

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

TESIS FINAL

Previa la obtención del grado de

MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

**“DISEÑO DE UN ÁREA DE INTERNACIÓN PROGRAMADA
DE PACIENTES CON ESTADA NO MAYOR A 12 HORAS.
PROPUESTA PARA EL HOSPITAL GENERAL LUIS
VERNAZA”**

Tutor:

Ing. José Luna Jijón

Elaborado por:

Dra. María Vanegas Moreno

Ing. Edwin PARRALES FLORES

Guayaquil, 13 de Octubre de 2011

AGRADECIMIENTO

A Dios, al Ing. José Luna y la Ec. María del Carmen Lapo por su invaluable ayuda; y a cada una de las persona que hicieron posible la realización de esta tesis.

DEDICATORIA

A NUESTRAS FAMILIAS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	2
Objetivo general	2
Objetivos específicos	2
Capítulo 1: Servicios del Hospital de Día	3
1.1 Reseña histórica mundial	3
1.2 Definición y características	8
1.3 Clasificaciones	10
1.4 Características	11
1.5 Marco legal	14
Capítulo 2: Hospital del Día en el Ecuador	19
2.1 Descripción de los hospitales que ofertan el servicio	19
2.2 Marco legal	24
2.3 Característica de los clientes	30
2.4 Modelo de atención	31
Capítulo 3: Hospital Luis Vernaza	33
3.1 Descripción de los servicios del hospital	33
3.2 Estructura organizacional	37
3.3 Plan Estratégico 2005	41
3.4 Modelo de atención	45
Capítulo 4: Diagnóstico de los tratamientos clínicos y quirúrgicos	47
4.1 Análisis de la Demanda del Servicio de Internación	47
4.2 Análisis de la oferta	59
4.3 Investigación	63
4.4 Metodología	66
4.5 Resultados obtenidos de la investigación	68
4.6 Conclusiones de la investigación	69
Capítulo 5: Propuesta de modelo de internación	71
5.1 Modelo de internación	71
5.2 Diseño arquitectónico	91
5.3 Requerimiento de personal	92
5.4 Equipamiento	94
5.5 Estructura organizacional	97
5.6 Costo – Beneficio de la implementación	100
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	108
BIBLIOGRAFIA	110
GLOSARIO	112
ANEXOS	113

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo trata sobre el “Diseño de un área de internación programada de pacientes con estada no mayor a 12 horas. Propuesta para el Hospital General Luis Vernaza”, en la ciudad de Guayaquil – Ecuador. Para el cumplimiento de los objetivos establecidos en la tesis, primero se elaboró un diagnóstico de la situación actual de los hospitales de día en varios países del mundo, definiendo el modelo de atención y un diagnóstico del marco legal de algunos países latinoamericanos y europeos. De igual manera se realizó un diagnóstico de los hospitales del día en el Ecuador y un análisis del marco legal en el país.

Como parte del diagnóstico del Hospital General Luis Vernaza, se levantó información de la Misión, Visión, Valores, Objetivos Estratégicos, Mapa Estratégico y Estrategias que fueron determinados en el año 2005 y en donde se identificó la necesidad de contar con un servicio para atender los procedimientos de corta estadía. También se describe los procesos principales para la atención de pacientes, la cartera de servicio y la cantidad de recursos humanos.

Se establecieron los tratamientos clínicos ambulatorios y control post-cirugía ambulatoria que se realizarán en el área de hospitalización. Realizando un análisis de las áreas del hospital, se estableció un modelo del área para la atención de pacientes, el requerimiento de personal, equipamiento y estructura organizacional.

Por último se desarrolló el Análisis Costo – Beneficio con el objetivo de demostrar que la propuesta de tesis es rentable y aconsejable para su implementación.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Diseñar una propuesta para crear un área de internación programada de pacientes clínicos y quirúrgicos con estada no mayor a 12 horas en el Hospital Luis Vernaza, en la ciudad de Guayaquil, Ecuador.

Objetivos específicos

- Establecer los tratamientos clínicos ambulatorios y control post-cirugía ambulatoria que se realizarán en el área de hospitalización ambulatoria.
- Determinar la demanda de atención del nuevo servicio.
- Establecer un modelo del área de internación programada de pacientes con una estada no mayor a 12 horas.
- Determinar los costos de implementación del área de atención.

Capítulo 1: Servicios del Hospital de Día

1.1 Reseña histórica mundial

Ciertos historiadores afirman que ya en el año 4000 a.C. los templos de los antiguos dioses fueron utilizados como casa de refugio para los enfermos e inválidos, y como escuelas de aprendizaje para los médicos. Más tarde, los templos de Esculapio¹ (Asclepio), el dios griego de la medicina, fueron utilizados con el mismo propósito. Los documentos históricos también demuestran que ya en la India en el siglo III a.C. bajo el dominio budista existían hospitales. Su número creció en los primeros siglos de la era cristiana. En el siglo IV d.C. se fundaron hospitales en Cesárea y en Roma.

Bajo la dirección de la iglesia Católica Romana se fundaron hospitales en otros lugares, como el Hotel Dieu en París, que se inició bajo la dirección de St. Landry, obispo de París desde el año 650 hasta alrededor del 656. Durante las cruzadas, la misión principal de las órdenes religiosas era cuidar de los enfermos y estas órdenes construyeron un gran número de hospitales, especialmente en la zona del Mediterráneo. La más famosa fue la orden de los Caballeros de San Juan de Jerusalén². Durante toda la edad media, el renacimiento, e incluso después, los hospitales fueron dirigidos casi en su totalidad por comunidades religiosas. Durante el siglo XVIII, se crearon los primeros hospitales municipales dirigidos por autoridades civiles, en especial en Inglaterra. En muchas partes ciertos pequeños hospitales privados fueron regentados por religiosos y por médicos particulares, pero hasta muy tarde no se fundó el primer hospital público.

A partir de la mitad del siglo XIX, el número de hospitales creció mucho, debido sobre todo al descubrimiento de la anestesia y de las técnicas quirúrgicas asépticas. Durante el siglo XX la demanda de hospitales aumentó a la par que el progreso. Durante el siglo XX el cuidado de

¹ Esculapio.- antiguo símbolo asociado con la astrología, el dios griego Asclepio y la curación de enfermos mediante medicina

² Los principios fundacionales de los Caballeros de San Juan se sintetizan en el lema Tuitio Fidei et Obsequium Pauperum (Sirve a los pobres y ayuda a los fieles), y se concretan en las actividades de sus voluntarios en tareas asistenciales, sanitarias y sociales

pacientes crónicos e inválidos incurables fue llevado a cabo en su mayor parte en hogares de acogida. Los hospitales se centran en la atención de pacientes con enfermedades y lesiones agudas y en servicios ambulatorios. Un hospital general moderno, incluso de tamaño mediano, es una institución compleja.

La evolución histórica de la cirugía muestra que la necesidad de ingresar en un hospital nace de la creciente complejidad de las intervenciones quirúrgicas con todo lo que conlleva, no solo en el aspecto puramente técnico sino también anestésico, condiciones de asepsia, controles pre y postoperatorios rigurosos. La Cirugía Mayor Ambulatoria nace de la reflexión de que en las intervenciones que no sean de alta complejidad y que no tengan estas connotaciones que condicionen un ingreso hospitalario, este ingreso no sería necesario y por tanto podría evitarse.

Como indicios precursores del comienzo de la Cirugía Mayor Ambulatoria se encuentran determinados avances concretos de tipo anestésico, como es el descubrimiento de la cocaína como anestésico local, de la anestesia troncular y de la anestesia raquídea. Sin embargo, los orígenes de la Cirugía Mayor Ambulatoria hay que buscarlos a principios del siglo XX, en el año 1909 en el que James H. Nicoll, del Glasgow Royal Hospital For Sick Children, publicó en el British Medical Journal un artículo titulado "The Surgery of Infancy"³, donde presentaba 8.988 casos de intervenciones realizadas en niños que no eran ingresados, sino que en la mayoría de los casos pasaban el postoperatorio en su domicilio, pero la publicación del estudio tuvo un mínimo impacto sobre la práctica quirúrgica en esa época.

Posteriormente en 1919, el anesthesiólogo R.M. Waters en Iowa (Estados Unidos), abrió un Centro, sin ninguna vinculación hospitalaria, en el que trataba casos de cirugía menor y de estomatología. Este centro fue el pionero de las posteriores y modernas Unidades Independientes de Cirugía Mayor Ambulatoria que se conocen con el nombre de Unidades tipo "freestanding". Mas tarde G. Hertzfeld publicó en el libro "The radical cure

³ The Surgery of Infancy – Cirugía de la infancia

of hernia in infants and young children”⁴ una experiencia con más de 1.000 niños a los que se les realizó una herniorrafia con anestesia general, con excelentes resultados. Según Juan Carlos Stagnaro⁵, el hospital del día surgió de la Psiquiatría, se fue enriqueciendo con conceptos provenientes de las Ciencias Sociales y el psicoanálisis. (Delgado, 2004)

El Hospital del Día va a surgir en la U.R.S.S., en 1932, en Moscu, por iniciativa de Zahagarov, como respuesta tanto a la necesidad de ahorrar costos en materia de salud como a nuevas corrientes en el campo psiquiátrico. Contemporáneas a esta experiencia son las de Boyle en Chichester, Inglaterra y de Woodall en Boston, Estados Unidos. Pero no es, sino después de la Segunda Guerra Mundial, en 1946, cuando Cameron en Montreal y Bierer en Londres, dan inicio sistemático a esta “fórmula experimental de hospitalización para los enfermos mentales”. Su desarrollo fue lento, salvo en el marco del Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña, hasta que, en la década de 1960, la mayoría de los países industrializados reemplaza el Hospital Psiquiátrico por un nuevo Modelo de Atención en Psiquiatría: la Psiquiatría en la Comunidad. (Olivos; Gomberoff, 1985, cap. 14)

En este nuevo contexto, y contando con condiciones sociales y técnicas que facilitaron su desarrollo, los Hospitales de Día se extendieron ampliamente en estos países. Se mencionan entre los factores que explican la consolidación de este tipo de dispositivos dentro de las redes de servicios el que utilicen óptimamente el tiempo terapéutico, con economía de recursos de inversión y operación, evitando el desarraigo y la segregación de los pacientes, haciendo explícito el compromiso de estos con su tratamiento y permitiendo poner en práctica intervenciones terapéuticas psicológicas, sociales y familiares, apuntando a objetivos específicamente definidos y muchas veces claramente mensurables. (Sepúlveda, 2001, pág. 7)

El movimiento cultural de las décadas del 50 y 60, con el desarrollo de la psicología social y la corriente anti-psiquiátrica y la desmanicomialización,

⁴ The radical cure of hernia in infants and young children - La cura radical de la hernia en lactantes y niños pequeños

⁵ Juan Carlos Stagnaro - Doctor en Medicina de la Universidad de Buenos Aires

expande el surgimiento de los Hospitales de Día, fundamentalmente en EE.UU. y Gran Bretaña. En África (Túnez), en 1958, Franz Fannon⁶ crea un Hospital de Día asociado al desarrollo de la técnica activa en psicoanálisis desplegada por Sandor Ferenczi. (Delgado, 2004)

Se crean, en América Latina, los primeros en Porto Alegre (1962) y en La Habana (1965). En la República Argentina, en la década del 60, empiezan a implementarse experiencias que incluían terapias grupales además de reuniones con familiares y actividades donde los pacientes permanecían en un servicio ambulatorio.

Es García Badaraco quién, en 1967, crea en Argentina el primer Hospital de Día mixto para pacientes psiquiátricos con el fin de proporcionar tratamiento ambulatorio a los pacientes que iban dejando el internamiento (Avances en Salud Mental Relacional / Advances in relational mental health Vol.4, núm. 2 - Julio 2005 Órgano Oficial de expresión de la Fundación OMIE Revista Internacional On-line / An International On-line Journal), en el Hospital Borda. (Delgado, 2004)

En 1970, se crean el del Tobar García y el del Centro de Salud Mental N° 1. En 1972, en el Hospital Moyano y en el Italiano. Posteriormente, en los años 80, surgen en el Hospital Alvear y en el Álvarez. Se crea una importante red de hospitales de día municipales y se comienzan a realizar jornadas específicas. Debemos destacar, en este punto, a Rodolfo Luorno como un gran impulsor de este movimiento. En la actualidad, es Willy Apollon en Canadá quién intenta una experiencia inédita, denominada “el 388”, fundamentando el dispositivo y su eficacia en el abordaje de las psicosis a partir de la Orientación Lacaniana⁷. (Delgado, 2004)

Según Juan Carlos Stagnaro (Stagnaro, J.C.: "El Hospital del Día: Historia y Conceptualización". en Fundamentos de la práctica en Hospital de Día. Jornada Hospital Borda, Bs. As., 1990.), el Hospital del Día, conserva su perfil específico de acuerdo a “un consenso bibliográfico” en la combinación de: (Delgado, 2004)

⁶ Frantz Fanon (julio 20, 1925-diciembre 6, 1961) fue un francés psiquiatra, filósofo, revolucionario y escritor cuya obra es influyente en los ámbitos de los estudios post coloniales

⁷ Orientación Lacaniana.- instrumento clínico de psicoanálisis en el ámbito emocional abierto a todas las capas de lo social

1. La alternancia de idas y venidas del consultante
2. La evitación de la desinserción social y la depositación propias de la hospitalización completa
3. La desaparición de los “tiempos muertos” en beneficio de los “tiempos terapéuticos”
4. Una posición activa del consultante, que debe renovar cada día su adhesión al contrato
5. Un proyecto terapéutico adaptado a cada sujeto que se va ajustando contractualmente, entre paciente y equipo, a lo largo del tratamiento
6. La coexistencia temporal de todos los miembros del equipo y de todos los pacientes
7. La inclusión activa y permanente de las familias
8. La localización urbana

La concepción del hospital en el conjunto de la asistencia ha cambiado de forma apreciable a lo largo de los últimos 10-20 años, haciéndose cada vez menos rígido. La introducción de nuevas formas de proveer la atención sanitaria, la incorporación de nuevos elementos de gestión y la valoración de la calidad ofrecida están favoreciendo claramente este cambio. El hospital ha de tener una estructura dinámica que sepa adaptarse a su entorno, facilitando una atención integral dentro del continuo de los cuidados que requiere cada paciente, y al tiempo, ha de evitar desarraigar de su medio habitual a las personas que tiene que atender. Estos cambios están teniendo lugar en un marco similar en todo el mundo occidental, con énfasis en la optimización de los recursos que los Estados dedican a la atención sanitaria.

En este contexto aparecen los denominados hospitales del día, inicialmente como unidades asistenciales dedicadas a la administración de cuidados prolongados y específicos, en los que se llevan a cabo tratamientos especializados que no podían ser asumidos por la atención primaria. Esta estructura nueva ha demostrado sus beneficios clínicos y su rentabilidad social, mejorando la calidad de vida del paciente y disminuyendo los costos económicos propios de la estancia hospitalaria tradicional. El manejar de forma ambulante algunos procesos que clásicamente han requerido ingreso hospitalario se asocia a:

- Mejoría de la calidad de vida de los pacientes en fase avanzada
- Disminución de la presión asistencial de hospitalización
- Disminución del gasto global de la atención hospitalaria
- Minimización del aislamiento social y familiar asociado a la hospitalización
- Compatibilización en ocasiones con las actividades laborales del paciente

La utilización de este dispositivo en el campo de la salud es sugerida por la OMS (Ginebra, Suiza) desde hace más de 10 años. En la Ciudad de Buenos Aires existe la Ley de Salud Mental (Ley N°: 488), que promueve el acotamiento de los macro nosocomios psiquiátricos apoyándose en casas de medio camino y en los hospitales de día de la red del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El objetivo esencial del hospital de día es ofrecer una asistencia sanitaria especializada y técnicamente cualificada, en régimen ambulatorio, evitando la estancia hospitalaria en régimen de internado. La reducción de costos es otro de los objetivos, tanto en el orden sanitario como en el orden de las consecuencias que padecen los familiares de los pacientes hospitalizados. Actualmente, en los países llamados desarrollados la internación parcial es utilizada como estrategia terapéutica en gran parte del campo de la Salud.

1.2 Definición y características

Se entiende como “Hospitalización del Día” la asistencia en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en hospital. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, pág. 14)

Los Centros y Hospitales del Día suponen un paso intermedio entre la hospitalización y el tratamiento ambulatorio. Entre sus ventajas destacan la no separación del paciente de su entorno habitual, la posibilidad de llevar a

cabo con cada paciente actividades de información, prevención y sensibilización más difíciles de realizar en los servicios hospitalarios convencionales, cursos de formación del personal, grupos sociales y familias, atención más permanente y posibilidad de tratar de manera intensiva a un número mayor de pacientes.

Los hospitales del día también nos permiten la puesta en marcha de una gran variedad de recursos humanos y aplicación de técnicas terapéuticas adaptadas a las necesidades del paciente y que implica, al mismo tiempo, a la familia, la sociedad y la aplicación del principio rector de la no-separación del paciente de su medio natural. (Díaz⁸, 2009, pág. 5)

Existe diferencia entre las unidades de hospitalización del día y los puestos de hospitalización del día que, integrados en otras unidades (ver Tabla 1.1.), apoyan la actividad que desarrollan las mismas, aunque carecen de entidad organizativa (responsable único o recursos específicos).

Se entiende como Unidad de Hospitalización de Día aquella cuya actividad principal es la prestación de cuidados a pacientes atendidos mediante esta modalidad asistencial, cuando disponen de recursos específicos para dicha actividad y tienen un único responsable de su gestión.

Por el contrario, no se considera Unidad de Hospitalización de Día, el puesto o puestos de Hospital de Día integrado/s (en otra unidad asistencial), que tiene un carácter auxiliar o de soporte para la prestación de atención a un proceso más amplio que incluye en ocasiones otras modalidades asistenciales.

⁸ Joaquín Díaz Atienza – Doctor del Centro de Salud Mental de Almería en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil (España, Almería)

1.3 Clasificaciones

En general se puede señalar que el tradicional “Hospital de Día Médico-Quirúrgico”, que concentra toda la actividad de Hospitalización de Día del hospital general de agudos, ha ido dando paso a una configuración más diversa derivada de la tendencia a especializarse en determinado tipo de pacientes. Se ha propuesto agrupar las estructuras de Hospitalización de Día de conformidad con su autonomía estructural y funcional en Unidades de HdD y Puestos de HdD integrados en otras unidades; y según los procedimientos incluidos en cartera de servicios y el tipo de pacientes a los que estos se administren en Polivalentes y Especializadas. En la Tabla 1.1 se clasifican las estructuras analizadas en función de estos criterios. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, pág. 15)

Tabla 1.1

Tipología de los “Hospitales de Día”.

	Polivalentes	Especializados
Unidades de HdD	Unidades de HdD Unidad de Hospital de Día Médico-Quirúrgico.	Unidad de Hospital de Día Onco-Hematológico.
	Unidad de Hospital de Día Médico.	Hospital de Día para pacientes con infección VIH/SIDA.
Puestos de HdD integrados en otras unidades	Puestos de Hospital de Día Vinculados a Unidades de Pluripatológicos, Paliativos, Dependientes.	Hospital de Día Quirúrgico (Readaptación al Medio de la CMA).
		Hospitales de Día asociados a gabinetes de diagnóstico y tratamiento (Endoscopias, Hemodinámica, Polisomnografía, Radiología Vascular Intervencionista)

Fuente: Libro - Unidad de Hospital de Día

1.4 Características

El tradicional “Hospital de Día Médico-Quirúrgico” o Polivalente, ha dado paso a las tendencias de especializarse en determinado tipo de pacientes, como son las correspondientes a Onco-Hematología o las correspondientes a los pacientes con VIH-SIDA. (Ferrer, 2002, pág. 36)

1.4.1 Unidad de Hospitalización de Día Polivalente

Se incluyen en esta categoría aquellas unidades que tienen entidad dentro de la estructura organizativa del centro sanitario, que cuentan por tanto con un responsable, que están dedicadas a realizar procedimientos generales. Estas unidades se consideran autónomas en la medida que su actividad principal es la prestación de cuidados a pacientes procedentes de otras unidades de responsabilidad en el centro y son, desde el punto de vista de la contabilidad analítica, unidades intermedias que desarrollan su actividad para los servicios que les derivan a pacientes, que proceden, en la mayor parte de los casos, de su domicilio, aunque en algunos casos, son atendidas en ellas, pacientes procedentes de otras unidades del propio centro.

En la medida en que Unidades como las denominadas de (Pacientes) Pluripatológicos o los gabinetes de exploración (Endoscopias o Hemodinámica, por ejemplo) incluyan puestos de HdD, disminuye la necesidad de puestos en las Unidades de Hospital de Día Médico Polivalentes. Existe por tanto, una relación de sustitución entre los puestos de HdD integrados en otras unidades y los puestos incluidos en las UHdD Médico Polivalentes. En general, si la dimensión de la hospitalización lo posibilita, se recomienda:

1. Definir un área específica de HdD vinculada a la cirugía mayor ambulatoria, diferenciándola de UHdeD Medica Polivalente (Palanca I., Elola J (Dir.). Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.)
2. Definir un área específica de HdD (zona de recuperación) vinculada a los gabinetes de Endoscopias, Hemodinámica, etc., que deberá ser atendido por el personal de enfermería entrenado en los

procedimientos especiales que se llevan a cabo en este tipo de recursos y que, generalmente, atienden al paciente durante el procedimiento y su recuperación.

En la Tabla 1.2 se recogen aspectos que caracterizan las UHdD Polivalentes, frente a los puestos de HdD integrados en gabinetes, en base a los cuales se justifica la segunda recomendación.

Tabla 1.2
Características de las UHdD Médico polivalentes
y puestos de HdD integrados

	UHdD medico Polivalente	Puestos de HdD integrados en gabinetes (Endoscopias, Hemodinámicas, CMA)
Citación	La asistencia puede ser sin cita previa	Cita previa
Procedimientos Clínicos	Pueden no ser conocidos hasta el momento de la asistencia	Predeterminados
Tiempo de asistencia en la Unidad	No conocidos para muchos pacientes	Conocidos por la mayoría de los pacientes
Número de asistencias por episodios de tratamientos	En repetidas ocasiones, varias durante un largo periodo de tiempo	Generalmente una

Fuente: Libro - Unidad de Hospital de Día

1.4.2 Unidad de Hospitalización de Día Especializadas

Se incluyen en esta categoría aquellas Unidades en las que se atiende a un determinado conjunto de procesos como por ejemplo: los onco-hematológicos, o en los que se atienden a pacientes con infección VIH/SIDA (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998, pág. 2). Aunque existen características comunes, estructurales y funcionales, de garantías y seguridad del paciente, entre las UHdD Médicas Polivalentes y las

Unidades de Hospital de Día Onco-Hematológico, existen notables diferencias en relación con su organización y gestión. Para diferenciar la UHdD Médica Polivalente del HdD Onco-Hematológico se sustenta en base a las siguientes consideraciones:

- El paciente oncológico representa en la actualidad aproximadamente el 80% de la carga asistencial de las UHdD médicos polivalentes.
- Se trata de un paciente que requiere un perfil de cuidados, así como de relaciones afectivas y de entorno con el personal clínico y sus propios cuidadores, muy definido.
- La gestión de pacientes en el HdD O-H se realiza sobre bases, en general, programadas, mientras que es frecuente que el HdD Médico Polivalente atienda demanda no programada. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, pág. 44)

Los Hospitales de Día Onco-Hematológicos constituyen estructuras asistenciales complejas, cuyo alcance sobrepasa con mucho la mera administración de quimioterapia intravenosa en régimen ambulatorio. La organización de sus actividades, que incluyen, además, extracciones de sangre, mantenimiento de catéteres, realización de curas y otros actos asistenciales tales como toracentesis, paracentesis y punciones lumbares, viene determinada tanto por las especiales características de los pacientes atendidos en estas unidades como por los condicionantes clínicos y logísticos impuestos por el proceso de indicación y administración de los tratamientos y realización de los procedimientos terapéuticos. (Hospital Donostia, 2011, pág. 6)

Se trata de un esquema de organización que responde, al modelo general de los hospitales de día, pero que presenta aspectos específicos, cuya configuración reviste especial interés, como ejemplo la adaptación de las formas de trabajo a las necesidades de los pacientes (simplificando al máximo el proceso, de forma que el episodio resulte lo menos molesto posible) en aras de hacer compatible una atención eficaz y un mayor aprovechamiento de los recursos disponibles.

Existen, en función del volumen de actividad, organización y gestión de los hospitales diversas aproximaciones a la dotación de UHdD Polivalentes o Especializadas. En general, si la dimensión de la hospitalización de día lo posibilita, se recomienda; contemplar la desagregación de una UHdD para pacientes con infección VIH/SIDA (o para pacientes infecciosos, en general) en aquellos centros que manejan clínicamente un alto volumen de estos pacientes. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, pág. 44)

Sin embargo, la disminución de la prevalencia de la enfermedad, la buena respuesta al tratamiento y la calidad de vida de estos pacientes con las actuales pautas terapéuticas hacen, en la actualidad, poco recomendable esta opción para la mayoría de los hospitales generales de agudos. Por otra parte, existen condicionantes estructurales, incluyendo entre ellos de manera destacada la forma de organización y gestión que el hospital adopte y, en especial, la de sus recursos humanos.

1.5 Marco legal

En todos los países hay algún sistema de fiscalización externa y oficial del funcionamiento de los hospitales, lo mismo que se fiscaliza su construcción y funcionamiento. Pero el rigor de fiscalización varía según la política administrativa del gobierno y del sistema sanitario del país.

En los Estados Unidos de América hay leyes, en sus 50 estados, en las que se especifica normas de funcionamiento de hospitales; esas normas abarcan todos los puntos de un hospital, como personal médico-técnico, laboratorio clínico, hospitalización, área de imágenes, entre otros.

En realidad, pocos gobiernos han promulgado disposiciones obligatorias, por ser difícil fijar normas. Como la arquitectura de hospitales tiene un estilo internacional, muchos gobiernos recomiendan los documentos publicados por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, por el Ministerio de Sanidad de la Gran Bretaña (Hospital Building Notes), por el Centro Técnico de Equipo Sanatorio y Social de Francia, por el Bouwcentrum de Rotterdam, por el Instituto de Planificación de hospitales de Dusseldorf y por el Guprozdrav de Moscú.

El nivel general de las normas de construcción de los hospitales va elevándose en todos los países considerando las necesidades personales de los pacientes así como las exigencias de la medicina moderna. También se considera cada vez más a los servicios para pacientes externos, ya que los hospitales evolucionan hacia la gama completa de servicios sanitarios preventivos y de ambulatorio, además de la asistencia de los pacientes hospitalizados.

En los Estados Unidos, el Instituto Americano de Arquitectos (AIA), con la asistencia del Departamento de Salud y Recursos Humanos de EE. UU., desarrolla desde 1947 unas guías para el diseño y construcción de instalaciones sanitarias, en las que se hace referencia a las Unidades de Hospitales del Día.

Ni el Departamento de Salud y Servicios Humanos ni “Medicare” o “Medicaid” disponen de normativa específica de los Hospital del Día. Tampoco existen criterios o estándares de acreditación de estos dispositivos asistenciales, y ni siquiera aparecen citados en el listado de tipos de proveedores. La “Joint Commission” tampoco tiene una norma específica para los Hospitales del Día.

En Reino Unido, el “National Health Service” (NHS) dispone de una Guía para los Hospital del Día, tanto en lo relativo a la estructura e instalaciones como a los procesos y procedimientos. La “Health Building Note”: “Accommodation for day care”, es aplicable tanto al diseño de nuevos edificios como a la adaptación o ampliación de los preexistentes, ubicados en hospitales generales. Este documento establece criterios en relación con el diseño y funcionamiento general, circulación de pacientes, equipamiento, locales, espacios, instalaciones e ingeniería. Asimismo, se anexa un conjunto de actividades (cartera de servicios), por especialidades, susceptibles de beneficiarse de los Hospitales del Día.

En Canadá, el Ministerio de Salud revisó en 1984 las directrices que, sobre los Hospitales del Día, publicó en 1975. Estas directrices cubren aspectos relativos a la carga de trabajo, requerimientos de camas, recomendaciones sobre su distribución, gestión de pacientes, recursos humanos, programa funcional, equipamiento y relaciones con otros

servicios. Asimismo, recoge un catálogo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que pueden ser realizados en este tipo de unidades.

En el ámbito internacional, la OMS publicó un estudio referido a los Hospitales del Día como modelo asistencial para pacientes psiquiátricos. La Fundación Cochrane ha realizado dos estudios meta-analíticos sobre la Hospitales del Día como dispositivo asistencial desde la perspectiva del análisis de eficiencia, pero se ciñen al Hospital del Día geriátrico y al Hospital del Día psiquiátrico. No se han encontrado estudios similares para pacientes con patología médica.

