



MÓDULO 1. Marco conceptual y diagnóstico de un EPH

UNIDAD 3. Diagnóstico de la infraestructura
Diagnóstico de equipamiento

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID)

Curso Estudios de Preinversión Hospitalaria

Gerente del Sector de Conocimiento, Innovación y Comunicación

Federico Basañes

Gerente del Sector Social

Marcelo Cabrol

Jefe del Instituto Interamericano de Desarrollo Económico y Social (INDES)

Juan Cristóbal Bonnefoy

Jefe de División de Protección Social y Salud

Ferdinando Regalia

Coordinadores del Programa

Ignacio Astorga - Especialista Líder en Salud BID

José Yitani Ríos - Especialista en Construcción de Capacidades BID-INDES

Edición general

Oscar Acuña

Autores

María Estrada

Luis Ampuero

Oscar Acuña

Revisores de la unidad

Ana Haro González - Consultora Senior y Project Manager BID-INDES

José Yitani - Especialista en construcción de capacidades BID-INDES

Diseño y diagramación

Manthra Comunicación

Copyright©2018 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-No Comercial-Sin Obras Derivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando crédito al BID. No se permiten obras derivadas.

Note que el enlace URL incluye términos y condicionales adicionales de esta licencia.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

La preparación del presente documento fue financiada por el Programa Estratégico para el Desarrollo Social financiado Capital Ordinario (SOC-OC) a través de la Cooperación Técnica Regional RG T2723.

Las opiniones expresadas en esta publicación se relacionan exclusivamente con la visión de sus autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), de su Gerencia Ejecutiva, ni de los países que lo representan.



ÍNDICE

Presentación de la unidad.....	4
Objetivos de aprendizaje	5
1. Diagnóstico del modelo de gestión y organización hospitalario	6
1.1. Marco conceptual.....	7
1.2. Marco legal y administrativo.....	8
1.3. Caracterización de la estructura y funcionamiento.....	9
1.3.1. Estructura	9
1.3.2. Descripción del funcionamiento	10
1.4. Cartera de servicios	20
2. Diagnóstico de servicios de salud.....	23
2.1. Tipo de atención.....	25
2.2. Prestaciones trazadoras.....	26
2.3. Grupo programático	27
2.4. Método de diagnóstico de servicios de salud.....	28
2.4.1. Recolección y levantamiento de la información	30
2.4.2. Procesamiento de la Información.....	34
2.4.3. Análisis de la producción.....	37
3. Ideas principales	40
4. Referencias	41
5. Bibliografía sugerida	43
6. Lecturas complementarias	45



PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD

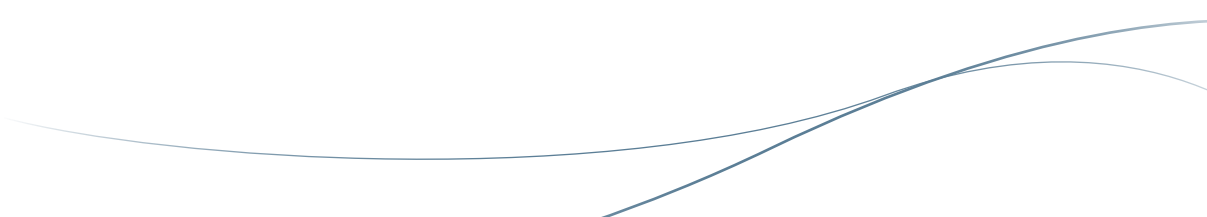
La presente unidad describe los elementos a considerar en la elaboración de un diagnóstico del modelo de gestión de un hospital y de los servicios de salud del mismo.

El diagnóstico del modelo de gestión considera i) el marco legal y administrativo que regula la organización funcionamiento y financiamiento de los hospitales; ii) la organización y funcionamiento del hospital en sí; iii) la cartera de servicios del hospital.

Por su parte, el diagnóstico de los servicios de salud considera un diagnóstico de la situación actual e histórica de los niveles de servicios de un hospital, los cuales se dividen en prestaciones finales o intermedias. Como elementos clave para analizar dichos servicios o prestaciones se analiza el tipo de atención, las prestaciones trazadoras y los grupos programáticos. El análisis de la situación actual e histórica de estos elementos se realiza en tres fases (recolección y levantamiento de la información, procesamiento de la información y análisis de la producción), las cuales se revisan en la presente unidad.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Una vez finalizada la unidad, el estudiante conocerá y contará con herramientas metodológicas para:

- Definir modelo de gestión y explicar por qué es importante para el EPH.
 - Enumerar los componentes de un modelo de gestión hospitalaria y describir sus principales características.
 - Definir servicios de salud de un hospital
 - Nombrar los dos tipos de proceso o prestaciones que definen los servicios de salud de un hospital.
 - Enumerar y describir los tres elementos clave del análisis de los servicios de salud.
 - Enumerar y describir las tres etapas que definen el diagnóstico de los servicios de salud de un hospital.
- 



1. DIAGNÓSTICO DEL MODELO DE GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN HOSPITALARIO

“El hospital es una institución de atención médica sobre la cual recae la responsabilidad de salvaguardar la salud, garantizar la vida y retornar al individuo a la sociedad, en las mejores condiciones físicas y psicológicas; por ello, siempre será una organización compleja”¹
(Fajardo, 2008).

Para la OMS, “El Hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. El Hospital es un Centro de formación de personal médico - sanitario y de investigación bio-social”. Alippi (1991). El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación.

En definitiva, se entiende al hospital como el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico (hospitalización) como de prestación o actividad sanitaria básica, que se vincula a una atención médica de mayor o menor especialización, y que se complementa con el accionar de otros establecimientos de salud, que en conjunto son responsables de la salud de una población determinada en un territorio delimitado.

1 Dirección de Hospitales. Germán Fajardo y Eleuterio García, Manual Moderno, México, 2008

Para que el hospital funcione de forma adecuada y ofrezca los servicios que le han sido asignados requiere, entre otras cosas, de un buen modelo de gestión hospitalaria. Analicemos en qué consiste este modelo y cómo se lleva a cabo su diagnóstico.

1.1. MARCO CONCEPTUAL

Como en el Estudio de Red, el análisis del modelo de gestión de un hospital se basará, en este curso, en el modelo de **Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)**², marco técnico de la esfera del estudio de desarrollo de sistemas de salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el cual busca analizar y desarrollar las diferentes funciones y procesos de un hospital de forma integrada y en constante asociación con la red en la que se inscribe.

¿Qué es un modelo de gestión?

De acuerdo con la Real Academia de la Lengua (RAE), por modelo y gestión entendemos lo siguiente:

Modelo: *Arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo. En las obras de ingenio y en las acciones morales, ejemplar que por su perfección se debe seguir o imitar. Esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja, como la evolución económica de un país, que se elabora para facilitar su comprensión y estudio de su comportamiento. Representación en pequeño de alguna cosa.*³

Gestión: *Acción y Efecto de Gestionar: Gestionar: Hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera.*⁴

2 Área de Sistemas de Salud, Basados en la Atención Primaria de Salud (HSS), Proyecto de Servicios Integrados de Salud (HSS/IHS), Oficina de la Subdirección, Organización Panamericana de la Salud OPS, Organización Mundial de la Salud OMS 2010 Serie n° 4: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en la Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Washington, EE.UU. Se definen las RISS como “redes de organizaciones que prestan, o hacen los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (OPS, 2010)”.

3 Diccionario de la Real Academia Española versión Web. Consultada en enero 2017.

4 Ídem.

Para el tema que nos ocupa, se entenderá como **modelo de gestión** a la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas y objetivos de una institución.⁵

¿Por qué es importante para un hospital contar con un buen modelo de gestión?

Contar con un modelo de gestión ayuda al hospital a enfrentar de forma más sistemática su vocación básica de brindar atención sanitaria, así como a cumplir las metas y objetivos que se ha impuesto en el contexto de un sistema de salud nacional y/o local.

El enfoque de procesos seguido en este curso permite, para este caso, cumplir con el propósito de establecer un marco técnico validado de gestión (modelo de gestión) para un hospital, que le permita desarrollarse pertinentemente como establecimiento y actor dentro de la red asistencial de salud respectiva, y eventualmente como aporte a otras redes asistenciales. Por otro lado, permite una mejor comprensión de los fenómenos sanitarios y organizacionales. La caracterización del modelo de gestión del hospital es clave ya que permite entender cómo se utilizan los recursos y generan los servicios de salud. El diagnóstico considera i) el marco legal y administrativo que regula la organización funcionamiento y financiamiento de los hospitales; ii) su estructura y funcionamiento; y iii) cartera actual de servicios.

1.2. MARCO LEGAL Y ADMINISTRATIVO

El marco normativo de un país o de una entidad subnacional define el espacio y los límites para la gestión de recursos de un hospital. Desde una perspectiva presupuestaria, hay diversas figuras jurídicas para los hospitales, desde aquellos donde los hospitales mismos constituyen unidades ejecutoras con presupuesto propio, hasta otros, donde dependen de las direcciones de servicios territoriales (local, estadual o federal).

5 Artaza, O et.al. Departamento de Modelo de Atención, Ministerio de Salud, 2006, Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios. Artaza, O. et al. Departamento de Modelo de Atención, División de Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, Chile. 2006.

Lo relevante en materia del marco regulatorio es poder entender las competencias y responsabilidades de un hospital en materia de gestión de recursos, como son:

- Contratación y gestión de RHS
- Compra de bienes y servicios de consumos. Ej. medicamentos
- Gestión de inversiones
- Endeudamiento

Otro aspecto relevante es el detalle impuesto por el marco regulatorio con respecto a la organización y gestión del hospital. Por ejemplo, en algunos países está regulado el tipo de organización que debe tener un hospital, lo que determina su estructura directiva y los procesos que están siendo cubiertos; en otros países existen reglamentos que establecen condiciones mínimas, donde el equipo del hospital puede generar cambios en la organización.

