

3126  
7



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
CAMPUS IZTACALA  
DIVISION DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS DE POSGRADO

PROPUESTA DE UN MODELO DE AUDITORIA MEDICA  
ORGANIZACIONAL PARA LA EVALUACION DE LA  
CALIDAD DE LA ATENCION CON FINES DE LA  
CERTIFICACION HOSPITALARIA

# TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD  
PRESENTA  
MC EVA AURORA PEREZ CAMERAS

DIRECTOR DE TESIS  
DR. MARIO CARDENAS TRIGOS

2000

12/10/00



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Agradecimientos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México  
institución a quién debo mi formación profesional y  
extraordinarios años dedicados a la docencia

A mis amigos y maestros quienes con su confianza  
y apoyo contribuyeron a mi superación académica:

Dr. Mario Cárdenas Trigos, M.en I.S.S. Rosa Isabel Esquivel H.  
M.en I.S.S. Ana Luisa González-Celis, M.S.P. Ricardo Martínez Ortega  
M.M.C. Leonardo Reynoso Erazo

A mis queridos Sergio, María Fernanda y Eva Natalia,  
por su gran paciencia, apoyo, entusiasmo y amor

## INDICE DE CONTENIDO

	Página
Resumen	
1.- Introducción.....	1
2.- Definición del problema.....	2
3.- Justificación.. ..	2
4.- Marco teórico referencial	
4.1- El hospital desde del punto de vista empresarial.....	3
4.2- La teoría general de sistemas aplicado a los servicios de salud.....	6
4.3- Modelo de Auditoría Médica basado en cuatro subsistemas integrados para la evaluación administrativa.....	10
4.3.1- Primer subsistema El desarrollo gerencial de los servicios de salud.....	10
4.3.2- Segundo subsistema Evaluación del expediente clínico. Auditoría médica clásica.....	14
4.3.3- Tercer subsistema El desarrollo organizacional hospitalano.....	17
4.3.4- Cuarto subsistema Calidad de la atención de los servicios de salud.....	24
4.4- Certificación de hospitales.....	28
4.4.1- Niveles de certificación hospitalaria.....	35
4.5- Matriz Tow. Una herramienta para el análisis de la situación. ....	46
5.- Objetivos	
5.1- Objetivo General.....	48
5.2- Objetivos Específicos.....	48
6.- Metodología	
6.1- Definición del universo del estudio.....	48
6.2- Ubicación espacio-temporal.....	48
6.3- Tamaño de la muestra.....	48
6.4- Diseño de la investigación.....	49
6.5- Operalización de variables y escalas de medición.. ..	49
6.6- Instrumentos de investigación.. ..	52
6.7- Procedimientos para la recolección de la información.....	54

7 - Procedimiento de análisis e interpretación de la información.....	54
8.- Recursos.....	54
9.- Resultados	
9.1.- Modelo de auditoría médica organizacional hospitalaria.....	55
9.2.- Diagnóstico de auditoría clínica.....	58
9.3.- Diagnóstico de desarrollo hospitalario.....	59
9.4.- Diagnóstico de desarrollo gerencial, de los servicios de salud.....	65
10.- Nivel de Certificación alcanzada.....	67
11.- Conclusiones.....	68
12.- Bibliografía.....	70

#### ÍNDICE DE CUADROS:

CUADRO 1.- El hospital desde el punto de vista empresarial.....	5
CUADRO 2.- Sistema según Richardson.....	8
CUADRO 3.- Enfoque de sistemas a la administración.....	9
CUADRO 4.- Calidad centrada en el usuario.....	27
CUADRO 5.- La autoevaluación como medio de control para la planeación.....	32
CUADRO 6.- Matriz TOWS.....	47
CUADRO 7.- Matriz TOWS para la formulación de estrategias alternativas.....	47
CUADRO 8.- Modelo de sistema de auditoría médica organizacional.....	57

#### ANEXOS

##### APENDICE A - INSTRUMENTOS

##### APENDICE B- GRÁFICAS

# PROPUESTA DE UN MODELO DE AUDITORÍA MÉDICA ORGANIZACIONAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN CON FINES DE LA CERTIFICACIÓN HOSPITALARIA

## RESUMEN

La siguiente propuesta se proyecta para la aplicación de un modelo de auditoría médica organizacional con base en un sistema integrado de evaluación administrativa. Este incluye los elementos básicos que integran la estructura y el funcionamiento de una unidad médica de segundo nivel de atención.

Este modelo evalúa cuatro subsistemas: Desarrollo gerencial, Desarrollo organizacional hospitalario, Auditoría clínica y Calidad de la atención de los servicios de salud. La auditoría es aplicada en un hospital de segundo nivel de atención, privado, con fines de el proceso actual de certificación de instituciones de salud.

Integrando la evaluación de cada una de las áreas que constituyen el sistema con base en una estructura empresarial, se demuestra la utilidad del enfoque de sistemas para el análisis de las instituciones de salud y se da paso al consecuente diagnóstico situacional hospitalario. Se identifican los problemas y necesidades para el funcionamiento, así como las perspectivas del usuario. De acuerdo a los resultados que definen sus debilidades y fortalezas, se proporciona una alternativa a los esquemas de análisis como instrumento para evaluar la calidad de la atención para planear la certificación.

También se implica la importancia de identificar las necesidades expresadas de los usuarios de las unidades de salud, y se considera la participación del personal operativo, del conducente y del investigador de los servicios de salud, para la elaboración de la auditoría médica organizacional y en la readecuación periódica de certificación.

## SUMMARY

The following proposal projects the application of a Medical Audit Model, based on an integrated system of administration steps, that includes the basic elements for the structure and function of a second level Hospital.

This model includes the evaluation of four subsystems: Managers developing, Hospital developing, Clinical Audit, and Quality of the medical services. This model is applied in a Private Hospital of second level of attention, in view of the certification process.

The integration of the evaluations of each area that constitute the system on the basis of a business structure, the next step is the situational diagnosis of the Hospital in reliance on its strengths and weaknesses, as an instrument to evaluate the attention quality, for planning the certification process. This work demonstrated the utility of the systems theory point of view to make the functional diagnosis of the hospital and it also identifies the problems, needs and perspectives of the users, showing a new alternative of analysis instrument to evaluate the quality of the health attention. It demonstrates the importance of the health workers in the evaluation participation and the conductors the investigator in health services and the periodical readjustment in the certificate process.

## 1.-INTRODUCCION

Los actuales modelos de evaluación de la calidad de la atención médica que se aplican en los hospitales en México, se encuentran seccionados en diferentes áreas, tanto administrativa como médica. La Auditoría médica clásica que se practica para la evaluación del quehacer médico, se limita al análisis del expediente clínico.

La gerencia de los servicios de salud tiene aspectos a analizar como por ejemplo los procesos de selección de los jefes de servicio o directores de hospitales que no están basados en los perfiles académicos y de aptitudes que deben de poseer. Los administradores de las instituciones de salud entran en la discusión de si deben o no ser personal médico.

El desarrollo hospitalario se ha medido con base en supervisiones parceladas de los distintos servicios sin conocer el funcionamiento integral del proceso administrativo con el del servicio ofrecido en las diferentes áreas de la salud, y por último, casi siempre se desconoce la opinión del usuario en cuanto a la calidad de la atención médica y administrativa recibida durante su estancia hospitalaria, así como de las opiniones y necesidades laborales de los trabajadores de la salud para mejorar su rendimiento y calidad de los servicios que prestan.

El objetivo central de esta tesis se basa entonces, en la necesidad de formular un modelo de auditoría médica organizacional, que basado en la teoría de sistemas, conlleve a delimitar y definir las necesidades, debilidades y fortalezas de un hospital como una empresa de salud.

Por medio de las disciplinas administrativas actuales se puede definir un modelo de auditoría médica organizacional basada en sistemas que pueda ser evaluada dentro de cada subsistema que lo compone integrando un diagnóstico complejo para lograr su eficiencia y calidad.

De esta manera se retroalimenta las áreas que se requieran, aplicando las modificaciones necesarias recurriendo a una planeación estratégica de acuerdo a los resultados, todo esto con el objetivo de lograr el desarrollo hospitalario y mejorar la calidad de la atención. Este modelo será coherente también para la evaluación en el proceso de la certificación de hospitales.

El objetivo de la tesis fue el de estructurar un instrumento de sistemas que ofrezca un diagnóstico situacional del hospital y sus sistemas componentes, en el capítulo de resultados se resume los resultados de la aplicación de dos de los instrumentos, dejando abierta la posibilidad de completar el estudio con la evaluación de los demás y concretar si la Auditoría médica organizacional funciona en su totalidad y como todo elaborar mecanismos perfectibles. Debido a cambios estructurales en el gobierno del hospital no es posible terminar la aplicación de todos los instrumentos por lo que la propuesta queda planteada y lista para ser aplicada en otro hospital que así lo requiera.

Actualmente los servicios de salud gubernamentales se encuentran en el proceso de evaluación de la calidad de sus servicios y en la elaboración de estrategias de nuevos programas de mejora en la calidad de la atención a la salud

En este trabajo se concluye con recomendaciones que fueron en su momento tomadas en cuenta por la mejora de los servicios de salud del hospital y haciendo especial mención que en gran medida el éste funciona fuera de una normatización y reglamentación bien estructurada lo que impide en gran manera una corrección adecuada y efectiva de su situación. El hospital estudiado, es un hospital de asistencia privada, que cuenta con suficientes recursos financieros que le permiten tener alta tecnología diagnóstica y de tratamientos según sus objetivos de trabajo, pero aún así el quehacer médico y de oportunidad en los servicios de salud distan de ser los óptimos para la certificación de hospitales, cuestión que es evaluada en el resultado del instrumento de auditoría hospitalaria, y les da parámetros para considerar sus necesidades de alcanzar los siguientes niveles los estándares especificados por la OPS-OMS, para la certificación de hospitales de Latinoamérica y el Caribe.

## 2.- DEFINICION DEL PROBLEMA:

En los actuales sistemas de salud existen problemas de bajo aprovechamiento de la infraestructura y el uso inadecuado de los recursos, poca coordinación entre los servicios médicos y administrativos, deficiente evaluación del quehacer médico y de la calidad de la atención médica cuyo origen proviene entre otros factores, de incumplimiento de la normatividad oficial, de deficiencias, en la planeación y dirección; lo que con frecuencia se apoya en esquemas administrativos que no corresponden a las necesidades o demandas.

El problema será construir un sistema de evaluación que de manera integral logre un diagnóstico situacional de la unidad médica de manera que se aplique a la planeación de modificaciones para mejorar la calidad de los servicios de salud.

## 3.- JUSTIFICACION.

Por lo anteriormente expuesto, se plantea que en el momento actual las instituciones de salud al igual que los profesionales que los integran, inician con un complicado y largo proceso de certificación de su formación, capacidad y actualización para adecuarse a los criterios estandarizados de calidad de la atención a la salud. De esta manera es importante crear formas y modelos de evaluación integral de cada elemento que conforma un sistema de salud, que fortalezca sus debilidades y conlleve a un mejoramiento en la calidad de la atención y mejor funcionamiento del servicio hospitalario. El modelo propuesto en esta tesis es llamado Auditoría médica organizacional basada en sistemas. Este trabajo formula la creación de un modelo de auditoría médica organizacional aplicando la teoría de sistemas. El sistema de salud no debe de pensarse como una estructura parcelada en diferentes ambientes ya que el resultado de la atención médica es la conclusión de todo el proceso desde que el usuario ingresa a los servicios hasta que egresa con un resultado. Todo el procedimiento que el paciente recorre para su atención es un engranaje de subsistemas interdependientes que son evaluables por sí mismos y evaluables dentro de todo el sistema, para reconocer los procesos que pueden tener fallas y corregirlos, con lo que todo el sistema y el resultado serán beneficiados.

En este modelo se propone construir un sistema de auditoría organizacional hospitalaria que evalúe y analice las necesidades encontradas. Los subsistemas a evaluar de los cuales está conformado el modelo son:

- 1.- Desarrollo Gerencial
- 2.- Desarrollo Hospitalario
- 3 - Evaluación del expediente clínico
- 4.- Calidad de la atención

La evaluación de estos subsistemas conforman un diagnóstico situacional del hospital, de manera que se pueden conocer tres factores importantes.

- a).- Fortalezas
- b).- Debilidades
- c).- Necesidades

Estos tres factores dan la pauta para realizar un planeación estratégica para desarrollar los procedimientos requeridos para la certificación hospitalaria y el mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica

#### 4.- MARCO TEORICO REFERENCIAL

##### 4.1.-EL HOSPITAL DESDE EL PUNTO DE VISTA EMPRESARIAL

Aj revisar la historia de la Administración aparecen una serie de hechos que es importante anotar para ubicarse en la realidad actual.

La administración pública y privada inicialmente tienen una base de sustentación diferente. La pública considera en un principio que su papel es regulador de la economía y desarrolle un concepto de servicio orientado a prestar un beneficio a la sociedad en lo relativo al saneamiento y salud pública, en general, provisión de necesidades básicas diversas, sin esperar un pago específico por su uso.

De manera contraria, la administración privada se desarrolla con base en leyes de la oferta y la demanda. Por lo tanto, exige que exista una relación entre necesidades, o más bien de entre los deseos de la población y la producción que por lo tanto tiene que ser eficiente para ser competitiva. En razón de desarrollo de técnicas especializadas en cada uno de los posibles campos de la actividad económica se hacen cambios en todo, producción mercadotecnia, almacenaje, transporte, etc. para estimular el consumo sin importar si es útil, o superfluo, con lo que diversas técnicas van cambiando para ajustarse a la moda.

