

Balance social: indicadores de gestión en los hospitales

Myriam De Marco,¹ Elsa Beatriz Suarez Kimura² y Magalí Méndez³

- ¹ Profesora e investigadora. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Tucumán, Argentina. Contacto: mdemarco@face.unt.edu.ar
- ² Profesora e investigadora. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Buenos Aires, Argentina. Contacto: esuarezkimura1@yahoo.com.ar.
- ³ Becaria Propai, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Con la presente investigación nos proponemos arribar a un modelo de balance social aplicable a la gestión hospitalaria, con el fin de demostrar el desempeño económico, social y ambiental de las instituciones de la salud. Se parte de una visión estratégica basada en la importancia que tiene esta información (cuando es periódica, creíble y consistente) para contribuir a enfrentar los desafíos que implica la sustentabilidad del servicio de la salud en la población. En este trabajo se exponen indicadores específicos en la gestión hospitalaria relacionados con la capacidad, la rotación, la permanencia y el tipo de servicio. Los números presentados, a la luz de las circunstancias contextuales en las que se han producido, reafirman la necesidad de relacionar variables cuantitativas y cualitativas, ya que no es posible apoyar procesos de decisión tan sensibles como los que caracterizan a la gestión hospitalaria sin tomar en cuenta los valores cualitativos. Existen diversos modelos metodológicos para elaborar balances sociales (OIT, Eurostat, Ethos-IARSE, GRI). La Federación Argentina de Consejos Profesionales en Ciencias Económicas ha elaborado un proyecto de norma para la preparación de un balance social.

PALABRAS CLAVE: balance social, gestión, hospital, indicadores.

Abstract

The following research is aimed at creating a model of social balance suitable to hospital management, in order to demonstrate the economic, social and environmental performance of health institutions. The work sets a strategic vision, based on the importance of such information (as long as it is periodical, plausible, and consistent) to contribute when facing challenges derived from sustainability of population's public health service. The present document shows the specific indicators in hospital management, related to the capacity, rotation, permanence, and type of service. The figures presented, within the scope of prevailing circumstances, re-affirm the need to relate quantitative and qualitative variables, for it is not possible to support so sensitive decision making processes, such as the ones characterizing hospital management, without regarding qualitative values. There are several methodological patterns to elaborate social balances (OIT, Eurostat, Ethos-IARSE, GRI). The Federación Argentina de Consejos Profesionales en Ciencias Económicas has elaborated a pattern project aimed at preparing a social balance.

KEYWORDS: social balance, management, hospital, indicators.

Introducción

La presente investigación se centra en la filosofía del control de gestión dentro de la administración moderna. Nos proponemos arribar a un modelo de balance social aplicable a la gestión hospitalaria que permita cumplir el objetivo de construir e implementar una herramienta global y particular de control de gestión; y que esta se pueda aplicar eficazmente en una institución hospitalaria.

La investigación tuvo los siguientes objetivos generales:

1. Plantear un modelo de balance social con un nuevo concepto de gestión hospitalaria que incorpore los tradicionales indicadores económicos y financieros, y otros que reflejen aspectos de interés en lo social, lo humano, lo ético y lo medio ambiental, y que para todo ello se apoye en la utilización de las nuevas tecnologías de la información.
2. Diseñar el modelo de balance social y orientarlo al caso de los hospitales de la ciudad de San Miguel de Tucumán, Argentina.
3. Monitorear las posibilidades de transferencia efectiva de resultados a las instituciones locales, a través de un testeo continuo de los avances en el desarrollo de la investigación.
4. Redefinir el concepto de organización hospitalaria, esto incluye el análisis del desempeño de la organización en el contexto de los límites y las exigencias impuestas sobre los recursos ambientales o sociales, donde la utilización de los recursos económicos constituye un medio y el desarrollo humano es el fin al que se aspira, ya que el propósito es conseguir la salud de la población.