De conformidad con la Constitución de la Federación de Rusia, todo ciudadano tiene derecho a la vida, la protección de la salud y la atención médica. El Sistema Sanitario de Rusia, siendo un país socialista donde prácticamente las camas hospitalarias son propiedad del Ministerio de Sanidad, establece las normas de construcción y funcionamiento de los centros de salud y de los hospitales del día. (Sepúlveda, 2001a, pág. 5)

En la Ciudad de Buenos Aires existe la Ley de Salud Mental (Ley N°: 488), que promueve el acotamiento de los macro nosocomios psiquiátricos apoyándose en casas de medio camino y en los hospitales de día de la red del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En Chile, existen antecedentes de estructuras llamadas Hospital de Día: en el Hospital Psiquiátrico de Santiago (actual Instituto Psiquiátrico) y en la Clínica Psiquiátrica Universitaria desde 1975 (ROA, A. 1977). El resto de los Hospitales de Día del país surge con posterioridad a 1990, y destacan entre ellas las del Servicio de Psiquiatría del Hospital San Borja-Arriarán, de Iquique y Valparaíso.

Durante el año 2.000 el Ministerio de Salud elaboró y oficializó, primeramente el Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental (MINSAL, 2000a), y a continuación el Programa de Salud Mental (MINSAL, 2000b). Ambos documentos programáticos apuntan inequívocamente a poner en práctica un Modelo de Atención en Salud Mental y Psiquiatría cuyas características esenciales son la sustitución progresiva de los hospitales

psiquiátricos, el énfasis en la atención ambulatoria, la prevención de la discapacidad y la rehabilitación Psicosocial.

En el Plan Nacional, el Hospital de Día es definido "como alternativa a la hospitalización para pacientes con enfermedades graves y que cuentan con Red social de apoyo y como post alta para acortar el tiempo de internación. Reciben los pacientes derivados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y por el Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía". (Sepúlveda, 2001, pág. 7)

En España, la Hospitalización de Día ha tenido dentro del Sistema Nacional de Salud y en el ámbito privado, un considerable desarrollo durante los últimos veinticinco años, que se ha traducido en un incremento notable en la eficiencia en la atención a pacientes, que con anterioridad eran ingresados en unidades de hospitalización convencional, se establecen líneas prioritarias en la política del Ministerio de Sanidad y Consumo, en las acciones recogidas en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud junto con la elaboración de criterios de calidad y seguridad y la promoción de su evaluación como soporte de las decisiones clínicas y de gestión.

El Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró en 1993 una "Guía de Organización y Funcionamiento de Cirugía Mayor Ambulatoria". No se dispone hasta el momento y en nuestro ámbito, de una guía de Hospitalización de Día que facilite criterios técnicos para el diseño, equipamiento, organización y funcionamiento de estas unidades, a pesar de los numerosos beneficios de esta modalidad asistencial que han sido identificados en múltiples estudios.

Como antecedente en el desarrollo de la hospitalización de día, cabe hacer referencia a la inclusión de puestos y unidades de Hospitales del Día en los planes funcionales de ampliación y reforma o construcción de nuevos hospitales del extinguido INSALUD, desde finales de los años ochenta. La Secretaría del Plan Nacional del SIDA elaboró, en 1998, una breve "Guía de los Hospitales de Día en la atención a pacientes con Infección VIH/SIDA", en la que se recogen aspectos relativos a objetivos (en donde se incluye una cartera de procedimientos a desarrollar en estas

unidades), estructura y funcionamiento, y otros relativos a la prevención de enfermedades transmisión. La legislación aplicable a las unidades de Hospitales del Día es la correspondiente a centros y servicios sanitarios. En relación con ellos, existen dos tipos de normas: las de autorización y registro, que evalúan un centro antes de su puesta en funcionamiento; y las de acreditación, que lo evalúan con posterioridad a su puesta en funcionamiento. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, pág. 26)

Capítulo 2: Hospital del Día en el Ecuador

2.1 Descripción de los hospitales que ofertan el servicio

La Constitución del 2008, recientemente aprobada, establece el marco jurídico-legal para instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se incluye la salud. Los textos constitucionales establecen que la salud es un derecho y señalan las características del sistema nacional de salud que funcionará dentro de principios de universalidad y equidad, con una red pública integral de salud y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional. En este sentido, los artículos de la nueva Constitución favorecen la reforma del sector, que en el país ha tomado el nombre de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador (TSSE). (Constitución de la República del Ecuador, 2008, pág. 30)

El subsector público está conformado por los servicios del Ministerio de Salud Pública, el IESS-SSC, ISSFA e ISSPOL y los servicios de salud de algunos municipios. La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana son entes privados que actúan dentro del sector público.

El presupuesto del sector salud pasó de USD 115,5 millones en el 2000 a USD 561,7 millones en el 2006. Durante los mismos años, el presupuesto como porcentaje del Presupuesto del Gobierno Central (PGC) y del PIB, aumentó del 2.7% al 6.6% del PGC y del 0.7% al 1.4% del PIB.

Los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública están organizados por niveles de complejidad. En el nivel I (complejidad baja) se encuentran los puestos de salud, subcentros y centros de salud, los cuales ofrecen atención ambulatoria, promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud. Todos promueven acciones básicas de saneamiento ambiental y participación comunitaria y los subcentros ofrecen también atención del parto, emergencias y atención odontológica.

En el nivel II (complejidad intermedia) hay hospitales básicos y hospitales generales que, además de la atención del nivel I, ofrecen hospitalización de corta estancia. El hospital básico ofrece atención ambulatoria y hospitalaria de medicina general, ginecología-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia. El hospital general ofrece, además de lo mencionado, alguna especialidad de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia; también dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

En el nivel III (complejidad alta) hay hospitales especializados y de referencia para la atención de la población local, regional y nacional; también realizan docencia e investigación en salud.

Con relación a la oferta de servicios del Ministerio de Salud Pública, en el año 2006 el nivel I tenía 230 puestos de salud, 1.226 subcentros y 127 centros de salud; el nivel II tenía 82 hospitales básicos y 33 hospitales generales y el nivel III tenía 15 hospitales especializados (9 agudos y 6 crónicos) y 1 hospital de especialidad.

En el año 2006, el IESS administró 16 hospitales de nivel I, 5 hospitales de nivel II, 1 hospital de nivel III, 34 centros ambulatorios, 294 dispensarios anexos al IESS y 577 dispensarios del Seguro Social Campesino. En el año 2009 invirtió 10'200.000 dólares en el Dispensario 31 de la Ciudad de Guayaquil para convertirlo en el Hospital del Día, proyecto que beneficiará a más de 100.000 asegurados y descongestionará al Hospital Teodoro Maldonado Carbo. El Hospital de Día ofertará atención en consulta externa, cirugía del día ambulatoria con 13 camas, centro de diagnóstico de alta tecnología y un centro geriátrico. Cabe mencionar que el IESS tiene proyectos similares del Hospital de Día en otras ciudades como por ejemplo la ciudad de Azogues.

El ISSFA tenía 53 unidades de primer nivel, 12 unidades de II nivel y ninguna de III nivel y en el ISSPOL había 34 servicios de nivel I y 2 unidades de nivel II. La JBG es una entidad autónoma de servicio social cuyo financiamiento proviene principalmente de la lotería nacional y que cuenta con 4 hospitales, 2 de medicina general y 2 especializados localizados en la ciudad de Guayaquil.

SOLCA es una entidad privada con fines sociales que cubre parte de la demanda nacional de diagnóstico y tratamiento del cáncer. La misma se basa en instituciones regionales con autonomía administrativa y financiera ubicadas en las principales ciudades del país y tenía, en el año 2006, 3 unidades de nivel I y 9 hospitales especializados.

Los servicios de salud municipales tienen a su cargo las direcciones de higiene para atender problemas de salud ambiental y de control sanitario, a excepción de los de Quito y Guayaquil, que incluyen algunos servicios ambulatorios y hospitalarios privados. En el año 2006 había 29 establecimientos de salud municipales nivel I y 8 de nivel II.

En el año 2006, se identificaron en el país 3.681 establecimientos de salud (2.999 públicos y 682 privados). De ese total, 683 (18,6%), eran con internación hospitalaria y 2.998 (81,4%) sin internación. Del total de establecimientos con internación hospitalaria registrados, el 26,6% corresponde al sector público y el 73,4% al sector privado. De acuerdo a la Clase de Establecimiento la mayor parte (454) son clínicas privadas sin especialidad. El subsector público dispone del 25,6% de los establecimientos de salud, el MSP tiene el 17,6%, proporción que en 1994 era del 27,0%.

Si comparamos los años 1997 y 2006, los datos demuestran un aumento de los establecimientos con internación hospitalaria, de 494 a 683. La región geográfica con mayor crecimiento es la Sierra que, en estos últimos diez años, ha experimentado un crecimiento del 44,5%, con excepción de la región Insular donde el número se mantuvo igual.

El sector privado está integrado por entidades privadas con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y las empresas de medicina prepagada) y organizaciones privadas sin fines de lucro como ONGs, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, etc., las cuales representan el 15% de los establecimientos del país.

Los datos del proceso de licenciamiento revelan que el 11.3% (150) de las unidades operativas de primer nivel tienen licenciamiento completo, el 51.7% (690) licenciamiento condicionado y el 37% (489) no están licenciadas. El IESS aplica un instrumento de certificación de sus unidades operativas, con estándares superiores a los del MSP, que le permite cuantificar los recursos necesarios para mantener estándares intermedios de funcionamiento.

Según la OPS, en el año 2006 se identificaron 3.681 establecimientos de salud, 683 con internación hospitalaria y 2.998 (81,4%) establecimientos de salud sin internación en el país de los cuales en el sector privado existen 181 establecimientos divididos entre “Centro de Salud”, “Dispensario Médico” y otros puestos de socorro, enfermerías, planificación familiar, clínicas, INNFA, Cruz Roja, etc. (Organización Panamericana de la Salud, 2008, pág. 25-31)

Al no existir una base de datos con información detallada de los establecimientos de salud sin internación, se realizó una investigación de establecimientos denominados Hospital del Día a nivel del Ecuador de los cuales se identificaron los siguientes:

- En el año 1995 el gobierno financió la adecuación del Hospital del Día del Patronato Municipal San José ubicado en el sector la Ofelia, al norte de la ciudad de Quito con equipos modernos de la época que ofrecía cirugías otorrinolaringológicas, pediatras, traumatológicas, ginecológicas, plásticas y endoscopía o estudios gástricos. Actualmente la Fundación Patronato Municipal San José de la ciudad de Quito tiene los siguientes programas de responsabilidad social; Hogar de Vida 1 – 2, Centro de Experiencia del Adulto Mayor, Casa de la Niñez, Casa Metropolitana de las Juventudes y Centro de Apoyo Integral las Tres Manueles. (Explored, 1995)
- La Universidad Central del Ecuador, entre uno de sus objetivos que es el de “Producir bienes y ofertar servicios que contribuyan al fortalecimiento científico, tecnológico y a la autogestión de la Universidad Central”, ofrece el servicio del Hospital del Día brindando asistencia médica, odontológica, de laboratorio, rayos x, enfermería y

farmacia a los servidores universitarios, estudiantes de la Institución y público en general. En la Consulta Externa se brinda atención en las especialidades de Cardiología, Dermatología, Gastroenterología, Ginecología, Medicina General, Nefrología, Neumología, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psicología y Traumatología. (Universidad Central del Ecuador, s.f.)

- Hospital de Clínicas Pichincha, institución médica privada de la ciudad de Quito, ofrece servicio de Hospital del Día con recuperación del paciente en casa bajo la supervisión de su médico tratante en las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Otorrinolaringología, Oftalmología, Traumatología y Cirugía Ortopédica. (Hospital de Clínicas Pichincha, s.f.)
- El Hospital Metropolitano de la ciudad de Quito, ofrece el servicio del Hospital del Día en atención clínica y quirúrgica de lunes a sábado, con beneficios en disminución del tiempo de estadía, equipos modernos, ambientes funcionales y confortables y servicio de hotelería destacable. Con respecto a la gama de servicios o la cartera de servicios, no se encontró información en la página de la Internet. (Hospital Metropolitano, s.f.)
- El plan municipal Más Salud, que implementa el alcalde Jaime Nebot, brinda atención especializada en las áreas de ginecología, pediatría, cardiología, odontológica y medicina general Además, servicio veterinario. Clubes de Diabéticos, Hipertensos y de mujeres embarazada. Ante las emergencias, se cuentan con 9 Hospitales del Día que atienden operaciones ambulatorias, donde los pacientes después de la cirugía pueden irse a reposar a su casa. Por tanto, se operan apendicitis, hernias, lipomas, úlceras, cálculos biliares y renales, vesículas, miomas y quistes ováricos en el área ginecológica. Las instalaciones cuentan con salas de Terapia Respiratoria para ofrecer nebulizaciones completamente gratis y sala de ecografía para ecos de mamas, pediátricos y abdominales. (Municipio de Guayaquil, s.f.)
- En el año 2009 la Prefectura del Guayas financió el Hospital del Día en el cantón Palestina, en estos momentos se encuentra en la fase de

planificación y no se cuenta con una descripción de los servicios que ofrecerá dicho hospital. (Prefectura del Guayas, s.f.)

- Finalizando, el Hospital de los Valles ofrece el servicio del Hospital del Día y Cirugía Ambulatoria, para intervenciones que no requieren hospitalización. (Hospital de los Valles, s.f.)

2.2 Marco legal

El sistema de salud del Ecuador se caracterizaba por la fragmentación y segmentación entre las entidades gubernamentales y no gubernamentales del área de salud, ya que no existía coordinación entre actores ni separación de funciones entre subsistemas, y cada uno de las entidades cuenta con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados. Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio hasta el año 2006. (Organización Panamericana de la Salud, 2008, pág. 1)

El gobierno actual propone nuevos modelos de organización con el fin de eliminar la fragmentación, promover la articulación funcional institucional y sectorial. En la gestión propuesta se plantea viabilizar y hacer factible la desconcentración y descentralización; con respecto al financiamiento mejorar el uso y la disponibilidad de los recursos económicos y, en la atención promover un modelo integral e integrado de salud con servicios que generen prestaciones de calidad, cálidas y oportunas, a través de una red plural de servicios de salud, según el Ministerio de Salud Pública.

En el artículo 32 de la Constitución Política de la República del Ecuador año 2008, consagra a la salud como un derecho garantizado por el Estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Además, el artículo 358 menciona que “El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.”;

En el artículo 359 enuncia que “El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social”.

Como último artículo importante para el desarrollo de la tesis, se resalta el artículo 360 de la Constitución del Ecuador que indica: “El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad”. (Asamblea Constituyente, 2008)

No ha existido en el país un proceso real de Reforma del Sector Salud durante el año 1995 hasta el año 2005, el proceso durante este período se destacó por la formulación y discusión de algunas propuestas orientadas a la conformación del Sistema Nacional de Salud con objetivos de aseguramiento, el desarrollo de un marco legal para el sector salud y, en algunos casos, la aplicación de algunos de los siguientes procesos de manera parcial:

- Desconcentración y descentralización de los servicios de salud;
- Iniciativas de programas para la extensión de cobertura hacia los sectores de menores recursos (PROECOS);

- Propuesta de nuevos modelos de atención de salud con enfoque familiar y comunitario y con base en la atención primaria y promoción de la salud y,
- Programa de Aseguramiento Universal (AUS).

La inestabilidad política que vivió el país durante el período del año 1995 al año 2005, impidieron la realización de planes concretos y sostenidos de implementación. Se debe a la elección de 7 Presidentes del Ecuador en menos de 10 años, a la resistencia de las organizaciones y a la falta de consensos entre las organizaciones involucradas. Debido a ello, no se ha consolidado un modelo de Reforma, excepto en el marco jurídico constitucional de 1998 y en las siguientes leyes de salud:

- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, 1998;
- Ley de Medicamentos Genéricos, 2000;
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, 2002;
- Ley Orgánica de Salud, 2006

Existieron algunos factores que incidieron en la discontinuidad del proceso de implementación del Sistema Nacional de Salud los cuales se mencionan a continuación:

- En 1996, el CONASA entró en una etapa de inactividad. Se inició lo que se conoce como la “reforma silenciosa” que se caracterizó por una reducción del presupuesto fiscal del MSP, la propuesta de autonomía de gestión de los servicios y los convenios de traspaso de algunos hospitales a los municipios.
- En marzo de 1997, el nuevo gobierno reactivó el CONASA y aprobó los términos para la formulación de un Plan Operativo de Reforma, que no tuvo eco en las instituciones del sector salud.
- En diciembre de 1997 se reunió la Asamblea Nacional Constituyente que aprobó reformas a la Constitución para mayo de 1998 que incluían una sección de la salud donde se menciona por vez primera que el Estado es garante del derecho a la salud, el rol rector del Estado, la

promoción de la salud, la organización de un Sistema Nacional de Salud (SNS) de gestión descentralizada y participativa y el financiamiento público incremental para el sector salud. Se promulgó la Ley que regula el funcionamiento de las Empresas de Medicina prepagada.

- En mayo de 1999 apareció el Reglamento de Implementación del Modelo de Autonomía de Gestión de los servicios de salud.
- Desde agosto de 1998 hasta enero del 2000, el MSP inició procesos de descentralización política y técnica de los primeros Consejos Cantonales de Salud. En ese mismo periodo, el MSP implementó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, fortaleció el CONASA y presentó sus primeras propuestas de un Sistema Plural de Salud. En enero del 2000, se expidió el Plan Nacional de Salud 2000-2005 donde se plantea una visión estratégica de reforma institucional y sectorial.
- En el período 2000-2002, el CONASA se consolidó como el artífice para la generación de la Política Nacional de Salud y la LOSNS. La Política Nacional de Salud del Ecuador definió principios y objetivos bajo el gran norte de la equidad. Para alcanzar los objetivos de reforma, esta política se ha estructurado en tres grandes direcciones: la construcción de ciudadanía en salud; la protección integral de la salud y el desarrollo sectorial.
- En el año 2002, el CONASA organizó el Primer Congreso por la Salud y la Vida en la ciudad de Quito, que validó la propuesta de Política Nacional de Salud e impulsó el anteproyecto de la propuesta de LOSNS. Esta fue aprobada por el Congreso Nacional a fines de ese año. Aseguramiento Universal de Salud (AUS).
- En el 2004, se concretaron los mecanismos de operacionalización del diseño del AUS (PROECOS), para lo cual se contrató al consorcio CARE-Johns Hopkins University que realizó el diseño técnico de la figura del aseguramiento para el país.

- En el 2005, con el cambio de gobierno, se impulsó desde la Presidencia de la República el programa de Aseguramiento Universal de Salud para el Ecuador en base a la propuesta preparada por el consorcio, la misma que definió las características necesarias para impulsar una política nacional en aseguramiento en salud a través de mecanismos de compra de servicios. A partir de esta experiencia se creó la Secretaria de Objetivos del Milenio (SODEM), para administrar el Programa del AUS fuera del Ministerio de Salud. Esta entidad dejó de funcionar con el gobierno del Economista Rafael Correa en 2007, debido al reenfoque que se dio a la Salud y al Sistema de Salud. (Organización Panamericana de la Salud, 2008, pág. 1)
- Durante el actual gobierno se priorizó al sector social y dentro del sector, salud inició el proceso de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador (TSSE), que parte del principio de equidad y garantiza el acceso universal, progresivo y gratuito a servicios públicos de salud de calidad a toda la población. El establecimiento de una Red de Prestadores Públicos promoverá un modelo de atención integral que priorice la promoción, prevención y atención primaria, evitando la duplicación de actividades entre los principales prestadores y garantizando la eficiencia del sistema. La equidad y la eficiencia, tienen particular relevancia ya que son factores de cohesión que permiten la articulación y la integración de mecanismos, tendencias y políticas que pueden concertarse entre los distintos sectores que participan en los servicios de salud.
- En el año 2007, la Ministra de Salud Pública en ese entonces, la Dra. Caroline Chang Campos, aprobó la política del Ministerio de Salud Pública el programa “Hospital Seguro en el Ecuador” que consiste de los siguientes artículos:

Art. 1.- Como parte de la Política Nacional de Salud el Ministerio de Salud Pública, implementará el “Programa de Hospital Seguro” dentro del Sistema Nacional de Salud, a fin de que todos los establecimientos de salud permanezcan accesibles y funcionales en su máxima capacidad de instalación, infraestructura y equipamiento, inmediatamente después de un evento adverso.

Art. 2.- Para cumplir con lo señalado en el artículo precedente, se creará el Comité Nacional “Programa Hospital Seguro”

Entre los lineamientos de la Política Nacional del Hospital Seguro podemos destacar que toda unidad operativa de salud, cuyas instalaciones y servicios continúan funcionando después de un evento adverso, dentro de los parámetros técnico-legales del país”.

También se destaca que toda nueva infraestructura de salud debe ser diseñada y construida para ser segura; y en el caso de las unidades operativas existentes, se debe garantizar por lo menos el funcionamiento de las áreas críticas como: emergencia, unidad de cuidados intensivos, quirófanos, laboratorio, con sus respectivas instalaciones de abastecimiento. (Organización Panamericana de la Salud, 2008)

Actualmente el Ministerio de Salud Pública, por medio del Comité Nacional del “Programa Hospital Seguro”, está trabajando en la Normas para el diseño y construcción de nuevos establecimientos de salud, se conformó un comité multidisciplinario e interinstitucional para la elaboración de una Norma que defina los criterios técnicos de reducción de vulnerabilidad a incorporar en el proceso de planificación, diseño y construcción de nuevos establecimientos de salud en el Ecuador. En este comité participan profesionales del Ministerio de Salud Pública, Universidades, Instituto Ecuatoriano de Normalización, Colegios de Profesionales, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Fuerzas Armadas y Policiales, Municipios, etc.

En base a los antecedentes expuestos anteriormente el cual nos demuestra que no existe ley o normativa para los hospitales de día y, en virtud de no encontrar información se consultó a la Dra. Tatiana Neira Alvarado – Ex Coordinadora del Despacho Ministerial del MSP, y profesora de la Maestría en Gerencia en Servicios de Salud de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil que nos indicó lo siguiente:

“Consultando en la instancia técnica del Ministerio de Salud Pública sobre la normativa relacionada con el Hospital del día, no existe una

normativa específica, en el nuevo reglamento de licenciamiento que aún no está en vigencia pero que se está trabajando a la fecha de la elaboración de esta tesis, consta la referencia a este tipo de servicio de salud”, también nos indicó que sin embargo aún se debe trabajar sobre normas específicas que regulen el funcionamiento de estos servicios.

2.3 Característica de los clientes

Los pacientes o clientes que demandan los servicios del hospital del día en las unidades médicas mencionadas en el punto 2.2, reúnen características dispensables para la aceptación del servicio ofertado, según la publicación de la Universidad Complutense de la ciudad de Madrid (Universidad Complutense, 2009, pág. 328), nos indica sobre las características de los clientes para este tipo de servicio que se los menciona a continuación:

- En primer lugar, es fundamental que el paciente, tras recibir información detallada del servicio debe entender las peculiaridades del servicio como las indicaciones antes y después del ingreso al servicio.
- El paciente debe estar convencido, tras la información que se le proporcione, que esta forma es la mejor manera de tratar su patología.
- Por lo que respecta a la edad, en el momento actual no existe ningún límite que restrinja la participación en este tipo de servicio según la unidad médica descrita en el punto 2.2.
- Dado que el paciente se da de alta unas pocas horas finalizadas el procedimiento o la intervención quirúrgica para regresar a su domicilio, los cuidados después del egreso se producirán en éste, lo que requiere y lo que implica unas condiciones mínimas en el domicilio así como la cooperación y el apoyo del entorno familiar.
- Por lo que respecta a la vivienda o domicilio, debe reunir las condiciones básicas de higiene y salubridad junto con un grado mínimo de confortabilidad.

- El paciente debe estar comunicado con el Hospital del Día una vez se haya efectuado el egreso mediante telefonía fija o móvil y debe contar con un acompañante en todo momento desde el ingreso, las horas de estadía, egreso y cuidado en el hogar.
- Respecto al patrón socio – cultural, se debe considerar la educación, valores, costumbres, hábitos familiares, ubicación geográfica y el estrato social – económico como característica importante para consideración de elección del paciente para el servicio del Hospital del Día.

2.4 Modelo de atención

Los servicios de salud gubernamentales mencionados en el punto 2.1 desde el año 1990 hasta el año 1999 se manejaban con el modelo de atención tradicional de prestación institucional de servicios de salud centrada en la enfermedad y en la aplicación piloto de modelo de atención familiar y comunitaria.

En los años 2000 al 2005 con respecto al modelo de atención se inició el proceso de fortalecimiento de la APS en zonas pilotos pero se destacó en el incremento de Recursos Humanos en todo nivel de atención y formación en salud pública y gerencia de servicios de salud y en el incremento de las horas laborables de 4 a 8 horas.

El modelo de atención en el 2008, según la Constitución del Ecuador del 2008 en el Art. 359 se establece que garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles. En el Art. 360 dice que “el sistema garantizará la promoción, prevención y atención integral, familiar y comunitaria con base en APS. Referente al modelo de gestión se destaca en el Art. 362 que los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos.

Los servicios de salud no gubernamentales mencionados en el punto 2.1, destacan los modelos de atención tradicional centrados en la enfermedad, estos servicios cuentan con áreas de atención ambulatorias

de donde se derivan los pacientes al hospital del día para la realización de los procedimientos clínicos o quirúrgicos con una estadía no prolongada.

En gran parte de los servicios de salud privados identificados como “Hospital del Día”, cuentan una cartera de servicio que se destaca la atención médica en las especialidades de Ginecología, Traumatología, Oftalmología, Cirugía General, Otorrinolaringología, Dermatología, entre otros.

Con respecto a la calidad de atención, algunos servicios de salud no gubernamentales ofrecen atención médica de calidad y calidez con recurso humano capacitado y con los mejores profesionales en el área de la salud y equipos médicos de acuerdo a los avances tecnológicos a la fecha.

Capítulo 3: Hospital Luis Vernaza

3.1 Descripción de los servicios del hospital

El Hospital Luis Vernaza es una de las dependencias regentadas por la Junta de Beneficiencia de Guayaquil, siendo la Junta una ONG sin fines de lucro fundada en el año 1888 por un grupo de Guayaquileños filántropos que tenían como objetivo ofrecer ayuda a los menos favorecidos de la ciudad. La labor social de la Junta de Beneficiencia de Guayaquil se inició ofreciendo servicios de salud, servicios exequiales, asilos para los ancianos y escuelas. El Hospital Luis Vernaza se encuentra ubicado en la ciudad de Guayaquil, la creación del mismo fue como respuesta a las necesidades de salud de la ciudad más grande del país, Guayaquil. Es un hospital sin fines de lucro donde concurren los enfermos de todas las provincias del país. En el año 2009 el hospital atendió a 247.709 pacientes, hospitalizó a 30.229 y la diferencia son pacientes ambulatorios atendidos en el área de Emergencia y Consulta Externa.

Cada año la demanda de los servicios del hospital aumenta en un 13%, para cubrir la demanda creciente el hospital implementó acciones correctivas y preventivas que permitieron satisfacer la demanda. En la actualidad los servicios que ofrece el hospital demandan una mayor inversión en equipos médicos para ir a la par con los nuevos desarrollos tecnológicos, ser más eficientes reduciendo costos. La gestión económica del hospital reportó al finalizar el 2008 un 53% de recuperación por cada dólar invertido; en el año 2009 alcanzó un 60%, según información del Sistema Gerencial de Costos del hospital.

Dentro del Sistema de Salud Nacional del país, el hospital esta categorizado como Hospital Nivel IV de alta complejidad por que cuenta con todos los servicios hospitalarios, se realiza docencia médica e investigación. A continuación se detalla la cartera de servicios que ofrece actualmente la unidad hospitalaria en análisis:

El área de hospitalización cuenta con todas las especialidades según lo descrito en la Tabla 3.1, en el año 2009 se hospitalizaron 30.229 pacientes con una estadía promedio prolongada de 13 días, siendo este un gran problema comparando la estadía con estándares internacionales, ya que

existe una diferencia marcada con hospitales de Europa con una estadía de 10 días y en los Estados Unidos 5 días. Las autoridades del hospital consideran que la demanda de los servicios crecerá a medida que el índice de pobreza aumente en las provincias del país.

