

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INDICADORES DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN HOSPITALARIA EN
LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN EL
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA – ABANCAY
2014-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

LAXMI HINOJOSA SALAS

**CALLAO - 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA PRESIDENTE
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO SECRETARIA
- DR. SANDY DORIAN ISLA ALCOSER VOCAL

ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 331

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05/09/2018

Resolución Decanato N° 1352-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	23
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	28
3.1 Recolección de Datos	29
3.2 Experiencia Profesional	30
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	33
IV. RESULTADOS	37
V. CONCLUSIONES	58
VI. RECOMENDACIONES	59
VII. REFERENCIALES	60
ANEXOS	61

INTRODUCCIÓN

De los sectores más relevantes e importantes del sistema socioeconómico a nivel mundial y en nuestro país, podemos destacar al sector salud. Las razones son tres, a) la gran utilización de los recursos económicos necesarios para su funcionamiento, b) por la trascendencia social, al ser el sector que se ocupa del cuidado de la salud de la población en general, y c) al ser uno de los sectores más cambiantes y presentes en nuestra Sociedad.

Las razones que justifican los trabajos de medición de la eficiencia y productividad en el sector público, todos ellos explicados y justificados por la voluntad de ejercer un mayor control sobre la utilización y optimización de los recursos públicos. En primer lugar, la utilización de recursos públicos en el ámbito sanitario debiera traducirse en incrementos proporcionales de salud, de bienestar social en los ciudadanos, por lo que es necesario y conveniente analizar el nivel de eficiencia económica de las acciones en salud. En segundo lugar, los análisis de eficiencia de los recursos públicos utilizados permiten detectar los motivos de ineficiencia, lo que debería implicar una mejor gestión y en consecuencia una optimización de costes al erradicar los motivos de la ineficiencia.

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, es una entidad cuya partida presupuestaria no satisface las necesidades reales de la institución debido a su nivel de complejidad; el periodo de este trabajo, motivo del informe ha coincidido con periodos económicos, donde las

tensiones presupuestarias han exigido a producir más con menos, es decir, aumentar su eficiencia, aprovechar más y mejor los recursos para obtener el máximo rendimiento de ellos.

El Hospital regional Guillermo Díaz de la Vega ha implementado a partir del año 2014 un sistema de control de Indicadores Hospitalarios, que con el tiempo ha facilitado la capacidad de análisis y toma de decisiones referente al porcentaje de alcance de los indicadores en relación a los estándares nacionales; lo que coadyuva a la oferta hospitalaria oportuna eficaz y eficiente.

Por otro lado resulta de gran interés llegar a un nivel de calidad en el manejo de la gestión que le permita realzar su misión, basada en un efectivo manejo sustentado en sus indicadores válidos, precisos, confiables, oportunos comparables e interpretables.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

La inexistencia de evaluaciones previas en relación a la calidad de servicio brindado en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, que permita valorar las condiciones de oferta y demanda, nos genera la siguiente interrogante:

¿Existe empoderamiento en la recopilación y control de calidad de datos para construir indicadores de gestión hospitalaria?

¿Existe un adecuado manejo de indicadores en las unidades productoras de servicios de salud del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay?

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega está ubicado en la Av. Daniel Alcides Carrión S/N de la provincia de Abancay en la Región Apurímac, es el establecimiento de mayor capacidad resolutive del ámbito de la región y da asistencia a la población referencial de cinco provincias de la Región Apurímac.

Al año 2014, se encontraba en una severa crisis administrativa como no había ocurrido antes, la que impacta directamente en la insatisfacción de los usuarios que acuden al hospital en la búsqueda de la resolución de sus problemas de salud. La gestión hospitalaria, no era evaluada por el resultado de indicadores de gestión establecidas por el Ministerio de

Salud, la medición era incipiente y por debajo los estándares establecidos para su complejidad y categorización.

La falta de insumos medico quirúrgicos de uso frecuente para la atención de los pacientes, la inoperatividad y tiempos de vida de equipos electromecánicos y biomédicos por exceso de uso sin mantenimiento adecuado, la falta de medicamentos y el incumplimiento de obligaciones con proveedores y personal administrativo y asistencial son un recuento de los problemas que se han presentado en el Hospital. Adicionalmente a ello se observan procesos administrativos y asistenciales que dependen de registros manuales o en el que se encuentra duplicidad de tareas y trabajos en paralelo, no coordinado entre profesionales de la salud médicos y no médicos, y personal administrativo, y caso específico con la Unidad de Estadística e Informática. Interacción

La motivación para este trabajo se fundamenta en la necesidad de documentar la importancia de la implementación del proceso de gestión por resultados, los mismos que se han implementado en las unidades productoras de servicios de salud, pero con énfasis en hospitalización, unidad de cuidados intensivos generales y neonatales, emergencias y consultorios externos. Por lo que su revisión y análisis generará el planteamiento de mejoras y acciones con el fin de efectuar procesos más eficientes; lo que sin duda mejorará la percepción de calidad del servicio que brinda en el Hospital.

A partir del año 2014 se da inicio a la revisión en cuanto a la medición del desempeño de indicadores hospitalarios a nivel general.

1.2. Objetivo

Describir la implementación de los indicadores de gestión y evaluación hospitalaria en las unidades productoras de servicios de salud del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega - Abancay 2014-2016.

1.3. Justificación

El incremento de la demanda de atención de consultorios externos y hospitalización requiere que los procesos de atención hospitalaria sean muy eficientes, tanto en admisión como en el tiempo de permanencia de lo contrario generara un estancamiento del flujo de pacientes, listas de espera y percepción de mala calidad de atención y gastos excesivos de recursos.

En ese contexto, se pretende mejorar las capacidades en el personal asistencial y de la unidad de estadística e informática, para el control de calidad, procesamiento adecuado, análisis y evaluación indicadores de gestión hospitalaria, que faciliten la implementación de estrategias para una adecuada conducción de los recursos hospitalarios mediante la optimización y valoración de los procesos administrativos asistenciales, el uso racional de los recursos y el cumplimiento de resultados.

Las propuestas que se plantea es aplicable al contexto actual, realista y

alcanzable en el corto plazo, sin la necesidad de inversión de grandes recursos económicos ni grandes incrementos de personal; buscan utilizar los recursos que se disponen para mejorar la eficiencia en los procesos de atención hospitalaria.

Finalmente, mejorar de los procesos de implementación del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado. A la publicación del Decreto Supremo N° 005-2014-S.A., se define las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir para alcanzar lo estipulado en el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153; cuya **finalidad:** es garantizar la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud en beneficio de la población cuyos resultados y metas fortalezcan la seguridad del paciente y capacidad de respuesta en la prestación de los servicios de salud.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

A Nivel Internacional:

FERRADIZ GOMIS, Roberto (2017), España, realizó un estudio con el objetivo de medir la eficiencia de nueve hospitales públicos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM) pertenecientes al Servicio Murciano de la Salud (SMS) en los años 2012-2014, cuyas conclusiones al finalizar, fueron alentadores. El número de hospitales eficientes ha tenido una tendencia creciente positiva, de 2 el primer año, 6 el segundo y de 8 el tercero. Lo que supone alcanzar el 89% de hospitales eficientes en el último año del periodo. Como resumen el 59% de las unidades han tenido un comportamiento eficiente en el periodo. (1)

ZAVALA ALONSO, Ma Elena (2015) Potosí, cuyo objetivo fue describir el proceso de evaluación de los indicadores de calidad de enfermería desde la Meta evaluación en un hospital público de San Luis Potosí. Conclusiones: El proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería estudiado por medio de la Metaevaluación, es discontinuo, lleva una línea que se disgrega por múltiples factores, esto no responde a la conducción de la evaluación que determina la calidad en la atención de enfermería. Se propone una evaluación sistemática con

énfasis en el proceso, sin dejar de lado lo establecido por normatividad en el hospital. (2)

A Nivel Nacional:

GONZALEZ PELAEZ, Wilfredo (2015) Perú; realizó una investigación con el objetivo de evaluar la eficiencia de la gestión de camas hospitalarias en el servicio del Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, para el periodo 2014 y además, determinar el porcentaje de ocupación de camas, promedio de estancia hospitalaria, índice de rotación e intervalo de sustitución. (2)

Estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal y descriptivo, con recojo de información retrospectiva. Se revisó una muestra aleatoria simple de 239 hospitalizaciones de 4829 egresos en el año 2014. Siendo una de las conclusiones que la gestión de camas en el Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo del Hospital Nacional Guillermo Irigoyen de EsSalud en el año 2014, no fue eficiente, al haberse constatado un alto porcentaje de ocupación de camas, un corto promedio de estadía hospitalaria, un alto índice de rotación de camas y un muy corto intervalo de sustitución, aparejado de un 35% de hospitalizaciones inadecuadas. (3)

2.2. Marco Conceptual

Los altos niveles de exigencia a la que están sometidas las entidades prestadoras de salud, obliga a sus gestores a apoyarse en información

directa, real, veraz y demostrable que evidencie la gestión realizada por cada uno de los miembros de la institución, para la toma de decisiones.

En este sentido, un indicador de gestión en el sector salud, es una herramienta indispensable que permite medir la administración de servicios, calcular el logro de sus objetivos sociales e institucionales, integra además juicios valorativos basados en atributos que deberán ser definidos con claridad, conceptual y operativamente.

De esta manera, los indicadores de gestión y evaluación, valorarán a partir del cumplimiento o no, de determinados estándares, la satisfacción de las necesidades y/o el logro de metas. Por ello, los indicadores de gestión y evaluación del desempeño en hospitales, institutos y DIRESA, constituye una herramienta que ayuda a evaluar y corregir la gestión acorde a los objetivos fundamentales del sector salud, reflejada en una atención de calidad a sus usuarios.

2.2.1. Indicador:

Es una representación cuantitativa, verificable objetivamente, a partir de la cual se registra, procesa y presenta la información necesaria para medir el avance o retroceso en el logro de un determinado objetivo.

Los indicadores cumplen dos funciones básicas, una de carácter cuantitativo y otros de tipo cualitativo. La primera se centra únicamente en medir el estado de avance de una intervención pública, mientras que la

segunda cumple más una función valorativa al permitir establecer afirmaciones de carácter calificativo en torno al avance registrado. (4)

2.2.2. Características de los Indicadores

Los indicadores deben cumplir con unos requisitos y elementos para poder apoyar la gestión en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Las características más relevantes son las siguientes:

- **Oportunidad:** Deben permitir obtener información en tiempo real, de forma adecuada y oportuna, medir con un grado aceptable de precisión de resultados alcanzados y los desfases con respecto a los resultados propuestos.
- **Excluyentes:** cada indicador debe evaluar un aspecto específico único de la realidad, una dimensión particular de la gestión. Si bien la realidad en la que se actúa es multidimensional un indicador puede considerar alguna de tales dimensiones (económica, social, cultural, política u otras), pero no puede abarcarlas todas.
- **Prácticos:** que se facilite su recolección y procesamiento.
- **Claros:** Ser comprensible tanto para quienes lo desarrollen o para quienes lo estudien o lo temen como referencia.
- **Explícitos:** Definir de manera clara las variables con respecto a las cuales se analizará para evitar interpretaciones ambiguas.
- **Sensible:** reflejar el cambio de la variable tiempo.
- **Transparente/verificable:** su cálculo debe estar adecuadamente soportado y ser documentado para su seguimiento y trazabilidad.

2.2.3. Beneficios de los indicadores:

- Apoya el proceso de planificación (definición de objetivos y metas) y de formulación de políticas de mediano y largo plazo.
- Posibilita la detección de procesos o áreas de la institución en las cuales existen problemas de gestión tales como: uso ineficiente de los recursos, demoras excesivas en la entrega de los productos, asignación del personal a las diferentes tareas, etc.
- Posibilita a partir del análisis de la información entre el desempeño efectuado y el programado, realizar ajustes en los procesos internos y readecuar cursos de acción eliminando inconsistencias entre el quehacer de la institución sus objetivos prioritarios.
- Los indicadores de desempeño sientan las bases para una asignación más fundamentada de los recursos públicos
- Establece mayores niveles de transparencia respecto al uso de los recursos públicos y sienta bases para un mayor compromiso con los resultados por parte de los directivos y los niveles medios de dirección
- Apoya la introducción de sistemas de reconocimiento al buen desempeño tanto institucional como grupal e individual.

2.2.4. Tipología de Indicadores

Para la Clasificación de Indicadores, es necesario precisar que, desde diferentes metodologías, se plantean diversas clasificaciones.

I) Indicadores de Eficacia:

La eficacia busca mantener el cumplimiento de planes y programas de la entidad, previamente determinados, de tal modo que se pueda evaluar la oportunidad (cumplimiento de la meta en el plazo estipulado) al igual que la cantidad (volumen de bienes y servicios generados en el tiempo). Este concepto plantea en qué medida la organización como un todo cumple con sus objetivos estratégicos, se puede asociar a aspectos como:

- **Cobertura**, definido como el grado en que las actividades que se realizan, o los productos/servicios que se ofrecen son capaces de cubrir o satisfacer la demanda que de ellos existe
- **Focalización**, se relaciona con el nivel de precisión con que los productos servicios son entregados a la población objetivo
- **Capacidad de cubrir demanda**, se plantea si la entidad cuenta con capacidad para absorber de manera adecuada los niveles de demanda que tienen sus productos/servicios, en condiciones de tiempo y calidad.
- **Resultado Final**, permite comparar los resultados obtenidos respecto a un óptimo o máximo posible.

