

7. ANÁLISIS DE LA PROVISIÓN: OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS

Los servicios de salud son el conjunto de establecimientos sanitarios que ofrecen atención de salud a la población. Este capítulo pretende ayudar al análisis de la provisión, es decir de la oferta y la demanda de servicios de salud a las personas; para ello, se analizará la estructura general de la oferta, la oferta por niveles de atención y la calidad de la misma. A continuación, se abordará el análisis de la demanda de servicios. Comparándola con la oferta existente se puede llegar a determinar las brechas de atención actuales o previsibles y formular las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

7.1 Estructura general de la oferta de servicios²⁵

Se proponen cinco categorías básicas para analizar la estructura de la red de establecimientos sanitarios: titularidad, financiación, nivel asistencial, modalidad de atención y ámbito de actuación o de influencia. Las dos primeras categorías tienen que ver con quién o quiénes prestan los servicios y las otras tres con cómo y dónde los prestan.

Cuadro 7.1
Categorías de análisis de la estructura de la oferta

• Titularidad:	• Pública:	- Ministerio de Salud - Instituciones del Seguro Social - Provincias o Estados - Municipios - Fuerzas Armadas - Otros
	• Privada:	- Sin ánimo de lucro - Con ánimo de lucro
• Financiación	• Pública	
	• Privada	
	• Mixta	
• Nivel asistencial	• Primario	
	• Secundario	
	• Terciario	
• Modalidad de atención	• Consulta (a demanda, programada, de urgencia)	
	• Hospitalización (de agudos —general, quirúrgica o especializada—, de día, a domicilio, de larga estancia)	
	• Rehabilitación	
	• Otras	
• Ámbito de actuación o de influencia	• Nacional	
	• Estatal o provincial	
	• Regional	
	• Local	

²⁵ Esta sección tiene estrecha relación con el capítulo 5.

Los gobiernos centrales (o provinciales o estatales) a través de los ministerios de salud (u organismos provinciales o estatales equivalentes) suelen ser responsables de otorgar y retirar la licencia de apertura o funcionamiento de los establecimientos sanitarios. En ocasiones, existe algún tipo de catálogo, directorio o inventario nacional (o provincial o estatal) de establecimientos sanitarios o, al menos, de hospitales. Allí, constan todos o alguno de los datos que figuran en el cuadro 7.2 (54), aunque rara vez se incluye la lista de los distintos servicios ofrecidos por cada hospital.

Cuadro 7.2
Ficha mínima por centro o servicio sanitario

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">· Nombre· Dirección y teléfono· Titularidad· Tipo de financiación· Tipo de centro (nivel, tamaño, modalidad/es de atención)· Ámbito de influencia· Fecha de concesión de la licencia o de su última actualización |
|---|

La concesión de las licencias de apertura o habilitación de establecimientos suele regularse por normas de rango adecuado que incluyen, a veces, la elaboración del inventario. Otras veces, el inventario es un documento estadístico sin soporte normativo que los ministerios de salud u organismos equivalentes de provincias y estados), de planificación u organismos encargados de elaborar las estadísticas nacionales actualizan periódicamente como un instrumento que facilita el desempeño del rol regulador del Estado en este campo. Pocas veces el documento es público; en algunos casos, la habilitación se completa clasificando el establecimiento en función del nivel de complejidad de las patologías que puede atender.

La información obtenida para elaborar el inventario puede permitir un primer análisis de la distribución geográfica y, en consecuencia, de la equidad y la accesibilidad de los establecimientos sanitarios. Además, suele ser condición necesaria para establecer procedimientos de acreditación y, en consecuencia, de control de la calidad. Su eventual publicación podría permitir el conocimiento público de las características generales de la oferta de servicios y fomentar entonces el debate y la participación social.

Adicionalmente y como un modo de establecer mecanismos de garantía sobre los mínimos exigibles a los centros y servicios sanitarios, tanto públicos como privados, en numerosos países se ha planteado la acreditación de centros y servicios sanitarios, particularmente de los hospitales. Así como las funciones de habilitación y clasificación por nivel de complejidad son responsabilidad de los poderes públicos, la acreditación suele ser voluntaria y formar parte de los esfuerzos de cada establecimiento sanitario por mejorar su calidad. Un programa de acreditación suele reunir algunas de las siguientes características (55):

Cuadro 7.3
Características de un programa de acreditación

- Órgano acreditador independiente
- Criterios de acreditación previamente establecidos
- Procedimiento de acreditación formalizado
- Carácter voluntario
- Revisión periódica (total o parcial)
- Confidencialidad específica y publicidad de los resultados globales

En 1992, la Federación Latinoamericana de Hospitales y la OPS/OMS publicaron el *Manual de acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe (56)*; además de otros materiales, el manual desarrolla en detalle los elementos contenidos en el cuadro anterior. En 1995, se celebró la Tercera Reunión Regional sobre Acreditación de Hospitales (OPS/OMS, Washington, D.C., 4-5 octubre). En la misma, se constató que la mayoría de los países había realizado al menos una reunión nacional de acreditación de hospitales y que nueve disponían de manuales nacionales de acreditación en aplicación a fines de 1994. Sin embargo, muy pocos contaban con un programa nacional con un responsable específico al frente del mismo.

Debido a que no todos los programas de acreditación son iguales, se sugiere determinar si existe y, en su caso, describirlo de acuerdo con sus propios términos, usando el listado anterior sólo como referencia²⁶.

