

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD

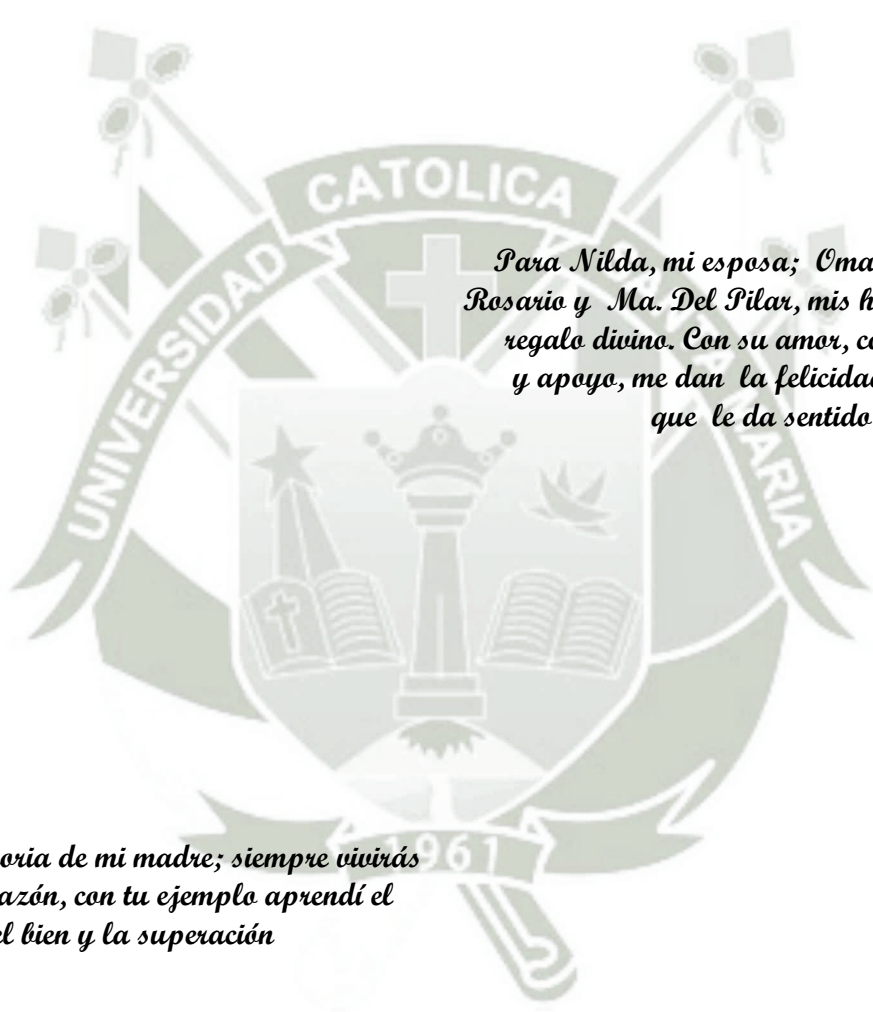


***“OFERTA Y DEMANDA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III YANAHUARA.
EsSALUD 2005 – 2007”***

**Tesis presentada por el Bachiller:
JUSTO ENRIQUE TACO CORNEJO
Para optar el Grado Académico de
Magister en Gerencia en Salud**

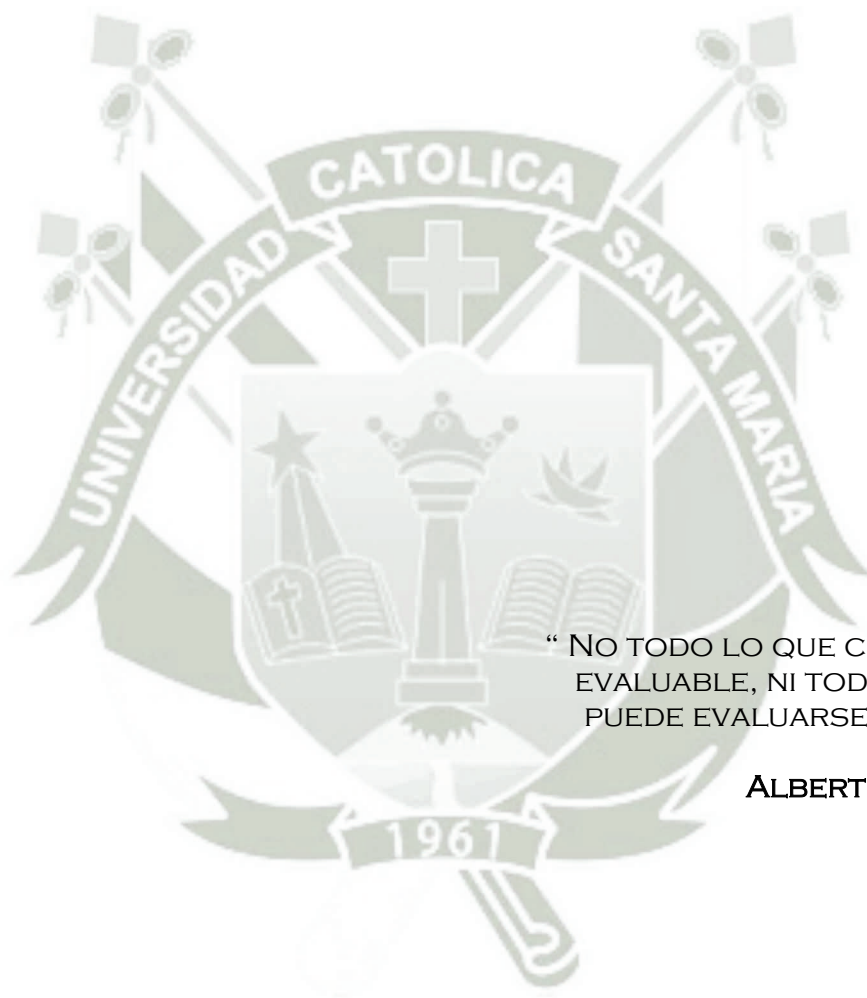
**AREQUIPA – PERÚ
2009**

*A Dios, por darme otra oportunidad
para cumplir con mis aspiraciones, y
concederme una familia maravillosa.*



*Para Nilda, mi esposa; Omar, Ma. Del
Rosario y Ma. Del Pilar, mis hijos; son el
regalo divino. Con su amor, comprensión
y apoyo, me dan la felicidad y la paz
que le da sentido a mi vida.*

*A la memoria de mi madre; siempre vivirás
en mi corazón, con tu ejemplo aprendí el
camino del bien y la superación*



“ NO TODO LO QUE CUENTA ES
EVALUABLE, NI TODO LO QUE
PUEDE EVALUARSE CUENTA”

ALBERT EINSTEIN

INDICE GENERAL

	Pág
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I: RESULTADOS.....	9
1. CARÁCTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN USUARIA.....	10
2. CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA.....	13
2.1. INDICADORES DE ESTRUCTURA.....	13
2.2. INDICADORES DE PROCESO.....	23
2.3. INDICADORES DE RESULTADO.....	27
3. CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA.....	32
3.1 DEMANDA EFECTIVA U OBSERVADA	32
3.2 DEMANDA POTENCIAL.....	39
3.3 DEMANDA ENCUBIERTA.....	42
4. RELACIÓN ENTRE LA OFERTA Y LA DEMANDA.....	46
5. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	50
6. CONCLUSIONES.....	57
7. PROPUESTA DE MEJORA.....	58
8. BIBLIOGRAFÍA.....	66
9. ANEXOS.....	70

RESUMEN

En el presente trabajo se evalúa la oferta y demanda del servicio de ginecología - obstetricia del hospital III Yanahuara EsSalud, durante el periodo del 2005 al 2007, con el objetivo de determinar las características de la oferta, el comportamiento de la demanda y las relaciones entre ellas. Es una recopilación documental de datos administrativos y estadísticos.

Al evaluar la oferta en relación a sus diferentes componentes, encontramos que de acuerdo a las normas de acreditación hospitalaria y de servicios, éste se encuentra en observación los dos últimos años, porque alcanza un puntaje de 72,5 % sobre el 80 % requerido para acreditar, fundamentalmente por deficiencias en el componente administrativo (67,33%). En consulta externa se observa que, la disponibilidad de médicos, llega al 42,65 % de lo recomendado por la OPS y OMS para una determinada demanda, por lo tanto, la extensión de uso llega al 46,29 % del estándar institucional, y la utilización de consultorios externos es del 50 % de lo establecido; el rendimiento médico en consulta externa es de 5,05, el número de horas utilizadas por éste profesional, supera ($P < 0,05$) a las horas programadas y, la concentración en consulta externa es de 2,32, la utilización y productividad es óptima; el tiempo de espera supera en más de dos horas a lo establecido y, la deserción en promedio es de 7,43 %. En hospitalización, la distribución de camas está distorsionada, existen 50 % de camas de más en ginecología que corresponderían a obstetricia, la utilización de camas alcanza el 69,07 % en Obstetricia y el 70,19 % en ginecología, el rendimiento cama es de 9,32 en obstetricia y de 8,37 en ginecología, la permanencia e intervalo de sustitución son óptimos. En sala de operaciones el rendimiento médico llega al 87 %, y el porcentaje de operaciones suspendidas es de 6,19. En centro obstétrico la tasa de cesáreas es de 33,73 %, la tasa de abortos de 29,28 % y, el porcentaje de partos complicados de 33,83 %.

Al analizar la demanda, se encuentra que en consulta externa, solo se atiende al 46 % de la programable y, el perfil epidemiológico demuestra que el 34,91 % de la atención en ginecología corresponde al climaterio y embarazo normal. La

cobertura en hospitalización, alcanza el 66 % y, se ha excluido del área de obstetricia la patología del I y II trimestre de la gestación, por lo que ésta ocupa el 35 % de la atención en ginecología. Se atiende el 81,96 % de la demanda quirúrgica (ginecología), pero solo la cirugía tipo C alcanza la meta, las de tipo A, B y, D, llegan al 10 - 14 %. La demanda en emergencia es alta, se llega al 180 % de estándar y, la atención de pacientes con prioridad IV es del 12,33 % del total. En el primer año de estudio la cobertura de la atención de partos fue óptima, en los dos últimos, en promedio alcanzó el 87,6 % de la programación. La prueba de elasticidad demuestra que la demanda en consulta externa es muy sensible a las variaciones de la demanda en emergencia y hospitalización, provocando una elevación de más del doble (2,47 en promedio). Estos resultados determinan altos niveles de demanda encubierta, siendo las más destacables, 53,9 % en consulta externa, 33,67 en hospitalización y, 18,02 % en el centro quirúrgico; en emergencia la demanda efectiva sobrepasa la potencial en 69,73 %.

En conclusión: en el servicio de ginecología – obstetricia del hospital III Yanahuara EsSalud, existe inadecuada relación entre demanda y oferta, ésta última, en la mayoría de áreas evaluadas tiene niveles muy bajos de cobertura, muy por debajo de las normas institucionales; lo que determina inequidad en la atención de la población asegurada y, elevados porcentajes de demanda insatisfecha.

Palabras clave: *Oferta, demanda, obstetricia, ginecología.*

SUMMARY

In this study we assess the demand and supply of the Gynaecology - Obstetrics service of The Yanahuara Hospital EsSalud, from 2005 to 2007 with the objective of determining the offer, the behaviour of demand and the relationship between them.

It is a documentary study of the administrative and statistical data. In evaluating the offer in relation to its various components, we found that according to the hospital accreditation standards and services policy, this observation for the past two years, reached a score of 72.5% over the 80% required, primarily because of the deficiencies in the administrative component (67.33%).

In external consult we observed that the availability of doctors, reaches 42,65 % of the recommended by the PAHO and WHO for a particular demand, this leads to inequality as the extension of use does not reach 46,29 % of the institutional policy and the use of external consult is 50%; performance in medical outpatients is 5.05, the number of hours used by the professional, exceeded ($P < 0.05$) at scheduled hours and the concentration in outpatient consult of 2.3, the utilization and productivity are optimal, the waiting time is longer than two hours as required, and the drop out is 7.43% average.

In hospitalization, the distribution of beds is distorted, there are 50% more beds in Obstetrics that correspond to Gynaecology. The use of beds reaches 69, 07 % in obstetrics and 70.19 % in gynaecology, the bed utilization is 9, 32 in obstetrics and 8, 37 in gynaecology, and the interval retention replacement is optimal.

In the operating room the physician performance reaches 87% and the percentage of discontinued operations is 6.19. Obstetrical department, show a caesarean rate of 33.73%, abortion rate of 29.28% and the percentage of complicated births was 33.83%. In relation to demand, which is established in an outpatient basis, only 46% of the programmed was achieved, and the epidemiological profile shows that 34.91% of the gynaecological care is for normal pregnancy and menopause.

The hospitalization coverage reaches 66% and has been excluded from this area: pathologies from 1st and 2nd trimester pregnancy, so it occupies 35% of care in the gynaecology service.

Gynaecologic surgery was attended in the 81.96%, but only surgery type C reached the target. Type A, B and D, reach to 10-14%.

The emergency care reached 180% and Priority IV is 12.33% of the total. In the first year of study the coverage of birth delivery was optimal, in the last two, on average reached 87.6% of the programmed. In the first year of study the coverage of birth delivery was optimal, in the last two, on average reached 87.6% of the programmed. These results identified high levels disguised demand, the most notable, 53,9 % outpatients, and hospitalization in 33.97%.

In conclusion: in the service of gynaecology - obstetrics of the Yanahuara Hospital IIII ESSALUD, improper relationship exists between demand and supply, the latter in most areas assessed, is far below the standards set by the institution; this determines inequality in the care of the insured population and therefore a high percentage of unsatisfied demand.

Keywords: *Supply, demand, obstetrics, gynaecology.*

INTRODUCCIÓN

El gran desarrollo de las comunicaciones, la globalización, y las innovaciones tecnológicas influyen decididamente en las relaciones entre la oferta y demanda de los servicios de salud. Por ello, es imprescindible y prioritario el cambio en la administración y gerencia de éstos, se requiere ya no solo solucionar los problemas coyunturales sino implementar la planificación estratégica para afrontar los problemas a mediano y largo plazo.

En EsSalud los cargos directivos se eligen con criterios político-partidarios y, tienen un modelo gerencial de tipo vertical, lo que impide la participación activa y sugerencias de los mandos medios. Esta es una situación que nació con la institución y explica la persistencia de tantos problemas gerenciales, que reflejan los desajustes entre la oferta y la demanda, que no logran resolverse y que finalmente reflejan condiciones de salud inadecuadas.

El administrador y gerente deben conocer las características propias de un servicio especialmente en lo relacionado a la oferta y la demanda; el buen manejo de estos aspectos permitirá calidad y eficiencia en la atención, entonces es necesario implementar un sistema de mejoramiento continuo y la búsqueda de la excelencia, monitorizando y evaluando continuamente las estrategias para flexibilizar y cambiar aquellas que se alejen de los objetivos

Conocer el estado actual de la oferta y la demanda del servicio de Ginecología Obstetricia del Hospital III Yanahuara EsSalud, como un procedimiento de la evaluación y control de la gestión, permitirá tomar las medidas apropiadas, para coordinar procesos, formular planes y evaluar decisiones, lo cual permitirá orientar las actividades del servicio hacia la excelencia, eficacia y eficiencia que son los objetivos de toda institución.





1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

TABLA 1

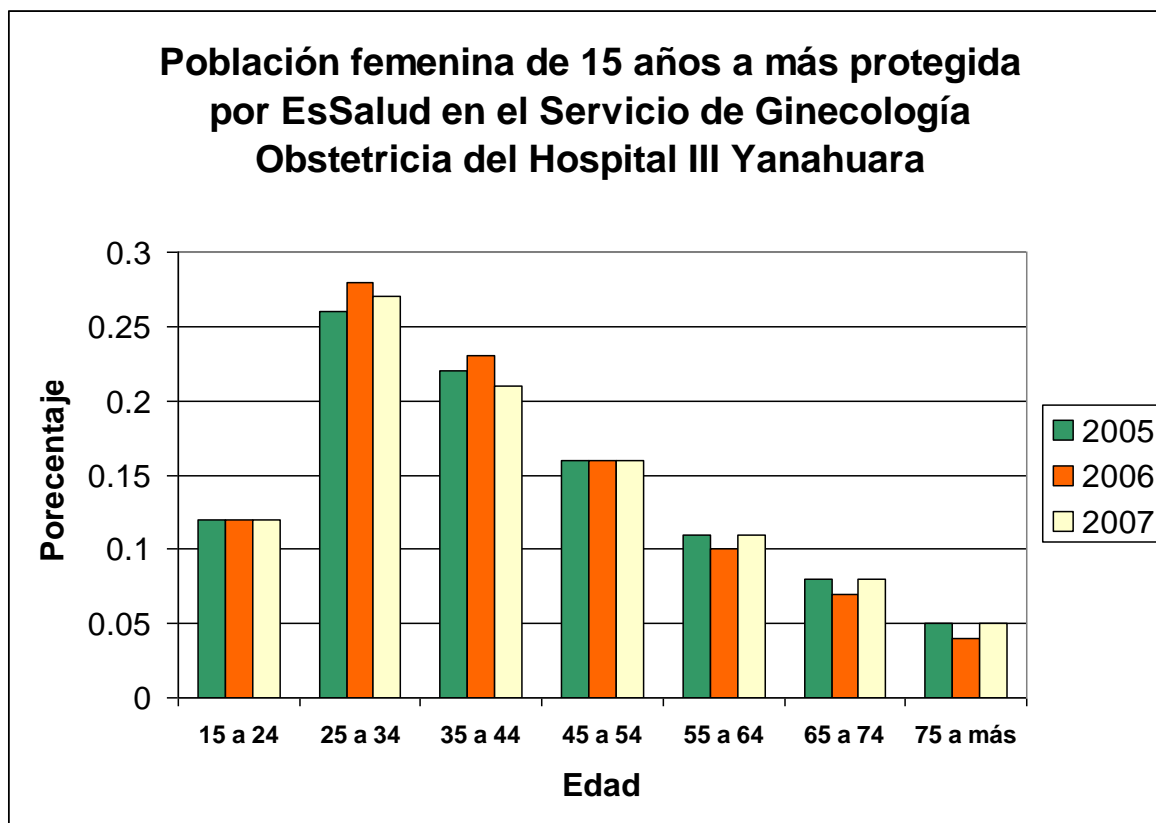
**POBLACIÓN FEMENINA DE 15 AÑOS A MAS PROTEGIDA POR ESSALUD
EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III
YANAHUARA ESSALUD. 2005 - 2007**

EDAD/AÑOS	AÑOS					
	2005		2006		2007	
	Número	%	Número	%	Número	%
TOTAL	46117	100,00	40888	100,00	44151	100,00
15 – 24	5523	11,97	4845	11,85	5294	11,99
25 - 34	12130	26,30	11317	27,68	11722	26,54
35 - 44	10037	21,76	9257	22,64	9494	21,50
45 - 54	7448	16,15	6758	16,53	7040	15,94
55 - 64	5110	11,08	4109	10,05	4902	11,10
65 – 74	3597	7,80	2854	6,98	3497	7,92
75 - más	2332	4,95	1566	3,83	2262	5,12

Fuente: Unidad de estadística Hospital III Yanahuara

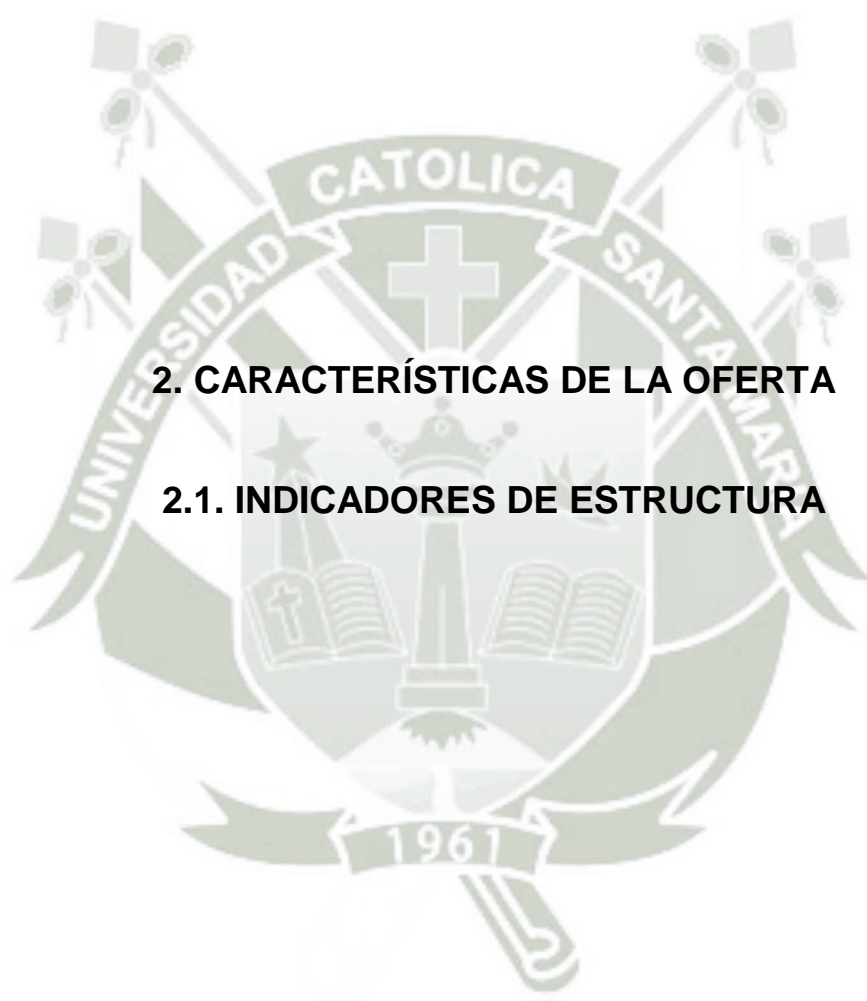
Se puede observar, que el mayor porcentaje de la población femenina, adscrita al Hospital III Yanahuara EsSalud se concentra entre los 25 y 34 años (48,16 %), que corresponde al segmento femenino en edad reproductiva ideal y que por lo tanto requiere atención específica a sus posibles patologías; por otra parte, no deja de llamar la atención el porcentaje de pacientes peri y post menopáusicas que en conjunto hacen el 39,98 % situación que se repite con leves variaciones en los tres años de estudio, esto nos debe orientar a modelos de atención específicos, para satisfacer las necesidades de salud de éstos segmentos poblacionales.

“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA: DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 -
2007”



Fuente: Unidad de estadística Hospital III Yanahuara EsSalud

Elaboración: propia



2. CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA

2.1. INDICADORES DE ESTRUCTURA

TABLA 2

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA: DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 -
2007”**

**I. CALIDAD TÉCNICA: INDICADORES DE ESTRUCTURA
EVALUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA Y ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA OBSTETRICIA SEGÚN ACREDITACIÓN HOSPITALARIA**

COMPONENTE PUNTAJACIÓN	META		2005		2006		2007	
	PUNTAJE	%	Puntaje obtenido	%	Puntaje obtenido	%	Puntaje obtenido	%
1. CONSULTA EXTERNA								
A. ADMINISTRACIÓN	20	100	14	70	13	65	13	65
B. INFRAESTRUCTURA	25	100	19	76	17	68	17	68
2. CENTRO QUIRÚRGICO								
A. ADMINISTRACIÓN	25	100	21	88	16	67	16	67
B. INFRAESTRUCTURA	55	100	47	85	48	87	48	87
3. HOSPITALIZACIÓN								
A. ADMINISTRACIÓN	25	100	21	84	15	60	15	60
B. INFRAESTRUCTURA	37	100	31	84	30	81	31	84
4. CENTRO OBSTÉTRICO								
A. ADMINISTRACIÓN	21	100	16	76	11	52	11	52
B. INFRAESTRUCTURA	57	100	51	89	48	84	48	84

Fuente: Archivo Dirección del Hospital

Elaboración propia

Teniendo como base los estándares de acreditación hospitalaria (Meta), se evaluó la calidad técnica en relación a la estructura de las diferentes áreas del Servicio de Ginecología y Obstetricia; se observa que en los diferentes años de estudio la parte administrativa siempre obtuvo un puntaje inferior a la infraestructura, con excepción del año 2005 en el centro quirúrgico y hospitalización.

