



**INSTITUTO DE GOBIERNO Y DE GESTIÓN PÚBLICA
UNIDAD DE POSGRADO**

**GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN LA EXTERNALIZACIÓN
PARA REDUCIR LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN
PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA
PROLONGADA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DEL NIÑO 2019-2020**

PRESENTADO POR

MARÍA DEL CARMEN VILCA ACERO

ASESORA

ANA MARÍA ÁNGELES LAZO

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN GESTIÓN PÚBLICA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

ESTADO, GOBIERNO, GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA

**LIMA – PERÚ
2021**



CC BY-NC-SA

Reconocimiento – No comercial – Compartir igual

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



INSTITUTO DE GOBIERNO Y DE GESTIÓN PÚBLICA

SECCIÓN DE POSTGRADO

**“GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN LA EXTERNALIZACIÓN
PARA REDUCIR LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN
PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA
PROLONGADA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DEL NIÑO 2019-2020”**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN
GESTIÓN PÚBLICA**

PRESENTADO POR:

MARÍA DEL CARMEN VILCA ACERO

ASESORA:

DRA. ANA MARÍA ÁNGELES LAZO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

ESTADO, GOBIERNO, GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA

LIMA, PERÚ

2021

DEDICATORIA

A mis adorados hijos Enrique y Claudia, mi motivación constante y alegría de vivir.

A mi querida madre, Patty, por su amor, disciplina y colaboración permanente.

A mi amado tío Alberto, padre espiritual y amigo, por su cariño y apoyo incondicional.

A mi recordada tía Alicia...te llevo siempre en el corazón.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Ana María Ángeles Lazo, por su apoyo, dirección y asesoría.

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	7
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I: MARCO TEORICO	16
1.1. Antecedentes de la investigación.....	16
1.2. Bases teóricas	21
1.3. Definiciones.....	26
CAPÍTULO II: PREGUNTAS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	31
2.1. Preguntas de investigación	311
2.2. Operacionalización de variables	322
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	344
3.1. Diseño metodológico	344
3.2. Diseño Muestral.....	344
3.3. Técnicas de recolección de datos	355
3.4. Técnicas de gestión y estadísticas para el procesamiento de la información 366	
3.5. Aspectos éticos.....	366
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y PROPUESTA DE VALOR	388
4.1. Documentos de Gestión Administrativa en el INSN	388
4.2. Documentos de Ventilación Mecánica Domiciliaria	399
Documentos de Ventilación Mecánica Domiciliaria en el Perú	399
Documentos de Ventilación Mecánica Domiciliaria en la Región	422
4.3. Indicadores Hospitalarios del INSN.....	466
Eficiencia Hospitalaria.....	466
Evaluación de la Gestión	497
4.4. Propuesta de Valor	50
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	588
CONCLUSIONES	611
RECOMENDACIONES	633
FUENTES DE INFORMACIÓN	644
ANEXOS	722
Anexo N°01	722
Anexo N°02.....	744

Anexo N°03..... 933

Índice de Tablas

Tabla 1.	Operacionalización de Variables	321
Tabla 2.	Porcentaje de ocupación de camas de algunos servicios del INSN Breña 476	
Tabla 3.	Intervalo de Sustitución de cama de algunos servicios del INSN Breña ..	487
Tabla 4.	Rendimiento cama de algunos servicios del INSN Breña	498
Tabla 5.	Permanencia promedio de algunos servicios del INSN Breña	509

Índice de Gráficos y Figuras

Gráfico 1. Porcentaje de Documentos de gestión del INSN de Breña clasificados por las fases de la administración.....	399
Figura 1. Flujograma: Plan de contingencia para usuarios del Programa Asistencia ventilatoria No Invasiva.....	466
Gráfico 2. Resultados obtenidos con la implementación del Programa de Ventilación Mecánica Domiciliaria.....	522
Gráfico 3. Estructura del Programa Institucional de Ventilación Mecánica domiciliaria.....	544
Gráfico 4. Propuesta de documentos de gestión administrativa para el Programa de Ventilación Mecánica Domiciliaria.....	566

RESUMEN

Introducción: En los Hospitales del MINSA, aproximadamente entre el 3 a 5% del total de camas hospitalarias, son ocupadas por pacientes con enfermedades crónicas, entre ellos, los pacientes que se encuentran en Ventilación mecánica prolongada (VMP), es por ello por lo que, la externalización de los pacientes pediátricos en VMP resulta vital e indispensable. En el Instituto Nacional de Salud del Niño, no existen procesos que sustenten la creación de un Programa de Externalización. Por tal motivo, el presente trabajo de tiene por objetivo determinar el procedimiento de Gestión administrativa para la Externalización de servicios de ventilación mecánica en domicilio (VMD), que disminuirá la estancia hospitalaria de los pacientes en VMP en el INSN. **Material y Métodos:** Se realizó una investigación de tipo descriptiva, de nivel aplicativo. Su enfoque es cualitativo, tipo no experimental. El instrumento utilizado fue la descripción de directivas y el análisis de datos estadísticos. Se recolectaron todas las normativas administrativas del INSN, se contrastó dicha información con la existente en otras instituciones públicas nacionales que ya cuentan con un procedimiento de externalización de pacientes en VMP. Finalmente, se formuló el procedimiento para la externalización de pacientes en VMP que se encuentran hospitalizados en el INSN. **Resultados:** Se encontraron 229 documentos de gestión, siendo los documentos relacionados a la planificación (44%), los de dirección (41%) y los de organización (15%). No se encontró ningún documento de gestión publicado en su página web relacionado a la VMD. Se recuperaron

10 568 documentos y solo se leyó a texto completo un solo documento de EsSalud “Directiva de Terapia respiratoria a Domicilio”. Se encontró un documento regional de Chile que en el año 2006 inició el Programa Nacional de Asistencia Ventilatoria No Invasiva Domiciliaria (AVNI) en Atención Primaria de Salud (APS). La propuesta de valor consistió en la formulación de un programa institucional para el INSN Breña, se propone estructurarlo teniendo en cuenta la normativa de EsSalud y del Ministerio de Chile. La propuesta tiene elementos sobre la definición de criterios sobre indicación, seguimiento y retorno hospitalario, el aseguramiento de la disponibilidad de equipamiento médico (Ventiladores Mecánicos) y dispositivos médicos, la garantía de recursos humanos para una atención integral, la preparación de la familia y cuidadores sobre los cuidados del paciente y la definición de los criterios para la adecuación de las condiciones del hogar. **Conclusiones:** Según nuestro análisis la mejor vía de implementación es el diseño de un programa de VMD institucional.

Palabras claves: Ventilación mecánica prolongada, Ventilación Mecánica domiciliaria, Programa de Salud.

ABSTRACT

Introduction: In MINSA Hospitals, approximately 3 to 5% of the total hospital beds are occupied by patients with chronic diseases, among them, patients who are on prolonged mechanical ventilation (PMV), which is why that the outsourcing of pediatric patients in VMP is vital and indispensable. In the National Institute of Child Health, there are no processes that support the creation of an Outsourcing Program. For this reason, the present work aims to determine the administrative management procedure for the Outsourcing of services, which will reduce the hospital stay of patients in VMP at the INSN. **Material and Methods:** A descriptive, application-level investigation was carried out. His approach is qualitative, non-experimental type. The instrument used was the description of directives and the analysis of statistical data. All the administrative regulations of the INSN were collected, this information was contrasted with that existing in other national public institutions that already have a procedure for outsourcing patients in VMP. Finally, the procedure for outsourcing VMP patients who are hospitalized at the INSN was formulated. **Results:** 229 management documents were found, being documents related to planning (44%), management (41%) and organization (15%). No management document published on its website related to VMD was found. 10,568 documents were retrieved and only a single document from EsSalud "Directive on Respiratory Therapy at Home" was read in full. It was found in Chile that in 2006 the National Program for Non-Invasive Home Ventilation Assistance (AVNI) in Primary Health Care (PHC) began. The value proposal consisted of the formulation of an institutional program for the INSN

Breña, it is proposed to structure it taking into account the regulations of EsSalud and the Ministry of Chile. The proposal has elements on the definition of criteria on indication, monitoring and hospital return, the assurance of the availability of medical equipment (Mechanical Ventilators) and medical devices, the guarantee of human resources for comprehensive care, the preparation of the family and caregivers on patient care and the definition of criteria for the adequacy of home conditions. **Conclusions:** According to our analysis, the best way of implementation is the design of an institutional VMD program.

Keywords: Prolonged mechanical ventilation, Home mechanical ventilation, Health Program.

INTRODUCCIÓN

La transición epidemiológica como resultado de los cambios demográficos, los factores de riesgo y los grandes avances tecnológicos en las últimas décadas ubican a las enfermedades crónicas no transmisibles como una causa importante de carga de enfermedad, las cuales afectan principalmente a los países del tercer mundo(1). Con el desarrollo de las nuevas tecnologías, se ha logrado un mejor equipamiento y capacitación de los profesionales de la salud que trabajan en las Unidades de Cuidados Intensivos; lo cual ha contribuido a mejorar la sobrevivencia de niños con condiciones crónicas complejas y de aquellos que, sobreviviendo a una enfermedad crítica, se convierten en pacientes con falla respiratoria crónica, dependientes del uso de ventilación mecánica para lograr su supervivencia(2).

En ese sentido, esta investigación responde a la pregunta ¿De qué manera incidirá la gestión administrativa de la externalización de los servicios en la reducción de la estancia hospitalaria en los pacientes en VMP? Frente a esta problemática, en el mundo ya existen muchos países, a destacar Reino Unido, Italia(3) y España(4), que han adoptado estrategias para mejorar su oferta de camas; teniendo ya una vasta experiencia en la externalización de pacientes hospitalizados en ventilación mecánica prolongada, tanto a centros de menor complejidad como a sus propios domicilios; con lo cual, no sólo satisfacen sus necesidades médicas y psicológicas, mejoran su calidad de vida, sino también disminuyen los riesgos asociados a una estancia hospitalaria prolongada,

reduciendo el riesgo de adquirir infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS)(5).

A la fecha, el Ministerio de Salud (MINSA) no ha formulado normativas que regulen la externalización de pacientes hospitalizados en ventilación mecánica prolongada; no obstante, existen iniciativas como es el caso de EsSalud, donde lo han venido haciendo desde el año 2014, con el propósito de descongestionar paulatinamente sus salas de hospitalización, y en especial, las de Cuidados Intensivos. Para ello, han fortalecido su atención a través de la contratación de clínicas asociadas y, para el caso de los pacientes en ventilación mecánica prolongada, la ampliación de los servicios en el ámbito domiciliario(6).

En los Hospitales del MINSA, aproximadamente entre el 3 a 5% del total de camas hospitalarias, son ocupadas por pacientes con enfermedades crónicas, entre ellos, los pacientes que se encuentran en Ventilación mecánica prolongada (VMP), cuya estancia varía entre 6 meses a 20 años. Dicha situación se ha visto agravada por la actual pandemia causada por el virus SARS-Cov 2, donde la poca disponibilidad de camas, especialmente en las UCIs, es causa de su alta mortalidad.

Al respecto, Tantaleán, Escalante y Acosta(7), en su estudio titulado: “Ventilación mecánica prolongada: a propósito de la experiencia en la UCI pediátrica del Instituto Nacional de Salud del Niño”; resaltaron la inexistencia de Unidades de Terapia Intermedia y escasa disponibilidad de camas de hospitalización. Según dicho estudio, los pacientes con larga estancia en UCI (mayor de 28 días) con ventilación mecánica invasiva consumen cerca del 20% de los días-cama,

representando el 10.3% de los egresos; por lo cual sugirieron que, en aras de optimizar al máximo los recursos médicos disponibles, es necesario motivar un cambio a nivel Institucional y plantear nuevas estrategias para crear una alternativa de solución ante los pacientes tributarios de ventilación mecánica prolongada.

Es por ello que, la externalización de los pacientes pediátricos en ventilación mecánica prolongada (VMP) resulta vital e indispensable, no sólo para ampliar la capacidad operativa instalada para prestar servicios de salud, sino principalmente para reducir el riesgo de contagio intrahospitalario por el SARS Cov 2, la cual eventualmente puede ser letal, si se considera la vulnerabilidad y factores de riesgo intrínsecos, asociados a las condiciones clínicas preexistentes y al medio hospitalario(8).

En el Instituto Nacional de Salud del Niño, no existen procesos que sustenten la creación de un Programa de Externalización, que permita que los pacientes pediátricos en ventilación mecánica prolongada (VMP), puedan ser atendidos en algún centro de menor complejidad o en su domicilio. Ello puede deberse a la inexistencia de un marco legal específico y la ausencia de una gestión por procesos en la Institución, que impide la formulación y diseño de un Programa de Externalización, pese a ello, se ha iniciado la externalización al domicilio de 3 pacientes por un proceso de licitación con una Empresa privada en convenio con el Seguro Integral de Salud (SIS). Tratándose de la complejidad y riesgos que demanda la externalización de un paciente en ventilación mecánica prolongada, se considera importante la existencia de una normatividad que defina los procesos que aseguren el bienestar y la seguridad del paciente.

Aún existe un número importante de pacientes en VMP tanto en las salas de UCI como en las salas comunes de hospitalización, cuyas estancias prolongadas no sólo afectan la oferta de camas disponibles, si no que los expone al riesgo de adquirir infecciones intrahospitalarias, entre ellas, el contagio por el virus SARS COV-2; lo cual incrementaría la morbimortalidad, desde ya vinculada a su condición preexistente. Adicionalmente, existe un costo social y económico intrínsecos, que afecta tanto a la familia como a la Institución, de manera considerable.

En este sentido, resulta indispensable crear un Programa de Externalización para los pacientes en VMP en el Instituto, gestionado a través del Seguro Integral de Salud, que efectivice el traslado de los pacientes en VMP a un establecimiento de menor complejidad o a su domicilio.

Por tal motivo, el presente trabajo de tiene por objetivo determinar el procedimiento de Gestión administrativa para la Externalización de servicios, que disminuirá la estancia hospitalaria de los pacientes en ventilación mecánica prolongada en el INSN para reducir su estancia hospitalaria que mejore la oferta de camas disponibles y garantice una mejor calidad de vida para el paciente y sus familias, así como un menor impacto económico y social; las cuales se han visto agravadas en el contexto de la actual pandemia. Los objetivos específicos fueron los siguientes: 1. Describir cómo la planificación administrativa reducirá la estancia hospitalaria en los pacientes en VMP en el INSN, 2. Caracterizar cómo la organización administrativa reducirá la estancia hospitalaria en los pacientes en VMP en el INSN, 3. Describir cómo la integración administrativa reducirá la estancia hospitalaria en los pacientes en VMP en el INSN y 4. Analizar cómo el

control administrativo reducirá la estancia hospitalaria en los pacientes en VMP en el INSN.

Este documento empezará realizando una revisión amplia de marco teórico, sus antecedentes y bases teóricas; establecerá las preguntas de investigación y la operacionalización de las variables; expondrá los puntos más relevantes de la metodología; mostrará los resultados de la investigación y su propuesta de valor; discutiremos los resultados y terminaremos formulando las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I: MARCO TEORICO

1.1. Antecedentes de la investigación

Muchos países han visualizado alternativas para la prestación de los servicios de salud, que permitan manejar la sobresaturación de la capacidad instalada; como:

- Creación de áreas o ambientes de aislamiento
- Implementación de modalidades de atención extramural domiciliaria y telemedicina.
- Reconversión de camas de hospitalización a camas de cuidados intermedios y de éstas a camas de UCI o activación de zonas de expansión.
- Coordinación con las autoridades distritales, provinciales o regionales para la debida autorización de la prestación de servicios en instalaciones con uso diferente al Sector Salud.

No obstante, se ha prestado poca atención a los pacientes pediátricos en VMP, con estancias prolongadas, quienes muchas veces se encuentran en salas de hospitalización comunes. Al respecto diversos países europeos como Italia, Francia y Reino Unido han ideado estrategias para externalizar pacientes en VMP de las unidades de cuidados intensivos de los hospitales de tercer nivel; entre ellas se tiene la externalización de los servicios asistenciales, los cuales

pueden tener lugar en el domicilio o en otra institución pública o privada, de menor complejidad, que cuente con los equipos y recurso humano adecuado para su atención. A continuación, describiremos los estudios más relevantes e importantes sobre la externalización de pacientes en ventilación mecánica prolongada.

Un estudio chileno que tuvo por objetivo caracterizar a los niños de un programa de asistencia ventilatoria a domicilio por 12 años, reportó que las principales indicaciones de asistencia ventilatoria fueron: Enfermedad neuromuscular, alteración de la vía aérea, enfermedad cardiopulmonar y síndrome de hipoventilación. También mencionó que el tiempo de permanencia fue de 21 meses y el 74% estuvieron en ventilación mecánica; además reporta que la causa principal de hospitalización fue la neumonía y la traqueítis bacteriana (1.6 evento/niño/año) seguida de los fallos del sistema (0.1 evento/niño/año)(9).