1.3. CARACTERIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO

1.3.1. ESTRUCTURA

Los hospitales disponen de un organigrama donde se describe la estructura jerárquica del hospital y permite visualizar su organización en unidades, servicios, áreas o centros de responsabilidad, especificando dependencia, roles y responsabilidades.

Es importante representar esto gráficamente mediante el organigrama oficial de la institución, ya sea éste de carácter jerárquico, funcional o matricial.

A continuación, se representa a manera de ejemplo una estructura organizacional. Cabe destacar que se trata de una estructura compacta y poco clásica, es decir, la carga global de trabajo y gerenciamiento no tiene por qué desarrollarla el jefe del Servicio Clínico, puede tener un equipo con diferentes responsabilidades a modo de “gerentes de áreas”.

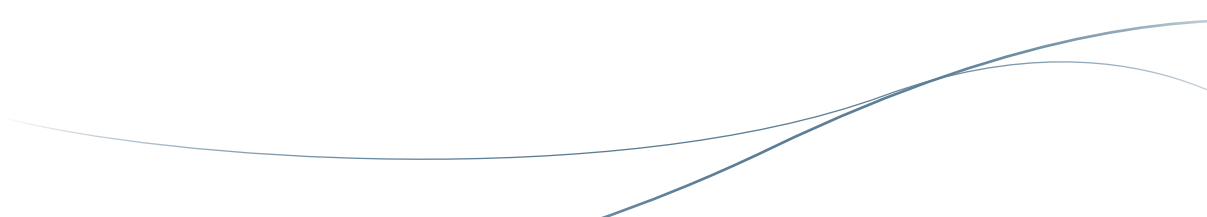
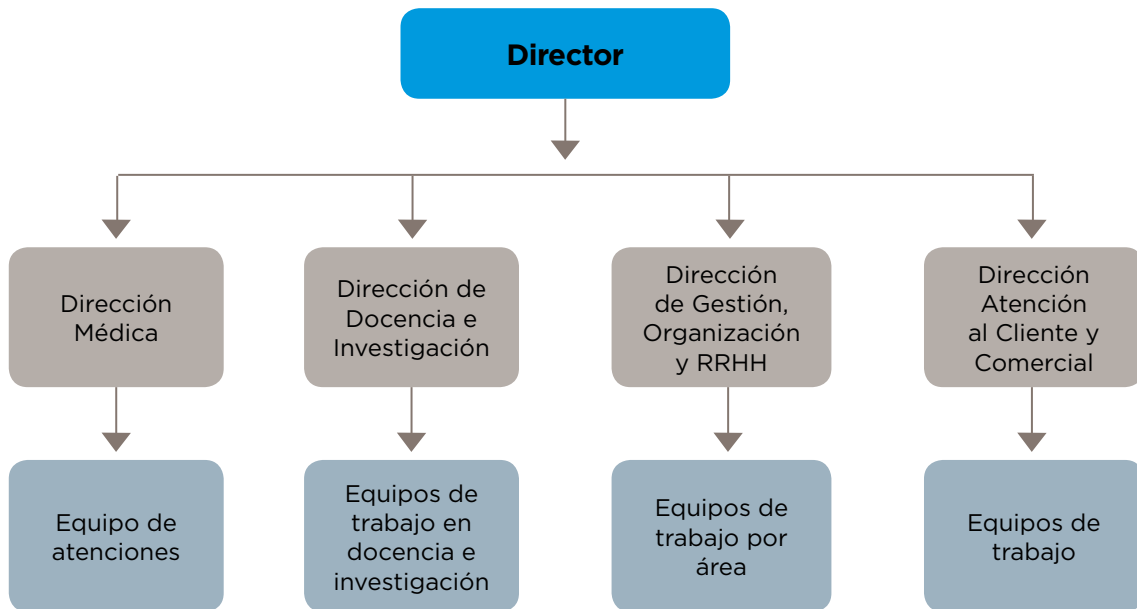


Figura 1. Ejemplo organigrama Hospital Clínico Universidad de Antofagasta, Chile 2017



Fuente: (Estudio de Preinversión Hospital Clínico Universidad de Antofagasta, 2017)

Además de la representación, se debe describir brevemente el rol, responsabilidad y funciones de cada una de las dependencias incluidas en el esquema.

1.3.2. DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO

Para la descripción del funcionamiento, se propone utilizar las categorías de procesos descritos en la Unidad I, en su capítulo de marco conceptual, profundizar la caracterización de algunos procesos claves y analizar los aspectos relacionados con la gestión clínica, calidad de servicio y eficiencia de la gestión de las unidades.

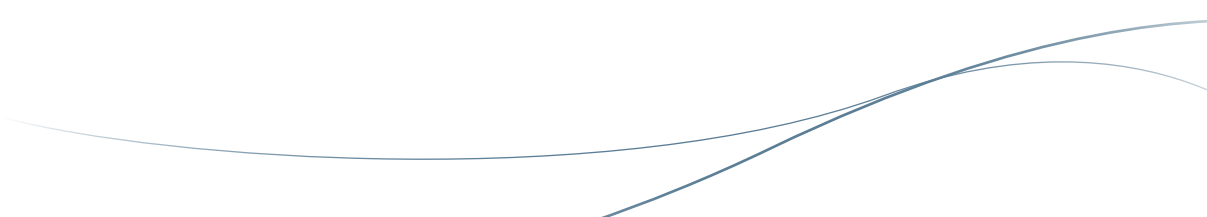
A continuación, se describe, a manera referencial, una propuesta de caracterización, que incluye preguntas respecto a la organización de las actividades.

- **Gestión asistencial**
 - **Atención clínica: médica/no médica**
 - **Médica**
 - **Continuidad del servicio**
 - ¿Cómo se organiza el horario de los médicos que trabajan en horario hábil?
 - ¿Quién es responsable de ordenar la agenda médica?
 - ¿Cómo se organizan las guardias 24/7? ¿Hay especialistas de guardia o solo residentes o médicos generales?
 - **Calidad**
 - ¿Hay estándares de atención tales como guías clínicas o normas de atención? ¿Se aplican? ¿Cómo se verifica su aplicación?
 - ¿Hay procesos de rendición de cuentas?
 - **No Médica**
 - **Continuidad del servicio**
 - ¿Cómo se distribuye el personal entre guardias y horario hábil?
 - ¿Se cuenta con sistemas de reforzamiento de personal en casos de peak de demanda?
 - **Calidad**
 - ¿Hay estándares de atención tales como guías clínicas o normas de atención? ¿Se aplican? ¿Cómo se verifica su aplicación?
 - ¿Hay procesos de rendición de cuentas?

- **Gestión de la atención**
 - **Urgencia / emergencia**
 - ¿Se cuenta con criterios de priorización según su gravedad?
 - ¿La unidad tiene un flujo que permite discriminar por complejidad del paciente?
 - ¿Se cuenta con protocolos para la resucitación cardiopulmonar de pacientes?
 - **Hospitalización**
 - ¿Se cuenta con criterios de hospitalización?
 - ¿Hay una unidad que regula las admisiones y altas?
 - ¿Las camas se manejan por servicio separado o como pool de recursos?
 - ¿El personal de enfermería está asignado a un servicio clínico o al pool de camas?
 - ¿Hay modelo de cuidados progresivos de acuerdo al riesgo dependencia de los pacientes?
 - **Atención ambulatoria electiva**
 - ¿Cómo los usuarios acceden a la unidad, su manejo dentro de ella y cómo es su proceso de alta? Por ejemplo, ¿cómo es el sistema de ingreso a la consulta externa? ¿Es cerrada según sistemas de derivación-contraderivación o depende de la consulta espontánea?
 - ¿Los controles son programados?
 - ¿Existe contraderivación al centro que lo derivó?
 - ¿Cuál es la relación entre pacientes nuevos y controles o repetidos?

- **Soporte clínico**
 - **Quirófanos**
 - ¿Se cuenta con una descripción de los flujos de pacientes de urgencia y programados?
 - ¿Se cuenta con esquemas de gestión de los quirófanos?
 - ¿Existe una programación conjunta de la tabla quirúrgica?
 - ¿Se mide y gestiona la productividad de los quirófanos para cirugías programadas?
 - **Laboratorio**
 - ¿De dónde proviene la demanda de laboratorio?
 - ¿Hay sistemas informáticos?
 - ¿Se monitorean los resultados? Por ejemplo, ¿se sabe qué porcentaje de los informes emitidos por el laboratorio no son utilizados? ¿Se conoce el número de resultados no recuperados por las unidades que los demandaron?
 - **Imagenología**
 - ¿De dónde proviene la demanda de imagenología?
 - ¿Qué porcentaje de exámenes no son informados por radiólogos?
 - ¿Hay sistemas informáticos?
 - **Anatomía Patológica**
 - ¿De dónde proviene la demanda?
 - ¿Cuáles son los principales tipos de examen?
 - **Banco de sangre/Unidad transfusional**
 - ¿Cuál es el rol de la unidad en términos de extracción de sangre, tamizaje y fraccionamiento?
 - ¿La unidad regula la indicación del uso de productos sanguíneos?
 - ¿Qué porcentaje de sangre total se transfunde?

- **Esterilización**
 - ¿De dónde proviene la demanda de productos esterilizados?
 - ¿Hay coordinación entre la programación quirúrgica y esterilización?
 - ¿Cómo se organiza el proceso de lavado-empaque-esterilización?
- **Farmacia**
 - ¿Cuál es el flujo de los medicamentos e insumos desde su ingreso al hospital al punto de entrega al paciente?
 - ¿Los procesos de entrega entre las diversas unidades están registrados?
 - ¿Se cuenta con sistemas logísticos?
- **Soporte no clínico**
 - **Alimentación**
 - ¿Se cuenta con producción propia de alimentos o estos son entregados diariamente?
 - ¿Existe un monitoreo de la satisfacción de los usuarios respecto al servicio de alimentación?
 - **Ropería**
 - ¿Se cuenta con lavandería propia o se cuenta con un servicio de ropería?
 - ¿Existe un monitoreo de la satisfacción de los usuarios respecto al servicio de ropería?
 - **Aseo**
 - ¿Hay aseo programado?
 - ¿Hay servicio de aseo disponible 24/7?
 - ¿Existe un monitoreo de la satisfacción de los usuarios respecto al servicio de aseo?