POSIBLES PREGUNTAS ORIENTADORAS

Sobre la situación presente:

- ¿Existen normas para la concesión de licencias de apertura de los establecimientos sanitarios? ;
- Si no existen, ¿por qué? Si existen, ¿se cumplen?;
- ¿Qué autoridad es responsable de concederlas?;
- ¿La licencia es indefinida o se revisa periódicamente?;
- ¿Existe norma de rango adecuado para la confección de un instrumento tipo Directorio de Establecimientos Sanitarios (u Hospitales)?;
- Si no existe, ¿por qué? Si existe, ¿se cumple?;

²⁶ Dadas las estrechas relaciones existentes entre los procedimientos de acreditación y las estrategias de garantía y mejora de la calidad, se sugiere seguir el análisis e incorporar aquí los elementos de la sección 7.3 del presente capítulo.

- Si hay un inventario o equivalente, ¿qué contiene?, ¿cuál es la fecha de la última edición?, ¿cada cuánto se actualiza?, ¿quién puede acceder al mismo?, ¿es público?;
- Si no existe un inventario, ¿cómo conoce el ministerio u organismo responsable la oferta de los servicios sanitarios públicos? ¿Y de los privados?;
- ¿Existe información dispersa sobre todas o algunas de las categorías antedichas? ¿Quién la produce? Obtenerla;
- ¿Existe Manual Nacional de Acreditación Hospitalaria? ¿Se aplica? Si no es así, ¿existen otros procedimientos de acreditación de centros y servicios sanitarios? ¿Y de hospitales? Si es así, describir;
- ¿Existe responsable del Programa de Acreditación o propósito de crearlo?

Para los próximos dos o tres años:

- ¿Están previstas modificaciones relevantes en la normativa de apertura de establecimientos sanitarios? ¿Y, en su caso, en las estadísticas que alimentan el catálogo?;
- Si es así, ¿cuáles?;
- ¿Están previstas modificaciones relevantes en la oferta de servicios sanitarios?;
- Si es así, ¿dónde?, ¿de qué titularidad?, ¿con qué esquema de financiación?, ¿en qué nivel asistencial y con qué modalidad de atención?;
- Si es el caso, ¿está previsto implantar un sistema de acreditación hospitalaria o revisar el existente? Si es así, ¿está previsto aumentar progresivamente el nivel de exigencia de los estándares?

¿DÓNDE OBTENER LA INFORMACIÓN?

En general, la información puede obtenerse en la Dirección de Planificación del Ministerio de Salud u organismo equivalente; secundariamente, en la Dirección de Servicios Médicos de las entidades del Seguro Social. Adicionalmente, en los ministerios de planificación o en los organismos encargados de producir las estadísticas nacionales; esto puede ser particularmente útil para las instituciones del sector privado.

En algunos países, existen asociaciones empresariales del sector sanitario privado que disponen de información sobre la oferta de servicios de este subsector. Por su parte y desde 1992, la OPS/OMS viene elaborando un directorio de hospitales latinoamericanos y del Caribe donde ya figuran unos 15.000 de los 17.000 establecimientos con camas que existen en la Región. El Directorio proporciona información sobre nombre, dirección y teléfono, titularidad, número de camas, número de personal, existencia o no de sistemas, actividad docente de posgrado, áreas de investigación y prestación de servicios a terceros.

¿CÓMO PRESENTAR LA INFORMACIÓN?

La información debe presentarse de forma selectiva empezando por lo más relevante. Así, si lo más llamativo es la ausencia de información agregada fiable, actualizada y accesible sobre la estructura de la oferta o de cualquiera de sus componentes principales, eso se reseñará en primer lugar, con las recomendaciones oportunas para que dicha carencia sea subsanada. Si lo más llamativo es la preponderancia de una determinada titularidad en los hospitales, se debe empezar con una figura o cuadro que cruce dicha variable con otras. Por ejemplo, a nivel nacional, provincial o estatal, cruzando titularidad (hospitales civiles públicos, privados sin ánimo de lucro y privados con ánimo de lucro) con tamaño (número de camas), modalidad de atención (hospitalización general, quirúrgica, especializada, de larga estancia, psiquiátrica) y distribución geográfica. Un primer cruce de este tipo puede arrojar luz sobre distribuciones geográficas inequitativas de un determinado tipo de recurso. Otro elemento importante, es valorar las iniciativas en curso; por ejemplo, en materia de acreditación puede no existir un procedimiento establecido a nivel global, pero desarrollarse o haberse abandonado experiencias parciales relevantes: puede ser útil registrarlo y analizarlo como expresión de tendencia.

7.2 Análisis de la oferta por niveles de atención

Efectuado el análisis de la accesibilidad geográfica, cultural, financiera y de horario²⁷, procede analizar la cantidad y calidad de la oferta de los servicios sanitarios.

Independientemente de su titularidad, los establecimientos sanitarios pueden concebirse como empresas de servicios cuyos productos son múltiples y variados: algunos son tangibles, fáciles de definir y claramente identificables (por ejemplo, una radiografía, un análisis, un menú o la administración de un medicamento); otros, más complejos, pueden considerarse como agregaciones de productos primarios (por ejemplo, una estancia hospitalaria, una intervención quirúrgica o una sesión de diálisis).

En un nivel mayor de complejidad se sitúan los que responden a las características individuales de los pacientes que cada establecimiento atiende; desde este punto de vista, cada episodio de un paciente es un producto pues no hay dos pacientes iguales ni dos episodios exactos en un mismo paciente. Por último, pero no por ello menos importante, está la modificación de condiciones y hábitos de vida, propósito consustancial de todo establecimiento sanitario (y muy importante en el nivel primario) pero cuyo logro viene condicionado por factores que, como la vivienda, la educación y el empleo, no son sujeto directo de la actividad de los centros, en principio, y cuya medida debe hacerse a través de indicadores de salud y estudios de campo²⁸.

²⁷ Ver capítulo 2.

²⁸ Ver capítulos 1 y 2.

