

Dirección Técnica

Dr. Luis Suárez Ognio
Dra. Luz Vásquez Vásquez
Dr. Percy Minaya León
Dr. Víctor Zamora Mesía
Dr. Jaime Chang Neyra
Dr. Fernando Llanos Zavalaga
Dr. César Bueno Cuadra
Dr. Luis Cordero Muñoz
Dra. Gladys Ramírez Prada

Equipo consultor

Dr. Carlos Ricse Cataño
Dr. Oscar Bueno Valenzuela
Dr. Ricardo Zúñiga Cárdenas
Mg. Luz Carbajal

Esta publicación fue realizada con el apoyo técnico y financiero del Proyecto Vigía “Enfrentando a las amenazas de las enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes” (Convenio de cooperación entre el Ministerio de Salud del Perú y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID).

© Ministerio de Salud, 2002
Oficina General de Epidemiología,
Camilo Carrillo 402, Jesús María, Lima 11, Perú
Teléfonos (511) 433 0081, 433 6140, 433 5859

Cualquier correspondencia dirigirse al
Proyecto Vigía (MINSa-USAID), sito en
Camilo Carrillo 402, Jesús María, Lima 11
teléfonos: (511) 332-3482, 332-3458
<http://www.minsa.gob.pe/pvigia>
<http://www.oge.sld.pe>
postmaster@oge.sld.pe

El documento es de uso y reproducción libre, en todo o en parte, siempre y cuando se cite la procedencia y no se use con fines comerciales

ISBN: 9972-820-34-3
Depósito legal No 150-1142002-0521
Razón Social: Ministerio de Salud

Análisis de la Situación de Salud
GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LA RESPUESTA
SOCIAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD
(CON ÉNFASIS EN LOS SERVICIOS)

Ministerio de Salud
Dr. Fernando Carbone Campoverde
Ministro de Salud

Dr. Oscar Ugarte Ubilluz
Vice Ministro de Salud

Oficina General de Epidemiología
Dr. Luis Suárez Ognio
Director General

Proyecto VIGIA
Dra. Luz Vásquez Vásquez
Directora Nacional

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
GUÍAS PARA EL ASIS	9
1. INTRODUCCIÓN	9
1.1. ASIS y la Realidad Sanitaria	9
1.2. Inteligencia Sanitaria	10
1.3. ASIS y la Gestión en Salud	10
1.4. ASIS y Sistemas de Información	11
2. OBJETIVOS	11
3. BASE CONCEPTUAL	12
4. CONTENIDO	13
4.1. Guía para el Análisis de los Factores Condicionantes de la Salud (demográficos y socioeconómicos)	14
4.2. Guía para el Análisis del Proceso Salud-Enfermedad (morbilidad y mortalidad)	14
4.3. Guía para el Análisis de la Respuesta Social (con énfasis en los servicios)	15
4.4. Guía para la Integración de los Componentes del ASIS	15
GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SOCIAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD	19
1. INTRODUCCIÓN	19
2. BASE TEÓRICA	20
3. OBJETIVOS	22
3.1. Objetivo General	22
3.2. Objetivos Específicos	22
4. BASES METODOLÓGICAS	22
4.1. Fuentes de Información	23
4.2. Vigencia y Actualización de Información	24
4.3. Listado de Necesidades de Análisis	24
4.4. Pautas para Facilitar la Identificación y Evaluación de Fuentes de Información	25
4.5. Pautas para Facilitar la Recolección y Presentación de la Información	27
4.6. Pautas para Facilitar el Análisis y la Síntesis de la Información	30
5. MÉTODOS	31
5.1. La Descripción de la Oferta	31
5.1.1. La Percepción de los Usuarios	31
5.1.2. La Conducción Estratégica	33

5.1.3. <i>La Estructura de Soporte</i>	34
5.1.4. <i>Los Recursos Humanos</i>	45
5.1.5. <i>La Organización de la Complejidad</i>	47
5.1.6. <i>La Producción</i>	50
5.2. <i>La Evaluación de la Oferta</i>	52
5.2.1. <i>Evaluación de los Servicios de la Red</i>	52
5.2.2. <i>Evaluación de los Programas o Planes de Salud Colectiva de la Red</i>	58
5.3. <i>Bases para la Evaluación de la Oferta de Servicios</i>	66
5.3.1. <i>Selección de Indicadores Trazadores</i>	67
5.3.2. <i>Estimación de Valor Nominal en Indicadores Trazadores</i>	69
5.3.3. <i>Establecimiento de la Capacidad Resolutiva para la Totalidad de Establecimientos de Salud</i>	71
5.4. <i>Respuesta Social Sectorial y Multisectorial</i>	74
5.4.1. <i>Descripción de la Respuesta de Otros Prestadores de Servicios de Salud</i>	74
5.4.2. <i>Respuesta Social de Otros Sectores</i>	75
BIBLIOGRAFÍA	77
ANEXO 1: ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS	81
ANEXO 2: CRITERIOS PARA EL ANÁLISIS DE RIESGOS DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	83
ANEXO 3: PERFILES DE COMPLEJIDAD	85
ANEXO 4: INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE SERVICIOS	98
ANEXO 5: INSTRUCCIONES BÁSICAS PARA USO DE HOJA ELECTRÓNICA QUE AYUDA A REALIZAR PRIORIZACIÓN	104

PRESENTACIÓN

La conducción de la gestión y gobierno en salud requiere del análisis profundo de la realidad sanitaria, de sus condicionantes y de la respuesta del sector y la sociedad para efectuar los cambios que mejoren las condiciones de vida y salud de la población.

Se hace necesario que los equipos conductores en salud cuenten con las capacidades y metodologías para realizar el Análisis de Situación de Salud (ASIS). En este sentido, la Oficina General de Epidemiología, con el apoyo técnico y financiero del Proyecto Vigía (MINSA–USAID), pone a disposición de estos equipos las presentes guías para el análisis de situación de salud.

El objetivo de las guías es brindar a los profesionales y técnicos de salud, responsables del análisis a nivel regional y local, un conjunto de herramientas que en forma organizada les permitan comprender la situación de salud, conocer el perfil sanitario y priorizar los problemas, los grupos más vulnerables de la población y las zonas de mayor riesgo, para orientar y monitorizar sus planes e intervenciones. Su uso prioritario es para elaborar el ASIS anual, pero se puede utilizar para otros análisis del quehacer sanitario.

Las guías presentan bases teóricas sencillas para el análisis, así como pautas para recolectar, evaluar y analizar la información general de los problemas y el análisis por unidades poblacionales, para establecer una priorización regional y de ámbito geográfico. Son cuatro guías: 1) Análisis de los factores condicionantes de la salud, como son los factores demográficos y socioeconómicos; 2) Análisis del proceso salud-enfermedad, para la descripción del estado de salud en términos de morbilidad y mortalidad, la priorización de daños y de ámbitos geográficos por riesgo; 3) Análisis de la respuesta social a los problemas de salud, con énfasis en los servicios; y 4) Análisis integral entre estos componentes, que termina con pautas para una priorización integral y el balance entre la oferta y la demanda.

Con este aporte, el Ministerio de Salud avanza en el esfuerzo por mejorar la gestión sanitaria, que contribuirá a lograr condiciones de vida dignas para millones de peruanos, en especial para los más pobres y postergados en el acceso a los servicios de salud.

Dr. Fernando Carbone Campoverde
Ministro de Salud

GUÍAS PARA EL ASIS

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ASIS y la Realidad Sanitaria

La realidad sanitaria nacional presenta grandes problemas estructurales de larga data que constituyen enormes desafíos para el sector salud. Entre los más importantes destaca los problemas de inequidad e ineficiencia. Existen zonas del país, predominantemente urbanas con mejores niveles socioeconómicos donde hay alta concentración de recursos (establecimientos, equipamiento, profesionales, insumos y materiales) lo que ocasiona muchas veces un bajo rendimiento, en tanto, que hay zonas como las rurales, con altos niveles de pobreza, en donde no es accesible este tipo de recursos. Este panorama configura un doble marco de desigualdad, por un lado, la población pobre que tiene mayor riesgo de enfermar y morir tiene poco acceso a servicios de salud, y por otro lado, la población no pobre que teniendo menor riesgo de morbimortalidad tiene mayor acceso a la atención de salud.

Esta situación, acompañada de otras limitaciones y distorsiones, justifica los cambios impulsados por el sector salud. Uno de los principales mecanismos impulsores de estos cambios es la determinación de las prioridades de salud. Al ser escasos los recursos, es preciso que éstos sean asignados preferentemente a los problemas de mayor costo social, con intervenciones que simultáneamente provean mayor beneficio.

El proceso de priorización de problemas de salud no es nuevo en el sector, sin embargo, ha sido necesario impregnarle de mayor racionalidad. Ello ha significado la implementación nacional del Análisis de Situación de Salud (ASIS) como metodología estandarizada para conocer los problemas de salud, así como sus factores determinantes y condicionantes. Este instrumento está permitiendo medir la situación de salud de la población en sus distintas dimensiones (variables demográficas, sociales, económicas y epidemiológicas), a través de medidas representativas (promedios y otras medidas de tendencia central) y del establecimiento de brechas de inequidad para identificar los grupos más vulnerables. Esta información permitirá al sector acondicionar la oferta de servicios para enfrentar estratificadamente estos problemas, de forma que se obtenga mayor beneficio social, en términos de un mejor estado de salud.

El ASIS ha sido institucionalizado en el Ministerio de Salud (MINSA) producto de un esfuerzo compartido a partir de 1998 como un mecanismo articulado al proceso anual de Planificación y Presupuesto del MINSA. La institucionalización significó la transferencia de la metodología a los equipos de las unidades subnacionales del MINSA: Direcciones de Salud (DISA), Redes y Microrredes. Este proceso de transferencia ha tenido diferentes resultados a nivel nacional. Se ha notado que no es suficiente la existencia de un Documento Técnico de desarrollo de la metodología, es preciso complementarlo con otros instrumentos. En este sentido, se han elaborado estas Guías para el ASIS que pretenden establecer un estándar mínimo de resultados con el uso del ASIS.

1.2. Inteligencia Sanitaria

El ASIS es un instrumento que provee información útil para la toma de decisiones. Recurre para ello a múltiples fuentes de información que, aún cuando formaran parte de un sólo Sistema de Información, son manejadas (recolectadas, almacenadas, evaluadas, procesadas, analizadas y difundidas) por diferentes unidades y profesionales de la organización. Por lo tanto, el ASIS no es patrimonio de una Dirección u Oficina, sino de toda la institución. Para alcanzar los resultados esperados con el ASIS, en él deben participar por lo menos los responsables de la información base y de aquellos con participación en la toma de decisiones.

En algunas DISAs del país se ha empezado a usar el término de Sistemas, Unidades u Oficinas de Inteligencia Sanitaria, para designar al equipo de personas encargadas de proveer información para sustentar la gestión sanitaria, y en particular para desarrollar el ASIS. El desarrollo de la inteligencia sanitaria ha seguido varios modelos, desde las oficinas constitutivas, la forma en que se incluye en la organización (como funcional), del uso de recursos, de las funciones involucradas, etc.

El consenso es que la inteligencia sanitaria es la encargada de monitorizar y analizar permanentemente información sobre variables e indicadores estratégicos de la situación de salud; de definir las prioridades sanitarias; y de proponer estrategias pertinentes para la atención de los problemas de salud.

Por lo tanto, el ASIS debe ser un instrumento que se ponga al servicio del equipo de inteligencia sanitaria para que pueda cumplir con los desafíos impuestos por una mejor gestión en salud. Ello significará que las Guías estarán dirigidas al trabajo de este equipo de profesionales.

1.3. ASIS y la Gestión en Salud

La gestión en salud es un proceso dinámico que se ajusta a las necesidades de provisión y financiamiento de servicios por parte de la población. Dado que el estado de salud está cambiando constantemente, y como tal, varían las necesidades y demandas en los servicios de salud, una buena gestión requiere ser permanentemente alimentada de estos cambios.

El ASIS, hasta la fecha, ha logrado formular el estado de salud para la demanda de planificación anual del MINSA. Aún no ha conseguido articularse con la gestión por limitaciones en la metodología vigente y en el desarrollo de los sistemas de información. Sin embargo, la inteligencia sanitaria y el ASIS mismo, requieren que haya información oportunamente actualizada para que la gestión se ajuste a las necesidades de la población y se obtenga, de este modo, un mejor estado de salud.

Las Guías para el ASIS incorporan elementos que facilitan la actualización permanente de la información, de forma que contribuya al desarrollo del ASIS y de la inteligencia sanitaria en su rol de proveer información oportuna para la toma de decisiones y no sólo para la planificación anual.

1.4. ASIS y Sistemas de Información

Desde 1998 a la fecha se han obtenido importantes avances en el proceso de institucionalización del ASIS en el MINSA, sin embargo, queda mucho por recorrer. No haber alcanzado mejores resultados es explicado por múltiples factores, siendo uno de ellos el nivel de desarrollo de los sistemas de información en salud. Son ampliamente compartidas las características de los problemas de estos sistemas (falta de oportunidad, duplicación, mala data, diferentes codificaciones, y otros), no obstante, existen iniciativas importantes, tanto en el nivel central como en las DISAs, para mejorar la calidad y la disponibilidad de la información.

Al analizar los avances en el ASIS se puede comprobar que se ha logrado superar los problemas derivados de los sistemas de información, y se ha conseguido producir la mayoría, y en algunos casos la totalidad, de cuadros resumen de datos sugeridos en la metodología vigente. Entonces, si bien resultaría más eficiente (menos esfuerzo y menos tiempo) para el ASIS disponer de un sistema de información integrado (a nivel de datos y de servicios), no se constituye en la razón principal para no lograr mayores resultados. La principal debilidad del ASIS se encuentra en el análisis e interpretación de los cuadros resumen. Las Guías para el ASIS se proponen, también, brindar elementos que contribuyan a resolver esta limitación.

2. OBJETIVOS

- ❑ Fortalecer el proceso de desarrollo del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) en el país, brindando específicamente orientaciones conceptuales y metodológicas para la recolección, el uso y la interpretación de los datos que faciliten el análisis de los factores condicionantes, el análisis del proceso salud - enfermedad y el análisis de la respuesta social.
- ❑ Desarrollar una metodología complementaria a la ya existente articular, sistematizar, clasificar, explicar y priorizar información sobre el estado de salud de las poblaciones, de manera que se mejore la capacidad de interpretar confiablemente la realidad a través de los indicadores seleccionados.

- ❑ Incorporar en la metodología recientes iniciativas de la epidemiología y la economía de la salud que son de utilidad comprobada para brindar soporte a la gestión en salud, a través de la generación de información necesaria para la toma de decisiones.

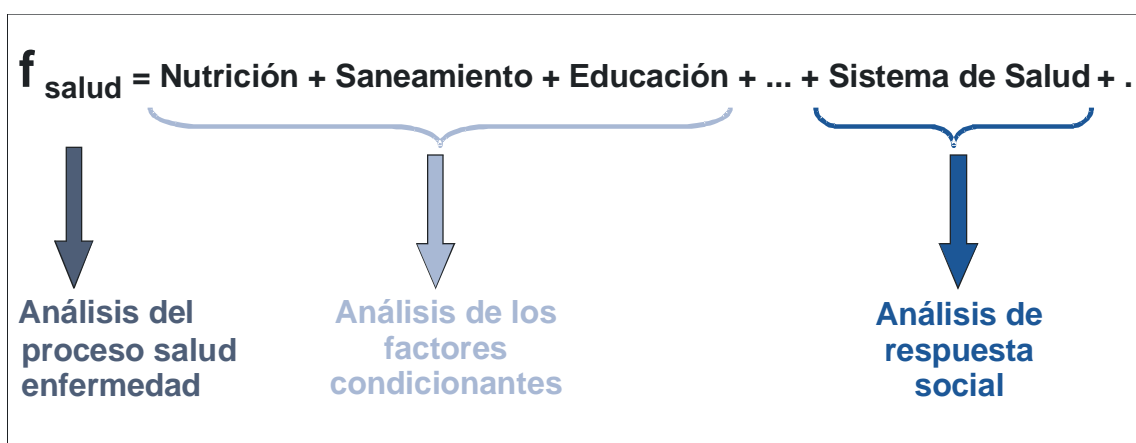
3. BASE CONCEPTUAL

La salud es la resultante de la interacción de múltiples factores sociales, económicos, políticos, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales. La forma en que interactúan determinan finalmente el estado de salud que es susceptible de medirse. Esta relación se puede resumir a través de una representación matemática, en donde la salud puede ser entendida como la función resultante de un conjunto de vectores. Se entiende que si alguno de estos factores alcanza niveles adecuados, la salud tendrá valores favorables y viceversa.

Los tres componentes del ASIS -análisis de los factores condicionantes, del proceso salud-enfermedad y de la respuesta social- forman parte de esta función. En efecto, como lo muestra la **Figura I.1**, el estado de salud puede ser medido por los indicadores que se obtienen del componente de morbilidad, en tanto que los factores que la determinan y por ende la explican, pueden ser medidos por los indicadores procedentes del análisis de los factores demográficos y socio-económicos y del análisis de la respuesta social

Las guías presentan información en base a indicadores, con los cuales se busca describir la realidad socio sanitario de las poblaciones.

Figura I.1. El ASIS y la función de salud.



El ASIS, de este modo, se incorpora a los invaluable instrumentos que son necesarios para brindar soporte a la gestión de los servicios de salud, debido a la potencialidad de encontrar los factores (medidos por indicadores) que tienen mayor repercusión sobre el estado de salud de la población.

4. CONTENIDO

Son cuatro las Guías para el ASIS:

- ❑ Guía para el Análisis de los Factores Condicionantes de la Salud (demográficos y socioeconómicos).
- ❑ Guía para el Análisis del Proceso Salud-Enfermedad (morbilidad y mortalidad).
- ❑ Guía para el Análisis de la Respuesta Social (con énfasis en los programas y servicios de salud).
- ❑ Guía para la Integración de los Componentes del ASIS.

Las tres primeras guías corresponden a cada uno de los tres componentes del ASIS, en tanto que la última consolida los resultados parciales obtenidos en las tres primeras. Para conseguir ello, estas guías tienen dos secciones claramente diferenciadas:

- ❑ Análisis descriptivo.
- ❑ Evaluación e interpretación de información.

La primera sección está destinada a orientar a los usuarios para conseguir mejores resultados con el manejo de los datos para producir las tablas resumen propuestos en la Metodología ASIS. Por lo tanto, las guías ayudarán a sistematizar los procedimientos para asegurar un estándar mínimo de información.

La segunda sección presenta el desarrollo de una hoja de cálculo que consolida la información de determinados indicadores que han sido apropiadamente seleccionados para configurar el componente completo, tal como si se presentara la totalidad de los indicadores de la primera sección. Esta propiedad de representar el universo de los indicadores, determina la principal propiedad de este tipo de indicadores y de allí su nombre: Indicadores Trazadores.

La hoja de cálculo incluye un conjunto de Macros (fórmulas que se calculan automáticamente) que permiten comparar fácilmente los resultados mostrados por los indicadores trazadores. Producto de estas operaciones, en cada caso (análisis de los factores condicionantes del proceso salud-enfermedad y de la respuesta social) se llega a determinadas conclusiones – prioridades sanitarias-, que son parciales porque otras se incorporarán al momento de integrar los tres componentes. Entonces, esta segunda sección concluye con la formulación de algunas conclusiones preliminares, en base al análisis impulsado por la hoja de cálculo con los indicadores trazadores.

La cuarta guía, en tanto, inicia su procedimiento donde concluyeron las tres guías anteriores, es decir, con el manejo de los indicadores trazadores. En esta guía se articula e integra los indicadores de los tres componentes para realizar un análisis integral del ASIS. La herramienta fundamental es, nuevamente, una hoja de cálculo que importa automáticamente la información de las hojas electrónicas correspondiente a los tres componentes, de manera que el procesamiento es transparente al usuario. Por medio de Macros realiza un Balance de Oferta y Demanda, agregando nuevos resultados en el proceso de identificación de prioridades sanitarias. Esta hoja electrónica integradora hace las veces de Tablero de Control del ASIS, es decir, donde es posible dar seguimiento, por un lado, individualmente a los indicadores trazadores de cada componente, y de otro lado, a los resultados de la articulación entre ellos en el equilibrio oferta demanda.

4.1. Guía para el Análisis de los Factores Condicionantes de la Salud (demográficos y socioeconómicos)

Esta guía presenta los siguientes contenidos:

- 1. Introducción:** presenta la importancia de la información demográfica y socioeconómica en el ASIS.
- 2. Objetivos:** presenta los objetivos de esta guía dentro de la elaboración del ASIS.
- 3. Métodos:** desarrolla la guía propiamente dicha en dos partes:
 - *Descripción de situación demográfica y socioeconómica:* donde se presenta los temas de análisis, el listado de indicadores que las evalúa y las fuentes de información donde conseguir los valores de las variables incluidas en el cálculo de los indicadores.
 - *Bases para la evaluación de la situación demográfica y socioeconómica:* donde se sustenta la selección de los indicadores trazadores, se presenta la matriz electrónica de almacenamiento y procesamiento de la información, y se formula los procedimientos para establecer conclusiones con los resultados obtenidos.

4.2. Guía para el Análisis del Proceso Salud-Enfermedad (morbilidad y mortalidad)

Esta guía presenta los siguientes contenidos:

- 1. Introducción:** presenta la importancia de la información de morbilidad y mortalidad en el ASIS.
- 2. Objetivos:** presenta los objetivos de esta guía dentro de la elaboración del ASIS.
- 3. Métodos:** desarrolla la guía propiamente dicha en dos partes:

- *Descripción de situación epidemiológica (morbimortalidad):* donde se presenta los temas de análisis, el listado de indicadores que las evalúa y las fuentes de información donde conseguir los valores de las variables incluidas en el cálculo de los indicadores.
- *Bases para la evaluación de la situación epidemiológica (morbimortalidad):* donde se sustenta la selección de los indicadores trazadores, se presenta la matriz electrónica de almacenamiento y procesamiento de la información, y se formula los procedimientos para establecer conclusiones con los resultados obtenidos.

4.3. Guía para el Análisis de la Respuesta Social (con énfasis en los servicios)

Esta guía presenta los siguientes contenidos:

1. **Introducción:** presenta la importancia de la información proveniente de la oferta de servicios en el ASIS.
2. **Objetivos:** presenta los objetivos de esta guía dentro de la elaboración del ASIS.
3. **Métodos:** desarrolla la guía propiamente dicha en dos partes:
 - *Descripción de situación de la oferta de programas y servicios:* donde se presenta los temas de análisis, el listado de indicadores que las evalúa y las fuentes de información donde conseguir los valores de las variables incluidas en el cálculo de los indicadores.
 - *Bases para la evaluación de los programas y servicios en salud:* donde se sustenta la selección de los indicadores trazadores, se presenta la matriz electrónica de almacenamiento y procesamiento de la información, y se formula los procedimientos para establecer conclusiones con los resultados obtenidos.

4.4. Guía para la Integración de los Componentes del ASIS

Esta cuarta guía se construye sobre la base de dos componentes fundamentales, la demanda y la oferta. La demanda se construye sobre la base de los resultados de las guías de análisis de los factores condicionantes y del proceso salud-enfermedad. Con los resultados de la guía de análisis de proceso salud-enfermedad y considerando los datos de población –extraídos de la guía de análisis de factores condicionantes- y la capacidad de los servicios –evaluados en la guía de análisis de la respuesta social- se estiman la carga de demanda por atención individual y la carga de demanda por atención colectiva.

Con la información de la guía de análisis de la respuesta social se realizará una optimización de la oferta de servicios, es decir, cuanta producción de servicios se puede alcanzar con mayores niveles de eficiencia de los recursos disponibles.

Con estos insumos, de un lado, la información de la oferta necesaria para atender la demanda priorizada, y de otro lado, la oferta optimizada, se puede realizar un balance de ambos, en busca de brechas que conduzcan a decisiones que mejoren la gestión sanitaria. Para realizar un apropiado balance de la oferta y la demanda, es necesario expresar en las mismas unidades de oferta de servicios (atenciones médicas, partos, intervenciones quirúrgicas, días camas de hospitalización, etc.) y referidos a un mismo ámbito geográfico poblacional.

**ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD
ASIS**

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LA
RESPUESTA SOCIAL A LOS
PROBLEMAS DE SALUD
(CON ÉNFASIS EN LOS SERVICIOS)**

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SOCIAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD

1. INTRODUCCIÓN

La sociedad responde a los problemas de salud a través de la atención del individuo y las acciones colectivas. En la primera se considera la atención y curación de los enfermos. Las acciones colectivas comenzaron cuando se producían epidemias; posteriormente se orientaron al mejoramiento de las condiciones de vida y al montaje de sistemas de salud que prevengan las enfermedades y atiendan eficientemente a los enfermos, articulándose las acciones entre el Estado y la Sociedad. Así, en el Perú, fueron apareciendo el Ministerio de Salud, la Seguridad social y se desarrollaron otras actividades que inciden directa o indirectamente en el mejoramiento del estado de salud, como el mejoramiento de las redes de agua y desagüe, la expansión de la cobertura educativa, etc. De esa forma se configuró la respuesta social frente a los problemas de salud.

Se entiende así, que la respuesta social a los problemas de salud es aquella que se produce en forma: 1º) Directa, dirigida a los problemas de salud, mediante acciones preventivas o recuperativas a los enfermos o a las poblaciones en riesgo de enfermarse, generalmente a través de instituciones o servicios de salud, que producen efectos en la disminución de enfermedades específicas. 2º) Indirecta, dirigida a los factores condicionantes, mediante acciones generales que redundan en bienestar y mejoría de las condiciones de vida de un amplio sector de la población, que producen efectos en la disminución generalizada de enfermedades.

Actualmente la dimensión prestacional del modelo de atención ha sido referida con especial importancia, constituyéndose en un elemento significativo de índole estratégico; por lo tanto, es imprescindible abordar el diagnóstico y la comprensión de los distintos tipos de recursos con que cuenta la respuesta social en salud, desde un enfoque sectorial interinstitucional.

La presente guía busca aproximarse al análisis de la respuesta social, con énfasis en la respuesta directa, a través del análisis de la oferta de servicios. Desde dos aspectos: descriptivo y optimización.

De acuerdo con lo planteado, el Análisis de la Oferta busca orientarse metodológicamente en función de integrar el análisis a la gestión pública como una habilidad gerencial para la conducción y administración de las redes locales de servicios de salud.

En estos términos, se pretende avanzar aún más de lo logrado a la fecha, todavía el ASIS tiene un uso limitado a los períodos anuales de planificación, y es conveniente lograr la integración cotidiana del ASIS a la gestión regional y local.

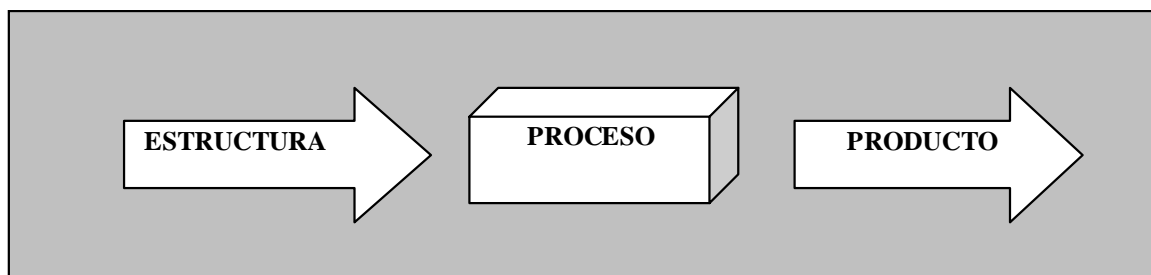
2. BASE TEÓRICA

La denominada «Oferta de Servicios de Salud» es un concepto que se refiere al conjunto constituido por todos aquellos servicios producidos para la atención de salud, un sistema que atiende a una población y espacio concretos, con el propósito de promover, mantener y restaurar la salud y prevenir la ocurrencia de enfermedad.

