera que lo óptimo es de 7% al 8%) provoca sus averías frecuentes y una vida activa considerablemente acortada (65). La ausencia de mantenimiento preventivo ocasiona costos adicionales del orden de un 20% a 40% incrementando el costo de su uso entre un 60% y 80%.

Al respecto, a pesar que más del 90% de los equipos biomédicos del hospital se encontraban en buen o regular estado de operatividad al momento de este estudio (Gráficos N° 1 y N° 2), esto no significa que esta operatividad se presente siempre ya que, por los años de antigüedad, con frecuencia se malogran condicionando diferimiento o demora en las citas para la realización de exámenes

auxiliares, especialmente por imágenes. Por otro lado, la falta de personal en estas áreas genera, a pesar que los equipos estén operativos la persistencia de colas de espera para la realización de estos exámenes, lo que significa una falta de disponibilidad operativa y potencial de los recursos del hospital que repercuten en la atención pediátrica.

El recurso cama y los recursos humanos son constantemente cuantificados con la intención de valorar y evaluar la disponibilidad de la capacidad instalada de un hospital en relación a su población asignada. Los indicadores utilizados para medir y evaluar estos recursos son: número de camas por 1 000 habitantes y número de médicos por 10 000 habitantes.

El Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” ESSALUD, por ser cabeza de Red Asistencial, no tiene población propiamente adscrita. Su población está constituida por la suma de cada una de las poblaciones asignadas, por razones territoriales, a cada uno de los centros asistenciales que conforman su Red Asistencial. En este sentido, la población pediátrica total asignada a los servicios pediátricos de salud que tiene el hospital era, para el año de 2003, de 222 808 derechohabientes menores de 14 años y es en función a esta población que se obtienen los indicadores mencionados en el párrafo anterior.

Las 75 camas con las que en conjunto cuentan los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos deben satisfacer las necesidades de hospitalización de los 222 808 demandantes potenciales lo que, matemáticamente, corresponde a 0,34 camas por 1 000 derechohabientes menores de 14 años. Si a este número de camas le agregamos las otras 42 camas pediátricas con que cuenta el hospital y que corresponden a los Servicios de Emergencia y Cuidados Intensivos Pediátricos y a las Unidades de Hematología y Oncología Pediátricas, la relación de cama por 1 000 derechohabientes pediátricos sube a 0,53 mientras que, la totalidad de camas pediátricas de la Red Asistencial Rebagliati sólo representan una disponibilidad de 0,73 camas por 1 000 demandantes potenciales. Las camas de los Servicios de Emergencia y Cuidados Intensivos Pediátricos no deberían ser consideradas dentro del número total de camas pediátricas censables del hospital

(51, 52) pero lo hago debido a que soportan, generalmente, los primeros días de la estancia hospitalaria de los pacientes que deberían ingresar a las áreas de hospitalización de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos y no lo hacen por falta de camas disponibles en los mismos.

Los indicadores de disponibilidad de camas obtenidos son inferiores a los reportados por el Banco Mundial para la población general (62). Así refiere que en los Estados Unidos de Norteamérica, las Organizaciones de Medicina Preventiva (PMO-HMO), que cuentan con hospitales propios, tienen aproximadamente 1,5 camas por 1 000 afiliados. Este indicador sube a 5 camas por mil habitantes en este mismo país cuando se contempla a la población general y sube, aún más, a 8 camas por 1 000 habitantes en los países con economías de mercado consolidadas.

BARQUÍN (67), reporta, dentro de un conjunto de 22 países latinoamericanos la mayoría de los cuales comparten similares características que el nuestro, que el número de camas por 1 000 habitantes oscilaba entre 6.4, para un valor máximo, y 0.7, para un valor mínimo. Como se puede apreciar el indicador obtenido en relación al total de camas de los Servicios Pediátricos y al total de camas pediátricas del Hospital se encuentra por debajo del límite inferior del rango mencionado y por lo tanto se puede decir que existe un déficit del recurso cama pediátrica en los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos y en el Hospital que no permitiría satisfacer la demanda de hospitalización de los pacientes referidos. A nivel de la Red Asistencial el número de camas pediátricas por mil niños menores de 14 años se encuentra en el límite inferior del rango reportado, es decir, 0,7 camas por mil niños lo que confirma la escasez de este recurso y la necesidad de su mejor distribución ya que las 75 camas de los Servicios en estudio constituyen el 46% de todas las camas pediátricas de la Red y si a ellas se suman las otras camas pediátricas del hospital que no pertenecen a estos Servicios, el porcentaje sube al 74%. Esta situación condiciona que las posibilidades de hospitalización en los establecimientos de salud periféricos que conforman la Red Asistencial sea mínimo ocasionando una sobre demanda por los servicios de Hospitalización de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos del Hospital Rebagliati que se ven

congestionados con patologías que deberían ser resueltas en los niveles inferiores de atención incrementando, innecesariamente, los costos de la atención y generando ineficiencia a nivel de la Red Asistencial al no ser utilizados adecuadamente los recursos con que cuenta. Una mayor racionalización en el manejo del recurso cama permitirá su utilización más eficiente; entendiéndose en el sentido económico como eficiencia, al hecho de que ningún paciente sea tratado o referido a un nivel de atención superior si es posible su diagnóstico y tratamiento adecuado en un nivel inferior de atención (14).

El diseño organizacional de los servicios impone requerimientos y particularidades que modifican de manera importante el funcionamiento, monto, calidad e incluso los resultados de la atención (14). Este factor debe considerarse cuando se realiza cualquier estudio o se desea operar una política en los servicios, pues determina el éxito o fracaso de ella. Sin embargo, no existe una estructura organizacional modelo recomendándose, más bien, el desarrollo y fortalecimiento de la cultura organizacional como un mecanismo que permita lograr mayor eficiencia y por lo tanto un mejor desempeño en el uso de los recursos.

Desde este punto de vista, los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos dependen del Departamento de Medicina Infantil y este a su vez de la Gerencia Médica, hoy llamada Gerencia Clínica, de la cual también dependen los Departamentos Médicos de adultos situación que condiciona, al ser el hospital un hospital preparado para atender mayoritariamente a adultos, postergaciones en la solución de los problemas del área pediátrica al priorizarse los de dichas áreas (Gráfica N° 3).

También se puede apreciar que ambos Servicios cuentan con una serie de Unidades Funcionales, más no estructurales, la mayoría de ellas dependientes de los Servicios en estudio lo que le da a cada uno de ellos características funcionales de Departamentos Médicos por la cantidad de servicios médicos especializados que brindan. Por otro lado, debería tenderse a que las especialidades pediátricas clínicas y quirúrgicas que aún no dependen de estos Servicios progresivamente se vayan incorporando a ellos a fin de evitar los

problemas de la organización de tipo matricial, modelo bajo el cual, actualmente se desempeñan.

La organización matricial (60), llamada también sistema de mando múltiple, cuenta con dos tipos de estructura al mismo tiempo: una estructura vertical con doble línea de mando que se refiere a las funciones y una estructura horizontal que combina al personal de diferentes departamentos a cargo de otro, que no es su jefe vertical, pero es un experto en el proyecto o trabajo a realizar.

Si bien este tipo de estructura organizacional tiene como ventaja reunir a las personas especializadas que se requieren para resolver problemas complejos, minimizando las dificultades de coordinación y concediendo a la organización una gran flexibilidad para ahorrar costos; tiene, a su vez, la desventaja de que no todo el personal se adapta bien a esta doble línea de mando pudiendo ocasionar todo lo contrario a los objetivos deseados; es decir, incoordinaciones e incremento de costos. Por eso es que, antes de aplicar este tipo organizacional, debe capacitarse al personal a fin de lograr en ellos un trabajo corporativo y flexible que conduzca al logro de los objetivos organizacionales.

Por otro lado, Servicios como Emergencia Pediátrica y Cuidados Intensivos Pediátricos y las Unidades Especializadas como Hematología y Oncología Pediátricas dependen estructural y funcionalmente de otros Departamentos Médicos del Hospital siendo la interconsulta la única vinculación con los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos. Como es de esperarse, esta estructura organizacional pediátrica disgregada conduce a una serie de problemas de gestión que se traducen, como se verá más adelante, en estancias hospitalarias prolongadas, duplicidad de exámenes auxiliares, dilución de la responsabilidad en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, etc., condicionando un incremento innecesario de costos. Por otro lado, la falta de cultura organizacional y el desconocimiento de este tipo de modelo organizacional conllevan una respuesta equivocada del personal de salud que se traduce como un incumplimiento de las funciones asignadas al cargo.

Dentro de los profesionales de la salud me referiré específicamente a los médicos. El médico es el motor principal del hospital puesto que generan el mayor porcentaje de las actividades que se desarrollan en el establecimiento de salud siendo responsable a su vez, exceptuando al rubro de remuneraciones, del mayor gasto en que incurren ellos. Al estar más interesados en la calidad técnica generan los pedidos de compra de equipos, medicamentos, materiales e insumos de última generación que les permitan lograr dicha calidad en el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes; sin importarles el costo ni la efectividad o rendimiento de los mismos (67). Esta situación se agrava cuando se trata de hospitales públicos o de la seguridad social.

Los 58 médicos que tienen en conjunto los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos representan el 56,3% de todos los médicos especialistas en Pediatría y Cirugía Pediátrica de la Red Asistencial Rebagliati y que llevados a términos poblacionales significa que por cada 10 000 niños menores de 14 años existen 2.6 médicos. Si a estos 58 médicos les sumamos los médicos que trabajan en los Servicios de Emergencia y Cuidados Intensivos Pediátricos y en las Unidades de Oncología y Hematología Pediátricas, el número total sube a 86 médicos alcanzando el 65.6% del total de médicos que desempeñan en las especialidades pediátricas dentro de la Red Asistencial lo que representa la existencia de sólo 3.9 médicos por cada 10 000 niños adscritos a la Red Asistencial. Si se considera el total de médicos especialistas de la Red, 131 médicos, el indicador de disponibilidad de médicos sube a 5.9 por cada 10 000 niños menores de 14 años.

Estos resultados permiten apreciar dos cosas. Primero, se nota una proporción mayor de médicos en el hospital cabeza de la Red Asistencial Rebagliati en desmedro de los establecimientos de salud de menor nivel de la Red Asistencial lo que condiciona referencias innecesarias de pacientes que no son atendidos en esos niveles por falta de personal médico especializado causando congestionamiento de los servicios de atención pediátrica del Hospital. En este sentido considero que esta proporción debería invertirse a fin de que los establecimientos periféricos de la Red funcionen como verdaderos anillos de

contención y se pueda hacer un uso eficiente de los recursos al atender a los pacientes en el nivel que les corresponde en función a la patología que sufren. Para lograr esto se debe potenciar progresivamente los establecimientos de salud periféricos de la Red privilegiando a los de menor nivel y así sucesivamente hasta llegar al nivel más alto.

En segundo lugar, en relación al indicador de disponibilidad de médicos por 10 000 habitantes si bien el indicador obtenido en este estudio (2.6, 3.9 y 5.9 médicos especialistas en disciplinas pediátricas por 10 000 niños), se encuentra comprendido dentro del amplio rango encontrado para países latinoamericanos que oscila entre 14.9 y 0,7 médicos por 10 000 habitantes en general, este se encuentra muy alejado del rango superior de este reporte (67). Por otro lado, este resultado no es fidedigno por cuanto no refleja la población atendida de otras Redes Asistenciales de Lima Metropolitana y de provincias que si son tomadas en cuenta redundarían en un indicador paupérrimo. Así mismo, estos indicadores se han obtenido no sólo teniendo en cuenta a los médicos pediatras generales sino que involucra a todos los médicos especialistas y subespecialistas clínicos y quirúrgicos del Hospital y de la Red Asistencial que se desempeñan dentro de las áreas pediátricas por lo que se puede deducir que la necesidad de médicos pediatras es mucho mayor.

Expresados estos mismos resultados de otra manera, se puede decir que los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos cuentan con un médico por cada 3 846 niños menores de 14 años; el Hospital, con un médico por cada 2 564 niños y la Red Asistencial de la que es cabeza con un médico por cada 1 694 niños; cantidad de niños que, teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, se incrementaría, alejándose mucho más del estándar recomendado de 800 a 1 000 niños por médico pediatra general, con un margen máximo de incremento del 20% para responder a contingencias que generen elevaciones súbitas de la demanda, por lo que se puede afirmar que el número de niños por médico pediatra subespecialista y cirujano pediatra especialista o subespecialista debería ser aún menor (68 – 72).

CONSULTA EXTERNA

Las necesidades de salud, cuando son percibidas por el individuo o por el profesional de la salud, pueden dar origen a la demanda por servicios de salud y la satisfacción de esa demanda dependerá de la existencia de los recursos necesarios para producir los servicios deseados. La influencia de las necesidades de salud sobre el uso de los servicios depende de cómo la oferta de servicios de salud se organice (73). Por otro lado, conocer la demanda ambulatoria de los establecimientos de salud permite evaluarlos y orienta a la gestión para el planeamiento y programación de las actividades de salud (74).

La satisfacción de la demanda es la preocupación permanente y primordial de los directivos que están a cargo de la organización y administración de la atención médica a nivel operativo y gerencial, ante la cual, deben adaptar sus modelos gerenciales para enfrentar con éxito los retos de los escenarios competitivos (75). Por su parte, la capacidad de elección del usuario se hace cada vez más evidente en tanto que su percepción y satisfacción por el servicio recibido se hace, también, más notoria.

La consulta externa es un excelente indicador de consumo y accesibilidad de servicios de salud pues marca la tendencia del público para demandar atención a la vez que señala también en que medida los servicios están accesibles (76). Es el pivote alrededor del cual giran todas las actividades médicas de una especialidad ya que es el lugar donde se diagnostica, se orienta y establece la estrategia terapéutica del enfermo enviado desde los niveles inferiores de atención.

La **demanda potencial** se define como la cantidad de servicios de salud que requiere un determinado segmento de la población total del área de influencia del establecimiento de salud (77).

Un estudio realizado por LENGUA y GARCIA (75) demostró que la demanda potencial por servicios de salud en los establecimientos de salud de la Seguridad

Social, y por ende del Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins”, constituye el 30% del total de la población adscrita a determinada Red Asistencial, por lo tanto, la demanda potencial por consulta externa de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos del Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins”, al momento del estudio, era de 66 842 derechohabientes menores de 14 años, o sea el 30% de 222 808 del total de beneficiarios, dentro de este grupo étáreo, asignados a la Red Asistencial Rebagliati. El estudio mencionado fue realizado en los establecimientos de salud de la Gerencia Departamental de Lima del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), hoy ESSALUD mediante una encuesta realizada a los usuarios que acudieron voluntariamente a dichos establecimientos de salud y por lo tanto, refleja la necesidad sentida por ellos mismos. Sin embargo, al existir un sistema de referencias y contrarreferencias de pacientes el generador de la demanda de los servicios de salud de los hospitales cabeza de Red Asistencial son los propios médicos de los establecimientos de menor nivel de atención por lo que cabría preguntarse sí la demanda potencial sería la misma o variaría en más o menos al ser ocasionada no por el propio demandante sino por el facultativo.

La **demanda efectiva** está dada por la población que desea ser atendida, en un determinado momento, en un establecimiento de salud se efectivice o no esta atención y la **demanda real** representa a la población que solicitó y recibió efectivamente el servicio de salud (77).

La **oferta** de servicios de salud se refiere a la producción de servicios de salud por tipo de actividad y establecimiento de salud para satisfacer la demanda de servicios de salud (23). Hablando específicamente de consulta externa, la oferta se refiere a la producción de consultas externas teniendo en cuenta la función de producción, que es la mezcla adecuada de todos los insumos de la capacidad instalada destinada a producir una consulta externa de una determinada especialidad.

Como se aprecia en la Tabla N° 1 y en el Gráfico N° 5 la oferta de consultas externas por las especialidades clínicas y quirúrgicas de los Servicios de Clínica y

Cirugía Pediátricos siempre superó a la demanda efectiva de cupos o citas. Del mismo modo, la demanda real, léase atendidos, siempre fue menor a la demanda efectiva y por ende a la oferta por lo que se puede hablar de **capacidad instalada ociosa** que no es otra cosa que la subutilización de los recursos con que cuenta el establecimiento de salud lo que significa ineficacia e ineficiencia de la gestión. Estos resultados llevan a contemplar dos aspectos. En primer lugar el concepto de demanda insatisfecha y en segundo, el de demanda no atendida y deserción.

La **demanda insatisfecha** es el exceso de la demanda potencial sobre la capacidad instalada (77). En este estudio no se puede hablar de demanda insatisfecha por cuanto la oferta, léase capacidad instalada, siempre supero a la demanda efectiva y demanda real y porque a partir del año 2000, si se quiere hablar en términos estrictos, la capacidad instalada nunca fue superada por la demanda potencial encontrada para este estudio. Por su parte, la **demanda no atendida** no es sinónimo de demanda insatisfecha y más bien es producto de las ineficiencias propias de la capacidad de gestión de los que dirigen el establecimiento de salud (77) entre los cuales se detectaron un deficiente proceso para el otorgamiento de citas o cupos y una subutilización de los consultorios físicos. La demanda no atendida se aproxima a la demanda insatisfecha cuando el establecimiento de salud opera al 100% de su capacidad instalada (Esquema N° 1).

Deserción es el número de demandantes por un servicio de salud que a pesar de haber obtenido un cupo o cita, no llegan a ser atendidos por voluntad propia al no acudir al establecimiento de salud. Se obtiene restando la demanda efectiva menos la demanda real y se expresa como un porcentaje del total de la demanda efectiva. Su principal causa es el diferimiento o tiempo prolongado entre el momento que obtiene la cita y el momento en que va a efectivizarla. Otras razones son el trabajo de los padres, la escolaridad del paciente, la carencia de medios económicos para transportarse, la atención recibida en otros establecimientos de salud públicos o privados y la mejoría del paciente mientras espera su cita.

También se puede apreciar (Tabla N° 1 y Gráfico N° 5) que el incremento de la oferta de consultas externas de las especialidades clínicas y quirúrgicas de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos comienzan a descender bruscamente a partir del año 2001 hasta llegar a hacerse negativo en el año 2003. Esto puede explicarse porque a partir de estos años la oferta de consultas externas se va equiparando con el 100% de la capacidad instalada lo que probablemente sucede entre los años 2002 y 2003 en que el incremento se hace negativo en relación al año anterior. Quizá debería considerarse para fines de planeamiento y programación de consultas externas un promedio de la oferta de estos dos años.

La demanda efectiva sufrió una caída mucho más brusca a partir del mismo año pero sin llegar a ser negativa lo que podría deberse a que los establecimientos de salud de la Red Asistencial potenciaron sus recursos humanos, especialmente médicos, tanto en número como en especialidad a partir del año 2001. Por otro lado, si bien la demanda real, o sea los pacientes atendidos, sigue la misma tendencia, el número de pacientes desertores se ha incrementado sugiriendo que los problemas de gestión persisten. Además, el gran incremento inicial de la demanda ha podido ser inducida o condicionada por la oferta progresiva de consulta externa de especialidades médicas y quirúrgicas que inicialmente no existían la que al completarse se estabiliza y detiene el incremento de la demanda. Este incremento de la demanda inducida por la oferta de especialidades implica una demanda específica reprimida en los establecimientos de salud que no cuentan con ellas (74).

Específicamente, el Servicio de Clínica Pediátrica presenta un comportamiento parecido al expresado en párrafos anteriores aunque la caída brusca en el incremento de la oferta y las demandas efectiva y real se hace evidente un año después que el patrón global (Tabla N° 2 y Gráfico N° 6). Esto significa que la caída brusca del incremento global se produjo a expensas de la consulta externa de las especialidades quirúrgicas, como se verá más adelante.

Dentro de las especialidades clínicas, seis de ellas, Neurología, Alergia, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina General, Endocrinología y Cardiología, en ese

orden descendente; produjeron el 62.3% de todas las consultas externas clínicas pediátricas lo que estaría indicando que estas especialidades pediátricas deberían ser implementadas en los establecimientos de ESSALUD de menor nivel con personal y equipo médico especializado mínimo a fin de disminuir las referencias innecesarias dentro de estas especialidades ya que muchos de estos pacientes son continuadores por falta de medicamentos específicos o de equipamiento mínimo para desarrollar estas especialidades en la periferia de la Red Asistencial (Tabla N° 3).

La mayoría de las especialidades clínicas cuyas producciones aparecen entre la Tabla N° 4 y la Tabla N° 20 siguen el patrón descrito, es decir, mayor oferta que demanda y mayor demanda efectiva que demanda real no obstante algunas de ellas merecen un análisis especial debido al comportamiento que presentan.

La principal de ellas es Neurología (Tabla N° 5). Esta especialidad es la que generó mayor número de consultas externas y la demanda efectiva o demanda de citas, siempre superó a la oferta pero a pesar de ello la demanda real, o sea el número de pacientes atendidos, fue siempre inferior a la demanda efectiva, y por lo tanto a la oferta de consultas. Como consecuencia de ello, la deserción de pacientes se fue incrementando progresivamente hasta llegar a ser del 22.5% del total de pacientes citados al final del estudio, explicándose este alto porcentaje de deserción por el gran diferimiento de las citas que en algunos casos llegó a 60 días o más. Paralelamente, como respuesta a este incremento progresivo y acelerado de la demanda efectiva, se incrementó el número de consultorios funcionales al punto que las horas médicas efectivas superaron a las horas programadas. La relación paciente nuevo/paciente continuador al final del estudio fue de 0.37 lo que significa que por cada paciente nuevo a la consulta neurológica pediátrica existen casi tres pacientes continuadores situación similar a la reportada en otros estudios (78, 79). Todos los pacientes atendidos en la consulta externa fueron referidos desde establecimientos de menor nivel y la mayoría de ellos pudieron haber sido atendidos en sus establecimientos de origen por médicos con una correcta formación neurológica en atención primaria.

Otras especialidades del Servicio de Clínica Pediátrica cuya demanda efectiva de consultas externas superó en algún momento a la oferta de ellas fueron Gastroenterología (Tabla N° 8), Endocrinología (Tabla N° 10), Hematología (Tabla N° 14), Alergia (Tabla N° 15), Dermatología (Tabla N° 16), Genética (Tabla N° 18) y Medicina Física y Rehabilitación (Tabla N° 20). Todas ellas se comportaron, aunque con menor intensidad, de manera similar a Neurología por lo que las causas de su problemática y sus soluciones son las mismas por lo que deberían enfrentarse en conjunto.

En relación al Servicio de Cirugía Pediátrica se aprecia que la tendencia del incremento de la oferta y la demanda por consultas externas de las especialidades quirúrgicas sufre una caída brusca, que llega a ser negativa, a partir del año 2001 (Tabla N° 21 y Gráfico N° 7). Esta caída es la que explicaría, como se vio anteriormente, la tendencia descendente, a partir del año 2001, de la curva global de consulta externa de los Servicios Pediátricos del Hospital y debería, probablemente, a la contratación de cirujanos pediátricos para los establecimientos de salud periféricos de la Red Asistencial. Además, a partir de ese año, se aprecia casi un equilibrio entre la oferta y la demanda efectiva que permite inferir que se ha llegado al límite de la capacidad instalada de la oferta quirúrgica pediátrica (Gráfico N° 7), sin embargo, los pacientes atendidos, o demanda real, a pesar de seguir la tendencia mencionada, nunca llegaron a superar a la oferta ni a la demanda efectiva por lo que significa capacidad instalada ociosa.

Cirugía General fue la especialidad que más consultas produjo, seguida por Otorrinolaringología, Oftalmología y Ortopedia y Traumatología, en orden descendente, las cuales, en conjunto, sumaron más de las dos terceras partes del total de consultas externas del Servicio de Cirugía Pediátrica (Tabla N° 22). Este resultado debería ser tenido en cuenta para la planificación, organización y programación de la captación de recursos humanos, especialmente médicos de estas especialidades quirúrgicas, a nivel de los establecimientos periféricos de la Red Asistencial para de esta manera disminuir las referencias innecesarias hacia nuestro hospital y por lo tanto disponer de un mayor número de consultorios

funcionales y cupos de citas para consulta externa para las especialidades más demandadas en concordancia con el alto nivel de especialización que debe tener un hospital de alto nivel de resolución como el nuestro.

La producción específica de cada una de las especialidades quirúrgicas se presenta desde la Tabla N° 23 hasta la Tabla N° 31. La especialidad de Cirugía General si bien fue la que más consultas externas produjo dentro del período de estudio paradójicamente no fue la especialidad que tuvo mayor demanda efectiva, excepto en el año del 2000 en que el porcentaje de utilización de las citas ofertadas fue del 105.9%, ni demanda real (Tabla N° 23). Neurocirugía, Cirugía Plástica y Reparadora, Cirugía de Tórax y Cardiovascular y Cirugía de Cabeza y Cuello siguieron el patrón de Cirugía General.

En típico caso de demanda inducida por la oferta (74, 75) especialidades como Urología (Tabla N° 26), Otorrinolaringología (Tabla N° 27) y Oftalmología (Tabla N° 28), tuvieron una demanda efectiva que persistentemente superó a la oferta a partir del año de 1999 pero la demanda real siempre se mantuvo por debajo de ellas excepto en algunos años en que la especialidad de Urología superó a la oferta y a la demanda efectiva. En traumatología y Ortopedia se nota este mismo fenómeno a partir de los dos últimos años del estudio. Este fenómeno es producido por la ausencia de estas especialidades en los establecimientos de menor nivel e indica una demanda específica reprimida (74) que se explica por la falta de cirujanos pediatras especialistas y subespecialistas en los establecimientos de menor nivel de la Red Asistencial ocasionando el congestionamiento de la consulta externa en todas las especialidades quirúrgicas, especialmente de las mencionadas, con patologías quirúrgicas que podrían ser solucionadas en esos niveles de atención si se contara con un mínimo de personal médico especializado.

Por otro lado, los porcentajes de deserción fueron altos en todas las especialidades incluidas las de mayor demanda. Como se mencionó anteriormente, la deserción es el número de demandantes por un servicio de salud que a pesar de haber obtenido un cupo o cita, no llegan a ser atendidos por

voluntad propia al no acudir al establecimiento de salud. Su principal causa es el diferimiento de citas que no es otra cosa que el tiempo, en días, que el paciente tiene que esperar entre el momento que obtiene su cita para la atención y el momento en que efectiviza dicha atención, que en algunas especialidades puede sobrepasar los treinta días, lapso de tiempo en el cual generalmente el problema de salud que motivó la cita ya fue resuelto en otra institución de salud o espontáneamente. Otras razones que motivan la deserción son: el trabajo de los padres, la escolaridad del paciente, la carencia de medios económicos para transportarse el día de la cita, el tiempo de espera para ser atendido el día de la cita y la carencia de medicamentos. Por otro lado, la deserción podría estar indicando la existencia de una demanda innecesaria o abuso en el uso de los servicios pediátricos del hospital que permitiría una ganancia secundaria a los asegurados como son la obtención de medicamentos que después comercializaría, descansos laborales, etc. (75).

Los indicadores promedio anuales resumen los hallazgos de la consulta externa de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos durante el período de estudio (Tabla Nº 32). En ella se aprecian datos sobre la capacidad instalada y la producción de la consulta externa que constituyen la oferta y, sobre la demanda a través del porcentaje de utilización de los cupos ofertados y la utilización real de los mismos.

La capacidad instalada está dada por la totalidad de recursos físicos, humanos y financieros con que cuenta una organización de salud para brindar con eficacia y eficiencia los servicios de salud que necesita la población adscrita a él y que para los fines de este estudio sólo se consideran el número de médicos promedio mensual por año y el número de consultorios externos funcionales promedio mensual por año. También debe considerarse la diferencia entre capacidad instalada real y capacidad instalada operativa (80). La **capacidad instalada real** se refiere al número de consultas externas posibles de ser ofrecidas con la utilización máxima de los consultorios médicos existentes en un establecimiento de salud mientras que, la **capacidad instalada operacional** es el número de consultas médicas posibles de ser ofrecidas con la utilización máxima de los

médicos existentes en un establecimiento de salud. Un estudio realizado en Brasil (80), reporta que utilizando la capacidad instalada operacional de la consulta externa al 100% sólo se utilizaría un 54% de la capacidad instalada real lo que significa que el 46% de la capacidad instalada permanece ociosa. Esta situación, que no escapa a nuestra realidad, podría ser revertida conociendo por un lado las necesidades reales de consultas externas de la población adscrita al establecimiento de salud y por otro, mediante una distribución adecuada de los recursos en términos de consultorios externos y personal médico existentes.

Por su parte, el número de médicos por habitante se utiliza como medida de la capacidad de atención ambulatoria de cada establecimiento de salud dentro del área geográfica de su influencia ya que a mayor número de médicos *per capita* mayor cantidad de consultas médicas estarán disponibles para la población asignada según grupo poblacional (73). La mayor disponibilidad de atenciones ambulatorias podría contribuir preventivamente para evitar internamientos hospitalarios, es decir, una oferta adecuada de servicios ambulatorios permitiría un uso más racional de las hospitalizaciones.

La producción de un servicio de salud se realiza utilizando la función de producción que, como ya se mencionó con anterioridad, es la mezcla adecuada de todos los insumos necesarios, que no son otra cosa que la capacidad instalada, para la producción eficiente y con calidad de un servicio de salud, en este caso, consulta externa. Así, la capacidad instalada para la producción del servicio consulta externa está dada por:

1. Infraestructura Física: Número total de consultorios físicos. Cada consultorio físico debe proporcionar dos consultorios funcionales en diferentes turnos (51, 52).
2. Recursos Humanos: Número de médicos disponibles para consulta externa para poder programar el número de horas médicas necesarias para producir las consultas médicas programadas como metas dentro de un período de tiempo. Del total de horas médico programadas dependerá el número de consultorios funcionales y por ende el número de otros

trabajadores de la salud necesarios para producir el total de consultas externas programadas.

3. Equipos médicos.
4. Mobiliario médico y general.
5. Material médico fungible.
6. Soluciones y medicamentos.
7. Exámenes Auxiliares.
8. Servicios generales.
9. Hotelería.

La mezcla adecuada de todos estos elementos o insumos producirá un eficiente servicio de atención en consultorios externos.

Analizando los resultados de este estudio en relación a lo expuesto se nota un uso ineficiente de la capacidad instalada para la consulta externa por cuanto, en general, el uso de los consultorios físicos se concentró en el turno de la mañana (08 a 12 horas) con un 67.4% de ellos para descender bruscamente a un 28.4% en el turno de tarde (12 a 16 horas) y ser casi nulo en el turno de noche (16 a 20 horas). Este resultado se explicaría porque la gran mayoría de médicos, motivados por factores generalmente económicos, prefieren trabajar en los hospitales por las mañanas a fin de tener las tardes libres para dedicarlas a su práctica profesional privada. Por otro lado, si se piensa por el lado de los usuarios, la gran mayoría de los padres de los pacientes trabajan por las mañanas y tardes y la mayoría de pacientes pediátricos estudian por las mañanas por lo que una mayor utilización de los consultorios en los turnos de tarde y, especialmente, de noche podría provocar un mejor rendimiento de los consultorios físicos, disminuir el porcentaje de horas médicas programadas en consulta externa no trabajadas y, consecuentemente, una disminución de los porcentajes de deserción de pacientes y un incremento del rendimiento por hora médica utilizada.