- **Mantenimiento**
 - **Servicio de Infraestructura**
 - ¿Existe una unidad de mantenimiento de infraestructura?
 - ¿Se cuenta con mantención programada?
 - ¿Se cuenta con mantención reactiva?
 - ¿Se cuenta con equipo propio, contratación de servicios o un modelo mixto?
 - **Equipos médicos**
 - ¿Existe una unidad de mantenimiento de infraestructura?
 - ¿Se cuenta con mantención programada?
 - ¿Se cuenta con mantención reactiva?
 - ¿Se cuenta con equipo propio, contratación de servicios o un modelo mixto?
 - **Recursos Humanos**
 - ¿Esta unidad, gestiona el pago de salarios?
 - ¿Se gestiona el ciclo de vida del personal: reclutamiento, mantención, alejamiento?
 - ¿Se cuenta con programas de formación y capacitación continua?
 - ¿Se efectúan evaluación de desempeño y supervisión laboral?
 - ¿Se mide y gestiona el clima laboral?
 - **Soporte administrativo**
 - **Finanzas**
 - ¿Se lleva el control de ingresos y gasto?
 - ¿Se asignan los gastos por centros de responsabilidad o unidad?
 - ¿Se evalúa el comportamiento del gasto?
- 

- **Adquisiciones**
 - ¿Cuál es el grado de autonomía para la adquisición?
 - ¿Se programan las adquisiciones de manera anual?
 - ¿Qué porcentaje de las adquisiciones se hace a través de procesos competitivos y qué porcentaje se hace por compra directa?
- **Estadísticas**
 - ¿Se lleva registro de la producción?
 - ¿Se lleva registro de factores productivos?
 - ¿Los datos son confiables?
- **Sistemas de información**
 - ¿Cuál es su alcance respecto a los procesos?
 - ¿De cuántos sistemas se dispone en el hospital?
 - ¿Son interoperables?
 - ¿Se incluye solo registro de producción o también sobre los factores productivos?
 - ¿Se cuenta con expediente electrónico?
- **Docencia e investigación**
 - ¿El hospital tiene un rol docente?
 - ¿Cómo se regula la relación con universidades o centros formadores?
- **Gerenciales (Dirección)**
 - **Control de eficiencia**
 - ¿Se mide la productividad de camas, quirófanos, emergencia, consultorios, imagenología, laboratorio?
 - ¿Se establecen planes para mejorar la eficiencia productiva?

- **Calidad asistencial**
 - ¿Se cuenta con protocolos clínicos para los problemas de alta demanda o para condiciones críticas?
 - ¿Se vigilan las infecciones asociadas a la atención de salud?
 - ¿Se vigilan las indicaciones de antibióticos de última generación?
 - ¿Se vigila la indicación de transfusión de productos sanguíneos?
- **Calidad del servicio al usuario**
 - ¿Se miden los tiempos de espera de los pacientes?
 - Tiempo de espera desde que se solicita atención hasta su cita
 - Tiempo de espera desde que accede al hospital hasta que es atendido (Consulta Externa o Emergencia)
 - ¿Se mide la satisfacción de los usuarios respecto al servicio entregado?
 - ¿Se cuenta con facilitadores interculturales que hablen la lengua de la población que concurre a los servicios?
- **Integración con la red**
 - ¿Se cuenta con mecanismos formales de coordinación con la red que deriva pacientes al hospital?
- **Comunicaciones**
 - ¿Se cuenta con un plan de comunicaciones?
 - ¿Cuál es su público? (interno, externo)

Como complemento a la descripción funcional se recomienda preparar una representación gráfica de estos procesos. A continuación, se describen algunos ejemplos.

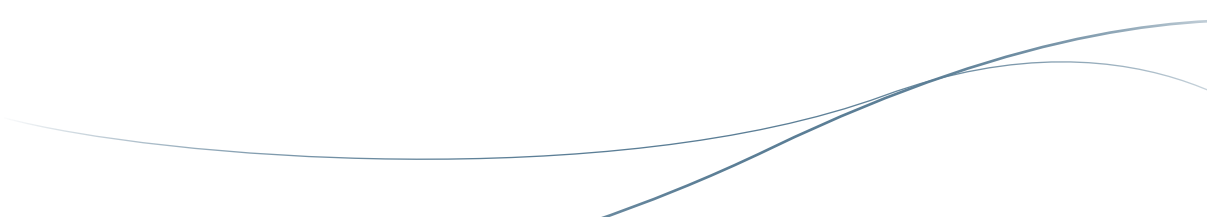
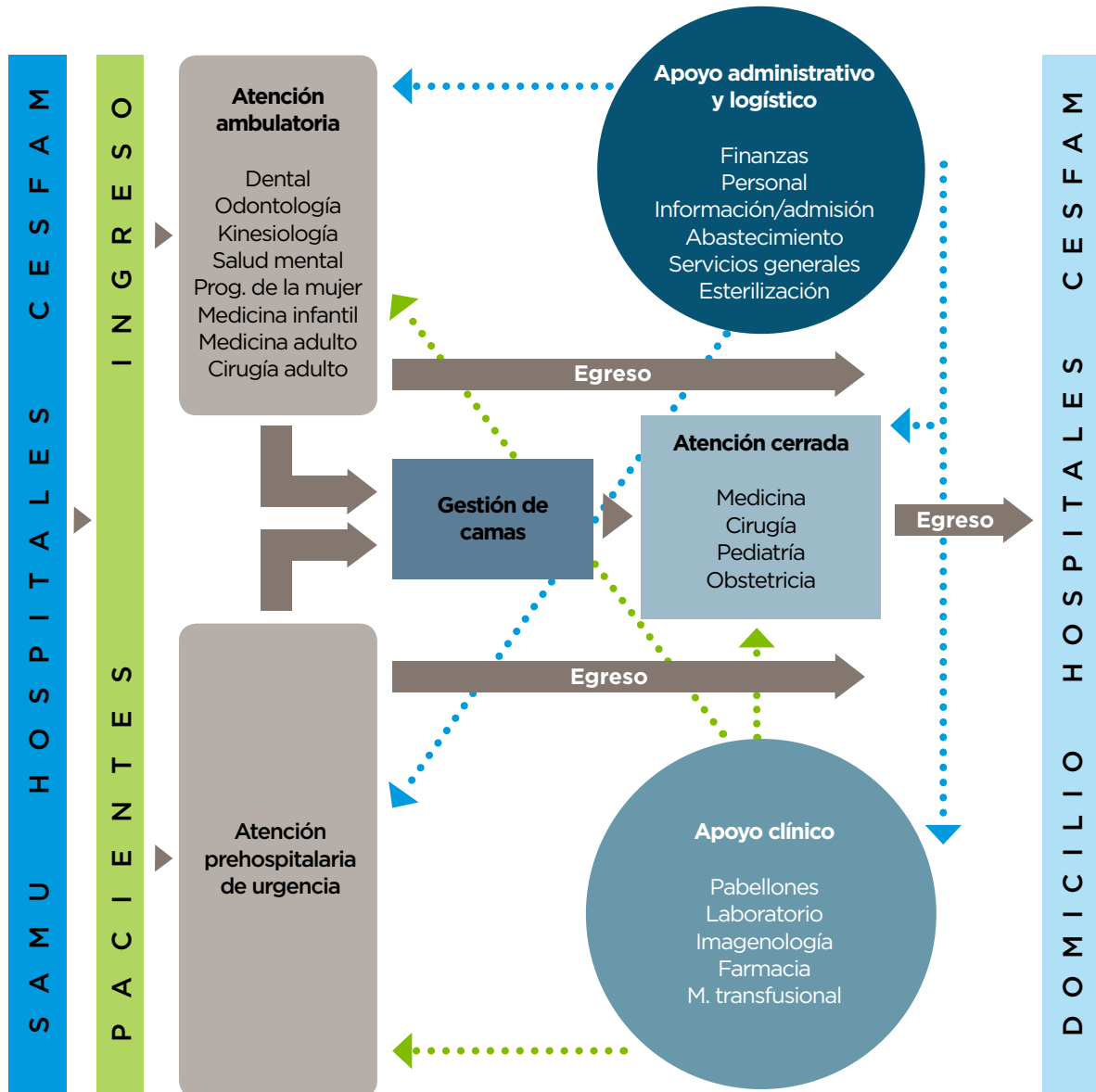
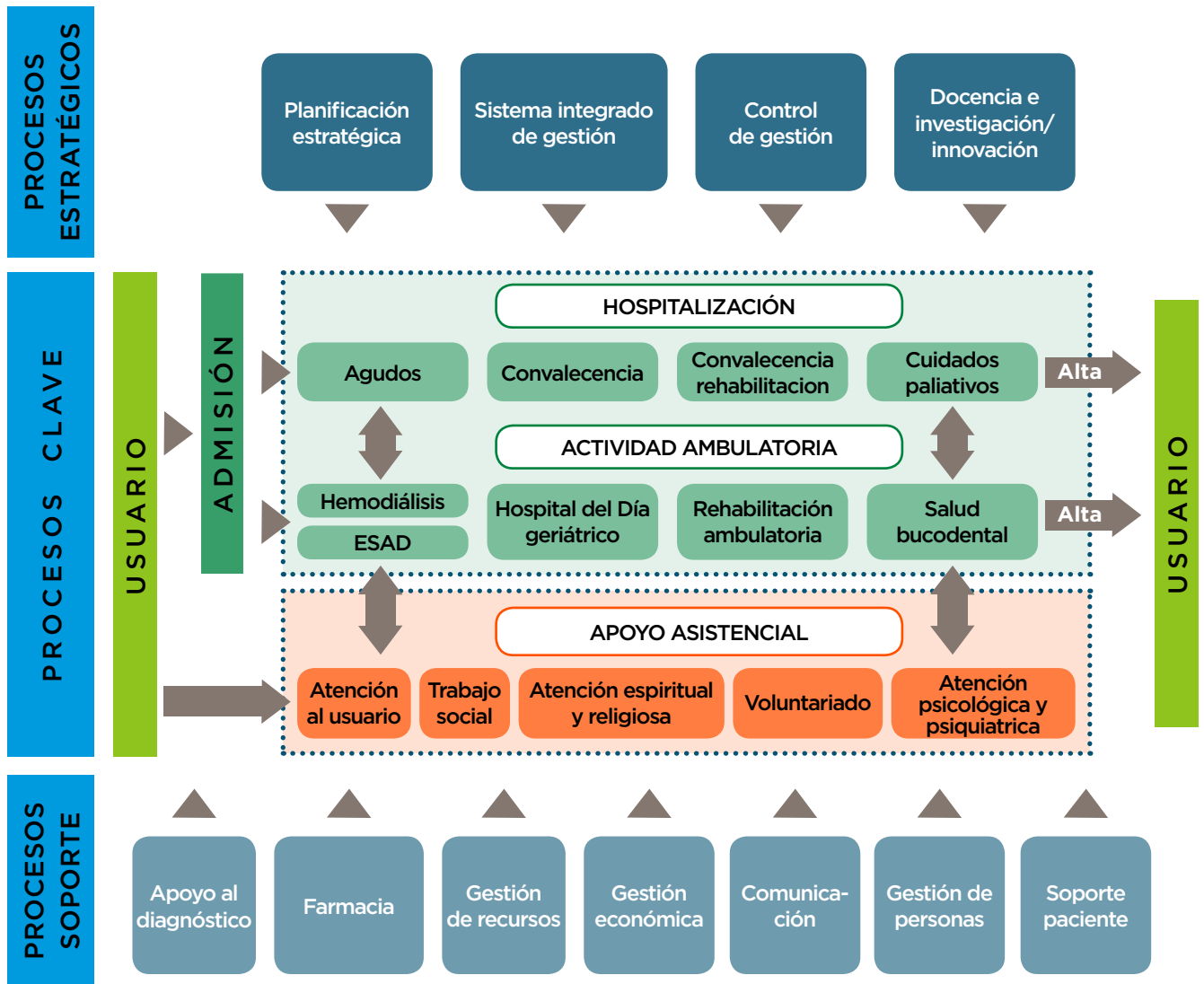