TABLA 3

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA: DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 -
2007”**

**I. CALIDAD TÉCNICA: INDICADORES DE ESTRUCTURA
EVALUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA Y ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA OBSTETRICIA SEGÚN ACREDITACIÓN HOSPITALARIA:
CONSOLIDADO DE RESULTADOS POR COMPONENTES**

COMPONENTE A	2005		2006		2007	
	META %	PUNTAJE %	META %	PUNTAJE %	META %	PUNTAJE %
1 A	100	70	100	65	100	65
2 A	100	88	100	67	100	67
3 A	100	84	100	60	100	60
4 A	100	76	100	52	100	52
TOTAL	100	80	100	61	100	61
COMPONENTE B						
1 B	100	76	100	68	100	68
2 B	100	85	100	87	100	87
3 B	100	84	100	81	100	84
4 B	100	71	100	84	100	84
TOTAL	100	85	100	82	100	83

Fuente: Archivo Dirección del Hospital
Elaboración propia

En la presente tabla, que es continuación de la anterior, se observa con mayor claridad el consolidado de la evaluación de la estructura del servicio con sus componentes administrativo e infraestructura, se puede ver que el componente A (administrativo) tiene menor puntaje que el componente B (infraestructura), en los diferentes años de estudio.

TABLA 4

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA: DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 -
2007”**

**I. CALIDAD TÉCNICA: INDICADORES DE ESTRUCTURA
EVALUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA Y ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA OBSTETRICIA SEGÚN ACREDITACIÓN HOSPITALARIA:
EVALUACIÓN GLOBAL POR COMPONENTES**

COMPONENTES	META %	PUNTAJE OBTENIDO		
		2005 %	2006 %	2007 %
A	100	80	61	61
B	100	85	82	83

Fuente: Archivo Dirección del Hospital

Elaboración propia

Se observa que globalmente, el componente A, alcanza menos puntaje que el componente B en el servicio de ginecología y obstetricia, en los tres años de estudio, especialmente en los dos últimos años (2006 y 2007)

TABLA 5

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA: DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 -
2007”**

I. CALIDAD TÉCNICA: INDICADORES DE ESTRUCTURA

**EVALUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA Y ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA OBSTETRICIA SEGÚN ACREDITACIÓN HOSPITALARIA:**

**RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA OBSTETRICIA POR
AÑOS DE ESTUDIO**

AÑO	PUNTAJE OBTENIDO A + B %	RANGO DE VALORACIÓN OBTENIDO	EVALUACIÓN FINAL
2005	82,5	1	ACREDITA
2006	71,5	2	OBSERVACIÓN
2007	72,0	2	OBSERVACIÓN

RANGO 1: A + B = 100 > 80 %: ACREDITA

RANGO 2: A + B = < 80 > 60 %: EN OBSERVACIÓN

RANGO 3: A + B = < 60 % - 0 : NO ACREDITA

Fuente: Archivo Dirección del Hospital

Elaboración propia

En esta tabla se compara los resultados con los estándares de acreditación (Los tres rangos propuestos) y se observa que los porcentajes alcanzados por cada una de las áreas evaluadas, solo durante el año 2005 el servicio cumplía a cabalidad con los requisitos para acreditar como un servicio de nivel III, pero en los años 2006 y 2007 el servicio estaba en observación, porque no alcanzó los porcentajes para acreditar como un servicio de nivel III en concordancia con el nivel del hospital.

TABLA 6

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA: DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 -
2007”**

INFRAESTRUCTURA FÍSICA SERVICIO DE GINECOLOGÍA OBSTETRICIA

	2005		2006		2007	
	I Semestre	II Semestre	I Semestre	II Semestre	I Semestre	II Semestre
Consultorios Físicos	03	03	03	03	03	03
Consultorios funcionales	04	04	04	04	05	05
Quirófanos físicos	01	01	01	01	01	01
Quirófanos funcionales	02	02	02	02	02	01
Salas de partos	01	01	01	01	01	01
Ambientes Hosp. Obstetricia	05	06	04	04	04	0
Ambientes Hosp. Ginecología	04	04	04	04	04	04
Camas Ginecología	17	17	17	17	17	18
Camas Obstetricia	19	19	17	17	17	18
Tópico emergencia	01	01	01	01	01	01
Tópico proced. Especiales	01	01	01	01	01	01

Fuente: Oficina de persona y recursos hospitalarios

Elaboración: el autor

En esta tabla se observa que el número de consultorios físicos y funcionales prácticamente no ha variado en los tres años de estudio, en la tabla 12 se evalúa este recurso. Los quirófanos y los tópicos son adecuados (acreditación); la distribución de camas no cumple con la RM 970-2005 del MINSA: 80 % para obstetricia y 20 % para ginecología, así como, el número de camas por ambiente. El total de camas del servicio se adecúa a la norma institucional (0.9 camas/1000 asegurados).

TABLA 7

“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA: DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 -
2007”

II. DISPONIBILIDAD

DISPONIBILIDAD EQUITATIVA OPERATIVA Y POTENCIAL DE MÉDICOS
GINECÓLOGO - OBSTETRAS EN CONSULTA EXTERNA

MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS				
	AÑO			
	2005	2006	2007	
Población total asignada al hospital	89592	89592	89592	¿Estándar? OPS, OMS
Población objetivo (Mujeres de 15 años a mas)	46117	40888	44151	8-10/10000
Número de médicos	14	15	16	35
Disponibilidad equitativa	0,30	0,36	0,36	0,76
Disponibilidad operativa	0,26	0,31	0,29	0,76
Disponibilidad potencial	0,14	0,13	0,12	N. E.

Fuente: Elaboración propia

El número de médicos, no cumple con el estándar propuesto por la OPS y OMS, se llega al 42,65 % de éste ideal, si así fuera, la disponibilidad equitativa debería llegar en promedio a 0,76; en nuestro caso, en promedio solo se llega al 44,74 % de ésta propuesta. Peor aún si se evalúa la disponibilidad operativa, la inequidad se acentúa. Y se cuenta con muy poca disponibilidad potencial para solucionar el problema detectado.

TABLA 8

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA: DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 -
2007”**

II. DISPONIBILIDAD

**DISPONIBILIDAD EQUITATIVA OPERATIVA Y POTENCIAL DE CAMAS
SERVICIO DE GINECOLOGÍA –OBSTETRICIA**

CAMAS EN GINECOLOGÍA				ESTÁNDAR
	2005	2006	2007	
Población objetivo (Mujeres de 15 años a mas)	46117	40888	44151	0,9 c./1000 asegurados
Número de camas	17	17	18	20 % del total
Disponibilidad equitativa	0,36	0,41	0,40	0,18
Disponibilidad operativa	0,23	0,29	0,29	
Disponibilidad potencial	0,04	0,05	0,05	
CAMAS EN OBSTETRICIA				
Población objetivo (27 % de población total) (15 % mujeres edad fértil)	6917	6133	6623	
Número de camas	19	17	18	80 % del total
Disponibilidad equitativa	2,74	2,77	2,71	4,26
Disponibilidad operativa	1,5	1,9	2,1	
Disponibilidad potencial	0,28	0,32	0,30	

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar, la disponibilidad equitativa sobrepasa el estándar para el número de camas en ginecología en poco más del 50 %, esto determina alta disponibilidad operativa, por el exceso de camas, existe disponibilidad potencial porque dos camas están utilizadas en otros fines. En obstetricia ocurre el fenómeno inverso, la disponibilidad equitativa solo llega al 64,3 % de la norma y existe mayor disponibilidad operativa.

TABLA 9

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA: DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 -
2007”**

1 DISPONIBILIDAD

**DISPONIBILIDAD EQUITATIVA OPERATIVA Y POTENCIAL DE MÉDICOS
GINECÓLOGO - OBSTETRAS EN CENTRO QUIRÚRGICO**

AÑO	2005	2006	2007
POBLACIÓN OBJETIVO	46,117	40888	44151
Población objetivo para intervenciones quirúrgicas (3,5 % de la P.O.)	1614	1431	1545
Número de médicos	14	15	16
Disponibilidad equitativa	8,67	10,48	10,35
Disponibilidad operativa	6,81	8,36	8,41
Disponibilidad potencial	1,85	2,09	1,94

Fuente: Elaboración propia

La tabla nos presenta la relación entre el número de médicos y la actividad quirúrgica del servicio, se observa que la disponibilidad equitativa, ha mejorado en los dos últimos años (no se tiene estándares de comparación) se analizará mejor al evaluar los indicadores de resultado, la capacidad operativa se relaciona con la equitativa y la potencial es significativa, indicándonos que hay cierto grado de subutilización del recurso médico en el centro quirúrgico.

TABLA 10

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA: DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 -
2007”**

2 ACCESIBILIDAD

**TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA EXTERNA: SERVICIO DE GINECOLOGÍA
OBSTETRICIA**

ACTIVIDADES	TIEMPO DE ESPERA / AÑOS (MINUTOS)			
	2005	2006	2007	PROMEDIO
COLA EN ADMISIÓN	161	161	161	161
ATENCIÓN EN ADMISIÓN	10	10	10	10
COLA EN TRIAJE	32	32	32	32
ATENCIÓN EN TRIAJE	5	5	5	5
ESPERA ATENCIÓN CONSULTORIO	20	10	20	16,6
ATENCIÓN EN CONSULTA	12	12	12	12
TOTAL	240	230	240	236
ESTANDAR (MINUTOS)	45	45	45	45

Fuente: Oficina de admisión. Elaboración: el autor

Se observa que existen problemas para acceder a consulta externa, con una espera que supera en más de dos horas al estándar establecido por la institución. El mayor tiempo de espera está en la cola para admisión, es decir para obtener la consulta. Donde se pierde más del 50 % de tiempo.

TABLA 11

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA: DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 -
2007”**

IV. ADECUACIÓN

**ADECUACIÓN DE DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO Y OBSTETRICES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA OBSTETRICIA**

PERSONAL MÉDICO

AÑO	2005	2006	2007
Recursos existentes	14	15	16
Recursos necesarios	35	35	35
Adecuación de distribución	0,4	0,42	0,45

PERSONAL OBSTETRIZ

AÑO	2005	2006	2007
Recursos existentes	21	21	21
Recursos necesarios	20	20	20
Adecuación de distribución	1,05	1,05	1,05

Fuente: Oficina de recursos humanos. Elaboración: El autor

La adecuación de distribución del personal médico, es deficiente, como se observa se llega al 43 % del ideal en promedio (estándares promedio de la OPS y la OMS: 8 médicos/10,000 habitantes) en cambio, el personal obstetriz, satisface adecuadamente los requerimientos del servicio con una ligera subutilización.

TABLA 12

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA: DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 -
2007”**

IV. ADECUACIÓN

**ADECUACIÓN DE DISTRIBUCIÓN Y UTILIZACIÓN EN CONSULTA EXTERNA:
SERVICIO DE GINECOLOGÍA OBSTETRICIA**

	2005	2006	2007
Consultorios físicos existentes	3	3	3
Consultorios físicos necesarios	5	5	5
Consultorios funcionales existentes	4	4	5
Consultorios funcionales necesarios	14	14	14
ADECUACIÓN DE DISTRIBUCIÓN	3,5	3,5	2,8
UTILIZACION	1,33	1,33	1,66
UTILIZACIÓN (ESTÁNDAR)	2,5	2,5	2,5

Fuente: elaboración del autor

Si solo se atendiera al 80 % de la población determinada por la extensión de uso institucional (Tabla 27), se necesitarían 14 consultorios funcionales, es decir se requieren 3,5 (adecuación de distribución al servicio) veces más consultorios funcionales para atender esa demanda ideal y, por lo tanto 5 consultorios físicos. Como se observa, actualmente la utilización de los consultorios físicos es deficiente y revela la subutilización de éste recurso, se llega a 1,3 (50 %), de utilización (estándar 2,5)

TABLA 13

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA: DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 -
2007”**

**CUADRO RESUMEN DE INDICADORES DE ESTRUCTURA
(PROMEDIOS DE LOS TRES AÑOS DE ESTUDIO)**

DISPONIBILIDAD				
	ESTANDAR	EQUITATIVA	OPERATIVA	POTENCIAL
Médicos Cons. externa	0,76	0,35	0,28	0,13
Camas Ginecología	0,18	0,39	0,27	0,046
Camas obstetricia	4,26	2,74	1,83	0,30
Médicos C. quirúrgico	N.E.	9,83	7,89	1,96
ADECUACIÓN DE DISTRIBUCIÓN				
MÉDICOS	1,00	0,42		
OBSTETRICES	1,00	1,05		
CONSULTORIOS	0,5	0,21		

Fuente: elaboración por el autor

La tabla resumen nos muestra, como algunos indicadores de estructura (disponibilidad y adecuación), no se relacionan con los estándares establecidos para cada rubro, es necesario hacer hincapié en disponibilidad equitativa muy baja de médicos en consulta externa y la distribución de camas en las diferentes áreas del servicio. Lo primero se confirma con la adecuación de distribución de médicos.



CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA

2.2. INDICADORES DE PROCESO

TABLA 14

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA: DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 -
2007”**

**UTILIZACIÓN, RENDIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD
CONSULTA EXTERNA: GINECOLOGÍA**

	2005	2006	2007
Número de horas programadas	3919	4057	4936
Número de horas efectivas (utilizadas)*	3918	4162	5045
Número de atenciones	20334	21075	24736
Número de atendidos**	8815	9007	12303
UTILIZACIÓN	99,97 %	102,58 %	102,20%
RENDIMIENTO	5,19	5,06	4,90
PRODUCTIVIDAD	5,18	5,19	5,01

Fuente: Unidad de estadística

Elaboración: el autor

* $\text{Chi}^2 = 5,12$ $p = 0,0236$

** $\text{Chi}^2 = 104,28$ $p < 0,001$

La presente tabla, evalúa el trabajo médico en consulta externa y nos demuestra el desempeño médico: rendimiento y productividad por encima del estándar establecido, teniendo en consideración las horas efectivas y la horas que se programa, especialmente en los últimos años, que se incrementaron las horas utilizadas, debido probablemente excesiva demanda insatisfecha

En el periodo estudiado, el número de horas utilizadas supera de manera significativa ($p < 0,05$) a las horas programadas (*). Del mismo modo, el número de atendidos supera de manera altamente significativa ($p < 0,01$) al número de atenciones programadas (**)

TABLA 15

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA: DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 -
2007”**

**HOSPITALIZACIÓN
UTILIZACIÓN, RENDIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD:**

AÑO	2005		2006		2007	
AREA	OBSTET	GINECO	OBSTET	GINECO	OBSTET	GINECO
Número de camas existentes	228	204	208	204	212	212
Número de camas utilizadas	133	132	145	144	168	180
Egresos esperados	3183	2362	2948	2495	2582	2161
Egresos reales	1857	1599	2058	1766	2052	1831
UTILIZACIÓN	0,58	0,64	0,69	0,70	0,79	0,84
RENDIMIENTO	13,96	12,11	14,19	12,26	12,21	10,17
PRODUCTIVIDAD	8,14	7,83	9,89	8,66	9,67	8,63

Fuente: Unidad de estadística

Elaboración del autor

Aquí se observa los diversos indicadores para su evaluación: tanto en el área de obstetricia, como en ginecología, el rendimiento cama es óptimo sobrepasa el estándar (4,5) para el nivel del hospital, no ocurre lo mismo con la utilización y productividad porque como se observa, existen en promedio, 67 camas en obstetricia y, 55 en ginecología (31,01 % y 26,57 % respectivamente), que no se utilizaron en los tres años de estudio.

TABLA 16

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA: DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 -
2007”**

**CONCENTRACIÓN Y EXTENSIÓN DE USO EN CONSULTA EXTERNA Y
HOSPITALIZACIÓN**

	2005	2006	2007
Población objetivo general	46117	40888	44151
Extensión de uso (pobl objetivo para consulta externa: 50 % de la P.O.G): Estándar	23059	20444	22076
Pobl. Objetivo hospitalización (6 % de la P.O)	2767	2453	2649
Consulta externa: Atenciones médicas (ginecólogo –obstetra)	20334	21075	24736
Consulta externa: Atendidos (médico ginecólogo - obstetra)	8815	9007	12303
Egresos: hospitalización obstetricia	1857	2058	2052
Egresos: hospitalización ginecología	1599	1766	1831
Concentración en consulta externa	2,31	2,34	2,01
Extensión de uso en consulta externa	38,22 %	44,93 %	55,73 %
Extensión de uso en hospitalización obstetricia	67,11 %	83,89 %	77,46 %
Extensión de uso en hospitalización ginecología	57,78 %	71,99 %	69,12 %

Fuente: Elaboración del autor

La concentración en consulta externa es de 2,22 en promedio, en relación al estándar (4), indica, que no existe reciclaje y, hay buen número de pacientes nuevas. La extensión de uso en consulta externa es muy baja (promedio 46,29 %) en relación a la población objetivo (50 % de la población objetivo general); lo mismo ocurre en hospitalización: en obstetricia se alcanzó en promedio el 76,15 % (aceptable) y, en ginecología el 66,30 %.

TABLA 17

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA: DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 -
2007”**

**CUADRO RESUMEN: INDICADORES DE PROCESO
PROMEDIOS DE LOS TRES AÑOS DE ESTUDIO**

	UTILIZACIÓN		RENDIMIENTO		PRODUCTIVIDAD	
	ESTANDAR	RESULTADO	ESTANDAR	RESULTADO	ESTANDAR	RESULTADO
CONSUL. EXTERNA	100 %	101.58 %	4.5	5,05	5	5.13
CAMAS OBSTET.	0,90	0.69	4,5	13,45	N. E.	9,23
CAMAS GINECOL	0,90	0,73	4,5	11,51	N. E.	8,30

	CONCENTRACIÓN		EXTENSIÓN DE USO	
	ESTANDAR	RESULTADO	ESTANDAR	RESULTADO
CONSUL. EXTERNA	4	2.22	100 % DE POBL. PROGRAMABLE	46,29
HOSP. OBSTET.			100 % DE POBLACION PROGRAMABLE	76,15
HOSP. GINECOL.			100 % DE POBLACION PROGRAMABLE	66,30

Fuente: Elaboración del autor

Los indicadores de proceso, revelan adecuada utilización de consultorios, rendimiento médico, productividad y, concentración de consulta externa, no así la extensión de uso, que es menor al 50 % en consulta externa y ligeramente satisfactorias en cuanto al recurso cama y cobertura de demanda.la



2. CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA

2.3. INDICADORES DE RESULTADO

TABLA 18

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA: DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 -
2007”**

PRINCIPALES INDICADORES DE RESULTADO EN CONSULTA EXTERNA

	2005	2006	2007	ESTANDAR
Atenciones médicas	20334	21075	24736	
Atendidos (ginecólogo-obstetra)	8815	9007	12303	
Consultorios físicos	36	36	36	
Consultorios funcionales	48	48	60	
Número de médicos	163	171	190	
Concentración de consultas	2,31	2,34	2,01	4,0
Ratio de atenciones médicas por asegurado	0,44	0,51	0,56	2,5
Utilización de consultorios físicos	1,33	1,33	1,66	2
Rendimiento Hora/médico	5.19	5,06	4,90	4,5
Grado de cumplimiento de horas efectivas	99,9	102,5	102,2	90 %
Tasa de deserción	5 ,9%	7,9%	8,5%	5 %

Fuente: Elaboración del autor

Ya se comentó la concentración en consulta externa. El ratio de atenciones médicas por asegurado es muy bajo (fallas en la oferta), sin embargo los médicos programados en ésta área rinden adecuadamente y sobrepasan las horas programadas. La tasa de deserción de pacientes a consulta externa (7,43 % promedio) está por encima del estándar probablemente por problemas de accesibilidad.

TABLA 19

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA: DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 -
2007”**

**PRINCIPALES INDICADORES DE RESULTADO EN HOSPITALIZACIÓN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

AÑO	2005		2006		2007		ESTANDAR
AREA	OBST.	GINEC.	OBST.	GINEC.	OBST.	GINEC	
Egresos	1857	1599	2058	1766	2052	1831	6% de P.As.
Número de camas	228	204	208	204	212	212	
Días estancias	4112	3995	4461	4462	4905	4751	
Paciente/día	4055	4015	4486	4527	5024	4704	
Día cama disponible	6936	6205	6323	6205	6450	6450	
Promedio de permanencia o estancia	2,21	2,49	2,16	2,52	2,39	2,59	6
% de ocupación de camas	58,41	64,70	70,94	72,95	77,89	72,93	90 %
Rendimiento cama	8,14	7,83	9,89	8,65	9,67	8,63	4
Intervalo de sustitución	1,53	1,36	0,89	0,95	0,69	0,95	1

Fuente: Unidad de estadística H hospital III Yanahuara EsSalud

Elaboración: Por el autor

Se observa que el promedio de permanencia o estancia, está por debajo del estándar para el nivel del hospital (6), es por ello, que el rendimiento - cama es alto en relación al estándar (4); sin embargo, el porcentaje de ocupación de camas es muy bajo para el nivel del servicio (69,07 en obstetricia y 70,19 en ginecología en promedio) con leve mejoría en los últimos años. El intervalo de sustitución, esta por arriba del estándar en el primer año, en los siguientes años está por debajo del mismo. En conclusión, el servicio moviliza rápidamente pacientes, y sobran camas, hay subutilización de éste recurso.

TABLA 20

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA:
DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 – 2007”**

**PRINCIPALES INDICADORES DE RESULTADO: INTERVENCIONES
QUIRÚRGICAS GINECOLOGÍA**

	2005	2006	2007	ESTANDAR
Alto grado de complejidad (A)	2	5	10	
Medianamente compleja (B)	177	155	196	
Bajo grado de complejidad (C)	932	848	1060	
Cirugía menor (D)	103	118	156	
Procedimientos (E)	24	26	29	
TOTAL	1238	1152	1451	
Rendimiento de sala de operaciones	85,69	87,35	88,23	90
Porcentaje de operaciones suspendidas	6,46	6,23	5,89	5
Rendimiento hora médico	0,48	0,49	0,53	N.E.
Porcentaje de reintervenciones totales	1,32	0,89	1,21	2

Fuente: Unidad de estadística H hospital III Yanahuara EsSalud

Elaboración: Por el autor

Se observa que el rendimiento en sala de operaciones está muy cercano al estándar (90), especialmente en los dos últimos años de estudio, el rendimiento de los médicos ha mejorado en los dos últimos años; pero, el porcentaje de operaciones suspendidas es alto (6,19 promedio) en relación al estándar (5) y el porcentaje de reintervenciones se mantiene en límites adecuados, por debajo del estándar; lo que indica buena calidad técnica de los médicos del servicio.

TABLA 21

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA:
DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 – 2007”**

**PRINCIPALES INDICADORES DE RESULTADO EN EL CENTRO
OBSTÉTRICO**

	2005	2006	2007	ESTANDAR
Partos vaginales	1023	1123	1035	
Cesáreas	481	543	600	
TOTAL PARTOS	1504	1666	1635	
Porcentaje de partos vaginales	68,01	67,41	63,30	
Tasa de cesáreas	31,98	32,59	36,69	20 %
Nacimientos TOTAL	1505	1668	1635	
Nacidos vivos	1489	1649	1622	
Natimueertos	15	17	13	
Porcentaje de extensión de episiotomía III y IV grado	0,37	0,41	0,49	0 %
Porcentaje de retención de restos placentarios	1,22	0,18	0,98	N.E.
ABORTOS	324	501	600	
Tasa de abortos	21,18	30,38	36,6	N. E.
Porcentaje de partos complicados	31,25	33,13	37,12	15,7*

Fuente: Unidad de estadística Hospital III Yanahuara EsSalud

Elaboración: Por el autor

La tabla nos permite apreciar la atención de la gestante en el momento del parto, se puede afirmar que la elevada tasa de cesáreas (33,75 promedio), así como los parto complicados (33,13 %), nos indican indirectamente de una mala calidad técnica. La tasa de abortos es alta en promedio 29,28 aunque un poco menor que la encontrada en un hospital del MINSA (33,90).



3. CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA

3.1. DEMANDA EFECTIVA U OBSERVADA

TABLA 22

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA:
DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 – 2007”**

**DEMANDA EFECTIVA EN CONSULTORIO EXTERNO Y
HOSPITALIZACIÓN SERVICIO GINECOLOGÍA OBSTETRICIA**

AREA	2005		2006		2007		ESTANDAR
	No.	%	No.	%	No.	%	
Población objetivo	46117	100	40888	100	44151	100	
Población objetivo para Consulta externa	23059	100	20044	100	22076	0	50 % de pobl. Obj.
DEMANDA EFECTIVA CONSULTA EXTERNA	8815	38,22	9007	44,93	12303	55,73	
Población Objetivo hospitalización obstetricia	2767	100	2453	100	2649	100	6 % de pobl. Obj.
DEMANDA EFECTIVA HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICIA	1857	67,11	2058	83,89	2052	77,46	
Población Objetivo Hosp. Ginecología	2767	100	2453	100	2649	100	
DEMANDA EFECTIVA HOSPITALIZACION GINECOLOGÍA	1599	57,78	1766	71,99	1831	69,12	

Fuente: Unidad de estadística Hospital III Yanahuara EsSalud

Elaboración: Por el autor

En la tabla 15 se evaluó la extensión de uso, en la presente tabla se ratifica esos resultados, en promedio se atendió solo al 46,29 % de la demanda programada para consulta externa durante los 3 años. En hospitalización la demanda atendida llegó al 76,15 % en obstetricia y al 66,30 % en ginecología, es decir cobertura por debajo del 50 % en consulta externa y, solo en hospitalización obstetricia, se aproxima al porcentaje aceptable por la institución.

TABLA 23

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA:
DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 – 2007”
DEMANDA EFECTIVA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRO
OBSTÉTRICO SERVICIO DE GIINECOLOGÍA I OBSTETRICIA**

CENTRO QUIRÚRGICO	2005	2006	2007	META (ESTÁNDAR)	PROMEDIO EN LOS 3 AÑOS (%)
Cirugía mayor de alto grado de complejidad (A)	2	5	10	Excepcio- nalmente	0,37
Cirugía mayor de mediana complejidad (B)	177	155	196	25 %	11,50
Cirugía mayor de baja complejidad (C)	932	848	1060	45 %	61,90
Cirugía menor de alto requerimiento (D)	103	118	156	30 %	8,21
TOTAL	1214	1126	1422	Avance. 83,6	82,01
Programación 3,5 % de población objetivo	1614	1431	1545	100 %	
CENTRO OBSTÉTRICO					
Partos vaginales	1023	1123	1035		60,62
Partos por cesárea	481	543	600	20 %	33,75
TOTAL PARTOS	1504	1666	1635		91,57
Programación 4 % MEF	1845	1636	1766		

Fuente: Unidad de estadística Hospital III Yanahuara EsSalud

Elaboración: Por el autor

Las intervenciones quirúrgicas en los tres años, alcanzaron en promedio el 82,01 % de la demanda (3,5 % de la población objetivo), pero la cirugía tipo C alcanzo el 61,90 % sobrepasando la meta, los otros tipos nunca alcanzaron la meta, no llegaron ni al 50 % de ella. La demanda de partos superó la meta en el segundo año, en primero y último llegaron al 87 % de la demanda en promedio, pero, existe una alta tasa de cesáreas.

TABLA 24

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA:
DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 – 2007”**

**DEMANDA EFECTIVA EN EMERGENCIA, SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

PRIORIDAD	2005	2006	2007
Prioridad III	5902	5533	5245
Prioridad II	1759	2077	3286
Prioridad I	147	209	186
Prioridad IV	1389	1291	743
TOTAL	9197	9110	9461
Estándar: Razón Emergencia/consulta	0,25	0,25	0,25
Consulta externa	20334	21075	24736
RESULTADO Emerg/C. Externa.	0,45	0,43	0,38

Fuente: Unidad de estadística Hospital III Yanahuara EsSalud

Elaboración: Por el autor

La tabla nos demuestra la marcada distorsión de la demanda en emergencia (estándar de la razón emergencia/consulta externa para un hospital de nivel III: 0,25), en los tres años de estudio; alcanza el 180 % del estándar. Obsérvese el elevado número de atenciones con prioridad IV (12,33 % en promedio del total de atenciones), que propiamente corresponden a consulta externa.

TABLA 25

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA:
DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 – 2007”**

DEMANDA EFECTIVA SEGÚN DAÑOS EN CONSULTA EXTERNA: GINECOLOGÍA

DAÑO	AÑO					
	2005		2006		2007	
	No.	%	No.	%	No.	%
Estados menopáusicos y climaterio	3044	14,94	3261	15,46	3263	13,18
Supervisión de primer embarazo normal.	2096	10,29	3058	14,49	2801	11,31
Supervisión de otros embarazos normal.	1730	8,74	1738	8,24	2005	8,10
Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis	1306	6,41	1265	6,00	1248	5,04
Vaginitis atrófica post menopáusica	709	3,48	366	1,73	808	3,26
Examen ginecológico general			314	1,49	608	2,46
Estados asociados con menopausia	616	3,02				
Vaginitis aguda	555	2,72	645	3,06	591	2,39
Infección de vías urinarias	502	2,46	496	2,35	577	2,33
Enfermedad inflamatoria pélvica	307	1,51			438	1,77
Mastopatía quística difusa			349	1,65	423	1,71
Leiomioma submucoso uterino	306	1,50	297	1,41		
Otros	9200	44,93	9307	44,12	11989	48,45
TOTAL	20,371	100,00	21097	100,00	24736	100,00

Fuente: Unidad Epidemiología Hospital III Yanahuara EsSalud

Elaboración: Por el autor

En promedio el 34,91 de la consulta corresponde a climaterio y embarazo normal, el otro porcentaje queda para la atención de patología ginecológica propiamente dicha, lo cual indica, que no hay buena administración de la demanda en consulta externa.

TABLA 26

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA:
DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 – 2007”**

**DEMANDA EFECTIVA SEGÚN DAÑOS EN HOSPITALIZACIÓN: AREA
OBSTETRICIA**

DAÑO	AÑO					
	2005		2006		2007	
	No.	%	No.	%	No.	%
Parto único espontáneo	1015	54,45	1100	53,37	1006	48,86
Parto por cesárea	449	24,03	509	24,70	568	27,59
Falso trabajo de parto	143	7,67	175	8,49	161	7,82
Parto por cesárea de emergencia	20	1,07	26	1,26	18	0,87
Aborto incompleto sin especificación			21	1,02	17	0,83
Parto prematuro			18	0,87	29	1,41
Infección no especificada de las vías urinarias	16	0,86	17	0,82	19	0,92
Supervisión de primer embarazo normal	14	0,75				
Supervisión de otros embarazos normales	14	0,75	17	0,82		
Amenaza de aborto			11	0,53	18	0,87
Hiperemesis gravídica leve					16	0,78
Parto por cesárea electiva	12	0,64				
Preeclampsia	11	0,59	10	0,49	14	0,68
Hipertensión gestacional	10	0,54				
Otros	165	8,65	157	7,63	193	9,37
TOTAL	1864	100,00	2061	100,00	2059	100,00

Fuente: Unidad Epidemiología Hospital III Yanahuara Essalud

Elaboración: Por el autor

En el área de hospitalización Obstetricia, no se cumple con la atención del perfil epidemiológico de la demanda porque se ha excluido la atención de la patología del primer y segundo trimestre de la gestación, llama la atención la gran demanda de cesáreas, en promedio supera el 30 % (estándar 20 %), del total de nacidos vivos.

TABLA 27

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA:
DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 – 2007”**

DEMANDA EFECTIVA SEGÚN DAÑOS, HOSPITALIZACIÓN: AREA GINECOLOGÍA

DAÑO	AÑO					
	2005		2006		2007	
	No.	%	No.	%	No.	%
Aborto incompleto sin complicación	199	12,41	306	17,28	398	20,30
Leiomioma del útero	179	11,16	208	11,74	230	11,73
Aborto retenido	125	7,79	91	5,14	156	7,95
Amenaza de aborto	117	7,29	141	7,96	136	6,93
Hiperemesis gravídica leve	90	5,61	72	4,07	89	4,54
Hiperplasia del endometrio	70	4,36	78	4,40	86	4,38
Otros prolapsos genitales femeninos			49	2,77	56	2,85
A. incompleto complicado con infección			39	2,20	36	1,83
A. incompleto complicado con hemorragia	56	3,49	33	1,86	35	1,78
Detención del desarrollo embrionario	34	2,12				
Cistocele	33	2,06	33	1,86	41	2,09
Hipermenorrea perimenopáusica	30	1,87				
Otros	671	41,84	721	40,72	697	35,56
TOTAL	1604	100,00	1771	100,00	1960	100,00

Fuente: Unidad Epidemiología Hospital III Yanahuara EsSalud

Elaboración: Por el autor

En hospitalización del área de ginecología, se observa que el aborto en sus diferentes formas ocupa aproximadamente el 35 % de la demanda durante los tres años de estudio, luego la patología tumoral benigna del útero y a continuación la del piso pélvico e hiperemesis gravídica que es otra complicación del embarazo (indebidamente reportada en ginecología).

TABLA 28

“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA:
DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 – 2007”

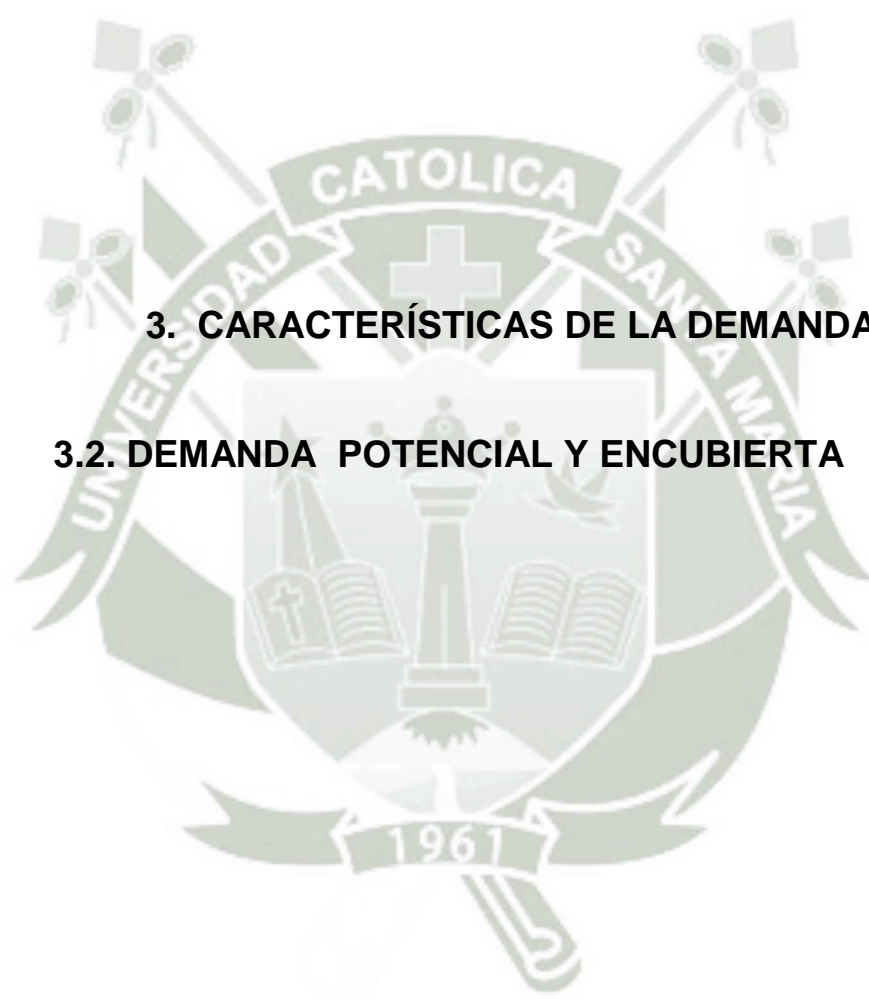
VARIACIÓN DE LA DEMANDA EFECTIVA EN CONSULTA EXTERNA EN FUNCIÓN
A EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN

Demanda	2005	2006	2007
Consulta externa	29149	30082	37039
Hospitalización	3456	3824	3883
Emergencia	9197	9110	9461
Elasticidad			
$\eta =$	2.30	2.33	2.78

Elasticidad: $\eta = \frac{p}{x} \left(\frac{dp}{dx} \right) = \frac{p}{x p'}$

$|\eta| > 1$ demanda elástica,
 $|\eta| < 1$ demanda inelástica,
 $|\eta| = 1$ elasticidad unitaria

La demanda de consulta externa resultó ser muy sensible en función a la variación de la demanda de hospitalización y de las atenciones de emergencia, provocando una elevación de más del doble en la demanda de consulta externa



3. CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA

3.2. DEMANDA POTENCIAL Y ENCUBIERTA

TABLA 29

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA:
DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 – 2007”**

**DEMANDA, POTENCIAL Y ENCUBIERTA EN CONSULTA EXTERNA Y
HOSPITALIZACIÓN: SERVICIO DE GINECOLOGÍA OBSTETRICIA**

AREA	AÑOS		
	2005	2006	2007
POBLACIÓN ADSCRITA	89592	89592	89592
POBLACIÓN OBJETIVO	46117	40888	44151
CONSULTA EXTERNA			
EXTENSIÓN DE USO: 50 % DE P.A. (OBJETIVO): DEMANDA POTENCIAL	23058	20444	22076
DEMANDA EFECTIVA CONSULTA EXTERNA	8815	9007	12303
DEMANDA EFECTIVA C. E. (PORCENTAJE)	38,23	44,06	55,74
DEMANDA ENCUBIERTA C. EXTERNA	14244	11037	9773
DEMANDA ENCUBIERTA C.E. (PORCENTAJE)	61,77	55,64	44,29
HOSPITALIZACIÓN			
EGRESOS HOSP. GINECO. 6 % DE P. OBJETIVO: DEMANDA POTENCIAL.	2767	2453	2649
GESTANTES ESPERADAS: 4 % MEF (100%): DEMANDA POTENCIAL	1844	1635	1766
GINECOLOGÍA (DEMANDA EFECTIVA)	1599	1766	1831
DEMANDA ENCUBIERTA GINECOLOGÍA	1168	687	818
DEMANDA ENCUBIERTA (PORCENTAJE)	42,21	28,00	30,87
DEMANDA EFECTIVA OBSTETRICIA	1857	2058	2052
DEMANDA ENCUBIERTA OBSTETRICIA	- 13	-423	,597

Fuente: Unidad Estadística Hospital III Yanahuara EsSalud

Elaboración: Por el autor

La demanda potencial se relaciona con el estándar de programación; la diferencia entre la demanda potencial y efectiva, determina la demanda encubierta y como se observa, en consulta externa es de 53,9 %, dicho de otro modo la demanda efectiva solo cubre el 46,1 % de la potencial. En hospitalización ginecología la demanda encubierta es de 33,69 % en promedio y, en obstetricia no existe demanda encubierta

TABLA 30

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA:
DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 – 2007”**

**DEMANDA POTENCIAL Y ENCUBIERTA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y
EMERGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA OBSTETRICIA**

AREA	AÑOS		
	2005	2006	2007
POBLACIÓN OBJETIVO GENERAL	46117	40888	44151
CENTRO QUIRÚRGICO			
Programación 3,5 % de la P. Objetivo: Demanda Potencial	1614	1431	1545
DEMANDA EFECTIVA	1214	1126	1422
DEMANDA ENCUBIERTA	400	305	123
DEMANDA ENCUBIERTA (PORCENTAJE)	24,78	21,31	7,97
EMERGENCIA			
CONSULTAS ESPERADAS C. EXTERNO DEMANDA POTENCIAL	23058	20444	22076
RAZÓN DE EMERGENCIAS POR CONSULTAS MEDICAS (NIVEL III)	0,25	0,25	0,25
EMERGENCIAS ESPERADAS: DEMANDA POTENCIAL	5765	5111	5519
DEMANDA EFECTIVA EMERGENCIA.	9197	9110	9461
DEMANDA ENCUBIERTA EMERGENCIA	-3412	-3999	-3942
DEMANDA ENCUBIERTA (PORCENTAJE)	-59,53	-78,24	,71,42

Fuente: Unidad Estadística Hospital III Yanahuara EsSalud

Elaboración: Por el autor

La demanda potencial es igual al estándar de programación, la demanda efectiva llega en promedio al 81,98 % y la encubierta al 18,02 % en el centro quirúrgico, pero en emergencia la demanda efectiva sobrepasa el estándar en 69,73 % en promedio, por lo tanto no existe demanda encubierta.



4. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En EsSalud, la población adscrita y población objetivo de programación, que corresponde a cada Centro Asistencial y Servicio, se calcula con fórmulas estándar, y a través de los años se mantienen las proporciones, más o menos similares (antecedente histórico), de manera que se conoce el volumen de demanda del servicio para realizar las programaciones respectivas.

Al analizar la oferta del servicio de Ginecología – Obstetricia, primero evaluamos la calidad técnica, para ver si existen barreras que limiten el acceso de los consumidores (demanda). Se utilizó las normas de acreditación hospitalaria y observamos que, en el primer año de estudio el servicio cumplía con todos los requisitos para el nivel III, en los dos últimos años de estudio, no cumplió con éste objetivo, por faltas en el área administrativa, sus puntajes disminuyeron de 80 % a 61 %, por lo tanto, entró en observación; este resultado tendrá efectos directos en el monitoreo, evaluación y supervisión del servicio. En comparación con otros servicios que también acreditaron, el de pediatría mantiene sus estándares de calidad (22)

Barreras de acceso como: la accesibilidad geográfica, económica, cultural son óptimas (población asegurada), lo que no ocurre con la población atendida por el MINSA y otras instituciones públicas prestadoras de salud (10). La barrera de acceso más importante de nuestras pacientes a consulta externa es la administrativa, que determina un tiempo de espera prolongado que oscila entre 240 a 180 minutos con ligera mejoría en el último año, (estándar 30 minutos) y, oferta inadecuada de médicos y por lo tanto de consultorios. Estas barreras, aunque en menor grado, se observan en la espera para las intervenciones quirúrgicas. Los obstáculos se encuentran en fallas en los diferentes componentes de la oferta y también de la demanda, como se demostrará posteriormente. En un estudio similar se encontró que en pediatría durante el año 2002 se llegó a eliminar muchas barreras de acceso, especialmente los tiempos de espera para la atención de los usuarios, pero persistieron otros, que determinaron atención inadecuada de la demanda.

Si se evalúa la disponibilidad equitativa, operativa y potencial. Se observa que existe déficit en la oferta de médicos en consulta externa, ésta solo llega al

42,65 % de lo ideal y, la disponibilidad equitativa es de 44,74 %. En hospitalización, si bien es cierto se cumple en forma aceptable con el número total de camas (0,9/1000 asegurados), su distribución no cumple las normas de los organismos rectores de la salud (20 % de camas para ginecología y 80 % para obstetricia), disponibilidad equitativa de camas en ginecología sobrepasa el estándar en 50 % y hay exceso de disponibilidad operativa; en obstetricia existe el fenómeno inverso, la disponibilidad equitativa llega al 64,43 %. Esto se explica en parte, por desconocimiento o, porque toda la patología obstétrica del primer trimestre se atiende en ginecología. En el centro quirúrgico, existe relación adecuada entre disponibilidad equitativa y operativa, pero la significativa demanda potencial, nos hace sospechar de cierto grado de subutilización del recurso médico. Gutiérrez (23) en el servicio de pediatría del mismo hospital, encontró a diferencia del nuestro, que había cierto grado de equidad en el recurso médico, pero inequidad marcada en la disponibilidad de camas con mala utilización de éste recurso. Valdivia M. (2002) en su trabajo “Acerca de la magnitud de la inequidad en salud en el Perú” nos hace ver, las grandes barreras de acceso a los servicios de salud que determinan, que las poblaciones con niveles socioeconómicos bajos solo acceden en un 7 – 8 % a los servicios de salud.

La adecuación de distribución y operación del personal médico en consulta externa, solo llega al 43 % del ideal; la adecuación de consultorios y su utilización indican que se requiere 3,5 veces más consultorios funcionales, para la adecuada atención de la demanda.; lo que guarda relación con los resultados anteriores, confirmando la inequidad de la oferta en éstos indicadores. En la memoria institucional del 2005 de EsSalud, se manifiesta que en el país las consultas han disminuido progresivamente, pero la extensión de uso si llegó al 50 % de la población objetivo, es decir se cumplió con el 100 % de la atención. Lo que no contrasta con lo que ocurre en nuestro servicio.

Los indicadores de procesos nos indican que en consulta externa el trabajo médico en cuanto a utilización rendimiento y productividad es óptimo las horas efectivas superan a las horas programadas ($P < 0,05$), lo que nos indica que los problemas detectados anteriormente no dependen del desempeño del trabajo

médico, si no de la administración: programación y distribución de recursos. El rendimiento de camas en obstetricia (promedio 9,22 %) y ginecología (promedio 8,37 %) es óptimo (niveles bajos de permanencia o estancia e intervalo de sustitución); sin embargo, no se utilizaron, el 31,01 % de camas en obstetricia y el 26,57 % (se confirma la mala distribución de camas). La concentración en consulta externa está por debajo del estándar, por lo tanto, no hay reciclaje de pacientes. La inequidad manifiesta y reiterada es en la extensión de uso en consulta externa, solo llega al 46,29 % del estándar. La solución de éste problema está en las decisión política de las autoridades y las medidas gerenciales de los cargos directivos del hospital. Gutiérrez, en su trabajo encontró que la productividad, rendimiento y la utilización son muy bajos, en el servicio de pediatría del mismo hospital, pero la extensión de uso llega al 65 %, a la inversa del nuestro; en la memoria Institucional del 2005 de EsSalud se observa que el rendimiento promedio del médico en consulta externa es de 4,65, confirmando el buen desempeño del médico en ésta área, no solo en el servicio si no a nivel institucional.

Los indicadores de resultado del servicio, demuestran que en consulta externa: el ratio de atenciones por población objetivo es bajo, no se llega a una consulta por año (estándar 2.5) y, la alta tasa de deserción de 7,43 % se explican probablemente por la espera prolongada. En hospitalización los indicadores revelan que se moviliza pacientes en forma adecuada, pero que existe mal uso del este recurso porque el porcentaje de ocupación nunca llegó al estándar (sobran camas). En sala de operaciones el rendimiento médico es aceptable, pero, el porcentaje de operaciones suspendidas es muy alto en relación al estándar (5), lo que evidencia una mala evaluación de las pacientes o una deficiente programación. En el centro obstétrico, la tasa de cesáreas es alta (33,75 %) para el nivel del hospital, por inadecuada atención de la gestante en las etapas finales del embarazo, y falta de control o auditoría del desempeño médico en éste rubro; por otro lado, la tasa de abortos (29,28 %) es muy alta, sin embargo es inferior a lo encontrado por Bellido P. en el Hospital Goyeneche que para el 2005 fue 33,90 %; se observa además, elevado porcentaje de partos complicados (33,13 %), lo que, junto a los dos indicadores anteriores, determina mayor utilización de camas, en patologías que se pueden prevenir o

tratar ambulatoriamente y, que la atención de partos necesita supervisión constante. Gutiérrez, M. en su trabajo, encuentra que los médicos tienen niveles bajos de productividad y rendimiento, coberturas por debajo del estándar y el recurso cama está subutilizado. En la Memoria Institucional de EsSalud 2005, se observa que el ratio de atenciones por asegurado fue de 3,7 muy por encima del nuestro; los indicadores hospitalarios como promedio de permanencia, rendimiento cama, % de ocupación se acercan a los estándares, es decir, el desempeño global de la institución es superior al nuestro, solo nos equiparamos en el intervalo de sustitución.

