

Indicadores de producción del Hospital José Carrasco Arteaga

Fabián Romero Flores¹, José Pazmiño P², Adriana Bravo A²

Hospital José Carrasco Arteaga. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Cuenca-Ecuador

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los indicadores de producción Hospitalaria tienen utilidad para planificación de los servicios de salud. El objetivo del presente trabajo fue determinar los principales indicadores de producción del Hospital José Carrasco Arteaga del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en Cuenca Ecuador.

MÉTODOS: se compilaron los indicadores de producción generados en el Hospital José Carrasco Arteaga, desde el año 2005 hasta el 2013. Los indicadores fueron: Número total de consultas externas atendidas en el año, concentración de consultas, consultas por hora, recetas por consulta, promedio diario de consultas externas, total de consultas de emergencia, promedio diario de consultas en urgencias, promedio de atenciones de odontología por hora, restauración por extracción, promedio diario de cirugías, promedio de días de estada por egreso, giro de cama, porcentaje de ocupación de cama e intervalo de giro de cama.

RESULTADOS: Número total de consultas externas atendidas en el año 2005 fue de 11998 en el año 2013 de 265727 casos. La concentración de consultas en el año 2005 fue de 1.72 y en el año 2013 de 2.89. El promedio diario de consultas externas en el 2005 fue de 447 y en el año 2013 de 1038 casos. El promedio diario de cirugías en el año 2005 fue de 10.35 y en el año 2013 de 38.95. El porcentaje de ocupación de cama en el año 2005 fue de 68.36% y en año 2013 de 82.13%.

CONCLUSIONES: De acuerdo a las líneas de tendencia que se presentan en cada uno de los indicadores que se han analizado, se determina el incesante crecimiento que existe en cuanto a la demanda de servicios que se genera con el aumento del número de afiliados, jubilados y derecho habientes que tiene el IESS, lo que obliga al aumento también de la oferta que realiza la Institución a fin de satisfacer las necesidades de los usuarios.

DESCRIPTORES DeCS: Indicadores de Salud, índices, hospitalización.

ABSTRACT

PRODUCTION INDICATORS OF "JOSÉ CARRASCO ARTEAGA" HOSPITAL, ECUADORIAN INSTITUTE OF SOCIAL SECURITY- CUENCA-ECUADOR.

INTRODUCTION: Hospital output indicators are useful for planning health services. The aim of this study was to determine the main output indicators at Carrasco José Arteaga Hospital of the Ecuadorian Institute of Social Security in Cuenca Ecuador.

METHODS: Output indicators generated at José Carrasco Arteaga Hospital were compiled from 2005 through 2013. The indicators were the following: total outpatients treated per year, concentrations of queries, queries per hour, prescriptions per visit, average daily outpatient visits, total emergency visits, average daily emergency room visits, average daily consultations emergencies, average hourly dental care, daily average of restoration extraction surgeries, average days until discharge per hospital stay, bed turnover rate, bed occupancy percentage, and bed turnover interval.

RESULTS: Total number of outpatients treated in 2005 was 11998. In 2013 the total number of cases was 265727. The concentration of consultations in 2005 was 1.72 and in 2013 was 2.89. Average daily outpatient visits in 2005 were 447 and in 2013 1038 cases. There were 10.35 average daily surgeries in 2005 and 38.95 in 2013. The bed occupancy rate in 2005 was 68.36% and 82.13% in 2013.

CONCLUSIONS: According to the trend lines presented by each of the indicators used, the incessant growth that exists is determined in terms of service demand generated by the increasing number of members, retirees and right holders having social security, which also requires increased supply by the Institution to meet the needs of users.

KEYWORDS: Health Indicators, indexes, hospitalization.

¹ Médico Tratante. Hospital José Carrasco Arteaga. Profesor de Epidemiología Universidad de Cuenca. Cuenca-Ecuador.

² Médico Residente asistencial. Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca-Ecuador.

CORRESPONDENCIA:

Fabián Romero
Email: fromero@iess.gob.ec

Hospital José Carrasco A. IESS. Rayoloma entre Popayán y Pacto Andino. Cuenca, Ecuador. Código Postal 010203.

Teléfono: [593] 072 861 500

Fecha de recepción: 30/12/2013
Fecha de aceptación: 03/02/2014

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Rev Med HJCA 2014; 6(1): 62-67.
doi:10.14410/2014.6.1.013.