Ejemplo de indicadores de eficacia, es el Indicador de Focalización, que es el número de desempleados capacitados entre total de desempleados inscritos; Indicador Cobertura, es el porcentaje de egresados del programa de reinserción entre el total de inscritos en el programa de reinserción; y el Indicador Resultado Final, que es el porcentaje de infracciones que terminan en sanción efectiva.

II) Indicadores de Eficiencia:

Los indicadores de eficiencia se enfocan en el control de los recursos o las entradas del proceso, evalúan la relación entre los recursos y su grado de aprovechamiento de los mismos.

Costos, consisten en el examen de costos en que incurren las entidades públicas encargadas de la producción de bienes y/o la prestación de servicios, para alcanzar sus objetivos y resultados. Ejemplo de indicadores de eficiencia, el Costo de un servicio en relación al número de usuarios y el Costo total de un programa de becas dividido del total de beneficiarios

III) Indicadores de Efectividad:

Para el análisis de este tipo de indicadores es necesario involucrar la eficiencia y la efectividad, es decir el logro de los resultados programados en el tiempo y con los costos más razonables posibles.

Se relaciona con la medición del nivel de satisfacción del usuario, que aspira a recibir un producto o servicio en condiciones favorables de costo oportunidad y con el establecimiento de la cobertura del servicio prestado. Ejemplos de indicadores de efectividad, el porcentaje de disminución de quejas y reclamos en un periodo determinado, y el porcentaje de disminución de infecciones intrahospitalarias durante un periodo determinado.

IV) Indicadores de Calidad:

Se enfocan en la capacidad de la institución de responder en forma rápida y directa a las necesidades de sus usuarios. Son extensiones de la calidad factores tales como: oportunidad, accesibilidad, precisión y continuidad en la entrega de servicios, comodidad y cortesía en la atención.

Ejemplos de indicadores de calidad: Accesibilidad, es el porcentaje de población vulnerable cubierta con el programa, respecto de total vulnerable censado; Oportunidad, es el porcentaje de autorizaciones médicas especiales en menor tiempo al límite establecido; y Percepción del Usuario, es el porcentaje de quejas y reclamos en un periodo determinado, respecto del total de encuestados.

2.2.5. Otra Calificación:

I) Indicadores de Estructura: La evaluación de la Estructura corresponde al estudio de los recursos con que cuenta un hospital para brindar atención a los usuarios en respuesta de sus necesidades.

Accesibilidad, es la posibilidad que tiene la población de recibir atención de salud en el hospital. Establece el grado de dificultad del usuario para relacionarse con los servicios que ofrece un determinado centro asistencial. La accesibilidad está determinada por factores económicos, geográficos, culturales y organizativos.

Disponibilidad, es la relación entre la cantidad de recursos con que cuenta un hospital y la población a la cual se está brindando servicios.

(Población asignada). Evalúa si un servicio está siendo ofrecido a todos aquellos que pueden resultar beneficiados.

Adecuación, es la relación entre los recursos humanos, físicos y financieros y las necesidades de atención de los usuarios.

II) Indicadores de Proceso:

La evaluación de los procesos corresponde al estudio de la mecánica operativa de las diversas funciones que debe cumplir el hospital para la atención de los usuarios.

Actividades, son las acciones dirigidas a eliminar o modificar factores que producen o condicionan un daño o agresión a la salud.

Uso, es el promedio de servicios recibidos por cada usuario durante un periodo determinado.

Utilización, es la relación entre los recursos utilizados y los recursos disponibles para una actividad o por servicio, por unidad de tiempo.

Productividad, es el número de actividades o servicios alcanzados en relación a los recursos disponibles, por unidad de tiempo. Representa en términos potenciales, la máxima capacidad de operación o de utilización de un recurso.

Rendimiento, es el número de productos alcanzados (o actividades realizadas) en relación al recurso utilizado, por unidad de tiempo.

Calidad, es el conjunto de características que deben tener los servicios de salud, desde el punto de vista técnico y humano para alcanzar los efectos deseados, tanto para los proveedores como para los usuarios.

III) Indicadores de Resultados:

La evaluación de los resultados corresponde a los cambios producidos en la salud de las personas o de los propios servicios, debido a las diversas intervenciones que brinda el hospital.

Cobertura, es la proporción de personas con necesidades de servicios de salud que reciben atención para tales necesidades. La cobertura indica si el servicio de salud está llegando a la población que realmente lo necesita.

Eficacia, se define como el logro de los objetivos o metas planificadas por los servicios hospitalarios.

Eficiencia, es la relación entre los efectos de un servicio de salud y los recursos e insumos utilizados para producir dicho servicio.

Efectividad, mide el logro del objetivo o meta del servicio a nivel de la población, es decir el impacto como producto de un proceso.

2.2.6. Principales Indicadores:

La Oficina General de Epidemiología e Informática del Ministerio de Salud determinó la evaluación de la gestión por intermedio de indicadores (Ministerio de Salud, 2013) según se indica a continuación.

Para la valoración de la Eficiencia Hospitalaria, el MINSA seleccionó una lista de veintidós indicadores.

2.2.6.1 Indicadores de Producción y Rendimiento:

- 1) Productividad Hora Medico
- 2) Rendimiento Hora Medico

3) Concentración

4) Utilización de los Consultorios (Médicos)

Indicadores de Eficiencia

5) Promedio de Análisis de Laboratorio por Consulta Externa

6) Promedio de Permanencia

7) Intervalo de Sustitución cama

8) Porcentaje Ocupación de Camas

9) Rendimiento Cama

10) Razón de Emergencias por Consulta Médicas

11) Razón de Urgencias por Consulta Médicas

12) Rendimiento de Sala de Operaciones

13) Rendimiento de Sala de Operaciones (para Salas de Emergencia)

14) Rendimiento de Sala de Operaciones (para Salas de Cirugías

Electivas)

15) Grado de Resolutividad del Establecimiento de Salud

2.2.6.2 Indicadores de Calidad:

16) Porcentaje de Infecciones Intrahospitalarias

17) Tasa Neta de Mortalidad

18) Tasa de Cesárea

19) Tasa de Mortalidad Perinatal

20) Mortalidad Neonatal Precoz

21) Mortalidad Neonatal Tardía

22) Porcentaje de Cirugías suspendidas.

2.2.7. Indicadores de Consulta Ambulatoria:

- **Productividad hora medico:**

- **Concepto:** Indicador que mide la relación entre el número de atenciones médicas en consulta externa y el número de horas medico programadas.

- **Objetivo:** Conocer el promedio de pacientes atendidos por hora, por el profesional médico.

Número de Consultas Médicas Realizadas

Total, de horas medicas Programadas

Estándar: Hospital entre 4 y 5 consultas por hora.

2.2.8. Indicadores de Hospitalización:

- **Cama Hospitalaria:** es el número de camas disponibles para pacientes internados, ya sean ocupadas o vacantes.

- **Número de Egresos:** salida de un paciente luego de haber estado hospitalizado. El egreso puede ser de alta médica, alta voluntaria, fuga, transferencia a otro centro asistencial o defunción.

- **Promedio de Permanencia o Estadía:**

- **Concepto:** Indicador para evaluar el grado de aprovechamiento de las camas del hospital e indirectamente la calidad de los servicios, ya que en tiempos excesivos de hospitalización puede reflejar, entre otras causas deficiencias técnicas. Establece también el promedio de días de estadía que tiene cada paciente hospitalizado en un periodo de tiempo.

- **Objetivo:** Determinar el promedio de días de permanencia de los pacientes que egresaron en un periodo.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de estancia de los egresados (vivos o fallecidos) en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de egresados (vivos o fallecidos) en el mismo periodo}}$$

Estándar Propuesto: Hospital entre 3 a 5 días.

- **Intervalo de Sustitución de camas**

– **Concepto:** Se describe este indicador como el tiempo promedio (en días o fracción día), que una cama hospitalaria permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro. Se indica que el valor del intervalo de sustitución es ideal, cuando es mayor que cero y menor que uno, expresando que, si un paciente egresa, esa cama es ocupada por otro paciente en un periodo menor de un día.

– **Objetivo:** Determinar el tiempo en que permanece la cama vacía entre un egreso y el subsiguiente ingreso a la misma cama.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de cama disponible} - \text{N}^\circ \text{ de pacientes día en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos en el mismo periodo}}$$

Estándar propuesto: Hospital 0.6 hasta 1 día.

- **Porcentaje de Ocupación Cama**

– **Concepto:** Conocido también como grado de uso o índice ocupacional. Es un índice que mide el porcentaje de camas ocupadas, en relación al total de las disponibles en un determinado periodo (día, semana, mes o año).

– **Objetivo:** Evaluar el nivel de ocupación de las camas

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes día de un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de días cama disponibles en el mismo periodo}}$$

Estándar propuesto: Hospital: 85% - 90%.

- **Rendimiento Cama**

- **Concepto:** Sirve para mostrar el número de enfermos tratados en cada cama hospitalaria, es decir los egresos que dicha cama ha producido durante un periodo.

- **Objetivo:** Conocer el promedio de uso de una cama

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos de un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de camas disponibles promedio en el mismo periodo}}$$

Estándar propuesto: en un Hospital no menos de 48 egresos al año y un promedio de 04 al mes.

- **Tasa de Mortalidad:** sirve para una apreciación global de la situación de mortalidad.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos por defunción hospitalaria en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos en el mismo periodo}} \times 100$$

2.2.9. Indicadores de Centro Quirúrgico:

- **Número de Intervenciones quirúrgicas:** es la suma de las operaciones realizadas programadas o electivas y de emergencia, así como las de cirugía de día.
- **Número de pacientes operados:** es la suma de los pacientes en quienes se ha practicado una o más intervenciones quirúrgicas en el centro quirúrgico de hospital.

- **Rendimiento de sala de operaciones**

- **Concepto:** Este indicador sirve para conocer el promedio de intervenciones quirúrgicas que se realizan, en cada sala de centro quirúrgico. Permite identificar el grado de uso de las salas quirúrgicas (puede calcularse por separado el promedio de las salas de emergencia y de las destinadas para operaciones electivas)

- **Objetivo:** Determina el número promedio de intervenciones Quirúrgicas realizadas por cada operación.

$$\frac{\text{Número de Intervenciones Quirúrgicas ejecutadas}}{\text{Número de Salas de Operaciones}}$$

Estándar propuesto: Hospital 80 a 100 por sala en el mes.

- **Aprovechamiento de Sala de Operaciones:** mide el grado real de utilización de la capacidad instalada del centro quirúrgico

$$\frac{\text{N° de horas quirúrgicas efectivas en un periodo}}{\text{N° de horas quirúrgicas disponibles en el mismo periodo}} \times 100$$

- **Grado de cumplimiento de operaciones programadas:** Establece el porcentaje de intervenciones quirúrgicas realizadas respecto a las programadas

$$\frac{\text{N° intervenciones quirúrgicas programadas ejecutadas un periodo}}{\text{N° de intervenciones quirúrgicas programadas en el mismo periodo}} \times 100$$

- **Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas**

– **Concepto:** mide la proporción de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas. Permite identificar problemas, en los procesos relacionados con las intervenciones quirúrgicas.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas suspendidas en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas programadas en el mismo periodo}} \times 100$$

Estándar propuesto: Hospital 5%

2.3. Definición de terminos

Cama hospitalaria. Es la cama instalada para el uso regular de los pacientes hospitalizados (que no sean recién nacidos en el hospital) durante su estadía en el establecimiento.

Se cuenta como cama de hospital: todas las camas de adultos y de niños (con o sin barandillas), las cunas de recién nacidos enfermos, las incubadoras, las camas de cuidados intensivos.

Camas Disponibles: El número de camas realmente instaladas en el hospital, en condiciones de uso inmediato para la atención de pacientes hospitalizados, independiente de que estén ocupados o no.

Estancia hospitalaria. Es el número de días promedio que permanecen los usuarios en los servicios de hospitalización. Evalúa la calidad de los servicios prestados y el aprovechamiento del recurso cama.

Cirugías Electivas (Programada): Es la cirugía programada por el especialista en las unidades productoras de servicios de consulta externa.

Considere las intervenciones que se hacen en centro quirúrgico.

Consulta Externa: Es la atención regular de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada ni en el Servicio de Urgencias. El cliente tiene que pedir cita con el médico general y esperar a que este lo refiera al especialista. Es el servicio más voluminoso de la atención de salud. Implica apertura y uso de expediente individual de salud.

Días Camas Disponibles: Total de camas habilitados para hospitalización en un período.

Días de Estancia Hospitalaria: Es el número de días de permanencia en el hospital de un paciente egresado, comprendido entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso. Para el cálculo del indicador se cuenta el día de ingreso, pero no el de egreso. A los pacientes ingresados y egresados el mismo día se les computa un día de permanencia.

Días Paciente o Camas Ocupadas: Es la permanencia de un paciente hospitalizado ocupando una cama de hospital durante el período comprendido entre las 0 horas y las 24 horas de un mismo día.

Para calcular indicadores de la actividad hospitalaria de un período se multiplica el número de camas ocupadas o días-pacientes por los días de ese período y así se obtiene el número de día-cama ocupados o días-pacientes del período. Si en el mismo día una cama es ocupada por dos pacientes en momentos diferentes, deben considerar dos días –pacientes. El ingreso y egreso de un paciente en el mismo día debe ser considerado como un día ocupado o un día paciente.