En conclusión si analizamos el ámbito estático, en relación a la oferta, podemos afirmar que en el servicio de ginecología obstetricia del Hospital III Yanahuara EsSalud, hay déficit de recursos médicos, lo que limita la capacidad productiva del servicio, determinando inequidad, al restringir la atención a un reducido número de pacientes (23,04 %) sin considerar los estándares establecidos. Existe distorsión en la distribución de camas, pero éstas y las salas de operaciones, solo requieren una mejor adecuación a las necesidades del mismo. Se requiere correcta aplicación de las herramientas de gestión hospitalaria, para monitorear, evaluar y supervisar adecuadamente las actividades del servicio.

Cuando se evalúa la demanda efectiva y su evolución en las diferentes áreas del servicio, observamos, que en consulta externa solo atendemos el 46,29 % de la demanda que corresponde al servicio, pero ésta no se recicla (concentración 2,3). En hospitalización ginecología se atiende al 66 % de la demanda programada idealmente, en obstetricia alcanza niveles satisfactorios. La demanda de intervenciones quirúrgicas se satisface en el 81,96 % en promedio, pero solo la cirugía tipo C alcanza el estándar, las de tipo A, B y D no llegan a la meta exigida por la institución, por inadecuado manejo de la programación y distribución de las intervenciones quirúrgicas. El servicio atendió en forma óptima la demanda de partos en el segundo año de estudio, en el primero y último se llegó al 87 %, podemos decir que esta cobertura es aceptable. En emergencia la situación es crítica, la demanda sobrepasa hasta el 180 % de la meta ideal programada, se explica por dos motivos: mal uso de

éste servicio por parte de las pacientes (prioridad IV elevada), o por restricciones marcadas en consulta externa, que obligan a acudir a emergencia ante la ausencia de citas en consultorios (prueba de elasticidad). El perfil epidemiológico que se atiende (demanda) en consulta externa, indica que el 34,91 % corresponde a menopausia (un estado crónico) y embarazo normal así mismo, en el área de hospitalización de ginecología, las complicaciones del primer trimestre de embarazo: el aborto e hiperémesis gravídica constituyen el 39,74 % de los egresos, con el 35 y 4,74 % respectivamente. En ambas áreas se deben tomar medidas urgentes para corregir la atención y orientarla a satisfacer adecuadamente las necesidades de la demanda. En el trabajo de Gutiérrez M, no se evalúa si la distribución de los perfiles epidemiológicos de la demanda corresponde a cada área, de modo que no podemos hacer comparaciones. Valdivia M. encontró que solo el 16 % de la población (40 % de los enfermos) fue atendida, de ellos el 18 % correspondían a los más pobres, es obvio que nuestra cobertura es mejor. En la memoria Institucional de EsSalud 2005, se observa, que la demanda a consulta ambulatoria disminuyó en 11 % en el periodo 2001 – 2005, aunque se atendió al 50 % de la población asegurada, el número de consultantes disminuyó en 13 % en el periodo informado; en cuanto a atención en hospitalización se observa que se atendió al 93 % de la demanda, aunque los egresos se redujeron en 2,6 % y la demanda quirúrgica mas atendida fue la cirugía mayor de baja complejidad (49 %); en emergencia la demanda llega al 20 % de la consulta externa y la prioridad IV es el 7 % del total de atenciones es decir, el desempeño institucional nacional es mejor al nuestro en la atención de la consulta ambulatoria, se relaciona con las intervenciones quirúrgicas y es similar en la atención de la demanda en emergencia.

La demanda potencial en este caso corresponde al total de la población que se programa de acuerdo a las normas institucionales (100 %). La elevada demanda encubierta en consulta externa (53,9 %), y hospitalización del área de ginecología (33,69 %), indica que existe un buen número de pacientes que no acuden a la atención normal, o que no utilizan adecuadamente los servicios, se explica esto, por la barrera mas importante detectada que es, la espera

prolongada para la atención, y el acceso libre a la atención de emergencia aunque no comporte una patología de riesgo.

Tamayo Murillo Cecilia en su tesis: "Oferta y demanda de servicios de salud 1995 - 1998 proyectadas al año 2002 Hospital II Yanahuara. IPSS. Arequipa". Encuentra que durante los años de estudio el comportamiento de la oferta fue ascendente, se incrementó la capacidad de atención ambulatoria y el número de camas, así como los recursos humanos y el gasto en salud. En cuanto a la demanda, ésta se presenta lineal y ascendente y guarda relación con el incremento de atenciones y del uso de los servicios, con excepción de la consulta externa que desciende al año 2002. La disponibilidad, la productividad y el rendimiento mejoraron año a año, con excepción de la productividad en consulta externa y el rendimiento médico en emergencia que descendió. Para el año 2002 la curva de proyección de la oferta estará en relación directa con la curva de demanda en todos los servicios excepto en consulta externa. Existirá una demanda proyectada insatisfecha del 34.8 % para el año 2002. Como se puede observar en nuestro estudio se demuestra que la demanda insatisfecha llega al 53,71 % y la distorsión en emergencia sobrepasó la proyección, la demanda (población adscrita) permaneció estacionario y a nivel nacional disminuyó por mejor control de la población asegurada.

En líneas generales se puede afirmar, que no hay adecuada atención de la demanda, no se cumple con los estándares de atención a la población objetivo, debido a distorsiones de tipo administrativo en la oferta (espera prolongada, falta de recursos médicos, documento de gestión, etc.) y otros procesos que al identificarlos serán susceptible de correcciones.

Es por ello, que frente a una oferta con manifiesta inequidad y cierto grado de ineficiencia, y a una demanda potencial y encubierta significativa, que de igual modo, indica imperfecciones en el mercado que aún no hemos podido evaluar, nos plantea el desafío de diseñar nuevas estrategias, que planteen cambios importantes, para solucionar los problemas detectados en la atención de las pacientes que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital III Yanahuara EsSalud.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

La oferta, del servicio de ginecología obstetricia del Hospital III Yanahuara EsSalud, durante los años de estudio, se caracteriza por deficiencia de recursos médicos, mala utilización de consultorios externos, espera prolongada para la atención en consulta externa, alta deserción y, desempeño médico adecuado. Distorsión en la distribución de camas en obstetricia y ginecología, promedios bajos de utilización de las mismas y, rendimiento óptimo de las que se utilizan. Buen rendimiento médico en las intervenciones quirúrgicas, elevado porcentaje de operaciones suspendidas, alta tasa de cesáreas, abortos y partos complicados. Este estado, determina niveles bajos de productividad, rendimiento, utilización y, de extensión de uso en la mayoría de las áreas estudiadas.

SEGUNDA:

Se atiende poco menos de la mitad de la demanda programable en consulta externa, por lo tanto, se tiene demanda efectiva de baja cobertura en todas las áreas evaluadas; el perfil epidemiológico de la demanda, indica que más de un tercio de ésta en consulta externa, corresponde a problemas fisiológicos y/o crónicos. En hospitalización, en el área de obstetricia, se ha dejado de atender la patología obstétrica del Primer y segundo trimestre la cual se atiende en ginecología. En términos globales se atiende eficientemente las intervenciones quirúrgicas, pero éstas no se relacionan con la capacidad resolutive. En emergencia la demanda sobrepasa largamente el estándar, especialmente las atenciones con prioridad IV. La cobertura de atención de partos es satisfactoria. La demanda en consulta externa es muy sensible a las variaciones en emergencia y hospitalización. Estos resultados determinan altos niveles de demanda encubierta.

TERCERA:

Existe una gran brecha entre oferta y demanda en la mayoría de áreas del servicio de ginecología obstetricia, especialmente en la atención ambulatoria, por la reducida oferta de recursos médicos lo que genera bajas coberturas de atención y por lo tanto demanda encubierta insatisfecha importante. En las otras áreas estudiadas ocurre lo mismo aunque en menor proporción, determinando en términos generales gran volumen de demanda insatisfecha.

CUARTA:

La población asegurada (demanda) adscrita al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital III Yanahuara EsSalud, no ha sufrido variaciones importantes en los tres años de estudio, el acceso a los servicios de salud, es mejor controlada, especialmente en lo relacionado a la selección adversa, con la implementación del sistema informático en red, control por SUNAT y otros mecanismos y, no debiera tener barreras para acceder a los servicios; sin embargo, se ha demostrado que existe niveles altos de demanda insatisfecha (potencial y encubierta), especialmente en consulta externa y hospitalización, por oferta limitada de recursos humanos médicos y de consultorios funcionales, subutilización de recursos materiales en hospitalización e inadecuada administración de la demanda.

PROPUESTA DE MEJORA DE OFERTA Y DEMANDA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD

PROYECTO DE REESTRUCTURACIÓN DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD

1. ASPECTO POLÍTICO

Poner en conocimiento de las autoridades de mayor nivel, aquellas que pueden tomar decisiones políticas, para la mejora de los servicios y centros asistenciales como son: jefatura de departamento materno infantil., Dirección del hospital III Yanahuara Essalud, Subgerente y Gerente de la Red asistencial de la macroregión sur del ámbito de Essalud; los resultados encontrados en la presente investigación y el proyecto alternativo para solucionar los problemas detectados, para lograr de ellos la decisión política de apoyar el proyecto de reestructuración del servicio.

2. ASPECTO TÉCNICO

Informe a la Jefatura de servicio de ginecología obstetricia del Hospital III Yanahuara Essalud y a todo el personal: médicos, obstetricas, enfermeras y personal técnico, de la realidad encontrada en el servicio en relación a la oferta y demanda, los problemas detectados y las alternativas de solución, a fin de lograr la motivación necesaria para que coadyuven con el desarrollo del proyecto de reestructuración del servicio.

Es imprescindible comprometer a todos los recursos humanos con la misión y visión del servicio, con los objetivos y valores comunes. Todos deben entender que introducir medidas para mejorar la calidad, en ausencia de cambios en la estructura de costos el esfuerzo es efímero, pero a la vez debe quedar claro que alcanzar la mejor calidad al mayor costo NO es sustentable. Pero lo más importante es saber que el desarrollo de todos los procesos que se producen en el servicio de ginecología - obstetricia para atender a la demanda, se orientan a la satisfacción del cliente. Todos deben identificarse con el logro de

una oferta que sea atractiva y de calidad, capaz de competir por su excelencia en calidad y estructura de costos, eficiente en los servicios y por ende con capacidad gerencial.

3. OPERATIVIDAD

3.1. INTRODUCCIÓN

Las diferentes áreas prestadoras de salud (oferta), que integran el servicio de ginecología – obstetricia no han evolucionado en forma natural como una red al servicio de un sistema. La suma de las partes no es necesariamente el sistema de oferta, por lo cual es necesario desarrollar una visión estratégica para la readecuación de la oferta existente al tamaño y necesidades de la población a atender, es decir, se requiere reestructurar el servicio, para lograr una atención oportuna y de calidad con eficiencia y calidez. Entonces este proceso debe buscar la paridad competitiva, determinando procesos de renovación radical con miras a lograr una cobertura efectiva, que logre: Disponibilidad óptima, eliminación de barreras (administrativas), oportunidad (momento y tiempo), aceptabilidad (satisfacción y respeto), contacto y uso real (primer contacto u otro) y, un servicio apropiado y efectivo (procedimientos y actividades).

3.2. EJECUCIÓN

3.2.1. ADMINISTRACIÓN

3.2.1.1. EQUIPO DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA

► **JEFATURAS DE SERVICIO Y DEPARTAMENTO:** Es imprescindible la renovación de las jefaturas, tanto de servicio como de departamento, eligiendo a profesionales con perfil adecuado para afrontar los cambios, la sostenibilidad, el manejo gerencial y la búsqueda de la calidad y la satisfacción de la usuaria.

Para ello se requiere determinar el perfil de cada jefatura, teniendo como principio, el tener conocimientos básicos sobre administración hospitalaria y gerencia de servicios de salud.

► **FORTALECIMIENTO DE LA GESTION DEL SERVICIO: Comités de: Cesáreas, Auditoría de historias clínicas, de mejoramiento continuo y satisfacción de la usuaria:** Los resultados observados Obligan a que las jefaturas deleguen responsabilidades y comprometan a todo el personal en la mejora del servicio, se deben reactivar mediante resolución de Jefatura estos comités los que deberán diseñar estrategias para solucionar los problemas que detecten aplicando instrumentos de gestión hospitalaria.

3.2.2. CONSULTA EXTERNA

► **Programa del climaterio:** La usuaria será evaluada cada cuatro meses por el profesional médico, recetará los medicamentos necesarios para lo 4 meses (terapia de sustitución hormonal), realizará los exámenes auxiliares pertinentes y, las pacientes acudirán una vez por semana al psicoprofilaxis del climaterio, que forma parte del programa; de esta forma se brindará una atención integral a las pacientes en ésta etapa de la vida y, la concentración de éstas pacientes en consulta médica disminuirá al estándar normal, dando oportunidad de atender a mujeres con patología ginecológica

► **Programa de control prenatal, normal y de riesgo:** A cargo de un médico y obstetrix, debe implementarse un consultorio funcional, a parte de los existentes, exclusivos para las gestantes (3 consultorios diarios), donde las gestantes no tengan ningún tipo de barrera de acceso, allí el médico atenderá la primera consulta prenatal y determinará el grado de riesgo, de la paciente para sus posteriores atenciones, atenderá a todas las pacientes que conlleven alto riesgo y, las de bajo riesgo serán evaluadas en conjunto por la obstetrix y el médico si así lo requiere el caso, el objetivo, lograr una atención integral y de calidad y, las pacientes no tendrán que esperar una interconsulta o ser diferidas para otra fecha, o lo que es peor pasar por alto patologías que no pueda ser resuelta por la obstetrix, como ocurre actualmente. El otro efecto que

produce ésta medida, es que los consultorios asignados a ginecología cumplirán adecuadamente con la atención del perfil epidemiológico de la demanda (patología aguda infecciosa, tumoral, de piso pélvico, etc.).

► **Fortalecimiento de los programas preventivo promocionales existentes:**

Psicoprofilaxis del parto, planificación familiar y detección precoz del cáncer de cuello uterino y mamario mediante un estricto control del cumplimiento de sus metas (supervisión, monitoreo y, auditoría), mejora en la calidad de atención y del rendimiento de los profesionales responsables.

► **Consultorio de triaje:** Para que oriente y direcciona adecuadamente la demanda en los diferentes consultorios, y a su vez lleve el registro de los programas implementados en un sistema informático, por lo tanto deberá estar a cargo de un profesional de la salud.

► **Confirmación de citas por teléfono para el servicio:** Las citas por teléfono, (excepto para las gestantes), han diferido la espera prolongada al domicilio, porque el problema fundamental persiste (las pacientes deben esperar semanas para acceder a una consulta) y ha creado otro problema, que es la elevada deserción de pacientes en los consultorios, Para aprovechar mejor el recurso médico se implementará el programa de confirmación de citas por teléfono para el servicio, y para evitar costos deberá estar a cargo del voluntariado del hospital, consiste en que dos días antes se ubica por teléfono a la paciente que solicitó la consulta y se le indica que confirme su cita, si no es así, ésta será ofertada a otra paciente que lo requiera (que generalmente está en ventanilla), de esa forma se evita la alta deserción en consulta externa y se aprovecha mejor los recursos.

► **Incorporación de personal profesional médico – ampliación de consultorios físicos y funcionales – ampliación de turnos en consulta externa o tercerización de parte de la consulta externa:**

Se ha demostrado que la brecha entre oferta y demanda en consulta externa llega a poco más del 50 %, esto en condiciones ideales; si asumimos que

atender al 90 % de la demanda potencial, ya es un desempeño adecuado, tenemos que aceptar que al momento la brecha por cubrir sería el 40 % de la consulta, lo que significa ampliar a 2 consultorios físicos más e implementar 8 consultorios funcionales, el objetivo es atender a las 14,244 pacientes, que quedan sin atención durante un año en promedio

Esta meta se puede lograr incorporando profesionales médicos a Essalud (8) o tercerizando este excedente de consulta externa. Para lo cual se tiene que evaluar el costo beneficio, y de acuerdo al sistema tarifario de Essalud es más conveniente la tercerización de éste porcentaje de consulta externa.

3.2.3. HOSPITALIZACIÓN:

Existe el problema de la inadecuada distribución de camas para las áreas de obstetricia y ginecología, de la inadecuada atención de las gestantes con patología del primer y segundo trimestre y, que poco más de la tercera parte de los egresos hospitalarios en ginecología, se deben al aborto y sus complicaciones, las cirugías menores y procedimientos, esto limita la atención de otras patologías quirúrgicas ginecológicas de mayor complejidad que también requieren solucionarse y que están en espera, por no haber disponibilidad de sala de operaciones, para mejorar esta situación planteamos:

► **Programa de cirugía de día:** en el cual deben tratarse ambulatoriamente las cirugías ginecológicas menores, procedimientos y el aborto incompleto no complicado, implementando tecnologías ya existentes (por ejemplo la AMEU para el aborto incompleto) y, capacitando al personal para brindar calidad de atención.

► **Redistribución de camas y de atención de la gestante:** En la parte administrativa se deben implementar medidas para asignar las camas hospitalarias y patologías (todas las gestantes a obstetricia) de acuerdo a las normas institucionales, así ginecología podrá mejorar su desempeño y las camas en obstetricia serán mejor utilizadas

► **División del servicio en dos áreas: ginecología y, Obstetricia, con personal médico permanente y capacitado para cada área,** Para lograr calidad de atención, se requiere personal altamente capacitado y que sus funciones las desarrolle a satisfacción, ya no habrá médicos que desarrollen sus funciones ordinarias en ambas áreas, solo durante la guardia nocturna o diurna. Debe implementarse un programa de capacitación para los médicos, orientándose a la implementación de unidades en cada área como son: alto riesgo obstétrico, medicina fetal, vigilancia fetal, cuidados críticos obstétricos, etc. Y, en el área de ginecología: Piso pélvico, cirugía laparoscópica, infertilidad, lesiones ginecológicas premalignas, etc. De ésta forma se logrará desarrollar la calidad de atención, mejorar los procedimientos y tener profesionales de alto nivel de competitividad. Esto va a permitir a su vez, mejorar las condiciones de trabajo, buscando aumentar la productividad y la calidad en el desempeño.

3.3. OBJETIVOS

- Priorizar la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades
- Readecuar la oferta a las necesidades de una demanda cambiante a través de la introducción de medidas de flexibilización de lo existente para darle una nueva forma y permitirle que cambie en el tiempo.
- Establecer acciones estratégicas con una visión de permanencia a largo plazo, por lo cual se requiere de continuidad en las políticas del servicio.
- Determinar instrumentos correctivos que respondan a los problemas generados por las inequidades de la oferta y demanda.
- Proporcionar facilidades para el acceso de las pacientes, a las diferentes áreas que ofrece el servicio, de acuerdo a sus necesidades, implementando la libre elección del médico para la atención recuperativa de cada paciente.
- Optimizar y dar atención de calidad en el área de hospitalización reorientando adecuadamente la demanda.
- Atender las necesidades de la demanda en consulta externa y adecuar el flujo de pacientes en emergencia

- Reducir la alta tasa de cesáreas y el porcentaje de operaciones suspendidas

3.4. ESTRATEGIAS

- Definición del perfil profesional para los cargos de las diferentes jefaturas del servicio
- Gestión centrada en la calidad y en los resultados
- Atención preferencial a los segmentos más vulnerables de la población adscrita: gestantes y adultos mayores
- Organización y gestión de sistemas de servicios de salud integrados: implementación y desarrollo de los programas de atención de patologías prevalentes y fortalecimiento de los preventivo- promocionales.
- Mejoramiento de la calidad técnica y funcional del servicio, mediante la redistribución del personal médico, en hospitalización y la incorporación o tercerización de la consulta externa
- capacitación y actualización permanente en servicio, para desarrollar adecuadamente las reformas propuestas
- Lograr eficiencia dirigida a conseguir las mejores prestaciones y funcionalidad dirigida a conseguir la máxima respuesta ante la modificación de las necesidades.

3.5. VENTAJAS

- Supera las barreras de acceso que plantea la población objetivo, para ser atendida en cualquiera de las áreas del servicio.
- Controla la distorsión de la de demanda en emergencia, disminuye la deserción de pacientes en consulta externa y, limita el tiempo de espera quirúrgica.
- Mejora los indicadores de resultado, al implementar un manejo gerencial de tipo horizontal de las acciones de salud del servicio y del recurso humano.
- Favorece la libre elección de la usuaria.

- Brinda atención de calidad y mejora los niveles de satisfacción de la usuaria.
- Las acciones de salud desarrolladas en el servicio se orientan a mejorar la eficiencia, eficacia y competitividad.

4. LUGAR DONDE SE DESARROLLARA EL PROYECTO:

La propuesta del proyecto se debe ejecutar en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Departamento materno Infantil del Hospital III Yanahuara de EsSalud Arequipa, ámbito de la Red Asistencial de Arequipa.

5. PLAZOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO:

De acuerdo a la situación encontrada, se requiere tomar medidas urgentes, por lo tanto el proyecto se debe desarrollar en el corto y mediano plazo.

6. RESPONSABLE DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

En primer lugar el investigador y autor del proyecto, o el que las autoridades consideren adecuado.