Nos propusimos los siguientes objetivos específicos:

1. Elaborar un balance social mediante la aplicación de los sistemas de la información contable y las tecnologías de la información y la comunicación, que contribuya a:

- a. Informar cómo la organización asume sus responsabilidades en relación con los recursos económicos y humanos.
- b. Suministrar informaciones útiles para la toma de decisiones relativas a la administración.
- c. Permitir generar una matriz para administrar un hospital.
- d. Ser un instrumento de la gestión y la evaluación de las políticas de la salud por parte del Ministerio de Salud.
- e. Generar un valor diferencial para la imagen de los hospitales, que necesitan ser valorizados por la sociedad.
- f. Crear lazos de confianza tanto interna como externa, dentro y fuera de la organización.
- g. Mejorar la calidad de la organización para que el cumplimiento de sus objetivos sea óptimo.
- h. Evitar percepciones negativas hacia la organización.
- i. Estimular la participación de los actores (los médicos, los enfermeros, los administrativos) en la elección de las acciones, y de este modo mejorar la comunicación interna y la integración de las relaciones entre la dirección y el cuerpo funcional.

Presentación de la problemática

Actualmente, la estructura de la información en la que se sostiene la gestión de las instituciones hospitalarias posee algunas dificultades, ya que se basa, principalmente, en meras rendiciones de cuentas que reflejan los ingresos, los egresos, la capacidad y la atención durante la internación, el número de recursos humanos, los recursos financieros, las adquisiciones y los pagos. La principal inexactitud consiste en una serie de indicadores y ratios no integrados, que no favorecen el monitoreo de estrategias que tiendan a mejorar las prestaciones en el servicio de la salud.

Este trabajo postula que los actuales desarrollos teóricos acerca del balance social y el cuadro de mando integral pueden ser aplicados por las instituciones hospitalarias, ya que ambos modelos

se revierten en beneficios para el avance del conocimiento en el área contable y la normativa aplicada a la gestión y, a su vez, en mejoras perceptibles directamente por la comunidad de usuarios de la institución hospitalaria.

El enfoque económico, social y ambiental que caracteriza el balance social, volcado en un cuadro de mando integral, favorecerá que los diversos actores que intervienen (el hospital, la dirección, el Estado, y la sociedad en su conjunto) encuentren valor en la información generada.

Se interpreta que para el hospital dicho enfoque genera:

1. Un valor diferencial para su imagen que necesita ser valorizado por la sociedad.
2. Un instrumento de gestión y evaluación de las políticas en la salud.
3. Valor a la organización.
4. Lazos de confianza tanto interna como externa para la organización.

El contenido del balance social como herramienta integradora de la información favorece a todos los grupos en conexión con la organización. A la dirección del hospital:

1. Le suministra informaciones útiles para apoyar la toma de decisiones relativas a la administración de los recursos bajo su órbita.
2. Le otorga una herramienta de gestión de recursos humanos que, al considerar indicadores interdisciplinarios, permite estimular la participación de profesionales de las diversas áreas que están involucrados en el cumplimiento de la misión institucional (los médicos, los enfermeros, los administrativos).

En este análisis de la gestión hospitalaria y la consecución de sus objetivos no puede soslayarse el beneficio que esta representará para la sociedad y para el Estado. El balance social constituye un vehículo de comunicación acerca de la forma en que la organización hospitalaria asume sus responsabilidades en relación directa con los recursos humanos y eco-

nómicos que le fueran asignados. A su vez, para el Estado puede constituirse en una herramienta con el valor agregado de permitir la identificación y la formulación de las políticas públicas.

El balance social es, en esencia, el resultado de una construcción colectiva que desde una perspectiva contable y al respetar las cualidades de la información en torno a la claridad, la veracidad y la oportunidad, entre otros, se transforma en un mecanismo sinérgico de apoyo a la gestión hospitalaria.

El balance social no tiene dueños, solo beneficiados

El proceso de elección de indicadores hospitalarios adecuados para el seguimiento de las diferentes actividades requiere una serie de etapas. En primer lugar es necesario definir las actividades, cuáles y cómo son. En segundo lugar, bajo qué estándar se realiza el seguimiento de la actividad para analizar el resultado. Posteriormente se debe escoger el tipo de indicador más adecuado, así como su fórmula de cálculo y tener en cuenta lo que se quiere medir.

Los indicadores persiguen valorar y hacer un seguimiento de la ejecución en cuanto a la consecución de un objetivo concreto o a una actividad determinada. Se concentran en aspectos relacionados con la economía y la eficiencia. Relacionan *inputs* soportados frente a recursos previstos y la prestación de los servicios efectuados y los recursos utilizados, así como miden el funcionamiento y los resultados específicos sobre el objetivo establecido.