Tabla 3.1
Cartera de Servicios del Hospital

CARTERA DE SERVICIOS	
HOSPITALIZACIÓN	Anestesiología
	Cirugía Cardiovascular
	Cardiología
	Cirugía General
	Cirugía Plástica
	Dermatología
	Endocrinología
	Envenenamiento
	Gastroenterología
	Geriatría
	Ginecología
	Hematología
	Medicina Física y Rehabilitación
	Medicina Interna
	Nefrología
	Neumología
	Neurocirugía
	Neurología
	Oftalmología
	Ortopedia
	Otorrinolaringología
	Proctología
	Psiquiatría
	Reumatología
	Terapia Intensiva
	Unidad de Quemados
Urología	
Cirugía Máxilofacial	
Nutrición	
Infectología	

Fuente: Administración del Hospital

Tabla 3.1
Cartera de Servicios del Hospital (continuación)

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	
LIPTOTRICIA	Liptotricia
UNIDAD DE DIALISIS	Hemodiálisis
	Diálisis Peritoneal
ANATOMÍA PATOLÓGICA	Autopsia Clínica
	Citología
	Citoquímica
	Histopatología
	Histoquímica
	Inmunohistoquímica
PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS	Artroscopia
	Broncoscopia
	Cistoscopia
	Colonoscopia
	Colposcopia
	Endoscopia digestiva alta
	Laparoscopia
	Mediastinoscopia
	Peritoneoscopia
	Rectosigmoideoscopia
	Toracoscopia
IMAGEN	Angiografía digital
	Fluoroscopia con intensificador de imagen
	Radiología convencional
	Resonancia magnética nuclear
	Tomografía axial computarizada
	Tomografía lineal
	Ultrasonido
LABORATORIO CLÍNICO	Microbiología
	Coagulación
	Coprológico
	Coproparasitario
	Dosificación hormonal
	Gasometría arterial
	Hematología clínica
	Marcadores tumorales
Electrolitos	

Fuente: Administración del Hospital

Tabla 3.1
Cartera de Servicios del Hospital (continuación)

CONSULTA EXTERNA - ESPECIALIDADES	
CONSULTA EXTERNA 34 Consultorios (Servicio de atención ambulatoria)	Otorrinolaringología
	Medicina Interna
	Cardiología
	Dermatología
	Endocrinología
	Urología
	Neurocirugía
	Reumatología
	Neumología
	Neurología
	Gastroenterología
	Vascular periférica
	Traumatología
	Ginecología
	Oncología
	Oftalmología
	Cirugía General
	Hematología
	Nefrología
	Psiquiatría
	Cirugía Plástica
	Proctología
	Geriatría
	Terapia del Dolor
	Infectología
	Medicina Física y Rehabilitación
	SERVICIOS
	Admisión
	Ecografía
	Rayos X
	Cuarto de yeso
	Electrocardiograma
	Colposcopias
	Farmacia
Curaciones	
Perioperatoria	
Laboratorio Clínico (toma de muestras)	

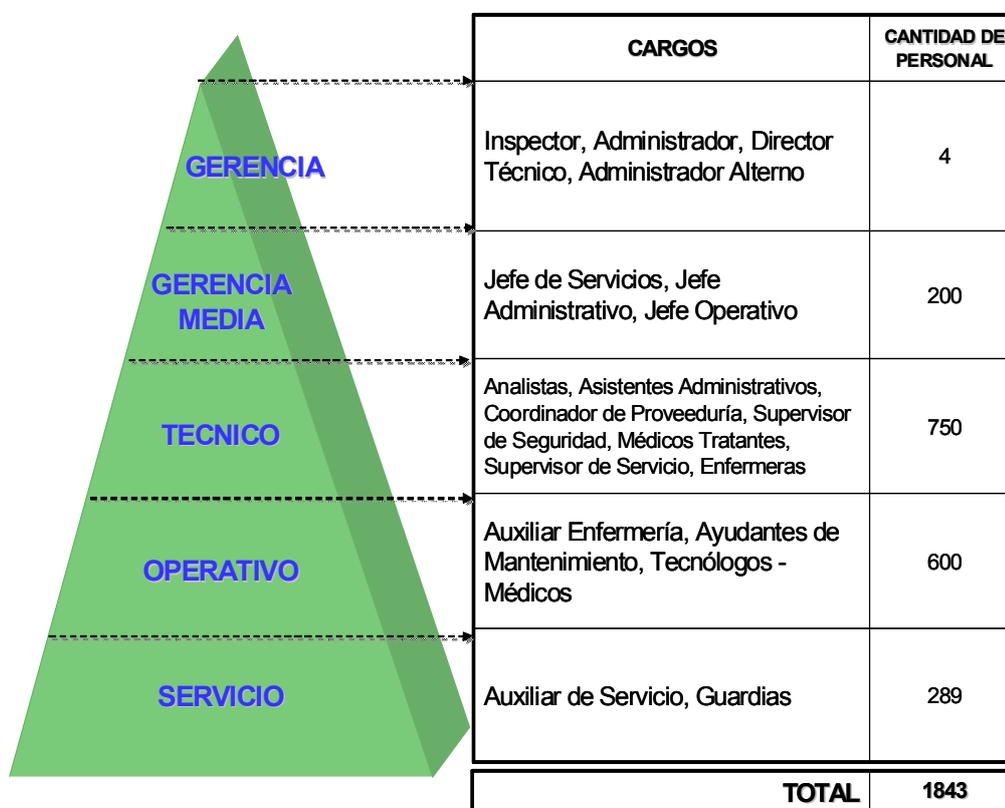
Fuente: Administración del Hospital

3.2 Estructura organizacional

Siendo el hospital una organización grande con 1843 colaboradores, se presenta la estructura piramidal la cual permite presentar una cadena de niveles jerárquicos, en cada uno de estos niveles se visualiza una división administrativa en la cual los superiores tienen autoridad sobre los subordinados que se encuentran en los niveles inferiores. (ver gráfico 3.1)

Gráfico 3.1

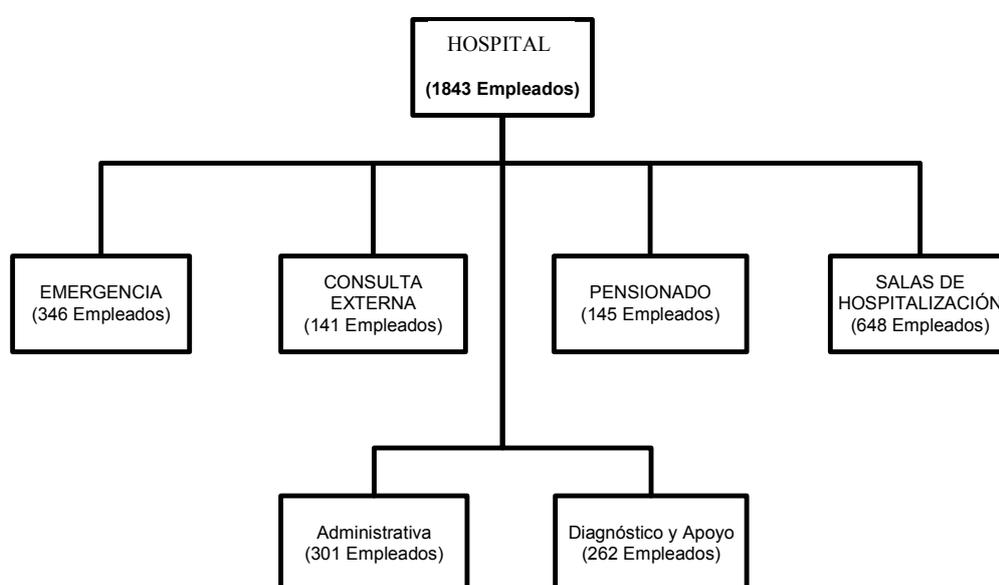
Pirámide Administrativa



Para tener una idea general de la organización, en lo que corresponde a los distintos niveles jerárquicos y el sistema de comunicación dentro de la empresa, se representa esta estructura en un organigrama funcional el mismo que permite visualizar, a nivel global, sus características generales. (Ver anexo 1)

El hospital cuenta con 175 médicos, 681 enfermeras, 127 tecnólogos, 100 tecnólogos-médicos y 750 colaboradores administrativos en las cuatro áreas del hospital; Consulta Externa, Emergencia, Salas de Hospitalización y Pensionado, las cuales están apoyadas por el área Administrativa y los servicios de Diagnóstico y Apoyo (Gráfico 3.2); este servicio cuenta con los laboratorios de Tomografía, Hemodinamia, Patología, Resonancia Magnética, Proctología, Ecografía y Gastroenterología.

Gráfico 3.2
Personal del hospital



El área de Consulta Externa está conformada por 39 consultorios, se labora en dos turnos, de 7:00 - 11:00 AM y de 11:00 AM a 15:00 PM. En los consultorios se atienden a 20 pacientes por día en un promedio de tiempo de 12 minutos por paciente, en esta área trabajan 141 personas entre doctores, enfermeras, auxiliares de servicio y personal administrativo. A más de atender a los pacientes en los consultorios, también se brinda los servicios de Laboratorio Clínico, Rayos X y Farmacia. En la actualidad, después de las 14h00 se atienden a pacientes asegurados del IESS que son derivados a través del Call Center de dicha institución.

En Emergencia se trabaja las 24 horas del día dividido en 3 turnos; 346 personas son las que trabajan en el área, el personal esta comprendida entre doctores, enfermeras, tecnólogos médicos, guardias y personal administrativo. El área de Emergencia cuenta con 59 camas (ver Tabla 3.2)

Tabla 3.2
Emergencia

EMERGENCIA	
AREAS	CAMAS
Recepción	9
Reanimación	16
Hidratación	7
Cirugía menor (pre-admisión)	27
TOTAL CAMAS	59

Fuente: Dpto. Archivo Clínico y Estadística – DACE

En Salas de Hospitalización se cuenta con 25 salas que están divididas en 12 salas de medicina interna y 13 en salas de cirugías (Ver Tabla 3.3). Existen dos tipos de pacientes en salas de hospitalización; el que recibirá tratamiento por enfermedad y el paciente que será intervenido quirúrgicamente en los quirófanos del hospital. En salas de hospitalización laboran 648 personas entre doctores, licenciadas y auxiliares de enfermería, ayudantes de enfermería, personal de limpieza y personal administrativo.

Tabla 3.3
Salas de Hospitalización

SALAS DE HOSPITALIZACIÓN	
SALAS	CAMAS
Salas de medicina	
Unidad Coronaria	5
Neurología	15
Santa Martha	22
San Gabriel	29
Santa Rosa	23
Cardiología	48
San José	30
San Vicente	28
Santa Elena	36
San Luis	38
Santa María	35
Dermatología	28
TOTAL CAMAS	337

Fuente: Dpto. Archivo Clínico y Estadística - DACE

Tabla 3.3
Salas de Hospitalización (continuación)

Salas de cirugía	
Traumatología 1	30
Traumatología 2	30
Cirugía Plástica	21
Angiología	15
Urología	28
San Miguel	40
San Aurelio	32
Santa Cecilia	35
Neurocirugía	16
Santa Teresa	38
Unidad de Quemados	21
Otorrinolaringología	10
Cirugía Cardiovascular	37
TOTAL CAMAS	353
TOTAL CAMAS HOSPITALIZACIÓN	691

Fuente: Dpto. Archivo Clínico y Estadística - DACE

Como un área de apoyo importante a las áreas de Emergencia, Hospitalización y Clínica Sotomayor, es la Unidad de Medicina Crítica que atiende pacientes en estado crítico con una capacidad de 100 camas. En la Tabla 3.4 se identifica la distribución de camas de la unidad en mención.

Tabla 3.4
Unidad de Medicina Crítica

UNIDAD DE MEDICINA CRITICA	
SALAS	CAMAS
Cuidado Intermedio	27
Unidad de Cuidado Intensivos	45
Unidad Coronaria	5
UCI – Emergencia	16
UCI – Unidad de Quemados	7
TOTAL CAMAS	100

Fuente: Dpto. Archivo Clínico y Estadística – DACE

En el Pensionado laboran 145 personas, divididas entre Médicos Residentes, Licenciadas de Enfermería, Auxiliares de Enfermería y

Administrativos. El Pensionado cuenta con 90 camas para la atención privada de pacientes que se detallan a continuación en la Tabla 3.5.

Tabla 3.5
Pensionado

PENSIONADO	
AREAS	CAMAS
Privado	25
Semi - privado	27
UCI 1 – Sotomayor	6
UCI 2 – Sotomayor	4
Pensionado Sotomayor	28
TOTAL CAMAS	90

Fuente: Dpto. Archivo Clínico y Estadística - DACE

3.3 Plan Estratégico 2005

En el año 2005 se trabajó en el desarrollo del Plan Estratégico que ha servido de base a los cambios realizados en los servicios del hospital hasta la fecha. En el Proceso de la Planeación Estratégica intervinieron 456 personas distribuidas en 57 equipos de trabajo, con un promedio de 8 personas por cada equipo conformados por Médicos, Enfermeras y personal de Apoyo administrativo. Los Equipos de trabajo desarrollaron 174 Planes de Acción con un promedio de 2 a 3 acciones por cada plan, obteniéndose un total de 480 acciones.

Para la elaboración del Plan Estratégico se tomaron en cuenta los Lineamientos Estratégicos (LE) desarrollados por la alta dirección del Hospital que declararon la Visión, Misión, Objetivos Estratégicos y Valores.

Misión:

Ofrecer atención en salud principalmente a los más pobres y desamparados, sin discrimen alguno, a través de servicios médicos, tecnología de punta y un equipo humano con calidad, calidez, capacitado y motivado

Visión:

Ser líderes de la comunidad en servicios de salud, investigación y docencia médica

Valores:

- Solidaridad con los más necesitados
- Rigurosidad científica en la aplicación de la medicina
- Curar, mejorar, aliviar, consolar
- Respeto y caridad en el trato
- Apertura a las nuevas tendencias de la medicina e investigación permanente
- Lealtad del personal hacia la institución y el paciente
- Vocación de servicio

Política de calidad:

El Hospital en la entrega de sus servicios, procura satisfacer los requerimientos de sus pacientes, brindando servicios médicos a quienes lo demanden, desarrollando una política de calidad basada en procesos, con objetivos cuantificables tendientes siempre al mejoramiento continuo.

Objetivos estratégicos:

- Brindar atención eficiente y eficaz
- Entregar servicios de calidad
- Entregar servicios a precios competitivos
- Formalizar y fortalecer las líneas de comunicación
- Entregar capacitación continua
- Optimizar el uso de los recursos
- Fortalecer la docencia y la investigación médica

Las acciones determinadas por los 456 colaboradores del hospital, fueron agrupados y enmarcados, según la metodología de Kaplan y Norton, en cuatro perspectivas de negocios: Aprendizaje y Crecimiento, Procesos Internos, Cliente y Financiero. (Hospital Luis Vernaza, 2005).

A continuación se describen las estrategias por cada perspectiva de negocio y el Mapa Estratégico:

Perspectiva Aprendizaje y Crecimiento

Estrategias:

- Contratar personal Medico - Técnico
- Actualizar Manual de Políticas de Trabajo
- Capacitar al personal de Hospital
- Actualizar Manual de Funciones
- Implementar sistema de Evaluación de Desempeño

Perspectiva Procesos Internos

Estrategias:

- Mejorar los programas de mantenimiento
- Renovar y/o adquirir equipos médicos y herramientas de trabajo
- Agilizar admisión de pacientes en Hospitalización
- Incrementar el tiempo de uso de los quirófanos y equipos de diagnostico médicos
- Agilizar el proceso de inter-consulta
- Agilizar egreso de pacientes en Hospitalización
- Elaborar Protocolos o Guías de Practicas Clínicas
- Agilizar la entrega oportuna de resultados de exámenes y recetas
- Desarrollar esquema de comunicación interna

Perspectiva Cliente

Estrategias:

- Implementar el Hospital del Día del HLV
- Abastecer oportunamente las farmacias
- Brindar educación en prevención de enfermedades
- Incrementar horario de atención a 24 horas
- Mejorar continuamente la calidad de servicio (ISO 9001:2000)
- Remodelar y Adecuar áreas físicas

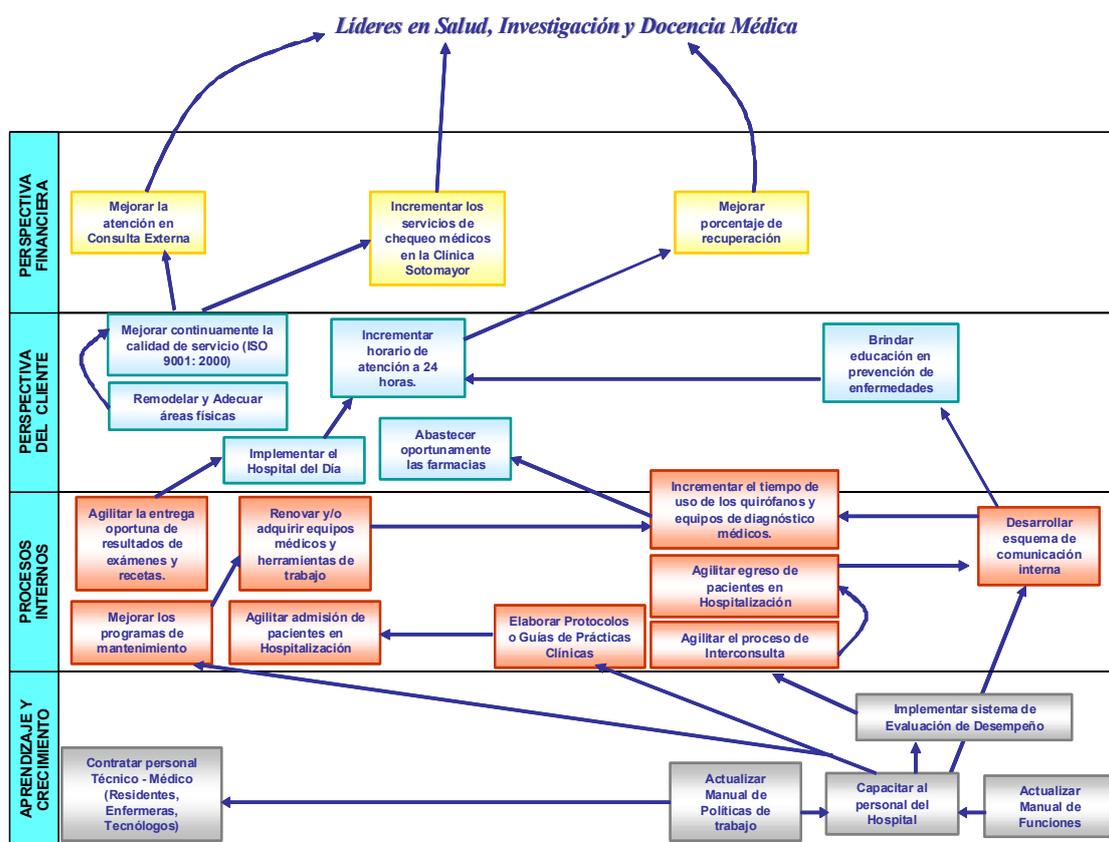
Perspectiva Financiera

Estrategias:

- Mejorar la atención en Consulta Externa
- Incrementar los servicios de chequeos médicos en Pensionado
- Mejorar porcentaje de recuperación

Según la metodología de Kaplan y Norton, indica que las estrategias de cada perspectiva de negocio ayudan alcanzar la Visión de la organización en el largo plazo y que el Mapa Estratégico ayuda a comprender las interrelaciones que existe entre cada estrategia. (Kaplan y Norton, 2008, pág. 95)

Gráfico 3.3
Mapa Estratégico



De las 23 estrategias definidas en el Plan Estratégico, desde el año 2005 hasta la fecha se implementaron 18 estrategias que representan el 80%, quedando por implementar 5 estrategias entre las cuales está definida la estrategia “Implementar el Hospital del Día”, la cual está encasillada, según la metodología de Kaplan y Norton, en la perspectiva de negocio del Cliente. Siendo esta estrategia enunciada por los equipos de trabajo y contando con el apoyo y compromiso de la alta dirección en alcanzar la visión de la organización, se decidió tomar esta estrategia como tema de desarrollo de la tesis.

3.4 Modelo de atención

El modelo de atención del hospital es la forma como la sociedad ante los determinantes sociales y biológicos de la salud, organiza el recurso humano, tecnológico y materiales para afrontar íntegramente los riesgos de la salud y proporcionar los servicios de fomento, prevención y atención médica. El Sistema Nacional de Salud clasifica a los establecimientos de salud en las siguientes clases:

- Hospital General → 10,2%
- Hospital Cantonal → 13,2%
- Crónicos → 2,2%
- Agudos → 1,9%
- Clínicas Privadas → 72,5%

Es así que el hospital, con una capacidad de 848 camas, se encuentra dentro de la Red Complementaria como **hospital general** privado nivel 4 de especialidad en el Sistema Nacional de Salud del país. Esta red esta conformada por los hospitales del sector privado entre los cuales se encuentran Solca y hospitales de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

El nosocomio es un hospital general privado sin fines de lucro (ONG's) que sigue un modelo hospitalario clásico, con una estadía de los pacientes en hospitalización de menos de 30 días, siendo la meta principal el tratamiento de la enfermedad orientado a los cuidados agudos con un grupo profesional interdisciplinario apoyados por equipos médicos de alta tecnología. El hospital resuelve el 80% de la demanda de consulta y hospitalización de alta especialidad, se encuentra ubicado en una zona urbana y es un centro de referencia de otros niveles de atención; también realiza investigación académica y científica en el área de la salud con equipos de trabajo comprometidos con la Visión de la organización.

Pero en la actualidad, y en base a lo definido por la Organización Mundial de la Salud – OMS: “Salud es el estado completo bienestar, físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. El Hospital brinda atención en tres dimensiones (bio – psico- social), y no solamente

en la atención de salud. Por esta razón y en base al modelo se consideran las siguientes definiciones para la atención de pacientes:

- Biológico.- brindar información y educación oportuna al paciente, su familia o la persona que hace las veces de cuidador para general pautas que conduzcan al auto-cuidado.
- Social.- se realiza el proceso de atención a los pacientes acorde a sus necesidades sociales, posibilitando la incorporación a su medio familiar y social con la mayor funcionalidad posible.
- Mental.- los pacientes con alteraciones mentales y las personas que durante el proceso de atención en el nosocomio desarrollen respuestas o comportamientos que puedan afectar las dimensiones mentales, se le brinda atención con profesionales del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce.

Para la atención de los pacientes de la ciudad de Guayaquil y de los alrededores de la provincia del Guayas, el Hospital ha definido 5 procesos asistenciales los cuales se describieron en el punto 3.2 de este capítulo y se detallan a continuación:

- Consulta Externa
- Emergencia
- Clínica Sotomayor
- Hospitalización

El modelo de atención toma como partida lo declarado en el “Sistema de Gestión de Calidad basado en proceso” que asegura el mejoramiento continuo aplicando el ciclo PHVA (Planear – Hacer – Verificar – Actuar), conocido también como el ciclo de Deming. Cada día el Hospital esta comprometido en satisfacer los requerimientos del paciente identificando sus necesidades. Lo anterior fortalece el concepto del “Hospital Seguro” que patrocina la OMS.

Capítulo 4: Diagnóstico de los tratamientos clínicos y quirúrgicos

4.1 Análisis de la Demanda del Servicio de Internación

La demanda se define como la cantidad y calidad de bienes y servicios que pueden ser adquiridos a los diferentes precios del mercado por un consumidor (demanda individual) o por el conjunto de consumidores (demanda total o de mercado), en un momento determinado.

El hospital esta influida por el entorno general también llamado macroentorno que incluye el tipo de sistema económico que puede ser de libre empresa, mercados controlados o mercados de planeación central. También influyen las condiciones económicas como los ciclos de expansión, recesión y los cambios en el nivel general de vida que influyen en la demanda, la condición del ecosistema, demografía y sistema cultural (Guerrien, 1998, pág. 6 - 10).

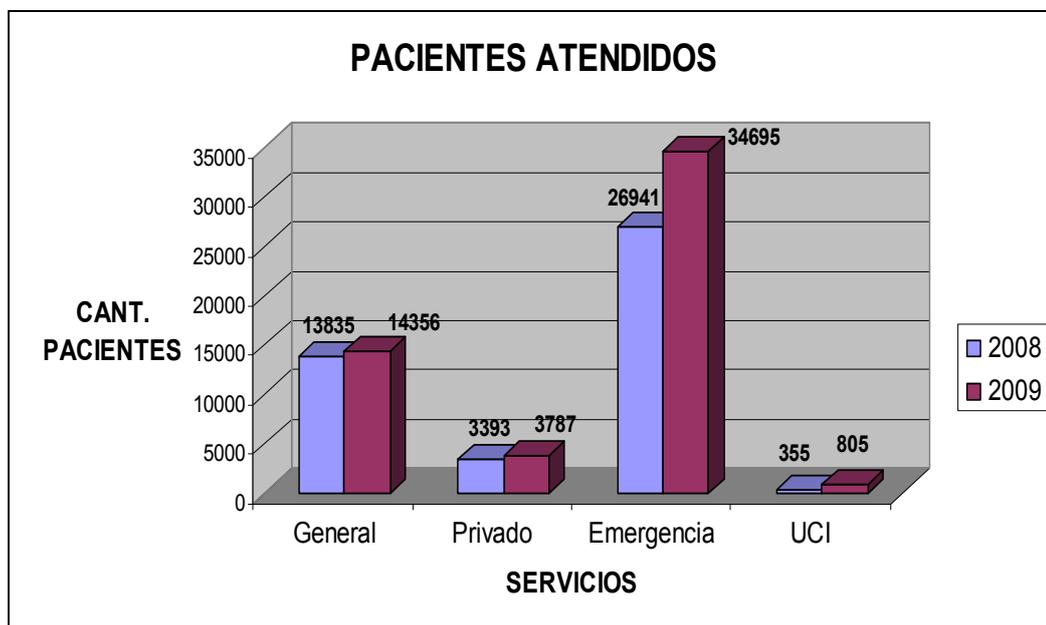
La atención de pacientes en los servicios del hospital creció en un 17% del 2008 al 2009. Los factores que incidieron en el crecimiento de la demanda se debe a las decisiones políticas tomadas por el gobierno, el desempleo a nivel nacional del 7,9% en el cuarto trimestre del año 2009 según datos del INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos), y en la ciudad de Guayaquil en el tercer trimestre del 2009 representó el 13% de la población sin un trabajo.

Tabla 4.1
Pacientes atendidos en el Hospital

Servicios	2008	%	2009	%	Variación	Incremento
General	13835	31,1%	14356	26,8%	521	4%
Privado	3393	7,6%	3787	7,1%	394	10%
Emergencia	26941	60,5%	34695	64,7%	7754	22%
UCI	355	0,8%	805	1,5%	450	56%
TOTAL	44524		53643		9119	17%

Fuente: Dpto. Archivo Clínico y Estadística -D.A.C.E

Gráfico 4.1
Pacientes atendidos en el Hospital



Fuente: Dpto. Archivo Clínico y Estadística -D.A.C.E

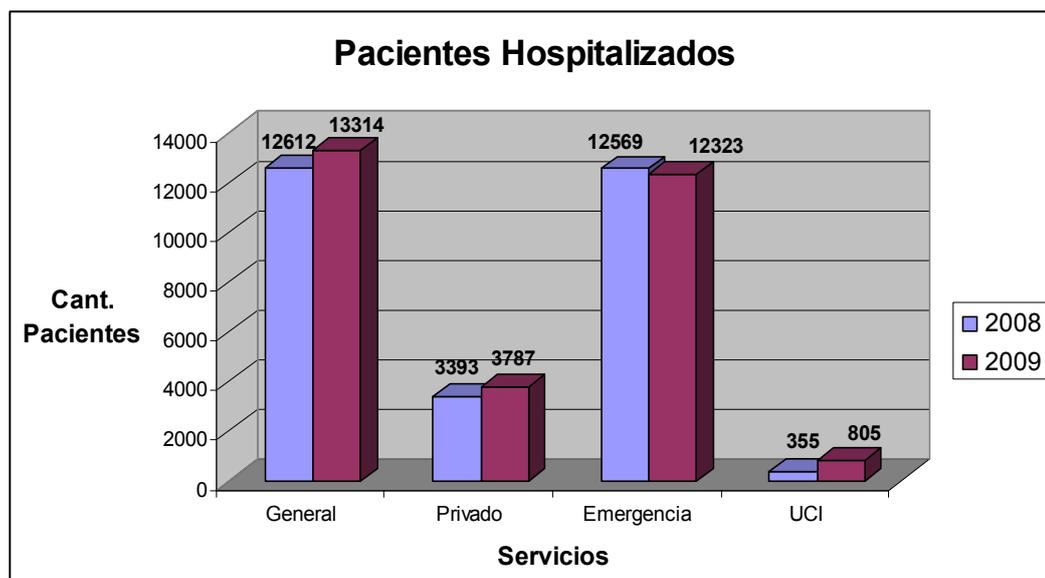
De los pacientes atendidos en los servicios del hospital, según información entregada por el DACE (Departamento de Archivo Clínico y Estadística del Hospital) en la Tabla 4.2, se evidencia un incremento del 4% de los pacientes hospitalizados desde el 2008 al año 2009, existiendo un decrecimiento en pacientes hospitalizados en el área de Emergencia y un aumento significativo en el Servicio de UCI, Privado y General.