INTRODUCCIÓN

El uso de los servicios de urgencias, consulta externa y odontología se han incrementado notablemente en los últimos años principalmente en los países desarrollados [1,2]. Dicha situación obliga a realizar inversiones importantes para poder cubrir este aumento alarmante, con la conformación de unidades de atención ambulatoria en las diferentes zonas de afluencia [3]. La gestión hospitalaria es una función vital para mejorar la atención de los usuarios [4-7]. Por ejemplo en Hospitales de Venezuela todas las áreas del Hospital Dr. Lino Arévalo están diseñadas para solventar el incremento en la atención de pacientes que acuden a este establecimiento de aproximadamente 7 municipios [2,4]. En países desarrollados se observó un incremento entre el 4-5% de pacientes que acuden a consulta, del mismo modo se observó una disminución de los pacientes que requieren ser ingresados [7]. Un parámetro muy importante en la atención de los pacientes es la calidad de atención que reciben debido a que la opinión de ellos tiene un gran impacto, tanto en las áreas de atención como del personal que las atiende [4]. En Centro América la resolución no está dada solo por la afluencia de pacientes sino también por el afán de reducir las desigualdades sociales [4]. En algunos países de Centro América no posee un sistema integrado para la acumulación de información sobre el tipo de atención que recibieron los diferentes usuarios, haciendo énfasis en el cometido, cumplimiento y desempeño de dichas necesidades [4,5,8]. Esto conlleva que para mejorar la atención de los usuarios se debería brindar una mayor vigilancia a las necesidades y demandas de estos, y también el mejoramiento de la infraestructura de estos hospitales [9-12]. Estos estudios permiten definir las necesidades de los usuarios a un bajo costo, obteniendo información acerca del tipo de servicio y que necesidades requieren ser cubiertas [13-15]. Con lo que se intenta formar protocolos en los cuales el tiempo de espera para que un

paciente sea atendido fuese lo menor posible ya que cada minuto que el usuario emplea en ser atendido genera pérdidas para la economía de su país [5,8,12,16-18]. La gente de escasos recursos es la más involucrada en este tipo de atención lenta y desfavorable ya que la cantidad de dinero que ellos poseen pugnan con gastos básicos como víveres, vivienda, transporte y educación [5,8,10,18]. Hay que tener en cuenta que equivocaciones en el manejo de los pacientes involucran un aumento de su estancia hospitalaria y alteración en su pronóstico que esta a su vez se encuentra influido indirectamente por los equipos multi- disciplinarios que entran en contacto con los usuarios de los diferentes servicios [12-17]. Otros factores que influyen en el pronóstico y días de estancia deben ser los factores dependientes del paciente y los no dependientes del paciente [15,16]. Estos elementos son indexados al tipo de patógeno que a su vez tiene 3 factores "1) Agente infeccioso que pueden ir desde simple colonización hasta infección masiva que pueden poner en peligro la vida del paciente, 2) La susceptibilidad del huésped en lo cual hay que tener en cuenta la edad, el sexo, el nivel de educación, la ocupación, la clase social y la actividad laboral que realiza y 3) El medio ambiente." [16,18]. Algunos países tienen formado un comité de ejecución como lo es" en Canadá: Indicateurs comparables de la santé, el Reino Unido: Key Statistics NHS, La Comisión Europea DG SANCO, en Mexico: las Encuestas Nacionales de Salud (ENSA), la Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud y la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), en España: El Registro de Altas Hospitalarias (CMBD) [4,8,13]. A su vez la Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establecieron las líneas maestras para el desarrollo del El Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud SI-SNS [8], de los cuales los indicadores de producción se detallan en el presente trabajo.

MATERIALES Y MÉTODOS

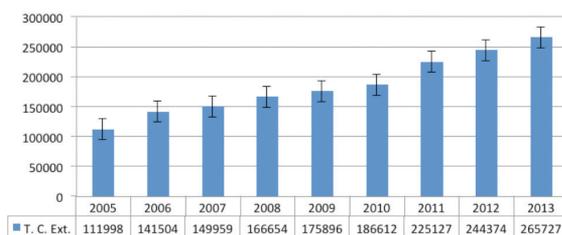
El presente estudio es observacional-de prevalencia. Se realizó un análisis retrospectivo de los indicadores de producción del Hospital José Carrasco Arteaga para realizar un estudio comparativo de los valores alcanzados en cada uno de los años desde el año 2005 al 2013. Se utilizó los siguientes indicadores: número total de consultas externas por año, concentración de consultas, consultas por hora, recetas por consulta, promedio diario de consultas externas, total de consultas en urgencias, promedio diario de consultas en urgencias,

promedio de atenciones de odontología por hora, restauración por extracción, promedio diario de cirugías, promedio de días de estada por egreso, giro de cama, porcentaje de ocupación de cama, intervalo de giro de cama. En cada uno de los indicadores se hace constar su definición, su fórmula de cálculo, el valor referencial, la interpretación del indicador y su utilidad en la gestión hospitalaria, a continuación consta un cuadro que demuestra en forma objetiva la variación que se ha dado y seguidamente una ligera explicación de lo sucedido.

RESULTADOS

NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS EXTERNAS POR AÑO

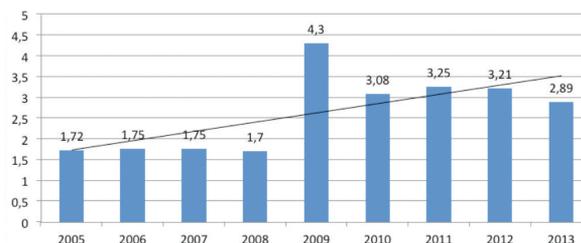
INDICADOR	FORMULA	REF.	INTERPRETACIÓN	UTILIDAD
Número total de Consultas realizadas	Número total de consultas externas atendidas en el año.		Es el número total de consultas que se atienden en el año	Optimizar y programar la producción de C.E.



El incremento del número de consultas externas del año 2005 al 2006 fue de +26%, para el año 2006 al 2007 fue de +5.9% para el período 2007-8 fue de +11%, para el período 2008-9 fue de +5.6%, para el período 2009-10 fue de +6.09%, para el período 2010-11 fue de +20.6%, para el período 2011-12 fue de +8.6%, para el período 2012-13 fue de +8.7%. En promedio el incremento en los últimos 9 años el incremento es de 11%.

CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS

INDICADOR	FORMULA	REF.	INTERPRETACIÓN	UTILIDAD
Concentración de consultas	Total de consultas primeras + subsecuentes / total de primeras consultas	2	El médico realiza un promedio de 2 consultas para tratar una determinada enfermedad	Medir la eficacia de las atenciones para curar una determinada enfermedad



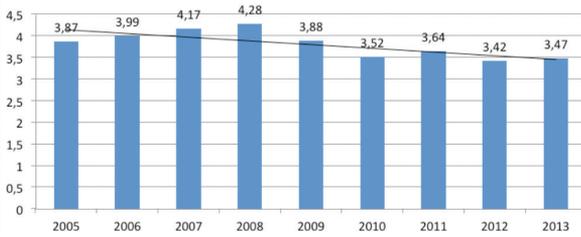
Se aprecia la curva de tendencia que se está generando cuando analizamos la variación que existe de este indicador que está en alza con el paso de los años. La explicación de una concentración con estos valores hace ver el tipo de consulta eminentemente de segundo y primer nivel de atención que se está otorgando a los pacientes, al tener muchos afiliados que acuden cada mes a recibir atención médica para problemas crónicos y degenerativos, a los que no se los puede curar la patología y en el concentrado anual aparecen promedios que desdican de una atención de tercer nivel.

Consideramos que con el nuevo sistema que se está implantando con atención de pacientes en el primer nivel, esta tendencia revertirá y nos acercaremos hacia los valores referenciales.

Existe un valor atípico en el año 2009, cuando se inició el registro en el sistema AS400, considerándose que el mismo se ha producido por el cambio de modalidad en la que aún no existía la experiencia necesaria al momento de manejar el sistema.

CONSULTAS POR HORA

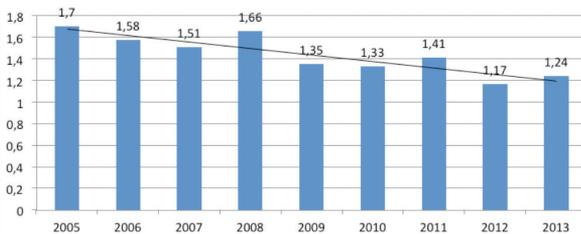
INDICADOR	FORMULA	REF.	INTERPRETACIÓN	UTILIDAD
Promedio de consultas por hora médico	Total de consultas / Total de horas médico trabajadas	4	El médico proporciona 4 consultas por hora laborada	Evaluar el rendimiento por hora del trabajo del médico



De acuerdo a valores referenciales el médico proporciona 4 consultas por hora a sus pacientes, observándose que en el HJCA se han obtenido valores que en años precedentes bordeaban esta cifra e inclusive la han superado, sin embargo la curva de tendencia está orientada hacia la baja.

RECETAS POR CONSULTA

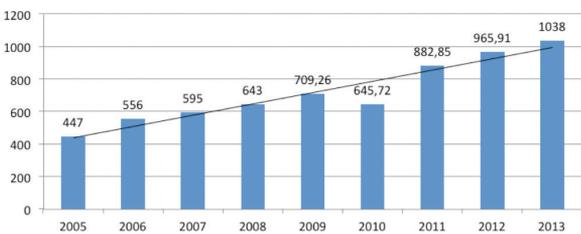
INDICADOR	FORMULA	REF.	INTERPRETACIÓN	UTILIDAD
Promedio de recetas despachadas por Cons. Ext.	Número de recetas despachadas en Consulta Ext. / Número de Consultas	2	Por cada consulta el paciente recibe dos recetas en promedio	Programar y evaluar la prescripción de recetas



Los datos registrados en cuanto a la prescripción de recetas hacia la farmacia hacen ver una eficiencia en cuanto a la labor del médico, pues conforme a los datos que se dan a conocer, el promedio está por debajo del valor referencial.

PROMEDIO DIARIO DE CONSULTAS EXTERNAS

INDICADOR	FORMULA	REF.	INTERPRETACIÓN	UTILIDAD
Promedio diario de Consultas	Número total de consultas / Número de días laborados		Es el número de Consultas diarias que en promedio se atiende	Optimizar la producción diaria de Consultas Ext. durante los días hábiles

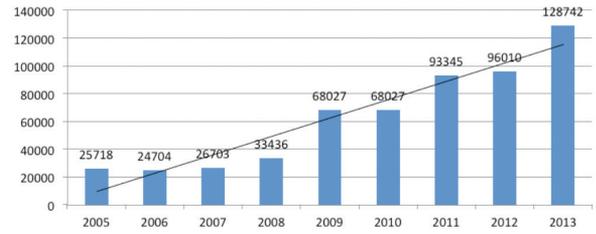


La tendencia que se obtiene indica el crecimiento que se ha dado en cuanto a la atención médica de los afiliados y derecho habientes, de hecho, la gran demanda que siempre ha existido ha logrado

que se amplíe la oferta con contratación de un mayor número de médicos especialistas en las diferentes ramas, lo que explica el gran crecimiento del número de pacientes atendidos, se han ampliado los horarios de atención, lo que permite una más cómoda asistencia de los pacientes al hospital, todo lo cual ha llevado a que en el año 2013 se hayan llegado a atender más de 1.000 pacientes cada día.