Estos servicios para la atención de salud son el resultado de un tipo particular de proceso productivo donde intervienen factores de naturaleza muy diversa: recursos humanos, equipos, infraestructura, insumos, medicamentos y tecnología.

Para comprender de manera integral todos los aspectos involucrados en la producción de servicios de salud se ha asumido el marco conceptual del Enfoque Sistémico; que maneja los siguientes elementos:

Figura 1. Elementos del enfoque sistémico.



Como ESTRUCTURA se consideran todos los recursos utilizados para la producción de los servicios de salud: personal, tecnología, ambientes, equipos, medicamentos, insumos médicos, capital, etc.

Como PROCESO se entienden al conjunto de interacciones entre aquellos recursos: procesos clínicos, procesos quirúrgicos, procesos administrativos, procesos financieros, etc.

El PRODUCTO en este tipo de servicios no es algo tangible, y cabe una diferenciación que hacer: el usuario «sale» llevando consigo el consumo del servicio (consulta médica, hospitalización, intervención quirúrgica, etc.) y a la vez un resultado en el estado de su salud, bienestar o satisfacción.

Estas categorías conceptuales del enfoque de sistemas, permiten abordar el análisis de la oferta a partir de los principales elementos que definan las características del conjunto de la oferta de servicios de salud.

El análisis ⁽¹⁾ se concentra en dos dimensiones básicas: **los resultados y el esfuerzo**. Si bien los *resultados o impacto* de la acción de los servicios sobre las necesidades y la demanda de salud constituyen la parte central al momento de plantear una evaluación⁽²⁾ también cabe confrontar esos resultados con el *esfuerzo* desarrollado para obtenerlos⁽³⁾.

Las dimensiones referidas están constituidas por variables e indicadores muy bien conocidos los mismos que pueden ser consultados en el **Anexo 4**.

El importante aporte de la aplicación del enfoque de sistemas necesita complementarse con otros enfoques que permitan abarcar la plena comprensión de la situación de salud, aún más cuando la gestión es el arte de lograr el éxito y obtener resultados. Para ello, el **Pensamiento Estratégico** en la gestión sanitaria permite reconocer la orientación y dirección de las acciones a producirse, de modo tal que el esfuerzo y la utilización de los recursos de la Oferta tengan el sentido de lograr resultados definidos por las instancias de conducción institucional (4).

Un concepto que recorre todo el análisis de la oferta es la **Resolutividad**, es decir la capacidad con que cuenta las respuestas del sistema de salud para «resolver» efectivamente las necesidades y demandas de salud de la población. Conforme a este enfoque la Oferta debe estar: a) habilitada en estructura; b) contar con la especialización necesaria en complejidad (5); y c) garantizar el uso óptimo de los recursos en eficiencia (6).

Para completar el análisis, también es necesario enfocar un aspecto esencial de la naturaleza propia de las organizaciones de servicios: la **Calidad**. Esta dimensión de la Oferta es central en la entrega de los servicios de salud: un servicio es de buena calidad cuando satisface exactamente las necesidades y las expectativas del usuario, (7). Enfocar la satisfacción de los usuarios significa poner el elemento Calidad en el centro de las decisiones de gestión, dándole un sentido realista al desempeño actual que vienen cumpliendo los establecimientos de la red.

¹ «Evaluación de los Servicios de Salud - Modelo PRIDES»; PAVON, Hipólito. Universidad del Valle, Facultad de Salud, Departamento de Medicina Social.

² Ver las secciones: *La Producción* (5.1.6); *La Evaluación de la Red de Servicios* (5.2.1), y *La Evaluación de Programas* (5.2.2).

³ Ver las secciones: *La Estructura de Soporte* (5.1.3), *Los Recursos Humanos* (5.1.4), y *La Evaluación de la Oferta* (5.2).

⁴ Ver la sección *La Conducción Estratégica* (5.1.2).

⁵ Ver sección *La Organización de la Complejidad* (5.1.5). El concepto de complejidad se refiere a un conjunto determinado de procesos, actividades y tareas con diverso grado de diferenciación (servicios finales, intermedios, de apoyo, administrativos y otros).

⁶ Ver sección *La Optimización de la Oferta* (5.3).

En términos generales, de acuerdo a lo expuesto, el conjunto de perspectivas para describir la oferta local de servicios de salud se integra para la formulación de las características fundamentales de análisis: el enfoque sistémico (estructura, procesos y resultados), el pensamiento estratégico (prioridades sanitarias), la capacidad resolutoria (habilitación, complejidad y eficiencia) y la calidad.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Definir las características de los principales elementos y capacidades para la producción local de servicios de atención sanitaria a la población en la jurisdicción de la Dirección Departamental de Salud (DISA) y de las Redes de Establecimientos.

3.2. Objetivos Específicos

- ❑ Elaborar una descripción integral del conjunto de aspectos de la oferta local de servicios de salud.
- ❑ Evaluar la situación actual de la oferta local de servicios y programas de salud.
- ❑ Determinar los niveles óptimos del rendimiento de la oferta actual de servicios de salud.

4. BASES METODOLÓGICAS

Para el análisis de la situación de salud se requiere inicialmente tener una descripción orientada por tres elementos generales: La población con sus necesidades, Los recursos de salud existentes y las actividades fundamentales que desarrollan esos recursos; la presente guía desarrollará los dos últimos elementos. Así mismo, el desarrollo de esta guía permitirá elaborar el conocimiento necesario para abordar la Cuarta Guía dedicada a culminar el Balance Oferta-Demanda, superando con ello las limitaciones del análisis descriptivo que normalmente se cumple por separado, sin integrar los dos grandes componentes de la situación de Salud: la Demanda y la Oferta.

Para efectos del análisis es preciso considerar los diferentes niveles de la organización del sistema de servicios de salud del Ministerio de Salud: La Dirección Departamental de Salud (DISA), la Gerencia de Redes (Zonadis, UTEs, UBASS), Microrredes, Jefaturas y Direcciones de Establecimientos.

⁷ Ver la sección *La Percepción de los Usuarios* (5.1.1).

La metodología de ASIS asume como unidad de análisis la Red Local de servicios de salud. La red es una estrategia para la organización y asignación de recursos -humanos, técnicos, materiales y financieros- con la finalidad de resolver los problemas de salud de la población (capacidad resolutoria). Se basa en la organización de las unidades de producción (establecimientos o equipos) articulándose en diferentes niveles de complejidad, para garantizar la eficiencia y continuidad de la atención hasta resolver los problemas que la demandan.

En las Direcciones Regionales de Salud, sobre la base de diferentes conceptualizaciones se viene implementando sus redes y microrredes de servicios. En todos los casos, la concepción del trabajo en Redes tiene como punto de partida las necesidades y demandas de atención de las unidades poblacionales en el área de responsabilidad (centros poblados).

4.1. Fuentes de Información

Existen múltiples fuentes de información que pueden brindar datos para el análisis de la oferta de programas y servicios. Estas fuentes debieran ser concebidas globalmente en el marco de una respuesta social ante los problemas sanitarios, procediendo de una gran diversidad de sectores, instituciones y organizaciones. En el momento actual, aún faltan crearse las condiciones para este nivel de integración, entre tanto se cuenta con fuentes de información básicamente institucionales, para el caso del MINSA se cuenta con:

❑ **Sistemas Estadísticos e Informáticos específicos:**

Los dos principales corresponden al Sistema HIS (dependiente de la Oficina de Estadística e Informática) y las fuentes dependientes de la Dirección de Salud de las Personas. Otra fuente importante está constituida en los sistemas especializados de: Salud Básica Para Todos, Seguro Integral de Salud, Egresos Hospitalarios, Administración Compartida de Farmacia, entre otros. En la información económica, se cuenta con el Sistema de Programación y Presupuesto (dependiente de la Oficina de Planificación Sectorial), el Sistema Integrado de Administración Financiera (dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas), se debe obtener información sobre recursos transferidos en forma directa y por encargos, así como de recursos propios.

❑ **Censo de Recursos Humanos, Infraestructura y Equipamiento:**

La Oficina de Estadística e informática del MINSA realizó en 1996 este censo a nivel sectorial, pudiendo elaborar una base informatizada bastante completa que obtuvo una actualización en 1999.

❑ **Encuestas a Estudios Puntuales:**

Existe un conjunto de información que deberá ser recolectada con esfuerzo específico (p.e.: opinión de los usuarios o nivel de complejidad).

□ Información de otras instituciones:

El segundo mayor prestador lo constituye EsSalud, que cuenta con información de sus propios medios y sistemas que sería necesario contar.

4.2. Vigencia y Actualización de Información

La producción de servicios en las unidades correspondientes constituye un proceso de dinámico permanente cuya vigencia es mensual. Claro está que, hay eventos excepcionales que sí demandarían una frecuencia diaria o semanal (brotes, desastres, contingencias).

La actualización de tal información, por tanto, debe realizarse mensualmente y no en periodos intermedios, debido a la gran cantidad de esfuerzo invertido en su recolección y procesamiento.

4.3. Listado de Necesidades de Análisis

Para caracterizar de manera sistematizada la oferta de servicios, se han agrupado los temas de análisis en los siguientes grupos:

- La Descripción de la Oferta, cumple con la revisión de los aspectos principales que constituyen el sistema local de producción de servicios de salud. Para su desarrollo se asumen cinco perspectivas distintas:
 - La Percepción de los Usuarios.
 - La Conducción Estratégica.
 - La Estructura de Soporte.
 - Los Recursos Humanos.
 - La Organización de la Complejidad.
 - La Producción.
- La Evaluación de la Oferta, que se orienta a elaborar juicios sobre el esfuerzo y los resultados logrados en el período de gestión (generalmente de alcance semestral o anual)
- La Optimización de la Oferta, que se orienta al cálculo del rendimiento ideal de los recursos que constituyen la Oferta, es decir la óptima capacidad de producción de los servicios que constituyen la oferta local actual. La lógica del criterio de optimización de los recursos se dirige a:

- Determinar la diferencia entre el rendimiento actual y el rendimiento óptimo de la oferta actual (brecha de eficiencia); y
- Determinar la diferencia entre la necesidad y rendimiento de los recursos proyectados desde la demanda y las necesidades de salud (resolutividad), en el sentido del Balance de Oferta y Demanda⁸).

4.4. Pautas para Facilitar la Identificación y Evaluación de Fuentes de Información

Una vez identificados los temas de análisis, se procede a captar los datos que están disponibles en múltiples fuentes. Un primer desafío para empezar a extraer información de los datos radica en su acopio y recolección. Para ello se debe seguir los siguientes pasos:

- Listar todas las posibles fuentes de información donde se puedan encontrar datos referentes al tema de análisis. Es importante distinguir que hay dos tipos de fuentes de información, las primarias y las secundarias. Se llama fuente de información primaria a aquella que fue diseñada y desarrollada específicamente para brindar la información deseada, mientras que la fuente secundaria es aquella que ya venía operando regularmente para cumplir múltiples funciones y de donde es posible conseguir el dato deseado, es decir no ha sido necesario diseñarlo y desarrollarlo para conseguir tales datos. Tomando en cuenta estos dos tipos de fuentes, se debe tener presente que los temas de análisis no siempre se va a encontrar fuentes secundarias, siendo preciso recurrir a fuentes primarias para tal fin.
- Identificar los lugares donde se puede tener acceso a las fuentes de información secundarias. Algunas de estas fuentes son de dominio nacional en instituciones que sólo cuentan con oficinas en Lima, otras pueden tener agencias en las principales ciudades del interior del país. En el caso de fuentes primarias, proponer los mecanismos de recolección de datos.
- Identificar la forma en que se puede tener acceso a las fuentes secundarias, que puede ser solicitando informes o reportes, o también copia de los datos. En algunos casos las instituciones que las manejan sólo ponen a disposición la información por medio de su comercialización.
- Finalmente realizar una evaluación de la información contenida en las fuentes de información para lo cual se sugiere una ficha como la contenida en el **Cuadro 1**.

⁸ Este aspecto será materia de la Cuarta Guía, considerado la articulación de los logros del análisis que por separado han enfocado la demanda y la oferta, llegando a conclusiones integrales que permitan alinear la oferta respecto de su demanda.

Cuadro 1. Características de evaluación de las fuentes de información.

CATEGORÍAS	CARACTERÍSTICAS
Institución responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre: • Pertenece a sector público o privado: • Nivel de descentralización:
Funcionalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos de recolección y almacenamiento de datos: • Principales usuarios: • Mecanismos de demanda de datos:
Periodicidad	<ul style="list-style-type: none"> • Periodicidad en recolección de datos: • Periodicidad en almacenamiento de datos: • Periodicidad en transmisión de datos: • Periodicidad en consolidación de datos:
Formatos de recolección	<ul style="list-style-type: none"> • Número de variables: • Número de variables no categorizadas, no codificadas o abiertas: • Tipo de formato (impreso, hoja electrónica o formato virtual vía Web):
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Origen de recursos de financiamiento (público, privado o de cooperación externa): • Estimación promedio de gasto anual: • Distribución por grandes grupos de gasto (Equipamiento, capacitación, supervisión, materiales e insumos, etc.):
Calificación de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de recursos humanos que participan (profesionales y técnicos): • Tipos de capacitación: • Frecuencia de capacitación: • Lugar y tiempo de capacitación: • Procedencia y calificación de personal docente:
Flujos de información	<ul style="list-style-type: none"> • Estaciones del flujo de información (local, distrital, provincial, departamental, nacional): • Modalidades de transferencia de información (formato físico, informe telefónico o radial, transmisión vía correo electrónico o vía hoja electrónica o vía Web, sea remota o en línea): • Existencia de una red ad hoc (unidades físicas o de una intranet informática):

CATEGORÍAS	CARACTERÍSTICAS
Base de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de base de datos: • Existencia de base de datos relacional: • Existe relacionamiento con otras bases de datos (temática, cartográfica, etc.): • Formato de base de datos (TXT, WK1, XLS, DBF, MDB, SAV ú otros): • Existencia de diccionarios: • Crecimiento promedio mensual de base de datos (en Kilobytes): • Requerimiento de equipo informático para su adecuada operación (tipo de procesador, memoria RAM y espacio libre en disco duro):
Software de almacenamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de software de almacenamiento: • Tipo de software (software masivo con/sin máscara de almacenamiento o software ad hoc): • Entorno operativo de funcionamiento (DOS, Windows, Windows NT, Unix u otros): • Es de operación multiusuario: • Es de operación en red (en línea o por conexión remota): • Módulos que la conforman (almacenamiento, edición, consulta, reportes, utilitarios, etc.): • Requerimiento de equipo informático para su adecuada operación (tipo de procesador, memoria RAM y espacio libre en disco duro): • Niveles donde opera (local, distrital, provincial, departamental o nacional):
Informes o reportes	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de reportes o informes: • Tipos de reportes (predeterminados, a gusto de usuario o cubos): • Periodicidad con que se producen reportes regulares: • Lugar donde se producen reportes regulares: • Usuarios de reportes: • Forma de difusión de reportes (impresos, archivos electrónicos, correo electrónico o página Web):

4.5. Pautas para Facilitar la Recolección y Presentación de la Información

Los datos pueden ser almacenados de diversas formas. Ya se vio en la sección anterior que existen diversas fuentes con múltiples opciones de acuerdo a las categorías expuestas en el **Cuadro 1**. Por lo tanto, la recolección de los datos va a depender de la calidad de las fuentes de información que las contienen: en un extremo están aquellas fuentes que no cuentan con ningún apoyo informático, con una precaria red descentralizada que obliga a acudir a recoger los datos directamente de los formatos de recolección (si es que éstos existen), y en el otro extremo están aquellas fuentes que cuentan con una intranet en línea para el uso de un software con una base de datos relacional, que presentan los datos en reportes flexibles a

gusto del usuario (cubos). Es de recordar que también hay fuentes de información primarias que obligan a diseñar y desarrollar recojo de datos ad hoc de acuerdo a las necesidades particulares de los usuarios.

Una vez recopilados los datos, es preciso ordenarlos y clasificarlos para facilitar su lectura y comprensión. Para ello se recurre a dos tipos de instrumentos: las tablas y las gráficas.

Las tablas están formadas por un conjunto de celdas que presenta de manera ordenada una, dos y a veces tres o más variables de análisis, denominándosele de una, doble, triple o más entradas, respectivamente. En el **Cuadro 2** se presenta un ejemplo de estas tablas.

Cuadro 2. Ejemplo de tabla de presentación datos de ambientes de una red de servicios.

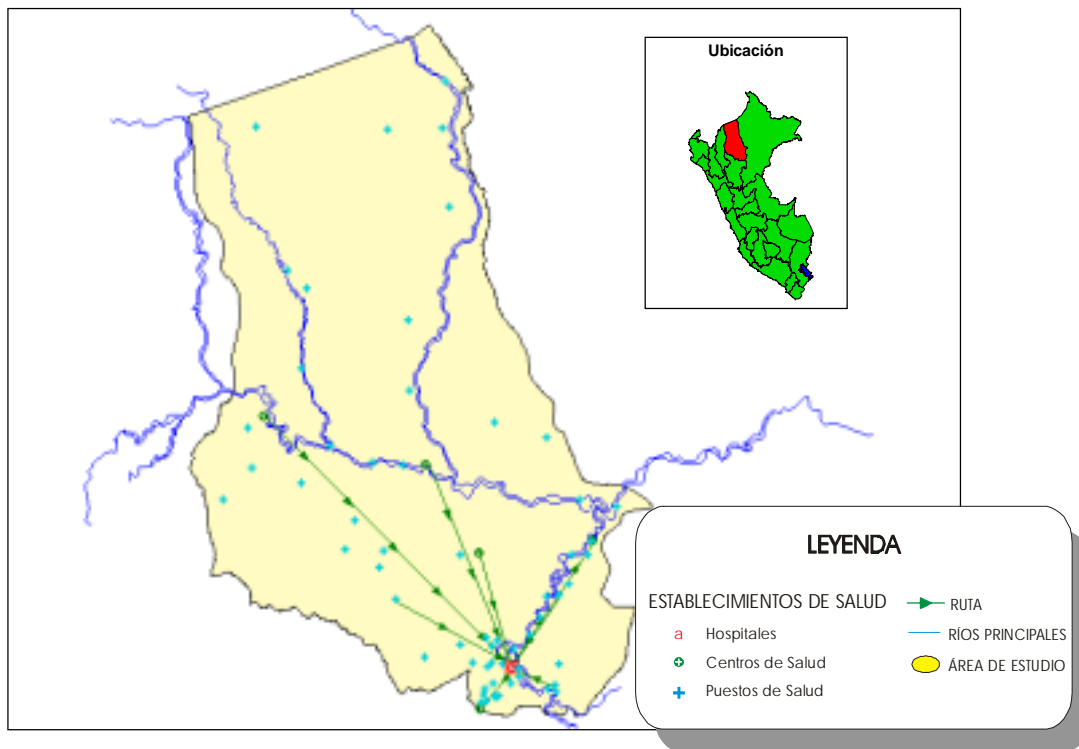
EQUIPOS	CANTIDAD EXISTENTE	EQUIPO OPERATIVOS
	TOTAL	TOTAL
1. CONSULTORIOS		
Oto-oftalmoscopio		
Tensiómetro mercurial portátil		
Amplificador de latidos fetales portátil		
2. SALA DE PARTOS Y NEONATOLOGÍA		
Amplificador de latidos fetales portátil		
Amplificador de latidos fetales sobremesa		
Mesa para parto		
Set instrumental para partos		
Mesa de atención del recién nacido		
Esterilizador de calor seco 52 litros		
Equipo para reanimación cardiaca		

Las tablas ayudan mucho para revisar rápidamente los valores a través de la ubicación en la celda respectiva. Sin embargo, tiene la limitación de facilitar la apreciación integral rápida, más aún cuando la tabla es muy grande y pesada. En esos casos es preciso recurrir al segundo tipo de instrumentos, las gráficas. Hay gráficas de barras, de líneas y de tortas, así como los mapas geográficos. Estos instrumentos son muy útiles para establecer comparaciones entre unidades de población o para tener una idea espacial (en el caso de mapas) o temporal (en el caso de gráficas de tiempo) de algún factor de interés. En contraste, no son nada prácticos para presentar muchos datos ni para presentar valores específicos de las variables. Por sus bondades y limitaciones, tablas y gráficas se complementan muy bien para facilitar la presentación de la información requerida.

Así por ejemplo se puede presentar en mapa los datos de la ubicación de la red de los servicios, tal como se observa en la **Figura 2**.

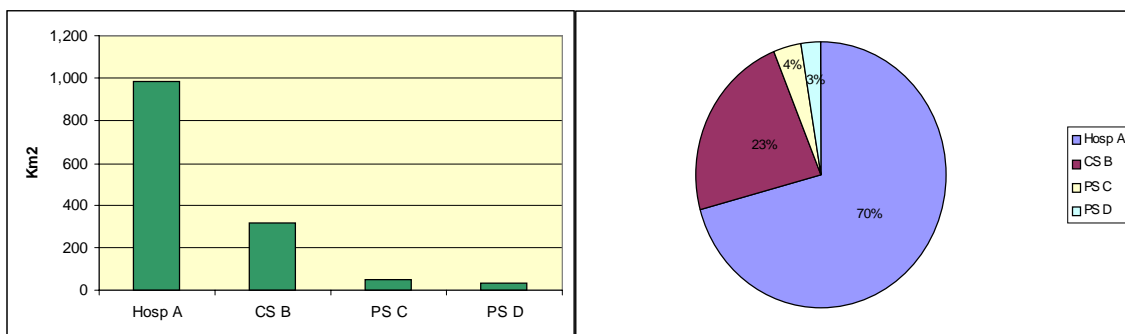
Figura 2. Ejemplo de mapa para representar uso en el tema de ubicación de la red de los servicios.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE ALTO AMAZONAS



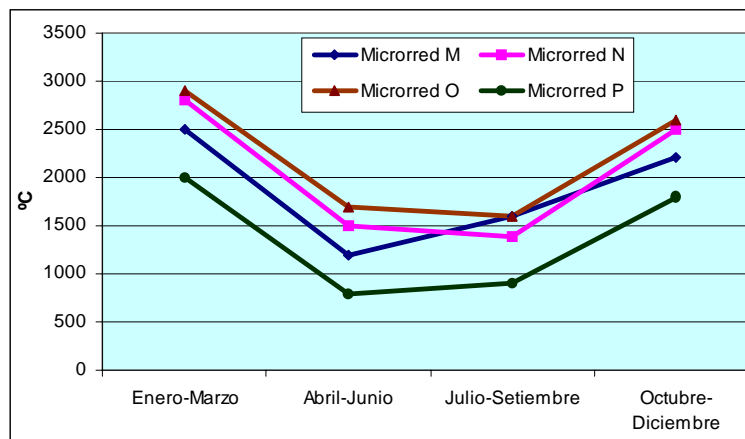
También se pueden emplear la gráfica de barras o de tortas para la presentación de pocos elementos de análisis, para establecer rápidas comparaciones entre ellas, a través del tamaño de las barras o de los sectores en las tortas. En la **Figura 3** se presenta un ejemplo de los datos de la cantidad de partos anuales de los distintos servicios de la red.

Figura 3. Ejemplo de gráfica de barras o de tortas para representar cantidad de partos de los distintos servicios de la red.



El gráfico de líneas se puede emplear para la representación de datos relacionados de varias unidades, usualmente valores ínter. temporales. En la **Figura 4** se presenta un ejemplo del volumen de consultas trimestrales del seguro escolar en 4 micro redes de una determinada red de servicios.

Figura 4. Ejemplo de gráfica de líneas para representar volumen de consultas trimestrales del seguro escolar en 4 microrredes.



4.6. Pautas para Facilitar el Análisis y la Síntesis de la Información

Con la información recolectada y presentada en forma de tablas, gráficas o mapas se puede seguir algunas pautas que ayudan al análisis y la síntesis de la información. Para ello se sugiere seguir los siguientes pasos:

- ❑ Leer y revisar varias veces (al menos tres) las tablas, gráficas y mapas de resumen de los datos recolectados de las distintas fuentes de información. Las primeras deben permitir comprender analizar individualmente los valores de las variables, en tanto que las últimas permitirán encontrar algunos patrones interindividuales.
- ❑ Encontrar patrones de coincidencia entre las unidades poblacionales en base a los valores de los distintos temas de análisis. Esta formulación permitirá generar patrones de operación homogéneos a nivel de los servicios. Es de esperar que la coincidencia no sea total, tolerándose algunos grados de disentimiento del patrón principal.
- ❑ Formular propuestas explicativas e hipótesis de las diferencias encontradas entre los distintos patrones de operación. Estas formulaciones se realizan en base al conocimiento del funcionamiento de los servicios y de la demanda de la población en la jurisdicción de estudio.
- ❑ Contrastar los esquemas explicativos y las hipótesis formuladas con la opinión de expertos, con los hechos comprobables en otras redes en el país y con lo reportado en la bibliografía mundial. Ajustar los esquemas y las hipótesis en función a estas nuevas fuentes de información.

- ❑ Selección de indicadores trazadores para presentar un análisis sintético de la situación analizada. Se denomina indicador trazador a aquél indicador que representa significativamente los valores de un conjunto mayor de indicadores, a los cuales probablemente esté vinculado por algún mecanismo que debe ser explicado en la fase anterior de formulación de esquemas explicativos y de hipótesis. Al estar vinculado a varios más, bastará con el análisis de aquél indicador representativo o trazador. Estos indicadores trazadores permitirán el análisis ulterior de integración de la oferta y la demanda para configurar el tablero de mando (ver cuarta guía de ASIS).

5. MÉTODOS

La presente Guía dedica su análisis de la Oferta para lo cual asume tres lógicas internas que ya fueron presentadas en la **sección 4.3**, . Listado de necesidades de análisis:

- ❑ La Descripción de la Oferta
- ❑ La Evaluación de la Oferta
- ❑ La Optimización de la Oferta

5.1. La Descripción de la Oferta

Para describir de la Oferta abordaremos dos dimensiones de ella: su Direccionalidad (orienta el curso de las acciones del sistema de salud, **ver 5.1.1**, La Percepción de los Usuarios, y **5.1.2**, La Conducción Estratégica) y la Estructura de Soporte (ver secciones de **5.1.3** a **5.1.6**) con que cuenta; ambas dimensiones nos permitirán reconocer las características principales de cada particular Oferta de servicios de salud.

La información de la Oferta se resume en cuadros, gráficos o mapas. Los datos contenidos en ellas, deben servir para realizar dos tipos de análisis: (1) revisar horizontalmente todos los datos en cada unidad de estudio; y (2) realizar comparaciones verticales entre distintas unidades de estudio, según cada indicador señalando las diferencias y similitudes. De la lectura de los cuadros, gráficas y mapas respectivos, se obtendrá una síntesis de la información, y al mismo tiempo, un panorama integral de la Oferta de Servicios.

5.1.1. La Percepción de los Usuarios

Para iniciar la descripción de la Oferta, se buscará responder a una pregunta central: ¿cómo perciben los usuarios los servicios que prestan los establecimientos de salud?, un enfoque de calidad en estos servicios exige un permanente conocimiento de nuestros servicios desde la perspectiva y expectativas de los usuarios.

Para contar con este conocimiento las encuestas de satisfacción del usuario y la entrevista a grupos focales (**ver Anexo 1**) son instrumentos muy apropiados y al alcance. La aplicación de estos instrumentos debe considerar su sencillez, pudiendo aplicarse periódicamente a través de encuestas a los usuarios en el momento de la salida del establecimiento, cómo también a una selección de hogares de la población (cercana, lejana e intermedia).

La información obtenida puede considerar la magnitud de las variables que se presentan en el **Cuadro 3**.