La administración pública, centrada en aspectos políticos, reconoce tácitamente su carencia de conceptos, teorías y técnicas, lo que aunado a cambios en los valores sociales, los ocupantes de los puestos altos hacen que adopten a los de la empresa privada que así se convierte en el modelo a imitar.

Así, algunas teorías empresariales se comienzan a aplicar en los servicios de Salud que ahora se considera que deben ser autofinanciables. Sin embargo falta aún integración de estos conceptos en un sistema coherente.

La búsqueda constante de esa coherencia ha sido preocupación de los estudiosos de la administración de empresas. Así, el efecto de Fayol (1963) creó una forma ordenada de integrar los diversos elementos y así nació el enfoque de Proceso que con mínimas modificaciones se utiliza hasta nuestros días, sobre todo en los países latinoamericanos en los que sigue siendo la orientación dominante en las escuelas y facultades.

El enfoque psicosocial de las organizaciones iniciado en los estudios de Mayo y Kurt Lewin (1957) logra un desenvolvimiento los últimos años de la década de los cincuenta y durante la de los sesenta en los Estados Unidos, pero su aplicación en América Latina se sitúa en los primeros años de la década siguiente.

La orientación cuantitativa tiene un auge paralelo al anterior en Norteamérica y en los primeros intentos de su utilización en nuestros países coinciden, pero su aceptación ha sido relativa, probablemente debido al número de personas limitado que lo comprenden y seguramente al hecho de su evidente decaimiento los países líderes.

Históricamente aparece después del enfoque de sistemas, que ha tenido pocas aplicaciones en América Latina y que sin embargo es muy coherente en la interpretación de un sistema de salud.

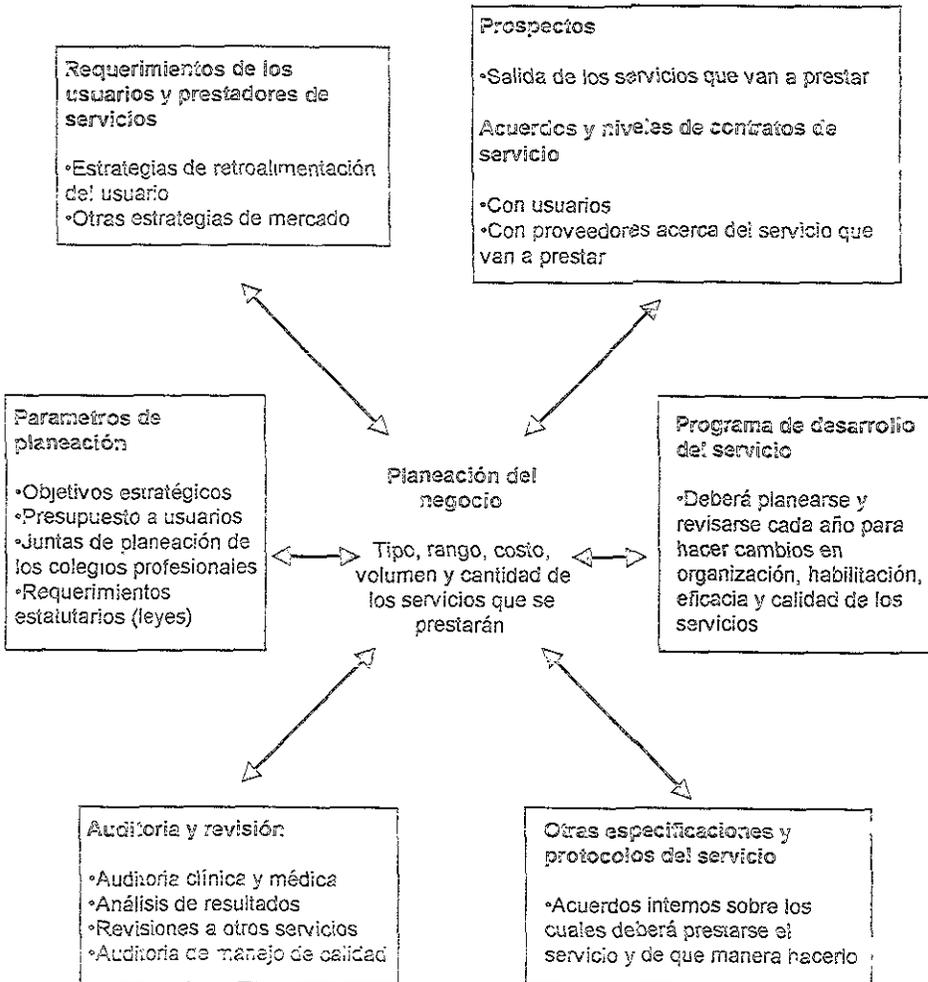
Finalmente, la nueva modalidad llamada situacional o contingente, es prácticamente desconocida en nuestro medio.

El análisis situacional debe de ser el primer paso del proceso administrativo, pues de esta forma se define cuales son los problemas y las necesidades de la población a la que se va a dar atención, pero también cuales son los valores y necesidades de otros dos grupos particularmente importantes: los trabajadores, profesionales o no, y las autoridades que controlan los recursos. Si éste además se toma con un enfoque de sistemas y subsistemas, resulta efectivamente dinámica la evaluación situacional del funcionamiento y la calidad de la atención dentro de un SISTEMA DE SALUD.

Si podemos identificar cada una de las variables independientes y conocer las leyes o teorías que las rigen, así como todos los factores ambientales o culturales significativos; leyes, recursos, tecnología apoyos y limitaciones sociales, etc. podremos pasar a la segunda fase, o sea a la planificación en la que se definen los propósitos, objetivos, políticas y estrategias.

Fayol llamaba a lo anterior la fase de previsión dentro de su enfoque del Proceso Administrativo. La participación de diversos profesionales o especialistas en esta parte es evidente, sociólogos para definir aspectos de las necesidades, estadísticas para estudiar las demandas satisfechas y real, investigadores de operaciones para señalar la demanda probabilística, juristas para estudiar los aspectos legales y otro tipo de reglamentos con relación a la tecnología., personal , etc. financieros o economistas para hacer estudios de costo-beneficio u otras alternativas médicos para señalar las posibilidades de mayor impacto, epidemiólogos y otros expertos en saneamiento para interpretar resultados y proponer acciones; seguramente muchos más que tienen opiniones representativas de grupos diversos.

A fin de cuentas, el trabajo multi e interdisciplinario en la evaluación administrativa dentro de una empresa, es perfectamente aplicable a un Sistema de salud, siempre y cuando todas las partes involucradas se manejen desde un enfoque de sistemas teniendo siempre en cuenta que el objetivo de esta "empresa" es finalmente la atención a la salud que requiere un alto grado de calidad (cuadro 2).



Cuadro 1. Hospital desde el punto de vista empresarial

#### 4.2.-TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS APLICADO EN LA INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD.

La conceptualización de la teoría general de sistemas puede remontarse a los orígenes de la ciencia y la filosofía, pero para fines prácticos, Van Gigch (1987) se sitúa en 1954 con la fundación de la "Sociedad para el avance de la teoría de sistemas" que publicó los primeros trabajos sobre el tema.

Para Bertalanffy, a diferencia de Van Gigch, la idea de una teoría general de sistemas no es una moda efímera o una técnica reciente, sino que se remonta a la filosofía europea y al pensamiento Aristotélico.

El filósofo alemán Wilhelm Friedrich aportó las siguientes ideas fundamentales a la teoría general de sistemas: "el todo es más que la suma de las partes y determina su naturaleza; las partes no pueden comprenderse si se consideran en forma aislado del todo ya que están dinámicamente interrelacionadas y son interdependientes" (citado por Van Gich 1987)

Un Sistema es el conjunto de partes interrelacionadas e interdependientes, las cuales actúan coordinadamente para la consecución de un objetivo determinado, a las cuales se les identifica como subsistema.

En sistemas sociales, se define al sistema "como un todo organizado o complejo que persigue un objetivo".

En los sistemas las partes que integran el todo se mantienen interrelacionadas con las demás y depende de ellas siendo interdependientes. (López Castro 1980)

Todas estas definiciones destacan tres elementos fundamentales de un sistema: la existencia de componentes o partes, las interrelaciones entre ellos y la necesidad de que esta estructuración se dé para el cumplimiento de un objetivo determinado.

Podemos hablar de diferentes niveles de sistemas: desde sistemas macros, hasta sistemas micros, los cuales forman parte del mundo, tanto físico, como humano y éstos están íntimamente relacionados entre sí y se afectan unos a otros en tanto forman parte de un sistema más amplio y general.

La Teoría general de sistemas afirma que cada subsistema es a la vez un sistema en sí mismo, por lo que se afectan uno a otro cotidianamente como un todo para su supervivencia. Los subsistemas solo adquieren un significado al desempeñar el papel que les corresponde en un sistema mayor.

Para la Investigación de servicios de salud en México, se ha validado la Teoría general de sistemas para su aplicación como una base científica entre la práctica y la investigación. Las organizaciones de salud, también están estructuradas y apoyadas por las relaciones que gobiernan a las líneas de autoridad y al ámbito de funcionamiento y control de subsistemas, que cuentan con un conjunto de propiedades o características comunes. Una institución o un hospital debe tener límites y debe de reconocerse como una entidad o sistema. Debe tener la capacidad de preservarse y la de procesar la materia y energía que lo conforman como un conjunto de subsistemas que procesen la información.

Castler (1990) afirma: "que ningún hombre es una isla, sino un ente completo y si éste concepto lo aplicamos a la investigación de los servicios de salud, en base a la teoría de sistemas, la tarea se torna compleja, ya que nos obliga a examinar objetivos de todas las partes que integran al Sistema de salud y a tomarlos en consideración en un intento para dar soluciones a los problemas".

Si abordamos al servicio hospitalario como una empresa, lo vemos como sistemas de actos interrelacionados ligados, que a menudo tardan años en exhibir de manera clara sus efectos mutuos.

Cuando nosotros formamos parte de ese entorno, es más difícil ver todo el patrón. Solemos sólo ver nuestro entorno inmediato, de partes aisladas del sistema. Y después nos preguntamos por qué los problemas más profundos nunca se resuelven. Atacamos los síntomas y no los problemas.

El pensamiento de Sistemas (cuadro 3), sirve como un marco conceptual para que los patrones totales, resulten más claros y para ayudarnos a modificarlos, para crear una organización donde la gente expanda continuamente su capacidad de crear los resultados.

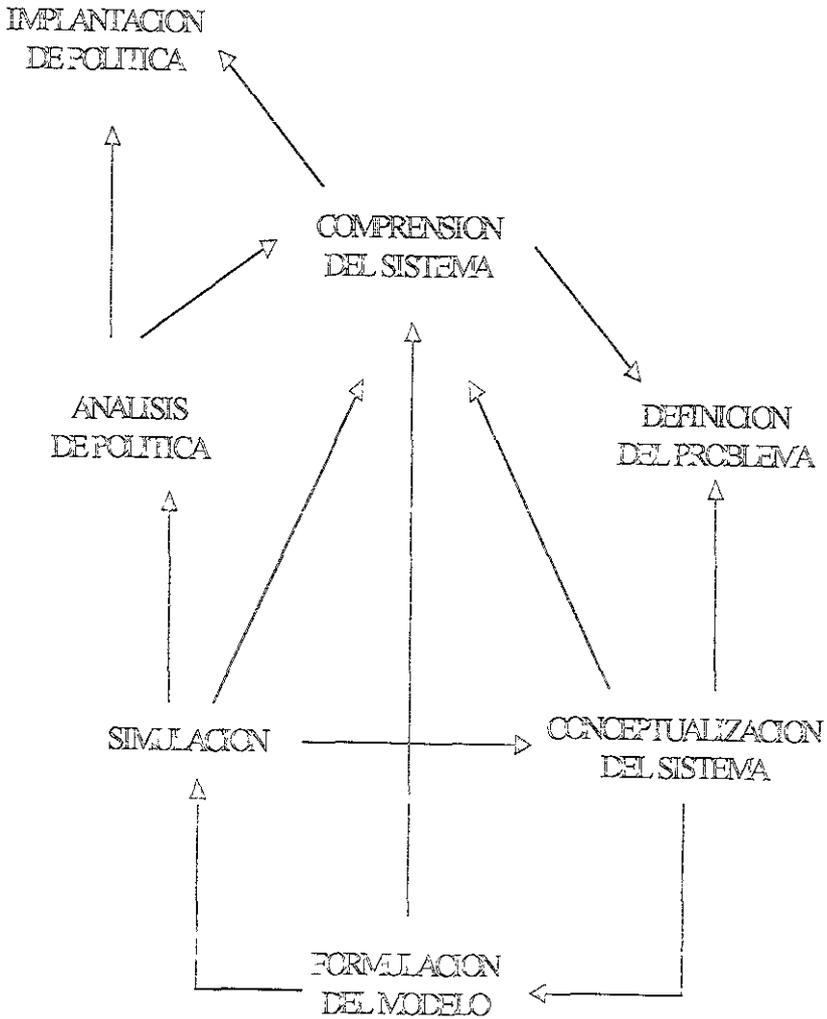
deseados, dónde se cultiven nuevos y expansivos patrones de pensamiento y la aspiración colectiva quede en libertad de continuamente aprender a aprender en conjunto.

El modelo del enfoque de sistemas de la administración (cuadro 4) es también el fundamento para organizar el conocimiento administrativo y diversos aspectos de la planeación estratégica.

