

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESCUELA DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA



**“Línea de base concentración y atención proyectada en la
división de Odontología del Hospital Nacional de la Policía
2016”**

Tesis para obtener el Grado Académico de Maestro en Estomatología
con mención en Formación Estomatológica

Autor: Rivas Ravelo, Anita del Milagro

Asesor: Dr. Salazar Espíritu, Gustavo

Chimbote – Perú

2018

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo Determinar la línea base anual y la atención estimada para la división de Estomatología del Hospital Nacional de la Policía 2016, para esto se utilizó la estadística llevada por el Hospital para determinar los indicadores de productividad, la cual está basada en el uso de hojas HIS, y determinar los valores mediante éstos indicadores de las prestaciones de atención especializada en odontología en : diagnóstico, prevención, endodoncia, prótesis, ortodoncia, operatoria dental, cirugía Buco Maxilo-Facial, periodoncia, que se encuentran en la lista de prestaciones que se brindan en dicha institución. El resultado de la investigación mostró baja cantidad de usuarios que se atienden en la división de Estomatología.

Palabras Clave: línea base anual y atención estimada

LINEA DE INVESTIGACIÓN: Otros temas de Medicina Clínica.

Ciencias Médicas y de Salud : Medicina Clínica : Otros temas de Medicina Clínica

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the annual baseline and the estimated service for the Stomatology division of the National Police Hospital 2016, for this purpose the statistic taken by the Hospital was used to determine the productivity indicators, which is based on the use of HIS sheets, and determine the values through these indicators of specialized dental care services in: diagnosis, prevention, endodontics, prosthetics, orthodontics, dental surgery, Maxillo-Facial surgery, Periodontics, which are on the list of benefits that are offered in said institution. The result of the investigation showed a low number of users that are seen in the Stomatology division.

Keywords: annual baseline and estimated attention

Contenido

RESUMEN.....	2
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	6
1.1.-ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.....	8
1.2.-JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.3.-PROBLEMA	18
1.4.-MARCO REFERENCIAL.....	18
1.4.1.-Línea de base.....	18
1.4.2.-Demanda de servicios de Salud.....	20
1.4.3.-Análisis de la demanda de servicios de salud en el Perú	24
1.4.4.- Tipos de demanda	25
1.4.5.-Indicadores de Gestión de Salud	26
1.5.-HIPÓTESIS.....	30
1.6.-OBJETIVOS.....	30
1.6.1.- OBJETIVO GENERAL	30
1.6.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
CAPITLO II: MATERIALES Y MÉTODOS.....	31
II.-MATERIALES Y MÉTODOS	32
2.1.-TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	32
2.1.1 Tipo de investigación	32
2.1.2 Técnica de contrastación:	32
2.2.-POBLACIÓN Y MUESTRA	32
2.3.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	32
2.4.-TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	32
2.4.1.-Instrumento para la recolección de los datos.	32

2.5.-PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	32
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	33
CAPÍTULO IV.-ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	53
DISCUSION:	54
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	57
CONCLUSIONES:	58
RECOMENDACIONES.....	61
CAPÍTULO VI.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
CAPÍTULO VII: ANEXOS.....	66
APÉNDICES Y ANEXOS	67

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

I.-INTRODUCCIÓN

Actualmente se vienen llevando a cabo numerosos estudios sobre gestión de instituciones prestadoras de salud en el marco de la economía de la salud que se fundamenta en la teoría microeconómica de la demanda del consumidor, en las particularidades de los bienes meritorios y públicos y en los mercados de servicios de salud, su demanda y su oferta.

En el marco de la salud pública el MINSA, así como otras instituciones prestadoras de salud, vienen realizando diversas investigaciones que buscan valorar los recursos humanos, la infraestructura, la capacidad de oferta, etc.; pero al mismo tiempo una vez obtenido los resultados plantearse metas y objetivos fijos para evitar la pérdida de recursos económicos como humanos.

Así este estudio está basado en estudios previos que alentaron el deseo de investigación de mi persona en búsqueda de ayudar a mi propia institución en su desarrollo a la par con otras instituciones tanto públicas como privadas.

El Hospital Nacional de la Policía es una institución que pertenece al sistema público de atención de servicios de salud. Analizando la actual gestión observé que no existe una proyección de la demanda, es decir, no se conoce las atenciones proyectadas y por ende no se conoce a futuro las mejoras en la gestión del servicio a largo plazo, es por ello que surge la necesidad de proporcionar una base de información contra la cual monitorear y evaluar el progreso y eficacia de una actividad durante la implementación de la misma y después de que se haya completado. Es necesario averiguar qué información se encuentra ya disponible. Pero en nuestro establecimiento no existirá ningún dato o estarán incompletos o serán de baja calidad.

1.1.-ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Según el estudio de la organización Caritas del Perú (2008) quién ejecutó el Proyecto Regional de Nutrición Infantil en áreas de Influencia de las Empresas del Grupo Minero Pasco, en el marco de los convenios celebrados individualmente entre el Estado Peruano y las empresas para el aporte económico, voluntario, extraordinario y temporal denominado “Programa Minero de solidaridad con el Pueblo”, cuyo fondo busca contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población de la zona de intervención del proyecto.

La metodología implementada para el estudio informativo, se basa en el diseño y desarrollo de encuestas a los diferentes grupos objetivo (preguntas y respuestas); por tanto, las información obtenida y procesada son reconocidas como válidas en su totalidad. Con relación a los resultados obtenidos, podemos concluir lo siguiente: Prevalencia de desnutrición y anemia en situación superior a los promedios nacionales y regionales, los indicadores de atención de salud aceptables más del 50% de familias no tienen prácticas preventivas y de cuidado de la salud, se muestra 30 % de déficit de cobertura de agua y alrededor del 50% con déficit de saneamiento, 30% de cocinas inadecuadas y 64% de viviendas con hacinamiento, así como la ausencia de planes y procesos concertados a nivel distrital a favor de la salud.

Por otra parte Gallo (2009) realizó un estudio de la línea base del proyecto de salud sexual y reproductiva en Medellín. En este estudio el objetivo fue acercarse a la percepción de adolescentes y adultos formadores de opinión sobre el embarazo adolescente, la salud sexual y reproductiva, el uso de métodos anticonceptivos y la utilización de servicios en salud sexual reproductiva. El estudio fue de tipo descriptivo etnográfico con entrevistas focalizadas y guía semiestructurada. La muestra fue conformada por conveniencia, 80 jóvenes (hombres y mujeres) entre los 14 y 19 años y 6 mujeres adultas formadoras de opinión. Se realizaron ocho grupos

focales con jóvenes y seis entrevistas. En los resultados tenemos: en los encuentros intergeneracionales se hallan razones explicativas sobre el embarazo adolescente en la ciudad de Medellín. La construcción del proceso de confianza-desconfianza en la conquista y la vida de pareja adolescente incide en la utilización de métodos anticonceptivos, incluido el condón. La principal barrera para el acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva es la poca credibilidad en ellos. El estudio concluyó con el rompimiento con el ideal del mundo adulto, las ideas que tienen en torno al amor, la relación de pareja, los preceptos culturales que designan el comportamiento por género y la credibilidad que tienen en los servicios de salud sexual y reproductiva son campos de análisis que están directamente ligados al tema del embarazo adolescente en la ciudad de Medellín.

En torno a la gestión de salud en su investigación Alcalde y cols. (2011) describen las condiciones generales de salud de la población peruana y, con mayor detalle, el sistema peruano de salud: su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, los recursos físicos, materiales y humanos con los que cuenta, y las actividades de rectoría que en él se desarrollan. Asimismo se discute el estado en el que se encuentran la generación de información y la investigación, y la participación de los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema. El artículo concluye con una discusión de las innovaciones más recientes, dentro de las que destacan el Seguro Integral de Salud, el sistema de Empresas Prestadoras de Salud, el proceso de descentralización y los Comités Locales de Administración de Salud. El reto principal que enfrenta este sistema es ampliar la atención a la salud a poco más de 10% de la población que todavía no recibe servicios básicos.

En una investigación posterior Zevallos, Lesly y cols. (2011) realizaron un estudio para caracterizar la oferta, la demanda y la brecha de médicos especialistas en establecimientos del

Ministerio de Salud del Perú a nivel nacional, regional y por tipo de especialidad. Utilizaron como materiales y métodos: estudio descriptivo, observacional a través del cual se calculó la oferta de médicos especialistas utilizando fuentes secundarias del Ministerio de Salud del Perú. El análisis de la demanda de médicos especialistas se basó en dos metodologías: necesidades de especialistas según la norma de categorización de los establecimientos de salud y según el perfil epidemiológico y demográfico. La diferencia aritmética entre la demanda calculada y la oferta fue el procedimiento utilizado para calcular la brecha de médicos especialistas. Se obtuvo como resultados.: El MINSA, a nivel nacional, tiene una oferta total de 6074 médicos especialistas de los cuales el 61,5% pertenecen a las especialidades clínicas, 33,2% a especialidades quirúrgicas, 4,9% a especialidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento y 0,4% a las especialidades de salud pública. Según la norma de categorización existe una demanda total de 11 176 médicos especialistas y según el perfil epidemiológico y demográfico, de 11 738. Las brechas estimadas a nivel nacional son similares en ambos métodos, aunque difieren ampliamente en las regiones y por tipo de especialidad. A nivel de región, las brechas son mayores en Loreto, Piura, Puno y Madre de Dios cuando se usa la valoración del déficit en forma relativa a la oferta. En cuanto a especialidad, la brecha es mayor en las cuatro especialidades básicas: ginecología-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general. Se concluyó que existe una gran brecha entre la oferta y la demanda de médicos especialistas a nivel nacional y regional que, de forma agregada, representa aproximadamente el 45% de la oferta actual, independientemente del método de estimación empleado.

Siguiendo esta línea de investigación Llanos Z. y cols (2004) llevaron a cabo un estudio para determinar los factores asociados a la demanda de servicios de salud en cinco provincias de la zona rural de Cajamarca. Se realizó un estudio transversal analítico, entre diciembre de 1999 y

enero del 2000. Fueron seleccionadas 369 viviendas, siendo encuestadas 1916 personas. Se utilizó un muestreo probabilístico, polietápico, de áreas e independiente en cada dominio de estudio. Fueron analizados los aspectos demográficos, educacionales, ocupacionales y aquellos relacionados con el acceso a los servicios de salud, según las siguientes características: percepción de enfermedad, realización de consulta y consulta a un establecimiento del Ministerio de Salud. Para el análisis estadístico se utilizó regresión logística y probit. Se obtuvieron como resultados: El 70.4% de los individuos consideró estar en buen estado de salud. 23.6% declaró enfermedad o malestar en salud o accidente en las últimas 4 semanas previas a la encuesta. De este grupo, 41.4% realizó una consulta, acudiendo 53.8% a un establecimiento del MINSA. Se encontró asociación estadística de percepción de enfermedad con mayor edad y saber leer y escribir, realización de consulta con saber leer y escribir, y consulta a un establecimiento del Ministerio de Salud con sexo femenino, percepción de enfermedad y tener un ingreso económico bajo ($p < 0.05$). Se concluyó que los modelos epidemiológicos pueden explicar la percepción de enfermedad y la probabilidad de consulta, sin embargo para la elección del lugar de consulta se sugiere un modelo econométrico.

En ese sentido Chávez (2012) en su investigación se centró en el conocimiento de la demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud para el período 2006-2010, y, para ello tomó como base el análisis de las ENAHO en la sección respectiva. En función de los objetivos planteados y las hipótesis formuladas, llegamos a las siguientes conclusiones: En nuestro país se aprecia una tendencia de incremento creciente y sostenido de la población adulta mayor en el Perú en el período estudiado, lo que a su vez, es mayoritariamente femenino, no unida, con educación primaria, que vive en la sierra y en las zonas rurales; Observamos una tendencia creciente de la población adulta mayor de una mayor demanda de atención por

problemas de salud, identificando al MINSA como el principal prestador de salud y dentro de éstos, a los establecimientos del primer nivel de atención; esto último, explicado por un mayor empoderamiento del Sistema Integral de Salud (SIS). Esta demanda es diferenciada, siendo mayor en las regiones de la Sierra y Selva respecto a Lima Metropolitana y resto de costa. Este incremento también es mayor en zonas rurales respecto a las zonas urbanas.

Mientras que De la Cruz G. (2008) realizó un estudio descriptivo y transversal con el objetivo determinar la relación entre percepción de la atención médica en el consultorio externo de Medicina General e insatisfacción de la atención en Farmacia del usuario externo del Policlínico Militar de Chorrillos durante el año 2008 mediante una encuesta utilizando un cuestionario validado por opinión de expertos y una prueba piloto desarrollados previamente. Se obtuvo el consentimiento informado y se realizó la encuesta. Posteriormente se realizó el análisis descriptivo de los datos recolectados. Se obtuvo la prueba del chi cuadrado y el nivel de significancia estadística significativa con $p < 0.05$ e IC95%. Ingresaron al estudio 360 pacientes, con edad media de 37.9 +- 9.9 años, el 63.9% fue del sexo masculino, 57.5% eran titulares y 43.9% eran oficiales activos. La percepción de la atención médica fue: regular (62%), mala (21.1%) y buena (16.9%). La percepción de la atención en Farmacia-FOSPEME fue: regular (49.5%), siendo buena (19.7%) y mala (30.8%). Se concluye que existe una relación directa entre la percepción de la atención médica en Medicina General y la atención en Farmacia-FOSPEME. Los titulares y varones fueron los que percibieron las mayores proporciones de mala atención. El servicio con peor percepción fue la atención Médica respecto a la atención en Farmacia del PMCH.

Por otro lado Santos P. (2011) realizó un estudio cuyo objetivo fue establecer el perfil de la demanda total y la oferta potencial de servicios de salud, disponible para las enfermedades de

alto costo o enfermedades catastróficas en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPCGC) del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). En los fundamentos del diseño financiero del Fondo se consideró estática la realidad sanitaria, al descontar los efectos de los cambios epidemiológicos y no precisar las necesidades de salud de la población, “demanda oculta”. De esta manera, cuando esta demanda se revela, se transforma en demanda efectiva para las instituciones de salud y se trastocan los supuestos de planificación utilizados en los cálculos financieros del Fondo. Por lo anterior, se concluye que es imprescindible una definición metodológica del Consejo General de Salubridad, para ordenar y temporalizar la incorporación de las Enfermedades Catastróficas a la cobertura efectiva del Fondo.

Asimismo Hermoza M. (2006) llevo a cabo un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y observacional y se realiza a través de la revisión de las estadísticas de producción de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos del Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” ESSALUD, cabeza de la Red Asistencial Rebagliati, escogido por ser un hospital de nivel IV de alta capacidad resolutive. Se encontró que el número de médicos pediatras, clínicos y quirúrgicos, generales y subespecializados; y el número de camas de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos del Hospital son insuficientes para satisfacer la demanda de la población pediátrica (menores de 14 años) asignada a la Red. A pesar de ello, la capacidad instalada, oferta, de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos superó a la demanda por lo que se presenta subutilizada y mal gestionada en la consulta externa y en el centro quirúrgico pediátrico. A su vez, las áreas de hospitalización de ambos Servicios se convirtieron en “cuellos de botella” para las áreas de consulta externa de los mismos y para los Servicios de Emergencia y Cuidados Intensivos Pediátricos debido al alto porcentaje de ocupación de sus camas censables. Casi el 70% de los pacientes egresados de las áreas de hospitalización de ambos Servicios ingresaron

por Emergencia Pediátrica y muchos de ellos con más de 24 y aún de 48 horas de permanencia en las salas de observación dejando sólo una disponibilidad del 30% de camas para los ingresos por consulta externa y transferencias internas. Por otro lado, predominaron las intervenciones quirúrgicas menores y mayores en desmedro de las especializadas de alta y mediana complejidad lo que indica que la capacidad instalada quirúrgica pediátrica de los establecimientos periféricos de la Red Asistencial no tienen capacidad resolutive generándose referencias innecesarias, incrementándose costos y demostrándose la ineficiencia del sistema. Se concluyó que existe una subutilización de la capacidad instalada en las áreas de mayor imagen institucional, consulta externa y centro quirúrgico, un mal dimensionamiento de la demanda para cada establecimiento de salud de la Red Asistencial y una jerarquización por capacidad de resolución inadecuada de los mismos lo que ocasiona congestiónamiento de los Servicios Pediátricos del Hospital con patologías que podrían ser resueltas a niveles inferiores de atención.