Figura 2. Ejemplo de mapa conceptual de procesos de atención de un hospital de mediana complejidad



Fuente: (VIII Región Servicio de Salud, 2016)

Figura 3. Ejemplo de modelo de gestión por procesos



Fuente: (Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, 2016)

1.4. CARTERA DE SERVICIOS

La cartera de servicios corresponde a la descripción detallada de todas las prestaciones asistenciales del hospital, diferenciando si se trata de prestaciones finales como egresos y consultas médicas, o de prestaciones intermedias, como exámenes y procedimientos de las especialidades, además de los procedimientos de enfermería y matronería⁶.

Es importante destacar que la cartera de servicios es un elemento de estudio, al cual, se hará referencia en los distintos capítulos del EPH, en específico en lo que se relaciona a la unidad de servicios de salud, en donde se aborda en mayor detalle, sobre todo, respecto a la evolución histórica del número de prestaciones de salud que se describen en la descripción de la cartera de servicios que se desarrolla en este apartado. Dicho con otras palabras, aquí se hará un presentación general de la cartera de servicios, un esqueleto. El diagnóstico desarrollado de la misma se realiza en el apartado de servicios de salud.

Por prestaciones finales, o proceso final, se entiende al resultante último del proceso productivo al interior del hospital y bajo este concepto se incluyen los egresos hospitalarios, las consultas de nivel primario, las consultas de especialidad y las consultas de atención de urgencia. También se pueden incluir las intervenciones quirúrgicas y las atenciones de parto.

Las prestaciones intermedias o procesos intermedios corresponden a procedimientos que forman parte del proceso productivo y que actúan como insumo para la producción de la prestación final. Entre ellos se encuentran los exámenes de imagenología y de laboratorio, los procedimientos de anatomía patológica, las acciones del banco de sangre, y otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos (laparoscopías, laserterapias, etc.).

Para construir la cartera se recomienda utilizar las siguientes variables:

1. **Centro de responsabilidad:** corresponde a la unidad responsable de la ejecución o provisión de las prestaciones o servicios de salud.

⁶ Enfermera obstetriz

2. **Usuario final:** población a la que está dirigida el servicio. Puede ser toda la población o algún grupo específico como el adulto, el niño, mujer en edad fértil u otro.
3. **Proceso:** corresponde al tipo de servicio que se entrega, por ejemplo, atención de urgencia, hospitalización, cirugía, etc.
4. **Línea de producción:** corresponde a la prestación que se entrega. Por ejemplo, consulta médica, intervención quirúrgica, procedimiento x, etc.
5. **Producto específico:** corresponde a una caracterización detallada del producto o servicio entregado. Por ejemplo, tipo de consulta médica, que podría ser de; medicina interna, oftalmología, cirugía, entre otras.

La siguiente tabla presenta un ejemplo gráfico de la cartera de servicios, la que debe adaptarse al tipo de unidad o servicio que se esté describiendo.

Tabla 1. Base por categorías de una cartera de servicios

Centro de responsabilidad	Usuario final	Procesos	Línea de producción	Productos / Servicios específicos
Columna A	Columna B	Columna C	Columna D	Columna E
CR 1	Cliente 1	Proceso 1	Línea 1.1	
			Línea 1.2	Producto 2
			Línea 1.k	
	Cliente 2	Proceso 2	Línea 2.1	
CR k	Cliente k	Proceso k	Línea k.1	

Fuente: Ejemplo de Aplicación de la Guía y Orientaciones para la Definición de la Cartera de Servicios de los Establecimientos. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2007

Algunos ejemplos de la aplicación práctica de la tabla anterior se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 2. Ejemplo cartera de servicios

Centro responsabilidad	Usuario final	Area de proceso	Linea de producción
Atencion ambulatoria	Paciente adulto y niño, de consulta espontanea o derivado de red asistencial ssa o del sector privado, y otros establecimientos fuera de la red.	Area atención abierta	Procedimientos y consultas

Especialidad (Adulto)	Subespecialidad	
Medicina Interna	Medicina Interna	Sí
Subespecialidades Medicina Interna	Broncopulmonar	Sí
	Cardiología	Sí
	Gastroenterología	Sí
	Nefrología	Sí
	Inmunología	Sí
	Infectología	Sí
	Endocrinología	Sí
	Reumatología	Sí
Geriatría	Geriatría	Sí
Diabetología	Diabetología	Sí
Cirugía General	Cirugía General	Sí

Fuente: (Estudio de Preinversión Hospital Clínico Universidad de Antofagasta, 2017)



2. DIAGNÓSTICO DE SERVICIOS DE SALUD

Según la OMS, los servicios de salud, también denominados como servicios médicos, son un conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance de las personas y sus familias, los recursos de diagnóstico temprano, de tratamiento oportuno, de rehabilitación, de prevención médica y de fomento de la salud. Desde un enfoque productivo, los servicios de salud se pueden definir como una serie de procesos relacionados que, a través del uso de recursos, productos intermedios o subprocesos, generan un servicio destinado a generar un bienestar, que para el caso puede ser un egreso o alta, una consulta, una hospitalización, una cirugía o un examen diagnóstico.

Los servicios, como se mencionó más arriba, se pueden agrupar en macroprocesos o servicios finales (i.e., egresos, cirugías, consultas de urgencia, de especialidad y de atención primaria) y subprocesos o servicios intermedios (exámenes, procedimientos, prescripciones y otros). De manera gráfica y en un enfoque de procesos, se muestra a continuación el proceso productivo de los servicios de salud.

Figura 4. Proceso de producción de servicios de salud



Fuente: Elaboración propia

Dentro de los servicios finales e intermedios, se incluyen las siguientes categorías.

Tabla 3. Servicios de salud

Intermedios	Finales
Servicios de apoyo diagnóstico:	Egresos
Ex. laboratorio	Consultas médicas de urgencia
Ex. imagen	Consultas médicas de morbilidad
Ex anatomía patológica	Consultas médicas de especialidad
Procedimientos médicos	Consultas profesionales no médicas
Procedimientos de profesionales no médicos	Intervenciones quirúrgicas mayores electivas no ambulatorias
Actividades de rehabilitación física	Intervenciones quirúrgicas mayores electivas ambulatorias

Servicios de apoyo general:	Intervenciones quirúrgicas mayores de urgencia
Farmacia	Intervenciones quirúrgicas menores de urgencia
Esterilización	Intervenciones quirúrgicas menores electivas
Lavandería	Partos
Alimentación	Hemodiálisis
Medicina transfusional	
Servicios de apoyo logístico:	
Traslados	

Fuente: Elaboración propia

Para el diagnóstico de los servicios de salud que el hospital ha ofertado y producido, es necesario comprender tres aspectos clave que están presentes en el proceso de producción de los servicios de salud, ya sean intermedios o finales, estos son, el tipo de atención que se planifica para su entregar al usuario, la agrupación de los servicios de salud más representativo del sistema productivo hospitalario que denominaremos “Prestaciones trazadoras” y, por último, el grupo programático, al cual pertenecen las prestaciones trazadoras que por lo general hacen referencia al grupo del adulto, niño y mujer.