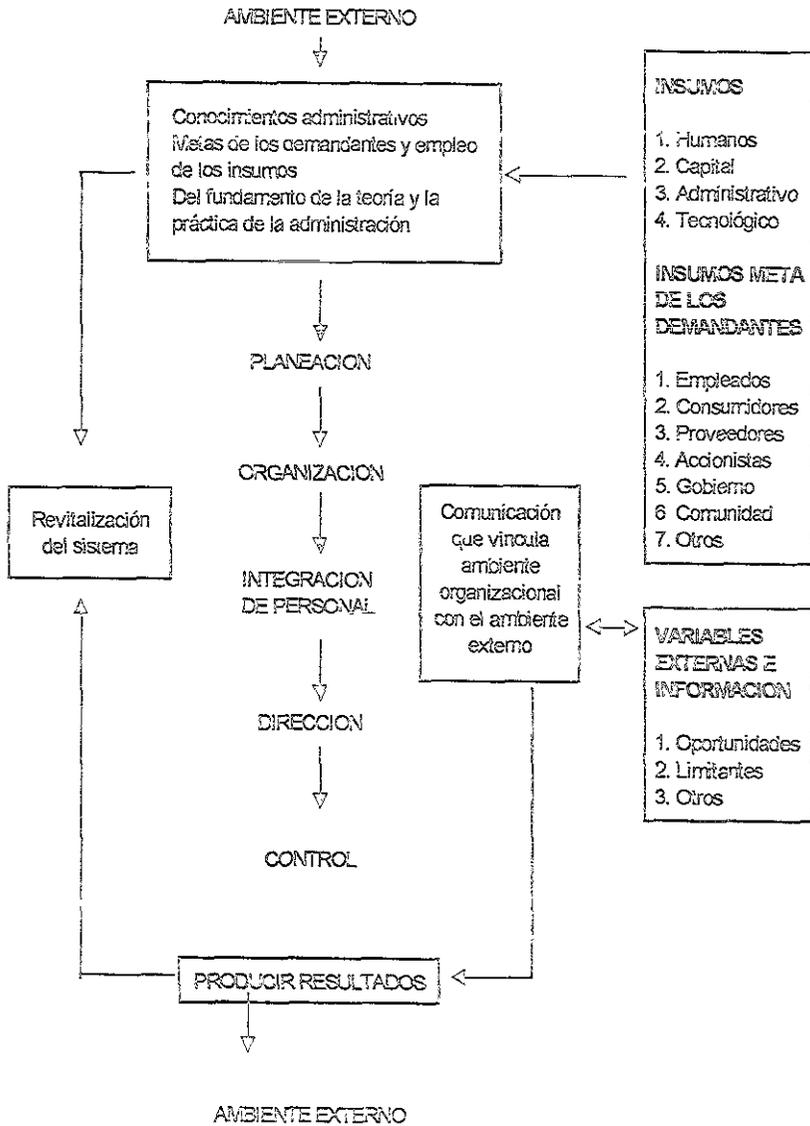
El estudio de la Dinámica de sistemas conceptualiza con más claridad el comportamiento de los sistemas y ello permite poder generar nuevos comportamientos de los mismos y no solamente el atacar los síntomas de mal funcionamiento. Asimismo, esta técnica permite analizar la manera como una nueva política afectará el comportamiento de la estructura organizacional antes de implantarla. Con los avanzados simuladores administrativos, se utiliza la dinámica de sistemas para destacar las oportunidades escondidas entre la economía y el negocio actual de la organización

Objetivos de este modelo:

- Entender mejor el futuro de la empresa/sistema, mediante la creación de un entorno simulado dónde se planea y se interactúa con los escenarios.
- Reflejar la estructura y las políticas del sistema en el entorno simulado y con procesos no lineales de cálculo, determinar el comportamiento futuro del sistema.
- Entender la estructura, las políticas y el comportamiento resultante del sistema para entender mejor su dinámica y así recomendar mejores políticas y estructuras para alcanzar el comportamiento deseado del sistema. (Cuadro 4)



Cuadro 2 Sistema según Richardson.



Cuadro 3. Enfoque de sistemas a la administración

#### 4.3.- MODELO DE AUDITORIA MEDICA BASADO EN CUATRO SUBSISTEMAS INTEGRADOS DE EVALUACION ADMINISTRATIVA

El modelo propuesto en esta tesis está fundamentada en el conocimiento de cuatro subsistemas básicos que fundamentalmente estructuran un hospital como una organización dedicada al servicio de la salud. Estos son:

- A).- Desarrollo gerencial de los servicios de salud
- B).- Evaluación del expediente clínico. Auditoría médica clásica
- C).- Desarrollo hospitalario:
- D).- Calidad de la atención de los servicios de salud.

##### 4.3.1.-PRIMER SUBSISTEMA:

#### DESARROLLO GERENCIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La dirección de una empresa es una etapa que tiene como elementos previos el conocimiento del contexto, la planificación y la organización.

Para muchas personas, que son seleccionadas por razones diversas, con el objeto de dirigir una institución de salud, esa posición se convierte en un verdadero enigma ya que frecuentemente desconoce cuales son sus responsabilidades y funciones, las que varían en cada nivel de la organización y según el tiempo.

Cuando el nuevo directivo se da cuenta de la enorme complejidad de los sistemas de salud, su primera reflexión es por qué dejó el área, mas o menos tranquila y bien definida de su profesión o especialidad, para aventurarse en este campo. Algunos hechos son fácilmente comprensibles, pero otros requieren de la integración de conocimientos de una variedad de disciplinas.

Cuando el directivo ordena su pensamiento trata de conocer cual es el contexto en el que va a actuar : los aspectos geográficos, demográficos, económicos, sociales y legales le darán una primera base para comprender la situación en relación a la salud .

Un problema inicial se presenta al descubrir, que en lo referente a salud, participa toda la población, incluyendo una variedad de profesionistas que utilizar una terminología diferente, pero aún los mismos vocablos, en cada campo del saber, tienen distintas acepciones y valores. Así vemos que personas con preparación en ciencias biológicas, la investigación social, la planificación, la administración, costos etc., contadores públicos, abogados y otros profesionales, cada uno de los cuales a su vez tienen un concepto propio de algunos términos y de otros que les han sido ajenos por muchos años: salud, enfermedad, atención médica, disponibilidad, acceso, necesidades sociales etc.. Como si todo ello fuera poco, cada profesionista tiene sus valores, métodos y técnicas que aplican para resolver problemas.

A pesar que esta realidad es fácilmente perceptible, es poco frecuente que se lleven al cabo las acciones necesarias para ajustar sus valores a definir los términos antes de iniciar su trabajo, por lo cual cada uno dirige sus actividades hacia metas diferentes, aún cuando piensen que están orientándolas hacia las comunes.

Los ejemplos son numerosos: dificultad para enfrentar problemas, se habla de eficacia y eficiencia en forma indefinida o aún, contradictona, de costo - beneficio como elemento de evaluación y no como una técnica de planificación, etc.

Se sabe que con mucha frecuencia, en el sector salud y sobre todo en el área de servicios, los cambios se establecen por negociación o por alianzas que fortalecen a personas o grupos, mas no siempre favorecen al mismo sistema. Sin embargo esta no es una característica propia

de nuestros países latinoamericanos, pues en el sector salud de la mayor parte del mundo, las decisiones se toman en una alta proporción por intuición o por crisis, más no por un proceso racional con sólido apoyo fáctico y conceptual.

La duplicación de funciones, el exceso de burocratismo, los frecuentes conflictos entre sus directivos, el desarrollo de programas que no tiene relación con las necesidades sociales, los recursos diferentes tanto en lo económico como en lo técnico y humano, los programas de atención centrados exclusivamente en lo biomédico, con énfasis en el desarrollo de especialistas o en aspectos administrativos de moda, son factores que generalmente entorpecen los resultados de las agencias de salud. Al profundizar en el estudio del sector, se nota que hay componentes difíciles de identificar y aún si ello se logra, sus atributos son pobremente definidos y el resultado es que hay una gama de acciones implícitas.

El personal directivo no tiene una idea definida de cual es su función, pues rara vez existen documentos claros que precisen cuales son sus funciones y qué se espera de su trabajo; en consecuencia tiene como idea central el carrerismo institucional, centrado en la imagen y el prestigio o simplemente la autoridad y el hecho de ascender sin capacitarse, ya que es el modelo o el ejemplo que han tenido durante mucho tiempo. Ascendiendo o no en la escala jerárquica, el resultado es siempre el mismo: duplicación de actividades, incapacidad de satisfacer las necesidades y la conciencia de haber obtenido solo resultados modestos, que lleva a la frustración y posteriormente, termina en agresiones internas o externas, lo cual divide más aún al sistema.

La selección de directivos sufre distintas pautas, en muchos países sigue patrones aristocráticos o burocráticos puros, escogiendo para los puestos, familiares, amigos o colaboradores de funcionarios gubernamentales, militares o eclesiásticos que son recomendados o bien debido al "azar" o al servilismo.

La función directiva o gerencial es compleja y comprende varios niveles, los cuales jerárquicamente son subordinados del más alto ejecutivo.

En países donde el directivo es empírico, por falta de centros educativos en administración, los profesionistas llegan al puesto e incorporan a otros de la misma profesión, y así el trabajo se orienta hacia la especialización del jefe.

Un segundo esquema que teóricamente es un avance es el meritocrático, siempre y cuando se le confiera un crédito al talento y a la capacidad; los riesgos son que las personas que aspiran a obtener ascensos trabajan exclusivamente en función de hacer un buen "curriculum vitae", sin embargo, lo mas grave es que se les demora en la selección de hacer un buen "curriculum vitae", en esos casos habian con desprecio de la administración y elevan a un alto grado la práctica médica. En forma contraria, aquellos médicos que han tenido una amplia vivencia del sistema y sus valores cuando aceptan estudiar formalmente los servicios de salud y su administración, son los que captan todo en forma mas fácil, máxime cuando reconocen que su papel básico es la coordinación con expertos en diversos campos.

Los médicos que triunfan en una especialidad y llegan a un puesto directivo tienen un conflicto de valores. Consideran que si ascienden en la escala jerárquica, es porque las altas autoridades han reconocido su capacidad; al mismo tiempo se dan cuenta que son inseguros al tomar decisiones administrativas las cuales solo las efectúan por intuición o crisis. Al sentirse más cómodos en la práctica médica, que dominan, le otorgan más tiempo y esfuerzos, abandonando sus responsabilidades administrativas, las cuales solo ejercen cuando están en un grupo con otros iguales, en esos casos habian con desprecio de la administración y elevan a un alto grado la práctica médica. En forma contraria, aquellos médicos que han tenido una amplia vivencia del sistema y sus valores cuando aceptan estudiar formalmente los servicios de salud y su administración, son los que captan todo en forma mas fácil, máxime cuando reconocen que su papel básico es la coordinación con expertos en diversos campos.

La necesidad de definir con claridad en cada país e institución las funciones y responsabilidades del personal administrativo, médico y no médico, es un deber primordial.

El papel del gerente de la salud no se puede justificar intrínsecamente; debe considerarse como el individuo integrador que aproveche los recursos de su institución para mejorar el acceso, la disponibilidad, la aceptación y la calidad de los servicios, en beneficio del estado de salud y satisfacción de la población.

Las necesidades de la población aumentan cada día en relación a los servicios de salud y con ellos las demandas de atención del subsistema de atención médica.

Morgan y Everet (1994) desarrollan una estructura llamada Directores Clínicos (DC) cuya funcionalidad e impacto fueron evaluadas en un hospital de Inglaterra. Esta estructura de trabajo, incorpora responsabilidades de gerente, a los clínicos por medio de la creación de los DC que son agrupaciones de jefes médicos y enfermeras, liderados por un director clínico (usualmente un consultante clínico) quien es apoyado por un administrador de empresas y una enfermera administradora. Esta estructura funciona como una empresa hospital (esta organización con administradores quienes son responsables de asegurarse que los servicios tengan metas acordes a sus comités, para el desarrollo de los hospitales y particularmente de encontrar los requerimientos cambiantes de los prestadores de servicios y los usuarios.) Se pone mucha atención y esfuerzo al enfoque de la información necesaria para los DC y al sistema apropiado para desarrollarlo, para la toma de decisiones, haciendo que los clínicos por sí mismos crean que la estructura ofrece oportunidades para ejercer mayor influencia sobre el desarrollo del servicio.

En esta experiencia, muchos clínicos y posiblemente administradores generales, no han apreciado como la estructura del director clínico puede ser usado para su mayor involucramiento en el manejo y desarrollo de los servicios hospitalarios. La clave del tema organizacional ha sido como afectar el cambio de una cultura de administración (sustentado en algo definido y establecido) a uno de administración que responde a los cambios de ambiente de la organización y buscando activamente oportunidades de desarrollo.

Otra fase importante de analizar y modificar es la posibilidad de creación de un perfil de puesto para los jefes y directivos de las áreas de la salud. Como cualquier otro puesto de trabajo dentro de una empresa, se debe de seleccionar al personal idóneo para este tipo de puestos y la gente capacitada para ubicar y calificarlo no es por supuesto únicamente basado en las opiniones de los altos mandos de la empresa o institución sino cumpliendo con una serie de requisitos estrictamente evaluados por personal experto en selección de personal.