Por su parte Ramírez (2007) realizó un estudio con la finalidad de conocer los factores que determinan la demanda de atención ginecológica en el Hospital San Bartolomé, de tipo cualitativo, descriptivo, prospectivo, transversal, correlacional, recogiendo información en base a encuestas realizadas a 460 pacientes de tres estratos diferentes (61 pacientes ginecológicas, 215 pacientes obstétricas, y 184 pacientes de los Centros de Salud del ámbito de influencia), a datos estadísticos del Departamento de Gineco-Obstetricia y a la opinión de los médicos del Departamento en relación al tema, según cuestionario aplicado. El 75.34% de las pacientes obstétricas reconocen al San Bartolomé como un Hospital que atiende principalmente problemas del embarazo y niños (Hospital Materno-Infantil) y hay quienes lo consideran inclusive exclusivamente como Maternidad (6.51%). Igualmente el 48.28% de las pacientes de los Centros de Salud perciben al San Bartolomé como un Hospital Materno-Infantil, inclusive para el

55.73% de las pacientes ginecológicas, el San Bartolomé es reconocido como un Hospital Materno-Infantil. El 78.60% de las pacientes obstétricas mencionan que luego del alta, y pasada la etapa del puerperio estarían dispuestas a atenderse en el San Bartolomé por algún problema Ginecológico, sin embargo sólo lo hacen efectivo el 33.55% de ellas, por falta de un sistema de seguimiento de pacientes y desconocimiento de la oferta de atención ginecológica que llega en algunos casos al 69%. Por otro lado el 52.45% de las pacientes ginecológicas llegaron por recomendación de un familiar/amigo, mientras que sólo el 1.63% de la pacientes mencionaron que llegaron al San Bartolomé referidas por un profesional de salud evidenciando una ausencia de un Sistema de Referencias y Contrarreferencias para pacientes ginecológicas. En los últimos 6 años los egresos ginecológicos sólo representaron el 3.85% de los egresos obstétricos y las intervenciones quirúrgicas ginecológicas sólo fueron el 9% versus el 91% de las intervenciones quirúrgicas obstétricas. Todos los demás indicadores hospitalarios muestran la misma disparidad. De la misma forma, el 80% de los médicos respondieron que participaban en menos de una intervención quirúrgica ginecológica/semana, incluídos los que no participaban en ninguna intervención ginecológica (40%), evidenciando la baja demanda en las intervenciones ginecológicas, contrastando claramente con el 52% de los médicos que participan en por lo menos 6 intervenciones quirúrgicas obstétricas/semana. En relación a costos, al comparar el consolidado de gastos para una Histerectomía Abdominal entre el Hospital San Bartolomé y el Hospital Loayza, se encuentra que el gasto es mayor en el Hospital San Bartolomé, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Sin embargo, sólo el 16.98% de las pacientes ginecológicas refirieron que los costos asumidos les parecieron caros o muy caros, mientras que en su mayoría lo consideraron justo (49.18%) e inclusive el 34% lo percibieron como barato o muy barato. En opinión de las pacientes ginecológicas, los siguientes factores no demostraron

que fueran determinantes en la baja demanda de atención en el Servicio de Ginecología: Tiempo que demandan los análisis pre-operatorios, los gastos que origina una intervención quirúrgica, el desempeño del personal (médico, técnico asistencial y administrativo) y el conocimiento de la Institución por parte de la comunidad. Se concluye que el principal factor que determina la baja demanda en la atención ginecológica en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé es el posicionamiento como un “Hospital de Maternidad”, percibido así por más del 75% de la población estudiada y se plantean recomendaciones.

Asimismo Longaray (2010) en su estudio determinó el impacto del SIS en el acceso a los servicios de salud en los grupos poblacionales correspondientes a los dos quintiles más pobres de Perú (Q1 y Q2), durante el año 2007. Se utilizó como fuente secundaria los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), encuesta anualizada del año 2007. El nivel socioeconómico fue determinado por el gasto en consumo de los hogares y se agrupó la población por quintiles de riqueza. Para medir el impacto del SIS en el acceso a los servicios de salud se realizó análisis multinivel con el modelo Probit, empleando el software de análisis estadísticos de data STATA 10. Se asociaron variables explicativas: área de residencia, nivel educativo, sexo, edad, hacinamiento, abastecimiento de agua y servicios higiénicos. Al realizar el análisis probit se obtuvo que el SIS tuvo impacto positivo en el acceso a los servicios de salud en forma significativa. El nivel socioeconómico influyó significativamente sobre el acceso a los servicios de salud y pertenecer a un nivel económico inferior a Q5 afectó negativamente el acceso. El residir en área urbana tuvo influencia significativa y afectó negativamente el acceso. La edad influyó significativamente, afectando positivamente el acceso en los menores de 3 años y negativamente en los grupos de 3-17 y de 18-65 años. La variable sexo (de la población general) tuvo efecto significativo pero el

ser varón afectó negativamente el acceso. El nivel educativo del jefe del hogar tuvo impacto significativo negativo sobre el acceso solo en los dos grupos con menor nivel educativo. El no contar con servicios higiénicos adecuados tuvo impacto negativo sobre el acceso. El residir en alguna región natural en particular, el sexo del jefe del hogar, la presencia de hacinamiento y la fuente de abastecimiento de agua no ejercieron influencia significativa sobre el acceso. Se concluyó que el Seguro Integral de Salud tiene impacto positivo en el acceso a los servicios de salud en todos los niveles socioeconómicos, especialmente en los grupos poblacionales correspondientes a los dos quintiles más pobres (Q1 y Q2) y si toda la población estuviese afiliada al SIS, la probabilidad de acceso aumentaría en un 19.93%. Casi un tercio del total de personas que accedieron a algún servicio de salud (29.8%), se atendió usando la cobertura del seguro integral de salud (SIS). Del total de personas que usaron el SIS para atenderse, 38.6% pertenecía a Q1 y 32.4% a Q2. El principal proveedor de servicios de salud fue el Ministerio de Salud con 63.7% de los atendidos, seguido de EsSalud con 18.3%, el sector privado con el 16.6% y las Fuerzas Armadas/Policiales con el 1.3% de los que accedieron a un establecimiento de salud. La mayor parte de la población accedió a servicios de salud por percibir un malestar (48.1%); la segunda causa de atención fueron las enfermedades no crónicas (37.8%), la tercera causa fueron las enfermedades crónicas (12.1%) y los accidentes constituyeron el 2% de la demanda de atención.

1.2.-JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo tiene relevancia social ya que se desarrolla en un Hospital Nacional que pertenece al sistema público de atención de servicios de salud. Es de actualidad e innovador porque se desarrolla por primera vez la Línea Basal en la División de odontología del Hospital Nacional de la Policía.

Es muy importante realizar este estudio para poder así determinar las atenciones proyectadas, en base a fórmulas de gestión y desarrollar una mejor gestión y optimización de los diversos recursos.

Considero la relevancia de este trabajo ya que podremos mejorar y optimizar las atenciones a los pacientes, aumentando así el número de estos a lo largo del día y haciendo más fluido su tránsito por la División de Odontología.

La División de Odontología del Hospital Nacional de la Policía no tiene proyecciones a futuro de mejoras en la gestión del servicio para con los pacientes atendidos, ni objetivos trazados a largo plazo. Esta investigación permitirá ampliar su línea de expectativas a un determinado periodo de tiempo.

1.3.-PROBLEMA

¿Cuál es la línea base para determinar la atención proyectada en la División de Odontología del Hospital de Policía en el año 2016?

1.4.-MARCO REFERENCIAL

1.4.1.-Línea de base

Burga (2011) define el Estudio de Línea de Base (ELB) como una investigación aplicada, realizada con la finalidad de describir la situación inicial de la población objetivo de un proyecto, así como del contexto pertinente, a los efectos de que esta información pueda compararse con mediciones posteriores y de esta manera evaluar objetivamente la magnitud de los cambios logrados en virtud de la implementación de un proyecto. Por lo tanto, es importante considerar que un ELB constituye una forma de investigación dirigida a obtener los referentes básicos de evaluabilidad del proyecto y, al mismo tiempo, un instrumento esencial para mejorar

los procesos de gestión del conocimiento y toma de decisiones en el ámbito de una institución de promoción del desarrollo y del país en su conjunto.

Siguiendo el orden propuesto por Burga (2011), el primer paso sería la *determinación del ámbito del estudio* implica precisar las unidades de análisis, que pueden ser sujetos u objetos, el tipo de unidades de análisis depende del objetivo de la intervención; el segundo paso, *determinación de objetivos*, por lo general, el objetivo de un ELB es ofrecer una referencia sólida para la medición de los cambios que se lograrían gracias a la ejecución del proyecto, además, los ELB deben mostrar evidencias cualitativas de la situación de la población objetivo al inicio de la intervención; el tercer paso, *la selección de las variables y sus correspondientes indicadores*, debe considerar la capacidad de estos para representar válidamente los objetivos o resultados que se desean medir, así como la viabilidad de obtener la información de base necesaria, bien sea de fuentes propias o secundarias, para ello, los objetivos deben ser claros, específicos y mensurables; como cuarto paso, la *determinación del marco conceptual*, para la recopilación de información debe tomarse en consideración el hecho de que, en principio, existen dos tipos generales de estrategias de muestreo: Muestreo probabilístico y no probabilístico o dirigido, cuando una encuesta se realiza sólo a una parte de la población, se trata de un estudio muestral, a efectos de que la información obtenida de una muestra sea válida, ésta debe ser representativa de la población. El quinto paso, *diseño del cuestionario*, el cuestionario es el formulario que contiene las preguntas o variables de la investigación y en el que se registran las respuestas de los encuestados. Las preguntas que contiene un cuestionario están determinadas por los objetivos de la investigación que se desea realizar. El sexto paso, consiste en la *prueba piloto del cuestionario*, una vez que se ha elaborado el cuestionario conviene hacer una valoración del mismo, para ello, debe ser sometido a un grupo de personas para efectuar una prueba, lo cual nos

ayudará a detectar los defectos de contenido y/o forma que pudieran aparecer en el cuestionario, y una vez subsanados los errores o perfeccionado el cuestionario se podrá dirigir a la totalidad de las personas que se considere oportuno. Como séptimo paso, está la realización del trabajo de campo, que consiste en el *conjunto de actividades realizadas para la recopilación efectiva de los datos* recibe la denominación de trabajo de campo. Incluye la supervisión de los cuestionarios y el control de los errores de la falta de respuesta. El octavo paso, la *construcción de la base de datos* supone un tratamiento informático, incluyendo su almacenamiento en algún tipo de software, para su posterior tabulación y análisis, la base de datos constituye la plataforma sobre la cual el investigador realiza los análisis que le permitirán convertir los datos en información relevante para la toma de decisiones. Noveno paso, en términos generales, el objetivo del *análisis de datos*, es su transformación en información organizada y relevante mediante el uso de estadística descriptiva, tanto en lo que se refiere al análisis de una sola variable, como la de las observaciones de las relaciones entre dos o más variables. El décimo paso, *la redacción del Informe del Estudio de Línea de Base* es, obviamente, el paso final. Los informes de línea de base se deben planificar como parte de una estrategia de difusión, que puede incluir, además del informe técnico propiamente dicho, la realización de presentaciones ante diversos públicos y la difusión en los medios de comunicación de los resúmenes ejecutivos.

1.4.2.-Demanda de servicios de Salud

En un marco general Kaplan y Norton (1996) nos dicen que los gobiernos están sujetos a grandes exigencias por parte de la sociedad, la cual demanda una asistencia sanitaria de calidad, y con un rápido acceso a la misma. Los responsables de los centros sanitarios deben controlar el gasto sanitario y llevarlo a unos niveles que puedan ser financiados por los presupuestos del Estado y por los propios contribuyentes. Teniendo en cuenta las particularidades del sector

sanitario, la elaboración de un CMI para este tipo de organizaciones, tendrá que adaptarse a las mismas, para lograr que la utilización de dicha herramienta sea exitosa, ya que en caso contrario, estaría destinada a un escaso uso, y por tanto a su desaparición.

En este sentido MINSA (2002) hace un análisis sobre la situación en su informe del año 2001, nos menciona que la inversión es un determinante de los niveles de oferta de servicios de salud de un país. No obstante, en una economía como la peruana donde el principal prestador de servicios es el sector público, los criterios de inversión no son necesariamente establecidos por criterios técnicos; por el contrario, existe alto riesgo que las decisiones de inversión puedan estar: a) influidas por factores políticos, b) determinadas a partir de niveles históricos, y c) limitadas por restricciones fiscales, pudiendo generar asignaciones poco eficientes de los recursos o poco articuladas con las necesidades de salud de la población. *La poca profundidad del mercado de aseguramiento así como el bajo poder adquisitivo de la población han determinado que el principal prestador de servicios de salud sea el MINSA.* En este contexto, la capacidad resolutive de los establecimientos, la calidad de los servicios, los niveles de inversión y los esquemas de financiamiento son vulnerables a la restricción presupuestaria. El sistema de salud en el Perú se caracteriza por ser segmentado y fragmentado, identificándose tres subsistemas: el privado, el de la seguridad social y el público. El primer subsistema, se orienta a la medicina curativa y se diferencia por su mayor grado tecnológico y por ofrecer servicios de mejor calidad. En este sentido, su mercado objetivo lo constituyen exclusivamente los estratos medio - alto de la población urbana (35% de la población total). En este contexto, el subsistema público se orienta ofrecer servicios preventivos y curativos a la población excluida de los subsistemas mencionados, (población de menores recursos no asegurada), contando este grupo poblacional con un "seguro implícito", vía atenciones subsidiadas en los establecimientos del MINSA. Como

resultado, este subsistema absorbe aproximadamente 50% del total de usuarios de los servicios de salud.

Por otro lado Madueño (2003) nos aclara en primer lugar la demanda de salud tiene un componente aleatorio importante: El patrón de demanda de los hogares o individuos suele cambiar de manera importante ante la ocurrencia de eventos no anticipados, por ejemplo una enfermedad derivada de un evento catastrófico, un despido, etc.; los tipos de servicios que demandan los miembros del hogar son cualitativamente distintos: Existe diferencia entre la demanda por la atención de una enfermedad compleja y otra de capa simple, atención preventiva y curativa, es decir, existe heterogeneidad en los usos del servicio de salud por lo que es necesario hacer supuestos en la agregación de la utilización de los servicios, evitando así problemas con la definición de la demanda. La demanda de servicios se comporta de manera asimétrica a los movimientos de tarifas, mostrando discontinuidades en su función de comportamiento. Lo anterior es explicado fundamentalmente por la condicionalidad de estar enfermo para hacer uso de los servicios de salud, por la condicionalidad de tener seguro, por las diferencias en los niveles de ingreso, por la tipología de enfermedades, por la calidad de los servicios y hábitos en los patrones de consumo.

En ese sentido un estudio realizado por el MINSa y la Organización panamericana de salud (2003) nos menciona que la demanda por servicios de salud está asociada a una decisión secuencial por parte de las personas: En una primera etapa se decide si se busca o no servicios de salud, lo cual está condicionado de manera conjunta a que se perciba un síntoma de enfermedad, se sufra un accidente o se requiera de controles preventivos (prenatal, dental, etc). En una segunda etapa, se opta por elegir un tipo de proveedor de servicios de salud (MINSa, EsSalud o un servicio privado). Las dos primeras etapas están asociadas al concepto de demanda de acceso,

la cual determina la cantidad de demandantes de servicios o la probabilidad que un individuo acceda a un determinado servicio de salud. Por último, una vez que se accede al servicio, se determina el gasto requerido para la atención de salud o la intensidad de su uso. Esto último hace referencia al concepto de demanda de uso, el cual pretende aproximarse al concepto de volumen de servicios de salud utilizados por un individuo o un hogar, a partir de la agregación de los gastos reales de la canasta de servicios de salud (consulta externa, hospitalización, análisis y medicinas).