Para facilitar el análisis, se sugiere considerar dos grandes categorías de establecimientos: los situados en el nivel primario de atención (consultorios, dispensarios, centros de salud, etc.) y los situados en los niveles secundario y terciario (hospitales y centros y servicios de referencia). Además, puede ser conveniente analizar conjuntamente tanto los aspectos cuantitativos como los cualitativos de cada nivel.

7.2.1 *Análisis del nivel primario*

El análisis de la provisión en el nivel primario de atención presenta tres tipos de dificultades. En primer lugar, la tipología y nomenclatura de los centros suele ser variada dentro de cada país e, incluso, al interior de cada provincia o estado: desde los más simples, que no tienen médico(a) ni enfermero(a) y sólo cuentan con un(a) promotor(a) rural que administra un pequeño botiquín, hasta centros de diagnóstico y tratamiento con equipos multidisciplinarios que ofrecen consultas a demanda y programadas, visitas domiciliarias, atienden urgencias las veinticuatro horas, desarrollan programas de salud según protocolo y cuentan con servicios de apoyo como radiología, laboratorio y otros.

En segundo lugar, en el nivel primario a menudo convergen actividades programadas y gestionadas de forma centralizada (por ejemplo, campañas de detección precoz de determinados cánceres) con otras de carácter no programado y gestión local (por ejemplo, la consulta a demanda). En tercer lugar, la experiencia sobre procedimientos e indicadores para medir y comparar el producto y, ajustando costos, evaluar eficiencia está menos consolidada internacionalmente que para los hospitales.

Un procedimiento útil de aproximación al tema puede ser indagar si existe una lista o cartera de servicios de cada centro de atención primaria. En algunos lugares, ello se ha hecho o se está intentando hacer por parte de los titulares, públicos o privados, como parte de sus esfuerzos por fortalecer su rol regulador de la oferta, de modo que cada centro disponga de registros de actividad concordantes con su cartera. Ello permite procesar y agregar los datos contenidos en tales registros.

En el cuadro 7.4 se muestra una lista o cartera tentativa de servicios en atención primaria, que se ha diseñado pensando en un nivel primario complejo de modo que, allí donde no se den todos los elementos, puedan referirse y analizarse los existentes.

Cuadro 7.4
Cartera tentativa de servicios en atención primaria

1. CONSULTA:	<ul style="list-style-type: none"> · a demanda (en enfermería, medicina general, pediatría y otros) · con cita previa
2. VACUNACIONES:	<ul style="list-style-type: none"> · en niños · en adultos
3. MEDICAMENTOS:	<ul style="list-style-type: none"> · esenciales · otros
4. ATENCIÓN DE URGENCIA:	<ul style="list-style-type: none"> · discontinua · continuada
5. TRANSPORTE SANITARIO:	<ul style="list-style-type: none"> · de urgencia · programado
6. ATENCIÓN PROGRAMADA:	<ul style="list-style-type: none"> · embarazo, parto, puerperio · diagnóstico precoz de cáncer · atención a inmovilizados y terminales · higiene dental · otros
7. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:	<ul style="list-style-type: none"> · educación a madres y padres · trabajo con escuelas · salud ambiental · inspección y regulación sanitaria · con grupos de riesgo (hipertensos, obesos, etc.) · otros
8. SERVICIOS DE APOYO:	<ul style="list-style-type: none"> · clínicos (radiología, laboratorio, fisioterapia, etc.) · administrativos (p.ej. cita con especialistas) · sociales

Desde el punto de vista del análisis cuantitativo, lo primero es estimar el porcentaje de población que no tiene acceso regular a servicios de atención primaria y caracterizarlo por áreas geográficas y estratos sociales. Esto es esencial para analizar la equidad. A continuación, procede estimar la cobertura por tipo de proveedores y tipo de servicios a nivel nacional, provincial o estatal, al menos, de los incluidos como grandes epígrafes en el cuadro 7.4. En tercer lugar, para medir y comparar la producción de los distintos subsistemas públicos y privados de atención primaria, lo más sencillo es seleccionar las actividades clásicas y más fácilmente cuantificables (por ejemplo, consultas por médico y día, vacunaciones o urgencias atendidas por día). Si se desea mayor nivel de profundización (p. ej., para calcular brechas de cobertura), pueden elaborarse cuadros de producción como los que se muestran en el Anexo 1.

Cuantificar la actividad asistencial es indispensable pero, sin embargo, tiene dos riesgos: infravalorar la actividad total de los centros que más actividades de promoción, educación y prevención realizan (no siempre fácilmente cuantificables); y no tomar en cuenta la calidad técnica y la calidad percibida o calidez de la atención que se presta.

Para el análisis de la calidad técnica, lo primero es que existan normas de buena práctica o de correcta atención que se cumplan y se revisen periódicamente. Algunas son básicas y relativamente sencillas de formular y medir (por ejemplo, un tiempo medio mínimo deseable para la primera consulta o que cada paciente tenga una sola ficha médica normalizada); otras exigen protocolos elaborados por los grupos profesionales respectivos (por ejemplo, para el uso racional de los medicamentos, el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino o el tratamiento ambulatorio de la hipertensión o la hiperlipemia). Por su parte, la calidad percibida o calidez tiene que ver con la satisfacción de las expectativas de los usuarios. A veces, dicha satisfacción guarda relación con la posibilidad de obtener cita previa por teléfono, trato amable, visita a domicilio, disponer de locales que garanticen habitabilidad e intimidad, atención continuada y servicios de apoyo para conseguir una ambulancia, resolver trámites o concertar la cita con el hospital desde el propio centro. Un elemento esencial es conocer la opinión de los usuarios para lo cual, en algunos lugares, se pasan regularmente encuestas y existe un registro de sugerencias y reclamaciones. No siempre esas fuentes son consideradas por los gestores a la hora de decidir cambios en el funcionamiento de un centro en particular o de una red de centros.