TOTAL DE CONSULTAS EN EMERGENCIA

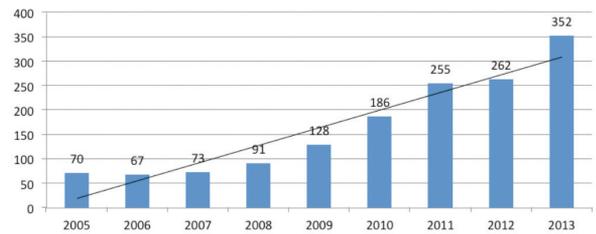
INDICADOR	FORMULA	REF.	INTERPRETACIÓN	UTILIDAD
Número total de Consultas atendidas en Urgencias	Número total de Consultas atendidas en Urgencias en el año		Es el número total de Consultas que se atienden en Urgencias en el año	Optimizar y programar la atención



De igual forma que el número total de consultas externas, el número de consultas en emergencia ha crecido en forma constante, llegándose a bordear las 130.000 consultas en el año 2013.

PROMEDIO DIARIO DE CONSULTAS EN URGENCIAS

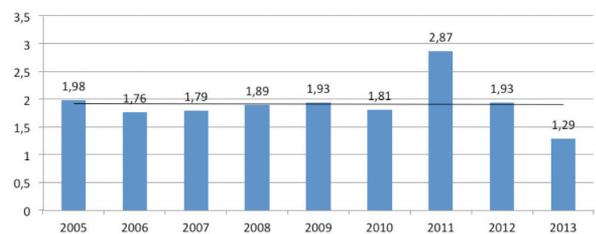
INDICADOR	FORMULA	REF.	INTERPRETACIÓN	UTILIDAD
Promedio diario de consultas en Urgencias	Número total de consultas en urgencias atendidas en el año / Número de días laborados.		Es el número de consultas que en promedio se atienden cada día en Urgencias	Optimizar y programar la atención en Urgencias



Las cifras que se encuentran son elocuentes en la tendencia que se ha generado en cuanto al servicio de Urgencias, notándose una inflexión muy pronunciada a partir del año 2010 y con un crecimiento marcado en los años siguientes.

PROMEDIO DE ATENCIONES DE ODONTOLOGÍA POR HORA

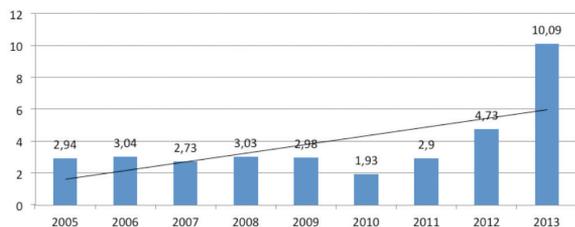
INDICADOR	FORMULA	REF.	INTERPRETACIÓN	UTILIDAD
Promedio de atenciones de Odontología por hora	Total de atenciones en Odontología / Total de horas trabajadas	2	Por hora el Odontólogo realiza dos atenciones	Evaluar y racionalizar el rendimiento del Odontólogo



La producción que se ha obtenido en el servicio de Odontología ha seguido un patrón aproximadamente horizontal, apegado a estándares internacionales, que indican como una producción normal la de dos pacientes por hora.

RESTAURACIÓN POR EXTRACCIÓN

INDICADOR	FORMULA	REF.	INTERPRETACIÓN	UTILIDAD
Restauraciones por extracciones	Número total restauraciones / número total de extracciones	8	Por cada 8 restauraciones se realiza una extracción	Determinar la salud oral de la población afiliada



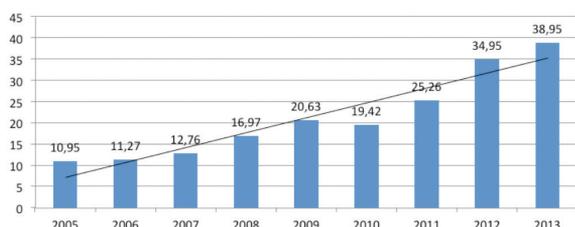
Un indicador sumamente importante a fin de evaluar las condiciones de salud oral de la población afiliada, en el que se demuestra la preocupación de la población, pero sobre todo el tipo de atención odontológica que se efectúa, el valor referencial indica que en la consulta se efectúen 8 restauraciones de piezas dentarias afectas por cada una de las piezas que se extraen.

En nuestra producción se encuentran indicadores que si bien a lo largo del tiempo están con tendencia al alza, sin embargo aún están distantes de dicho valor referencial.

Las condiciones de atención médica que hasta hace poco tiempo se la efectuaba casi exclusivamente a personas en edad adulta han incidido en este tipo de producción, ya que por motivos propios de la edad, las piezas dentarias han sufrido deterioros que ha imposibilitado la restauración de esas piezas, sin embargo con la nueva legislación y con el control de los menores de 18 años, la corrección de piezas dentarias se ve aumentada.