Por su parte Ruiz (2005) un instrumento importante a la hora de determinar nuestras demanda es manejar un Cuadro de Mando Integral (CMI) que es en un instrumento de gestión, que facilita la comunicación y la puesta en funcionamiento de la estrategia organizacional, es decir, es un marco que contiene un conjunto de indicadores seleccionados que ayudan a la organización a ejecutar sus factores claves para éxito, los cuales son definidos al generar la visión estratégica de la compañía.

En un sentido más amplio Alcalde Rabanal (2011) entiende la demanda de salud como la "percepción de una necesidad de atención de salud" para prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud de las personas. Esta necesidad responde a factores físicos (demanda de salud por accidente, embarazo, enfermedad) o factores ligados al ciclo de vida (inmunización en edad temprana y atención en personas de tercera edad). Dada una percepción de necesidad, las personas pueden acceder al sistema de salud según su restricción presupuestaria y asumir una tarifa de acceso para la disponibilidad de infraestructura y utilizarla según sea su grado de necesidad y grado de aversión al riesgo. Esto último, determinará la cantidad demandada de salud, la cual mide el nivel de cuidados de salud que una persona desea adquirir. La demanda de los servicios de salud tiene algunos elementos no compartidos con la

demanda de la mayoría de bienes y servicios, lo que usualmente dificulta su modelización y estimación.

1.4.3.-Análisis de la demanda de servicios de salud en el Perú

El Ministerio de Salud del Perú (1997) realizó un estudio descriptivo en donde se observó que los efectos positivos de las intervenciones que el estado selecciona para poder proveer servicios de salud a la población podrían ser contrarrestados tanto por las conductas inesperadas de los grupos beneficiarios como por las condiciones de salud de las mismas. Por tal motivo, es importante la evaluación de estos patrones y contar con información sobre el comportamiento del usuario en el mercado de salud. En este sentido, la finalidad de un análisis de la demanda por los servicios de salud es identificar el grado de equidad de los servicios prestados y las estrategias que se podrían seguir para llegar de manera efectiva a los grupos que más necesitan la atención de los servicios de salud. La demanda de los servicios de salud depende del precio de la consulta, los precios de las medicinas, los ingresos disponibles, los costos de transporte, el tiempo de espera, la calidad del trato recibido, la calidad clínica de los tercios ofertados, los factores demográficos del hogar y sus miembros, los hábitos y costumbres de las personas. Por ello, la ausencia de un análisis de este tipo podría alterar los esquemas de financiamiento sostenibles y el acceso a las poblaciones más desfavorecidas.

La Organización Panamericana de la salud (1998) nos indica que existen diversas formas de estimar y evaluar la demanda; en base a estos se estiman coeficientes técnicos que relacionan producción de prestaciones finales con población, obteniéndose de esta forma las prestaciones que la red debiera otorgar en su área de influencia. Entre los principales tenemos: *Necesidades de salud*, permite estimar la necesidad de recursos en base a las necesidades de salud de la población; *objetivos de prestaciones*, se basa en la definición de objetivos de servicios que se

traducen en metas cuantificadas de producción de prestaciones por habitante; *utilización de servicios*, este método se diferencia de los anteriores en que no utiliza normas para determinar la demanda, sino que toma como referencia la utilización actual de los servicios por la población, tiene la ventaja de estar basado en la realidad, evitando que se proyecten inversiones que en definitiva no serán usadas por la población; *razón recursos población*, es una variante del método anterior, diferenciándose en que los coeficientes técnicos utilizados corresponden a un ideal basado en un referente observado, la razón de recursos población se aplica a las proyecciones demográficas, al igual que en todos los métodos antes descritos. El método de razón recursos población es de elección cuando se estima la demanda de prestaciones que se quieren incorporar por primera vez a la oferta de servicios.

MINSA y la Organización panamericana de la salud (2003) nos dice que el perfil de la demanda de servicios de salud es de utilidad por cuanto proporciona estadísticas descriptivas relativas a las características socioeconómicas de los usuarios de servicios de salud, a los patrones de acceso y utilización de estos servicios, a las percepciones respecto de los servicios utilizados, a la estructura del mercado y al grado de equidad del sistema, entre otros.

1.4.4.- Tipos de demanda

1.4.4.1.-Demanda total

Para Otero (2002) es la presentada cuando las instituciones se encuentran complacidas con la cantidad de trabajo que tienen en relación a su capacidad productiva, nivel de instalaciones y resultados económicos deseados y obtenidos. La demanda total puede variar por el cambio de preferencia de los clientes o por un aumento de la competencia. Para mantener la demanda total se debe medir el grado de satisfacción de los clientes y asegurarse que se está haciendo un buen trabajo.

1.4.4.2.-Demanda potencial o esperada

Madueño (2003) nos define esta demanda como la necesidad de atención manifiesta, captada mediante encuestas. Volumen de personas que necesitan algún servicio de salud, pero no acuden a él. Es necesidad de atención, no convertida en demanda. También se define, como la demanda futura, la cual no es efectiva en el presente, pero que en algunas semanas, meses o años será real. La demanda potencial de servicios de salud está definida como la suma de la demanda efectiva (enfermos que utilizaron los servicios institucionales de salud) y el déficit de acceso, el cual a su vez se descompone en dos elementos: a) la demanda reprimida (por subvaluación de enfermedad) y b) la demanda encubierta por barreras de entradas (individuos que se declararon enfermos pero que no utilizaron los servicios por razones económicas o por carencias o deficiencias de infraestructura.

1.4.5.-Indicadores de Gestión de Salud

1.4.5.1.-Indicadores de gestión Generales

Para Madueño (2003) los principales indicadores de gestión generales son:

Extensión de uso.- Es el número de asegurados que hacen uso del servicio por lo menos una vez en el año.

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ usuarios (atendidos)}}{\text{n}^\circ \text{ asegurados}} \times 100$$

Se expresa en:

porcentaje: 50%

decimales: 0.50

Concentración.- Es el número de veces que un usuario (atendido) ha hecho uso del servicio en un año

Nº ATENCIONES

Nº ATENDIDOS

Se expresa en:

Decimales: 3.5

Cálculo de demanda estimada – Consulta externa

$\text{Pob. Asegurada} \times (C) \times (EU) = \text{No. Cons Ext} \times \text{año}$

DATOS: año 2013	EXTENSION DE	CONCENTRACION:
Pob. Asegurada: 100,000	USO: No. Atendidos: 55,000	No. Atenciones: 150,000
No. Atenciones: 150,000	No. Asegurados: 100,000	No. Atendidos: 55,000
No. Atendidos: 55,000	EU: 0.55	EU: 2.73

¿Calcular la demanda estimada en consulta externa para el año 2015 para una Población asegurada de 220,000 personas?
$220,000 \times 2.73 \times 0.55 = 330,330 \text{ consultas} \times \text{año}$

Cálculo de demanda estimada – Consulta externa por especialidades

$220,000 \times 2.73 \times 0.55 = 330,330 \text{ consultas} \times \text{año}$

La disgregación de las consultas por especialidades se realiza multiplicando el total por el porcentaje de cada especialidad del año de referencia

MEDICINA = 50%	GINECOOBST = 18%	PEDIATRIA = 20%
CIRUGIA = 12%		
MEDICINA	= 165,165	
GINECO OBSTETRICIA	= 59,459	
PEDIATRIA	= 66,066	
CIRUGIA	= 39,640	

Cálculo de demanda estimada – hospitalización

$$220,000 \times 2.73 \times 0.55 = 330,330 \text{ consultas x año}$$

El cálculo de las hospitalizaciones estimadas se realiza multiplicando el número de consultas externas esperadas por el ratio de hospitalizaciones x consulta externa del periodo de referencia

RATIO DE HOSPITALIZAC/ CONSULTA EXTERNA	DATOS 2013
$\frac{\text{No. HOSPITALIZAC 2013}}{\text{No. CONS. EXTERNAS 2013}}$	9,000 HOSPITALIZACIONES 150,000 CONS EXTERNAS
	RATIO: $9000/150000 = 0.06$
No. Cons Ext estimadas x Ratio Hosp/Cons Ext	
$330,330 \times 0.06 = 19,820$ hospitalizac estimadas x año	

Cálculo de demanda estimada – cirugías

$$220,000 \times 2.73 \times 0.55 = 330,330 \text{ consultas x año}$$

$$330,330 \times 0.06 = 19,820 \text{ hospitalizac estimadas x año}$$

El cálculo de las cirugías estimadas se realiza multiplicando el número de hospitalizaciones esperadas por el ratio de cirugías / hospitalizaciones del periodo de referencia

RATIO DE CIRUGIAS/ HOSPITALIZACIONES	DATOS 2013
$\frac{\text{No. CIRUGIAS 2013}}{\text{No. HOSPITALIZAC 2013}}$	9,000 HOSPITALIZACIONES 6,000 CIRUGIAS
	RATIO: $6000/9000 = 0.66$
No. Hospitalizac estimadas x Ratio Qx/Hospitalizac	
$19,820 \times 0.66 = 13,081$ cirugias estimadas x año	

1.4.3.2.-Indicadores de Gestión específicos : Indicadores de costos de salud

Charlita (2009) nos menciona como principales indicadores de gestión de costos en salud,

Rendimiento.-menciona además que rendimiento es el producto de una unidad de factor de producción por unidad de tiempo.

- *Unidades de factor de producción:*

Consultas externas

Pruebas complementarias de diagnóstico

- *El Rendimiento puede ser de:*

Recurso humano

Equipamiento

Infraestructura

- *Condicionados (**Rendimiento estándar**) :*
 - Normativas institucionales o nacionales
 - Estándares establecidos
 - Objetivos – Metas
 - Calidad de la atención
- **Rendimiento de consultas x hora medico**
 - Nº cons ext realizadas x medico en el mes
 - Nº horas ejecutadas en cons ext en el mes
- **Rendimiento de procedimientos x hora equipo**
 - Nº proced realizados x equipo en el mes
 - Nº horas de proced ejecutadas en el mes
- **Ratios.-** Es la correlación entre dos variables
 - ✓ Hospitalizaciones/consultas externas
 - ✓ Cirugías / hospitalizaciones
 - ✓ Nº medicamentos / Nº consultas externas
 - ✓ Nº Ex. Laborat / Nº cons externas

1.5.-HIPÓTESIS

La hipótesis está implícita por ser un trabajo de tipo descriptivo.

1.6.-OBJETIVOS

1.6.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar la línea base anual y la atención estimada para la división de Estomatología del Hospital Nacional de la Policía.

1.6.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la prevalencia de las enfermedades bucales.
- Proyectar la atención odontológica.
- Gestionar los procesos de Atenciones Odontológicas.
- Optimizar recursos humanos, insumos y equipos.

CAPITLO II: MATERIALES Y MÉTODOS

II.-MATERIALES Y MÉTODOS

2.1.-TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

2.1.1 Tipo de investigación: Descriptiva, Transversal

2.1.2 Técnica de contrastación: No experimental.

2.2.-POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: A partir del análisis de una base de datos de todos registros de la evaluación clínica en la División de odontología.

Muestra: Al ser una línea basal se determina que la muestra será el universo de las atenciones del año 2016

2.3.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	INDICE
V ₁ : Línea de base	Situación inicial de la población objetivo de un proyecto	Atenciones realizadas por mes	Demanda Histórica	Ordinal
V ₂ : Demanda Estimada	Demanda que se espera obtener por la oferta de un servicio de salud en un periodo determinado	$\text{Pob. Asegurada} \times (C) \times (EU) = \text{No. Cons Ext} \times \text{año}$	Número de pacientes que se espera vendrán al servicio	Ordinal

2.4.-TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

2.4.1.-Instrumento para la recolección de los datos.

La recolección de datos de dará mediante el instrumento en Anexo N°01. (Hoja HIS).

2.5.-PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se empleará estadística descriptiva. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

RESULTADOS

Empleando la base de datos de la PNP se determinaron los siguientes indicadores:

Tabla 1

Usuarios atendidos por mes AF 2016

MES	USUARIOS ATENDIDOS
ENERO	1728
FEBRERO	2107
MARZO	2285
ABRIL	1978
MAYO	1592
JUNIO	2053
JULIO	1331
AGOSTO	1456
SETIEMBRE	2073
OCTUBRE	1895
NOVIEMBRE	781
DICIEMBRE	547
TOTAL	19826

Nota: Fuente: DIRSAN PNP 2016

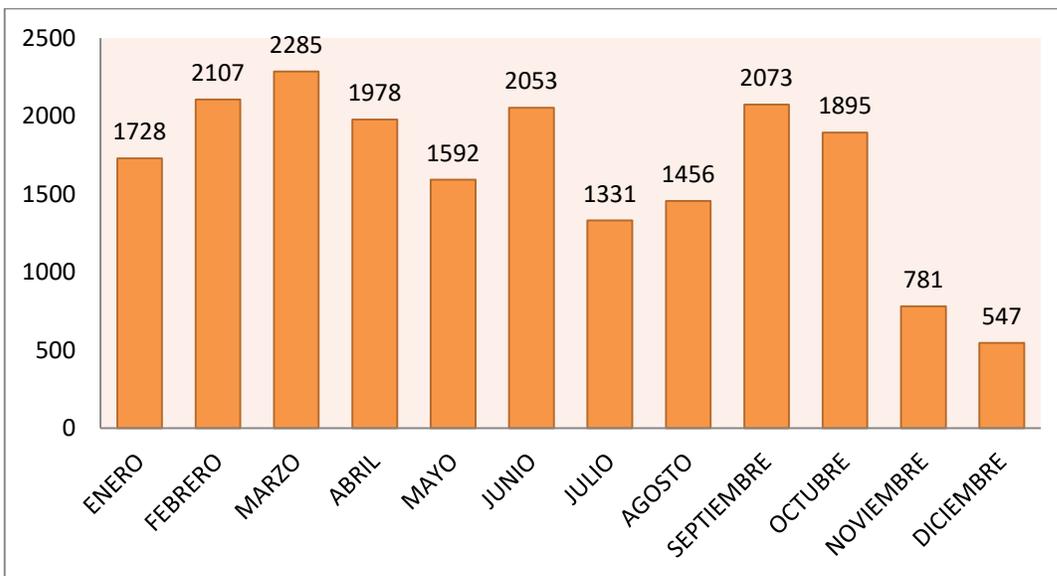


Figura 1 Usuarios atendidos por mes AF 2016 (Fuente: DIRSAN PNP 2016)

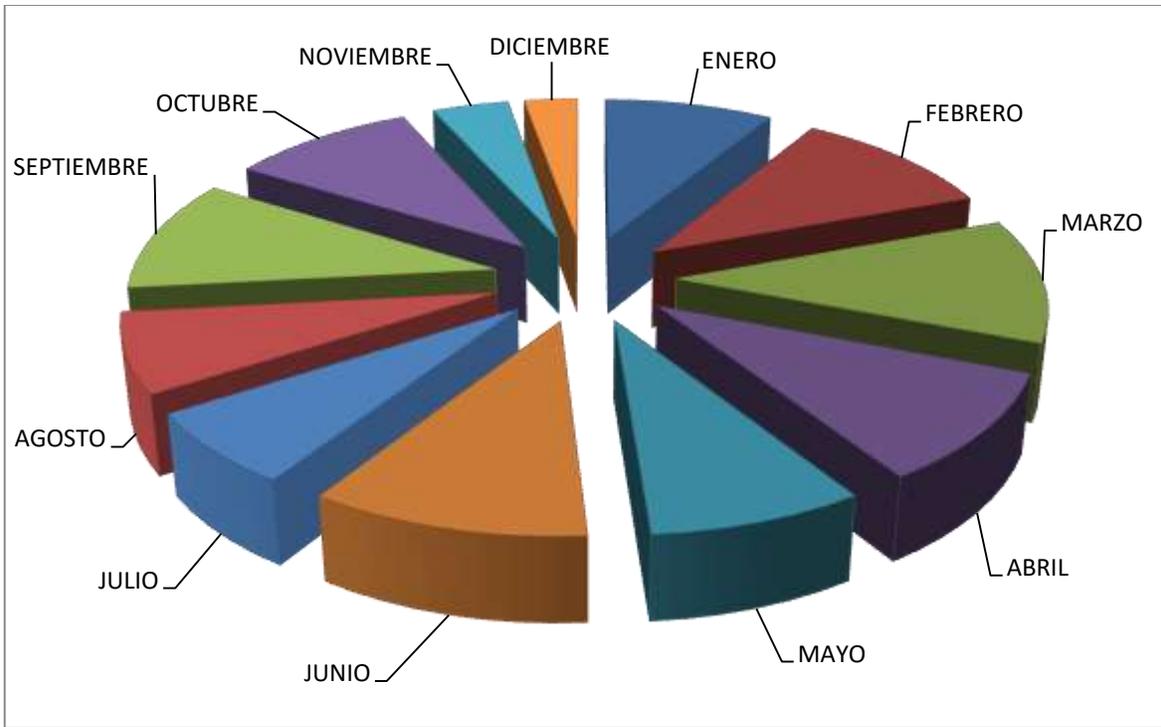


Figura 2 Usuarios atendidos por mes AF 2016 (Fuente: DIRSAN PNP 2016)