Según LAMATA y col. (81), un servicio es un producto, o sea una actividad o proceso que es producido por el hombre que tiene un valor de utilidad porque resuelve un problema o satisface una necesidad y que puede y suele cambiarse

por otros bienes o servicios o por su valor en moneda. En el campo de la salud, los servicios sanitarios son las actividades o procesos que realizan los profesionales o las instituciones sanitarias destinadas (os) a satisfacer las necesidades de cuidado y atención de la salud de un tipo especial de clientes que son los pacientes.

Las características generales de un servicio, y por tanto de un servicio de salud, son: intangibilidad, inseparabilidad, heterogeneidad, perecibilidad y fluctuación (82). Para los fines de este estudio las características que más interesan son la inseparabilidad, la perecibilidad y la fluctuación. La inseparabilidad se refiere al hecho de que un servicio de salud se oferta y se demanda al mismo tiempo, es decir, se produce y se consume en el momento que se realiza la transacción interpersonal, que para este caso se llama consulta médica, y por lo tanto, la producción u oferta se equipara con la demanda real que es la consulta médica externa realizada; en otras palabras, la oferta de consultas externas de un establecimiento de salud es igual al número de consultas realizadas.

La perecibilidad significa que los servicios no pueden ser almacenados puesto que al consumirse en el momento que se realiza, este desaparece. No se puede almacenar un superávit de consultas externas para una semana después, un mes después o un año después y por lo tanto, la oferta debe adecuarse a la demanda real o número de consultas realizadas. El número de consultas ofertadas no realizadas reflejan un mal uso de la capacidad instalada y debe ser tomada en cuenta por los directivos de los establecimientos de salud para el planeamiento y programación de las actividades de sus establecimientos.

La fluctuación es importante tener en cuenta para fines de planeamiento y programación ya que existen patologías estacionales que se presentan en determinadas épocas del año y que merecen el direccionamiento de los recursos para poder sanear la demanda. Por otro lado, la escolaridad hace que la confluencia de los pacientes sea mayor en épocas de vacaciones y por lo tanto las programaciones deberían ajustarse a este requerimiento.

En este estudio se considera como oferta a la producción real de consulta externa de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos, o sea, a la demanda real o consultas externas realizadas. El exceso de “oferta” proyectada programada se explicaría por una programación rutinaria y rígida que no contempla la demanda real de consulta externa ni las fluctuaciones de la misma. Las causas de la diferencia encontrada entre la demanda efectiva, o sea los cupos solicitados de consulta externa, y la demanda real, es decir la demanda realmente atendida, expresada como porcentaje de deserción de consultantes ya fue explicada con anterioridad.

Por otra parte, los indicadores gestión de consulta externa, de acuerdo al enfoque sistémico, obtenidos por los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos fueron inferiores a los estándares institucionales; siendo estos resultados más notorios en el Servicio de Clínica Pediátrica (N) (Cuadro N° 5). El indicador de productividad llamado rendimiento hora médico obtenido por ambos Servicios, o sea el número de consultas realizadas por hora médica efectiva (51 – 54), fue inferior al estándar de cuatro consultas por hora médica efectiva. Este resultado ratificaría que la programación de médicos para consulta externa se realizaría de manera rutinaria y sin tener en cuenta el indicador de productividad obtenido en años anteriores lo que indicaría un mal uso del recurso hora médico en consulta externa, que provocaría un exceso de disponibilidad de este recurso, en desmedro de la programación en otras actividades médicas tales como hospitalización, centro quirúrgico o guardias en emergencia.

La **concentración** es el indicador de uso que mide el promedio de consultas que reciben los usuarios del establecimiento de salud en un período de tiempo (51 – 54). A mayor nivel de resolución del establecimiento de salud, mayor concentración de atención por consulta externa lo que significa que la gravedad de la patología que porta el paciente necesita mayores controles ambulatorios. El indicador encontrado, en promedio en este estudio, para ambos Servicios, es inferior al estándar institucional para un establecimiento de salud de nivel IV, e inclusive está por debajo del indicador establecido para establecimientos de nivel de complejidad III, II y I; lo que significa que, en promedio, con pocas consultas se

han resuelto los problemas de salud de los pacientes y que los daños programáticos o patologías por las cuales los pacientes fueron referidos a los Servicios Pediátricos del Hospital no son de alto nivel de complejidad y que podrían haber sido resueltos en los establecimientos periféricos de la Red Asistencial (83). Sin embargo, hay especialidades clínicas pediátricas, como Nefrología, Neumología, Endocrinología, Infectología, Oncología, Hematología y Psiquiatría; cuya concentración de consultas externas está por encima del promedio encontrado, siendo la especialidad de Oncología Pediátrica la única que sobrepasa el estándar institucional que es de 5 consultas acumuladas anuales por paciente para un hospital de nivel IV (N). En el área quirúrgica, las especialidades de Urología, Cirugía Plástica y Reparadora y Cirugía de Cabeza y Cuello son las especialidades cuya concentración está por encima del promedio encontrado pero no llegan a alcanzar el estándar institucional.

Los indicadores de utilización de la consulta externa son: utilización de las horas / médico, utilización de citas, deserción (51 – 54) e índice pacientes nuevos, este último, propuesto en este estudio como indicador de gestión. El indicador utilización de horas / médico encontrado, a pesar de ser inferior al estándar institucional (N), es aceptable pero debería plantearse un mejor uso del recurso hora / médico en la consulta externa ya que el déficit de utilización en esta actividad podría ser canalizado a otras actividades críticas de los Servicios.

Por otro lado, el porcentaje de utilización de citas, del cual no existe un indicador institucional, mide el porcentaje de citas de consulta externa efectuadas, demanda efectiva, dentro del total de citas programadas u ofertadas, mas no efectivizadas, demanda real; y por lo tanto, el resultado obtenido para ambos Servicios puede ser engañoso si no se relaciona con el indicador de deserción que es excesivamente alto. Las probables causas de este alto porcentaje de deserción ya se han mencionado con anterioridad y más bien deberían ser cuidadosamente analizadas para tratar de disminuirlo.

El índice de pacientes nuevos, indicador para gestión propuesto en este estudio, revela que casi el 50% de los pacientes consultantes son pacientes nuevos

demostrándose que la mitad de los pacientes son continuadores y tienen patologías que deben ser atendidas en el hospital mientras tanto la otra, no. La tendencia debería ser a disminuir al mínimo el número de pacientes nuevos con problemas de salud no complejos en la medida que sus problemas de salud puedan ser resueltos en establecimientos de menor nivel previo fortalecimiento de la capacidad instalada de los mismos y el reforzamiento de la atención primaria de la salud.

HOSPITALIZACION.

Es un área básica del hospital cuya misión es mantener ingresados a los enfermos que necesitan una serie de cuidados por más de 24 horas y que no pueden ser conferidos en otro lugar ni de otra forma. La necesidad de hospitalización se define por la necesidad de cuidados integrales para el enfermo y no por otro tipo de necesidades ni conveniencias y por lo tanto, sólo debe estar hospitalizado el paciente cuya situación de salud amerita controles y cuidados complejos y continuos que no pueden ser atendidos en el hogar o ambulatoriamente descartándose al máximo el ingreso de pacientes para “estudio”, salvo condiciones muy especiales (83).

La necesidad de hospitalización para mejorar un estado de salud crea la demanda por el servicio o área de hospitalización de un establecimiento de salud el que responde ofertando un servicio que satisfaga esta necesidad.

La demanda por hospitalización no es realizada directamente por el paciente sino que es diferida al médico tratante que es quien decide, por el paciente, y demanda el momento de la hospitalización después de haber hecho un diagnóstico y determinado la magnitud el problema de salud del enfermo. Por su lado, la oferta de hospitalización del establecimiento, o sea la producción del egreso hospitalario, dependerá de la capacidad instalada del área de hospitalización y de su función de producción.

La capacidad instalada del área de hospitalización es el conjunto de recursos físicos, humanos y financieros con que cuenta el área de hospitalización para producir de manera eficiente y con el mayor grado de calidad un egreso hospitalario según especialidad.

El punto central de la capacidad instalada del área de hospitalización es la cama hospitalaria. La **cama hospitalaria** no solamente es el lecho del paciente, con características mecánicas especiales que permiten los cuidados adecuados que requiere, sino es el elemento alrededor del cual giran todos los demás recursos de la capacidad instalada, desde la capacidad médica de atender hasta el último componente material necesario, para atender al paciente hospitalizado y por lo tanto deben mantener un equilibrio con la capacidad de los servicios del hospital, tanto asistencial como administrativamente (51, 52).

Las **camas hospitalarias** son el número total de camas disponibles para la internación de enfermos estén estas ocupadas o vacantes. Dentro de ellas no se consideran las cunas de los recién nacidos sanos, las camas de cuidados intensivos e intermedios ni las camas de observación de emergencia mas sí, las cunas o incubadoras de los recién nacidos con procesos patológicos o en riesgo de tenerlos. Las camas hospitalarias pueden coincidir con el número de camas arquitectónicas, con el número de camas presupuestadas y con el número de camas disponibles. Las **camas arquitectónicas** o máxima capacidad de camas, es el mayor número teórico de camas que pueden ser habilitadas en el área de hospitalización de un establecimiento de salud, se encuentren ellas instaladas o no, teniendo en cuenta 6 m² por cama y por lo general, superan al número de camas disponibles. Las **camas presupuestadas** son el número de camas para las cuales se ha elaborado y aprobado un presupuesto basado en las estimaciones anuales de la demanda potencial por hospitalización del establecimiento de salud y su número puede coincidir o no con el número de camas disponibles. Las **camas censables o disponibles** son aquellas que están habilitadas para recibir pacientes se encuentren ocupadas o no siendo su número es igual a la suma de las camas ocupadas más las desocupadas (pero preparadas para ser ocupadas inmediatamente de ser necesario) por día. La

información sobre ellas se obtiene a través del censo diario. No se deben contar las camas que están fuera de servicio por mantenimiento o por insuficiencia de personal.

Ante una catástrofe colectiva, se presenta un incremento brusco de la demanda por hospitalización por lo que debe existir un número de camas que se denominan **camas para catástrofes** y, que se contabilizan sólo los días que están instaladas y en uso, constituyen sólo un dato patrimonial mas no estadístico.

Las 75 camas con las que en conjunto cuentan los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos deben satisfacer las necesidades de hospitalización de los 222 808 demandantes potenciales lo que, matemáticamente, corresponde a 0,34 camas por 1 000 derechohabientes menores de 14 años. Si a este número de camas le agregamos las otras 42 camas pediátricas con que cuenta el hospital y que corresponden a los Servicios de Emergencia y Cuidados Intensivos Pediátricos y a las Unidades de Hematología y Oncología Pediátricas, la relación de cama por 1 000 derechohabientes pediátricos sube a 0,53 mientras que, la totalidad de camas pediátricas de la Red Asistencial Rebagliati sólo representan una disponibilidad de 0,73 camas por 1 000 demandantes potenciales; siendo lo recomendable, en general para las zonas urbanas, tres camas por mil habitantes (67). Las camas de los Servicios de Emergencia y Cuidados Intensivos Pediátricos, que no son consideradas estadísticamente como camas hospitalarias, son tenidas en cuenta para obtener este índice de disponibilidad debido a que constituyen operativamente verdaderos anexos de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos puesto que los primeros días de la estancia hospitalaria de los pacientes con orden de ingreso al área de hospitalización de los Servicios en estudio es prácticamente realizada en dichos Servicios por falta de camas disponibles en desmedro de su funcionalidad. Por otro lado, estas 75 camas constituyen el 46% de todas las camas pediátricas de la Red y si a ellas se suman las otras camas pediátricas del hospital que no pertenecen a estos Servicios, el porcentaje sube al 74%. Esta situación denota falta de camas para hospitalización en los establecimientos de salud periféricos que conforman la Red Asistencial ocasionando una sobre demanda por los servicios de Hospitalización de los

Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos del Hospital Rebagliati que se ven congestionados con patologías que deberían ser resueltas en los niveles inferiores de atención incrementando, innecesariamente, los costos de la atención y generando ineficiencia a nivel de la Red Asistencial entendiéndose en el sentido económico como eficiencia al hecho de que ningún paciente sea tratado o referido a un nivel de atención superior si es posible su diagnóstico y tratamiento adecuado en un nivel inferior de atención (14).

La oferta de camas hospitalarias del hospital puede estar induciendo la demanda por ellas puesto que a mayor cantidad de camas disponibles mayor posibilidades de internación de los pacientes (73). Esto significa que muchas de las hospitalizaciones podrían ser evitadas derivando estos recursos a otros servicios de salud. Del mismo modo, si la oferta de camas es insuficiente muchas hospitalizaciones realmente justificadas dejarían de ocurrir. Por su parte, los reingresos a hospitalización son producto de verdaderas necesidades de salud más no de la oferta de camas.

Un número de camas hospitalarias diferente a las necesarias indicará si la lista de espera es consecuencia del exceso de demanda o de una oferta insuficiente. Si el número de camas fuera el adecuado y la actividad desarrollada por el hospital fuera superior a la que realmente puede hacer, nos indicará que la lista de espera es consecuencia de una demanda excesiva (67).

La función de producción en el área de hospitalización de un establecimiento de salud es la mezcla adecuada de todos los insumos o elementos con que cuenta la capacidad instalada del área de hospitalización del establecimiento de salud para producir el servicio o producto denominado egreso hospitalario. Los elementos que la conforman son:

1. Infraestructura Física: Área física donde se encuentran instaladas las camas para la hospitalización de los pacientes. Se considera el área donde se desarrollan las actividades asistenciales y administrativas de hospitalización teniendo en cuenta 6 m² por cama.

2. Recursos Humanos: Personal de salud y administrativo que desempeña sus funciones en el área de hospitalización.
3. Equipos médicos.
4. Mobiliario médico y general (incluye las camas hospitalarias disponibles).
5. Material médico fungible.
6. Soluciones y medicamentos.
7. Exámenes Auxiliares.
8. Servicios generales.
9. Hotelería.

El **egreso hospitalario** es la salida de un paciente del establecimiento de salud, por alta o fallecimiento, después de haber estado hospitalizado y recibido atención de salud durante su estancia hospitalaria (51, 52). Los egresos hospitalarios pueden ser expresados en general, como la suma de todos los egresos del hospital ocurridos en un período de tiempo, o por especialidad, como la suma de los egresos de un determinado Servicio del establecimiento de salud.

La evolución anual de la producción de egresos hospitalarios de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos en forma global y específica, durante el período de estudio, es mostrada en la Tabla N° 33 y en los Gráficos N° 8, N° 9 y N° 10. En ella y ellos se aprecia que la totalidad de egresos presentó dos picos de incremento, en relación al año anterior, en los años de 1999 y 2001 para luego descender bruscamente el año 2002 y mantenerse este descenso hasta el año en que termina el estudio a pesar que al final de este período, el número de egresos fue mayor en relación al año en que se inició el estudio. También se puede apreciar de manera general, que las elevaciones de la producción de egresos hospitalarios se debe al incremento de la producción del Servicio de Cirugía Pediátrica y los descensos de la misma, a la caída de la producción del Servicio de Clínica Pediátrica excepto en el año 2003 en que el descenso en relación al año anterior fue mucho mayor en el Servicio de Cirugía Pediátrica. Por otro lado, también se observa que al final del estudio el número de egresos del Servicio de Clínica Pediátrica no mostró ninguna variación respecto al número de egresos

ocurridos al inicio del estudio mientras que en el de Cirugía Pediátrica se notó un incremento de 13.7%.

La disminución brusca de la producción de egresos de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos en relación al año anterior presentada a partir del año 2001 se podría explicar muy fácilmente por una disminución paralela de la demanda de camas para hospitalización lo que resulta totalmente inverosímil porque por un lado, pacientes de los Servicios de Emergencia Pediátrica, Cuidados Intensivos Pediátricos y Cuidados Intensivos Neonatales no pueden ser ingresados a los Servicios en estudio por falta de camas disponibles para su internamiento ocasionando estancias prolongadas en dichos Servicios que no pueden satisfacer su propia demanda por estar saturados y, por otro lado, no se puede satisfacer las listas de espera para hospitalización de los pacientes que acuden a la consulta externa. Esta disponibilidad de camas para el internamiento de los pacientes está en relación indirecta con el promedio de estancia hospitalaria de los Servicios, es decir, a mayor promedio de permanencia hospitalaria menor posibilidad de internamiento (51, 52).

La estancia hospitalaria puede ser influenciada por una serie de factores que van desde el tipo de patología que motiva la hospitalización del paciente hasta problemas de organización y gestión, como se verá más adelante. Tampoco podemos dejar de mencionar las hospitalizaciones innecesarias que pueden llegar a ser hasta el 25% de las admisiones agravando la escasez de camas al utilizar inadecuadamente el 17% del total de pacientes-día-cama (84), lo que sugiere la necesidad de una mejor vigilancia e interacción del hospital con la comunidad para disminuir estas hospitalizaciones innecesarias y una educación continua del sistema de salud para estandarizar las guías de práctica médica que mitiguen este problema (85).

Los indicadores de eficacia y calidad de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos se registran en las Tablas N° 34 y N° 37, respectivamente. En ellas se puede apreciar que la oferta de camas disponibles en ambos Servicios se mantuvo estable durante todo el período de estudio. En el Servicio de Clínica

Pediátrica, el promedio de permanencia se ha mantenido por encima del estándar institucional (N) y sin ninguna variación significativa y mas bien, llama la atención que a pesar que el índice de sustitución encontrado es menor de un día casi todos los años de estudio y el porcentaje de ocupación de camas mayor al 90%; el rendimiento cama sea menor de 2.5 pacientes. Esta situación podría explicarse por la complejidad y cronicidad de la patología de los pacientes hospitalizados que no permiten altas precoces o por las demoras en el diagnóstico y tratamiento motivadas por la falta de insumos, defectos organizacionales o deficiente gestión. Por su lado, el Servicio de Cirugía Pediátrica obtuvo mejores indicadores observándose a partir del año de 1999 una mejora en el intervalo de sustitución y en el porcentaje de ocupación de camas que permitieron un mejor rendimiento por cama el cual se ubicó por encima del 3.5 en promedio.

Los indicadores de calidad, expresados como tasa de mortalidad, encontrados en ambos Servicios se ubican por debajo de los estándares institucionales (N) sobretodo en el Servicio de Cirugía Pediátrica. Cabe mencionar que estas tasas miden la calidad técnica de las atenciones brindadas en las áreas de hospitalización de ambos Servicios mas no así, la calidad humana (53).

En relación a los daños programáticos agrupados de acuerdo al CIE - 10 (49), dentro del campo clínico predominaron las enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99) seguidas muy de lejos por los tumores (C00-D48), enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99) y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99) siendo, específicamente, la neumonía a organismo no especificado, el asma, las leucemias, la infección urinaria y la insuficiencia renal crónica las patologías más frecuentes (Tabla N° 35 y N° 36). En Cirugía fueron las enfermedades del aparato digestivo (K00-K93) seguidas de cerca por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99) y de lejos por los traumatismos (S00-T98) y por los tumores (C00-D48) las patologías más frecuentes siendo la apendicitis aguda seguida muy de lejos por el hidrocefalo congénito, el traumatismo encéfalo craneano y las deformidades congénitas de los pies los daños específicos que predominaron (Tabla N° 38 y N° 39). Ahora cabe preguntarse ¿cuántos de estos pacientes con neumonía, con

asma, con infección urinaria, con apendicitis aguda o con traumatismo encéfalo craneano leve o moderado, sin mencionar las otras patologías que aparecen dentro de las diez primeras causas de egresos de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos del Hospital, pudieron ser hospitalizados y tratados o intervenidos quirúrgicamente en establecimientos de menor nivel que este Hospital si los establecimientos periféricos de la Red Asistencial contaran con una capacidad instalada que permitiera contener la demanda y de esa manera hacer funcionar eficientemente a la Red al atender la patología al nivel que le corresponde disminuyendo costos y ahorrando recursos para distribuirlos priorizando las necesidades de los establecimientos de salud de la misma Red Asistencial ?. A pesar de esta interrogante los egresos de ambos Servicios no difieren mayormente de los egresos pediátricos de otros hospitales donde predominan fracturas de los miembros inferiores, neumonía, apendicitis aguda y cáncer (86), posiblemente porque presentan los mismos defectos y problemas organizacionales de esta Red.

El promedio anual de los indicadores obtenidos por ambos Servicios se presenta en la Tabla Nº 40 donde se aprecia que el promedio de estancia hospitalaria de los pacientes egresados del Servicio de Clínica Pediátrica casi duplicó al del Servicio de Cirugía Pediátrica lo que motivó menor número de egresos debido a un mayor porcentaje de ocupación de sus camas a pesar que el intervalo de sustitución o de giro de las mismas fue el doble que el del Servicio de Cirugía Pediátrica. Obviamente, el rendimiento cama fue mayor en este último. El **rendimiento cama** es un indicador que mide la utilización de una cama hospitalaria disponible en un determinado período de tiempo y está influenciado por el promedio de estancia hospitalaria y el intervalo de sustitución o de giro de la cama 51, 52).

El **promedio de estancia** hospitalaria es la sumatoria de todas las estancias hospitalarias (número de días que permanece hospitalizado el paciente en un Servicio sin contar el día del alta) en un período de tiempo dividido entre el número de egresos hospitalarios dentro del mismo período de tiempo. La estancia hospitalaria de un paciente puede ser influenciada por una serie de factores

considerándose **estancia prolongada** a aquella que se extiende más allá de los siete días (86). ASENJO (67), enumera diez factores que influyen en la prolongación de la permanencia hospitalaria de los pacientes en un determinado Servicio hospitalario, algunos de los cuales son confirmados por otros estudios (87, 88) y son:

1. Mayor oferta de camas: Demanda inducida por la oferta.
2. Mayor oferta de médicos: Demanda inducida por la oferta.
3. Tasa de mortalidad elevada en la comunidad.
4. Mayor número de pacientes por médico.
5. Ingreso de nuevos médicos residentes a los Servicios.
6. Mayor antigüedad en la especialidad.
7. Programas docentes en el hospital.
8. Programas de investigación.
9. Mayor ingreso de pacientes por emergencia.
10. Mal estado socioeconómico de la población.

El estado socioeconómico de los pacientes puede convertirse en un factor que prolonga la estancia hospitalaria de manera innecesaria después del alta médica no efectivizada generando pérdidas económicas importantes a los establecimientos de salud, sean públicos o de la seguridad social, impidiendo a su vez el ingreso de pacientes que realmente deberían estar hospitalizados (89).

El **intervalo de sustitución o de giro de camas** es un indicador que mide el tiempo que una cama hospitalaria permanece desocupada desde el momento de un egreso hasta el próximo ingreso (51, 52). Los intervalos prologados indican poca demanda de camas para hospitalización o problemas organizacionales o de gestión.

La evaluación de los indicadores obtenidos por los Servicios en relación a los estándares institucionales (N) es presentada en el Cuadro N° 6. En él se aprecia que el Servicio de Cirugía Pediátrica tuvo mejor rendimiento que el Servicio de Clínica Pediátrica durante el período de estudio.

El punto clave para la obtención de estos resultados es el promedio de estancia hospitalaria. El promedio de estancia hospitalaria de 9 días propuesto por la Institución, en forma general, es mayor al encontrado, específicamente, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell de Uruguay donde el promedio de permanencia fue de 7 y 6 días para los lactantes y niños mayores (90). El Servicio de Clínica Pediátrica superó en 3.5 días al promedio de estancia estándar institucional lo que provoca menor producción de egresos hospitalarios y una gran presión de la demanda de camas para la hospitalización en dicho Servicio. Esta presión se manifiesta a través de un intervalo de sustitución por debajo de un día, lo que significa que las camas son ocupadas casi inmediatamente después del egreso de un paciente violando las normas internacionales que indican un intervalo de sustitución de por lo menos un día a fin de poder llevar a cabo todas las medidas sanitarias de desinfección de las camas para evitar infecciones intrahospitalarias. El embalse de pacientes en los Servicios de Emergencia, principalmente, Cuidados Intensivos y Cirugía Pediátricos y en el de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales ante la imposibilidad de poder transferir pacientes al Servicio de Clínica Pediátrica ocasiona, como ya se ha mencionado, estancias hospitalarias innecesarias en estos Servicios que, a la primera oportunidad que se presenta una cama disponible por un egreso, exigen el cumplimiento de la transferencia perjudicando a los pacientes de consulta externa en lista de espera que ven postergada su hospitalización una y otra vez. Este intervalo de sustitución por debajo de un día motiva que el **porcentaje de ocupación** de las camas hospitalarias, que es el indicador que traduce la ocupación de cada cama hospitalaria al relacionar el número de pacientes ingresados con la capacidad real de camas de un hospital o Servicio (51, 52), sea elevado. El Servicio de Cirugía Pediátrica a pesar de tener un promedio de permanencia de casi la mitad de días que el de Clínica Pediátrica, lo que le permite producir una mayor cantidad de egresos hospitalarios, no escapa, aunque en menor grado, a lo mencionado siendo su mayor presión de demanda el ingreso por emergencia de pacientes cuya patología quirúrgica podría ser resuelta en niveles inferiores de atención de la Red Asistencial provocando listas de espera para hospitalización por consulta externa y el consiguiente embalse quirúrgico.

CENTRO QUIRURGICO.

La intervención quirúrgica es el producto estrella del Servicio de Cirugía Pediátrica y se produce en el Centro Quirúrgico Pediátrico que es, por lo tanto, una unidad estratégica del negocio o empresa llamado hospital.

El Centro Quirúrgico es el área física y funcional del hospital, o capacidad quirúrgica instalada, que cuenta con todos los recursos físicos, humanos y financieros organizados de tal manera que permitan brindar de manera segura, eficaz y eficiente los cuidados pre-operatorios, anestésicos y trans-operatorios a los pacientes que requieran de una intervención quirúrgica (51, 52). El Centro Quirúrgico Pediátrico consta de tres quirófanos, dos de los cuales están debidamente equipados, que sólo funcionan en el 66.7% de su capacidad máxima o real (Cuadro N° 7) de acuerdo a una distribución de turnos rígida que no tiene en cuenta la demanda quirúrgica por especialidades lo que ocasiona embalse quirúrgico que sumado al alto porcentaje de suspensiones, como se verá más adelante, provoca largas listas de espera de pacientes e insatisfacción.

Como ya se mencionó, **la intervención quirúrgica**, acto médico realizado por un cirujano especialista a un paciente con fines diagnósticos o terapéuticos, es el producto sanitario del Centro Quirúrgico y es producido de acuerdo a una función de producción llamada función de producción de una intervención quirúrgica que varía según la especialidad y la complejidad de la misma. Los elementos que conforman la función de producción de una intervención quirúrgica son:

1. Infraestructura Física: Área física donde se encuentran instaladas los quirófanos para las intervenciones quirúrgicas de los pacientes y donde se desarrollan las actividades asistenciales y administrativas propias del Centro Quirúrgico. Su tamaño y equipamiento dependerá de la especialidad quirúrgica y de la complejidad del establecimiento de salud.
2. Recursos Humanos: Personal de salud y administrativo que desempeña sus funciones en el área de hospitalización.
3. Equipos médicos.

4. Mobiliario médico y general (incluye las camas hospitalarias disponibles).
5. Material médico fungible.
6. Soluciones y medicamentos: incluye los anestésicos.
7. Exámenes Auxiliares.
8. Servicios generales.
9. Hotelería.

Los indicadores de producción, oferta-demanda, del Centro Quirúrgico Pediátrico que aparecen en la Tabla N° 41 incluyen las intervenciones quirúrgicas de emergencia realizadas en los quirófanos destinados para tal fin y que no pertenecen a él. Por otro lado, llama la atención varios hallazgos: primero, el porcentaje de horas quirúrgicas efectivas, el alto porcentaje de suspensión de las intervenciones quirúrgicas programadas electivamente, el alto porcentaje de intervenciones quirúrgicas realizadas por emergencia y el rendimiento de cada quirófano operativo del Centro Quirúrgico Pediátrico.

El **porcentaje de horas quirúrgicas efectivas** (51, 52) se obtiene dividiendo las horas quirúrgicas efectivamente ejecutadas entre las horas ofertadas para el uso de los quirófanos y, según el estándar institucional, debe ser del 90% (52). Los porcentajes anuales obtenidos en este estudio demuestran un descenso progresivo de la utilización de las horas quirúrgicas programadas el cual se hace muy notorio a partir del año 2002 llegando a ser utilizadas sólo casi el 50% del total de horas ofertadas en el año 2003. Esta disminución podría ser explicada por la oferta excesiva de horas quirúrgicas que se basa en una programación rígida de los turnos quirúrgicos sin tener en cuenta la demanda fluctuante estacional que se presenta en la cirugía pediátrica ni la demanda particular de algunas especialidades. También podría ser explicada por el alto porcentaje de suspensiones de las intervenciones quirúrgicas programadas electivamente por lo tanto, debería ofertarse las horas quirúrgicas teniendo en cuenta la demanda estacional ocasionada por la escolaridad y por la prevalencia de enfermedades respiratorias de los pacientes quirúrgicos, por un lado, y, por otro; revisando, evaluando y mejorando el proceso pre-anestésico mediante una evaluación anestesiológica, un día antes de la intervención quirúrgica, para detectar

problemas de salud con miras a disminuir los porcentajes de suspensiones y de esa manera utilizar mejor el recurso horas quirúrgicas priorizando la demanda por especialidades.

El **porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas**, se obtiene dividiendo el número de intervenciones programadas suspendidas o dejadas de ejecutar, sean estas en pacientes hospitalizados o ambulatorios, entre el número total de intervenciones programadas realizadas en un período de tiempo (51, 52). El estándar institucional considera aceptable hasta un 5% de intervenciones suspendidas (52) porcentaje que, a partir del año 2000 ha sido superado progresivamente hasta llegar en el último año de estudio a ser del orden del 20.2%. Este resultado podría explicarse primero, por una deficiente evaluación realizada por los cirujanos pediatras, generales y especialistas, de los pacientes que van a ser programados, sobre todo ambulatoriamente, que impide detectar algún signo de alarma que indique el inicio de alguna enfermedad que motive el aplazamiento de la intervención hasta una nueva oportunidad en la que se encuentre sano y, segundo, a la inexistencia de una evaluación anestésica antes de la intervención quirúrgica, como ya se mencionó anteriormente.

El **porcentaje de intervenciones quirúrgicas de emergencia**, debe ser máximo del 5% (52). Esta cifra ha sido rebasada hasta en seis veces en el período inicial de este estudio descendiendo posteriormente hasta ubicarse, persistentemente, por encima del 22% (Tabla Nº 41). Las cifras iniciales encontradas indicarían una ausencia total de atención quirúrgica pediátrica de emergencia en los establecimientos de salud de la Red Asistencial las mismas que posteriormente disminuyen mínimamente para estabilizarse muy lejos del estándar; sin embargo, en España, se encuentran cifras superiores que oscilan entre el 30% y 50% (83). Esto significa que la oferta de horas quirúrgicas para intervenciones de emergencia de los centros asistenciales de la Red Asistencial Rebagliati es hasta ahora casi nula ocasionando que las camas de hospitalización del Servicio de Cirugía Pediátrica se mantengan ocupadas en gran medida por pacientes intervenidos quirúrgicamente de emergencia negando posibilidad de ingreso a los pacientes por consulta externa que necesitan operaciones quirúrgicas electivas e

incrementando las listas de espera para cirugía electiva y la insatisfacción del usuario.