PROMEDIO DIARIO DE CIRUGÍAS

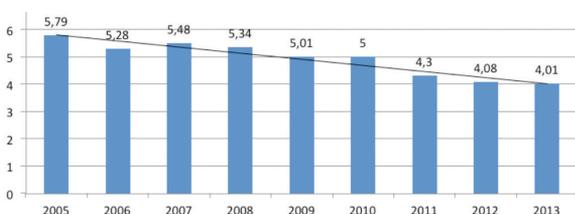
INDICADOR	FORMULA	REF.	INTERPRETACIÓN	UTILIDAD
Promedio diario de intervenciones quirúrgicas	Número de intervenciones quirúrgicas / número de días laborables		Determina el número de intervenciones quirúrgicas por día	Programar el uso de quirófanos según demanda



El presente cuadro indica la tendencia que se está manteniendo con relación al número de cirugías que se realizan en el HJCA, el crecimiento es permanente, motivado por el incremento del número de afiliados con los que actualmente cuenta el IESS, la oferta de servicios que se ha hecho desde nuestro centro hospitalario, el incremento del número de cirujanos, el equipamiento que se ha realizado, todo lo cual influye en la conformación del presente cuadro.

PROMEDIO DE DIAS DE ESTADA POR EGRESO

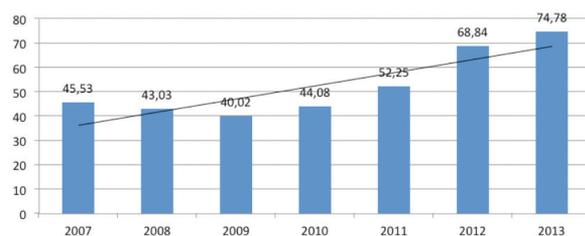
INDICADOR	FORMULA	REF.	INTERPRETACIÓN	UTILIDAD
Promedio de estada por egreso	Total de días de estada / total de egresos	7	Cada paciente en promedio permanece 7 días hospitalizado	Racionalizar la permanencia del paciente.



Las condiciones actuales con los modernos métodos de diagnóstico, el equipamiento para un adecuado control de las patologías que se presenta, así como la agilidad que se está dando con los modernos medios de envío de datos, hace que se haya podido disminuir y de una manera permanente este promedio, lo que hace ver la agudeza clínica de los profesionales, los éxitos en los tratamientos aplicados, logran disminuir el valor referencial, con lo que el paciente se ve mejor atendido, oportunamente diagnosticado y más tempranamente vuelto a su familia.

GIRO DE CAMA

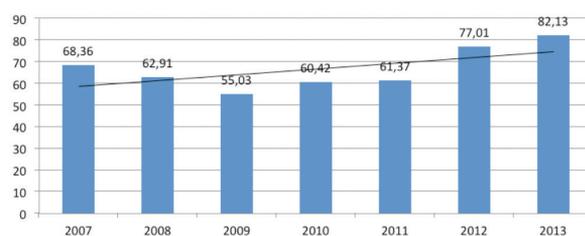
INDICADOR	FORMULA	REF.	INTERPRETACIÓN	UTILIDAD
Giro de cama o rendimiento	Número de egresos / número de camas disponibles	46	Indica que cada cama en promedio es ocupada 46 veces en el año	Racionalizar el uso de la cama hospitalaria para programar ingresos



Las condiciones actuales de demanda de servicios hospitalarios y la oferta que se presenta con la capacidad instalada, han elevado al indicador por encima de valores referenciales, esto está influido por la mayor agilidad en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes como se dijo anteriormente, lo que permite que se otorgue el alta a los mismos de una manera más temprana, dejando en este caso la cama libre a fin de que pueda ser utilizada por un nuevo paciente, de tal suerte que se ha llegado en el año 2012 a tener un giro de cama de 68, lo que indica que la misma cama en el año ha sido utilizada por 68 pacientes distintos.

PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMA

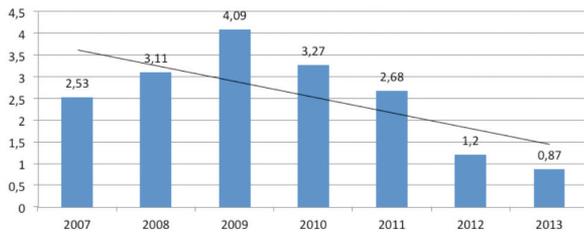
INDICADOR	FORMULA	REF.	INTERPRETACIÓN	UTILIDAD
Grado de uso o porcentaje de ocupación de cama	Número total de días de estada x 100 / Número total de días cama disponible	85 %	Determina que de cada 100 camas están ocupadas las 85	Racionalizar el uso de la cama hospitalaria para programar ingresos



El porcentaje de ocupación de cama es otro de los indicadores que en los últimos años experimenta un crecimiento que se ha mantenido, de tal suerte que se acerca a los límites de valores referenciales, considerándose que en el presente año lo más probable es que se lo va a superar, debido al incremento del número de pacientes.