Según Dirección de Sanidad de la policía Nacional del Perú – DIRSAN se obtiene el siguiente dato

TABLA N° 2
AF- 2016

NUMERO DE ASEGURADOS	525,000 PERSONAS
----------------------	------------------

Nota: Fuente: DIRSAN PNP 2016



Figura 3 Año Fiscal 2016 (Fuente: DIRSAN PNP 2016)

Para el indicador extensión de uso aplicamos la siguiente fórmula

$$EU = \frac{\text{Nº DE USUARIOS ATENDIDOS}}{\text{Nº DE USUARIOS ASEGURADOS}} \times 100$$

En nuestro caso deducimos la siguiente fórmula

$$EU = \frac{\text{Nº DE USUARIOS ATENDIDOS AF 2016}}{\text{Nº DE USUARIOS ASEGURADOS AF 2016}} \times 100$$

$$EU = \frac{19826}{525000} \times 100 = 3.78$$

Extensión de uso en la División de Estomatología AF 2016 es de 3.78%

Tabla 3
Número de Atenciones AF 2016

MES	ATENCIONES
ENERO	7428
FEBRERO	12547
MARZO	6932
ABRIL	6126
MAYO	6307
JUNIO	7977
JULIO	5867
AGOSTO	7701
SEPTIEMBRE	7543
OCTUBRE	8245
NOVIEMBRE	9070
DICIEMBRE	6391
TOTAL	92134

Fuente: DIRSAN PNP 2016

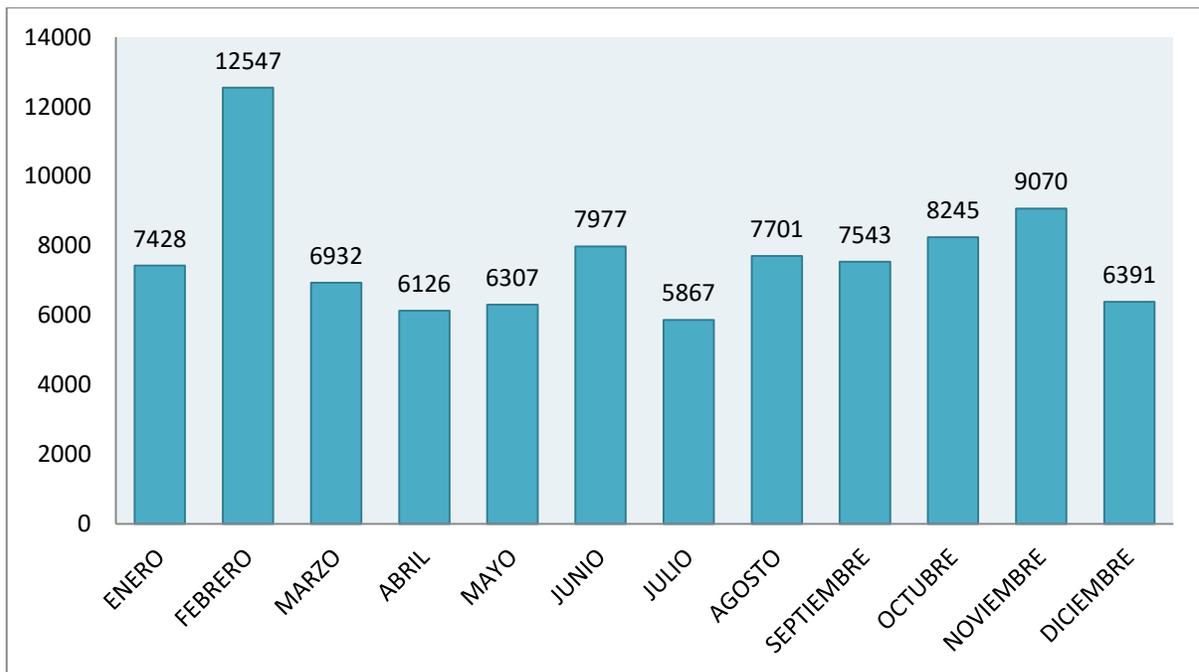


Figura 4 Número de Atenciones (Fuente: DIRSAN PNP 2016)

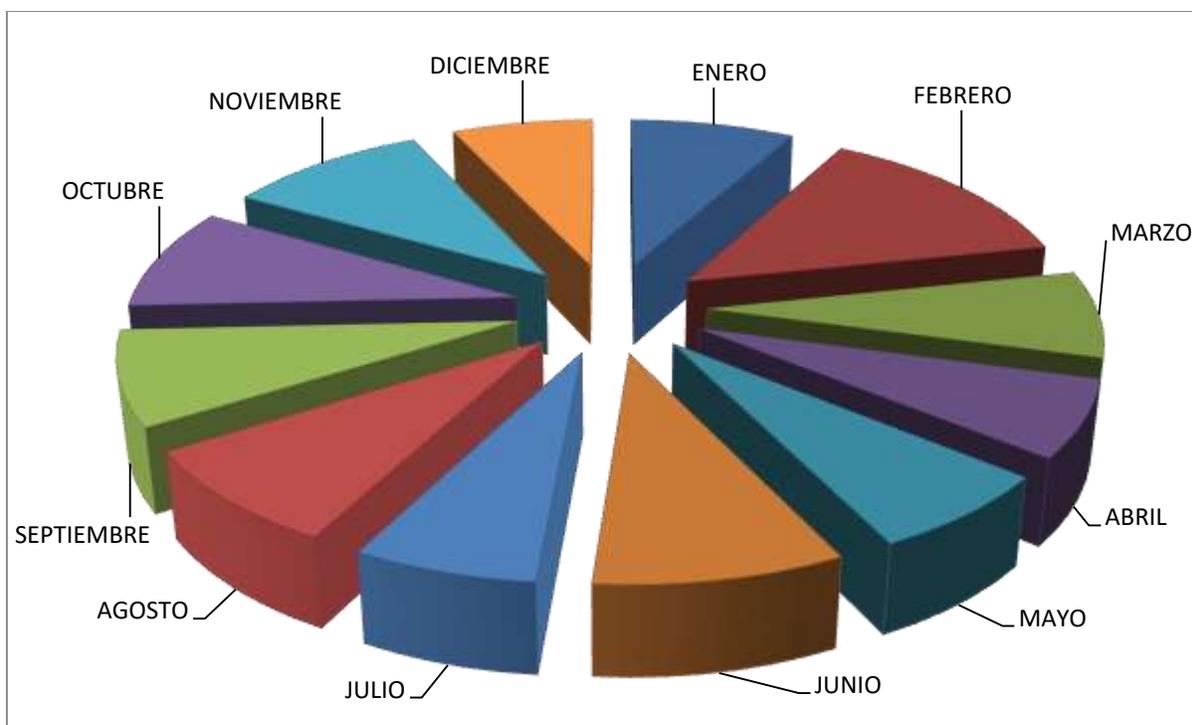


Figura 5 Número de Atenciones (Fuente: DIRSAN PNP 2016)

Para el indicador concentración aplicamos la siguiente fórmula

$$C = \frac{\text{N}^\circ \text{ DE ATENCIONES}}{\text{N}^\circ \text{ DE ATENDIDOS}}$$

En nuestro caso deducimos la siguiente fórmula

$$C = \frac{\text{N}^\circ \text{ DE ATENCIONES AF 2016}}{\text{N}^\circ \text{ DE ATENDIDOS AF 2016}}$$

$$C = \frac{92134}{19826} = 4.65$$

La Concentración de Estomatología AF 2016 es de 4.65

Consultas externas del año 2016

Aplicamos la siguiente fórmula

Población Asegurada x Concentración x Extensión de Uso = N° Cons. Externas por Año

$$525000 \times 4.65 \times 3.78 = 9\,227,925$$

Para establecer la Demanda Estimada de Procedimientos por Especialidad se utilizó la siguiente fórmula:

DEMANDA: Total Procedimientos anuales por el % de consultas anuales por especialidad

Departamento de Diagnóstico:

$$\text{DEMANDA: } 92134 \times 28.4\% = 26166$$

Tabla 4

Porcentaje de procedimientos en el Departamento De Diagnostico

MES	N° ATENCIONES ESTOMATOLOGÍA	N° ATENCIONES ESPECIALIDAD	% ATENCIONES ESPECIALIDAD
ENERO	7428	2229	30.0
FEBRERO	12547	3269	26.1
MARZO	6932	1799	26.0
ABRIL	6126	1697	27.7
MAYO	6307	1890	30.0
JUNIO	7977	2358	29.6
JULIO	5867	1938	33.0
AGOSTO	7701	2498	32.4
SETIEMBRE	7543	2434	32.3
OCTUBRE	8245	1455	17.6
NOVIEMBRE	9070	2847	31.4
DICIEMBRE	6391	1776	27.8
TOTAL	92134	26190	28.4

Fuente: Propia

La demanda anual en el Departamento de Diagnóstico es de 26'166 procedimientos.

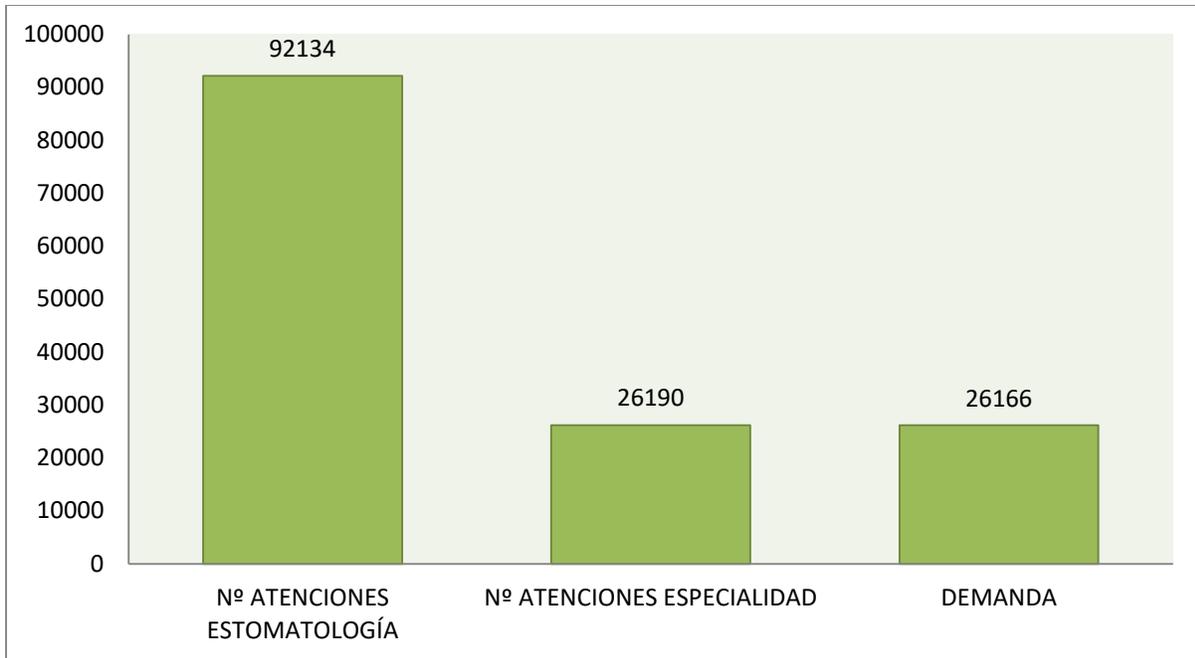


Figura 6. Demanda de consultas Anuales (Departamento De Diagnostico) Fuente:Propia

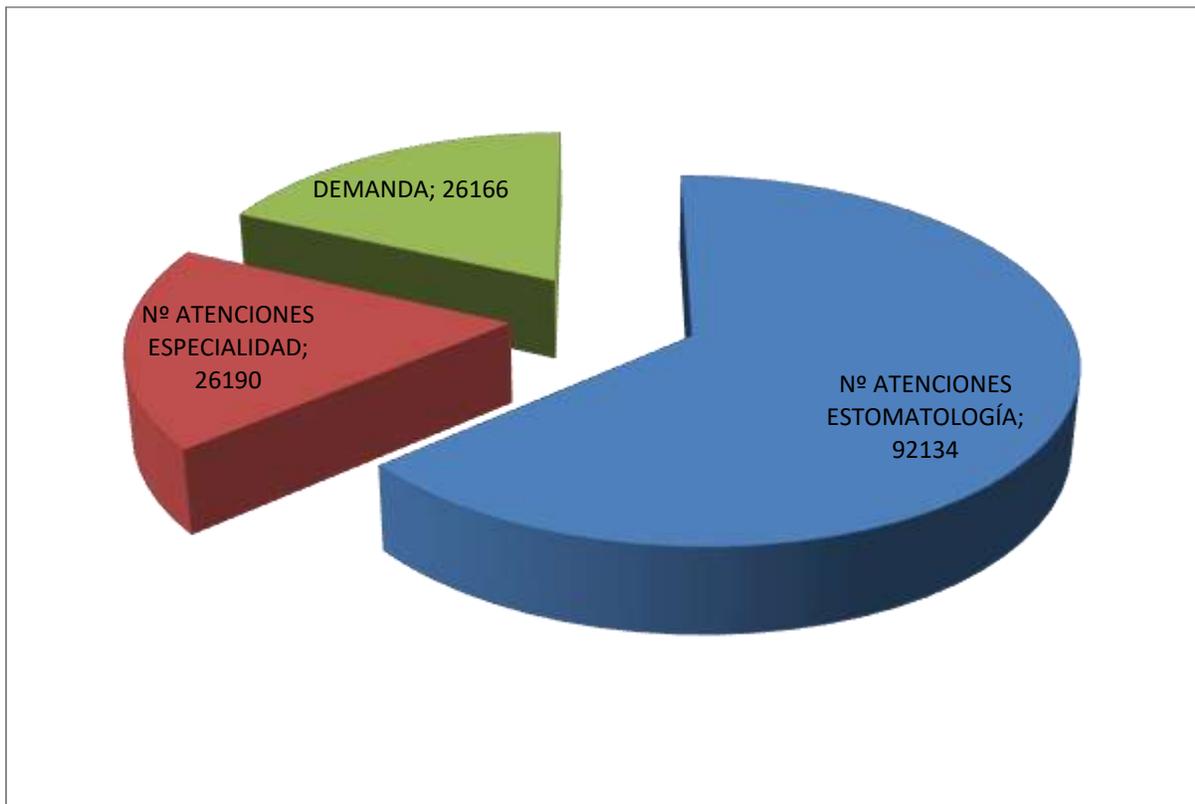


Figura 7. Demanda de consultas Anual (Departamento De Diagnostico) Fuente: Propia

Departamento de Prevención:

DEMANDA: $92134 \times 27\% = 24876$

Tabla 5
Porcentaje de procedimientos en el Departamento De Prevención

MES	N° ATENCIONES ESTOMATOLOGÍA	N° ATENCIONES ESPECIALIDAD	% ATENCIONES ESPECIALIDAD
ENERO	7428	2075	27.9
FEBRERO	12547	6594	52.6
MARZO	6932	2025	29.2
ABRIL	6126	1690	27.6
MAYO	6307	1342	21.3
JUNIO	7977	1796	22.5
JULIO	5867	1158	19.7
AGOSTO	7701	1707	22.2
SETIEMBRE	7543	1492	19.8
OCTUBRE	8245	1764	21.4
NOVIEMBRE	9070	1984	21.9
DICIEMBRE	6391	1222	19.1
TOTAL	92134	24849	27.0

Fuente: Propia

La demanda anual en el Departamento de Prevención es de 24876 procedimientos.