El **rendimiento** de los quirófanos, se halla dividiendo el número total de intervenciones quirúrgicas en un período de tiempo entre el número de quirófanos operativos dentro del mismo período (52, 52). El mínimo aceptado como rendimiento óptimo de un quirófano es de 90 intervenciones quirúrgicas por período (52). En este estudio se encontró un rendimiento ascendente que al inicio del estudio fue de 60.0 para llegar a ser de 113.9 intervenciones por quirófano al final del estudio. Además, se notó un incremento brusco a partir del año 2001 lo que estaría en función del incremento de la demanda quirúrgica, que explicaría el ascenso sostenido y progresivo, y por el gran incremento de procedimientos médicos y quirúrgicos realizados bajo anestesia general, por razones obvias, tales como: endoscopías digestivas, endoscopías bronquiales, endoscopías laríngeas, punciones lumbares terapéuticas en casos de leucemias, dilataciones anales, colocación de catéteres venosos centrales, etc., y que son reportados como intervenciones quirúrgicas menores.

En relación a la complejidad de las intervenciones quirúrgicas los estándares institucionales para un hospital nivel IV, como este, son de 20% de cirugía especializada altamente compleja, 35% para cirugía especializada medianamente compleja, 30% para cirugía mayor y 15% para cirugía menor (N). En este estudio, las intervenciones quirúrgicas catalogadas como mayores y menores fueron las que predominaron con una frecuencia por encima del estándar institucional mientras que, las altamente especializadas, de gran y mediana complejidad, se ubicaron por debajo de este estándar (Tabla N° 41, Gráficos N° 11 y N° 12). Esta inversión de la frecuencia de las intervenciones quirúrgicas, refleja las deficiencias en los modelos de atención sanitaria vigentes en ESSALUD que conducen a que los hospitales de gran complejidad se encuentren sobrecargados con patologías quirúrgicas de capa simple que podrían ser tratadas a menores costos en establecimientos de salud de menor nivel haciendo más eficiente al sistema y evitando distorsiones en la asignación de recursos (91).

Ahora cabe preguntarse ¿dónde y quién debe realizar la cirugía pediátrica? La Asociación Británica de Cirujanos Pediátricos, mencionada por ARUL y SPICER (92), manifiesta que los campos exclusivos del cirujano pediátrico especialista son la cirugía neonatal; las condiciones quirúrgicas complejas como oncología, enfermedades hepatobiliares, trauma mayor y corrección de malformaciones congénitas; la patología quirúrgica común asociada a otras graves enfermedades de fondo y la urología pediátrica. Estos tipos de cirugías necesitan, además del cirujano pediátrico especialista, un equipo profesional multidisciplinario especializado y tecnología de avanzada que sólo puede ser dado en un centro de alta especialización. Otros tipos de patología quirúrgica tales como: hernias inguinales, hidroceles, criptorquidias, circuncisiones, hernias umbilicales, hipertrofia amigdalina y de adenoides, otitis media serosa así como intervenciones quirúrgicas de emergencia, entre ellas: apendicectomías, piloromiotomías, desinvaginación intestinal, corrección de torsión testicular, traumas de menor complejidad y otras que no lleven mayor riesgo ni necesiten cuidados sofisticados en el post-operatorio; podrían ser realizados en los centros asistenciales de menor nivel siempre y cuando cuenten con cirujanos generales y anestesiólogos que se hayan capacitado mínimo por espacio de seis meses en las técnicas quirúrgicas y anestesiológicas pediátricas y con un equipo de enfermería debidamente entrenado en el manejo quirúrgico de pacientes pediátricos. De esta manera los centros especializados no se verían sobrecargados con patologías quirúrgicas comunes de fácil resolución en niveles inferiores de atención. Esta alternativa debería ser tomada en cuenta por la Institución a fin de evitar o disminuir el embalse quirúrgico pediátrico persistente que se presenta o para redistribuir periódicamente a los médicos del Hospital en los establecimientos periféricos de la Red Asistencial haciendo más eficiente al sistema.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en el área quirúrgica es la cirugía ambulatoria. La cirugía pediátrica ambulatoria constituye entre el 40% y 80% de la cirugía pediátrica programada electivamente (93, 94, 95). Surge y se desarrolla como consecuencia del aumento progresivo de la demanda y del gasto sanitario y ha logrado contener los costos por proceso, mejorar la eficiencia de los hospitales y mantener los niveles de satisfacción y seguridad del paciente (96, 97). La baja

complejidad de este tipo de cirugía permite su realización, siempre y cuando se cumplan con una selección adecuada de los casos, en los establecimientos de salud periféricos de una Red Asistencial a fin de que los quirófanos de las hospitales altamente especializados, o cabeza de Red, se encuentren disponibles para el tipo de cirugía que realmente deberían practicar y desarrollar que es la cirugía altamente especializada compleja o medianamente compleja y algún otro tipo de cirugía mayor o menor que, por las características propias de los pacientes, deba ser realizada en un hospital cabeza de Red. Por esta razón, debería implementarse este tipo de cirugía en los establecimientos periféricos de la Red o potenciarse en los que ya existe, previo desplazamiento del personal especializado o capacitación del personal de dichos establecimientos siguiendo los criterios mencionados anteriormente, para descongestionar el Servicio de Cirugía Pediátrica evitando referencias innecesarias.

EMERGENCIA PEDIATRICA.

El Servicio de Emergencia Pediátrica es el área física y funcional dedicada a satisfacer en forma oportuna la demanda de los pacientes pediátricos que presentan lesiones o enfermedades que requieren de atención y tratamiento inmediato por poner en riesgo inminente la vida de los paciente o para que el daño que padecen no genere secuelas temporales ni permanentes.

Una **emergencia** es una situación de salud, de presentación súbita, que pone en gran riesgo la vida y que de no ser solucionada rápidamente puede conducir a la muerte o incapacidad permanente de las personas que la padecen mientras que; una **urgencia**, es un estado clínico sin riesgo inminente de muerte, lo que permite diferir prudencialmente su atención, que de no ser solucionado puede conducir a un alto riesgo de complicaciones concordante con la magnitud del daño que la motiva (51, 52). Estos daños son calificados, de acuerdo a lo mencionado, en prioridades que van desde la prioridad I hasta la prioridad IV según sea mayor o menor la magnitud del daño y el riesgo de muerte que ocasiona la situación de emergencia o urgencia.

Según los estándares institucionales las atenciones de **prioridad I** deberían ser el 1% del total de las atenciones; las de **prioridad II**, el 34%; las de **prioridad III**, el 50% y las de **prioridad IV**, el 15% (N). Los resultados obtenidos en este estudio no concuerdan con ellos observándose que las atenciones por prioridad I si bien se acerca al estándar, está por debajo de él. Lo mismo se observa en el caso de las atenciones de prioridad II y IV en las cuales la diferencia se hace mayor mientras que, las de prioridad III se ubican con un 13% por encima del mismo (Tabla N° 46). Esta situación que tiene que ver con aspectos de oferta y demanda lleva a pensar que se está realizando, en conjunto, más atenciones de prioridad III y IV en desmedro de las atenciones de prioridad II ya que las de prioridad I alcanzan casi al estándar y podría ser explicada por ausencia de atenciones de emergencia pediátrica en los primeros niveles de atención de la Red Asistencial Rebagliati, por una mala catalogación de la prioridad por parte del personal que realiza la atención de emergencia o por el uso inapropiado de los servicios de emergencia por parte del usuario que, por múltiples razones, trata de ingresar al sistema por esta vía ya que de otra manera le resultaría demasiado engorroso. No se evaluó en este estudio la tipificación de la prioridad que, en todo caso, sirve sólo para fines estadísticos y por lo tanto se discutirán los dos otros factores.

La ausencia, parcial o total, de atenciones de emergencias pediátricas en los establecimientos de menor nivel de la Red Asistencial Rebagliati y de otras Redes Asistenciales se debe a que la capacidad instalada de dichos establecimientos es insuficiente para brindar atenciones clínicas y quirúrgicas pediátricas de emergencia tanto ambulatorias como de hospitalización en sala de observación. Como ya se mencionó, el Hospital tiene 23 camas de observación pediátrica que equivalen al 60.5% de camas para emergencias pediátricas de la Red Asistencial Rebagliati y al 35.4% de todos los establecimientos de salud del Seguro Social de Salud (ESSALUD) de Lima Metropolitana y del Callao. En comparación con los otros Hospitales Nacionales de Lima Metropolitana y del Callao, cabeza de Red Asistencial, el Hospital tiene 4 y 8 veces más camas para Emergencia Pediátrica que el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” de Lima Metropolitana y que el Hospital Nacional “Alberto Sabogal Seguín” de la Región Callao, y como podrá deducirse, su capacidad instalada se ve rápidamente desbordada

constituyendo una de las razones para el permanente congestionamiento del Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital. Nacional “Edgardo Rebagliati Martins”.

Por otro lado, el uso inapropiado de los servicios de emergencia se reporta entre el 24% y el 79% de todas las atenciones de emergencia (98 - 103). En nuestro medio llegaría a ser del orden del 71.8% si se consideran todas las atenciones de prioridad III y IV que, según los parámetros empleados en este estudio, son aquellas atenciones realizadas en los pacientes que no presentan ningún riesgo de muerte o de secuelas si su atención no es realizada inmediatamente. Las principales causas de este uso inapropiado son: la ubicación geográfica del centro asistencial puesto que mientras más cercano esté al usuario mayor será la demanda de los servicios de emergencia, los síntomas del niño cuya gravedad no es definida por los padres, el desconocimiento por parte de los padres de la existencia de otros niveles de atención, la disponibilidad de medios de diagnóstico, la situación socioeconómica de la familia, el nivel cultural de los padres y la personalidad de la madre (98 - 100, 103). A estas condiciones, que también se presentan en nuestro medio, habría que agregar la dificultad de acceso al sistema motivada por los engorrosos trámites administrativos actualmente existentes que provoca demora en la atención por consulta externa.

La atención de las emergencias y urgencias médicas y quirúrgicas pediátricas es uno de los aspectos de atención de salud que más preocupa no sólo porque esta atención puede repercutir en la calidad de vida futura de los niños atendidos sino, también, por las repercusiones organizacionales que conlleva ya que es la única área funcional de los hospitales que garantizan la atención de los pacientes las 24 horas del día los 365 días del año. El empoderamiento conseguido por las personas, cada vez mayor en la medida que conoce mejor sus derechos fundamentales, propicia que sus problemas “urgentes” de salud, sin ser ellos emergencias ni urgencias desde el punto de vista médico, sean resueltos rápidamente acudiendo a los Servicios de Emergencia de los establecimientos de salud ocasionando sobrecarga de unos Servicios que deberían estar dedicados para la solución de procesos agudos y graves (104).

Para tratar de frenar las consultas inapropiadas a los Servicios de Emergencia y derivar a los pacientes al lugar correcto de su atención dentro del sistema sanitario se tiene que realizar ciertas intervenciones que tienen que ver con la oferta y demanda de los Servicios de Emergencia de los establecimientos de salud siendo las de mayor importancia las que inciden sobre la primera.

Las intervenciones sobre la oferta pueden ser resumidas de la siguiente manera (98):

1. Mejora de la accesibilidad a la atención primaria.
2. Interposición de barreras, sean estas la propia atención primaria, administrativa, financieras o de otro tipo.
3. Mejoras organizativas de los Servicios de Emergencias Hospitalarios.

Las intervenciones sobre la demanda se concretan a la educación sanitaria pero su impacto, en la disminución de la misma, no ha podido ser demostrado categóricamente (98).

La dificultad de acceso a la atención en los establecimientos de salud de las Redes Asistenciales, asumiendo una utilización óptima de la capacidad instalada de dichos establecimientos, motiva la concurrencia innecesaria de los usuarios a los Servicios de Emergencia en busca de la satisfacción de sus necesidades de salud, aunque estas sean mínimas, puesto que de otra manera no podrían ser satisfechas en el momento que ellos sienten esa necesidad. La mejoría de la capacidad instalada de los establecimientos de salud de menor nivel al de los hospitales de referencia debe dar como resultado una disminución de la demanda por los Servicios de Emergencia. Esta mejoría consistiría en la obligación de los establecimientos de salud de menor nivel de la Institución a dar atención de emergencia y urgencia las 24 horas del día mediante la implementación de las áreas de atención de emergencia en los establecimientos que no existen y su potenciación, en los que ya existen. Esta implementación o potenciación iría de la mano con la dotación de personal médico en número adecuado en relación a la

población foco y un equipamiento mínimo necesario que evite el desplazamiento, por voluntad propia, de los pacientes hacia los Servicios de Emergencia de niveles superiores al encontrar satisfacción con la atención de salud recibida en la consulta externa del establecimiento al cual está adscrito. Al respecto, estudios realizados han demostrado que el incremento del número de médicos para la atención primaria en un área determinada y la contratación de centros de urgencias no hospitalarios las 24 horas del día, fueron seguidos por una disminución de la utilización inapropiada de los Servicios de Emergencia de los hospitales (98).

Las barreras de contención de la demanda por el Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital utilizados por la Institución tampoco han dado los resultados esperados. Estas son: el *gatekeeping* y la sectorización territorial. Otra barrera para contener la demanda es el copago que por razones legales no puede ser utilizado (E, F, G, H).

El ***gatekeeping*** consiste en la asignación de un determinado número de pacientes a un médico general que actúa como puerta de entrada al resto del sistema y debe autorizar las consultas a los Servicios de Emergencia (98). Esta barrera la Institución la establece a través del Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada (PAAD) pero su impacto, a la vista, como barrera de contención es muy cuestionable. Por su parte, la **sectorización geográfica o territorial** tiene como objetivo, en teoría, reducir la utilización, inadecuada o no, de los servicios de salud aunque su mayor utilidad estriba en organizar la demanda respecto a criterios de planificación (98). La creación de las Redes Asistenciales es la barrera de este tipo empleada por la Institución pero tampoco ha tenido un impacto significativo en la reducción de la demanda por los servicios de salud pediátricos del Hospital. El **copago** o ticket moderador es el cobro de un porcentaje del costo de los servicios de salud que demandan los usuarios y ha resultado efectivo como barrera de contención aunque en nuestro medio es imposible su implementación, como ya se mencionó (98).

Finalmente, las mejoras en la organización de los Servicios de Emergencia parece ser el factor más importante para reducir el uso inapropiado de estos Servicios. Incluyen la obligación de mejorar las instalaciones con la intención de adecuarlas al flujo de pacientes, disminuir la saturación y los tiempos de espera de los pacientes excesivamente largos (104). La utilización de protocolos de triage para derivar los casos no urgentes para su atención en otro nivel asistencial parece ser una estrategia efectiva a corto plazo, aunque se corre el riesgo de rechazar una verdadera emergencia y se incrementan los costos de los hospitales al asumir los nuevos costos que ocasiona la implementación del triage y la necesidad de asegurar que los cuidados alternativos existan y sean accesibles a los pacientes derivados (98). Sin embargo, el punto débil de los Servicios de Emergencia es la imposibilidad de programar las actividades en un contexto de creciente saturación. El conocimiento real de la demanda es imprescindible para planificar las inversiones en estructura y personal y, dado que el resultado final de la atención de salud depende en gran medida de la rapidez con que el paciente es atendido, además de incrementar las dotaciones de recursos humanos y materiales, la correcta asignación de los recursos disponibles es otro de los elementos claves para mejorar la oferta (104).

Teniendo en cuenta la variedad de los factores que pueden incidir en la frecuentación de un Servicio de Emergencia hospitalario cabe pensar en un comportamiento diferente según la época del año, el día de la semana o la hora del día de que se trate ya que debido a la presencia de estos comportamientos la incidencia de los desajustes entre oferta y demanda es mayor en determinadas fechas ante los cuales estos Servicios deben ofrecer una respuesta rápida y oportuna.

La estancia hospitalaria óptima en las áreas de observación de los Servicios de Emergencia debe ser, en general, no mayor de 24 horas (51, 52). En este estudio se valoró como indicador la estancia menor y mayor de 48 horas encontrándose que el 12.4% de todos los pacientes ingresados a la sala de observación tuvo una permanencia mayor de 48 horas (Tabla N° 47). Este hallazgo lleva a pensar que la frecuencia de estancia mayor de 24 horas es mucho más alta que la

encontrada para las mayores de 48 horas y está en relación con la imposibilidad de ingresar pacientes a las áreas de hospitalización de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos debido a la falta de camas disponibles, principalmente en el área clínica. La permanencia mayor de 24 horas en el área de observación ocasiona un gran congestionamiento del Servicio de Emergencia Pediátrica que impide el libre flujo de los procesos de atención a los pacientes, provoca una sobrecarga de trabajo para el personal de salud del Servicio y aumenta la insatisfacción del usuario al percibir la atención recibida como de mala calidad. Por otro lado, el hacinamiento de pacientes, cada vez más frecuente, propicia las infecciones cruzadas y el incremento de las infecciones intrahospitalarias las que generalmente debutan en las áreas de hospitalización de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos.

La principal fuente de ingreso de pacientes a los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos es el Servicio de Emergencia Pediátrica puesto que, en general, el 69% de los egresos de los Servicios en estudio ingresaron por el Servicio de Emergencia Pediátrica (Tabla N° 48). Específicamente, el 75% de los egresos del Servicio de Clínica Pediátrica y el 63% de los egresos del Servicio de Cirugía Pediátrica fueron ingresados desde Emergencia Pediátrica. Estos resultados indican el reducido acceso a las áreas de hospitalización, sobre todo en el área clínica, que tienen los pacientes atendidos en consultorio externo lo que genera largas líneas de espera que se incrementan progresivamente dependiendo de la demanda de cada especialidad clínica o quirúrgica.

CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS.

Se hizo un ligero análisis del Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos puesto que, al igual que el Servicio de Emergencia Pediátrica, puede reflejar de algún modo la oferta y demanda por las áreas de hospitalización de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos ya que, junto con el Servicio de Emergencia Pediátrica, se convierten en demandantes internos de las camas de dichas áreas de hospitalización.

El Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos cuenta con 5 camas que producen 3.5 egresos por cama y por mes con un promedio de permanencia por paciente de 7.5 días, lo que ocasiona un porcentaje de ocupación de las mismas de 91.8% y un intervalo de sustitución de 0.7 días en promedio, cifras que no concuerdan con los estándares institucionales (52, N). Estos resultados fueron obtenidos teniendo en cuenta la producción de los tres últimos meses del año de 1998, año en que inició sus funciones el Servicio, por lo que no reflejan la realidad de su problemática. Si se obvia la producción de ese año, se aprecia un agravamiento progresivo de esta problemática al mantenerse el promedio de estancia en el Servicio por encima de 6 días, el rendimiento de cada cama censable por debajo de 4.5 egresos por mes, el porcentaje de ocupación de las camas por encima de 90% y el intervalo de sustitución por debajo de 1 día; llegando a su punto más crítico en el año 2003 (Tabla N° 49). Estos resultados pueden ser explicados por la permanencia innecesaria en el Servicio de los pacientes en condiciones de alta ante la indisponibilidad de camas en las áreas de hospitalización de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos.

La falta de camas disponibles en el Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos se convierte en un factor limitante para el desarrollo de la cirugía especializada alta y medianamente compleja que generalmente requiere en el período post-operatorio inmediato del apoyo, por corto plazo, del Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Intervenciones neuroquirúrgicas, cardioquirúrgicas, oncoquirúrgicas y de otras especialidades que practican cirugía altamente especializada en lo concerniente a la corrección de malformaciones congénitas o de otro tipo, son postergadas innecesariamente lo que motiva el empeoramiento de las condiciones clínicas del paciente y el incremento de complicaciones post-operatorias derivadas de un tratamiento quirúrgico no oportuno.

REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS.

El **Sistema de Referencia y Contrarreferencia**, es una estrategia de gestión que integra las redes de salud a través de las Unidades de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos de salud, permitiendo a los asegurados

la continuidad de la atención; entendiéndose como **Unidad de Referencia y contrarreferencia** al área del centro asistencial de salud encargada de administrar y gestionar las referencias, las citas y las prórrogas de las referencias así como las contrarreferencias de los pacientes asegurados (O). Por su parte, la **referencia** de un paciente es el proceso asistencial-administrativo mediante el cual el médico tratante de un centro asistencial de menor nivel de resolución transfiere el cuidado de un paciente a un profesional de la salud de otro centro asistencial de mayor nivel con la finalidad que, la atención que reciba en este, resuelva el problema de salud que motiva la referencia; mientras que, la **contrarreferencia**, es el proceso contrario y se ejecuta cuando el paciente está en condiciones de salud que le permitan regresar a su centro asistencial de origen o fallece (O).

Una **red** es la combinación de personas, tecnología y conocimiento que, basada en ciertas normas y el respeto mutuo, interactúan de manera sumamente coordinada y cooperativa para el logro de objetivos comunes. Las dimensiones del equilibrio interorganizacional de la red son: campo de acción, valores compartidos, evaluación positiva de los miembros y coordinación del trabajo y se evalúan a través de la eficacia percibida, dependencia, respuesta a problemas y oportunidades, conocimiento mutuo, consenso, similitud de dominio, flujo de comunicaciones, formalización, complejidad y centralización (105).

En relación a la salud, una **Red Asistencial** es el conjunto de establecimientos de salud de diferentes niveles de complejidad que tiene como base organizativa al establecimiento de salud de mayor nivel de resolución, cuya combinación de recursos y complementariedad asegura el otorgamiento de atención de salud a una población adscrita al interrelacionarse entre ellos dentro de un área geográfica determinada a través de acciones de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud (P).

El objetivo principal del Sistema de Referencias y Contrarreferencias y de las Redes Asistenciales que lo componen es lograr la **continuidad asistencial** que es la atención de las necesidades de salud de las personas a lo largo de su vida,

en sus diversos ámbitos y bajo cualquier circunstancia (106). Tiene cuatro dimensiones: cronológica (atención a lo largo de la historia natural de cualquier enfermedad), geográfica (cercanía del personal de salud), interdisciplinaria (no fragmenta a los individuos para tratarlos, los considera en su conjunto y en su entorno) e interpersonal (relación médico-paciente, relación con la familia y relaciones interprofesionales) y para lograrla, se necesita un alto nivel de coordinación de todos los servicios relacionados con la salud independientemente del lugar donde se reciban.

La **Red Asistencial Rebagliati**, cuya cabeza es el Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” ESSALUD, hospital nivel IV con alta capacidad de resolución, según la categorización de establecimientos asistenciales de la Seguridad Social de Salud, está conformada por los siguientes centros asistenciales: Hospital II “Angamos” (Miraflores), Hospital II de Cañete, Hospital I “Uldarico Roca F.” (Villa El Salvador), Hospital I “Carlos Alcántara B.” (La Molina), Policlínico “Pablo Bermúdez” (Cercado de Lima), Policlínico “Chequeos Larco” (Miraflores), Policlínico “Chincha” (Cercado de Lima), Policlínico “Próceres” (Surco), Policlínico “Rodríguez Lazo” (Chorrillos), Policlínico Villa María (Villa María de El Triunfo), Centro Médico de Mala, Centro del Adulto Mayor (CAMS) y Programa de Asistencia Domiciliaria (PADOMI) (P) y tiene una población adscrita, a los establecimientos que la conforman, de 222 808 menores de 14 años. La atención pediátrica se brinda en todos ellos excepto el Policlínico “Chequeos Larco” y en los Centros de Adulto Mayor y de manera muy restringida por el PADOMI.

Entre los años de 1999 y 2003 fue, numéricamente, referido a los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos del Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” ESSALUD, el 32.2% del total de la población pediátrica adscrita a cada uno de los establecimientos de salud que conforman la Red Asistencial Rebagliati y; se dice numéricamente, porque muchos de los pacientes referidos, como se verá más adelante, pertenecen a otras Redes Asistenciales de Lima Metropolitana, Callao y del interior del país por lo que en términos reales, los Servicios en estudio, atienden a una población mayor que la asignada, toda vez que satisface la

demanda correspondiente a la de los niveles inferiores de su propia Red Asistencial y la de otras Redes demostrándose que la complejidad total de la oferta, a nivel de Lima Metropolitana y del interior del país, no está en función del tamaño de la demanda asignada (63). Esta situación induce a una sobreproducción de actividades de salud, que pone en riesgo la calidad del servicio brindado.

Del total de pacientes referidos, el 59.8 % correspondieron a especialidades clínicas y el 38.7% a las, quirúrgicas. Sólo el 1.5% fue referido específicamente para la ejecución de exámenes auxiliares. La predominancia de los pacientes referidos a las especialidades clínicas podría explicarse por la necesidad de exámenes auxiliares tecnológicamente más avanzados, para hacer los diagnósticos, con los cuales no cuentan los centros asistenciales de origen. Por su parte las referencias a las especialidades quirúrgicas son motivadas, aún en los casos más simples que pueden ser resueltos a niveles inferiores, por la falta de cirujanos, anesthesiólogos y personal de salud de apoyo especializados o capacitados para la atención quirúrgica pediátrica permanente en dichos centros asistenciales. La falta de médicos especialistas en cirugía pediátrica y anestesiología pediátrica puede ser coadyuvada mediante la capacitación del personal médico, cirujano o anesthesiólogo, que desee brindar esta atención al nivel de resolución que le competa, mediante un entrenamiento mínimo de seis meses en los centros asistenciales de nivel IV de la Institución como lo aconseja la Asociación Británica de Cirujanos Pediátricos (92).

Neurología, Alergia, Medicina Física y Rehabilitación y Endocrinología, son las especialidades clínicas con mayor porcentaje de referencias al Servicio de Clínica Pediátrica (Tabla Nº 50 y Tabla Nº 51) mientras que, Otorrinolaringología, Traumatología y Ortopedia, Cirugía General y Oftalmología, ocupan los primeros lugares, en ese orden, de referencias al Servicio de Cirugía Pediátrica (Tabla Nº 52 y Tabla Nº 53). Las referencias a los Servicios Intermedios aparecen en la Tabla Nº 54) y no serán discutidas por no ser motivo de este estudio.

Sólo el 60.8% de los pacientes pediátricos referidos al Hospital estaban adscritos a la Red Asistencial Rebagliati lo que confirma lo mencionado en párrafos anteriores (Tabla N° 55). Al respecto, queda en evidencia que existen varias Redes Asistenciales cuya capacidad de resolución resulta ser baja debido fundamentalmente a la desproporción entre el volumen de la población asignada y el tamaño y complejidad de la oferta por lo que se hace necesario una nueva jerarquización de los establecimientos de salud de la Seguridad Social que permita una contención real de la demanda de manera escalonada por niveles de complejidad (63).

Fue contrarreferido a sus centros asistenciales de origen sólo el 22.6% de los pacientes referidos lo que significa que más de las dos terceras partes de ellos permanecen en los Servicios Pediátricos del Hospital que, sumados a los nuevos pacientes referidos, crean una especie de demanda o población cautiva que crece progresivamente ocasionando perjuicios a los pacientes que buscan atención por primera vez debido al prolongado tiempo que tienen que esperar para efectivizarla por lo que muchos de ellos desertan del sistema. Una causa de esta prolongada permanencia de los pacientes pediátricos referidos es la falta de normas de referencia y contrarreferencia específicas para las especialidades pediátricas que impide conocer que patologías deben permanecer constantemente en los Servicios Pediátricos del Hospital y cuales de ellas deben ser contrarreferidas y que nivel de atención se va a ser responsable de su seguimiento. Otra causa puede ser la corrección de las malformaciones congénitas que generalmente necesitan reparación por etapas y por equipos de salud multidisciplinarios que no existen en niveles inferiores de atención. También se puede responsabilizar por la permanencia innecesaria de los pacientes pediátricos referidos en el Hospital a la negativa de los médicos para llenar el formato de contrarreferencia con el cual administrativamente termina el proceso al retornar al paciente referido a su establecimiento asistencial de origen.

Sólo el 44% de todos los pacientes dados de alta de las áreas de hospitalización de los Servicios de Clínica Y Cirugía Pediátricos fueron contrarreferidos a los establecimientos de salud de la Red Asistencial Rebagliati. Llama la atención que

la Red Asistencial Sabogal, que tiene como cabeza de red al Hospital Nacional "Alberto Sabogal Seguín" recepciona el 20.9% de todas las contrarreferencias pediátricas del Hospital (Tabla N° 56). Otro tanto más, es contrarreferido, en conjunto a las demás Redes Asistenciales distribuidas por todo el país. Este hallazgo demuestra de facto la debilidad de la oferta de la Red Asistencial Sabogal por lo que debería replantearse el nivel y la capacidad resolutoria del Hospital Sabogal como un hospital terminal de IV nivel cabeza de Red Asistencial. Esta situación salta más a la vista cuando se observa la relación Egreso/Referencias (Tabla N° 57). Así se ve que esta relación que debería ser menor o igual a uno es superada en el caso de la Red Asistencial Sabogal y de las Redes del interior del país lo que significa que algunos pacientes referidos de estas Redes son hospitalizados y egresados de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos en varias oportunidades demostrándose una ineficacia de la capacidad instalada de dichas Redes para el seguimiento de los pacientes egresados que sumados a la incapacidad de contener su propia demanda por servicios de salud pediátricos dentro de su área geo-administrativa-asistencial se ven obligados a referir progresivamente más pacientes a los Servicios Pediátricos de la cabeza de la Red Asistencial Rebagliati.

En el Anexo N° 1 se presenta una Lista de Padecimientos por Nivel de Atención confeccionada por el Comité de Referencia/Contrarreferencia Pediátrica de la Ciudad de México (107) que bien puede ser adoptado, con algunas modificaciones, por la Seguridad Social de Salud (ESSALUD) para que sirva de instrumento al Sistema de Referencias y Contrarreferencias en el campo pediátrico para evitar referencias innecesarias y orientar las contrarreferencias hacia los niveles inferiores de atención de salud evitando permanencias innecesarias en los Servicios Pediátricos del Hospital.

CONSIDERACIONES FINALES.

La salud se ha convertido en un bien individual y colectivo que forma parte de la cultura social y política de los países. No es fácil hacer proyecciones en un campo tan dinámico como la salud y sus determinantes, donde las necesidades y las

situaciones cambian, donde se producen equilibrio de fuerzas que hacen modificar tendencias que en un inicio son aparentemente claras (108).

Los sistemas sanitarios también están inmersos dentro de estos cambios a través de la potenciación de la atención primaria de la salud y el ingreso constante de nueva tecnología.

Los hospitales están experimentando grandes cambios. La estructura hospitalaria tiene que adaptarse a los cambios tecnológicos y a los requisitos sociales de bienestar. La tecnología médica ha ampliado su base más que nunca y el rápido desarrollo de las telecomunicaciones está introduciendo cambios revolucionarios en los conceptos de la medicina y la manera de practicarla. Para que los hospitales contribuyan a la salud, es necesario tener seriamente en cuenta su ubicación, planificación, organización y gestión, así como los servicios que puedan prestar en relación con las necesidades prioritarias de la comunidad, pues de lo contrario pueden convertirse en proyectos ruinosos y en voraces consumidores de recursos escasos (65). Los nuevos hospitales van a perder sus grandes dimensiones para convertirse en hospitales abiertos, flexibles, con una conexión estrecha y bidireccional con el ámbito extrahospitalario. Los nuevos hospitales pediátricos inclinan la balanza hacia las actividades médicas sin ingreso dedicando sólo el 30% de espacio al ingreso hospitalario de complejidad y que precisa de alta tecnología. La tendencia es hacia la disminución de ingresos, evitar estancias innecesarias y reducción del número de camas pero, paradójicamente, se incrementará el promedio de estancia hospitalaria (66). En contraparte, se reforzará la esfera ambulatoria mediante la cirugía mayor ambulatoria, la cirugía de mínimo acceso, los hospitales de día, la hospitalización domiciliaria; actividades propias de un hospital abierto.