Otro estudio también realizado en Chile reportó que respecto al año previo de ingreso a la asistencia ventilatoria domiciliaria las hospitalizaciones disminuyeron en 40% (60% vs 21%, $p < 0,00001$) y en 1 hospitalización/paciente/año (1.3 vs 0.3, $p < 0,00001$). Este estudio se realizó con un seguimiento de 2 años en 177 niños que recibieron asistencia ventilatoria no invasiva domiciliaria, siendo la enfermedad más frecuente la enfermedad neuromuscular, seguida del mielomeningocele operado, el síndrome de apnea obstructiva y la enfermedad del parénquima pulmonar(10).

Un estudio en Turquía realizó un seguimiento de 34 niños evaluados en un hospital pediátrico que habían sido dados de alta con indicación de asistencia

ventilatoria domiciliaria. Este estudio reportó que 3 niños ya no necesitaron asistencia ventilatoria después del seguimiento y 11 fallecieron durante el seguimiento. También reportó que ningún niño necesitó atención domiciliaria de urgencia o hubo una complicación mortal(11).

Un estudio canadiense que tuvo por objetivo caracterizar a los niños ingresados en los últimos 20 años en un programa de asistencia ventilatoria domiciliaria reportó 379 niños que recibieron esta indicación, de los cuales el 17% recibió ventilación mecánica invasiva. La indicación principal para estar en el programa fue: Las enfermedades musculoesqueléticas. Este estudio reportó que en 20 años 15% de los niños fallecieron(12).

Un estudio en Serbia que tuvo por objetivo describir los cambios en el programa de asistencia ventilatoria domiciliaria en Serbia durante los últimos 20 años. El estudio incluyó 105 niños con una media de edad de 6.2 años siendo 52% los que recibieron ventilación mecánica invasiva. El estudio reportó que la reducción del tiempo de espera para el ventilador mecánico, la disponibilidad de este y la atención médica especializada llevó al éxito del programa de asistencia ventilatoria domiciliaria. Este estudio reportó que el 24% de los niños fallecieron(13).

Un estudio en Corea que analizó de manera retrospectiva las historias clínicas de 57 niños con enfermedades neuromusculares hereditarias que iniciaron asistencia ventilatoria domiciliaria entre el año 2000 y el 2013 reportó que las hospitalizaciones posteriores a la asistencia ventilatoria domiciliaria fueron menores que las hospitalizaciones previas (0,02-1,00; 0,99) (P <0,001). Las

principales complicaciones fueron la fuga de aire y el alto grado de producción de secreciones de las vías respiratorias(14).

Un estudio en Estados Unidos evaluó la prevalencia de niños que utilizaban asistencia ventilatoria domiciliaria en Utah entre los años 1996 y el 2004. El estudio reportó que la prevalencia de asistencia ventilatoria domiciliaria en 1996 fue de 5.0/100 000 (IC 95%: 4,4-8,1) y en el 2004 fue de 6.3/100 000 (IC 95%: 4,7-8,4). Las principales indicaciones para la asistencia ventilatoria domiciliaria fueron: Patrón anormal de ventilación (47%), enfermedad pulmonar crónica (25%), anomalías de las vías respiratorias (16%) y debilidad neuromuscular (13%). Este estudio reportó que el 17% de niños fallecieron(15).

Un estudio en Polonia evaluó retrospectivamente los datos de los centros que prestan el servicio de asistencia ventilatoria domiciliaria en todo el país. Este estudio reportó que en el año 2000 solo 8 niños se encontraban en estos programas y que para el año 2010 fueron 928, siendo las enfermedades neuromusculares la principal indicación. Este estudio también mencionó que al inicio los programas iniciaban en las Unidades de Cuidados Intensivos y en la medida que iban pasando los años se amplió a niños hospitalizados en unidades de cuidados respiratorios generales(16).

Un ensayo clínico controlado aleatorizado de no inferioridad en Holanda que incluyó pacientes con indicación de ventilación mecánica prolongada, en un brazo se incluyeron 12 pacientes con asistencia ventilatoria en domicilio y 12 en un hospital general. El estudio reportó que no hubo diferencias significativas en la presión de CO arterial (PaCO₂) ni en calidad de vida, sin embargo, hubo

diferencias importantes en la reducción de costos a favor de los pacientes atendidos en domicilio (€ 3200 vs € 3793 por paciente)(17).

Una revisión sistemática que evaluó la eficacia de los programas de asistencia ventilatoria domiciliaria en pacientes con distintas enfermedades con necesidad de ventilación mecánica prolongada incluyó un ensayo clínico aleatorizado y 25 estudios observacionales con 4425 pacientes. Este estudio reportó que respecto a calidad de vida los pacientes con atención domiciliaria registraron mejor calidad de vida siendo los puntajes de los dominios de salud mental más altos que los de salud física. También mencionó que tanto las tasas de hospitalización como la necesidad de hospitalización fueron mejores en los pacientes que recibieron atención domiciliaria respecto a los que se atendieron en un hospital(18).

Un análisis de costo-utilidad que evaluó el uso de la ventilación mecánica domiciliaria en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica desde la perspectiva del financiador en Republica Checa utilizó un modelo de Markov con un horizonte temporal de 10 años y un análisis de sensibilidad de una vía y un análisis de escenarios. El estudio reportó que los costos totales para la asistencia ventilatoria domiciliaria fueron de CZK 1 877 076 y los costos totales de asistencia ventilatoria en hospitalización fueron CZK 7 386 629; las utilidades totales para la asistencia ventilatoria domiciliaria fueron de 12.57 QALYs y las utilidades totales de asistencia ventilatoria en hospitalización fueron 11.32 QALYs, siendo el ICER -4 403 259 lo cual es dominante por lo que se consideró costo efectivo(19).

1.2. Bases teóricas

La ventilación mecánica (VM) es un tratamiento de apoyo para las condiciones clínicas que afectan la normal ventilación e intercambio gaseoso pulmonar. Existen innumerables indicaciones clínicas para la VM siendo de importancia aquellas patologías que requieren ventilación mecánica prolongada(20).

La ventilación mecánica puede ser no invasiva, que involucra varios tipos de mascarillas e Invasiva, que emplea intubación endotraqueal La selección y el uso de la técnica apropiada requiere la comprensión de los mecanismos respiratorios.

Existen numerosas indicaciones para intubación endotraqueal y ventilación mecánica (véase tabla Situaciones que requieren control de la vía aérea), pero en general debe considerarse la ventilación mecánica cuando hay signos clínicos o de laboratorio que indican que el paciente no puede mantener la vía aérea abierta o una adecuada oxigenación o ventilación.

Los hallazgos relevantes incluyen:

- Frecuencia respiratoria > 30/min
- Incapacidad para mantener una saturación arterial de oxígeno > 90% con una fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) > 0,60
- pH < 7,25
- PaCO₂ > 50 mm Hg (a menos que sea crónica y estable)

La decisión de iniciar la ventilación mecánica debe basarse en el criterio clínico,

considerando la situación clínica completa y no únicamente los criterios numéricos simples. Sin embargo, la ventilación mecánica no debe retrasarse hasta que el paciente esté demasiado grave.

Con el crecimiento de las Unidades de Cuidados Intensivos y Cuidados Intermedios, ha devenido conjuntamente el equipamiento tecnológico que dan soporte avanzado de vida a pacientes con insuficiencia respiratoria de diferentes etiologías, lo que es posible dar ventilación mecánica en forma prolongada a aquellos pacientes que la requieran. La estancia prolongada condiciona la presentación de complicaciones diversas, entre ellas las de mayor gravedad son las infecciones intrahospitalarias; esto conlleva al consumo de recursos humanos y financieros en el tratamiento de este tipo de pacientes.

En el orbe, se ha producido la proliferación de Unidades de Cuidados Intensivos y Cuidados Intermedios con la misma problemática y el número de pacientes que requieren ventilación mecánica prolongada y se ha incrementado en la última década, generando una gran población de pacientes con enfermedades crónicas con un aumento entre 3 % al 9 % que permanecen ventilados en forma prolongada; otros estudios han determinado una incidencia absoluta en Estados Unidos en el 2002 de 13.5 /100,000 en personas de 75 a 83 años.

La ventilación mecánica prolongada (VMP) se define como “la necesidad de soporte ventilatorio invasivo o no invasivo por un periodo mayor a 21 días, por más de 6 horas al día y con interrupciones inferiores a 48 horas” (21). Muchas condiciones clínicas predisponen al uso de VMP, desde enfermedades agudas post cuidados intensivos hasta enfermedades crónicas degenerativas o

hereditarias. Sin embargo, las enfermedades que condicionan el uso de VMP en niños connotan una importancia mayor para los sistemas de salud, dado sus repercusiones en la calidad de vida a largo plazo como sus efectos en el entorno familiar y en la sociedad(22) (23).

En las últimas décadas en el mundo se han desarrollado diversas estrategias para poder resolver la VMP en niños y sus consecuencias a futuro. Una de las estrategias más extendidas y usadas ha sido la ventilación mecánica domiciliaria (VMD) o asistencia ventilatoria domiciliaria (AVD) la cual tiene indicaciones precisas y un proceso de gestión sanitaria que permite llevar a cabo esta intervención. La VMD tiene como objetivos la prolongación de la vida, la mejora de la calidad de vida, aportar a un entorno desarrollo individual, familiar y laboral, reducir la morbilidad, mejorar la función física y mental y disminuir los costos de atención(24).

La evidencia empírica reporta que existe gran variabilidad de modelos de organización e implementación de la VMD no solo entre países sino también entre las distintas regiones de un mismo país, esto debido quizás a los diferentes tipos de sistema de salud, recursos e infraestructura que tienen los diferentes .países(25).

Sin embargo, existen elementos de común acuerdo entre la literatura que deben estar presentes cuando se implementa una estrategia o programa de VMD(26), los cuales a continuación mencionaremos:

- Indicación de Ventilación domiciliaria
- Planificación del alta al domicilio

- Educación del paciente y de los cuidadores
- Requerimientos técnicos en el domicilio
- Provisión y vigilancia de los recursos técnicos (Ventilador Mecánico)
- Visitas domiciliarias periódicas
- Continuidad y seguimiento asistencial

En ese sentido, los principios, procesos y técnicas de la Gestión Administrativa tienen aplicación universal, independientemente del tipo de institución, sea ésta pública o privada, del tamaño, país o actividad(27). Este conjunto de técnicas sistemáticas permite que las instituciones cumplan sus fines, a través de la sistematización de la operación de una institución de forma efectiva; dicho proceso administrativo incluye cuatro fases: planeación, organización, dirección y control de las actividades, lo cual permite el adecuado aprovechamiento de sus recursos y la máxima motivación del grupo humano que la conforma.

La primera etapa, la planeación es aquella que se considera la base del proceso y en la cual, se debe minimizar toda posibilidad de error, dado que cualquier deficiencia afectará el desarrollo de las etapas subsiguientes. Esta etapa pone a prueba las capacidades académicas de los gestores, así como la experiencia acumulada referente al tema; atributos que son fundamentales para determinar el patrón del trabajo a desarrollar en coordinación con otras unidades orgánicas relacionadas. Para ello, se debe elaborar un programa de actividades, en orden cronológico, con determinación de los tiempos y una ruta crítica, que sea analítica, factible y costo-efectiva.

Además, deberán visualizarse las posibles dificultades para su ejecución, por lo cual deberán formularse las contingencias y las actividades que nos ayuden a superarlas y alcanzar el logro de nuestros objetivos. Dado que la presente propuesta involucra disponibilidad presupuestal, adicionalmente deberán establecerse mecanismos de control, a fin de optimizar el gasto y el uso de los recursos disponibles.

La segunda etapa, la organización administrativa, es el nivel de coordinación que debe existir entre todas las instancias administrativas, dentro y fuera de la institución, con el fin de lograr la máxima eficiencia posible para el logro de los resultados. Dada la complejidad de la externalización de los pacientes con VMP, se requerirá crear una estructura sólida y dinámica para responder a las necesidades inmediatas.

La tercera etapa, la organización, nos permite articular todos los recursos, humanos, equipos, materiales e insumos requeridos para el logro del adecuado funcionamiento del Programa. Para ello deberán analizarse previamente las necesidades y verificar que sean cubiertas.

La cuarta y última etapa, la Dirección, en cuya etapa se ejecuta todo lo planeado y organizado; delegando funciones y autoridad cuando corresponda y tomando decisiones durante el proceso de implementación, con acciones de control y supervisión. Esta etapa es fundamental donde debe primar la comunicación a todo nivel, para lograr el éxito de la implementación de los procesos previos; por ello es indispensable que el gestor tenga la habilidad de responder a situaciones inesperadas y a la vez orientar al equipo comprometido con las actividades

administrativas, que permitan la ejecución del programa.

Estas fases antes mencionadas pueden implementarse tanto en el terreno privado como en el público, siendo importante las diferencias teóricas y prácticas entre la gestión pública y la gestión privada. Mientras la gestión privada administra recursos particulares y sus resultados están en el orden de la acumulación de la riqueza, la gestión pública administra bienes y servicios públicos y sus resultados están en el orden de buscar el mayor beneficio para el ciudadano y la sociedad(28). Por ello es crítico que la puesta en marcha de estrategias, programas, intervenciones o proyectos en el sector público deban tener en cuenta estas fases de la administración, toda vez que implican un método estructurado de gestionar y administrar con la intención de generar resultados en las personas.

1.3. Definición de términos básicos

- Externalización de servicios: La externalización de servicio o productos se refiere a la entrega de actividades propias de ésta a otra empresa especializada en el tema.
- Gestión administrativa: es el conjunto de tareas y actividades coordinadas que ayudan a utilizar de manera óptima los recursos que posee una organización. Todo esto con el fin de alcanzar los objetivos y obtener los mejores resultados.
- Planificación: Es la estructuración de una serie de acciones que se llevan

a cabo para cumplir determinados objetivos. La planificación es entonces, en términos generales, la definición de los procedimientos y estrategias a seguir para alcanzar el proceso de externalización de la ventilación mecánica.

- Organización: Hace referencia a la acción de preparar una cosa considerando los diferentes detalles sobre su desarrollo. La acción de organizar también se refiere a la forma en que se disponen las personas y medios necesarios para alcanzar el proceso de externalización de la ventilación mecánica.
- Ejecución: Llevar a cabo una acción, especialmente un proyecto, un encargo o una orden para alcanzar el proceso de externalización de la ventilación mecánica.
- Control: Comprobación que se efectúa acerca del funcionamiento o el progreso del proceso de externalización de la ventilación mecánica.
- Cama Hospitalaria: Es la cama instalada para el uso regular de los pacientes hospitalizados (que no sean recién nacidos en el hospital) durante su estadía en el establecimiento.
- Camas disponibles: El número de camas realmente instaladas en el hospital, en condiciones de uso inmediato para la atención de pacientes hospitalizados, independiente de que estén ocupados o no.
- Carga de Enfermedad: Según la Dirección General de Epidemiología, se define como la medida de las pérdidas de salud atribuibles a diferentes enfermedades y lesiones, incluyendo las consecuencias mortales y discapacitantes.

- Cobertura: Es la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento.
- Condiciones Crónicas Complejas: Paciente con alguna condición médica que involucra a diferentes sistemas o a un solo sistema, la cual puede ser lo suficientemente grave como para requerir atención pediátrica especializada en hospitalización de un centro de atención terciaria.
- Análisis Costo-Beneficio: Es una evaluación económica donde se comparan los costos de la atención médica con sus beneficios, los cuales son expresados en unidades monetarias.
- Diagnóstico Situacional: Es el conocimiento aproximado de las diversas problemáticas de una población objetivo, a partir de la identificación e interpretación de los factores y actores que determinan su situación, un análisis de sus perspectivas y una evaluación de la misma.
- Enfermedades Crónicas No Trasmisibles: Son un grupo de enfermedades de larga duración y de evolución generalmente lenta; las cuales representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y modo de vida sedentario.
- Estancia Hospitalaria: Es el número de días que un paciente ha permanecido hospitalizado. Se debe contar cuando el paciente ha egresado del centro hospitalario.
- Estancia Hospitalaria Prolongada: Es la estancia hospitalaria que sobrepasa el estándar: mayor o igual a 9 días, el cual constituye un indicador indirecto de la calidad del cuidado otorgado a los pacientes en las unidades de segundo y de tercer nivel.
- Externalización de servicios: Consiste en entregar ciertas actividades de una empresa a otra especializada en el tema, con el objetivo de reducir costos en personal y gastos corporativos.