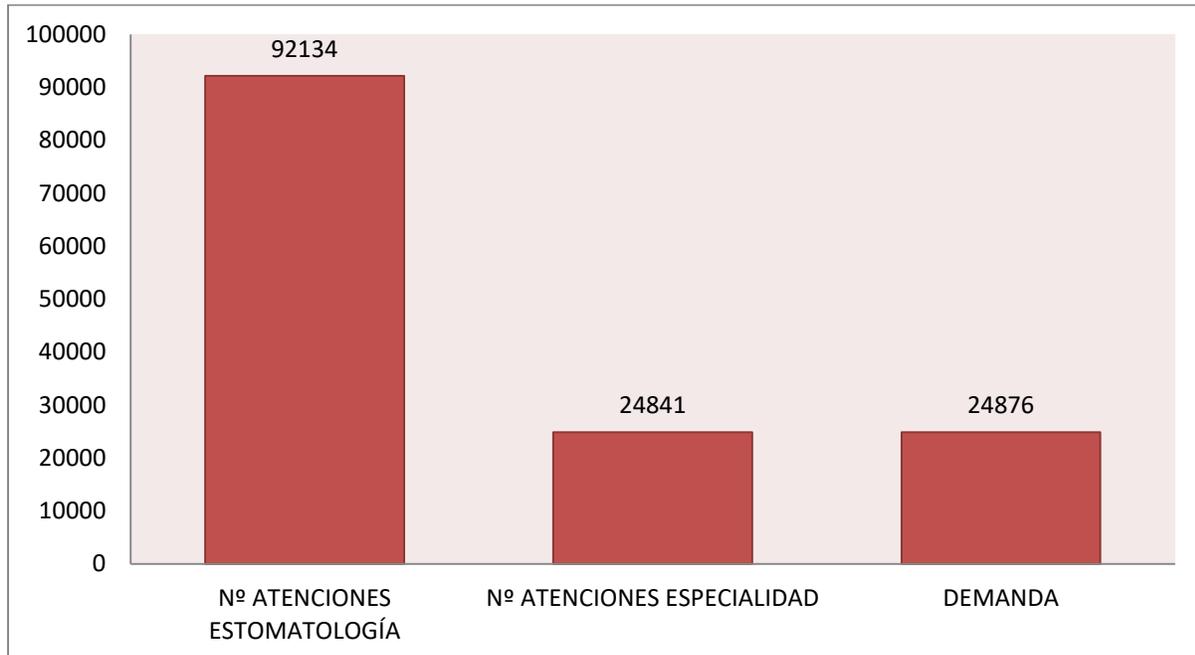


Figura 8. Demanda de consultas Anuales (Departamento De Prevención) Fuente:Propia

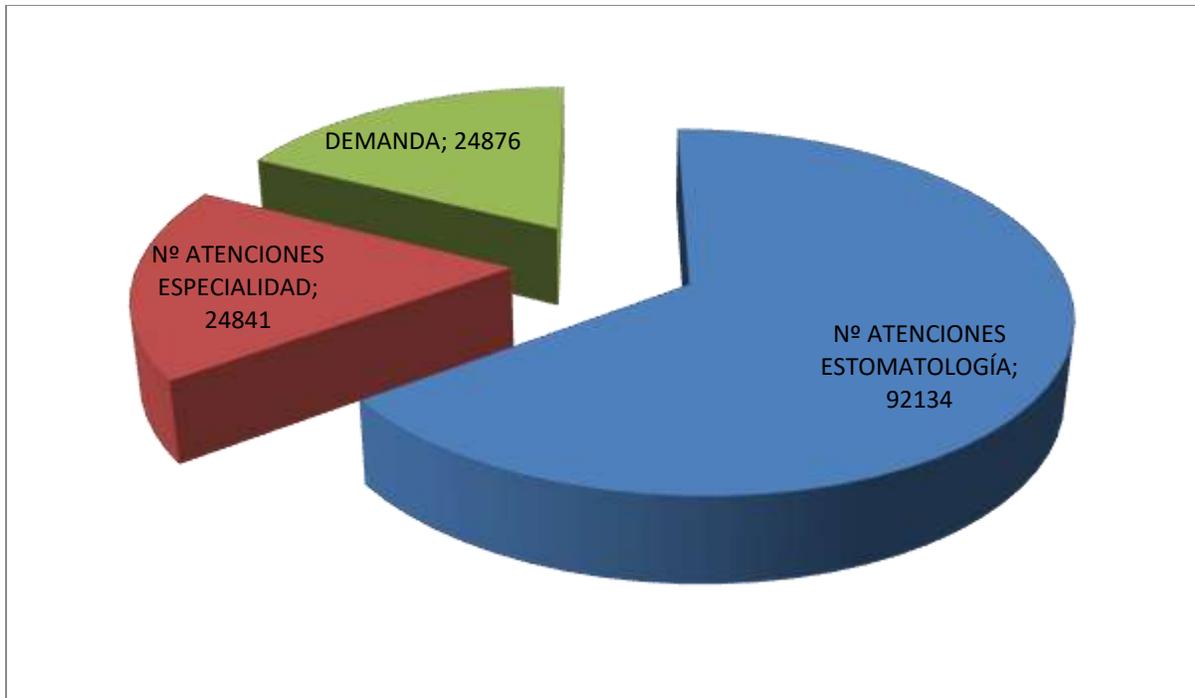


Figura 9 Demanda de consultas Anuales (Departamento De Prevención) Fuente:Propia.

Departamento de Endodoncia:

$$\text{DEMANDA: } 92134 \times 2\% = 1843$$

Tabla 6

Porcentaje de procedimientos en el Departamento De Endodoncia

MES	Nº ATENCIONES ESTOMATOLOGÍA	Nº ATENCIONES ESPECIALIDAD	% ATENCIONES ESPECIALIDAD
ENERO	7428	151	2.0
FEBRERO	12547	234	1.9
MARZO	6932	178	2.6
ABRIL	6126	137	2.2
MAYO	6307	215	3.4
JUNIO	7977	135	1.7
JULIO	5867	109	1.9
AGOSTO	7701	140	1.8
SETIEMBRE	7543	123	1.6
OCTUBRE	8245	121	1.5
NOVIEMBRE	9070	145	1.6
DICIEMBRE	6391	127	2.0
TOTAL	92134	1815	2.0

Fuente: Propia

La demanda anual en el Departamento de Endodoncia es de 1843 procedimientos.

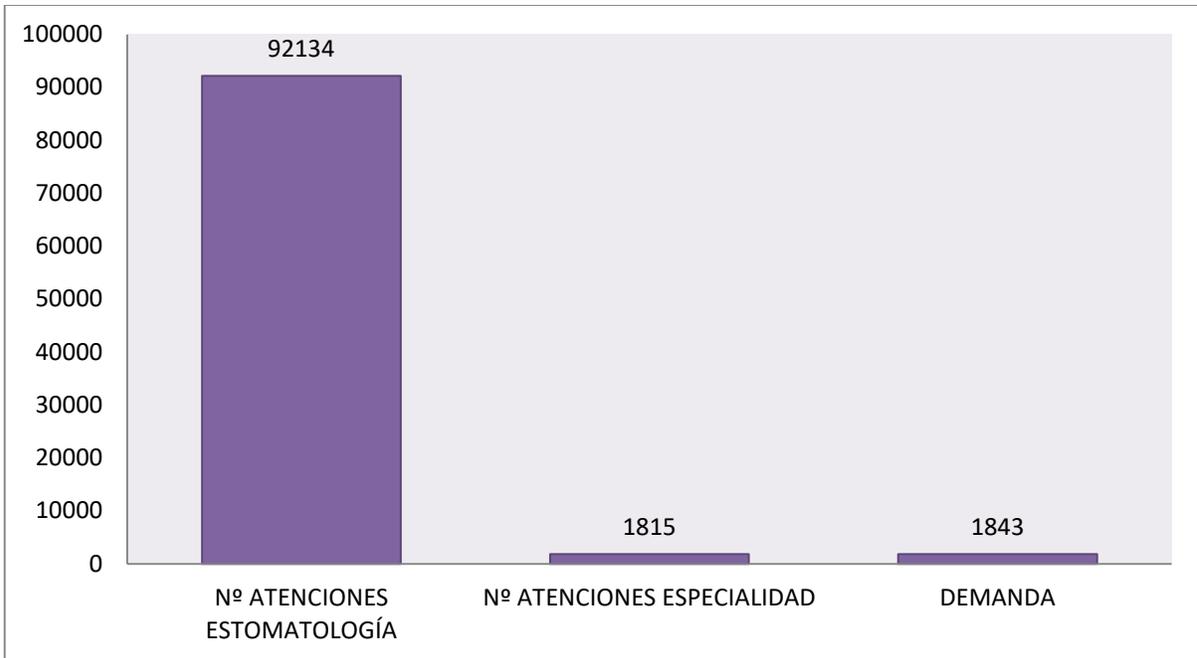


Figura 10. Demanda de consultas Anuales (Departamento De Endodoncia) Fuente:Propia



Figura 11 Demanda de consultas Anuales (Departamento de Endodoncia) Fuente:Propia.

Departamento de Prótesis:

DEMANDA: $92134 \times 14.8\% = 13636$

Tabla 7
Porcentaje de procedimientos en el Departamento De Prótesis

MES	Nº ATENCIONES ESTOMATOLOGÍA	Nº ATENCIONES ESPECIALIDAD	% ATENCIONES ESPECIALIDAD
ENERO	7428	1014	13.7
FEBRERO	12547	65	0.5
MARZO	6932	812	11.7
ABRIL	6126	775	12.7
MAYO	6307	790	12.5
JUNIO	7977	1301	16.3
JULIO	5867	817	13.9
AGOSTO	7701	900	11.7
SETIEMBRE	7543	1332	17.7
OCTUBRE	8245	2096	25.4
NOVIEMBRE	9070	2560	28.2
DICIEMBRE	6391	1141	17.9
TOTAL	92134	13603	14.8

Fuente: Propia

La demanda anual en el Departamento de Prótesis es de 13636 procedimientos.

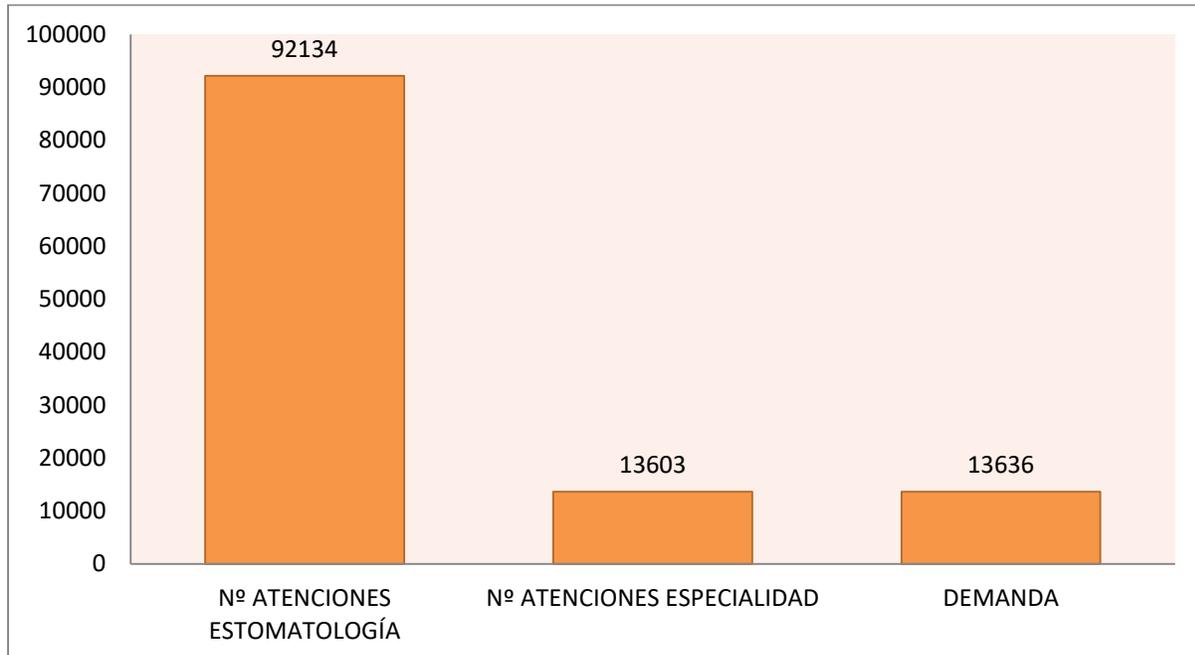


Figura 12. Demanda de consultas Anuales (Departamento De Prótesis) Fuente:Propia

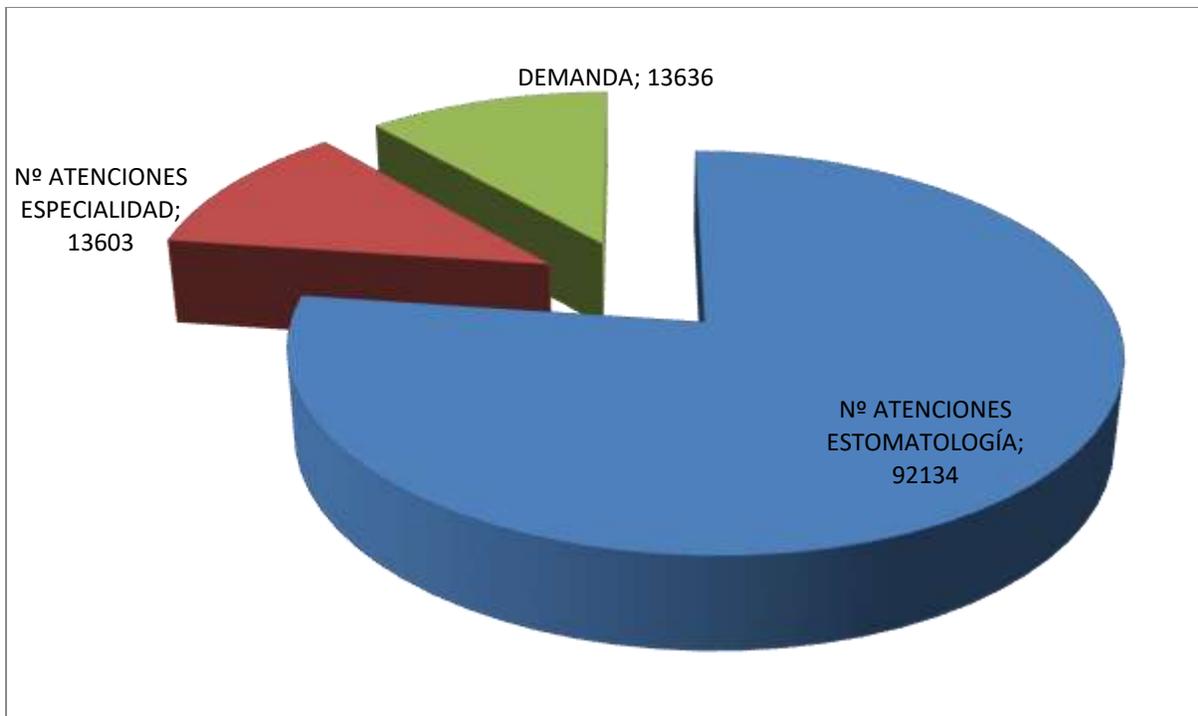


Figura 13 Demanda de consultas Anuales (Departamento De Prótesis) Fuente:Propia.