En los Sistemas Nacionales de Salud la atención de primer nivel o atención primaria de la salud es la puerta de entrada al sistema y ha demostrado ser beneficiosa para los mismos al alcanzar: costos más bajos, niveles de salud más elevados, menor uso de medicación y mayor satisfacción de la población con los servicios sanitarios (109).

La reorientación de los Sistemas de Salud con un enfoque de la atención primaria de la salud demanda reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención, ajuste que debe ser conseguido por medio de la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno, de la integración de los servicios de salud pública y de atención personal, del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades y la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios. Requiere, adicionalmente, una concentración especial en el papel de los recursos humanos, en el desarrollo de estrategias para gestionar el cambio y en la alineación de la cooperación internacional con el enfoque de la atención primaria de la salud (110).

Así como están cambiando los hospitales y la orientación de los Sistemas de Salud, el pediatra del siglo XXI, también se verá obligado a cambiar. Su rol estará orientado a: prestar una atención de buena calidad técnica y humana, seleccionar ética y eficientemente las tecnologías disponibles, ser un buen comunicador, ser un líder comunitario, integrar equipos multidisciplinarios, gestionar adecuadamente los recursos que la sociedad tiene destinados a la salud y cuidarse a si mismo además de cuidar a los niños (111). Dentro de este marco el médico de familia debe ocupar un lugar nuclear tanto en atención primaria como en todo el Sistema Sanitario por lo que el médico de familia debe ser un profesional especializado competente; debe tener una formación polivalente, amplia y adaptada a las necesidades de salud; debe aprender a trabajar en equipo con el segundo nivel de atención y con otros sectores; debe tener una clara idea sobre su capacidad clínica y su competencia debiendo defender y contribuir a la mejora de su especialidad (108). El Programa de Atención de la Familia (112), recientemente implantado en Brasil, tiene como objetivo reorientar el modelo asistencial a partir de la atención básica, sustituyendo el modelo tradicional de asistencia dirigido hacia la cura de enfermedades y al hospital. Dentro de esta estrategia, las unidades básicas de salud de la familia se caracterizan como la puerta de entrada del usuario al Sistema de Salud y deben destinarse a un determinado grupo poblacional que vive o trabaja en su área geográfica. Estas unidades básicas deben estar vinculadas a la red de servicios de mayor complejidad, garantizando a individuos y familias una atención integral.

Este tipo de asistencia precisa del apoyo de servicios ambulatorios especializados e infraestructura de laboratorios para la solución de situaciones o problemas identificados en la atención básica.

El logro de la calidad de la atención es un imperativo prioritario en la gestión de salud actual. La calidad de la atención de salud es el cambio positivo en la historia natural de la enfermedad y en las condiciones de salud atribuible a la acción de las ciencias de la salud a través de los sistemas y servicios de salud (113 – 115). Esta calidad disminuye cuando existe un exceso de utilización tendiente a satisfacer una demanda progresivamente creciente no adecuadamente proyectada en el tiempo (25) por lo que resulta necesario potenciar la oferta, lo cual no quiere decir que los puntos de contención de las redes asistenciales necesariamente incrementen su tamaño sino, fundamentalmente, que los establecimientos de menor nivel aumenten su capacidad de respuesta y, eventualmente, que se desarrolle una nueva infraestructura de servicios de salud (63). La pirámide de servicios del Sistema de Salud de la Seguridad Social (ESSALUD) no está adecuadamente estructurada puesto que se prestan servicios de salud en los niveles de más alta complejidad que pueden ofrecerse a niveles inferiores con el incremento de costos, ineficiencia del sistema y largas listas de espera en los hospitales de mayor complejidad.

CONCLUSIONES

Realizado el análisis de los resultados obtenidos en el presente estudio, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. En relación a la demanda:

La demanda efectiva por citas para la consulta externa superó a la demanda real debido al alto porcentaje de deserción ocasionando un mal uso de los cupos ofertados por los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos del Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” ESSALUD.

La demanda real para citas por consulta externa y para intervenciones quirúrgicas programadas no llega a superar a la oferta pero, pese a ello, se observa diferimiento de citas para consulta externa y embalse quirúrgico.

Gran porcentaje de la demanda está conformada por patologías que podrían ser resueltas a niveles inferiores de la Red

Asistencial Rebagliati y de otras Redes, sobre todo del interior del país, debido a que dichos establecimientos no funcionan como verdaderas barreras de contención al no haberse dimensionado adecuadamente la población potencialmente demandante o por una mala jerarquización de su nivel de resolución.

2. En relación a la oferta:

Existe una subutilización de la capacidad instalada de la consulta externa de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos del Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” ESSALUD.

La oferta de servicios pediátricos de los establecimientos de salud de niveles inferiores de la Red Asistencial Rebagliati no está adecuadamente dimensionada ni jerarquizada por lo que no funcionan como barreras de contención de la demanda.

El personal médico especializado en pediatría y sus diferentes especialidades clínicas y quirúrgicas es escaso en los establecimientos periféricos de la Red Asistencial Rebagliati por lo que los Servicios Pediátricos del Hospital reciben muchas referencias innecesarias.

El mayor porcentaje de camas pediátricas disponibles de la Red Asistencial Rebagliati se encuentran concentradas en los Servicios Pediátricos del Hospital por lo que la demanda para hospitalización es elevada.

No existen normas institucionales específicas para la referencia y contrarreferencia de pacientes pediátricos que establezcan claramente los niveles de atención y seguimiento de la patología pediátrica.

RECOMENDACIONES

1. Dimensionar adecuadamente la demanda por los servicios Pediátricos del Hospital a fin de adecuar la oferta utilizando la capacidad instalada actual o mediante la creación de un Hospital Pediátrico de la Seguridad Social.
2. Flexibilizar la programación de las actividades médicas en función de los incrementos estacionales de la demanda.
3. Hacer una nueva jerarquización de los establecimientos periféricos de la Redes Asistenciales en función de su demanda potencial y la capacidad de resolución que puedan brindar.
4. Mejorar la utilización de la capacidad instalada de los Servicios Pediátricos del Hospital para disminuir las listas de espera de consulta externa y hospitalización y el embalse quirúrgico.
5. Establecer normas específicas para la referencia y contrarreferencia de pacientes pediátricos dentro de la Institución.

6. Potenciar progresivamente la capacidad instalada de los establecimientos de salud periféricos de la Red Asistencial comenzando por los de menor nivel de resolución a fin de que a mediano plazo se conviertan en verdaderas barreras de contención de la demanda.
7. Capacitar a médicos cirujanos y anestesiólogos y al personal de enfermería de los niveles inferiores de la Red Asistencial para la atención de los problemas quirúrgicos pediátricos, de acuerdo a su nivel de complejidad, descentralizando efectivamente la atención quirúrgica pediátrica.
8. Potenciar la atención primaria de salud y crear la especialidad de médico de familia para garantizar en el futuro el descongestionamiento de los grandes hospitales de la Institución.
9. Ver la posibilidad de implementar la hospitalización domiciliaria en pediatría.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL. Informe de la Comisión para la formulación del Plan Médico Director del Departamento de Medicina Infantil. Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins”. Lima (Perú). 1997 Agosto.
2. SEGURO SOCIAL DE SALUD. Perfil del Proyecto de Ampliación del Servicio Pediátrico del Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins”. Lima (Perú). 2000 Diciembre.
3. WHO. Economic Research into Health Service Growth; Report on a WHO Workshop. EURO Reports and studies 52. Copenhagen, Oficina Regional OMS para Europa. 1981. p. 39.
4. MILLS A. The Financing and Economics of Hospitals in Developing Countries: Key issues and research questions. World Bank. Population and Human Resources Department, PHN technical notes.

5. ARREDONDO A. El Criterio de Eficiencia y los Costos de Producción en la Atención Médica. Rev. de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Segunda Época. 1998 Setiembre; Año 3, 7: 7–25.
6. SEGURO SOCIAL DE SALUD. Informe de la Comisión Técnica Especializada para evaluar la creación de un Instituto Nacional de Pediatría. Lima (Perú). 2002 Enero.
7. DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Vigésima segunda edición. España. ESPASA. 2001. Mercado; p. 1010.
8. SANABRIA C. El Mercado de Servicios de Salud. Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. En prensa. 2004.
9. FERNÁNDEZ J. Microeconomía. Teoría y aplicaciones. CIUP. Lima. 2000. Tomo I p. 54.
10. ORTUN V. La Economía en Sanidad y Medicina: Instrumentos y limitaciones. 2da. ed. Barcelona. Euge la Llar del Llibre. 1992 p. 49–68.
11. GRACIA D. La Práctica en la Medicina. En: Couceiro A, editora. Bioética para Clínicos. Madrid. Ed. Tricastela; 1999. p. 107.
12. TORCHE A. La Dimensión Económica de la Salud. Boletín REDEFS. 1995 1(2):5–7.
13. MIRANDA E. Sistemas de Salud en el Mundo. Un marco conceptual para el análisis. En: Miranda R E editor. La Salud en Chile. Evolución y perspectivas. Santiago de Chile: Centro de Estudios Públicos; 1994. p. 113– 49.

14. ARREDONDO A, HERMANDEZ P, CRUZ C. La Incorporación del Análisis Económico al Sector Salud en Países Latinoamericanos. Principales aportes y aspectos a considerar. Cuad Med Soc 1992; XXXIII(2):121.
15. STIGLITZ E. La Economía del Sector Público. 2da. ed; 1997.
16. SANABRIA C. El Rol del Estado y la Regulación en Salud. Rev. de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Segunda Época. 1998 Abril ; 3(7):27–38.
17. CORUGEDO DE LAS CUEVAS I. La Demanda de Salud y Atención Sanitaria. En: Hidalgo V, Corugedo de las Cuevas I, Del Llano S editores. Economía de la Salud. Madrid: J. Ediciones Pirámide. 2000. p. 79–108.
18. BECKER GS. Human Capital: A theoretical and empirical analysis with special reference to education. New York:: Columbia University Press of National Bureau of Economic Research; 1964.
19. SCHULTZ W. Investment in Human Capital. American Economic Review, 51:1–17.
20. El Estado del Arte de la Economía de la Salud. Boletín Redefs 1995; 1(2):1–4.
21. FOLLAND Sh, GOODMAN AC, STANO M. The Economics of Health and Health Care. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall. 1997. p. 79–100, 123–146, 156–157, 495–514.
22. MAYNARD A. La Naturaleza del Mercado Sanitario y las Prioridades de Investigación para Economistas de la Salud. Colegio de Economistas de Cataluña. Primeras Jornadas sobre Economía de la Salud; 1980 Dic 5-6; Barcelona; ICE, jun 1981. p. 7–17.

23. ARREDONDO A. ¿Qué es y Qué está haciendo la Economía de la Salud?.
Rev. De la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional
Mayor de San Marcos. Segunda Época. 1999 Sep; 4(13):143–158.
24. CORTEZ, R. : Análisis de la Demanda por Servicios de Salud. En:
Seminario “Modernización del Sistema de Financiamiento de Salud”. Lima
(Perú): Ministerio de Salud (MINSA); 1997.
25. GONZALES M, ZURITA B, FRENK J, FRANCO F, ARREDONDO A,
QUEISSER M, et al. Demanda y Oferta de Servicios: Obstáculos a la
mejoría del Sistema de Salud de México. En: Documento para el Análisis y
Convergencia N° 6. Economía y Salud. México: Fundación Mexicana para
la Salud. 1994.
26. MWABU G. Health Care Decisions at the Household: Results of a rural
health survey in Kenya. *Social Science and Medicine* 1986; 22 (3):315–319.
27. BERMAN P, CARL K, KARABI B. The Household Production of Health:
Integrating social sciences perspectives on micro-level health determinants.
Social Sciences and Medicine 1994; 38(2):205.
28. CORTEZ R. La Evolución de las Necesidades y la Demanda de los
Servicios de Salud Familiar: el caso peruano 1991 – 1994. Lima (Perú):
Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. 1996.
29. CORUGEDO DE LAS CUEVAS I. La Producción de la Atención Sanitaria.
En: Hidalgo V, Corugedo de las Cuevas I, Del Llano S. Economía de la
Salud. Madrid: J. Ediciones Pirámide; 2000. p. 109–126.
30. DRUMMOND MF, STODDART GL, TORRANCE GW. Métodos para la
Evaluación Económica de los Programas de Atención de la Salud. Madrid:
Ediciones Díaz de Santos S.A; 1991.

31. PHELPS ChE. Health Economics. 2nd.ed. England: Addison-Wesley. 1997. p. 330 – 359.
32. PROGRAMA FLAGSHIP. Reformas y Financiamiento sustentable del Sector Salud. En: Principios de Economía de la Salud. 2000. p.111–116.
33. SHAW CJ. Gestión de Servicios de Salud. España: Ed. Díaz de Santos. 1996.
34. TRAPNELL G. Aspectos Actuariales de los Seguros de Salud. En: Seminario Internacional de Reforma del Sector Salud. Lima (Perú): Ministerio de Salud (MINSA); 1997. p. 97–108.
35. RENDÓN J. Derecho de la Seguridad Social. Lima (Perú): Ediciones TARPUI. 1985. p. 92–94.
36. PAREDES N. El Sistema General de Seguridad Social en Salud: la reforma colombiana. En: Seminario Internacional de Reforma del Sector Salud. Lima (Perú): Ministerio de Salud (MINSA); 1997. p. 45–53.
37. DE SIQUIERA P. Reformas de los Sistemas de Salud: el caso Brasil. En: Seminario Internacional de Reforma del Sector Salud. Lima (Perú): Ministerio de Salud; 1997. p. 55–60.
38. MIRANDA E. Sistemas de Salud en el Mundo. Casos seleccionados y sus lecciones para Chile. En: Miranda E. editor. La Salud en Chile. Evolución y perspectivas. Santiago de Chile: Centro de Estudios Públicos; 1994. p. 151–193.
39. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Argentina: Perfil del Sistema de Servicios de Salud. 2da ed. 2001 Feb. Disponible en: URL: <http://www.bvs.org.ar/pdf/perfil2001.pdf>

40. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Canadá: Perfil del Sistema de Servicios de Salud. 2000 Mar. Disponible en URL: www.americas.health-sector-reform.org/spanish/clhmcanpr.htm
41. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Colombia: Perfil del Sistema de Servicios de Salud. 2da ed. 2002 May. Disponible en URL: www.americas.health-sector-reform.org/spanish/clhmcolpr.htm
42. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Cuba: Perfil del Sistema de Servicios de Salud. 2da ed. 2001 Sep. Disponible en URL: www.americas.health-sector-reform.org/spanish/clhmcubpr.htm
43. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD : Chile: Perfil del Sistema de Servicios de Salud. 2da ed. 2002 Ene. Disponible en URL: www.americas.health-sector-reform.org/spanish/clhmchipr.htm
44. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION : United States of America: Health Systems and Services Profile. 1st ed. 2002 Feb. Disponible en URL: www.americas.health-sector-reform.org/english/usa-preug-1ed.pdf
45. HERNÁNDEZ A, VEGA R. El Sistema Colombiano de Seguridad Social en Salud: desigualdad y exclusión. Rev. Gerencia y Políticas de Salud 2001; 1:48–73. Disponible en URL: <http://javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf/revista-1/salud-espacio-3.pdf>
46. APOYO CONSULTORÍA. Análisis del Sector Salud. Lima (Perú): Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud; 2001.
47. TORRES, R. Perú: una mirada sobre la situación de la seguridad social. Disponible en URL: <http://www.isalud.org/documentacion/Peru.pdf>
48. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Perú: Perfil del Sistema de Servicios de Salud. 2da ed. 2001 May. Disponible en URL: <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/per-persp-2ed.pdf>

49. INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IPSS). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CEI – 10). Décima revisión. Reimpreso con permiso de la OPS. Lima (Perú). 1997.
50. INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IPSS) : Manual de Clasificación de Intervenciones Quirúrgicas según Nivel de Complejidad. Lima (Perú). 1998.
51. GARCIA H, RIVERA J. Indicadores de Gestión en Salud. Cienc. y tecnol. 1999; 9(3):26–47.
52. SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD). Manual de Indicadores de Gestión en Salud. Lima (Perú). 1999.
53. ORTIZ M, TAPIA G, FRENCH C, BERMEJO G. Indicadores de Salud. Instituto Peruano de Seguridad Social. Lima (Perú). 1995.
54. PAVÓN, H. Evaluación de los Servicios de Salud. 2da ed. Colombia: Universidad del Valle; 1985.
55. PLAN DIRECTOR 2002-2006. Rebagliati Nueva Era. Lima (Perú): Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” (ESSALUD); 2001 Oct.
56. NOVENO CURSO DE CAPACITACIÓN EN ACREDITACIÓN PARA EVALUADORES DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. Lima (Perú). Ministerio de Salud (MINSA). 1999 Nov 15-20; Lima (Perú).
57. MINISTERIO DE SALUD. Manual de Acreditación de Hospitales. Lima (Perú). 1996.

58. MINISTERIO DE SALUD. Guía para la Aplicación del Manual de Acreditación de Hospitales. Lima (Perú). 1996.
59. INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL. Manual de Acreditación Hospitalaria. Lima (Perú). 1998.
60. STONER A, FREEMAN E, GILBERT Jr. D. Administración. 6ta ed. México: Prentice-Hall Hispanoamericana; 1996. p. 365.
61. SEGURO SOCIAL DE SALUD. Población adscrita por Centro Asistencial. Gerencia Departamental de Lima. Lima (Perú). 2004.
62. BANCO MUNDIAL. Informe sobre el Desarrollo Mundial: Invertir en Salud. Washington; 1993. p. 138–139.
63. LENGUA C, GARCIA H. Niveles y perfiles de complejidad de los establecimientos del IPSS en Lima Metropolitana. Rev Méd IPSS 1998; 7(1): 35-46.
64. SIMEANT S. Capacidad Resolutiva de la Demanda de Atención de Morbilidad a Nivel Primario. Chile. 1981. Bol de la Oficina Sanitaria Panamericana 1994; 97(2):125–140.
65. INVERSIÓN EN HOSPITALES.: dilemas afrontados por los Ministros. Mesa Redonda de la 52ª Asamblea Mundial de la Salud; 1999 Mayo 3; Washington.
66. VÁZQUEZ J. El Futuro de la Hospitalización Pediátrica: estructura y función de los hospitales. 2000. Congreso de la Asociación Española de Pediatría. Disponible en URL: www.comtf.es/pediatria/congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/J_Vazques_Estevez.htm

67. ASENJO MA. Las Claves de la Gestión Hospitalaria. 1ra ed. Barcelona: Editorial Gestión 2000. 1999.
68. GRUPO DE CONSENSO DE PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA. La Calidad da la Asistencia Pediátrica de Atención Primaria en los Sistemas Sanitarios Públicos Españoles. 2001. Disponible en URL: www.cesm.org/nueva/madrid/documentos
69. SOCIEDAD PEDIATRICA DE ATENCION PRIMARIA DE EXTREMADURA. La Calidad de la Asistencia Pediátrica de Atención Primaria en los Sistemas Sanitarios Públicos Españoles. 2001. Disponible en URL: www.spapex.org/spapex/calidadasistenciapedi.htm
70. ASOCIACION ESPAÑOLA DE PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA. Propuestas de Mínimos Exigibles para la Organización de una Consulta de Calidad en Pediatría de Atención Primaria. 2003. Disponible en URL: www.aepap.org/profesional/calidad.pdf
71. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA RURAL Y GENERALISTA, SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA, ASOCIACION PROFESIONAL MEDICA DE MADRID, ASOSIACION MADRILEÑA DE PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRIA EXTRAHOSPITALARIA Y DE ATENCION PRIMARIA. Necesidad de Médicos de Familia y Pediatras en la Atención Primaria en la Comunidad de Madrid. 2003. Disponible en URL: www.smmfyc.es/documentos/necesidadesdemedicodefamilia.pdf
72. SOCIEDAD PEDIATRICA DE ATENCION PRIMARIA DE ANDALUCIA. El Ejercicio Profesional de la Pediatría: Problemas Profesionales del Pediatra de APS en Andalucía. 2003. Disponible en URL: www.pediatrasandalucia.org/docs/PonenciaResumen.pdf

73. MONTEIRO CASTRO S, TRAVASSOS C, SÁ CARVALHO M. Efeito da Oferta de Serviços de Saúde no Uso de Internações Hospitalares no Brasil. Rev Saúde Pública 2005; 39(2):277-284.
74. CARVALHO M, d'ORSI E, PRATES E, TOSHI W, SHIRAIWA T, CAMPOS T, et al. Demanda Ambulatorial em Três Serviços da Rede Pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Púb 1994;10(1):17-29.
75. LENGUA C, GARCIA H. Análisis de la Demanda de Servicios de Salud en los Centros Asistenciales del IPSS de Lima Metropolitana. Rev Med IPSS 1998; 7(2):27-38.
76. MARRACINO C, ABADIE JP, VERA M. Indicadores para Monitoreo de Sistemas de Atención de la Salud. Disponible en URL: www.afcas.org.ar/documentos/Marracino
77. FERRER JC. La Demanda por Servicios de Salud. Separata Curso: Formulación y Evaluación de Proyectos de Salud. Maestría en Economía con mención en Economía y Gestión de la Salud. Unidad de Post-grado. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional Mayor de san Marcos. Lima (Perú). 1998.
78. HERRERA M, GRACIA R, SANTANA C, JIMÉNEZ A, AYALA J, CUADRADO P. Demanda Asistencial Neuropediátrica en un Hospital General. An Esp Pediatr 2000; 53(2):106-111.
79. TOMAS M, GISBERT J, PEÑALVER O. Actividad Asistencial Neuropediátrica en los Hospitales Españoles: la oferta y la demanda. An Pediatr 2003; 58(4): 322-326.
80. UNGLERT CV de S. O Enfoque da Acessibilidade no Planejamento da Localização e Dimensão de Serviços de Saúde. Rev. Saúde Púb. 1990; 24(5) :445-452.

81. LAMATA F, CONDE J, MARTINEZ B, HORNO M. Marketing Sanitario. 1RA ED. Barcelona: Ed. Diaz de Santos. 1994.
82. PINTO J. El Marketing en las Empresas Privadas de Salud. Rev. de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Segunda Época. 1998 Abr; 3(7):99–111.
83. DIAZ JL, ARCE FP. El Papel del Servicio Médico. En: Temes JL, Pastor y Adeguer V, Díaz J. Manual de Gestión Hospitalaria. 2da ed. Madrid: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1997. p. 61–86.
84. DUFF RS, COOK CD, MARGOLIS ZC, LATTANZI WE, LANDWIRTH J. A review of pediatric inpatient care. Am J Dis Child. 1975; 129(12):1422.
85. BIANCO A, PILEGGI C, TRANI F, ANGELILLO IF. Appropriateness of admissions and days of stay pediatric wards of Italy. Pediatrics 2003; 112(1 Pt 1):124-128.
86. CHABRA A, CHAVEZ GF. A comparison of long pediatric hospitalizations in 1985 and 1994. J Community Health 2000; 25(3):199-210.
87. PASLEY BH, LAGOE RJ, MARSHALL NO. Excess acute care bed capacity and its causes: the experience of New York State. Health Serve Rees 1995; 30(1):115-131.
88. SRIVASTAVA R, HOMER CJ. Length of stay for common pediatric conditions: teaching versus nonteaching hospitals. Pediatrics 2003; 112(2):278-281.
89. GARCIA H, CIEZA J, ALVARADO B. Los Costos de las Altas Médicas no efectivizadas en un Hospital de Lima, años 2001 y 2002. Rev Peru Exp Salud Pública 2003; 20(2):97-101.

90. FERRARI AM, PICON T, MAGNIFICO G, MASCARO M. Hospitalización Pediátrica. Estudio de la población asistida. Clínica Pediátrica "A" 1991-1996. Centro Hospitalario Pereira-Rossell. Uruguay. Disponible en URL: www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/1997v2/ferrari.htm
91. GARCIA H, CORNEJO J. Análisis del Gasto en ESSALUD según Tipo de Intervenciones Quirúrgicas y Niveles de Atención. Cienc. y Tecnol 1999; 9(3): 48-54.
92. ARUL GS, SPICER RD. Where should paediatric surgery be performed?. Arch Dis Child 1998 Jul; 79: 65-72.
93. HERMOZA M, CABELLO C. Cirugía Ambulatoria en Pediatría. Rev. Médica IPSS 1995; 4(3):15-19.
94. POSTUMA R, FERGUNSON CC, STANWICK RS, HORNE JM. Pediatric day-care surgery: A 30-year hospital experience. J Pediatr Surg 1987; 22(4):304.
95. BACHMANN DE SANTOS M. Cirugía Pediátrica Ambulatoria en un Hospital General. Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata (Argentina). Disponible en URL: www.hpc.org.ar/pdf/cronica3.pdf
96. FERNANDEZ B, MARQUEZ C, FONTÁN IM. Caracterización de la Cirugía Mayor Ambulatoria en un Hospital General Básico. Rev Esp Salud Pública 1999; 73(1):71-80.
97. DE DIEGO EM, FERNANDEZ J, SUAREZ C, TRUGEDA MS, SANDOVAL F. Cirugía Mayor Ambulatoria en Pediatría. Bol. Pediatr 2001; 41:83-90.
98. PIERÓ S, SEMPERE T, OTERINO D. Efectividad de las Intervenciones para Reducir la Utilización Inapropiada de los Servicios Hospitalarios de Urgencias. Revisando la Literatura 10 años después del Informe del

Defensor del Pueblo. Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Valencia. España.

Disponible en URL: www.aes.es/Publicaciones/op_informetecnicovoro.PDF

99. MARCO MT, RODRIGUEZ M, GOBIERNO J, GONZALEZ T, CABRERA A, PÉREZ E. [Accessibility to hospital pediatrics emergencias: distance and diagnostic resources]. *Aten Primaria* 1994; 14(7):873-876. PMID: 7986994 [PubMed – indexed for MEDLINE].
100. JIMÉNEZ C, ALAMINOS M, RUIZ AM, MORALES JL. [Demand of emergency pediatric surgery. Study of inappropriate utilization]. *Cir Pediatr* 2000; 13(2):64-68. PMID: 12602005 [PubMed – indexed for MEDLINE].
101. FERNANDEZ G, MARTIN G. [Pediatric emergencies attended data a primary care clinic (II): Epidemiological study]. *Aten Primaria* 2000; 26(2):81-85. PMID: 10927823 [PubMed – indexed for MEDLINE].
102. LAPENA S, REGUERO S, GARCIA M, GUTIERREZ M, ABDALLAH I, GONZÁLEZ H. [An epidemiological study of pediatric emergencies in a general hospital. The factors involved in inappropriate demand]. *An Esp Pediatr* 1996; 44(2):121-125. PMID 8830569 [PubMed – indexed for MEDLINE].
103. IGUAL R, CASTRO E, ALONSO I, TERRADAS M, de FRUTOS E, CEBRIÁ J. Hiperfrecuentación en las Consultas: ¿hay relación con la personalidad de la madre? 2003; *An Esp Pediatr* 58:29-33.
104. MARTÍN G, CÁCERES JJ. Un Método de obtención del Patrón Estacional de frecuentación de un Servicio de Urgencias Hospitalario. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79:5-15.
105. FLEURY S. El Desafío de la Gestión de las Redes de Políticas. *Rev. Instituciones y Desarrollo* 2002; 12–13:223-249.

106. IBAÑEZ M., G. : Continuidad Asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas. Medicina de Familia (And) 2003; 4(1):58-66. 2003.
107. COMITÉ DE REFERENCIA/CONTRARREFERENCIA PEDIÁTRICA. Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de la Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbana del Estado de México. México. 2002. Disponible en URL: www.salud.gov.mx/unidades/dgces/doctosFuente/Lineamientos_referencia_y_contrarreferencia.pdf
108. CASADO V. La Salud y el Médico de Familia en la Europa del Siglo XXI. Centro de Salud 2001 Ene; 18–24.
109. STARFIELD B. Is Primary Care Essential?. The Lancet 1994; 334:1129.
110. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. 2005 Jul 12.
111. MORENO, E.M. : El Pediatra del Siglo XXI. Arch argent pediatr 2001; 99(1): 62-67.
112. MACHADO MH, PEREIRA S. Los Recursos Humanos y el Sistema de Salud en Brasil. Gac Sanit 2002; 16(1):89-93.
113. PAGANINI JM. Las Estrategias para la Calidad y Eficiencia en Salud. Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud. Facultad de Ciencias Médicas. La Plata. Argentina. Disponible en URL: www.atlas.med.unlp.edu.ar/centroinus/documentacion/estrategias.doc
114. ÁLVAREZ G, GAMARRA A. Calidad de la Atención Médica Hospitalaria. Un reto a la excelencia. Rev Médica IPSS 1998; 7(3/4): 64-71.

115.ÁLVAREZ G, GAMARRA A. Reflexión ante el Programa de Garantía de la Calidad de la Atención Médica. Rev Médica IPSS 1998; 7(3/4):90-96.

116.MONTELONGO G. Análisis de la Producción de Egresos en la Gerencia Departamental de Lima de ESSALUD. Cienc y tecnol 1999; 8(1-2):98-102.

LEGISLACIÓN Y NORMATIVIDAD

- A. Régimen Nacional de Prestaciones de Salud de 1979, Decreto Ley 22482 (Mar. 27, 1979).
- B. Reglamento del Decreto Ley de Régimen Nacional de Prestaciones de Salud de 1980, Decreto Supremo 08-80-TR (Abr. 30, 1980).
- C. Constitución Política del Perú, 1993.
- D. Ley General de Salud de 1997, Ley 26842 (Jul. 15, 1997).
- E. Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud de 1997, Ley 26790 (May. 15, 1997).
- F. Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud de 1997, Decreto Supremo 009-97-SA (Sep. 8; 1997).
- G. Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) de 1999, Ley 27056 (Ene. 29; 1999).