- Falla Respiratoria Crónica: Fracaso del sistema respiratorio para realizar de forma correcta el intercambio de gases entre el aire inspirado y la sangre venosa.
- Gestión por Procesos: Es una estrategia utilizada para identificar procesos que satisfagan las necesidades de los clientes, logrando así una mayor eficiencia de las organizaciones. Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS): Son instituciones encargadas de captar y gestionar los fondos para el aseguramiento de prestaciones de salud y las coberturas de riesgo de los asegurados.
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS): Son instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, que tienen como objetivo la prestación de servicios de salud. Son responsables de brindar prestaciones de salud a los usuarios, con oportunidad y calidad.
- Transición Epidemiológica: Es una teoría que centra su interés en los complejos cambios producidos en los patrones de salud y las enfermedades. Analiza sus interacciones, sus determinantes y las consecuencias demográficas, sociológicas y económicas.
- Unidades de Terapia Intermedia: Son unidades que tienen como objetivo atender a aquellos pacientes que se encuentran en proceso de transición, es decir, entre terapia Intensiva y Hospitalización.
- Ventilación mecánica: Es un tratamiento de soporte vital, en el que utilizando una máquina que suministra un soporte ventilatorio y oxigenatorio, facilitamos el intercambio gaseoso y el trabajo respiratorio de los pacientes con insuficiencia respiratoria.
- Ventilación mecánica domiciliaria: Conjunto de técnicas y atenciones que requiere el paciente con dependencia a largo plazo de ventilación mecánica, aplicadas en su domicilio o en el lugar que la sustituya, para proporcionarle el mayor bienestar posible desde el punto de vista personal, familiar, social y laboral, y por un período de tiempo no limitado.

- Ventilación mecánica prolongada: Se define como la necesidad de ventilación mecánica por más de 21 días consecutivos, más de 6 horas al día y de 5% a 20% de los pacientes que reciben VM en las Unidades de Cuidados Intensivos no pueden dejar el equipo en 2 a 4 días.

CAPÍTULO II: PREGUNTAS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.1. Preguntas de investigación

Pregunta de investigación general

- ¿De qué manera incidirá la gestión administrativa de la externalización de los servicios en la reducción de la estancia hospitalaria en los pacientes en VMP?

Preguntas de investigación específicas

- ¿De qué manera incidirá la organización de la externalización para reducir la estancia hospitalaria en los pacientes en VMP en el INSN?
- ¿De qué manera incidirá la dirección de la externalización para reducir la estancia hospitalaria en los pacientes en VMP en el INSN?
- ¿De qué manera incidirá el control de la externalización para reducir la estancia hospitalaria en los pacientes en VMP en el INSN?

2.2. Operacionalización de variables

La variable Gestión Administrativa se refiere al elemento fundamental dentro de la administración pública, constituido por una serie de fases o pasos a seguir para darle solución a un problema administrativo; dicho proceso está descrito en las publicaciones de Chiavenato (2002), que le otorga un carácter sistémico y reporta cuatro funciones fundamentales: Planificación, organización, dirección y control.

La variable estancia Hospitalaria se refiere al número de días de permanencia de un paciente en el hospital, comprendido entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso. Dicho concepto se basa en la publicación del Ministerio de Salud y para dicho cálculo se cuenta el día del ingreso, pero no del egreso. Su cálculo constituye un buen indicador de calidad de la atención en salud, dado que su prolongación se encuentra relacionada con los costos elevados para la institución.

Tabla 1. Operacionalización de Variables

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES				
VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Gestión administrativa	Es el conjunto de acciones realizadas con el objeto de obtener resultados, de la manera más eficaz y económica posible; dichas acciones son elegidas en función del resultado que se espera obtener y de los	Es la realización de acciones realizadas por el INSN para cumplir con los objetivos estratégicos institucionales.	Planificación administrativa	Objetivos logrados
				Documentos de gestión actualizados
				Procedimientos mecanizados y no mecanizados
			Organización administrativa	Estructura organizativa (ROF)
				Comunicación entre áreas de la organización (física y virtual)
				Descripción de funciones (MOF)
Liderazgo				

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES				
VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
	medios de los que se dispone.		Dirección Administrativa	Motivación constante
				Trabajo en equipo
				Comportamiento organizacional
			Control Administrativo	Sistema de Control
				Indicadores de gestión
				Planes de Mejora Continua
VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Estancia hospitalaria	Es el número de días que un paciente ha permanecido hospitalizado; se cuenta a partir del egreso hospitalario.	Fecha de alta menos la fecha de ingreso al servicio de emergencia.	Eficiencia hospitalaria	Promedio de Permanencia
				Porcentaje de ocupación de camas
				Intervalo de sustitución cama
			Evaluación de la Gestión	Promedio de permanencia en UCI

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño metodológico

El presente trabajo de investigación es descriptivo, de nivel aplicativo. Su enfoque es cualitativo, tipo no experimental, ya que no manipula variables. El instrumento utilizado fue la descripción de directivas y el análisis de datos estadísticos. El diseño es correlacional y no correlacional.

Para llevar a cabo el presente trabajo, se recolectaron todas las normativas administrativas del INSN, además de la normativa relevante y referente al tema, existente en el Ministerio de Salud y otras instituciones del sector público. Se contrastó dicha información con la existente en otras instituciones públicas nacionales que ya cuentan con un procedimiento de externalización de pacientes en VMP.

Adicionalmente, se extrapolaron experiencias regionales e internacionales que puedan ser aplicables a nuestra realidad, dentro del marco jurídico vigente. Finalmente, se formuló el procedimiento para la externalización de pacientes en VMP, que se encuentran hospitalizados en el INSN.

Población: Todos los pacientes pediátricos en VMP que se encuentren hospitalizados en el INSN.

3.2. Diseño Muestral

El estudio utilizó un diseño muestral no probabilístico de tipo muestreo por conveniencia.

Población: Todos los pacientes pediátricos en VMP que se encuentren hospitalizados.

Muestra: Todos los pacientes pediátricos en VMP que se encuentren hospitalizados en el INSN.

A la fecha son 14 pacientes pediátricos en VMP que se encuentran hospitalizados en los servicios de medicina. Cirugía y especialidades.

3.3. Técnicas de recolección de datos

Se seleccionaron y examinaron los documentos referentes a las normativas que se encuentran publicadas en el portal Transparencia de la página web del INSN, además de las bases de datos, y registros existentes afines al tema de investigación. Dicha información fue analizada contrastando los datos existentes en el sector, que puedan ser útiles para realizar el presente trabajo de investigación.

El instrumento utilizado fue la observación, búsqueda de directivas, análisis y descripción de estas, además del análisis de los datos estadísticos. El instrumento de recolección de Datos se muestra en el anexo N°01. El instrumento fue validado por tres expertos en gestión pública. La validez y confiabilidad de estos está sustentada en que dicha documentación se encuentra registrada en el Sistema de Trámite Documentario del INSN, además, de la página web institucional.

3.4. Técnicas de gestión y estadísticas para el procesamiento de la información

El sistema de gestión de datos en el presente estudio está constituido por el conjunto de procedimientos y personas por medio de los cuales se procesa la información.

Involucra la recolección, manipulación, almacenamiento, y recuperación de información. Las herramientas utilizadas fueron los instrumentos y los formularios de recolección de datos, el protocolo de gestión de datos, los mecanismos de control de calidad, documentación, instalaciones de almacenamiento tanto para el papel como los medios electrónicos y los mecanismos de recuperación.

La información estadística relacionada se encuentra a cargo de la Oficina de Estadística e Informática del INSN (OEI-INSN) y fue presentada mediante estadística descriptiva, mediante medidas de frecuencia absoluta y relativa.

3.5. Aspectos éticos

El presente trabajo de investigación aplicada agrega valor, dado que presenta un juicio sobre la importancia clínica y social que conducirá a mejorar la calidad de vida de los pacientes en VMP y su bienestar.

Es un trabajo de investigación original, coherente con el problema y la necesidad social, con un marco teórico basado en fuentes documentales y la normativa

existente, a partir de la cual, generará nuevas alternativas con el objeto de alcanzar el bienestar fundamental del paciente. Dado que no se ha recurrido a revisión de registros personales, ni se han realizado intervenciones en los pacientes, no ha sido necesario realizar el consentimiento informado

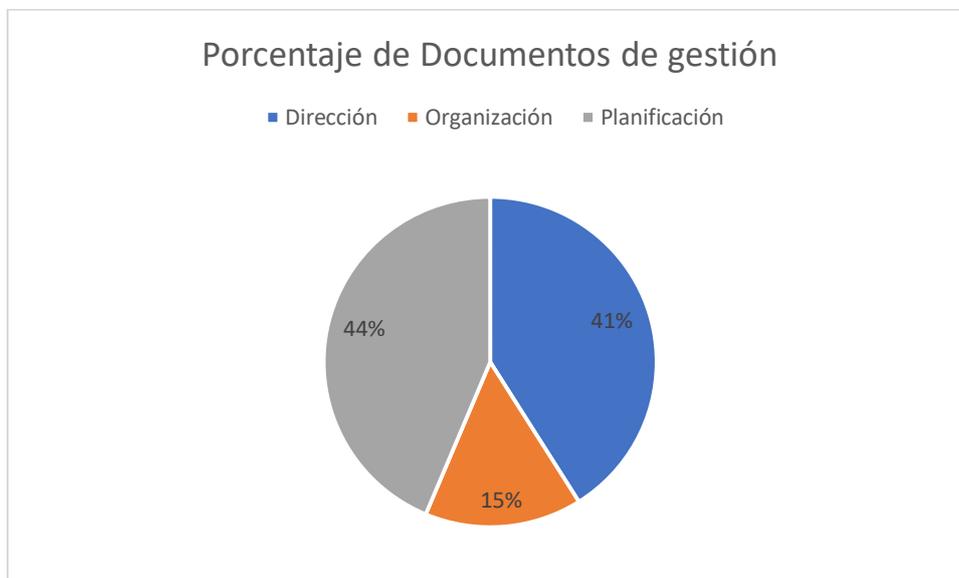
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y PROPUESTA DE VALOR

Resultados

4.1. Documentos de Gestión Administrativa en el INSN

Según la metodología propuesta se realizó una búsqueda de documentos de gestión en la página web del INSN de Breña (<http://www.insn.gob.pe/transparencia>) siguiendo la pauta de la variable independiente “Gestión administrativa”. De la búsqueda realizada se encontraron 229 documentos de gestión que se clasificaron según las dimensiones planteados en el proyecto de investigación (anexo N°1), siendo los documentos relacionados a la planificación (44%) los de mayor producción, seguidos por los documentos de dirección (41%) y por último los documentos relacionados a la organización (15%). No se encontró ningún documento de gestión publicado en su página web relacionado a la VMD.

Gráfico 1. Porcentaje de Documentos de gestión del INSN de Breña clasificados por las fases de la administración



Fuente: Elaboración propia. (<http://www.insn.gob.pe/transparencia>)

4.2. Documentos de Ventilación Mecánica Domiciliaria

Documentos de Ventilación Mecánica Domiciliaria en el Perú

Asimismo, se realizó una búsqueda sistemática de información en el Google Scholar y Google con los términos “ventilación mecánica domiciliaria”, “asistencia ventilatoria domiciliaria”, “ventilación mecánica”, “asistencia domiciliaria”, “Programa”, “Proyecto” y “Perú” desde los años 2000 hasta el 2020 para encontrar documentos que estandaricen los procedimientos de ventilación mecánica domiciliaria.

Se recuperaron 10 568 documentos, los cuales se leyeron sus resúmenes o introducción y solo se leyó a texto completo un solo documento que fue la

Resolución de Gerencia General N° 1445-GG-ESSALUD-2013 que aprueba la Directiva N° 017-GG-ESSALUD-2013 “Directiva de Terapia respiratoria a Domicilio”(29).

Este documento tiene por objetivo “normar el otorgamiento de la prestación de Terapia Respiratoria a Domicilio a los asegurados con derecho a esta prestación” y su finalidad es “estandarizar los procesos y procedimientos administrativos-asistenciales para el otorgamiento de la prestación de Terapia Respiratoria a Domicilio de manera oportuna y acorde a la necesidad del paciente”.

El documento de EsSalud estandariza los procedimientos y procesos de prescripción, prestación, equipamiento y seguimiento tanto de la oxigenoterapia como la ventiloterapia domiciliaria, sin embargo; enfatiza y profundiza con instrumentos los procedimientos de prescripción. Describe de manera semanal la evaluación y evolución de la implementación en domicilio incidiendo en las primeras tres semanas en la oxigenoterapia y en las cuatro semanas.

Los criterios que se mencionan en el documento de EsSalud se describen a continuación:

Pacientes con insuficiencia respiratoria crónica en fase estable que presentan alguna de las situaciones clínicas siguientes y alguno de los siguientes criterios:

a) Situaciones clínicas:

- Síndromes de hipoventilación central.
- Enfermedades neuromusculares con afectación respiratoria.
- Enfermedades restrictivas de la caja torácica.

- Excepcionalmente en EPOC o bronquiectasias según el protocolo que se establezca por cada Servicio de EsSalud.

b) Criterios:

- Pacientes estables que presentan hipercapnia crónica: PaCO₂ superior a 45mm Hg.
- Pacientes ingresados por insuficiencia respiratoria aguda hipercápica con antecedentes de episodios previos de insuficiencia respiratoria aguda con hipercapnia: PaCO₂ superior a 45 mmHg.
- Pacientes que, tras un periodo de insuficiencia respiratoria aguda dependientemente de la enfermedad de base, no pueden prescindir del soporte ventilatorio y deben permanecer en la UCI, mayor de 21 días en pacientes crónicos con enfermedad progresiva.
- Pacientes con hipoventilación nocturna severa una vez que ésta se comprueba tras realizar un estudio gasométrico.

Además, el documento de EsSalud describe de manera amplia de la adquisición y control patrimonial del equipamiento precisando los procesos y procedimientos para la adquisición, puesta en marcha y elementos de gestión para el mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento. Este documento adiciona elementos de control del patrimonial para la asignación, salida y retorno del equipamiento.

La metodología también menciona la descripción de experiencias regionales o

internacionales aplicables a nuestro contexto, teniendo en cuenta nuestra realidad socioeconómica, sistema sanitario y marco jurídico vigente.

Documentos de Ventilación Mecánica Domiciliaria en la Región

En Chile en el año 2006 inició el Programa Nacional de Asistencia Ventilatoria No Invasiva Domiciliaria (AVNI) en Atención Primaria de Salud (APS) la cual integra distintos niveles de atención, el hogar y la familia. Los objetivos principales de este programa fueron: Disminuir la morbilidad y mortalidad en niños menores de 20 años; contribuir al mejoramiento de la calidad de vida, reinserción social y escolar; y aumentar la capacidad resolutoria de la red asistencial(10).

El Programa AVNI se da en el marco de una estrategia nacional del gobierno chileno sobre Programas respiratorios que incluyen los programas de enfermedades respiratorias agudas y crónicas IRA-ERA, oxigenoterapia ambulatoria y profilaxis del Virus respiratorio Sincicial. Todos ellos tienen una administración y gestión integrada y coordinada teniendo como estructura administrativa a los tres niveles de atención (Ministerio de Salud – Nivel Central, secretarías regionales y Servicios de Salud – Nivel Intermedio, Establecimientos asistenciales – Nivel Local). Además, la coordinación horizontal y vertical se realiza interprogramas, por etapas de vida y con servicios complementarios (SAMU, entre otros).

La gestión clínica y administrativa del programa AVNI se desarrolla en el centro de salud, teniendo en cuenta los recursos disponibles. El programa estableció el registro del ingreso de los pacientes mediante un link virtual, dicha solicitud fue

evaluada por un grupo de especialistas quienes denegaban o aceptaban el ingreso de los pacientes al programan. El programa enfatiza en los recursos locales, las actividades de capacitación, educacionales y procedimientos clínicos desde la articulación de los tres niveles de atención.

El Programa AVNI estableció una serie de criterios de selección para el ingreso al programa, a continuación, se presentan estos criterios:

- Condición clínica estable por al menos tres semanas.
- Insuficiencia Respiratoria tipo II (hipercápnica) con acidosis respiratoria no menor a 7,30.
- Requerimientos de oxígeno < de 2 l/m para mantener SaO₂ > 93%.
- IPAP – EPAP no superior a 20 – 8 cm H₂O.
- Familia y/o cuidadores informales con capacidades de autocuidado, que permitan asegurar controles regulares.

Una vez seleccionado al paciente se priorizaban a los pacientes bajo criterios de inclusión y se desestimaban a otros pacientes de acuerdo con criterios de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Enfermedad Neuromuscular (Duchenne, Becker, Steiner, Nemaíínica, otras)
- Enfermedad de la pared torácica (cifoescoliosis, etc)
- Enfermedades con Insuficiencia Respiratoria tipo II (hipercápica) con acidosis respiratoria no menor a 7,30.