Selección de indicadores: presentación de los resultados

A continuación, detallamos cuatro indicadores dentro de los cincuenta y ocho evaluados, los cuales son fundamentales para la gestión de la organización y conforman el modelo. Todos los datos son reales y pertenecen al Hospital Padilla, en San Miguel de Tucumán. Las categorías son:

1. Capacidad.
2. Rotación.
3. Permanencia.
4. Tipo de servicio.

En el anexo 1 se insertan tablas con el cálculo de los indicadores que se explican a continuación.

Porcentaje ocupacional

El porcentaje ocupacional es el porcentaje promedio de camas ocupadas en la institución hospitalaria por un periodo de tiempo determinado. Y se relaciona con el indicador capacidad:

$$\text{Porcentaje ocupacional} = \frac{\text{Total de pacientes por día}}{\text{Total de camas disponibles}}$$

Donde el total de pacientes por día es la cantidad de pacientes internados que son atendidos durante el mes y se suma cada día hasta completar un mes completo. El total de camas disponibles es la cantidad de ubicaciones con las que cuenta el hospital durante el mes, son las que se encuentran ocupadas y las desocupadas que están en buenas condiciones. Si el total de camas disponibles del hospital en el periodo de un mes, se divide entre los días que tiene cada mes se obtiene un promedio diario de camas disponibles; este se calcula sumando día por día y expresa la utilización de una cama.

Para que la ocupación sea óptima, esta debería alcanzar un 80 % dado que siempre se debe reservar un 20 % en disposición para el caso de posibles catástrofes.

Este porcentaje calculado a nivel global se cumple, pero cuando se calcula por tipo de servicio hospitalario se encuentra que en algunos casos la ocupación alcanza un nivel del 100 %, como, por ejemplo, la sala de neurocirugía; mientras que en otras la ocupación está muy por debajo del nivel óptimo.

Entre los años 2005 y 2008 el porcentaje no varió significativamente y osciló entre un 80 % y un 85 %. En el año 2009, alcanzó un nivel inferior al óptimo y osciló entre un 60 % y un 75 %. Esto se debió a los continuos paros de los servicios, así como a las remodelaciones de la infraestructura efectuadas en el hospital (anexo 1).

Giro de cama

El giro de cama es la rotación media de las camas y expresa cuántos pacientes pasan en un periodo dado, en promedio, por cama disponible. Este surge de relacionar el total de egresos del periodo con el promedio de camas disponibles. La medida

óptima para este tipo de indicador debería oscilar entre tres y cuatro pacientes aproximadamente por un mes. Y se relaciona con el indicador rotación:

$$\text{Giro de cama} = \frac{\text{Total de egresos del periodo}}{\text{Promedio diario de camas disponibles}}$$

El promedio diario de camas disponibles es un cálculo de la cantidad de camas disponibles por día. Se calcula de la siguiente manera:

$$\text{Promedio diario de camas disponibles} = \frac{\text{Total de camas disponibles}}{\text{N.º de días del mes}}$$

El servicio que generalmente tiene más rotación es la cirugía, y el que no tiene mucha, es traumatología (anexo 2).

Promedio de permanencia

En establecimientos generales el promedio de permanencia es un estimado del promedio de días de estadía de los pacientes internados, el cual no debería superar el máximo de diez días. Y se relaciona con el indicador permanencia:

$$\text{Promedio de permanencia} = \frac{\text{Total de pacientes por día del periodo}}{\text{Total de egresos del periodo}}$$

Si se analiza la rotación dentro de un periodo de un año, esta debería oscilar entre 36 y 48 veces para alcanzar un nivel óptimo. Sin embargo, en los años que se analizaron, el hospital se encuentra por debajo de este nivel. Debe destacarse que en el año 2009 se alcanzó la disminución máxima de rotación, esta solo llegó a ser de 24 veces durante todo el año. Esta situación se originó por los continuos paros, así como por el cierre de las salas para su remodelación; tuvo incidencia también en el promedio de permanencia, el que podemos observar por encima del estándar (anexo 3). A su vez, dicho promedio se vio afectado por la demora en las prestaciones de servicios auxiliares, como las tomografías, las radiografías y los suministros de prótesis, entre otros. Por ello se concluye que el promedio de permanencia al superar el nivel óptimo afecta en forma directa la rotación.