Un punto crítico a analizar es la existencia y funcionamiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes entre los diversos escalones que puedan existir dentro del nivel primario (por ejemplo, entre el pequeño dispensario rural de montaña y el centro de diagnóstico y tratamiento de la cabecera del municipio) y, sobre todo, entre el nivel primario y el hospital de referencia. En el medio rural aislado, eso tiene que ver con las comunicaciones, los medios de transporte y los formatos de la ficha médica o historia clínica. En el medio urbano y suburbano, el punto crítico es asegurar la comunicación (escrita y telefónica o personal) entre el médico del nivel primario y el del hospital. En algunas ciudades, provincias o estados, existen experiencias de coordinación global de las urgencias y emergencias médicas mediante dispositivos de llamada telefónica con número unificado. A veces, esos dispositivos son compartidos con otros servicios (por ejemplo, policía y bomberos) y, en otros casos, son específicos para los servicios sanitarios.

POSIBLES PREGUNTAS ORIENTADORAS

Sobre el conjunto del nivel primario:

- ¿Cuál es el porcentaje de población que no tiene acceso regular a servicios de salud primarios?;
- Si fuera relevante, ¿cómo se distribuye geográfica, étnica y socialmente?;
- ¿Existe un inventario de los centros y servicios de nivel primario, tanto públicos como privados?;

- ¿Disponen los centros públicos de una lista pública y periódicamente revisada de los servicios que ofrecen?;
- ¿Qué porcentaje de población tiene acceso regular a cada uno de los ocho grandes tipos de servicios primarios listados?;
- ¿Qué porcentaje de la población potencial tiene acceso a programas de salud materno-infantil?;
- ¿Qué porcentaje de los centros de atención primaria no reúnen condiciones mínimas de habitabilidad?;
- ¿Qué porcentaje de los centros rurales carecen de enfermero(a) o de médico(a) o de pediatra? ¿Y de servicios de apoyo? Igual para los centros urbanos;
- ¿Qué porcentaje de centros rurales desarrollan atención programada? Igual para los urbanos;
- ¿Existen dispositivos de coordinación para urgencias y emergencias? Si fuese así, describir brevemente;
- ¿Existen normas de correcta atención o de buena práctica en los sectores público y privado? ¿Se revisan? ¿Se cumplen?;
- ¿Existen programas de mejora de la calidad percibida? ¿En qué consisten?;
- ¿Existen procedimientos para conocer la opinión del público y de los usuarios? ¿En qué consisten?;
- Existen procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes? ¿Cómo funcionan?;
- Los Centros, ¿producen estadísticas de actividad? ¿Con qué resultados? ¿Y de costos? ¿Quién y cómo relaciona unas con otras?
- ¿Los profesionales reciben retroalimentación de dichas estadísticas? ¿Cómo?

Sobre un centro determinado:

- ¿Qué porcentaje de pacientes tiene ficha o historia clínica normalizada?;
- ¿Cuál es el tiempo medio de la primera consulta en medicina?;
- ¿Cuál es el número total de consultas, de consultas por profesional y la relación entre primeras consultas y las sucesivas?;
- ¿Cuál es el porcentaje de cobertura de vacunación?;
- ¿Cuál es el número de visitas domiciliarias totales y por profesional?
- ¿Cuál es el número total de urgencias atendidas por causas? ¿Y el porcentaje de urgencias derivadas a otros centros?;
- ¿Cuál es el porcentaje de pacientes sometidos a tratamientos protocolizados?;
- ¿Cuál es el porcentaje de pacientes no urgentes derivados al nivel hospitalario?;
- ¿Cuál es el porcentaje del tiempo dedicado a actividades de promoción, educación y prevención?;
- ¿Existen objetivos de actividad para cada profesional y a nivel de centro? Si fuese así, ¿cuáles?, ¿cómo se establecen?, ¿cómo se evalúan?; ¿participan los profesionales en la fijación de objetivos?

- ¿Existen objetivos de calidad? Si fuese así, realizar el mismo análisis que en el punto anterior.

¿DÓNDE OBTENER LA INFORMACIÓN?

Para el subsector público, la información podría obtenerse en la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud u organismo equivalente en la provincia o estado y en las direcciones médicas de las instituciones del Seguro Social. Sin embargo, será necesario entrevistarse también con responsables de centros de atención primaria del medio urbano, suburbano y rural (incluido el medio rural disperso). También, con médicos y enfermeros(as) que trabajen en cada uno de esos ámbitos.

Para el subsector privado, no suele existir información agregada tan detallada; se encuentra alguna en el Ministerio de Salud u organismo equivalente de la provincia o Estado), normalmente referida a capacidad instalada. No obstante, lo mejor puede ser entrevistar a representantes de las cooperativas médicas o entidades aseguradoras privadas y, luego, a médicos individuales que trabajen en este subsector. Algunos profesionales trabajarán o habrán trabajado para ambos subsectores y pueden resultar una valiosa fuente de información sobre las condiciones reales de desempeño en ambos.

¿CÓMO PRESENTAR LA INFORMACIÓN?

Para algunos de los indicadores cuantitativos de actividad del subsector público, los ministerios de salud y, sobre todo, las instituciones del Seguro Social disponen de formatos en forma de cuadro. Para otros, y para la totalidad de los cualitativos, lo mejor es construir un cuadro sencillo donde conste si existe o no, y alguna observación en su caso.

7.2.2 Análisis del nivel hospitalario

La legislación sanitaria básica de los países suele definir qué se entiende por hospital y, a menudo, los cataloga en distintos tipos. A los efectos de los presentes lineamientos, definiremos un hospital como un establecimiento sanitario que cuenta con médicos(as) y otro personal de apoyo y donde los pacientes pueden, si lo necesitan, permanecer internados y recibir atención sanitaria durante las veinticuatro horas del día. A lo largo de los las últimas décadas, se desarrollaron numerosas metodologías para el análisis de la actividad hospitalaria (57); sin perjuicio de sus diferencias, la mayoría parte de un esquema sencillo y lógico basado en tres categorías: la estructura, los procesos y los resultados (58) (ver cuadro 7.5).