Al menos uno de los siguientes criterios:

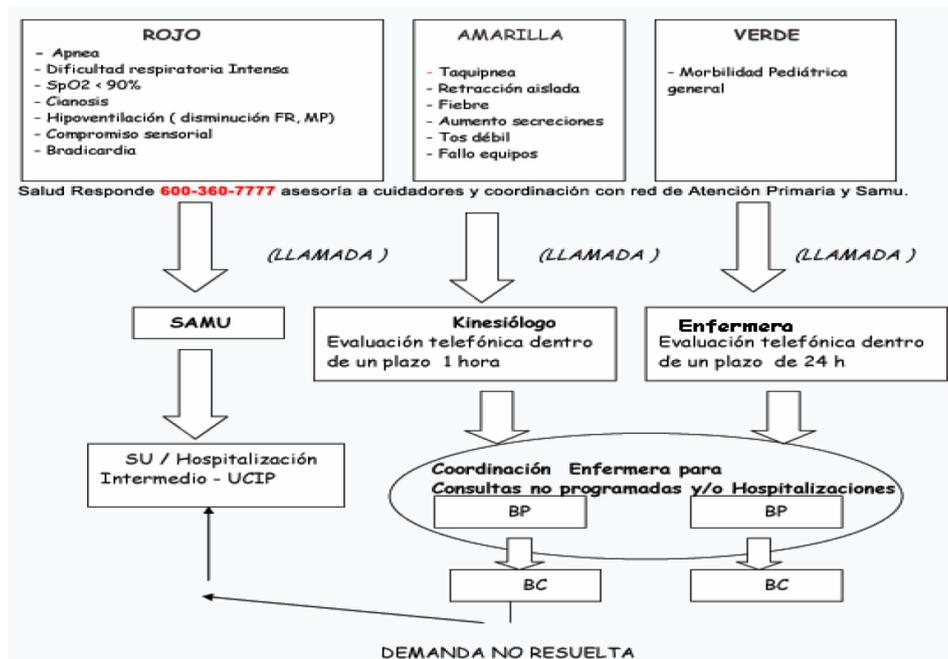
- Oximetría alterada: registro continuo nocturno de a lo menos 8 horas con SpO₂ < 90% >5% del tiempo de registro, obtenidos con equipos con tecnología de extracción digital. En otros equipos >10% del tiempo con SpO₂ < 90%.
- Gases en sangre con: PaCO₂ > 50 mmHg, EB > 4 meq/l.
- Polisomnografía o Poligrafía con índice de apneas hipoapneas (AHÍ) > a 2 por hora.
- SaO₂ < 90% (> 20 seg.) por 5 o más veces en una hora en registro de una hora (>10% observación).
- Función pulmonar CVF < 50%, Pimax < 40 cm de H₂O, Peak flow tos < 160 l/m.

Criterios de exclusión:

- Falta de tolerancia a máscara (interfase)
- Trastorno de deglución con ausencia de protección glótica, sin gastrostomía.
- Necesidad de soporte ventilatorio por más de 12 horas o ausencia de autonomía respiratoria fuera de soporte de presión positiva.
- Menor de 6 meses o menos de 10 kilos de peso (relativo).
- Informe social incompatible con la entrega de ventilación no invasiva en domicilio.

El Programa detalla la asignación específica de tareas del Kinesiólogo, enfermera, médico encargado del programa en el Hospital, broncopulmonar coordinador en el Ministerio de Salud y la enfermera coordinadora en el Ministerio de Salud. Asimismo, detalla el Plan de contingencia ante un evento de acuerdo con un color de reacción (Rojo, Amarillo y Verde).

Figura 1. Flujograma: Plan de contingencia para usuarios del Programa Asistencia ventilatoria No Invasiva



4.3. Indicadores Hospitalarios del INSN

Según el proceso metodológico de esta tesis, también se revisaría data hospitalaria del INSN de Breña. En ese sentido, se revisó información disponible sobre los principales indicadores hospitalarios desde el año 2018 a abril del 2021 para la evaluación de la variable dependiente Estancia hospitalaria categorizada en las dimensiones Eficiencia hospitalaria y Evaluación de la gestión hospitalaria.

Eficiencia Hospitalaria

Para evaluar esta dimensión se sintetizó información de los principales servicios del INSN de Breña que hospitalizan pacientes con diagnósticos relacionados a

ventilación mecánica prolongada. Como se puede observar en la Tabla N°2 todos los servicios señalados tienen altos porcentajes de ocupación de cama, mostrando cierta disminución en el 2020, probablemente debido a la pandemia por COVID-19. Es decir, que los servicios señalados tienen reducida disponibilidad de camas para pacientes que pudieran necesitar ser hospitalizados.

Tabla 2. Porcentaje de ocupación de camas de algunos servicios del INSN Breña

Departamentos/Servicios	2018	2019	2020	2021
MEDICINA "A"	94.6	95.9	83.7	99.7
MEDICINA "B"	94.9	95.8	90.1	94.9
MEDICINA "C"	97.0	96.9	86.8	99.7
MEDICINA "D"	94.5	97.7	91.5	99.8
MEDICINA "E"			83.0	87.9
NEUROPEDIATRIA	93.4	91.3	80.4	88.2
NEUROCIRUGIA	98.3	96.8	83.3	86.5
U.C.I	96.8	95.6	90.8	91.7

Otro indicador hospitalario importante para evaluar la eficiencia hospitalaria es el Intervalo de sustitución. Este indicador mide la velocidad con la cual se ocupan las camas hospitalarias. Como se puede observar en la Tabla N°3 estos servicios tienen variabilidad en este indicador siendo el servicio de Medicina "D" y el servicio de Neuropediatría los que tienen mayores días de desocupación en comparación a los demás servicios. Hay que mencionar que en el año 2020 se

observa una distorsión probablemente debido a la pandemia por COVID-19.

Tabla 3. Intervalo de Sustitución de cama de algunos servicios del INSN Breña

Departamentos/Servicios	2018	2019	2020	2021 (Abril)
MEDICINA "A"	0.5	0.3	2.5	0.1
MEDICINA "B"	0.4	0.4	1.6	1.2
MEDICINA "C"	0.3	0.3	1.4	0.0
MEDICINA "D"	1.0	0.3	2.0	0.1
MEDICINA "E"			2.1	1.3
NEUROPEDIATRIA	1.7	1.7	4.0	1.8
NEUROCIRUGIA	0.4	0.7	5.3	3.0
U.C.I	0.6	0.8	2.2	2.0

El indicador rendimiento cama también es un indicador hospitalario de importancia que nos informa sobre la cantidad de veces que ha sido ocupada una cama en un mes. Como se puede observar en la Tabla N°4 los servicios de Medicina A, B y C tienen altos índices de rendimiento cama, mostrando cierta disminución en el 2020, probablemente debido a la pandemia por COVID-19. Es decir, que los servicios como los de UCI tienen poca rotación de pacientes en un mes, esto podría indirectamente estar relacionado a los pacientes con ventilación mecánica prolongada.

Tabla 4. Rendimiento cama de algunos servicios del INSN Breña

Departamentos/Servicios	2018	2019	2020	2021 (Abril)
MEDICINA "A"	3.7	3.7	2.0	1.4
MEDICINA "B"	3.4	3.6	1.8	1.3
MEDICINA "C"	3.1	3.9	2.8	2.2
MEDICINA "D"	1.7	2.9	1.3	1.1
MEDICINA "E"			1.8	2.8
NEUROPEDIATRIA	1.2	1.6	1.4	2.0
NEUROCIROUGIA	1.2	1.4	1.0	1.4
U.C.I	1.5	1.7	1.3	1.3

Evaluación de la Gestión

Para evaluar esta dimensión se sintetizó información del indicador Promedio de permanencia de los principales servicios del INSN Breña. Como se puede observar en la Tabla N°5 todos los servicios señalados tienen altos porcentajes de ocupación de cama, mostrando cierta disminución en el 2020, probablemente debido a la pandemia por COVID-19. Es decir, que los servicios señalados tienen reducida disponibilidad de camas para pacientes que pudieran necesitar ser hospitalizados.

Tabla 5. Permanencia promedio de algunos servicios del INSN Breña

Departamentos/Servicios	2018	2019	2020	2021 (Abril)
MEDICINA "A"	8.0	8.6	10.8	22.3
MEDICINA "B"	9.1	11.5	13.8	9.3
MEDICINA "C"	22.4	9.1	10.8	13.4
MEDICINA "D"	16.6	11.4	17.6	14.4
MEDICINA "E"			8.0	8.8
NEUROPEDIATRIA	36.0	18.8	16.1	9.9
NEUROCIRUGIA	25.0	22.2	32.2	15.3
U.C.I	17.4	14.5	13.9	79.5

4.4. Propuesta de Valor

Teniendo en cuenta el análisis de las variables dependiente y la base teórica propuesta en la presente tesis se expone la propuesta de valor que considera el procedimiento de gestión administrativa para la Externalización de servicios que disminuirá la estancia hospitalaria de los pacientes en ventilación mecánica prolongada en el INSN.

El procedimiento propuesto tiene en cuenta las principales características de la gestión pública, la gestión sanitaria y específicamente la gestión hospitalaria. La estructuración de esta propuesta se basa en los pilares de la gestión por resultados, ya que es la herramienta de gestión que actualmente el estado peruano viene utilizando(30) (31).

En primer término, se debe analizar la vía de implementación en el contexto del INSN de Breña teniendo en cuenta las opciones de implementación de un procedimiento como el que se propone.

Actualmente la gestión pública cuenta con el "Presupuesto por Resultados" (PpR) que es una herramienta de financiamiento para iniciativas de gestión que logran resultados. Se podría tener varias opciones para la formulación en un PpR, desde la formulación de un PpR propio para este procedimiento hasta la inclusión de una actividad en el marco de un PpR ya existente. La formulación de un PpR propio no calzaría dentro del marco de nuestra propuesta, ya que se trata de un procedimiento específico con población determinada lo cual sería poco eficiente el planteamiento de una formulación desde cero. Contrariamente la inclusión de como una actividad de un PpR ya formulado sería la estrategia más eficiente y pertinente teniendo en cuenta el argumento de la población limitada de este procedimiento, sin embargo, hay que tener en cuenta que para la inclusión de una actividad en el marco de un PpR ya existente existen rutas técnicas que lo hacen poco factible ya que intervienen más de un Ministerio en su formulación.

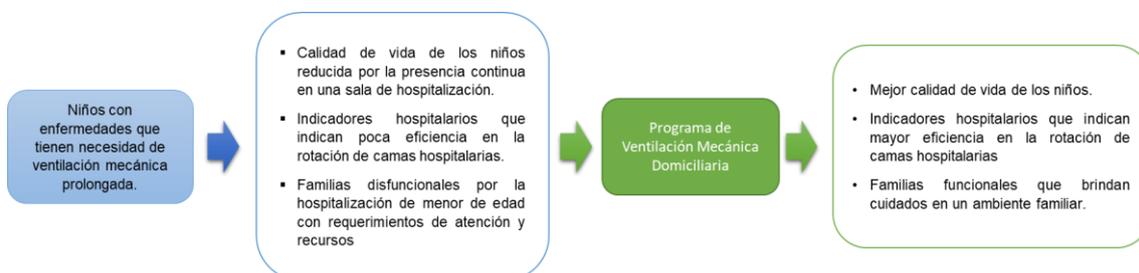
La formulación de esta propuesta podría ser como un programa que conduzca el Ministerio de Salud (MINSA), no obstante, el procedimiento de VMD debe demostrar resultados y eficiencia en el manejo de recursos en un ambiente controlado antes de ser escalado a nivel nacional. En ese sentido, se propone que este procedimiento se formule como un programa institucional del INSN Breña, ya que el nosocomio tiene la experiencia necesaria en el manejo de pacientes con ventilación mecánica prolongada por tratarse de un problema con

varias aristas que resolver por su complejidad, además del argumento de la población cautiva específica.

La propuesta de programa se basa en primer término en circunscribir el problema, el cual fue identificado en la presente tesis mediante el análisis de las variables dependientes y dependientes:

- Niños con enfermedades que tienen necesidad de ventilación mecánica prolongada.
- Indicadores hospitalarios que indican poca eficiencia en la rotación de camas hospitalarias.
- Familias disfuncionales por la hospitalización de menor de edad con requerimientos de atención y recursos(32).
- Calidad de vida de los niños reducida por la presencia continua en una sala de hospitalización(33).

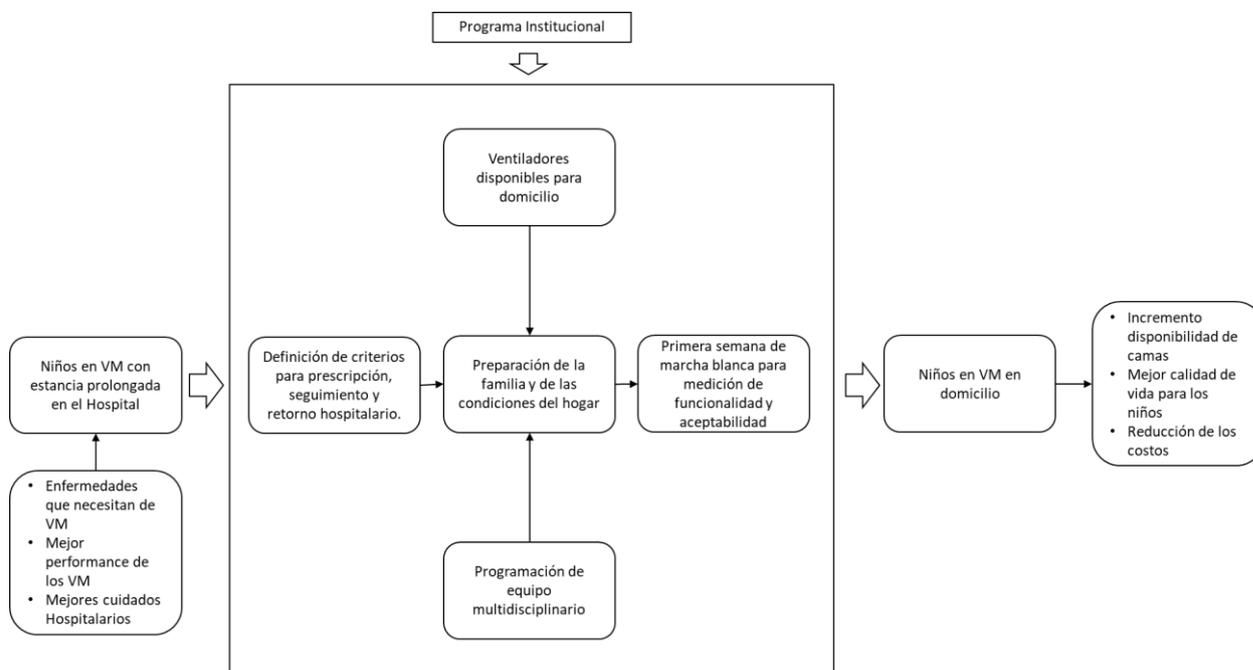
Gráfico 2. Resultados obtenidos con la implementación del Programa de Ventilación Mecánica Domiciliaria



Para alcanzar los resultados propuestos con la implementación del programa de VMD se propone estructurar este, teniendo en cuenta la normativa de EsSalud y del Ministerio de Chile mencionadas anteriormente. Utilizaremos lo mejor de las dos normas para plantear una estructura programática que logre los resultados propuestos. La propuesta tiene elementos sobre:

- a) Definición de criterios sobre indicación, seguimiento y retorno hospitalario
- b) Asegurar la disponibilidad de equipamiento médico (Ventiladores Mecánicos) y dispositivos médicos.
- c) Garantizar recursos humanos para una atención integral
- d) Preparación de la familia y cuidadores sobre los cuidados del paciente
- e) Definir los criterios para la adecuación de las condiciones del hogar

Gráfico 3. Estructura del Programa Institucional de Ventilación Mecánica domiciliaria



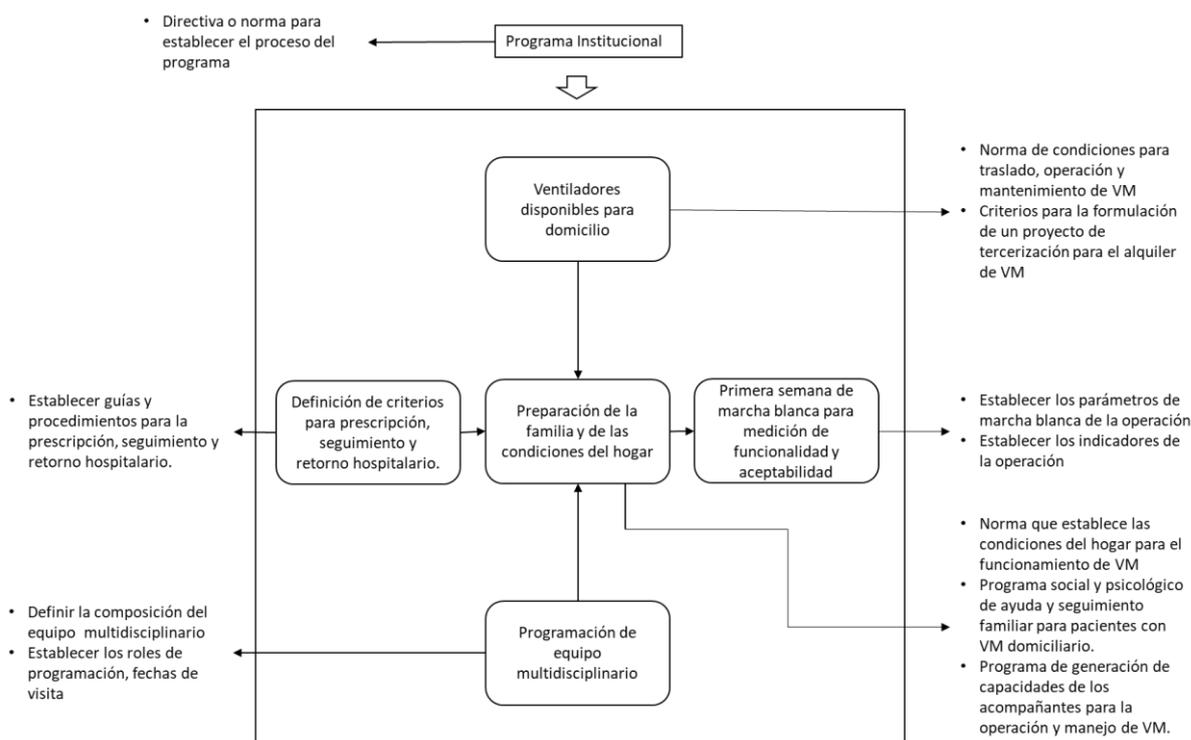
La vía de implementación y la estructura programática planteada debe tener elementos de gestión administrativa que nos permita planificar, organizar, dirigir y controlar el programa por ello planteamos la siguiente lista de documentos que deben formularse para que el programa se implemente y logre los resultados propuestos.