Dotación Normal de Camas: Es el número de camas de hospital regularmente mantenido, durante períodos de operación normal, en áreas destinadas para el alojamiento y cuidado permanente de pacientes internados.

Estándar de Indicadores: Si bien lo ideal en una evaluación es comparar los resultados de los indicadores con estándares nacionales o internacionales, no siempre están disponibles para situaciones específicas ni han sido definidos en su totalidad. Por lo tanto, una alternativa útil es comparar los resultados de los indicadores consigo mismos cada seis o doce meses, es decir observar y analizar los cambios que han ocurrido en un determinado indicador a través del tiempo. El estándar dependerá de las metas propuestas por lo tanto los valores pueden ser referenciales

Egreso Hospitalario: Es la salida de un paciente hospitalizado de los servicios de internamiento del hospital. Un egreso implica siempre la conclusión del período de hospitalización y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta, fallecimiento o transferencia a otro establecimiento de salud (mayor complejidad).

Horas Médico Programadas. Es el tiempo en horas de atención en los consultorios externos, programadas para cada mes en el servicio o especialidad. Se consideran los turnos médicos regulares previstos en cada consultorio y las horas extraordinarias programadas.

Horas Médico Efectivas: Se refiere al tiempo que realmente se utiliza en la atención de pacientes en consulta médica externa.

En la práctica se registra el tiempo que transcurre entre el comienzo y el término de la atención de un grupo de pacientes asignados a la consulta médica por cada médico tratante es decir por turnos de atención.

Intervención Quirúrgica Programada: Es la intervención quirúrgica programada por el médico tratante o especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano independientemente de que esta se realice con ingreso o de forma ambulatoria, sea diagnóstica o terapéutica.

Mortalidad bruta: Se define a la ocurrencia del fallecimiento de todos los pacientes que llegan vivos al establecimiento y que fallecen en este.

Mortalidad Neta: Son las muertes de los pacientes hospitalizados que ocurren a partir de las 48 horas. Considere el servicio hospitalización y servicio de emergencia.

Mortalidad Perinatal: Es aquella muerte que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas de gestación y los siete primeros días de vida, o muerte del feto que alcanza mayor o igual a 500 gramos de peso.

Urgencia Médica: Son todas aquellas situaciones en las que, si bien no existe riesgo inminente de muerte, se requiere una rápida intervención Médica, ya sea para calmar el síntoma o para prevenir complicaciones mayores. Son ejemplos los traumatismos menores, quemaduras leves, las palpitations, la hipertensión arterial sintomática, la pérdida de

conocimiento recuperada, problemas relacionados con la diabetes, taquicardia, traumatismo de cráneo, abdomen y tórax, etc.

Asignación económica anual por cumplimiento de metas: Entrega económica que se otorgará una vez al año al personal de la salud de las entidades bajo el alcance del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, en caso se cumpla con las condiciones establecidas para el otorgamiento de esta asignación.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

El 29 de marzo del año 2014, se publica el Decreto Supremo N° 005-2014-S.A., en el que se definen las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir para alcanzar lo estipulado en el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al servicio del Estado, donde autoriza la entrega económica anual por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios; razón por la que en fecha 23 de mayo del 2014, con eficacia anticipada al 1 de abril del mismo año, se firma el CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL MINISTERIO DE SALUD, como parte del fortalecimiento de las políticas del sector salud, con la finalidad de garantizar la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud en beneficio de la población cuyos resultados y metas fortalezcan la seguridad del paciente y capacidad de respuesta en la prestación de los servicios de salud. Es importante precisar que si viene es cierto existía un convenio suscrito entre el Gobierno Regional y Ministerio de Salud.

La difusión de dicho convenio no fue debidamente difundida, y en ese entender a inicios del año 2015, la Oficina de Estadística e Informática remitió la información al Ministerio de Salud, la cual no conto con opinión favorable, habiendo alcanzado como hospital, solo el 5% de aprobación

en el marco del convenio suscrito, siendo uno de los requisitos mínimos para alcanzar la asignación de un bono anual haber alcanzado el 60%.

3.1. Recolección de datos

La fuente de recolección de datos para el presente informe ha sido la estadística de atendidos y atenciones, egresos e ingresos la misma que estaba a cargo de la Oficina de Estadística e Informática, no se contaba a ese entonces con el procesamiento de la información de Centro Quirúrgico; Registro de Atenciones pro cada Unidad Productora de Servicios de Salud.

Para dar un orden se impulsa las siguientes acciones:

- **Coordinación:** Se entabla coordinación con la Alta Dirección, Oficina de Estadística e Informática, Áreas técnicas (Epidemiología y Calidad) y Jefaturas de Unidades Productoras de Servicios de Salud, para dar inicio al seguimiento a la implementación de la Gestión Hospitalaria en función al resultado de indicadores, aplicando a su vez las herramientas proporcionadas en el Manual de Indicadores Hospitalarios y la Directiva de Convenios de Gestión, ambas herramientas proporcionada por el Ministerio de Salud.

Se impulsa, el entendimiento, manejo y forma de cálculo de los indicadores de gestión hospitalaria, de forma mensual; tarea un tanto

difícil, ya que la literatura resultaba ser un tanto confusa para quienes iniciábamos esta labor.

- **Socialización de los Indicadores Hospitalarios:** reuniones técnicas de aprendizaje, definiciones operacionales, datos requeridos a implementar y forma de cálculo.
- **Registro de datos.**
- **Control de Calidad de datos.**
- **Procesamiento de los datos.**
- **Resultado.**
- **Recolección de la Información semestral y anual de corresponder.**
- **Análisis e interpretación de los datos, y remisión a la Dirección Regional de Salud Apurímac.**

3.2 Experiencia Profesional

En el año 2014, mi persona en calidad de Cirujano Dentista, es rotada como apoyo a la Dirección Ejecutiva de Planificación Estratégica del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega para asumir la responsabilidad de la Unidad de Planes y Programas; hasta ese entonces se había llevado a cabo una reunión de evaluación de las Unidades Productoras de Servicios de Salud en función al manejo de indicadores de gestión hospitalaria, el cual por desconocimiento y débil

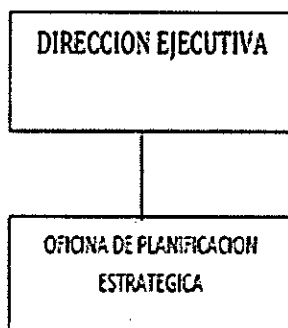
manejo de las definiciones operacionales y forma de cálculo, presento muchas debilidades.

En el transcurrir del primer trimestre del año 2015, la Alta Dirección; sumada a las funciones desarrolladas hasta ese entonces como responsable de la Unidad de Planes y Programas, se me asigna el rol de coordinación y monitoreo del Convenio de Gestión para ese ejercicio fiscal.

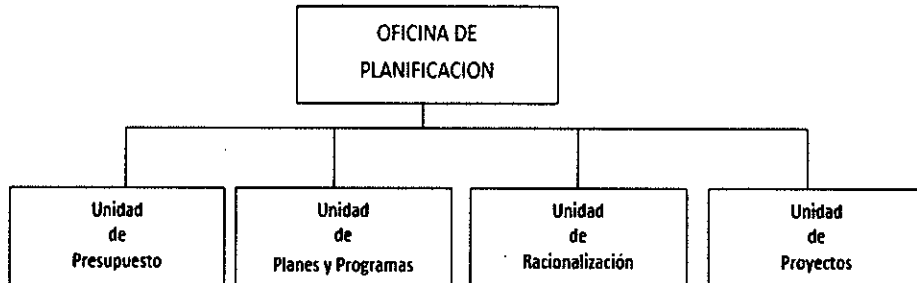
3.2.1. Descripción del Área Laboral:

3.2.1.1 Organización: En la estructura Organizacional del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega; la Unidad de Planes y Programas, pertenece es parte de la Organización de la Dirección Ejecutiva de Planificación Estratégica.

3.2.1.2 Organigrama Estructural: En la estructura organizacional La Dirección Ejecutiva de Planificación Estratégica, es un órgano de asuramiento técnico de la Alta Dirección.



Organigrama Funcional:



Funcionalmente la Dirección Ejecutiva de Planificación Estratégica, tiene cuatro unidades a su cargo.

3.2.1.3 Recursos Humanos: La Unidad de Planes y Programas está a responsabilidad de un profesional de salud.

3.2.1.4 Funciones Desarrolladas: De acuerdo al Manual de Organización y Funciones (MOF), las funciones asignadas son las siguientes:

- Elaborar, monitorizar y evaluar planes de largo mediano y corto plazo, para el logro de metas y objetivos que contribuyan al progreso y mejora institucional
- Emitir opinión técnica de los documentos de gestión del Hospital.
- Brindar asistencia técnica a todos los órganos y unidades orgánicas en el campo de sus competencias.
- Realizar análisis estructural y funcional según normatividad vigente.
- Difundir las normas técnicas de organización y evaluar su aplicación de los documentos de gestión.

- Identificar y describir los procedimientos del Hospital según los procesos y subprocesos establecidos por el Ministerio de Salud, a fin de estructurarlos y proponer mejoras en base a ellos.
- Desarrollar reuniones con todos los órganos y unidades orgánicas de Hospital para diseñar la interrelación de todos los procesos y subprocesos.
- Las demás funciones que le asigne su Jefe inmediato.

3.3. Procesos Realizados En El Tema Del Informe

En el proceso concerniente al manejo de indicadores hospitalarios, si bien es cierto no era un tema nuevo, pero era poco conocido y difundido dentro del ámbito hospitalario.

En ese entender, la primera tarea asumida fue la interpretación de las definiciones operacionales.

Más allá de la firma de convenio para poder acceder a la entrega económica anual por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño, era importante asumir el control de la organización como entidad prestadora de servicios de salud, porque se había llegado a entender que era y es una herramienta para quienes dirigen la entidad, para saber el nivel de alcance y cumplimiento de los objetivos y metas; asumiendo de esta manera la política del control mediante la planificación estratégica, que permite tomar decisiones y proyectar acciones a futuro.

En ese contexto, luego de la socialización de los roles de cada unidad operativa se impulsó las siguientes acciones:

Monitoreo: Como parte del proceso de control, orientado a vigilar sistemáticamente el cumplimiento de acciones orientadas al registro de datos que coadyuven a la construcción de indicadores. También ha servido para identificar nudos críticos, limitaciones operativas y estratégicas que impiden el cumplimiento de las metas institucionales; el mismo que ha llevado a la implementación de acciones correctivas.

En este sentido el monitoreo ha estado orientado a la observación periódica y continua por cada Unidad Productora de Servicios de Salud; para lo cual se desarrollaron instrumentos de recolección de datos sobre los indicadores sujetos de evaluación.

Para el monitoreo se diseñaron formatos de registros de ingresos y egresos, así como la hoja de censo diario (Anexo 3 y 4)

Supervisión: Nos ha permitido identificar los logros y la calidad de trabajo de cada Unidad Productora de Servicios de salud, con enfoque pedagógico, entendiendo que logro de un indicador depende de la sinergia del equipo de salud multidisciplinario.

En este aspecto se ha tenido apego al Manual de Organización y Funciones del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega; que nos permitido emitir un juicio de valor evidenciado y documentado.

Evaluación: Se ha periodificado e institucionalizado, siendo esta de carácter semestral y anual, la misma que es informada en el avance del Plan Operativo Semestral y Anual.

Estas estrategias nos han permitido determinar la sistematización de la información, para tomar acciones dentro de la organización, identificando criterios y recomendaciones a futuro.

La evaluación del desempeño hospitalario, actualmente es de carácter integral, complementando el aspecto estadístico y administrativo, cuyo esquema recae en la "UTILIZACION DE LOS SERVICIOS, DISPONIBILIDAD DE LOS RECURSOS, DESARROLLO Y CALIDAD DE LOS PROCESOS, RESULTADOS E IMPACTO EN LA POBLACION USUARIA".

Ha sido enriquecedor contar con los convenios de gestión que ha servido como una herramienta motivacional para generar capacidad de respuesta positiva en el equipo de salud multidisciplinario del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, el cual ha servido para dejar cimiento de las evaluaciones de gestión en función a resultados.