7. COSTO APROXIMADO DEL PROYECTO (ANUAL)

<i>Consulta externa:</i>	S/. 498,540.00
<i>Cirugía de día:</i>	
• Aborto incompleto no complicado	S/. 184,920.00
• Cirugía menor y procedimientos:	S/. 120,392.00
• "Recuperación" cirugía de día	S/. 112,000.00
• <u>Otros:</u>	<u>S/. 35,000.00</u>
TOTAL	S/. 950,852.00

BLOGRAFÍA

1. ALARCÓN J, “**Perú: El perfil epidemiológico en un contexto de demanda reprimida de servicios de salud**”. (Documento 2) P.D. Plus. BAT ASOCIARES INC. Septiembre del 2003
2. ALVARADO, F. **Posicionamiento. La batalla mental** [en línea]. Gerencia de salud, 2003. < <http://www.gerenciasalud.com/art60.htm>>. [Consulta: 5 marzo 2003].
3. GERENCIA EN SALUD. **Análisis económico y social en salud** [en línea]. < <http://www.gerenciasalud.com/art86.htm>>. [Consulta: 22 abril 2002].
4. ARREDONDO, A. RECARGAN, A. **Oferta y demanda algunos aspectos a considerar para el estudio del mercado en salud** [en línea]. <<http://bvs.insp.mx/componen/virtual/investinp/art24702.pdf>>. [Consulta: 23 abril 2002]
5. CERNA P, NEIL B. **Calidad de Servicio, expresado en la satisfacción del usuario externo e interno del C.S. Baños del Inca. Cajamarca – Perú.** 2002
6. OPS. **Consulta Regional de las Américas sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud. Informe final.** OPS. OMS. Washington DC. Mayo 2001.
7. CORNEJO S. **La satisfacción de la usuaria y del personal de salud como indicadores de calidad, en el servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital III Yanahuara EsSALUD.** Arequipa. 2003.
8. MALAGÓN-LONDOÑO G, GALÁN MORERA R, PONTÓN LAVERDE G. **Administración hospitalaria.** Editorial Médica Internacional Ltda. 2006
9. PORTOCARRERO GRADOS A. **Estimación de requerimientos presupuestales para el Sector Salud 2006 – 2011.** Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Lima 2006
10. DÁVILA, M. **Perú: estudio de demanda de servicios de salud (documento 1).** Informe Técnico 012. Mayo 2002
11. GARCÍA A. **Productividad, Competitividad Y Empleo: Un Enfoque Estratégico** [en línea]. <<http://www.consortio.org/CIES/html/pdfs/RedEmpleo/2garcia.pdf>>. [Consulta: 20 marzo 2009]

12. VALDIVIA M. **Sensibilidad de la demanda por servicios de salud ante un Sistema de tarifas en el Perú: precio vs. Calidad?** Household Behavior and the Provision of Public Health Services in Peru: Searching for Policy Lessons to Enhance Impact on Equity. OMS [en línea] <<http://cies.org.pe/files/active/0/PM9934.pdf>>. [Consulta: 18 marzo 2009]
13. SEGURO SOCIAL DE SALUD. **EsSalud Memoria Institucional 2005. Lima 2006.**
14. AMARTYA SEN. **¿Por qué la equidad en salud?** Rev Panam Salud Publica vol.11 no.5-6 Washington Mayo/Junio 2002
15. MINSA. **Norma Técnica para la elaboración de las Guías de prácticas clínicas.** NT N° 00 – MINSA/DGSP – V.0 Perú [en línea] <<http://www.minsa.gob.pe/portal/p2005/documentos/dgsp/NT%20GPC%20DOCUMENTO%20DE%20TRABAJO.doc>> [Consulta: 27 marzo 2009]
16. GERENCIA EN SALUD. **Estrategias para preparar a su empresa para el futuro. Gerencia en salud.** [en línea]. <<http://www.gerenciasalud.com/art166.htm>>. [Consulta: 6 abril 2003].
17. ALMENARA-BARRIOS J. **Creación de índices de gestión hospitalaria mediante análisis de componentes principales.** Salud Pública Méx vol.44 no.6 Cuernavaca Nov. 2002
18. GIB, J. **¿Libre competencia en el mercado?** [en línea]. <<http://www.gerenciasalud.com/art64.htm>>. [Consulta: 6 abril 2003].
19. GILMORE M, NOVAES H, **“Manual de gerencia de la calidad”.** Manuales Operativos Paltex. Vol 111, No. 9. OPS. Washington, DC. 2006.
20. GUARDIA N. **Garantía de la Calidad: Acreditación de Hospitales.** Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vol. 57, Nº4 – 2002 [en línea] <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/anales/v58_n1/gcalidad.htm> [Consulta: 30 marzo 2009].
21. **Guía metodológica para el mejoramiento continuo de los procesos.** Gerencia central de salud. Oficina de mejoramiento de gestión y procesos. EsSALUD 1999
22. GUITERREZ J, **Oferta y demanda en el servicio de pediatría del Hospital III Yanahuara EsSalud. Arequipa 200 – 2002.** Tesis para optar el grado de Magister en Gerencia en Salud. 2004

23. TERAZON O, MIYAR R. **Administración estratégica local y su repercusión en la participación social en Salud**. Rev Cubana Med Gen Integr 2007;15(4):386-90
24. HERNÁNDEZ, A. **¿Un marketing especial para servicios?** [en línea]. <<http://www.gerenciasalud.com/art11.htm>>. [Consulta: 1 abril 2009].
25. ZAPATA C. **Marketing de Servicios profesionales** [en línea]. <<http://www.degerencia.com/articulos.php?artid=262>>. [Consulta: 14 febrero 2009]
26. LONDOÑO F. **“Metodología De la investigación Epidemiológica”**. Editorial Universidad de Antioquia. 2000: 27 - 32.
27. RM 970-2005 MINSA. **Norma técnica de salud para proyectos de arquitectura, equipamiento y mobiliario de establecimientos de salud**. MINSA 2006
28. **R.M. N° 751-2004/MINSA N.T. del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud**. [En línea] <http://www.minsa.gob.pe/portal/06Transp_AccesoInf/08Proyectos/marco/Organizaci%C3%B3n%20de%20Servicios/RM_751_260704_REFERENCIA%20Y%20CONTRAREFERENCIA%20EE.SS.pdf> [Consulta: 15 marzo 2009]
29. **Manual y guía de acreditación de establecimientos de salud**. Comisión Interinstitucional de Acreditación de Hospitales Arequipa 2000
30. QUINTANA B. **Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral**. Rev Panam Salud Publica vol.8 n.1-2 Washington Julio/Ago. 2000
31. **Análisis de la demanda efectiva y su relación con el modelo de gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención**. Serie de Informes técnicos No.2. Ministerio de Salud, Perú. Enero 2000.
32. LIGARD J, ÑACCHA M. La **eficiencia de las organizaciones de salud a través del análisis envolvente de datos**. **Microrredes de la Dirección de Salud IV Lima Este 2003**. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Págs. 142-151.
33. OTERO, J. **¿Dónde empieza la Gerencia de la Salud?** [en línea]. <<http://www.gerenciasalud.com/art02.htm>>. [Consulta: 6 octubre 2003].

34. DE LOS RÍOS M. ***Acreditación De Hospitales: Instrumento de Calidad en Servicios de Salud y su Uso en la Prevención y Reducción de Riesgos.***
[en línea]
<http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020_49892000000600019&script=sci_abstract> [Consulta: 30 marzo 2009]
35. PAREDES J, ***“Investigación científica - Lecturas y materiales”.*** UCSM. 2000.
36. PORTOCARRERO F. ***Políticas Sociales en el Perú: Nuevos aportes.*** Red para el desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú 2002
37. SECLÉN-PALACÍN J, BENAVIDES B. ***¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitales del Perú.*** *Rev Panam Salud Pública.* 2004; 16(3):149-57. [en línea] <http://journal.paho.org/?a_ID=365> [Consulta: 15 febrero 2009]
38. RODRÍGUEZ, A. ***Gestión de Hospitales. Módulo Básico II.*** Gerencia Central de recursos Humanos. Gerencia de Capacitación y Desarrollo. EsSALUD. 2001.
39. BRITO Q, PADILLA M. ***Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud.*** *Rev Cubana Educ Med Super* 2002;16(4)
40. ORTIZ DE CEVALLOS G, EYZAGUIRRE H. ***La economía política de las reformas institucionales en el Perú: los casos de educación, salud, y pensiones.*** Banco Interamericano de Desarrollo - Oficina del Economista Jefe. Red de Centros de Investigación Working paper R-348 [en línea] <<http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubR-348.pdf>> [Consulta: 15 febrero 2009]
41. SALLENAVE J, ***“La gerencia integral. ¡No le tema a la competencia, témale a la incompetencia!”.*** Grupo Editorial Norma. Colombia 2002.
42. SAVEDOFF M. ***La Organización marca la diferencia: educación y salud en América Latina.*** Banco Interamericano de Desarrollo 2002.
43. VALDIVIA M. ***Acerca de la magnitud de la inequidad en el Perú – Lima – GRADE. 2002*** (Documento de trabajo 37)
44. CARRILLO E, SEGOVIA M. ***El sistema de información gerencial y los procesos de cambio de los sistemas de salud.*** Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana;118(2):175-183, 2006





ÍNDICE

PREÁMBULO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

- 1.1. Enunciado del problema
- 1.2. Descripción del problema
 - a. Área del conocimiento
 - b. Operacionalización y descripción de variables
 - c. Tipo de problema
 - d. Nivel de investigación
- 1.3. Justificación del problema

1. MARCO CONCEPTUAL

2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3. OBJETIVOS

4. HIPÓTESIS

I. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas e instrumentos de verificación
2. Campo de verificación
 - 2.1. Ubicación espacial
 - 2.2. Ubicación
 - 2.3. Unidades de estudio – Fuentes de estudio
3. Estrategia de recolección de datos
 - 3.1. Organización
 - 3.2. Recursos
 - 3.3. Validación del instrumento
 - 3.4 criterios para el manejo de resultados

4. CRONOGRAMA DE TRABAJO

PREÁMBULO

Es innegable, que una buena administración y gerencia de los Servicios de Salud, debe tener en cuenta en todo momento, las peculiaridades de los diferentes componentes de la oferta y a la vez, la forma como éstos se relacionan con la demanda. La correcta armonía entre estos elementos es requisito indispensable para lograr eficiencia y calidad en la atención.

Consideramos que es importante conocer el comportamiento de un servicio, en las dimensiones antes anotadas, para realizar una buena programación y organización de sus acciones y metas sin desperdiciar los recursos.

A través del tiempo hemos observado que la evaluación del desempeño del Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital III Yanahuara de EsSALUD. se realiza, teniendo en consideración solamente el cumplimiento de las metas; pero la observación diaria de las diferentes actividades que allí se realizan nos demuestra que existen brechas entre lo evaluado y lo que realmente ocurre con la atención de la demanda (colas, cuellos de botella, demanda insatisfecha, embalses, diferimientos quirúrgicos, etc.).

Creemos que para determinar el desempeño de los servicios de salud, es imprescindible considerar: la capacidad de respuesta de la oferta, su organización, recursos, metas intermedias y finales (6, 8,219), y su relación con la estructura de la demanda. Es por ello, que al realizar ésta investigación, nos proponemos analizar éstos parámetros y determinar como se relacionan; con la idea de aportar un elemento mas, para establecer, en que medida el Servicio que prestamos, resuelve las necesidades explícitas e implícitas de nuestros usuarios, lo cual estaría reflejando seguridad y excelencia en la atención, o a la inversa, insegura y deficiente (20,26).

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

“Oferta y demanda del Servicio de Ginecología - Obstetricia: del Hospital III Yanahuara. EsSalud. 2005 – 2007.” Arequipa 2009

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

a. Área del conocimiento

El problema de la investigación se ubica en el área general de las Ciencias de la Salud y específicamente en el área de Gerencia y administración de los Servicios de Salud, en la especialidad de Gerencia de atención a la demanda y de recursos.

b. Análisis y operacionalización de variables

En el enunciado se identifican dos variables que involucran asociación:

1. Oferta del Servicio de Ginecología-Obstetricia
2. Demanda del Servicio de Ginecología Obstetricia

En consecuencia el análisis y operacionalización será la siguiente:

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
<p>OFERTA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA (Cantidad de servicios o actividades producidas en un servicio)</p>	<p>ESTRUCTURA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Calidad técnica 2. Disponibilidad 3. Accesibilidad 4. Adecuación <p>PROCESO</p> <p>RESULTADO</p>	<p>Administrativa Infraestructura</p> <p>Equitativa Operativa Potencial</p> <p>Tiempo de espera: consulta externa</p> <p>Personal médico y obstétricas</p> <p>Utilización Productividad Rendimiento Concentración y Extensión de uso</p> <p>Indicadores de resultado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta externa • Centro obstétrico • Centro quirúrgico • Hospitalización • Concentración
<p>DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA (Cantidad de servicios o actividades que una población busca en un servicio)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demanda efectiva u observada (Uso efectivo de los servicios de salud) 2. Demanda potencial (Es la resultante de la programación de las actividades médicas) 3. Demanda encubierta (Es la cantidad de personas que por alguna razón no utilizan el servicio de salud en forma regular) 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta externa • Hospitalización (obstetricia-Ginecología) • Intervenciones quirúrgicas • Centro Obstétrico • Emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Consulta externa • Hospitalización • Intervenciones quirúrgicas • Emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Emergencia/ • Consulta externa • Intervenciones quirúrgicas

1.2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- **Tipo de problema:** Es un problema de campo
- **Nivel de investigación:** El nivel de investigación es descriptivo - asociativo.

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

El trabajo de investigación propuesto se justifica por:

a. Conveniencia Institucional

Los resultados de la investigación servirán para evaluar la capacidad de la oferta, las características de la demanda y si ambas se asocian en forma armónica para afrontar la razón de ser del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Yanahuara de EsSALUD la cual: brindar servicios de salud con calidad y eficiencia.

b. Implicaciones prácticas

Porque el conocimiento de los resultados nos permitirán resolver en parte las deficiencias, en cuanto a coberturas de atención, en el Servicio de Ginecología y obstetricia, puesto que conociendo la estructura de la demanda y la capacidad de la oferta, se podrá establecer proyecciones para lograr una adecuada programación de las metas y objetivos del Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital III Yanahuara de EsSalud.

c. Relevancia Humana

Al analizar los diferentes problemas que plantea la atención de la demanda en los Servicios de salud, desde una óptica social, económica y cultural, nos permitirá tener una visión mas completa de la verdadera magnitud de los desafíos que se tienen que enfrentar, para mejorar la calidad de atención a

nuestra población con seguridad y excelencia. Para lograrlo se requieren cambios profundos en la parte administrativa, financiera, gerencia y en las políticas de salud, para lo cual es fundamental la descentralización o autonomía de las diferentes Redes Asistenciales de EsSalud en todos sus aspectos. Para que sean capaces de tomar decisiones, adecuadas a la realidad sanitaria de cada Región. Solo de esa manera se podrá tomar las medidas pertinentes para mejorar la calidad atención de nuestros usuarios, lo que redundará en un desarrollo armónico y un mejor nivel de vida.

d. Utilidad metodológica

Porque la investigación permitirá el manejo y conocimiento de una nueva forma de relacionar la estructura de la demanda, con los diferentes aspectos de la capacidad de la oferta de un Servicio de Salud o de un Centro Asistencial, para evaluar si ésta es realmente adecuada a la demanda y por lo tanto si son eficaces y eficientes, y si existe seguridad y atención de calidad en ellos.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. ALGUNOS ASPECTOS A CONSIDERAR PARA EL ESTUDIO DEL MERCADO EN SALUD

Cuando los mercados son competitivos, el criterio para la asignación de recursos se basa en los precios, que se determinan a través de la demanda y la oferta ya que éstos reflejan el costo real de oportunidad. De esta manera, los bienes y servicios pueden producirse de forma técnicamente eficientes; los productos ineficientes quiebran y los recursos escasos se asignan conforme a la más alta valuación de los individuos. (5)

En semejante situación no se requeriría la intervención del estado. Sin embargo, actualmente 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 aquí que se requiera la intervención de un agente colectivo que garantice el bienestar social.

En las sociedades modernas el estado se erige como el principal agente colectivo para garantizar el bienestar social, asegurando, en el caso de la salud, el acceso equitativo a los servicios mediante el combate de las barreras que obstaculizan su utilización. No se trata de negar la contribución positiva del mercado, sino que en el sector la eficiencia debe ser regulada y fomentada. (4)

Consideraciones conceptuales. (4,9,11)

1) Demanda de servicios de salud. Dentro de este ámbito se analizan los aspectos relacionados con el acceso y uso de satisfactores relacionados con la salud y con los servicios de salud. Aquí se involucran, los estudios demográficos, culturales, educacionales, de bienestar, la distribución del ingreso, los perfiles epidemiológicos y la presencia de sectores competitivos.

La articulación de la cobertura poblacional según instituciones del sector y la utilización de los servicios será resultado de la adecuación de la oferta con las necesidades en salud y su cristalización como demanda.

Dentro de este ámbito se analizan bajo la perspectiva económica, las características del mercado de los servicios de salud, que difieren de los mercados de otros bienes y servicios y por lo tanto se denominan imperfectos.

2) Oferta de servicios de salud. Corresponde al estudio de la producción de servicios de salud por tipo de programa de salud, institución de salud, funciones de producción e insumos requeridos para satisfacer la demanda en salud. En este campo de análisis económico, se cubren también la oferta de satisfactores que inciden directamente en la salud y la de servicios de salud.

El estudio de la oferta de atención médica, incluye el análisis económico de la respuesta social organizada para proveer de servicios de salud a una comunidad. Así mismo, se estudia la dinámica de factores estructurales dentro

de la prestación de servicios, tales como la productividad, el patrón de equipamiento y los esquemas de organización y financiamiento. Se caracterizan los servicios de salud, en función del monto, tipo y combinación de recursos para el proceso de producción de los procedimientos de cada alternativa.

3) Evaluación en la producción de servicios de salud. En esta área se contemplan las valoraciones de los costos de producción referidos a programas, acciones y tecnologías diversas a través de los estudios de costo beneficio, costo efectividad, programación lineal y las diversas técnicas de valoración económica de las alternativas de atención médica.

En materia de análisis del mercado de servicios médicos, su utilidad estriba en valorar de manera sistematizada el efecto obtenido con los diferentes procesos a fin de comparar los montos y tipos de recursos empleados contra montos y tipos de resultados alcanzados.

4) Particularidades de la oferta y la demanda en salud. Siguiendo la propuesta de Cruz C., a continuación se discuten cada una de las características que hacen del mercado de la salud un mercado imperfecto:

Externalidades. Los servicios de salud no solamente generan beneficios individuales, sino también sociales, terceras personas resultan beneficiadas o perjudicadas, independientemente de su voluntad.

Incertidumbre. Las enfermedades y accidentes se presentan de manera imprevista, generando inseguridad en cuanto al monto de recursos necesarios para su atención. Como contra parte nacen los seguros de atención.

Ignorancia del consumidor y demanda inducida.

En el proceso de demandas de servicios de salud, el consumidor generalmente se presenta en una ignorancia relativa sobre la caracterización de su problema y, por ende, sobre las opciones para combatirlo eficazmente y al mínimo costo; situación que le impide hacer un juicio racional para enfrentar sus demandas

sin intermediarios. Es decir, depende del médico, quién simultáneamente le ofrece un servicio y decide qué, cuanto y cuando consumir. Posibilitando un proceso de «inducción de la demanda», que el estado debería controlar

Monopolios. La prestación de servicios de salud da lugar al establecimiento de monopolios debido a condiciones geográficas o económicas, o como consecuencia de la superespecialización médica. Este proceso altera precios relacionados con los precios de los servicios, por lo que se requiere la deliberada intervención del estado a fin de mantener la equidad en el acceso.

Bien meritorio. Para que todos los individuos que conforman una sociedad puedan ejercer su libertad económica en un sistema de libre mercado, y sus libertades políticas y civiles en un estado de libre derecho, es requisito incuestionable la igualdad en sus capacidades básicas.

De ahí, la necesidad de un sistema de salud cuyo desarrollo depende de la estrategia de subsidios a la atención médica que el estado propone, a través de subsidios, o del pago diferencial por medio de cuotas de recuperación en las instituciones públicas, o de los esquemas de apoyo económico en instituciones privadas no lucrativas, además del desarrollo de esquemas de seguridad social y privada.

2.2 LOS DETERMINANTES DE LA DEMANDA (4)

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, o que no se tengan los elementos objetivos necesarios para delimitar cuál es el nivel óptimo de demanda de servicios de salud que un individuo necesita para desarrollarse en las mejores condiciones.

Dado lo anterior, y ante la dificultad para evaluar o estimar los efectos del precio en el campo de la atención médica en lugar de contar con una función de demanda $QD=f(P)$, derivada de la ley de demanda: «A mayor precio relativo, menor tasa de preferencia para compra o consumir un bien», en la que el factor

precio es el determinante, contamos con una función de demanda con múltiples determinantes, y expresada por la siguiente ecuación: $QD = f(P, G, PR, Y, C, E)$, donde:

QD= cantidad demandada

P= precio en el mercado

G= preferencias o gustos del usuario

PR= precios relativos de otros bienes

Y= ingreso

C= costo (costo de oportunidad)

E= edad y otros factores sociodemográficos.

Analizaremos brevemente cada uno de los determinantes.

Precio en el mercado... Se debe tener presente que esta variable es una de las muchas que intervienen en la función de demanda y que es objeto de políticas a nivel macro como la implantación de seguros médicos, servicios gratuitos, o subsidiados, con el fin de superar problemas generados por la restricción presupuestal a nivel individual.

Preferencias o gustos del usuario. En el caso de la atención médica, los cambios en la tecnología, nuevos descubrimientos y terapias alternativas son muy importantes. Se debe tener presente que el proceso salud-enfermedad está determinado en primera instancia por factores culturales que le dan un connotación al fenómeno, de tal forma que como se percibe el proceso se le buscará solución.

Precios relativos de otros bienes. Dentro de la demanda de salud se pueden encontrar bienes que son complementarios y sustitutos. Por ejemplo la elección de la medicina curativa institucional versus la medicina tradicional

Ingreso. El ingreso tiene efectos positivos sobre la demanda de salud por varios motivos. Las clases altas devotan mayor cantidad a acciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación. En materia de promoción se observa que a mayor ingreso mayor demanda de acciones para mantenerse sano.

Costos. El costo de los servicios de salud está determinado por los siguientes elementos: costos directos (precio a pagar por el manejo de caso de acuerdo a los servicios demandados) y costos indirectos (costos por tiempo de traslado, de tratamiento y de espera). El concepto de costo de oportunidad permite evaluar el costo de traslado, de tratamiento y de espera.

Factores demográficos. Uno de los determinantes importantes de la demanda es el relacionado con el número de consumidores potenciales, mismo que está determinado a groso modo por el tamaño de la población, edad y sexo, particularmente en el caso de la atención médica donde las mujeres en edad fértil y los niños constituyen gran parte de la demanda de servicios médicos. También hay que resaltar que en el caso de la atención médica las enfermedades se presentan por diferentes grupos etarios y condiciones socioeconómicas.

Los conceptos anteriormente esbozados deben ser tomados en consideración cuando se analiza el problema de accesibilidad, eficiencia y costos, debido a que la oferta de servicios debe estar regulada por un agente colectivo o Estado, el cual sea el responsable del ajuste de la demanda y oferta en el nivel óptimo social, por lo que ciertos tratamientos y procedimientos deben dosificarse en tanto que otros promoverse.

2.2.1. Servicios de salud

Es un conjunto de recursos organizados para desarrollar funciones homogéneas (28). La naturaleza y trabajo de cada servicio va a depender hacia que sector de la población se dirige, o hacia que patología resolutoria busca solucionar, requiriendo de personal entrenado en determinadas áreas. (35)

El servicio que se ofrece, debe entenderse, como cualquier actividad o beneficio que una parte puede ofrecer a otra, esencialmente intangible, y que no tiene como resultado la propiedad de algo (23).

2.3. OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

Corresponde al estudio de la capacidad de producir actividades en los servicios de salud. Oferta es la cantidad de servicios que un cierto número de oferentes (productores, están dispuestos a poner a consideración del mercado a un precio determinado. El propósito que se persigue con el análisis de la oferta es determinar o medir las cantidades y las condiciones en que una economía puede y quiere poner a disposición del mercado un servicio (29). En este campo de análisis económico, se cubren también la oferta de satisfactores que inciden directamente en la salud y en la demanda de los servicios de salud (23). En salud la oferta consiste en la capacidad de producir actividades en los servicios de salud, y se mide a través de indicadores de cantidad y de calidad (9, 16, 34, 36, 42, 17, 31)

La oferta de atención médica (18), representa uno de los hilos conductores en materia de reforma al sector salud y seguridad social, la que está referida a: cambios sustantivos en la producción de servicios de salud, por tipo de programa de salud, institución de salud, funciones de producción e insumos requeridos para satisfacer a la demanda en salud (28).

La oferta en los Servicios de Salud deben organizarse con la finalidad de satisfacer las necesidades de la comunidad a la que sirven; Sin embargo, en la práctica, se puede observar que en muchos casos, los recursos humanos, instalaciones, materiales, equipos, recursos tecnológicos, etc. no han sido organizados de esta manera, sobredimensionándose en ciertos establecimientos y minimizándose en otro. (21).

2.3.1. ANÁLISIS DE LA OFERTA

En este aspecto, es necesario conocer los factores cuantitativos y cualitativos que influyen en ella. Cierta cantidad (tamaño) de recursos y el nivel tecnológico de los mismos intervienen en los procesos de producción de los Servicios y determinan la Capacidad de la oferta de los Establecimientos de Salud. En otras palabras, la oferta de los establecimientos de salud depende de (14, 27)

- El número de recursos humanos, su calificación y especialidad.
- El número de equipos y su nivel tecnológico.
- La cantidad de infraestructura física y la calidad del material con que está hecha.
- La cantidad y calidad de insumos utilizados al prestar un servicio.
- La organización y administración del mismo.
- La cartera de servicios y otros.

La oferta de los Establecimientos de Salud se puede investigar a través del levantamiento de información de los parámetros antes mencionados (14, 27). Por ello, es de suma importancia tener el conocimiento al detalle de qué es lo que hace cada establecimiento, con qué lo hace, cómo lo hace, en qué días y horarios lo hace y cuando su capacidad de oferta se ve limitada para decidir referir a un usuario a otro establecimiento mayor capacidad resolutive, en función de las necesidades de salud del mismo (6, 7, 8, 11).