Cuadro 3. Cuadro resumen de la opinión de usuarios sobre la atención prestada por los establecimientos de la red.

VARIABLES	CALIFICACIONES	PORCENTAJE
1. Opinión General	Favorable	
(total de encuestados:)	Negativa	
	No opina	
2. Demanda por mejoras	Capacidad Resolutiva	
	Trato	
	Costo (precio)	
	Otros	
Pertinencia sobre las Necesidades de Salud	Buena	
	Regular	
	Mala	
Integración con la Comunidad	Buena	
	Regular	
	Mala	
Promedio de calificación de la atención		
Sugerencias principales:		

La información que contiene esta tabla nos permite establecer de manera rápida, a través de establecer proporciones de usuarios con referencia a seis variables:

- ❑ Opinión General: calificando como favorable o negativa la prestación del servicio recibido. Dado que esta exploración es muy sencilla, normalmente la cantidad de encuestados es limitada (no más de 20 ó 30), por lo que será importante para el análisis anotar la cantidad de encuestados que nos permita dar cuenta apropiada de las proporciones utilizadas.
- ❑ Demanda por mejoras: siendo una encuesta rápida, no con detenimiento, los usuarios expresarán una gran variedad de alternativas, las mismas que pueden ser clasificadas en los cuatro grupos: a.- Quejas referidas a la capacidad resolutiva (no hay medicinas, no hay médico, etc.); b.- Quejas relacionadas con el Trato que les fuera dispensado (menosprecio, desconsideración, cola de espera, etc.); c.- Quejas sobre el Costo del Servicio (precio de la consulta, los medicamentos y análisis); y d.- Otros tipos de quejas no considerados entre las anteriores.

- ❑ Pertinencia sobre las necesidades de salud: ¿En qué grado las acciones y programas de salud que ejecutan los establecimientos aciertan con las necesidades sentidas por los usuarios?
- ❑ Integración con la comunidad: la relación del establecimiento con su comunidad amerita una valoración desde los usuarios
- ❑ Promedio de calificación de la atención recibida: se establece una calificación global en una escala del 0 al 20, con la consideración que una calificación menor de diez es una manifestación de desaprobación. Siendo ésta una calificación por establecimiento, el dato representativo de la red, microrred o DISA, resultaría de un promedio de las calificaciones individuales.
- ❑ Sugerencias principales: permitirá apreciar el consolidado de las sugerencias recogidas a los encuestados.

Esta revisión permite el señalamiento de los mayores motivos de preocupación que están afectando la calidad de la atención en los establecimientos, y deben merecer un seguimiento más específico y con mayor acercamiento. Dado que la información se obtiene de cada establecimiento, la representación de la información dependerá del nivel de agregación definido: provincia, red, microrred.

5.1.2. La Conducción Estratégica

El segundo aspecto que se aborda en la descripción de la oferta debe permitirnos reconocer el sentido de la orientación y dirección de las acciones, las mismas que se dirigen a lograr resultados definidos por las instancias correspondientes a la Alta Dirección Nacional y regional, a cargo de la conducción institucional.

El Plan Estratégico Regional constituye el principal referente local de la gestión, el mismo que en su formulación interpreta las prioridades programáticas del nivel nacional ajustándolas a la realidad regional⁹, y también incorpora aquellas prioridades propias surgidas de su realidad particular. Para el análisis del Plan se revisará la formulación de los objetivos, buscar consistencia con los resultados que se propone alcanzar, precisamente aquellos que se expresan a través de sus metas e indicadores.

Para este análisis es necesaria descubrir la coherencia interna que articula la perspectiva nacional de las Prioridades Programáticas, los objetivos del Plan Regional, sus Metas y formas de Medición, conforma se aprecia en el siguiente cuadro.

⁹ Determinado según la metodología descrita en la guía de análisis de la morbilidad.

Cuadro 4. Consistencia de la visión estratégica de la conducción local.

RESULTADO ESPERADO DESDE LAS PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS NACIONALES	OBJETIVOS DEL PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL	METAS REGIONALES	INDICADORES DE MEDICIÓN	FUENTE
Es la referencia al resultado específico considerado en las Prioridades Programáticas desde el Nivel Central del MINSA.	Es la declaración sobre el cambio que se pretende lograr respecto de la prioridad programática, considerando la mejor opción en la situación regional actual.	Es la expresión cuantitativa o cualitativa del resultado esperado.	Es la forma de medición adoptada.	Es la fuente de la información necesaria para la obtención del indicador.
Por ejemplo:				
100% de gestantes con 2 dosis o más de DT.	Incrementar la cobertura de inmuno-protección en las gestantes.	Año 2000: 70%, Año 2001: 90%, Año 2002: 100%.	Cobertura DT en gestantes.	PSMPN, Oficina de Estadística.

5.1.3. La Estructura de Soporte

Continuando con la elaboración de la descripción de la Oferta, una segunda dimensión explorada se refiere a la estructura instalada que dispone la oferta local; para ello se revisan los principales recursos con que cuenta cada red de establecimientos de salud.

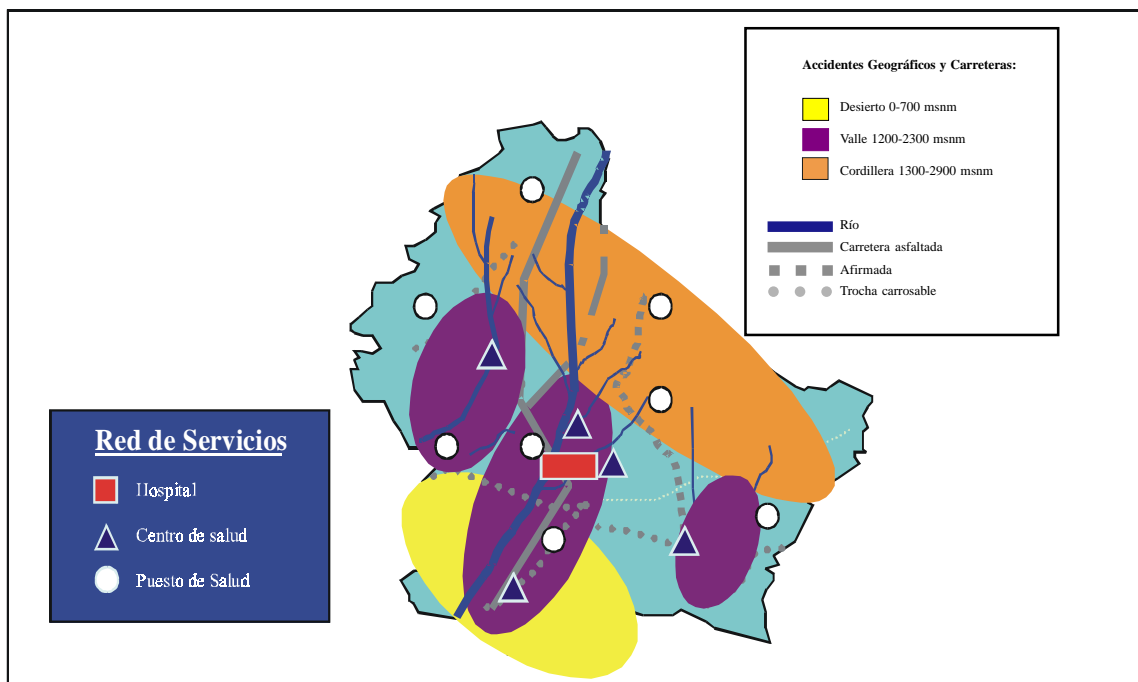
Infraestructura Física

La Distribución Geoespacial

Las Unidades Productoras de Servicios de Salud, sus procesos de producción, se establecen en plantas físicas concretas (establecimientos de salud), que se constituyen en el principal soporte estructural de los servicios de salud. Este conocimiento debe permitirnos contar con información sobre la situación espacial y física de las construcciones, además de aquellas condiciones actuales para su uso.

En primer elemento considerado es la elaboración de un croquis de las redes de establecimientos sobrepuesto en el mapa geopolítico (**ver figura 5**). En este gráfico puede visualizarse, de diferentes formas y con diversos recursos gráficos, las principales características geológicas (altitudes, accidentes geográficos, ríos, carreteras).

Figura 5. Croquis de los establecimientos que forman parte de la red de servicios.



Las Distancias y los Tiempos

De otro lado, la referencia y contrarreferencia operan sobre la base procedimientos que se aplican considerando distancias y tiempos de traslados específicos. Por tanto, dada las características propias de las distintas regiones de nuestro país, es imprescindible considerar la información referida a las vías de acceso y su funcionamiento considerando las condiciones climatológicas particulares (p.ej. lluvias).

A continuación se presenta el **Cuadro 5** que debiera construirse con la información del acceso e interrelación a nivel de la red de se



Cuadro 5. Tabla de Distancias y tiempos.

DIRECCION DE SALUD _____										
RED DE SERVICIOS: _____										
	Hospital Regional	C.S. Aaaaaa	C.S. Baaaaa	C.S. Caaaaa	C.S. Daaaaa	P.S. Eaaaaa	P.S. Faaaaa	P.S. Gaaaaa	P.S. Haaaaa	P.S. Iaaaaa
Hospital Regional		Km: 5 Tiempo: 10 min.	Km: 35 Tiempo: 30 min.	Km: 80 Tiempo: 2 horas	Km: 50 Tiempo: 3 horas	Km: 50 Tiempo: 3.5 horas	Km: 100 Tiempo: 10 horas Lluvias: 72	Km: 30 Tiempo: 1.5 horas Lluvias: 8 horas	Km: 120 Tiempo: 7 horas	Km: 15 Tiempo: 15 min.
Centro de Salud Aaaaaa	Km: 5 Tiempo: 10 min.		Km: 125 Tiempo: 3 horas Lluvias: 12	No existe acceso	Km: 50 Tiempo: 3.5 horas	Km: 100 Tiempo: 10 horas Lluvias: 72	Km: 30 Tiempo: 1.5 horas Lluvias: 8 horas	Km: 120 Tiempo: 7 horas	No existe acceso	No existe acceso
Centro de Salud Baaaaa	Km: 35 Tiempo: 30 min.	Km: 125 Tiempo: 3 horas Lluvias: 12		Km: 85 Tiempo: 2 horas	No existe acceso	Km: 50 Tiempo: 3 horas	Km: 50 Tiempo: 3.5 horas	Km: 100 Tiempo: 10 horas Lluvias: 72	Km: 30 Tiempo: 1.5 horas Lluvias: 8 horas	Km: 120 Tiempo: 7 horas
Centro de Salud Caaaaa	Km: 80 Tiempo: 2 horas	No existe acceso	Km: 85 Tiempo: 2 horas		Km: 105 Tiempo: 10 horas Lluvias: 72	Km: 30 Tiempo: 1.5 horas Lluvias: 8 horas	Km: 120 Tiempo: 7 horas	No existe acceso	Km: 110 Tiempo: 10 horas	No existe acceso
Centro de Salud Daaaaa	Km: 50 Tiempo: 3 horas	Km: 50 Tiempo: 3.5 horas	No existe acceso	Km: 105 Tiempo: 10 horas Lluvias: 72		No existe acceso	Km: 110 Tiempo: 10 horas Lluvias: 72	No existe acceso	Km: 120 Tiempo: 7 horas	Km: 155 Tiempo: 3 horas Lluvias: 12
Puesto de Salud Eaaaaa	Km: 50 Tiempo: 3.5 horas	Km: 100 Tiempo: 10 horas Lluvias: 72	Km: 50 Tiempo: 3 horas	Km: 30 Tiempo: 1.5 horas Lluvias: 8 horas	No existe acceso		Km: 30 Tiempo: 1.5 horas Lluvias: 8 horas	Km: 120 Tiempo: 7 horas	No existe acceso	No existe acceso
Puesto de Salud Faaaaa	Km: 100 Tiempo: 10 horas Lluvias: 72	Km: 30 Tiempo: 1.5 horas Lluvias: 8 horas	Km: 350 Tiempo: 3 horas Lluvias: 12	Km: 120 Tiempo: 7 horas	Km: 110 Tiempo: 10 horas	Km: 30 Tiempo: 1.5 horas Lluvias: 8 horas		Km: 120 Tiempo: 7 horas	No existe acceso	Km: 110 Tiempo: 10 horas Lluvias: 72
Puesto de Salud Gaaaaa	Km: 30 Tiempo: 1.5 horas Lluvias: 8 horas	Km: 120 Tiempo: 7 horas	Km: 350 Tiempo: 3 horas Lluvias: 12	No existe acceso	No existe acceso	Km: 120 Tiempo: 7 horas	Km: 120 Tiempo: 7 horas		Km: 95 Tiempo: 3 horas	Km: 105 Tiempo: 10 horas Lluvias: 72
Puesto de Salud Haaaaa	Km: 120 Tiempo: 7 horas	No existe acceso	Km: 350 Tiempo: 3 horas Lluvias: 12	Km: 110 Tiempo: 10 horas	Km: 120 Tiempo: 7 horas	No existe acceso	No existe acceso	Km: 95 Tiempo: 3 horas		No existe acceso
Puesto de Salud Iaaaaa	Km: 15 Tiempo: 15 min.	No existe acceso	Km: 350 Tiempo: 3 horas Lluvias: 12	No existe acceso	Km: 155 Tiempo: 3 horas Lluvias: 12	No existe acceso	Km: 110 Tiempo: 10 horas Lluvias: 72	Km: 105 Tiempo: 10 horas	No existe acceso	

Conforme se aprecia en la tabla puede asociarse rápidamente en cada red cuáles son los grados de asociación entre los establecimientos conformantes, considerando en cada intersección de dos establecimientos, según sea el caso, la distancia (en Km.) y el tiempo (en días, horas y minutos).

En algunas asociaciones caben algunas alternativas o variantes: (a) puede que en la realidad misma no exista asociación alguna (carretera o uso de la relación); (b) puede que sea necesario diferenciar un tiempo para época seca y otro para períodos de lluvia o crecidas de río.

Adicionalmente, respecto de cada establecimiento, ayudará mucho construir una base de datos tipo fichero que contenga información mínima de las poblaciones de su jurisdicción.

Los Riesgos Físicos y Ambientales

En algunos casos, puede identificarse problemas y riesgos latentes no considerados previamente por la construcción y ubicación del establecimiento (**ver Cuadro 6**); es el caso de aquellas construcciones hechas en sitios inadecuados (por ejemplo en cursos de ríos que los hagan vulnerables a huaycos e inundaciones) ¹⁰.

Cuadro 6. Cuadro que resume lista de riesgos ambientales que pueden afectar a la red de servicios.

Nº	RED	RIESGO DE LOCALIZACIÓN E IMPACTO MEDIO AMBIENTAL				
		RIESGO DE LOCALIZACIÓN		IMPACTO MEDIO AMBIENTAL		
		UBICADO EN LUGAR DE POSIBLE CAÍDAS DE HUAYCOS, CRECIDAS DE RÍO U OTRO	UBICADO EN LUGAR DE MUCHO RUIDO, PRESENCIA DE POLVO Y/O GASES NOCIVOS	SOSPECHA DE CONSUMO DE AGUA CONTAMINADA	NO TRATAN RESIDUOS SÓLIDOS	NO TRATAN RESIDUOS LÍQUIDOS
	HOSPITALES					
	CENTROS DE SALUD					
	PUESTOS DE SALUD					
	TOTAL RED					

En el **Anexo 2** se sugiere una metodología validada⁽¹⁾ para el análisis específico de aspectos referidos a la situación crítica de la infraestructura de la red.

A través del **Cuadro 6** podremos identificar en la Red el nombre de aquellos establecimientos que adolecen de un nivel considerable de riesgo por la ubicación actual de su planta física. Del mismo modo, son identificable en el cuadro aquellos establecimientos que causan un impacto medio ambiental negativo. Esta identificación permitirá un listado de establecimientos que deben ser considerados con urgencia en los planes de inversión.

¹⁰ El Área de Pre Inversión del Programa de Fortalecimiento realizó un levantamiento de información reciente (1999-2000) para la mayoría de redes de establecimientos del país.

Ambientes para la Atención

La capacidad instalada para la recepción y atención a los usuarios está determinada por los ambientes físicos dedicados a la prestación de los servicios, estas áreas construidas asumen características propias de acuerdo al trabajo y las funciones que tiene lugar en su planta física.

La descripción precisa de estos espacios es información indispensable, que se materializa en turnos del uso para consultas, el trabajo de atención del parto, intervenciones quirúrgicas, etc. (**ver Cuadro 7**). Algunos ambientes cobran especial importancia en el funcionamiento básico, esto son:

- Consultorios de atención ambulatoria
- Ambientes de hospitalización o internamiento
- Sala de partos
- Sala de operaciones
- Laboratorio
- Emergencias/Urgencias
- Radiodiagnóstico

Cuadro 7. Número de establecimientos de la red según principales ambientes.

N°	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	PRINCIPALES AMBIENTES																	
		CONSULTORIO GENERAL	CONSULTORIO MEDICINA	CONSULTORIO GINECO OBST.	CONSULTORIO PEDIATRÍA.	CONSULTORIO CIRUGÍA.	CONSULTORIO DENTAL	CONSULTORIO PROGRAMAS.	CUARTO DE INTERNAMIENTO.	TÓPICO	SALA DE PARTOS	SALA DE OPERACIONES	SALA DE OPER. MENORES	LABORATORIO.	RADIODIAGNÓSTICO.	FARMACIA.	ESTERILIZACIÓN.	LAVANDERÍA.	
01	MICRORED 01																		
	HOSPITALES																		
	CENTROS DE SALUD																		
	1.-																		
	PUESTOS DE SALUD																		
	1.-																		
02	MICRORED 02																		
	TOTAL RED																		
	HOSPITALES																		
	CENTROS DE SALUD																		
	PUESTOS DE SALUD																		

La lectura del **Cuadro 7** puede ser hecha de manera horizontal o vertical. Horizontalmente se aprecia todos los establecimientos físicos con que cuenta la microrred o establecimiento, dando cuenta de un nivel muy específico de información; en cambio, la lectura vertical muestra columnas según tipo de ambiente y el total del mismo en la Red, con la posibilidad de detallar su distribución entre el conjunto de los establecimientos.

Equipamiento Médico

La información sobre los equipos existentes y su estado operativo deberá recogerse usando una Ficha de Información de Puestos y Centros de Salud, que de forma óptima sea la misma que se aplique con el Censo de Recursos Humanos, Infraestructura y Equipamiento (OGEI-MINSA).

En el modelo de reporte que se presenta a continuación se sugiere un estándar básico de equipamiento de las redes, el mismo que determinará no sólo la presencia y cantidad de los equipos, si no su real estado de plena utilización (situación de operativo).

Cuadro 8. Cuadro resumen del equipamiento básico de la Red.

EQUIPOS	CANTIDAD EXISTENTE	EQUIPOS OPERATIVOS
	TOTAL	TOTAL
1. CONSULTORIOS		
Oto-oftalmoscopio		
Tensiómetro mercurial portátil		
Amplificador de latidos fetales portátil		
2. SALA DE PARTOS Y NEONATOLOGÍA		
Amplificador de latidos fetales portátil		
Amplificador de latidos fetales sobremesa		
Mesa para parto		
Set instrumental para partos		
Mesa de atención del recién nacido		
Esterilizador de calor seco 52 litros		
Equipo para reanimación cardiaca		
3. TÓPICO – EMERGENCIA		
Esterilizador de calor seco de 52 litros		
Tensiómetro mercurial rodable		
Set instrumental para peq. Interv. de emerg.		
Equipo de reanimación cardiaca		
Nebulizador		
Silla de ruedas plegable		
Camilla rodable		

EQUIPOS	CANTIDAD EXISTENTE	EQUIPOS OPERATIVOS
	TOTAL	TOTAL
4. CENTRO QUIRÚRGICO		
Mesa de operaciones I		
Lámpara cialítica de techo		
Lámpara cialítica rodable		
Equipo para reanimación cardiaca		
Set instrumental cesárea		
Esterilizador de calor seco de 52 litros		
Aparato de anestesia		
Set instrumental quirúrgico para laparotomía		
(otros)		
5. INTERNAMIENTO / HOSPITALIZACIÓN		
Cama metálica completa		
Cuna para lactantes		
Cuna para recién nacidos		
6. ODONTOLOGÍA		
Sillón dental		
Sillón dental transportable		
Unidad Dental		
Unidad Dental transportable		
Compresora		
Compresora transportable		
Pieza de alta velocidad		
Pieza de baja velocidad		
Lámpara de luz halógena		
Amalgamador		
Equipo de rayos X dental		
7. LABORATORIO		
Refrigeradora eléctrica de 12 p3		
Microscopio binocular estándar		
Centrífuga de mesa		
Centrífuga para hematocrito		
Esterilizador de calor seco de 52 litros		
Esterilizador de calor seco de 115 litros		
Espectrofotómetro visible I		
Estufa para cultivos		
Autoclave eléctrica		
8. IMAGENOLOGÍA		
Equipo de Radiodiagnóstico de 100 Ma		
Equipo de Radiodiagnóstico de 300 Ma		
Revelador automático de películas pequeño		
Revelador automático de películas mediano		
Ecógrafo multipropósito I		
Ecógrafo multipropósito II		
9. SERVICIOS GENERALES		
Camioneta		
Ambulancia		
Motocicleta		
Motor fuera de borda		
Grupo Electrónico		
Equipo de radiocomunicación		

La lectura de este cuadro marca la referencia de un mero listado al considerar la información del equipamiento por Red, consolidando lo alcanzado a partir de los datos de cada establecimiento. Además, se puede contar con la alternativa a la condición de ser equipos existentes de cuántos están operativos, que es lo que en última instancia cuenta para la atención.

Financiamiento

La concepción del financiamiento público aún cuenta con una estructura rígida de gasto, predeterminedada inclusive desde las propias fuentes financieras. Las principales categorías utilizadas son las siguientes:

- Presupuesto Asignado, es la cantidad de dinero destinada a la Red, que debe corresponderse con su plan operativo aprobado. Esta previsión financiera debe ser utilizada para la ejecución del conjunto de actividades propias, para la compra de bienes, para el pago de servicios y para los sueldos y salarios del personal.
- Presupuesto Ejecutado, es aquella parte del presupuesto asignado a la Red que ha sido gastada de acuerdo al plan operativo anual. Incluye todos los rubros presupuestados considerando sueldos y salarios, ya que aunque no se recibe directamente, ese dinero está disponible para ser utilizado en el pago de la cantidad planificada de trabajadores.

Para el análisis del financiamiento se busca aclarar el volumen y flujo financiero conforme a las fuentes y destinos de estos recursos; interesa determinar las modalidades y magnitud de los flujos económicos al interior de la institución.

A pesar de las grandes limitaciones para un acceso discriminado e integrado a este tipo de información, su incorporación en el análisis de la oferta es imprescindible. Las Direcciones de Economía de las DISAs aún no cuentan con bases integradas de información presupuestal, principalmente por el manejo de una administración central de los distintos programas presupuestales y proyectos. Por ello, obtener esta información tiene dificultades considerables al momento de trabajar con las fuentes de los datos.

A continuación, se sugiere cuadros para organizar esta información; aunque estos cuadros son de información muy general, los mismos permiten una rápida visión de la magnitud del recurso financiero que se maneja, su movimiento mensual y las fuentes de procedencia (**ver Cuadro 9, Cuadro 10 y Cuadro 11**).

Cuadro 9. Cuadro resumen de la ejecución presupuestal, según Red.

RED:				
Presupuesto Asignado:			MES:	
MONTO (SOLES)				
REDES DE SERVICIOS	TRANSFERIDO		EJECUTADO	
	MES ACTUAL	ACUMULADO ANUAL	MES ACTUAL	ACUMULADO ANUAL
Red 1				
Red 2				

El **Cuadro 9** permite apreciar el comportamiento mensual del manejo presupuestal grueso. Parte de la capacidad gerencial de quienes dirigen la Red puede evaluarse con el Porcentaje de Ejecución Presupuestal. Este último, como indicador permite conocer la proporción del presupuesto que ha sido gastado durante un período determinado; a pesar de tener una gran limitación, al no medir la eficiencia del gasto, ofrece información útil para enfocar la dinámica del ejercicio presupuestal.

A continuación se muestra un cuadro que da cuenta de las cifras correspondientes a los gastos ejecutados, ordenándolos de acuerdo a las fuentes de financiamiento. Particularmente esta descripción es muy importante para las actuales circunstancias en las cuales las fuentes financieras son múltiples y diversas, que hasta hoy mantienen una presentación y manejo fraccionado que no permite integrarse para el análisis todos los componentes y modalidades de manejo financiero en las unidades operativas y redes.

Cuadro 10. Presupuesto ejecutado por fuente y gasto, según Red.

MES:							
RED	GASTO EJECUTADO (S/.)						
	Transferencias de Programas o Proyectos			Remesas por encargo	Transferencias del nivel regional	Otras remesas	Recursos propios
	1.	2.	3.				
Red 1							
Red 2							

Como muestra el **Cuadro 10**, de manera muy sencilla, podemos lograr las cifras del gasto ejecutado en cada Red conforme a su procedencia, dando una idea más fina de la dinámica actual del financiamiento operado. Con estos elementos puede discriminarse fuentes y modos muy diversos.

También, en este gran esfuerzo por construir la información, se puede complementar el conocimiento financiero en función de la información desagregada de acuerdo con las principales variables priorizadas por la gestión, rubros tales como el gasto en: programas, capacitación de personal, medicamentos, en inversiones, etc. El siguiente cuadro permite apreciar estos rubros de análisis del financiamiento en la Redes.

Cuadro 11. Composición del gasto presupuestal según variables priorizadas.

MES:						
RED	GASTO EJECUTADO (S/.)					
	Capacitación	Programas de Salud por Áreas	Servicios Básicos y Mantenim.	Medicamentos	Insumos Médicos	...
Red 1						
Red 2						

Medicamentos

El tema de los medicamentos constituye la referencia obligada a un insumo estratégico en la atención de salud. Este tipo de información sufre de una gran limitante al no contar con estándares y protocolos de atención para previsión y stock. A pesar de ello existen criterios generales que pueden establecer las categorías siguientes:

- **Medicamentos e Insumos Estratégicos:** relacionados con las prioridades programáticas regionales.
- **Otros Medicamentos e Insumos de la Demanda Actual:** relacionados al perfil actual de la demanda atendida en los establecimientos, sin incluir los medicamentos e insumos estratégicos.

Cuadro 12. Cuadro resumen del consumo mensual de medicamentos e insumos.

MEDICAMENTOS E INSUMOS	EXISTENCIAS		TOTAL VENTAS (SOLES)	Observaciones
		Unidad		
Medicamentos e Insumos Estratégicos				
1.				
2.				
Otros Medicamentos e Insumos de la Demanda Actual				
1.				
2.				

En el **Cuadro 12** se presenta un resumen de las existencias mensuales de la Red en las dos categorías de medicamentos, incluyendo las cifras del volumen de ventas. La columna de observaciones permitirá registrar aspectos relevantes por su importancia crítica o de oportunidad, que demanda una particular toma de decisiones.

5.1.4. Los Recursos Humanos

Un factor esencial para producir los servicios de salud constituye los recursos humanos, su dimensionamiento y caracterización se realiza a partir de los datos obtenidos del Cuadro de Asignación de Personal (CAP) existentes en la Oficina de Personal de la Dirección de Salud o del establecimiento asistencial, para el personal nombrado; y para los contratados por proyectos o programas de la unidad administrativa correspondiente. Los datos obtenidos deben ser verificados directamente en la red asistencial.

La clasificación de grupos ocupacionales que se puede utilizar es la siguiente:

- Médicos.
- Enfermeras.
- Obstetrices.
- Odontólogos.
- Otros profesionales de las ciencias de la salud.
- Profesionales no asistenciales.
- Técnicos Administrativos.
- Técnicos Radiólogos.
- Técnicos de Laboratorio.
- Técnicos en Enfermería.
- Otros técnicos asistenciales.