Número de consultas

El número de consultas representa la cantidad de personas que fueron realmente atendidas en el año y por cada especialidad. En el año 2009 disminuyó la cantidad de consultas con respecto al año 2008, ya que el hospital estuvo seis meses en paro. Las consultas se clasifican por especialidad y por sexo. Y se relacionan con el indicador tipo de servicio.

Aproximadamente se dan 600 turnos diarios (en el Hospital Padilla), pero al remitirnos a lo que afirma la Organización Mundial de Salud se tendrían que dar la mitad de dichos turnos, ya que un profesional de la salud no debería atender más de cuatro pacientes por hora. En el hospital los turnos son de 135 minutos y se atienden hasta 20 pacientes. Los consultorios físicos de atención son 28, por lo que resultan muy escasos para atender a toda la población y también se deben compartir los consultorios, ya que en un horario se atiende una especialidad y luego otra. Durante la mañana se atienden todas las especialidades, pero en las tardes solo permanecen algunas.

En lo referido al tipo de servicio debe aclararse que:

1. Primario es aquel paciente que viene a la consulta por primera vez. El mismo paciente con otra patología diferente puede consultar otra vez pero se le considera primario porque la patología es distinta.
2. Ulterior es aquel paciente que viene varias veces por un misma patología.
3. El promedio de consulta es un cociente entre el total de números de consultas por especialidad entre los días de atención, el cual ofrece un promedio diario de los pacientes que se atendieron por especialidad. Se calcula de la siguiente forma:

$$\text{Promedio diario} = \frac{\text{N.º de consultas por especialidad de consultas}}{\text{Días de atención}}$$

Si se analiza el promedio diario de consultas se observa que las especialidades más consultadas entre los años 2005 y 2009 fueron: clínica médica, oftalmología y otorrinolaringología (ORL), cuyos comportamientos se mantuvieron durante este

periodo. En tanto, entre las especialidades de menor consulta se destacaron: asma, infectología y nefrología (anexo 4).

Cabe destacar que en aproximadamente un 90 % de las especialidades, las consultas son realizadas por pacientes del sexo femenino.

Las horas de atención son la cantidad de horas en que los médicos atienden a los pacientes en los consultorios externos (no las horas que los médicos permanecen en el hospital).

Los días de atención son los días en que los médicos atienden a los pacientes.

Con el promedio diario de consulta se observa que las especialidades que brindaron mayor número de horas y días de atención fueron: clínica médica, oftalmología y ORL. En cambio, las especialidades asma, infectología y nefrología presentaron la menor cantidad de horas y días de atención durante el periodo comprendido entre 2005 y 2009.

Conclusiones

En esta oportunidad hemos querido reflejar antecedentes de aplicación de indicadores específicos en la gestión hospitalaria. A nuestro entender, los números presentados a la luz de las circunstancias contextuales en las que se han producido reafirman la necesidad de relacionar variables cuantitativas y cualitativas. No es posible apoyar procesos decisivos tan sensibles como los que caracterizan la gestión hospitalaria al valorar solo lo cuantitativo.

La función social que cumplen los hospitales no puede ser soslayada. Destacamos que este fue uno de los primeros pasos dados por el equipo de investigación, en aras de arribar a la propuesta de un balance social aplicable por las entidades hospitalarias en la provincia de Tucumán.

El balance social demuestra la forma en la que contribuye la organización, o pretende contribuir en el futuro, a la mejora o al deterioro de las tendencias, los avances y las condiciones económicas, ambientales y sociales a nivel local, regional o global. La mera información sobre las tendencias del desempeño individual o sobre la eficiencia de la organización no dará respuesta a este objetivo. El balance social presenta el desempeño en relación con concepciones más amplias de la sostenibilidad. Esto incluye analizar el desempeño de la organización en

el contexto de los límites y las exigencias impuestas sobre los recursos ambientales o sociales a nivel sectorial, local, regional o mundial, sobre el uso de los recursos y los niveles de contaminación. También puede ser relevante en lo referente a objetivos sociales y económicos, tales como objetivos de desarrollo sostenible y objetivos socioeconómicos a escala nacional o internacional.

Bibliografía

BARACAT, V. (2007): *Balance social: una herramienta de rendición de cuentas empresarial. Estado de situación en otros países*, Magna, Buenos Aires.