Tabla 4.2
Pacientes hospitalizados

Servicios	2008	%	2009	%	Variación	Incremento
General	12612	43,6%	13314	44,0%	702	5%
Privado	3393	11,7%	3787	12,5%	394	10%
Emergencia	12569	43,4%	12323	40,8%	-246	-2%
UCI	355	1,2%	805	2,7%	450	56%
TOTAL	28929		30229		1300	4%

Fuente: Dpto. Archivo Clínico y Estadística -D.A.C.E

Gráfico 4.2
Pacientes Hospitalizados



Fuente: Dpto. Archivo Clínico y Estadística -D.A.C.E

La procedencia o domicilio de los pacientes hospitalizados, desde el área de Emergencia, Consulta Externa o Clínica Sotomayor (Privado) al hospital, el 84% de los pacientes pertenecen a la provincia del Guayas, el 1.33% a la provincia del Oro, el 2.59% a la provincia de Manabí y el 12% restante las otras provincias del Ecuador, a continuación se detalla el porcentaje de procedencia por provincias en el siguiente cuadro:

Tabla 4.3
Procedencia de pacientes hospitalizados por provincia

Procedencia (Provincias)	Año			
	2008		2009	
	Cantidad de pacientes	%	Cantidad de pacientes	%
Guayas	16924	84,09%	24470	83,16%
Chimborazo	45	0,22%	93	0,32%
Cotopaxi	70	0,35%	107	0,36%
El Oro	236	1,17%	390	1,33%
Los Ríos	1730	8,60%	2669	9,07%
Manabí	513	2,55%	761	2,59%
Otras provincias	9408	3,00%	1739	3,00%
Total de Pacientes	28929		30229	

Fuente: Dpto. Archivo Clínico y Estadística -D.A.C.E

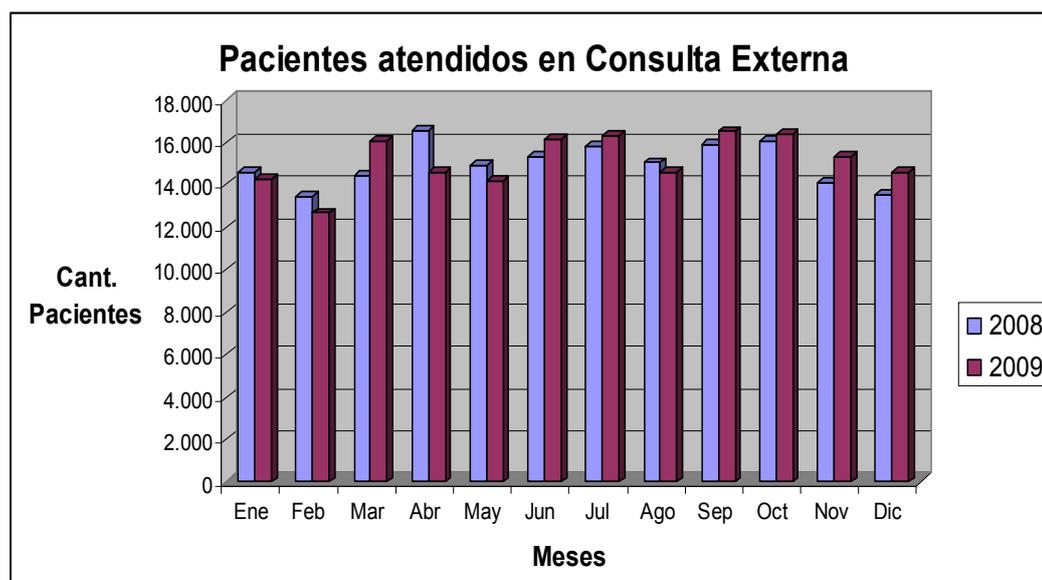
Es importante destacar que para el 2008 en el área de Consulta Externa se atendieron 179.935 y en el año 2009 se atendieron 181.783 pacientes, existiendo un incremento del 1% según se detalla en la tabla 4.4 a continuación:

Tabla 4.4
Pacientes atendidos en Consulta Externa

	Pacientes atendidos		
	2008	2009	Variación %
Enero	14.589	14.297	-2%
Febrero	13.476	12.679	-6%
Marzo	14.472	16.112	11%
Abril	16.573	14.589	-12%
Mayo	14.936	14.192	-5%
Junio	15.351	16.146	5%
Julio	15.837	16.293	3%
Agosto	15.063	14.602	-3%
Septiembre	15.917	16.535	4%
Octubre	16.099	16.395	2%
Noviembre	14.112	15.310	8%
Diciembre	13.510	14.633	8%
TOTAL	179.935	181.783	1%

Fuente: Dpto. Archivo Clínico y Estadística -D.A.C.E

Gráfico 4.3
Pacientes atendidos en Consulta Externa



Fuente: Dpto. Archivo Clínico y Estadística -D.A.C.E

En el año 2010, el hospital firmó un convenio con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en el cual se atenderían a sus afiliados en las instalaciones de la Consulta Externa en horario extendido desde las 14h00 hasta las 19h00 desde el mes de mayo, significando un incremento del 30% desde el mes de Enero a Julio del año 2010 comparado con el 2009 en el mismo período.

Tabla 4.5
Pacientes atendidos en Consulta Externa 2009 / 2010

	Pacientes atendidos		
	2009	2010	Variación
Enero	14.297	15.903	1314
Febrero	12.679	15.163	1687
Marzo	16.112	18.999	4527
Abril	14.589	17.726	1153
Mayo	14.192	18.193	3257
Junio	16.146	23.499	8148
Julio	16.293	25.813	9976
Agosto	14.602		
Septiembre	16.535		
Octubre	16.395		
Noviembre	15.310		
Diciembre	14.633		
TOTAL	181.783		30.062

Fuente: Servicio de Consulta Externa

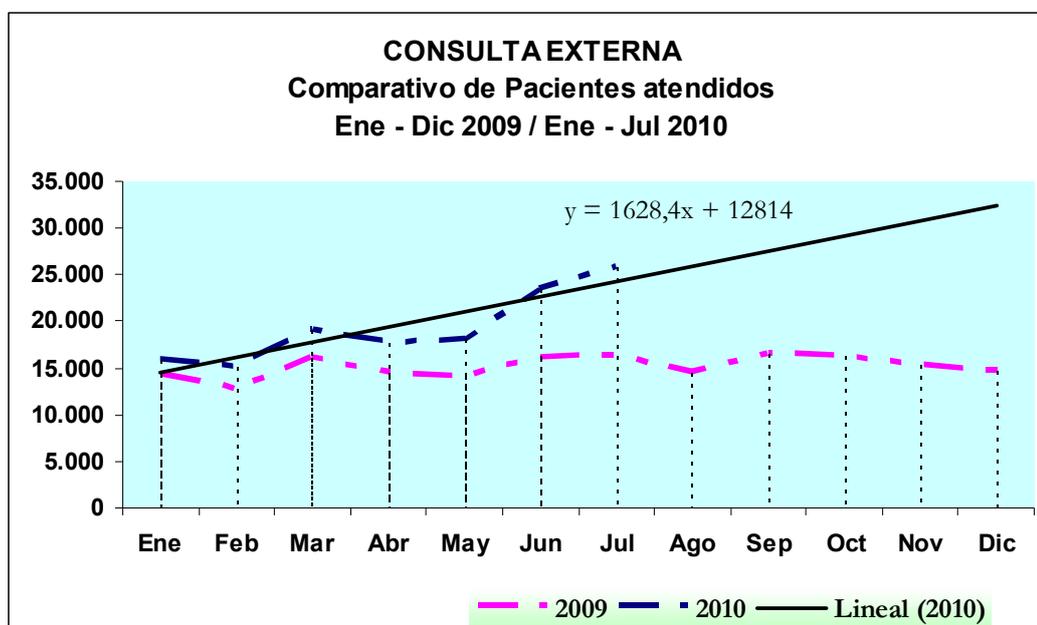
Siendo un incremento significativo en la cantidad de pacientes atendidos en la Consulta Externa desde el mes de Enero a Julio del 2010, en el Gráfico 4.4 se desarrolló la proyección de la cantidad de pacientes a ser atendidos en el año 2010 esperando, en el mejor de los escenarios, un incremento del 48% de pacientes atendidos en comparación con los datos estadísticos del año 2009.

Tabla 4.6
Proyección de pacientes en el año 2010

	Pacientes atendidos		
	2008	2009	2010
Enero	14.589	14.297	15.903
Febrero	13.476	12.679	15.163
Marzo	14.472	16.112	18.999
Abril	16.573	14.589	17.726
Mayo	14.936	14.192	18.193
Junio	15.351	16.146	23.499
Julio	15.837	16.293	25.813
Agosto	15.063	14.602	24.000
Septiembre	15.917	16.535	23.500
Octubre	16.099	16.395	25.600
Noviembre	14.112	15.310	28.000
Diciembre	13.510	14.633	30.000
TOTAL	179.935	181.783	268.406

Fuente: Servicio de Consulta Externa

Gráfico 4.4
Comparativo de pacientes



Elaborado por: Autores

En el 2009 en la Consulta se atendieron 181.783 pacientes en las 35 especialidades que ofrece el servicio, siendo las especialidades de mayor demanda Cardiología con el 13%, Traumatología 11%, Medicina General 12%, Endocrinología 7%, Urología 7%, entre otros. En la tabla 4.7 se muestra la distribución de la demanda de servicios en la Consulta Externa por especialidad:

Tabla 4.7

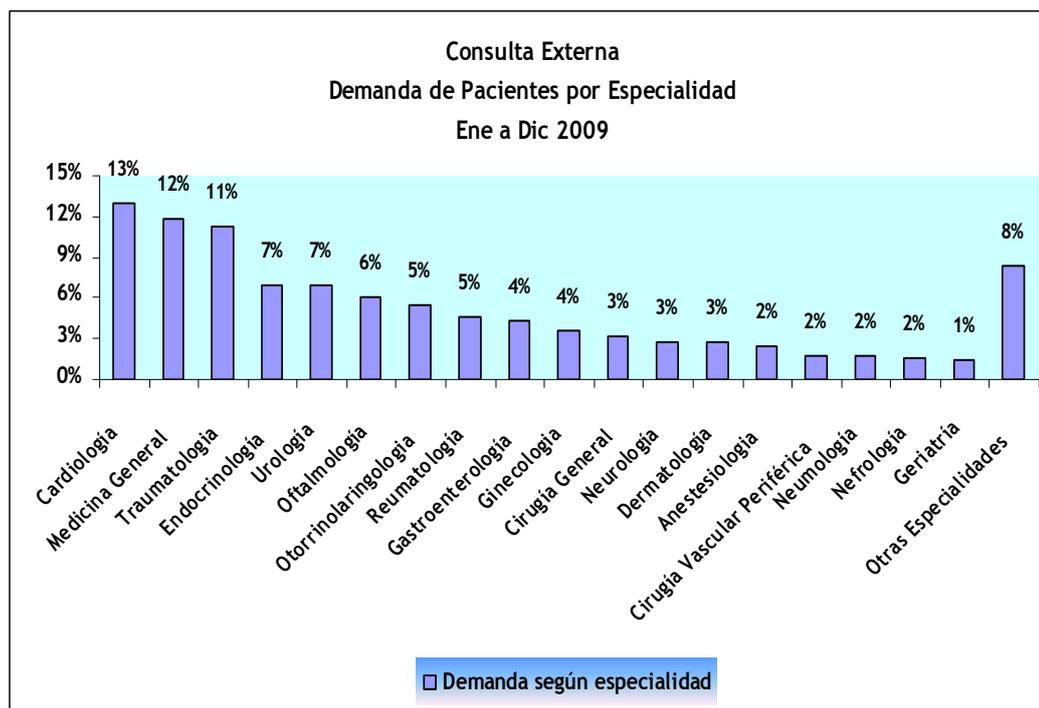
Demanda de servicios por especialidad en Consulta Externa

ESPECIALIDAD	Demanda según especialidad
Cardiología	13%
Medicina General	12%
Traumatología	11%
Endocrinología	7%
Urología	7%
Oftalmología	6%
Otorrinolaringología	5%
Reumatología	5%
Gastroenterología	4%
Ginecología	4%
Cirugía General	3%
Neurología	3%
Dermatología	3%
Anestesiología	2%
Cirugía Vascolar Periférica	2%
Neumología	2%
Nefrología	2%
Geriatría	1%
Otras Especialidades	8%
Psiquiatría	1%
Proctología	1%
Valoración Fisiatría	1%
Nutrición	1%
Cirugía Plástica	1%
Rehabilitación Física	1%
Oncología	1%
Neurocirugía	1%
Terapia del Dolor	0%
Unidad Quemados	0%
Hepatología	0%
Cirugía Torácica	0%
Alergología	0,1%
Medicina Rehabilitación	0%
Genética	0%
Cirugía Vascolar	0%

Fuente: Servicio de Consulta Externa

Gráfico 4.5

Demanda de servicios por especialidad en Consulta Externa



Elaborado por: Autores

Fuente: Servicio de Consulta Externa

El hospital cuenta con 3 puertas de entrada para los pacientes: Emergencia, Consulta Externa y Clínica Sotomayor. A los pacientes se los clasifican en 3 tipos: pacientes de general, pacientes privados y pacientes de seguros.

Teniendo como definición general del Hospital del Día, una hospitalización programada con una estada no mayor a las 12 horas, se considera a los pacientes que son atendidos en la Consulta Externa y en el cual se generan las solicitudes de ingreso de hospitalización, como los posibles demandantes del servicio del Hospital del día que es el tema de desarrollo de esta tesis.

Del 100% de pacientes atendidos (135.296) en la Consulta Externa desde el mes de Enero al mes de Agosto del año 2010, se generaron 2.593 solicitudes de ingresos para el área de hospitalización desde las distintas especialidades del servicio según se muestra en la Tabla 4.8 a continuación:

Tabla 4.8
Solicitudes de ingreso a hospitalización desde
Consulta Externa

Año 2010	Cantidad de Solicitudes de ingresos
Enero	276
Febrero	295
Marzo	375
Abril	366
Mayo	354
Junio	336
Julio	277
Agosto	314
TOTAL	2.593

Fuente: Dpto. Archivo Clínico y Estadística -D.A.C.E

Gráfico 4.6
Solicitudes de ingreso a hospitalización desde Consulta
Externa



Fuente: Dpto. Archivo Clínico y Estadística -D.A.C.E

La especialidad que generó mayor cantidad de Solicitudes de Ingreso a Hospitalización desde la Consulta Externa es Cirugía General con el 38%,

Urología con el 19%, Traumatología el 17%, Ginecología el 7% y el 19% restante entre las otras especialidades.

Tabla 4.9
Solicitudes de ingreso a hospitalización desde
Consulta Externa por especialidad

Especialidad	Solicitudes de Ingreso de hospitalización	%
Cirugía General	986	38%
Urología	499	19%
Traumatología	440	17%
Ginecología	179	7%
Proctología	154	6%
Otorrinolaringología	124	5%
Cirugía Vascolar Periférica	82	3%
Oncología	73	3%
Cirugía Plástica	39	1%
Oftalmología	15	1%
Neurocirugía	3	0%
TOTAL	2.593	

Fuente: Dpto. Archivo Clínico y Estadística -D.A.C.E

En base a información estadística entregada por el Departamento de Archivo Clínico y Estadística del Hospital Luis Vernaza, se obtuvo información de los temas, subtemas y enfermedades de cada Solicitud de Ingreso con sus respectivas Historias Clínicas, con esta información se identificó los procedimientos – tratamientos clínicos o quirúrgico ya ofertados por el hospital desde el mes de enero al mes de agosto de este año, como los posibles demandantes del “ÁREA DE INTERNACIÓN PROGRAMADA DE PACIENTES CON ESTADA NO MAYOR A 12 HORAS”.

La identificación de estos procedimientos se realizó en base a conocimientos técnicos de los médicos del hospital aplicados en una mesa de trabajo, quienes identificaron cada uno de las solicitudes de ingresos como posibles candidatos a la nueva área de internación siempre y cuando cumplan algunos condicionantes previos al ingreso de acuerdo al procedimiento o tratamiento médico a aplicarse. Las 2.593 solicitudes de

ingresos están clasificadas de acuerdo a los siguientes temas de ingresos según el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) que se presenta a continuación:

Tabla 4.10
Clasificación de Enfermedades según el CIE-10

TEMA	Cantidad	%
Enfermedades del sistema digestivo	794	31%
Enfermedades del sistema circulatorio	402	16%
Enfermedades del sistema genitourinario	342	13%
Tumores [neoplasias]	297	11%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	249	10%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	168	6%
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	71	3%
Enfermedades del sistema respiratorio	63	2%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	48	2%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no	45	2%
Morfología de los tumores [neoplasias]	38	1%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	26	1%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	17	1%
Enfermedades del ojo y sus anexos	14	1%
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y	7	0%
Enfermedades del sistema nervioso	6	0%
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	5	0%
Embarazo, parto y puerperio	1	0%
TOTAL	2593	

Fuente: Dpto. Archivo Clínico y Estadística -D.A.C.E

Con el 31% las Enfermedades del Sistema Digestivo es el tema de ingreso a hospitalización como la de mayor demanda, siguiendo con el 16% las Enfermedades del Sistema Circulatorio, con el 13% las Enfermedades del Sistema Genitourinario, con el 11% Tumores (neoplasias), con el 10% Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias y el 50% restante en las otros temas del CIE-10 según se muestra en la tabla 4.10.

Para determinar la demanda del servicio, se trabajó en las solicitudes de ingresos de 8 meses del año 2010, desde el mes de Enero al mes de Agosto, se identificaron los ingresos a hospitalización que pueden ser atendidas en menos de 12 horas, con la ayuda y la asesoría de los médicos del hospital. En el Anexo 2 se presenta el detalle de la selección de cada Solicitud de Ingreso para el mes de Enero.

Como resultado de la identificación de las Solicitudes de Ingreso a Hospitalización que corresponde al mes de Enero hasta el mes de Agosto del 2010, como los posibles demandantes del “Área de Internación con estadía programada menor a 12 horas”, se presenta en la tabla 4.11 los resultados:

Tabla 4.11
Clasificación de Solicitudes de Ingresos de los meses de Enero a Agosto del 2010 en estadía menor a 12 horas

MESES (año 2010)	SI Cumplen con la estadía (<12 hrs.)	%	NO Cumplen con la estadía (<12 hrs.)	%	TOTAL
Enero	88	32%	188	68%	276
Febrero	100	34%	195	66%	295
Marzo	136	36%	239	64%	375
Abril	131	36%	235	64%	366
Mayo	133	38%	221	62%	354
Junio	132	39%	204	61%	336
Julio	102	37%	175	63%	277
Agosto	102	32%	212	68%	314
TOTAL	924	36%	1669	64%	2593

Elaborado por: Autores

De la tabla 4.11 nos indica que el 36% de las Solicitudes de Ingresos a hospitalización generadas desde el área de Consulta Externa, serían los posibles demandantes del “Área de Internación programada de pacientes con estada no mayor a 12 horas” que tienen una estadía promedio de 4 días por paciente, equivalente a 116 pacientes mensuales con un promedio diario de 6 pacientes. Pero al proyectarse el crecimiento de la atención de pacientes en el 2010 (ver tabla 4.6), se considera el crecimiento de la atención del 48% obteniendo una posible demanda de 172 pacientes mensuales – 9 pacientes diarios.

Según las normas internacionales recomiendan para cada hospital mantener un 15% de camas en reserva legítima para resolver situaciones de contingencia, aplicando esta norma a la conclusión del análisis de la demanda, la capacidad instalada idónea del servicio en análisis sería para atender 203 pacientes mensuales – 11 pacientes diarios. (García Servén, 1993)

4.2 Análisis de la oferta

En el capítulo 3 sección 3.1, se describen los servicios que ofrece el hospital, los cuales están divididos por salas y por especialidad. Actualmente se cuenta con 25 salas de hospitalización y 691 camas para el año 2010, ver tabla 4.12.

Tabla 4.12
Salas de Hospitalización

Departamento Médico	SALA	Promedio Camas Disponibles
Medicina	Cardiología	48
	Dermatología	28
	Neurología	15
	Santa Elena	36
	San Gabriel	29
	San Luis	38
	Santa Martha	22
	San Vicente	28
	San José	30
	Santa María	35
	Santa Rosa	23
	Unidad Coronaria	5
	Sala de Cirugía	Angiología
Cirugía Cardiovascular		37
Cirugía Plástica		21
Neurocirugía		16
Otorrinolaringología		10
San Aurelio		32
San Miguel		40
Traumatología 1		30
Traumatología 2		30
Santa Cecilia		35
Santa Teresa		38
Urología		28
Unidad de Quemados		21
TOTAL		691

Fuente: Departamento del Sistema de Gestión de Calidad

Las salas de hospitalización están divididas por especialidad y se ofrece atención en los distintos tipos de tratamientos y procedimientos quirúrgicos, en el año 2009, de los 30.229 pacientes hospitalizados, el 46% provino de Consulta Externa y el 40% de Emergencia. De los pacientes hospitalizados en el año 2009 se realizaron 15.832 cirugías.

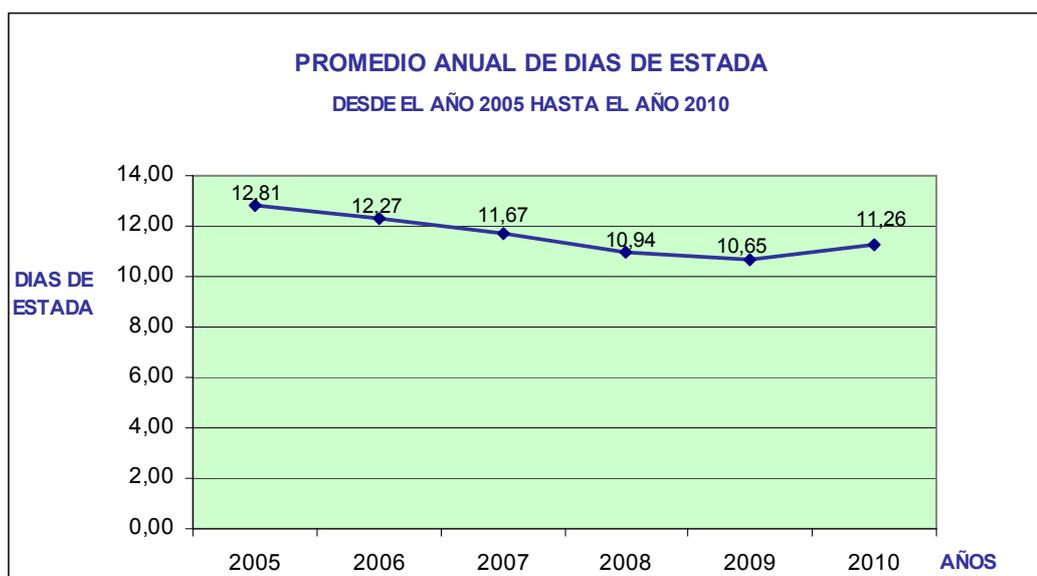
Uno de los indicadores de gestión que mide la eficiencia de la atención hospitalaria es el promedio de día de estada, para el año 2009 el promedio de día de estada del Hospital Luis Vernaza fue de 10,65 días y se espera para el año 2010 una estadía de 11,26 días según las autoridades de la organización.

Tabla 4.13
Estadía promedio del hospital

AÑOS	ESTADIA DE PACIENTES PROMEDIO DE DÍAS POR AÑOS
2005	12,81
2006	12,27
2007	11,67
2008	10,94
2009	10,65
2010	11,26

Fuente: Departamento del Sistema de Gestión de Calidad

Gráfico 4.7
Promedio anual de días de estada



Fuente: Departamento del Sistema de Gestión de Calidad

Otro indicador importante en el hospital para medir la disponibilidad de camas, es el porcentaje de ocupación. En el año 2009 se cuenta con una ocupación del 64,27% en el hospital, en las salas de hospitalización de tratamiento clínico se tiene una ocupación de 65.82% y en las salas de hospitalización quirúrgicas se cuenta con una ocupación de 62,84%. El detalla de la ocupación de las salas de hospitalización se muestra en la siguiente tabla 4.14:

Tabla 4.14
Ocupación de las Salas de Hospitalización

Departamento Médico	SALA	Promedio Camas Disponibles	Promedio Días de Estancia	% de Ocupación de Camas	Coefficiente de Renovación
Medicina (ocupación 65,82%)	Unidad Coronaria	5	4	85,00	0,31
	Neurología	15	21	76,86	1,26
	Santa Martha	22	18	74,43	1,26
	San Gabriel	29	16	72,14	1,23
	Santa Rosa	23	11	70,86	1,96
	Cardiología	48	14	69,71	1,78
	San José	30	17	68,57	1,22
	San Vicente	28	17	68,43	1,74
	Santa Elena	36	23	58,43	0,76
	San Luis	38	17	54,14	0,91
	Santa María	35	16	46,71	0,88
	Dermatología	28	21	44,57	0,59
	Sala de Cirugía (ocupación 62,84%)	Traumatología 1	30	12	91,71
Traumatología 2		30	14	88,29	1,97
Cirugía Plástica		21	44	79,71	1,01
Angiología		15	14	73,57	1,68
Urología		28	11	70,57	2,39
San Miguel		40	8	69,29	2,80
San Aurelio		32	10	63,86	2,62
Santa Cecilia		35	7	63,29	3,49
Neurocirugía		16	23	58,57	1,37
Santa Teresa		38	6	51,71	3,44
Unidad de Quemados		21	24	50,86	0,67
Otorrinolaringología		10	6	31,29	2,21
Cirugía Cardiovascular		37	21	24,14	0,49
TOTAL		691	16	64,27	1,63

Fuente: Departamento del Sistema de Gestión de Calidad

Del 100% de las camas (691), se cuenta con 249 camas disponibles en el área de hospitalización, en las salas de tratamiento clínico se cuenta con un total de 337 camas existiendo disponibilidad de 115 camas, para las salas de cirugías se cuenta con un total de 354 camas y con una disponibilidad de 134 camas. Para la selección del área o sala a remodelarse, se escoge las salas de cirugías según se describe en la tabla 4.14 con una ocupación menor al 70%, como posibles áreas por estar cerca al pabellón de quirófanos y se elaboró la matriz de priorización en base a los criterios indicados por los doctores con experiencia en la atención del hospital del día en otros países, los cuales se detallan a continuación:

- Accesibilidad al pabellón de quirófanos
- Ascensor
- Distancia
- Sala de espera
- Porcentaje de ocupación

El registro de la matriz se realiza asignando un peso del 1 al 5 siendo 1 el de menor importancia y 5 el de mayor grado de importancia. Se escoge al área o sala con el mayor puntaje siendo éste el más recomendable por cumplir con los criterios que se mencionaron anteriormente.

Tabla 4.15
Matriz de Priorización del área de internación

SALAS	CRITERIOS				PUNTAJE
	Accesibilidad al Pabellón de Quirófanos	Ascensor	Distancia a los servicios del Pensionado	Porcentaje de ocupación	TOTAL
San Miguel	5	5	5	1	16
San Aurelio	2	3	1	2	8
Santa Cecilia	4	3	1	2	10
Neurocirugía	2	3	1	3	8
Santa Teresa	4	4	1	4	13
Cirugía Cardiovascular	2	3	1	5	11

Elaborado por: Autores

El resultado de la matriz de priorización (tabla 4.15), nos demuestra que el área más idónea para la creación del “área de internación programada de pacientes con estada no mayor a 12 horas” es la sala San Miguel obteniendo el mayor porcentaje por estar cerca del pabellón de quirófanos y por contar con un ascensor cerca para el traslado de pacientes a las distintas áreas del hospital.

4.3 Investigación

La tesis se realizó por métodos de investigación partiendo del nivel de intervención, tomando datos históricos del hospital con respecto a las solicitudes de ingreso de hospitalización desde la Consulta Externa a Hospitalización a través del Departamento Archivo Clínico y Estadística DACE del hospital con soporte de la Dirección de Informática, para la identificación de las variables que se relacionan con el proyecto del desarrollo de esta tesis.

Referente a la información base para el desarrollo de la tesis, se trabajó con muestras cuantitativas desde el mes de Enero al mes de Agosto del año 2010 para determinar los tipos de diagnósticos, tratamientos clínicos, cirugías y control post-cirugía que requieran una estadía no mayor a 12 horas y que se ofrecerán en la nueva área de internación.

Para alcanzar los objetivos específicos declarados en la tesis, se procedió a trabajar con cada uno de los objetivos por medio del desarrollo de las matrices metodológicas que permitieron establecer las fuentes de la información o el origen de las bases de datos que entrarían al análisis, las variables que se deben considerar en el análisis, el procedimiento de recolección de la información y por último la estrategia de recolección de las bases de datos. Estas matrices metodológicas permiten alcanzar las metas propuestas en la tesis.