A continuación se presentan una propuesta de las cualidades de directivo según Rodríguez Reyes (1995)

Un Directivo debe tener:

- 1 - Iniciativa para asumir una actitud de vanguardia en la marcha de su organización.
- 2 - Decisión a fin de adoptar las situaciones y llevar al cabo soluciones pertinentes y oportunas.
- 4.- Responsabilidad moral para asumir su papel con espíritu de obligación.
- 5.- Energía física para hacer frente a las fuertes presiones que se le expongan.
- 6.- Mente organizada, para la habilidad analítica y capacidad de síntesis.
- 7.- Perseverancia o "afán de logro" o sea una actitud constante para luchar por el logro de los objetivos.
- 8.- Entusiasmo
- 9.- Integridad
- 10.- Capacidad técnica
- 11.- Capacidad didáctica
- 12.- Posibilidad de servir de ejemplo a sus colaboradores
- 13.- Madurez emocional
- 14.- Habilidad para el pensamiento integral
- 15.- Visión a largo plazo.
- 16.- Capacidad para integrar grupos de trabajo y dirigirlos al logro de objetivos.
- 17.- Estudiar tendencias constantemente.

Corrientemente se considera que la carrera gerencial o funcionaria es propia solo de los organismos públicos e internacionales, sin embargo en el sector privado, en empresas exitosas, el concepto de carrera gerencial existe pero con un enfoque dinámico orientado al desempeño, a la productividad, al rendimiento y finalmente a la calidad del funcionario o profesional. La mejor garantía de crecimiento y estabilidad dentro de estas empresas no se encuentra en su concreto laboral sino en el propio trabajador el cual con sus propios atributos tiene en ellas un

horizonte claro de progreso y crecimiento en diversos ámbitos, económico, profesional, de conocimientos y de posición dentro de la empresa.

El sector público de salud en un futuro relativamente cercano puede entrar en una nueva etapa en la administración, lo cual es la mejor garantía para disponer de un sistema público eficiente que provea servicios de la mejor calidad para la gente, un sistema de salud al servicio de la persona.

Para pensar en un proceso de desarrollo gerencial para los servicios de salud, vale la pena cuestionarse algunos aspectos fundamentales que darían apoyo a la necesidad de crear alternativas de especialización en la materia. Se discutirían las siguientes posibilidades:

- o ¿Qué tiene de único (o especial) la educación en gerencia para los servicios de salud?
- o ¿Cuál es el punto clave de la ventaja comparativa de la educación en gerencia para la salud como disciplina autónoma?
- o ¿A quién deberían de estar dirigidos los programas de formación y desarrollo gerencial para los servicios de salud?
- o ¿Cómo pueden predecirse las necesidades de las comunidades, organismos de salud y sus directivos en este entorno social y económico cambiante, de modo de poderlas reflejar en las actividades docentes en gerencia para la salud?
- o ¿Cuáles son los componentes de una estrategia de educación de gerencia en salud a nivel institucional, local, regional y nacional?

#### FUNCIONES DE LOS DIRECTORES DE SERVICIOS DE SALUD SEGUN LOS MANUALES DE ORGANIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD EN MEXICO.

Las funciones establecidas en los manuales de organización y funcionamiento, que deben de cumplir los directivos de hospitales son:

- A) - Vigilar que se tomen las medidas de seguridad e higiene para la protección del personal.
- B).- Difundir entre su personal las medidas de prevención de accidentes, temblores etc. Así como proveerlos de los materiales y equipo necesario de acuerdo a los manuales correspondientes.
- C).- Promover la capacitación del personal del hospital en todas las actividades médico-administrativas inherentes al servicio hospitalario.

Para ser director de una unidad hospitalaria de segundo nivel de atención médica se requiere:

- a).- Ser médico- cirujano, con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades educativas competentes.
- b).- Acreditar formalmente su experiencia en el manejo, organización y funcionamiento de unidades de atención médica, y de hospitales, con duración mínima de dos años o haber obtenido el certificado o diploma de la especialización en la materia y
- c).- Ser nombrado por las autoridades competentes de la institución que corresponda.

Los niveles jerárquicos para la organización de las unidades hospitalarias de segundo nivel de atención son:

- Dirección
- Subdirección
- Jefatura de Servicio
- Jefe de departamento
- Jefe de Oficina
- Jefe de Sección
- Jefe de Mesa.

La tabulación de puestos será de acuerdo al número de camas (30,60,120,144 y 180), al grado de complejidad de la atención médica que proporcionen y a su poder de resolución.

La dirección representa el más alto nivel de ejecución y decisión del hospital, integrada con los demás organismos que forman el cuerpo de gobierno, configuran la máxima autoridad del mismo. De la dirección dependen:

- La subdirección
- Los asistentes de la dirección
- La jefatura de enseñanza e investigación
- La unidad de relaciones públicas

Asimismo contará con los siguientes órganos consultivos:

- La Junta directiva
- Patronato
- Consejo Técnico
- Comités.

La subdirección médica ocupa el segundo nivel jerárquico del hospital y su titular substituirá al director en su ausencia, será responsable ante la dirección, de la organización y buen funcionamiento de los servicios siguientes: Servicios médicos, medicina preventiva, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, servicios paramédicos.

Los asistentes de la dirección son el órgano especializado en la administración de la atención médica y de los hospitales, que se encargará de asesorar y auxiliar en la organización, dirección, coordinación y control de las actividades técnico- administrativas de la unidad hospitalaria, para garantizar niveles óptimos de atención a los usuarios, mediante la observación y cumplimiento de las normas y lineamientos hospitalarios establecidos sobre la materia, junto con el consejo técnico.

#### 4.3.2.- SEGUNDO SUBSISTEMA:

##### EVALUACION DEL EXPEDIENTE CLINICO. (AUDITORIA MEDICA CLASICA)

Es un hecho que las actividades de salud presentan serias dificultades para su evaluación por su característica multidisciplinaria, diversidad en tiempo, espacio y los complejos mecanismos que las coordinan e interrelacionan.

Para lograr que las actividades de atención médica, es necesario establecer una forma sólida y pensamiento claro que señalen cada paso.

- o ¿Qué debe hacerse?
- o ¿Por qué realizarlo?
- o ¿Qué se ha hecho?

Es necesario conocer los conceptos y políticas actuales de la auditoria médica clásica, sus objetivos, la formación de comités como estrategia para realizarla, las normas y procedimientos generales para llevarla al cabo y los criterios para valorar los resultados obtenidos.

##### CONCEPTO CLASICO DE AUDITORIA MÉDICA.

"Es un instrumento de evaluación de la eficacia, eficiencia y efectividad de los procedimientos de atención médica a través de la revisión sistemática, continua y objetiva del trabajo profesional médico, teniendo como base el análisis de los expedientes clínicos y cuyo propósito es lograr la atención integral del paciente, de buena calidad y al mejor costo beneficio"

##### OBJETIVOS DE LA AUDITORIA MÉDICA CLASICA:

- o Determinar la calidad de la atención médica en los servicios de consulta externa y hospitalización.
- o Estimar el grado de coordinación alcanzada entre los diferentes servicios que actúan en forma conjunta, para atender al paciente.
- o Programar la atención médica para mejorar los servicios en base a las experiencias obtenidas.

- o Abatir los índices de ocupación, al valorar el número y tipo de pacientes que permanecen hospitalizados un tiempo mayor del necesario y que podrían tratarse como externos. (este objetivo aplica a la hospitalización).
- o Coordinar, interpretar y promover las relaciones de trabajo de los médicos entre sí, con las autoridades y los usuarios.
- o Examinar los datos obtenidos a efecto de identificar índices de rendimiento en las áreas de atención médica para posteriormente corregir sus desviaciones.
- o Valorar los costos de funcionamiento tendientes a mejorar instalaciones, equipo y servicios.
- o Proporcionar al médico un instrumento de autoevaluación de su experiencia clínica para contribuir en la superación profesional del mismo.
- o Seleccionar casos clínicos que por su interés sean objeto de actividades de investigación y/o enseñanza.
- o Evaluar los mecanismos de referencia y contrareferencia de pacientes entre los diferentes niveles de atención del sistema de salud a la población abierta.

#### TIPOS DE AUDITORIA:

##### 1- Dependiendo de quién la practica:

-Auditoría interna:

Efectuada por médicos de la misma unidad.

-Auditoría externa:

Efectuada por personal dependiente de las unidades técnico- normativas superiores, un médico representante de la unidad aplicativa (director) y el personal médico jurisdiccional correspondiente ( supervisor médico)

Revisando los mismos expedientes ya calificados en la auditoría interna, siguiendo las normas y procedimientos iguales.

##### 2 - Dependiendo del sitio dónde se practique:

-Auditoría en hospitalización

-Auditoría en consulta externa

En la organización de los hospitales se contempla dentro de la estructura al Comité técnico, cuya función básica es la de asesorar al director del hospital en aquellos problemas de carácter técnico que requieran de la participación del personal directivo de la unidad. De esta manera se hace necesario contar dentro de este comité con subcomités que permitan un análisis a profundidad de las actividades realizadas en los diferentes servicios del hospital, los subcomités son: de Infecciones, Bioseguridad, Decesos, Cuadros básicos, Seguridad e higiene en el trabajo, Auditoría médica etc. Todos con dependencia jerárquica del comité técnico y cuyo funcionamiento, está de acuerdo a las normas y lineamientos que se determinen en el seno de dicho comité.

El objetivo básico de el comité de Auditoría médica es la de evaluar la calidad de las actividades realizadas para la atención de los pacientes, en los servicios de hospitalización y consulta externa a través de los EXPEDIENTES CLINICOS.

Este es integrado por miembros permanentes (el director del hospital, el subdirector médico, jefes de departamentos y jefe de Enseñanza e investigación) y los miembros transitorios, con duración en funciones de un año:(los representantes de los servicios médicos), más tres médicos de base de consulta externa representantes. Este subcomité nombra un presidente, un secretario de actas y tres vocales.

#### FUNCIONES:

- 1.- Evaluar la calidad de la atención médica proporcionada al paciente, con base en los expedientes clínicos
- 2.- Evaluar las complicaciones de los pacientes atendidos en el hospital.
- 3.- Evaluar la eficacia de los tratamientos y procedimientos usados en el manejo de los pacientes.
- 4.- Evaluar todas las muertes ocurridas en el hospital.
- 5 - Evaluar la eficacia y eficiencia de los mecanismos de referencia y contra referencia.

## NORMAS Y PROCEDIMIENTOS GENERALES PAR LA REALIZACION DE LA AUDITORIA MEDICA INTERNA:

### NORMAS GENERALES

- o Las auditorías médica deben realizarse periódicamente con base en un programa previamente elaborado. La periodicidad no debe ser mayor de treinta días.
- o Las auditorías internas las ejecutarán los propios médicos de los servicios involucrados a través del comité de Auditoría interna correspondiente.
- o Las auditorías externas las ejecutará personal médico de las unidades técnico-normativas superiores y un representante de la unidad médica correspondiente, bajo las normas que determinen estas unidades.
- o Se considera confidencial la información que resulte de las auditorías médicas practicadas y se analizará en su caso, con los médicos directamente interesados.
- o La aplicación de los resultados se oriente a prevenir deficiencias y en su caso corregir.
- o Los resultados obtenidos, así como las sugerencias pertinentes para el buen funcionamiento de la unidad, deberán ser comunicados a la autoridad inmediata superior.
- o El director del hospital llevará un registro individual de cada informe, bajo llave y estricta responsabilidad.
- o El director del hospital está autorizado para dar a conocer a los médicos en forma verbal e individual, las opiniones de la comisión sobre los expedientes clínicos.
- o El director del hospital informará mensualmente a los jefes de servicio, los resultados globales obtenidos en la auditoría médica.

Explorando las características de Auditoría médica clásica que se elabora en los hospitales, nos damos cuenta que es básicamente la evaluación del quehacer médico al través de el análisis de los expedientes clínicos, en sus instrumentos preestablecidos según los dogmas clásicos de elaboración de cada una de las partes o formatos que lo conforman.

La Auditoría médica propuesta desde manera administrativa un esquema más integral de todas las partes del sistema que intervienen en el funcionamiento de la atención médica

La Dirección general de regulación de los servicios de salud de la Dirección de normas de atención hospitalaria de la secretaría de salud de México. En el Departamento de auditoría médica, evalúa lo siguiente del expediente clínico:

#### FICHA DE IDENTIFICACION:

- a) nombre del hospital b).- servicio c).- médico adscrito d).- jefe de servicio  
e).- paciente f).- sexo g).- edad h).- días de estancia i) fecha

Se verifica el llenado y contenido de cada uno de los siguientes documentos:

- 1.- Historia clínica
- 2.- Nota inicial de ingreso
- 3.- Indicaciones médicas
- 4.- Nota de revisión inicial por el médico adscrito
- 5.- Notas de evolución diarias
- 6.- Notas de revisión conjuntas. ( participación del jefe de servicio)
- 7.- Nota pre-operatoria
- 8.- Valoración pre-anestésica
- 9.- Nota operatoria
- 10.- Nota de control transanestésica y nota postanestésica
- 11.- Nota postanestésica
- 12.- Nota de reingreso a hospitalización.

- 13.- Nota de alta
- 14.- Nombre y firma de médico tratante

#### RESULTADO DE LA ATENCIÓN MÉDICA:

- 15.- Congruencia clínica diagnóstica.
- 16.- Congruencia diagnóstica terapéutica
- 17.- Congruencia diagnóstica con estudios de gabinete.
- 18.- Orden secuencial de las notas clínicas
- 19.- Pulcritud y legibilidad de las notas.

Nombres y Firmas de quienes intervinieron en la evaluación del expediente.

#### 4.3.3.- TERCER SUBSISTEMA:

##### DESARROLLO ORGANIZACIONAL HOSPITALARIO

Las disposiciones técnico-administrativas sobre la organización y funcionamiento de los hospitales de segundo nivel de atención se encuentran regidas por la Ley general de salud de la República mexicana. La vigilancia y aplicación de éstas son de competencia de las autoridades de las entidades federativas o estatales, así como de las instituciones de salud de los sectores público y privado.