- Documento que establece el proceso del programa de VMD
- Elaborar guías y procedimientos para la prescripción, seguimiento y retorno hospitalario.
- Definir la composición del equipo multidisciplinario basada en la

integralidad, coordinación y longitudinalidad.

- Normar los roles y funciones de programación, fechas de visita y mecanismo de coordinación.
- Normar las condiciones para traslado, operación y mantenimiento del ventilador mecánico.
- Establecer los criterios para la tercerización para el servicio de alquiler del ventilador mecánico.
- Establecer los parámetros de marcha blanca de la operación.
- Establecer los indicadores de la operación.
- Norma que establece las condiciones del hogar para el funcionamiento del VMD.
- Programa social y psicológico de ayuda y seguimiento familiar para pacientes con VMD.
- Programa de generación de capacidades de los acompañantes para la operación y manejo de VM.

Gráfico 4. Propuesta de documentos de gestión administrativa para el Programa de Ventilación Mecánica Domiciliaria



La propuesta de valor planteada metodológicamente tiene en cuenta la gestión por resultados con la perspectiva de lograr un cambio sostenido en las vidas de los niños y sus familias; por ello se estructura de manera programática sobre la base de la optimización de los recursos disponibles y el logro de resultados tangibles en el corto y mediano plazo. La propuesta de Programa de VMD tiene cuenta los factores de implementabilidad que surgen en la gestión pública, por ello plantea desarrollarlo de manera programática e institucionalizarlo con la

perspectiva de su escalamiento.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El programa de VMD propone una vía de implementación institucional que corresponde con los objetivos de este manuscrito y con las opciones de factibilidad de la propuesta, sin embargo, pudiese plantearse un proyecto de mejora o un proyecto institucional. La naturaleza de los proyecto recae en la solución de problemas específicos pero no estructurales y generalmente tienen tiempo limitado de duración lo cual afectaría enormemente la sostenibilidad de la VMD (34). El programa de VMD resuelve problemas complejos de la hospitalización en niños, no debe ser visto solo como la entrega de equipamiento a los familiares para liberar camas hospitalarias, es más complejo que ello; desde buscar la garantía de sostenibilidad y mantenimiento del equipamiento médico hasta lograr un entorno familiar que proteja al menor tanto física como mentalmente(35).

Las vías de implementación de las estrategias, intervenciones, proyectos o programas en salud son un tema poco discutido de la puesta de cualquier arreglo institucional que se pretenda realizar(36). Plantear y discutir el proceso y ruta de implementación se hace más complejo en la gestión pública dada la confluencia de actores con diferentes intereses que incluye a hacedores de política y hasta políticos, por ello es de relevancia que en este manuscrito se haya discutido este apartado antes de plantear la estructura y los componentes de la gestión administrativa del programa(37).

El planteamiento de la estructura del programa de VMD amalgama el programa

de EsSalud y del Ministerio de Salud de Chile, sin embargo, posee un enfoque basado en resultados que proveerá un control de mando que permita oportunidades de mejora basado en indicadores de estructura, proceso y resultado(38). Debemos tener en cuenta es importante sostener que la estructura de un programa debe recoger la solución a problemas de índole complejo ya que falta de solución a uno de ellos puede generar brechas de cuidado o protección del ciudadano.

La VMD ha demostrado eficacia y seguridad en varias partes del mundo(39) (40) (41) y todos los programas de VMD en el mundo especifican las indicaciones de ingreso, la gestión del equipamiento y las variables de seguimiento del paciente en el hogar, sin embargo, el tema de discusión y poco abordado ha sido el financiamiento de la prestación y del programa en general(42).

Un estudio en Canadá tuvo por objetivo evaluar los costos directos e indirectos de la prestación de VMD en una muestra de pacientes(43). Este estudio reportó que el costo promedio mensual fue de \$ 5275 (dólares canadienses, 1 DC= 0.78 USD) de los cuales el 58% fue con financiamiento público, 39% de financiamiento de las familias y 3% de financiamiento personal. El estudio además demostró asociación entre un costo más alto y la presencia de pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (1,88; IC del 95%: 1,09 a 3,26; P <0,03) y mayor dependencia según la escala de dependencia funcional. En ese sentido, se muestra que el promedio de costos es alto y el impacto presupuestal, si se llegara a escalar, sería bastante importante pesa a demostrar su costo efectividad(44).

El dilema moral del financiamiento por el impacto presupuestal que acarrea esta

prestación en países en vías de desarrollo es un tema de costo de oportunidad que los decisores tienen que evaluar para la implementación de este tipo de programas. Este manuscrito no profundiza sobre la ruta de financiamiento, siendo una limitación importante para su implementación(45).

Otro tema importante es el impacto del cuidado en el hogar, ya que los estudios clínicos y epidemiológicos no podrían demostrar las particularidades de la composición familiar y su afectación al llevar a casa a una persona dependiente, tanto en el aspecto de salud mental como en la carga financiera que tendría que asumir. Un estudio reportó que los familiares de pacientes con VMD tuvieron mayor carga física que los cuidadores de pacientes con VM hospitalaria, además de reportar que estos últimos tienen mayor nivel de carga económica que los cuidadores en el hogar(46). En ese sentido, es imperativo considerar una propuesta de protección social y financiera que le dé un enfoque más integral en la formulación del programa. La ruta de financiamiento y las estrategias de protección social y económica no fueron discutidas en esta tesis por lo que pudiera ser una limitación en su implementación

CONCLUSIONES

- Según nuestro análisis la mejor vía de implementación es el diseño de un programa de VMD institucional que pueda lograr resultados a corto y mediano plazo para después escalar esta propuesta a nivel nacional; siendo el procedimiento de gestión administrativa la elaboración de una serie de documentos de gestión estratégica, operativa y táctica que permitirá el logro de resultados en los niños y sus familias.
- La estructura programática permitirá planificar eficientemente los recursos para reducir la estancia hospitalaria en los pacientes en VMP en el INSN.
- El programa de ventilación mecánica domiciliaria propuesto organiza los recursos disponibles de acuerdo con la necesidad clínica y social de los pacientes pediátricos y sus familias, lo cual redundará en reducir la estancia hospitalaria.
- La estructura programática implica la integración administrativa mediante la definición de criterios sobre indicación, seguimiento y retorno hospitalario, asegurar la disponibilidad de equipamiento médico (Ventiladores Mecánicos) y dispositivos médicos, garantizar recursos humanos para una atención integral, preparación de la familia y cuidadores sobre los cuidados del paciente y definir los criterios para la adecuación de las condiciones del hogar.

- La propuesta de valor considera elemento de control administrativo que permiten el seguimiento, monitoreo y evaluación del programa.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda profundizar en la ruta de financiamiento del programa de VMD toda vez que la evidencia empírica muestra su costo efectividad, pero con un alto impacto presupuestal.
- Se recomienda mejorar los procedimientos de planificación operativa para que los objetivos del programa se articulen con los objetivos institucionales.
- Se recomienda profundizar en las estrategias de protección social de las familias con menores de edad en el programa de VMD, mejorando la organización del programa
- Se recomienda realizar una investigación cuantitativa sobre los resultados del programa de VMD. Además, de una investigación cualitativa sobre aspecto de gestión y sobre los elementos procedimentales del programa VMD.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Frenk J, Lozano Ascencio R, Bobadilla JL. La transición epidemiológica en América Latina. diciembre de 1994 [citado el 6 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12808>
2. White AC. Long-Term Mechanical Ventilation: Management Strategies. *Respir Care*. el 1 de junio de 2012;57(6):889–99.
3. Pavone M, Verrillo E, Onofri A, Caggiano S, Chiarini Testa MB, Cutrera R. Characteristics and outcomes in children on long-term mechanical ventilation: the experience of a pediatric tertiary center in Rome. *Ital J Pediatr*. el 31 de enero de 2020;46(1):12.
4. Guías de Buena Práctica Clínica | CGCOM [Internet]. [citado el 6 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.cgcom.es/guias_practica_clinica
5. Simonds AK. Home Mechanical Ventilation: An Overview. *Ann Am Thorac Soc*. el 1 de noviembre de 2016;13(11):2035–44.
6. EsSalud W. EsSalud presenta servicio de Terapia Respiratoria a Domicilio que permite que pacientes retornen a su hogar | EsSalud [Internet]. [citado el 6 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://www.EsSalud.gob.pe/EsSalud-presenta-servicio-de-terapia-respiratoria-a-domicilio-que-permite-que-pacientes-retornen-a-su-hogar/>

7. Escalante-Kanashiro R. VENTILACIÓN MECANICA PROLONGADA: A PROPOSITO DE LA EXPERIENCIA EN LA UCI PEDIATRICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO. Rev Peru Pediatría. el 1 de enero de 2015;68:32–6.
8. Dijkman WM, van Acht NMC, van Akkeren JP, Bhagwanbali RCD, van Pul C. Comparing Ventilation Parameters for COVID-19 Patients Using Both Long-Term ICU and Anesthetic Ventilators in Times of Shortage. J Intensive Care Med. el 1 de agosto de 2021;36(8):963–71.
9. Bertrand P, Fehlmann E, Lizama M, Holmgren N, Silva M, Sánchez I. Asistencia ventilatoria domiciliaria en niños chilenos: 12 años de experiencia. Arch Bronconeumol. el 1 de abril de 2006;42(4):165–70.
10. Prado A F, Salinas F P. Asistencia ventilatoria no invasiva domiciliaria en niños: impacto inicial de un programa nacional en Chile. Rev Chil Pediatría. agosto de 2011;82(4):289–99.
11. Oktem S, Ersu R, Uyan ZS, Cakir E, Karakoc F, Karadag B, et al. Home ventilation for children with chronic respiratory failure in Istanbul. Respir Int Rev Thorac Dis. 2008;76(1):76–81.
12. Amin R, Sayal P, Syed F, Chaves A, Moraes TJ, MacLusky I. Pediatric long-term home mechanical ventilation: twenty years of follow-up from one Canadian center. Pediatr Pulmonol. agosto de 2014;49(8):816–24.
13. Basa M, Minic P, Rodic M, Sovtic A. Evolution of Pediatric Home Mechanical

Ventilation Program in Serbia-What Has Changed in the Last Decade. *Front Pediatr.* 2020;8:261.

14. Han YJ, Park JD, Lee B, Choi YH, Suh DI, Lim BC, et al. Home mechanical ventilation in childhood-onset hereditary neuromuscular diseases: 13 years' experience at a single center in Korea. *PloS One.* 2015;10(3):e0122346.
15. Gowans M, Keenan HT, Bratton SL. The population prevalence of children receiving invasive home ventilation in Utah. *Pediatr Pulmonol.* marzo de 2007;42(3):231–6.
16. Nasiłowski J, Wachulski M, Trznadel W, Andrzejewski W, Migdał M, Drozd W, et al. The evolution of home mechanical ventilation in poland between 2000 and 2010. *Respir Care.* abril de 2015;60(4):577–85.
17. van den Biggelaar RJM, Hazenberg A, Cobben NAM, Gaytant MA, Vermeulen KM, Wijkstra PJ. A Randomized Trial of Initiation of Chronic Noninvasive Mechanical Ventilation at Home vs In-Hospital in Patients With Neuromuscular Disease and Thoracic Cage Disorder: The Dutch Homerun Trial. *Chest.* diciembre de 2020;158(6):2493–501.
18. MacIntyre EJ, Asadi L, Mckim DA, Bagshaw SM. Clinical Outcomes Associated with Home Mechanical Ventilation: A Systematic Review. *Can Respir J.* 2016;2016:6547180.
19. Gajdoš O, Rožánek M, Donin G, Kamenský V. Cost-Utility Analysis of Home Mechanical Ventilation in Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis.

Healthc Basel Switz. el 1 de febrero de 2021;9(2):142.

20. Gutiérrez Muñoz F. Ventilación mecánica. Acta Médica Peru. abril de 2011;28(2):87–104.
21. Sauthier M, Rose L, Jouvett P. Pediatric Prolonged Mechanical Ventilation: Considerations for Definitional Criteria. Respir Care. enero de 2017;62(1):49–53.
22. Cox CE, Carson SS. Medical and economic implications of prolonged mechanical ventilation and expedited post-acute care. Semin Respir Crit Care Med. agosto de 2012;33(4):357–61.
23. Jubran A, Grant BJB, Duffner LA, Collins EG, Lanuza DM, Hoffman LA, et al. Long-Term Outcome after Prolonged Mechanical Ventilation. A Long-Term Acute-Care Hospital Study. Am J Respir Crit Care Med. el 15 de junio de 2019;199(12):1508–16.
24. Ostabal Artigas MI. la ventilación mecánica domiciliaria: una nueva opción terapéutica. Med Integral. el 1 de febrero de 2003;41(2):96–102.
25. Egea-Santaolalla CJ, Chiner Vives E, Díaz Lobato S, Mangado NG, Lujan Tomé M, Mediano San Andrés O. Ventilación mecánica a domicilio. Open Respir Arch. el 1 de abril de 2020;2(2):67–88.
26. Make BJ, Hill NS, Goldberg AI, Bach JR, Criner GJ, Dunne PE, et al. Mechanical ventilation beyond the intensive care unit. Report of a consensus conference of the American College of Chest Physicians. Chest. mayo de

1998;113(5 Suppl):289S-344S.

27. Shafritz JM, Ott JS, Jang YS. Classics of Organization Theory. Cengage Learning; 2015. 498 p.
28. Meier KJ, O'Toole LJ Jr. Comparing Public and Private Management: Theoretical Expectations. J Public Adm Res Theory. el 1 de julio de 2011;21(suppl_3):i283–99.
29. Normatividad Institucional | EsSalud [Internet]. [citado el 3 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://www.EsSalud.gob.pe/normatividad-institucional/>
30. La gestión para resultados en el desarrollo: Avances y desafíos en América Latina y el Caribe | Publications [Internet]. [citado el 6 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/La-gesti%C3%B3n-para-resultados-en-el-desarrollo-Avances-y-desaf%C3%ADos-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe.pdf>
31. Vista de Avances en la experiencia peruana de la implementación de la gestión por resultados [Internet]. [citado el 6 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://revistaestudiospoliticaspUBLICAS.uchile.cl/index.php/REPP/article/view/38385/40022>
32. Edwards JD, Panitch HB, Nelson JE, Miller RL, Morris MC. Decisions for Long-Term Ventilation for Children. Perspectives of Family Members. Ann

- Am Thorac Soc. el 1 de enero de 2020;17(1):72–80.
33. Windisch W. Impact of home mechanical ventilation on health-related quality of life. *Eur Respir J.* el 1 de noviembre de 2008;32(5):1328–36.
34. Stelson P, Hille J, Eseonu C, Doolen T. What drives continuous improvement project success in healthcare? *Int J Health Care Qual Assur.* el 1 de enero de 2017;30(1):43–57.
35. Moss AH, Casey P, Stocking CB, Roos RP, Brooks BR, Siegler M. Home ventilation for amyotrophic lateral sclerosis patients: Outcomes, costs, and patient, family, and physician attitudes. *Neurology.* el 1 de febrero de 1993;43(2):438–438.
36. Poksinska B. The Current State of Lean Implementation in Health Care: Literature Review. *Qual Manag Healthc.* diciembre de 2010;19(4):319–29.
37. Repetto F. Gestión pública, actores e institucionalidad: las políticas frente a la pobreza en los '90. *Desarro Económico.* 2000;39(156):597–618.
38. Nebot M, López MJ, Ariza C, Villalbí JR, García-Altés A. Evaluación de la efectividad en salud pública: Fundamentos conceptuales y metodológicos. *Gac Sanit.* el 1 de junio de 2011;25:3–8.
39. Effect of Home Noninvasive Ventilation With Oxygen Therapy vs Oxygen Therapy Alone on Hospital Readmission or Death After an Acute COPD Exacerbation: A Randomized Clinical Trial | Chronic Obstructive Pulmonary Disease | JAMA | JAMA Network [Internet]. [citado el 6 de septiembre de

2021].