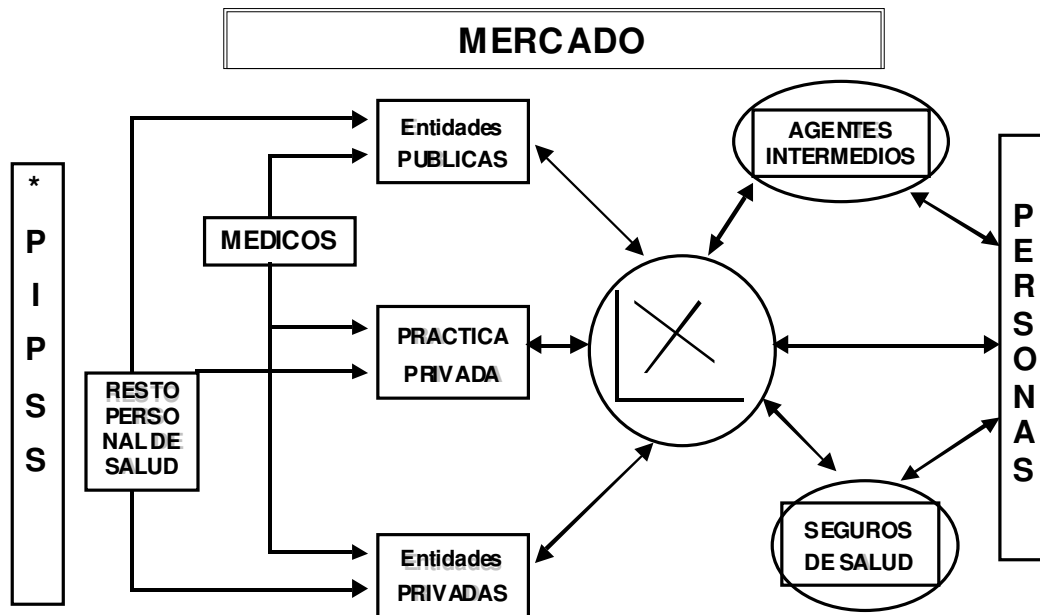
- H. Reglamento de la Ley de Creación del Seguro Social de Salud de 1999, Decreto Supremo 002-99-TR (Abr. 26; 1999).
- I. Ley del Ministerio de Salud del 2002, Ley 27657 (Ene. 28; 2002).
- J. Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud (SIS) del 2002, Decreto Supremo 009-2002-SA (Ago. 17; 2002).
- K. Normas para la Programación de Actividades Médicas en EsSalud (Directiva N° =17-GG-EsSalud-2000) del 2000, Resolución Gerencia General 1056-GG-EsSalud 2000 (Dic. 21; 2000).
- L. Normas de Programación de Servicios de Salud Recuperativos y Preventivo Promocionales para el Ejercicio 1999 (Directiva N° 001-GCS-IPSS-98) de 1998, Resolución Gerencia Central Salud 027-GCS-IPSS-98 (Sep. 25; 1998).
- M. Programación de Servicios de Salud de 1999, Directiva 003-GCS-EsSalud-99 (Nov.; 1999).
- N. Directiva de Formulación de Servicios de Salud y Programación de Metas en Centros Asistenciales de EsSalud (Directiva N° 001-GCS-EsSalud-2001) del 2001, Carta Circular 009-GCS-EsSalud-2001 (Ene. 10; 2001).
- O. Normas para el Proceso de Referencia y Contrarreferencia de EsSalud (Directiva N° 011-GG-ESSALUD-2000) del 2000, Resolución de Gerencia General 961-GG-EsSalud-2000 (Nov. 20; 2000).
- P. Creación de la Red Asistencial Rebagliati, Red Asistencial Almenara y Red Asistencial Sabogal del 2003, Resolución de Presidencia Ejecutiva 941-PE-EsSalud-2003 (Nov. 25; 2003).

ANEXOS

GRÁFICAS

GRAFICO Nº 1

MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD



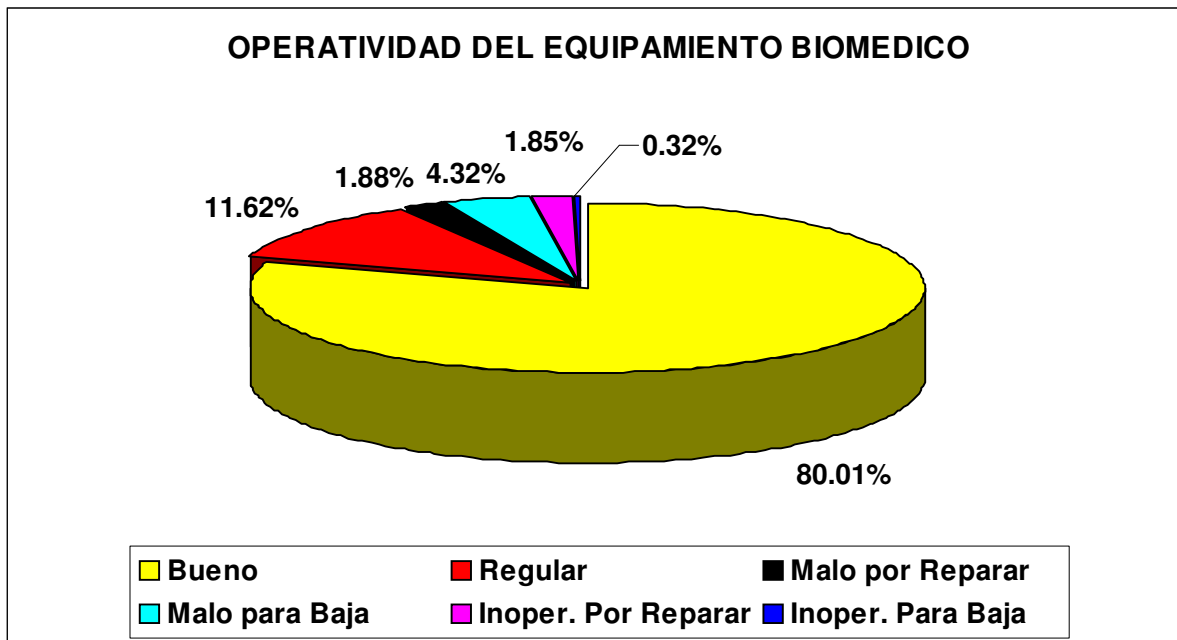
* Personas e Instituciones prestadoras de Servicios de Salud.

Elaboración: Miranda, E.

Fuente: Miranda E. Sistemas de Salud en el Mundo. Un marco conceptual para el análisis. En: Miranda R E editor. La Salud en Chile. Evolución y perspectivas. Santiago de Chile: Centro de Estudios Públicos; 1994. p. 115.

GRÁFICO Nº 2

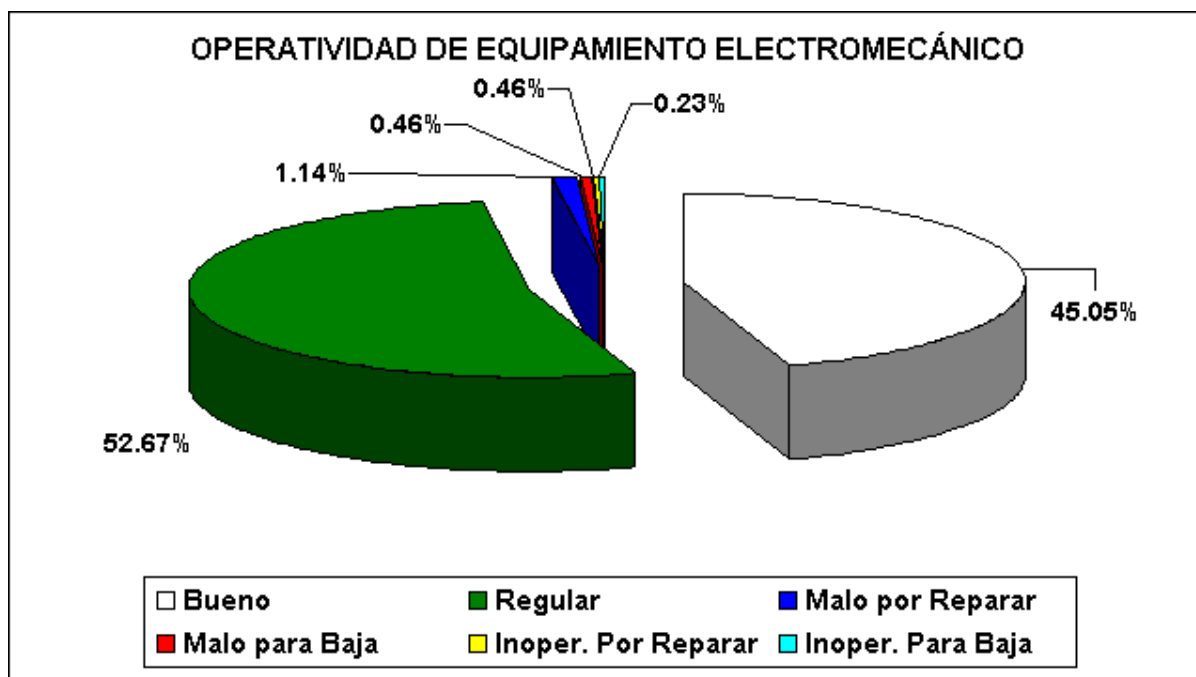
EQUIPAMIENTO BIOMÉDICO HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD



FUENTE: Plan Director 2002-2006 "Rebagliati: Nueva Era".

GRÁFICO Nº 3

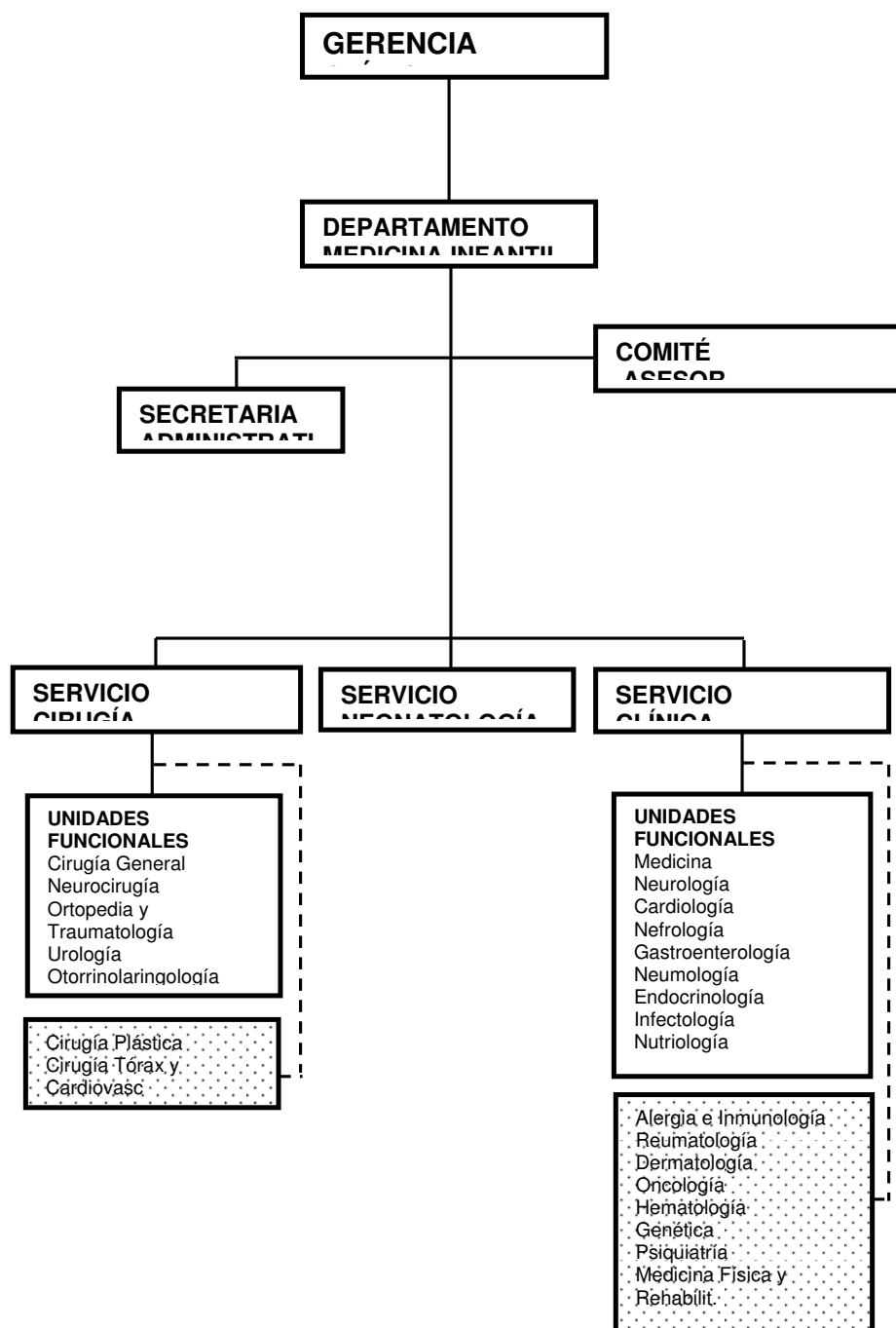
EQUIPAMIENTO ELECTROMECAÁNICO
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD



FUENTE: Plan Director 2002-2006 "Rebagliati: Nueva Era".

GRAFICO Nº 4

DEPARTAMENTO DE MEDICINA INFANTIL
 ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL
 HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD



FUENTE: Jefatura de Departamento de Medicina Infantil del HN "ERM" ESSALUD.
 ELABORACIÓN: Propia.


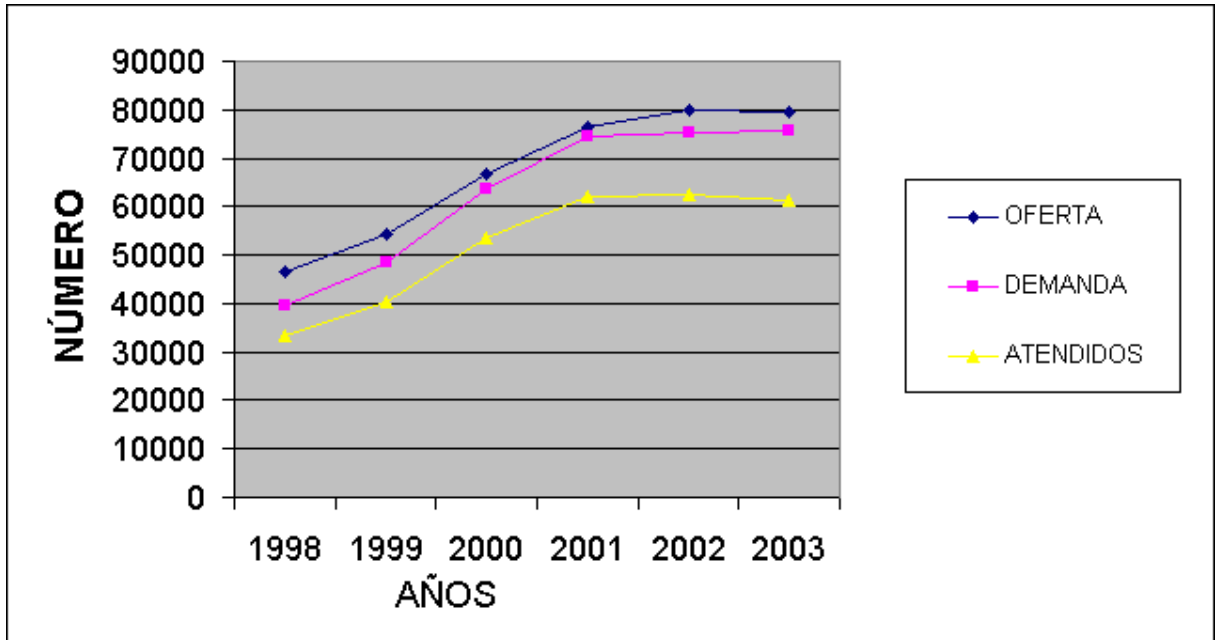
LEYENDA:  No pertenecen a los Servicios.

GRÁFICO Nº 5

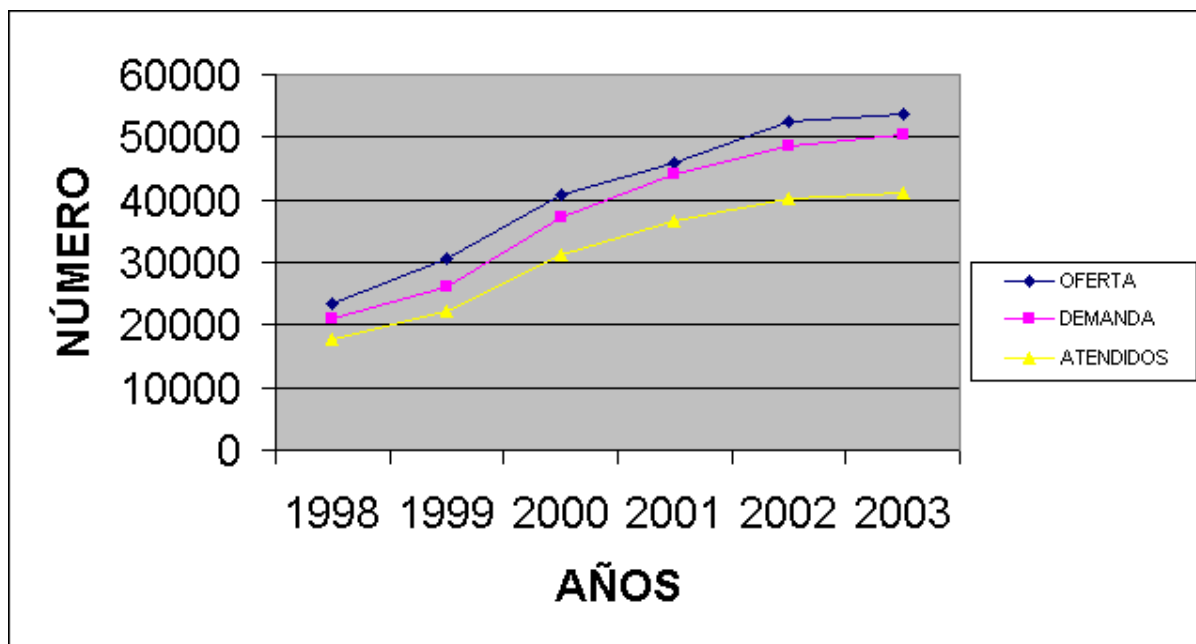
RELACIÓN OFERTA Y DEMANDA EN CONSULTA EXTERNA
SERVICIOS DE CLÍNICA Y CIRUGÍA PEDIÁTRICOS
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD



FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD
ELABORACIÓN: Propia.

GRÁFICO Nº 6

RELACIÓN OFERTA Y DEMANDA EN CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD



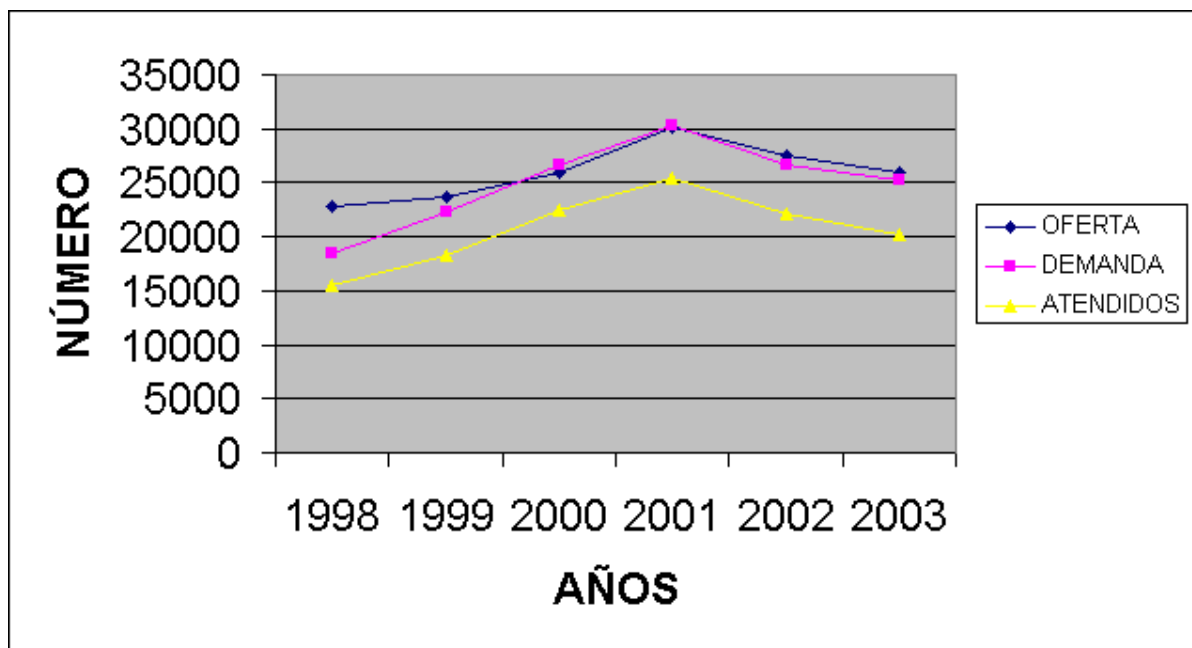
FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
OFERTA	23541	30588	40943	46041	52532	53634
DEMANDA	21034	26173	37155	44115	48648	50270
ATENDIDOS	17808	22062	31196	36744	40244	41049

GRÁFICO Nº 7

RELACIÓN OFERTA Y DEMANDA EN CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD



FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
OFERTA	22860	23646	25940	30209	27441	25972
DEMANDA	18467	22342	26580	30244	26683	25259
ATENDIDOS	15545	18286	22382	25360	22188	20128

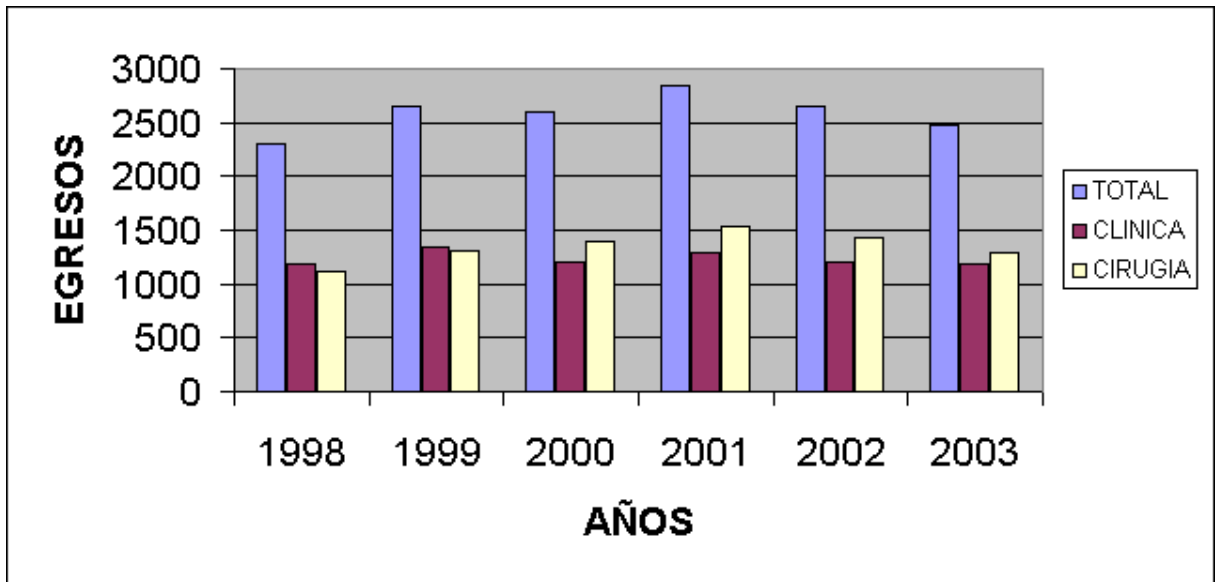
Δ
 % :
 Porcentaje
 de variación.
 LEYENDA:

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

GRÁFICO Nº 8

**EGRESOS HOSPITALARIOS
SERVICIOS DE CLÍNICA Y CIRUGÍA PEDIÁTRICOS
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**



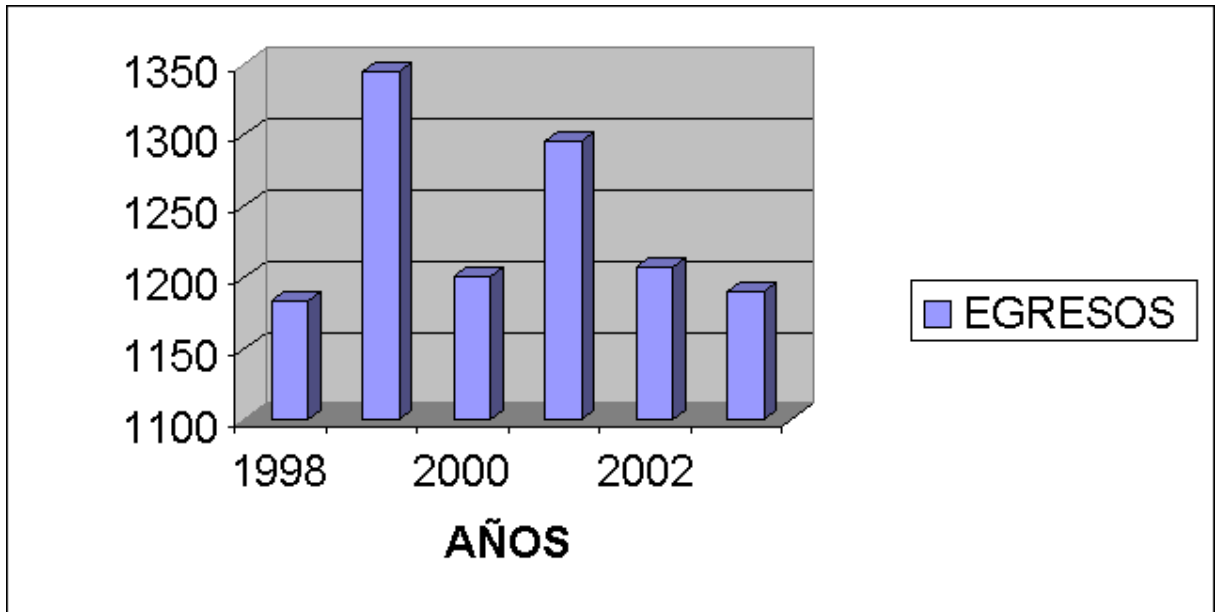
FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	2299	2652	2601	2839	2643	2483
CLINICA	1183	1345	1200	1296	1207	1190
CIRUGIA	1116	1307	1401	1543	1436	1293

GRÁFICO Nº 9

**EGRESOS HOSPITALARIOS
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**



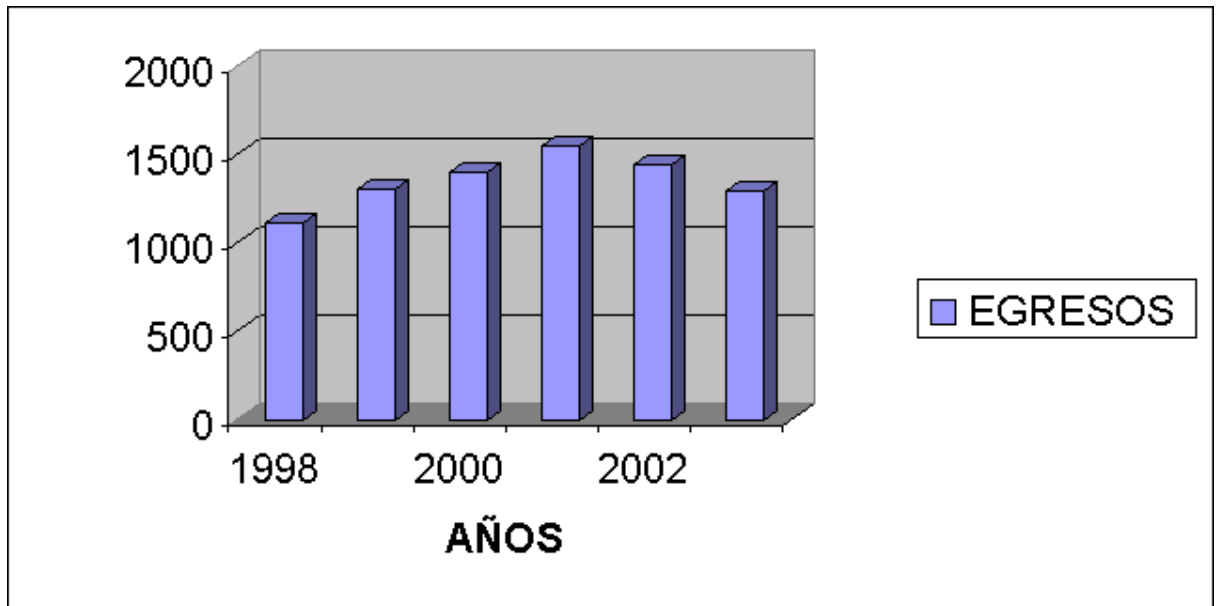
FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
EGRESOS	1183	1345	1200	1296	1207	1190

GRÁFICO Nº 10

**EGRESOS HOSPITALARIOS
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

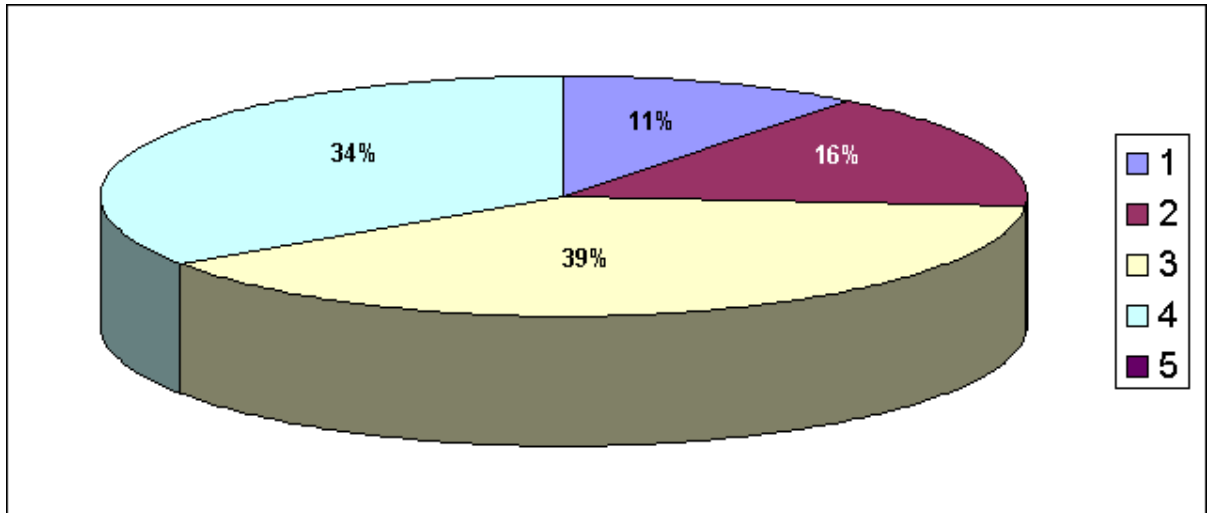


FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD
ELABORACIÓN: Propia.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
EGRESOS	1116	1307	1401	1543	1436	1293

GRÁFICO Nº 11

**FRECUENCIA DE TIPOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

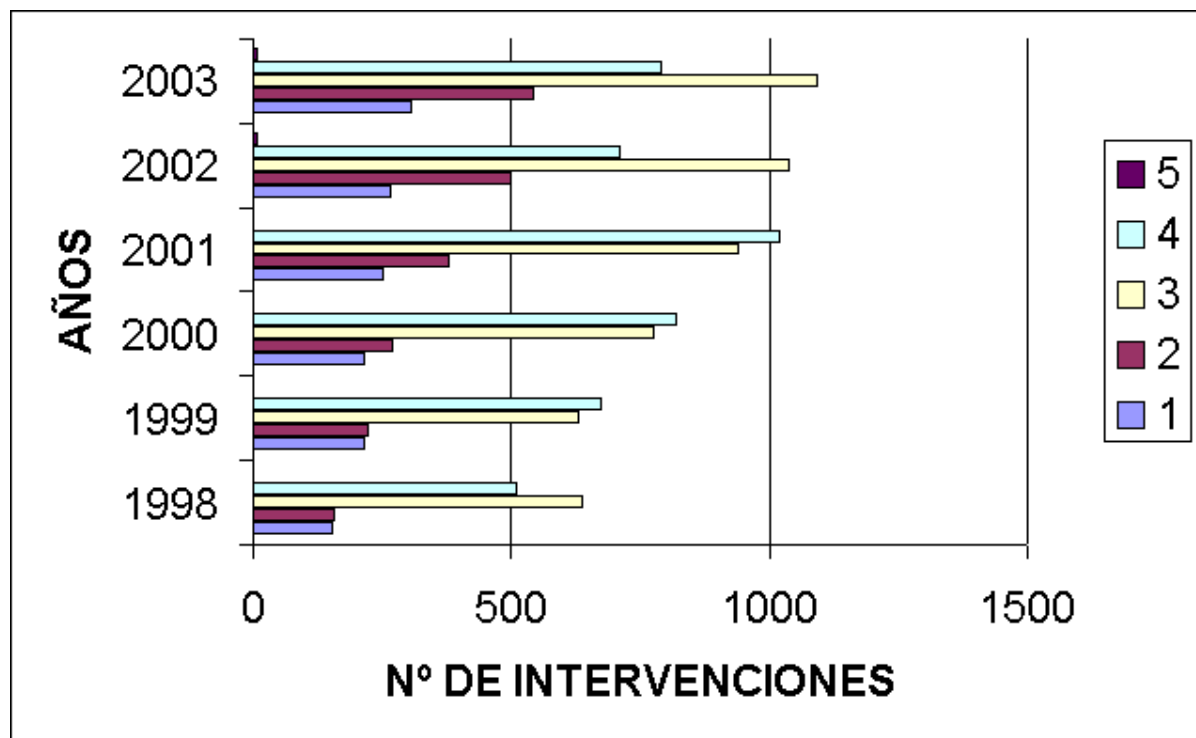


LEYENDA: (1). Cirugía especializada altamente compleja.
(2). Cirugía especializada medianamente compleja.
(3). Cirugía mayor.
(4). Cirugía menor.
(5). Cirugía menor de bajo rendimiento.