Departamento de Ortodoncia:

$$\text{DEMANDA: } 92134 \times 6.3\% = 5804$$

Tabla 8
Porcentaje de procedimientos en el Departamento De Ortodoncia

MES	Nº ATENCIONES ESTOMATOLOGÍA	Nº ATENCIONES ESPECIALIDAD	% ATENCIONES ESPECIALIDAD
ENERO	7428	437	5.9
FEBRERO	12547	958	7.6
MARZO	6932	432	6.2
ABRIL	6126	421	6.9
MAYO	6307	499	7.9
JUNIO	7977	446	5.6
JULIO	5867	293	5.0
AGOSTO	7701	525	6.8
SETIEMBRE	7543	353	4.7
OCTUBRE	8245	570	6.9
NOVIEMBRE	9070	453	5.0
DICIEMBRE	6391	375	5.9
TOTAL	92134	5762	6.3

Fuente: Propia

La demanda anual en el Departamento de Ortodoncia es de 5804 procedimientos.

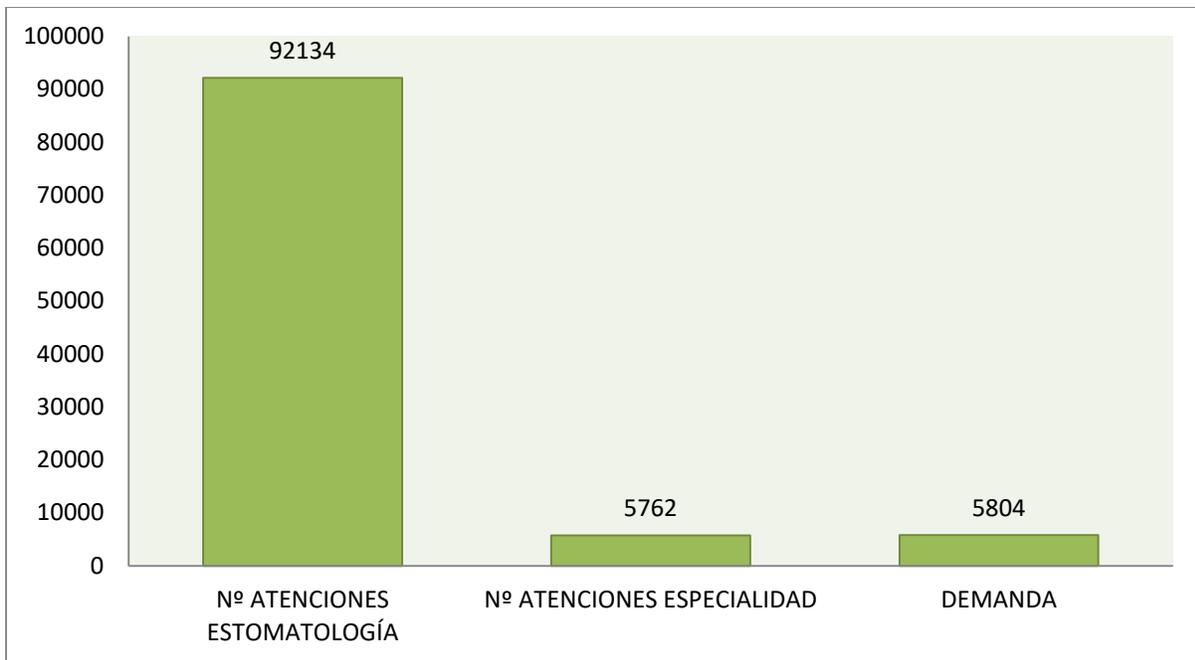


Figura 14. Demanda de consultas Anuales (Departamento De Ortodoncia) Fuente:Propia

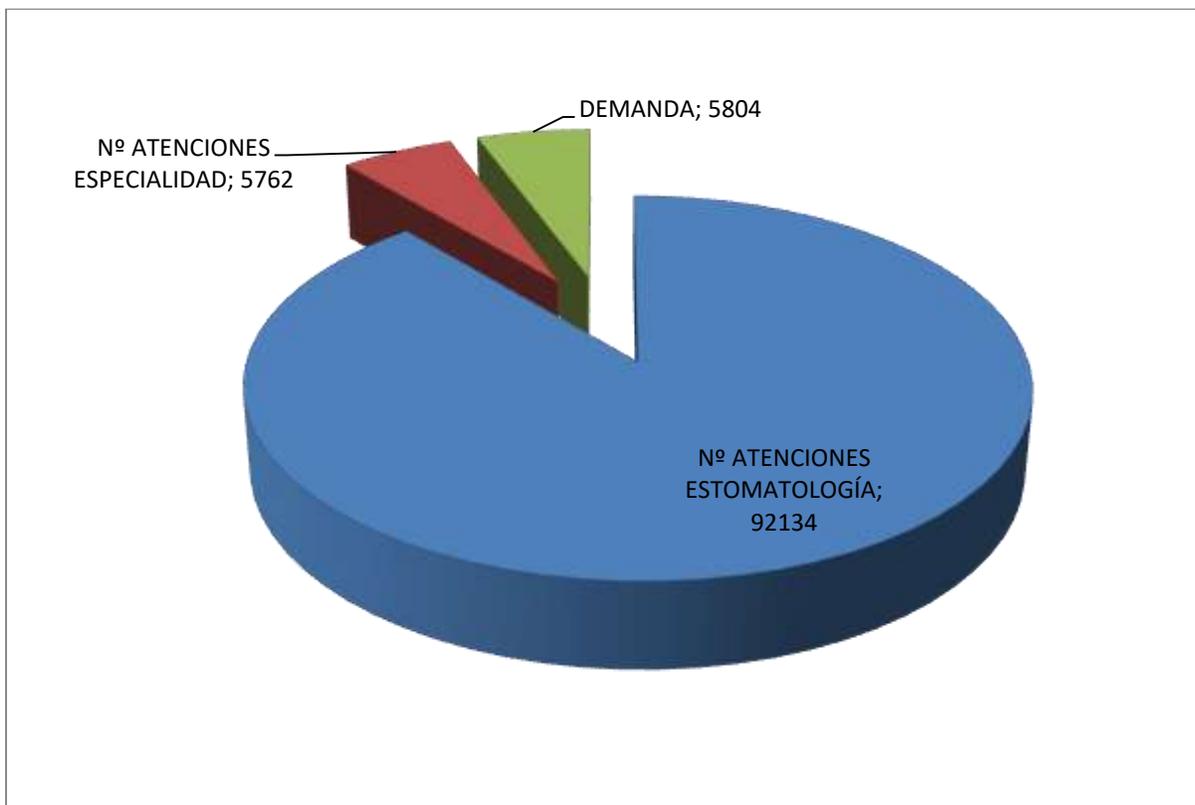


Figura 15 Demanda de consultas Anuales (Departamento De ortodoncia) Fuente:Propia.

Departamento de Operatoria Dental:

DEMANDA: $92134 \times 15.3\% = 14097$

Tabla 9
Porcentaje de procedimientos en el Departamento De Operatoria Dental

MES	Nº ATENCIONES ESTOMATOLOGÍA	Nº ATENCIONES ESPECIALIDAD	% ATENCIONES ESPECIALIDAD
ENERO	7428	1020	13.7
FEBRERO	12547	1140	9.1
MARZO	6932	1115	16.1
ABRIL	6126	825	13.5
MAYO	6307	1023	16.2
JUNIO	7977	1279	16.0
JULIO	5867	1101	18.8
AGOSTO	7701	1323	17.2
SETIEMBRE	7543	1244	16.5
OCTUBRE	8245	1433	17.4
NOVIEMBRE	9070	1391	15.3
DICIEMBRE	6391	1166	18.2
TOTAL	92134	14060	15.3

Fuente: Propia

La demanda anual en el Departamento de Operatoria Dental es de 14097 procedimientos.

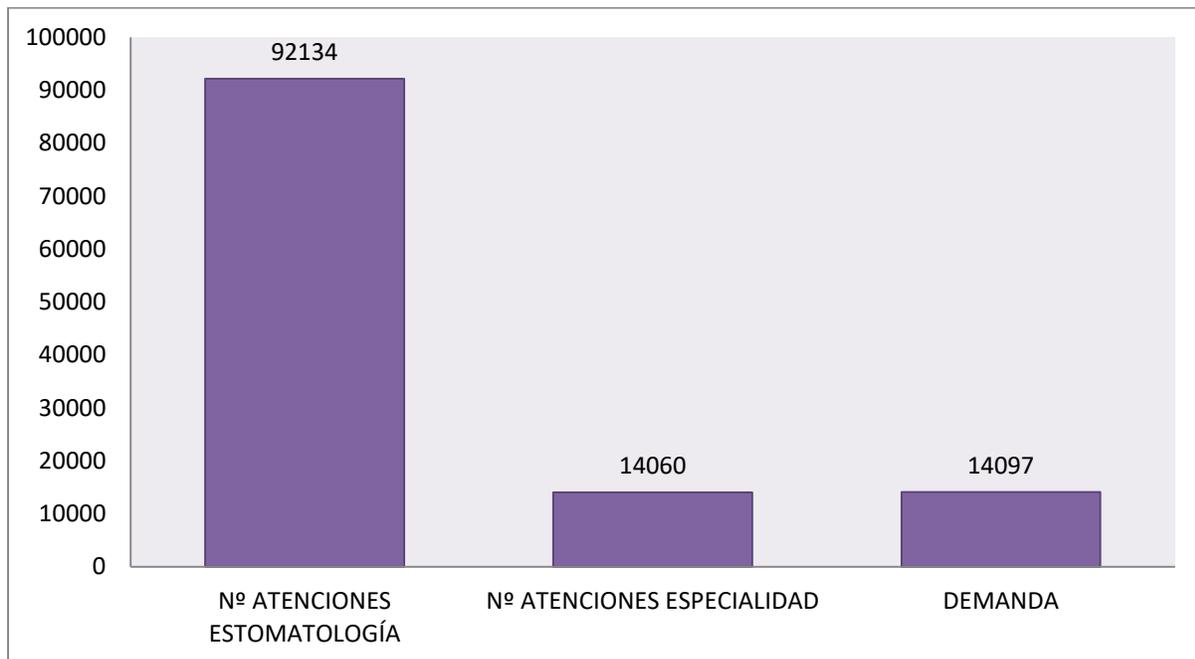


Figura 16. Demanda de consultas Anuales (Departamento Operatoria Dental) Fuente:Propia

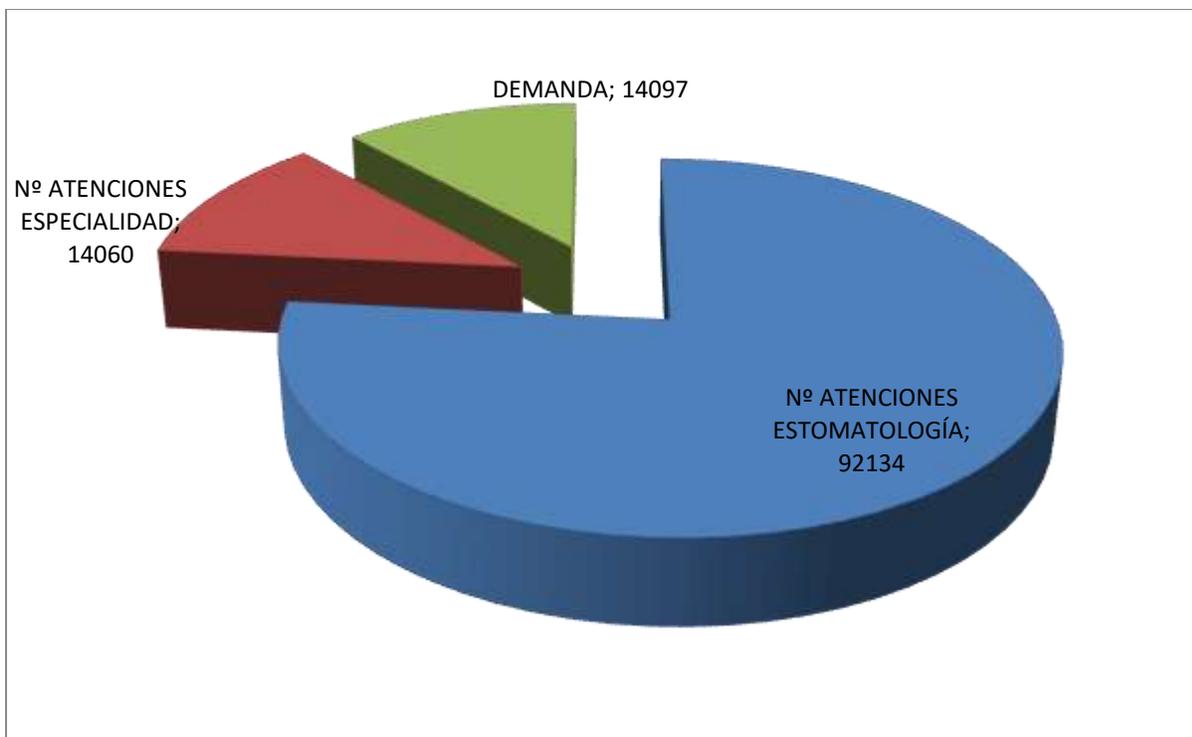


Figura 17 Demanda de consultas Anuales (Operatoria Dental) Fuente:Propia.

Departamento de Cirugía Buco-Maxilo Facial:

$$\text{DEMANDA: } 92134 \times 3.1\% = 2580$$

Tabla 10

Porcentaje de procedimientos en el Departamento De Cirugía Buco-Maxilo Facial

MES	Nº ATENCIONES ESTOMATOLOGÍA	Nº ATENCIONES ESPECIALIDAD	% ATENCIONES ESPECIALIDAD
ENERO	7428	180	2.4
FEBRERO	12547	176	1.4
MARZO	6932	196	2.8
ABRIL	6126	196	3.2
MAYO	6307	172	2.7
JUNIO	7977	223	2.8
JULIO	5867	205	3.5
AGOSTO	7701	224	2.9
SETIEMBRE	7543	231	3.1
OCTUBRE	8245	249	3.0
NOVIEMBRE	9070	291	3.2
DICIEMBRE	6391	192	3.0
TOTAL	92134	2535	2.8

Fuente: Propia

La demanda anual en el Departamento de Cirugía Buco-Maxilo Facial 2580 procedimientos.