Las actividades de atención médica son:

- A).- Preventivas.- Promoción a la salud y protección específica
- B).- Curativas.- Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno
- C).- Rehabilitación.- Corregir las deficiencias y limitaciones físicas y mentales.

El segundo nivel de atención médica, es el responsable de las actividades dirigidas al restablecimiento de la salud, atendiendo daños poco frecuentes de mediana complejidad; referidos del primer y tercer niveles, a los que se presentan espontáneamente como urgencias médico-quirúrgicas; en lo que respecta a las acciones sanitarias y de contaminación ambiental interna.

Estos hospitales deben contar con un conjunto de recursos debidamente organizados para atender y resolver los problemas médico-quirúrgicos que se presentan aproximadamente en un 10 a un 15 % de las demandas y que no es posible resolver en el primer nivel de atención por requerir de técnicas y servicios de mediana complejidad.

La atención médica que se proporciona a los usuarios, comprende cuatro especialidades básicas: cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría, así como de seis complementarias: otorrinolaringología, oftalmología, traumatología y ortopedia, dermatología, psiquiatría y estomatología y cuatro de apoyo: anestesiología, anatomía patológica, patología clínica y radiología. La atención es fragmentada, ocasional, ambulatoria o con hospitalización, con servicio de urgencias y primordialmente curativa.

De acuerdo con la O.M.S.(Organización Mundial de la Salud,)se considera al hospital como parte integrante de una organización médico-social, cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto preventiva como curativa y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar; el hospital es también un centro de formación de recursos humanos para la salud y de investigación bio-psico-social. Además, ayuda a la profesión médica privada y tienen una dirección técnico-administrativa capaz de realizar sus objetivos, utilizando racionalmente sus recursos y proyecta su influencia y beneficios a la comunidad.

Los responsables de las áreas y servicios del hospital deberán elaborar, revisar y actualizar periódicamente los manuales, instructivos, circulares y documentación diversa de carácter interno, que contribuyan a la mejor organización y funcionamiento de la unidad hospitalaria.

## ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA.

Para la organización de las unidades hospitalarias del segundo nivel de atención se tomarán en cuenta los diferentes tipos de organigramas con la jerarquización del cuerpo de gobierno correspondiente al número de camas y capacidad de resolución y de asistencia.: Dirección, Subdirección médica, Subdirección administrativa, Junta directiva, Asistentes de la dirección, Consejo técnico y Comités (de Auditoría, Cuadros Básicos, Enseñanza e Investigación, Estímulos y sanciones, evaluación técnica administrativa, Infecciones intrahospitalarias, Seguridad e higiene laboral, Bioseguridad, Euca, Decesos)El Patronato (integrado por un presidente, un secretario, un tesorero y vocales) La Unidad de relaciones públicas

Las unidades médicas de segundo nivel cuentan con servicios médicos de acuerdo a la estructura orgánica y a la demanda de su área de influencia, basados en la clasificación siguiente:

### A).- Especialidades básicas:

- Cirugía General
- Gineco-Obstetricia
- Medicina Interna
- Pediatría

### B).- Especialidades Complementarias:

- Dermatología
- Estomatología
- Oftalmología
- Traumatología y Ortopedia
- Otorrinolaringología
- Psiquiatría

### C).- Especialidades de apoyo:

- Anatomía Patológica
- Anestesiología
- Patología Clínica
- Radiología.

### D).- Otras especialidades basadas en la morbimortalidad regional:

- Alergia e Inmunología
- Cardiología
- Cirugía Buco-Dento-maxilar.
- Cirugía Cardiovascular
- Cirugía Plástica y reconstructiva
- Cirugía Pediátrica
- Endocrinología
- Gastroenterología y Proctología
- Hematología
- Infectología -
- Infertilidad y esterilidad
- Medicina crítica
- Nefrología
- Neurología
- Neumología
- Oncología

- Neonatología
- Reumatología
- Urología

Las Unidades de Cuidados Intensivos, rehabilitación y algunas otras de tercer nivel, se incluirán en hospitales de 180 camas o más atendiendo a la autosuficiencia regional.

Para el cumplimiento eficiente de sus funciones, toda unidad hospitalaria deberá contar con servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y sus objetivos son:

- 1.- Dar apoyo a la atención médica mediante el estudio y solución de problemas clínicos.
- 2.- Instrumentar y aplicar las normas de organización y funcionamiento para la disposición de órganos, tejidos y cadáveres, con fines terapéuticos.

Las áreas que integran este servicio son:

- a).- Laboratorio de análisis clínicos
- b).- Radio diagnóstico
- c).- Anatomía Patológica.
- d).- Anestesiología
- e).- Banco de sangre
- f).- Servicios Paramédicos

Toda Unidad hospitalaria, deberá contar con servicios paramédicos que se integrarán por áreas de:

- a).- Enfermería
- b).- Trabajo Social
- c).- Dietética
- d).- Farmacia
- e).- Admisión
- f).- Estadística y archivo clínico (registros hospitalarios: estadística de productividad, de morbilidad y de costos y recursos)

A continuación se enlista la estructura básica de la organización y funcionamiento de un hospital de segundo nivel, el cual nos sirve de guía para la evaluación del desarrollo hospitalario como un subsistema.

#### GUIA DE AUDITORIA MEDICA. SUBSISTEMA DESARROLLO HOSPITALARIO.

##### I.- Identificación de la Unidad.

##### ii.- Cuerpo de Gobierno

- a).- Director
- b).- Subdirector médico y Subdirector administrativo
- c).- Asistentes de la Dirección
- d).- Comités Técnico-Médicos.
- e).- Jefes de Servicios
- f).- Patronato

##### iii.- Organización:

- a).- organigrama
- b).- manuales de organización
- c).- manuales de procedimientos
- d).- departamentalización (identificación de los servicios)

##### IV.- Funcionamiento:

- 1.- Productividad mensual, semestral, anual, de todo el hospital
- 2.- Recursos Humanos del Hospital:
  - a).- Médicos: (generales, especialistas, odontólogos, psicólogos de base y becarios, por turnos.)
  - b).- Enfermeras: (jefes, coordinadoras, especialistas, generales, auxiliares y becarios, por turnos)
  - c).- Paramédicos: (trabajo Social, laboratorio, técnicos, camilleros)
  - d).- Administrativos: (repcionistas, secretarias, archivo, etc.)
- 3.- Recursos materiales: inventario interno por cada servicio de material y

equipo ( anual, semestral, mensual, de consumo diario)

4.- Recursos Financieros. ( ingresos, egresos, auditorías contables)

V.- Consulta externa

1.- Funcionamiento ( normas)

2.- Recursos

a).- humanos por turnos

b).- material y Equipo ( número y estado funcional )

3.- Productividad: (mensual, semestral, anual)

VI.- Urgencias:

1.- Funcionamiento ( normas)

2.- Recursos

a).- humanos por turnos

b).- material y equipo ( número y estado funcional)

3.- Productividad ( mensual, semestral, anual)

VII.- Hospitalización:

1.- Recursos humanos por turnos

2.- Material y equipo: (número y estado funcional)

3.- Productividad ( mensual, semestral y anual)

de las siguientes especialidades:

a).- Gineco-obstetricia

b).- Pediatría

c).- Cuidados intensivos de pediatría

d).- Cirugía

e).- Medicina Interna

f).- Cuidados intensivos de adultos

g).- Traumatología

e).-Especialidades complementarias Oftalmología, Otorrinolaringología, Ortopedia, Estomatología

VIII.- Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento:

1.- Recursos humanos por turnos

2.- Material y equipo: (número y estado funcional)

3.- Productividad ( mensual, semestral y anual)

de las siguientes servicios:

a).- Quirofanos

b).- C.E.Y.E: ( Central de equipo y esterilización)

c).- T.O.C.O Quirúrgica.

D).- Radioimagen

e).- Laboratorio de Patología

f).- Banco de Sangre

g).- Anestesiología

h).- Anatomía Patológica

i).- Radioterapia

j).- Rehabilitación

IX.- Enseñanza e investigación:

1.- Recursos humanos por turnos

a).- Sección de enseñanza

b).- Sección de investigación

2.- Material y equipo. (número y estado funcional, incluyendo aulas)

a).- Apoyo didáctico

b).- Divulgación científica

3.- Productividad ( mensual, semestral y anual)

a).- Asociaciones con instituciones educativas. (Normas y reglamentos)

b).- Número y categoría de los profesores

c).- Cursos: ( pregrado y posgrado ( no. de alumnos, internos, externos, becarios y por especialidad, ingresos económicos por cursos)

d).- Formación de recursos humanos para la salud, becarios egresados.  
Educación profesional educación técnica y auxiliar intra-extrahospitalaria

- 4.- Biblioteca: ( auditoría interna de publicaciones)
- 5.- Investigación médica:
  - a).- Comités de investigación y ética médica
  - b).- Programas de capacitación y educación continua
  - c).- Programas de investigación clínica, o social.

#### X.- Medicina Preventiva y Epidemiología.

- 1.- Recursos humanos por turnos
- 2.- Material y equipo: (número y estado funcional)
- 3.- Productividad ( mensual, semestral y anual)

#### XI.- Enfermería:

- 1.- Recursos humanos por turnos. Organigrama.
- 2.- Material y equipo: (número y estado funcional)
- 3.- Productividad ( mensual, semestral y anual)
- 4.- Programas de educación y orientación a la salud.

#### XII.- Trabajo social:

- 1.- Recursos humanos por turnos. Organigrama.
- 2.- Material y equipo: (número y estado funcional)
- 3.- Productividad ( mensual, semestral y anual)
  - a).- Trabajo social en urgencias
  - b).- Trabajo social en consulta externa
  - c).- Trabajo social en hospitalización.
- 4.- Programas de educación y orientación a la salud.
- 5.- Programas interdisciplinarios jurisdiccionales y municipales.

#### XIII.- Estadística y Archivo Clínico:

- 1.- Recursos humanos por turnos
- 2.- Material y equipo: (número y estado funcional)
  - a).- Sistemas de información. Formatos de captura y adecuación.
  - b).- Sistemas de computo
- 3.- Productividad ( mensual, semestral, anual)
  - a).- Concentrados
  - b).- Flujogramas de información
  - c).- Estadísticas de:
    - Morbimortalidad interna.
    - Productividad de la unidad
    - Costos y recursos
  - d).- S.E.I B.
- 4.- Capacitación continua.

#### XIV.- Dietética:

- 1.- Recursos humanos por turnos. Organigrama
- 2.- Material y equipo: (número y estado funcional)
  - a).- Atención nutricional
  - b).- Cocina central y comedores.
  - c).- Banco de leches
  - d).- Almacén de víveres
- 3.- Productividad ( mensual, semestral y anual)
- 4.- Normatividad y control de insumos.
- 5.- Actualización en técnicas y procedimientos nutricionales.

#### XV.- Farmacia:

- 1.- Recursos humanos por turnos. Organigrama.
- 2.- Material y equipo: (número y estado funcional)
- 3.- Adquisiciones, distribución intrahospitalaria.
- 4.- Control de medicamentos.
  - a).- Despacho de recetas
  - b).- Preparación de fórmulas
  - c).- Almacén y auditoría de medicamentos ( periodicidad)
- 5.- Productividad (mensual, semestral, anual)
- 6.- Actualización en productos farmacológicos y capacitación.

#### XVI.- Admisión:

- 1.- Recursos humanos por turnos. Organigrama.
- 2.- Material y equipo: (número y estado funcional)
  - a).- Identificación: de pacientes en los diferentes servicios
  - b).- Registro: de ingresos y egresos, camas censables y no censables
  - c).- Control : (datos de disponibilidad de camas para internamiento)
- 3.- Productividad: ( mensual, semestral, anual)
- 4.- Actualización y capacitación

#### XVII.- Subdirección administrativa

##### Organigrama.

Recursos humanos y materiales

Funcionamiento

Productividad (mensual, semestral, anual)

de:

- 1.- Oficina de Recursos Humanos:
  - a).- Selección y contratación de personal
  - b).- Relaciones laborales
  - c).- Nóminas
  - d).- Control de asistencia
  - e).- Capacitación y desarrollo de personal.
- 2.- Oficina de recursos Financieros:
  - a).- Contabilidad
  - b).- Adquisiciones
  - c).- Caja
- 3.- Oficina de Recursos Materiales
  - a).- Almacenes
  - b).- Inventarios
- 4.- Oficina de correspondencia y Archivo:
  - a).- Recepción y despacho
  - b).- Registro y clasificación de correspondencia
  - c).- Glosa de documentos
  - d).- Mensajería
- 5.- Servicios Generales:
  - 5.1.- Intendencia y Vigilancia
    - a).- Limpieza
    - b).- Manejo de desechos
    - c).- Control de plagas y fauna nociva
    - d).- Traslado de pacientes
    - e).- Vigilancia
  - 5.2.- Transportes
    - a).- Choferes
    - b).- Vehículos
    - c).- Taller de reparación y mantenimiento

## 5.3.- Lavarandería y Ropería

- a).- Recepción y clasificación
- b).- Lavado
- c).- Planchado y doblado
- d).- Entrega de ropa
- e).- Almacén
- f).- Costura

## 6.- Ingeniería y Mantenimiento:

## Organigrama.

Recursos Humanos y materiales

Funcionamiento

Productividad (mensual, semestral, anual)

de:

## 6.1.- Oficina Técnica:

- a).- Jardinería
- b).- Albañilería y pintura
- c).- Herrería y carpintería
- d).- Plomería y fontanería
- e).- Cuarto de máquinas
- f).- Electricidad
- g).- Calefacción y aire acondicionado
- h).- Ingeniería biomédica

## 6.2.- Oficina Administrativa

- a).- Control de servicios y recursos
- b).- Inventarios y archivos
- c).- Proveduría y contratación de servicios

## XVIII.- INFRAESTRUCTURA:

## 1.- Área de gobierno:

- a).- Acceso a todas las áreas sin mezclarse con los usuarios

## 2.- Área de enseñanza:

- a).- Acceso a médicos y alumnos y usuarios externos

## 3.- Área de consulta externa:

- a).- Acceso principal del hospital
- b).- Acceso a áreas auxiliares (trabajo social, farmacia, admisión)

## 4.- Área de auxiliares de diagnóstico

- a).- Acceso principal a urgencias, TOCO y hospitalización

## 5.- Área de Auxiliares de tratamiento y rehabilitación:

- a).- Acceso a externos que requieren atención
- b).- Acceso interno

## 3.- Área de hospitalización:

- a).- Áreas bloque Toco quirúrgicas, urgencias y laboratorio.