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE LOS CONVENIOS DE GESTIÓN 2014

HOSPITAL: GUILLEERMO DIAZ DE LA VEGA - APURIMAC

NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

INDICADORES	Variables	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total Avance periodo
Productividad hora-médico en consulta externa	Número de atenciones de consulta médica en el periodo	4,692	4,684	4,888	5,526	2,834	2,321	1,399	2,172	1,446	3,597	3,436	3,633	40,628
	Número de horas de consulta externa programada en el periodo	2,020	1,784	1,780	2,124	1,394	1,144	792	1,312	768	1,964	1,776	1,332	18,190
	Valor del indicador	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3
Promedio de permanencia cama	Nº de días-estancia de los egresados en la UPSS Hospitalización en un periodo	2448	1975	2259	2750	2991	2609	2331	2343	6637	2387	4750	2362	35,842
	Nº de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo periodo	533	489	584	482	532	460	515	516	484	507	365	520	5,987
	Valor del indicador	5	4	4	6	6	6	5	5	14	5	13	5	6
Rendimiento cama	Nº de egresos en la UPSS Hospitalización de un periodo	533	489	584	482	532	460	515	516	484	507	365	520	5,987
	Nº de camas disponibles promedio en el mismo periodo	23.7	22.1	24.7	20.6	23.6	21.2							136
	Valor del indicador	22	22	24	23	23	22							44
Porcentaje de ocupación cama (grado de uso)	Nº pacientes-día (de un periodo)	2,677	2299	2590	2802	2891	2073	2931	2343	6637	2397	4750	2369	36,759
	Nº de días-cama-disponible (en el mismo periodo)	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174	2,088
	Valor del indicador	1,539	1,321	1,489	1,610	1,661	1,191	1,684	1,347	3,814	1,378	2,730	1,361	1,760
Rendimiento de Sala de Operaciones	Número de intervenciones quirúrgicas ejecutadas en un periodo	169	192	204	234	144	130	135	107	129	171	199	195	2,009
	Número de salas de operaciones de la UPSS Centro Quirúrgico (por turno de 06 horas) en el mismo periodo	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	60
	Valor del indicador	34	38	41	47	29	26	27	21	26	34	40	39	33

Fuente: Estadística e Informática – Análisis de la Situación de Salud del HRGDV- 2014

Pese a todo se ha tenido limitaciones en la participación del grupo profesional de médicos, principalmente en los servicios de consulta externa, y en el servicio de traumatología cuya estancia hospitalaria ha sido alta debido al suministro inoportuno de insumos requeridos por unidad paciente.

IV. RESULTADOS

4.1. INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA 2014:

Hasta el año 2014, el procesamiento de los datos estuvo asignado por función a la Unidad de estadística e Informática.

En la productividad hora medico en consulta externa para el año 2014, es inferior al estándar siendo este para hospitales de mediana complejidad de 4 a 5 atenciones por hora; siendo una de las razones que ha imposibilitado el logro del porcentaje deseable dentro de los indicadores de convenio de gestión.

Del mismo modo los indicadores de porcentaje de ocupación cama (85%) y rendimiento cama exceden abismalmente al estándar; siendo, estos los motivos del análisis e inicio de la sensibilización en el manejo de datos de indicadores hospitalarios, según las definiciones operacionales y el manejo del censo diario (Anexo 4).

El mismo caso para el indicador de rendimiento de Sala de Operaciones, se cuenta con tres ambientes físicos, dos ambientes para cirugías electivas, un ambiente para cirugías de emergencia y dos ambientes que no reúnen las condiciones de infraestructura y equipamiento para poder operar como tal.

4.1.1. Ponderado final y resultado Evaluación de Convenio de Gestión:

PORCENTAJE GLOBAL DE LOGRO POR CONVENIOS Y ACUERDOS DE GESTION DE LOS HOSPITALES E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

OSIA/DIRESA	Hospita/Instituto Especializado	Porcentaje Global
APURIMAC	HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA	5

Al no haber cumplido con las expectativas ni en porcentaje ni en tiempos a la evaluación del año 2014, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega alcanzo solo el 5%; siendo el requisito mínimo alcanzar el 60%.

4.2. INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA 2015:

4.2.1 Rendimiento hora medico:

En cuanto al rendimiento hora médico en consulta externa, para el año 2015 se ha obtenido el resultado de 4 promedios de atenciones por hora.

En referencia al valor alcanzado, está directamente relacionado con el mejoramiento del tipo de oferta de atención implementada para ese ejercicio fiscal, mediante las contrataciones de recursos humanos especializados para la atención en consulta externa de las especialidades con más demanda. Aun así, es insuficiente y es evidenciado por las citas agotadas a tempranas horas del día, así como la persistencia de citas espaciadas.

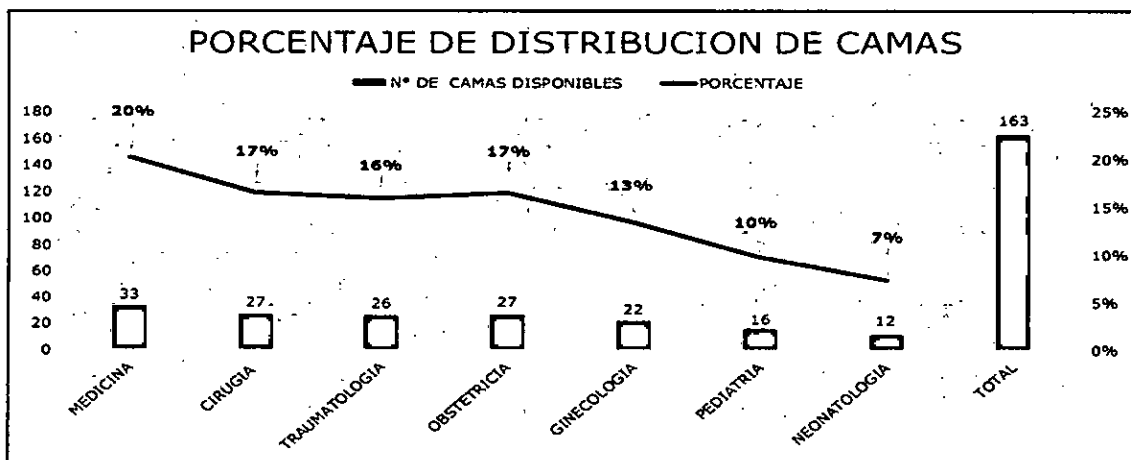
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY - APURIMAC														
CONSULTA EXTERNA ENERO A DICIEMBRE 2015														
NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR / DENOMINADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ANUAL
Productividad Hora Médico en Consulta Externa	NUMERADOR: Nº de consultas médicas realizadas	2855	2915	3271	3883	2821	3468	2697	3845	3131	3225	7166	2529	41806
	DENOMINADOR: Nº de horas médico programadas	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	VALOR INDICADOR	3.99	3.78	3.34	3.62	3.49	4.01	3.49	3.77	3.49	3.46	3.72	3.04	3.61

Fuente: Unidad de Estadística HRGDV.

Elaborado por: Oficina de Planificación Estratégica.

4.2.2. Indicadores de Hospitalización:

Porcentaje de Distribución de Camas:

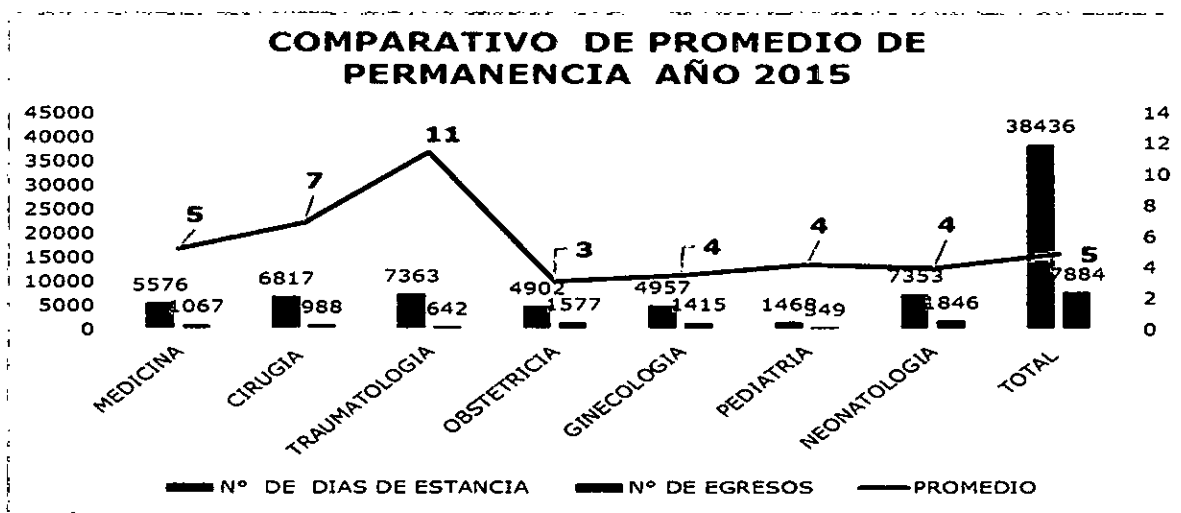


Fuente: Datos de OESASO

Elaborado por Oficina de Planificación Estratégica

En la distribución de camas por servicio se evidencia un total de 163 camas, siendo el 20% para el Servicio de Medicina, el 17% servicio de Obstetricia y 7% para Cuidados Intermedios del Servicio de Neonatología.

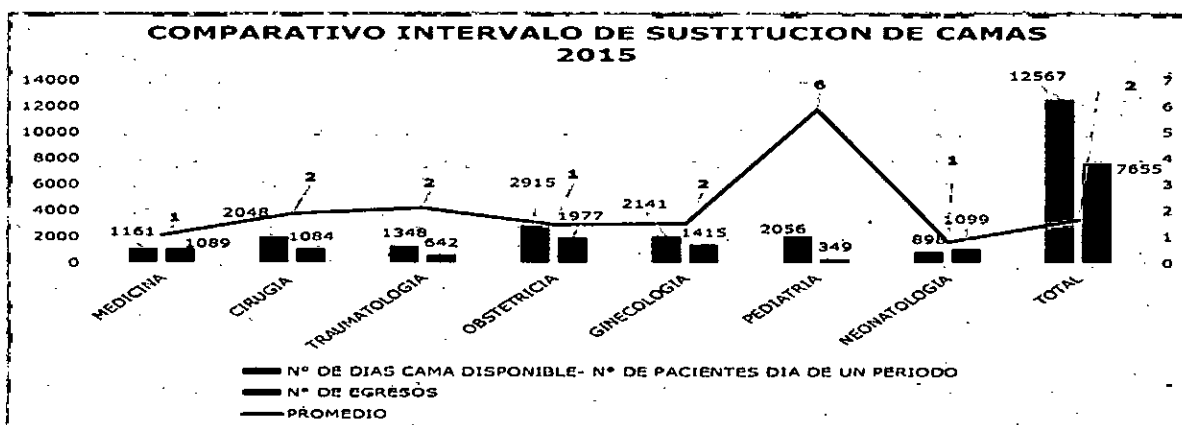
Promedio de Estancia Hospitalaria:



Fuente: UPSS HOSPITALIZACION
Elaboración: Unidad de Planes y Programas

El promedio de estancia hospitalaria, como entidad es de 5 días, siendo el servicio de Traumatología el de mayor estancia, por la complejidad de la patología y tiempo prolongado de remisión.

Intervalo de Sustitución de Camas

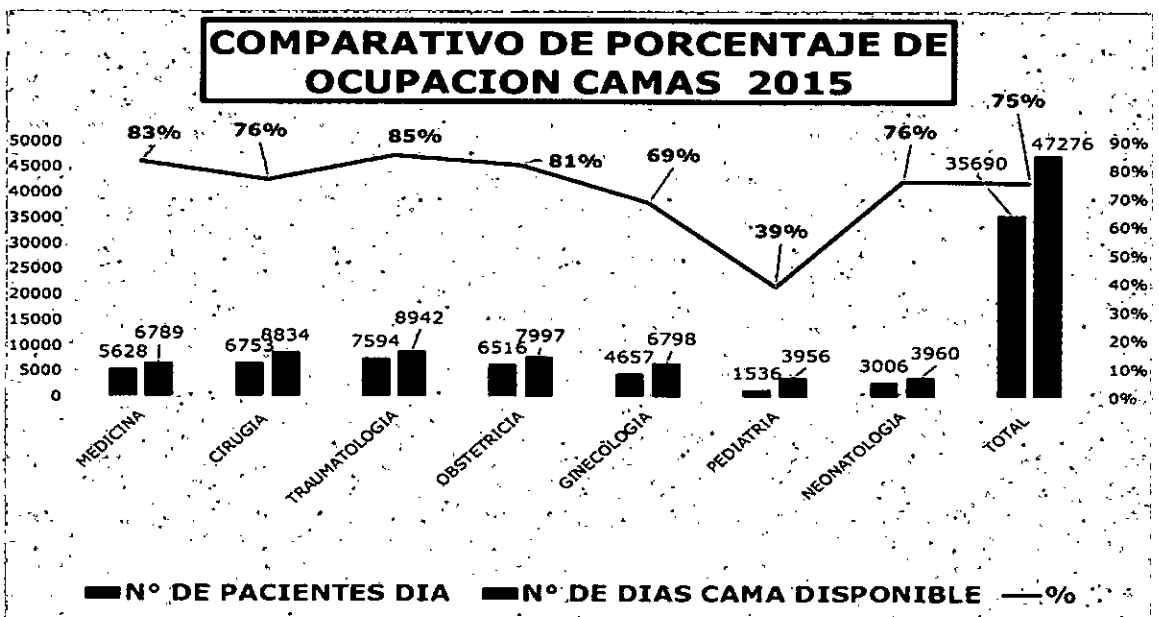


Fuente: UPSS HOSPITALIZACION
Elaboración: Unidad de Planes y Programas

En el comparativo de intervalo de sustitución de cama como promedio tenemos 2 días, siendo el servicio de Pediatría quien

según el informe reporta 6 días de intervalo y contrariamente el Servicio de Medicina tiene 01 día de intervalo, conjuntamente con el servicio de obstetricia y neonatología.