A continuación se presentan las matrices metodológicas por cada Objetivo específico:

Objetivos específicos:

- **Establecer los tratamientos clínicos ambulatorios y control post-cirugía ambulatoria que se realizarán en el área de hospitalización ambulatoria**

Tabla 4.16

Matriz Metodológica para objetivos de investigación

FUENTE	VARIABLE	PROCEDIMIENTO RECOLECCIÓN	ESTRATEGIA ANÁLISIS
Registro de la información en el sistema informático del hospital - MIS	Oferta de diagnósticos, tratamientos clínicos y cirugías	Tabulación de la información obtenida	Análisis de frecuencia de los diagnósticos, tratamientos clínicos y cirugías
Colaboradores del hospital involucrados en los procesos	Actividades principales de los procesos	Levantamiento de información por medio de la observación de los procesos y entrevistas a los actores	Diagramación del proceso propuesto

Elaborado por: Autores

- **Determinar la demanda de atención del nuevo servicio**

Tabla 4.17

Matriz Metodológica para objetivos de propuestas

GRUPO OBJETIVO	PROCEDIMIENTOS	PRODUCTOS
Equipos multidisciplinario conformado por el personal médico	Establecer los lineamientos generales para asegurar la atención de los pacientes	Lineamientos generales de seguridad para el paciente

Elaborado por: Autores

- **Establecer un modelo del área de internación programada de pacientes con una estada no mayor a 12 horas**

Tabla 4.18

Matriz Metodológica para objetivos de propuestas

GRUPO OBJETIVO	PROCEDIMIENTOS	PRODUCTOS
Actores técnico-médicos de los procesos en relación con la propuesta de tesis	Determinar las características técnicas de los equipos médicos para la nueva área de internación	Características técnicas y cantidad de los equipos médicos
Equipo multidisciplinario (Enfermería, Dirección Técnica, Administración)	Establecer la cantidad adecuada de personal a ser requerida en el servicio de la propuesta de tesis	Lista de cantidad de recursos humanos
Equipo de trabajo de infraestructura física	Determinar el área física adecuada para el servicio propuesto	Plano arquitectónico del área
Equipo multidisciplinario (Enfermería, Dirección Técnica, Administración)	Establecer el diseño de los procesos	Procesos del área de internación

Elaborado por: Autores

- **Determinar los costos de implementación del área de atención.**

Tabla 4.19

Matriz Metodológica para objetivos de investigación

FUENTE	VARIABLE	PROCEDIMIENTO RECOLECCIÓN	ESTRATEGIA ANÁLISIS
Administrador del servicio	Precios de los servicios	Entrevistas	Análisis de los precios de venta
Proveedores	Costos de los servicios	Entrevistas	Análisis de los costos del servicio
Proyección de los servicios	Ingresos y egresos proyectados	Cálculo de los ingresos y egresos	Análisis de los ingresos y egresos
Flujo de Caja	Establecer el Valor Actual Neto y Tasa Interna de Retorno	Cálculo del VAN y TIR	Análisis de los resultados del cálculo del VAN y TIR

Elaborado por: Autores

4.4 Metodología

En el proceso de investigación para el desarrollo de la tesis, se establecieron los objetivos generales y específicos cuantificables y medibles. Como siguiente paso, y en base a las matrices metodológicas enunciadas en el punto 4.3, se realizó una investigación general de las definiciones y características de la internación programada con estadía menor a 12 horas o definido como hospital del día; un análisis del marco legal en los países que se regularizan este tipo de servicio.

A nivel del Ecuador se realizó investigación por Internet sobre la internación ambulatoria o llamado hospital del día en otras ciudades del país. Así como el levantamiento de información de las leyes actuales que guardan relación con el área de internación consultando al personal del Ministerio de Salud Pública.

Como siguiente paso de la investigación se estudio o se comprendió la imagen del hospital levantando información en sitio al interior del hospital de su Misión, Visión, Valores, Objetivos Estratégicos, Mapa Estratégico y las respectivas estrategias a nivel de las cuatros perspectivas de negocios. Se estudió la cartera de servicios, la cantidad de recursos humanos por procesos generales.

Para determinar la demanda del área de internación, el estudio se basó en información ya existente, se levantó información histórica de la atención ambulatoria del hospital, información proveída por el Departamento de Archivo Clínico del Hospital, también se analizó el crecimiento en los últimos años. Por medio de entrevistas a los involucrados de los procesos de hospitalización que revisaron la información histórica de la atención ambulatoria del hospital, se determinó los tipos de solicitudes de ingresos generados para el área de hospitalización de los cuales se determinó el porcentaje que incide en la propuesta de tesis y que se determinó como la futura demanda del área.

En el análisis de la oferta, se revisó información actual identificando las salas de hospitalización con menos porcentajes de ocupación y que estén cerca del pabellón de quirófanos para la selección del área idónea.

Con respecto al requerimiento de personal, se obtuvieron en base a la capacidad requerida para el área y cumpliendo con las normas internacionales del recurso humano en hospitales para la atención de pacientes, con esta información se elaboró la estructura organizacional.

Por último, en lo que respecta al análisis Costo – Beneficio de la implementación, se consideró revisar los históricos de los costos de las salas de hospitalización actuales del hospital para determinar los posibles consumos dentro del servicio. Para determinar si la propuesta de tesis es rentable se aplicó el Flujo de caja, cálculo del Valor Actual Neto, Tasa Interna de Retorno, Período de Recuperación y Análisis de Sensibilidad. Para un mejor entendimiento de la metodología utilizada, se presenta a continuación el siguiente gráfico:

Gráfico 4.8
Metodología de la tesis



4.5 Resultados obtenidos de la investigación

En el análisis de la situación actual de las leyes del país, se determinó que no existen leyes que regulen o normen el funcionamiento de unidades hospitalarias que manejen el modelo de atención de hospital del día. Actualmente se está trabajando en los parámetros de licenciamiento de los hospitales y en el cual se menciona los hospitales del día según el Ministerio de Salud Pública.

En el análisis de la situación del hospital, se cuenta con un Plan Estratégico implementado desde el año 2005, en el cual se identifica la necesidad de implementación del área de internación programada de pacientes con una estadía no mayor a 12 horas.

En el análisis de la demanda, se determina que el 84% de los pacientes hospitalizados proceden de la provincia del Guayas, seguido por la provincia de Manabí y el Oro con el 2,55% y el 1,17% respectivamente. Que el crecimiento de paciente en el servicio de atención ambulatoria definido como Consulta Externa, corresponde al 1% desde el año 2008 al año 2009. Cardiología es la especialidad de mayor demanda con el 13% de los pacientes atendidos en el servicio, seguido de Medicina General y Traumatología.

En la Consulta Externa en el año 2010 se incrementó la cantidad de pacientes desde el mes de enero al mes de agosto y en el cual se realizó una proyección lineal esperándose un crecimiento del 48% de la atención al culminar el año 2010.

Del 100% de las solicitudes de ingresos generadas en la Consulta Externa, se determinó que las Enfermedades del sistema digestivo representan los de mayor demanda con el 31% seguido de las Enfermedades del sistema circulatorio con el 16%.

Los consultorios de Cirugía General generan el 38% de las solicitudes de ingresos seguido por Urología con el 19% y Traumatología con el 17%. Dentro de la identificación de los tratamientos clínicos y quirúrgicos que demanden el servicio propuesto.

En base al 100% de solicitudes de ingresos, el 36% se identificó como los pacientes que demanden los servicios del área de internación propuesta y que sean derivados por los médicos de la Consulta Externa, esto representa la atención de 116 pacientes mensuales como mínimo dando una atención de 6 pacientes diarios.

En el análisis de la Oferta, el hospital tiene una estadía promedio para el año 2010 de 11,26 días para cada paciente hospitalizado, existiendo un decrecimiento desde el año 2005 hasta el año 2009 pero aumentando en el 2010.

Las salas de hospitalización del hospital están identificadas como salas de medicina y salas de cirugía, el grupo de salas cuentan con una ocupación promedio del 65,82%, contando con una disponibilidad de 240 camas libres.

La Sala San Miguel perteneciente al grupo de salas de cirugías, en base a parámetros de accesibilidad – cercanía al pabellón de quirófanos, es la más recomendable para la creación del área de internación.

4.6 Conclusiones de la investigación

- En el Ecuador no hay leyes que normen el funcionamiento de los unidades sanitarias que trabajan con el modelo de atención de hospitalización del hospital del día
- El Hospital Luis Vernaza cuenta con un Plan Estratégico que identifica las necesidades y requerimientos de los pacientes
- La procedencia de los pacientes que demandan mayor atención ambulatoria es de la provincia del Guayas
- Las enfermedades del sistema digestivo generan una mayor demanda en las solicitudes de ingresos

- El 36% de las solicitudes de ingresos a hospitalización generadas en la Consulta Externa, es el porcentaje considerado para la demanda del área de internación
- La cantidad mínima de paciente que se atenderá en el área de internación para el primer año será de 6 pacientes diarios
- En el conjunto de salas de hospitalización, se identificó a la Sala San Miguel por cumplir con los criterios

Capítulo 5: Propuesta de modelo de internación

5.1 Modelo de internación

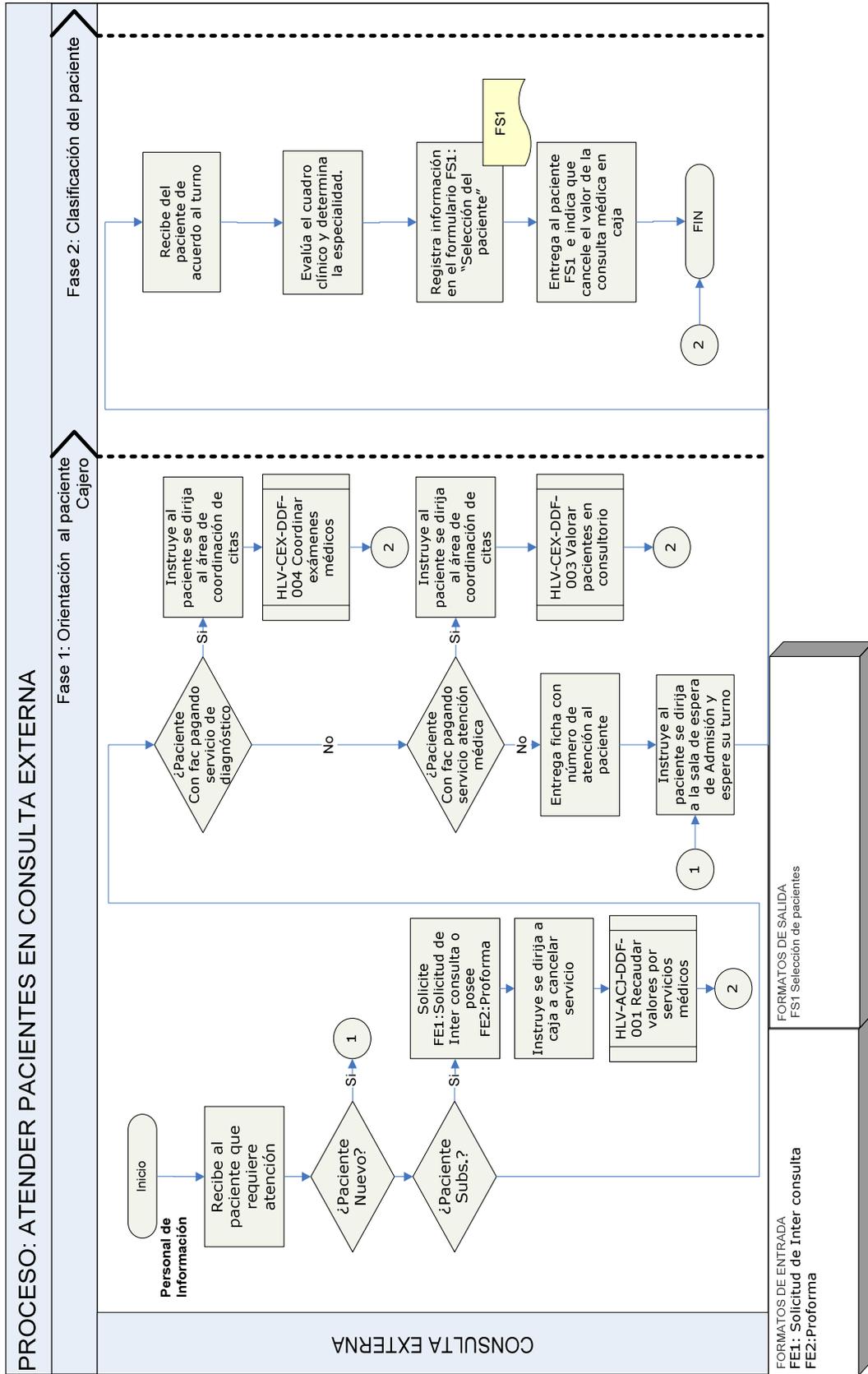
La concepción del hospital en el conjunto de la asistencia ha cambiado de forma apreciable a lo largo de los últimos 10-20 años, haciéndose cada vez menos rígido. La introducción de nuevas formas de proveer la atención sanitaria, la incorporación de nuevos elementos de gestión y la valoración de la calidad ofrecida están favoreciendo claramente este cambio. El hospital del día que es la propuesta de tesis en desarrollo, tiene una estructura dinámica que se adapta al entorno, facilitando una atención integral dentro del continuo de los cuidados que requiere cada paciente, y al tiempo (estadía menor a 12 horas).

Esta nueva área de internación demanda un impulso del trabajo multidisciplinario, evaluación y rediseño de los procesos actuales del hospital para adaptarlos a la propuesta de desarrollo de la tesis. Este proceso supone la coordinación de actividades y tareas llevadas a cabo por diferentes profesionales en orden secuencial. El principio básico para el rediseño de los procesos y adaptarlos al concepto de hospital de día o a la internación programada con estadía menor a 12 horas, es que se pueda medir y para poder hacerlo se propone la implementación de indicadores de calidad que nos permitirán la evaluación y su evolución a lo largo del tiempo.

La atención de los pacientes que demandarán el servicio, iniciarán la atención en la Consulta Externa del hospital para la evaluación ambulatoria a través de las especialidades que se ofrece, el médico evaluará la salud del paciente y en base a los resultados de los exámenes determinará la necesidad de internación en el servicio quien generará la solicitud de ingreso respectiva y derivará al paciente al área de admisión. El personal de Admisión guiará al paciente para la realización de los exámenes o la compra de los materiales requerido para la realización del tratamiento clínico o quirúrgico previo al ingreso. Para un mejor entendimiento se presenta a continuación los diagramas de flujo de atención de pacientes desde la Consulta Externa hasta el área de internación con sus respectivos procedimientos:

Gráfico 5.1

Diagrama de Flujo: Atender pacientes en Consulta Externa



Procedimiento: Atender pacientes en Consulta Externa

- **Objetivo**

Registrar los datos personales, crear un número de Historia Clínica y determinar la especialidad médica en la que requiere ser atendido el paciente, según su estado de salud

- **Alcance**

Este procedimiento será realizado por el personal médico, paramédico y administrativo de Consulta Externa del Hospital Luis Vernaza para la atención médica de los pacientes generales.

- **Limites**

Inicia: Cuando el personal de información recibe al paciente que requiere atención médica.

Finaliza: Cuando el médico determina la especialidad y lo envía a caja a cancelar el servicio

- **Responsabilidades**

Personal de Información.- Es responsable de guiar en el procedimiento de atención médica y proporcionar información solicitada por el paciente o familiar que acude a Consulta Externa.

Médico Admisionista.- Es responsable de valorar al paciente y determinar el médico especialista correspondiente de acuerdo a su patología.

- **Procedimiento**

Fase 1: orientación al paciente

Personal de Información

1. Recibe al paciente que requiere atención y determina lo siguiente:

- 1.1. Si el paciente viene por primera vez, requiere nueva especialidad. Ir al paso 2.
- 1.2. Si es Subsecuente, tiene Solicitud de Inter consulta, o posee Proforma por exámenes instruye al paciente pague en Caja el valor del servicio. Fin del proceso.
- 1.3. Si el paciente presenta una factura por el pago de un servicio instruye al paciente:
 - Por el servicio de cita médica, instruye al paciente se dirija al consultorio respectivo para su valoración médica.. Fin del proceso.
 - Por el servicio de exámenes médicos, instruye al paciente que solicite la atención en el área de Coordinación de Citas. Fin del proceso.
2. Entrega ficha con número de atención al paciente indicándole se dirija a la sala de espera de Admisión y espere su turno.

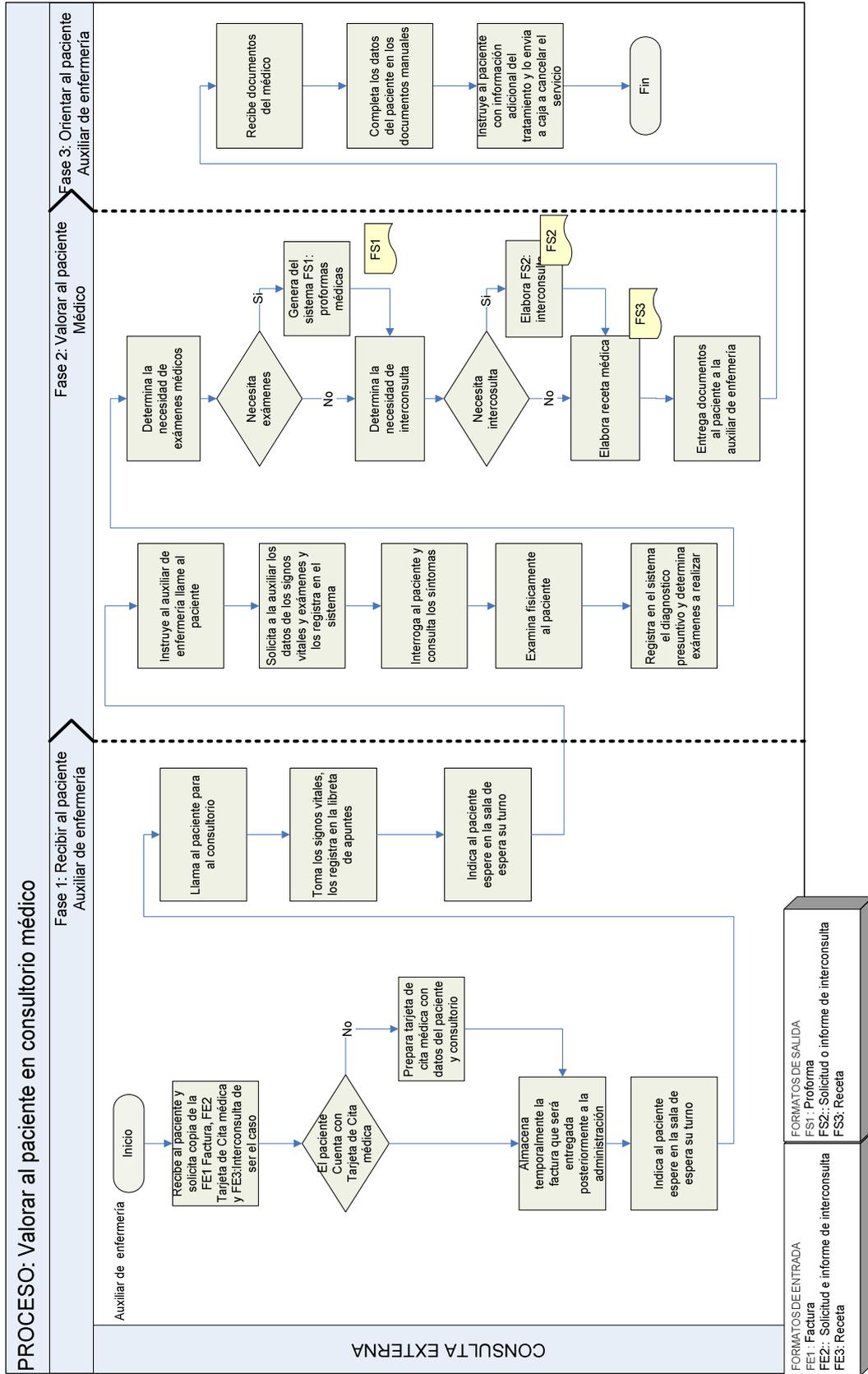
Fase 2: clasificación del paciente

Médico Admisionista

3. Recibe del paciente de acuerdo al turno.
4. Evalúa el cuadro clínico y determina la especialidad y registra información en el formulario “Selección del paciente”.
5. Entrega al paciente el formulario “Selección del paciente” y le indica que presente el formulario en caja y cancele el valor de la consulta médica.

Gráfico 5.2

Diagrama de Flujo: Valorar paciente en consultorio médico



Procedimiento: Valorar paciente en consultorio médico

- **Objetivo**

Proporcionar atención médica (explorar, diagnosticar, tratar y evolucionar) a los pacientes que requieren asistencia médica en la consulta externa

- **Alcance**

Este procedimiento será realizado por el personal médico, paramédico y administrativo de Consulta Externa del Hospital Luis Vernaza para la atención médica de los pacientes generales

- **Limites**

Inicia: Recibe al paciente y solicita documentos para su atención.

Finaliza: Instruye al paciente con la información adicional relacionada con el tratamiento prescrito y lo deriva al paciente a Caja para cancelar

- **Responsabilidades**

Auxiliar de Enfermería de Consultorio de CE.- Es responsable de acompañar a los pacientes a las secciones y servicios que les sean asignados, siempre que no sean trasladados en camillas, y en general realizarán todas aquellas actividades que sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico.

Médico Tratante de Consultorio de CE.- Es responsable de examinar, evaluar y diagnosticar un tratamiento clínico o quirúrgico al paciente, que le permita mejorar su salud, de acuerdo a los protocolos médicos definidos por la Unidad de Servicio.

- **Procedimiento**

Fase 1: Recibir al paciente

Auxiliar de enfermería de consultorio

1. Recibe al paciente y solicita la copia del documento “Factura”, “Tarjeta de Cita Médica” y la “Solicitud e Informe de Interconsulta” según sea el caso.
 - Si el paciente no cuenta con “Tarjeta de Cita Médica”, prepara este documento registrando los datos básicos del paciente en el formulario “Tarjeta de Cita Médica”
2. Almacena temporalmente la copia de la Factura que será entregada posteriormente a la administración de la Consulta Externa
3. Indica al paciente que espere su turno en la sala de espera
4. Llama al paciente al consultorio
5. Realiza toma de signos vitales, pesa al paciente y demás pruebas que correspondan a cada especialidad y registra manualmente la información obtenida en libreta de apuntes
6. Instruye al paciente que espere en la sala de espera hasta que sea llamado para la atención médica
7. Indica al médico los datos tomados al paciente para registro en el sistema

Fase 2: Valorar al paciente

Médico Tratante de Consultorio

8. Instruye a la auxiliar de enfermería llame al paciente para la atención médica
9. Solicita a la auxiliar de enfermería los datos de valoración inicial (toma de signos vitales, pesa al paciente y demás pruebas que correspondan a cada especialidad) y los registra en el sistema

10. Interroga al paciente y consulta los síntomas que presenta
11. Registra en el sistema la información del paciente
12. Explora al paciente y determina diagnóstico presuntivo
13. Registra en el sistema el diagnóstico presuntivo y determina la necesidad de realizar exámenes médicos
 - Si requiere exámenes de laboratorio o imágenes registra el pedido en el sistema y emite la NN-528 “Proforma”, imprime y entrega al paciente
 - Si requiere Interconsulta se elabora formulario “Solicitud e Informe de Interconsulta”, firma y sella documento
14. Elabora “Receta”, firma y sella documento
15. Entrega documentos al Auxiliar de Enfermería e indica fecha de próxima consulta.

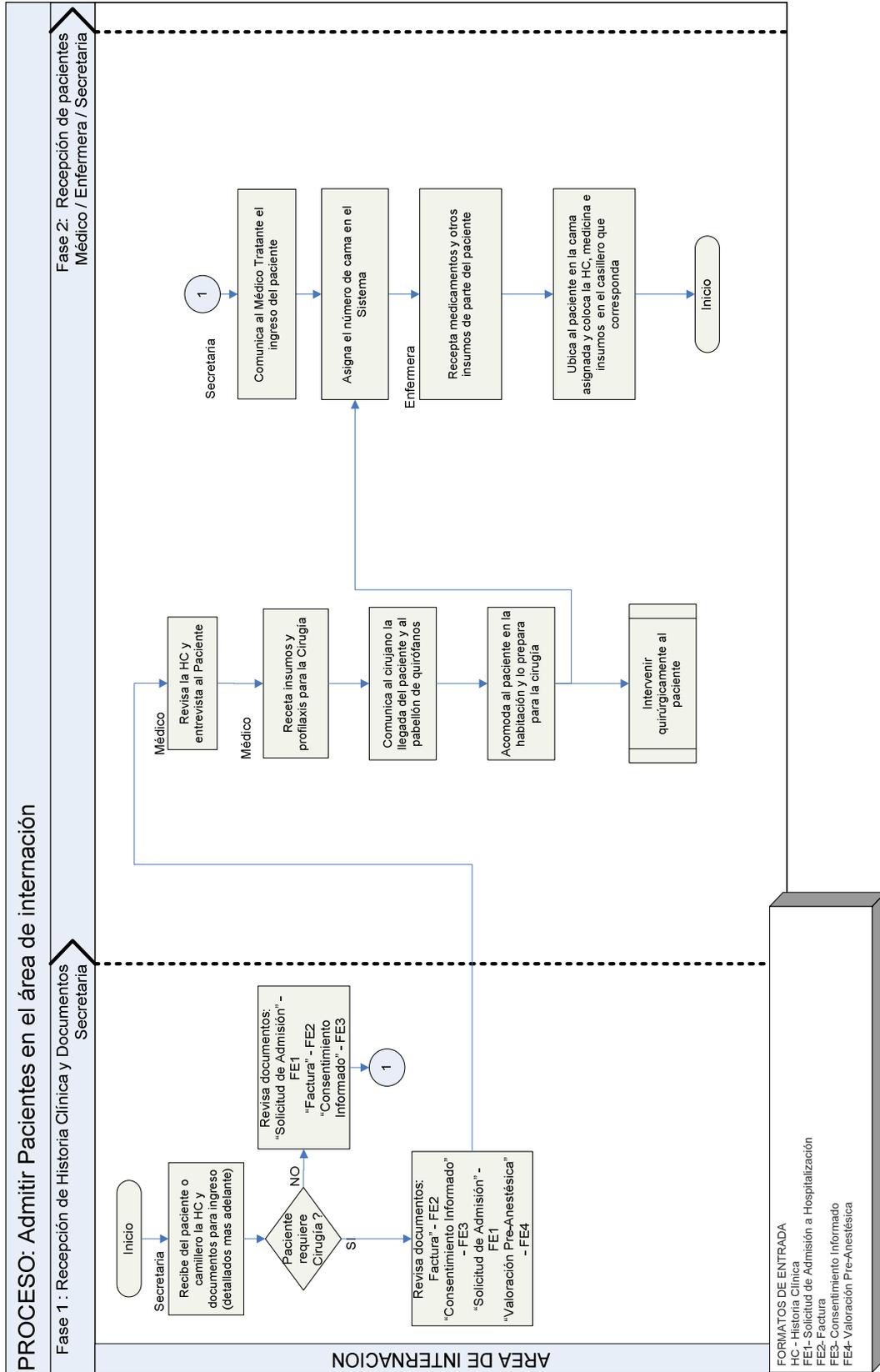
Fase 3: Orientar al paciente

Auxiliar de enfermería de consultorio

16. Recibe documentos del médicos Tarjeta de Cita Médica, Receta Médica, Proforma médica, Solicitud de interconsulta de ser el caso
17. Completa datos del paciente en los documentos
18. Anota en la “Tarjeta de Cita Médica” la fecha de próxima consulta
19. Entrega documentos al paciente: Tarjeta de Cita Médica, Receta, Proforma, Solicitud e informe de Interconsulta
20. Instruye al paciente con la información adicional relacionada con el tratamiento prescrito y lo deriva al paciente a Caja para cancelar de ser el caso “Proforma” y/o Solicitud e informe de Interconsulta”

Gráfico 5.3

Diagrama de Flujo: Admitir paciente en el área de internación



Procedimiento: Admitir paciente en el área de internación

- **Objetivo**

Ingresar pacientes al área de internación por su cuadro clínico requiere tratamiento quirúrgico o de medicina interna

- **Alcance**

Este procedimiento será aplicado por el Médico, Secretaria, Enfermera

- **Limites**

Inicia: Cuando la Secretaria recibe la HC y la documentación que corresponde al tratamiento a recibir

Finaliza: Cuando el paciente es recibido en el área de internación

- **Responsabilidades**

Secretaria.- Recibir la Historia Clínica y los documentos para el trámite de ingreso del paciente

Médico.- Responsable de revisar HC y aceptar de manera formal al paciente.