INTERVALO DE GIRO DE CAMA

INDICADOR	FORMULA	REF.	INTERPRETACIÓN	UTILIDAD
Intervalo de giro	Días cama disponible - días de estada / Número de egresos	0.5	Señala que una cama en promedio permanece desocupada medio día	Determinar la utilización de la cama caliente para su racionalización



DISCUSIÓN

Es menester indicar que los datos que se analizan corresponden a la producción desde el año 2005 hasta la fecha; la producción anterior a ese año se la procesaba en forma manual, lo que hace considerar la posibilidad de errores en el levantamiento, así como los sesgos por pérdida de documentación que se ha dado. Es a partir del año 2005 en que se inició la recopilación de la producción en hoja electrónica, lo que otorga un mayor margen de seguridad en la veracidad de los estadígrafos, sin embargo siempre existirá la posibilidad del error humano, tanto en la consignación de los datos como en su tabulación. La forma de asentamiento de los datos de registro de las consultas que se han realizado ha variado en el transcurrir del tiempo, pues hasta el año 2009 se lo venía realizando en forma manual, cuando el médico utilizaba el “parte diario” para registrar los datos estadísticos que se lo solicitaba, esto es: número de historia clínica, primeras consultas en el año, tipo de beneficiario, sexo, grupos de edad, consultas primeras o subsecuentes, interconsultas atendidas o solicitadas, órdenes emitidas, número de recetas, número de días de reposo, orden de hospitalización, alta médica. A partir de 2009, ya no se llena el parte diario de consulta externa, todos los datos son registrados en forma automática por el Sistema AS400 desde donde se los obtiene para realizar el análisis. Las Estadísticas Hospitalarias facilitan información referente a los pacientes egresados de un establecimiento de salud con internación hospitalaria; esta ayuda a los hospitales a obtener información que permite estar al tanto de datos sobre las enfermedades tratadas a nivel institucional. Proporciona además información relacionada con la dotación de Camas Hospitalarias y su utilización [14]. La investigación de las Estadísticas Hospitalarias, tiene como objetivos principales:

- Producir información estadística, sobre morbilidad hospitalaria, que permita conocer el estado de salud de la población.
- Establecer la incidencia de las enfermedades tratadas en los hospitales.
- Suministrar indicadores necesarios, para la producción y evaluación de los programas de salud.
- Proporcionar datos, sobre utilización de camas hospitalarias de dotación normal y camas disponibles [14].

Sobre los datos aquí presentados ayudaran a la planificación de los servicios de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social sobre todo en el establecimiento de normas de calidad de atención. La calidad de atención médica se define de diversas maneras, en 1980 Donbedian, define una atención de alta calidad como “Aquella que se espera, una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes, también se refiere a las múltiples facetas del concepto calidad: calidad técnica, calidad interpersonal, calidad individual y calidad social y ha profundizado en las relaciones entre calidad y cantidad y entre beneficios y riesgos, pero que en el manejo de un problema específico de salud, la buena calidad puede resumirse como el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos” [1].

“Calidad, la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien producido o de un bien prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión.” [1]. El mejoramiento continuo es una filosofía y un sistema gerencial, que involucra los gerentes el primer nivel directivo y los profesionales de la salud en el

Indicador que está a la baja, ocasionado por el mayor número de pacientes que requieren de hospitalización, de tal suerte que actualmente se tiene un promedio bajo de tiempo que una cama permanece desocupada hasta el ingreso de un nuevo paciente, cifra que en el año 2013 es de menos de un día, dando en este caso un lapso de holgura para poder preparar la unidad en condiciones de asepsia para recibir a un nuevo paciente, sin embargo es de considerar que la línea de tendencia está a la baja, lo que amenaza con colapsar al Hospital en su conjunto.

mejoramiento continuo de los procesos para alcanzar mejores resultados en la atención de sus clientes/usuarios [1]. En el siguiente trabajo se puede observar el aumento de la demanda en todas las áreas de servicio hospitalario esto se puede deber a algunos factores. Las causas de este aumento, según diferentes estudios, están relacionadas con la oferta y la demanda. Los relacionados con la demanda son:

- a) El aumento de la esperanza de vida de los ciudadanos y el consiguiente envejecimiento, con un incremento de los sectores poblacionales de mayores de 65 y 85 años, donde son más elevadas las prevalencias de enfermedades crónicas, que producen descompensaciones agudas y precisan atención urgente.
- b) Los nuevos patrones de morbimortalidad, con distintos procesos, en los que la atención precoz cobra gran importancia.
- c) El acrecentamiento de los accidentes como resultado del tráfico, la actividad laboral, y la violencia de todo tipo.
- d) La falta de formación sanitaria sin conciencia de costo y con alto nivel de exigencia de una atención más eficaz y más rápida.
- e) El incremento poblacional y los cambios sociales producidos por los grupos migratorios en la última década.

Entre los factores importantes de la oferta deben enfatizar la mayor facilidad a los centros hospitalarios, el aumento de aseguramiento, el irregular desarrollo de la atención primaria en general, y fundamentalmente de sus unidades de urgencias, y el uso perverso de las emergencias como fuente alternativa de cuidados ambulatorios para problemas no urgentes, para evitar listas de espera o realizar actividades programadas diferidas [7, 21,4].

La demanda de atención urgente se ha aumentado marcadamente en los últimos años y la atención a tal demanda consume un volumen desmedido de recursos materiales y humanos con la consiguiente sobrecarga de los servicios de urgencias, sobre una oferta limitada que se puede traducir en un deterioro de la calidad del servicio y del bienestar social [18-21]. La organización de un sistema de consultas médicas ambulatorias no es un tema sencillo, pues requiere tener en cuenta muchos factores que resultan cruciales para la toma de decisiones. Establecer el número de consultas médicas ambulatorias por día y por semana implica conocer por un lado la disponibilidad de recursos humanos y físicos; por otro parte la demanda de turnos por parte de la población. Estos datos resultarán de la interacción con el área administrativa pertinente que año a año irá asentando al día las estadísticas según cada especialidad.