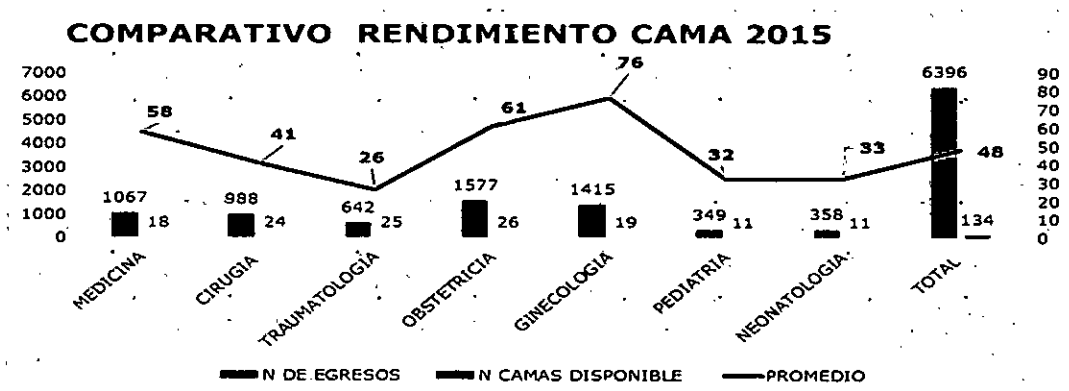
Porcentaje de Ocupación Cama:



Fuente: UPSS HOSPITALIZACION
 Elaboración: Unidad de Planes y Programas

En el comparativo de porcentaje de ocupación camas tenemos al servicio de Traumatología con un 85% siendo el que mayor ocupación de camas tuvo y el servicio de Pediatría con un 39% el que menos porcentaje de ocupación cama tiene, en promedio tenemos el 75% como ocupación de camas siendo el estándar de 75 a 80%

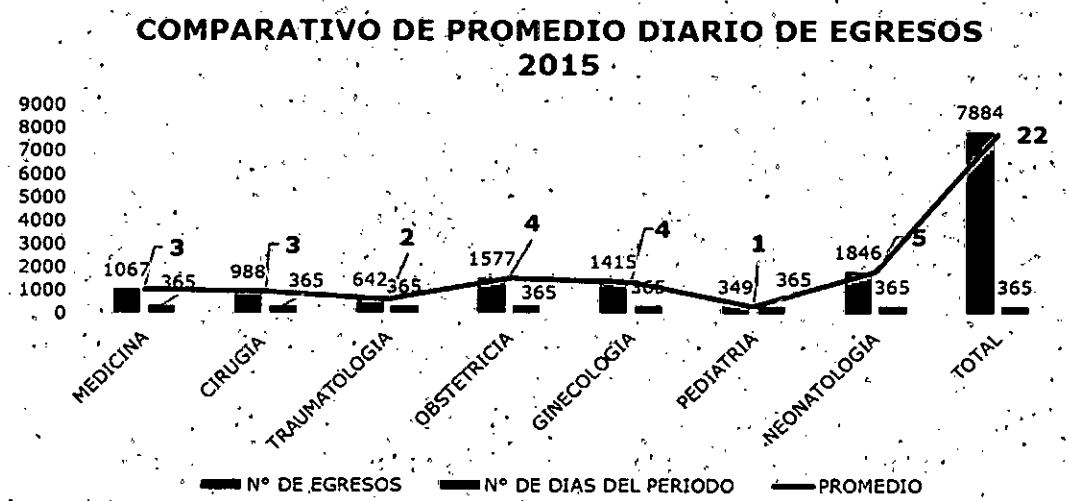
Rendimiento Cama:



Fuente: UPSS HOSPITALIZACION
Elaboración: Unidad de Planes y Programas

En el comparativo rendimiento cama tiene como promedio general 48 pacientes, siendo el servicio de Ginecología el de mayor rendimiento cama con un 76 paciente por cama y el servicio de Traumatología el de menor rendimiento cama (26 pacientes por cada cama).

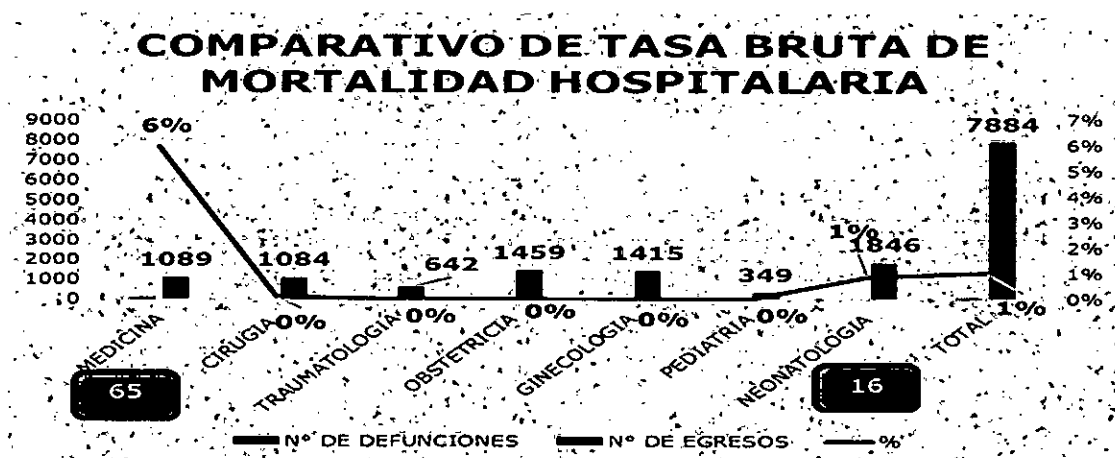
Promedio Diario de Egresos:



Fuente: UPSS HOSPITALIZACION
Elaboración: Unidad de Planes y Programas

En el comparativo de promedio diario de egresos el estándar promedio general es de 3 pacientes por día, individualizando por servicios, Neonatología quien tiene mayor egreso con 05 pacientes diarios; asimismo, el Servicio de Pediatría quien tiene menor egreso con 01 paciente diario; siendo los egresos diarios a nivel hospitalario de 22 por día.

Tasa de Mortalidad:



Fuente: UPSS HOSPITALIZACION
Elaboración: Unidad de Planes y Programas

En el comparativo de tasa bruta de mortalidad hospitalaria se tiene un promedio de 1% de mortalidad, siendo el Servicio de Medicina quien tiene mayor mortalidad hospitalaria con un 6%; Neonatología con 1%; y los Servicios de Cirugía, Traumatología, Obstetricia, Ginecología y Pediatría no han reportado estadística de mortalidad hospitalaria.

4.2.3. Ponderado final y resultado evaluación convenio de gestión:

CONVENIOS DE GESTIÓN 2015								
RESULTADOS DE EVALUACIÓN INDICADORES DE HOSPITALES DE GOBIERNOS REGIONALES								
Nº	Ubigeo	Código Renad	DIRESA/GERESA	CATEGORIA	HOSPITAL	PUNTAJE TOTAL INDICADORES- HOSPITALES	PUNTAJE TOTAL COMPROMISOS- HOSPITALES	PUNTAJE TOTAL (INDICAD + COM)
1	30101	7719	APURIMAC	II-2	HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA	69.67	16.6	86.27
2	30201	4131	APURIMAC	II-2	HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS	54.00	5.0	59.00
3	30501	2625	APURIMAC	II-1	TAMBOBAMBA	40.00	15.0	55.00
4	30601	4140	APURIMAC	II-1	HOSPITAL CHINCHEROS	44.73	0.0	44.73

Con el D.S. N° 251-2016, Autorizan Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016, destinada al financiamiento del pago de la asignación económica anual por cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, correspondiente al año fiscal 2015, evidenciable en la imagen siguiente:

ANEXO DEL DECRETO SUPLENTO Nº 251-2016-CE		
PLIEGO / UNIDAD EJECUTORA	Personal de la Salud	COSTO AEACOM
442 GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC	325	576,229
(402-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA - ABANCAY)	276	551,280

4.3. INDICADORES DE GESTION HOSPITALARIA 2016:

4.3.1. Indicadores de Producción y Rendimiento:

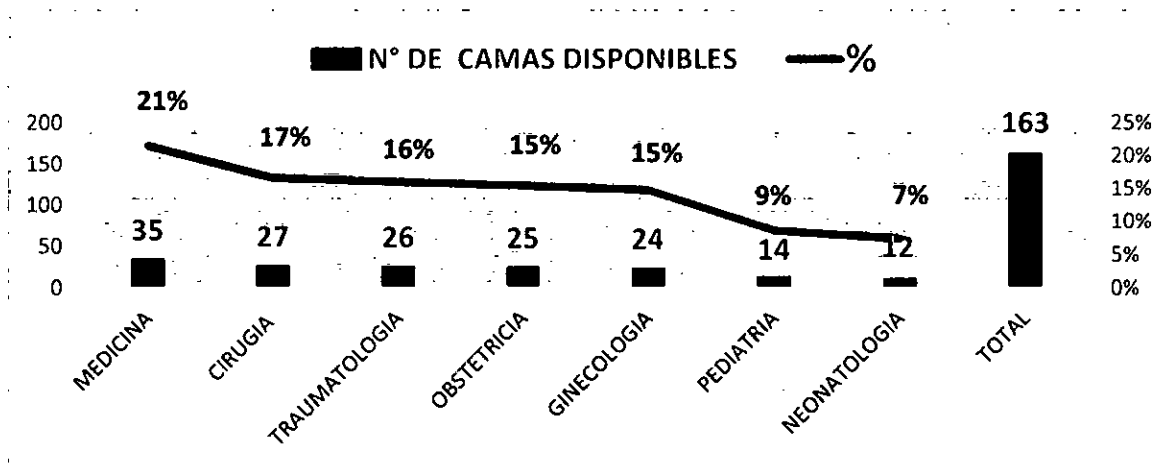
En cuanto al rendimiento hora médico en consulta externa, para el año 2016 se ha obtenido el resultado de 4 como promedio de atenciones por hora.

Nombre del Indicador	Variables	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	TOTAL
Productividad Hora Médico	N° de Atenciones Médicas Realizadas	2537	3016	3081	2906	3065	2732	2492	3200	2787	2010	1987	2110	31923
	N° de horas médico Programadas	772	908	804	816	872	856	736	840	720	632	513	760	9229
	Valor Productividad Hora Médico	3.3	3.3	3.8	3.6	3.5	3.2	3.4	3.8	3.9	3.2	3.9	2.8	3.5
Rendimiento Hora Médico	N° de Atenciones Médicas Realizadas	2537	3016	3081	2906	3065	2732	2492	3200	2787	2010	1987	2110	31923
	N° de horas médico Efectivas	672	896	784	816	876	860	736	840	720	513	513	689	8915
	Valor Rendimiento Hora Médico	3.78	3.37	3.93	3.56	3.50	3.18	3.39	3.81	3.87	3.92	3.87	3.06	3.58
Utilización de los Consultorios (Médicos)	N° de Consultorios Funcionales (Médicos)	193	227	201	204	218	214	184	210	180	300	312	321	230
	N° de Consultorios Físicos (Médicos)	225	300	324	312	312	312	288	324	300	478	359	524	338
	Valor Utilización de los Consultorios (Médicos)	0.86	0.76	0.62	0.65	0.70	0.69	0.64	0.65	0.60	0.63	0.87	0.61	0.68

Fuente: Unidad de Estadística HRGDV.
Elaborado por: Oficina de Planificación Estratégica.

4.3.2. Indicadores de eficiencia en Hospitalización:

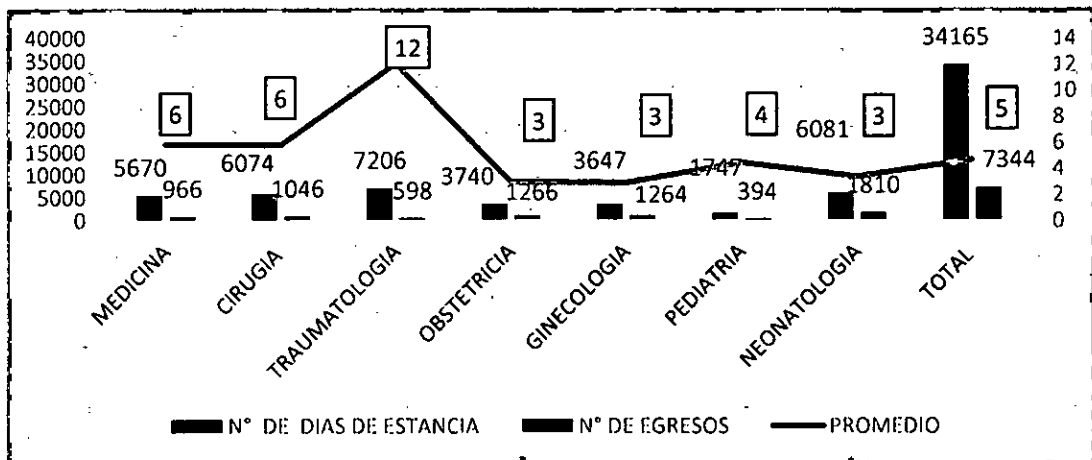
Porcentaje de Distribución de camas:



Fuente: Datos de OESASO
Elaborado por Oficina de Planificación Estratégica

En la distribución de camas por servicio se evidencia un total de 163 camas, siendo el 20% para el Servicio de Medicina, el 17% servicio de Obstetricia y 7% para Cuidados Intermedios del Servicio de Neonatología.