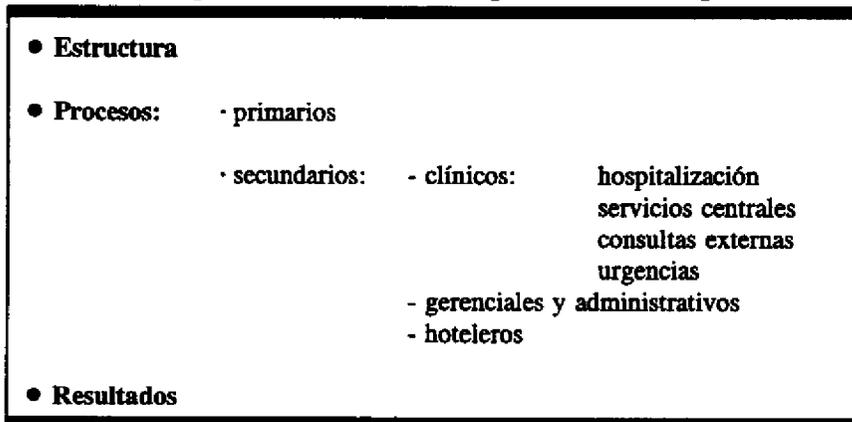
El análisis de la estructura tiene que ver con el estado y las condiciones de funcionalidad del edificio, los accesos, el equipamiento y el personal; es decir, con todo aquello que el hospital debe disponer antes de recibir al primer paciente²⁹.

El análisis de los procesos suele distinguir entre procesos primarios (radiografías, menús, hojas de trabajo de enfermería, etc.) y procesos secundarios (cuántos y cómo de los procesos primarios se indican por paciente). Los procesos secundarios son fundamentalmente clínicos, concluyen con el alta hospitalaria y su producto es:

"un paciente de equis años, al que se le han practicado tales exploraciones, se le ha sometido a tal tratamiento y, tras no padecer complicación, ha sido dado de alta en tal situación, tras permanecer equis días ingresado" (59).

El análisis de resultados parte de considerar a los hospitales formando parte de un dispositivo asistencial que, junto a otros dispositivos sanitarios y no sanitarios, contribuye a mejorar la salud. Aquí, el producto es el nivel de salud de la población a la que atiende y su medida se efectúa mediante indicadores de salud y estudios de campo³⁰.

Cuadro 7.5
Esquema para el análisis de la producción hospitalaria



El modelo de análisis que se desarrolla a continuación, se ha redactado teniendo presente que el producto de los procesos secundarios es lo que caracteriza al hospital y que el propósito del presente capítulo (que no pretende ser un manual de acreditación hospitalaria) es que pueda ayudar al análisis de la producción de una red hospitalaria pero, también, al de un hospital general de mediano tamaño (200 a 400 camas).

²⁹ Ver capítulo 5.

³⁰ Ver capítulo 1.

Para facilitar el análisis de los procesos secundarios, éstos pueden dividirse en grandes áreas: clínicos, gerenciales y administrativos y hoteleros. Esta clasificación es compatible con la adoptada por la mayoría de los manuales de organización hospitalaria (60).

Servicios clínicos (61)

Los servicios clínicos pueden agruparse en cuatro grandes líneas: hospitalización, servicios centrales de diagnóstico y tratamiento, consultas externas y atención ambulatoria, urgencias. Tradicionalmente, la actividad clínica hospitalaria se ha venido expresando en forma de actos asistenciales brutos (número de visitas, número de urgencias, etc.). Una relación de cuadros para la obtención de los datos fundamentales de producción por hospital (dotación de camas, egresos, número de consultas, número de intervenciones quirúrgicas, partos, procedimientos radiológicos, exámenes clínicos, exámenes de anatomía patológica y tasa por 1.000 beneficiarios de los diversos tipos de atención) se presenta en los anexos. A continuación, se presenta una síntesis de indicadores de actividad que son utilizados a menudo en forma agregada y en serie temporal para el conjunto de los hospitales de un país, provincia, región o Estado, o para uno de sus subsectores.

Cuadro 7.6

Indicadores de servicios clínicos: totales por año, por red, hospital y servicio

•	Camas en funcionamiento (totales y por 1.000 habitantes)
•	Ingresos (totales y por causas)
•	Estancia media (días)
•	Porcentaje de ocupación
•	Índice de rotación (Nº pacientes/cama y año)
•	Relación primeras consultas/sucesivas
•	Intervenciones por quirófano y día
•	Porcentaje de ingresos de urgencia ("presión de urgencias")
•	Porcentaje de partos con cesárea
•	Índice de mortalidad
•	Índice de necropsias

Si se desea mayor nivel de profundización (por ejemplo, para calcular brechas de atención) pueden elaborarse cuadros como los que se muestran en el anexo A al final del presente capítulo.

Hospitalización:

La unidad de medida más ampliamente extendida ha sido la estancia. Buena parte de las estrategias de optimización hospitalaria se han basado sobre el acortamiento de la estancia media y el aumento de la rotación. Ello ha llevado, por ejemplo, a la creación de unidades de corta

estancia y de hospitalización a domicilio cuyo propósito es disminuir las molestias, los riesgos y los costos asociados a una hospitalización prolongada y no necesaria.