Disponible

en:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2627985>

40. Köhnlein T, Windisch W, Köhler D, Drabik A, Geiseler J, Hartl S, et al. Non-invasive positive pressure ventilation for the treatment of severe stable chronic obstructive pulmonary disease: a prospective, multicentre, randomised, controlled clinical trial. *Lancet Respir Med.* septiembre de 2014;2(9):698–705.
41. Bourke SC, Tomlinson M, Williams TL, Bullock RE, Shaw PJ, Gibson GJ. Effects of non-invasive ventilation on survival and quality of life in patients with amyotrophic lateral sclerosis: a randomised controlled trial. *Lancet Neurol.* febrero de 2006;5(2):140–7.
42. Murphy PB, Douiri A. Patients, caregivers and health system costs of home ventilation. *Thorax.* el 1 de julio de 2018;73(7):601–2.
43. Nonoyama ML, McKim DA, Road J, Guerriere D, Coyte PC, Wasilewski M, et al. Healthcare utilisation and costs of home mechanical ventilation. *Thorax.* el 1 de julio de 2018;73(7):644–51.
44. Hassani SA, Navaei S, Shirzadi R, Rafiemanesh H, Masiha F, Keivanfar M, et al. Cost-effectiveness of home mechanical ventilation in children living in a developing country. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2019;51(1):35–40.
45. Noritz G. The Moral Imperative of Home Health Care for Children: Beyond the Financial Case. *Pediatrics [Internet].* el 1 de enero de 2019 [citado el 6

de septiembre de 2021];143(1). Disponible en:
<https://pediatrics.aappublications.org/content/143/1/e20182960>

46. Liu J-F, Lu M-C, Fang T-P, Yu H-R, Lin H-L, Fang D-L. Burden on caregivers of ventilator-dependent patients: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. julio de 2017;96(27):e7396.

ANEXOS

Anexo N°01

Instrumento de Recolección de Datos					
Nombre:	_____				
Hospital:	_____				
Nombre del Documento:	_____				
Dirección u Oficina o servicio:	_____				
Especialidad:	_____				
Responsable del documento:	_____				
Tiene resolución:	<table><tr><td>Sí</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>No</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/>				
No	<input type="checkbox"/>				
Fecha de aprobación:	_____				
Objetivo del documento:	_____				
Número de páginas:	_____				
Marco legal:	_____				
Descripción del documento:	_____ _____ _____ _____				

Tipo de Documento:	Planificación	<input type="checkbox"/>
	Dirección	<input type="checkbox"/>
	Organización	<input type="checkbox"/>
	Control	<input type="checkbox"/>
Observaciones:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Anexo N°02

Fases de la Administración	Nombre de documento	Fecha
Organización	Reglamento de Organización y Funciones - ROF	4/02/2010
Organización	Modificar el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Especializado de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial N° 566-2003-SNDM, en lo siguiente: a) Reemplazar en todo el Texto, la denominación "Instituto Especializado de Salud del Niño" por el de "Instituto Nacional de Salud del Niño". b) Rectificar el literal b) del Artículo 9° en la parte relativa a los Órganos de Apoyo, de la siguiente forma:	26/07/2006
Organización	Incluir, en el artículo 9° del Modelo General de los Reglamentos de Organización y Funciones de los Institutos Especializados, aprobado con Resolución Ministerial N° 235-2003-SA/DM, de fecha 05 de marzo del 2003, en la parte relativa a los Órganos de Asesoramiento, a la "Oficina de Gestión de la Calidad"	19/07/2004
Organización	Aprobar el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Especializado de Salud del Niño, que consta de siete (07) títulos, tres (03) Capítulos, treinta y nueve (39) artículos, dos (02) Disposiciones Complementarias y un (01) organigrama estructural, los mismos que forman parte de la presente Resolución Ministerial.	16/05/2003
Planificación	Aprobar el Presupuesto Analítico del Personal Modificado I 2019 de la Unidad Ejecutora 0126 Instituto Nacional de Salud del Niño	2/05/2019
Planificación	Aprobar el Presupuesto Analítico del Personal de Apertura 2019 de la Unidad Ejecutora 0126 Instituto Nacional de Salud del Niño	6/02/2019
Planificación	Aprobar el Presupuesto Analítico del Personal de Cierre 2018, pliego 011 de la Unidad Ejecutora 0126 del Instituto Nacional de Salud del Niño	31/12/2018
Planificación	Aprobar el Presupuesto Analítico del Personal Modificado 2018, pliego 011 de la Unidad Ejecutora 0126 del Instituto Nacional de Salud del Niño.	30/10/2018
Planificación	Aprobar el Presupuesto Analítico de Personal Apertura-2018, de la Unidad Ejecutora 0126 del Instituto Nacional de Salud del Niño.	20/03/2018

Fases de la Administración	Nombre de documento	Fecha
Planificación	Aprobar el Presupuesto Analítico de Personal Cierre Diciembre-2017, de la Unidad Ejecutora 10 del Instituto Nacional de Salud del Niño.	30/12/2017
Planificación	Aprobar el Presupuesto Analítico de Personal Modificado II Diciembre 2017, pliego 011 la de Unidad Ejecutora 0126 del Instituto Nacional de Salud del Niño.	29/12/2017
Planificación	Rectificar el Presupuesto Analítico de Personal — PAP Apertura del Período 2016, aprobado con Resolución Directoral N° 11-2016-INSN-DG-OP, de fecha 19 de Enero del 2016, según el Anexo adjunto que forma parte de la presente Resolución.	7/07/2016
Planificación	Aprobar el Presupuesto Analítico de Personal Apertura del periodo 2016, de la Unidad Ejecutora 010 INSN, Pliego 137 IGSS	19/01/2016
Planificación	Aprobar el Presupuesto Analítico de Personal Modificado I Cierre del periodo 2015, de la Unidad Ejecutora 010 Instituto Nacional de Salud del Niño, Pliego 011 Ministerio de Salud.	31/12/2015
Planificación	Aprobar el Presupuesto Analítico de Personal Apertura del periodo 2015, de la Unidad Ejecutora 010 Instituto Nacional de Salud del Niño.	25/03/2015
Planificación	Aprobar el Cambio de Denominación de Cargos Estructurales de acuerdo con lo establecido en los documentos de gestión - Cuadro para Asignación de Personal Reordenado; el Presupuesto Analítico de Personal Modificado I Periodo 2014; y asignar el Cargo Estructural según corresponda, a los servidores del INSN.	21/07/2014
Planificación	Aprobar el presupuesto analítico de personal modificado II cierre del periodo 2013, de la unidad ejecutora 010 INSN, Pliego 011 Ministerio de Salud.	27/01/2014
Organización	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	24/07/2015
Organización	Oficina de Economía	24/07/2015
Organización	Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Medicina Pediátrica.	16/06/2015
Organización	Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Cirugía Pediátrica.	11/06/2015
Organización	Departamento de Emergencias y Áreas Críticas	16/04/2015

Fases de la Administración	Nombre de documento	Fecha
Organización	Departamento de Investigación y Docencia de Bio-Tecnologías	6/03/2015
Organización	Asesoría Jurídica	24/12/2014
Organización	Medicina del Adolescente	17/10/2014
Organización	Dirección General	28/04/2014
Organización	Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia en Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	14/04/2014
Organización	Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Odontología	26/03/2013
Organización	Oficina de Cooperación Científica Internacional	21/12/2012
Organización	Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía del Niño y del Adolescente	13/12/2012
Organización	Oficina de Servicios Generales	19/12/2011
Organización	Oficina de Logística	25/11/2011
Organización	Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Patología	26/10/2011
Organización	Órgano de Control Institucional	24/10/2011
Organización	Oficina de Personal	24/10/2011
Organización	Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Salud Mental	11/10/2011
Organización	Departamento de Enfermería	28/09/2011
Organización	Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Diagnóstico por Imágenes	27/09/2011
Organización	Departamento de Atención de Servicios al Paciente	8/08/2011
Organización	Estadística e Informática	8/08/2011
Organización	Oficina de Epidemiología	21/06/2011
Organización	Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Centro Quirúrgico y Anestesiología.	6/04/2011
Organización	Oficina de Secretaría	16/02/2011
Organización	Oficina Ejecutiva de Administración	10/02/2011
Organización	Oficina de Comunicaciones	4/02/2011

Fases de la Administración	Nombre de documento	Fecha
Organización	Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada	25/01/2011
Organización	Oficina de Gestión de la Calidad	24/01/2011
Planificación	Cuadro para Asignación de Personal Provisional del INSN - > R.D.N°252-2020-INSN-DG de fecha 25/11/2020	25/11/2020
Planificación	Cuadro para Asignación de Personal Provisional del INSN aprobado con R.M.N°976-2018-MINSA de fecha 25/10/2018	25/10/2018
Planificación	Cuadro de Asignación del Personal Reordenado CAP-2017- R.D.N°414-2017-INSN-DG-OP	28/12/2017
Planificación	Aprobación del Cuadro para Asignación de Personal Provisional del INSN - CAP. 2017.	27/09/2017
Planificación	Aprobación del Cuadro para Asignación de Personal Provisional del INSN - CAP-P. 2017.	1/09/2017
Planificación	Cuadro de Asignación del Personal Reordenado -2016- CAP	24/01/2017
Planificación	Cuadro de Asignación del Personal - CAP - MODIFICADO 2015	31/12/2015
Planificación	Cuadro de Asignación del Personal - CAP - APERTURA 2015	2/02/2015
Planificación	Cuadro de Asignación del Personal 2014- CAP Modificado. Aprobado con RM. N°1030-2014-MINSA de fecha 31/12/2014.	31/12/2014
Planificación	Cuadro de Asignación Personal; Reordenado 2013	19/12/2013
Planificación	Cuadro para Asignación de Personal aprobado con RM.N°403-2013/MINSA de fecha 09/07/2013	9/07/2013
Planificación	Reordenamiento de cargos del Cuadro para Asignación de Personal aprobado mediante RD.N°541-DG-INSN-2012	31/07/2012
Planificación	Cuadro para Asignación de Personal aprobado con RM.N°390-2012/MINSA de fecha 17/05/2011	17/05/2011
Planificación	Reordenamiento del Cuadro para Asignación de Personal aprobado mediante RD.N°180-DG-INSN-2011	2/04/2011
Planificación	Cuadro de Asignación de Personal vigente aprobado mediante RD.N°616-DG-INSN-2010 de fecha 03/12/2010	10/12/2010
Planificación	Cuadro de Asignación de Personal aprobado mediante RD.N°234-DG-INSN-2008 de fecha 09/05/2008	20/05/2008

Fases de la Administración	Nombre de documento	Fecha
Dirección	"El manual de procesos y procedimientos del servicio de nutrición y dietética " del INSN, que consta de 31 folios de la DASP - Nutrición	16/06/2016
Dirección	"Atención del Paciente con Epidermólisis Bulosa" del INSN, que consta de 11 folios de la DEIDAECA - DEIDAEMNA - Consultorios Externos	23/06/2015
Dirección	Proyecto de Mejora "Hola Endocrino", con 11 folios (XI), elaborado por el Equipo de Mejora Multidisciplinario del INSN. de la DEIDAECA - DEIDAEMNA - Consultorios Externos	14/04/2015
Dirección	Manual de Procedimientos de la DEAC del Instituto Nacional de Salud del Niño, que consta de 38 folios (XXXVIII) del Departamento de Emergencia y Áreas Críticas del INSN.	10/04/2015
Dirección	Guía de Práctica Clínica para el "Diagnóstico y Tratamiento del Hipotiroidismo Congénito "que consta de 17 folios (XVII) del Departamento de Investigación Docencia y Atención Especializada en Medicina del Niño y el Adolescente, del INSN. DEIDAECA - DEIDAEMNA - Consultorios Externos	7/04/2015
Dirección	Dejar sin efecto la RD. N°348-2010-INSN-DG, en la que se aprueba las Guías de Procedimientos de "Gasometría en niños", "Punción Lumbar" y "Toracocentesis" del INSN. Aprobar las Guías de Procedimientos de "Gasometría en niños, Punción Lumbar" y Toracocentesis del INSN, que consta de 37 folios del Departamento de Emergencia y Áreas Críticas del INSN. Oficina de Gestión de la Calidad	2/03/2015
Dirección	"Procedimiento, Registro, Estudio y Prevención de los Eventos Adversos", que consta de XVII folios, presentada por la Oficina de Gestión de la Calidad del INSN. Oficina de Gestión de la Calidad	12/02/2015
Dirección	Guía Técnica de Procedimientos de Injerto Óseo en la Corrección de las Hendiduras Alveolo Maxilares" que consta de 13 folios (XIII) y la Guía de Práctica Clínica de Fisura Alveolo Palatina" que consta de 12 folios (XII). Oficina de Gestión de la Calidad	2/02/2015
Dirección	Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de las Anomalías de Diferenciación Sexual, que consta de 20 folios del Departamento de Investigación Docencia y Atención Especializada en Medicina del Niño y el Adolescente, del Instituto Nacional de Salud del Niño. DEIDAECA - DEIDAEMNA - Consultorios Externos	30/01/2015

Fases de la Administración	Nombre de documento	Fecha
Dirección	Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes Pediátricos con Derivación Ventrículo Peritoneal que consta de 12 folios y la Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes Pediátricos con Mielomeningocele que consta de 15 folios, remitido por el Departamento de Enfermería del INSN. Oficina de Gestión de la Calidad	30/01/2015
Dirección	Proyecto de Mejora “Módulo de Atención Farmacéutica en Farmacia Externa del Instituto Nacional de Salud del Niño” con 37 folios (XXXVII); elaborado por el Equipo de Mejora Multidisciplinario del INSN. Oficina de Gestión de la Calidad	30/01/2015
Dirección	Guía de Uso del Formato de Valoración para el Proceso de Atención de Enfermería en cuanto a Valoración de Enfermería por Patrones de Respuesta Humana de los Servicios de Cardiología, Otorrinolaringología – Cirugía de Cabeza y Cuello y Maxilo Facial, Neurocirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular – Cirugía Plástica, Ortopedia y Traumatología, remitido por el Departamento de Enfermería del INSN. Oficina de Gestión de la Calidad	30/01/2015
Dirección	“Manual de Procesos y Procedimientos del Servicios de Farmacia”, que cuenta con 79 (LXXIX) folios del Departamento de Atención del Servicio al Paciente del INSN. DASP - Nutrición	23/01/2015
Dirección	Guía de Práctica Clínica de “Diagnóstico y Tratamiento de Pubertad Precoz”, que consta de 11 folios del Departamento de Investigación Docencia y Atención Especializada en Medicina del Niño y del Adolescente del INSN. Medicina del Adolescente	23/01/2015
Dirección	Guía de Práctica Clínica de “Diagnóstico y Tratamiento del Niño y Adolescente con Diabetes Mellitus”, que consta de 21 folios del Departamento de Investigación Docencia y Atención Especializada en Medicina del Niño y el Adolescente del INSN. Medicina del Adolescente	23/01/2015
Dirección	Manual de Conducta del Trabajador en base a valores y principios de la Institución versión 02 del Instituto Nacional de Salud del Niño. Oficina de Gestión de la Calidad	4/12/2014
Dirección	Guía de Práctica Clínica de Osteodistrofia Renal del Instituto Nacional de Salud del Niño. DEIDAECNA - DEIDAEMNA - Consultorios Externos	4/12/2014