2.3.1.1. Infraestructura

Este indicador, se evalúa mejor con el sistema de acreditación hospitalaria, mediante éste procedimiento se pretende contrastar la situación de un determinado establecimiento con estándares prefijados. Estos permiten orientar la búsqueda intencionada de aspectos específicos vinculados con la calidad de atención (28).

2.3.1.2. Disponibilidad

Se define como la cantidad de recursos por unidad de población a atender. Su análisis debe considerar simultáneamente todos los tipos de recursos necesarios para poder ofertar el servicio. Se capta la información mediante un

inventario de los recursos humanos y físicos del servicio en el área geográfica de influencia y luego se relacionados éstos recursos con la población a servir.

La disponibilidad puede dividirse en las siguientes clases:

A. Disponibilidad equitativa: La equidad es el grado de congruencia entre el volumen y calidad de recursos existentes frente al sujeto o la población a cuya atención están destinadas.

$$\text{Disponibilidad Equitativa} = \frac{\text{Cantidad de recursos existentes según tipo por clase de servicio}}{\text{Población objetivo}} \times 1000$$

B. Disponibilidad operativa: Con mucha frecuencia los recursos existentes no están operativos y por lo tanto no están en posibilidades de contribuir a otorgar la atención.

$$\text{Disponibilidad Operativa} = \frac{\text{No.de recursos existentes} - \text{No. de recursos que no están funcionado}}{\text{Población Objetivo}} \times 1000$$

C. Disponibilidad potencial: Conjunto de recursos disponibles que aun no han sido utilizados o que no están siendo utilizados eficientemente.

2.3.1.3. Accesibilidad

Consiste en la posibilidad de la población de ser atendida en los servicios de salud. Se mide a través de la ausencia de obstáculos de orden económico cultural y organizacional que limitan el uso de los servicios por la población necesitada

Pueden ser: *Económica* (determinadas por la capacidad adquisitiva de la población), *Geográfica* (Determinadas por la localización física del establecimiento), *Cultural* (Por la presencia de actitudes negativas o desfavorables de la población hacia la atención en los servicios) y *Organizativa* (considerándose aquí, los requisitos que debe cumplir la persona para ser

atendida, horarios, etc.). Un aspecto importante en este rubro es el tiempo de espera para ser atendido.

2.3.1.4. Indicadores de Producción

A. Producción

Nos indica la cantidad de productos alcanzados como atenciones, egresos hospitalarios, etc. Este indicador no tiene denominador, y su valor es usado como denominador o numerador de otros indicadores.

B. Cobertura

Relación entre sujetos atendidos por un servicio y los sujetos por atender.

Cobertura = Sujetos atendidos / Sujetos por atender X 100

C. Concentración

Es el número de atenciones otorgadas a cada usuario por unidad de tiempo Se determina a través del número de veces que se otorga la atención sobre el número de sujetos a quienes se le otorga:

Concentración = Número de atenciones / Número de atendidos

D. Utilización - Productividad - Rendimiento

Utilización es la relación entre los recursos utilizados y los recursos disponibles, **Productividad** es el monto global de productos alcanzados por unidad de recursos disponible en un tiempo dado y **Rendimiento** es el número de productos alcanzados por unidad de recursos utilizados,

Utilización = $\frac{\text{Cantidad de recursos utilizados según tipo}}{\text{Cantidad de recursos existentes según tipo}}$

Productividad = $\frac{\text{Cantidad total de productos alcanzados.....}}{\text{Cantidad total de recursos existentes según tipo}}$

Rendimiento = $\frac{\text{Cantidad total de productos alcanzados.....}}{\text{Cantidad total de recursos utilizados según tipo}}$

Existen muchos otros indicadores de resultado como son: Permanencia o estancia hospitalaria. Porcentaje de ocupación de cama, diferimiento y embalse quirúrgico, demanda insatisfecha, etc. Los datos se recogen a través de encuestas demográficas y de salud, y de las investigaciones especialmente diseñadas para ello.

2.3.1.4. Indicadores de resultados

Los indicadores de resultados son estadísticos que indican como marcha un determinado servicio o área de trabajo, son diseñados de acuerdo a la función que cumple cada área de trabajo, por ejemplo en los servicios de salud tenemos los siguientes:

- Para consulta externa:

- Rendimiento hora médico
- Concentración de consultas médicas en el establecimiento
- Grado de cumplimiento de la hora médico
- Utilización de los recursos físicos

- En hospitalización (los más importantes):

- Promedio de permanencia o estancia
- Porcentaje de ocupación
- Intervalo de sustitución
- Rendimiento cama
- Tasa de mortalidad neta
- Porcentaje de necropsias
- Tasa de infecciones intra hospitalarias

- Porcentaje de historias clínicas auditadas
- Porcentaje de diagnósticos confirmados
- Tasa de reacciones adversas a medicamentos
- Tasa de reingresos
- Tasa de mortalidad post operatoria
- Tasa de complicaciones post operatorias
- Porcentaje de reintervenciones totales, tempranas y tardías
- Porcentaje de pacientes reprogramados para intervención quirúrgica
- Número de operaciones suspendidas
- Rendimiento hora médico en centro quirúrgico
- Porcentaje de extensión de episiotomía III y IV
- Porcentaje de retención de restos placentarios
- Porcentaje de partos vaginales
- Tasa de cesáreas
- Tasa de abortos
- Porcentaje de partos complicados
- Tasa de mortalidad intraparto
- Tasa de mortalidad post parto inmediato
- Tasa de mortalidad perinatal, etc.

Cada uno de éstos indicadores tiene sus fórmulas específicas y sus estándares diseñados para cada institución de salud y el nivel de complejidad del establecimiento de salud.

2.4. DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

2.3.1 Consideraciones generales

Se entiende la *demanda de salud* como la “percepción de una necesidad de atención de salud” para ayudar a prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud. Esta necesidad responde a factores físicos (i.e, demanda de salud por accidentes, embarazos, enfermedades) y/o factores

ligados al ciclo de vida (i.e, inmunización en edad temprana y atención en personas en edad avanzada) (10).

Dada una percepción de necesidad, los individuos van a acceder al sistema de salud según su restricción presupuestaria para asumir una tarifa de acceso y la disponibilidad de infraestructura y utilizarla según su grado de necesidad y grado de aversión al riesgo. Este último, determinara la *cantidad demandada de salud*, la cual mide el nivel de cuidados de salud que una persona desea adquirir (10).

En el ámbito sanitario y como criterio de asignación de recursos, puede definirse como la expresión de las preferencias de los individuos en forma de su disposición a pagar a cambio de recibir servicios sanitarios y satisfacer así su utilidad individual a través de sistemas de mercado (38).

En este rubro se analizan los aspectos relacionados con el acceso y uso de satisfactores relacionados con la salud y los servicios de salud. Se involucran acá los estudios demográficos, culturales, educacionales, de bienestar, la distribución del ingreso, los perfiles epidemiológicos y la presencia de sectores epidemiológicos (4, 23).

Existen cambios importantes en los factores de riesgo del proceso salud enfermedad y en el significado social de los daños y beneficios de invertir en salud. Dentro de este campo se analizan los aspectos relacionados con el acceso y uso de satisfactores relacionados con la salud con los servicios de salud. Dentro de esta vertiente de demanda en salud, se involucran los estudios demográficos, culturales, educacionales, de bienestar, la distribución del ingreso, los perfiles epidemiológicos y la presencia de sectores competitivos (18)

La demanda de los servicios de salud tiene algunos elementos no compartidos con la demanda de la mayoría de bienes y servicios, lo que usualmente dificulta su modelización y estimación (2)

- a. En primer lugar, **la demanda de salud tiene un componente estocástico importante**. El patrón de demanda de los hogares o individuos suele cambiar de manera importante ante la ocurrencia de eventos no anticipados, i.e. una enfermedad catastrófica, un despido, etc.
- b. **Los tipos de servicios que demandan los miembros del hogar son cualitativamente distintos**: existe diferencia entre la demanda por la atención de una enfermedad compleja y otra de capa simple, atención preventiva y curativa. Asimismo, existen diferencias significativas asociadas a diferencias en la calidad de servicios de salud. Es decir, existe heterogeneidad en los usos de los servicios de salud por lo que es necesario hacer supuestos en la agregación de la utilización de los servicios, evitando así, problemas con la definición de la demanda.
- c. La demanda de servicios se comporta de manera asimétrica a los movimientos de tarifas, mostrando discontinuidades en su función de comportamiento. Lo anterior, es explicado fundamentalmente por la condicionalidad de estar enfermo para hacer uso de los servicios de salud, por la condicionalidad de tener seguro, a las diferencias en los niveles de ingresos cuanto a la tipología de enfermedades, calidad de servicios y hábitos en los patrones de consumo.
- d. Finalmente, la demanda por servicios de salud está asociada a una decisión secuencial por parte de los individuos: en una primera etapa, se decide si se busca o no servicios de salud, la cual esta condicionada de manera conjunta a que se perciba un síntoma de enfermedad, se sufra un accidente o se requiera de controles preventivos (prenatal, dental, etc). En una segunda etapa, se opta por elegir a un tipo de proveedor de servicios de salud (MINSA, ESSALUD o a un servicio privado). Las dos primeras etapas están asociadas al concepto de **demanda de acceso**, la cual determina la cantidad de demandantes de servicios o la probabilidad que un individuo acceda a un determinado servicio de salud.

Por último, una vez que se accede al servicio se determina el gasto requerido para la atención de salud o la intensidad de su uso. Esta última hace referencia al concepto de **demanda de uso**, el cual pretende aproximarse al concepto de volumen de servicios de salud utilizados por un individuo o un hogar, a partir de la agregación de los gastos reales de la canasta de servicios de salud (consulta externa, hospitalización, análisis y medicinas).

Para capturar el carácter heterogéneo en la demanda de servicios de los individuos, se asume la existencia de varios grupos de consumo distintos (definidos por la distribución relativa del ingreso o la clasificación de estratos socioeconómicos), para lo cual se introducirá variables de interacción para capturar los efectos diferenciados. De otro lado, para capturar la secuencialidad en las decisiones de los hogares, se puede estimar también un modelo recursivo de tres bloques:

- Bloque 1: modelo de percepción de enfermedad
- Bloque 2: modelo de acceso al sistema de salud
- Bloque 3: modelo de selección de proveedores de salud (1)

2.3.2. DEMANDA POTENCIAL

La demanda potencial mide la utilización de los servicios de salud en un escenario hipotético sin barreras de acceso económico ni geográfico. Es la demanda ante la cual un significativo número de clientes puede desear algo que no puede satisfacer por ninguna oferta existente (24)

Desde el punto de vista sanitario se puede decir también que es la demanda de naturaleza sanitaria, que es percibida (aunque no expresada) por un individuo y que algún experto diferente de él considera necesaria.

También se puede afirmar que la demanda potencial, es la diferencia existente entre las necesidades justificadas (y percibidas por los propios pacientes) y las

explícitamente manifiestas (aunque no lleguen a ser objeto de atención) ante los proveedores de atención sanitaria (38).

En otro enfoque, la demanda potencial, se refiere al grupo de personas que actualmente necesitan un servicio de salud y que no concurren a él, por diversas razones, pero que en el futuro podrían hacerlo. Es decir, es la necesidad que no se ha convertido en una demanda.

Un punto de vista no compartido por la mayoría de autores es el que considera a la demanda potencial, a aquella resultante de la programación de actividades médicas o en función del tamaño de la población asegurada (13). Esto en el caso de EsSalud.

La demanda efectiva está referida a los servicios que son utilizados por la población en las actuales condiciones de accesibilidad al mercado, mientras que la demanda potencial mide la utilización de los servicios de salud en un escenario hipotético sin barreras de acceso económico ni geográfico. La diferencia de ambos mide la demanda encubierta (10).

2.3.3. DEMANDA EFECTIVA

La demanda efectiva está referida a los servicios que son utilizados por la población en las actuales condiciones de accesibilidad al mercado; dicho de otro modo, es aquella que expresa el uso de los servicios de salud y se registra en las estadísticas continuas de los servicios (42). Viene a ser la población cuyas necesidades de salud han sido atendidas por los servicios de salud (2).

2.3.4. DEMANDA ENCUBIERTA

Se refiere a aquella población cuyas necesidades de salud están insatisfechas, porque la oferta de servicios de salud no alcanza a cubrir sus requerimientos con una atención o programación regular de sus servicios (2, 42).

2.3.5. DEMANDA REPRIMIDA

La constituyen aquellos individuos que por razones económicas no se declaran enfermos o a individuos enfermos que por falta de ingreso, disponibilidad de atenciones u otras múltiples razones, no hacen uso de los servicios de salud, aunque perciban su enfermedad (10).

2.4. LA OFERTA Y LA DEMANDA EN EsSALUD

Los establecimientos de salud administrados por EsSalud, tienen algunas peculiaridades que los hacen diferentes a otros servicios de salud, así tenemos:

- Las enfermedades y accidentes se presentan en forma imprevista. La respuesta social a esta inseguridad desde el punto de vista de financiamiento, se expresa en la creación de seguros que los individuos pagan regularmente a una agencia (23)
- Generalmente el consumidor se presenta en una ignorancia relativa sobre la caracterización de su problema, y por ende, de las opciones para combatirlo eficazmente. Es decir, depende del médico, quien le ofrece un servicio y decide que, cuanto y cuando consumir (23).

Esto a su vez posibilitará la inducción de la demanda, incorporando criterios no médicos, relacionados con el sobre consumo de medicamentos, de estudios y tratamiento, con las consiguientes repercusiones en el financiamiento por desajustes entre lo requerido, lo demandado en forma inducida y los costos. (23).

- La prestación de servicios de salud da lugar al establecimiento de monopolios debido a condiciones geográficas o económicas o como consecuencia de la súper especialización médica. El Estado interviene acá para mantener la equidad en el acceso. (23)

- Se parte del concepto de que para que todos los individuos que conforman una sociedad puedan ejercer su libertad económica en un sistema de libre mercado, es requisito indispensable la igualdad en sus capacidades básicas (23).

De ahí, la necesidad de un sistema de salud cuyo desarrollo depende de la estrategia de subsidios ala atención medica que el estado propone, a través de la exención del pago, o del pago diferencial por medio de cuotas, o de los esquemas de apoyo económico en instituciones privadas no lucrativas, además del desarrollo de esquemas de seguridad social y privada. (23)

2.4.6. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ADSCRITA A EsSalud

La población asegurada a diferencia de la no asegurada, tiene ciertas características que son importantes para entender la demanda (10).

- Tienen cobertura de seguro.
- .Autoreporte de enfermedad mayor por:
 - No tiene costos directos.
 - .Solo tiene costo de oportunidad.
 - .No tienen restricción frente al perfil de riesgo de enfermarse ni frente al nivel de ingreso.
 - .No existen barreras de entrada.

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Ámbito Local

a. Tamayo Murillo Cecilia

“Oferta y demanda de servicios de salud 1995 - 1998 proyectadas al año 2002
Hospital II Yanahuara. IPSS. Arequipa”

Resumen:

Es un estudio descriptivo asociativo en el cual se recopilan datos administrativos, para estudiar la oferta y la demanda de los servicios de salud, del Hospital Yanahuara, cuándo éste tenía el nivel II y pertenecía al Instituto Peruano de Seguridad (IPSS), durante los años 1995 á 1998 en proyección al año 2002.

Se encuentra que durante los años de estudio el comportamiento de la oferta fue ascendente se incrementó la capacidad de atención ambulatoria y el número de camas, así como los recursos humanos y el gasto en salud; la curva se presenta con tendencia ascendente. En cuanto a la demanda, ésta se presenta lineal y ascendente que justamente guarda relación con el incremento de atenciones y del uso de los servicios. Con excepción de la consulta externa que desciende al año 2002. La demanda potencial 1 constituye el 14.7 % y la demanda potencial 2 el 22.2 % y la demanda observada el 57.6 %. La disponibilidad, la productividad y el rendimiento mejoraron año a año, con excepción de la productividad en consulta externa y el rendimiento médico en emergencia que descendió.

Para el año 2002 la curva de proyección de la oferta estará en relación directa con la curva de demanda en todos los servicios excepto en consulta externa. Existirá una demanda proyectada insatisfecha del 34.8 % para el año 2002.

b. Javier Gutiérrez Morales

“Oferta y demanda en el servicio de pediatría del Hospital III Yanahuara EsSalud. Arequipa. 2000 – 2002”

Resumen:

Se trata de una recopilación documental descriptiva De datos también administrativos y estadísticos en los que se evalúa la oferta y la demanda así

como la relación entre ambas en el servicio de pediatría del Hospital II Yanahuara de EsSalud en el periodo 2000 -.2002.

Se encontró que la calidad técnica de la oferta es adecuada según los estándares de acreditación. En cambio la utilización, rendimiento y productividad son bajos tanto a nivel de recurso médico como de las camas siendo éste último realmente grave.

En la demanda se observa que la población con mas riesgo de enfermarse y hospitalizarse es la menor de una año, siendo la población con menor adscripción, La demanda efectiva es menor que la potencial en consulta externa, como consecuencia de la demanda encubierta que es alta. Existe un nivel de oferta que excede a la demanda efectiva en general. No hay relación entre la demanda efectiva en emergencia y la de consulta externa necesariamente, ya que al aumentar el número de consultas médicas en consultorios externos no producen menor demanda en emergencia sino todo lo contrario.

A nivel nacional

Estudios a nivel nacional como el realizado en el seminario "**Modernización del financiamiento de salud**" en 1997 donde se analiza la demanda por servicios de salud, realizado por **Rafael A. Cortes, Arlette Beltrán, y Carlos Cartrillo**.

En éste estudio ellos hacen un análisis muy profundo de la situación de la demanda de los servicios de salud en el Perú, las deficiencias, porque no existe una base de datos o un sistema informático confiable, se analiza la conducta de las personas con relación a la atención de la salud, para lo cual se empleó la información demográfica, de gastos y de las decisiones de salud del hogar y sus miembros, mediante una encuesta aplicada a 1290 hogares y 6366 personas.

Trataron además de analizar porque la gente elige servicios específicos y porque prefiere mantenerse al margen de otros, con la finalidad de tener una

idea concreta sobre quienes son los beneficiarios de los servicios ofrecidos y proporcionar al estado criterios de acción para la focalización del gasto del sector salud bajo un concepto de equidad y eficiencia.

En septiembre del año 2003 **Jorge Alarcón Villaverde**, consultor Abt Associates Inc. Realizo el estudio: **“Perú: el perfil epidemiológico en un contexto de demanda reprimida de servicios de salud”** planteándose varios objetivos, entre ellos: En primer lugar proveer las herramientas para el análisis del estado de salud de la población, peruana en el contexto de una demanda insatisfecha severa. En segundo lugar, desarrollar un perfil epidemiológico que permita a las autoridades de salud identificar (a) cuanta carga de morbilidad hay en la población, (b) cuáles son los problemas de salud más significativos, (c) cómo se distribuyen geográficamente y (d) cuáles son las tendencias en los próximos diez años. En conclusión se dice, que en el caso del Perú el Perfil de morbilidad expresa la condición de pobreza y los bajos niveles de desarrollo del país. Por tanto, los problemas de salud que lo aquejan son propios de un país poco desarrollado, y relacionados con su evolución demográfica, las condiciones de vida de la población y el desarrollo de los servicios de salud en términos cuantitativos y cualitativos. Por lo tanto las políticas de salud requieren de éste conocimiento si quieren responder adecuadamente a las necesidades de salud de la población.

Se manifiesta también que las estadísticas de morbilidad cuentan con serias debilidades que limitan su alcance como indicador del estado de salud de la población. Porque tienen la particularidad de recoger información general y sintomática acerca de los problemas de salud que aquejan a la población que se auto reporta como enferma y/o tiene acceso a los servicios de salud, dejando de lado el estado de salud de un porcentaje significativo de la población cuya demanda se halla reprimida y que da lugar a una morbilidad latente, porque los datos de morbilidad disponibles son recolectados en los establecimientos de salud obtenidos a través de encuestas de hogares. En consecuencia, **las estadísticas de morbilidad, tienden a reflejar la estructura de la demanda de atención, la cual, no guarda correspondencia con el perfil epidemiológico de la población.**

4. Objetivos

- 4.1. Precisar, las características de la oferta del Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital III Yanahuara EsSalud, durante los años 2005 al 2007.
- 4.2. Determinar el comportamiento de la demanda del Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital III Yanahuara EsSalud, durante los años 2005 al 2007.
- 4.3. Establecer la relación entre la oferta y los diferentes tipos de demanda del Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital III. Yanahuara de EsSalud...

5. HIPÓTESIS

Dado que, la población asegurada, se incrementa progresivamente, debido a la creación de nuevas modalidades de aseguramiento, y que ésta población no tienen barreras de acceso a los establecimientos de salud, en los cuales los recursos son cada vez más restringidos.

Es probable, que en los años de estudio, exista demanda potencial y encubierta insatisfecha, debido a que la oferta de los servicios es insuficiente y/o subutilizada, por lo que no atendería las necesidades de la demanda.