Médico.- Responsable de revisar HC y aceptar de manera formal al paciente.

- **Procedimiento**

Fase 1: Recepción de Historia Clínica y documentos

Secretaria

1. Recibe del paciente o camillero la historia clínica y documentos para el ingreso

2. Si el paciente no requiere cirugía revisa los siguientes documentos: Solicitud de Admisión, Factura, Consentimiento Informado. Y continúa en el paso 8
3. Si el paciente requiere cirugía revisa documentos: Factura, Consentimiento Informado, Solicitud de Admisión, Valoración Pre-anestésica

Fase 1: Recepción de pacientes

Médico

4. Revisa Historia Clínica y entrevista al paciente
5. Receta insumos y profilaxis para la cirugía
6. Comunica al cirujano la llegada del paciente y el pabellón de quirófanos

Enfermera

7. Acomoda al paciente en la habitación y lo prepara para la cirugía

Secretaria

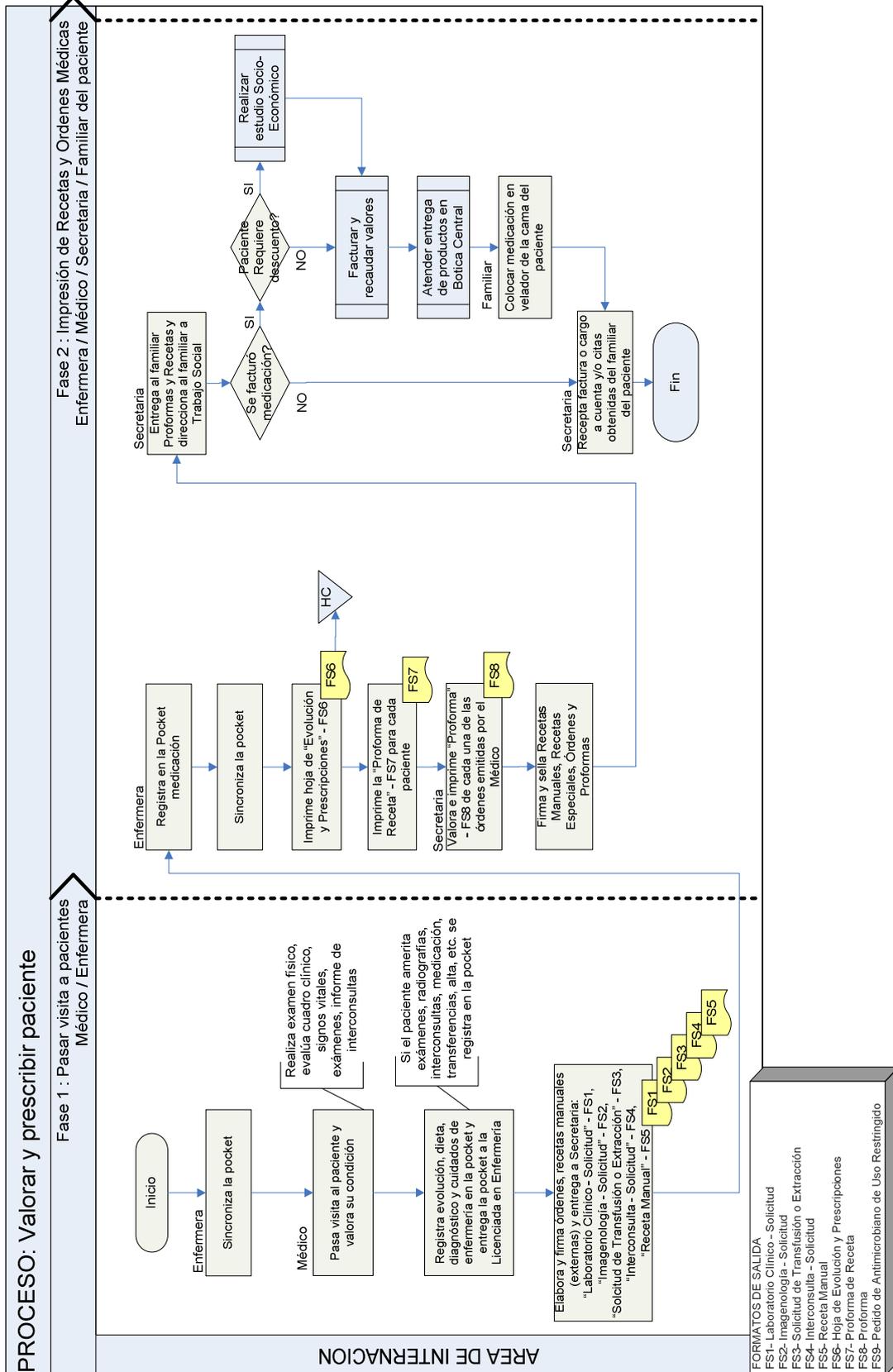
8. Comunica al medico tratante el ingreso del paciente
9. Asigna el número de cama en el sistema

Enfermera

10. Receta medicamentos y otros insumos de parte del paciente
11. Ubica al paciente en la cama asignada y coloca la historia clínica, medicina e insumos en el casillero que corresponda

Gráfico 5.4

Diagrama de Flujo: Valorar y prescribir a paciente



Procedimiento: Valorar y prescribir a paciente

- **Objetivo**

Evaluar el estado clínico del paciente y determinar el tratamiento y cuidados en general que se deberá proporcionársele para que recupere su salud

- **Alcance**

Este procedimiento será aplicado al personal médico del área de internación

- **Limites**

Inicia: Cuando el Médico pasa visita al paciente y valora su condición

Finaliza: Cuando se gestionan las solicitudes médicas

- **Responsabilidades**

Médico.- Responsable de pasar visita al paciente, valorar su condición y evaluar su cuadro clínico basado en el examen físico, signos vitales, exámenes, diagnósticos de interconsultas, etc.

Debe además dictar y/o registrar evolución, dieta, diagnóstico, cuidados de enfermería para el paciente, si el paciente amerita exámenes, radiografías, interconsultas, medicación, transferencias, alta, etc.

Enfermera.- Responsable de registrar la medicación que el Médico recetó para cada paciente, de su administración y cuidados generales mientras el paciente se encuentre dentro del área. Debe imprimir y entregar a la Secretaria la Hoja de Evolución y Prescripción, recetas y Altas que dictó el Médico para su gestión inmediata.

Secretaria.- Responsable de imprimir y hacer sellar y/o firmar las órdenes, interconsultas, recetas manuales y hoja de transferencia

solicitadas por el Médico. Entregar al paciente / familiar las proformas y órdenes y lo direcciona a Trabajo Social y Caja para la obtención de descuentos y pago de proformas.

Familiar/Paciente.- Responsable de gestionar el descuento que le corresponda en Trabajo Social, de pagar las proformas que le haya entregado la Secretaria y entregarle las facturas correspondientes.

- **Procedimiento**

Fase 1: Pasar visita a pacientes

Médico

1. Pasa visita al paciente y valora su condición. Realiza examen físico, evalúa cuadro clínico, signos vitales, exámenes, diagnósticos de interconsultas
2. Registra evolución, dieta, diagnóstico y cuidados de enfermería para el paciente en la pocket. Si el paciente amerita exámenes, radiografías, interconsultas, medicación, alta, etc. se registra en la pocket
3. Entrega la pocket a la Enfermera

Fase 1: Impresión

Enfermera

4. Registra en la Pocket la medicación indicada por el Médico
5. Imprime hoja de Evolución y Prescripción
6. Imprime las solicitudes del médico que pasó visita: Recetas y Altas

Secretaria

7. Valora e imprime ordenes, interconsultas, recetas manuales
8. Entrega al familiar Proformas y Ordenes y direcciona al familiar a Trabajo Social

Familiar del Paciente

9. Si el paciente requiere descuento, se acerca a Trabajo Social para gestionar créditos y/o descuentos

10. Se acerca a Caja para gestionar la facturación y recaudación de valores

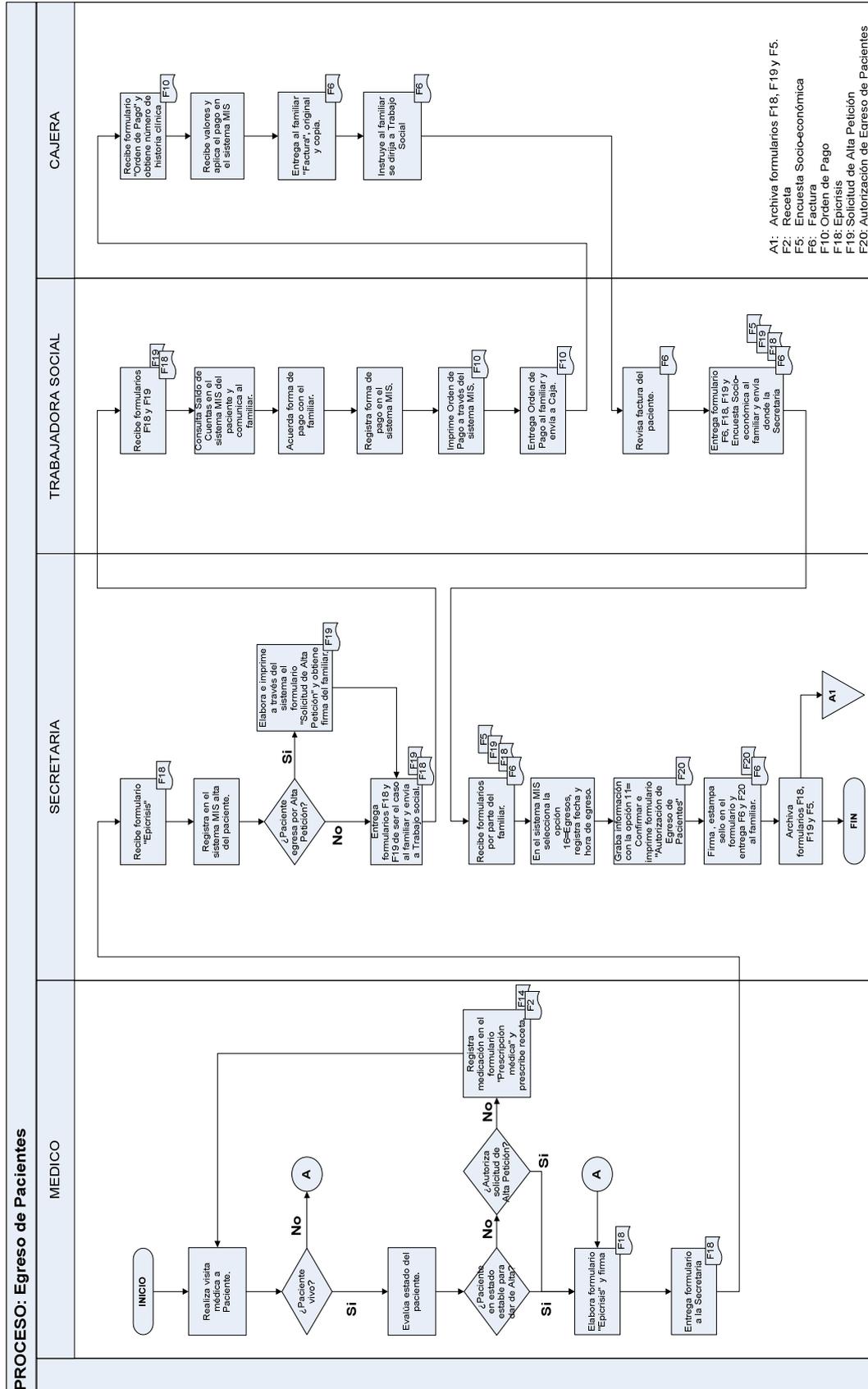
11. Si se facturó medicación, acercarse a Botica Central para la entrega de la medicación y colocarla en el velador de la cama del paciente.

Secretaria

12. Receta factura o cargo a cuenta y/o citas obtenidas del familiar del paciente y ayudar en la gestión de solicitudes médicas

Gráfico 5.5

Diagrama de Flujo: Valorar y prescribir a paciente



Procedimiento: Valorar y prescribir a paciente

- **Objetivo**

Habilitar de manera inmediata la cama al momento en que el paciente egresa del área de internación

- **Alcance**

Este procedimiento será aplicado al personal del área de internación

- **Limites**

Inicia: Cuando el Médico pasa visita al paciente y valora su condición

Finaliza: Cuando se gestiona el egreso del paciente

- **Responsabilidades**

Médico.- Responsable de pasar visita al paciente, valorar su condición y evaluar su cuadro clínico basado en el examen físico, signos vitales, exámenes, diagnósticos de interconsultas y dar de alta.

- **Procedimiento**

Fase 1: Pasar visita a pacientes

Médico

1. Realiza visita médica al paciente en la sala correspondiente.

2. Evalúa estado de salud del paciente.

3. Determina si el paciente se encuentra estable.

- Si no lo está, registra medicación en el formulario "Prescripción Médica" y prescribe "receta". Caso contrario, ir al paso 6.

4. Receta requerimiento verbal de alta petición por parte del paciente/familiar.
5. Evalúa requerimiento del paciente/familiar.
 - Si no está de acuerdo, comunica los motivos de su inconformidad a requerimiento. Visita a otro paciente, ir al paso 1.
6. Elabora formulario “Epicrisis” y firma; y entrega a la Secretaria

Secretaria

7. Recibe formulario de Epicrisis firmado por el Médico Tratante.
8. Registra en el sistema MIS la alta.
9. Verifica el motivo del egreso del paciente.
 - Obtiene firma del paciente/familiar en la Solicitud.
10. Entrega al paciente/familiar los formularios de “Epicrisis”
11. Instruye al paciente / familiar se acerque donde la Trabajadora Social.

Trabajadora Social

12. Recibe del paciente/familiar los formularios de “Epicrisis”
13. Verifica si el paciente mantiene deuda, a través del sistema MIS.
 - Si tiene deuda, comunica al paciente / familiar el valor adeudado y acuerdan forma de pago.
14. Registra forma de pago en el sistema MIS y obtiene impresión de la “Orden de Pago”.

15. Encamina al paciente/familiar hacia la Caja Interna.

Cajera

16. Recibe del paciente / familiar la "Orden de Pago".

17. Recibe valores y aplica el pago en el sistema MIS

18. Obtiene impresión de la "Factura", firma y sella, en original y dos copias.

19. Entrega al paciente/familiar la original y copia, de la Factura.

20. Instruye al paciente / familiar se dirija a la Trabajadora Social.

Trabajadora Social

21. Revisa factura cancelada y entrega la factura, la "Epicrisis"

22. Instruye al paciente / familiar se dirija a la Trabajadora Social.

Secretaria

23. Reciba del paciente/familiar la factura, la "Epicrisis" y la "Solicitud de Alta Petición", según el caso.

24. Registra en el sistema MIS el egreso del paciente

25. Obtiene impresión de la "Autorización de Egreso del Paciente", sella y firma.

26. Entrega al paciente/familiar Factura y la Autorización de Egreso de Pacientes.

Antes de regresar al domicilio el paciente: a los pacientes ingresados en el servicio se les entregará lo siguiente antes de egreso del área de internación junto con las recomendaciones del médico:

- Informe definitivo de alta
- Instrucciones y recomendaciones postoperatorias
- Teléfono de contacto
- Encuesta anónima de satisfacción personal

Después del egreso del nuevo servicio: se realizará un control telefónico del estado de salud del paciente por el tratamiento recibido o del postoperatorio a las 24 horas del egreso mediante las siguientes preguntas:

- **Dolor** → Ninguno – Leve – Moderado – Intenso
- **Herida** → Sangrado – Inflación – Supuración
- **Náuseas / Vómitos** → Si / No
- **Fiebre** → Si / No
- **Grado de Satisfacción** → Bueno – Regular – Malo
- **¿Hubiera preferido quedar ingresado?** → Si / No

La calidad de la atención en salud, es un punto fundamental en el modelo de atención del área de internación, este aspecto de la atención en salud se ha posesionado como tema de alta relevancia dentro de las legítimas exigencias de los usuarios. Brindar servicios de buena calidad es algo primordial para el hospital, por lo que se ha desarrollado un grupo de indicadores para evaluar la calidad de atención en el área de internación, y también tiene como objetivo fomentar la mejoría de la misma a través de la generación de los indicadores de calidad y comparándolos con estándares internacionales óptimos aplicables a nuestra realidad. Los objetivos de utilizar los indicadores son los siguientes:

- Detectar situaciones problemáticas
- Incorporar ciclos de mejorías en los procesos
- Comparaciones internas y en el tiempo
- Comparaciones con otras instituciones de salud

Los indicadores que se deben considerar para medir la calidad del servicio se los muestra en la tabla 5.1.

Tabla 5.1
Indicadores de calidad

INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMULA
Tasa de ingreso	Pacientes programados al nuevo servicio y que fueron ingresados en el hospital por complicaciones	$\frac{\# \text{ Pacientes ingresados}}{\# \text{ Pacientes atendidos en el nuevo servicio}} \times 100$
Tasa de reingreso	Pacientes atendidos en el nuevo servicio y que fueron reingresados al hospital por complicaciones	$\frac{\# \text{ Pacientes reingresados}}{\# \text{ Pacientes atendidos en el nuevo servicio}} \times 100$
Tasa de consultas a Urgencias	Pacientes que acudieron a urgencias una vez atendidos en el nuevo servicio	$\frac{\# \text{ Visitas a Urgencias}}{\# \text{ Pacientes atendidos en el nuevo servicio}} \times 100$
Índice de cancelación de intervención quirúrgica	Porcentaje de pacientes cuya intervención programada fue suspendida por cualquier causa	$\frac{\# \text{ Intervenciones quirúrgicas suspendidas}}{\# \text{ Total de intervenciones realizadas en el nuevo servicio}}$
Tasa de reclamaciones de los usuarios	Pacientes que presentaron reclamos por el servicio recibido	$\frac{\# \text{ Pacientes que reclamaron}}{\# \text{ Pacientes atendidos en el nuevo servicio}} \times 100$

Elaborado por: Autores

5.2 Diseño arquitectónico

El diseño del área de internación se basó del resultado del análisis de la oferta del servicio que se explicó en el punto 4.2 y se seleccionó el área de la Sala San Miguel por contar con mayor accesibilidad, estar cerca de los ascensores, está contigua al pabellón de quirófanos y por contar con un área de esparcimiento para los familiares y los pacientes.

La Sala San Miguel tiene una ocupación del 69% con una capacidad instalada de 40 camas, cuenta con un área de 482 metros cuadrados. Los pacientes de esta sala que pertenecen a Cirugía General, pueden ser redistribuidos a las salas contiguas como las Sala San Aurelio que cuenta con una ocupación del 63%, la sala Santa Cecilia con el 63% de ocupación

y la Sala Santa Teresa con una ocupación del 51% según se presentó en el punto 4.2.

Para el diseño del área de internación, se consideró lo mínimo necesario en las dimensiones de los espacios físicos de acuerdo a estándares internaciones, según estas normas se menciona que las habitaciones de una cama debe tener como mínimo 10 metros cuadrado por cama. Los espacios físicos que se considera en el diseño se los describe a continuación y en el Anexo 3:

- Sala de espera
- Oficinas
- Habitaciones
- Baños de las habitaciones
- Baños del personal
- Baño de la sala de espera
- Área para la ropa limpia
- Área para la ropa sucia
- Estación de enfermería
- Vestidor del personal – Hombres y Mujeres
- Pasillos de circulación para el personal del área de internación
- Pasillos de circulación para el familiar

5.3 Requerimiento de personal

En el requerimiento de personal o la Planeación de Recursos Humanos, es el proceso que nos permite determinar en forma sistemática y científica la provisión y demanda de la fuerza de trabajo necesaria para el funcionamiento del área de internación. Para la cual, una vez definida la cantidad idónea para el funcionamiento del servicio, el departamento de Recursos Humanos podrá planear el reclutamiento, selección, contratación, capacitación, entre otras.

Al contar con la capacidad instalada del “área de internación programada de pacientes con estada no mayor a 12 horas”, siendo esta de 11 camas, se considera los estándares internacionales del personal médico

– técnico para la atención de pacientes. En la tabla 5.2 se muestra la cantidad idónea de personal por el número de camas.

Tabla 5.2
Requerimiento de personal

CARGOS	Norma internacional	Cantidad requerida
Médico	1 cada 5 camas	4
Enfermera	1 cada 8 camas	4
Auxiliar de Enfermería	1 cada 3 camas	3
Personal de Limpieza	1 cada 5 camas	2
Camillero	1 cada 25 camas	1

Fuente: García Servén 1993 - Guía práctica de indicadores de gestión para establecimientos de atención médica

La cantidad requerida de personal está dado en base a los días y horas de trabajo, se considera que el área de internación reciba pacientes desde la Consulta Externa de lunes a viernes desde las 7h00 hasta las 19h00, todas las semanas del mes durante todo el año.

Como otro punto primordial en el cálculo del personal requerido, se necesita Médicos de 6 horas por política de contratación del hospital, Enfermeras de 6 horas de acuerdo a la ley laboral, Auxiliares de Enfermería, Personal de Limpieza y Camillero contratados por 8 horas más 4 horas de sobretiempo, el personal descrito hasta el momento intervienen en el proceso directamente.

Para el buen funcionamiento del área de internación, se requiere contratar personal Administrativo; Secretaria de 8 horas más 4 horas de sobretiempo y un Asistente Administrativo de 8 horas más 4 horas de sobretiempo.

En base a lo descrito en los párrafos anteriores, se cubre las 12 horas de trabajo en la nueva área de internación. En la tabla 5.3 se presenta el detalle del personal requerido.

Tabla 5.3
Personal requerido para el área de internación

Cargos	Horas De Trabajo	Cantidad	Sueldo Base por mes	Horas De Sobretiempo	Recargo 50%	Sueldo por mes + beneficio social	Sueldo Total por mes
MANO DE OBRA DIRECTA							
Médico	6	4	\$ 774	0	\$ -	\$ 775	\$ 3.100
Enfermera	6	4	\$ 500	0	\$ -	\$ 500	\$ 2.000
Auxiliar de Enfermería	8 + 4hrs de sobretiempo	3	\$ 320	80	\$ 159	\$ 480	\$ 1.440
Camillero	8 + 4hrs de sobretiempo	1	\$ 240	80	\$ 120	\$ 360	\$ 360
\$ 6.900							
GASTOS DE PERSONAL INDIRECTO							
Personal de Limpieza	8 + 4hrs de sobretiempo	2	\$ 240	80	\$ 120	\$ 360	\$ 720
Secretaria	8 + 4hrs de sobretiempo	1	\$ 275	80	\$ 137	\$ 413	\$ 413
Asistente Administrativo	8 + 4hrs de sobretiempo	1	\$ 450	80	\$ 225	\$ 675	\$ 675
TOTAL A PAGAR							\$ 1.808

Fuente: Dirección de Desarrollo Humano

5.4 Equipamiento

El diseño del área de internación especifica una capacidad instalada de 11 habitaciones para la atención de pacientes, cada habitación con los respectivos mobiliarios, baños independientes, sala de espera para los familiares, estación de enfermería, baños para el personal, sala de estar para el personal del área, oficina de los Médicos, oficina de la Secretaria, oficina del Asistente Administrativo.

Las áreas mencionadas cumplen con las normas internacionales con respecto a sus dimensiones, para lo cual, cada una de ellas, necesita mobiliarios y equipos (ver tabla 5.4) para la mejor atención de calidad para los pacientes que serán derivados desde la Consulta Externa al área de internación.

Tabla 5.4
Requerimiento de Equipos y Mobiliarios por áreas del servicio

Descripción del Artículo	Áreas del servicio			
	Habitaciones	Sala de Espera	Estación de Enfermería	Oficina
Cama Eléctrica sin tope Marca: Invacare, Modelo 5490	x			
Camillas Post Operatorio C/Porta-Suero			x	
Lámpara de Cabecera Fluorescente C/Blanco	x			
Sofá De Espera		x		
Colchones Normales Antiescaras con Bomba Alterna. Marca Graham Field/Aquaterm	x			
Mesa de alimentación (Mesa de Mayo)	x			
Teléfono Digital Blanco	x			
Dispensador de Jabón Líquido Ace/Inox.	x	x	x	
Silla De Ruedas			x	
Tacho De Basura	x	x	x	x
Porta Suero 4 Garruchas	x			
Silla Brazo-Asiento-Espaldar: Corosil	x			
Silla Secretaria Roma C/Brazos			x	x
Surtidor De Agua Pedestal		x		
Velador 1 Cajón Central 4 Garruchas	x			
Carro De Curación C/4 Ruedas			x	
Gradillas De 2 Niveles			x	
Linternas De Pilas Para Pupilas.			x	
Computadores			x	x
Bomba de Infusión	x			
Tensiómetro Aneroides de Pared			x	
Set de Diagnóstico			x	
Negatoscopio de 4 Cuerpos, Marca: Maxant			x	
Desfibrilador TEC-5521, Marca Nihon Kohden			x	
Set De Laringoscopio WELCH ALLYN, Modelo: CIDA/ 68696			x	
Electrocardiógrafo ECG-9620, Marca Nihon Khoden			x	
Ambú			x	
Tanque de Oxígeno Portátil			x	
Refrigeradora Durex 12 Pies, RDE 7115 YBE2			x	
Carpeta Metálica Para Historias Clínicas			x	
Pulsioxímetro, LCD Display Spo2 Wave Form, 3 Lead ECG			x	
Manómetro con Fluómetro. Para tanque Oxígeno			x	
Reguladores de Succión (Oxígeno), Doble Cabezal, HUDSON, Modelo 2600			x	
Monitor Signos Vitales (ECG, RESP, Spo2, TEMP)			x	

Elaborado por: Autores

Una vez identificados los equipos y mobiliario que se requieren para el área de internación, en la tabla 5.5 se detallan la cantidad que se necesita con sus respectivos valores unitarios y totales:

Tabla 5.5
Requerimiento de Equipos y Mobiliarios por áreas del servicio

Descripción del Artículo	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
Mobiliario			
Cama Eléctrica sin tope Marca: Invacare, Modelo 5490	11	\$ 500,00	\$ 5.500,00
Camillas Post Operatorio C/Porta-Suero	1	\$ 3.737,33	\$ 3.737,33
Lámpara de Cabecera Fluorescente C/Blanco	11	\$ 199,43	\$ 2.193,68
Sofá De Espera	4	\$ 358,95	\$ 1.435,80
Colchones Normales Antiescaras con Bomba Altern. Marca Graham Field/Aquaterm	11	\$ 125,00	\$ 1.375,00
Mesa de alimentación (Mesa de Mayo)	11	\$ 111,00	\$ 1.221,00
Teléfono Digital Blanco	11	\$ 99,72	\$ 1.096,92
Dispensador de Jabón Líquido Ace/Inox.	14	\$ 73,58	\$ 1.030,05
Silla De Ruedas	2	\$ 498,54	\$ 997,08
Tacho De Basura	30	\$ 29,93	\$ 897,75
Porta Suero 4 Garruchas	11	\$ 49,86	\$ 548,46
Silla Brazo-Asiento-Espaldar: Corosil	11	\$ 39,89	\$ 438,74
Silla Secretaria Roma C/Brazos	3	\$ 127,40	\$ 382,20
Surtidor De Agua Pedestal	1	\$ 371,25	\$ 371,25
Velador 1 Cajón Central 4 Garruchas	11	\$ 29,93	\$ 329,18
Carro De Curación C/4 Ruedas	1	\$ 189,00	\$ 189,00
Gradillas De 2 Niveles	2	\$ 51,00	\$ 102,00
Linternas De Pilas Para Pupilas.	2	\$ 25,00	\$ 50,00
Sub- Total De Mobiliarios	148		\$ 21.895,43
Equipos			
Computadores	4	\$ 700,00	\$ 2.800,00
Bomba de Infusión	11	\$ 325,00	\$ 3.575,00
Tensiómetro Aneroides de Pared	2	\$ 190,00	\$ 380,00
Set de Diagnóstico	1	\$ 245,00	\$ 245,00
Negatoscopio de 4 Cuerpos, Marca: Maxant	1	\$ 420,00	\$ 420,00
Desfibrilador TEC-5521, Marca Nihon Kohden	1	\$ 4.500,00	\$ 4.500,00
Set De Laringoscopio WELCH ALLYN, Modelo: CIDA/ 68696	1	\$ 630,00	\$ 630,00
Electrocardiógrafo ECG-9620, Marca Nihon Khoden	1	\$ 1.200,00	\$ 1.200,00
Ambú	1	\$ 245,00	\$ 245,00
Tanque de Oxígeno Portátil	1	\$ 297,00	\$ 297,00
Refrigeradora Durex 12 Pies, RDE 7115 YBE2	1	\$ 418,00	\$ 418,00
Carpeta Metálica Para Historias Clínicas	11	\$ 30,00	\$ 330,00
Pulsioxímetro, LCD Display Spo2 Wave Form, 3 Lead ECG	1	\$ 1.485,00	\$ 1.485,00
Manómetro con Fluómetro. Para tanque Oxígeno	7	\$ 255,00	\$ 1.785,00
Reguladores de Succión (Oxígeno), Doble Cabezal, HUDSON, Modelo 2600	7	\$ 60,00	\$ 420,00
Monitor Signos Vitales (ECG, RESP, Spo2, TEMP)	2	\$ 4.200,00	\$ 8.400,00
Sub- Total de Equipos	53		\$ 27.130,00
PRESUPUESTO TOTAL			\$ 49.025,43

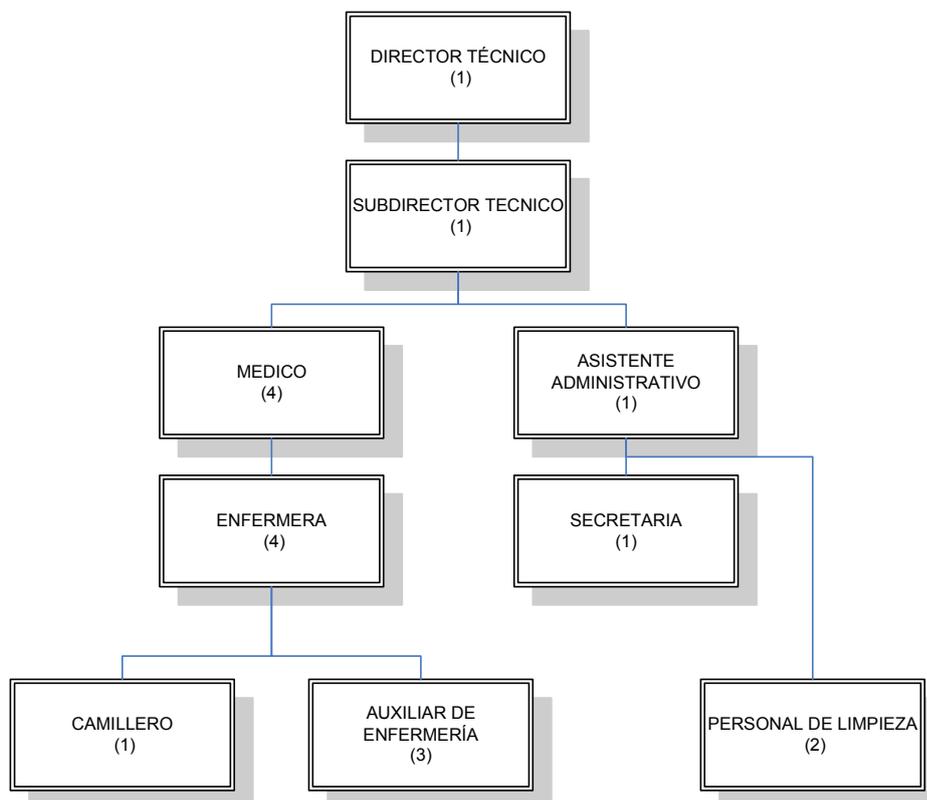
Elaborado por: Autores

5.5 Estructura organizacional

El organigrama del área de internación, representa la distribución oficial de los puestos de trabajo, en modelos de relaciones laborales, que coordinan las actividades de muchos cargos entre sí. Para tener una idea general de la organización, en lo que corresponde a los distintos niveles jerárquicos y el sistema de comunicación dentro del área de internación y el hospital, se representa esta estructura en el Gráfico 5.6 en el que se identifica al Director Técnico como la autoridad máxima del área de internación.