La oferta de los recursos humanos puede presentarse por redes y establecimientos asistenciales, para lo cual se utilizarán tres tipos de criterio: cantidad absoluta de trabajadores (**ver Cuadro 13**), horas de trabajo por cada uno (**ver Cuadro 14**) y cantidad relativa en función de la población (**Cuadro 15**).

Cuadro 13. Cuadro resumen de recursos humanos por redes y establecimientos.

RED	Médico						Obstetriz	Enfermera	Odon- tólogo	Otros profes.
	General	Pediatra	Gin Obst	Cirujano	Internista	Otras espec				
Hospital										
Micro red 1										
C. S. 1										
P. S. 1										
P. S. 2										
Micro red 2										
P. S. 5										
Total Regional										

Fuente:

Una importante unidad de medida para administrar y programar el trabajo del personal asistencial lo constituye las horas personal (**ver Cuadro 15**).

Cuadro 14. Cuadro del total de horas personal/mes por redes y establecimientos.

RED	Médico					Obstetriz	Enfermera	Odon- tólogo	Técnico de Enferm.	Otro personal asistenc.
	General	Pediatra	Gin Obst	Cirujano	Otras espec					
Hospital										
Red 1										
C. S. 1										
P. S. 1										
Total Red/Regional										

Como otros cuadros de su tipo, este **Cuadro 14** permite una lectura horizontal que permite identificar el número horas programadas por recurso humano en cada establecimiento de la Red. Igualmente, puede realizarse una lectura vertical, según tipo de profesional, que nos permita identificar la distribución de las horas programadas por tipo de profesionales en los establecimientos pertenecientes a la Red. Un cuadro consolidado para toda la DISA puede tener estas mismas características, incluyendo a todas las redes y/o establecimientos, logrando en la última fila un total general de horas programadas por profesional, diferenciándolos según sus perfiles.

Otra forma de presentar la información de recursos humanos puede lograr con un indicador compuesto que relaciona el número de profesionales a una tasa poblacional (por mil habitantes).

Cuadro 15. Resumen de la relación del personal asistencial por habitante, según redes.

	PERSONAL X 1000 HABITANTES									
	General	Pediatra	Gin Obst	Cirujano	Otras especialidades	Obstetriz	Enfermera	Odon-tólogo	Técnico de Enferm.	Otro personal asistenc.
RED 1										
RED										
Total Regional										

Las cifras de la relación de personal asistencial por habitante permiten una idea comparativa entre las redes para los términos de equidad o eficiencia en la utilización del factor humano de acuerdo a su nivel de complejidad. Esta información deberá correlacionarse necesariamente con las características de la concentración o dispersión poblacionales.

5.1.5. La Organización de la Complejidad

El manejo de la dimensión de la complejidad de la atención se desarrollará mediante los Perfiles de Complejidad, los cuales permitirán reconocer el grado de diferenciación de los servicios que se producen en las redes. El procedimiento es como sigue:

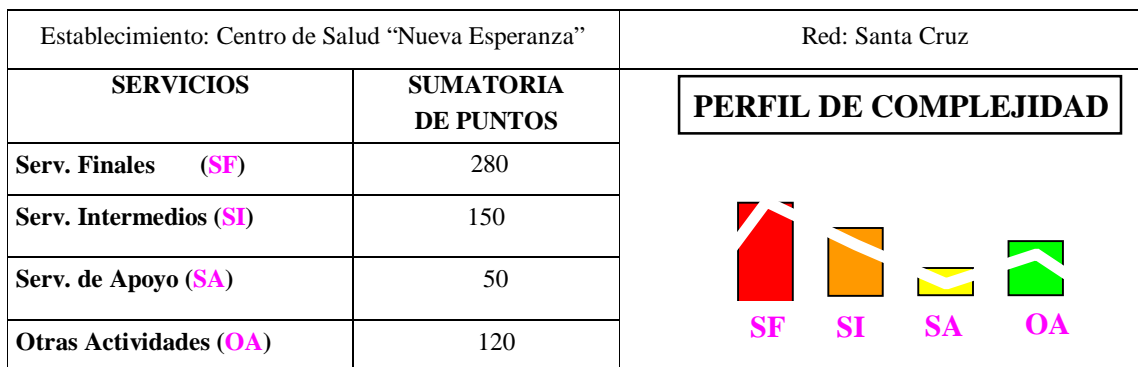
- ❑ Se recoge información a través de la aplicación de la ficha⁽¹²⁾ que se muestra en el **Anexo 3**.
- ❑ Se procederá a calificar cada servicio de acuerdo con los puntajes de las respuestas correspondientes consignados en la ficha del Anexo.
- ❑ Se resolverá la suma de puntajes, primero de acuerdo a cada servicio específico; luego a cada grupo de servicios (con las denominaciones de finales, intermedios, de apoyo y otras actividades); además se consolidará el puntaje total de cada establecimiento y por último de cada red.

Diagramas de Perfiles de Complejidad

Los puntajes logrados podrán visualizarse mejor con el apoyo de gráficas que muestren las características de los perfiles de complejidad, como se muestra en la **Figura 6**.

¹² Estudio de los Perfiles de Complejidad en los Centros Asistenciales de EsSALUD (Mayo-Junio 99); Gerencia Central de Salud-Oficina de Programación e Información Técnica.

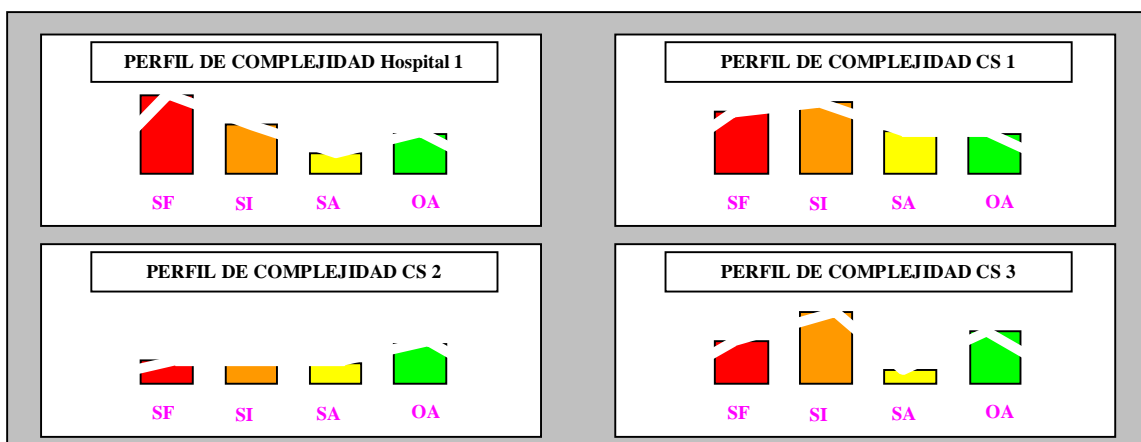
Figura 6. Perfil de complejidad de un establecimiento de salud.



Como muestra la **Figura 6**, la presentación del perfil de complejidad obedece al valor del puntaje alcanzado por cada establecimiento en sus cuatro áreas: Servicios Finales (SF), Servicios Intermedios (SI), Servicios Administrativos (SA) y Otras Actividades (OA). Al agregar al gráfico la línea que une los extremos superiores de estas barras, obtenemos con esta curva del polígono de frecuencias una línea que representa el Perfil del establecimiento, teniendo por virtud que con un solo golpe de vista se puede dar idea de la composición, el nivel y la distribución de la complejidad del mismo.

Inclusive, tomando en cuenta lo mencionado, también se puede comparar dicho perfil con los de otros establecimientos de la red, como se muestra en la **Figura 7**.

Figura 7. Perfiles de complejidad de los distintos establecimientos de la red.



De esta forma, los perfiles de complejidad permiten analizar la estructura de un establecimiento, o de una red, determinando la armonía entre sus componentes. Asimismo, se facilita la comparación y diferenciación entre los establecimientos que conforman las redes y microrredes, visualizando la coherencia global del sistema.

Diagramas de Redes de Servicios

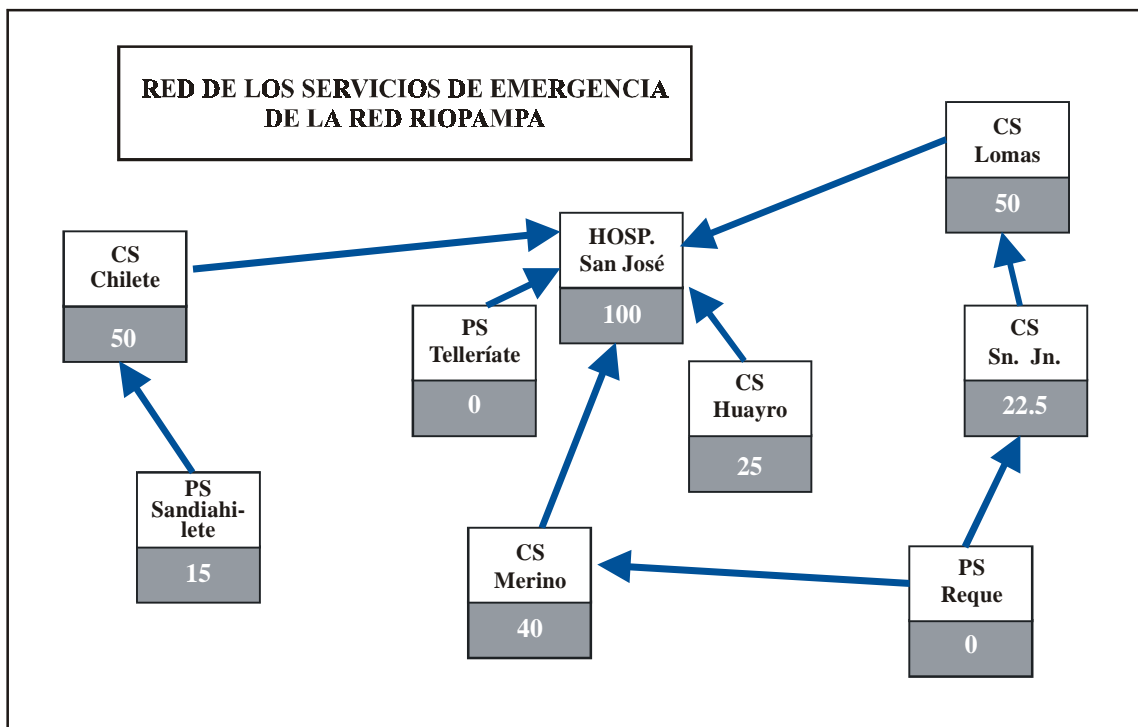
Otro importante manejo de gráficas para el análisis de la organización de la complejidad en una red, es la elaboración de diagramas de las redes de servicios.

De esta forma, puede enfocarse los 34 tipos de servicio conformantes de los establecimientos en la red (local o regional) de acuerdo a las características de complejidad con que cuenta. La relación de todos estos servicios figura en el **Anexo 3**, pero interesan de manera especial los siguientes:

- Consulta Externa.
- Emergencia.
- Hospitalización.
- Medicina Preventiva.
- Centro Quirúrgico.
- Centro Obstétrico.
- Diagnóstico por Imágenes.
- Laboratorio Clínico.
- Banco de Sangre.
- Epidemiología.
- Mantenimiento.
- Capacitación.

Estas redes funcionales, de servicios específicos, pueden ser visualizadas en una gráfica similar a la presentada en la **Figura 8**, para los servicios de emergencia.

Figura 8. Diagrama de la red de servicios de emergencia.



Sería apropiado que el diagrama que se elabore siga las características de conformación geoespaciales de la ubicación de dichos servicios.

5.1.6. La Producción

Los servicios específicos que prestan las redes a la población constituyen el producto per se de la organización prestadora de salud, básicamente constituyen los siguientes tipos de servicios: 1) atención ambulatoria (consulta externa); 2) atención de emergencias; 3) hospitalización o internamiento; 4) intervenciones quirúrgicas; 5) procedimientos clínicos (diagnóstico y terapéuticos); y 6) servicios de apoyo diagnóstico (laboratorio e imagenología).

El período normal de revisión de la producción es mensual, y de manera resumida puede elaborarse un resumen como el presentado en el **Cuadro 16**.

Cuadro 16. Cuadro resumen de la producción mensual de servicios de la red.

SERVICIOS PRODUCIDOS	UNIDADES	TOTAL RED	TOTAL ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	%	TOTAL ESTABLECIMIENTOS HOSPITALAR	%
Consulta Externa	Atenciones					
	Atendidos					
Atención odontológica	Atendidos					
	Procedimientos					
Servicio Social	Exonerados					
	Exoneraciones					
Visitas domiciliarias	Visitas					
Atención de Emergencias y Urgencias	Atenciones					
	Atendidos					
Egresos hospitalarios	Egresos					
Referencias	Referencias					
Partos	Egresos					
Intervenciones Quirúrgicas	Intervenciones					
Exámenes de laboratorio Bioquímicos, Hematológicos, Bacteriológicos, Inmunológicos, Histológicos	Exámenes					
Exámenes de rayos X	Procedimiento					
Ecografías	Procedimiento					
Otros Procedimientos de diagnóstico por imágenes	Procedimiento					
Programas de Salud (actividades específicas de los programas)	Actividades					
Farmacia	Recetas despachadas					

En el **Cuadro 16** se aprecia el resume de la principal producción de servicios en los establecimientos de la red. La lectura horizontal de la tabla es la única válida, con ella se puede apreciar, en cada tipo de servicio o atención prestada, una cifra total y otras desagregadas en dos categorías: los establecimientos de primer nivel (Centros y Puestos de Salud) y los Hospitales.

Esta información permite una presentación resumida de la diversidad de la producción de la Red, en las magnitudes correspondientes a cada mes. Así como es importante analizar la información de la producción de servicios en atención a las personas, también es importante hacer lo propio en la producción de servicios relacionados con la salud ambiental. En el **Cuadro 17** se muestra un cuadro resumen con algunos indicadores que con cierta regularidad pueden ser estimados.

Cuadro 17. Cuadro resumen de la producción mensual de servicios de salud ambiental.

SERVICIOS PRODUCIDOS	UNIDADES	TOTAL RED
Vigilancia de agua para consumo		
Vigilancia de playas		
Vigilancia de manipuladores de alimentos		
Vigilancia de calidad de aire		
Vigilancia de vectores		
...		

En cada una de estas variables, es preciso, adaptar a cada ámbito geográfico la vigilancia en función a las particularidades ambientales, a su impacto sobre el estado de salud de las poblaciones que habitan en ella y a los tipos de acciones y servicios que se desarrollan por parte del sector salud.

5.2. La Evaluación de la Oferta

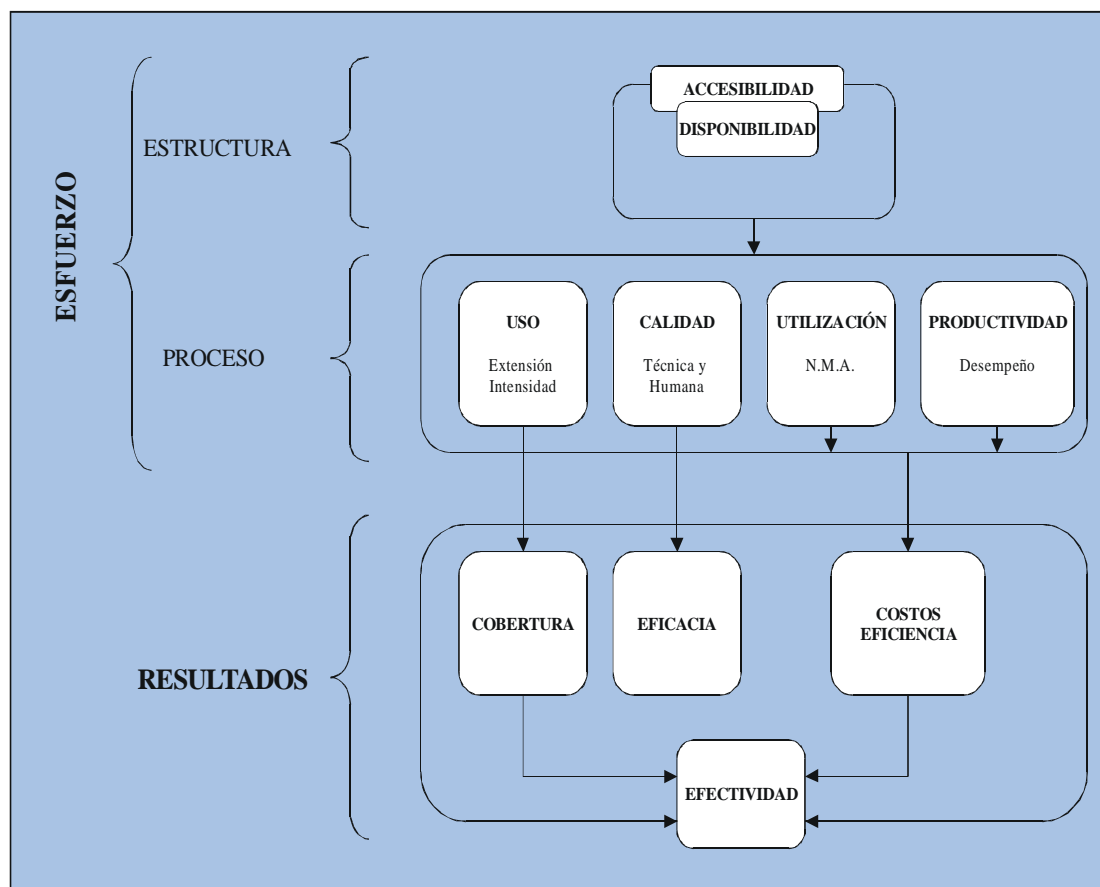
Concluida la Descripción de los principales recursos y procesos de la Oferta, se iniciará el análisis en base a indicadores que permitan comprender el nivel de desempeño del quehacer de los servicios de salud. En el **Anexo 4** se amplía las definiciones del conjunto de indicadores que se emplearán en la evaluación, en el anexo referido se precisa cada utilidad y se define con amplitud las variables involucradas y las fórmulas para los respectivos cálculos numéricos.

Para fines operativos se hará la distinción entre la evaluación de los servicios y los programas de salud.

5.2.1. Evaluación de los Servicios de la Red

En la **Figura 9** se presenta un diagrama que resume todos los elementos, componentes y dimensiones de la evaluación de la oferta ⁽¹³⁾.

¹³“Evaluación de los Servicios de Salud - Modelo PRIDES». PAVON, Hipólito; Universidad del Valle.”

Figura 9. Diagrama resumen de componentes y dimensiones de evaluación de la oferta .

Las dimensiones y componentes presentados conforman un conjunto de variables e indicadores que permiten establecer el nivel de desempeño de los servicios, en cuanto esfuerzo invertido y resultados logrados. Cada DISA o Red de Establecimientos deberá seleccionar el conjunto de indicadores más apropiados para evaluar los desempeños esperados por sus servicios.

A continuación se presentan un conjunto de cuadros resumen de algunos indicadores seleccionados⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁵⁾ para la evaluación de los servicios y las redes. Este conjunto sugerido tiene propósitos pedagógicos, y no pretende constituirse en un único modelo nacional; a los equipos locales de inteligencia les puede ser útil como punto de partida, orientándolos en la tarea de desarrollar el conjunto más apropiado que se ajuste a su propia realidad.

¹⁴ *Estándares para la Producción en Salud*; MINSA - Dirección General de Salud de las Personas-Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud

¹⁵ *Indicadores de Gestión*; EsSalud -Gerencia Central de Salud-Of. de Program. e Información Técnica

Consulta Externa

Cuadro 18. Cuadro resumen de los indicadores de evaluación de la consulta externa.

INDICADOR	FÓRMULAS DE CÁLCULO	ESTÁNDAR
Concentración de Consultas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de Atenciones Médicas acumuladas de Enero a cualquier período}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Atendidos Acumulados de Enero a cualquier período}}$	1er. Nivel: 3.5 2º Nivel: 4.0 3er. Nivel: 5
Utilización de los Consultorios Físicos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Cons. Médicos Funcionales}}{\text{N}^\circ \text{ Consultorios Médicos Físicos}}$	2
Rendimiento Hora Médico	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Atenciones}}{\text{Total de Horas Médicas Efectivas}}$	1er.Nivel: 5.0 2º Nivel: 4.5 3er. Nivel: 4.0
Tasa de Deserción	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Deserciones} \times 100}{\text{Total de Citas Otorgadas}}$	5%
Tiempo Promedio de Atención Médica	$\frac{\text{Horas Médicas Efectivas} \times 60'}{\text{N}^\circ \text{ de Consultas Médicas}}$	1er. Nivel: 12' 2º Nivel: 13' 3er. Nivel: 15'
Concentración de Sesiones Odontológicas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Sesiones Odontológicas Acumuladas desde Enero a cualquier período}}{\text{N}^\circ \text{ de Consultantes de Odontología Acumulados desde Enero a cualquier período}}$	3
Rendimiento Hora Odontólogo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Sesiones Odontológicas}}{\text{N}^\circ \text{ de Horas Odontólogo Efectiva}}$	3

Emergencia - UCI

Cuadro 19. Cuadro resumen de los indicadores de evaluación de emergencia y UCI.

INDICADOR	FÓRMULAS DE CÁLCULO	ESTÁNDAR
Razón de Emergencias por Consultas Médicas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Atenciones de Emergencia}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Consultas Médicas}}$	3er. Nivel (1:5) 1er y 2º Nivel (1:10)
Promedio de Permanencia en la U.C.I.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de Días-Estancias en UCI}}{\text{N}^\circ \text{ de Egresos en UCI}}$	3er Nivel = 6 2º Nivel = 5
Promedio de Tiempo de Espera en Emergencia para ser Atendido	$\frac{\text{Total Tiempo en Minutos de Espera según Prioridad}}{\text{Total Pac. Atendidos Según Prioridad}}$	10 Min Prior 2º nivel 20 Min Prior 3er. Nivel

Centro Quirúrgico

Cuadro 20. Cuadro resumen de los indicadores de evaluación del centro quirúrgico.

INDICADOR	FÓRMULAS DE CÁLCULO	ESTÁNDAR
El Rendimiento de Sala de Operación	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Operaciones Ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Salas Quirúrgicas Operativas}}$	90
Porcentaje de Intervenciones de Emergencia	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Intervenciones de Emergencia} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Intervenciones Qxs. Efectuadas}}$	5%
Porcentaje de Pacientes Complicados en Sala de Operaciones	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Pacientes Complicados en S. O.} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de Pacientes Intervenido}}$	1%

Farmacia

Cuadro 21. Cuadro resumen de los indicadores de evaluación de farmacia.

INDICADOR	FÓRMULAS DE CÁLCULO	ESTÁNDAR
Porcentaje de Recetas Despachadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Recetas Despachadas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de Recetas Prescritas}}$	100%

Patología Clínica

Cuadro 22. Cuadro resumen de los indicadores de evaluación de patología clínica.

INDICADOR	FÓRMULAS DE CÁLCULO	ESTÁNDAR
Promedio de Análisis de Laboratorio por Consulta Externa	$\frac{\text{Análisis Clínicos Realizados en C. Externa}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Atenciones}}$	3er. Nivel : 1.0 2º Nivel: 0.7 1er Nivel: 0.4
Promedio Análisis de Laboratorio en el Servicio de Emergencia	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Análisis Realizados en Emergencia}}{\text{N}^\circ \text{ Atenciones Emergencia}}$	0.5

Imágenes

Cuadro 23. Cuadro resumen de los indicadores de evaluación de imágenes.

INDICADOR	FÓRMULAS DE CÁLCULO	ESTÁNDAR
Promedio de Exámenes Radiológicos / Consulta Externa	$\frac{\text{Nº de Exámenes Radiológicos realizados en Consulta Externa}}{\text{Nº Total de Consultas}}$	3er. Nivel: 0.10 2º Nivel: 0.09 1er Nivel: 0.05
Promedio de Exámenes Radiológicos por Pacientes-Días	$\frac{\text{Nº de Exámenes Radiológicos Realizados en Hospitalización}}{\text{Nº Total de Pacientes-Días}}$	3er. Nivel: 0.10 2º Nivel: 0.09 1er Nivel: 0.05
Promedio de Exámenes Radiológicos en el Servicio de Emergencia	$\frac{\text{Nº de Exámenes Radiológicos Realizados en Emergencia}}{\text{Atenciones Emergencia}}$	0.03

Rehabilitación

Cuadro 24. Cuadro resumen de los indicadores de evaluación de rehabilitación.

INDICADOR	FÓRMULAS DE CÁLCULO	ESTÁNDAR
La Evaluación de Servicios Promedio de Procedimientos de Rehabilitación por Sesión	$\frac{\text{Nº de Procedimientos de Rehabilitación}}{\text{Nº de Sesiones de Rehabilitación}}$	3er. Nivel: 3 2º Nivel: 2.5 1er Nivel: 2

Hospitalización

Cuadro 25. Cuadro resumen de los indicadores de evaluación de hospitalización.

INDICADOR	FÓRMULAS DE CÁLCULO	ESTÁNDAR
Promedio de Permanencia o Estancia	$\frac{\text{Total de Días-Estancias}}{\text{Nº Total de Egresos}}$	1er Nivel: 4 2º Nivel: 6 3er Nivel: 9
Intervalo de Sustitución	$\frac{\text{Días-Camas Disponibles} - \text{Pac. Días}}{\text{Nº Total de Egresos}}$	1
Porcentaje de Ocupación Cama	$\frac{\text{Total de Pacientes- Días} \times 100}{\text{Total de Días Camas Disponibles}}$	90%
Rendimiento Cama	$\frac{\text{Total de Egresos}}{\text{Nº de Camas Reales (Promedio)}}$	1er. Nivel: 6 2º Nivel: 4 3er Nivel: 3
Tasa de Mortalidad Bruta	$\frac{\text{Total de Fallecidos} \times 100}{\text{Total de Egresos}}$	4%
Porcentaje Diagnóstico Confirmado	$\frac{\text{Nº de Diagnósticos Confirmados} \times 100}{\text{Nº de Egresos}}$	90%
Tasa de Cesáreas	$\frac{\text{Nº de Cesáreas} \times 100}{\text{Nº Total de Partos}}$	1er y 2º Nivel: 15% 3er Nivel: 20%
Tasa de Mortalidad Materna	$\frac{\text{Nº de Muertes por Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio} \times 100,000}{\text{Nº de Nacidos Vivos en el Hospital}}$	40 x 100,000 Nacidos Vivos
Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz	$\frac{\text{Nº de Neonatos Fallecidos} < 7 \text{ días} \times 1000}{\text{Nº de Nacidos Vivos en el Hospital}}$	11 x 1,000 Nacidos Vivos
Cobertura de Partos	$\frac{\text{Nº de Partos} \times 100}{\text{Nº de Gestantes Controladas en PCPP}}$	75%
Porcentaje Pacientes Contrarreferidos	$\frac{\text{Total de Contrarreferencias} \times 100}{\text{Total de Referencias Recepcionadas}}$	80%
Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias	$\frac{\text{Total de Pac. Infecciones Intrahosp.} \times 100}{\text{Total de pacientes expuestos}}$	7%
Tasa de endometritis puerperal por cesárea	$\frac{\text{Número de endometritis puerperal en cesárea} \times 100}{\text{Número de mujeres con parto cesárea}}$	
Tasa de infecciones de herida operatoria por cesárea	$\frac{\text{Número de infecciones de herida operatoria} \times 100}{\text{Número de cesáreas}}$	
Tasa de infecciones urinarias intrahospitalaria por C.U.P.*	$\frac{\text{Nº inf. urinarias en pacientes con catéter urinario} \times 100}{\text{Número de días catéter urinario}}$	

* C.U.P. : Catéter urinario permanente colocado por más de 24 horas

5.2.2. Evaluación de los Programas¹⁶ o Planes de Salud Colectiva de la Red

Pautas para la Descripción de los Programas

Para la evaluación de los programas de salud, los indicadores se clasifican en tres grandes grupos: Indicadores de Estructura, Indicadores de Proceso e Indicadores de Resultados. Indicador es una variable susceptible de ser observada o cuantificada que permite medir o comparar el nivel o estado de una situación determinada.