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE VERIFICACIÓN

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
OFERTA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA (Cantidad de servicios o actividades producidas en un servicio)	ESTRUCTURA			
	Calidad técnica	Administrativa Infraestructura	Observación Documental	Lista de cotejo Ficha de observación
	Disponibilidad	Equitativa Operativa Potencial	Observación documental	Ficha de observación
	Accesibilidad	Tiempo de espera	Observación documental	Ficha de observación
	PROCESO Y PRODUCTO	Producción Cobertura Concentración Utilización Productividad Rendimiento	Observación documental	Ficha de observación
	RESULTADOS	Indicadores de resultado en: - Consulta externa - Centro obstétrico - Centro quirúrg. - Hospitalización	Observación documental	Ficha de observación
DEMANDA PROYECTADA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA (Cantidad de servicios o actividades que una población busca en un servicio)	Demanda efectiva u observada (Uso efectivo de los servicios de salud)	Consulta externa Hospitalización Centro Quirúrgico Centro Obstétrico	Observación documental	Ficha de observación
	Demanda potencial (Es la resultante de la programación de las actividades médicas)	Emergencia Consulta externa Hospitalización Centro quirúrgico	Observación documental	Ficha de observación
	Demanda encubierta (Es la cantidad de personas que por alguna razón no utilizan el servicio de salud en forma regular)	- Presencia y clase de enfermedad -Tipo de demanda - Servicio que demanda - Causas por la que el usuario decide el lugar de atención	Observación documental	Cuestionario

PRESENTACIÓN DE INSTRUMENTOS

OFERTA: ESTRUCTURA

CALIDAD TÉCNICA: Administrativa

PUNTAJE OBTENIDO:

Infraestructura

Puntuación A: Corresponde a administración, recursos humanos, normas y resultados

Puntuación B: Corresponde a infraestructura y equipamiento básico

COMPONENTE PUNTUACIÓN	META		2005		2006		2007	
	PUNTAJE	%	Puntaje obtenido	%	Puntaje obtenido	%	Puntaje obtenido	%
1. CONSULTA EXTERNA								
A. ADMINISTRACIÓN								
B. INFRAESTRUCTURA								
2. CENTRO QUIRÚRGICO								
A. ADMINISTRACIÓN								
B. INFRAESTRUCTURA								
3. HOSPITALIACIÓN								
A. ADMINISTRACIÓN								
B. INFRAESTRUCTURA								
4. CENTRO OBSTÉTRICO								
A. ADMINISTRACIÓN								
B. INFRAESTRUCTURA								

CONSOLIDADO DE RESULTADOS

COMPONENTE A	2005		2006		2007	
	META %	PUNTAJE OBTENIDO %	META %	PUNTAJE OBTENIDO %	META %	PUNTAJE OBTENIDO %
1 A						
2 A						
3 A						
4 A						
TOTAL						
COMPONENTE B						
1 B						
2 B						
3 B						

EVALUACIÓN GLOBAL POR COMPONENTES

COMPONENTES	META %	PUNTAJE OBTENIDO		
		2005 %	2006 %	2007 %
A				
B				

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA OBSTETRICIA POR AÑOS DE ESTUDIO

AÑO	PUNTAJE OBTENIDO A + B %	RANGO DE VALORACIÓN OBTENIDO	EVALUACIÓN FINAL
2005			
2006			
2007			

RANGO 1: A + B = 100 > 80 % ACREDITA
 RANGO 2: A + B = < 80 > 60 % EN OBSERVACIÓN
 RANGO 3: A + B = < 60 % - 0 NO ACREDITA

OFERTA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA OBSTETRICIA

		AÑO	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Consulta externa	Número de Consultorios físicos	2005												
		2006												
		2007												
	Número de consultorios funcionales	2005												
		2006												
		2007												
Hospitalización	AÑO		2005			2006			2007					
	NÚMERO DE CAMAS	Ginecología												
		Obstetricia												
		Sala de partos												
Recursos humanos	Médicos													
	Enfermeras													
	Obstetricas													
	Técnicos/Auxiliares Enfermería													

III. DISPONIBILIDAD

DISPONIBILIDAD EQUITATIVA OPERATIVA Y POTENCIAL DE MÉDICOS GINECÓLOGO - OBSTETRAS EN CONSULTA EXTERNA

MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS			
	AÑO		
	2005	2006	2007
Población total asignada al hospital			
Población objetivo (Mujeres de 15 años a mas)			
Número de médicos			
Disponibilidad equitativa			
Disponibilidad operativa			
Disponibilidad potencial			

8. DISPONIBILIDAD

DISPONIBILIDAD EQUITATIVA OPERATIVA Y POTENCIAL DE CAMAS SERVICIO DE GINECOLOGÍA –OBSTETRICIA

CAMAS EN GINECOLOGÍA			
Número de camas			
Disponibilidad equitativa			
Disponibilidad operativa			
Disponibilidad potencial			
CAMAS EN OBSTETRICIA			
Población objetivo (27 % de población total) (15 % mujeres edad fértil)			
Número de camas			
Disponibilidad equitativa			
Disponibilidad operativa			
Disponibilidad potencial			

IV. ADECUACIÓN

ADECUACIÓN DE DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO Y OBSTETRICES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA OBSTETRICIA

PERSONAL MÉDICO

AÑO	2005	2006	2007
Recursos existentes			
Recursos necesarios			
Adecuación de distribución			

PERSONAL OBSTETRIZ

AÑO			
Recursos existentes			
Recursos necesarios			
Adecuación de distribución			

UTILIZACIÓN, RENDIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD: HOSPITALIZACIÓN

AÑO	2005		2006		2007	
	OBSTET	GINECO	OBSTET	GINECO	OBSTET	GINECO
Número de camas existentes						
Número de camas utilizadas						
Egresos esperados						
Egresos reales						
UTILIZACIÓN						
RENDIMIENTO						
PRODUCTIVIDAD						

**UTILIZACIÓN, RENDIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD
CONSULTA EXTERNA: GINECOLOGÍA**

	2005	2006	2007
Número de horas programadas			
Número de horas efectivas (utilizadas)			
Número de atenciones			
Número de atendidos			
UTILIZACIÓN			
RENDIMIENTO			
PRODUCTIVIDAD			

**CONCENTRACIÓN Y EXTENSIÓN DE USO EN CONSULTA EXTERNA Y
HOSPITALIZACIÓN**

	2005	2006	2007
Población objetivo			
Consulta externa: Atenciones médicas (ginecólogo –obstetra)			
Consulta externa: Atendidos (médico ginecólogo - obstetra)			
Egresos: hospitalización obstetricia			
Egresos: hospitalización ginecología			
CONCENTRACIÓN EN CONSULTA EXTERNA			
EXTENSIÓN DE USO EN CONSULTA EXTERNA			
EXTENSIÓN DE USO EN HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICIA			
EXTENSIÓN DE USO EN HOSPITALIZACIÓN GINECOLOGÍA			

PRINCIPALES INDICADORES DE RESULTADO EN CONSULTA EXTERNA

	2005	2006	2007
Atenciones médicas (ginecólogo obstetra)			
Atendidos (ginecólogo-obstetra)			
Consultorios físicos			
Consultorios funcionales			
Número de médicos			
Concentración de consultas			
Ratio de atenciones médicas por asegurado			
Utilización de consultorios físicos			
Rendimiento Hora/médico			
Grado de cumplimiento de horas efectivas			
Tasa de deserción			

PRINCIPALES INDICADORES DE RESULTADO EN HOSPITALIZACIÓN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

AÑO AREA	2005		2006		2007	
	OBSTE T	GINECOL	OBSTET	GINECOL	OBSTET	GINECOL
Egresos						
Número de camas						
Días estancias						
Paciente/día						
Día cama disponible						
Promedio de permanencia o estancia						
% de ocupación de camas						
Rendimiento cama						
Intervalo de sustitución						

**DEMANDA EFECTIVA EN CONSULTORIO EXTERNO Y HOSPITALIZACIÓN
SERVICIO GINECOLOGÍA OBSTETRICIA**

AREA	2005	2006	2007
Consulta externa: Atenciones médicas			
Consulta externa: Atendidos (médico)			
Egresos: hospitalización obstetricia			
Egresos: hospitalización ginecología			

DEMANDA EFECTIVA SEGÚN DAÑOS EN CONSULTA EXTERNA: GINECOLOGÍA

DAÑO	AÑO					
	2005		2006		2007	
	No.	%	No.	%	No.	%
Estados menopáusicos y climaterio						
Supervisión de primer embarazo normal.						
Supervisión de otros embarazos normal.						
Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis						
Vaginitis atrófica post menopáusica						
Examen ginecológico general						
Estados asociados con menopausia						
Vaginitis aguda						
Infección de vías urinarias						
Enfermedad inflamatoria pélvica						
Mastopatía quística difusa						
Leiomioma submucoso uterino						
Otros						
TOTAL						

**DEMANDA EFECTIVA SEGÚN DAÑOS EN HOSPITALIZACIÓN: AREA
OBSTETRICIA**

DAÑO	AÑO					
	2005		2006		2007	
	No.	%	No.	%	No.	%
Parto único espontáneo						
Parto por cesárea						
Falso trabajo de parto						
Parto por cesárea de emergencia						
Aborto incompleto sin especificación						
Parto prematuro						
Infección no especificada de las vías urinarias						
Supervisión de primer embarazo normal						
Supervisión de otros embarazos normales						
Amenaza de aborto						
Hiperemesis gravídica leve						
Parto por cesárea electiva						
Preeclampsia						
Hipertensión gestacional						
Otros						
TOTAL						

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA:
DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 – 2007”**

**DEMANDA, POTENCIAL Y ENCUBIERTA EN CONSULTA EXTERNA Y
HOSPITALIZACIÓN: SERVICIO DE GINECOLOGÍA OBSTETRICIA**

AREA	AÑOS		
	2005	2006	2007
POBLACIÓN ADSCRITA			
POBLACIÓN OBJETIVO			
CONSULTA EXTERNA			
EXTENSIÓN DE USO: 50 % DE P.A. (OBJETIVO): DEMANDA POTENCIAL			
ATENCIONES CONSULTA EXTERNA			
DEMANDA EFECTIVA (PORCENTAJE)			
DEMANDA ENCUBIERTA			
DEMANDA ENCUBIERTA (PORCENTAJE)			
HOSPITALIZACIÓN			
EGRESOS HOSP. GINECO. 6 % DE P. OBJETIVO: DEMANDA POTENCIAL.			
GESTANTES ESPERADAS: 4 % MEF (100%): DEMANDA POTENCIAL			
GINECOLOGÍA (DEMANDA EFECTIVA)			
DEMANDA ENCUBIERTA GINECOLOGÍA			
DEMANDA ENCUBIERTA (PORCENTAJE)			
DEMANDA EFECTIVA OBSTETRICIA			
DEMANDA ENCUBIERTA OBSTETRICIA			

**“OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA:
DEL HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD. 2005 – 2007”**

**DEMANDA POTENCIAL Y ENCUBIERTA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y
EMERGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA OBSTETRICIA**

AREA	AÑOS		
	2005	2006	2007
POBLACIÓN OBJETIVO GENERAL			
CENTRO QUIRÚRGICO			
Programación 3,5 % de la P. Objetivo: Demanda Potencial			
DEMANDA EFECTIVA			
DEMANDA ENCUBIERTA			
DEMANDA ENCUBIERTA (PORCENTAJE)			
EMERGENCIA			
CONSULTAS ESPERADAS C. EXTERNO DEMANDA POTENCIAL			
RAZÓN DE EMERGENCIAS POR CONSULTAS MEDICAS (NIVEL III)			
EMERGENCIAS ESPERADAS: DEMANDA POTENCIAL			
DEMANDA EFECTICA EMERGENCIA.			
DEMANDA ENCUBIERTA EMERGENCIA			
DEMANDA ENCUBIERTA (PORCENTAJE)			

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL.

La investigación se realizará en el Servicio de Ginecología- Obstetricia del Departamento Materno Infantil Hospital III Yanahuara de ESSALUD. El cual está situado en el distrito de Yanahuara, Provincia y Departamento de Arequipa.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Se evaluará los años los años: 2001, 2002 y 2003 y se proyectará al año 2006

2.3. FUENTES DE ESTUDIO

En el caso del **estudio de la oferta**, no existen unidades de estudio, éste término es reemplazado por las **Fuentes de Estudio**, que son las siguientes:

- Archivos de la Unidad de Epidemiología años: 2001, 2002 y 2003
- Archivos de la Unidad de Estadística años: 2001, 2002 y 2003.
- Archivos del Área de Administración y de personal
- Observación documental de la Planta Física de: consulta externa, hospitalización, Centro Obstétrico y Quirúrgico.

2.4. UNIDADES DE ESTUDIO

a) Universo cualitativo

El Universo cualitativo para los diferentes tipos de demanda esta constituido por las pacientes que concurren al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Yanahuara de ESSALUD durante el periodo de estudio.

b) Universo cuantitativo

Aproximadamente en el servicio de Ginecología - obstetricia se atienden 36000 pacientes por año.

c) Estratificación de la muestra

Se realizará teniendo en consideración solamente la parte correspondiente a la demanda encubierta, tomando en cuenta la edad, estado civil, procedencia y condición de asegurado.

d) Determinación de la muestra

Par el estudio de la **demanda potencial y encubierta el universo** está formado por aproximadamente 57,000 pacientes adscritas al Servicio de Ginecología – Obstetricia y la muestra se determinó en función a la tabla de Arkin y Cotton con un margen de confianza al 95.5 %, margen de error del 5 %, $P = 50 \%$, lo que nos da una muestra de 397 (400) encuestas.

1. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1. Organización

- Autorización para el acceso a las unidades de estudio.
- Capacitación y adiestramiento del personal instrumentador.
- Preparación de las unidades de estudio.
- Formalización física de la muestra

4.2. Recursos

a. Potencial humano

Estará conformado por el investigador, apoyado por un grupo de recolectores de datos, para la observación monumental, documental y para la encuesta, otro grupo experimentado apoyará en la evaluación de la información recolectada.

b. Recursos físicos

Se utilizará, la Infraestructura física del Servicio de Ginecología - Obstetricia, la Oficina de Estadística y Archivo del Hospital III Yanahuara de ESSALUD.

c. Recursos Institucionales

El Servicio de Ginecología y Obstetricia participará en la medida de sus posibilidades.

4.3. Validación del instrumento

Para el estudio de la demanda potencial y encubierta se realizará una encuesta a las aseguradas que asisten al servicio de Ginecología-Obstetricia. Se utilizará la cédula de preguntas recomendada por el Grupo Quipus, (modificada) del documento de Gerencia del Ministerio de Salud.

4.4. Criterios para el manejo de resultados

- a.** Para la **proyección de oferta y demanda** se utilizará el método de regresión estadística, con un intervalo al 95 %, porque lo que se desea observar es el comportamiento de un fenómeno en el tiempo. Se aplicará la tendencia secular, que gráficamente es representada por una línea recta o una curva suave, utilizando el método gráfico, el método de las medias móviles y el método de los mínimos cuadrados. En caso necesario se utilizará el de los movimientos

irregulares, que surgen por cualquier causa aleatoria que afecta el fenómeno.

b. Cuadros estadísticos para distribución de frecuencias

VARIABLES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	MEDIDAS ESTADÍSTICAS	PRUEBAS ESTADÍSTICAS
OFERTA	1. Calidad técnica	Nominal	Frecuencias absolutas y porcentuales	
	2. Disponibilidad	Intervalo	Frecuencias absolutas y porcentuales	
	3. Accesibilidad	Nominal	Frecuencias absolutas y porcentuales	
	2. Proceso y Producto	Nominal Intervalo	Tasa Frecuencias absolutas y porcentuales	
DEMANDA	1. Demanda efectiva u observada	Nominal	Frecuencias absolutas y porcentuales	
	2. Demanda potencial y encubierta	Nominal	Frecuencias absolutas y porcentuales	

c. Cuadros y gráficos

Teniendo en cuenta la matriz de tabulación y los cálculos estadísticos se elaborarán cuadros y gráficos con lo cual la información quedará claramente organizada y sistematizada.

d. Estudios de los datos sistematizados

- Para el análisis y la interpretación de la información se seguirá la siguiente metodología:
- Jerarquizar la información, discriminando lo primario de lo secundario
- Establecer vinculaciones entre los datos, a través de comparaciones, relaciones y explicaciones.
- Unir lo datos de la realidad con la teoría establecida en los conceptos básicos y antecedentes investigativos.
- Apreciar críticamente los datos.

4. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo Actividades	Agosto 2008				Noviembre 2008				Marzo 2009			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Recolección de datos	x	x	x	x								
2. Estructuración de resultados					x	x	x	x				
3. Informe final									X	x	x	x



1. CONSULTA EXTERNA: Es el área funcional dedicada a satisfacer las demandas de salud de los usuarios mediante actividades de atención ambulatoria en consultorios.

1.1. COMPONENTES Y ESTÁNDARES MÍNIMOS PARA NIVEL III : COMPONENTE A		2005	2006	2007
ADMINISTRACIÓN:				
1A.01	Jefe de Servicio: Médico Cirujano especialista con 3 años de experiencia y conocimientos básicos de Administración Hospitalaria	0	0	0
1A.02	Cuenta con Manual de Organización Funciones MOF para consulta externa	1	0	0
1A.03	Cuenta con Manual de Normas Administrativas actualizadas para la atención en consulta externa	1	1	1
1A.04	Se cuenta con un Plan de Actividades que forma parte del POA para la consulta externa	0	0	0
1A.05	Se desarrolla un Programa de Capacitación continua de consulta externa	1	1	1
RECURSOS HUMANOS:				
1A.06	Médicos Especialistas en Ginecología y Obstetricia.	1	1	1
1A.07	Enfermeras profesionales	1	1	1
1A.08	Obstetrices	1	1	1
1A.09	Odontólogo	1	1	1
1A.10	Técnico (s), Auxiliar (s) de Enfermería y personal de apoyo	1	1	1
FORMACIÓN (ORGANIZACIÓN)				
1A.11	Utiliza el Manual de Normas Procedimientos	1	0	0
1A.12	Aplica Normas de Referencia Contrarreferencia	1	1	1
1A.13	Se aplican Normas de Supervisión, Control Evaluación	0	0	0
1A.14	Cuenta con fluxograma para Información de Pacientes Ambulatorios	1	1	1
1A.15	Tiene un Sistema de Citación de Pacientes Programación de Consultas Actividades Ambulatorias	1	1	1
1A.16	Cuenta con Formularios de Historia Clínica Única, los cuales se ajustan a las normas	1	1	1
RESULTADOS				
1A.17	Registra rendimientos Hora/Médico	1	1	1
1A.18	Las metas del Plan de Actividades alcanzan el 70% de lo programado	0	0	0
1A.19	Registra número de atenciones y atendidos y la concentración	0	1	1
1A.20	Registra porcentaje de demanda insatisfecha.	0	0	0
TOTAL 1 A		14	13	13

CALIFICACIÓN: 0 No cumple con el estándar
 1 Cumple con el estándar
 NA No aplicable al nivel de complejidad

1.2 COMPONENTES Y ESTÁNDARES MÍNIMOS PARA NIVEL III: COMPONENTE B		2005	2006	2007
INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y EQUIPOS				
ÁREAS O AMBIENTES				
1B.01	Admisión, informes, citas.	1	1	1
1B.02	Consultorio de triaje	0	0	0
1B.03	Consultorio médico de especialistas con servicios higiénicos	1	1	1
1B.04	Consultorio odontológico	1	0	0
1B.05	Tópico de cirugía menor	0	0	0
1B.06	Sala de atenciones especiales – Inyectables – Inmunizaciones – Ecografías – ECG y otras	1	1	1
1B.07	Ropería, materiales.	1	1	1
1B.08	Servicios higiénicos para el personal	0	0	0
1B.09	Facilidad para interconsultas	1	1	1
1B.10	Aseo del servicio, depósito de residuos	1	1	1
1B.11	Sala de espera general con servicios higiénicos	1	1	1
INSTALACIONES				
1B.12	Instalaciones sanitarias: agua fría y desagüe por redes	1	1	1
1B.13	Agua caliente parcial y/o general en consultorio, tópico y en todo el servicio	0	0	0
1B.14	Aparatos sanitarios con accesorios completos y funcionando	1	1	1
1B.15	Red general contra incendio	1	1	1
1B.16	Instalaciones eléctricas: Empotradas o protegidas. Redes con accesorios en buen estado	1	1	1
1B.17	Instalaciones de emergencia por redes. Grupo electrógeno operativo.	1	1	1
1B.18	Comunicaciones: teléfono o intercomunicadores internos.	1	1	1
1B.19	Teléfono externo	1	1	1
EQUIPAMIENTO BÁSICO				
1B.20	Muebles y enseres adecuados al ambiente y su función, completos y en buen estado	0	0	0
1B.21	Equipo médico e instrumental para consultorio gineco obstétrico.	1	1	1
1B.22	Equipo médico e instrumental para cirugía menor.	1	1	1
1B.22	Equipamiento e instrumental médico para exámenes especiales.	1	0	0
1B.23	Equipo adecuado para atención al público (manual, electrónico) según nivel.	0	0	0
1B.24	Equipos de iluminación de emergencia portátiles	0	0	0
1B.25	Equipo contra incendio	1	1	1
TOTAL 1 B		19	17	17

2. CENTRO QUIRÚRGICO: Es el área funcional que cuenta con un conjunto de recursos físicos, humanos y tecnológicos organizados para la prestación segura y eficaz de los cuidados pre operatorios, anestésicos, quirúrgicos y post operatorios a los pacientes.

2.1 COMPONENTES Y ESTÁNDARES MÍNIMOS PARA NIVEL III: COMPONENTE A		2005	2006	2007
ADMINISTRACIÓN:				
2A.01	Médico anesthesiólogo a cargo de la Jefatura del Centro Quirúrgico, dispone de personal de apoyo	1	1	1
2A.02	Enfermero profesional encargado de la administración del Centro Quirúrgico	1	1	1
2A.03	Cuenta con Manual de Organización Funciones MOF para el centro quirúrgico	1	1	1
2A.04	Cuenta con Manual de Normas Administrativas actualizadas.	1	0	0
2A.05	Se cuenta con un Plan de Actividades que forma parte del POA.	1	1	1
2A.06	Se realiza evaluación pre anestésica de cada paciente.	0	0	0
2A.07	Se lleva control y seguimiento documentado durante el acto anestésico.	1	1	1
2A.08	Realiza informe quirúrgico a cargo del médico cirujano.	1	1	1
2A.09	Se tiene sistema de registro operatorio para cada quirófano.	1	1	1
2A.10	Se desarrolla un Programa de Capacitación continua para el personal del Centro Quirúrgico	1	0	0
RECURSOS HUMANOS				
2A.11	Médicos cirujanos especialistas en Ginecología – Obstetricia	1	1	1
2A.12	Médicos anesthesiólogos y cirujanos de especialidades quirúrgicas, enfermeras y personal de apoyo	1	1	1
NORMACIÓN (ORGANIZACIÓN)				
2A.13	Manual de Normas y Procedimientos del Centro quirúrgico.	1	1	1
2A.14	Protocolos quirúrgicos y anestésicos.	1	0	0
2A.15	Protocolos para prevención de infecciones.	1	0	0
2A.16	Protocolos para desinfección y limpieza de quirófanos.	1	1	1
2A.17	Normas de preparación de piezas operatorias. Conteo de gasas e instrumental.	1	1	1
2A.18	Cumple con realizar las intervenciones quirúrgicas según nivel de complejidad	0	0	0
RESULTADOS				
2A.19	Las metas de actividades programadas alcanzan el 70 % de lo programado.	1	1	1
2A.20	Se lleva registro de la Tasa de mortalidad intra y post operatoria.	1	1	1
2A.21	Se registra tasa de mortalidad anestésica.	1	1	1
2A.22	Tasa de complicaciones post operatorias.	0	0	0
2A.23	Discrepancias entre diagnóstico pre y post operatorio.	0	0	0
2A.24	Porcentaje de operaciones suspendidas.	1	1	1
2A.25	Embalse y diferimiento quirúrgico	1	0	0
TOTAL 2 A		21	16	16

2.2 COMPONENTES Y ESTÁNDARES MÍNIMOS PARA NIVEL III DE COMPLEJIDAD: COMPONENTE B		2005	2006	2007
INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y EQUIPOS				
ÁREAS O AMBIENTES				
2B.01	Admisión, control.	0	0	0
2B.02	Jefatura del servicio.	1	1	1
2B.03	Estación de enfermeras.	1	1	1
2B 04	Vestuarios del personal con SSHH.	1	1	1
2B 05	Sala de descanso médico.	0	1	1
2B 06	Trabajo de enfermería (preparación de equipos, instrumental, etc).	1	1	1
2B 07	Depósitos de medicina, equipos, ropa.	1	1	1
2B.08	Área de esterilización rápida y depósito de material estéril.	1	1	1
2B.09	Área de lavado de material usado.	1	1	1
2B.10	Preparación - inducción.	0	0	0
2B.11	Quirófano (s) especializado (s).	1	1	1
2B 12	Quirófano de emergencia.	1	1	1
2B 13	Lavado de cirujanos.	1	1	1
2B 14	Área de transferencia del paciente (transfer) entre zona semirrígida y rígida.	0	0	0
2B.15	Recuperación post operatoria.	1	1	1
2B.16	Área de camillas.	0	0	0
2B.17	Área de Rayos X portátil.	1	1	1
2B.18	Aseo del servicio, depósito de residuos	1	1	1
INSTALACIONES				
2B 19	Instalaciones sanitarias: agua fría y desagüe por redes	1	1	1
2B 20	Agua caliente parcial y/o general en ambientes necesarios	1	1	1
2B 21	Aparatos sanitarios con accesorios completos y funcionando	1	1	1
2B 22	Red general contraincendios	1	1	1
2B 23	Instalaciones eléctricas: Empotradas disponibles 24 horas. Redes y accesorios en buen estado.	1	1	1
2B 24	Instalaciones de emergencia por redes. Grupo electrógeno operativo.	1	1	1
2B 25	Oxígeno – vacío: por redes empotradas.	1	1	1
2B 26	Comunicaciones: teléfonos o intercomunicadores internos.	1	1	1
2B 27	Teléfono externo.	0	0	0
2B 28	Aire acondicionado: equipos individuales en quirófanos y recuperación.	1	1	1
2B 29	Sistema central en todo el servicio	1	1	1