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD
ELABORACIÓN: Propia.

GRÁFICO N° 12

BARRAS DE FRECUENCIAS DE TIPOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD



LEYENDA: (1). Cirugía especializada altamente compleja.
(2). Cirugía especializada medianamente compleja.
(3). Cirugía mayor.
(4). Cirugía menor.
(5). Cirugía menor de bajo rendimiento.

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD
ELABORACIÓN: Propia.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1	154	213	213	251	265	305
2	157	223	270	379	498	542
3	637	631	776	941	1039	1093
4	508	673	820	1018	710	789
5					9	6

Tablas

TABLA Nº 1

**RELACIÓN ENTRE LA OFERTA Y LA DEMANDA DE CITAS EN CONSULTA EXTERNA
SERVICIOS DE CLÍNICA Y CIRUGÍA PEDIÁTRICOS
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998		1999	△ %	2000	△ %	2001	△ %	2002	△ %	2003	△ %
OFERTA	46401		54234	16.9	66883	23.3	76250	14.0	79975	4.9	79611	-0.5
DEMANDA	39501		48515	22.8	63735	31.4	74359	16.7	75331	1.3	75529	0.3
ATENDIDOS	33353		40348	20.9	53578	32.8	62104	15.9	62432	0.5	61177	-2.01

△
% :
Porcentaje
de variación
respecto al
año anterior.






LEYENDA:


FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 2

**RELACIÓN ENTRE LA OFERTA Y LA DEMANDA DE CITAS EN CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999		2000		2001		2002		2003	
			%		%		%		%		%
OFERTA	23541	30588	29.9	40943	33.9	46041	12.5	52532	14.1	53634	2.1
DEMANDA	21034	26173	24.4	37155	41.9	44115	18.7	48648	10.3	50270	3.3
ATENDIDOS	17808	22062	23.9	31196	41.4	36744	17.8	40244	9.5	41049	2,0


% :
Porcentaje
de variación
respecto al
año anterior.

LEYENDA:

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 3

**CONSOLIDADO CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD.**

ESPECIALIDAD	1998	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL	%
MEDICINA		1079	2798	4144	4055	4004	16080	8.5
NEUROLOGÍA	3137	3889	5198	5399	5748	5255	28626	15.1
CARDIOLOGÍA	2045	2353	2311	1923	2277	3040	13949	7.4
NEFROLOGÍA	1655	1640	1979	2394	2243	2302	12213	6.5
GASTROENTEROLOGÍA	981	1236	1497	1351	1624	1527	8216	4.3
NEUMOLOGÍA	761	980	1238	1248	1776	2283	8286	4.4
ENDOCRINOLOGÍA	1054	1083	1850	2675	3821	3960	14443	7.6
INFECTOLOGÍA	853	1110	808	814	828	889	5302	2.8
NUTRICIÓN	349	393	228	229	543	454	2196	1.2
HEMATOLOGÍA			1718	2447	2534	2376	9075	4.8
ONCOLOGÍA	506	668	1001	1244	1213	1868	6500	3.4
ALERGIA	2458	2489	4353	5219	6022	4678	25219	13.3
DERMATOLOGÍA	929	1069	1491	1927	1836	2227	9479	5.0
REUMATOLOGÍA		134	315	458	416	420	1743	0.9
GENÉTICA	411	462	697	595	573	534	3272	1.7
PSIQUIATRÍA	601	627	805	830	816	1159	4838	2.6
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	2068	2850	2909	3847	3919	4082	19675	10.4
TOTAL	17808	22062	31196	36744	40244	41058	189112	100.0

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 4

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE PEDIATRÍA GENERAL
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998*	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS		5	7	8	12	13
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS		8	18	25	32	32
TURNO MAÑANA		8	18	25	31	32
TURNO TARDE		0	0	0	1	0
TURNO NOCHE		0	0	0	0	0
HORAS PROGRAMADAS		332	852	1173	1528	1548
HORAS EFECTIVAS		309.2	809.6	1173.7	1185.7	1177.3
OFERTA DE CITAS		1332	3412	4692	6112	6192
DEMANDA DE CUPOS		1260	3380	4978	4749	4719
% DE USO DE CITAS		94.6	99.1	106.1	77.7	76.2
CONSULTAS REALIZADAS		1079	2798	4144	4055	3995
% DE DESERCIÓN		14.4	17.2	16.7	14.6	15.3
RENDIMIENTO HORA MÉDICO		3.49	3.46	3.53	3.42	3.39
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS		3.25	3.28	3.53	2.65	2.58
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)		727	1629	2560	2214	2194
CONSULTANTES NUEVOS		454	946	1226	937	990
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)		1.48	1.72	1.45	1.83	1.82
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES		0.62	0.58	0.46	0.42	0.45

LEYENDA: * No atendió.

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 5

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE NEUROLOGÍA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	2	2	3	3	4	4
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	18	22	30	33	34	34
TURNO MAÑANA	8	7	1	6	2	2
TURNO TARDE	10	14	23	22	24	30
TURNO NOCHE	0	1	6	5	8	2
HORAS PROGRAMADAS	838	1080	1443	1584	1668	1576
HORAS EFECTIVAS	809.7	1055.0	1420.4	1602.0	1695.2	1583.5
OFERTA DE CITAS	3360	4320	5774	6085	6532	6304
DEMANDA DE CUPOS	3842	4732	6350	6638	7123	6780
% USO DE CITAS	114.4	109.5	110.0	109.1	109.1	107.6
CONSULTAS REALIZADAS	3137	3889	5198	5399	5748	5255
% DE DESERCIÓN	18.9	17.8	18.1	18.7	19.3	22.5
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	3.87	3.69	3.66	3.37	3.39	3.32
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	3.74	3.60	3.60	3.41	3.45	3.33
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	922	1668	2033	2757	2739	2633
CONSULTANTES NUEVOS	463	844	1037	1269	1157	964
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	3.41	2.33	2.56	1.96	2.10	2,0
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.50	0.51	0.51	0.46	0.42	0.37

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 6

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE CARDIOLOGÍA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	2	1	1	1	2	2
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	16	18	18	19	23	20
TURNO MAÑANA	10	16	16	17	13	20
TURNO TARDE	0	2	2	1	6	0
TURNO NOCHE	6	0	0	1	4	0
HORAS PROGRAMADAS	732	832	840	772	804	940
HORAS EFECTIVAS	713.1	668.2	665.4	584.4	646.4	855.3
OFERTA DE CITAS	2232	3232	3360	3088	3216	3760
DEMANDA DE CUPOS	2324	2716	2772	2393	2673	3479
% USO DE CITAS	104.1	84.0	82.5	77.45	83.1	92.5
CONSULTAS REALIZADAS	2045	2353	2311	1923	2277	3040
% DE DESERCIÓN	12.0	13.4	16.6	19.6	14.8	12.6
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	2.87	3.52	3.47	3.29	3.52	3.55
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	2.79	2.83	2.75	2.49	2.83	3.24
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	257	1198	1140	1018	1128	1421
CONSULTANTES NUEVOS	162	684	679	514	718	827
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	7.96	1.96	2.03	1.89	2.02	2.14
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.63	0.57	0.60	0.50	0.64	0.58

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 7

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE NEFROLOGÍA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	1	1	2	2	2	2
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	13	11	14	19	19	17
TURNO MAÑANA	13	11	10	12	5	15
TURNO TARDE	0	0	0	0	0	0
TURNO NOCHE	0	0	4	7	14	2
HORAS PROGRAMADAS	554	544	648	904	928	836
HORAS EFECTIVAS	450.4	423.2	518.2	672.8	617.5	628.8
OFERTA DE CITAS	2224	2176	2592	3616	3712	3344
DEMANDA DE CUPOS	1778	1842	2186	2682	2547	2605
% USO DE CITAS	80.0	84.7	84.3	74.2	68.6	77.9
CONSULTAS REALIZADAS	1655	1640	1979	2394	2243	2302
% DE DESERCIÓN	5.9	11.0	9.5	10.7	11.9	11.6
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	3.67	3.87	3.82	3.56	3.63	3.66
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	2.99	3.01	3.05	2.65	2.42	2.75
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	276	377	458	519	480	515
CONSULTANTES NUEVOS	109	179	172	228	180	195
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	6.00	4.35	4.32	4.61	4.67	4.47
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.39	0.47	0.36	0.44	0.38	0.38

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 8

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	2	2	2	2	2	2
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	8	7	9	7	8	8
TURNO MAÑANA	0	0	1	5	8	8
TURNO TARDE	7	7	8	2	0	0
TURNO NOCHE	1	0	0	0	0	0
HORAS PROGRAMADAS	372	348	400	356	396	396
HORAS EFECTIVAS	273.3	325.5	382.4	351.0	402.6	391.1
OFERTA DE CITAS	1494	1392	1618	1440	1584	1584
DEMANDA DE CUPOS	1095	1359	1639	1543	1822	1687
% USO DE CITAS	73.3	97.6	101.3	107.2	115.0	106.5
CONSULTAS REALIZADAS	981	1236	1497	1351	1624	1527
% DE DESERCIÓN	10.4	9.1	8.7	12.4	10.9	9.5
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	3.59	3.80	3.91	3.85	4.03	3.90
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	2.64	3.55	3.74	3.79	4.10	3.86
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	224	465	533	541	619	722
CONSULTANTES NUEVOS	117	258	268	201	283	259
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	4.43	2.66	2.81	2.50	2.62	2.11
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.52	0.55	0.50	0.37	0.46	0.36

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 9

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE NEUMOLOGÍA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	3	2	2	2	3	3
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	14	6	8	7	14	16
TURNO MAÑANA	10	2	4	1	3	8
TURNO TARDE	4	4	4	6	11	8
TURNO NOCHE	0	0	0	0	0	0
HORAS PROGRAMADAS	640	304	352	344	668	748
HORAS EFECTIVAS	276.8	252.5	333.5	342.5	488.8	670.1
OFERTA DE CITAS	2560	1216	1408	1376	2672	2992
DEMANDA DE CUPOS	887	1110	1431	1446	2023	2792
% USO DE CITAS	34.7	91.3	101.6	105.1	75.7	93.3
CONSULTAS REALIZADAS	761	980	1238	1248	1776	2283
% DE DESERCIÓN	14.2	11.7	13.5	13.7	12.2	18.2
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	2.75	3.88	3.71	3.64	3.63	3.41
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	1.20	3.22	3.52	3.63	2.66	3.05
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	238	447	443	440	515	599
CONSULTANTES NUEVOS	132	273	189	154	200	173
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	3.78	2.19	2.79	2.84	3.45	3.81
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.55	0.61	0.43	0.35	0.39	0.29

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 10

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	1	1	2	3	4	4
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	8	7	10	14	23	24
TURNO MAÑANA	4	4	7	10	17	20
TURNO TARDE	3	1	3	4	6	3
TURNO NOCHE	1	2	0	0	0	1
HORAS PROGRAMADAS	372	352	504	672	1096	1127
HORAS EFECTIVAS	297.1	306.1	499.8	668.1	997.9	1105.3
OFERTA DE CITAS	1496	1408	2018	2934	4385	4511
DEMANDA DE CUPOS	1229	1384	2219	3148	4440	4721
% USO DE CITAS	82.2	98.30	110.0	107.3	101.3	104.7
CONSULTAS REALIZADAS	1054	1083	1850	2675	3821	3960
% DE DESERCIÓN	14.2	21.8	16.6	15.0	13.9	16.1
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	3.55	3.54	3.70	4.00	3.83	3.52
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	2.83	3.08	3.67	3.98	3.49	3.51
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	183	428	682	935	1145	1290
CONSULTANTES NUEVOS	92	259	390	405	491	431
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	5.79	2.53	2.71	2.86	3.34	3.07
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.78	0.61	0.57	0.43	0.43	0.33

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 11

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE INFECTOLOGÍA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	1	2	2	2	2	2
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	7	8	7	8	7	8
TURNO MAÑANA	5	6	4	7	7	8
TURNO TARDE	2	2	3	1	0	0
TURNO NOCHE	0	0	0	0	0	0
HORAS PROGRAMADAS	324	380	324	355	352	396
HORAS EFECTIVAS	273.1	338.6	240.8	254.4	252.0	266.7
OFERTA DE CITAS	1296	1520	1310	1420	1408	1583
DEMANDA DE CUPOS	1122	1443	996	1017	1042	1081
% USO DE CITAS	86.6	94.9	76.0	71.6	74.0	68.2
CONSULTAS REALIZADAS	853	1110	808	814	828	889
% DE DESERCIÓN	23.9	23.1	18.9	19.9	20.5	17.2
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	3.12	3.28	3.36	3.20	3.29	3.33
CONSULTAS PROGRAMADAS	2.63	2.92	2.49	2.29	2.35	2.24
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	149	519	280	216	228	226
CONSULTANTES NUEVOS	93	283	129	98	114	76
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	5.76	2.14	2.89	3.77	3.63	3.93
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.62	0.55	0.46	0.45	0.50	0.34

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 12

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE NUTRICIÓN
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000*	2001**	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	1	1	1	1	2	2
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	5	4	4	3	5	4
TURNO MAÑANA	5	4	4	3	5	4
TURNO TARDE	0	0	0	0	0	0
TURNO NOCHE	0	0	0	0	0	0
HORAS PROGRAMADAS	206	176	76	104	220	188
HORAS EFECTIVAS	113.3	113.5	74.2	83.5	171.0	145.1
OFERTA DE CITAS	832	704	304	416	880	752
DEMANDA DE CUPOS	388	465	295	321	679	582
% USO DE CITAS	46.6	66.1	97.0	77.2	77.2	77.4
CONSULTAS REALIZADAS	349	393	228	229	543	454
% DE DESERCIÓN	10.1	15.5	22.7	28.7	20.0	22.0
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	3.08	3.46	3.07	2.74	3.18	3.13
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	1.68	2.23	3.00	2.20	2.47	2.41
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	70	272	92	134	202	132
CONSULTANTES NUEVOS	32	150	41	31	59	37
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	4.00	1.44	2.48	1.71	2.69	3.44
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.46	0.55	0.45	0.23	0.29	0.28

LEYENDA: * Sólo atendió los meses de Febrero, Setiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre.

** Sólo atendió los meses de Enero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Agosto, Noviembre y Diciembre.

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 13

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE ONCOLOGÍA MEDICA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	1	1	2	2	2	3
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	4	8	8	8	8	13
TURNO MAÑANA	0	0	0	0	0	4
TURNO TARDE	4	8	8	8	8	9
TURNO NOCHE	0	0	0	0	0	0
HORAS PROGRAMADAS	204	384	392	384	400	600
HORAS EFECTIVAS	141.6	170.1	238.5	288.9	275.2	436.5
OFERTA DE CITAS	1020	1920	1960	1920	2000	3002
DEMANDA DE CUPOS	596	761	1125	1367	1349	2072
% USO DE CITAS	58.4	39.6	57.5	71.2	67.5	69.0
CONSULTAS REALIZADAS	506	668	1001	1244	1213	1868
% DE DESERCIÓN	15.1	12.2	11.1	9.00	10.1	9.9
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	3.57	3.93	4.20	4.31	4.41	4.28
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	2.48	1.74	2.55	3.24	3.03	3.11
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	77	149	199	211	241	290
CONSULTANTES NUEVOS	22	51	85	84	83	102
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	5.81	4.48	5.03	5.90	5.03	6.44
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.29	0.36	0.43	0.40	0.34	0.35

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 14

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE HEMATOLOGÍA MEDICA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998*	1999*	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MEDICOS PROGRAMADOS			2	3	4	4
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS			10	15	17	17
TURNO MAÑANA			9	8	7	8
TURNO TARDE			1	7	9	9
TURNO NOCHE			0	0	1	0
HORAS PROGRAMADAS			438	572	633	627
HORAS EFECTIVAS			431.2	287.7	615.1	611.6
OFERTA DE CITAS			1786	2484	2714	2696
DEMANDA DE CUPOS			1990	2834	2877	2769
% USO DE CITAS			111.4	114.1	106.0	102.7
CONSULTAS REALIZADAS			1718	2447	2534	2376
% DE DESERCIÓN			13.7	13.7	11.9	14.2
RENDIMIENTO HORA MÉDICO			3.98	4.16	4.12	3.88
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS			3.92	4.28	4.00	3.79
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)			327	466	510	542
CONSULTANTES NUEVOS			152	189	177	198
CONCENTRACION (ACUMULADA ANUAL)			5.25	5.25	4.97	4.38
RELACION NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES			0.46	0.41	0.35	0.37

LEYENDA: * No atendió.

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 15

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE ALERGIA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	3	3	4	4	4	4
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	18	15	26	30	33	27
TURNO MAÑANA	12	11	21	19	18	22
TURNO TARDE	6	4	4	4	4	4
TURNO NOCHE	0	0	1	7	11	1
HORAS PROGRAMADAS	840	716	1260	1448	1556	1300
HORAS EFECTIVAS	723.4	687.4	1110.3	1373.0	1487.9	1229.9
OFERTA DE CITAS	3372	2988	5836	6528	7603	5879
DEMANDA DE CUPOS	2978	3014	5264	6308	7733	6067
% USO DE CITAS	88.3	100.9	90.2	96.6	101.7	103.2
CONSULTAS REALIZADAS	2458	2489	4353	5219	6022	4678
% DE DESERCIÓN	17.5	17.4	17.3	17.3	22.1	22.9
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	3.40	3.62	3.92	3.80	4.05	3.80
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	2.93	3.48	3.45	3.60	3.87	3.60
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	506	899	1341	1856	2159	1877
CONSULTANTES NUEVOS	142	353	554	664	631	409
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	4.86	2.77	3.25	2.81	2.79	2.49
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.28	0.39	0.41	0.36	0.29	0.22

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

f

TABLA Nº 16

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE DERMATOLOGÍA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	3	2	2	3	3	3
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	11	8	9	11	11	14
TURNO MAÑANA	11	8	9	11	11	11
TURNO TARDE	0	0	0	0	0	3
TURNO NOCHE	0	0	0	0	0	0
HORAS PROGRAMADAS	496	360	441	508	524	680
HORAS EFECTIVAS	299.5	311.2	424.3	527.6	534.2	674.3
OFERTA DE CITAS	1984	1440	1764	2032	2096	2721
DEMANDA DE CUPOS	1132	1282	1859	2409	2318	2826
% USO DE CITAS	57.1	89.0	105.4	118.6	110.6	103.9
CONSULTAS REALIZADAS	929	1069	1491	1927	1836	2227
% DE DESERCIÓN	17.8	16.6	19.8	20.0	20.8	21.2
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	3.10	3.43	3.51	3.65	3.44	3.30
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	1.87	2.97	3.38	3.79	3.50	3.23
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	159	350	489	721	752	861
CONSULTANTES NUEVOS	76	181	230	307	319	380
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	5.92	3.05	3.05	2.67	2.44	2.59
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.48	0.52	0.47	0.43	0.42	0.44

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 17

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE REUMATOLOGÍA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998*	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS		1	2	2	2	2
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS		4	6	7	7	6
TURNO MAÑANA		1	0	0	0	0
TURNO TARDE		3	6	7	7	6
TURNO NOCHE		0	0	0	0	0
HORAS PROGRAMADAS		84	136	168	168	150
HORAS EFECTIVAS		43.6	90.0	136.9	130.4	120.0
OFERTA DE CITAS		336	544	672	672	600
DEMANDA DE CUPOS		165	374	550	535	531
% USO DE CITAS		49.1	68.8	81.9	79.6	88.5
CONSULTAS REALIZADAS		134	315	458	416	420
% DE DESERCIÓN		18.8	15.8	16.7	22.2	20.9
RENDIMIENTO HORA MÉDICO		3.07	3.50	3.35	3.19	3.50
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS		1.60	2.32	2.73	2.48	2.80
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)		44	87	124	123	147
CONSULTANTES NUEVOS		25	48	43	38	46
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)		3.05	3.62	3.69	3.38	2.86
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES		0.57	0.55	0.35	0.31	0.31

LEYENDA: * No atendió.

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 18

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE GENÉTICA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	1	2	2	1	1	1
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	8	10	13	10	9	8
TURNO MAÑANA	8	10	13	10	9	8
TURNO TARDE	0	0	0	0	0	0
TURNO NOCHE	0	0	0	0	0	0
HORAS PROGRAMADAS	200	246	298	244	204	198
HORAS EFECTIVAS	166.8	118.4	206.2	215.4	211.8	202.7
OFERTA DE CITAS	600	1308	1192	810	620	594
DEMANDA DE CUPOS	493	573	811	716	718	720
% USO DE CITAS	82.2	43.8	68.0	88.4	115.8	121.2
CONSULTAS REALIZADAS	411	462	697	595	573	543
% DE DESERCIÓN	16.6	19.4	14.1	16.9	20.2	25.8
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	2.46	3.90	3.38	2.76	2.71	2.64
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	2.06	1.88	2.34	2.44	2.81	2.74
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	105	298	388	356	371	374
CONSULTANTES NUEVOS	73	205	266	252	216	185
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	3.96	1.55	1.80	1.67	1.54	1.43
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.70	0.69	0.67	0.71	0.58	0.49

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 19

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE PSIQUIATRÍA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	1	1	1	1	1	2
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	9	7	8	8	8	11
TURNO MAÑANA	9	7	8	8	8	8
TURNO TARDE	0	0	0	0	0	3
TURNO NOCHE	0	0	0	0	0	0
HORAS PROGRAMADAS	420	340	360	364	384	536
HORAS EFECTIVAS	238.0	207.6	254.8	265.6	271.1	381.2
OFERTA DE CITAS	1680	1360	1440	1456	1512	2144
DEMANDA DE CUPOS	704	801	1029	1043	1091	1619
% USO DE CITAS	41.9	58.9	71.5	71.6	72.2	75.5
CONSULTAS REALIZADAS	601	627	805	830	816	1159
% DE DESERCIÓN	14.6	21.7	21.8	20.4	25.2	28.4
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	2.53	3.02	3.16	3.13	3.01	3.04
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	1.43	1.84	2.24	2.28	2.13	2.16
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	106	160	171	218	236	314
CONSULTANTES NUEVOS	48	73	97	107	104	111
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	5.68	3.92	4.71	3.81	3.46	3.69
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.45	0.46	0.57	0.49	0.44	0.35

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 20

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**






VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	2	2	3	3	3	3
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	13	20	25	27	26	26
TURNO MAÑANA	13	17	18	19	17	15
TURNO TARDE	0	3	7	8	9	11
TURNO NOCHE	0	0	0	0	0	0
HORAS PROGRAMADAS	604	984	1156	1268	1204	1244
HORAS EFECTIVAS	590.3	798.0	895.9	1187.3	1208.7	2447.0
OFERTA DE CITAS	2416	3936	4625	5072	4816	4976
DEMANDA DE CUPOS	2466	3302	3435	4722	4929	5220
% USO DE CITAS	102.1	83.9	74.3	93.1	102.4	104.9
CONSULTAS REALIZADAS	2068	2850	2909	3847	3919	4082
% DE DESERCIÓN	16.1	13.7	15.3	18.5	20.5	21.8
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	3.50	3.57	3.25	3.24	3.24	3.27
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	3.42	2.90	2.52	3.03	3.25	3.28
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	521	1653	1809	2275	2353	2568
CONSULTANTES NUEVOS	228	801	915	1207	1018	1018
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	3.97	1.72	1.61	1.69	1.67	1.59
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.44	0.48	0.51	0.53	0.43	0.40


FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 21

**RELACIÓN ENTRE LA OFERTA Y LA DEMANDA DE CITAS EN CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
				%		%		%		%		%
OEFRTA	22860		23646	3.4	25940	9.7	30209	16.5	27441	-9.2	25972	-5.4
DEMANDA	18467		22342	20.9	26580	18.9	30244	13.8	26683	-11.8	25259	-5.3
ATENDIDOS	15545		18286	17.6	22382	22.4	25360	13.3	22188	-12.5	20128	-9.3


 % :
 Porcentaje
 de variación
 respecto al
 año anterior.

LEYENDA:

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 22

**CONSOLIDADO CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD.**

ESPECIALIDAD	1998	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL	%
CIRUGÍA GENERAL	2595	2828	4278	5927	4160	4073	23861	19.3
NEUROCIRUGÍA	1704	2005	2395	2503	2375	2231	13213	10.7
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	2734	3027	3635	3380	3511	2954	19241	15.5
UROLOGÍA	1285	1783	2665	3149	2956	2598	14436	11.7
OTORRINOLARINGOLOGÍA	2969	3915	4362	4551	3776	2884	22457	18.1
OFTALMOLOGÍA	3434	3711	3816	3197	2853	2780	19791	16.0
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	824	961	1037	1134	1024	1044	6024	4.9
CIRUGÍA DE TÓRAX Y CARDIOVASCULAR		56	194	312	255	194	1011	0.8
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO				1207	1278	1370	3855	3.1
TOTAL	15545	18286	22382	25360	22188	20128	123889	100.0

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 23

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	10	9	11	12	12	12
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	19	16	19	33	28	25
TURNO MAÑANA	19	16	19	25	23	25
TURNO TARDE	0	0	0	8	5	0
TURNO NOCHE	0	0	0	0	0	0
HORAS PROGRAMADAS	888	776	924	1551	1308	1196
HORAS EFECTIVAS	623.9	649.0	895.2	1331.2	951.3	1022.0
OFERTA DE CITAS	4452	3876	4620	7695	6540	5576
DEMANDA DE CUPOS	2924	3387	4882	6798	4774	4871
% USO DE CITAS	65.9	87.4	105.9	88.3	73.0	87.4
CONSULTAS REALIZADAS	2595	2828	4278	5927	4160	4073
% DE DESERCIÓN	11.3	16.5	12.4	12.8	12.9	16.4
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	4.16	4.36	4.78	4.45	4.37	3.99
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	2.92	3.64	4.63	3.82	3.18	3.41
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	685	947	1394	1790	1485	1466
CONSULTANTES NUEVOS	502	610	968	1127	922	891
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	3.79	2.99	3.07	3.31	2.80	2.78
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.73	0.64	0.69	0.63	0.62	0.61

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 24

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE NEUROCIRUGÍA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	4	4	4	4	5	6
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	12	14	17	16	17	16
TURNO MAÑANA	8	10	13	12	13	12
TURNO TARDE	4	4	4	4	4	4
TURNO NOCHE	0	0	0	0	0	0
HORAS PROGRAMADAS	600	696	812	788	804	780
HORAS EFECTIVAS	504.7	579.2	704.0	726.7	686.8	667.5
OFERTA DE CITAS	2400	2784	3248	3184	3216	3120
DEMANDA DE CUPOS	2003	2403	2864	3039	2869	2713
% USO DE CITAS	83.5	86.3	88.2	95.5	89.2	87.0
CONSULTAS REALIZADAS	1704	2005	2395	2503	2375	2231
% DE DESERCIÓN	14.9	16.6	16.4	17.6	17.2	17.8
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	3.38	3.46	3.40	3.45	3.46	3.34
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	2.84	2.88	2.95	3.18	2.95	2.86
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	476	746	816	845	807	777
CONSULTANTES NUEVOS	225	347	372	354	325	293
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	3.68	2.69	2.94	2.96	2.94	2.87
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.47	0.47	0.46	0.42	0.40	0.38

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 25

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	3	3	4	3	4	4
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	21	18	25	21	20	18
TURNO MAÑANA	10	12	17	13	12	12
TURNO TARDE	11	6	8	8	8	6
TURNO NOCHE	0	0	0	0	0	0
HORAS PROGRAMADAS	1024	876	1164	1008	944	884
HORAS EFECTIVAS	788.5	806.0	1009.3	899.3	904.5	866.4
OFERTA DE CITAS	4096	3504	4660	4051	3776	3536
DEMANDA DE CUPOS	3283	3776	4366	3974	4177	3704
% USO DE CITAS	80.2	107.8	93.7	98.1	110.6	104.8
CONSULTAS REALIZADAS	2734	3027	3635	3380	3511	2954
% DE DESERCIÓN	15.7	19.8	16.7	15.0	15.9	20.3
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	3.42	3.76	3.60	3.76	3.88	3.41
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	2.67	3.46	3.12	3.35	3.72	3.34
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	739	1345	1454	1473	1524	1503
CONSULTANTES NUEVOS	443	867	868	799	793	702
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	3.73	2.25	2.50	2.29	2.30	1.97
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.60	0.64	0.60	0.54	0.52	0.48

FUENTE: División de Estadística e Informática del NH "REM" EsSALUD
ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 26

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE UROLOGÍA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	3	2	2	3	2	2
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	8	9	14	15	16	16
TURNO MAÑANA	8	9	11	15	14	12
TURNO TARDE	0	0	2	0	2	4
TURNO NOCHE	0	0	1	0	0	0
HORAS PROGRAMADAS	384	440	664	752	728	780
HORAS EFECTIVAS	355.2	423.9	654.6	744.2	742.8	759.2
OFERTA DE CITAS	1536	1760	2640	3008	2912	3132
DEMANDA DE CUPOS	1533	2060	3031	3760	3500	3200
% USO DE CITAS	99.8	117.1	114.8	125.0	120.2	102.2
CONSULTAS REALIZADAS	1285	1783	2665	3149	2956	2598
% DE DESERCIÓN	16.2	13.5	12.1	16.3	15.5	18.8
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	3.62	4.21	4.07	4.23	3.98	3.42
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	3.35	4.05	4.01	4.19	4.06	3.33
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	249	492	669	944	936	970
CONSULTANTES NUEVOS	140	220	347	409	348	387
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	5.18	3.62	3.98	3.34	3.16	2.68
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.56	0.45	0.52	0.43	0.37	0.40

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 27

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	2	2	2	3	2	2
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	18	22	20	25	21	19
TURNO MAÑANA	18	19	16	17	16	16
TURNO TARDE	0	3	4	8	5	3
TURNO NOCHE	0	0	0	0	0	0
HORAS PROGRAMADAS	860	1052	926	1176	1012	924
HORAS EFECTIVAS	679.3	919.2	948.8	1121.3	1037.7	901.8
OFERTA DE CITAS	4296	5256	4740	5091	4049	3696
DEMANDA DE CUPOS	3398	4723	5326	5662	4686	4031
% USO DE CITAS	79.1	89.9	112.4	111.2	115.7	109.1
CONSULTAS REALIZADAS	2969	3915	4362	4551	3776	2884
% DE DESERCIÓN	12.6	17.1	18.1	19.6	19.4	28.5
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	4.37	4.26	4.60	4.06	3.64	3.20
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	3.45	3.72	4.71	3.89	3.73	3.12
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	462	956	1333	1807	1630	1257
CONSULTANTES NUEVOS	241	506	706	852	651	416
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	6.66	4.10	3.27	2.52	2.32	2.29
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.52	0.53	0.53	0.47	0.40	0.33

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD
ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 28

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE OFTALMOLOGÍA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	2	2	2	2	3	3
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	24	24	21	19	18	18
TURNO MAÑANA	12	13	11	11	11	12
TURNO TARDE	12	11	10	8	7	6
TURNO NOCHE	0	0	0	0	0	0
HORAS PROGRAMADAS	1112	1164	1007	916	864	852
HORAS EFECTIVAS	983.1	1017.4	1002.1	885.6	826.8	851.6
OFERTA DE CITAS	4448	4656	4032	3664	3456	3272
DEMANDA DE CUPOS	4393	4809	4693	3958	3691	3549
% USO DE CITAS	98.8	103.3	116.4	108.0	106.8	108.5
CONSULTAS REALIZADAS	3434	3711	3816	3197	2853	2780
% DE DESERCIÓN	21.8	22.8	18.7	19.2	22.7	21.7
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	3.49	3.65	3.81	3.61	3.45	3.26
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	3.09	3.19	3.79	3.49	3.30	3.26
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	696	1241	1293	1352	1257	1254
CONSULTANTES NUEVOS	356	643	649	636	583	516
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	4.96	2.99	2.95	2.36	2.27	2.22
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.51	0.52	0.50	0.47	0.46	0.41

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 29

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	6	5	6	7	7	8
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	9	8	9	8	8	8
TURNO MAÑANA	9	8	9	8	8	8
TURNO TARDE	0	0	0	0	0	0
TURNO NOCHE	0	0	0	0	0	0
HORAS PROGRAMADAS	408	396	404	403	403	404
HORAS EFECTIVAS	259.0	273.2	293.2	320.7	300.0	302.7
OFERTA DE CITAS	1632	1584	1616	1612	1612	1616
DEMANDA DE CUPOS	933	1120	1176	1281	1192	1243
% USO DE CITAS	57.2	70.7	72.8	79.5	74.0	76.9
CONSULTAS REALIZADAS	824	961	1037	1134	1024	1044
% DE DESERCIÓN	11.7	14.2	11.8	11.5	14.1	16.0
RENDIMIENTO HORA MÉDICO	3.18	3.52	3.54	3.54	3.41	3.45
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS	2.02	2.43	2.57	2.81	2.54	2.58
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	115	211	241	271	276	250
CONSULTANTES NUEVOS	58	107	144	131	114	91
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)	7.17	4.55	4.30	4.18	3.71	4.18
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES	0.50	0.51	0.60	0.48	0.41	0.36

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD
ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 30

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE CIRUGÍA DE TÓRAX Y
CARDIOVASCULAR
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998*	1999**	2000	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS		2	2	3	3	2
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS		3	4	4	4	4
TURNO MAÑANA		0	0	0	0	0
TURNO TARDE		3	4	4	4	4
TURNO NOCHE		0	0	0	0	0
HORAS PROGRAMADAS		53	96	98	98	98
HORAS EFECTIVAS		15.9	56.2	89.8	72.6	63.0
OFERTA DE CITAS		226	384	392	392	392
DEMANDA DE CUPOS		64	242	366	335	266
% USO DE CITAS		28.3	63.0	93.4	85.5	67.9
CONSULTAS REALIZADAS		56	194	312	255	194
% DE DESERCIÓN		12.5	19.8	14.8	23.9	27.1
RENDIMIENTO HORA MEDICO		3.52	3.46	3.48	3.51	3.08
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS		1.06	2.02	3.18	2.60	1.98
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)		26	86	125	120	98
CONSULTANTES NUEVOS		16	51	66	64	47
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)		2.15	2.26	2.50	2.13	1.98
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES		0.62	0.59	0.53	0.53	0.48

LEYENDA: * No atendió.