Fases de la Administración	Nombre de documento	Fecha
Dirección	Procedimiento de Consejería Social del INSN del Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Medicina del Niño y del Adolescente del INSN.	31/05/2014
Dirección	Manual de Procesos y Procedimientos correspondientes al Proceso de Logístico integrado de la Unidad de Procesos de Selección, Licitaciones y Concursos Públicos de la Oficina de Logística, conformado por 4 procedimientos, desarrollado en 31 folios.	9/05/2014
Dirección	Procedimiento de atención en consulta externa en el departamento de salud mental, que consta de seis folios (06) presentada por la jefatura del Departamento de Salud Mental INSN.	15/01/2014
Dirección	Procedimiento para Consejería Psicológica. Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	26/07/2013
Dirección	Procedimientos de la Oficina de Personal correspondiente al proceso del Desarrollo del Recurso Humano, denominados: Elaboración y aprobación del Plan de Desarrollo de las Personas Anualizado; Ejecución del Plan de Desarrollo de las Personas Anualizado.	11/06/2013
Dirección	Procedimiento del Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Patología y la Unidad de Manejo de Seguros Públicos y Privados, denominado: Atención de Exámenes de Laboratorio no Tarifados por el SIS atendidos en el INSN	30/05/2013
Dirección	Procedimientos del Servicio de Farmacia correspondiente al proceso de Suministro de Productos Farmacéuticos, denominados: • Dispensación de dispositivos e implantes para intervenciones quirúrgicas y procedimientos de emergencia y programados en Centro Quirúrgico. • Control y devolución de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de emergencia, hospitalización y centro quirúrgico. • Verificación de la vigencia de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.	17/05/2013
Dirección	Procedimiento del Módulo de Atención de Maltrato infantil y del Adolescente correspondiente a la Prestación de Servicios de Salud Especializados, denominado: Atención del Maltrato Infantil.	17/04/2013
Dirección	Procedimiento de Admisión de Pacientes para Hospitalización de Pacientes referidos de Consulta Externa-V.03 y el Procedimiento de Evaluación de Admisión de	4/04/2013

Fases de la Administración	Nombre de documento	Fecha
	Pacientes por Emergencia referidos por Consultorios Externos-V.02	
Dirección	Procedimiento del Servicio de Psicología correspondiente al Prestación de Servicios de Salud Especializados, denominado: Evaluación Psicológica. Evaluación Psicológica.	14/01/2013
Dirección	Procedimientos del Servicio de Medicina Adolescente correspondiente al Proceso de Prestación de Servicios de Salud Especializados, denominados: Atención Integral al Adolescente; Consejería en Salud Sexual Reproductiva.	11/12/2012
Dirección	Evaluación preoperatoria, Programación de la intervención quirúrgica, Evaluación Pre anestésica, Preparación del paciente para la intervención quirúrgica, Preparación de insumos, implantes, instrumental, equipos y sala de operaciones, Intervención quirúrgica segura y Post Operatorio. DEIDAECNA	11/12/2012
Dirección	Organización, Manejo y Mantenimiento de Espécimen, Desarrollo de la Cirugía Experimental y Disposición Final del Espécimen. Servicio de Cirugía Experimental	7/11/2012
Dirección	Procedimiento de la Oficina de Gestión de la Calidad correspondiente al Proceso de Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud, denominado: Protección a la Lactancia Materna Exclusiva. Procedimiento de protección a la lactancia materna exclusiva.	3/10/2012
Dirección	Manual de Procesos y Procedimientos del Departamento de Emergencia y Áreas Críticas: Admisión de pacientes autoreferidos por emergencia, Evaluación de admisión de pacientes por emergencia referidos por consultorio externo, Atención en emergencia de paciente con prioridad II y III, Atención en emergencia de paciente con prioridad I, Atención en sala de observación, Ingreso de pacientes a la Unidad de Cuidados Intensivos, Transporte de paciente de emergencia a UCI, Alta de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos.	2/08/2012
Dirección	Procedimiento de la Oficina Ejecutiva de Administración correspondiente al Proceso de Gestión Financiera, denominado: Solicitud de Fondos para proyectos de Investigación en Salud.	7/06/2012

Fases de la Administración	Nombre de documento	Fecha
Dirección	Procedimiento del Servicio de Salud Bajo Tarifario Diferenciado correspondiente al Proceso de Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud, denominado: • Transferencia de pacientes del SBTD a los servicios de hospitalización.	4/06/2012
Dirección	Manual de Procesos y Procedimientos de Servicio Social, el mismo que está desarrollado en 36 folios y que son los siguientes: • Evaluación Socioeconómica de Pacientes • Admisión de Pacientes y/o Familiar a Albergues • Visita Domiciliaria • Seguimiento y Apoyo Socioeconómico de Pacientes • Exoneración Parcial o Total a Pacientes del INSN • Apoyo al Paciente que viaja al extranjero. DASP - Servicio Social	24/05/2012
Dirección	Procedimiento del Departamento de Emergencia y Áreas Críticas correspondiente al Proceso de Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud, denominado: • Transporte de Paciente de Emergencia a UCI.	6/01/2012
Dirección	procedimiento de la Oficina de Epidemiología correspondiente al Proceso de Gestión de Riesgo de la Salud, denominado: Atención de Paciente con Resultados Reactivos para HIV.	30/12/2011
Dirección	Manual de procesos y Procedimientos de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, el mismo que está desarrollado en 63 folios. Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada	29/12/2011
Dirección	Aprobar el Manual de procesos y Procedimientos correspondientes al Proceso de Logístico Integrado, conformado por veinticinco (25) procedimientos, desarrollado en 95 folios. Oficina de Logística	27/12/2011
Dirección	Procedimientos de la Unidad de Manejo de Seguros Públicos y Privados correspondiente al Proceso de Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud, denominados: Referencia y Contrarreferencia de pacientes atendidos en Consultorios Externos; Referencia y Contrarreferencia de pacientes atendidos en Emergencia.	25/11/2011
Dirección	Procedimiento de la Oficina de Personal correspondiente al Proceso de Recurso Humano, denominado: Solución de Conflictos Interpersonales en el Ámbito Laboral.	26/10/2011

Fases de la Administración	Nombre de documento	Fecha
Dirección	procedimiento de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía correspondiente al Proceso de Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud, denominado: Atención de Neonatos Admitidos por Retinopatía de la Prematuridad. DEIDAECNA	19/10/2011
Dirección	Aprobar el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Economía, el mismo que está desarrollado en 52 folios. Oficina de Economía	2/08/2011
Dirección	Procedimiento de la Oficina de Gestión de la Calidad correspondiente al Proceso de Gestión de la Calidad, denominado: Participación Ciudadana para la Protección y Defensa del Consumidor (usuario).	19/07/2011
Dirección	Procedimiento de la Oficina de Gestión de la Calidad correspondiente al Proceso de Gestión de la Calidad, denominado: • Elaboración y Evaluación del Plan Anual de Auditoría	18/07/2011
Dirección	Actualizar un (01) procedimiento de la Unidad de Manejo de Seguros Públicos y Privados, que depende de la Oficina Ejecutiva de Administrativo y que corresponde al Proceso de Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud, denominado: • Admisión de Paciente SIS para Atención en Consultorios Externos.	7/07/2011
Dirección	Procedimiento de la Oficina Ejecutiva de Administración correspondiente el Proceso de Gestión Financiera, denominado: Control y Supervisión Administrativo y Financiero.	27/06/2011
Dirección	Aprobar dos (02) procedimientos del Departamento de Emergencia y Áreas Críticas correspondiente al Proceso de Protección, Recuperación y Rehabilitación, denominados: • Ingreso de Pacientes a la Unidad de Cuidados Intensivos. • Alta de Pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivos.	15/03/2011
Dirección	Atención de pacientes con sospecha de Dengue. Oficina de Epidemiología	18/02/2011
Dirección	Procedimiento de la Oficina de Epidemiología correspondiente al Proceso de Gestión de Riesgo de la Salud, denominado: Atención, Registro y Seguimiento de Pacientes Expuestos a Virus Rábico	8/02/2011

Fases de la Administración	Nombre de documento	Fecha
Dirección	Atención del maltrato infantil. DEIDAEMNA - Dpto. Salud Mental	4/02/2011
Dirección	Procedimiento de la Oficina de Economía correspondiente al Proceso de Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud, denominado: Alta Hospitalaria de Pacientes Asegurados.	2/02/2011
Dirección	Procedimiento de la Oficina de Estadística e Informática correspondiente al Proceso de Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud, denominado: Admisión de Pacientes en condición de Pagantes para atención en Consultorios Externos.	31/01/2011
Dirección	Manual de Procesos y Procedimientos correspondiente al Proceso de Investigación, el mismo que está desarrollado en 38 folios. Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada	29/01/2011
Dirección	Manual de Procesos y Procedimientos correspondiente al Proceso de Gestión de la Información, el mismo que está desarrollado en 34 folio. Registro y procesamiento de información, Difusión de la información estadística, Atención de requerimientos de información de acceso público, Actualización de portal institucional, Elaboración del Análisis de Situación de Salud en el INSN, Formulación y Evaluación del Plan Operativo Informático, Análisis y diseño de sistemas, Mantenimiento Preventivo, Mantenimiento Correctivo, Central Telefónica. Oficina de Estadística e Informática	29/01/2011
Dirección	Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad correspondiente al Proceso de Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud y al Proceso de Gestión de la Calidad denominados: Aprobación de Consentimiento Informado; Aprobación de Guía de Práctica Clínica y/o Guía de Procedimiento; Adherencia de Guías Clínicas Médicas.	22/12/2010
Dirección	Procedimientos de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico correspondiente al Proceso de Gestión Financiera: Programación presupuestal, Formulación de presupuesto, Modificación presupuestal (dentro de la unidad ejecutora), Evaluación del presupuesto, Cierre presupuestal. Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	24/11/2010

Fases de la Administración	Nombre de documento	Fecha
Dirección	Aprobar cuatro (04) procedimientos del Servicio de Hematología que depende del Departamento Investigación, Docencia y Atención en Patología, correspondiente al Proceso de Servicio de Apoyo para el Diagnóstico y Tratamiento. DEIDADT - Servicio de Hematología	5/10/2010
Dirección	Aprobar el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico correspondiente al Proceso de Dirección Estratégica, el mismo que está desarrollado en cuarenta y uno (41) folios. Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.	28/09/2010
Dirección	Aprobar el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Personal correspondiente al Proceso de Desarrollo del Recurso Humano, el mismo que está desarrollado en 100 folios. Oficina de Personal.	28/09/2010
Dirección	Aprobar el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico correspondiente al Proceso de Gestión de Proyectos de Inversión, el mismo que está desarrollado en treinta y cuatro (34) folios. Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	23/09/2010
Dirección	Aprobar un (01) procedimiento del Departamento de Investigación. Docencia y Atención en Anestesiología y Centro Quirúrgico correspondiente al Proceso de Protección. Recuperación y Rehabilitación, de la Salud denominado: Post Operatorio. DEIDAECNA	10/09/2010
Dirección	Solicitud de examen e informe radiológico para pacientes atendidos por emergencia. DEIDADT - Servicio de Radiodiagnóstico	7/09/2010
Dirección	Procedimiento del Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Diagnóstico por imágenes correspondiente al Proceso de Servicios de Apoyo al Diagnóstico denominado: Solicitud, préstamo y archivo de Examen e Informe Radiológico para pacientes atendidos por emergencia.	7/09/2010
Dirección	Procedimiento de la Oficina de Logística correspondientes al Proceso Logístico integrado, denominado: Control de Ingreso y Consumo de Insumos Químicos y Productos Fiscalizados.	22/06/2010

Fases de la Administración	Nombre de documento	Fecha
Dirección	Atención de pacientes hospitalizados en medicina y cirugía con marcadores serológicos de infección por hepatitis B (VHB), Atención de pacientes con antecedentes de haber sido atendidos previamente en servicios de cirugía y medicina del INSN y que sospechan haber sido infectados con hepatitis B (VHB), Vigilancia y control de alimentos, Vigilancia y control de la calidad sanitaria del agua, Desinsectación, desratización y desinfección, Manejo de residuos sólidos. Oficina de Epidemiología	16/06/2010
Dirección	Procedimientos de la Oficina de Epidemiología correspondiente al Proceso de Mantenimiento y Seguridad de la Infraestructura y Bienes y al proceso de Gestión de Riesgos de la Salud denominados: • Vigilancia y Control de Alimentos • Vigilancia y Control de la Calidad Sanitaria del agua • Desinsectación, Desratización y Desinfección	16/06/2010
Dirección	Atención de paciente en consultorios externos del SSBTD, Admisión de paciente para atención en consultorios externos del SSBTD, Admisión de paciente para hospitalización y cirugía del SSBTD, Alta de pacientes atendidos en el SSBTD, Atención de paciente en hospitalización del SSBTD. Servicio Bajo Tarifario Diferenciado	16/04/2010
Dirección	Planificación de campaña de salud extramuros, organización y ejecución de campaña de salud extramuros, evaluación de campaña de salud extramuros. DEIDAECA	16/04/2010
Dirección	Procedimientos de Campañas de Salud Extramuros, que depende de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía del Niño y del Adolescente y que corresponde al Proceso de Campañas de Salud, denominados: Planificación de la Campaña de Salud Extramuros; Organización y Ejecución de Campañas de Salud Extramuros; Evaluación de Campas de Salud Extramuros	16/04/2010
Dirección	Dispensación de productos farmacéuticos para pacientes ambulatorios SIS, Dispensación de productos farmacéuticos para pacientes hospitalizados SIS, Dispensación de productos farmacéuticos para pacientes con SOAT, Dispensación de productos farmacéuticos para pacientes hospitalizados pagadores, Dispensación de productos farmacéuticos para clientes externos, Control y devolución de medicamentos de coches de servicios, Control, reposición y	9/03/2010

Fases de la Administración	Nombre de documento	Fecha
	devolución de medicamentos y material quirúrgico de coche de paro y botiquines de emergencia. DASP - Farmacia	
Dirección	Control de ingreso y salida del público en general, Entrega de turnos y rondas de seguridad, Incidencias de seguridad- robo, Recolección y lavado de vestuario y ropa de cama, Baja de vestuario y ropa de cama, Manejo de residuos sólidos, Solicitud y programación de servicios de infraestructura, Supervisión de ejecución y conformidad de servicio de infraestructura prestado por terceros, Elaboración del plan de mantenimiento preventivo y reparativo, Ejecución de mantenimiento preventivo y reparativo de infraestructura, Ejecución de mantenimiento correctivo de infraestructura, Servicio de movilidad. Oficina de Servicios Generales	25/01/2010
Dirección	Programación y control de la atención en consulta externa, Informe de consulta externa. DEIDAECNA - DEIDAEMNA - Consultorios Externos	18/08/2009
Dirección	Solicitud de licencia de ejercicio temporal para profesionales de la salud extranjeros, Solicitud de autorización sanitaria. Oficina de Cooperación Científica Internacional	18/06/2009
Dirección	Trámite de sugerencias, Trámite de quejas, Trámite de proyectos de mejora continua de la calidad. Oficina de Gestión de la Calidad	10/06/2009
Dirección	Recepción y almacenamiento de insumos, Preparación de dietas completas y terapéuticas, Preparación y envasado de fórmulas lácteas, Preparación y envasado de fórmulas enterales, Lavado y esterilizado de vasos y accesorios, Distribución de raciones. DASP - Nutrición	28/05/2009
Dirección	Procedimientos de la Oficina de Comunicaciones correspondientes al Proceso de Comunicaciones y que son los siguientes: Revista institucional, nota de prensa, evento protocolar.	28/05/2009

Fases de la Administración	Nombre de documento	Fecha
Dirección	Ingreso de documentación de fuente externa al instituto, Ingreso de documentación de fuente interna al instituto, Respuesta, despacho y distribución de documentación de fuente externa, Respuesta, despacho y distribución de documentación de fuente interna, Envío de documentos sin antecedentes, Programación y transferencia interna de documentos a archivo pasivo, Conservación de series documentales, temporales y permanentes-mantenimiento preventivo, Disposición final de documentos institucionales, Préstamo de documentos a solicitantes internos y externos, Autenticación de documentos. Oficina de Secretaría	25/05/2009
Dirección	Revisión y visación de proyectos de convenios, Revisión y visación de proyectos de resolución directoral. Oficina de Asesoría Jurídica	25/05/2009
Dirección	Aprobar la Modificación del Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA 2018	26/01/2018
Dirección	Resolución Directoral que aprueba la actualización del Texto Unico de Procedimientos Administrativos (TUPA)	27/12/2012
Dirección	Inventario de Procedimientos Administrativos	27/12/2012
Dirección	Fichas y Flujogramas	27/12/2012
Dirección	Formato de Solicitud	27/12/2012
Dirección	Modelo de Certificados, Informes y Constancias	27/12/2012
Organización	Aprueban el Reglamento Interno de Trabajo del Instituto Nacional de Salud del Niño	19/12/2008
Planificación	Aprobar el "Plan Operativo Informático 2020" el mismo que consta de dieciocho (18) folios	23/03/2020
Planificación	Aprobar el "Plan Operativo Informático 2019" el mismo que consta de diecinueve (19) páginas	4/06/2019
Planificación	Plan Operativo Informático 2017, elaborado por la Oficina de Estadística e Informática del Instituto Nacional de Salud del Niño, que en anexo adjunto y en veinte y Dos (22) Folios forma parte integrante de la presente resolución. R.D.Nº117-2017-INSN-DG	12/04/2017
Planificación	Aprobar el Plan Operativo Informático 2016, elaborado por la Oficina de Estadística e Informática del Instituto Nacional de Salud del Niño. R.D.Nº285-2016-INSN-DG-OP	17/06/2016