La arquitectura y diseño de ingeniería debe cumplir con los reglamentos de construcción específicos para unidades hospitalarias y tener principal atención en las medidas de seguridad e higiene para el trabajo para la infraestructura de cada servicio, así como las rutas de evacuación y salidas de emergencia más accesibles para el personal, pacientes externos, hospitalizados y público general.

## FUNCIONAMIENTO GENERAL DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS :

El objetivo general de las unidades de atención médica de segundo nivel, es proporcionar atención curativa, de promoción y educación para la salud, de rehabilitación física, mental y social, de formación capacitación y desarrollo del personal médico, técnico, administrativo y otros, llevar al cabo investigación de orden médico, técnico, administrativo, socioeconómico y

otros; y coordinar sus actividades con las instituciones que conforman los sectores público, social y privado. Las funciones específicas para cada servicio hospitalario o departamental quedan estipulados dentro de la reglamentación general de los manuales de organización y funcionamiento de las unidades hospitalarias basadas en las normas de la Ley general de salud de la secretaría de salud.

#### 4.3.4.- CUARTO SUBSISTEMA: CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

La calidad es un término que goza actualmente de mucha popularidad ;sin embargo, resulta ambiguo, incluso indefinible, aún por los expertos en la materia. Existen una gran diversidad de opiniones acerca de la calidad, y en cuanto a la calidad de los servicios de salud y a la calidad de la atención médica se refiere, mucho es lo escrito y hablado y seguramente que habrá mucho de que hablar en el futuro. Lo que es indudable es que la calidad es inherente a la filosofía de la salud y que cualquiera que sea su interpretación meramente ideológica, constituye en la práctica un proceso de mejoramiento en el que participan y del cual se benefician todos los elementos que integran el proceso. Es posible que este concepto de calidad total, constituya en su expresión más radical, solamente un ideal alcanzable y perfectible.

Se puede decir (López, 1993) que el control total de la calidad se inició en los Estados Unidos de Norteamérica en la década de los 50's; después de la segunda guerra mundial cuando se hizo necesario un impulso a la productividad de este país. Sin embargo, no fue ahí donde tal propuesta dió los resultados esperados ya que no se efectuó de manera adecuada ( Deming, 1950). Estos principios de calidad fueron trasladados al Japón, en donde, a partir de una serie de modificaciones y en buena medida a la cultura disciplinaria que caracteriza a este país oriental; obtuvieron el privilegio de llevar a este país al lugar de desarrollo del que actualmente goza. Este fue el inicio de la cultura de la calidad total, y que con las contribuciones de otros autores, ha venido precisándose y adaptándose a nuevos derroteros.

En el contexto de la calidad se han destacado cuatro personajes básicos que han logrado hacer de sus propuestas una "escuela", encaminadas a la comprensión del concepto de "Calidad Total"

Estos personajes son: Edward Deming, Joseph M. Jurán, Philip B. Crosby y Kauro Ishikawa, de los cuales se hará un breve resumen con los puntos más significativos de sus enfoques.

Deming (1950) fue quien dio a los japoneses nuevos conceptos que los ayudaron a mejorar la calidad y productividad en sus empresas. Para él, la calidad está centrada en las necesidades del cliente y considera que para llevarla a cabo es necesario un control estadístico de los diferentes procesos involucrados en el sistema de producción.

A este autor se le deben los famosos 14 puntos que llevan a la calidad total:

- 1.- CONSTANCIA con el propósito de mejorar el producto y el servicio.
- 2.- ADOPTAR una filosofía hacia la calidad.
- 3.--INVERTIR "Lo barato puede salir caro"
- 4.- DEJAR DE LADO la inspección en masa del producto
- 5.- MEJORAR desde el diseño del producto hasta la venta al consumidor.
- 6.- IMPLANTAR la capacitación
- 7.- DESECAR el miedo
- 8.- LIDERAZGO adoptarlo e implantarlo
- 9.-Trabajar en EQUIPO
- 10.- CONSIDERAR A LA CALIDAD COMO UN PROCESO QUE INTERVIENE EN TODO EL SISTEMA DE PRODUCCIÓN Y A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
- 11 - NO LIMITARSE a las normas establecidas como determinantes de la calidad.

- 12.- FOMENTAR el orgullo de hacer bien el trabajo.
- 13.- ESTIMULAR la educación y la automejora
- 14.- RETOMAR los trece puntos anteriores.

Por su parte Crosby ( 1955) es el creador de la frase " Cero defectos". Para él la calidad es cumplir con los requisitos. El mediador de la calidad es el dinero. Considera a la prevención más que a la corrección de los errores, el factor primordial por lo que afirma que la gente debe "hacer bien las cosas desde la primera vez".

Desde otra visión de la calidad, Juran (1950) apuntó que los aspectos técnicos de la calidad habían sido cubiertos; sin embargo, hizo énfasis en la importancia del elemento humano como principal solución a los problemas de calidad.

Juran fue un personaje que apoyó fuertemente los "círculos de calidad" Su metodología para la obtención de la calidad puede resumirse en 10 pasos:

- 1.- Detectar las áreas de oportunidad
- 2.- Establecer metas de mejora
- 3.- Planear el logro de metas.
- 4.- Brindar capacitación.
- 5.- Empezar proyectos.
- 6.- Registrar avances
- 7.- Brindar conocimientos
- 8.- Comunicar resultados.
- 9.- Evaluar.
- 10 Mantener el mejoramiento de procesos y sistemas.

Finalmente, Ishikawa (1986) opina que " La calidad debe ser lo primero y no las utilidades a corto plazo".

Señala cuatro puntos importantes para alcanzar la calidad:

- 1.- Determinación de las metas
- 2.- Determinación de los métodos para alcanzar las metas
- 3.- Proporcionar educación y capacitación.
- 4.- Realización del trabajo.

Otras definiciones más actualmente utilizadas para la Calidad Total en las que se basan programas de salud en nuestro país incluyen las de Armand Feigenbaum (1993) quien menciona que "se debe proporcionar un servicio en el cual su calidad haya sido diseñada, producida y conservada a un costo económico y que satisfaga por entero al consumidor" y J. Durán (1993) define a la Calidad total como el proceso de " anticiparse, alcanzar y exceder las expectativas del usuario"

En suma; puede afirmarse que la calidad y productividad son los medios que en la actualidad establecen la competitividad y desarrollo de las empresas.

Por lo anterior, es comprensible que las empresas mexicanas, públicas y privadas, acostumbradas a un rezago económico, tecnológico y científico; hayan decidido, ante la puesta en marcha del TLC, establecer algunos de los sistemas de calidad antes mencionados con el fin de competir nacional e internacionalmente, propiciando un movimiento nacional de calidad y productividad que además busca el desarrollo económico del país, así como un cambio cultural que haga del mexicano un ser comprometido consigo mismo, que lo motive a mejorar continuamente su nivel de vida, tanto en el aspecto laboral, como en su vida personal; aunque no es una política generalizada en todas las instituciones.

Donabedian (1994) trabaja sus puntos de vista en cuanto a la calidad en los servicios de salud y la atención médica.

Las principales características de las propuestas de Donabedian radican en la atención que el profesional de la salud, y específicamente el médico, proporciona al paciente; por lo que desde 1978 propone definir claramente

- a).- El Concepto de calidad
- b) - La relación entre calidad y costo del servicio

- c).- La diferencia entre el proceso y el resultado para evaluar la calidad.
- d) - Las estrategias de atención.

De éste último punto es necesario aclarar que las estrategias se refieren a las alternativas médicas, que requieren de nuevos conocimientos provenientes de estudios de epidemiología cuidadosos y en última instancia de experimentos clínicos controlados.

Lo anterior resalta el aspecto fundamental de la preocupación Donabedian, la relación Médico-Paciente, para reflejar la calidad de la atención de los servicios de salud, pero sigue sin precisar el concepto de calidad tal como el mismo lo demanda, aunque aporta nuevos elementos de concreción.

En un estudio posterior ( Donabedian y col, 1982), hace referencia a lo que se pretende como un nivel más avanzado de la concepción de calidad y se desarrolla lo que los autores denominan un modelo integrativo en la evaluación de la atención médica; el cual considera tres aspectos fundamentales:

- 1.- CALIDAD
- 2.- COSTO
- 3.- SALUD

A pesar que dicho modelo considera los tres aspectos vertidos, continúa priorizando la relación entre médico-paciente como un factor fundamental en la atención de los servicios, por no decir el factor en la medición de la calidad.

La postura actual de Donabedian (1996) parte ahora, de que el concepto de calidad no tiene validez universal, sino que plantea: " considero que si de hecho soy el buen teórico que pretendo ser, deberé demostrar que mi teoría tiene capacidad de pronosticar las maneras en que la evaluación y garantía de la calidad podrían variar entre países y culturas, "...en su esencia, la calidad significa conformidad con normas que no son absolutas sino que varían de una sociedad a otra..."

Tal acervo nos permite señalar que la calidad de la atención en los servicios de salud en México no podrán seguir los criterios de otros países. Siendo así es preciso social y culturalmente los tres ejes de la calidad de la atención planteados por Donabedian.

El problema por resolver son todas aquellas condiciones, deficiencias o defectos, hacia los cuales se dirigen las intervenciones por medio de una investigación evaluativa que haga más preciso y objetivo el proceso de juzgar.

En la actualidad, la calidad de la atención en los servicios de salud en México se han vuelto de interés central. Se han generado una cantidad importante de programas que tienden a identificar el nivel de la calidad que se proporciona en la atención médica, además de programas en los cuales se proponen estrategias de intervención para elevar la calidad y la calidez en los servicios médicos.

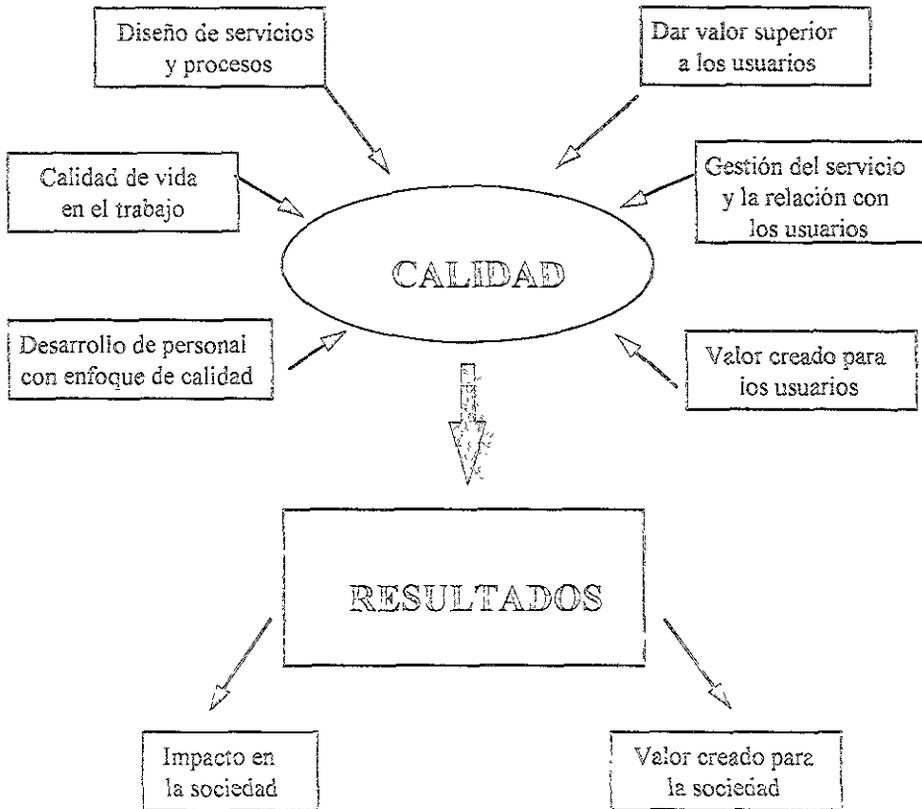
En un estudio reportado por Laguna y Salinas (1990) de un programa denominado "Calidad de la atención en los servicios médicos del departamento del distrito federal", refieren con un carácter anecdótico, que la información empírica revelaba la carencia de los que podría llamarse la "cultura de la calidad", dónde más que definir y delimitar patrones la existencia de ésta , podría identificarse por patrones de actitudes y comportamientos de los prestadores de servicios de salud orientados a justificarse con procesos de atención y no a obtener beneficios tangibles en la salud de los pacientes.