A continuación, se explica en mayor detalle estos elementos conceptuales, fundamentales para el diagnóstico de los servicios de salud:

2.1. TIPO DE ATENCIÓN

Se distinguen básicamente dos tipos de atención, una programada y otra no programada. Habitualmente la atención programada se efectúa en horario hábil. Por ejemplo, de lunes a viernes de 8.00 a 16.00 horas. La no programada, por su parte, se efectúa de manera continua 24/7. En la siguiente tabla se comparan sus principales atributos de cada una de ellas.

Tabla 4. Atributos según tipo de programación

Ítem	Programada	No Programada
Tiempo anual en funcionamiento	Ej. 8 horas diarias por 250 días hábiles son 2.000 horas año	24 horas. por 365 días año son 8.760 horas
Tipo de prestación	Electivas o programables ej. consultas, cirugías electivas	De urgencia, consulta emergencia, cirugía, partos.
Lista de espera o embalse	Si no hay atención, se genera una lista de espera	No tiene
Población objetivo	Aquella que pueda concurrir al servicio en horario hábil	Toda la población

Fuente: Elaboración propia

2.2. PRESTACIONES TRAZADORAS

El análisis de los servicios utiliza un conjunto de prestaciones que se denominan “trazadoras”. Las trazadoras son un conjunto de prestaciones efectuadas por un médico o enfermera, que corresponden a las actividades básicas o primarias del trabajo sanitario de tipo curativo y paliativo.⁷ De manera adicional, estas reflejan las dos principales formas de producción, es decir, de tipo electivo y de emergencia.

Las principales prestaciones trazadoras son:

- Egresos hospitalarios
- Partos (normales y cesáreas)
- Cirugías Mayores (electivas y de urgencias)

⁷ La selección de las prestaciones médicas como trazadoras, se realiza dado que estas representan los principales servicios de salud que fluyen a través del proceso de atención de un usuario dentro del establecimiento y la red, y además porque a partir de estas se genera la principal demanda de los servicios de apoyo.

- Consultas médicas de especialidad, y
- Consultas médicas de urgencias

2.3. GRUPO PROGRAMÁTICO

Para el análisis de las trazadoras se utilizan los grupos programáticos tradicionales: niño, mujer y adulto, ya que cada uno de ellos requiere procesos diferentes. Bajo algunas condiciones es pertinente efectuar apertura por otros grupos como menores de un año, adolescente o adulto mayor. Su apertura dependerá del objetivo esperado.

La siguiente tabla, a través del estudio de tres grupos programáticos, modela los respectivos procesos de producción relacionados a las prestaciones trazadoras y tipos de atención:

Tabla 5. Procesos de producción según grupos programáticos

Procesos	Mujer	Niño	Adulto
Consulta médica APS	X	X	X
Consulta médica especialidad	X	X	X
Consulta médica de urgencia	X	X	X
Parto	X		
Hospitalización	X	X	X
Cirugía mayor electiva	X	X	X
Cirugía mayor de urgencia	X	X	X

Fuente: Elaboración propia

Adicionalmente, al abrir las especialidades de las consultas ambulatorias, hospitalización y cirugía mayor, los procesos analizados pueden expandirse exponencialmente.

La etapa diagnóstica es la base para la siguiente etapa que determina la demanda de servicios de salud, la cual es una de las principales etapas a desarrollar dentro de un EPH y particularmente en el dimensionamiento de un hospital.

A continuación, se explica la metodología propuesta para la etapa diagnóstica de los servicios de salud.

2.4. MÉTODO DE DIAGNÓSTICO DE SERVICIOS DE SALUD

El método propuesto se basa en la “Guía Metodológica Estudio de Red Asistencial (1997) de la ex División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial del Ministerio de Salud de Chile”, el cual fue desarrollado como una herramienta para orientar y conducir iniciativas de inversión, en un contexto de eficiencia, complementariedad y viabilidad técnico - económica, y como una forma de reducir los tiempos de duración de este tipo de estudios a nivel de red.

Este método fundamenta los insumos que se necesitan para la siguiente etapa de proyección de la demanda de servicios de salud.

Así, a pesar de que este capítulo corresponde a la primera etapa de diagnóstico, es necesario explicar de manera resumida en qué consiste la metodología de proyección, para comprender de mejor forma la relación entre ambas. Es así, que podemos explicar que este método fundamenta su proyección en base a la selección de una tasa de atención o coeficiente⁸ que se calcula y selecciona a partir de la construcción de la producción histórica total de servicios, expresada como la suma de la oferta histórica (demanda explícita), más la demanda insatisfecha (demanda oculta).

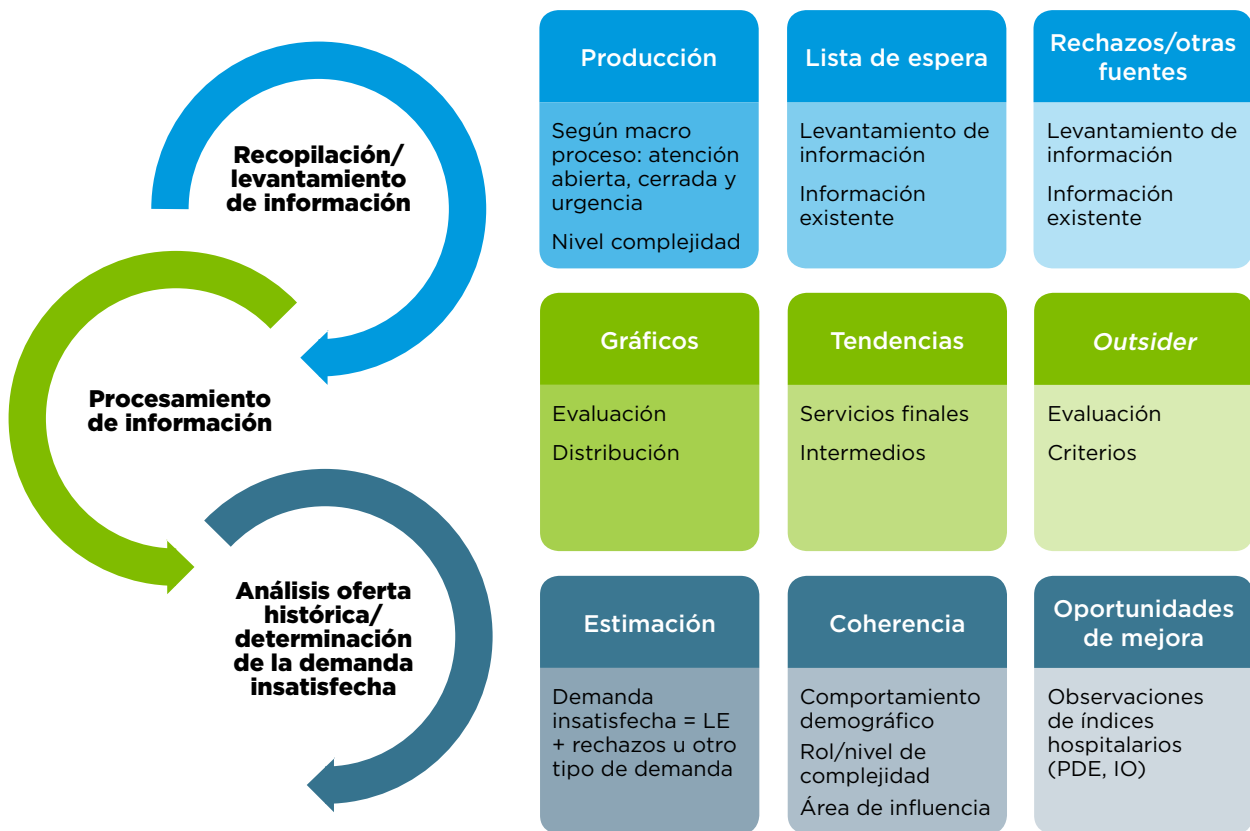
Este proceso busca acercar la estimación de la demanda a las necesidades de servicios de la población usuaria. Con el diagnóstico de la demanda explícita (o producción histórica), la estimación de la demanda insatisfecha y la incorporación de criterios de selección asociados a factores demográficos, epidemiológicos inferidos a través del comportamiento de la demanda observada, podremos estimar la demanda de servicios de salud.

8 Coeficiente Técnico $\text{C}_i = \frac{\text{Número de Servicios de Salud}_i}{\text{Trazadora}_i}$

Nota: Durante el desarrollo de la etapa de diagnóstico se hará referencia a la etapa de demanda o proyección, con el objetivo de dar coherencia narrativa y mayor sentido a los distintos insumos que se preparan en esta parte del curso.

Centrándonos ahora en la etapa diagnóstica, la cual se presenta en la siguiente figura, podemos identificar en la metodología tres fases; la primera de ellas corresponde a la recopilación y levantamiento de información, luego se desarrolla el procesamiento de la información, para finalizar con el análisis de la oferta histórica y determinación de la demanda insatisfecha. Analicemos en mayor profundidad cada una de estas etapas.

Figura 5. Flujo de fases en el diagnóstico de servicios de salud



Fuente: Elaboración propia

2.4.1. RECOLECCIÓN Y LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Esta etapa está referida particularmente al trabajo de campo y consiste en la recopilación de datos históricos de producción de servicios de salud, según los macroprocesos en estudio. Dependerá del nivel de modernización de los sistemas de registros utilizados a nivel del establecimiento, país o región, y si estos datos son confiables o cumplen con la cantidad mínima necesaria para realizar estimaciones más certeras.

Dada la característica de distribución y estacionalidad de la demanda explícita (producción histórica) de servicios de salud, se recomienda utilizar información para periodos anuales. El análisis anualizado sirve para efectuar las grandes estimaciones de dimensionamiento, sin embargo, para países con fenómenos epidémicos recurrentes como la epidemia, enfermedades respiratorias en invierno o brotes epidémicos asociados a vectores (Zika, Malaria, Dengue) es necesario considerar el análisis de series mensuales, que reflejen más fielmente el comportamiento de la demanda.