Seguidamente, vamos a presentar pautas para el análisis de la oferta de servicios de salud, revisando los indicadores más importantes y su utilidad para la evaluación de los servicios. En el **Anexo 4** se amplían las definiciones, se precisa su utilidad y define con amplitud las variables involucradas y las fórmulas para los respectivos cálculos numéricos.

INDICADORES DE ESTRUCTURA

A) Accesibilidad, es la posibilidad que tiene la población de recibir atención de salud en el hospital. Establece el grado de dificultad del usuario para relacionarse con los servicios que ofrece un determinado centro asistencial.

La accesibilidad está determinada por factores económicos, geográficos, culturales y organizativos, los cuales pueden facilitar o constituir obstáculos que limitan el uso de los servicios por la población necesitada.

Para evaluar la accesibilidad a los servicios es necesario realizar un estudio integral, identificando indicadores relacionados a cada uno de los factores señalados de manera periódica. Ejemplos de indicadores: tiempo de desplazamiento a los establecimientos, costos de pasajes y tarifas, horarios de atención.

B) Disponibilidad, es la relación entre la cantidad de recursos con que cuenta un hospital y la población a la cual se están brindando servicios (población asignada). Evalúa si un servicio está siendo ofrecido a todos aquellos que puedan resultar beneficiados. Permite evaluar la equidad, pues se refiere a la existencia y distribución de recursos (humanos, físicos o financieros) para la atención de las necesidades de una población. En términos prácticos, si se cuenta con la información necesaria, se puede hacer cálculos de disponibilidad sobre la población de referencia de cualquier tipo de recurso. Ejemplos de indicadores: Médicos por 1000 habitantes, camas por 1000 habitantes, etc.

¹⁶Actualmente como planes de salud colectiva en su nueva organización la tendencia es a la integración de los programas en una nueva estructura. En esta parte usaremos el término conocido de “programas” para denominar las actividades organizadas para controlar problemas de salud a cargo del MINSA.

- C) Adecuación, es la relación entre los recursos humanos, físicos y financieros, y las necesidades reales de los usuarios. Para contar con la información sobre necesidades, es necesario que los hospitales elaboren estudios del perfil epidemiológico de la demanda, sobre la base de criterios o estándares de programación. La adecuación se puede estudiar desde diferentes puntos de vista:
- ❑ Adecuación de volumen, establece la relación entre la existencia de determinados tipos de recursos y la necesidad de esos mismos recursos. Por ejemplo: Obstetrices existentes con relación a las necesarias.
 - ❑ Adecuación de distribución, establece la relación entre la existencia de determinados tipos de recursos en los servicios o especialidades del hospital, y la necesidad de los mismos en dichos servicios o especialidades. Por ejemplo: Porcentaje de médicos pediatras.
 - ❑ Adecuación de operación, se refiere a la capacidad de funcionamiento de los recursos. Está con relación al conjunto de recursos disponibles que no son utilizados por no estar operativos, por lo que no están en posibilidad de otorgar atención. Porcentaje de equipos operativos.

INDICADORES DE PROCESO

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

- A) Volumen de actividades, es la cantidad de acciones dirigidas a eliminar o modificar factores que producen o condicionan un daño o agresión a la salud.

Las actividades de la red dan lugar a una serie de productos, como son las atenciones de consulta externa, de emergencia, egresos, intervenciones quirúrgicas, partos, exámenes de laboratorio, etc.

- B) Uso, que puede ser:

- ❑ Intensidad de uso, es el promedio de servicios recibidos por cada usuario durante un período determinado. Un indicador muy utilizado es la concentración de atenciones o de consultas
- ❑ Extensión de uso, es la proporción de la población que hace uso de un servicio durante un período determinado. Se expresa en tasas que varían según el tamaño de la población de referencia.

- C) Utilización, es la relación entre los recursos utilizados y los recursos disponibles para una actividad o por servicio, por unidad de tiempo. Por ejemplo: Porcentaje de ocupación de camas por año.
- D) Productividad, es el número de actividades o servicios alcanzados (productos) con relación a los recursos disponibles, por unidad de tiempo. Un ejemplo puede ser Consultas por hora médico disponible.
- E) Rendimiento, es el número de productos alcanzados (o actividades realizadas) por unidad de recurso utilizado. El rendimiento es semejante a la productividad, pues en ambos casos el numerador es el número de actividades o servicios realizados, pero mientras en la productividad el denominador es el recurso disponible, en el rendimiento es el recurso utilizado. Ejemplo: Rendimiento hora médico efectiva.
- F) Calidad, es el conjunto de características que deben tener los servicios de salud, desde el punto de vista técnico y humano para alcanzar los efectos deseados, tanto para los proveedores como por los usuarios. Debe medirse contemplando los principales aspectos de la calidad. Ejemplos de indicadores: % de pacientes satisfechos con trato recibido, personalizado, % de complicaciones, Tiempo de espera, Integralidad de la atención recibida, etc.

INDICADORES DE RESULTADO

La evaluación de los resultados corresponde a los cambios en el estado de salud de las personas, que se pueden atribuir a la atención médica que brindan los servicios de salud; mientras que la evaluación del impacto tiene un sentido más amplio, ya que si bien incluye los cambios en el estado de salud de la comunidad, no necesariamente pueden atribuirse únicamente a las acciones que realizan los servicios hospitalarios.

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

Es indispensable contar con bases de datos demográficos actualizadas, ya que es frecuente encontrar resultados de cobertura mayores al 100% o muy bajos, debido a que las metas que se espera alcanzar están programadas tomando en cuenta poblaciones subestimadas o sobre-estimadas.

- B) Eficacia, se define como el beneficio o utilidad que obtienen los pacientes debido a los servicios, tratamientos, medidas preventivas o de control, referidas al logro de objetivos o metas del servicio sobre los usuarios del mismo.

Considera la modificación en la salud de los pacientes en relación a la calidad de las actividades realizadas. Ejemplo: Porcentaje de cumplimiento de metas del programa A. Porcentaje de pacientes curados, porcentaje de pacientes rehabilitados.

- C) Eficiencia, mide el logro del objetivo del servicio sobre la población usuaria del mismo con el menor número de recursos.

Es la relación entre los efectos de un servicio de salud y los recursos e insumos utilizados para producir dicho servicio. Es decir, determina la más adecuada y económica utilización de los recursos para obtener los mejores resultados de la atención. Ejemplo: Gasto por inmunizaciones realizadas en un año.

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

Usualmente se expresa en tasas que sirven para ser comparadas entre uno o varios períodos (tasa de mortalidad, tasa de morbilidad, tasa de incidencia, tasa de prevalencia, etc.).

Pautas para el Análisis de los Programas*

La evaluación de los programas que realizarán los equipos locales de inteligencia tiene una finalidad de aprender y utilizar el conocimiento generado en la toma de decisiones respecto de la direccionalidad y operación de esos programas en el marco global de la acción sanitaria local. Esta evaluación debe permitir respuestas respecto de preguntas como:

- ¿Cuál es el valor agregado del programa respecto de los objetivos y prioridades del Plan Estratégico Regional?
- ¿Los programas de salud atienden los problemas de salud prioritarios de la población circundante?
- ¿Los programas de salud atienden a las poblaciones prioritarias circundantes?
- ¿En qué se está teniendo éxito y en qué se está fallando?
- ¿El esfuerzo ha sido efectivo? ¿Cuáles son sus logros principales?
- ¿El costo ha sido razonable?

* El término “programas” se usa para denominar a las actividades organizadas para controlar problemas de salud a cargo del MINSA, bajo la nueva estructura organizacional que tome.

La pertinencia de los programas de salud pública es un aspecto central de validez de la acción sanitaria. Por ello, es necesario establecer la coherencia entre el accionar de los programas nacionales de salud, que se ejecutan en el ámbito de las redes de establecimientos, con la situación de salud local.

En la Guía N° 2 del Análisis del Proceso Salud - Enfermedad, se logra determinar una priorización local de los principales daños y riesgos para la salud. De este modo, en el análisis del programa debemos establecer el nivel de coherencia de la acción de los mismos con respecto a dicha prioridades.

Para el análisis de esta consistencia será necesario establecer sistemáticamente los siguientes pasos:

Primer paso: Establecer el listado de daños y riesgos prioritarios en la Morbimortalidad local (según la Guía N° 2).

Segundo paso: cada daño o riesgo definido es un problema de salud que merecerá analizarse y descomponerse en sus causas principales (que llamaremos nudos críticos del problema). Estas causas explican en gran parte la generación y solución del problema.

Tercer paso: los programas nacionales de salud que se vienen ejecutando en cada red, a contra parte de haber sido concebidos desde el nivel central, cuenta con un plan operativo local donde se establecen sus objetivos y metas.

Cuarto paso: se establece la consistencia entre aquellos nudos críticos de los problemas y estos objetivos y metas de los programas; este es el ejercicio central del análisis de consistencia de estos programas de salud.

Para definir esta consistencia se utilizan términos cualitativos en una escala de valor definida con el criterio de expertos (¹⁷); es decir, consistencia: Apropiaada, Relativa e Inconsistencia.

A continuación se presenta el **Cuadro 26** que resume las principales consideraciones respecto de la pertinencia local de los programas. Para su mejor explicación se ha visto conveniente presentarlo en base al desarrollo de un ejemplo referido a la Atención Materno-Perinatal:

¹⁷ Basada principalmente en la pertinencia y suficiencia expresada en la coherencia de los objetivos y metas en función de resolver o atenuar los nudos críticos del problema.

Cuadro 26. Análisis de la Consistencia de las Acciones de los Programas de Salud.

PRIORIDAD PROGRAMÁTICA (*)	NUDOS CRÍTICOS	OBJETIVOS O METAS DEL PROGRAMA	GRADO DE CONSISTENCIA
Mortalidad materna (Meta: 150 por mil nacidos vivos)	Un buen porcentaje de partos se realizan al margen de los establecimientos	Incrementar de 60% al 80% la cobertura de Parto Seguro	APROPIADO
	La mayoría de casos de muerte materna revelan falta de control prenatal	Incrementar de 50% al 80% la cobertura de CPN	INSUFICIENTE

(*) según Guía N° 2 Análisis del Proceso Salud - Enfermedad.

En el ejemplo, la disminución de las muertes maternas locales va asociadas a dos nudos críticos del problema local: la atención del parto y el control prenatal. En el cuadro se establece una calificación a las metas planteadas, de modo tal que nos interesará enfocarnos en la variable de atención del control prenatal, calificada como insuficiente para un nivel mayor en profundidad en el análisis. Recuérdese que la calificación de insuficiente la otorgan expertos en el tema (pueden recurrir a datos estadísticos o no); a juicio de ellos, en el ejemplo, aumentar la cobertura de 50 a 80% (meta alcanzada) el CPN no va a solucionar el nudo crítico: que la mayoría de las muertes maternas no tienen CPN. Probablemente estos expertos llegaron a calificar de insuficiente, porque al ser la muerte materna un evento raro, desarrollar una acción no focalizada, no garantizará que llegue a los grupos de mayor riesgo de defunción materna. La búsqueda de estos tipos de respuestas a la pregunta: ¿por qué es insuficiente la meta del programa materno perinatal en cuanto al control prenatal?, es la tarea de este cuarto paso.

Otro aspecto complementario de este análisis constituye las apreciaciones respecto del comportamiento en el tiempo de las metas (como indicadores), proyectándolos en un periodo importante de años del pasado inmediato, como se aprecia en el **Cuadro 27**, donde se prosigue con el ejemplo anterior.

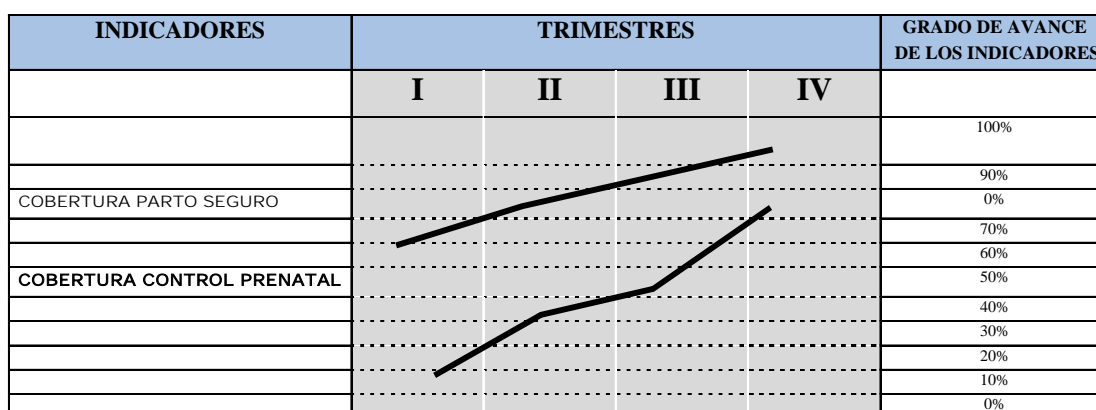
Cuadro 27 Comportamiento Histórico de los Indicadores de las Metas de las Prioridades y los Programas de Salud

INDICADOR DE LA META	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Indicador A							
Cobertura de Parto Seguro	35	40	47	50	57	60	80
Indicador B							
Cobertura del Control Prenatal	30	35	35	40	55	50	80

Con la información del **Cuadro 27** se puede apreciar la tendencia de los indicadores de cada nudo crítico para los últimos años, esta secuencia permite apreciar su comportamiento, obteniendo con ello elementos de juicio valederos. En el ejemplo utilizado se aprecia que las cifras revelan un comportamiento ascendente de la Cobertura del Parto Seguro, lo cual abonaría a favor del incremento planteado para el Año 2,001; en cambio, la tendencia tórpida, estacionaria, del indicador Cobertura del Control Prenatal nos puede alertar que el incremento de la meta planteada debería tener un sustento mayor que revierta la tendencia expresada por el cuadro.

En otro cuadro similar a la **Figura 10**, que se muestra a continuación, nos permite un seguimiento más fino, con la evolución mensual para el monitoreo de estos indicadores en el presente año.

Figura 10. Evaluación Dinámica de Indicadores de las Metas Clave, según Trimestres, Agosto 2001¹⁸



Conforme seguimos el ejemplo, donde las metas clave se referían al: control prenatal y atención del parto, se nota en la **Figura 10** el ejemplo de los comportamientos apropiados para el logro de la meta anual, donde la pendiente pronunciada del control prenatal revelaría una recuperación importante.

De otro lado, los aspectos económicos de los resultados del programa pueden merecer una mención especial que normalmente no se trabaja. Al respecto, podría empezarse con elaborar una estructura de costos de cada programa para lo cual puede ayudar el siguiente **Cuadro 28**.

¹⁸ Adaptación hecha al instrumento original «Evaluación Dinámica de Coberturas», tomado de APRISABAC - CAJAMARCA

Cuadro 28. Estructura de costos del programa de salud.

COMPONENTE	MONTO	%	FUENTES
Personal			
Material de Trabajo			
Equipamiento			
Medicinas			
Servicios			
Insumos Médicos			
Otros			
TOTAL			

Al apreciar la información del cuadro podría encontrarse la magnitud de la inversión proyectada o ejecutada en el programa (monto total), la coherencia en su distribución (comparando porcentajes) y las principales fuentes de financiamiento.

Podría ensayarse la elaboración de un ejercicio de *costo efectividad* del programa específico, considerando el manejo de la información necesaria. La metodología simplificada es recomendable:

- ❑ se considera la inversión total de X soles para un período de ejecución limitado (por ejemplo de tres años), con ello se estima el monto inversión anual para la operación.
- ❑ se determina el resultado en función de los usuarios (por ejemplo personas o familias protegidas), más aún se considera sólo el incremento de usuarios.
- ❑ se calcula el monto anual para la operación del programa dividido entre la cantidad correspondiente a los usuarios nuevos (números absolutos del incremento). Esta división da como resultado la cantidad de soles del costo anual por usuario beneficiado con el programa.

Para graficar el procedimiento de cálculo podría desarrollarse el siguiente ejemplo: Un programa necesita una inversión total de S/. 300,000 nuevos soles para un período de ejecución fijado en tres años. Se estima que sólo la operación del programa es de S/. 60,000 soles anuales. Se supone una atención anual de 6,000 usuarios del programa, de los cuales 2,000 son considerados como protegidos nuevos.

Conforme a las cifras referidas (60,000 soles anuales entre 2,000 protegidos nuevos) se obtiene el costo anual por usuario nuevo protegido, en S/. 30 nuevos soles. Esta cifra es la inversión individual que sustenta el logro del crecimiento de la población protegida con la acción del programa.

En el mismo ejemplo, podría darse el caso que en el siguiente año la cantidad de protegidos disminuya a 1,000 usuarios nuevos, entonces el monto de inversión crecerá a S/. 60 nuevos soles, siendo menos costo efectiva la acción del programa en este nuevo año. Y viceversa, si el resultado es mayor, digamos 4,000 nuevos protegidos por el programa, el costo de inversión disminuye a S/. 15 nuevos soles.

Esta información podría resumirse en una tabla como la presentada en el **Cuadro 29**.

Cuadro 29. Cuadro resumen para el análisis costo beneficio de los resultados del programa de salud.

ASPECTOS ECONÓMICOS DEL PROGRAMA	Año Base 2000	2001	2002	2003
Inversión Total del Período (tres años)				
Inversión de la Operación Anual				
Nuevos Protegidos entre los Usuarios del Programa				
Costo Anual por Nuevo Protegido				

Este análisis también se puede efectuar por oferta de servicios y programas (intervenciones) dirigidos a las etapas del ciclo de vida .

5.3. Bases para la Evaluación de la Oferta de Servicios

Se ha diseñado una hoja electrónica de trabajo (Modelo prioriza Prog y Serv.XLS), para facilitar el cálculo de la priorización en base a indicadores de programas y servicios. En el **Anexo 5** podrá encontrar las instrucciones básicas para utilizarlo adecuadamente.

Una vez completada la descripción de la oferta de los programas y servicios es necesario realizar una evaluación de la capacidad resolutive de esta oferta. Si se pudiera completar toda la información sugerida a través de los indicadores propuestos, se tendría para cada unidad de análisis valores de varias decenas de indicadores. Manejar toda esta información hace prácticamente imposible llegar a establecer consolidaciones y conclusiones. Por lo tanto, es preciso utilizar algún procedimiento que permita aliviar esta evaluación. Esta sección presentará un instrumento con ese propósito.

En primer lugar se procederá a la selección de indicadores claves –los denominados indicadores trazadores- en cada dimensión de la oferta de servicios. Estos indicadores representarán lo sustancial de cada dimensión, como si se incluyeran la totalidad de los indicadores (**ver subsección 5.3.1**). Para cada unidad de análisis, estos indicadores trazadores presentarán una escala nominal que se obtendrá de la comparación entre su valor y el rango completo de valores de todas las unidades de análisis (**ver subsección 5.3.2**). De la agregación de estos valores nominales se obtendrá una puntuación general para cada unidad de análisis, los que servirán para ordenarlos, determinando la oferta en función a su capacidad resolutive (**ver subsección 5.3.3**)

5.3.1. Selección de Indicadores Trazadores

El primer paso para disponer de un procedimiento que aligere el complejo proceso de consolidar la información ya obtenida en el análisis descriptivo, es la selección de determinados indicadores que logren representar al conjunto completo de ellos. A este tipo de indicadores les denominamos Indicadores Trazadores.

Otra característica importante de los indicadores trazadores, además de representar a los demás no seleccionados, es su número reducido. Si el número de indicadores trazadores es muy alto, es preferible trabajar con la totalidad de ellos.

Por lo tanto, se deben seleccionar indicadores que sean representativos y no sean numerosos. Existe un gran componente discrecional en el proceso de proposición de estos indicadores, por lo tanto, es previsible esperar opiniones distintas en la lista de estos indicadores.

El principal criterio utilizado para la proposición de estos indicadores, es la mayor repercusión que tienen para definir la capacidad resolutive del servicio.

Los indicadores trazadores propuestos son los siguientes:

- ❑ Tiempo al establecimiento de referencia.
- ❑ Puntaje de riesgo de Infraestructura.
- ❑ Camas por habitante.
- ❑ Presupuesto ejecutado por habitante.
- ❑ Promedio de meses de disponibilidad de medicinas de programas.
- ❑ Médicos por habitante.
- ❑ % de personal asistencial.
- ❑ Puntaje de complejidad por habitante.
- ❑ Extensión de uso.
- ❑ Egresos por habitante.

Conforme se expresó recientemente, casi la totalidad de los indicadores trazadores ya han sido presentados y estimados en el análisis descriptivo, por lo tanto sólo son copiados en una tabla resumen. Sin embargo, es preciso tener un espacio de flexibilidad para incorporar algunos indicadores particulares que puedan tener similar relevancia a los predeterminados en esta guía. En otras palabras los indicadores trazadores estarán conformados por los propuestos por esta guía a los cuales se agregan algunos (de preferencia no más de 3) que, a juicio del equipo de inteligencia sanitaria, tiene similar importancia a los propuestos.

Entonces, con estos 10 indicadores trazadores se establece una tabla resumen como la que se presenta en el **Cuadro 30**.

Cuadro 30. Cuadro resumen de indicadores trazadores.

Red	Micro red	Establecimiento	Tiempo al EESS referen	Puntaje de riesgo de Infra estructura	Camas por 1000 habit	Ppuesto ejecutado por habit	Médico por 1000 habit	% de personal asistencial	Meses de disponibilidad de medicam de programas	Puntaje de complejidad por habit	Extensión de uso
A1	A11	A111									
		A112									
		A113									
		A114									
A2	A12	A121									
		A122									
		A123									
	A13	A131									
		A132									
		A133									
		A134									
A2	A21	A211									
		A212									
	A22	A221									
		A222									

5.3.2. Estimación de Valor Nominal en Indicadores Trazadores

Una vez que disponemos de los indicadores trazadores, procedemos a cambiar la escala de sus valores a una escala nominal. Para ello, se sigue los siguientes pasos:

1. Se identifica los valores extremos de la variable, es decir el valor más alto y también el menor valor.

Un Poblac	A	B	C	Rango
Apoyo			40	40
Corona			90	90
Muestra			10	10
Sonero			60	60

2. Se calcula el rango de valores entre los valores mayor y menor identificado en el paso anterior. Para ello basta con restar uno de otro.

El rango para el indicador C será: $90 - 10 = 80$

3. Se divide el rango en cuatro grupos iguales, los que se formarán de ir sumando este cociente al menor valor hasta llegar al mayor valor.

Amplitud Total: $90 - 10 = 80$
 Nº de grupos : 4
 Amplitud de cada grupo: $80 / 4 = 20$

Rangos
10 - 30
31 - 50
51 - 70
71 - 90

4. A continuación se asigna los valores 1, 2, 3 y 4 a cada uno de estos 4 grupos. La asignación va a depender de la característica del indicador. Dado que, arbitrariamente, vamos a establecer que se asignará mayor valor a los que tienen mayor capacidad resolutive, el 1 corresponderá al grupo de menor capacidad resolutive, el 4 al de mayor y el 2 y 3 los intermedios.

Amplitud Total: $90 - 10 = 80$
 Nº de grupos : 4
 Amplitud de cada grupo: $80 / 4 = 20$

Rangos	Valor nominal
10 - 30	1
31 - 50	2
51 - 70	3
71 - 90	4

5. Finalmente, se evalúa los valores originales de cada indicador con respecto a estos 4 grupos para reemplazar con esta nueva escala nominal de 1 a 4.

Un Poblac	A	B	C	Rango	Valor Nominal
Apoyo			40	40	2 (31-50)
Corona			90	90	4 (71-90)
Muestra			10	10	1 (10-30)
Sonero			60	60	3 (51-70)

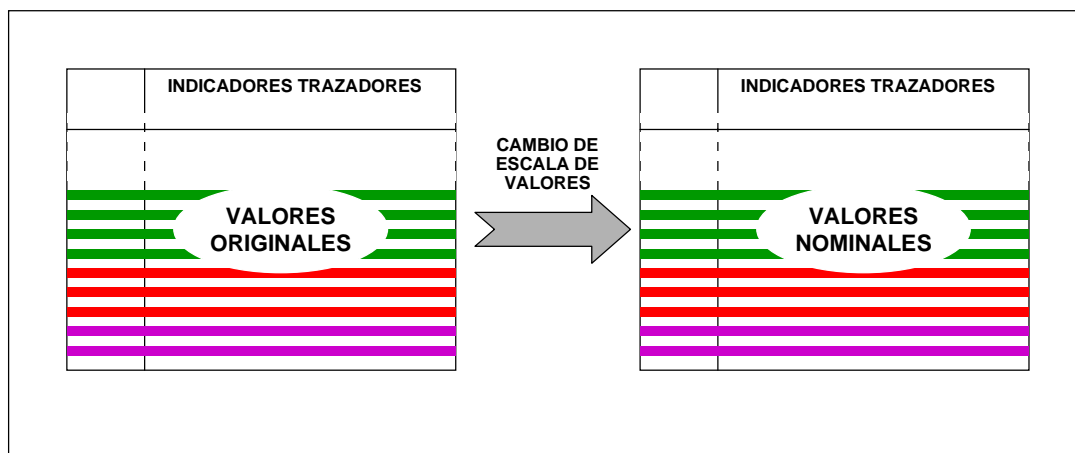
Una vez que se ha establecido los cuatro grupos (paso 3), se procede a la asignación de los valores 1, 2, 3 y 4 a cada uno de ellos. Se dice en el paso 4, que la asignación va a depender de la característica de cada indicador, de tal manera que el valor 1 se asigna a aquellos valores que signifiquen menor capacidad resolutive, mientras que el valor 4 se asigna a los que signifiquen mayor capacidad. A continuación se presenta cuales son los valores que signifiquen mayor o menor capacidad resolutive en cada una de los 10 indicadores trazadores propuestos por esta guía:

- ❑ **Tiempo al establecimiento de referencia:** valor 1 a mayor tiempo, valor 4 a menor tiempo.
- ❑ **Puntaje de riesgo de Infraestructura:** valor 1 a mayor puntaje de riesgo, valor 4 a menor puntaje.
- ❑ **Camas por habitante:** valor 1 a menor índice, valor 4 a mayor índice.
- ❑ **Presupuesto ejecutado por habitante:** valor 1 a menor índice, valor 4 a mayor índice.
- ❑ **Promedio de meses de disponibilidad de medicinas de programas:** valor 1 a menor promedio, valor 4 a mayor promedio.
- ❑ **Médicos por habitante:** valor 1 a menor índice, valor 4 a mayor índice.
- ❑ **% de personal asistencial:** valor 1 a menor porcentaje, valor 4 a mayor porcentaje.
- ❑ **Puntaje de complejidad por habitante:** valor 1 a menor puntaje, valor 4 a mayor puntaje.
- ❑ **Extensión de uso:** valor 1 a menor índice, valor 4 a mayor índice.
- ❑ **Egresos por habitante:** valor 1 a menor índice, valor 4 a mayor índice.

De manera similar se debe proceder con cada uno de los indicadores particulares que hayan sido incorporados por los equipos de inteligencia sanitaria, como parte de los indicadores trazadores.

Por medio de este procedimiento se obtiene una nueva tabla resumen de los indicadores trazadores, donde la escala de valores originales ha sido reemplazado por esta nueva escala de valores nominales (**ver Figura 11**).

Figura 11. Proceso de cambio de escala, de valores originales a valores nominales.