KAPLAN, R.S. y D.P. NORTON (2000a): *Cuadro de mando integral*, Ediciones Gestión, Barcelona.

_____ (2000b): *The strategy focused organizations*, HBS Press Boston.

MEDICI, C.D. (1995): *La estructura jurídica del Sistema de Salud en la República Argentina y en la provincia de Tucumán*, Magna, Tucumán.

MORENO, E.M. (1995): *El diagnóstico de salud*, Magna, Buenos Aires.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1985): *Perfiles de complejidad: método para determinar niveles de atención en establecimientos hospitalarios*, agosto, Fascículo III.

Anexo 1. Porcentaje de ocupación.

Porcentaje de ocupación / año 2008

MES	TOTAL DE PACIENTES POR DÍA	TOTAL DE CAMAS DISPONIBLES	TOTAL PACIENTE DÍAS / TOTAL CAMAS DISPONIBLES, PORCENTAJE DE OCUPACIÓN
Enero	7 562,00	9 184,00	82,3
Febrero	7 247,00	8 652,00	83,8
Marzo	7 706,00	9 254,00	83,3
Abril	8 038,00	8 986,00	89,5
Mayo	8 286,00	9 403,00	88,1
Junio	7 746,00	9 622,00	80,5
Julio	8 325,00	9 717,00	85,7
Agosto	8 418,00	9 655,00	87,2
Septiembre	8 280,00	8 858,00	93,5
Octubre	8 331,00	9 656,00	86,3
Noviembre	8 050,00	9 526,00	84,5
Diciembre	7 209,00	9 843,00	73,2
TOTAL GENERAL	95 198,00	112 356,00	84,7

Fuente: Elaboración propia.

Porcentaje de ocupación / año 2009

MES	TOTAL DE PACIENTES POR DÍA	TOTAL DE CAMAS DISPONIBLES	TOTAL PACIENTE DÍAS / TOTAL CAMAS DISPONIBLES, PORCENTAJE DE OCUPACIÓN
Enero	6 840,00	9 754,00	70,1
Febrero	6 856,00	8 884,00	77,2
Marzo	8 123,00	9 949,00	81,6
Abril	7 775,00	9 952,00	78,1
Mayo	8 310,00	10 429,00	79,7
Junio	8 087,00	10 036,00	80,6
Julio	8 014,00	10 417,00	76,9
Agosto	7 940,00	10 252,00	77,4
Septiembre	7 481,00	10 163,00	73,6
Octubre	7 843,00	10 825,00	72,5
Noviembre	7 441,00	10 041,00	74,1
Diciembre	7 171,00	10 537,00	68,1
TOTAL GENERAL	91 881,00	121 239,00	75,8

Anexo 2. Rotación.

Rotación / año 2008

MES	TOTAL DE EGRESOS DEL PERIODO	PROMEDIO DIARIO DE CAMAS DISPONIBLES	TOTAL DE EGRESOS DEL PERIODO / PROMEDIO DIARIO DE CAMAS DISPONIBLES = GIRO DE CAMA
Enero	598,00	296,30	2,0
Febrero	594,00	279,10	2,1
Marzo	665,00	298,50	2,2
Abril	759,00	289,90	2,6
Mayo	755,00	303,30	2,5
Junio	726,00	310,40	2,3
Julio	720,00	313,50	2,3
Agosto	729,00	311,50	2,3
Septiembre	746,00	295,30	2,5
Octubre	788,00	311,50	2,5
Noviembre	749,00	317,50	2,4
Diciembre	780,00	317,50	2,5
TOTAL GENERAL	8 609,00	307,80	28,0

Fuente: Elaboración propia.

Rotación / año 2009

MES	TOTAL DE EGRESOS DEL PERIODO	PROMEDIO DIARIO DE CAMAS DISPONIBLES	TOTAL DE EGRESOS DEL PERIODO / PROMEDIO DIARIO DE CAMAS DISPONIBLES = GIRO DE CAMA
Enero	556,00	314,60	1,8
Febrero	554,00	286,60	1,9
Marzo	672,00	320,90	2,1
Abril	784,00	321,00	2,4
Mayo	762,00	336,40	2,3
Junio	774,00	323,70	2,4
Julio	737,00	336,00	2,2
Agosto	557,00	330,70	1,7
Septiembre	534,00	338,80	1,6
Octubre	644,00	349,20	1,8
Noviembre	652,00	334,70	1,9
Diciembre	794,00	339,90	2,3
TOTAL GENERAL	8 020,00	332,20	24,1

Anexo 3. Promedio de permanencia.