Las fuentes de información deben provenir de instituciones oficiales o validadas desde los propios establecimientos. En la medida en que los datos no permitan su procesamiento o simplemente no existan los registros necesarios, deberá establecerse un proceso ordenado de levantamiento de información en un periodo breve (3-6 meses), pero lo suficientemente necesario para realizar una proyección anual de la producción. Para estos casos se recomienda realizar comparaciones con registros de otras redes o establecimientos con servicios similares en cuanto a la complejidad y tipo de atención.

A) TAMAÑO DE LA SERIE EN ESTUDIO

La definición del tamaño de la serie tiene como objetivo identificar cambios en los patrones de producción y poder determinar si éstos corresponden a fenómenos de la demanda u oferta y utilizar esta información para la selección de los estadígrafos o coeficientes técnicos en la proyección de la demanda.

Así, una serie amplia pudiese mostrar una reducción de egresos en los hospitales de baja complejidad asociada a los grupos etarios de la mujer en estado fértil, neonatológicos y pediátricos, situación que debiese considerarse a la hora de la selección de coeficientes. Por el contrario, pudiesen presentarse comportamientos en los cuales se observan crecimientos de servicios asociados al adulto.

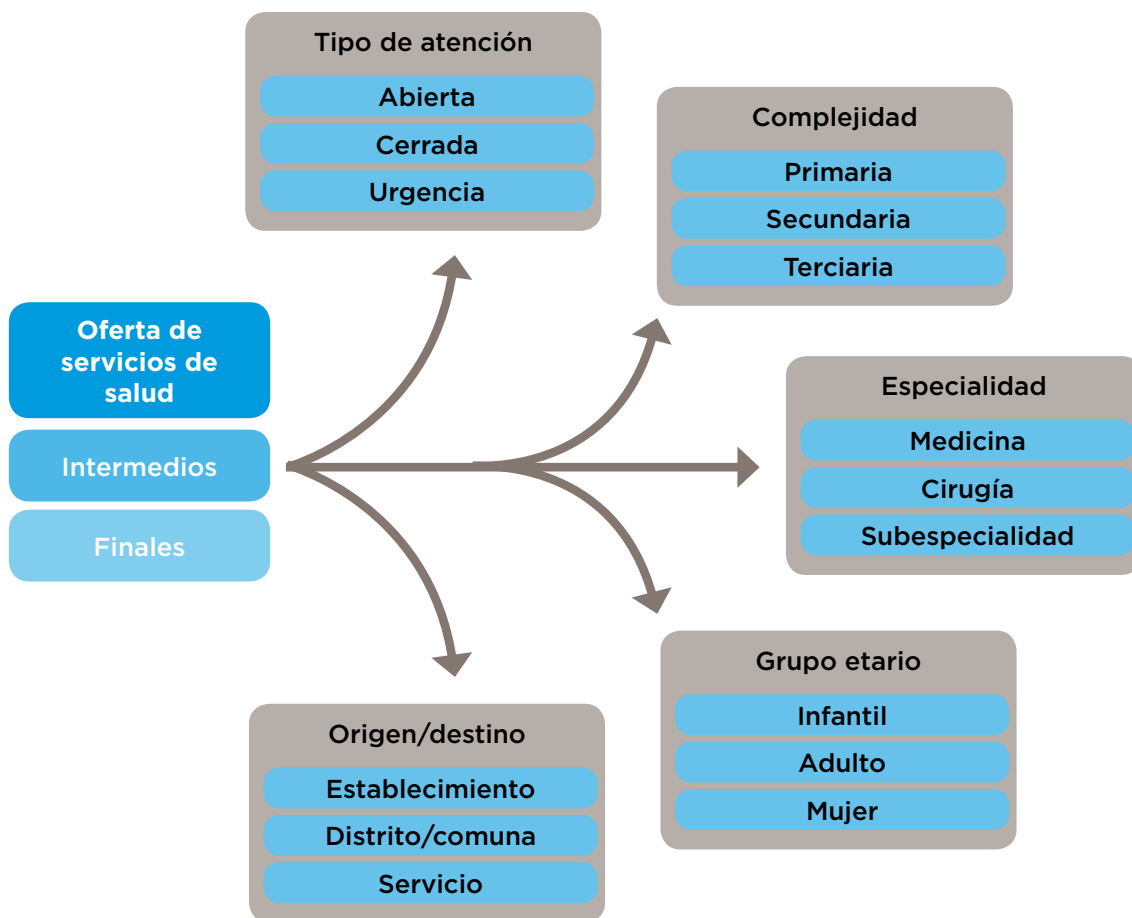
El tamaño de la serie histórica, sobre la cual se establecerán los análisis y estimaciones, dependerá de qué tan buena es la capacidad de la serie para inferir tendencias, evoluciones, comportamientos y, en definitiva, representar el escenario sobre el cual se desea proyectar.

La calidad de la información de los datos de la serie histórica influirá fuertemente en la certidumbre de las proyecciones de la demanda, por lo que, se deben hacer los esfuerzos para que la serie tenga a lo menos un quinquenio de información.

B) CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los servicios de salud pueden clasificarse de distintas formas, lo que dependerá del nivel de diferenciación de los servicios y, principalmente, de la organización de los mismos. Así se puede esperar que los servicios puedan organizarse de acuerdo a la complejidad del paciente, según la especialidad de los servicios prestados, o si el servicio requirió de una hospitalización (atención cerrada o intramuros) o fue ambulatoria (atención abierta o extra muro). Dependerá de cómo ha definido el establecimiento organizar sus procesos o la oferta de sus servicios, la variedad de clasificaciones que se tenga. A continuación, se muestra una clasificación de la información con un nivel de detalle que permite identificar la demanda de servicios según tipo de atención, complejidad del servicio, la especialidad del servicio, el grupo etario asociado al servicio y el origen del paciente.

Figura 6. Clasificación de los servicios de salud



Fuente: Elaboración propia

La clasificación descrita en el diagrama anterior es recomendable porque direcciona la sistematización de la información del estudio. Este nivel de desagregación permitirá analizar en detalle la oferta de servicios y determinar la demanda, permitiendo evaluar, organizar, reorganizar, rediseñar y planificar los servicios de manera diferenciada, optimizando los recursos más escasos e identificando los servicios y recursos necesarios según complejidad, tipo de atención, territorio y grupos etarios.

La definición del nivel de detalle de la información requerida dependerá del nivel de desarrollo de los sistemas de información de registros de atención y

solicitudes de servicios que posea el establecimiento, así como del nivel de análisis que se desea alcanzar. En esta etapa los costos económicos y el tiempo que se requiere para la obtención de la información suele ser un elemento relevante para definir el levantamiento de datos.

Existen servicios que pueden requerir de un mayor nivel de información. Es el caso del comportamiento de las consultas médicas de urgencia, servicios que regularmente constituyen la puerta de ingreso a los hospitales, para los cuales se recomienda caracterizar la producción de consultas médicas de acuerdo a la gravedad del usuario, lo que comúnmente es conocido como sistema de clasificación TRIAGE, y de acuerdo al grupo etario, lo que permitirá obtener una descripción del nivel de complejidad de la urgencia hospitalaria.

Otro de los servicios que reviste de una atención especial en la producción histórica de los servicios de hospitalización está referido a la categorización diaria de usuarios en cuanto al nivel de dependencia, diferenciando el número de registros con un bajo nivel de complejidad y su pertinencia de estada en el establecimiento, asociado a factores ajenos a las necesidades de salud del paciente, particularmente casos sociales o lo que hoy se ha denominado casos socio sanitarios.

La oferta de servicios de consultas médicas, caracterizada según control o consulta nueva, y la proporción de consultas en las cuales el usuario, por diversas circunstancias no se presenta, son importantes de describir pues evidencian oportunidades de mejora y características del actual sistema que deben evaluarse en cuanto a su eficacia.

Por último, también se recomienda el levantamiento de información de los partos, el cual reviste un interés especial, en relación a si este servicio es el resultado de un proceso de parto normal, fórceps, cesárea o cesárea de urgencia. De estas últimas, resulta relevante considerar el número de cesáreas de urgencias que se iniciaron a partir de un parto normal.

2.4.2. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento de la información tiene por objeto comprender y fundamentar las variaciones de los datos recopilados, establecer relaciones, tendencias, verificar la coherencia de los datos y determinar la decisión de un levantamiento de datos o la búsqueda de información desde otros establecimientos con servicios similares.