5.3.3. Establecimiento de la Capacidad Resolutiva para la Totalidad de Establecimientos de Salud

Con la nueva tabla de valores nominales de los 10 indicadores trazadores se procede a establecer la capacidad resolutiva de la red de servicios. Para ello se sigue los siguientes pasos: Se establece una ponderación de los 10 indicadores trazadores propuestos y los adicionales que hayan sido incorporados localmente. Para ello, se asigna un valor entre 1 y 3 con el siguiente criterio: 1 para indicadores de baja resolutividad, 2 para indicadores de mediana importancia y 3 para indicadores de alta importancia (**ver Cuadro 31**)

Un Poblac	A	B	C
Apoyo	1	4	2
Corona	4	2	4
Muestra	2	3	1
Sonero	3	1	3
Ponderador de indicador	2	1	3

Cuadro 31. Tabla de ponderación de indicadores trazadores.

INDICADOR TRAZADOR	PONDERADOR (*)
Tiempo al establecimiento de referencia	
Puntaje de riesgo de Infraestructura	
Camas por habitante	
Presupuesto ejecutado por habitante	
Promedio de meses de disponibilidad de medicinas de programas	
Médicos por habitante	
% de personal asistencial	
Puntaje de complejidad por habitante	
Extensión de uso	
Egresos por habitante	
Tiempo al establecimiento de referencia	
Puntaje de riesgo de Infraestructura	
Camas por habitante	

(*) Valores de ponderación van entre 1 y 3 (1 para menor resolutiveidad y 3 para mayor resolutiveidad)

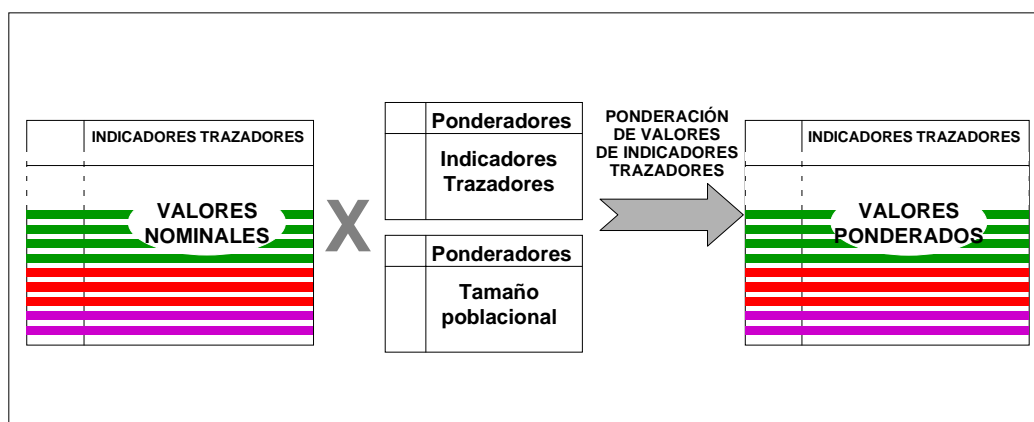
6. Hasta aquí se define la priorización sobre la base de las variables que describen el riesgo poblacional. Si además se desea establecer una priorización para la asignación de recursos en forma proporcional, se establecerá una tabla de ponderación opcional para los tamaños poblacionales de las unidades de análisis, sino se otorgaría similar peso a cada una de ellas. Para evitar distorsiones en esta ponderación en los casos en que hay mucha heterogeneidad en la distribución poblacional, se utiliza mejor unidades nominales para este ponderador. Para ello, se sigue el mismo proceso de cambio a unidades nominales que se realizó con los indicadores trazadores en base a los porcentajes de población total. Sin embargo, si solo se desea establecer el riesgo o se observa que ciertos distritos o unidades resultan priorizadas únicamente por tener un volumen poblacional excesivamente mayor a las otras unidades -mientras que sus otras variables son de menor riesgo- no es conveniente usar el ponderador poblacional en la priorización. .

Un Poblac	A	B	C	Ponderador poblacional	
				Población	%
Apoyo	1	4	2	15,000	3
Corona	4	2	4	5,000	1
Muestra	2	3	1	9,000	2
Sonero	3	1	3	25,000	4
Ponderador de indicador	2	1	3	54,000	

- Se estima los valores ponderados de los indicadores trazadores. Para ello, se multiplica los valores nominales de los indicadores trazadores por su respectivo valor de ponderación de indicador trazador y de ponderación poblacional (**ver Figura 12**).

Un Poblac	A	B	C	Ponderador poblacional	
				Población	%
Apoyo	1 x 2 x 3	4 x 1 x 3	2 x 3 x 3	15,000	3
Corona	4 x 2 x 1	2 x 1 x 1	4 x 3 x 1	5,000	1
Muestra	2 x 2 x 2	3 x 1 x 2	1 x 3 x 2	9,000	2
Sonero	3 x 2 x 4	1 x 1 x 4	3 x 3 x 4	25,000	4
Ponderador de indicador	2	1	3	54,000	

Figura 12. Ponderación de valores de indicadores trazadores.

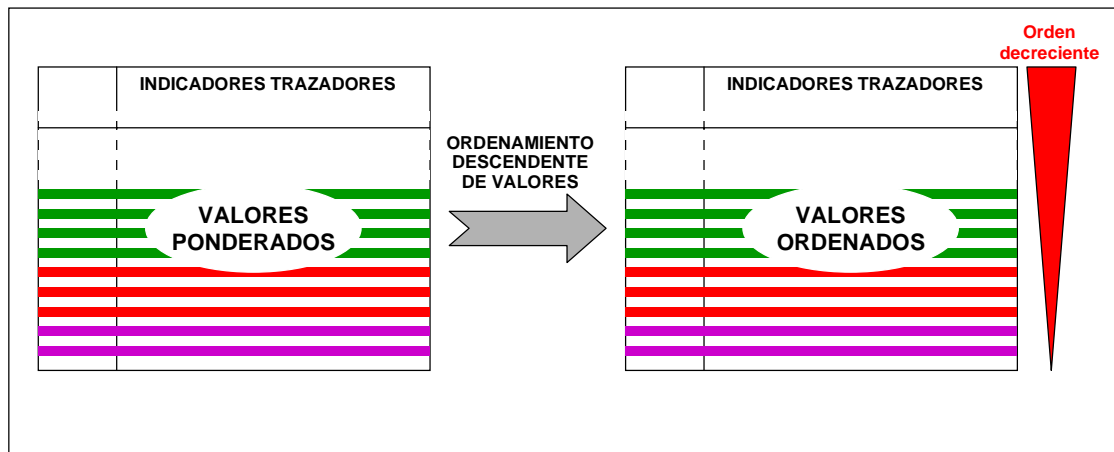


- Se procede a calcular el valor total para cada unidad de análisis. Ello se obtiene de sumar horizontalmente en cada unidad, los valores nominales ponderados de los 10 indicadores trazadores.

Un Poblac	A	B	C	TOTAL
Apoyo	600	1,200	1,800	3,600
Corona	800	200	1,200	2,200
Muestra	800	600	600	2,000
Sonero	2,400	400	3,600	6,400

- Finalmente, se ordena en orden decreciente los valores totales de las unidades de análisis, consiguiendo la capacidad resolutive de los distintos servicios. A mayor valor total mayor capacidad resolutive, y viceversa (**ver Figura 13**).

Un Poblac	Ordenado
Sonero	6,400
Apoyo	3,600
Corona	2,200
Muestra	2,000

Figura 13. Ordenamiento de valores ponderados de indicadores trazadores.

Siguiendo este procedimiento se obtiene la tabla ordenada de capacidad resolutoria para toda la red de servicios, de mayor a menor.

5.4. Respuesta Social Sectorial y Multisectorial

5.4.1. Descripción de la Respuesta de Otros Prestadores de Servicios de Salud

El análisis de la respuesta social no está completo si no se incluye el análisis de la respuesta sectorial y extrasectorial. En la respuesta sectorial se debe considerar la identificación de los prestadores de servicios de salud, distintos del MINSA, tales como:

- Hospitales, policlínicos y otros establecimientos de EsSalud.
- Hospitales y otros establecimientos de la Sanidad de las Fuerzas Armadas.
- Hospitales y otros establecimientos de la Sanidad de las Fuerzas Policiales.
- Clínicas y consultorios privados.
- Establecimientos de Organizaciones no gubernamentales nacionales o locales.
- Otros servicios de salud, pertenecientes a la Iglesia, Municipalidad, Empresas mineras o de otro tipo, servicios y/o botiquines comunales, etc.
- Promotores y parteras.

Se debe acopiar información sobre el segmento de población que atienden, que en algunos tipos es población cerrada (asegurados, militares, etc.) y en otros es abierta. Asimismo, de ser posible acceder a las variables indicadas en las secciones desde 5.1.3 a 5.2.2 para los servicios del MINSA, es decir se debería contar con información de los recursos humanos o físicos con que cuentan, tipo de servicios, nivel de resolución, por lo menos en forma resumida. Lo más común en estos prestadores es que se orientan a los problemas de salud y

menos a los factores condicionantes. Por ello, es importante conocer si las actividades se refieren solamente a actividades recuperativas o también a actividades preventivo-promocionales. De ser este el caso, se debe especificar hacia que problemas de salud dirigen sus actividades preventivas (salud reproductiva, salud infantil, etc.) y en que ámbito geográfico de influencia se desarrollan.

Las parteras de la comunidad, en muchos lugares, son captadas, capacitadas y dotadas de un instrumental mínimo por el servicio local; sin embargo, existe un porcentaje que no es capacitado o que continúa sus prácticas tradicionales y brinda servicios a su comunidad con mayor riesgo de morbilidad. Los promotores pertenecen a la comunidad y generalmente son capacitados. Su labor, que originalmente era de promoción y prevención de la salud, se extendió a actividades recuperativas sencillas, como administrar tratamiento oral a pacientes de IRA, malaria, tuberculosis, o atender en tópicos comunales. Esto ocurre especialmente en las zonas alejadas donde no existen servicios de salud.

5.4.2. Respuesta Social de Otros Sectores

La respuesta social a los problemas de salud no se traducen solamente en acciones de los prestadores de servicios de salud, sean estatales o privados, sino que provienen también de otros sectores, bajo la forma de actividades para generar bienestar y mejorar las condiciones de vida y/o de trabajo de la población. Es decir, que estas actividades no atacan directamente los problemas de salud, sino los factores condicionantes o mitigan sus efectos sociales, influyendo positivamente en el estado de salud.

En esta parte se debe considerar numerosas actividades como:

- Instalación de servicios de agua y alcantarillado, realizado por las empresas de agua, municipios, etc.
- Construcción de viviendas de dimensiones y ventilación adecuadas por el Estado o sector privado.
- Limpieza pública por las municipalidades.
- Eliminación de criaderos de vectores, por los municipios o trabajo comunal.
- Control de producción y venta de alimentos, por sector agricultura, industria, municipios.
- Entrega de alimentos a familias en riesgo nutricional (PRONAA, Municipalidades, ONGs).
- Formación de Comedores Populares, Comités de Vaso de Leche, por la comunidad.

-
- Implantación de medidas de bioseguridad por empresas mineras y agricultores.
 - Construcción o habilitación de vías de comunicación, que mejoran el acceso a los servicios de salud, por el sector transporte, gobiernos regionales, etc.
 - Educación para la salud, por el sector educación, o por promotores, ONGs, etc.
 - Asociaciones de pacientes de determinadas enfermedades (VIH, TBC, etc.).
 - Redes sociales de apoyo.

En el análisis es necesario identificar estos actores sociales y sus actividades, y determinar si estas son rutinarias, forman parte de sus funciones o las realiza en forma extraordinaria, con que recursos cuentan y su influencia en el resto de la comunidad. Con respecto a las redes sociales, están ligadas a apoyar moral y materialmente a grupos determinados de pacientes y sus familiares, en aspectos de rehabilitación y reinserción en el mercado productivo, mitigando así el impacto de la enfermedad.

Se debe identificar sobre que factores condicionantes inciden las actividades extrasectoriales y cual es el efecto que producen en los problemas de salud, que generalmente son varios, son simultáneos, a mediano y largo plazo. Por último, un conocimiento preciso de estas actividades orienta y organiza mejor el trabajo intersectorial que debe ser liderado por los equipos de gestión sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- ❑ Acevedo, Francisco; Vidales, Alma; Galleguillos, Ramón; Reyes, Leonardo; Bertoni, Nora; Solimano, Giorgio. Sistematización, análisis y recomendaciones de la experiencia de gestión del hospital de Quillota. Santiago de Chile; Corporación de Salud y Políticas Sociales; 1994.
- ❑ BELLO GONZALES, Felipe; CLEMENTE H., Antonio; LOPEZ RAMIREZ, Tulio; FEDERACIÓN MÉDICA VENEZOLANA. Evaluación de la atención medica ambulatoria y hospitalaria. Cumana, Federación Medica Venezolana, 1986.
- ❑ HERRERA MIRANDA, Juan Luis; PALOMINO BALBIN, Bertha; FUKUMOTO SATO, Mary; PERU. CONSEJO NACIONAL DE POBLACION. Evaluación de los servicios de salud materno infantil y planificación familiar de cinco regiones de salud. Consejo Nacional de Población, Lima, 1985.
- ❑ Instituto Peruano de Seguridad Social; IPSS. Metodología para el análisis de los procesos/Methodology for the analysis of the processes. Lima; IPSS; 1995.
- ❑ KASTER, George; PEREZ, Cesar L.. El análisis de decisiones en el área de salud. Washington, OPS/OMS,1987.
- ❑ LAZARO Y DE MERCADO, Pablo. Evaluación de servicios sanitarios: estudio sobre la alta tecnología médica en España (Tesis doctoral). Madrid: Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, 1989.
- ❑ Lituma Aguirre, Doris. Evaluación de la calidad en la atención de salud. Revista de la Asociación Peruana de Hospitales; 1(1):27-33, 1997.
- ❑ Maddaleno H., Matilde; Zubarew G., Tamara. Informe de la reunión para la aprobación de instrumentos de evaluación de servicios de salud integral del adolescente. Santiago de Chile: s.n, 1993.
- ❑ Ministerio de Salud, Estado de situación: El SIDA en el Perú al año 2000, Lima 2000.
- ❑ Organización Mundial de la Salud. Evaluación de cambios recientes en la financiación de los servicios de salud. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (OMS, Serie de Informes Técnicos 829) / Evaluation of recent changes in the financing of health services. Report of a WHO Study Group Ginebra: OMS, 1993.

- ❑ Organización Panamericana de la Salud. Evaluación y organización de servicios de salud para la atención primaria materno infantil. Fascículo I. Washington, D.C.: OPS, 1985.
- ❑ Organización Panamericana de la Salud. Módulo: Como llevar a cabo una evaluación de servicios de salud. materno infantil. Fascículo IV. Washington, D.C.: OPS, 1985.
- ❑ Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de redes de servicios de salud. Washington, D. C: OPS, 1998.
- ❑ Organización Panamericana de la Salud. Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud. (OPS/HSS/HSD-HED/94.18). Washington, D. C: OPS, 1994.
- ❑ Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la evolución de los modelos de gestión de los servicios de salud en Centroamérica. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud No. 11. Washington D.C: OPS, 1998.
- ❑ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. El análisis de decisiones en el área de salud. Washington,D.C.,OPS/OMS,1987.
- ❑ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Los servicios de salud en las Americas; análisis de indicadores básicos. Washington, OPS/OMS, 1988. (Cuaderno Técnico, No.14). 1988.
- ❑ Organización Panamericana de la Salud. Evaluación en salud y en la cooperación: informe final/Evaluation in health and in cooperation: final report. 1988.
- ❑ Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación de salud por regiones Guatemala 1992.
- ❑ Pan American Health Organization. Novaes, Humberto de Moraes. Acciones integradas en los sistemas locales de salud: análisis conceptual y apreciación de programas seleccionados en América Latina/Comprehensive health care in local health systems: conceptual analysis and assessment of selected programs in Latin America. Washington, D.C.; 1989. (Cuaderno Técnico, 31).
- ❑ PABON LASSO, Hipolito; COLOMBIA. UNIVERSIDAD DEL VALLE. Evaluación de los servicios de salud. Conceptos, indicadores, ejemplos de análisis cuantitativo y cualitativo. Manual Modelo PRIDES, 2a. Ed. Cali, Universidad del Valle, 1985.

-
- ❑ PABON LASSO, Hipolito. Los hospitales regionales de Colombia: Evaluación de la administración de sus servicios y finanzas 1977-1980. Cali: PROADSA: Departamento de Medicina Social, 1984.
 - ❑ PEDERSEN, Duncan. Evaluación de servicios de salud: la perspectiva de la gente. Taller Regional sobre Evaluación de Servicios de Salud Materno-Infantil, Caraballeda, Venezuela, agosto de 1987.
 - ❑ Perú. Ministerio de Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia; Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; Consorci Hospitalari Catalunya. Análisis situacional de la gestión de los servicios de salud y propuesta estratégica: documento 4. Propuestas estratégicas para la gestión de servicios de salud. 1996.
 - ❑ Rey del Castillo, Javier. Descentralización de los servicios sanitarios: aspectos generales y análisis del caso español. (Monografías EASP No.23). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.
 - ❑ Ricse Catano, Carlos; Suárez Bustamante, Miguel. Análisis de los establecimientos de salud en el distrito de Chorrillos: utilización y accesibilidad/Analysis of the health care settings in the district of Chorrillos: utilization and accessibility. Lima; Ministerio de Salud; 1992.
 - ❑ Zubarew, Tamara. Evaluación de servicios de atención ambulatoria de adolescentes: Estimación de complejidad, condiciones de eficiencia. Washington: OPS Fundación W.L. Kellogg , 1996.

ANEXO 1: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

Existen múltiples fórmulas de encuestas que pueden ser útiles, en aras de la simplicidad podrían contener las siguientes preguntas:

1. ¿Qué opina sobre la atención que presta el establecimiento (CS/PS/Hospital)?
 - a) la opinión vertida es favorable
 - b) la opinión vertida es negativa, y se refiere a los siguientes aspectos:
 - c) no opina o es indiferente

2. ¿Qué debería mejorar en la atención?
 - a) se refiere a capacidad para resolver. Especifique:.....
.....
 - b) se refiere al trato recibido. Especifique:.....
.....
 - c) se refiere al costo. Especifique:.....
.....
 - d) Se refiere a otro aspecto. Especifique:.....
.....

GUÍA DE ENTREVISTA CON GRUPOS FOCALES

La selección de los participantes estará en función de intereses específicos: área materno infantil con madres, impacto con representantes de la comunidad, articulación con el desarrollo local con dirigentes, calidad del servicio con usuarios, etc. Estas entrevistas permiten analizar problemas relevantes con profundidad. La reunión no debe exceder los sesenta u noventa minutos, y debe aplicarse a un grupo homogéneo en características (edad, función, etc.) sin exceder las diez o doce personas.

Para efectos del orden y efectividad la entrevista debe ser guiada por una persona que no desvirtue las respuestas: por interpretación, por dirigirlas según convenga o también por que los mismos participantes manipulan sus respuestas según lo que al entrevistador «le gustaría escuchar». De esta forma, el papel del entrevistador debe cuidarse mucho en su neutralidad y papel facilitador sin manipulación.

1. ¿Ustedes creen que las necesidades de salud de la población han sido cubiertas por el establecimiento de salud (Centro, Puesto, Hospital)? ¿Qué necesidades de salud faltarían atender?
2. ¿Cómo es la relación de la comunidad con el establecimiento?, ¿La comunidad decide, participa y organiza con el establecimiento en actividades de salud en la localidad?
3. Siendo 20 puntos lo mejor y menos de 10 puntos lo que está mal, ¿Con cuántos puntos calificaría la atención que reciben del establecimiento?, ¿Por qué?
4. ¿Qué tendría que suceder para que el establecimiento mejore su trabajo?

ANEXO 2: CRITERIOS PARA EL ANÁLISIS DE RIESGOS DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Existen criterios de evaluación que permiten considerar distintos aspectos como fuentes potenciales de riesgo que están referidos a la infraestructura de la oferta global de servicios de salud. El manejo de estos aspectos permite la oportunidad de evitar situaciones negativas que afectarían directa o indirectamente la producción de los servicios de salud, y particularmente su calidad y efectividad.

La siguiente Tabla de Calificación ⁽¹⁹⁾ considera un puntaje determinado para cada uno de los criterios elegidos. De acuerdo a la calificación obtenida el nivel de 70 puntos, o más, es considerado como establecimiento en estado crítico:

VARIABLE	PUNTAJE	CRITERIO
ESTADO DE LA EDIFICACIÓN.	80	ESTABLECIMIENTO EN RIESGO DE COLAPSAR.
ESTADO DE LA EDIFICACIÓN.	80	ESTABLECIMIENTO EN MUY MAL ESTADO.
ESTADO DE LA EDIFICACIÓN.	80	ESTABLECIMIENTO QUE HA SOPORTADO MOVIMIENTOS SÍSMICOS FUERTES, HABIENDO SUFRIDO DAÑOS CONSIDERABLES NO REPARADOS.
SERVICIOS BÁSICOS.	80	AGUA DE CONSUMO CONTAMINADA.
SERVICIOS BÁSICOS.	40	ESTABLECIMIENTO QUE NO DISPONE DE RED DE AGUA, O PILÓN PÚBLICO, O POZO ARTESANAL.
SERVICIOS BÁSICOS.	40	ESTABLECIMIENTO QUE NO DISPONE DE RED DE DESAGÜE, NI POZO SÉPTICO, NI POZO CIEGO, NI LETRINA.
HACINAMIENTO	40	ESTABLECIMIENTO CON MENOS DE 50 m ² DE ÁREA CONSTRUIDA TECHADA.
ESTADO DE LA EDIFICACIÓN.	30	ESTABLECIMIENTO EN MAL ESTADO.
ESTADO DE LA EDIFICACIÓN.	30	ESTABLECIMIENTOS QUE FALTAN CONSTRUIR MÁS DE LA MITAD Y QUE ES NECESARIO ACABARLOS POR FALTA DE ESPACIO PARA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES.
SERVICIOS BÁSICOS.	20	ESTABLECIMIENTO CON FUGA DE AGUA EN LA RED INTERNA Y EXTERNA.
SERVICIOS BÁSICOS.	20	ESTABLECIMIENTO CON FUGA DE AGUA SERVIDA (DESAGÜE) EN LA RED INTERNA Y EXTERNA.

¹⁹ Este instrumento pertenece al Área de Preinversión del Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud (MINSA/BID)

VARIABLE	PUNTAJE	CRITERIO
MEDIO AMBIENTAL.	20	ESTABLECIMIENTOS QUE NO TRATAN SUS RESIDUOS LIQUÍDOS CONTAMINANTES ANTES DE ELIMINARLOS.
MEDIO AMBIENTAL.	20	ESTABLECIMIENTOS EN DONDE NO SE ELIMINAN ADECUADAMENTE LOS RESIDUOS SÓLIDOS (NO BASURA COMÚN).
LOCALIZACIÓN.	10	ESTABLECIMIENTOS UBICADOS EN CAÍDAS DE HUAYCOS, CRECIDAS DE RÍO, U OTROS QUE REVISTAN RIESGOS.
LOCALIZACIÓN.	10	ESTABLECIMIENTOS UBICADOS EN LUGARES DE MUCHO RUIDO, PRESENCIA DE POLVOS Y/O GASES NOCIVOS.

ELABORACIÓN:

Luego podrá elaborarse un cuadro resumen que muestre en orden los establecimientos considerados con los mayores puntajes de criticidad:

CUADRO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN SITUACIÓN CRÍTICA

Orden	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	RED A LA QUE PERTENECE	PUNTAJE
1°			
2°			
3°			
4°			
5°			
6°			
7°			
8°			
9°			
10°			

ANEXO 3: PERFILES DE COMPLEJIDAD

La metodología adoptada corresponde a la aplicación de una encuesta periódica a los establecimientos, muy sencilla, que permite en un lapso no mayor de una hora registrar información en base a una ficha estándar (única para todos los establecimientos de la red). La respuesta en cada ítem está valorada en un puntaje específico.

Resuelta toda la ficha se procede a consolidar la sumatoria de puntos por cada servicio, para luego aplicar un factor de corrección (factor de ponderación) de la siguiente manera:

SERVICIOS	SUMATORIA DE PUNTOS	FACTOR DE PONDERACIÓN	PUNTAJE CORREGIDO
Serv. Finales	805	0.5	402.5
Serv. Intermedios	2,220	0.3	666.0
Serv. de Apoyo	1,123	0.15	168.45
Otras Actividades	400	0.05	20
TOTAL GENERAL	4,548		1256.95

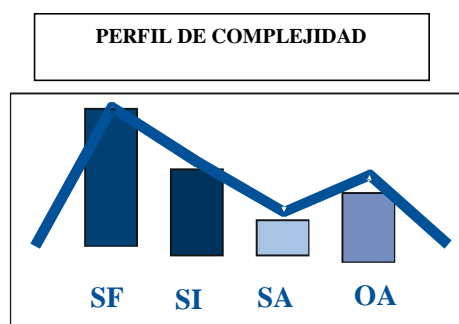
Una vez obtenidos los resultados, con ellos puede elaborarse dos tipos de gráficas (polígono de frecuencias o barras) que permitan la comparación entre los servicios o entre establecimientos. Esta percepción permitirá apreciar y determinar el balance o desbalance de la complejidad que se ha ponderado para cada servicio; así como la agregación por establecimiento o red. Por ejemplo:

PERFIL DEL ESTABLECIMIENTO

ESTABLECIMIENTO: CENTRO DE SALUD «NUEVA ESPERANZA»

RED: SANTA CRUZ

SERVICIOS	SUMATORIA DE PUNTOS
Serv. Finales (SF)	280
Serv. Intermedios (SI)	150
Serv. de Apoyo (SA)	50
Otras Actividades (OA)	120



A continuación se lista los 34 servicios contenidos en la ficha de recolección.

I. SERVICIOS FINALES

1. **CONSULTA EXTERNA.** Los establecimientos de la red (hospital, centro o puesto) pueden contar con: una unidad de Consulta Externa, del tipo de medicina general, especialidades médicas, cirugía general, especialidades quirúrgicas, pediatría, gineco obstetricia, odontología, sicología y obstetricia.
2. **EMERGENCIA.** Los establecimientos de la red (hospital, centro o puesto) pueden contar con: una unidad de emergencia / urgencia; con turno de médicos generales o especialistas; con horarios de atención: 24 horas, 12 horas ó menos de 12 horas; y con servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
3. **HOSPITALIZACIÓN.** Los establecimientos de la red (hospital, centro o puesto) pueden contar con: una unidad de hospitalización o internamiento general, de especialidades Médicas, de especialidades Quirúrgicas, de especialidades Pediátricas, de Gineco Obstetricia. Además puede tener el soporte de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
4. **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.** Establecimientos de la red (hospital) pueden contar con Servicio de Cuidados Intensivos/ Vigilancia Intensiva, con personal a cargo: Intensivista, Internista, Anestesiólogo, otros; también se cuenta con personal de enfermería con capacitación específica.
5. **NEONATOLOGÍA** Establecimientos de la red (hospital) pueden contar con Servicio de Neonatología/atención inmediata al RN; con personal a cargo: Neonatólogo, Pediatra General; además de personal de enfermería con capacitación específica. También cuenta con médico de guardia.
6. **MEDICINA PREVENTIVA.** Los establecimientos de la red (hospital, centro o puesto) pueden contar con programas preventivo promocionales que realizan actividades en las áreas materno infantiles, salud reproductiva, control de enfermedades, nutrición, salud ocupacional y ambiental, entre otros. Además se desarrollan actividades del tipo IEC (Información-Educación-Comunicación).
7. **ATENCIÓN DOMICILIARIA.** Los establecimientos de la red (hospital, centro o puesto) pueden contar con personal profesional, técnico u otro, que realiza visitas a enfermos de manera programada, ocasional.