Para el buen funcionamiento del área de internación se establecieron con claridad responsabilidades y obligaciones para cada uno de los cargos requeridos. La descripción de las funciones servirá para saber el tipo de persona a reclutar, según sus responsabilidades y tareas a desempeñar en base a las habilidades, capacidades y conocimiento de cada colaborador. Las funciones que se describen a continuación, obedece a los procesos diseñados en el punto 5.1.

Gráfico 5.6
Organigrama del área de internación



Director Técnico.-

- Dirigir el área de internación

Subdirector Técnico.-

- Implementar las directrices del Director Técnico
- Supervisar las actividades del área de Internación

Médico.-

- Pasar visita al paciente
- Valorar su condición de salud
- Evaluar cuadro clínico basado en el examen físico, signos vitales, exámenes, diagnósticos de interconsultas, etc.
- Debe dictar y/o registrar evolución, dieta, diagnóstico, cuidados de enfermería para el paciente, si el paciente amerita exámenes, radiografías, interconsultas, medicación, alta, etc.
- Explicar a la familia el estado del paciente
- Llenar y firmar la "Hoja de Epicrisis", donde se indica el diagnóstico definitivo, secundarios, causas externas; y de indicar a Enfermera y Secretaria la medicación necesaria después del Egreso y si el paciente debe o no solicitar cita en Consulta Externa para cualquier curación menor o seguimiento médico

Enfermera.-

- Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua, respetando sus valores, costumbres y creencias
- Valorar la información recogida en la Historia Clínica para realizar acciones de enfermería
- Pasar visita con los médicos
- Registrar la medicación que el Médico recetó para cada paciente
- Administrar medicación a los pacientes
- Brindar cuidados generales mientras el paciente se encuentre dentro del área de internación
- Revisar que los sueros estén pasando correctamente
- Supervisar las tareas asignadas al personal Auxiliar de Enfermería
- Utilizar el sistema informático adecuadamente
- Preparar al paciente para su Egreso

Auxiliar de Enfermería.-

- Hacer las camas de los enfermos, excepto cuando por su estado le corresponda a la Enfermera, ayudando a los mismos en este caso
- Realizar el aseo y limpieza de los enfermos
- Dar la comida a los enfermos que no puedan hacerlo por sí mismos, salvo en aquellos casos que requieran cuidados especiales
- Colaborar con la Enfermera en el cuidado del paciente
- Clasificar y ordenar las lencerías de planta a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavadero y planta, presenciando la clasificación y recuento de las mismas, que se realizarán por el personal del lavadero
- Controlar inventarios de equipos
- Registrar las prestaciones e insumos utilizadas por el paciente
- Entregar turno informando el estado de los pacientes

Secretaria Médica.-

- Imprimir y hacer sellar y/o firmar las órdenes, interconsultas, recetas manuales y hoja de transferencia solicitadas por el Médico
- Entregar al paciente / familiar las pro-formas y órdenes de exámenes
- Digitar en el sistema informático el Alta del Paciente y el diagnóstico definitivo indicado por el Médico
- Arreglar los documentos de la Historia Clínica del paciente, adicionar la Hoja de "Epicrisis" y enviar la HC completa al Departamento de Archivo Clínico y Estadística para su archivo
- Instruir al familiar la gestión para la cita en Consulta Externa en la fecha indicada por el Médico

Camillero.-

- Trasladar al paciente a las áreas de servicios que corresponda al interior del hospital

Asistente Administrativo.-

- Controlar el consumo de medicinas e insumos de los pacientes
- Elaborar reportes de las actividades del personal
- Coordinar las actividades de trabajo en el área de internación
- Controlar la asistencia del personal
- Vigilar la calidad de atención del área de internación

5.6 Costo – Beneficio de la implementación

El análisis Costo – Beneficio permite medir el impacto financiero de la implementación del “Área de internación programada de pacientes con estada no mayor a 12 horas” en la organización, para lo cual se detallan los pasos a seguir para el respectivo análisis:

1. Determinar los factores importantes relacionados con la producción del servicio
2. Determinar los ingresos por el servicio y del ahorro por los días de estadía que se evitarían al implementar el nuevo servicio
3. Determinar los costos relacionados con el servicio propuesto
4. Determinar el Flujo Neto Acumulado de caja
5. Calcular el Valor Actual Neto (VAN) y la Tasa Interna de Retorno (TIR)

Para los criterios de aceptación del proyecto el Valor Actual Neto - VAN tiene que ser mayor o igual que 0. Con respecto a la Tasa Interna de Retorno - TIR, para dar por aceptado el proyecto, la TIR tiene que ser mayor o igual que la Tasa Mínima Aceptable de Rendimiento – TMAR. Desarrollando el primer punto para el análisis, se consideran los indicadores de costos de producción estándar por pacientes en el hospital para el mes de septiembre del 2010 proporcionado por la Dirección Financiera de la Junta de Beneficencia de Guayaquil y que se presentan en la tabla 5.6.

Tabla 5.6
Costos por producción

COSTOS	Costos por paciente por mes (Septiembre – 2010)
Costo por día cama	\$ 27,51
Materia Prima	\$ 4,18
Materiales e insumos	\$ 0,67
Costos Fijos (servicios públicos)	\$ 1,77
Costos Variables (comida – lavandería)	\$ 4,27

Fuente: Dirección Financiera

En el segundo punto a desarrollar para el análisis financiero, se procedió a determinar los posibles ingresos o beneficios cuantificables de la propuesta de la tesis, para lo cual en el punto 4.1 se determinó que el 36% de todas las solicitudes de ingresos a hospitalización con una estadía de 3 días promedio, serían los posibles demandantes del servicio propuesto reduciendo estos días de estadía a 12 horas como máximo y representando una reducción en los costos de 2 días de hospitalización. Referente a los ingresos del servicio, se considera un margen de contribución por el servicio de hotelería del 10% sobre los costos totales (egresos operativos). Siendo la fórmula: ***Ingreso del Servicio = Egresos Operativos / (1 – Margen de contribución %)***.

El crecimiento de la cantidad de pacientes en el servicio, se considera para el primer año la atención de 6 pacientes diarios en base a lo determinado en el análisis de la demanda en el punto 4.1, para el segundo año se considera un incremento del 48% ofreciendo una atención de 9 pacientes diarios y para los otros años se incrementa la atención en 1% anual según se lo describe en la tabla 4.4.

Para la variación de los costos por año se considera el indicador estándar manejado por la Dirección Financiera de la Junta de Beneficencia que es el 5% anual en promedio. En la tabla 5.7 siguiente se presenta la variación de los precios por paciente considerando la variación del 5%:

Tabla 5.7
Variación de Costos por años

Años	Costo por día cama	Costo materia prima por paciente	Costo materiales insumos por paciente	Costos indirectos Fijos	Costos indirectos Variables
Año 1	\$ 27,51	\$ 4,18	\$ 0,67	\$ 1,77	\$ 4,27
Año 2	\$ 28,89	\$ 4,39	\$ 0,70	\$ 1,86	\$ 4,48
Año 3	\$ 30,33	\$ 4,61	\$ 0,74	\$ 1,95	\$ 4,71
Año 4	\$ 31,85	\$ 4,84	\$ 0,78	\$ 2,05	\$ 4,94
Año 5	\$ 33,44	\$ 5,08	\$ 0,81	\$ 2,15	\$ 5,19

Fuente: Dirección Financiera

Respecto a la mano de obra directa relacionada a la producción y a gastos de personal indirectos (ver punto 5.3), se considera la variación de los sueldos por año en base a la media de la inflación del año 2008 y año 2009 según el Banco Central quedando la media en 6.4% anual. A continuación se presenta la tabla 5.8 con la variación de los sueldos:

Tabla 5.8
Variación de sueldos por años

Pacientes atendidos	Mano de Obra Directa	Gastos de Personal Indirecto
Año 1	\$ 82.800,00	\$ 21.696
Año 2	\$ 88.099,20	\$ 23.085
Año 3	\$ 93.737,55	\$ 24.562
Año 4	\$ 99.736,75	\$ 26.134
Año 5	\$ 106.119,90	\$ 27.806

Elaborado por: Autores

Con los datos mencionados anteriormente se procedió a elaborar el Flujo de caja de la propuesta de negocio proyectándole para 5 años debido que la mayoría de los Equipos se deprecian en 3 años, los Mobiliarios en 10 años y sacando la media de estos tiempo nos da 6 años pero como en los libros contables se proyecta en 5 años, se considera el tiempo mencionado inicialmente para el desarrollo de esta tesis.

Referente a la remodelación en la infraestructura física, se considera que se deprecia en 20 años el valor total de las adecuaciones física. Se consideró una inversión inicial de remodelación física de \$ 152.500 y en adquisición de equipos - mobiliario \$ 49.025,43 teniendo los detalles en el punto 5.2 y 5.4. A continuación se presenta el flujo de caja en la tabla 5.9 y el Flujo Neto de Caja en la tabla 5.10.

Para el cálculo del VAN (Valor Actual Neto), se utilizó como Tasa Mínima Aceptable de Rendimiento – TMAR, la tasa pasiva del Banco Central 4,25% desde el mes de Septiembre del 2009 a septiembre del 2010, esta tasa es manejada por la Dirección Financiera de la Junta de Beneficencia de Guayaquil para la evaluación financiera de los proyectos que se ejecutan al interior de las dependencias.

Tabla 5.9
Flujo de Caja

DESCRIPCIÓN	Año 0	2011	2012	2013	2014	2015
Ingresos		\$ 222.424,75	\$290.988,47	\$309.025,65	\$ 328.181,76	\$348.526,25
Ingresos del servicio		\$ 135.273,07	\$153.724,57	\$163.457,29	\$ 173.806,51	\$184.811,30
Margen de contribución		10%	10%	10%	10%	10%
Costo por día cama nuevo servicio		\$ 76,86	\$ 58,23	\$ 61,30	\$ 64,54	\$ 67,95
Ingresos x ahorro		\$ 87.151,68	\$137.263,90	\$145.568,36	\$ 154.375,25	\$163.714,95
Costo por día cama actual		\$ 27,51	\$ 28,89	\$ 30,33	\$ 31,85	\$ 33,44
Pacientes atendidos		1584	2376	2400	2424	2448
2 días de estadía (ahorro)		2	2	2	2	2
Egresos operativos		\$ 121.745,76	\$138.352,12	\$147.111,56	\$ 156.425,86	\$166.330,17
Costo variable		\$ 6.621,12	\$ 10.428,26	\$ 11.059,17	\$ 11.728,25	\$ 12.437,81
Materia prima (medicinas)		\$ 6.621,12	\$ 10.428,26	\$ 11.059,17	\$ 11.728,25	\$12.437,81
Costo Fijo		\$ 83.861,28	\$ 89.770,72	\$ 95.510,19	\$ 101.616,64	\$108.113,52
Mano de obra directa		\$ 82.800,00	\$ 88.099,20	\$ 93.737,55	\$ 99.736,75	\$106.119,90
Materiales e insumos (alcohol, algodón)		\$ 1.061,28	\$ 1.671,52	\$ 1.772,64	\$ 1.879,89	\$ 1.993,62
Costos indirectos		\$ 9.567,36	\$ 15.068,59	\$ 15.980,24	\$ 16.947,05	\$ 17.972,34
Fijos (Servicios públicos)		\$ 2.803,68	\$ 4.415,80	\$ 4.682,95	\$ 4.966,27	\$ 5.266,73
Variables (comida, lavandería)		\$ 6.763,68	\$ 10.652,80	\$ 11.297,29	\$ 11.980,78	\$12.705,61
Gastos de personal indirecto		\$ 21.696,00	\$ 23.084,54	\$ 24.561,95	\$ 26.133,92	\$ 27.806,49
Flujo neto operativo		\$ 100.678,99	\$152.636,35	\$161.914,09	\$ 171.755,90	\$182.196,08
Ingresos No Operativos		\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$126.519,73
Valor de Salvamento		\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$126.519,73
Remodelación						\$114.375,00
Equipos y Mobiliario						\$ 12.144,73
Egresos No Operativos	\$ 201.525,43					
Inversión Equipos y Adecuaciones	\$ 201.525,43					
Remodelación	\$ 152.500,00					
Equipos y Mobiliario	\$ 49.025,43					
Flujo neto no operativo	\$ -201.525,43	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$126.519,73
Flujo Neto de Caja	\$ -201.525,43	\$ 100.678,99	\$152.636,35	\$161.914,09	\$ 171.755,90	\$308.715,81
Flujo Neto Acumulado de Caja	\$ -201.525,43	\$ -100.846,44	\$ 51.789,91	\$213.704,00	\$ 385.459,90	\$694.175,71

Elaborado por: Autores

Tabla 5.10
Flujo Neto de Caja

Año	Inversión Inicial	Flujo de fondos	Flujo neto de caja
0	\$ -201.525,43		\$ -201.525,43
1		\$ 100.678,99	\$ 100.678,99
2		\$152.636,35	\$152.636,35
3		\$161.914,09	\$161.914,09
4		\$ 171.755,90	\$ 171.755,90
5		\$308.715,81	\$308.715,81

Elaborado por: Autores

Con estos datos, aplicando la siguiente formula del VAN:

$$VAN = - IO + \sum_{n=1}^N FC / (1+Tmar)^n$$

VAN = valor actual neto

IO = valor del desembolso inicial

FC= representa los flujos de caja

Tmar= Tasa Mínima Aceptable de Rendimiento

N= número de periodo

Como resultado obtenemos que el **VAN = \$ 1.029.633,48** siendo mayor a cero con lo cual podemos concluir que el proyecto es rentable. Para el cálculo de la TIR, en la fórmula anterior se iguala la ecuación del VAN a 0 y despejando de la ecuación la incógnita i que sería la TIR, nos da como resultado **i = TIR = 47,70%**, siendo esta mayor que el **TMAR = 4,25%**, con este resultado podemos concluir que la inversión es aconsejable.

Para el cálculo del Periodo de Recuperación de la Inversión - PRC, se utilizó la siguiente fórmula y se obtuvieron los datos para el cálculo de la tabla 5.11.

$$PRC= N-1+ ((FA)_{n-1} / F_n$$

N = año en que el flujo acumulado cambia de signo

(FA)_{n-1} = flujo de efectivo acumulado en el año previo a N

F_n = flujo neto de efectivo en el año N

Tabla 5.11

Flujos neto Acumulado de Caja

Año	Flujos netos de caja	Flujos neto acumulado de caja
0	\$ -201.525,43	\$ -201.525,43
1	\$ 100.678,99	\$ -100.846,44
2	\$152.636,35	\$ 51.789,91
3	\$161.914,09	\$213.704,00
4	\$ 171.755,90	\$ 385.459,90
5	\$308.715,81	\$694.175,71

Elaborado por: Autores

Reemplazando los datos en la fórmula del PRC: **PRC = 2 - 1 + (\$ -100.846,44 / \$152.636,35)**, se obtiene que el periodo de recuperación de la inversión es **PRC = 1,66**, es decir en 1 año 7 meses aproximadamente se recuperaría la inversión.

Al realizar el análisis económico proyectado 5 años, siempre hay un elemento de incertidumbre asociado a las alternativas que se estudian y es precisamente esa falta de certeza lo que hace que la toma de decisiones sea bastante difícil, con el objeto de facilitar la toma de decisiones en el hospital, se puede efectuar un análisis de sensibilidad, el cual indicará las variables que más afectan el resultado económico del proyecto y cuales son las variables que tienen poca incidencia en el resultado final.

La sensibilidad se realiza con la variación del +/- 20% con respecto a los parámetros más inciertos que se determinen; por ejemplo, se tiene una incertidumbre con respecto al precio de venta del servicio que se proyecta crear, es importante determinar que tan sensible es la Tasa Interna de Retorno (TIR) con respecto al precio de venta. Para un mejor análisis se determinan cuatro variables para este análisis los que se describen a continuación y se presenta el análisis en la tabla 5.12:

- Pacientes atendidos
- Egresos operativos
- Ingresos del servicio
- Ingresos no operativos

Tabla 5.12
Análisis de Sensibilidad

	Año	Pacientes atendidos	Egresos operativos	Ingresos del servicio	Ingresos no operativos
ACTUAL	2011	1584	\$ 121.745,76	\$ 135.273,07	\$ -
	2012	2376	\$ 138.352,12	\$ 153.724,57	\$ -
	2013	2400	\$ 147.111,56	\$ 163.457,29	\$ -
	2014	2424	\$ 156.425,86	\$ 173.806,51	\$ -
	2015	2448	\$ 166.330,17	\$ 184.811,30	\$ 126.519,73
TIR			47,70%		
+ 20%	2011	1901	\$ 146.094,91	\$ 162.327,68	\$ -
	2012	2851	\$ 166.022,54	\$ 184.469,49	\$ -
	2013	2880	\$ 176.533,87	\$ 196.148,75	\$ -
	2014	2909	\$ 187.711,03	\$ 208.567,81	\$ -
	2015	2938	\$ 199.596,21	\$ 221.773,56	\$ 151.823,67
TIR		61,79%	49,51%	65,12%	48,23%
- 20%	2011	1267	\$ 97.396,61	\$ 108.218,45	\$ -
	2012	1901	\$ 110.681,69	\$ 122.979,66	\$ -
	2013	1920	\$ 117.689,25	\$ 130.765,83	\$ -
	2014	1939	\$ 125.140,69	\$ 139.045,21	\$ -
	2015	1958	\$ 133.064,14	\$ 147.849,04	\$ 101.215,78
TIR		32,21%	45,88%	28,57%	47,16%
Sensibilidad		2	3	1	4

Elaborado por: Autores

En la realización del análisis se aplicó el **Ceteris Paribus**, mientras se modifica una variable las otras variables permanecen constantes. Producto del análisis de sensibilidad realizadas a las variables descritas anteriormente (ver tabla 5.13), se obtuvo que la variable de mayor sensibilidad son los Ingresos del servicio que incide en el resultado económico del proyecto, seguido por los Pacientes atendidos, en tercer lugar Egresos Operativos y como último Ingresos no Operativos.

Tabla 5.13
Orden de Sensibilidad

VARIABLES	Orden de sensibilidad
Ingresos del servicio	1
Pacientes atendidos	2
Egresos operativos	3
Ingresos no operativos	4

Elaborado por: Autores

Beneficios cualitativos:

- Disminuye la posibilidad de contraer alguna infección nosocomial, propia del régimen hospitalario, al estar poco tiempo en el hospital
- Evitar la hospitalización para los usuarios
- Reintegrarse rápidamente a su domicilio (el mismo día) y no alterar de esta forma innecesariamente su convivencia habitual y la del resto de su familia
- Mayor motivación para el profesional médico y un mayor índice de satisfacción a la vista del resultado final del producto sanitario que se ofrece
- Mayor relación directa con el paciente por parte de todos los profesionales sanitarios y esta característica es fundamental en una época en la que parece que la Medicina es más técnica pero también más deshumanizada

Otros beneficios cuantitativos:

- Mayor disponibilidad de camas hospitalarias
- Disminución de costos hospitalarios

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

- Del diagnóstico de los tratamientos clínicos ambulatorios y control post-cirugía como objetivo específico de la tesis, se puede indicar que del 100% de las solicitudes de ingresos generadas en la Consulta Externa, el 36% de estas solicitudes se identificaron como los tratamientos clínicos y quirúrgicos que se puede ofertar en el servicio.
- Del análisis de la demanda de atención, objeto de estudio de la tesis, en base a los tratamientos clínicos y quirúrgicos identificados, se puede concluir que existiría una demanda promedio mensual de 116 pacientes y 6 pacientes diarios para el primer año, en el segundo año se proyecta la atención a 9 pacientes diarios por el incremento de pacientes que se proyecta en el año 2010 en la Consulta Externa por la implementación de proyecto con el IESS.
- Del análisis de la oferta del hospital se determinó el lugar del área de internación y el diseño del modelo de atención, objeto de estudio de esta tesis, siendo la Sala San Miguel en el Hospital Luis Vernaza como el lugar más idóneo por cumplir parámetros de accesibilidad a pasillos y ascensores, espacio y cercanía al pabellón de quirófanos.
- Con el análisis costo – beneficio del área de internación establecido como objetivo específico, se puede concluir que el proyecto es rentable siendo el VAN (Valor Actual Neto) mayor a 0. Con respecto a la Tasa interna de retorno como resultado se obtuvo TIR = 47,70%, siendo esta mayor a TMAR = 4,25%, por lo cual concluimos que la inversión es aconsejable.

Recomendaciones:

- Debe facilitarse al paciente información por escrito de las instrucciones previas al ingreso, acceso a la unidad hospitalaria y al servicio, instrucciones para el post-tratamiento, estancia del paciente, instrucciones para el cuidador y acompañantes en la unidad, directrices post-alta adaptadas a cada tratamiento.

- La información debe cubrir todas las incidencias que el paciente pueda sufrir en su domicilio o alojamiento, y tiene que ir acompañada de la medicación y/o cuidados que se deben administrar, así como de un teléfono de contacto para resolver cualquier duda.
- El hospital debería trabajar en la elaboración de las guías, vías o protocolos de práctica clínica, procedimientos escritos de ensayos clínicos, protocolos que garanticen la seguridad, confidencialidad y el acceso legal a los datos de los pacientes.
- Se debería implementar un sistema para la obtención de las reclamaciones y sugerencias en el área de internación, designado responsables para su tabulación y la implementación de las propuestas de mejora.
- Ofrecer por escrito respuesta a las reclamaciones o sugerencias mencionadas por los pacientes o familiares.
- La lista de precios debe estar visible y de fácil acceso a los pacientes – familiares.
- Garantizar, por parte del hospital, el derecho al acceso a estos documentos a los pacientes o personas vinculadas.

BIBLIOGRAFIA

- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Ecuador: Asamblea Constituyente. Recuperado de: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Belamaric, Rafael. (2004). *Nuevas formas organizativas*. Cuba: Instituto de Estudios e Investigación del Trabajo.
- Delgado, Osvaldo. (2004). *Hospital del Día y Clínica de los Bordes*. Recuperado de: <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=5632>
- Díaz, Joaquín. (2009). *Hospitales de día - Objetivos y funcionamiento*. Recuperado de: <http://www.paidopsiquiatria.com/asistencia/hd.pdf>
- Explored. (1995). *Se inaugura hospital municipal*. Quito: Explored. Recuperado de: <http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/se-inaugura-hospital-municipal-21527-21527.html>
- Ferrer, José Vicente. (2002). *Guía de actuación en Cirugía Mayor Ambulatoria*. Valencia: Conselleria de Sanitat. Primera edición
- García, Servén. José. (1993). *Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Médica*. Caracas: Universidad del Zulia. Segunda edición.
- Guerrien, Bernard. (1998). *La Microeconomía*. Medellín: Universidad Nacional de Colombia.
- Hospital Donostia. (2011). *Guía del paciente. Hospital del Día Oncológico*. Donostia: Unidad de Comunicación Hospital Donostia
- Hospital de Clínicas Pichincha. (s.f.). *Hospital del Día*. Quito: Hospital de Clínicas Pichincha. Recuperado de: <http://www.hcp.com.ec>
- Hospital de los Valles. (s.f.). *Hospital del Día. Quito*. Hospital de los Valles. Recuperado de: <http://www.hospitaldelosvalles.com/SerHospDia.html>
- Hospital Luis Vernaza. (2005). *Planeación Estratégica*. Guayaquil: Hospital Luis Vernaza. Primera Edición
- Hospital Metropolitano. (s.f.). *Hospital del Día*. Quito: Hospital Metropolitano. Recuperado de: <http://www.hospitalmetropolitano.org>
- Jones, Gareth y George, Jennifer. (2006). *Administración Contemporánea*. México: McGraw-Hill Interamericana. Cuarta Edición.
- Kaplan, Robert y Norton, David. (2008). *The Execution Premium*. España: Deusto. Primera Edición.
- León, Carlos. (2007). *Evaluación de Inversiones*. Chiclayo: USAT-Escuela de Economía.
- Martínez, Carlos. (2009). *Cirugía Mayor Ambulatoria. Concepto y Evolución*. Madrid: Universidad Complutense.