Este tipo de enfoques tienen la ventaja de su simplicidad y suele estar al alcance de aquellos hospitales más rezagados en cuanto a tecnología de gestión; además, se han utilizado a menudo para el establecimiento del presupuesto de los hospitales públicos y para la recuperación de costos. Sin embargo, miden un producto intermedio (la estancia) y no final (el alta) y son poco sensibles a las variaciones en el consumo de recursos en función de la casuística atendida (*Case-Mix*). Debido a los inconvenientes señalados, dificultan los análisis de eficiencia y las comparaciones entre hospitales y servicios o de un mismo hospital o servicio a lo largo del tiempo).

Para obviar estas dificultades, se fueron desarrollando diversos sistemas de codificación de los diagnósticos al alta hospitalaria desde mediados de la década de 1970, con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS. En algunos ámbitos, ello ha originado metodologías para producir resúmenes estadísticos normalizados o conjuntos mínimos básicos de datos (CMBD) que incluyen, al menos, el diagnóstico principal, los diagnósticos secundarios y los procedimientos a los que el paciente fue sometido, debidamente clasificados. En ausencia de metodologías más evolucionadas, este tipo de instrumentos sigue siendo la aproximación más útil al producto final y, ajustando los costos, al cálculo de la eficiencia de un hospital y de cada uno de los servicios de hospitalización que lo forman.

Con posterioridad, se han ideado diversos procedimientos para relacionar diagnósticos entre sí y para relacionar complejidad de la patología con consumo de recursos y obtener los costos del tratamiento por servicio, por proceso y por paciente, asegurando el grado de homogeneidad suficiente como para que los resultados fuesen comparables entre hospitales, servicios y pacientes homólogos. Así, se desarrolló la contabilidad analítica; es decir, aquella que permite comparar costos homólogos y, por tanto, medir eficiencia a diferencia de la contabilidad presupuestaria.

Servicios centrales de diagnóstico y tratamiento:

- Bloque obstétrico: el parto suele ser el procedimiento más frecuente en la mayor parte de los hospitales y su atención global (información, trato, atención hotelera y control de la calidad científico-técnica de su atención), un indicador preferente del funcionamiento hospitalario;
- Bloque quirúrgico: analizar la dotación y rendimiento de los quirófanos es esencial para disminuir los tiempos muertos y, eventualmente, las listas de espera. Los estudios de los procedimientos quirúrgicos que se realizan con hospitalización han llevado, en algunos casos, a determinar que entre 15 y 30% de dichos procedimientos son susceptibles de cirugía ambulatoria, siempre que los criterios de selección de pacientes lo permitan;
- Laboratorios: para la realización de determinaciones hematológicas, bioquímicas en diferentes fluidos, microbiológicas y citológicas y, en ciertos casos, inmunológicas,

viroológicas, genéticas y otras. Área donde son fundamentales el nivel de automatización y el control de calidad de procesos y resultados;

Diagnóstico por imagen (radiología general, ecografía, mamografía, etc.) y radioterapia: en esta sección, se incluyen muchos de los recientes desarrollos de la alta tecnología (gammagrafía, TAC, hemodinamia diagnóstica, resonancia magnética, unidades de megavoltaje, etc.).

Atención ambulatoria (consultas externas, policlínicos, centros de especialidades, etc.):

Tiende a desarrollarse cada vez más debido al aumento de los procedimientos diagnósticos (por ejemplo, la endoscopia digestiva) o terapéuticos (por ejemplo, diálisis, radioterapia o cierta radiología vascular intervencionista) que, requiriendo la actuación de especialistas, pueden no necesitar hospitalización si la selección de pacientes es adecuada. Los problemas suelen venir por la inadecuación de la oferta a la demanda, alta frecuentación derivada de atender problemas que podrían resolverse en el nivel primario, y la tendencia a no referir el seguimiento a dicho nivel y a autogenerar consultas que muestran algunos de estos especialistas.

Servicios de urgencia hospitalarios:

Han actuado como puerta de acceso al hospital no sólo en situaciones de riesgo vital: cuanto mayor es la complejidad del hospital más estrecha es la correlación entre el número de consultas externas y el de urgencias, siendo éste un mecanismo clásico de autogeneración de demanda.

Para el propósito del análisis, probablemente no sea útil un mayor grado de detalle en el análisis de los procesos de producción secundarios de tipo clínico; muchas de las cuestiones relacionadas con la eficiencia en el empleo de recursos a nivel de red pueden enfocarse con las variables anteriormente presentadas: profundizar más exigiría entrar en el análisis del funcionamiento por servicios, lo que quizá exceda el propósito del mismo. No obstante y a título indicativo, se presenta la cartera de servicios clínicos de un hospital general de tamaño mediano (cuadro 7.7).

Cuadro 7.7
Cartera tentativa de servicios hospitalarios de segundo nivel

· Anatomía patológica	· Obstetricia y ginecología
· Cirugía general	· Oftalmología (puede ser consultor externo)
· Diagnóstico por imagen	· Otorrinolaringología (puede ser consultor externo)
· Farmacia	· Pediatría
· Hematología	· Rehabilitación
· Laboratorio de bioquímica y microbiología	· Traumatología
· Medicina interna	· Urgencias

En muchos países, existen indicadores específicos para cada uno de los servicios de la lista. En menos casos, estos indicadores se diferencian claramente entre aquellos que sirven para la planificación (normalmente expresados como requerimientos poblacionales mínimos para justificar la instalación de un servicio nuevo) y los que sirven para valorar el rendimiento de los servicios existentes. Lo relevante es saber si es así; quién y cómo los elabora; si son o no comparables entre servicios homólogos en un mismo país; y si sirven o no para tomar decisiones de planificación y gestión.

Algunos de los servicios mencionados pueden, dependiendo de su calidad y de las especiales características del área de influencia, actuar como servicios de referencia o de tercer nivel, si bien ello será más frecuente en hospitales de mayor tamaño y complejidad y para servicios o actividades (por ejemplo, cirugía cardiovascular, neurocirugía, nefrología, trasplantes de órganos, etc.) no incluidas en la lista anterior.