Si planteamos la posibilidad de manejar el proceso administrativo y de servicios de una unidad hospitalaria como una empresa, existen modelos de evaluación de la calidad centrada en diferentes puntos que son:

- 1.- Calidad centrada en dar valor superior a los clientes (usuarios).
- 2- Gestión del servicio y la relación con los clientes( respuesta a las expectativas).
- 3- Medición del valor creado para los clientes (satisfacción del usuario).
- 4.- Desarrollo de personal con enfoque de calidad ( educación y desarrollo).

- 5.- Calidad de vida en el trabajo (productividad, desarrollo personal y medio ambiente laboral).
- 6.- Mejoramiento de procesos administrativos (planeación programas por necesidades).
- 7.- Impacto en la sociedad (promoción de la cultura de calidad en la comunidad).
- 8.- Valor creado para la sociedad (resultados pasados y presentes y sus mejoras).

Este proceso debe ser autoevaluativo y de alguna manera capacitar al comité de calidad hospitalario, así como a un grupo de responsables del proyecto de evaluación para la capacitación y educación del personal para echar andar el proceso (cuadro 5)



Cuadro 4. Calidad centrada en el usuario

Volviendo a la discusión sobre la dificultad del usuario de evaluar objetivamente la calidad de la atención médica, ya que las expectativas de los pacientes son muy variadas, aunque la principal y final fuese la recuperación de su salud, todos tienen la expectativa de tener las

mejores condiciones de procesos administrativos, procesos médicos, tecnológicos, de tratamiento y terapéutica, así como de calidez y capacidad del personal, y las mejores condiciones de su estancia hospitalaria, lo que hace de esta evaluación subjetiva.

De cualquier forma los resultados que queremos evaluar en cuanto a la calidad se refiere son difíciles de observar y constan de muchos elementos que reaccionan de diversas maneras, las decisiones que será su consecuencia son importantes y caras, necesitando pruebas para convencer a los tomadores de decisiones y a los trabajadores de salud de los cambios necesarios.

Sin embargo el planteamiento de esta tesis refiere que tanto el proceso como los resultados son factores que deben tomarse en cuenta para la medición de la calidad de la atención, ya que ponderar a uno de ellos no permite hacer un análisis para detectar fallas en otros elementos participantes del proceso y mucho menos permite su modificación.

En este trabajo se vienen aspectos importantes que dan cuenta además de otras situaciones del proceso en la evaluación de la calidad de la atención que intervienen en el Modelo de auditoría médica organizacional basada en sistemas en el cual un subsistema a evaluar es la calidad de la atención y de los otros tres subsistemas que evaluarán la calidad de todo el proceso de atención médica

- 1.- La atención técnica
- 2.- El manejo de la calidad de la atención
- 3.- El ambiente físico en el que se desarrolla el proceso de atención a la salud.

#### 4.4.- CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES.

El término "Certificación" se refiere a el procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente aceptados. Los estándares pueden ser mínimos o más elaborados o exigentes, definiendo diferentes niveles de satisfacción. (O.P.S/O.M.S Washington, D.C. mayo 1991)

Podría decirse que un establecimiento asistencial es "acreditado" cuando el ordenamiento y organización de sus recursos y actividades conforman un proceso cuyo resultado final tiende a obtener una atención médica asistencial de adecuada calidad.

La justificación que se da a la acreditación desde el punto de vista internacional se basa en las observaciones, experiencias y beneficios logrados por medio de los programas de certificación.

Una de las observaciones más importantes, es el impacto de los programas de garantía de calidad que es absolutamente insignificante en un país en donde no existen programas de acreditación. Es decir, aquellos hospitales que ya tienen interés en la calidad de los servicios prestados, desarrollarán cierta actividad en el campo de la garantía de la calidad. Sin embargo aquellos hospitales que más lo necesitan no pueden participar en el sistema. De esta forma se observa que es esencial que un programa nacional de acreditación incluya a todos los hospitales del país, y como parte del proceso, exigir que se implante un mecanismo de garantía de calidad.

En algunos países la ventaja más importante de los programas de acreditación de hospitales se realiza una dimensión nueva en el hospital que resulta en autoevaluación (cuadro 6) y en una rigurosa revisión interna. Esto a su vez determina un progreso extraordinario en cuanto a la comunicación entre los departamentos de los hospitales que luchan por mejorar el trabajo en equipo del personal del hospital con respecto a los pacientes.

Además, estos programas suscitan dudas que los hospitales no están dispuestos a enfrentar... por ejemplo las que guardan relación con la disciplina de los profesionales médicos. Muchas veces nos encontramos ante hospitales que durante muchos años toleran a

profesionales médicos dedicados a prácticas peligrosas porque temen la confrontación. Sin embargo los programas de acreditación obligan a los hospitales a tomar una determinación. Es por esto que los programas de acreditación de hospitales, exigen que dentro de cada hospital haya un comité en ejercicio de actividades del grupo profesional. Esto implica que los profesionales médicos que han usado el hospital solo como un taller deben empezar a demostrar responsabilidad organizativa hacia el hospital, produciéndose un interés renovado por parte del gremio profesional hacia el hospital y la calidad de la atención que brinda.

Un hallazgo común que refiere en cuanto a los programas de acreditación de hospitales ha sido que éstos mejoran la moral y la camaradería en el personal. Trabajar en un hospital acreditado y participar en las actividades relacionadas con las encuestas de acreditación crea una enorme motivación para el personal. El personal siente que está trabajando para lograr un objetivo moral alto, es decir, proveer atención médica de alta calidad al paciente.

Estos programas también elevan el nivel de los debates sobre salud dentro del país y sobre las políticas de los sistemas dentro de los hospitales. Es decir, ocurre una acumulación de información, indicando los éxitos y los fracasos dentro del sistema hospitalario del país. Esta acumulación de información también puede ser de gran utilidad en el campo de la investigación de los servicios de salud. Los programas contribuyen también a la difusión del conocimiento con respecto a ideas positivas sobre la práctica clínica y su gestión.

En un mundo donde tanto la prensa como algunos miembros de la opinión pública, quisieran denigrar el trabajo de los hospitales y de los servicios profesionales, los programas de acreditación muestran a la comunidad y al gobierno la preocupación por la calidad de las instituciones y por el trabajo profesional.

La ejecución de un programa de acreditación debe ser percibida y también como un proceso psicológico. Inicialmente habrá un poco de temor por parte de los trabajadores de la salud. Es importante que el proceso tenga un tono didáctico y no de inspección. No obstante, puede sacarse provecho de los programas como un proceso psicológico. Es decir, cuando a un hospital se le otorga la acreditación, la presentación de los certificados debe tener carácter público y debe constituir un homenaje. Es decir, debería haber un sentido personal de logro en la obtención de la acreditación para el hospital.

Este enfoque puede ampliarse para que el hospital use el esfuerzo de la acreditación como una actividad de relaciones públicas. Es decir, no hay ningún problema que los hospitales, que han trabajado duro para la acreditación, busquen apoyo de la comunidad para esta tarea. De la misma forma el uso de la prensa podría motivar a otros hospitales a emprender el mismo camino. Si el proceso de acreditación de hospitales querrán recibir cobertura mediante los medios de comunicación, obviamente otros hospitales querrán participar en un programa similar.

La situación económica del sector de atención médica en los países de América latina y el Caribe es seria; sin embargo, estos programas pueden ser llevados a cabo con una infraestructura nacional muy pequeña. El costo puede minimizarse haciendo encuestas cada tres años, utilizando pocas personas para el proceso. Lo que se requiere es liderazgo para iniciar estos programas. Si se observa el proceso de acreditación en los estados Unidos, Canadá y Australia se descubrirá que solo una o dos personas lograron transformar un debate filosófico en una realidad. (Pickering Errol O.P.S./O.M.S. 1996)

En la actualidad se trabaja en el establecimiento de programas nacionales de evaluación de normas para hospitales de América Latina y del Caribe (O.P.S.1998)

En el presente, la acreditación de hospitales es una realidad bien asentada en Canadá y Australia. Desde su inicio en 1973, ambos programas se asemejan en estructura y métodos se amplían continuamente con respecto a las áreas del hospital y en cuanto al número de exigencias que se formulan mediante las normas de cada servicio, aún en la atención médica a largo plazo, a la rehabilitación y al campo de la salud mental. Cabe mencionar que ambos sistemas de salud son parecidos, ambos tienen un programa de seguro de salud administrado por el gobierno, que sin embargo permite una flexibilidad considerable dentro de los países.

En Gran Bretaña el programa se denomina "auditoría de organización" y está en su etapa inicial y aún no ha sido estructurado a nivel nacional, puesto que no ha logrado el apoyo total de la profesión médica organizada del país. En los Países Bajos, el interés provino del sector

privado estableciendo el gobierno un programa nacional que trata específicamente de garantía de calidad, lo mismo que en Cataluña.

En Asia, específicamente en Corea del sur, existe un programa de acreditación de hospitales totalmente establecido, aunque solamente en los hospitales principales, igualmente en la India, se han publicado normas para los hospitales modelo para su consideración por los profesionales de salud de todo el país, además de una encuesta distribuida por correo a todos los hospitales. Esto es una buena alternativa para un país extenso, diverso y pobre como lo es la India.

Hasta la fecha Japón no tiene establecido un programa nacional de evaluación. Sin embargo este país ha estado experimentando con el concepto de "círculos de calidad", ya que en muchos países asiáticos por la influencia cultural del país, se considera gravísima la crítica por parte de profesionales occidentales, por lo que un proceso más discreto como los "círculos de calidad" por áreas es más aceptable.

El programa de acreditación más avanzado es sin lugar a dudas el de los Estados Unidos de América, que ha respondido a todos los desafíos que se le han planteado, que han provenido de los gobiernos y de la estructura interna de la Comisión mixta de acreditación de este país.

Existe por fin un consenso mundial en cuanto a que si la atención médica es tan costosa, debe ser de la más alta calidad.

Bases para el establecimiento de normas para la certificación:

Podría ser de gran utilidad:

- 1.- Revisar los enfoques exitosos para la fijación de normas internacionales
- 2.- Iniciar con normas simples y que abarquen todas las áreas del hospital
- 3.- Que ninguna profesión en particular fije las normas
- 4.- Que se concentren en áreas con problemas específicos identificados
- 5.- Hacer consultas a gran escala
- 6.- Que participen en el desarrollo y aceptación de las normas todas las organizaciones de profesionales de la salud para obtener un consenso nacional sobre las normas requeridas para la acreditación en un país.

Mecanismos de la acreditación de hospitales:

A través del estudio de otras estructuras de los organismos de acreditación alrededor del mundo puede aprenderse mecanismos para la acreditación. Por ejemplo, en la Comisión mixta de acreditación de E.U.A. el gobierno no tiene representación, lo mismo que en Canadá, sin embargo Australia si lo tiene y éste no ha intervenido en antagonizar algún programa para controlar las políticas del consejo de normas de los hospitales ni siquiera en forma de inspección.

Las comisiones mixtas están formadas por la representación de todos los grupos de profesionales de la salud, y aunque en ocasiones ha existido cierta resistencia, también debe incluir un representante de los consumidores, para asegurar la credibilidad de cualquier programa de acreditación.

Otra observación que se ha dado es que los consejos nombran a los personajes más destacados e influyentes dentro de los grupos de profesionales que los forman, por lo que al parecer los consejos se transforman en la "Corte suprema" de los servicios de salud de un país y esto precisamente no es el objetivo de los Consejos de acreditación.

Otro debate internacional de relevancia en cuanto a la acreditación de hospitales, es de que si esta debe ser voluntaria o impuesta por algún organismo o por el gobierno. Los tres principales programas en el mundo son voluntarios o por lo menos superficialmente. De hecho en los E.U. para obtener fondos para los hospitales en los programas de seguridad social "Medicare" y "Medicaid" es necesario que los hospitales estén acreditados. Por ende, puede deducirse que el programa de acreditación ofrece grandes incentivos de participación. En Australia, también los hospitales acreditados reciben un pequeño ingreso adicional de los organismos de seguros médicos privados.

Las experiencias en varios programas en el mundo muestran que deben ser procesos inicialmente voluntarios, sin la participación del gobierno, ya que la autoridad gubernamental transformaría estos programas en "inspecciones" y no serían de apoyo ni didácticas, para mejorar la calidad de la atención médica.