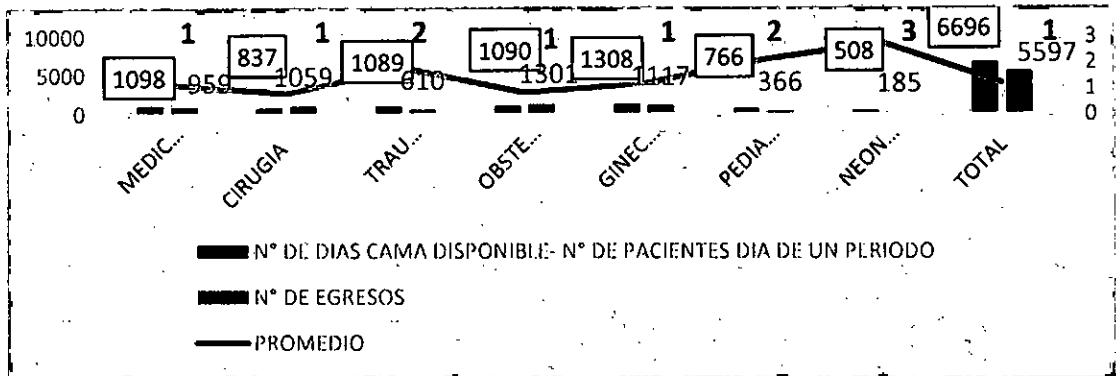
Promedio de Estancia Hospitalaria



Fuente: UPSS HOSPITALIZACION
Elaboración: Unidad de Planes y Programas

El promedio de estancia hospitalaria, de manera general arroja un total de cinco días de estancia por cada paciente alojado, estando dentro del estándar, el servicio de Traumatología y Ortopedia, es el servicio con mayor tiempo de estancia, por la complejidad de las patologías y por las dificultades en disponibilidad de insumos.

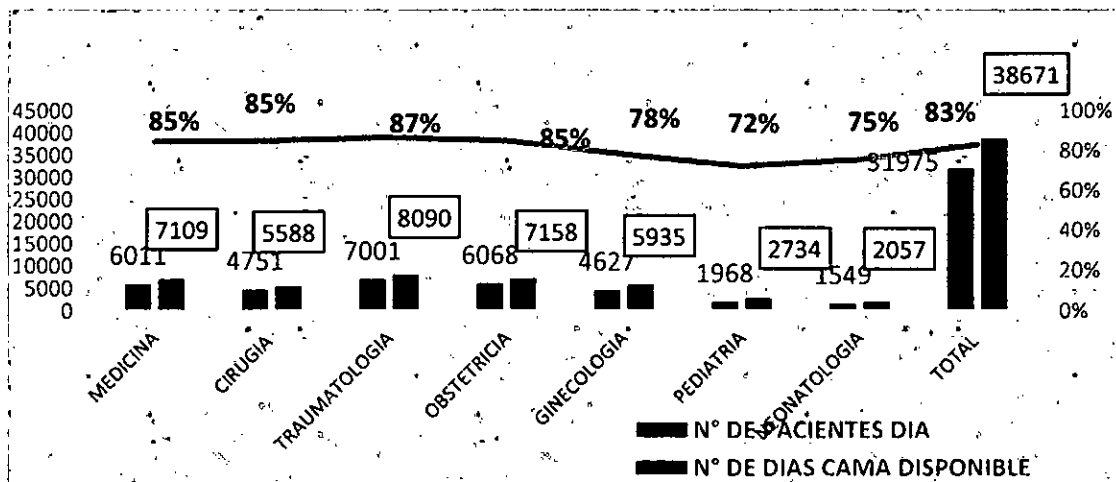
Intervalo de Sustitución de Camas:



Fuente: UPSS HOSPITALIZACION
 Elaboración: Unidad de Planes y Programas

En el comparativo de intervalo de sustitución de cama como promedio tenemos 1 día a nivel de todas las unidades productoras de servicios de salud de hospitalización, siendo los servicios de Neonatología y Pediatría los que dan la estadística de dos días para que una cama/cuna vuelva a ser sustituida.

Porcentaje de Ocupación Camas:

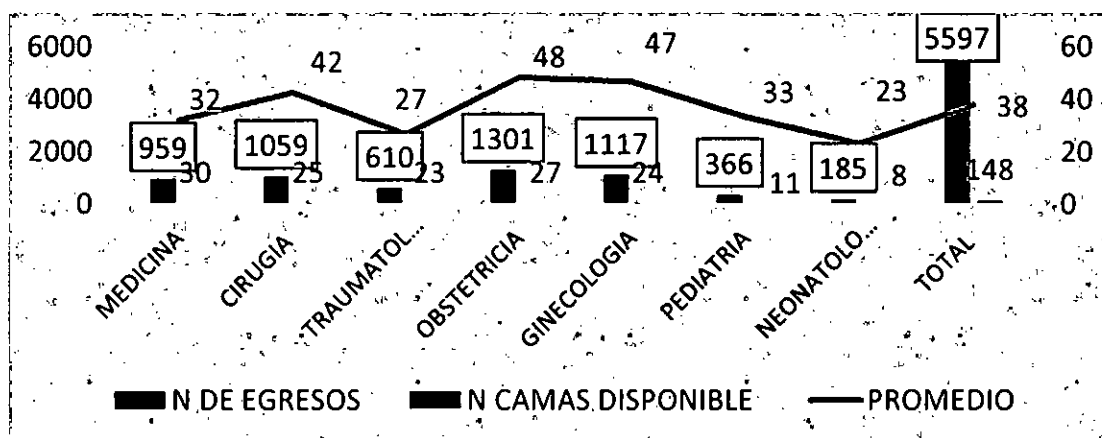


Fuente: UPSS HOSPITALIZACION
 Elaboración: Unidad de Planes y Programas

En el comparativo de porcentaje de ocupación camas el servicio de Traumatología tiene el 87% de ocupación camas, y contrariamente el

servicio de Pediatría tiene en 72% de ocupación, lo que en promedio entre todas las Unidades Productoras de Servicios de salud en Hospitalización hacen un total de 83% de ocupación, se excluye para este cálculo las Unidad de Cuidados intensivos neonatales y la unidad de cuidados intensivos generales.

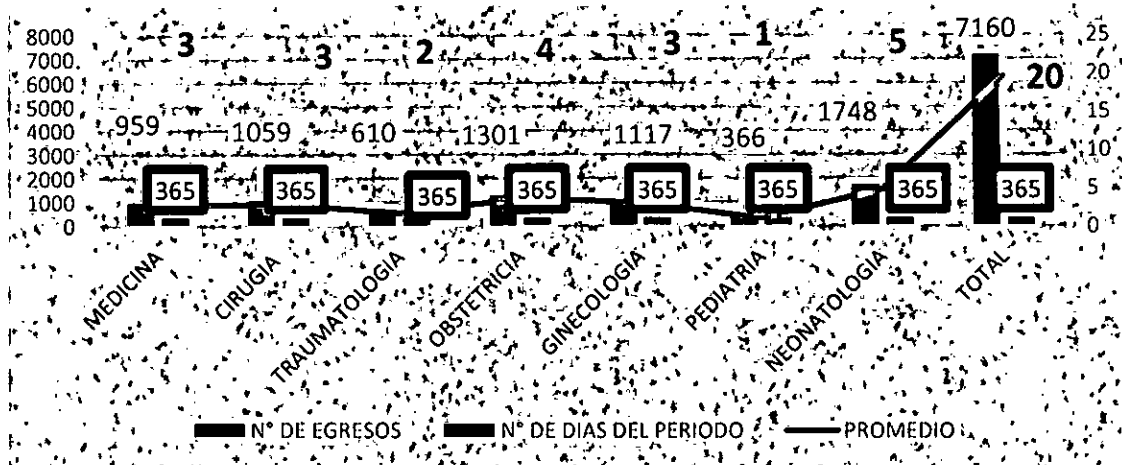
Rendimiento Cama:



Fuente: UPSS HOSPITALIZACION
Elaboración: Unidad de Planes y Programas

En el comparativo rendimiento cama tiene como promedio general 38 pacientes, siendo el servicio de Obstetricia el de mayor rendimiento cama con 48 paciente por cama en el año y el servicio de Neonatología, con su Unidad de Cuidados Intermedios el de menor rendimiento cama (23 neonatos pacientes por cada cuna).

Promedio Diario de Egresos:



Fuente: UPSS HOSPITALIZACION
 Elaboración: Unidad de Planes y Programas

En el comparativo de promedio diario de egresos el promedio general es de 3 pacientes por día, individualizando por servicios el Servicio de Pediatría quien tiene la menor cantidad de egresos por día (1); siendo los egresos diarios a nivel hospitalario de 20 por día.

Tasa de Mortalidad:



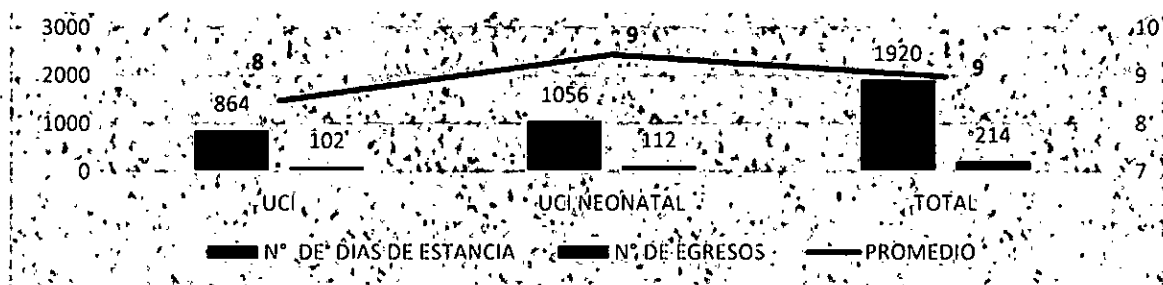
Fuente: UPSS HOSPITALIZACION
 Elaboración: Unidad de Planes y Programas

En el comparativo de tasa bruta de mortalidad hospitalaria se tiene un promedio de 2%% de mortalidad, siendo el Servicio de Medicina quien tiene mayor mortalidad hospitalaria con un 9%; Neonatología con 3%.

4.3.3. Indicadores de servicios intermedios uci y uci neonatal:

En los servicios de UCI general y UCI Neonatal, se cuenta con un promedio de 13 camas y/o cunas, (5 camas en UCI General y 8 cunas en UCI Neonatal).

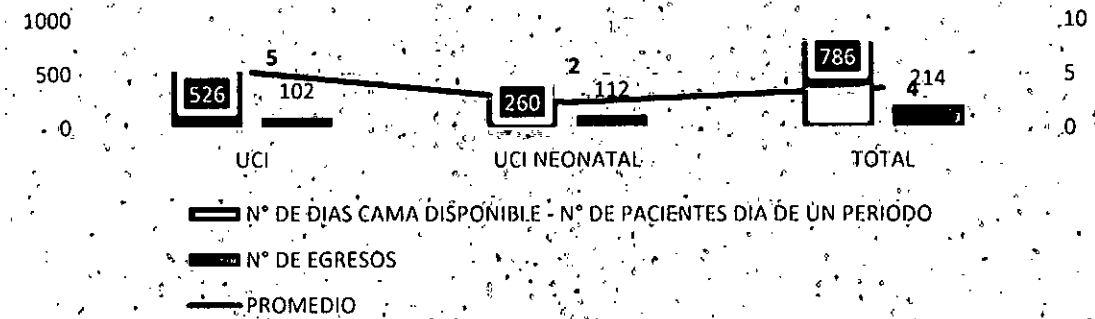
Promedio de Permanencia:



Fuente: UPSS SERVICIO INTERMEDIOS
Elaboración: Unidad de Planes y Programas

En el comparativo de promedio de permanencia se tiene un promedio de 9 días, en ambas unidades, estando dentro del estándar de 10 a 15 días.

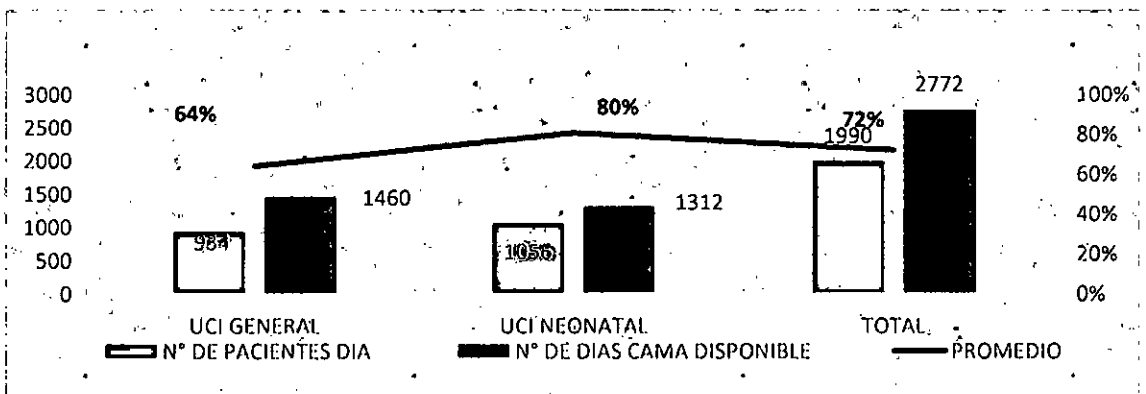
Intervalo de Sustitución



Fuente: UPSS SERVICIO INTERMEDIOS
 Elaboración: Unidad de Planes y Programas

En el intervalo de sustitución de camas en el servicio de UCI es 5 y en UCI Neonatal 2, siendo UCI General el de mayor intervalo en sustitución en el año 2016.