Fases de la Administración	Nombre de documento	Fecha
Planificación	Aprobar el Plan Operativo Informático 2015, de la Oficina de Estadística e Informática del Instituto Nacional de Salud del Niño; que consta de 14 folios.	1/04/2015
Planificación	PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL MINSA 2019-2021	26/12/2018
Planificación	PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL MINSA 2017-2019	3/03/2017
Planificación	Evaluación del Plan Estratégico Institucional 2012 -2016	27/05/2015
Planificación	PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2015-2017	23/12/2014
Planificación	Evaluación del Plan Estratégico Institucional 2012-2016, correspondiente al año 2013.	13/05/2014
Planificación	Evaluación Anual del Plan Estratégico 2012-2016 correspondiente al año 2012 - Matrices	21/03/2013
Planificación	Monitoreo del Plan Estratégico 2012-2016 correspondiente al año 2012	21/03/2013
Planificación	Evaluación Anual del Plan Estratégico 2012-2016 correspondiente al año 2012	21/03/2013
Planificación	Evaluación Anual del Plan Estratégico 2009-2011 correspondiente al año 2011	2/03/2012
Planificación	Plan Estratégico Institucional 2012-2016	19/12/2011
Planificación	Matrices del Plan Estratégico 2012-2016	19/12/2011
Planificación	Evaluación Anual del Plan Estratégico 2009-2011 correspondiente al año 2010	10/03/2011
Dirección	Indicadores de Desempeño parte de EVALUACIÓN ANUAL POI 2020	20/03/2021
Dirección	Indicadores de Desempeño parte de POI 2021	31/12/2020
Dirección	Indicadores de Desempeño 2018	31/12/2018
Dirección	Indicadores de Desempeño parte de POA 2017	6/01/2017
Dirección	Ficha de Indicadores de Desempeño - POA 2016	3/03/2016
Dirección	Ficha de Indicadores de Desempeño - POA 2015	1/04/2015
Dirección	Ficha de Indicadores de Desempeño - POA 2014	21/02/2014
Dirección	Ficha de Indicadores de Desempeño - POA 2013	6/02/2014
Dirección	Ficha de Indicadores de Desempeño - POA 2012	30/12/2011

Fases de la Administración	Nombre de documento	Fecha
Planificación	Plan Operativo Institucional 2021 Modificado V.01	1/08/2021
Planificación	Plan Operativo Institucional Multianual 2022-2024	1/05/2021
Planificación	SEGUIMIENTO POI 2021 INSN I TRIMESTRE	1/04/2021
Planificación	Informe de Evaluación Anual POI 2020 Modificado V.02	1/03/2021
Planificación	Plan Operativo Institucional 2021	1/12/2020
Planificación	Informe de seguimiento al III trimestre - POI modificado V.02 2020	1/10/2020
Planificación	Plan Operativo Institucional Modificado V.02 - Setiembre 2020	1/09/2020
Planificación	Informe de Evaluación Semestral POI 2020 - modificado V.01	1/07/2020
Planificación	Plan Operativo Institucional Modificado V.01 - abril 2020	1/07/2020
Planificación	Informe de seguimiento al I trimestre - POI modificado V.01 2020	1/04/2020
Planificación	Informe de Evaluación Anual POI-2019 modificado v.02 Febrero 2020	1/01/2020
Planificación	Plan Operativo Institucional 2020	1/01/2020
Planificación	Informe de seguimiento al III trimestre del Plan Operativo Institucional 2019 modificado v.02	1/10/2019
Planificación	Plan Operativo Institucional 2019 modificado v.02	1/10/2019
Planificación	Informe de Evaluación I Semestre de Implementación POI-2019	1/06/2019
Planificación	Se resuelve, aprobar el plan operativo institucional 2019 modificado del Instituto Nacional de Salud del Niño.	1/05/2019
Planificación	Informe de Evaluación I Trimestre de la Implementación N°1 POI-2019	1/04/2019
Planificación	Plan Operativo Institucional 2019	1/01/2019
Planificación	Evaluación Anual POI 2018	1/01/2019
Planificación	Plan Operativo Institucional Reprogramado II 2018	1/12/2018
Planificación	Plan Operativo Institucional Seguimiento III Trimestre 2018	1/10/2018
Planificación	Plan Operativo Institucional Reprogramado 2018	1/07/2018
Planificación	Evaluación I Semestre POI 2018	1/07/2018

Fases de la Administración	Nombre de documento	Fecha
Planificación	Seguimiento Metas I Trimestre Plan Operativo Anual 2018	1/04/2018
Planificación	Plan Operativo Anual 2018 R.D.Nº030-2018-INSN-DG	1/02/2018
Planificación	Plan Operativo Anual Informe de Evaluación 2017	1/01/2018
Planificación	Plan Operativo Institucional Seguimiento 2017	1/11/2017
Planificación	Plan Operativo Institucional Reprogramado 2017	1/10/2017
Planificación	Plan Operativo Anual Informe de Evaluación I Semestre 2017	1/06/2017
Planificación	Plan Operativo Anual Reformulado 2017	1/06/2017
Planificación	Matriz de Seguimiento Plan Operativo Anual 2017	1/03/2017
Planificación	Plan Operativo Anual 2017	1/03/2017
Planificación	Evaluación del Plan Operativo Anual 2016	1/12/2016
Planificación	Aprobar la Reprogramación del Plan Operativo Anual 2016 del Instituto Nacional de Salud del Niño, el mismo que está desarrollado en cuatro capítulos, que forman parte de la presente Resolución Directoral.	1/12/2016
Planificación	Plan Operativo Institucional Seguimiento 2016	1/11/2016
Planificación	Evaluación I Semestre del Plan Operativo Anual 2016	1/10/2016
Planificación	POA Metas Físicas I Trimestre 2016	1/04/2016
Planificación	Plan Operativo Anual 2016.; R.D.Nº107-2016-INSN-DG-OEPE	1/03/2016
Planificación	Plan Operativo Anual 2016.	1/03/2016
Planificación	MATRIZ 7- EVALUACION FINAL 2015	1/02/2016
Planificación	Evaluación del Plan Operativo Anual 2015	1/02/2016
Planificación	Plan Operativo Institucional 2015, aprobado mediante RD N°187-2015-INSN-DG-OEPE	1/08/2015
Planificación	Evaluación del Plan Operativo Anual 2014	1/04/2015
Planificación	Información de Seguimiento de las Metas Físicas y Presupuestales del 1° Trimestre POA 2015	1/04/2015
Planificación	Evaluación Anual del Plan Operativo Anual 2014	1/12/2014
Planificación	Plan Operativo Institucional Seguimiento 2014	1/11/2014
Planificación	Evaluación al Primer Semestre del POA 2014	1/08/2014

Fases de la Administración	Nombre de documento	Fecha
Planificación	Plan Operativo Anual Reprogramación 2014	1/06/2014
Planificación	Plan Operativo Anual 2014	1/02/2014
Planificación	Evaluación Anual del Plan Operativo Anual 2013	1/12/2013
Planificación	Evaluación al Primer Semestre del POA 2013	1/07/2013
Planificación	Evaluación al Primer Trimestre del POA 2013	1/04/2013
Planificación	Plan Operativo Anual 2013	1/01/2013
Planificación	Plan Operativo Anual 2013	1/01/2013

Anexo N°03

Porcentaje de Ocupación de Cama

Departamentos/Servicios	2018	2019	2020	2021 (Abril)
HOSPITALIZADOS	87.7	88.3	79.4	85.3
DPTO.MEDICINA	89.6	88.4	82.2	93.3
MEDICINA "A"	94.6	95.9	83.7	99.7
MEDICINA "B"	94.9	95.8	90.1	94.9
NEUMOLOGIA	94.4	84.7	85.1	90.7
CARDIOLOGIA	68.7	69.7	53.7	90.0
NEUROPEDIATRIA	93.4	91.3	80.4	88.2
MEDICINA "C"	97.0	96.9	86.8	99.7
MEDICINA "D"	94.5	97.7	91.5	99.8
MEDICINA "E"			83.0	87.9
INFECTOLOGIA	78.3	74.3	74.6	87.1
NEFROLOGIA	96.0	94.9	84.3	88.7
DERMATOLOGIA	83.9	87.3	72.0	90.7
NEONATOLOGIA	95.3	93.4	83.6	94.2
GASTROENTEROLOGIA	97.4	97.3	80.9	96.7
HEMATOLOGIA	90.2	86.2	82.1	100.0
DPTO.CIRUGIA	78.1	81.2	70.3	76.9
CIRUGIA GENERAL	93.1	92.0	72.9	82.1
UROLOGIA	69.8	66.9	37.1	56.7
NEUROCIRUGIA	98.3	96.8	83.3	86.5
OFTALMOLOGIA	59.0	27.5	9.4	0.0
CIRUGIA PLASTICA	46.8	82.1	77.2	72.9
CIRUGIA DE TORAX	80.9	78.3	69.5	89.3
OTORRINOLARINGOL.	40.2	44.9	28.2	58.3

Departamentos/Servicios	2018	2019	2020	2021 (Abril)
TRAUMATOLOGIA	76.7	85.6	73.6	77.6
QUEMADOS	84.1			
C.CABEZA Y CUELLO	78.5	70.4	62.3	59.4
GINECOLOGIA	51.6	73.4	40.6	33.3
CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL	42.1	55.1	58.5	55.0
DPTO.EMERGENCIAS Y AREAS CRITICAS	115.0	114.9	96.4	108.3
U.C.I	96.8	95.6	90.8	91.7
EMERGENCIA	132.8	133.9	102.0	124.8
TOTAL GENERAL	87.7	88.3	79.4	88.3

Intervalo de Sustitución

Departamentos/Servicios	2018	2019	2020	2021 (Abril)
HOSPITALIZADOS	1.8	1.6	3.7	2.8
DPTO.MEDICINA	1.6	1.6	3.4	1.4
MEDICINA "A"	0.5	0.3	2.5	0.1
MEDICINA "B"	0.4	0.4	1.6	1.2
NEUMOLOGIA	2.2	4.9	6.2	5.6
CARDIOLOGIA	9.0	5.8	17.6	10.5
NEUROPEDIATRIA	1.7	1.7	4.0	1.8
MEDICINA "C"	0.3	0.3	1.4	0.0
MEDICINA "D"	1.0	0.3	2.0	0.1
MEDICINA "E"			2.1	1.3
INFECTOLOGIA	3.8	4.2	4.8	1.9
NEFROLOGIA	0.6	0.7	2.6	4.3
DERMATOLOGIA	1.6	1.2	3.1	1.4
NEONATOLOGIA	1.5	2.2	7.0	3.5
GASTROENTEROLOGIA	0.4	0.5	3.8	0.6
HEMATOLOGIA	3.7	4.9	3.9	0.0
DPTO.CIRUGIA	3.2	2.6	5.6	4.1
CIRUGIA GENERAL	0.5	0.5	2.5	1.7
UROLOGIA	4.0	3.9	11.0	6.5
NEUROCIRUGIA	0.4	0.7	5.3	3.0
OFTALMOLOGIA	7.5	16.7	32.0	0.0
CIRUGIA PLASTICA	3.4	2.5	6.0	11.8
CIRUGIA DE TORAX	7.6	8.4	13.9	3.6
OTORRINOLARINGOL.	5.5	5.2	11.9	8.3
TRAUMATOLOGIA	4.4	2.6	5.4	4.4

Departamentos/Servicios	2018	2019	2020	2021 (Abril)
QUEMADOS	3.8			
C.CABEZA Y CUELLO	3.0	3.7	9.2	36.5
GINECOLOGIA	3.0	1.3	7.0	8.0
CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL	3.5	1.9	6.2	6.0
DPTO.EMERGENCIAS Y AREAS CRITICAS	-0.3	-0.3	0.1	-0.2
U.C.I	0.6	0.8	2.2	2.0
EMERGENCIA	-0.3	-0.3	-0.0	-0.3
TOTAL GENERAL	1.8	1.6	3.7	2.0

Rendimiento Cama

Departamentos/Servicios	2018	2019	2020	2021 (Abril)
HOSPITALIZADOS	2.1	2.4	1.7	1.6
DPTO.MEDICINA	2.0	2.4	1.5	1.5
MEDICINA "A"	3.7	3.7	2.0	1.4
MEDICINA "B"	3.4	3.6	1.8	1.3
NEUMOLOGIA	0.8	0.9	0.7	0.5
CARDIOLOGIA	1.1	1.6	0.8	0.3
NEUROPEDIATRIA	1.2	1.6	1.4	2.0
MEDICINA "C"	3.1	3.9	2.8	2.2
MEDICINA "D"	1.7	2.9	1.3	1.1
MEDICINA "E"			1.8	2.8
INFECTOLOGIA	1.7	1.9	1.6	2.0
NEFROLOGIA	1.8	2.4	1.7	0.8
DERMATOLOGIA	3.1	7.1	2.1	2.0
NEONATOLOGIA	0.9	0.9	0.7	0.5
GASTROENTEROLOGIA	1.8	1.8	1.6	1.6
HEMATOLOGIA	0.8	0.9	1.4	0.3
DPTO.CIRUGIA	2.1	2.2	1.6	1.7
CIRUGIA GENERAL	4.0	4.6	3.3	3.3
UROLOGIA	3.1	2.4	1.5	2.0
NEUROCIRUGIA	1.2	1.4	1.0	1.4
OFTALMOLOGIA	2.1	1.0	0.5	0.0
CIRUGIA PLASTICA	4.7	2.2	1.2	0.7
CIRUGIA DE TORAX	0.8	0.8	0.7	0.9
OTORRINOLARINGOL.	3.3	3.2	1.7	1.5
TRAUMATOLOGIA	1.6	1.7	1.5	1.5
QUEMADOS	1.3			

Departamentos/Servicios	2018	2019	2020	2021 (Abril)
C.CABEZA Y CUELLO	2.2	2.5	1.3	0.3
GINECOLOGIA	7.3	5.3	2.3	2.5
CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL	8.3	7.1	1.3	2.3
DPTO.EMERGENCIAS Y AREAS CRITICAS	16.7	17.7	12.6	12.8
U.C.I	1.5	1.7	1.3	1.3
EMERGENCIA	31.8	33.8	23.9	24.4
TOTAL GENERAL	2.1	2.4	1.7	1.7

Permanencia Promedio

Departamentos/Servicios	2018	2019	2020	2021 (Abril)
HOSPITALIZADOS	14.5	12.4	14.4	13.3
DPTO.MEDICINA	15.9	13.0	14.9	14.3
MEDICINA "A"	8.0	8.6	10.8	22.3
MEDICINA "B"	9.1	11.5	13.8	9.3
NEUMOLOGIA	37.0	34.3	38.5	42.3
CARDIOLOGIA	21.0	17.4	21.4	19.0
NEUROPEDIATRIA	36.0	18.8	16.1	9.9
MEDICINA "C"	22.4	9.1	10.8	13.4
MEDICINA "D"	16.6	11.4	17.6	14.4
MEDICINA "E"			8.0	8.8
INFECTOLOGIA	14.2	12.0	14.2	13.8
NEFROLOGIA	16.3	14.1	17.5	22.8
DERMATOLOGIA	8.8	8.9	8.0	6.5
NEONATOLOGIA	21.9	21.0	20.5	16.0
GASTROENTEROLOGIA	14.6	14.5	16.5	25.9
HEMATOLOGIA	32.3	40.6	19.3	33.0
DPTO.CIRUGIA	12.2	11.2	14.7	12.9
CIRUGIA GENERAL	8.3	8.0	7.4	10.4
UROLOGIA	9.3	8.1	8.0	6.0
NEUROCIRUGIA	25.0	22.2	32.2	15.3
OFTALMOLOGIA	11.2	6.3	3.5	0.0
CIRUGIA PLASTICA	3.2	11.3	19.9	28.2
CIRUGIA DE TORAX	34.1	25.5	33.2	21.6
OTORRINOLARINGOL.	4.0	4.2	4.4	10.7
TRAUMATOLOGIA	15.9	14.4	17.6	9.4
QUEMADOS	20.7			

Departamentos/Servicios	2018	2019	2020	2021 (Abril)
C.CABEZA Y CUELLO	11.4	8.7	18.8	90.5
GINECOLOGIA	3.5	3.7	5.1	4.0
CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL	2.5	2.5	6.9	4.9
DPTO.EMERGENCIAS Y AREAS CRITICAS	2.4	2.2	2.4	5.7
U.C.I	17.4	14.5	13.9	79.5
EMERGENCIA	1.7	1.6	1.8	1.9
TOTAL GENERAL	14.5	12.4	14.4	16.1