II. SERVICIOS INTERMEDIOS

8. **CENTRO QUIRÚRGICO.** Los establecimientos de la red (hospital o centro) pueden contar con Centro Quirúrgico/ Sala de Operaciones para cirugía menor/día, a cargo de Médico General / Especialista.

9. **CENTRO OBSTÉTRICO** Los establecimientos de la red (hospital o centro) pueden contar con Centro Obstétrico/ Ambientes especializados, a cargo de profesional.
10. **ESTERILIZACIÓN.** Los establecimientos de la red (hospital, centro o puesto) pueden contar con Servicio de esterilización / Áreas menores de esterilización, que puede realizar distintos tipos de esterilización: ebullición, autoclave, gases. Además cuentan con personal asignado.
11. **ANESTESIOLOGÍA.** Los establecimientos de la red (hospital) pueden contar con una unidad de anestesiología, a cargo de profesional; puede prestar servicios con distintos tipos de anestesia: local, raquídea, peridural, general por gases.
12. **FARMACIA.** Los establecimientos de la red (hospital, centro o puesto) pueden contar con Servicio de farmacia, con personal a cargo: Auxiliar de farmacia, Químico Farmaceutico u otros. Además puede contar con depósito general / especializado.
13. **ENFERMERÍA.** Los establecimientos de la red (hospital, centro o puesto) pueden contar con Servicio de Enfermería, a cargo de enfermera, auxiliar de enfermería; su personal está asignado a servicios de: consulta externa, sala de operaciones, hospitalización, emergencia, programas de salud.
14. **REHABILITACIÓN.** Los establecimientos de la red (hospital o centro) pueden contar con unidad de rehabilitación, a cargo de: Médico especialista, Técnico fisioterapeuta, Psicólogo, Tecnólogo u otros. Puede realizar distintos tipos de procedimientos: terapia física, terapia respiratoria, terapia del lenguaje, otros.
15. **DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES.** Los establecimientos de la red (hospital o centro) pueden contar con unidades para el Diagnóstico por Imágenes; puede realizar distintos tipos de exámenes: Rx simple, Rx de contraste, Rx especializado, Ecografía, otros; estando a cargo de personal: Médico especialista, Tecnólogo médico en Radiología, Técnico de radiología, Otro.
16. **RADIOTERAPIA** Los establecimientos de la red (hospital) pueden contar con Servicio de Radioterapia.
17. **LABORATORIO CLÍNICO.** Los establecimientos de la red (hospital o centro) pueden contar con servicio de Laboratorio, a cargo de: Médico Patólogo Clínico, Tecnólogo médico de Laboratorio, Técnico de Laboratorio. Puede realizar distintos tipos de actividades y exámenes: hematología, bioquímica, microbiología, inmunología, otros.
18. **SERVICIO DE TRANSFUSIONES Y BANCO DE SANGRE.** Los establecimientos de la red (hospital) pueden contar con servicio de Transfusiones, Banco de Sangre; tiene personal a cargo: Médico hematólogo, Técnico laboratorista, Auxiliar de Enfermería, Otro; realiza distintos tipos de procedimientos y preparaciones: extracción de sangre para banco, transfusiones, preparaciones (plasma, etc.).

19. **ANATOMÍA PATOLÓGICA.** Establecimientos de la red (hospital) pueden contar con servicio de Anatomía Patológica, a cargo de: Patólogo, Citotécnico; que realiza distintos tipos de procedimientos: necropsias, biopsias, citologías, otros.
20. **ENDOSCOPIA.** Establecimientos de la red (hospital) pueden contar con Servicio de Endoscopia con personal a cargo: Endoscopista, Cirujano, Otro; se realiza distintos tipos de exámenes: esofagogastro, colono, rectosigmoido, otros.
21. **EPIDEMIOLOGÍA.** Los establecimientos de la red (hospital, centro o puesto) pueden contar con una unidad de epidemiología con ambiente específico, personal capacitado a cargo, que realiza actividades de vigilancia, notificación e investigación, con dedicación exclusiva o parcial.

III. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

22. **DIRECCIÓN** Los establecimientos de la red (hospital, centro o puesto) pueden contar con dedicación horaria a la función del Jefe / director, que además a tenido capacitación especializada del Jefe / director; existen equipos/comités de gestión.
23. **ADMINISTRACIÓN.** Establecimientos de la red (hospital) pueden contar con Administrador con capacitación específica de la administración; que tiene dedicación exclusiva de personal a diferentes áreas administrativas.
24. **PERSONAL** Establecimientos de la red (hospital) pueden contar con Oficina de personal con personal a cargo: profesional, técnico, otros.
25. **LOGÍSTICA.** Los establecimientos de la red (hospital) pueden contar con Oficina de Logística con personal a cargo: profesional, técnico, otros.; con dedicación exclusiva de personal a algunas áreas.
26. **ADMINISTRACIÓN FINANCIERA.** Establecimientos de la red (hospital) pueden contar con Oficina para la Administración Financiera, con personal a cargo: profesional, técnico; dedicación exclusiva de personal a algunas áreas: presupuesto, contabilidad, costos, facturación, otros.
27. **ADMISIÓN.** Los establecimientos de la red (hospital o, centro o puesto) pueden contar con oficina de Admisión con personal a cargo: profesional, técnico, otros, algunos a dedicación exclusiva en algunas áreas: admisión, archivo.
28. **ESTADÍSTICA (INFORMACIÓN).** Los establecimientos de la red (hospital, centro o puesto) pueden contar con oficina de Estadística; personal a cargo: profesional, técnico, otro.

-
- 29. SERVICIOS GENERALES.** Los establecimientos de la red (hospital, centro o puesto) pueden contar con unidad de Servicios Generales, con personal a cargo: profesional, técnico, otro, a dedicación exclusiva de personal a algunas áreas: comunicaciones, transporte, limpieza, cocina, lavandería y ropería, vigilancia, equipamiento médico o de servicios generales.
- 30. MANTENIMIENTO.** Los establecimientos de la red (hospital o centro) pueden contar con Unidad de mantenimiento con personal a cargo: (profesional, técnico, otro) / Contrato a terceros.

IV. OTRAS ACTIVIDADES

- 31. PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD.** Los establecimientos de la red (hospital, centro o puesto) pueden contar con programas de participación comunitaria y desarrollo de actividades con la comunidad.
- 32. CAPACITACIÓN.** Los establecimientos de la red (hospital, centro o puesto) pueden contar con la realización de entrenamiento periódico del personal; existe y se ejecuta un Plan de Capacitación.
- 33. DOCENCIA UNIVERSITARIA.** Los establecimientos de la red (hospital, centro o puesto) pueden contar con Programas de Internado en Profesiones de la Salud, Programas de Residencia Médica, otras capacitaciones.

FICHA DE INFORMACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

II. SERVICIOS FINALES

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO :

Marque con una X la respuesta correspondiente

5. PROGRAMAS PREVENTIVO PROMOCIONAL		SI	NO
5.4 HOSPITALIZACIÓN DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS			
- Cuenta con hospitalización diferenciada en:			
* Neonatología	2	0	
* Otros (especificar)	2	0	
5.5.1 Realiza :			
* Prog. de Control de Ira - Niño	2	0	
* Prog. de Control de ETS/VIH - SIDA	2	0	
* Prog. de Planificación Familiar y Sexualidad Hum.	2	0	
* Prog. de Control Prenatal y Puerperio	2	0	
* Prog. Control de Ira Adulto	2	0	
* Prog. de Control de Osteoartritis	2	0	
* Prog. de Cáncer	2	0	
* Prog. de Diabetes Mellitus	2	0	
* Prog. de Control de Crecim. y Desarrollo B.R. y A.R	2	0	
* Prog. de Nutrición Infantil	2	0	
* Prog. de Salud Oral	2	0	
* Prog. de Control de Enfermedad Diarreaica Aguda	2	0	
* Prog. de Salud Mental	2	0	
* Prog. de Control de Asma	2	0	
* Prog. de Control de EPOC	2	0	
* Prog. de Hipertensión Arterial	2	0	
* Prog. Ampliado de Inmunizaciones	2	0	
* Prog. de Control de Tuberculosis	2	0	
* Prog. de Salud Ocupacional	2	0	
* Electrodagnóstico	1	0	
	3	0	
5.2 INMUNIZACIONES			
- Realiza vacunación con:			
* B.C.G.	4	0	
* D.P.T.	4	0	
* Antisarampiónosa	4	0	
* Antipolio	4	0	
* Otros (especificar)	4	0	
5.3 DETECCIÓN OPORTUNA DE ENFERMEDADES			
- Realiza detección de:			
* Muestra de Cervix	2	0	
* Tamizaje TBC	2	0	
* Tamizaje de DM	2	0	
* Tamizaje de HTA	2	0	
* Tamizaje de SIFILIS	2	0	
* Osteoartritis/Tamizaje de OA	2	0	
* Tamizaje de Salud Mental	2	0	
* Otros (especificar)	2	0	
4. EPIDEMIOLOGÍA (7)			
4.1 Cuenta con Ambiente			
* Exclusivos	10	0	
* Compartidos	5	0	
4.2 Personal a cargo			
* Médico (8)	36	0	
* Enfermeras	10	0	
* Informático	5	0	
* Digitadores	3	0	
* Secretaria	3	0	
* Otros (especificar)	3	0	
4.3 Realiza :			
* Vigilancia epidemiológica en su área de responsabilidad obligatoria	4	0	
* Notifica enfermedades de denuncia obligatoria	3	0	
* Investigación epidemiológica	3	0	
4.4 Dedicación			
* Exclusiva	10	0	
* Parcial	5	0	
5.4 EDUCACIÓN PARA LA SALUD			
- Realiza :			
* Charlas a la comunidad/Extramuros	2	0	
* Charlas a usuarios de programas/intramuros	2	0	
* Instrucciones al paciente para el manejo de su patología/Educ. Individual	2	0	
6. ATENCIÓN DOMICILIARIA			
6.1 REALIZA VISITAS A ENFERMOS			
* Técnico de Salud	25	0	
* Enfermera	33	0	
* Médico General	18	0	
* Médico Especialista	8	0	
* Otro (especificar)	8	0	
(1) Ambiente específico destinado a atender pacientes ambulatorios personal médico dedicado preferentemente al Sector y que apoya directamente de enfermería e indirecto de los auxiliares de c y tratamiento.			
(2) Referido a que los ambientes se encuentran en un solo local			
(3*) Las atenciones regularmente en un consultorio por especialistas			
(4) Ambiente específico que atiende permanentemente emerge y cuenta con apoyo de los auxiliares de diagnóstico y tratamiento de Enfermería.			
(5) Ambiente de atención permanente a pacientes internos con dedicado exclusivamente al sector y que cuenta con apoyo de enfermería y auxiliares de diagnóstico y tratamiento			
(6) Diferenciación por especialidad como: servicios o camas			
(7) Es el Servicio responsable de la vigilancia permanente de la en el área de influencia del Hospital. Aseora en la toma de control y solución de los problemas detectados.			
(8) Médico o profesional de Salud con conocimiento de Epidem en el área.			

FICHA DE INFORMACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO :		III. SERVICIOS INTERMEDIOS	
Marque con una X la respuesta correspondiente			
7. CENTRO QUIRÚRGICO (1)			
	SI	NO	NO
10.3 A cargo de: (excluyentes)			
* Médico Anestesiólogo			
* Técnico Anestesiólogo			
* Médico general con entrenamiento			
* Otro (especificar)			
7.1 Cuenta con: (excluyente)	14	0	0
* Centro Quirúrgico	8	0	0
* Sala de Operaciones para Cirugía menor/día	14	0	0
7.2 Es un servicio centralizado	SI	NO	NO
7.3 Cuenta con:	SI	NO	NO
* Quirófano general	5	0	0
* Quirófanos especializados	5	0	0
* Sala séptica	5	0	0
* Salas de recuperación	5	0	0
7.4 Tipos de Cirugía:	SI	NO	NO
* Allamiento Especializado	5	0	0
* Medianamente Especializado	5	0	0
* Mayor	5	0	0
* Menor	5	0	0
7.5 A cargo de (excluyentes)	SI	NO	NO
* Médico especialista	32	0	0
* Médico general	18	0	0
* Médico general	18	0	0
8. CENTRO OBSTÉTRICO	SI	NO	NO
8.1 Cuenta con Centro Obstétrico	SI	NO	NO
8.2 Es un Servicio Especializado	17	0	0
8.3 Cuenta con:	SI	NO	NO
* Sala de Dilatación	12	0	0
* Sala de Partos	12	0	0
* Sala de puerperio inmediato	12	0	0
8.4 A cargo de: (excluyente)	SI	NO	NO
* Obstetizante	20	0	0
* Médico general	26	0	0
* Médico especialista	30	0	0
9. CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN (2)	SI	NO	NO
9.1 Cuenta con: (excluyente)	SI	NO	NO
* Central de esterilización	17	0	0
* Áreas menores de esterilización	9	0	0
9.2 Es un servicio centralizado	SI	NO	NO
9.3 Realiza esterilización por:	SI	NO	NO
(No se excluyen):	SI	NO	NO
* Ebullición	11	0	0
* Autoclave	11	0	0
* Gases	11	0	0
9.4 Tiene personal asignado al sector	Exclusivo	No exclusivo	No tiene
	33	20	0
10. ANESTESIOLOGÍA (3)	SI	NO	NO
10.1 Cuenta con servicio de anestesiología	SI	NO	NO
10.2 Centralizado	17	0	0
(1) Ambiente destinado a realizar procedimientos quirúrgicos con personal exclusivamente destinados al sector y cuenta con el apoyo de auxiliares de diagnóstico y tratamiento.			
(2) Ambiente en el cual se realiza esterilización con personal exclusivamente dedicado al sector.			
11. FARMACIA (4)			
11.1 Cuenta con servicio de Farmacia	SI	NO	NO
11.2 Centralizado	17	0	0
11.3 A cargo de: (excluyentes)	SI	NO	NO
* Auxiliar de Farmacia	20	0	0
* Químico farmacéutico	33	0	0
* Otros (especificar)	10	0	0
11.4 Tiene depósito: (no se excluyen):	SI	NO	NO
* General	11	0	0
* Especial para sicofármacos	11	0	0
11.5 Realiza preparaciones	SI	NO	NO
12. ENFERMERÍA (5)	SI	NO	NO
12.1 Cuenta con servicio de Enfermería	SI	NO	NO
12.2 A cargo de: (excluyentes)	SI	NO	NO
* Enfermera	32	0	0
* Auxiliar de enfermería	10	0	0
12.3 Tiene personal asignado a:	HORAS	16 a 24	16 a 24
(Horarios excluyentes)	8	8 a 16	8 a 16
* Consultar externa	5	6	6
* Sala de Operaciones	1	3	6
* Curación	1	3	6
* Neobornas/Vigilancia Intens.	1	3	6
* Neobornas	1	3	6
* Emergencia Urgencias	1	3	6
* Programas	1	3	6
13. REHABILITACIÓN (6)	SI	NO	NO
13.1 Cuenta con servicio de rehabilitación	SI	NO	NO
13.2 Es un servicio centralizado	17	0	0
13.3 A cargo de: (excluyentes)	SI	NO	NO
* Médico especialista (Medicina física y rehabilitación)	34	0	0
* Técnico fisioterapeuta	20	0	0
* Psicólogo	20	0	0
(3) Recurso organizado para la prestación de servicios de anestesia a cargo de un especialista en el área.			
(4) Ambiente destinado a suministrar y/o abastecer de medicamentos y eventual - mente de producción (no incluye botiquín a los servicios)			
(5) Recurso organizado para brindar apoyo a las acciones médicas en las diferentes áreas de atención a los pacientes. Estará a cargo de profesional en el área.			
14. SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES (7)			
14.1 Cuenta con servicio de diagnóstico por imágenes	SI	NO	NO
14.2 Es un Servicio Centralizado	SI	NO	NO
14.3 Realiza:	SI	NO	NO
* Radiografía simple	20	0	0
* Radiografía de contraste	33	0	0
* Radiografía especializada	10	0	0
* Ecografía	SI	NO	NO
* Tomografía	11	0	0
* Otros (especificar)	11	0	0
14.4 A cargo de: (excluyentes)	SI	NO	NO
* Médico especialista en Dx. por imágenes	33	0	0
* Tecnólogo médico de radiología	10	0	0
* Técnico de radiología	32	0	0
* Otro (especificar)	10	0	0
15. LABORATORIO CLÍNICO (8)	SI	NO	NO
15.1 Cuenta con Laboratorio	SI	NO	NO
15.2 Es un servicio centralizado	SI	NO	NO
15.3 A cargo de: (excluyentes)	SI	NO	NO
* Médico Patólogo Clínico	34	0	0
* Técnico médico de laboratorio	20	0	0
* Técnico de laboratorio	20	0	0
15.4 Realiza:	SI	NO	NO
* Hematología	17	0	0
* Bioquímica	17	0	0
* Microbiología	SI	NO	NO
* Inmunología	34	0	0
* Otros (especificar)	20	0	0
(6) Ambiente destinado a procurar el restablecimiento o r función alterada. Brinda atención a pacientes internos cargo de personal especializado en el área.			
(7) Organización que brinda apoyo de diagnóstico por imá áreas de atención médica. A cargo de especialistas er			
(8) Organización que brinda apoyo de diagnóstico con prc ratorio clínico a la atención médica. A cargo de profes			

FICHA DE INFORMACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO :

III. SERVICIOS INTERMEDIOS

Marque con una X la respuesta correspondiente

16. SERVICIO DE TRANSFUSIONES Y BANCO DE SANGRE (9)		19. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (10)		21. RADIOTERAPIA	
SI	NO	SI	NO	SI	NO
16.1 Cuenta con: (excluyentes)					
20	0	* Unidad de Cuidados Intensivos			
30	0	* Servicio de Radioterapia			
SI	NO	* Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI)			
16.2 A cargo de: (excluyentes)					
30	0	* Médico hematólogo			
20	0	* Técnico laboratorista			
10	0	* Auxiliar de Transfusiones y Banco de sangre			
25	0	* Otros (especificar)			
SI	NO	* Médico internista			
		* Anestesiólogo			
		* Otros (especificar)			
16.3 Realiza los siguientes procedimientos:					
10	0	* Extracción de sangre para banco			
10	0	* Transfusiones de sangre			
16.4 Preparación de:					
5	0	* Plasma			
5	0	* Concentración de glóbulos rojos			
5	0	* Concentrado plaquetario			
5	0	* Exanguineotransfusión			
17. ANATOMIA PATOLÓGICA					
SI	NO	* Necropsias			
34	0	* Biopsias			
SI	NO	* Biopsias por congelación			
		* Citologías			
17.1 Cuenta con servicio de Anatomía Patológica					
34	0	* Patólogo			
10	0	* Citotécnico			
17.2 A cargo de: (excluyentes)					
SI	NO	* Servicio de Neopatología			
17.3 Realiza los siguientes procedimientos:					
8	0	* Atención Inmediata al recién nacido			
8	0	* Servicio de Neonatología			
8	0	* Biopsias			
8	0	* Biopsias por congelación			
8	0	* Citologías			
18. ENDOSCOPIA					
SI	NO	* Endoscopia (Gastroenterólogo)			
17	0	* Citriano			
17	0	* Otro (especificar)			
18.1 Cuenta con servicio de endoscopia					
SI	NO	* Endoscopia (Gastroenterólogo)			
34	0	* Citriano			
20	0	* Otro (especificar)			
5	0	* Otro (especificar)			
18.2 Centralizado					
SI	NO	* Endoscopia (Gastroenterólogo)			
34	0	* Citriano			
20	0	* Otro (especificar)			
5	0	* Otro (especificar)			
18.3 A cargo de: (excluyente)					
SI	NO	* Endoscopia (Gastroenterólogo)			
34	0	* Citriano			
20	0	* Otro (especificar)			
5	0	* Otro (especificar)			
18.4 Realiza:					
5	0	* Esofagoscopia			
6	0	* Colonoscopia			
5	0	* Rectosigmoidoscopia			
5	0	* Fibrobroncoscopia			
6	0	* Pancreatocolangiografía RE			
5	0	* Otros (especificar)			
19.3 A cargo de: (excluyentes)					
33	0	* Médico			
33	0	* Médico internista			
33	0	* Anestesiólogo			
33	0	* Otros (especificar)			
19.4 Cuenta con personal de Enfermería con capacitación específica					
SI	NO	* Radioterapia			
13	0	* Radioterapia			
SI	NO	* Radioterapia			
4	0	* Roentgenoterapia			
4	0	* Cobaltoterapia			
4	0	* Braquiterapia (Radium)			
4	0	* Braquiterapia (Cesium)			
4	0	* Otros (especificar)			
19.5 Cuenta con áreas diferenciadas para atención intensiva:					
4	0	* Renal			
4	0	* Cardiovascular			
4	0	* Neurológica			
4	0	* Quemados			
4	0	* Infectados			
4	0	* Otros (especificar)			
20. NEONATOLOGIA					
SI	NO	* Servicio de Neonatología			
28	0	* Atención Inmediata al recién nacido			
14	0	* Servicio de Neonatología			
SI	NO	* Atención Inmediata al recién nacido			
6	0	* Servicio de Neonatología			
SI	NO	* Atención Inmediata al recién nacido			
20	0	* Servicio de Neonatología			
33	0	* Atención Inmediata al recién nacido			
20.1 Cuenta con: (excluyente)					
SI	NO	* Servicio de Neonatología			
28	0	* Atención Inmediata al recién nacido			
14	0	* Servicio de Neonatología			
20.2 Cuenta con servicio centralizado					
SI	NO	* Servicio de Neonatología			
28	0	* Atención Inmediata al recién nacido			
14	0	* Servicio de Neonatología			
20.3 A cargo de: (excluyentes)					
SI	NO	* Pediatra general			
20	0	* Neonatólogo			
33	0	* Otros (especificar)			
21. RADIOTERAPIA					
SI	NO	* Servicio de Radioterapia			
15	0	* Unidad de Cuidados Intensivos			
9	0	* Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI)			
SI	NO	* Servicio de Radioterapia			
15	0	* Unidad de Cuidados Intensivos			
9	0	* Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI)			
21.1 Cuenta con: (excluyente)					
SI	NO	* Radiólogo Especialista			
33	0	* Físico Nuclear			
33	0	* Médico			
33	0	* Otros (especificar)			
21.2 Cuenta con servicio centralizado					
SI	NO	* Radiólogo Especialista			
33	0	* Físico Nuclear			
33	0	* Médico			
33	0	* Otros (especificar)			
21.3 A cargo de: (excluyentes)					
SI	NO	* Radiólogo Especialista			
33	0	* Físico Nuclear			
33	0	* Médico			
33	0	* Otros (especificar)			
21.4 Cuenta con personal de Enfermería con capacitación específica					
SI	NO	* Radioterapia			
13	0	* Radioterapia			
SI	NO	* Radioterapia			
4	0	* Roentgenoterapia			
4	0	* Cobaltoterapia			
4	0	* Braquiterapia (Radium)			
4	0	* Braquiterapia (Cesium)			
4	0	* Otros (especificar)			
22. MEDICINA NUCLEAR					
SI	NO	* Servicio de Medicina Nuclear			
28	0	* Atención Inmediata al recién nacido			
14	0	* Servicio de Medicina Nuclear			
SI	NO	* Servicio de Medicina Nuclear			
28	0	* Atención Inmediata al recién nacido			
14	0	* Servicio de Medicina Nuclear			
22.1 Cuenta con: (excluyente)					
SI	NO	* Servicio de Medicina Nuclear			
28	0	* Atención Inmediata al recién nacido			
14	0	* Servicio de Medicina Nuclear			
22.2 Cuenta con servicio centralizado					
SI	NO	* Servicio de Medicina Nuclear			
28	0	* Atención Inmediata al recién nacido			
14	0	* Servicio de Medicina Nuclear			
22.3 A cargo de: (excluyentes)					
SI	NO	* Radiólogo Especialista			
20	0	* Médico			
33	0	* Otros (especificar)			
22.4 Cuenta con personal de Enfermería con capacitación específica					
SI	NO	* Radiólogo Especialista			
15	0	* Físico Nuclear			
9	0	* Médico			
SI	NO	* Radiólogo Especialista			
15	0	* Físico Nuclear			
9	0	* Médico			
22.5 Realiza los siguientes procedimientos					
18	0	* Scanning Óseo			
4	0	* Scanning de Viseras Sólidas			
2	0	* Gammagrafía			
0	0	* Dinámicas de percusión			
0	0	* Dinámicas de función			
0	0	* Tomografía funcionales y especiales			
0	0	* Otros (especificar)			

(10) Ambiente específicamente destinado a brindar atención a pacientes críticos a cargo de personal especializado al sector, incluye tecnología adecuada.