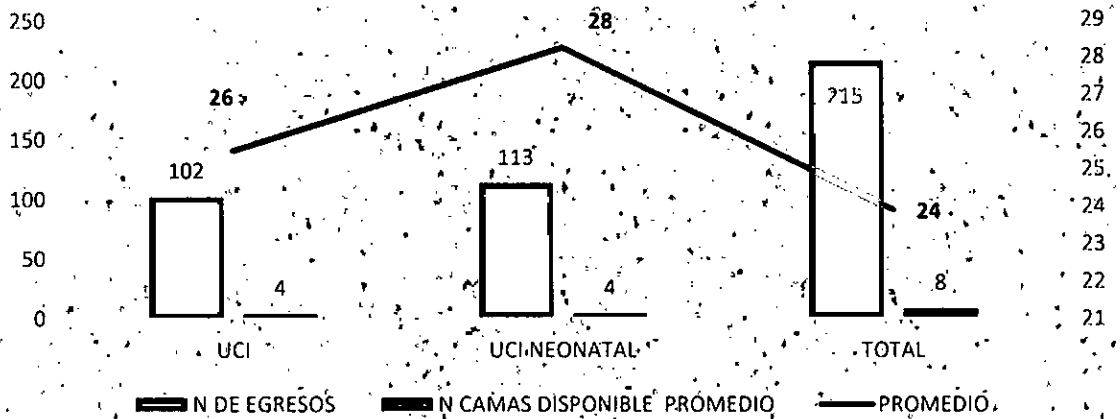
Porcentaje de Ocupación Camas



Fuente: UPSS SERVICIO INTERMEDIOS
 Elaboración: Unidad de Planes y Programas

El porcentaje de ocupación camas en UCI es de 64% y UCI Neonatal 80%, siendo un promedio entre ambos de 72%.

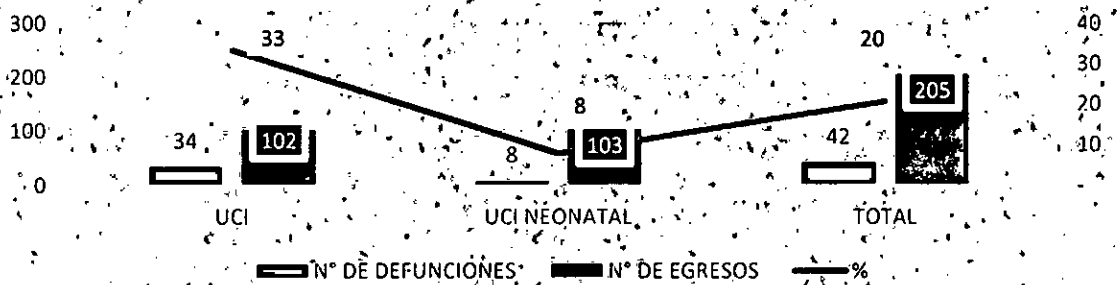
Rendimiento Cama:



Fuente: UPSS SERVICIO INTERMEDIOS
 Elaboración: Unidad de Planes y Programas

El rendimiento cama, en UCI General es de 26 pacientes por cama al año, y en UCI Neonatal de 28 neonatos por cada cuna en el año, promediando entre ambos es de 24 pacientes egresados por cada cama/cuna en el año.

Tasa de mortalidad bruta



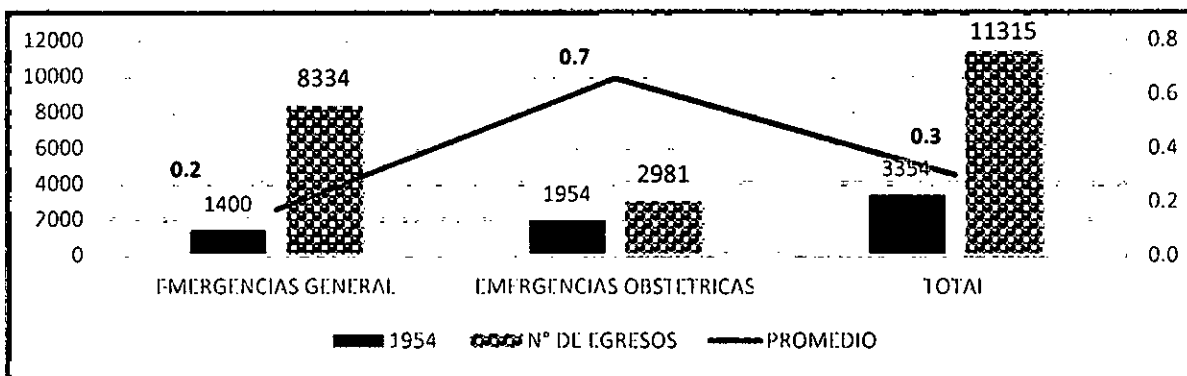
Fuente: UPSS SERVICIO INTERMEDIOS
 Elaboración: Unidad de Planes y Programas

La tasa de mortalidad bruta es del 33% en UCI General y en UCI Neonatal 8%, este porcentaje es en función al número de egresos que reporta cada

unidad, en promedio entre ambas unidades la tasa de mortalidad bruta representa el 20%

4.3.4. Indicadores de Emergencia:

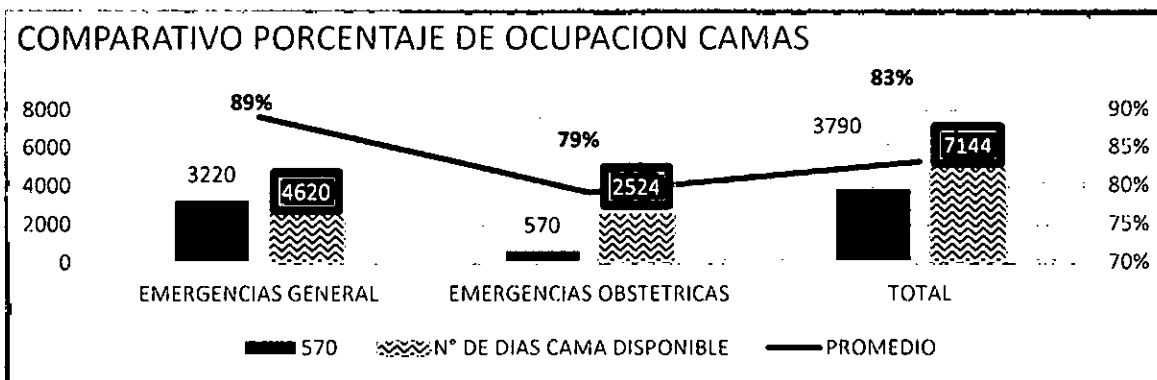
Intervalo de Sustitución de Camas:



Fuente: UPSS EMERGENCIAS
Elaboración: Unidad de Planes y Programas

El intervalo de sustitución de cama en emergencia general es de 0.2 seguidamente en emergencias obstétricas con 0.7 (1 día), en promedio, una cama vuelve a ser ocupada casi inmediatamente al alta de un paciente.

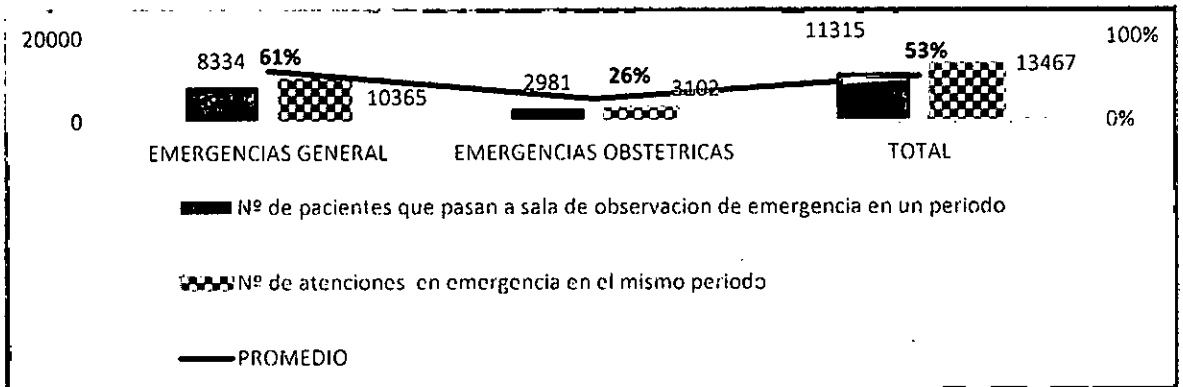
Porcentaje de Ocupación Camas



Fuente: UPSS EMERGENCIAS
Elaboración: Unidad de Planes y Programas

De acuerdo a los datos proporcionados, el porcentaje de ocupación camas en emergencia general se encuentra en un 89%, y emergencias obstétricas en un 79%, en promedio general 83% de ocupación cama.

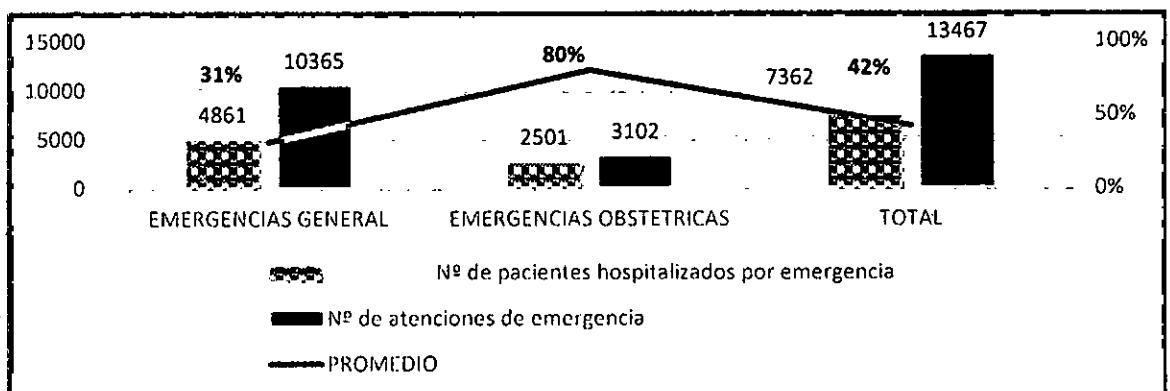
Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación de Emergencia:



Fuente: UPSS EMERGENCIAS
 Elaboración: Unidad de Planes y Programas

Del total de 13,467 atenciones en emergencia, 11,315 pacientes pasan a observación, es decir el 53%, se podría asumir que se estas atenciones están tipificadas como prioridad I y II, quedando las otras para atención ambulatoria, lo que no sucede del mismo modo en emergencias obstétricas, que del total de atenciones solo 26% pasa a observación.

Porcentaje de Hospitalizados por Atenciones de Emergencia:



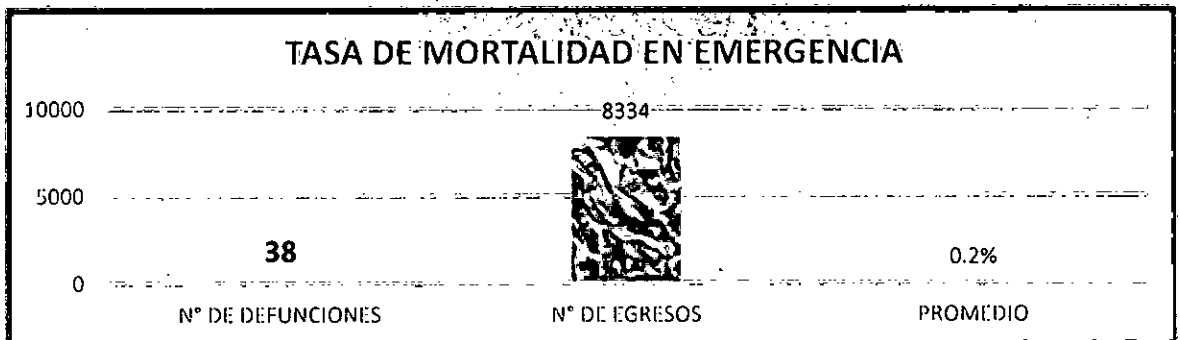
Fuente: UPSS EMERGENCIAS
 Elaboración: Unidad de Planes y Programas

En el servicio de emergencia general, el 31% de atenciones en sala de observación son hospitalizados, y si comparamos esta estadística con el

total de paciente en observación se asume que el 41% pasan a manejo por especialidad en hospitalización.

Según el dato proporcionado en emergencias obstétricas, el 80% de pacientes atendidos en observación de emergencia pasan a ser hospitalizados.