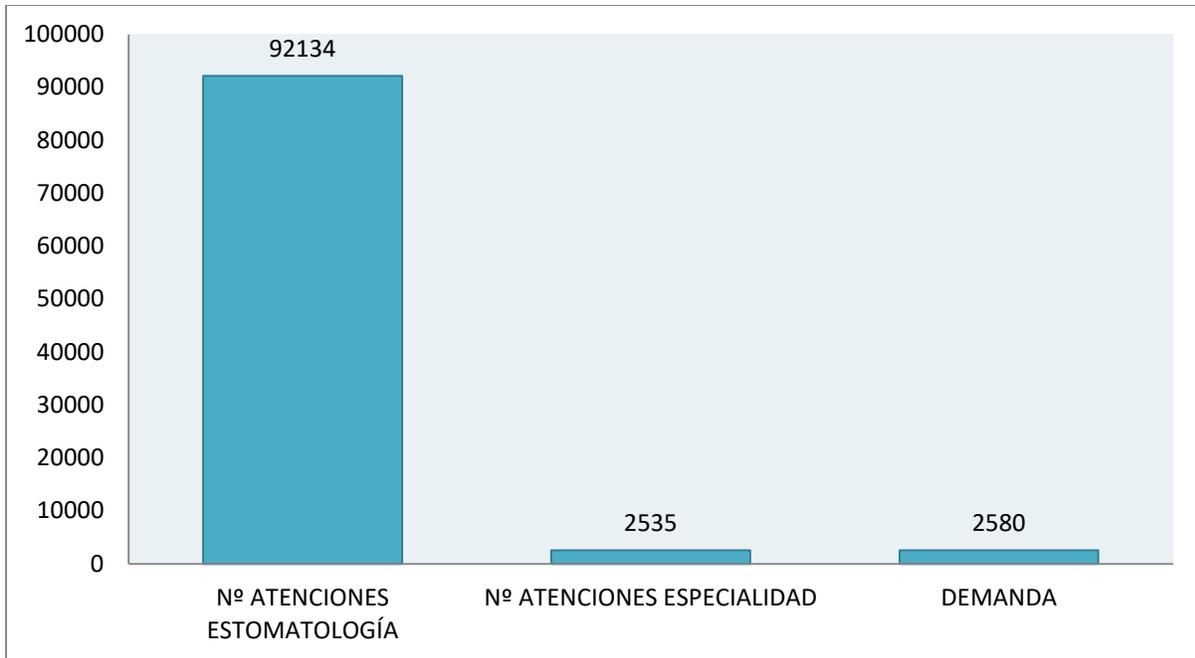


Figura 18. Demanda de consultas Anuales (Departamento De Cirugía Buco-Maxilo Facial) Fuente:Propia

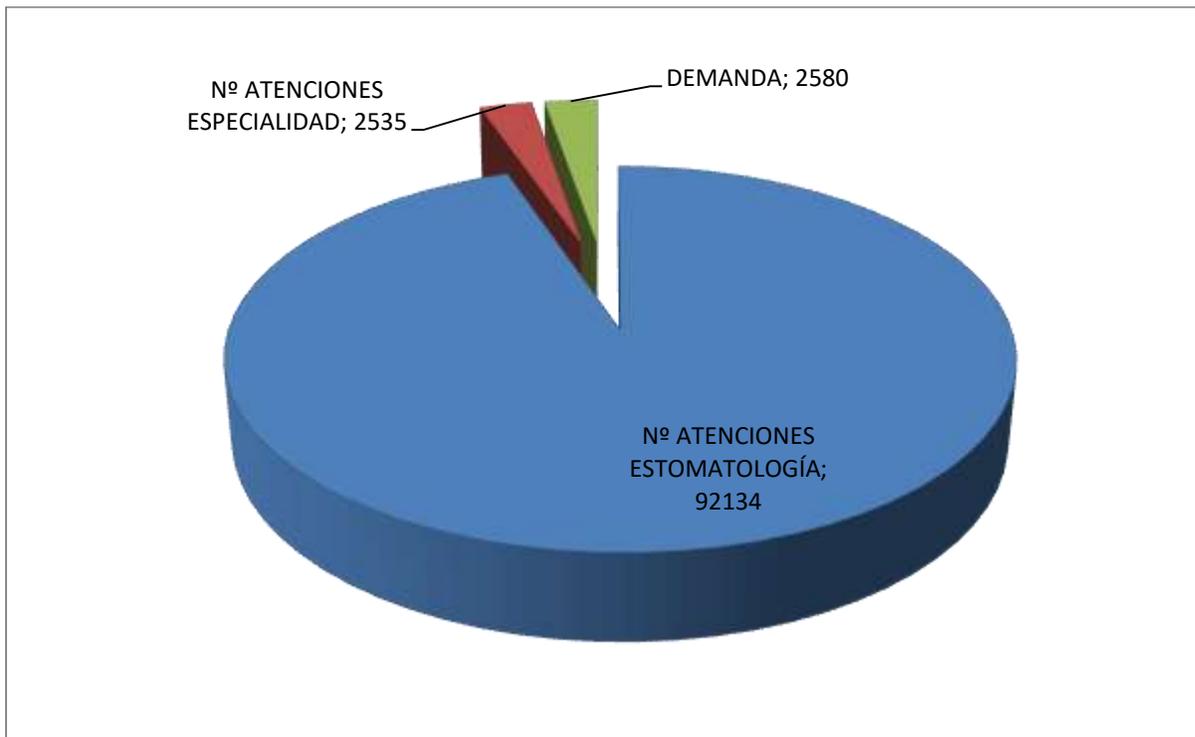


Figura 19 Demanda de consultas Anuales (Departamento De Cirugía Buco-Maxilo Facial) Fuente:Propia.

Departamento de Periodoncia:

DEMANDA: $92134 \times 3.4\% = 3133$

Tabla 11

Porcentaje de procedimientos en el Departamento De Periodoncia

MES	Nº ATENCIONES ESTOMATOLOGÍA	Nº ATENCIONES ESPECIALIDAD	% ATENCIONES ESPECIALIDAD
ENERO	7428	257	3.5
FEBRERO	12547	19	0.2
MARZO	6932	254	3.7
ABRIL	6126	348	5.7
MAYO	6307	268	4.2
JUNIO	7977	357	4.5
JULIO	5867	217	3.7
AGOSTO	7701	289	3.8
SETIEMBRE	7543	226	3.0
OCTUBRE	8245	261	3.2
NOVIEMBRE	9070	380	4.2
DICIEMBRE	6391	277	4.3
TOTAL	92134	3153	3.4

Fuente: Propia

La demanda anual en el Departamento de Periodoncia es de 3133 procedimientos.

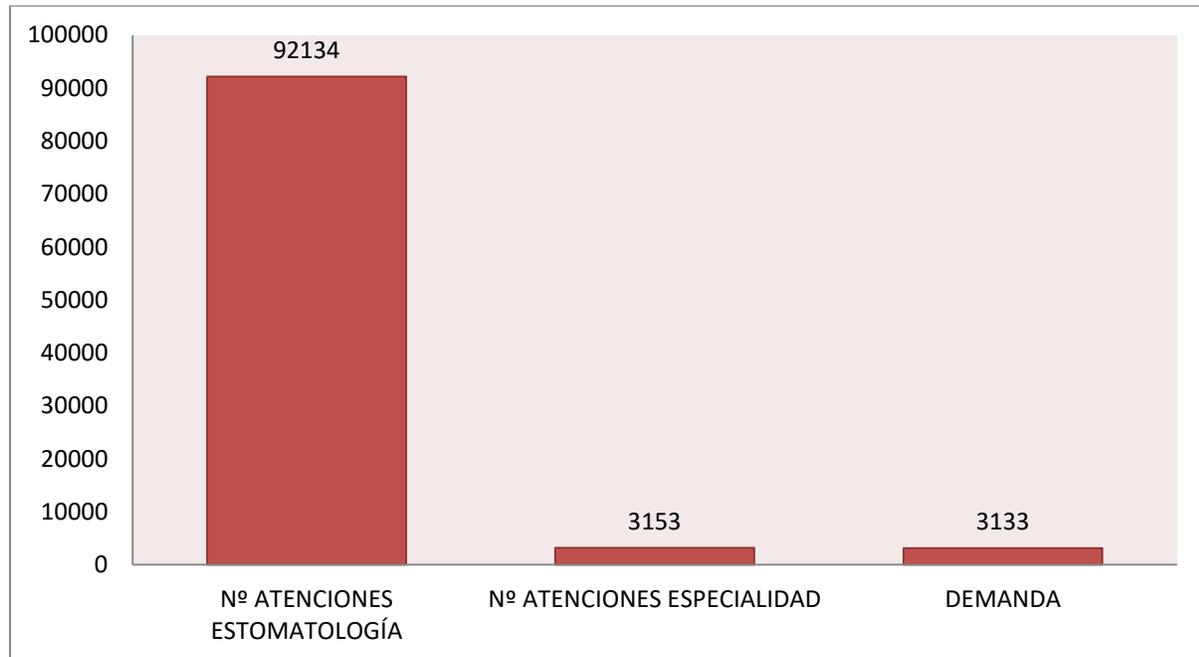


Figura 20. Demanda de consultas Anuales (Departamento De Periodoncia) Fuente:Propia

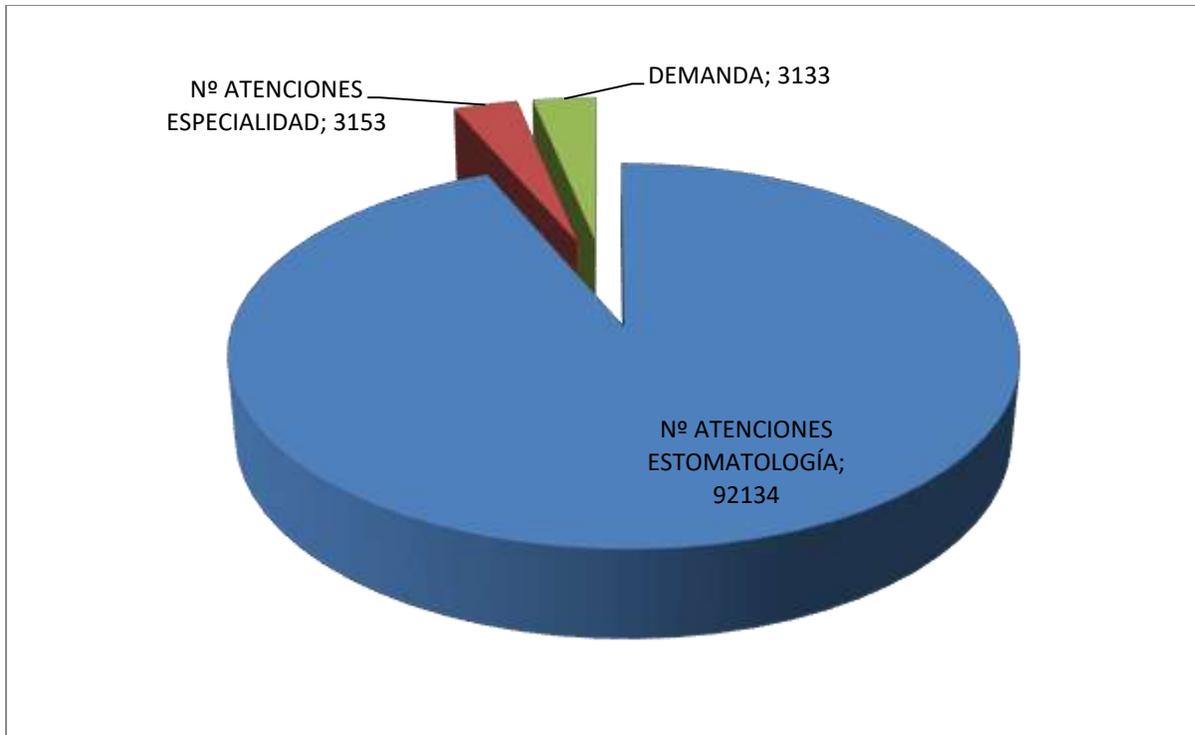


Figura 21 Demanda de consultas Anuales (Departamento De Periodoncia) Fuente:Propia.

Demanda Estimada Anual de Procedimientos por Especialidades

Tabla 11

Demanda y Porcentaje de procedimientos por Departamento Año 2016

	% ATENCIONES ANUALES	DEMANDA
DIAGNOSTICO	28.4%	26166
PREVENCION	27.0%	24876
ENDODONCIA	2.0%	1843
PROTESIS	14.8%	13636
ORTODONCIA	6.3%	5804
CIRUGIA BUCO-MAXILO FACIAL	2.8%	2580
PERIODONCIA	3.4%	3133
OPERATORIA DENTAL	15.3%	14097
TOTAL	100	92134

Fuente: Propia

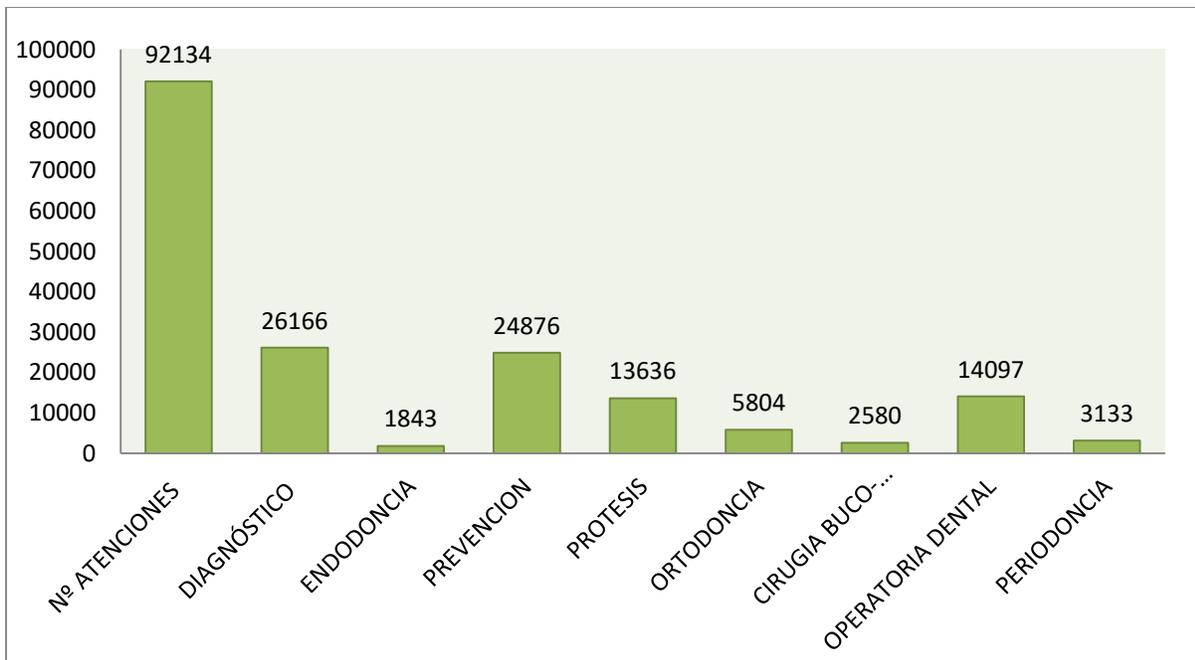


Figura 22. Demanda y Porcentaje de procedimientos por Departamento Año 2016

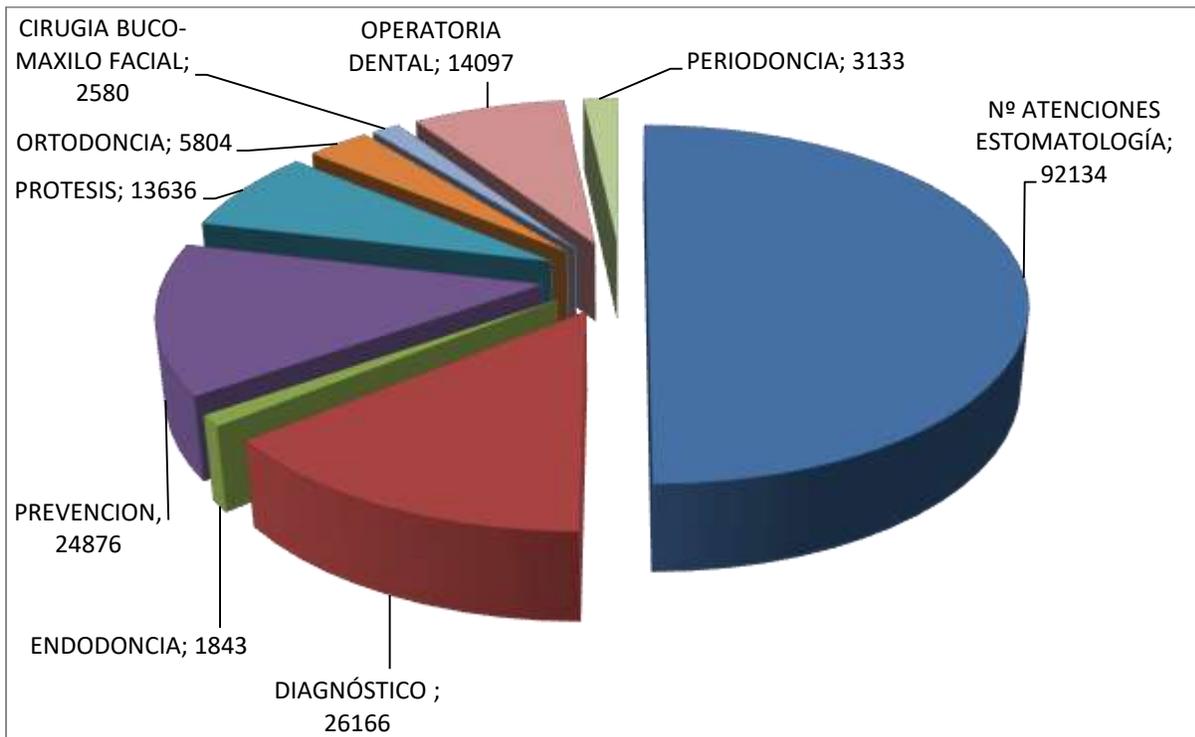


Figura 23 Demanda de consultas Anuales (Departamento De Periodoncia) Fuente:Propia.