FICHA DE INFORMACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO :		IV. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS			
Marque con una X la respuesta correspondiente					
23. DIRECCIÓN	SI	NO	SI	NO	23.5 El procesamiento de datos se realiza: (excl)
23.1 Cuenta con director a tiempo completo	50	0	15	0	* Manual
23.2 Especializado en salud pública o Administración en salud	30	0	15	0	* Automatizado
23.3 Cuenta con comités de apoyo a la Dirección	15	0	SI	NO	* Mixto
23.4 Otros (especifique)	5	0			
24. ADMINISTRACIÓN	SI	NO	SI	NO	30. SERVICIOS GENERALES
24.1 Cuenta con Administrador	32	0	10	0	30.1 Tiene Unidad de Servicios Generales
24.2 Con capacitación específica (Técnico o administrador hospitalario)	20	0	SI	NO	30.2 A cargo de: (excluyentes)
24.3 Tiene personal exclusivamente dedicado a :	SI	NO			* Profesional
* Personal	6	0	5	0	* Técnico
* Logística (Abastecimiento)	6	0	5	0	* Otros (especifique)
* Costos	6	0	5	0	30.3 Designa PERSONAL exclusivamente a : (Incluye Contratación de Serv. a Terceros)
* Admisión	6	0	5	0	* Comunicaciones
* Estadística	6	0	5	0	* Transporte
* Información	6	0	5	0	* Limpieza
* Servicios generales	6	0	5	0	* Cocina
* Mantenimiento	6	0	5	0	* Lavandería y Iropería
					* Vigilancia
25. PERSONAL	SI	NO	SI	NO	30.4 Cuenta con :
25.1 Cuenta con Oficina de Personal	17	0	17	0	* Equipo de Radio
25.2 Cuenta con administración centralizada	17	0	17	0	* Teléfonos
25.3 A cargo de : (excluyente)	SI	NO			* Vehículos de uso múltiple
* Profesional	33	0	34	0	30.5 Ambulancia :
* Técnico	15	0	20	0	* Con administración centralizada
* Otros (especifique)	3	0	15	0	* Sin administración centralizada
25.4 Tiene personal designado exclusivamente a :	SI	NO			30.6 Lavandería (excluyente)
* Selección y registro de personal	11	0	8	0	* Manual
* Control de personal	11	0	8	0	* Semimecanizado
* Desarrollo de personal	11	0	SI	NO	* Automatizado
					* Contrato servicios externos
26. LOGÍSTICA	SI	NO	SI	NO	30.7 PERSONAL de aseo especialmente Destinado por áreas estériles
26.1 Cuenta con Oficina de Logística	14	0	8	0	
26.2 Centralizado	10	0	8	0	31. MANTENIMIENTO
26.3 Con administración centralizada	10	0	17	0	31.1 Cuenta con Unidad de Unidad de Mantenimie (Incluye Contratación de Serv. a Terceros)
26.4 A cargo de : (excluyente)	SI	NO			31.2 A cargo de: (excluyentes)
* Profesional	33	0	34	0	* Profesional
* Técnico	15	0	20	0	* Técnico
* Otros (especifique)	10	0	15	0	* Otro (especifique)
26.5 Designa personal exclusivamente a :	SI	NO			31.3 Realiza mantenimiento :
* Adquisiciones	11	0	10	0	* Correctivo
* Almacén	11	0	10	0	* Preventivo
* Inventarios	11	0			

FICHA DE INFORMACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO :

V. OTRAS ACTIVIDADES			
Marque con una X la respuesta correspondiente			
32. PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD			
- Existen programas de relación con la comunidad	SI	NO	SI
- Han realizado el diagnóstico de la comunidad	60	0	8
- Se identificaron grupos comunitarios	16	0	SI
- Utilizan medios masivos de comunicación	8	0	
- Ejecuta investigaciones sobre la comunidad.	6	0	
	10	0	
34.2 Tiene residencia en los servicios de :			
* Medicina interna			10
* Cirugía			10
* Pediatría			10
* Gineco Obstetricia			10
			SI
34.3 Otra capacitación de pregrado			
En los siguientes servicios: (especificar)			
	SI	NO	5
			5
			SI
34.4 Otra capacitación de postgrado			
En los siguientes servicios: (especificar)			
	SI	NO	5
			5
35. INVESTIGACIÓN			
35.1 Cuenta con Unidad de Investigación			
	SI		49
35.2 Realiza Investigación en: (no excluyente)			
* Clínica			17
* Epidemiología			17
* Operativa			17
34. DOCENCIA UNIVERSITARIA			
34.1 Tiene internado en las siguientes profesiones: (no se excluyen)			
* Medicina	SI	NO	
* Enfermería	8	0	
* Obstetricia	8	0	
33. DOCENCIA NO UNIVERSITARIA			
- Realiza entrenamiento en servicio al personal :			
* Médico	SI	NO	
* Paramédico	17	0	
* Administrativo	17	0	
	16	0	
	SI	NO	
- Realiza instrucción formal : (especificar área)			
	50	0	

FICHA DE INFORMACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:		POBLACION ASEGURADA:	
TIPO:			
II. SERVICIOS FINALES		805.00	120.00
1. CONSULTA EXTERNA		146.00	17.00
1.1 Cuenta con Consulta Externa	16.00	9.1 Cuenta con servicio de esterilización (Áreas menores de esterilización)	17.00
1.2 Es un servicio centralizado	16.00	9.2 Es un servicio centralizado	17.00
1.3 Cuenta con turno de médicos	14.00	9.3 Tipos de esterilización	33.00
1.4 Consulta Medicina General	37.00	9.4 Exclusividad del personal asignado al sector	53.00
1.5 Consulta Cirugía General	15.00		
1.6 Consulta Especialidades Quirúrgicas	18.00	10. ANESTESIOLOGÍA	128.00
1.7 Consulta Pediatría	7.00	10.1 Cuenta con servicio de anestesiología	17.00
1.8 Consulta Gineco Obstetricia	7.00	10.2 Es un servicio centralizado	17.00
1.9 Consulta Odontología	6.00	10.3 Profesional a cargo	62.00
1.10 Consulta Psicología	5.00	10.4 Tipos de anestesia	32.00
1.11 Consulta Obstetricia	5.00		
2. EMERGENCIA		154.00	130.00
2.1 Cuenta con servicio de emergencia/urgencia	19.00	11.1 Cuenta con servicio de farmacia	17.00
2.2 Es un servicio centralizado	12.00	11.2 Es un servicio centralizado	17.00
2.3 Cuenta con turno de médicos	24.00	11.3 Personal a cargo	63.00
2.4 Tipo de atención	24.00	11.4 Depósito	22.00
2.5 Horario de atención	51.00	11.5 Realiza Preparación	11.00
2.6 Cuenta con Servicios Auxiliares de diagnóstico y tratamiento	34.00		
3. HOSPITALIZACIÓN		105.00	146.00
3.1 Cuenta con servicio de hospitalización	32.00	12.1 Cuenta con servicio de Enfermería	33.00
3.2 Hospitalización de especialidades Quirúrgicas	14.00	12.2 Personal a cargo	42.00
3.3 Hospitalización de especialidades Quirúrgicas	14.00	12.3 Personal asignado a servicios	71.00
3.4 Hospitalización de especialidades Pediatricas	6.00		
3.5 Hospitalización de Gineco Obstetricia	4.00	13. REHABILITACIÓN	170.00
3.6 Personal asignado las 24 horas	15.00	13.1 Cuenta con servicio de rehabilitación	17.00
3.7 Cuenta con servicio Auxiliares de diagnóstico y tratamiento	20.00	13.2 Es un servicio centralizado	104.00
		13.3 Personal a cargo	32.00
		13.4 Tipo de procedimientos que se realiza	32.00
4. EPIDEMIOLOGÍA		100.00	155.00
4.1 Cuenta con Ambiente	15.00	14. SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	17.00
4.2 Personal a cargo	60.00	14.1 Cuenta con servicio de Diagnóstico por imágenes	17.00
4.3 Actividades que realiza	10.00	14.2 Es un servicio centralizado	17.00
4.4 Dedicación exclusiva	15.00	14.3 Tipos de exámenes que realiza:	35.00
		14.4 Personal a cargo	66.00
5. PROGRAMAS PREVENTIVO PROMOCIONALES		100.00	125.00
5.1 Realiza	48.00	15. LABORATORIO CLÍNICO	175.00
5.2 Realizaciones	20.00	15.1 Cuenta con servicio de Laboratorio	17.00
5.3 Dedicación oportuna de enfermedades	16.00	15.2 Es un servicio centralizado	17.00
5.4 Educación para la salud	24.00	15.3 Personal a cargo	58.00
		15.4 Tipo de actividades y exámenes que realiza	33.00
6. ATENCIÓN DOMICILIARIA		200.00	175.00
6.1 Realiza visitas a enfermos	200.00	16. SERVICIO DE TRANSFUSIONES Y BANCO DE SANGRE	175.00
		16.1 Cuenta con servicio de Transfusiones	50.00
		16.2 Personal a cargo	50.00
		16.3 Tipo de exámenes y preparaciones que realiza	20.00
		16.4 Preparación que realiza	20.00
7. CENTRO QUIRÚRGICO		105.00	110.00
7.1 Cuenta con Centro Quirúrgico/ para cirugía menor/día	22.00	17. ANATOMÍA PATOLÓGICA	110.00
7.2 Es un servicio centralizado	14.00	17.1 Cuenta con servicio de Anatomía Patológica	34.00
7.3 Ambientes especializados	20.00	17.2 Personal a cargo	44.00
7.4 Tipos de cirugía	20.00	17.3 Tipo de Procedimiento que realiza	32.00
7.5 Profesional a cargo	32.00		
III. SERVICIOS INTERMEDIOS		2,220.00	
7. CENTRO QUIRÚRGICO		105.00	
7.1 Cuenta con Centro Quirúrgico/ para cirugía menor/día	22.00		
7.2 Es un servicio centralizado	14.00		
7.3 Ambientes especializados	20.00		
7.4 Tipos de cirugía	20.00		
7.5 Profesional a cargo	32.00		
IV. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS		1,233.00	
23. DIRECCIÓN		100.00	
23.1 Dedicación horaria del Director	50.00		
23.2 Capacitación del Director	30.00		
23.3 Estancia de comités	20.00		
24. ADMINISTRACIÓN		100.00	
24.1 Cuenta con Administrador	32.00		
24.2 Capacitación específica del Administrador	20.00		
24.3 Dedicación exclusiva de personal a diferentes áreas administrativas	48.00		
25. PERSONAL		118.00	
25.1 Cuenta con Oficina de personal	17.00		
25.2 Cuenta con administración centralizada	17.00		
25.3 Personal a cargo	51.00		
25.4 Dedicación exclusiva de personal a algunas áreas	33.00		
26. LOGÍSTICA		125.00	
26.1 Cuenta con Oficina de Logística	14.00		
26.2 Centralizado	10.00		
26.3 Cuenta con Adm. centralizado	10.00		
26.4 Personal a cargo	58.00		
26.5 Dedicación exclusiva de personal a algunas áreas	33.00		
IV. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS		1,233.00	
21. RADIOLOGÍA		140.00	
21.1 Cuenta con servicio de Radioterapia	14.00		
21.2 Es un servicio centralizado	14.00		
21.3 Personal a cargo	93.00		
21.4 Tipo de Radiología	15.00		
21.5 Tipo de exámenes que realiza	29.00		
22. MEDICINA NUCLEAR		140.00	
22.1 Cuenta con servicio de Medicina Nuclear	24.00		
22.2 Es un servicio centralizado	8.00		
22.3 Personal a cargo	70.00		
22.4 Personal de Enfermería	28.00		
22.5 Tipo de exámenes que realiza	28.00		
IV. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS		1,233.00	
23. DIRECCIÓN		100.00	
23.1 Dedicación horaria del Director	50.00		
23.2 Capacitación del Director	30.00		
23.3 Estancia de comités	20.00		
24. ADMINISTRACIÓN		100.00	
24.1 Cuenta con Administrador	32.00		
24.2 Capacitación específica del Administrador	20.00		
24.3 Dedicación exclusiva de personal a diferentes áreas administrativas	48.00		
25. PERSONAL		118.00	
25.1 Cuenta con Oficina de personal	17.00		
25.2 Cuenta con administración centralizada	17.00		
25.3 Personal a cargo	51.00		
25.4 Dedicación exclusiva de personal a algunas áreas	33.00		
26. LOGÍSTICA		125.00	
26.1 Cuenta con Oficina de Logística	14.00		
26.2 Centralizado	10.00		
26.3 Cuenta con Adm. centralizado	10.00		
26.4 Personal a cargo	58.00		
26.5 Dedicación exclusiva de personal a algunas áreas	33.00		
IV. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS		1,233.00	
31. MANTENIMIENTO		100.00	
31.1 Cuenta con Unidad de mantenimiento	70.00		
31.2 Personal a cargo	28.00		
31.3 Tipos de mantenimiento que realiza	2.00		
IV. OTRAS ACTIVIDADES		100.00	
32. PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD		50.00	
32.1 Cuenta con Unidad de investigación	35.1		
32.2 Desarrato de investigaciones	35.2		
33. DOCENCIA NO UNIVERSITARIA		50.00	
34. DOCENCIA UNIVERSITARIA		50.00	
34.1 Internado en Profesiones de la Salud	34.1		
34.2 Residencia médica	34.2		
34.3 Otras capacitaciones	34.3		
35. INVESTIGACIÓN		50.00	
35.1 Cuenta con Unidad de investigación	35.1		
35.2 Desarrato de investigaciones	35.2		
RESUMEN			
SERVICIOS FINALES			
SERVICIOS INTERMEDIOS			
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS			
OTRAS ACTIVIDADES			
TOTAL			

Lima,

ANEXO 4: INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE SERVICIOS

Indicador es una variable susceptible de ser observada o cuantificada que permite medir o comparar el nivel o estado de una situación determinada.

Los indicadores deben reunir las siguientes características: calidad, disponibilidad, simplicidad, factibilidad, validez, confiabilidad, utilidad y especificidad.

Para la evaluación de servicios se clasifican en tres grandes grupos: Indicadores de Estructura, Indicadores de Proceso e Indicadores de Resultados.

I. DE ESTRUCTURA

A). Accesibilidad, es la posibilidad que tiene la población de recibir atención de salud en el hospital. Establece el grado de dificultad del usuario para relacionarse con los servicios que ofrece un determinado centro asistencial.

La accesibilidad está determinada por factores económicos, geográficos, culturales y organizativos, los cuales pueden facilitar o constituir obstáculos que limitan el uso de los servicios por la población necesitada:

Económicos, están en relación a la capacidad adquisitiva de la población respecto a las tarifas de los servicios y precios de los medicamentos; o en su defecto al costo-oportunidad de los pacientes. Su estudio requiere información y análisis sobre tarifas y costos de servicios, niveles de ingreso, de ocupación y desempleo de los usuarios y no usuarios.

Geográficos, referidos a la localización del hospital, el cual puede estar ubicado en un lugar al que es difícil llegar. En general, a mayor distancia del establecimiento menor será la accesibilidad. Su estudio requiere información y análisis de las distancias al establecimiento, tiempo de viaje, facilidades de transporte, lugar y procedencia o dirección de los usuarios.

Culturales, asociados a las actitudes y creencias de la población respecto a los servicios, al conocimiento sobre los servicios que se ofrecen y los trámites para atenderse; también a las actitudes del personal del hospital sobre las costumbres y creencias de la población. El grado de instrucción y el idioma constituyen factores de accesibilidad cultural.

Organizativos, vinculados a los horarios de atención y a la disponibilidad de profesionales de la salud y/o de ambientes para el funcionamiento de consultorios y otros servicios. Su estudio debe incluir el conocimiento de la organización del hospital, usuarios rechazados, tiempo de espera, turnos y horarios de atención.

Para evaluar la accesibilidad a los servicios es necesario realizar un estudio integral, identificando indicadores relacionados a cada uno de los factores señalados de manera periódica.

B). Disponibilidad, es la relación entre la cantidad de recursos con que cuenta un hospital y la población a la cual se están brindando servicios (población asignada). Evalúa si un servicio está siendo ofrecido a todos aquellos que puedan resultar beneficiados. Permite evaluar la equidad, pues se refiere a la existencia y distribución de recursos (humanos, físicos o financieros) para la atención de las necesidades de una población.

Al estudiar la disponibilidad es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

En una red de servicios los recursos pertenecen al conjunto de establecimientos que la conforman, por lo que la población de referencia se amplía al ámbito de cobertura de la red.

Las nuevas tecnologías producen equipos médicos móviles lo que facilita su disponibilidad y utilización en varios lugares. Además, la tecnología permite la transmisión de imágenes, voz e información médica a grandes distancias, permitiendo que los recursos especializados de otros países puedan emplearse en beneficio de pacientes nacionales.

El análisis posterior al cálculo de la disponibilidad, requiere establecer la interrelación entre los diversos tipos de recursos que se requieren para brindar un determinado servicio, ya que puede darse el caso de la existencia de un recurso físico y la ausencia del recurso humano para su funcionamiento.

En términos prácticos, si se cuenta con la información necesaria, se puede hacer cálculos de disponibilidad sobre la población de referencia de cualquier tipo de recurso.

$$\frac{\text{Cantidad de recursos existentes en un período} \times 1,000}{\text{Población de referencia a atender en el mismo período}}$$

C). Adecuación, es la relación entre los recursos humanos, físicos y financieros, y las necesidades reales de los usuarios. Para contar con la información sobre necesidades, es necesario que los hospitales elaboren estudios del perfil epidemiológico de la demanda, sobre la base de criterios o estándares de programación. La adecuación se puede estudiar desde diferentes puntos de vista:

Adecuación de volumen, establece la relación entre la existencia de determinados tipos de recursos y la necesidad de esos mismos recursos.

$$\frac{\text{Cantidad de recursos existentes según tipo en un período}}{\text{Cantidad de recursos necesarios según tipo en el mismo período}}$$

Adecuación de distribución, establece la relación entre la existencia de determinados tipos de recursos en los servicios o especialidades del hospital, y la necesidad de los mismos en dichos servicios o especialidades.

$$\frac{\text{Cantidad de recursos existentes según tipo por servicio o especialidad en un período}}{\text{Cantidad de recursos necesarios según tipo por servicio o especialidad en el mismo período}}$$

Adecuación de operación, se refiere a la capacidad de funcionamiento de los recursos. Está en relación al conjunto de recursos disponibles que no son utilizados por no estar operativos, por lo que no están en posibilidad de otorgar atención.

$$\frac{\text{Cantidad de recursos que no están funcionando según tipo en un período}}{\text{Cantidad de recursos necesarios según tipo el mismo período}}$$

II. DE PROCESO

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

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

Para lograr los objetivos de la atención sanitaria, los recursos en general deben cumplir determinadas funciones que se miden como actividades. Debe existir una relación directa entre la combinación de recursos (humanos, físicos y financieros) y las actividades para las cuales están destinados. Es decir, el resultado de la interacción particular de un conjunto de recursos se debe traducir en una actividad específica.

Las actividades de la red dan lugar a una serie de productos, como son las atenciones de consulta externa, de emergencia, egresos, intervenciones quirúrgicas, partos, exámenes de laboratorio, etc.

B). Uso

Intensidad de uso, es el promedio de servicios recibidos por cada usuario durante un período determinado.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de actividades realizadas según tipo por servicio o especialidad en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de usuarios sujetos de la actividad según tipo por servicio o especialidad en el mismo período}}$$

Extensión de uso, es la proporción de la población que hace uso de un servicio durante un período determinado. Se expresa en tasas que varían según el tamaño de la población de referencia.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios sujetos de determinada actividad según tipo por servicio o especialidad en un período} \times 1000}{\text{Población objetivo de la misma actividad según tipo por servicio o especialidad en el mismo período}}$$

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

$$\frac{\text{Cantidad de recursos utilizados según tipo por servicio o especialidad en un período}}{\text{Cantidad de recursos disponibles según tipo por servicio o servicio o especialidad en el mismo período}}$$

D). Productividad, es el número de actividades o servicios alcanzados (productos) con relación a los recursos disponibles, por unidad de tiempo.

$$\frac{\text{Cantidad de servicios alcanzados según tipo por servicio o especialidad en un período}}{\text{Cantidad de recursos disponibles según tipo por servicio o servicio o especialidad en el mismo período}}$$

E). Rendimiento, es el número de productos alcanzados (o actividades realizadas) por unidad de recurso utilizado.

El rendimiento es semejante a la productividad, pues en ambos casos el numerador es el número de actividades o servicios realizados, pero mientras en la productividad el denominador es el recurso disponible, en el rendimiento es el recurso utilizado. Por eso, cuando la utilización de un recurso es 100%, el rendimiento coincide con la productividad.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de actividades realizadas según tipo por servicio o especialidad en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de usuarios sujetos de la actividad según tipo por servicio o especialidad en el mismo período}}$$

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

La OPS define la calidad como la combinación de los siguientes aspectos:

Alto nivel de excelencia profesional.

Uso eficiente de los recursos.

Mínimo riesgo para el paciente.

Alto grado de satisfacción de los pacientes.

Impacto final en la salud de la población.

La calidad técnica se puede definir en base a tres variables: la integralidad, referida a satisfacer todas las necesidades de los pacientes e incluso superar sus expectativas; el contenido, relacionado a la calidad del personal asistencial, lo que incluye la información al paciente sobre la existencia de procedimientos y regímenes terapéuticos modernos, acordes a la patología por la que consulta, y al desarrollo de las habilidades y destrezas de los profesionales para realizar actos médico quirúrgicos adecuadamente; y, la oportunidad, asociada a la capacidad de un servicio de salud para intervenir con sus acciones en el momento en que el paciente lo necesita.

III. DE RESULTADO

La evaluación de los resultados corresponde a los cambios en el estado de salud de las personas, que se pueden atribuir a la atención médica que brinda el hospital; mientras que la evaluación del impacto tiene un sentido más amplio, ya que si bien incluye los cambios en el estado de salud de la comunidad, no necesariamente pueden atribuirse únicamente a las acciones que realizan los servicios hospitalarios.

A). Cobertura, es la proporción de personas con necesidades de servicios de salud que reciben atención para tales necesidades. La cobertura indica si el servicio de salud está llegando a la población que realmente lo necesita. Para determinar la magnitud de la población necesitada, es condición realizar un estudio sobre necesidades y demanda.

$$\frac{\text{Nº de personas que utilizan un servicio en un período}}{\text{Nº de personas que necesitan el mismo servicio en el mismo período}}$$

Es indispensable definir criterios para establecer la población de referencia sobre la base de datos demográficos actualizados, ya que en la práctica es frecuente encontrar resultados de cobertura mayores al 100% o muy bajos, debido a que las metas que se espera alcanzar están programadas tomando en cuenta poblaciones subestimadas o sobre-estimadas.

B). Eficacia, se define como el beneficio o utilidad que obtienen los pacientes debido a los servicios, tratamientos, medidas preventivas o de control, referidas al logro de objetivos o metas del servicio sobre los usuarios del mismo. Considera la modificación en la salud de los pacientes con relación a la calidad de las actividades realizadas

Permite determinar porcentualmente el grado de cumplimiento de una meta en un tiempo determinado. Como se mide en términos del resultado deseable o del propio objetivo del servicio, para cuantificar la eficacia es condición definir con claridad los resultados que se espera obtener.

$$\frac{\text{Objetivo o meta alcanzada en un período} \times 100}{\text{Objetivo o meta programada en el mismo período}}$$

C). Eficiencia, mide el logro del objetivo del servicio sobre la población usuaria del mismo con el menor número de recursos. Es la relación entre los efectos de un servicio de salud y los recursos e insumos utilizados para producir dicho servicio. Es decir, determina la más adecuada y económica utilización de los recursos para obtener los mejores resultados de la atención. Establece la relación óptima entre recursos utilizados y resultados alcanzados.

$$\frac{\text{Gasto global de un servicio en un período}}{\text{N° de unidades del servicio en el mismo periodo}}$$

D). Efectividad, mide el logro del objetivo o meta del servicio a nivel de la población, es decir, el impacto como producto de un proceso. Usualmente se expresa en tasas que sirven para ser comparadas entre uno o varios períodos (tasa de mortalidad, tasa de morbilidad, tasa de incidencia, tasa de prevalencia, etc.).

Para que un servicio sea efectivo debe ser eficaz (lograr el objetivo en los usuarios) y tener la cobertura adecuada (llegar a las personas con la necesidad). La evaluación de la efectividad de un servicio, implica conocer la situación previa y posterior a las acciones.

ANEXO 5: INSTRUCCIONES BÁSICAS PARA USO DE HOJA ELECTRÓNICA QUE AYUDA A REALIZAR PRIORIZACIÓN

La Hoja Electrónica “Modelo prioriza Prog y Serv.XLS” ha sido elaborada en EXCEL, versión Microsoft Office 2000. Este archivo tiene algunas áreas en las cuales se pueden realizar cambios, y otras en las que no, debido a la presencia de fórmulas internas. Las áreas que permiten cambios están sombreadas con color distinto de blanco. Además, las distintas secciones del archivo han sido bloqueadas, de tal forma que sólo se podrá realizar cambios en las áreas permitidas, evitando así posibles accidentes de digitación. El archivo consta de una sola hoja, la cual contiene las cuatro secciones siguientes (ver en la figura adjunta):

PLANTILLA DE PRIORIZACIÓN DE ANÁLISIS DE PROGRAMAS Y SERVICIOS

A. COPIADO DE RESULTADOS DE INDICADORES TRAZADORES SELECCIONADOS

PROVINCIA	DISTRITO	POBLACION	PONDERADOR POBLACIONAL	Indicadores trazadores que a MAYOR valor, MAYOR riesgo				Indicadores trazadores que a MAYOR valor, MENOR riesgo		
				Ind 1	Ind 2	...	Ind 12	Ind A	...	Ind D
PONDERADOR TÉCNICO				0	0	0	0	0	0	0
Prov A	Dist A1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Prov A	Dist A2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
....	....	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Prov F	Dist F6	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	Valor Menor	0		0	0	0	0	0	0	0
	Valor Mayor	0		0	0	0	0	0	0	0
	Amplitud	0		0	0	0	0	0	0	0
	Amplitud clase	0		0	0	0	0	0	0	0
	Clase 1	0		0	0	0	0	0	0	0
4 1	Clase 2	0		0	0	0	0	0	0	0
3 2		0		0	0	0	0	0	0	0
2 3	Clase 3	0		0	0	0	0	0	0	0
1 4		0		0	0	0	0	0	0	0
	Clase 4	0		0	0	0	0	0	0	0

B. AREA DE TRANSFORMACIÓN DE ESCALA

PROVINCIA	DISTRITO	Ind 1	Ind 2	...	Ind 12	Ind A	...	Ind D
Prov A	Dist A1	1	1	1	1	4	4	4
Prov A	Dist A2	1	1	1	1	4	4	4
....	....	1	1	1	1	4	4	4
Prov F	Dist F6	1	1	1	1	4	4	4

C. AREA DE ESTIMACIÓN PONDERADA

PROVINCIA	DISTRITO	SUMA TOTAL	Ind 1	Ind 2	...	Ind 12	Ind A	...	Ind D
Prov A	Dist A1	0	0	0	0	0	0	0	0
Prov A	Dist A2	0	0	0	0	0	0	0	0
....	....	0	0	0	0	0	0	0	0
Prov F	Dist F6	0	0	0	0	0	0	0	0

D. AREA PARA ORDENAR ESTIMACIÓN PONDERADA

PROVINCIA	DISTRITO	SUMA TOTAL
Prov A	Dist A1	0
Prov A	Dist A2	0
....	....	0
Prov F	Dist F6	0

- ❑ Sección superior, “A. Área de copiado de resultados de indicadores trazadores seleccionados”, donde se transcriben los valores de los indicadores seleccionados como trazadores (área verde). Esta área tiene dos partes: una donde se ubican indicadores que tienen una relación directamente proporcional con el riesgo, es decir a mayor valor mayor riesgo y viceversa; y otra de indicadores que tienen una relación inversa, es decir a mayor valor menor riesgo y viceversa. También se debe incluir el listado de las unidades poblacionales que se encuentran en sombra de color plomo con sus respectivas poblaciones (área naranja). Finalmente, existe una primera línea, sombreada en amarillo, donde se debe anotar los valores de los ponderadores que se asignarían a cada indicador trazador.
- ❑ Sección intermedia superior, “B. Área de transformación de escala”, donde se realizan los cálculos automáticos de transformación de escalas de los respectivos indicadores trazadores. En esta sección no se realiza ninguna modificación.
- ❑ Sección intermedia inferior, “C. Área de estimación ponderada”, donde se realizan los cálculos ponderados de los valores nominales de los indicadores, considerando los ponderadores del tamaño poblacional y de la importancia relativa de cada indicador trazador.
- ❑ Sección inferior, “D. Área para ordenar la estimación ponderada”, en donde se establecen las prioridades geográficas, en base al ordenamiento de los valores obtenidos en la sección intermedia inferior.

Esta hoja debe emplearse como una plantilla, la cual debe ser adaptada a cada DISA para poder ser utilizada cotidianamente. Recuerde que los cambios que se van a realizar, básicamente se encuentran en la sección superior. Los pasos a seguir son los siguientes:

- ❑ En la sección “A. Área de copiado de resultados de indicadores trazadores seleccionados” se van a transcribir, en el área verde, los datos obtenidos para cada uno de los indicadores escogidos como trazadores, señalando sus respectivos nombres en el encabezado de cada columna. Asegúrese también la copia de los nombres de las unidades poblacionales (área plomo) y del ponderador que se le va a asignar a cada indicador trazador (área amarilla).
- ❑ En la sección “D. Área para ordenar la estimación ponderada”, copie los resultados que han sido calculados automáticamente en la sección intermedia inferior, “C. Área de estimación ponderada”, y que se encuentran en la columna denominada “Suma Total”. Copiar estos valores en el área de color rosado de la sección inferior. A continuación

extender el cursor para sombrear toda esta sección, sin considerar el título de la sección ni líneas en blanco. Finalmente, con la opción Ordenar de la opción Datos del menú principal de Excel, ordenar en forma descendente tomando en cuenta el campo correspondiente a la columna “Suma Total” de esta sección.

- Asegúrese de eliminar todas las filas que no contienen datos de la DISA. Recuerde que al ser una plantilla, se ha considerado un número excesivo de filas, de manera que pueda servir para todo tipo de procesamiento. Al eliminar las filas restantes se va a poder leer fácilmente los resultados.

NOTA IMPORTANTE: Existen situaciones en las que no se deseará utilizar el ponderador poblacional, en ese caso desproteger las celdas respectivas ubicadas en la sección superior “A. Área de copiado de resultados de indicadores trazadores seleccionados” y escribir 1 en esas celdas, así la población no influirá en los cálculos. Para desproteger las celdas se usa la opción herramientas/proteger/deproteger hoja del menú principal de Excel.