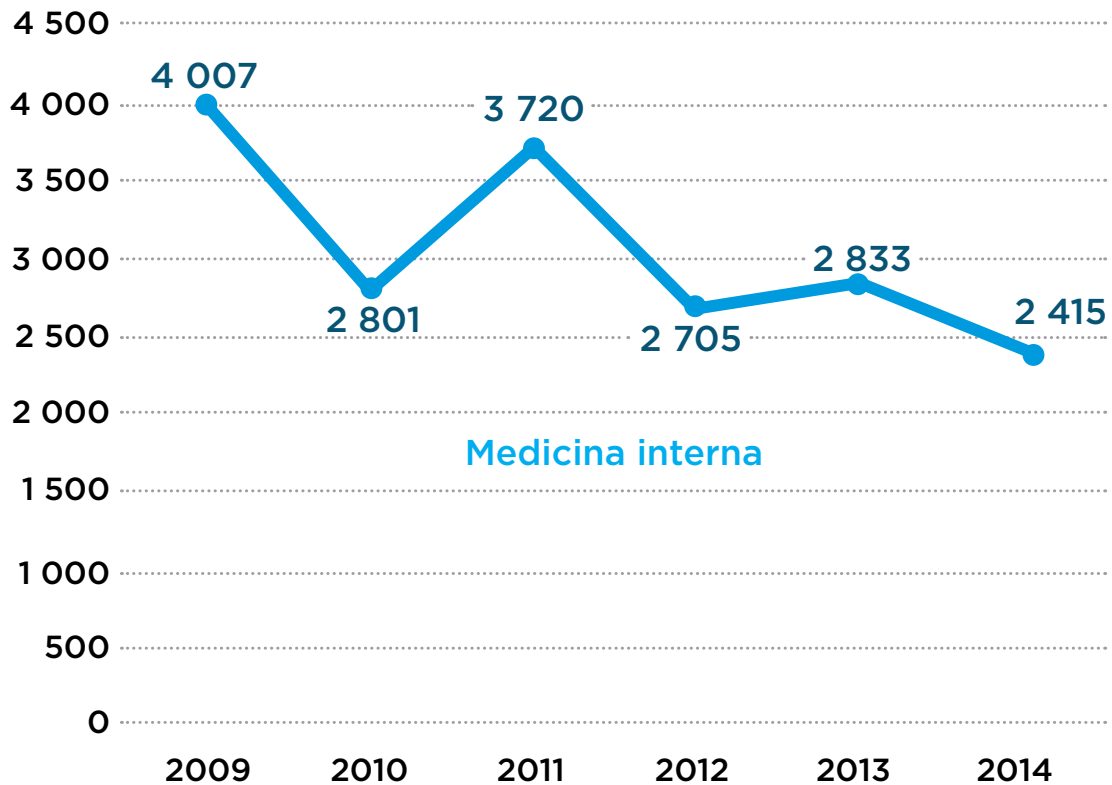
A modo de ejemplo, se muestra una tabla, que debiese completarse con la producción histórica de consultas médicas según especialidad para los años en estudio.

Tabla 6. Producción consultas médicas por especialidad

Especialidad	Año					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Medicina interna						
Medicina						
Cirugía adulto						
Cirugía						
Adulto (1)						
Pediatría						
Cirugía infantil						
Área infantil (2)						
Ginecología						
Obstetricia						
Área mujer (3)						
Total 1+2+3						

Fuente: Elaboración propia

Se sugiere representar gráficamente su evolución histórica, en donde se muestra la variación de la producción total de consultas médicas de especialidad, el análisis y estudio de la serie debiese explicar las variaciones y fluctuaciones, pudiéndose asociar el comportamiento a factores tales como falta de recursos humanos, falta de infraestructura, huelgas u otros.

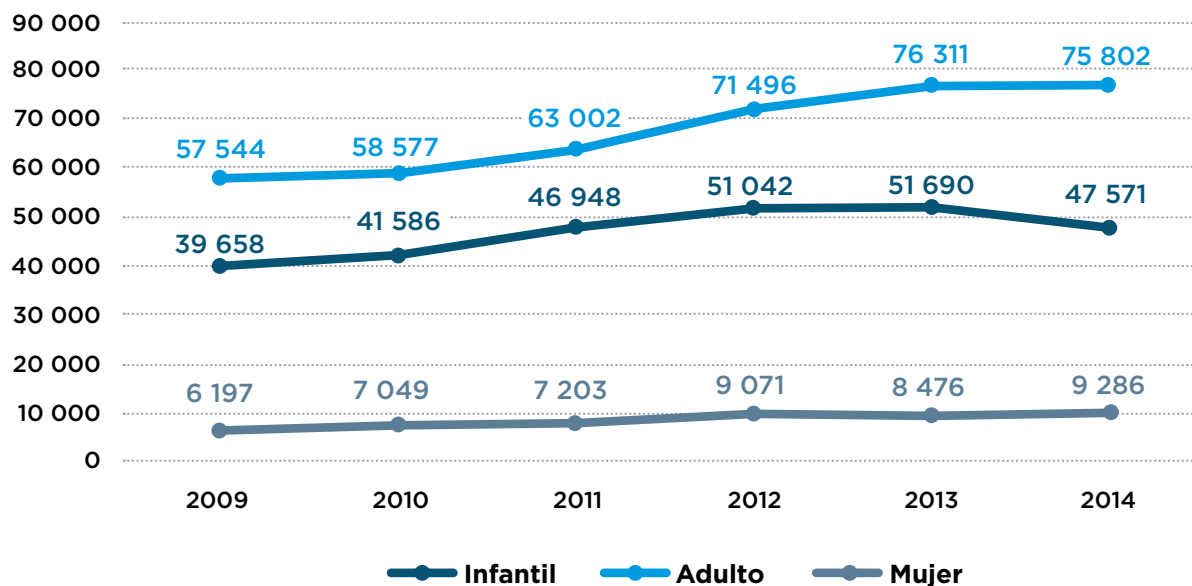
Figura 7. Consultas médicas de especialidad área adulto

Fuente: Elaboración propia

Los gráficos de tendencia y la dispersión de la demanda en el periodo en estudio son herramientas que ayudan al análisis y a la posterior selección de los coeficientes técnicos de servicios.

De igual forma se propone la elaboración de representaciones gráficas, en donde se puedan diferenciar comportamientos según grupos de edad o programas específicos. En el siguiente ejemplo, se observa que para el último periodo de la serie existe una leve disminución de las consultas médicas de urgencia, en el grupo adulto e infantil principalmente, contrastado con un incremento para el caso del grupo de la mujer.

Figura 8. Consultas médicas de urgencia según programa

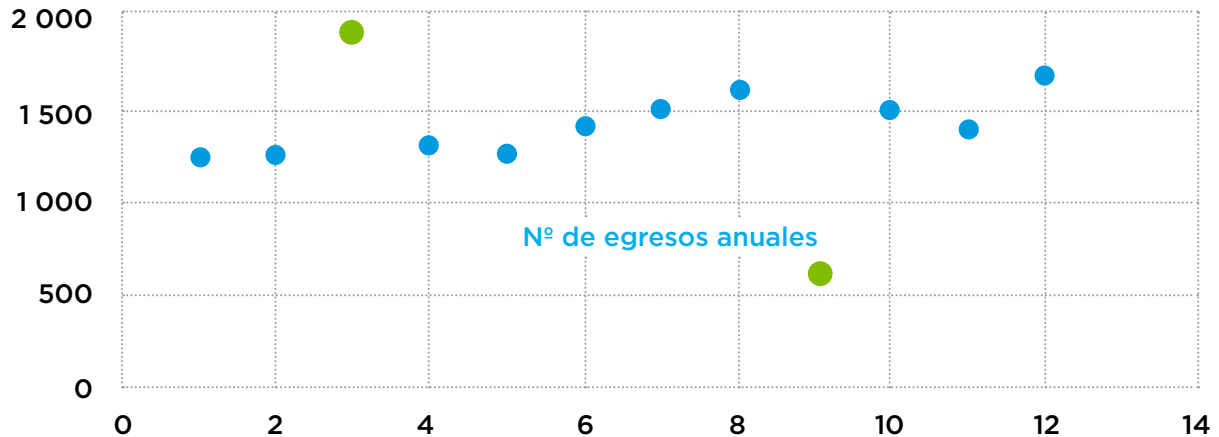


Fuente: Elaboración propia

Las gráficas también permiten observar, por ejemplo, que, ante un proceso de envejecimiento de la población del área de influencia en estudio, se observe una tendencia de disminución de la demanda de los servicios de salud asociados al grupo infantil y un incremento en la demanda del grupo del adulto, evidenciando a su vez una disminución en el número de partos.

Estas tablas y gráficas deben desarrollarse para cada uno de los servicios o prestación a considerar.

También se esperaría alcanzar un nivel de análisis que permita explicar los comportamientos atípicos (outsider) de la serie de datos (ver figura 10), que respondan a factores ajenos a la demanda, como por ejemplo las huelgas o disponibilidad de recursos humanos, económicos o de infraestructura. En estos, la permanencia o exclusión del dato dentro de la serie deberá fundamentarse.

Figura 9. Datos atípicos

Fuente: Elaboración propia

2.4.3. ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN

El análisis de la producción tiene por objeto comprender y fundamentar las variaciones de los datos recopilados, establecer relaciones, y determinar la decisión de un levantamiento de datos o la búsqueda de información desde otros establecimientos con servicios similares.

El análisis debiese dar cuenta, además, de la existencia de una serie histórica de información suficientemente representativa para el cálculo de los coeficientes técnicos en cuanto al nivel de complejidad que refleja la oferta y en cuanto a si éste es coherente respecto al futuro nivel de complejidad sobre el cual se desea proyectar la demanda. Esta situación se puede dar en aquellos hospitales de baja y mediana complejidad que aumentan su nivel, para los cuales deberá analizarse la pertinencia de utilizar la serie histórica o la conveniencia de utilizar antecedentes de establecimientos con una serie histórica que represente en futuro del establecimiento.

Estas situaciones y otras relaciones y análisis tendientes a robustecer la comprensión del comportamiento de la oferta de servicios de salud y sus flujos, resultan de real importancia a la hora de definir criterios en la etapa de proyección y de optimización de la demanda.

Para el caso de las prestaciones de apoyo diagnóstico y general, es importante en esta etapa obtener correlaciones y relaciones entre estas y las prestaciones trazadoras.