COMPONENTES Y ESTÁNDARES MÍNIMOS PARA NIVEL III DE COMPLEJIDAD: COMPONENTE B		2005	2006	2007
INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y EQUIPOS				
EQUIPAMIENTO BÁSICO				
2B.30	Muebles y enseres adecuados al ambiente y función, completos y en buen estado.	1	1	1
2B.31	Equipo médico e instrumental quirúrgico para cirugía gineco-obstétrica y de otras especiales	1	1	1
2B.32	Equipo de lavado y desinfección por onda ultrasónica portátil.	0	0	0
2B33	Autoclave vertical eléctrica con caldero incorporado.	1	1	1
2B 34	Aparato de anestesia para dos gases (oxígeno y óxido nitroso) con gabinete rodable.	1	1	1
2B 35	Equipo para respiración asistida y controlada, oxígeno a presión positiva, humedecedor.	1	1	1
2B 36	Mesa de operaciones para cirugía de la especialidad. Con todos sus accesorios, ajuste hidráulico de altura.	1	1	1
2B.37	Aspiradora para secreciones rodable, completa, con todos sus accesorios.	1	1	1
2B.38	Equipo de electrocirugía para cirugía gineco-obstétrica completo con todos sus accesorios.	1	1	1
2B.39	Lámpara cialítica de techo.	1	1	1
2B.40	Lámpara cialítica rodable adicional.	1	1	1
2B 41	Monitor (cardiógrafo) para control de funciones vitales.	1	1	1
2B 42	Bomba de infusión.	1	1	1
2B 43	Desfibrilador.	1	1	1
2B.44	Equipo de rayos X portátil, rodable, completo con todos sus accesorios.	1	1	1
2B.45	Unidad de revelado convencional con todos sus accesorios.	0	0	0
2B.46	Equipo de oxigenoterapia incluyendo dos balones con carro rodable.	1	1	1
2B.48	Negatoscopio de 4 campos empotrado.	1	1	1
2B 48	Luz ultravioleta de pared.	1	1	1
2B 49	Equipos adecuados para movilización y traslado de pacientes.	1	1	1
2B 50	Equipos e instrumental apropiados al tratamiento de pacientes en recuperación.	1	1	1
2B 51	Equipos especiales de recuperación post operatoria.	1	1	1
2B 52	Sistema apropiado de transferencia de pacientes a zona rígida (Transfer).	0	0	0
2B 53	Equipos de iluminación portátiles de emergencia.	1	1	1
2B 54	Equipo de oxígeno-vacío, portátil.	1	1	1
2B 55	Equipos contra incendios	1	1	1
TOTAL 2 B		47	48	48

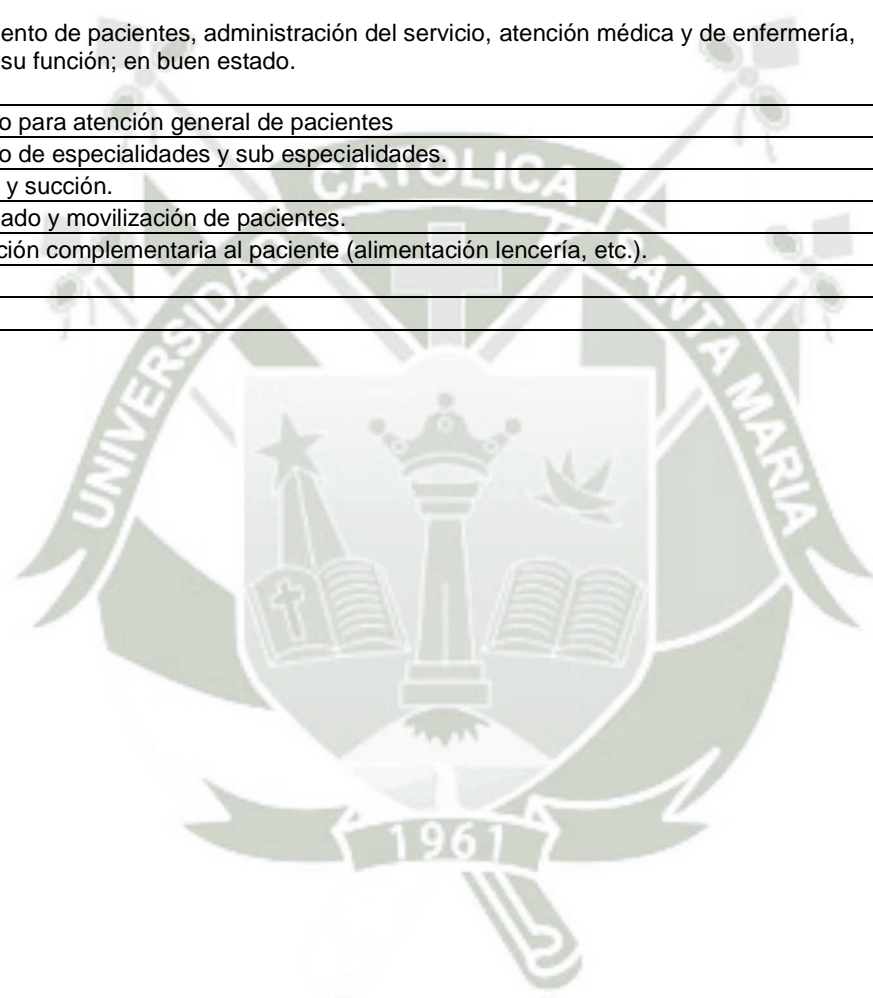
3. HOSPITALIZACIÓN: Es la unidad organizada y dirigida adecuadamente para prestar los servicios y cuidados que precisan los pacientes que requieren ser Internados por mas de 24 horas para diagnostico y/o tratamiento médico o quirúrgico.

8.1. COMPONENTES Y ESTÁNDARES MÍNIMOS PARA NIVEL III: COMPONENTE A		2005	2006	2007
ADMINISTRACIÓN:				
3A. 01	Jefe de servicio: Ginecólogo obstetra con 3 años de experiencia y conocimientos en administración hospitalaria	0	0	0
3A. 02	Medico ginecólogo obstetra Especialista Responsable del Servicio de Hospitalización	1	1	1
3A. 03	Cuenta con Manual de Organización Funciones MOF. Para hospitalización	1	0	0
3A. 04	Cuenta con Normas Administrativas actualizadas	0	0	0
3A. 05	Se cuenta con un Plan de Actividades de Hospitalización que forman parte del POA	1	0	0
3A. 06	Se desarrolla un Programa de Capacitación continua para el Personal de Hospitalización	1	1	1
RECURSOS HUMANOS:				
3A.07	Medico(s) Cirujano(s) ginecólogo (s) Obstetras (s)	1	1	1
3A.08	Médicos Cirujanos en otras especialidades (apoyo), Traumatología y Ortopedia, Urología, Cardiología, neumología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Gastroenterología, Neurología, etc.	1	1	1
3A.09	Médicos Cirujano en especialidades además de las anteriores: Psiquiatría, UCI, Neurocirugía, Endocrinología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Máxilo-Facial, Cirugía de Tórax Cardiovascular, y otros	0	0	0
3A.10	Enfermeras y obstetricas	1	1	1
3A.11	Personal técnico y de apoyo	1	1	1
NORMACION (ORGANIZACIÓN)				
3A.12	Utiliza el Manual de Normas Procedimientos	1	0	0
3A. 13	Aplica Normas de Supervisión, Control Evaluación	1	0	0
3A. 14	Se utiliza la Historia Clínica Única	1	1	1
3A. 15	Se aplican Normas de Referencia y Contrarreferencia	1	1	1
3A. 16	Se utiliza Protocolos de atención	1	0	0
RESULTADOS:				
3A. 17	Las metas del Plan de Actividades alcanzan el 70% de lo programado	1	1	1
3A.18	Se lleva registro del Promedio de permanencia	1	1	1
3A.19	Se registra el Porcentaje de ocupación	1	1	1
3A.20	Se registra la Tasa de Mortalidad neta hospitalaria	1	1	1
3A.21	Se registra la Tasa de Mortalidad Materna hospitalaria	1	1	1
3A.22	Se lleva registro de la Tasa de Mortalidad Perinatal	1	1	1
3A.23	Se registra el Porcentaje de Necropsias	0	0	0
3A.24	Se registra el Porcentaje de Infecciones Intrahospitalarias	1	0	0
3A.25	Se realizan Reuniones Clínicas para discusión de casos	1	1	1
TOTAL 3 A		21	15	15

3.2. COMPONENTES Y ESTÁNDARES MÍNIMOS PARA NIVEL III: COMPONENTE B		2005	2006	2007
INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y EQUIPOS				
ÁREAS O AMBIENTES				
3B.01	Salas comunes diferenciadas por especialidades básicas (obstetricia y ginecología).	1	1	1
3B.02	Cuarto de menos de 6 camas.	1	1	1
3B.03	Sala de aislamiento.	1	0	0
3B 04	Sala de menores diferenciada por grupos de edad	0	0	0
3B 05	Sala de observación de recién nacidos en hospitalización de obstetricia	1	1	1
3B 06	SSHH colectivo de pacientes. .	1	1	1
3B 07	SSHH de pacientes por sala o cuarto.	0	0	0
3B.08	Estación de enfermeras y obstetricas con SSHH.	1	1	1
3B.09	Oficina médico con SSHH.	1	1	1
3B.10	Tópico.	1	1	1
3B.11	Sala de examen y tratamientos especiales.	0	0	1
3B 12	Área o sala de trabajo (limpio, sucio)	1	1	1
3B 13	Depósitos: medicinas, ropa, materiales y equipo.	1	1	1
3B 14	SSHH para el personal.	0	0	0
3B.15	Reposero.	1	1	1
3B.16	Sala o área de visitas	0	0	0
3B.17	Área de camillas y silla de ruedas.	1	1	1
3B.18	Aseo del servicio, depósito de residuos	1	1	1
INSTALACIONES				
3B 19	Instalaciones sanitarias: agua fría y desagüe por redes	1	1	1
3B 20	Agua caliente parcial y/o general en ambientes necesarios o en todo el servicio	1	1	1
3B 21	Aparatos sanitarios con accesorios completos y funcionando	1	1	1
3B 22	Red general contra incendio	1	1	1
3B 23	Instalaciones eléctricas: Empotradas o protegidas. Redes y accesorios en buen estado.	1	1	1
3B 24	Instalaciones de emergencia por redes. Grupo electrógeno propio, operativo.	1	1	1
3B 25	Oxígeno - vacío: por redes empotradas. En ambientes seleccionados, según necesidades.	0	0	0
3B 26	Comunicaciones: Llamadas paciente – enfermera u obstetriz.	1	1	1
3B 27	Teléfono o intercomunicadores internos	1	1	1
3B 28	Teléfono externo.	1	1	1
3B 29	Teléfono público	1	1	1

3.2. COMPONENTES Y ESTÁNDARES MÍNIMOS PARA NIVEL III: COMPONENTE B		2005	2006	2007
INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y EQUIPOS				
EQUIPAMIENTO BÁSICO				
3B.30	Muebles y enseres de alojamiento de pacientes, administración del servicio, atención médica y de enfermería, adecuados a los ambientes y su función; en buen estado.	1	1	1
3B.31	Equipos e instrumental médico para atención general de pacientes	1	1	1
3B.32	Equipos e instrumental médico de especialidades y sub especialidades.	1	1	1
3B 33	Equipos portátiles de oxígeno y succión.	1	1	1
3B 34	Equipos adecuados para traslado y movilización de pacientes.	1	1	1
3B 35	Menaje y utensilios para atención complementaria al paciente (alimentación lencería, etc.).	1	1	1
3B 37	Equipo contra incendios	1	1	1
TOTAL 3 B		31	30	31

-



4. CENTRO OBSTÉTRICO: Es el área funcional dedicada a la atención de la mujer gestante durante el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato, y a la atención del recién nacido.

4.1. COMPONENTES Y ESTÁNDARES PARA NIVEL III: COMPONENTE A		2005	2006	2007
ADMINISTRACIÓN:				
4A. 01	Médico Cirujano responsable de área funcional del Centro Obstétrico	0	0	0
4A. 02	Médico Gineco-Obstetra responsable del Centro Obstétrico	1	1	1
4A. 03	Médico Gineco-Obstetra con 5 años de experiencia responsable del Centro Obstétrico	1	1	1
4A. 04	Cuenta con un Manual de Organización Funciones	1	0	0
4A. 05	Se tienen Normas Administrativas actualizadas	1	0	0
4A. 06	Se desarrolla un Plan de Actividades que forman parte del POA	1	0	0
4A. 07	Se realiza un Programa de Capacitación Continua para Personal del Centro Obstétrico.	0	0	0
RECURSOS HUMANOS:				
4A. 08	Médico Cirujano, u Obstetiz, o Enfermera Profesional y personal de apoyo	1	1	1
4A. 09	Médico Cirujano, especialista en Gineco- Obstetricia, además personal de apoyo	1	1	1
4A. 10	Médico Cirujano, especialista, Obstetiz (es), Enfermeros profesionales y Auxiliar (es) de Enfermería	1	1	1
4A. 11	Médico Cirujano Anestesiólogo (de existir sala de operaciones en Centro Obstétrico)	0	0	0
NORMACION (ORGANIZACIÓN):				
4A. 12	Utiliza el Manual de Normas Procedimientos	1	0	0
4A. 13	Aplica Normas de Supervisión, Control Evaluación de Actividades	0	0	0
4A. 14	Lleva una Historia Clínica Única además Historia del recién nacido	1	1	1
4A. 15	Se tienen Protocolos de tratamiento y procedimientos quirúrgicos (Anestesia, atención del parto, monitoreo fetal, parto prematuro, hemorragia, shock séptico)	0	0	0
RESULTADOS:				
4A. 16	Las metas del Plan de Actividades alcanzan un 70% de lo programado	1	1	1
4A. 17	Se llevan Registros de partos	1	1	1
4A. 18	Se registra la Mortalidad intra y post- parto inmediato	1	1	1
4A. 19	Se lleva registro de Extensión de Episiotomía, laceración de cuarto grado	1	1	1
4A. 20	Se registra el APGAR al nacer a los 5 minutos	1	1	1
4A. 21	Se registra el Porcentaje de Retención de restos placentarios	1	0	0
TOTAL 4 A		16	11	11

4.2. COMPONENTES Y ESTÁNDARES MÍNIMOS PARA NIVEL III: COMPONENTE B		2005	2006	2007
INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y EQUIPOS				
ÁREAS O AMBIENTES				
4B.01	Recepción, control admisión.	1	1	1
4B.02	Jefatura de servicio.	0	0	0
4B.03	Vestuario de personal y SSHH.	1	1	1
4B 04	Descanso de personal: (médicos obstetricas, enfermeras).	1	1	1
4B 05	Sala de preparación con servicios higiénicos.	1	1	1
4B 06	Sala de aislamiento con SSH.	0	0	0
4B 07	Sala de dilatación con SSHH.	1	1	1
4B.08	Sala de parto normal.	1	1	1
4B.09	Sala de cirugía de parto.	1	1	1
4B.10	Sala o área de atención del Recién nacido.	1	1	1
4B.11	Estación de obstetricas y enfermeras	1	1	1
4B 12	Área de lavado de médicos cirujanos y obstetricas.	1	1	1
4B 13	Área de esterilización rápida y depósito de material estéril.	1	1	1
4B 14	Área de trabajo (sucio-limpio).	1	1	1
4B.15	Sala de legrados.	1	1	1
4B.16	Depósito de medicinas, equipos, materiales y ropa.	1	1	1
4B.17	Sala de recuperación.	1	1	1
4B.18	Área de camillas.	1	1	1
4B 19	Aseo del servicio depósito de residuos generales.	1	1	1
4B 20	Depósito de residuos especiales (placentas)	1	1	1
INSTALACIONES				
4B 21	Instalaciones sanitarias: agua fría y desagüe por redes empotradas.	1	1	1
4B 22	Agua caliente parcial y/o general en ambientes necesarios	1	1	1
4B 23	Agua caliente general en todo el servicio	1	1	1
4B 24	Aparatos sanitarios con accesorios completos y funcionando	1	1	1
4B 25	Red general contra incendio	1	1	1
4B 26	Instalaciones eléctricas: Empotradas o protegidas. Redes y accesorios en buen estado.	1	1	1
4B 27	Instalaciones de emergencia por redes. Grupo electrógeno, propio, operativo.	1	1	1
4B 28	Oxígeno-vacío: portátiles en niveles I, II y III, por redes nivel IV	1	1	1
4B 29	Comunicaciones: Llamadas paciente – enfermera u obstetriz	1	1	1
4B 30	Teléfonos o intercomunicadores internos	1	1	1
4B 31	Teléfono externo	1	1	1

4B 32	Aire acondicionado por sistema central	0	0	0
EQUIPAMIENTO BÁSICO				
4B.33	Muebles y enseres adecuados al ambiente y su función completos y en buen estado.	1	1	1
4B.34	Equipo e instrumental de atención al parto normal y complementario de atención al parto complejo y quirúrgico.	1	1	1
4B.35	Equipo e instrumental para atención de legrados.	1	1	1
4B 36	Equipo básico para atención del recién nacidos.	1	1	1
4B 37	Equipo de lavado-desinfección por Onda Ultrasónica portátil.	0	0	0
4B 38	Esterilizador eléctrico de aire caliente seco.	1	0	0
4B 39	Vacum extractor y/o Fórceps.	1	1	1
4B 39	Monitor fetal portátil.	1	1	1
4B 40	Ecógrafo bidimensional portátil.	1	1	1
4B 41	Mesa de examen, curación e intervención para legrados.	1	1	1
4B 42	Equipo para respiración asistida y controlada, oxígeno a presión positiva, humidificador.	1	1	1
4B 43	Aparato de anestesia para dos gases (oxígeno y óxido nitroso) con gabinete rodable.	0	0	0
4B 44	Mesa de partos completa, con todos sus accesorios.	1	1	1
4B 45	Mesa de operaciones para cirugía obstétrica, con todos sus accesorios.	1	1	1
4B 46	Aspiradora de secreciones, con gabinete rodable, completo con todos sus accesorios.	1	1	1
4B 47	Lámpara cialítica rodable.	1	1	1
4B 48	Lámpara cialítica de techo.	0	0	0
4B 49	Equipo de oxígeno terapia incluyendo dos balones con carro rodable.	1	1	1
4B 50	Luz ultravioleta de pared.	1	1	1
4B 51	Negatoscopio empotrado.	1	0	0
4B 52	Tomas de oxígeno y vacío provenientes de las redes centrales de oxígeno y vacío.	0	0	0
4B 53	Incubadora de transporte y equipos mas complejos de atención al recién nacido.	1	1	1
4B 54	Equipo de transporte y movilización de pacientes adultas.	1	1	1
4B 55	Equipo de iluminación portátil para emergencia.	1	1	1
4B 56	Equipo de succión rodable.	1	1	1
4B 57	Equipo contra incendios	1	1	1
TOTAL 4 B		51	48	48


ACCESIBILIDAD

TIEMPO DE ESPERA: CONSULTA EXTERNA: 2005

ESSALUD		DATOS GENERALES			FECHA : HGHGGHF			2005																	
CENTRO ASISTENCIAL: HOSPITAL III YANAHUARA SERVICIO: GINECOLOGIA-OBSTETRICIA PROCESO : ATENCION CONSULTA EXTERNA RESPONSABLE : JEFE DE SERVICIO INICIO DEL PROCESO : PACIENTE SE DIRIGE A ADMISIÓN TERMINA EL PROCESO : PACIENTE ATENDIDA										RESUMEN			ACTUAL	PROPUESTA	DIFERENCIA										
										OPERACION	TRANSPORTE	ESPERA													
										CONTROL	ALMACENAMIENTO	DISTANCIA	CAMBIOS												
										POSIBILIDADES			MEJORAR	MEJORAR	ELIMINAR	METODO	PERSONA	FORMATO							
										ACTIVIDADES	DESCRIPCION	○	□	→	D	▽	DISTANCIA MTS	TIEMPO MTS	SIMPLIFICAR	MEJORAR	MEJORAR	ELIMINAR	METODO	PERSONA	FORMATO
										1	Familiar se dirige a admisión			15'			2 mil	15	-	-		-	-	-	
										2	Cola para admisión				151'			151	V	V	-	V	-	-	
										3	Atención en admisión		5'					5	-	-	-	-	-	-	
4	Paciente y familia va a triaje			2'			6	2	-	-	V	V	V	V											
5	Cola en triaje				30'			30	V	-	V	V	V	V											
6	Atención en triaje		5'					5	-	V	V	V	V	V											
7	Paciente y familiar van a consultorio medico			2'			6	2	-	-	-	-	-	-											
8	Cola para atención en consultorio				20'			20	V	-	-	v	-	-											
9	Atención en consultorio	12'						12	-	-	-	-	-	-											
TOTAL		12'	10'	19'	201'			240		-		-	-	-											

ACCESIBILIDAD

TIEMPO DE ESPERA: CONSULTA EXTERNA (2006)

ESSALUD		DATOS GENERALES			FECHA : HGHGGHF		RESUMEN								
CENTRO ASISTENCIAL: HOSPITAL III YANAHUARA SERVICIO: GINECOLOGIA-OBSTETRICIA PROCESO : ATENCION CONSULTA EXTERNA RESPONSABLE : JEFE DE SERVICIO INICIO DEL PROCESO : PACIENTE SE DIRIGE A ADMISIÓN TERMINA EL PROCESO : PACIENTE ATENDIDA							ACTIVIDAD			ACTUAL	PROPUESTA	DIFERENCIA			
							OPERACION 								
							TRANSPORTE 								
							ESPERA 								
							CONTROL 								
							ALMACENAMIENTO 								
							DISTANCIA								
							POSIBILIDADES					CAMBIOS			
ACTIVIDADES	DESCRIPCION						DISTANCIA MTS	TIEMPO MTS	SIMPLIFICAR	MEJORAR	MEJORAR	ELIMINAR	METODO	PERSONA	FORMATO
1	Familiar se dirige a admisión			15'			2 mil	15	-	-	-	-	-	-	
2	Cola para admisión				151'			151	V	v	-	V	-	-	
3	Atención en admisión		5'					5	-	-	-	-	-	-	
4	Paciente y familia va a triaje			2'			6	2	-	-	V	V	V	V	
5	Cola en triaje				30'			30	V	-	V	V	V	V	
6	Atención en triaje		5'					5	-	V	V	V	V	V	
7	Paciente y familiar van a consultorio medico			2'			6	2	-	-	-	-	-	-	
8	Cola para atención en consultorio				10'			10	V	-	-	v	-	-	
9	Atención en consultorio	12'						12	-	-	-	-	-	-	
TOTAL		12'	10'	19'	191'			230		-	-	-	-	-	

ACCESIBILIDAD

TIEMPO DE ESPERA: CONSULTA EXTERNA (2007)

ESSALUD		DATOS GENERALES			FECHA : HGHGGHF		RESUMEN								
CENTRO ASISTENCIAL: HOSPITAL III YANAHUARA SERVICIO: GINECOLOGIA-OBSTETRICIA PROCESO : ATENCION CONSULTA EXTERNA RESPONSABLE : JEFE DE SERVICIO INICIO DEL PROCESO : PACIENTE SE DIRIGE A ADMISIÓN TERMINA EL PROCESO : PACIENTE ATENDIDA										ACTIVIDAD			ACTUAL	PROPUESTA	DIFERENCIA
										OPERACION 					
										TRANSPORTE 					
										ESPERA 					
										CONTROL 					
										ALMACENAMIENTO 					
										DISTANCIA					
										POSIBILIDADES				CAMBIOS	
ACTIVIDADES	DESCRIPCION						DISTANCIA MTS	TIEMPO MTS	SIMPLIFICAR	MEJORAR	MEJORAR	ELIMINAR	METODO	PERSONA	FORMATO
1	Familiar se dirige a admisión			15'			2 mil	15	-	-		-	.		
2	Cola para admisión				151'			151	V	v		-	V	-	
3	Atención en admisión		5'					5	-	-		-	-	-	
4	Paciente y familia va a triaje			2'			6	2	-	-		V	V	V	
5	Cola en triaje				30'			30	V	-		V	V	V	
6	Atención en triaje		5'					5	-	V		V	V	V	
7	Paciente y familiar van a consultorio medico			2'			6	2	-	-		-	-	-	
8	Cola para atención en consultorio				20'			20	V	-		-	v	-	
9	Atención en consultorio	12'						12	-	-		-	-	-	
TOTAL		12'	10'	19'	201'			240		-		-	-	-	