** A partir de Mayo de 1999.

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 31

**CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA : UNIDAD DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998*	1999*	2000*	2001	2002	2003
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS				1	1	1
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS				8	8	9
TURNO MAÑANA				0	0	1
TURNO TARDE				8	8	8
TURNO NOCHE				0	0	0
HORAS PROGRAMADAS				378	372	408
HORAS EFECTIVAS				334.5	340.4	395.9
OFERTA DE CITAS				1512	1488	1632
DEMANDA DE CUPOS				1406	1459	1682
% USO DE CITAS				93.0	98.1	103.1
CONSULTAS REALIZADAS				1207	1278	1370
% DE DESERCIÓN				14.2	12.4	18.6
RENDIMIENTO HORA MÉDICO				3.61	3.75	3.46
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS				3.19	3.44	3.36
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)				324	350	390
CONSULTANTES NUEVOS				187	170	187
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)				3.73	3.65	3.51
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES				0.58	0.49	0.48

LEYENDA * No atendió.

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 32

**PROMEDIO ANUAL DE INDICADORES DE CONSULTA EXTERNA 1998 - 2003
SERVICIOS DE CLÍNICA Y CIRUGÍA PEDIÁTRICA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**






VARIABLES	CLINICA PEDIATRICA		CIRUGIA PEDIATRICA	
	TOTAL	PROMEDIO	TOTAL	PROMEDIO
PROMEDIO MÉDICOS PROGRAMADOS	245	41,0	209	34.8
CONSULTORIOS FUNCIONALES OFERTADOS	1358	226.3	776	129.3
TURNO MAÑANA	878	146.3	563	93.8
TURNO TARDE	394	65.7	212	35.3
TURNO NOCHE	86	14.3	1	0.2
HORAS PROGRAMADAS	61227	10204.5	36655	6109.2
HORAS EFECTIVAS	52636.7	8772.8	32587.2	5431.2
OFERTA DE CITAS	250306	41717.7	156068	26011.3
DEMANDA DE CUPOS	227431	37905.2	149575	24929.2
% USO DE CITAS		90.9		95.8
CONSULTAS REALIZADAS	189112	31518.7	123889	20644.8
% DE DESERCIÓN		16.8		17.2
RENDIMIENTO HORA MÉDICO		3.59		3.80
CONSULTAS/HORAS PROGRAMADAS		3.08		3.38
CONSULTANTES (NUEVOS + REINGRESOS)	73615	12269	41953	6992.2
CONSULTANTES NUEVOS	33165	5528	21447	3574.5
CONCENTRACIÓN (ACUMULADA ANUAL)		2.57		2.95
RELACIÓN NUEVOS/TOTAL CONSULTANTES		0.45		0.51

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 33

**EGRESOS HOSPITALARIOS
SERVICIOS DE CLÍNICA Y CIRUGÍA PEDIÁTRICOS
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

VARIABLES	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
CLÍNICA	1183		1345	13.7	1200	-10.8	1296	8.0	1207	-6.9	1190	-1.40
CIRUGÍA	1116		1307	17.1	1401	7.2	1543	10.1	1436	-6.9	1293	-9.90
TOTAL	2299		2652	15.4	2601	-1.9	2839	9.2	2643	-6.9	2483	-6.02


% :
Porcentaje
de variación
en relación al
año anterior.

LEYENDA:

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 34

**HOSPITALIZACIÓN
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : INDICADORES
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

INDICADORES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
DE PROCESO						
EGRESOS	1183	1345	1200	1296	1207	1190
ESTANCIAS	15484	15777	15523	16056	15538	14093
PACIENTE-DIA	15480	15584	15857	15995	15592	14872
DÍAS CAMA DISPONIBLES	16425	16425	16470	16425	16425	16425
DOTACIÓN DE CAMAS	45	45	45	45	45	45
PROMEDIO DE PERMANENCIA	13.1	11.7	12.9	12.4	12.9	11.8
RENDIMIENTO DE CAMAS	2.19	2.49	2.22	2.40	2.24	2.20
% DE OCUPACIÓN	94.3	94.9	96.3	97.4	94.9	90.5
INTERVALO DE SUSTITUCIÓN	0.80	0.63	0.51	0.33	0.69	1.31
DE RESULTADO						
TOTAL DE FALLECIDOS	45	35	34	37	27	10
TASA DE MORTALIDAD BRUTA	3.8%	2.6%	2.8%	2.9%	2.2%	0.8%
TASA DE MORTALIDAD NETA	3.5%	2.5%	2.8%	2.7%	2.2%	0.8%

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 35

HOSPITALIZACIÓN
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : CLASIFICACIÓN DE EGRESOS SEGÚN CLASIFICADOR INTERNACIONAL CEI 10
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD

CAP.	DAÑO PROGRAMÁTICO	CÓDIGO	2000	2001	2002	2003	TOTAL	%
I	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	A00 -B99	125	134	138	116	513	10.5
II	TUMORES	C00-D48	202	235	187	146	770	15.7
III	ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ORG. HEMATOPOYÉTICOS	D50 -D89	36	39	54	36	165	3.4
IV	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	E00 - E90	7	13	23	21	64	1.3
V	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	F00 - F99				3	3	0.1
VI	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	G00 - G99	70	72	80	65	287	5.9
VII	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	H00 - H59	5	4	4	8	21	0.4
VIII	ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	H60 - H95	7	9	14	9	39	0.8
IX	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	I00 -I99	13	25	17	24	79	1.6
X	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	J00 - J99	400	405	340	372	1517	31.0
XI	ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	K00 - K93	32	34	44	57	167	3.4
XII	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTÁNEO	L00 -L99	49	47	52	44	192	3.9
XIII	ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJIDO SUBJUNTIVO	M00 - M99	23	34	33	28	118	2.4
XIV	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	N00 - N99	127	144	135	137	543	11.1
XV	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	O00 - O99						
XVI	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	P00 - P96	10	8	6	10	34	0.7
XVII	MALF. CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	Q00 -Q99	47	35	36	42	160	3.3
XVIII	SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANOR. CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	R00 - R99	29	42	31	58	160	3.3
XIX	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	S00 - T98	18	12	9	10	49	1.0
XX	CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	V01 - Y98		2	2	2	4	0.1
XXI	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	Z00 - Z99		2	2	2	4	0.1
	TOTAL		1200	1296	1207	1190	4893	100.0

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 36

**HOSPITALIZACIÓN
SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA : DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

DAÑO PROGRAMÁTICO	2000	2001	2002	2003	TOTAL	%
NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	173	199	132	173	677	13.8
ASMA (TODAS SUS FORMAS)	137	136	120	156	549	11.2
LEUCEMIA LINFOIDE Y MIELOIDE	112	140	135	103	490	10.0
INFECC. DE VÍAS URINARIAS Y OTROS TRAS. SIST. URIN.	60	58	54	71	243	5.0
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	33	45	32	41	151	3.1
CELULITIS	32	34	29	23	118	2.4
DIARREA Y GASTROENTERITIS PBBLE. INFECCIOSA	22	23	25	37	107	2.2
SÍNDROME NEFRÍTICO Y/O NEFRÍTICO	10	36	34	23	103	2.1
EPILEPSIA	25	24	21	31	101	2.1
NEUMONÍA BACTERIANA NO CLASIFIC. EN OTRA PARTE	30	29	35	4	98	2.0
TOTAL	634	724	617	662	2637	
TOTAL DE EGRESOS	1200	1296	1207	1190	4893	
%	52.8	55.9	51.1	55.6	53.9	

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM"
EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 37

**HOSPITALIZACIÓN
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA : INDICADORES
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD.**

INDICADORES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
-------------	------	------	------	------	------	------

DE PROCESO						
------------	--	--	--	--	--	--

EGRESOS	1116	1307	1401	1543	1436	1293
ESTANCIAS	7377	8888	9825	9737	9884	8939
PACIENTE-DIA	7386	8999	9855	9695	9816	9106
DÍAS CAMA DISPONIBLES	10950	10950	10983	10950	10950	10950
DOTACIÓN DE CAMAS	30	30	30	30	30	30
PROMEDIO DE PERMANENCIA	6.6	6.8	7	6.3	6.9	6.9
RENDIMIENTO DE CAMAS	3.10	3.63	3.89	4.29	3.99	3.59
% DE OCUPACIÓN	67.5	82.2	89.7	88.5	89.6	83.2
INTERVALO DE SUSTITUCIÓN	3.19	1.49	0.81	0.81	0.79	1.43

DE RESULTADO						
--------------	--	--	--	--	--	--

TOTAL DE FALLECIDOS	9	9	8	7	6	3
TASA DE MORTALIDAD BRUTA	0.9	0.7	0.6	0.5	0.4	0.2
TASA DE MORTALIDAD NETA	0.9	0.7	0.5	0.4	0.3	0.2

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM"
EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 38

**HOSPITALIZACIÓN
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA : CLASIFICACIÓN DE EGRESOS SEGÚN CLASIFICADOR
INTERNACIONAL CEI 10
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

CAP.	DAÑO PROGRAMÁTICO	CÓDIGO	2000	2001	2002	2003	TOTAL	%
I	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	A00 -B99	19	27	29	17	92	1.6
II	TUMORES	C00-D48	97	147	115	133	492	8.7
III	ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ORG. HEMATOPOYÉTICOS	D50 -D89	11	9	6	1	27	0.5
IV	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	E00 - E90	3	3	1	2	9	0.2
V	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	F00 - F99						
VI	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	G00 - G99	49	40	31	21	141	2.5
VII	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	H00 - H59	1	5	5	2	13	0.2
VIII	ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	H60 - H95	24	21	33	18	96	1.7
IX	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	I00 -I99	10	3	7	9	29	0.5
X	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	J00 - J99	88	88	27	33	236	4.2
XI	ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	K00 - K93	327	405	392	406	1530	30.0
XII	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTÁNEO	L00 -L99	12	19	22	20	73	1.3
XIII	ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJIDO SUBJUNTIVO	M00 - M99	57	48	42	60	207	3.6
XIV	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	N00 - N99	54	69	53	32	208	3.6
XV	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	O00 - O99						
XVI	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	P00 - P96	5	1	5	1	12	0.2
XVII	MALF. CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	Q00 -Q99	389	408	449	359	1605	28.3
XVIII	SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANOR. CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	R00 - R99	28	28	13	7	76	1.3
XIX	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	S00 - T98	217	208	186	160	771	13.6
XX	CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	V01 - Y98	2	4	4	7	17	0.3
XXI	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	Z00 - Z99	8	10	16	5	39	0.7
	TOTAL		1401	1543	1436	1293	5673	100.0

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM"
EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 39

**HOSPITALIZACIÓN
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA : DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

DAÑO	2000	2001	2002	2003	TOTAL	%
APENDICITIS AGUDA	240	320	305	322	1187	50.3
HIDROCÉFALO CONGÉNITO	73	53	65	46	237	10.0
TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO	60	58	54	39	211	8.9
DEFORMIDADES CONGÉNITAS DE LOS PIES	41	32	35	17	125	5.3
FRACTURA DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	23	46	34	23	126	5.3
ESPINA BIFIDA	24	38	24	20	106	4.5
FRACTURA DE FÉMUR	29	25	26	21	101	4.3
DEFORMIDADES CONGÉNITAS DE LA CADERA	16	20	33	31	100	4.2
FISURA DE PALADAR Y/O CON LABIO LEPORINO	21	20	22	27	90	3.8
MALFORMACIÓN ANO-RECTAL	23	26	20	8	77	3.3
TOTAL	550	638	618	554	2360	
TOTAL DE EGRESOS	1401	1543	1436	1293	5673	
%	39.3	41.3	43.0	42.8	41.6	

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 40

**PROMEDIO ANUAL DE INDICADORES DE HOSPITALIZACIÓN 1998 - 2003
SERVICIOS DE CLÍNICA Y CIRUGÍA PEDIÁTRICOS
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

INDICADORES	CLINICA PEDIATRICA		CIRUGIA PEDIATRICA	
	TOTAL	PROMEDIO	TOTAL	PROMEDIO
DE PROCESO				
EGRESOS	7421	1236.8	8096	1349.3
ESTANCIAS	92471	15411.8	54650	9108,0
PACIENTE-DIA	93380	15563.3	47471	9142.8
DÍAS CAMA DISPONIBLES	98595	16432.5	54783	10955.5
DOTACIÓN DE CAMAS	45	45	30	30
PROMEDIO DE PERMANENCIA		12.5		6.8
RENDIMIENTO DE CAMAS		2.29		3.75
% DE OCUPACIÓN		94.7		83.5
INTERVALO DE SUSTITUCIÓN		0.71		1.42
DE RESULTADO				
TOTAL DE FALLECIDOS	188	31.3	42	7
TASA DE MORTALIDAD BRUTA		2.5		0.6
TASA DE MORTALIDAD NETA		2.4		0.5

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 41

**CENTRO QUIRÚRGICO
PRODUCCIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA : INDICADORES
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD.**

INDICADORES	1998	1999	2000	2001	2002	2003
HORAS QUIRÚRGICAS DE USO DE SALA (3)	3610.3	4606.1	5597.4	6686.0	7127.4	5874.0
HORAS DURACIÓN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (2)	2075.6	2820.6	3426.6	3800.3	3635.1	2762.5
HORAS QUIRÚRGICAS EJECUTADAS (1)	3976.3	4068.2	4937.4	5373.0	4498.5	3199.4
PORCENTAJE DE HORAS QUIRÚRGICAS EFECTIVAS*	110.1	88.3	88.2	80.4	63.1	54.5
OPERACIONES PROGRAMADAS	1010	1278	1677	2301	2307	2619
OPERACIONES DE EMERGENCIA	452	501	510	576	640	645
PORCENTAJE DE OPERACIONES DE EMERGENCIA	31.0	28.8	24.5	22.2	25.4	23.6
OPERACIONES EJECUTADAS (4)	1456	1740	2079	2589	2521	2735
*ESPECIALIZADA ALTAMENTE COMPLEJA	154	213	213	251	265	305
*ESPECIALIZADA MEDIANAMENTE COMPLEJA	157	223	270	379	498	542
*CIRUGÍA MAYOR	637	631	776	941	1039	1093
*CIRUGÍA MENOR (6)	508	673	820	1018	710	789
*CIRUGÍA MENOR BAJO RENDIMIENTO					9	6
% DE OPERACIONES SUSPENDIDAS (5)	0.7	3.1	6.4	12.5	18.5	20.2
RENDIMIENTO POR QUIRÓFANO*	60.6	72.5	86.6	107.9	105.0	113.9
CIRUJANOS	20	20	25	30	29	30
OPERACIONES POR CIRUJANO	71.90	87.00	83.72	86.54	87.43	91.17

TOTAL	%
1401	10.7
2069	15.8
5117	39.0
4518	34.4
15	0.1
13120	100.0

LEYENDA: (1) Considera el tiempo de preparación e inducción del paciente además del tiempo de duración de la intervención

quirúrgica.

(2) Considera el tiempo neto entre la incisión y la sutura de la piel.

(3) Considera el tiempo de preparación/o limpieza de la sala de operaciones, más preparación e inducción del paciente además del tiempo de intervención quirúrgica.

(4) Dentro de operaciones ejecutadas están incluidas las operaciones de emergencia.

(5) % de dividir la diferencia de operaciones ejecutadas menos operaciones de emergencia entre operaciones programadas.

(6) Incluye procedimientos realizados bajo anestesia general en el centro quirúrgico.

* No incluye las intervenciones quirúrgicas de emergencia.

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 42

**CENTRO QUIRÚRGICO
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA : CIRUGÍA ESPECIALIZADA ALTAMENTE COMPLEJA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD.**

ESPECIALIDADES	1998	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL	%
CIRUGÍA GENERAL	19	11	18	37	36	114	235	16.8
NEUROCIRUGÍA	91	140	124	99	80	62	596	39.9
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	20	13	21	31	34	21	140	10.5
UROLOGÍA	10	3	10	14	12	7	56	4.2
OTORRINOLARINGOLOGÍA	10	25	20	22	37	21	135	10.1
OFTALMOLOGÍA		8	11	21	23	42	105	7.8
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	2	4	1	5	15	5	32	2.4
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO		5	5	17	25	32	84	6.3
CIRUGÍA DE TÓRAX Y CARDIOVASCULAR	2	4	3	5	3	1	18	1.2
TOTAL	154	213	213	251	265	305	1401	100.0
TOTAL TODO TIPO CIRUGÍA	1456	1740	2079	2589	2521	2735		
%	10.6	12.2	10.2	9.7	10.5	11.2		

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM"
EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 43

**CENTRO QUIRÚRGICO
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA : CIRUGÍA ESPECIALIZADA MEDIANAMENTE COMPLEJA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD.**

ESPECIALIDADES	1998	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL	%
CIRUGÍA GENERAL	41	14	27	38	55	153	328	15.9
NEUROCIRUGÍA	2	46	55	76	87	74	340	16.4
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	79	125	145	118	131	89	687	33.2
UROLOGÍA	9	9	5	21	31	40	115	5.6
OTORRINOLARINGOLOGÍA	16	19	13	7	8	3	66	3.2
OFTALMOLOGÍA	4		3	89	145	149	390	18.8
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	4			3		2	9	0.4
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	2	2	4	4	22	25	59	2.9
CIRUGÍA DE TÓRAX Y CARDIOVASCULAR		8	18	23	19	7	75	3.6
TOTAL	157	223	270	379	498	542	2069	100.0
TOTAL TODO TIPO CIRUGÍA	1456	1740	2079	2589	2521	2090		
%	10.8	12.8	13.0	14.6	19.8	25.9		

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM"
EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 44

**CENTRO QUIRÚRGICO
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA : CIRUGÍA MAYOR
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD.**

ESPECIALIDADES	1998	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL	%
CIRUGÍA GENERAL	135	168	233	266	370	480	1652	32.3
NEUROCIRUGÍA	20	23		9	6	12	70	1.4
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	178	40	103	106	160	128	715	14.0
UROLOGÍA	52	152	162	181	208	204	959	18.7
OTORRINOLARINGOLOGÍA	115	120	135	173	84	88	715	14.0
OFTALMOLOGÍA	36	20	42	43	37	17	195	3.8
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	75	78	51	67	78	81	430	8.4
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	25	27	46	87	92	81	358	7.0
CIRUGÍA DE TÓRAX Y CARDIOVASCULAR	1	3	4	9	4	2	23	0.4
TOTAL	637	631	776	941	1039	1093	5117	100.0
TOTAL TODO TIPO CIRUGÍA	1456	1740	2079	2589	2521	2735		
%	43.8	36.3	37.3	36.3	41.2	40.0		

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM"
EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 45

**CENTRO QUIRÚRGICO
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA : CIRUGÍA MENOR
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD.**

ESPECIALIDADES	1998	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL	%
CIRUGÍA GENERAL	171	137	186	278	170	189	1131	25.0
NEUROCIRUGÍA	22	2	7	1	3	8	43	1.0
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	99	182	204	175	198	203	1061	23.5
UROLOGÍA	14	60	115	211	149	181	730	16.2
OTORRINOLARINGOLOGÍA	100	165	137	164	76	114	756	16.7
OFTALMOLOGÍA	61	52	107	63		3	286	6.3
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	21	55	21	89	65	50	301	6.7
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	19	19	39	27	17	2	123	2.7
CIRUGÍA DE TÓRAX Y CARDIOVASCULAR	1	1	4	10	32	39	87	1.9
TOTAL	508	673	820	1018	710	789	4518	100.0
TOTAL TODO TIPO CIRUGÍA	1456	1740	2079	2589	2521	2735		
%	34.9	38.7	39.4	39.3	28.2	28.8		

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM"
EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 46

**ATENCIONES SEGÚN GRADO DE PRIORIDAD
SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD.**

ATENCIONES	2000	2001	2002	2003	TOTAL	%
PRIORIDAD I (P1)	522	438	441	388	1789	0.7
PRIORIDAD II (P2)	28827	14109	10440	16794	70170	27.5
PRIORIDAD III (P3)	65513	33718	33441	28299	160971	63.0
PRIORIDAD IV (P4)	7369	5765	4741	4674	22549	8.8%
TOTAL	102231	54030	49063	50155	255479	100.0

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM"
EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 47

**ESTANCIA
SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIATRICA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD.**

ESTANCIA	2000	2001*	2002	2003	TOTAL	%
MENOR DE 48 HORAS	4753		5271	5207	15231	87.6
MAYOR DE 48 HORAS	801		695	657	2153	12.4
TOTAL	5554		5966	5864	17384	100.0

LEYENDA: * No se obtuvo información.

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM"
EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 48

**INGRESOS A LAS ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS
SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD.**

SERVICIO	2001	2002	2003	TOTAL	%
INGRESOS CLÍNICA	862	955	967	2784	50.9
INGRESOS CIRUGÍA	967	890	828	2685	49.1
TOTAL	1829	1845	1795	5469	100.0
EGRESOS CLÍNICA	1296	1207	1190	3693	
EGRESOS CIRUGÍA	1543	1436	1293	4272	
TOTAL EGRESOS	2839	2643	2483	7965	
PROPORCIÓN I/E *	0.64	0.70	0.72	0.69	
I/E CLÍNICA	0.67	0.79	0.81	0.75	
I/E CIRUGÍA	0.63	0.62	0.64	0.63	

LEYENDA: Proporción entre los pacientes ingresados por Emergencia Pediátrica en relación a los egresados de las áreas de hospitalización de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos.

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD
ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 49

**HOSPITALIZACIÓN : INDICADORES
SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD.**

INDICADORES	1998*	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL
DE PROCESO							
EGRESOS	55	264	193	209	245	159	1125
ESTANCIAS	332	1561	2017	1537	1465	1484	8396
PACIENTES DIA	382	1654	1719	1685	1660	1743	8843
DÍAS CAMA DISPONIBLE	500	1825	1830	1825	1825	1825	9630
DOTACIÓN DE CAMAS	5	5	5	5	5	5	5
PROMEDIO DE PERMANENCIA	5.1	5.9	11.2	7.4	6.0	9.3	7.5
RENDIMIENTO CAMA	2.17	4.39	3.22	3.48	4.00	2.65	3.5
PORCENTAJE DE OCUPACIÓN	74.6	90.6	94.0	92.3	91.0	95.5	91.8
INTERVALO DE SUSTITUCIÓN	2.14	0.68	0.59	0.67	0.67	0.52	0.7
DE RESULTADO							
TOTAL FALLECIDOS	19	54	42	38	43	34	230
% MORTALIDAD NETA	22.1	17.5	15.9	14.5	12.2	16.7	16.5
% MORTALIDAD BRUTA	26.4	19.7	21.9	18.2	17.6	21.4	20.9

LEYENDA: * Inició funciones el
22/09/1998

FUENTE: División de Estadística e Informática
del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 50
REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS
ESPECIALIDADES CLÍNICAS PEDIÁTRICAS
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS - ESSALUD

ESPECIALIDAD		1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL
ALERGIA	RR	628	1012	1408	1493	1028	5569
	CCRR	70	121	107	83	102	483
	%	11.15	11.96	7.60	5.56	9.92	8.67
CARDIOLOGÍA	RR	246	376	259	564	722	2167
	CCRR	45	182	190	148	302	867
	%	18.29	48.40	73.36	26.24	41.83	40.01
DERMATOLOGÍA	RR	138	221	386	508	572	1825
	CCRR	3	13	12	27	58	113
	%	2.17	5.88	3.11	5.31	10.14	6.19
EMERGENCIA	RR	1029	852	1044	1107	962	4994
	CCRR	17	117	43	47	1287	1511
	%	1.65	13.73	4.12	4.25	133.78	30.26
ENDOCRINOLOGÍA	RR	341	529	671	830	845	3216
	CCRR	17	47	48	61	103	276
	%	4.99	8.88	7.15	7.35	12.19	8.58
GASTROENTEROLOGÍA	RR	250	325	359	514	473	1921
	CCRR	10	52	65	127	102	356
	%	4.00	16.00	18.11	24.71	21.56	18.53
HEMATOLOGÍA	RR	168	217	248	323	296	1252
	CCRR	17	73	38	67	71	266
	%	10.12	33.64	15.32	20.74	23.99	21.25
NEUROLOGÍA	RR	1268	1708	2295	2510	2143	9924
	CCRR	318	646	776	943	706	3389
	%	25.08	37.82	33.81	37.57	32.94	34.15
NEFROLOGÍA	RR	239	292	307	329	324	1491
	CCRR	71	128	94	132	109	534
	%	29.71	43.84	30.62	40.12	33.64	35.81
NEUMOLOGÍA	RR	88	103	135	255	267	848
	CCRR	4	6	13	21	33	77
	%	4.55	5.83	9.63	8.24	12.36	9.08
ONTOLOGÍA MEDICA	RR	66	76	103	142	173	560
	CCRR	13	22	5	21	58	119
	%	19.70	28.95	4.85	14.79	33.53	21.25
PEDIATRÍA	RR	658	706	167	158	158	1847
	CCRR	31	139	89	53	41	353
	%	4.71	19.69	53.29	33.54	25.95	19.11
REUMATOLOGÍA	RR	35	68	77	74	96	350
	CCRR	3	5	8	7	18	41
	%	8.57	7.35	10.39	9.46	18.75	11.71
INFECTOLOGÍA	RR	39	73	86	142	104	444
	CCRR	0	18	14	27	23	82
	%	0.00	24.66	16.28	19.01	22.12	18.47
CENTRO ONCOLÓGICO	RR	29	16	2	3	0	50

	CCRR	0	4	2	0	0	6
	%	0.00	25.00	100.00	3.00	0.00	12.00
PSIQUIATRÍA	RR	111	167	215	213	305	1011
	CCRR	4	5	4	3	1	17
	%	3.60	2.99	1.86	1.41	0.33	1.68
CUIDADOS INTENSIVOS	RR	3	0	37	26	28	94
	CCRR	0	0	1	3	8	12
	%	0.00	0.00	2.70	11.54	28.57	12.77
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	RR	783	735	1093	1549	1240	5400
	CCRR	307	417	262	419	424	1829
	%	39.21	56.73	23.97	27.05	34.19	33.87
TOTAL	RR	6119	7476	8892	10740	9736	42963
	CCRR	930	1995	1771	2189	3446	10331
	%	15.20	26.69	19.92	20.38	35.39	24.05

FUENTE: Oficina de Referencias y Contrarreferencias del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 51

**REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS
ESPECIALIDADES CLÍNICAS PEDIÁTRICAS
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD AÑOS 1999 - 2003**

ESPECIALIDAD	REFERENCIAS	%	CONTRARREFERENCIAS	%
ALERGIA	5569	12.96	483	4.68
CARDIOLOGÍA	2167	5.04	867	8.39
DERMATOLOGÍA	1825	4.25	113	1.09
EMERGENCIA	4994	11.62	1511	14.63
ENDOCRINOLOGÍA	3216	7.49	276	2.67
GASTROENTEROLOGÍA	1921	4.47	356	3.45
HEPATOLOGÍA	1252	2.91	266	2.57
NEUROLOGÍA	9924	23.10	3389	32.80
NEFROLOGÍA	1491	3.47	534	5.17
NEUMOLOGIA	848	1.97	77	0.75
ONTOLOGÍA	560	1.30	119	1.15
PEDIATRÍA	1847	4.30	353	3.42
REUMATOLOGÍA	350	0.81	41	0.40
INFECTOLOGIA	444	1.03	82	0.79
CENTRO ONCOLÓGICO	50	0.12	6	0.06
PSIQUIATRÍA	1011	2.35	17	0.16
CUIDADOS INTENSIVOS	94	0.22	12	0.12
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	5400	12.57	1829	17.70
TOTAL	42963	100.00	10331	100.00

FUENTE: Oficina de Referencias y Contrarreferencias del HN
"ERM" EsSALUD
ELABORACIÓN: Propia.