Servicios gerenciales y administrativos

Para el análisis de los servicios o funciones gerenciales y administrativas, puede ser útil una aproximación como la que se sugiere en el cuadro 7.8.

Cuadro 7.8
Servicios gerenciales o administrativos

<ul style="list-style-type: none">· Área de gobierno y gerencia· División médica· División de enfermería· División económico-administrativa· Área de admisión, archivo y documentación clínica· Área de atención al paciente

Área de gobierno y gerencia:

Lo relevante es saber si los hospitales cuentan con órganos de gobierno colegiados; si dichos órganos garantizan la representación de los propietarios o titulares, la comunidad a la que sirve y los profesionales que en él trabajan; cuáles son sus funciones; si los hospitales cuentan con gerente cuyo nombramiento corresponde a la propiedad; si el gerente cuenta con un equipo de gestión adecuado; si cada hospital elabora anualmente un plan de gestión para ser presentado al órgano de gobierno; si la gerencia fomenta la participación activa de los profesionales y cuenta con su asesoramiento técnico mediante órganos colegiados y comisiones; si cada hospital dispone de un organigrama conocido y de normas y procedimientos de relación horizontal y vertical en forma de reglamento de régimen interior, y si los equipos de gestión dispone de un manual de gestión o un cuadro de mando, con datos de recursos empleados, indicadores de actividad y evaluación de la calidad en tiempo real.

Departamento o división médica:

Ésta es la unidad responsable de garantizar una adecuada provisión de los cuidados médicos en el hospital. A nivel general, lo relevante es saber si existe y quién está al frente de ella.

Además, puede ser muy útil saber si, dependiendo del tamaño y complejidad de los hospitales, tienen estructura propia y diferenciada en el organigrama; si su director forma parte del equipo de gestión; si cuenta con algún equipo de apoyo; si ha establecido objetivos y normas de funcionamiento y relación con las otras divisiones y servicios del hospital; si dispone de información en tiempo real sobre variaciones de personal, cumplimiento de objetivos, actividades asistenciales, docentes e investigadoras e incidencias; si la plantilla o cuadro médico es suficiente y está organizada para garantizar un adecuado nivel de cobertura médica las veinticuatro horas; si los diferentes departamentos, servicios o unidades clínicas están adecuadamente programados y dirigidos; si existen protocolos para los principales procesos diagnósticos y terapéuticos y su grado de cumplimiento; si existen programas de formación orientados al personal médico de nueva incorporación y al seguimiento y evaluación de los cuidados prestados; si se desarrollan actividades específicas de control de calidad.

Departamento o división de enfermería:

Es la unidad que gestiona el contingente más numeroso del hospital y sobre el que recae lo fundamental de la continuidad de los cuidados. A nivel general, lo relevante es saber si los hospitales cuentan o no con un departamento o división de enfermería con estructura propia y director(a).

Además, puede ser muy útil saber si su director(a) forma parte del equipo de gestión; si cuenta con personal de apoyo y mandos intermedios suficientes; si designa al personal de enfermería que forma parte de los distintos comités, comisiones u órganos colegiados; si dispone de información en tiempo real sobre variaciones de personal, cumplimiento de objetivos, actividades asistenciales, docentes e investigadoras, incidencias y reclamaciones de los usuarios; si los hospitales cuentan con suficiente personal titulado y auxiliar para garantizar la cobertura durante las veinticuatro horas en toda época del año; si hay procedimientos conocidos por el personal de enfermería sobre aspectos básicos (seguridad de pacientes, personal e instalaciones; criterios de actuación en caso de catástrofe, manejo de medicamentos, hemoderivados, material sanitario y otros); si existen protocolos generales y particulares para las diferentes áreas funcionales; si hay un plan general de cuidados de enfermería; si existen programas de formación y adiestramiento del personal titulado y auxiliar de enfermería y si la enfermería desarrolla actividades específicas de control de la calidad.

Departamento o división económico-administrativa:

Para esta unidad, lo relevante es saber si existe con estructura propia y si a su frente existe un(a) director(a) cuya titulación deba ajustarse a la legislación vigente en cada caso.

Además, puede ser útil saber si su director(a) forma parte del equipo de gestión; si cuenta con personal de apoyo y mandos intermedios; si, dependiendo de la complejidad del centro, la división se organiza en áreas de actividad (por ejemplo, económica, presupuestaria y financiera; personal; suministros; hotelería; seguridad y mantenimiento); si forma parte de comités y órganos colegiados de del hospital; si dispone de un sistema de información en tiempo real que le permite conocer la situación de dicha división; si se cuenta con suficiente personal no sanitario, administrativo y de oficios en todo momento y en cualquier época del año; si hay procedimientos que regulan el funcionamiento de las diferentes áreas; si el nivel de informatización es suficiente; si es responsable de confeccionar el Presupuesto Anual del Hospital; si existen programas de contabilidad presupuestaria, financiera y analítica; si se hacen cierres periódicos y balance al final del ejercicio; si efectúa la gestión administrativa de las diversas situaciones de todo el personal y la gestión completa del personal no sanitario; si, de acuerdo con la Gerencia, se ha establecido una política de compras, gestión de almacenes y control de consumos; si existe un catálogo de productos de consumo habitual elaborado con las divisiones médica y de enfermería; si se hace control de stocks, especialmente de los productos sujetos a caducidad o deterioro y si desarrolla actividades de formación continuada para el personal que de ella depende.

Área de admisión, archivo y documentación clínica:

Lo relevante es saber si, con carácter general, todos los hospitales cuentan con un área funcional que, independientemente de su rango, asume las tareas de admisión centralizada, gestión del archivo de historias clínicas y demás asuntos relativos a la documentación sanitaria a cuyo frente hay un(a) responsable a tiempo completo.