Promedio de permanencia / año 2008

MES	TOTAL DE PACIENTES POR DÍA	TOTAL DE EGRESOS DEL PERIODO	PACIENTES POR DÍAS DEL PERIODO / TOTAL DE LOS EGRESOS DEL PERIODO
Enero	7 562,00	598,00	12,6
Febrero	7 247,00	594,00	12,2
Marzo	7 706,00	665,00	11,6
Abril	8 038,00	759,00	10,6
Mayo	8 286,00	755,00	11,0
Junio	7 746,00	726,00	10,7
Julio	8 325,00	720,00	11,6
Agosto	8 418,00	729,00	11,5
Septiembre	8 280,00	746,00	11,1
Octubre	8 331,00	788,00	10,6
Noviembre	8 050,00	749,00	10,7
Diciembre	7 209,00	780,00	9,2
TOTAL GENERAL	95 198,00	8 609,00	11,1

Promedio de permanencia / año 2009

MES	TOTAL DE PACIENTES POR DÍA	TOTAL DE EGRESOS DEL PERIODO	PACIENTES POR DÍAS DEL PERIODO / TOTAL DE LOS EGRESOS DEL PERIODO
Enero	6 840,00	556,00	12,3
Febrero	6 856,00	554,00	12,4
Marzo	8 123,00	672,00	12,1
Abril	7 775,00	784,00	9,9
Mayo	8 310,00	762,00	10,9
Junio	8 087,00	774,00	10,4
Julio	8 014,00	737,00	10,9
Agosto	7 940,00	557,00	14,3
Septiembre	7 481,00	534,00	14,0
Octubre	7 843,00	644,00	12,2
Noviembre	7 441,00	652,00	11,4
Diciembre	7 171,00	794,00	9,0
TOTAL GENERAL	91 881,00	8 020,00	11,5

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4. Número de consultas médicas según la especialidad por año.

SERVICIO / AÑO	AÑO 2005	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009
Alergia	2 556	2 062	1 685	1 835	1 227
Asma	282	352	322	236	191
Cardiología	7 133	7 602	5 862	5 993	4 321
Cirugía cabeza y cuello	1 179	1 007	689	644	465
Cirugía hepática	0	0	0	0	0
Cirugía general	3 067	2 512	2 128	2 402	1 508
Cirugía plástica	805	776	326	407	339
Cirugía torácica	290	255	156	202	216
Cirugía vascular	1 166	1 171	1 063	1 176	700
Clínica médica	15 339	14 399	11 594	12 049	9 026
Consulta externa	12 044	135 158	115 480	120 882	89 231
Dermatología	5 148	5 484	3 790	3 948	3 817
Emergencia	55 536	51 421	42 287	46 656	55 748
Endocrinología	3 941	4 278	4 179	4 150	2 320
ETI	0	0	0	0	3 319
Gastroenterología	4 536	6 548	4 585	4 988	2 999
Geriatría	0	0	0	0	0

Ginecología	3 421	2 859	1 863	2 100	2 254
Hematología	6 762	7 721	6 849	6 748	3 815
Infectología	1 123	1 162	1 120	1 296	1 069
Mal registradas	–	–	3 303	4 556	3 822
Medicina laboral	0	0	388	487	2 321
Medicina general	0	5 114	2 502	1 458	1 828
Nefrología	913	912	1 172	1 283	909
Neumonología	4 801	5 616	5 166	4 292	2 896
Neurología y neurocirugía	7 107	6 504	5 408	4 810	2 741
Oftalmología	21 734	23 117	20 556	23 965	17 923
ORL	13 392	15 716	13 997	12 665	6 804
Psiquiatría	1 625	937	1 349	1 628	1 809
Proctología	677	828	593	605	347
Reumatología	2 199	4 315	2 970	2 173	1 408
Traumatología	8 498	9 141	8 912	11 480	6 613
Urología	2 898	3 021	2 656	2 858	1 870
Unidad de pie diabético	452	724	297	448	354
TOTAL GENERAL	176 580	186 579	157 767	167 538	144 979

Fuente: Elaboración propia.