Tasa bruta de Mortalidad en Emergencia:



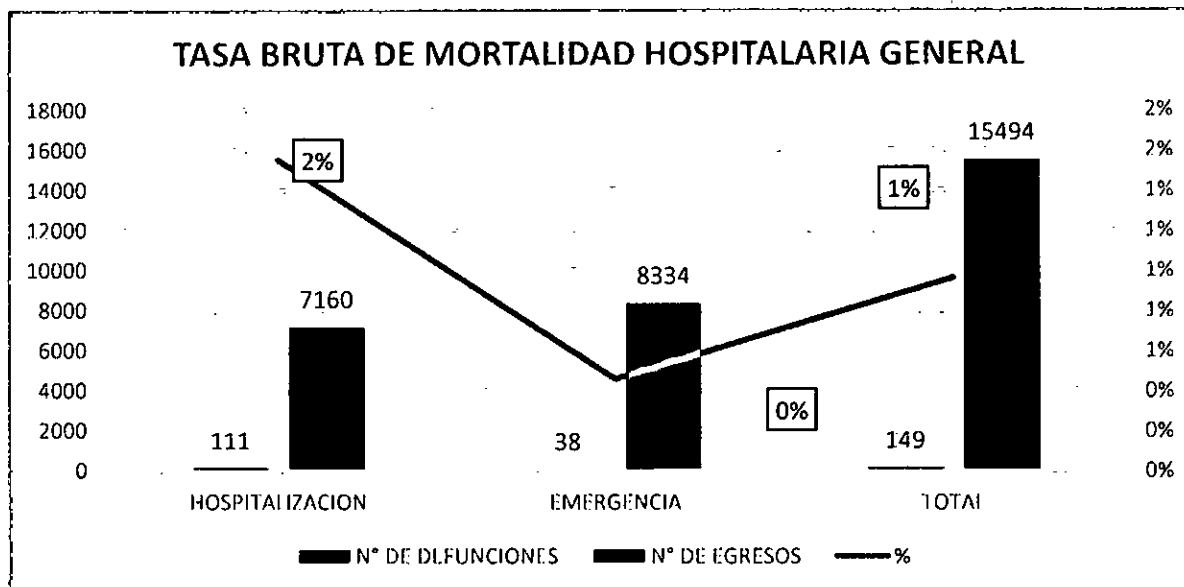
Fuente: UPSS EMERGENCIAS
Elaboración: Unidad de Planes y Programas

Tasa de Mortalidad Bruta Hospitalaria General:

Determina el porcentaje de los pacientes que fallecen en el establecimiento, sin considerar la causa de la muerte o si las muertes ocurrieron antes o después de las 48 horas de ingresado el paciente. También, nos permite obtener una visión global de la situación de mortalidad de los pacientes del establecimiento, todo ello sin que exista discriminación de las causas relacionadas con el estado de salud de los pacientes versus las asociadas a la calidad de los servicios.

La tasa de mortalidad bruta en nuestro Hospital para el año 2016, alcanzo un 1% del total de egresos hospitalarios y de emergencia, en el

mismo periodo que reflejan que estamos muy dentro de los estándares esperado de 4%.



Fuente: UNIDAD DE ESTADISTICA HRGDV
ELABORADO POR OFICINA DE PLANIFICACION ESTRATEGICA

4.3.5. Indicadores del departamento de Anestesiología y centro

Quirúrgico:

Nombre del Indicador	Variables	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	TOTAL
Rendimiento de Sala de Operaciones	Nº Intervenciones Quirúrgicas Ejecutadas	203	113	185	228	229	211	222	220	207	219	228	174	2439
	Nº de Salas de Operaciones Utilizadas	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	36
	Valor Rendimiento de Sala de Operaciones	68	38	62	76	76	70	74	73	69	73	76	58	68
Rendimiento de Sala de Operaciones (para Cirugías de Emergencia)	Nº Intervenciones Quirúrgicas de Emergencia	111	11	83	126	127	109	120	118	105	117	126	124	1277
	Nº de Salas de Operaciones Utilizadas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
	Valor Rendimiento de Sala de Operaciones (para Cirugías de Emergencia)	111	11	83	126	127	109	120	118	105	117	126	124	106
Rendimiento de Sala de Operaciones (para Cirugías Electivas)	Nº Intervenciones Quirúrgicas Programadas Ejecutadas (Cirugías Electivas)	92	102	98	127	138	116	77	137	133	28	38	50	1136
	Nº de Salas de Operaciones Utilizadas	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24
	Valor Rendimiento de Sala de Operaciones (para Cirugías Electivas)	46	51	49	64	69	58	39	69	67	14	19	25	47

Fuente: UNIDAD DE ESTADISTICA HRGDV
ELABORADO POR OFICINA DE PLANIFICACION ESTRATEGICA

Al finalizar el año se han realizado 2439, intervenciones quirúrgicas, de las cuales el 47% corresponden a intervenciones quirúrgicas electivas.

4.3.6. Grado de resolutivez de establecimiento de salud:

Aquí medimos el grado de resolutivez de consultorios externos, del total de atenciones que se ha tenido en el año 2015, el 1.85% ha sido referido a otros establecimientos de mayor complejidad para la resolución del problema de salud del paciente.

D. INDICADORES DE EFICIENCIA														TOTAL
Nombre del Indicador	Variables	Ene	Feb	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	
Grado de Resolutivez del Establecimiento de Salud (Factor: 100)	Nº de solicitudes de Referencias enviadas para atención médica en	88	56	69	47	42	28	43	63	36	29	27	25	553
	Nº Total de Consultas Médicas	2537	3016	3081	2906	3065	2732	2492	3200	2787	2010	1987	2110	31923
	Valor Grado de Resolutivez del	3.47	1.86	2.24	1.62	1.37	1.02	1.73	1.97	1.29	1.44	1.36	1.18	1.73

Fuente: UNIDAD DE ESTADISTICA HRGDV
ELABORADO POR OFICINA DE PLANIFICACION ESTRATEGICA

4.3.7. Ponderado final y resultado evaluación convenio de gestión:

PUNTAJES PRELIMINARES AL 11/10/2017

ESTABLECIMIENTO	PUNTAJE PRELIMINAR
DIRESA - APURIMAC	71.7
RED	
Red - ABANCAY[01]	72.8
Red - ANTABAMBA[06]	51.9
Red - AYMARAES[07]	49.1
Red - COCHARCAS[04]	64.4
Red - COTABAMBAS[08]	66.2
Red - GRAU - COTABAMBA	72.4
Red - JOSE MARIA ARGUEI	64.9
Red - SONDOR[03]	65.6
HOSPITAL	
HOSPITAL REGIONAL GUILLE	80.4
HOSPITAL SUBREGIONAL DE	47.0

V. CONCLUSIONES

- a) La evaluación de la gestión hospitalaria en base a los indicadores de gestión, nos indican que el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, está por debajo de los estándares establecidos por el MINSA; lo cual traduce procesos no estandarizados, un sistema informático limitado, data estadística parcial y dispersa, baja calidad de atención y personal insatisfecho con la gestión institucional.
- b) El Servicio de Hospitalización del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, cuenta con una inadecuada dotación de camas de acuerdo a los comparativos de intervalo de sustitución de camas; esto a consecuencia de una inadecuada gestión administrativa porque mantiene procesos ineficientes, no utiliza adecuadamente los recursos a su disposición y el personal no se encuentra comprometido con el trabajo en la institución.
- c) El servicio de traumatología es el que mayor tiempo de estancia hospitalaria arroja y el servicio de pediatría el de mayor tiempo de intervalo de sustitución, lo que conlleva a determinar acciones de mejora, en ambos casos.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda promover la aplicación de la propuesta y la realización de trabajos de investigación complementarios al presente, para lograr su validación o la reformulación de las mismas.
- b) La ejecución de las propuestas se debe involucrar a la Dirección General para darle el impulso necesario en su realización, buscando un compromiso multidisciplinario, de lo contrario es muy probable que la propuesta no logre el éxito esperado.
- c) A razón que la información estadística del Hospital se encuentra en construcción, se recomienda verificar la fuente donde se genera la información y los responsables de la elaboración de los indicadores, y el control de calidad, para asegurar que la información sea la correcta.
- d) Se sugiere al realizar el trabajo de campo la elección de horarios apropiados para evitar intervenciones del personal asistencial que afecten el recojo de la información.
- e) Se sugiere la realización de auditorías de los Sistemas Informáticos para comprobar su óptimo funcionamiento; su interconexión con los servicios hospitalarios y su accesibilidad para todo el personal de salud.

VII. REFERENCIALES

1. FERRANDIZ GOMIS R. Analisis de la deficiencia de los hospitales publicos de la comunidad autonoma de la region de murcia. 2017 mayo 31..
2. ZAVALA ALONSO ME. Indicadores de calidad de enfermeria : Metaevaluacion en un hospital publico de san luis potosí. 2015 Noviembre 13..
3. GONZALES PELAEZ WE. Gestion de camas hospitalarias en el servicio. 2015..
4. Salud Md. MANUAL DE INDICADORES HOSPITALARIOS Lima: MINSA; 2001.
5. World Health Organization. <http://www.who.int/health-systems-performanceindicators/2002/index.html>. [Online]. Available from: <http://www.who.int/health-systems-performanceindicators/2002/index.html>.

ANEXOS

Anexo N° 2

CARTERA DE SERVICIOS POR UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD

DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y ESPECIALIDADES	MEDICINA INTERNA	
	ESPECIALIDADES MEDICAS	ENDOCRINOLOGIA
		GASTROENTEROLOGIA
		CARDIOLOGIA
		NEUROLOGIA
		NEUROCIROLOGIA
		NEUMOLOGIA
		DERMATOLOGIA
PSIQUIATRIA		
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION		
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	OBSTETRICIA	
	GINECOLOGIA	
	EMERGENCIAS GINECO OBSTETRICAS	
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	MEDICINA PEDIATRICA	
	CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATALES	
	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	
	GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA Y ESPECIALIDADES	CIRUGIA GENERAL	
	TRAUMATOLOGIA	
	ESPECIALIDADES QUIRURGICAS	UROLOGIA
		OTORRINOLARINGOLOGIA
		OFTALMOLOGIA
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS	EMERGENCIA	
	TRAUMA SHOCK	
	CUIDADOS INTENSIVOS	
	CENTRO QUIRURGICO	
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO	RECUPERACION POST ANESTESIA	
	ODONTOLOGIA GENERAL	
DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	IMAGENOLOGIA	
	ECOGRAFIAS	
	MAMOGRAFIAS	
	TOMOGRAFIAS (SERVICIO TERCERIZADO)	
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA, ANATOMIA PATOLOGICA Y BANCO DE SANGRE	PATOLOGIA CLINICA	
	ANATOMIA PATOLOGICA	
	HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	
DEPARTAMENTO DE FARMACIA	FARMACIA DE EMERGENCIA	
	FARMACIA CENTRAL	
DEPARTAMENTO DE NUTRICION Y DIETETICA	NUTRICION AMBULATORIA	
	VIGILANCIA NUTRICIONAL	
DEPARTAMENTO DE APOYO AL TRATAMIENTO	SERVICIO DE PSICOLOGIA	
	SERVICIO SOCIAL	
	ESTRATEGIAS SANITARIAS	

ANEXO 4

FORMATO DE CENSO DIARIO

CENSO DIARIO										
FECHA	CAMAS OCU PADAS	CAMAS VACANTES (camas preparadas para recibir inmediatamente a pacientes)	CAMAS DISPONIBLES	EGRESOS	INGRESOS	CIRUGIAS PROGRAMADAS	CIRUGIAS SUSPENDIDAS	INTERCONSULTAS	REINGRESOS (dentro de < 7 dias posterior al alta)	
01/01/2016	10	5	15	4	5	2	1	0	1	
02/01/2016			0							
03/01/2016			0							
04/01/2016			0							
05/01/2016			0							
06/01/2016			0							
07/01/2016			0							
08/01/2016			0							
09/01/2016			0							
10/01/2016			0							
11/01/2016			0							
12/01/2016			0							
13/01/2016			0							
14/01/2016			0							
15/01/2016			0							
16/01/2016			0							
17/01/2016			0							
18/01/2016			0							
19/01/2016			0							
20/01/2016			0							
21/01/2016			0							
22/01/2016			0							
23/01/2016			0							
24/01/2016			0							
25/01/2016			0							
26/01/2016			0							
27/01/2016			0							
28/01/2016			0							
29/01/2016			0							
30/01/2016			0							
31/01/2016			0							
TOTAL	10	5	15	4	5	2	1	0	1	

FOTOGRAFIAS

REUNION CON DIRECTORES EJECUTIVOS



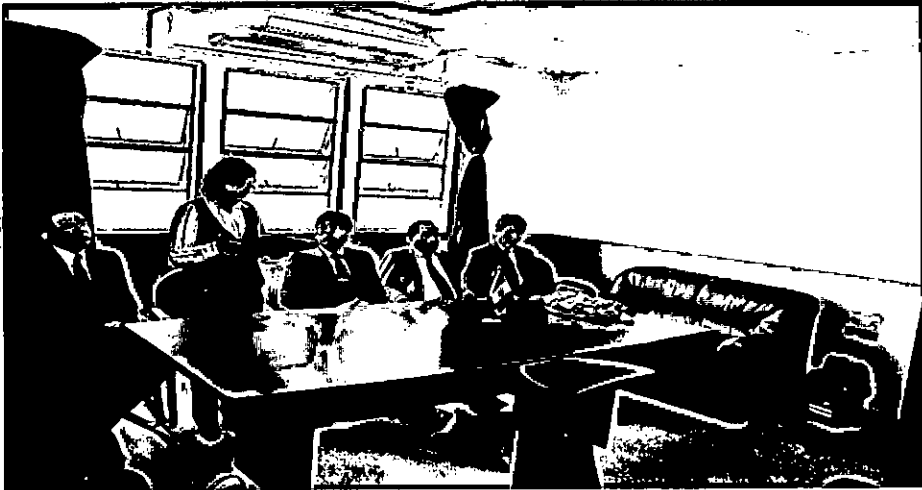
FUENTE: Elaboración Propia, 2017

**REUNION DE CAPACITACION CON DIRECTIVOS, JEFES DE
DEPARTAMENTOS Y UNIDADES**



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

CEREMONIA DE RECONOCIMIENTO



FUENTE: Elaboración Propia, 2017