Además, puede ser útil saber si al frente de dicha unidad hay un(a) médico(a) del hospital con suficiente experiencia; si se dispone de criterios escritos que reflejen las relaciones con las otras áreas y divisiones del centro, particularmente las áreas clínicas; si funciona las veinticuatro horas; si cuenta con suficiente personal calificado y de apoyo; si el Archivo Central de Historias Clínicas tiene responsable específico calificado; si el hospital cuenta con un modelo de historia clínica y cada historia integra toda la información sobre un paciente con independencia de dónde haya sido atendido; si Admisión y Archivo se encuentran ubicados en lugares que permiten funcionalidad adecuada; si el hospital cuenta con normas y procedimientos establecidos y conocidos que especifiquen el ámbito de actuación de la unidad de Admisión y del Archivo; si dispone de procedimientos para revisar la fiabilidad de la información; si dispone de nivel informático adecuado y si los archivos están mecanizados.

Servicios de atención al paciente:

Normalmente, se crean para prestar la cobertura de servicios sociales, facilitar información y atender quejas, sugerencias y reclamaciones de los pacientes o sus familiares. Donde existen, sus características varían mucho de unos hospitales a otros. Lo relevante es saber si existen.

Además, puede ser relevante saber si cuentan con responsable a tiempo completo; si éste(a) dispone de personal de apoyo; si el Servicio tiene objetivos especificados por la Gerencia; cómo se relaciona con los departamentos, servicios y unidades del Centro y con los otros centros sanitarios de distinto nivel del área de influencia; si existe registro de su actividad; si informa periódicamente a la Gerencia sobre los motivos más frecuentes de reclamación y queja y si dispone de los medios materiales (por ejemplo espacio, informatización y otros) y humanos suficientes (en cantidad y calidad) para desempeñar su tarea las veinticuatro horas en las condiciones de intimidad y confidencialidad requeridas.

Servicios hoteleros

Bajo esta denominación, suelen agruparse todos los servicios y unidades no clínicos y no gerenciales ni administrativos del hospital. En conjunto, son muy relevantes para el conjunto de la actividad hospitalaria y su funcionamiento influye grandemente en la opinión de los usuarios y sus familiares. A continuación, se listan algunos de los servicios más comunes (cuadro 7.9).

Cuadro 7.9
Lista tentativa de servicios hoteleros

·	Alimentación y dietética
·	Mantenimiento
·	Hotelería:
	- Lavandería
	- Limpieza
	- Comunicaciones
	- Mortuorio
	- Otros

Algunos pueden situarse a medio camino entre la actividad clínica y la hotelera (por ejemplo, los servicios de alimentación y dietética) y, en casi todos los casos, existe la opción de prestarlos con medios propios o ajenos al hospital.

Servicios de alimentación y dietoterapia:

Lo fundamental es saber si existen y si tienen profesional calificado al frente (médico(a), enfermero(a), dietista, bromatólogo(a) o técnico(a) en alimentación. Si no existe esta figura, una persona de igual calificación debe supervisar con carácter continuo los servicios de alimentación.

Además, puede ser útil saber si cuentan con personal suficiente para asegurar un correcto funcionamiento de la cadena de preparación y distribución de alimentos todos los días del año, si ese personal está debidamente entrenado (higiene personal y control de infección, manipulación de alimentos, composición de dietas generales y especiales, limpieza y saneamiento de equipos e instalaciones), si se supervisa la adecuación del servicio (aporte nutricional, porcentaje de restos, errores de distribución, aceptación de los pacientes, reclamaciones, etc.), si existen normas y procedimientos escritos para cada una de las fases de la cadena alimentaria, si existen dietas protocolizadas y si, en general, los hospitales disponen de las instalaciones, las circulaciones y el equipo adecuados.

Servicios de mantenimiento:

Lo fundamental es saber si existen, si el responsable tiene la calificación suficiente y si hay un plan de mantenimiento integral (preventivo y reparador) en cada hospital.

Además, puede ser útil saber cómo están organizados dichos servicios (por ejemplo, secciones de obras, edificios e instalaciones, electromedicina y seguridad interna y externa), si disponen de manuales de procedimiento conocidos y debidamente actualizados, si los mecanismos de relación entre el personal propio y el ajeno al centro son los adecuados, si disponen de los insumos necesarios, si existen indicadores periódicos del trabajo general y

específico realizado ("Libros de mantenimiento para instalaciones y equipo") y si el personal es entrenado adecuadamente.

Servicios de hotelería propiamente dichos:

Suele ser un área que la Dirección Económico-Administrativa gestiona directamente pues de ella dependen buena parte del confort y la seguridad de los pacientes, los trabajadores y los visitantes. Cada hospital y la red en su conjunto suelen tener detectados sus puntos críticos en esta materia, que suelen situarse en una serie de campos clásicos.

Cuadro 7.10
Algunos temas críticos en hotelería hospitalaria

· Aseos públicos	· Mortuorio
· Cafetería(s)	· Régimen de visitas
· Climatización	· Residuos
· Elevadores y vías de evacuación	· Ruidos (humanos y mecánicos)
· Estacionamiento y accesos	· Seguridad
· Habitaciones	· Señalización externa e interna
· Lavandería	· Telefonía
· Lencería y mobiliario	· Zonas de espera o estar
· Otros	

Lo relevante es saber si los hospitales disponen de un responsable específico para todos o parte de estos campos, el grado de cumplimiento de las normas que existen en algunos países (por ejemplo, sobre elevadores o manejo de residuos) y el porcentaje total y por campos de las quejas, sugerencias y reclamaciones referidas a este área.

Por otro lado, algunas de las cuestiones referidas a las condiciones concretas de hospitalización se tratan en la sección sobre calidad.