Por ejemplo, se debe lograr obtener al menos las siguientes relaciones (los resultados solo son de referencias):

Tipo de Atención	Trazadora	Prestación	Ejemplo relacion
Abierta	Consulta médica	N° de exámenes de laboratorio	2 por consulta
		N° de exámenes de imagenología	0,25 por consulta
		N° de recetas ó Prescripciones	3 por consulta
		N° de procedimientos	0,25 por consulta
		N° de Litros de Material estéril	0,5 por consulta
		Kilos de Ropa Limpia	0,25 por consulta
		Kilometro/N° de traslado de pacientes	0,025 por consulta
Cerrada	Días cama ocupado (DCO)	N° de exámenes de laboratorio	2 por DCO
		N° de exámenes de imagenología	02,5 por DCO
		N° de recetas o prescripciones	4 por DCO
		N° de procedimientos	5 por DCO
		N° de litros de material estéril	0,5 por DCO
		Kilos de ropa limpia	3 por DCO
		Kilometro/N° de traslado de pacientes	0,025 por DCO

Tipo de Atención	Trazadora	Prestación	Ejemplo relacion
Cerrada	Egresos	N° de exámenes de laboratorio	2 por egreso
		N° de exámenes de imagenología	02,5 por egreso
		N° de recetas o prescripciones	4 por egreso
		N° de procedimientos	5 por egreso
		N° de litros de material esteril	1 por egreso
		Kilos de ropa limpia	15 por egreso
		Kilometro/N° de traslado de pacientes	0,025 por egreso
Urgencia	Consulta médica de urgencia	N° de exámenes de laboratorio	3 por consulta
		N° de exámenes de imagenología	0,5 por consulta
		N° de recetas o prescripciones	3 por consulta
		N° de procedimientos	0,05 por consulta
		N° de Litros de material estéril	0,05 por consulta
		Kilos de ropa limpia	0,05 por consulta
		Kilometro/N° de traslado de pacientes	0,025 por consulta

Estas relaciones serán utilizadas para la proyección de servicios intermedios, seleccionándose las relaciones bajo criterios de optimización y análisis de las series históricas.



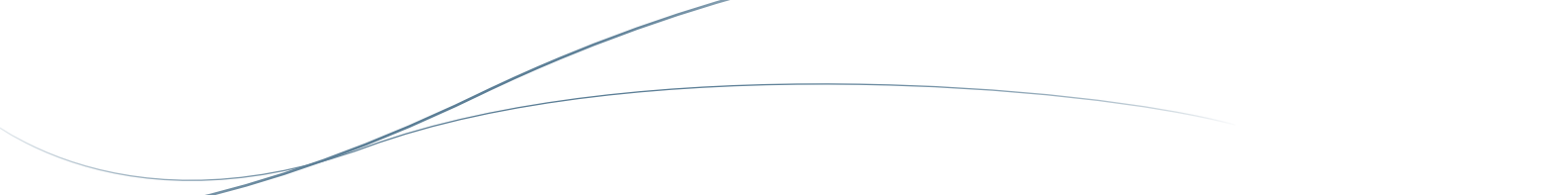
3. IDEAS PRINCIPALES

- Un modelo de gestión es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas y objetivos de una institución. El adecuado y correcto diagnóstico del modelo de gestión hospitalario es clave para desarrollar un EPH principalmente porque permite visualizar los desafíos pendientes para el logro de las metas sectoriales y los objetivos organizacionales.
- El diagnóstico del modelo de gestión y organización de un hospital debe ser capaz de identificar los elementos que permiten identificar desbalances entre la realidad actual del hospital y el futuro esperado. Un buen diagnóstico puede orientar decisiones sustentables y acordes a los recursos del sector así como ampliar la cantidad de herramientas necesarias para el buen desarrollo del proyecto.
- El modelo de gestión incluye el análisis del marco regulatorio, la estructura y funcionamiento y la cartera de servicios de un hospital.
- La caracterización y análisis de la producción histórica de los servicios de salud tiene por objeto comprender el comportamiento y fundamentar las variaciones de los datos recopilados, establecer relaciones, tendencias, verificar la coherencia de los datos y establecer la necesidad de la toma de datos o la búsqueda de información.
- Los servicios de salud se dividen en procesos o prestaciones intermedias y finales. Para su análisis se debe contemplar el tipo de atención, las prestaciones trazadoras y los grupos programáticos.
- El diagnóstico de los servicios de salud incluye tres etapas: Recolección y levantamiento de información, procesamiento de la información y análisis de producción.



4. REFERENCIAS

- “Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales”. Publicación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2001. España. Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales Integrados, Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2º edición, 2009. España.
- “Guía Metodológica para Estudios de Preinversión Hospitalaria”, División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial. Departamento Desarrollo de la Red Asistencial. Ministerio de Salud, Chile, 2001.
- Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios. Departamento de Modelo de Atención, División de Gestión de Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Minsal. 2006.
- Serie nº 4: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en la Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Área de



Sistemas de Salud, Basados en la Atención Primaria de Salud (HSS), Proyecto de Servicios Integrados de Salud (HSS/IHS), Oficina de la Subdirección, Organización Panamericana de la Salud OPS, Organización Mundial de la Salud OMS. Washington, EE.UU., 2010.

- Dirección de Hospitales. Germán Fajardo Dolci, Eleuterio García Ramos. Manual Moderno, 2008. México.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud., 2001. “Guía Metodológica Para Estudios De Preinversión Hospitalaria” del Gobierno de Chile (2001). División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, Departamento de la Red Asistencial. Primera Edición 2001.
- Myriam de Marco, Elsa Suarez “Indicadores de gestión en hospitales en san miguel de Tucumán.” Documentos de trabajo de contabilidad social. Año 5, N° 2



5. BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

- Gillies, RR, Shortell, SM, Young GJ (1997). Best practices in managing organized delivery systems. *Hospital & health services administration* 1997;42(3):299-321.
- Ham Ch (2007). Clinically integrated systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffield Trust
- Hirmas, M., Poffald, L., Jasmen,, A., Aguilera, X., Delgado I., Vega J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. En: *Rev Panam Salud Publica*. 33(3):223-9. Disponible en: <http://repositorio.udd.cl/handle/11447/49>
- International Trade Center UNCTAD/WTO. Results-Based Management Checklist, a practical guide and diagnostic tool for results-Based management. Geneva: ITC. <http://www.intracen.org/instasptp/pdf/files/check5.pdf> (accessed February 1, 2010).

- “Medicina Preventiva y Salud Pública”. Piédrola Gil, 10° Edición. Editorial Masson. España. 2001.
- Vazquez Navarrete, ML., Vargas Lorenzo, I. (2007). Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.
- “El Hospital Público en Chile” Vol. I. Editores: Dr. Carlos Montoya Aguilar, Dr. Ignacio Astorga Jorquera. Ministerio de Salud (2001-2002). Chile.
- Barragán, H., Moiso, A., Mestorino, M., Ojea, O., 2007., “Fundamentos de Salud Pública”. Primera parte. páginas 28-31.
- Departamento de Información y Estadísticas, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile., 2013.
- Hart, J., 1963. “The inverse care law”. Lancet, Volume 297, Número 7696, p405-412, 27 February 1971.
- Last, J.M, 1963., “The Iceberg “Completing The Clinical Picture” in general practice, The Lancet, Volume 282, número 7297, de 6 de Julio de 1963, páginas 28-31.
- Musgrove, P., 1985. “Reflexiones Sobre la Demanda por Salud en América Latina”, Cuadernos de economía, año 22, N° 66, (Agosto 1985). Versión corregida de un artículo preparado para el “Taller Internacional de Economía en Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, 10-12 de septiembre de 1984. páginas. 293-305
- Santos, H., Martínez, S., Martínez, M., Álvarez, I., 2011. La demanda potencial y la oferta de servicios de salud para las enfermedades catastróficas en México”. Rev. Gerenc. Polit. Salud., Bogotá (Colombia), 10 (21): 33-47, julio-diciembre de 2011.
- Ejemplo de Aplicación de la Guía y Orientaciones para la Definición de la Cartera de Servicios de los Establecimientos. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2007



6.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

Ejemplo: Organización del primer nivel

Dutta, Bireswar. **Role of Primary Health Care in India towards a Healthy India: An Objective Analysis.** International Journal of Application or Innovation in Engineering & Management, Volume 5, Issue 9, September 2016

Expone criterios de organización del primer nivel en la India y estrategias de consolidación del modelo que permitió mejorar resultados en la entrega de servicios.

Ministerio de Salud del Perú. **Estudio de la red hospitalaria de Lima y Callao (2016)**

El capítulo 2 expone el análisis de Origen-Destino de la red hospitalaria pública de Lima Metropolitana y el Callao en Perú.

- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2014. Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur, Mapeo de la APS en Perú, Consultores: Naydú Acosta Ramírez y Román Vega Romero, Documento Autoral de APS en los países de Suramérica.
- Becerra, Adela, 2007. Estimación de un modelo de demanda de servicios de salud en Uruguay. ¿Por qué se llenan los consultorios de urgencias? Cuaderno de Economía, Departamento de Economía, Universidad Católica del Uruguay. ISSN 1688-3519 N.º 2, 2007.
- Organización Mundial de la Salud. 2008 Informe sobre la salud en el mundo. “La atención primaria de salud, más necesaria que nunca”.
- Nogueira Roberto 1991. El Proceso de producción de servicios de salud. Educ. Med. Salud, 25(1): (1991).
- Béria J., Mendoza-Sassi, R. 2001. Health services utilization: a systematic review of related factors. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):819-832.

Lecturas complementarias

- Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur, Mapeo de la APS en Perú, Consultores: Naydú Acosta Ramírez y Román Vega Romero, Documento Autoral de APS en los países de Suramérica. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2014.
- Becerra, A., 2007. “Estimación de un modelo de demanda de servicios de salud en Uruguay. ¿Por qué se llenan los consultorios de urgencias?”. Cuaderno de Economía • Publicación del Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Empresariales, Universidad Católica del Uruguay. ISSN 1688-3519 N°2, 2007.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo, 2008. “La atención primaria de salud, Más Necesaria que nunca”.
- Nogueira, R.1991. El Proceso de producción de servicios de salud. Educ. Med. Salud, Vol. 25, No. 1 (1991).
- Béria J., Mendoza-Sassi, R. “Health services utilization: a systematic review of related factors.”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):819-832, jul-ago, 2001 Revisao.