TABLA Nº 52

**REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS
ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS PEDIÁTRICAS
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS - ESSALUD**

ESPECIALIDAD		1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	RR	524	897	1158	896	896	4371
	CCRR	21	149	222	214	214	820
	%	4.01	16.61	19.17	25.44	23.88	18.76
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	RR	126	174	210	265	304	1079
	CCRR	6	27	33	79	72	217
	%	4.76	15.52	15.71	29.81	23.68	20.11
CIRUGÍA REPARADORA Y QUEMADOS	RR	145	148	370	180	165	1008
	CCRR	22	35	64	50	22	193
	%	15.17	23.65	17.30	27.78	13.33	19.15
C. TÓRAX Y CARDIOVASCULAR	RR	41	49	57	82	72	301
	CCRR	3	5	13	16	11	48
	%	7.32	10.20	22.81	19.51	15.28	15.95
GINECOLOGÍA	RR	14	17	31	23	23	108
	CCRR	0	0	1	1	0	2
	%	0.00	0.00	3.23	4.35	0.00	1.85
NEUROCIRUGÍA	RR	403	455	442	496	483	2279
	CCRR	33	111	54	76	105	379
	%	8.19	24.40	12.22	15.32	21.74	16.63
ODONTOESTOMATOLOGÍA	RR	42	88	85	128	104	447
	CCRR	2	4	7	3	10	26
	%	4.76	4.55	8.24	2.34	9.62	5.82
OFTALMOLOGÍA	RR	740	828	954	980	713	4215
	CCRR	134	152	184	141	169	780
	%	18.11	18.36	19.29	14.39	23.70	18.51
OTORRINOLARINGOLOGÍA	RR	642	1118	1555	1513	1255	6083
	CCRR	37	109	230	474	186	1036
	%	5.76	9.75	14.79	31.33	14.82	17.03
ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA	RR	16	10	8	18	15	67
	CCRR	5	2	1	1	2	11
	%	31.25	20.00	12.50	5.56	13.33	16.42
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	RR	704	746	996	1298	1148	4892
	CCRR	61	194	195	308	311	1069
	%	8.66	26.01	19.58	23.73	27.09	21.85

UROLOGÍA	RR	312	472	672	688	714	2858
	CCRR	13	55	59	222	278	627
	%	4.17	11.65	8.78	32.27	38.94	21.94
CIRUGÍA MANO	RR	13	14	8	6	1	42
	CCRR	0	0	1	2	1	4
	%	0.00	0.00	12.50	33.33	100.00	9.52
NEUROFTALMOLOGÍA	RR	5	9	14	7	4	39
	CCRR	0	2	3	1	0	6
	%	0.00	22.22	21.43	14.29	0.00	15.38
TOTAL	RR	3727	5025	6560	6580	5897	27789
	CCRR	337	845	1067	1588	1381	5218
	%	9.04	16.82	16.27	24.37	23.42	18.78

FUENTE: Oficina de Referencias y Contrarreferencias del HN "ERM" EsSALUD
 ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 53

**REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS
ESPECIALIDADES CLÍNICAS PEDIÁTRICAS
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD AÑOS 1999 - 2003**

ESPECIALIDAD	REFERENCIAS	%	CONTRARREFERENCIAS	%
CIRUGÍA GENERAL	4371	15.73	820	15.71
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	1079	3.88	217	4.16
CIRUGÍA REPARADORA Y QUEMADOS	1008	3.63	193	3.70
CIRUGÍA DE TÓRAX Y CARDIOVASCULAR	301	1.08	48	0.92
GINECOLOGÍA	108	0.39	2	0.04
NEUROCIRUGÍA	2279	8.20	379	7.26
ODONTOESTOMATOLOGÍA	447	1.61	26	0.50
OFTALMOLOGÍA	4215	15.17	780	14.95
OTORRINOLARINGOLOGÍA	6083	21.89	1036	19.85
ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA	67	0.24	11	0.21
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	4892	17.60	1069	20.49
UROLOGÍA	2858	10.28	627	12.02
CIRUGÍA DE MANO	42	0.15	4	0.08
NEUROOFTALMOLOGÍA	39	0.14	6	0.11
TOTAL	27789	100.00	5218	100.00

FUENTE: Oficina de Referencias y Contrarreferencias del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 54

**REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS
ESPECIALIDADES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS - ESSALUD**

ESPECIALIDAD		1999	2000	2001*	2002	2003	TOTAL
LABORATORIO CLÍNICO	RR	40	148	78	66	119	451
	CCRR	16	100	63	41	84	304
	%	40.00	67.57	80.77	62.12	70.59	67.41
RADIOLOGÍA	RR	72	202	78	88	77	517
	CCRR	45	89	73	48	65	320
	%	62.50	44.06	93.59	54.55	84.42	61.90
RADIOTERAPIA	RR	22	28	12	14	23	99
	CCRR	12	17	6	9	14	58
	%	54.55	60.71	50.00	64.29	50.87	58.59
TOTAL	RR	134	378	168	168	219	1067
	CCRR	73	206	142	98	163	682
	%	54.48	54.50	84.52	58.33	74.43	63.92

FUENTE: Oficina de Referencias y Contrarreferencias del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 55

**REFERENCIAS: RED ASISTENCIAL DE ORIGEN
SERVICIOS DE CLÍNICA Y CIRUGÍA PEDIÁTRICOS
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

RED ASISTENCIAL	2001	2002	2003	TOTAL	%
RED REBAGLIATI	1989	2142	2210	6341	60.78
RED ALMENARA	483	427	381	1291	12.38
RED SABOGAL	407	508	483	1398	13.40
OTRAS REDES	406	495	501	1402	13.44
TOTAL	3285	3572	3575	10432	100.00

FUENTE: Oficina de Referencias y Contrarreferencias del HN "ERM" EsSALUD
ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 56

**CONTRARREFERENCIAS DE EGRESOS DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN
SERVICIOS DE CLÍNICA Y CIRUGÍA PEDIÁTRICOS
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

RED ASISTENCIAL	2001	2002	2003	TOTAL	%
RED REBAGLIATI	1274	1160	1072	3506	44.0
RED ALMENARA	297	224	196	717	9.0
RED SABOGAL	649	576	442	1667	20.9
OTRAS REDES	619	683	773	2075	26.1
TOTAL	2839	2643	2483	7965	100.00

FUENTE: Oficina de Referencias y Contrarreferencias del HN "ERM" EsSALUD
ELABORACIÓN: Propia.

TABLA N° 57

**RELACION EGRESOS / REFERIDOS
SERVICIOS DE CLINICA Y CIRUGIA PEDIATRICOS
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

RED ASISTENCIAL	EGRESOS	REFERIDOS	RELACION E/R*
RED REBAGLIATI	3506	6341	0.55
RED ALMENARA	717	1291	0.56
RED SABOGAL	1667	1398	1.19
OTRAS REDES	2075	1402	1.48
TOTAL	7965	10432	0.76

LEYENDA: * Relación E / R: Relación de pacientes egresados del área de hospitalización de los Servicios Pediátricos sobre el total de pacientes referidos de las diferentes Redes Asistenciales.

FUENTE: Oficina de Referencias y Contrarreferencias del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACION: Propia.

CUADROS

CUADRO N° 1.
DIFERENCIAS ENTRE EL MERCADO DE COMPETENCIA CONVENCIONAL Y EL
MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD*.

MERCADO COMPETITIVO	MERCADO DE CUIDADOS MEDICOS
- Muchos proveedores.	- Limitado número de proveedores.
- Firmas maximizadoras de beneficios.	- La mayoría de hospitales no tienen ese objetivo.
- Producto homogéneo.	- Producto heterogéneo.
- Información perfecta.	- Asimetría de la información.
- Pago directo por parte de los consumidores	- Los pacientes sólo cubren una fracción de los costos (por la existencia de seguros).

Elaboración: Stiglitz J.

Fuente: Stiglitz J. La Economía del Sector Público. 2da. ed; 1997.

CUADRO Nº 2
CLASIFICACION DE LOS SEGUROS DE SALUD*

TIPO	SISTEMA PUBLICO	SISTEMA PRIVADO
OBLIGATORIO	Seguro Social (Impuestos)	Seguro Privado Obligatorio (Primas)
VOLUNTARIO	Seguro Social Voluntario (Contribuciones)	Seguro Privado Voluntario (Primas)

* Elaboración: Trapnell G.

Fuente: Trapnell G. Aspectos Actuariales de los Seguros de Salud. En: Seminario Internacional de Reforma del Sector Salud. Lima (Perú): Ministerio de Salud (MINSa); 1997. p. 98.

CUADRO Nº 3
CARACTERÍSTICAS DE LOS SEGUROS SOCIALES Y PRIVADOS DE SALUD*.

<p>SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fuente única. - Socialización del financiamiento. - Socialización del riesgo. 	<p>SEGURO PRIVADO OBLIGATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Competitivo. - Socialización del financiamiento. - Evaluación del riesgo individual.
<p>SEGURO SOCIAL VOLUNTARIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fuente única. - Socialización limitada del financiamiento. - Socialización limitada del riesgo. 	<p>SEGURO PRIVADO VOLUNTARIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Competitivo. - Financiamiento individual. - Evaluación del riesgo individual.

* Elaboración: Trapnell G.

Fuente: Trapnell G. Aspectos Actuariales de los Seguros de Salud. En: Seminario Internacional de Reforma del Sector Salud. Lima (Perú): Ministerio de Salud (MINSa); 1997. p. 98.

CUADRO N° 4

**DEPARTAMENTO MEDICINA INFANTIL
DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS POR ESPECIALIDADES - AÑO 2003
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

SERVICIO	ESPECIALIDAD	N° MEDICOS
CLÍNICA PEDIÁTRICA	MEDICINA	9
	NEUROLOGÍA	1
	NEFROLOGÍA	2
	CARDIOLOGÍA	2
	NEUMOLOGÍA	3
	ENDOCRINOLOGÍA	2
	INFECTOLOGÍA	2
	GASTROENTEROLOGÍA	2
	NUTRIÓLOGIA	2
	ALERGIA E INMUNOLÓGICA	-
	REUMATOLOGÍA	-
	DERMATOLOGÍA	-
	ONCOLOGÍA	-
	HEMATOLOGÍA	-
	GENÉTICA	-
PSIQUIATRÍA	-	
SUBTOTAL		25
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	CIRUGÍA GENERAL	15
	NEUROCIRUGÍA	6
	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	4
	UROLOGÍA	3
	OTORRINOLARINGOLOGÍA	2
	OFTALMOLOGÍA	3
	CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	-
	CIRUGÍA DE TÓRAX Y CARDIOVASCULAR	-
	CIRUGÍA REPARADORA	-
	ODONTOLOGÍA	-
	SUBTOTAL	
TOTAL		58

FUENTE: Jefaturas de Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos del HN "ERM" ESSALUD.

ELABORACIÓN: Propia.

CUADRO Nº 5

**INDICADORES DE CONSULTA EXTERNA SEGÚN ENFOQUE SISTÉMICO 1998-2003
SERVICIOS DE CLÍNICA Y CIRUGÍA PEDIÁTRICOS
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR	CLÍNICA	CIRUGÍA
PROCESO				
ACTIVIDADES				
CONSULTA MÉDICAS	Sumatoria de todas las consultas externas realizadas		31518.7	20644.8
PRODUCTIVIDAD				
RENDIMIENTO HORA MEDICO	$\frac{\text{Nº Consultas Médicas realizadas en un período de tiempo}}{\text{Nº Horas Médico efectivas en el mismo período}}$	Nivel IV: 4,0	3.56	3.80
USO				
CONCENTRACIÓN	$\frac{\text{Total de Consultas Externas en un período de tiempo}}{\text{Total de Consultantes en el mismo período}}$	Nivel IV: 5	2.57	2.95
UTILIZACIÓN				
UTILIZACIÓN HORAS/MEDICO	$\frac{\text{Horas Médico efectivas x 100}}{\text{Horas Médico programadas}}$	90%	85.90%	88.90%
UTILIZACIÓN DE CITAS	$\frac{\text{Nº de Citas efectuadas en un período x 100}}{\text{Nº de Citas Ofertadas en el mismo período}}$		90.90%	95.80%
DESERCIÓN	$100 - \frac{\text{Nº de Consultas realizadas en un período x 100}}{\text{Nº de Citas efectuadas en el mismo período}}$	5%	16.80%	17.20%
ÍNDICE PACIENTES NUEVOS	$\frac{\text{Nº Pacientes Nuevos}}{\text{Nº Total de Consultantes}}$		0.45	0.51

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

CUADRO Nº 6

**INDICADORES PROMEDIO DE HOSPITALIZACIÓN SEGÚN ENFOQUE SISTÉMICO 1998-2003
SERVICIOS DE CLÍNICA Y CIRUGÍA PEDIÁTRICOS
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR	CLINICA	CIRUGIA
PROCESO				
ACTIVIDADES				
EGRESOS	Sumatoria de todos los egresos en un período de tiempo		1237	1349
PRODUCTIVIDAD				
RENDIMIENTO CAMA	$\frac{\text{Nº Total de Egresos en un período de tiempo}}{\text{Nº Total de Camas reales (promedio) en el período}}$	Nivel IV: 3,0	2.3	3.8
UTILIZACIÓN				
% UTILIZACIÓN DE CAMAS	$\frac{\text{Nº Total Pacientes-Día en un período} \times 100}{\text{Nº Total de Días -Cama disponibles}}$	90%	94.70%	83.50%
INTERVALO DE SUSTITUCIÓN	$\frac{\text{Días -Cama disponibles} - \text{Pacientes Día período}}{\text{Nº Total de Egresos período}}$	1día	0.71	1.42
RESULTADO				
EFICACIA				
PROMEDIO ESTANCIA	$\frac{\text{Nº Total de Días de Estancia Hospitalaria}}{\text{Nº Total de Egresos}}$	Nivel IV: 9 días	12.5	6.8
EFFECTIVIDAD				
NUMERO FALLECIDOS	Sumatoria fallecidos en un período de tiempo		31	7
TASA MORTALIDAD BRUTA	$\frac{\text{Total de Fallecidos en un período de tiempo} \times 100}{\text{Total de Egresos en el mismo período}}$	4%	2.5	0.6
TASA MORTALIDAD NETA	$\frac{\text{Total Fallecidos igual o mayor de 48 horas ingreso} \times 100}{\text{Total Egresos} - \text{Fallecidos menor de 48 horas ingreso}}$	3%	2.4	0.5

FUENTE: División de Estadística e Informática del HN "ERM" EsSALUD

ELABORACIÓN: Propia.

CUADRO Nº 7

**CENTRO QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO
PROGRAMACIÓN SEMANAL DE TURNOS QUIRÚRGICOS POR ESPECIALIDADES
HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" ESSALUD**

TURNO	SALA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
MAÑANA	Nº 1	C. General	Otorrino	C. Tórax CV.	Urología	Neurocirugía	C. General
	Nº 2	Neurocirugía	Trauma	Oftalmología	C. Plástica	Trauma	C. Cabeza y C.
	Nº 3			Broncoscopía			
TARDE	Nº 1	C. General	C.General	C. Tórax CV.	Urología	Neurocirugía	
	Nº 2	Neurocirugía	Trauma	Trauma	Quimioterapia		
	Nº 3						

FUENTE: Coordinación de la Unidad de Anestesiología Pediátrica del HN "ERM" EsSALUD.

ELABORACIÓN: Propia.

**PROPUESTA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS
PEDIÁTRICAS**

LISTA DE PADECIMIENTOS POR NIVEL DE ATENCION

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
ALERGIA E INMUNOLOGIA Urticaria aguda Alergias alimentos y medicamentos	Asma leve a moderado (I) Alergias respiratorias (I) Conjuntivitis alergica(I)	Asma severo (II) Alergias respiratorias severas o complicadas(I) Inmunodeficiencia primarias y secundarias (III) Urticaria crónica (II) Lupus (III) Enf de la colágena(III) Enfermedad del suero(III) Enfermedad injerto contra huésped(III) Amiloidosis(III)
ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Talla baja familiar	Falla para medrar (II) Talla baja constitucional(I)	Talla baja patológica (II)
AUDIOLOGÍA Y FONIATRÍA	Secuelas de labio y paladar hendido (I) Vertigo estudio inicial (I) Estudio inicial de hipoacusia (I) Trastornos de lectoescritura (I)	Trastornos y retraso del lenguaje (I) Malformaciones de aparato fonoarticulador (I) Sordera (I) Implantes cocleares(I) Malformaciones de oído (I) Disfonías crónicas (I)
Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico		

COMITÉ DE REFERENCIA/CONTRARREFERENCIA PEDIÁTRICA: Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de la Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbana del Estado de México. México. 2002. Disponible en URL:

www.salud.gov.mx/unidades/dqces/doctosFuente/Lineamientos_referencia_y_contrarreferencia.pfd

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
CARDIOLOGÍA Búsqueda intencionada de fiebre reumática(I) Detección clínica de cardiopatías Detección de hipertensión arterial	Cardiopatía Reumática Seguimiento (I) Seguimiento de cardiopatías congénitas acianógenas (I) Estudio inicial de hipertensión arterial	Diagnóstico definitivo de cardiopatías (I) Tratamiento quirúrgico de cardiopatías congénitas (II) Seguimiento de cardiopatías congénitas cianógenas (II) Miocardiopatías (II) Arritmias (I) Pericardiopatías Micardiopatías Seguimiento de P.O. de corazón (II) Trasplantes (III) Trastornos vasculares
CIRUGÍA PEDIÁTRICA Y ENDOSCOPIA Heridas y quemaduras leves	Quiste tirogloso Hipertrofia congénita de piloro Mal rotación intestinal Suboclusión Intestinal Enfermedad diverticular (II) Hernia inguinal Invaginación Intestinal Apendicitis Fimosis (I) Granuloma umbilical Torsión testicular Criptorquidea Tratamiento quirúrgico de reflujo Enterocolitis necrozante I	Fistula branquial Estenosis o atresias de tubo digestivo (II) Peritonitis meconial Onfalocele y gastrosquisis Divertículo de Meckel (II) Hernia diafragmática (II) Trasplantes (III) Hemo y quilo tórax Malformación anorectal (II) Anomalías del tracto biliar (II) Cuerpos extraños en vías aérea y digestiva Sangrado tubo digestivo Linfangiomas Enterocolitis necrotizante II y III Malformación caja toraccica Masa abdominal en estudio Colon tóxico amibiano
CIRUGÍA MAXILO – FACIAL Y ODONTOLOGÍA Caries Corrección de frenillo	Afecciones de glándulas salivales (I) Traumas orales y dentales	Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico
Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico		

COMITÉ DE REFERENCIA/CONTRARREFERENCIA PEDIÁTRICA: Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de la Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbana del Estado de México. México. 2002. Disponible en URL:

www.salud.gov.mx/unidades/dqces/doctosFuente/Lineamientos_referencia_y_contrarreferencia.pfd

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
CIRUGIA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA	Hemangiomas(I) Lipomas y quiste dermoide (I) Labio y paladar hendido (I) Manejo inicial de quemados Rinoplastias (I) Sindactilia Polidactilia	Labio y paladar hendido Reimplantes de manos o dedos Reconstrucciones faciales Avances cráneo – faciales (II) Manejo de hmangiomas (II) Manejo de complicaciones de quemados. Trauma cráneo – facial Microtias (I)
DERMATOLOGIA Dermatitis Atópica (I) Infecciones superficiales de la piel (virus, bacteria, hongos) Acné Uñas encarnadas Picaduras de insectos Urticaria y eritema polimorfo Dermatitis seborreica Hemangiomas planos Exantemas virales Pediculosis	Fotosensibilidad Hiper o hipopigmentaciones (I) Alopecias(I) Dermatitis seborréica grave(I) Tuberculosis cutanea Deshidrosis Vitiligo Fotosensibilidad Nevos Erisipela y celulitis Escabiasis	Micosis profundas(II) Pénfigos (II) Psoriasis (II) Ictiosis(III) Porfirias(III) Miasis Oncocercosis Esclerosis tuberosa (II) Farmacodermias severas Displasia ectodérmica(I) Sx Neurocutaneos(I) Hemangiomas gigantes y cavernosos(I) Neoplasias cutaneas malignas(I) Otras ectoparasitosis (I)
ENDOCRINOLOGIA Obesidad I grado	Hipotiroidismo congénito(I) Obesidad de II y III Grado(I)	Diabetes Mellitas (II) Diabetes Insípida (II) Tirotoxicosis (II) Tiroiditis Alteraciones suprarrenales (II) Pubertad precoz (III) Ambigüedad de genitales(III) Alteraciones gonadales (II) Obesidad secundaria(III) Neoplasias endocrinologicas (III)
ESTOMATOLOGIA Higiene bucal Periodontopatias Aplicación de fluor	Caries(I) Periodontopatias que requieran cirugía(I) Endodoncia, parodoncia, ortodoncia (I) Traumatismo dentoalveolar(I) Maloclusión(I)	Rehabilitación integral Cirugía bucodentomaxilar Disarmonias dentofaciales Ránula Complicaciones orales de problemas sistémicos(III)
Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico		

COMITÉ DE REFERENCIA/CONTRARREFERENCIA PEDIÁTRICA: Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de la Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbana del Estado de México. México. 2002. Disponible en URL:

www.salud.gov.mx/unidades/dgces/doctosFuente/Lineamientos_referencia_y_contrarreferencia.pdf

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN		
Desnutrición de I Grado Sobrepeso Gastroenteritis Niño vomitador (manejo inicial) Hepatitis no complicada Intolerancia y alergia a alimentos Parasitosis intestinal Constipación dietética	Desnutrición de II Grado (I) Obesidad (I) Intolerancia a la lactosa (I) Reflujo gastro-esofágico (I) Colon irritable (I) Enfermedad ácido péptica (I) Enterocolitis necrosante Grado I y II Colecistitis Colelitiasis Absceso hepático Enf Inflamatoria de vias biliares(I) Dolor abdominal crónico en etapa inicial(I) Reflujo gastroesofágico(I)	Desnutrición de III Grado (III) Obesidad Grave (II) Avitaminosis (II) Reflujo gastro-esofágico complicado (III) Constipación crónica (II) Encopresis (II) Mala absorción intestinal (III) Colitis ulcerativa (III) Enf Cronh (III) Enfermedad celiaca (III) Intestino corto (III) Intolerancia a la proteínas de la dieta (II) Linfangiectasia Intestinal (III) Infección por Helicobacter Pylori (II) Agangliosis intestinal (II) Enterocolitis necrosante grado III y IV Diarrea crónica Enfermedad celiaca (III) Vasculitis e isquemias intestinales(II) Pancreatitis Sx. Colestásicos (II) Hepatitis tóxicas y crónicas (III) Insuficiencia Hepática (III) Úlcera peptica(II) Anorexia y bulimia(III) Dolor abdominal crónico etapa avanzada(II) Poliposis intestinal(II) Hipertensión portal(III) Colon agangliónico(II)
Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico		

COMITÉ DE REFERENCIA/CONTRARREFERENCIA PEDIÁTRICA: Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de la Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbana del Estado de México. México. 2002. Disponible en URL:

www.salud.gov.mx/unidades/dcces/doctosFuente/Lineamientos_referencia_y_contrarreferencia.pfd

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
GENÉTICA Síndrome de Down diagnóstico clínico (I)	Seguimiento de cromosomopatías ya estudiadas(I)	Síndrome de Down diagnóstico paraclínico (I) Otras cromosomopatías (II) Errores del metabolismo (III) Consejo genético Medicina Genómica Estudio de retraso mental(I) Ambigüedad de genitales(II) Genodermatosis(II) Estudio de malformaciones múltiples(I)
GINECOLOGIA	Dismenorrea Trastornos menstruales (I) Enfermedades de Transmisión sexual Trauma genital femenino (I)	Amenorrea en estudio (II) Tumores mamarios (III) Abuso sexual (II)
HEMATOLOGÍA Anemia ferropénica	Anemia megaloblástica (I) Pacientes terminales Púrpuras vasculares no complicadas (I) Deficiencia vitamina K	Otras anemias (II) Policitemia (II) Púrpuras trombocitopénicas (I) Púrpuras vasculares complicadas Sx. Mielodisplásicos (II) Leucemias (III) Linfomas (III) Coagulopatías congénitas
INFECTOLOGÍA Infecciones de vías respiratorias altas Neumonía sin dificultad respiratoria Gastroenteritis sin deshidratación Parasitosis intestinales Fiebre tifoidea Hepatitis aguda Exantemas virales	Neumonía con dificultad respiratoria Laringotraqueítis Sx. Coqueluchoides y tos ferina Bronquiolitis Infecciones de vías urinarias Enfermedades de Transmisión sexual Meningitis, Encefalitis no complicadas Celulitis Gastroenteritis con deshidratación Absceso hepático Artritis sépticas Mononucleosis infecciosa Fiebre de larga evolución (I) Fiebre tifoidea(I) Tuberculosis (I) Mononucleosis infecciosa	Epiglotitis Absceso retrofaringeo Neumonías complicadas Endocarditis, Miocarditis Absceso cerebral Celulitis gangrenosa Hepatitis con insuficiencia hepática SIDA (III) Infecciones en huésped inmunocomprometido Tétanos Rabia Enfermedad de Kawasaki Meningitis tuberculosa Brucelosis Riketsiosis Neumonía por atípicos Leptospirosis ántrax Tracoma
Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico		

COMITÉ DE REFERENCIA/CONTRARREFERENCIA PEDIÁTRICA: Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de la Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbana del Estado de México. México. 2002. Disponible en URL:

www.salud.gov.mx/unidades/dgces/doctosFuente/Lineamientos_referencia_y_contrarreferencia.pdf

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
NEFROLOGÍA	Glomerulonefritis no complicada Insuficiencia Renal Aguda Diálisis peritoneal (II)	Otras Glomerulopatías Insuficiencia Renal Crónica (III) Nefropatías tubulares (II) Nefropatías intersticiales (II) Nefrotoxicidades Trasplante (III) Hemodiálisis (III)
NEUMOLOGÍA Neumonía sin dificultad respiratoria	Neumonía con dificultad respiratoria Neumotórax Asma leve y moderada(I)	Neumopatías crónicas (II) Fibrosis quística (III) Mediastinitis Asma severa (II)
NEONATOLOGÍA Manejo del RN Sano	Neonato de alto riesgo Ictericias en estudio Exanguíneotransfusión Septicemia Alteraciones Metabólicas Prematurez Asfixia leve a moderada Taquipnea transitoria	Prematurez extrema SDR (Ventilación) Asfixias severas Alteraciones Neurológicas graves Malformaciones que comprometan la vida Hipertensión pulmonar(II) Persistencia de alteraciones metabólicas(II)
NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA Trauma Craneoencefálico leve	Seguimiento de Crisis convulsivas (I) Hidrocefalia (II) Mielomeningocele (II) Trauma Craneoencefálico Moderado Cefalea en estudio (I) Migraña (I)	Epilepsia de difícil control (II) Otros tipos de epilepsia (II) Malformaciones del SNC (II) Tumores cerebrales (III) Enfermedades degenerativas del SNC (III) Cirugía de Epilepsia (II) Cirugía Estereotáxica (II) Trauma Craneoencefálico Severo Cráneo hipertensivo Sx. Del Niño hipotónico (II) Trauma medular Sx. Neurocutaneos (I) Distrofias Musculares (II)
Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico		

COMITÉ DE REFERENCIA/CONTRARREFERENCIA PEDIÁTRICA: Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de la Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbana del Estado de México. México. 2002. Disponible en URL:

www.salud.gov.mx/unidades/dgces/doctosFuente/Lineamientos_referencia_y_contrarreferencia.pfd

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
OFTALMOLOGÍA Conjuntivitis bacteriana Blefaritis no complicada	Estudio de agudeza visual Enfermedades inflamatorias del párpado Dacriestenosis y dacricistitis (I) Estrabismo (I)	Malformaciones oculares Tumores (III) Anomalías corneales, retiniana (II) Cirugía lasser Trauma ocular Celulitis periorbitaria Neuritis
ONCOLOGÍAS	Tumores benignos(I) Pacientes terminales	Tumores sólidos (III) Histiocitosis (III) Tumores abdominales en estudio (III)
OTORRINOLARINGOLOGÍA Tapones de cerumen	Infecciones respiratorias altas recurrentes (I) Epistaxis	Otitis crónica recurrente (I) Perforación timpánica (I) Nasoangiofibromas (II) Atresia de coanas Laringomalasia (II) Papilomatosis laríngea (II) Estenosis o membranas laríngeas Estridor y disfonía no infecciosa (I)
PAIDOPSIQUIATRÍA Depresión Simple Desordenes reactivos Violencia intrafamiliar	Neurosis (I) Otros trastornos depresivos (I) Agresividad (I) Retrazo psicomotor (I)	Intento suicida (III) Disfunción cerebral mínima (II) Psicosis (III) Trastornos del lenguaje (I) Desviaciones sexuales (I) Anorexia y bulimia (II) Fármaco dependencia (III)
PROBLEMAS SOCIALES Alteraciones de la dinámica familiar	Abandono (I) Trastornos de hábitos (II)	Maltrato infantil (III) Abuso sexual (II)
REUMATOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA Artralgias y dolores de crecimiento	Sospecha clínica de colagenopatía	Lupus (III) Enfermedades de la colágena (III) Sx. Antifosfolípidos(III) Hepato – esplenomegalias en estudio (III) Vasculitis(III) Enfermedades por atesoramiento (III)
Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico		

COMITÉ DE REFERENCIA/CONTRARREFERENCIA PEDIÁTRICA: Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de la Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbana del Estado de México. México. 2002. Disponible en URL:

www.salud.gov.mx/unidades/dqces/doctosFuente/Lineamientos_referencia_y_contrarreferencia.pfd

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
TOXICOLOGÍA	Intoxicaciones leves	Intoxicaciones severas Farmacodependencia (II)
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA Dolores del crecimiento Trastornos posturales	Pie plano (I) Luxación congénita de cadera (I) Lesiones vasculares (II)	Displasias esqueléticas (I) Fracturas Politauumatismo Tumores (III)
UROLOGÍA Infección de vías urinarias Vulvovaginitis	Enuresis (I) Escroto agudo Criptorquidea (I) Parafimosis	Malformaciones de las vías urinarias y renales. (II) Trauma urinario y renal (II) Reflujo vesico-ureteral (II) Hidronefrosis (II) Uropatías obstructivas (II) Urolitiasis (II) Vejiga neurogénica (II)
Entre paréntesis se indica el nivel de atención que dará el seguimiento pediátrico		

COMITÉ DE REFERENCIA/CONTRARREFERENCIA PEDIÁTRICA: Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de la Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbana del Estado de México. México. 2002. Disponible en URL:

www.salud.gov.mx/unidades/dgces/doctosFuente/Lineamientos_referencia_y_contrarreferencia.pfd