CAPÍTULO IV.-ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

DISCUSION:

Los indicadores de gestión son muy importantes para la toma de decisiones que podrían estar integradas dentro de los lineamientos y políticas sectoriales (Ministerio de Salud) así como también institucionales como es en este caso de la división de Estomatología del Hospital Central de Policía.

En la División de Estomatología del Hospital Central se realiza atención altamente especializada en Estomatología, por lo cual se requiere mayor dedicación y tiempo respecto a la atención de odontología general; así como recursos humanos, insumos y tecnología específica para los procedimientos.

Otra razón de la diferencia descrita podría ser que la sanidad de la policía nacional tiene menor población por coberturar ya que tiende al titular y sus derechohabientes con una población total de 525,000 personas según DIRSAN – PNP 2016 respecto a ESSALUD con una población de asegurados de más de 8 000,000 y MINSA más de 11 000,000 a través del Seguro Integral de Salud (SIS).

La situación descrita en el párrafo anterior se evidencia con los datos hallado en el presente trabajo a través de la Extensión de Uso de 3.78% (tres punto setenta y ocho por ciento), y Concentración de 4.65% (cuatro punto sesenta y cinco por ciento).

Por su parte Ruiz (2005) dice que un instrumento importante a la hora de determinar la demanda es manejar un Cuadro de Mando Integral (CMI) que es en un instrumento de gestión, que facilita la comunicación y la puesta en funcionamiento de la estrategia organizacional, es decir, es un marco que contiene un conjunto de indicadores seleccionados que ayudan a la organización a ejecutar sus factores claves para éxito, los cuales son definidos al generar la visión estratégica de la compañía.

Del presente trabajo se desprende que en la División de Estomatología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú se cumple la visión estratégica, ya que cubre la demanda de atenciones en cada especialidad, constituyendo uno de los logros importantes en el manejo de la gestión de la alta dirección en forma responsable y diferenciada.

En opinión de Alcalde Rabanal (2011) entiende la demanda de salud como la "percepción de una necesidad de atención de salud" para prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud de las personas. Esta necesidad responde a factores físicos (demanda de salud por accidente, embarazo, enfermedad) o factores ligados al ciclo de vida (inmunización en edad temprana y atención en personas de tercera edad). Dada una percepción de necesidad, las personas pueden acceder al sistema de salud según su restricción presupuestaria y asumir una tarifa de acceso para la disponibilidad de infraestructura y utilizarla según sea su grado de necesidad y grado de aversión al riesgo. Esto último, determinará la cantidad demandada de salud, la cual mide el nivel de cuidados de salud que una persona desea adquirir. La demanda de los servicios de salud tiene algunos elementos no compartidos con la demanda de la mayoría de bienes y servicios, lo que usualmente dificulta su modelización y estimación.

Según los resultados de nuestro estudio, la División de Estomatología del Hospital Central cubre casi en su totalidad la demanda de atenciones por especialidades, se sugiere evaluar los proyectos de gestión pública a fin de incrementar los presupuestos en las especialidades de mayor demanda de atenciones; lo que permitiría un mejor desempeño de los profesionales odontólogos, una atención de calidad para los usuarios cubriendo sus necesidades.

En 1997 el Ministerio de Salud del Perú (1997) realizó un estudio descriptivo en donde se observó que los efectos positivos de las intervenciones que el estado selecciona para poder proveer servicios de salud a la población podrían ser contrarrestados tanto por las conductas

inesperadas de los grupos beneficiarios como por las condiciones de salud de las mismas. Por tal motivo, es importante la evaluación de estos patrones y contar con información sobre el comportamiento del usuario en el mercado de salud. En este sentido, la finalidad de un análisis de la demanda por los servicios de salud es identificar el grado de equidad de los servicios prestados y las estrategias que se podrían seguir para llegar de manera efectiva a los grupos que más necesitan la atención de los servicios de salud. La demanda de los servicios de salud depende del precio de la consulta, los precios de las medicinas, los ingresos disponibles, los costos de transporte, el tiempo de espera, la calidad del trato recibido, la calidad clínica de los tercios ofertados, los factores demográficos del hogar y sus miembros, los hábitos y costumbres de las personas. Por ello, la ausencia de un análisis de este tipo podría alterar los esquemas de financiamiento sostenibles y el acceso a las poblaciones más desfavorecidas.

La División de Estomatología del Hospital Central, aun teniendo la problemática de presupuestos en ciertas áreas de Salud, esta institución con visión dinámica que guarda relación estructurada con los usuarios del titular y la familia policial, responde a las necesidades de salud bucal brindando sus servicios especializados.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

Los planeamientos de la Gestión en el Departamento de Estomatología buscan mejorar el desempeño del Hospital Militar Central en cuanto a su calidad de servicios y la mejora de procesos hospitalarios para el perfeccionamiento de la gestión hospitalaria.

Según los datos evaluados y procesados se llegó a un consenso de los siguientes indicadores:

- El primer indicador es Extensión de Uso, fue hallado para la División de Estomatología del Hospital Central de la Policía; lo cual significa que la población de atendidos sobre la población total es 3.78% (tres punto setenta y ocho por ciento), demostraríamos una baja cantidad de usuarios que acuden a la división de Estomatología.
- El segundo indicador es Concentración, fue hallado para la División de Estomatología del Hospital Central de la Policía; lo cual significa que el número de atenciones sobre el número de atendidos es 4.65% (cuatro punto sesenta y cinco por ciento), demostraríamos una baja cantidad de usuarios que se atienden en la división de Estomatología.
- El tercer indicador es Demanda Estimada de Procedimientos por Especialidad, fue hallado para la División de Estomatología del Hospital Central de la Policía Departamento de Diagnóstico; lo cual muestra que la demanda estimada es 26 166 (veintiséis mil ciento sesenta y seis) atenciones.
- El cuarto indicador es Demanda Estimada de Procedimientos por Especialidad, fue hallado para la División de Estomatología del Hospital Central de la Policía Departamento de Prevención; lo cual muestra que la demanda estimada es 24876 (veinticuatro mil ochocientos setenta y seis) atenciones.
- El quinto indicador es Demanda Estimada de Procedimientos por Especialidad, fue hallado para la División de Estomatología del Hospital Central de la Policía

Departamento de Endodoncia; lo cual muestra que la demanda estimada es 1843 (mil ochocientos cuarenta y tres) atenciones.

- El sexto indicador es Demanda Estimada de Procedimientos por Especialidad, fue hallado para la División de Estomatología del Hospital Central de la Policía Departamento de Prótesis; lo cual muestra que la demanda estimada es 13636 (trece mil seiscientos treinta y tres) atenciones.
- El séptimo indicador es Demanda Estimada de Procedimientos por Especialidad, fue hallado para la División de Estomatología del Hospital Central de la Policía Departamento de Ortodoncia; lo cual muestra que la demanda estimada es 5804 (cinco mil ochocientos cuatro) atenciones.
- El octavo indicador es Demanda Estimada de Procedimientos por Especialidad, fue hallado para la División de Estomatología del Hospital Central de la Policía Departamento de Operatoria Dental; lo cual muestra que la demanda estimada es 14097 (catorce mil noventa y siete) atenciones
- El noveno indicador es Demanda Estimada de Procedimientos por Especialidad, fue hallado para la División de Estomatología del Hospital Central de la Policía Departamento de Cirugía Buco Máxilo-Facial; lo cual muestra que la demanda estimada es 2580 (dos mil quinientos ochenta) atenciones.
- El décimo indicador es Demanda Estimada de Procedimientos por Especialidad, fue hallado para la División de Estomatología del Hospital Central de la Policía Departamento de Periodoncia; lo cual muestra que la demanda estimada es 3133 (tres mil ciento treinta y tres) atenciones.

- El décimo primer indicador es Demanda Estimada Anual de Procedimientos por Especialidades, fue hallado para la División de Estomatología del Hospital Central de la Policía; lo cual muestra 92134 (tres mil ciento treinta y tres) atenciones.

RECOMENDACIONES

1. De lo hallado en esta investigación se recomienda realizar más trabajos científicos a fin de hallar otros indicadores que permitan a los gestores de la institución tomar acciones frente a las posibles problemáticas presentes en la institución, ya que la comprobación a través del método científico permite establecer un criterio de verdad en el mundo real.
2. Se sugiere a la comunidad odontológica mejorar la calidad de atención para los usuarios que acuden a la División de Estomatología del Hospital Central de la Policía.
3. Se propone a la comunidad odontológica aumentar el presupuesto anual para las especialidades de Prevención, Operatoria Dental y Prótesis, para cubrir con la alta demanda de atenciones en dichas especialidades de la División de Estomatología del Hospital Central de la Policía.
4. Se invita a la comunidad odontológica realizar actividades para incrementar el número de demandas en las especialidades de Endodoncia, Cirugía Buco-Maxilo Facial, Periodoncia y Ortodoncia de la División de Estomatología del Hospital Central de la Policía.
5. Se plantea a la comunidad odontológica analizar la cantidad óptima de pacientes que se deben atender en el servicio altamente especializado de Diagnóstico de la División de Estomatología del Hospital Central de la Policía.
6. Se recomienda a la comunidad odontológica evaluar la demanda de atenciones por especialidad de la División de Estomatología del Hospital Central de la Policía, a fin de equilibrar la demanda de todas las especialidades.

CAPÍTULO VI.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcalde Rabanal, J. E. (2011). Sistemas de salud del Perú. *Salud Pública de México*, 243-254.
- Arredondo, A. (1999). ¿Qué es y qué está haciendo la economía de la salud? *Revista de la facultad de ciencias económicas de la UNMSM.*, 143-158.
- Burga, D. M. (2011). Metodología de Estudios de línea base. *Pensamiento Crítico.*, 61-82.
- CARITAS DEL PERÚ. (2008). *Proyecto Nutrición Infantil en áreas de influencia del grupo minero Pasco*. Pasco: G&C Salud y Ambiente.
- Charlita, P. (2009). Indicadores de gestión. En *Gestión de costos en salud: teoría, cálculo y uso*. ECOE-Bogotá, 143-160.
- Chávez, M. M. (2012). *Perú: Demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud 2006-2010*. Lima: Instituto nacional de estadística e informática.
- Collazo, M., & Cárdenas, J. (2002). La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario? *Revista panamericana de salud pública*, 359-365.
- De la Cruz Gonzáles, A. (2008). *Relación entre la demanda insatisfecha por medicamentos y la satisfacción del usuario externo en el Policlínico Militar de Chorrillos*. Lima: UNMSN.
- Gallo, N. E. (2009). Línea de base del proyecto de salud sexual y reproductiva para adolescentes en Medellín: componente cualitativo. *Facultad Nacional de Salud pública*, 282-290.
- Hermoza Mogollón, M. A. (2006). *Análisis de la demanda en relación con la oferta de los servicios de salud pediátricos en un hospital de alta complejidad de la seguridad social (ESSALUD)*. Lima: EsSalud.
- Herrera C., W. y. (2008). *Manual de Procesos y Procedimientos: Bases Estratégicas y organizacionales*. Cartagena de Indias: Hospital universitario del Caribe.

- Kaplan, R., & Norton, D. (1996). "Using the balanced scorecard as a strategic management system". *Harvard bussiness review*, 74-75.
- Kotler, P. (2006). *Dirección de marketing*. México: Pearson Educación.
- Llanos Zavalaga, L. F., Contreras Rios, C. E., Velasquez Hurtado, J. E., & y Peinado Rodriguez, J. (2004). Factores asociados a la demanda de salud en cinco provincias de Cajamarca. *Revista Medica Herediana*, 11-18.
- Longaray, C. (2010). *Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud*. Lima: UNMSM.
- Madueño D., M. A. (2003). Análisis de la Brecha entre oferta y demanda de servicios de salud pra la programación de la inversión sectorial de mediano plazo. En M. A. Madueño D., *Análisis de la Brecha entre oferta y demanda de servicios de salud pra la programación de la inversión sectorial de mediano plazo* (págs. 63-66). Lima: Partners for Health Reformplus.
- Ministerio de Salud. (1997). *Análisis de la Demanda por los Servicios de Salud*. Lima: MINSAs.
- MINSAs. (2002). *Análisis de la situación de salud 2001*. Lima: MINSAs.
- MINSAs, O. (2003). *Análisis y tendencias en la utilización de servicios de salud: Perú 1985-2002*. Lima: Ministerio de Salud.
- Mokate, K., & y Saavedra, J. (2006). *Gerencia Social: Un Enfoque Integral para la gestión de políticas y programas*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de desarrollo.
- Molina, R. y. (2000). Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias . *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15-20.

- Organización panamericana de la salud. (1998). *Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud*. Washington, D.C.: OPS.
- Otero, J. (2002). *Gerencia en odontología tomo 2*. Lima: Asociación latinoamericana de gestionamiento odontológico.
- Ramírez, J. (2007). *Factores que determinan la demanda de atención ginecológica en el Hospital Nacional Docente Madre Niño*. Lima: UNMSM.
- Ruiz, D. (2005). La aplicación del cuadro de mando integral en organizaciones sanitarias. *Departamento de Economía y Empresa. Universidad Pablo de Olavide de Sevilla.*, 1-15.
- Sanabria, C. (1998). El Rol del Estado y la Regulación en Salud. *Revista de la facultad de ciencias económicas de la UNMSM*, 27-38.
- Santos P., H. y. (2011). La demanda potencial y la oferta de servicios para las enfermedades catastróficas en México. *Revista Gerenci y Políticas de salud -Colombia*, 33-47.
- Zevallos, L. P. (2011). Oferta y demanda de médicos especialistas en los establecimientos de salud del ministerio de salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad. *Revista peruana de medicina experimental y Salud Pública*, 177-185.

CAPÍTULO VII: ANEXOS

APÉNDICES Y ANEXOS

ANEXO 01



DIRSAL
ESTADISTICA

REGISTRO DIARIO DE ATENCIONES Y OTRAS ACTIVIDADES

N°
FORMATO

ESTABLECIMIENTO

HN. PNP LNS

CIP DEL
DIGITADOR

FECHA			REGION		PROVINCIA	DISTRITO	ESTABLECIM.		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION											
MES:	AÑO:		VII		LIMA				CIP.											
DIA	HISTORIA CLINICA	DNI. N°	PAREN TESCO	GRADO Y SIT.	DISTRITO PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	CONDICIÓN						DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DX.	OBS.	COD.CIE. 10			
								ESTAB.		SERV.										
			T	C			DIAS	M	N	C	R	N	C	R		P	D	R		
			H	P	(A) (R).		MESES									P	D	R		
			T	C			DIAS	M								P	D	R		
			H	P	(A) (R). (D) (F)		MESES		N	C	R	N	C	R		P	D	R		
							AÑOS	F								P	D	R		
			T	C			DIAS	M								P	D	R		
			H	P	(A) (R). (D) (F)		MESES		N	C	R	N	C	R		P	D	R		
							AÑOS	F								P	D	R		
			T	C			DIAS	M								P	D	R		
			H	P	(A) (R).		MESES		N	C	R	N	C	R		P	D	R		

				(D)	(F)			AÑOS	F										P	D	R		
			T	C				DIAS	M										P	D	R		
			H	P	(A)	(R).		MESES		N	C	R	N	C	R				P	D	R		
					(D)	(F)		AÑOS	F										P	D	R		
			T	C				DIAS	M										P	D	R		
			H	P	(A)	(R).		MESES		N	C	R	N	C	R				P	D	R		
					(D)	(F)		AÑOS	F										P	D	R		
			T	C				DIAS	M										P	D	R		
			H	P	(A)	(R).		MESES		N	C	R	N	C	R				P	D	R		
					(D)	(F)		AÑOS	F										P	D	R		
			T	C				DIAS	M										P	D	R		
			H	P	(A)	(R).		MESES		N	C	R	N	C	R				P	D	R		
					(D)	(F)		AÑOS	F										P	D	R		