La construcción de un sistema de turnos debe ser eficaz y elástica pero también debe funcionar en ayuda tanto de pacientes como de los profesionales de la salud y del personal no médico [2]. En nuestro medio observamos que el tiempo es en promedio de quince minutos en clínica médica, sabiendo que puede ser algo mayor en especialidades como pediatría o salud mental.

La decisión de cuánto tiempo el profesional de la salud debe estar con el paciente resulta vital, no sólo para programación de turnos sino también para garantizar la calidad de atención médica [21-4]. Un turno corto ha sido definido como uno de los factores que impide la realización de una buena promoción de la salud. La importancia de la promoción de la salud ha sido enfatizada a nivel internacional desde la OMS y esto incluye todos los aspectos relacionados con aquellas actividades que buscan mejorar el nivel de salud de los individuos y de la comunidad. Otro factor que prolonga el tiempo de consulta

es que los pacientes hacen cada vez más preguntas ya que tienen acceso a la información y esperan participar más activamente en la toma de decisiones.

La OMS define la calidad de manera muy amplia: "la calidad en asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de medios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mínimo riesgo de efectos adversos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso" [21]. Tiene en cuenta las siguientes variables:

1. Criterio técnico (uso adecuado de la ciencia y de la tecnología, con maximización de los beneficios y minimización de los riesgos).
2. Criterio interpersonal (interacción social y psicológica de los actores de la relación clínica).
3. Criterio económico (distribución y utilización racional de los recursos).

Podríamos decir que en términos generales que de acuerdo a los estudios consultados, la duración de la consulta médica oscila actualmente entre 10 y 15 min. Que es el tiempo establecido en nuestro país, Tampoco hemos encontrado ninguna recomendación escrita por parte de organismos estatales, que prescriba destinar más tiempo a las consultas de primera vez en las cuales, como es sabido, una anamnesis y examen físico exhaustivos son necesarios

para un adecuado diagnóstico. Cabe recalcar que alguna bibliografía Europea propone destinar 60 min para la primera consulta de clínica médica y 20 min en las siguientes consultas [21]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define urgencia sanitaria como "la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia" [7]. Esta definición indica la heterogeneidad de la urgencia (causa diversa y gravedad variable) y engloba aspectos objetivos, como son la gravedad y agudeza del proceso (imprevisto o inesperado), y aspectos subjetivos (conciencia de una necesidad inminente de atención), que generan en el usuario la expectativa de una rápida atención y resolución, lo que indica, por una parte, que todas las urgencias no son iguales, y por otra, que urgencia y gravedad no son sinónimos [7]. Se asiste al crecimiento constante de todo el área ambulatoria frente al estancamiento de la hospitalización, ámbito en donde solo se amplía la actividad quirúrgica. La tendencia de estos años apunta hacia una mayor eficiencia en la hospitalización con disminuciones progresivas de las estancias medias [10]. En relación con otras bibliografías se evidencia de igual manera el aumento de las demandas en todos los servicios tal como se puede comprobar en este trabajo, se evidencia un aumento en el área de consulta externa y emergencia debido a los factores antes descritos y principalmente a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud pública.

CONCLUSIONES

De acuerdo a las líneas de tendencia que se presentan en cada uno de los indicadores que se han analizado, se determina el incesante crecimiento que existe en cuanto a la demanda de servicios que se genera con el aumento del número de afiliados, jubilados y derecho habientes que tiene el IESS, lo que obliga al aumento también de la oferta que realiza la Institución a fin de satisfacer las necesidades de los usuarios.

Actualmente resulta indispensable la ejecución de proyectos de creación de Unidades y Centros de atención ambulatoria emplazados en los diferentes Cantones de la zona de influencia a fin

de dar atención médica de primer nivel a los afiliados, con lo que se descongestionará el HJCA, que como su categoría lo indica será de referencia del sur del País, considerando que en la atención médica de primer nivel se puede dar solución al 80 % de las patologías clínicas, la potenciación de dicho nivel elevará aún más la calidad y calidez del servicio que en la actualidad se otorga en el HJCA. Aún más, con la creación del Hospital Pediátrico en la ciudad de Cuenca, al que se trasladarían los servicios que actualmente laboran en el HJCA, la capacidad instalada de este Hospital dará opción a la creación de nuevos servicios de alta especialidad con los cuales la resolución de todas las patologías será factible en corto tiempo.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

FR diseñó el estudio, recolectó los datos. JP y AB realizaron el levantamiento bibliográfico y escribieron una segunda versión del artículo. FR: Realizó el análisis crítico del artículo. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