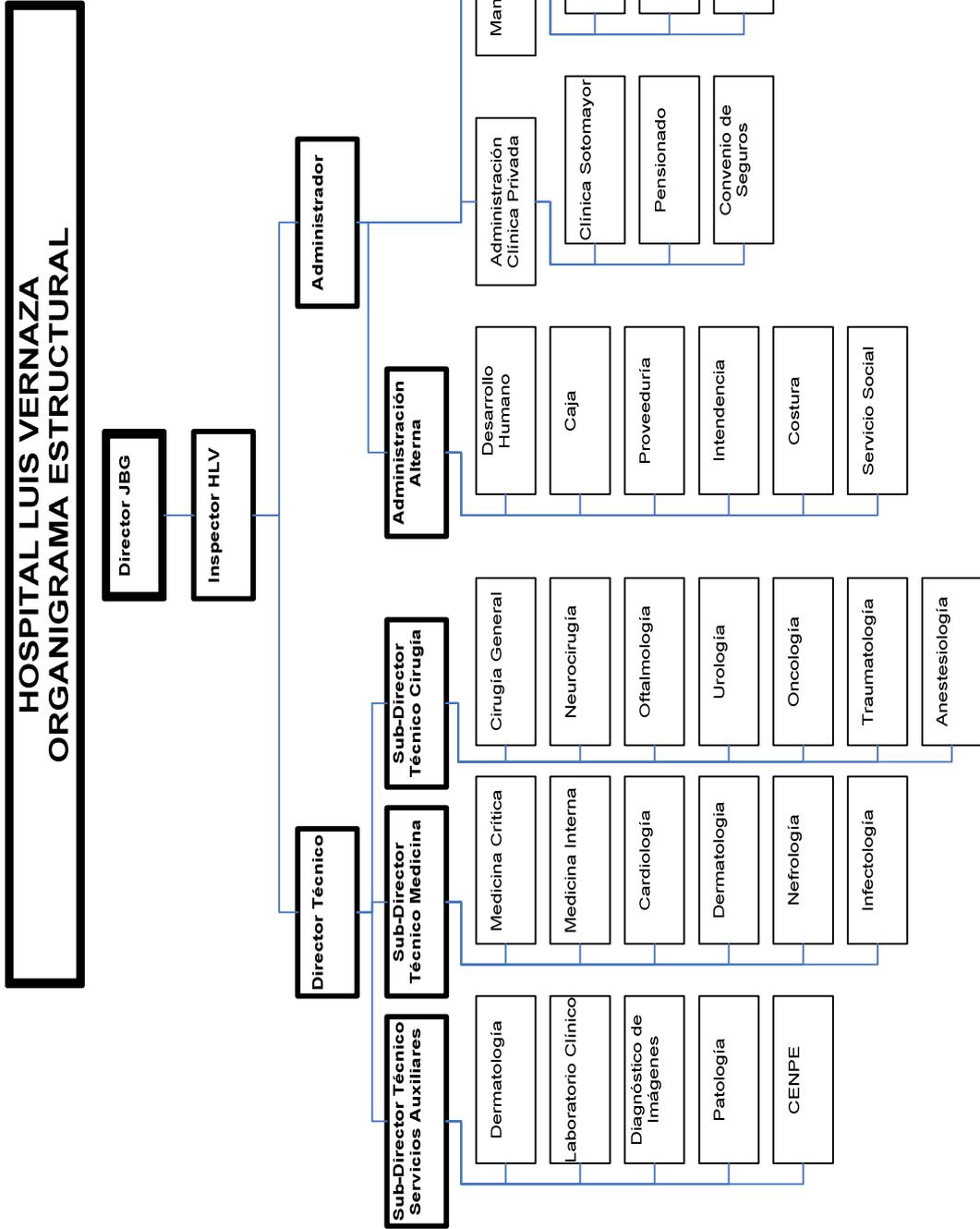
- Matute, Freddy. (2006). *Estadística Aplicada a la Administración Centros Hospitalarios*. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Segunda Edición.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Unidad de Hospital de Día*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones Paseo del Prado.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1998). *El Hospital del día en la atención de los pacientes con infección por VIH/SIDA*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones Paseo del Prado.
- Municipio de Guayaquil. (s.f.). *Hospitales de Día*. Guayaquil: Municipio de Guayaquil. Recuperado de: <http://www.guayaquil.gov.ec>
- Olivos, P. y Gomberoff, L. (1986). *Hospitalización diurna en Psiquiatría, en Manual de Psiquiatría*. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Perfil de los Sistemas de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington: OPS. Tercera Edición
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Hospital Seguro*. Washington: OPS. Recuperado de: <http://www.opsecu.org/informativo/informativo4/Edicion4.htm>
- Prefectura del Guayas. (s.f.). *Hospital del Día*. Guayas: Prefectura del Guayas. Recuperado de: <http://www.guayas.gob.ec/noticias/puente-carrozable-para-santa-lucia-y-hospital-del-dia-para-palestina.pdf>
- Sánchez, Jesús. (2004). *Introducción a la Estadística Empresarial*. España: Eumed.net
- Sepúlveda, Rafael. (2001). *Orientaciones técnicas para el funcionamiento de hospitales de día en psiquiatría*. Chile: Ministerio de Salud. Recuperado de: <http://www.portalsaludmental.com/pdf/rehab/Hospital%20de%20Dia%20Chile.pdf>
- Sepúlveda, Rafael. (2001a). *Hospital del Día en Psiquiatría. Evolución de la expansión mundial*. Chile: Universidad de Santiago de Chile. Recuperado de: http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/hospital_de_dia.pdf
- Universidad Central del Ecuador. (s.f.). *Hospital del Día*. Quito: Universidad Central del Ecuador. Recuperado de: <http://www.uce.edu.ec/serviciosdetalleDH.php?sercod=206&sercat=Hospital+del+D%C3%ADa>
- Universidad Complutense. (2009). *Organización de una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria*. Madrid: Universidad Complutense. Recuperado de: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca/article/viewFile/65/95>

GLOSARIO

a.C.	Antes de Cristo
APS	Atención Primaria de la Salud
AUS	Aseguramiento Universal de Salud
cap.	Capítulo
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
d.C.	Después de Cristo
HdD	Hospital del Día
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INNFA	Instituto Nacional de la Niñez y la Familia
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
JBG	Junta de Beneficiencia de Guayaquil
LOSNS	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud
MINSAL	Ministerio de Salud de Chile
MSP	Ministerio de Salud Pública
O-H	Onco-Hematológicos
ONG	Organización no gubernamental
OMS	Organización Mundial de la Salud
PRC	Período de Recuperación de la Inversión
PROECOS	Programa para la extensión de cobertura
s.f.	Sin fecha
SOLCA	Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
SODEM	Secretaría de Objetivos del Milenio
TIR	Tasa Interna de Retorno
TMAR	Tasa Mínima Aceptable de Rendimiento
TSSE	Transformación Sectorial de Salud del Ecuador
VAN	Valor Actual Neto
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
UHdD	Unidad de Hospital del Día
U.R.S.S.	Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas

ANEXOS

Anexo 1 "Organigrama Funcional"



Anexo 2

Se analizó las solicitudes de ingreso desde el mes de Enero hasta el mes de Agosto del 2010. Para efectos del desarrollo de la tesis, se muestra solamente el mes de Enero del 2010 debido a que los otros meses cuentan con demasiada información.

Clasificación de Solicitudes de Ingreso del mes de Enero del 2010 menor a 12 horas

Historia clínica	Tema de ingreso (CIE-10)	Subtema de ingreso (CIE-10)	Enfermedad (CIE-10)	ESTADA MENOR A 12 HORAS Si o No
11189880	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Otras enfermedades bacterianas	Actinomicosis	no
10677818	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades isquémicas del corazón	Angina de pecho	no
11248319	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades isquémicas del corazón	Angina de pecho	no
10590434	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Poliartropatías inflamatorias	Artritis reumatoide seropositiva	no
10995937	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Poliartropatías inflamatorias	Artritis reumatoide seropositiva	no
11236217	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Artrosis	Artrosis, no especificada	si
10903910	Enfermedades del sistema circulatorio	Otras formas de enfermedad del corazón	Bloqueo auriculoventricular completo	si
11243391	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Cálculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis	si
10411358	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	si
20188318	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	si
11194684	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	si
10998372	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	si
11145169	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	si
11238466	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	si
10299847	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	si
11027534	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	si
10664176	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	si

Historia clínica	Tema de ingreso (CIE-10)	Subtema de ingreso (CIE-10)	Enfermedad (CIE-10)	ESTADA MENOR A 12 HORAS Si o No
20598346	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	si
20350209	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	si
11247513	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	si
11245749	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	si
30119048	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	si
10951452	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
11136196	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
11197414	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
11241234	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
11219172	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
11242671	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
10310700	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
11050823	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
11208501	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
11088038	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
11239820	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
10900980	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
10891622	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
10917890	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
11240176	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
10882708	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no

Historia clínica	Tema de ingreso (CIE-10)	Subtema de ingreso (CIE-10)	Enfermedad (CIE-10)	ESTADA MENOR A 12 HORAS Si o No
10740344	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
11230652	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
11236636	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
10888144	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
11117864	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
11243537	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
11036546	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
10718206	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo de las vías urinarias en enfermedades clasificadas en otra	no
11241167	Enfermedades del sistema genitourinario	Litiasis urinaria	Cálculo en la vejiga	no
11247240	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] in situ	Carcinoma in situ de la próstata	no
11245594	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] in situ	Carcinoma in situ del pene	no
10977010	Enfermedades del sistema circulatorio	Otras formas de enfermedad del corazón	Cardiomiopatía	no
20398865	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no	Síntomas y signos generales	Cefalea	no
20004824	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Helmintiasis	Cisticercosis del sistema nervioso central	no
10373747	Enfermedades del sistema genitourinario	Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	Cistocele	no
10295611	Enfermedades del sistema genitourinario	Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	Cistocele	no
10852775	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si
11152446	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si
11157614	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si
10885512	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si
10841687	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si
20629307	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si

Historia clínica	Tema de ingreso (CIE-10)	Subtema de ingreso (CIE-10)	Enfermedad (CIE-10)	ESTADA MENOR A 12 HORAS Si o No
11041208	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si
10538374	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si
11018477	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si
10764613	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si
11247661	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si
10964699	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si
11042900	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si
11247088	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si
10784944	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si
10432228	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si
11247461	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si
10762015	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si
20269037	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si
11247934	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Colelitiasis	si
10879592	Enfermedades del sistema circulatorio	Otras formas de enfermedad del corazón	Complicaciones y descripciones mal definidas de enfermedad cardíaca	no
10999184	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Defecto del tabique ventricular	no
11245090	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Otros trastornos articulares	Deformidades adquiridas de los dedos del pie, no especificadas	si
11184173	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo	Dermatopolimiositis	no
11200283	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos de la rodilla y de la pierna	Desgarro de meniscos, presente	no
11017982	Enfermedades del sistema respiratorio	Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	Desviación del tabique nasal	si
10762477	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus no insulino dependiente	no

Historia clínica	Tema de ingreso (CIE-10)	Subtema de ingreso (CIE-10)	Enfermedad (CIE-10)	ESTADA MENOR A 12 HORAS Si o No
10849447	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus no insulino dependiente	no
10688905	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus no insulino dependiente	no
11248956	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus no insulino dependiente	no
11005337	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus no insulino dependiente	no
11235569	Enfermedades del sistema digestivo	Otras enfermedades del sistema digestivo	Disfunción de colostomía o enterostomía	no
11126880	Enfermedades del sistema genitourinario	Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	Displasia cervical severa, no clasificada en otra parte	no
11181379	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades hipertensivas	Enfermedad cardíaca hipertensiva	no
10388346	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades hipertensivas	Enfermedad cardíaca hipertensiva	no
11008539	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades isquémicas del corazón	Enfermedad isquémica crónica del corazón	no
10726397	Enfermedades del sistema digestivo	Enfermedades del hígado	Enfermedad tóxica del hígado con cirrosis y fibrosis del hígado	no
11171486	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	Enfermedades reumáticas de la válvula aórtica	no
11242368	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	Enfermedades reumáticas de la válvula mitral	no
10187288	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos del abdomen, de la región lumbosacra, de la columna	Esguinces y torceduras de la columna lumbar	no
10007561	Enfermedades del sistema circulatorio	Otras formas de enfermedad del corazón	Estenosis (de la válvula) aórtica	no
11145811	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	Estenosis mitral con insuficiencia	no
11247204	Morfología de los tumores [neoplasias]	Tumores lipomatosos	Fibrolipoma (D17.-)	si
20107050	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Fibrosis y afecciones cicatriciales de la piel	no
11136873	Enfermedades del sistema digestivo	Enfermedades del hígado	Fibrosis y cirrosis del hígado	no
11111959	Enfermedades del sistema digestivo	Enfermedades del hígado	Fibrosis y cirrosis del hígado	no
11001723	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no	Síntomas y signos generales	Fiebre de origen desconocido	no
11185946	Enfermedades del sistema digestivo	Otras enfermedades de los intestinos	Fístula rectal	si
11239183	Enfermedades del sistema digestivo	Otras enfermedades de los intestinos	Fístula rectal	si
11118994	Enfermedades del sistema digestivo	Otras enfermedades de los intestinos	Fístula rectal	si

Historia clínica	Tema de ingreso (CIE-10)	Subtema de ingreso (CIE-10)	Enfermedad (CIE-10)	ESTADA MENOR A 12 HORAS Si o No
11094271	Enfermedades del sistema digestivo	Otras enfermedades de los intestinos	Fisura anal crónica	si
10897597	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos de la cadera y del muslo	Fractura de la diáfisis del fémur	no
11247079	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos de la rodilla y de la pierna	Fractura de la pierna, inclusive el tobillo	no
40825321	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos de la cadera y del muslo	Fractura del cuello de fémur	no
11247496	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos de la cabeza	Fractura del malar y del hueso maxilar superior	no
11226145	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos del tobillo y del pie	Fractura del pie, excepto del tobillo	no
11242594	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos de la cabeza	Fractura del suelo de la órbita	no
11244960	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos de la cadera y del muslo	Fractura subtrocanteriana	no
10451898	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos del antebrazo y del codo	Fracturas múltiples del antebrazo	no
11241621	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos, no	Hemorroides externas con otras complicaciones	no
10904017	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos, no	Hemorroides internas sin complicación	no
10729151	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos, no	Hemorroides internas sin complicación	no
11104515	Enfermedades del sistema digestivo	Hernia	Hernia inguinal	si
10845394	Enfermedades del sistema digestivo	Hernia	Hernia inguinal	si
11246411	Enfermedades del sistema digestivo	Hernia	Hernia inguinal	si
11246867	Enfermedades del sistema digestivo	Hernia	Hernia inguinal	si
10531263	Enfermedades del sistema digestivo	Hernia	Hernia inguinal	si
11216411	Enfermedades del sistema digestivo	Hernia	Hernia inguinal	si
10773563	Enfermedades del sistema digestivo	Hernia	Hernia inguinal bilateral, sin obstrucción ni gangrena	si
10634329	Enfermedades del sistema digestivo	Hernia	Hernia inguinal bilateral, sin obstrucción ni gangrena	si

Historia clínica	Tema de ingreso (CIE-10)	Subtema de ingreso (CIE-10)	Enfermedad (CIE-10)	ESTADA MENOR A 12 HORAS Si o No
10652548	Enfermedades del sistema digestivo	Hernia	Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni	si
10788950	Enfermedades del sistema digestivo	Hernia	Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni	si
11247795	Enfermedades del sistema digestivo	Hernia	Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni	si
11245874	Enfermedades del sistema digestivo	Hernia	Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni	si
11005880	Enfermedades del sistema digestivo	Hernia	Hernia umbilical	si
11017802	Enfermedades del sistema digestivo	Hernia	Hernia ventral	si
11246390	Enfermedades del sistema digestivo	Hernia	Hernia ventral sin obstrucción ni gangrena	si
11148705	Enfermedades del sistema digestivo	Hernia	Hernia ventral sin obstrucción ni gangrena	si
10814221	Enfermedades del sistema digestivo	Hernia	Hernia ventral sin obstrucción ni gangrena	si
11247198	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	Trastornos de las faneras	Hidradenitis supurativa	no
10191477	Enfermedades del sistema genitourinario	Enfermedades de los órganos genitales masculinos	Hidrocele enquistado	no
10231410	Enfermedades del sistema genitourinario	Enfermedades de los órganos genitales masculinos	Hiperplasia de la próstata	no
11237860	Enfermedades del sistema genitourinario	Enfermedades de los órganos genitales masculinos	Hiperplasia de la próstata	no
11239083	Enfermedades del sistema genitourinario	Enfermedades de los órganos genitales masculinos	Hiperplasia de la próstata	no
11073881	Enfermedades del sistema genitourinario	Enfermedades de los órganos genitales masculinos	Hiperplasia de la próstata	no
10897419	Enfermedades del sistema genitourinario	Enfermedades de los órganos genitales masculinos	Hiperplasia de la próstata	no
10531225	Enfermedades del sistema genitourinario	Enfermedades de los órganos genitales masculinos	Hiperplasia de la próstata	no
11244617	Enfermedades del sistema genitourinario	Enfermedades de los órganos genitales masculinos	Hiperplasia de la próstata	no
10538538	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades hipertensivas	Hipertensión esencial (primaria)	no
10445375	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades hipertensivas	Hipertensión esencial (primaria)	no
11245880	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades hipertensivas	Hipertensión esencial (primaria)	no
11244268	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades hipertensivas	Hipertensión esencial (primaria)	no

Historia clínica	Tema de ingreso (CIE-10)	Subtema de ingreso (CIE-10)	Enfermedad (CIE-10)	ESTADA MENOR A 12 HORAS Si o No
10549847	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades hipertensivas	Hipertensión esencial (primaria)	no
11141567	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades hipertensivas	Hipertensión esencial (primaria)	no
10980810	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades hipertensivas	Hipertensión esencial (primaria)	no
10321796	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Otros trastornos articulares	Inestabilidad crónica de la rodilla	si
10774093	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades cerebrovasculares	Infarto cerebral	no
11248982	Enfermedades del sistema circulatorio	Otras formas de enfermedad del corazón	Insuficiencia cardíaca	no
10885251	Enfermedades del sistema circulatorio	Otras formas de enfermedad del corazón	Insuficiencia cardíaca congestiva	no
11164765	Enfermedades del sistema genitourinario	Insuficiencia renal	Insuficiencia renal crónica	no
10308815	Enfermedades del sistema genitourinario	Insuficiencia renal	Insuficiencia renal crónica	no
10432905	Enfermedades del sistema genitourinario	Insuficiencia renal	Insuficiencia renal crónica	no
10367384	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Leiomioma del útero	no
10232230	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Leiomioma del útero	no
20488641	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Leiomioma del útero	no
11241593	Tumores [neoplasias]	Tumor maligno de la mama	Lesión de sitios contiguos de la mama	si
11024913	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Otras dorsopatías	Lumbago no especificado	no
10781406	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Lupus eritematoso	no
11116239	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo	Lupus eritematoso sistémico	no
11144033	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo	Lupus eritematoso sistémico	no
10178612	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo	Lupus eritematoso sistémico	no
20416678	Morfología de los tumores [neoplasias]	Tumores miomatosos	Mioma	no
11020198	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Otras colecistitis	si
11179886	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Otros trastornos articulares	Otras deformidades adquiridas de los miembros	si
10395685	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Otras enfermedades del páncreas	no

Historia clínica	Tema de ingreso (CIE-10)	Subtema de ingreso (CIE-10)	Enfermedad (CIE-10)	ESTADA MENOR A 12 HORAS Si o No
10768874	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	Enfermedades del oído medio y de la mastoides	Otras otitis medias crónicas no supurativas	no
11212864	Enfermedades del sistema genitourinario	Trastornos de la mama	Otros trastornos de la mama	si
11207346	Enfermedades del sistema genitourinario	Otras enfermedades del sistema urinario	Otros trastornos de la uretra	no
11006975	Enfermedades del sistema genitourinario	Otras enfermedades del sistema urinario	Otros trastornos de la uretra	no
10427957	Enfermedades del sistema genitourinario	Otras enfermedades del sistema urinario	Otros trastornos de la uretra	no
10266491	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Trastornos de los músculos	Otros trastornos de los músculos	no
11246426	Enfermedades del sistema genitourinario	Otros trastornos del riñón y del uréter	Otros trastornos del riñón y del uréter en enfermedades clasificadas	no
11241990	Enfermedades del sistema genitourinario	Otras enfermedades del sistema urinario	Otros trastornos especificados de la uretra	no
11246367	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Otros trastornos localizados del tejido conjuntivo	no
10975446	Enfermedades del sistema circulatorio	Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio	Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio	no
11134248	Enfermedades del sistema circulatorio	Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio	Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio	no
10282656	Enfermedades del sistema circulatorio	Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio	Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio	no
11242907	Enfermedades del sistema circulatorio	Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio	Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio	no
10877879	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos de la rodilla y de la pierna	Otros traumatismos y los no especificados de la pierna	no
11244381	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos del abdomen, de la región lumbosacra, de la columna	Otros traumatismos y los no especificados del abdomen, de la región	no
10861035	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos del tobillo y del pie	Otros traumatismos y los no especificados del pie y del tobillo	no
11244284	Tumores [neoplasias]	Melanoma y otros tumores malignos de la piel	Otros tumores malignos de la piel	no
10900030	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	Trastornos flictenulares	Pénfigo foliáceo	no
11235197	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no	Síntomas y signos que involucran los sistemas circulatorio y	Pleuresía	no
11202966	Enfermedades del sistema respiratorio	Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	Pólipo nasal	no
10852436	Enfermedades del sistema genitourinario	Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	Prolapso genital femenino	no
11239793	Enfermedades del sistema genitourinario	Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales	Prolapso genital femenino	no

Historia clínica	Tema de ingreso (CIE-10)	Subtema de ingreso (CIE-10)	Enfermedad (CIE-10)	ESTADA MENOR A 12 HORAS Si o No
10983421	Enfermedades del sistema genitourinario	Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	Prolapso genital femenino	no
10603665	Enfermedades del sistema genitourinario	Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	Prolapso genital femenino	no
10927937	Enfermedades del sistema genitourinario	Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	Prolapso genital femenino	no
10392910	Enfermedades del sistema genitourinario	Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	Prolapso genital femenino	no
20658163	Enfermedades del sistema genitourinario	Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	Prolapso genital femenino	no
20406578	Enfermedades del sistema genitourinario	Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	Prolapso genital femenino	no
11242898	Enfermedades del sistema genitourinario	Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	Prolapso genital femenino	no
11241803	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	Trastornos papuloescamosos	Psoriasis	no
11218835	Enfermedades del sistema genitourinario	Otros trastornos del riñón y del uréter	Quiste de riñón, adquirido	no
11246924	Enfermedades del sistema genitourinario	Otros trastornos del riñón y del uréter	Quiste de riñón, adquirido	no
11149015	Enfermedades del sistema digestivo	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Seudoquiste del páncreas	no
20452635	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Otros trastornos articulares	Trastorno de menisco debido a desgarro o lesión antigua	si
11237301	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Otros trastornos articulares	Trastorno de menisco debido a desgarro o lesión antigua	si
11243631	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Otros trastornos articulares	Trastorno de menisco debido a desgarro o lesión antigua	si
10382657	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Otras osteopatías	Trastorno del hueso, no especificado	no
10736781	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Otras osteopatías	Trastorno del hueso, no especificado	no
11177252	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Otras osteopatías	Trastorno del hueso, no especificado	no
10412623	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Otros trastornos articulares	Trastorno interno de la rodilla	si
10893519	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos, no	Trastorno venoso, no especificado	si
11200307	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Otros trastornos de los tejidos blandos	Trastornos de los tejidos blandos relacionados con el uso, el uso	no

Historia clínica	Tema de ingreso (CIE-10)	Subtema de ingreso (CIE-10)	Enfermedad (CIE-10)	ESTADA MENOR A 12 HORAS Si o No
11146501	Enfermedades del sistema digestivo	Otras enfermedades del sistema digestivo	Trastornos del sistema digestivo consecutivos a procedimientos, no	no
11224371	Enfermedades del sistema digestivo	Otras enfermedades del sistema digestivo	Trastornos del sistema digestivo consecutivos a procedimientos, no	no
11149016	Enfermedades del sistema digestivo	Otras enfermedades del sistema digestivo	Trastornos del sistema digestivo consecutivos a procedimientos, no	no
11245979	Enfermedades del sistema digestivo	Otras enfermedades del sistema digestivo	Trastornos del sistema digestivo consecutivos a procedimientos, no	no
11235592	Enfermedades del sistema digestivo	Otras enfermedades del sistema digestivo	Trastornos del sistema digestivo consecutivos a procedimientos, no	no
11221509	Enfermedades del sistema digestivo	Otras enfermedades del sistema digestivo	Trastornos del sistema digestivo consecutivos a procedimientos, no	no
11245299	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Trastornos granulomatosos de la piel y del tejido subcutáneo	no
11192555	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos del tórax	Traumatismo de nervios y de la médula espinal a nivel del tórax	no
11179704	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos del tórax	Traumatismo de nervios y de la médula espinal a nivel del tórax	no
11245402	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos del tórax	Traumatismo de nervios y de la médula espinal a nivel del tórax	no
10486229	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos del tórax	Traumatismo de nervios y de la médula espinal a nivel del tórax	no
11245919	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos del tórax	Traumatismo de nervios y de la médula espinal a nivel del tórax	no
11242064	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos del tórax	Traumatismo de nervios y de la médula espinal a nivel del tórax	no
11238794	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos del tórax	Traumatismo de nervios y de la médula espinal a nivel del tórax	no
11185644	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos del tórax	Traumatismo de nervios y de la médula espinal a nivel del tórax	no
11180483	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos del tórax	Traumatismo de nervios y de la médula espinal a nivel del tórax	no
30461457	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos del tórax	Traumatismo de nervios y de la médula espinal a nivel del tórax	no
11230064	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos de la rodilla y de la pierna	Traumatismo del tendón de Aquiles	no

Historia clínica	Tema de ingreso (CIE-10)	Subtema de ingreso (CIE-10)	Enfermedad (CIE-10)	ESTADA MENOR A 12 HORAS Si o No
20594282	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	Traumatismos de la rodilla y de la pierna	Traumatismo superficial de la pierna	no
11245408	Morfología de los tumores [neoplasias]	Tumores basocelulares	Tumor basocelular (D48.5)	no
11248508	Morfología de los tumores [neoplasias]	Tumores basocelulares	Tumor basocelular (D48.5)	no
10842233	Morfología de los tumores [neoplasias]	Tumores basocelulares	Tumor basocelular (D48.5)	no
11248769	Morfología de los tumores [neoplasias]	Tumores basocelulares	Tumor basocelular (D48.5)	no
11246496	Morfología de los tumores [neoplasias]	Tumores basocelulares	Tumor basocelular (D48.5)	no
40813641	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Tumor benigno de la laringe	no
20205977	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Tumor benigno de la mama	si
11237013	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Tumor benigno de la próstata	no
11244259	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Tumor benigno de la próstata	no
11074685	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Tumor benigno de la próstata	no
11243154	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Tumor benigno de la próstata	no
10709171	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Tumor benigno de la próstata	no
11246982	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Tumor benigno de la próstata	no
11245681	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Tumor benigno de la próstata	no
10904966	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Tumor benigno de la próstata	no
10514245	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Tumor benigno de la próstata	no
11070036	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Tumor benigno de la próstata	no
30057545	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Tumor benigno del ovario	no
11135483	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Tumor benigno del ovario	no
11183705	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Tumor benigno del tejido conjuntivo y de otros tejidos blandos de	si
10998288	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Tumor benigno lipomatoso de piel y de tejido subcutáneo de cabeza,	si
10443481	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Tumor benigno lipomatoso de piel y de tejido subcutáneo de cabeza,	si
11147198	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] de comportamiento incierto o desconocido	Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la mama	si

Historia clínica	Tema de ingreso (CIE-10)	Subtema de ingreso (CIE-10)	Enfermedad (CIE-10)	ESTADA MENOR A 12 HORAS Si o No
20017347	Morfología de los tumores [neoplasias]	Tumores de células escamosas	Tumor intraepitelial, grado III, de cérvix, vulva y vagina	no
11138426	Tumores [neoplasias]	Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos	Tumor maligno de la fosa nasal	no
11123926	Tumores [neoplasias]	Tumor maligno de la mama	Tumor maligno de la mama	si
20224316	Tumores [neoplasias]	Tumor maligno de la mama	Tumor maligno de la mama	si
11241976	Tumores [neoplasias]	Tumores malignos de los órganos genitales masculinos	Tumor maligno de la próstata	no
10885530	Tumores [neoplasias]	Tumores malignos de los órganos digestivos	Tumor maligno del estómago	no
11224583	Tumores [neoplasias]	Tumores malignos de los órganos digestivos	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	no
11177600	Tumores [neoplasias]	Tumores malignos de los órganos digestivos	Tumor maligno del páncreas	no
10648400	Tumores [neoplasias]	Tumores [neoplasias] benignos	Tumores benignos lipomatosos	si
11248566	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Úlcera de miembro inferior, no clasificada en otra parte	no
11248981	Enfermedades del sistema genitourinario	Enfermedad renal tubulointersticial	Uropatía obstructiva y por reflujo	no
10414294	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	Urticaria y eritema	Urticaria	no
11244790	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos	Várices escrotales	no
11239667	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos	Várices escrotales	no
11069754	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos	Venas varicosas de los miembros inferiores	si
11233077	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos	Venas varicosas de los miembros inferiores	si
11242943	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos	Venas varicosas de los miembros inferiores	si
11034768	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos	Venas varicosas de los miembros inferiores	si
11232635	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos	Venas varicosas de los miembros inferiores	si
11242027	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos	Venas varicosas de los miembros inferiores	si
11134570	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos	Venas varicosas de los miembros inferiores	si
11033341	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos	Venas varicosas de los miembros inferiores	si

Historia clínica	Tema de ingreso (CIE-10)	Subtema de ingreso (CIE-10)	Enfermedad (CIE-10)	ESTADA MENOR A 12 HORAS Si o No
11069723	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos	Venas varicosas de los miembros inferiores con úlcera e inflamación	si
			SI	88
			NO	188
			TOTAL	276

Fuente: Dpto. Archivo Clínico y Estadística -D.A.C.E