AGRADECIMIENTOS

Se reconoce a las personas que participaron indirectamente en el estudio tales como los pacientes, personal técnico, otras en general del Hospital José Carrasco Arteaga.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta I, Ballesteros A, Quintero E. Satisfacción De Usuarios En Consulta Externa En El Hospital Pío XII De Colon Departamento Del Putumayo En El Último Trimestre Del Año 2007. Junio 27 de 2008. Tesis de titulación de gerencia en Salud. Universidad Mariana. Medellín-Colombia. Disponible en: <http://www.google.com.ec/url?sa=t&ct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CwQJFAB&url=http%3A%2F%2Fbdigital.ces.edu.co%3A8080%2Fdspace%2Fbitstream%2F123456789%2F338%2F%2F5ATISFACCION%2520DE%2520USUA%2520R%2520HOSPITAL%2520P%2520XII%2520DE%2520COLON.pdf&ei=KTXsUoCaN-OisASQoIDwBg8usgAFQJCNjyKUD-PT3c1Tjwv6jPjNt83yw> Visita Dic-10-2013.
2. Díaz P. Indicadores de gestión de la consulta externa del hospital Dr. Lino Arelva. Tucacas municipio Silva. Estado Falcon Venezuela. Febrero 2008. Disponible en: <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR2757.pdf>
3. Anexos estadísticos. Salud México 2001-2005. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmez02005/SM-2001-05-anexos.pdf> Visita Dic-10-2013.
4. Ortiz Espinosa RM, Muñoz Juárez S, Lechuga Martín del Campo D, Torres Carreño E. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. Rev Panam Salud Pública. 2009; 13(4): 229-238.
5. Quijada J. Análisis De La Demanda En La Consulta Externa De La Red Hospitalaria Nacional Instituto de Cancerología. Revista Ingeniería Primero 2010; 16(1): 25.
6. Estadísticas de Salud. 2010. Disponible en: http://www.inec.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2010/1.6estadsalud.pdf
7. Zarágoza M, Calvo C, Et. Al. Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. 2009. Servicio de Urgencias Hospital Virgen del Puerto. Plasencia. Cáceres, España. Disponible en: http://www.sems.org/revista/vol21_5/5.pdf Visita Dic-10-2013.
8. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. 2010. Instituto de Información Sanitaria. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/iclanss_docs/InformeC_INCLANSNS.pdf
9. Moreno P, Estévez J, Moreno J. Indicadores de Gestión Hospitalaria. Sedisa s.XXI, 2010, N°16. Disponible en: http://directivos.publicacionmedica.com/5pjp.php?article=38&var_mode=calcul Visita Dic-10-2013.
10. Antolin L, Gogorcena M, Jimenez P, Moreno M. Estadística De Establecimientos Sanitarios Con Régimen De Internado. Madrid, Mayo 2008. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/serie_escr_00_05_es.pdf Visita Dic-10-2013.
11. Csendes A, González G. Cirugías digestivas más frecuentes en Chile, excluyendo colo-rectal. oct. 2008. Rev Chil Cir 2008; 60(5): 379-386.
12. Symons N. Estudio sobre la frecuencia, gravedad y etiología de las fallas en el cuidado postoperatorio de cirugía digestiva mayor electiva. dic. 2013. Rev Chil Cir 2013; 65(6): 567-567.
13. Alfaro M, Gogorcena M, Cózar R, et al. Metodología De Análisis De La Hospitalización En El Sistema Nacional De Salud Modelo de indicadores basado en el Registro de Altas (CMBD) documento base. Julio de 2007. Ministerio De Sanidad Y Consumo. Madrid- España. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/metod_modelo_cmbd_pub.pdf [visita: 13-dic-2013].
14. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuarios De Estadísticas Hospitalarias: Camas y Distribución. 2011. Comunicación Social. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/estadisticas_sociales/Cam_Egre_Hos_2011/anuario.pdf [visita: 12-dic-2013].
15. Moncayo F. Complicaciones Post-Quirúrgicas Relacionadas A Factores De Riesgo. Revista Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil 2012; 15 (2): 1-5.
16. Pérez I, Zaporta R, Salas O. Infecciones de las heridas quirúrgicas en el Servicio de Ginecología. Hospital General "Camilo Cienfuegos". Sancti Spiritus. 2007-2009. Gaceta Médica Espirituana 2010; 12(3): 1-8.
17. Morera M. Diagrama de Barber y Johnson para el análisis de la gestión de la cama hospitalaria en Costa Rica. Rev. costarric. salud pública 2013; 22 (1): 45-50.
18. Llanos A, Morera-Salas, Barber-Perez P, Hernandez K, Xirinaoh-Salazar V, Varga J. Factores Relacionados con la Utilización de Servicios de Salud en Costa Rica. Rev. salud pública 2009; 11(3): 323-335.
19. Salinas H, Reyes A, Carrasco B, Et al. Propuesta de índices de gestión de servicios médico-quirúrgicos hospitalarios mediante técnicas estadísticas multivariantes. Rev. méd. Chile 2005; 133: 202-208.
20. Vargas V, Hernández E. Indicadores de gestión hospitalaria. dic. 2007. Revista de Ciencias Sociales 2007; 13(3): 444-454.
21. Outomuro D, Actis A. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. Rev. méd. Chile 2013; 141(3): 361-366.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores no reportan ningún conflicto de intereses.

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Romero F, Pazmiño J, Bravo A. Indicadores de producción del Hospital José Carrasco Arteaga. Rev Med HJCA 2014; 6(1): 62-67. doi:10.14410/2014.6.1.013.