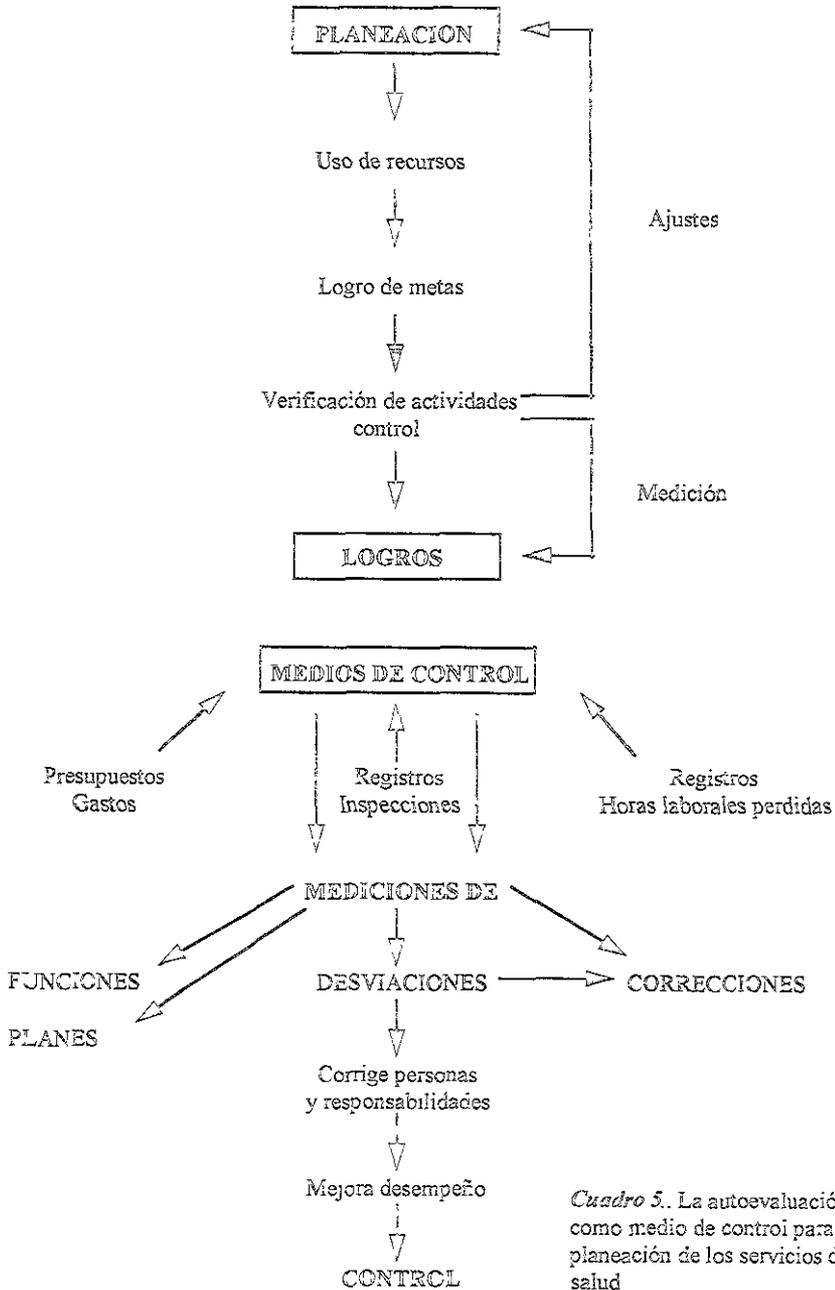
En los E.U. los encuestadores son personal de salud jubilado, que tiene suficiente experiencia y tiempo para ser entrenados para su función en el programa de acreditación. Sin embargo en los modelos canadiense y australiano, se capacitan a trabajadores en activo quienes se especializan en el proceso de certificación quienes anotan la información y la hacen revisar por el comité de evaluación con el fin de otorgar la evaluación. En algunos casos litigiosos este proceso puede durar mucho tiempo.

### Programas de autoevaluación

La metodología planteada en la tesis acerca de la creación de un modelo de auditoría organizacional hospitalaria plantea la posibilidad de hacerla de manera autoevaluativa, de manera que de pauta a una estructuración de medios de control de cada uno de los registros y observaciones, conocer las desviaciones tanto como los logros de manera que se apliquen métodos correctivos controlados y medibles que mejore la utilización de recursos y planear los ajustes necesarios para el logro de metas establecidas a partir del diagnóstico situacional. (cuadro 6)

Algunos métodos de monitoreo son ya conocidos, tales como: las reuniones anatómo-patológicas postmortem, discusiones de casos clínicos o las revisiones de registros médicos. No obstante, existen otros tipos de autoevaluación los cuales tienen en común el hecho de definirse con criterios explícitos y aceptables de desempeño, que son comparados con la atención ofrecida. Por otro lado, se pueden aplicar técnicas diferentes antes de la propia admisión del paciente en el hospital en el cual se analiza la validez de la internación, el tipo de asistencia médica o de enfermería, evaluando las indicaciones a corto o largo plazo y del seguimiento. La red de referencia y contra-referencia entre los servicios, evalúa las secuelas clínicas y la satisfacción individual y de los familiares por la atención recibida hasta su egreso.

Las herramientas de trabajo son epidemiológicas, sociológicas, administrativas y clínicas, adoptadas para coordinar las actividades, tales como: control de infecciones hospitalarias, transfusión sanguínea, de accesibilidad, utilización de medicamentos, anatomía patológica, registros médicos etc. (Epidemiología hospitalaria).



Cuadro 5. La autoevaluación como medio de control para la planeación de los servicios de salud

### Consideraciones metodológicas.

La elaboración de requisitos de calidad de atención médica constituye un instrumento normativo destinado a evaluar servicios o instituciones con objetivos previamente definidos. La objetividad del instrumento utilizado depende más de la claridad de los objetivos establecidos que de la imparcialidad con que se seleccionen los indicadores que deben verificar los evaluadores.

La disparidad de los niveles de calidad existentes depende desde las estructuras arquitectónicas de los establecimientos de salud a evaluar, (edificios antiguos o modernos, habilitados o creados específicamente para hospitales) tanto como de los recursos económicos y políticos que se establezcan en ellos. La capacidad privada, de la pública etc. Todas son variables para facilitar una gran variedad de normas y legislación de la habilitación de estos programas, de manera que para establecer estándares de calidad, no se puede partir de una base de normas comunes, que garanticen niveles mínimos de acreditación.

Para elaborar los estándares de acreditación, se partió de los siguientes criterios: (Dr. Hugo Arce. Manual de Acreditación de Hospitales O.P.S./O.M.S.1996) (Documento actualizado, no terminado)

- 1.- El análisis de la relación costo-beneficio, con los procedimientos de evaluación de la calidad.
- 2.- La detección de indicadores de calidad, verificando los datos más representativos de la realidad existente y cuyo análisis permita conclusiones eficaces y sencillas.
- 3.- La simplificación del proceso utilizando indicadores cualitativos, cuya verificación no requiera más que de observación de datos que permitan suponer condiciones de calidad.
- 4.- Los indicadores deben ser fácilmente verificables, en una sola observación, evitando gran documentación.
- 5.- Evaluar en cada uno de los servicios estructura - proceso - resultados, buscando indicadores dinámicos, que reflejen la calidad de las prestaciones, las condiciones previas al acto médico, así como calidad del proceso de atención.
- 6.- Cada estándar debe prever distintos grados de satisfacción, con el fin de abarcar todos los aspectos de la oferta de los servicios existentes y los distintos niveles de calidad logrados en la satisfacción del requisito.
- 7.- Los rangos de amplitud de los estándares debe abarcar desde un mínimo, un aceptable y un óptimo, que debe estar presente en algún establecimiento de la región. El óptimo no debe ser el ideal, sino lo mejor que la realidad existente permite.
- 8.- Los diferentes grados de satisfacción deben ser correlativos entre sí. Los niveles de satisfacción superiores implican haber satisfecho los niveles inferiores.

### INTERDEPENDENCIA DE LOS ESTANDARES:

Se centran bajo esta denominación, un conjunto de exigencias que surgen de la necesidad de los hospitales de funcionar como un conglomerado armónico de servicios y a su vez, como parte de una red de establecimientos integrados.

Para definir estas necesidades interdependientes conviene tener en cuenta tres conceptos organizativos:

- El desarrollo armónico de los distintos componentes de un hospital, favorece la eficiencia organizativa y evita crecimientos desmesurados de algunos servicios no sustentados en una adecuada infraestructura técnica.
- El concepto que debe definir la categorización de los establecimientos es el de riesgo de la atención médica, antes que el de la complejidad tecnológica, procurando que la institución se encuentre armónicamente preparada para absorber un determinado nivel de riesgo y derive los casos que lo superen.
- El enfoque de la oferta local de servicios como un sistema, es un recurso de la institución hospitalaria aunque se encuentre fuera de su planta física y que debe ser incluido en la evaluación

## EL CONTEXTO HOSPITALARIO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

### Conceptualización:

Se considera hospital a todo establecimiento dedicado a la atención médica, en forma ambulatoria o por internación, sea de dependencia estatal o privada, con fines de lucro o sin el, declarados en sus objetivos institucionales; abierto a la comunidad de su área de influencia o circunscrita su admisión a un sector de ella.

### Denominación:

Hospital, Instituto, Centro Médico, Policlínica, Clínica, Sanatorio o cualquier otro equivalente.

### Establecimiento:

Polivalente, de agudos, y o con internación.

### Funciones:

Atención médica continuada, integrada, a una red hospitalaria, con un área de población, y efector de los programas de salud.

### Derechos de los pacientes:

Acceso al tratamiento, respeto y dignidad, privacidad y confidencialidad, seguridad personal, identidad, información, comunicación, consentimiento, consultas, denegación del tratamiento.

### Responsabilidades de los pacientes:

Suministro de información. Cumplimiento con las instrucciones. Denegación de tratamiento. Observación los reglamentos y estatutos del hospital. Respeto y consideración.

## REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN:

Los criterios para lograr la certificación, a partir de los indicadores evaluados de los datos relevantes, para una decisión de acuerdo con los responsables del programa de cada país de acuerdo a:

- las políticas en que se encuadre el procedimiento de evaluación.
- las realidades locales de los servicios de salud.
- los niveles de desarrollo de los establecimientos existentes.

(Ver los niveles más adelante)

Para ser acreditado el establecimiento debe cumplir por lo menos con el nivel 1 de satisfacción de calidad de todos los estándares;

- b).- Cuando los requisitos de calidad de uno a tres estándares no se cumplan totalmente, por deficiencias que puedan subsanarse dentro de un año, podrá otorgarse la acreditación provisoria por ese plazo
- c).- Los estándares tienen igual jerarquía, no existen requisitos eximibles; los requisitos preliminares definirán las limitaciones para acceder al programa de acreditación;
- d).- Los distintos niveles de satisfacción de los estándares, tienen por finalidad promover el desarrollo armónico del establecimiento, tendiendo a la coherencia del nivel de calidad de los servicios entre sí. Los niveles son para manejo interno y exclusivo del evaluador y de las autoridades del establecimiento, no toman estado público. El resultado público es por sí o no acreditado.
- e).- El asesoramiento de los evaluadores a las autoridades del establecimiento, deberá estar orientado hacia la manera de canalizar las inversiones para lograr una mayor coherencia "horizontal" en el nivel de satisfacción de los distintos servicios. Debe tenerse en cuenta que los niveles se refieren a satisfacción de requisitos de calidad y no a categorías o grados de complejidad asistencial
- f).- La acreditación plena se otorgará por tres años, luego deberá ser renovada. La acreditación provisoria lo será por un año; después de este plazo se otorgará la acreditación plena por dos años más o se denegará, si las deficiencias apuntadas en la evaluación no han sido

satisfecinas. Los establecimientos no acreditados, deberán esperar por lo menos un año para solicitar una nueva evaluación.

- g).- Las sucesivas acreditaciones conllevarán un aumento progresivo en los niveles de exigencia, con la finalidad de orientar los objetivos hacia los cuales deben dirigir sus esfuerzos de mejoramiento en el futuro.
- h) - En los establecimientos de zonas de aislamiento geográfico, reducidos y de patologías de bajo riesgo de atención médica, la interpretación de la acreditación tendrá mayor flexibilidad y admitirá la insatisfacción de hasta cinco estándares para la acreditación consolidada y hasta diez para la acreditación provisoria.

#### **4.4.1 NIVELES DE CERTIFICACIÓN HOSPITALARIA ESTÁNDARES MÍNIMOS OBLIGATORIOS**

##### **I.- Organización de la atención médica:**

**Nivel 1:** Posee una dirección médica que conduce la atención y asume su responsabilidad, así como su supervisión. La continuidad está basada en los médicos de guardia. Cuenta con profesionales específicamente encargados del seguimiento de los internados, con recorrida diaria de sala.

**Nivel 2:** Cada paciente se halla a cargo de un profesional del establecimiento, por el que se canalizan todas las indicaciones de los especialistas.

**Nivel 3:** El cuerpo médico discute los casos en reunión clínica, con una periodicidad no menor de una vez por semana.

##### **II.- DERIVACIONES O REFERENCIA:**

**Nivel 1.-** Se dispone de normas acerca de los establecimientos de mayor complejidad a los que se pueden derivar los casos que exceden su capacidad resolutoria. Tiene mecanismos de derivación hacia establecimientos de menor complejidad, de los casos que han superado la etapa crítica, a efectos de no saturar su disponibilidad de camas.

**Nivel 2.-** Tiene previsto un medio de transportar propio o contratado que idealmente contará con los siguientes elementos: -asistencia médica -equipamiento para medicina crítica - incubadora de transporte.

**Nivel 3.-** Existen normas escritas de diagnóstico y tratamiento para la atención inicial y forma más adecuada del traslado, de los principales síndromes agudos graves, así como la discriminación de establecimientos de referencia según la patología que se debe derivar. Los síndromes mínimos son:

- insuficiencia respiratoria aguda grave: Síndrome laríngeo, neumotórax
- Insuficiencia circulatoria aguda grave: edema agudo de pulmón, embolia pulmonar, arritmia aguda grave, shock;
- Insuficiencia suprarrenal aguda;
- Síndrome psiquiátrico agudo grave: delirium tremens, esquizofrenia aguda;
- Pancreatitis aguda, hemorragia digestiva, abdomen agudo;
- Neurológicos agudos: accidentes cerebro vasculares, crisis epilépticas graves.

**Nivel 4.-** Existe un mecanismo de seguimiento de las derivaciones y se evalúa la calidad de la atención que se brinda en las mismas.

##### **III.- CONSULTORIOS EXTERNOS:**

**Nivel 1** En las especialidades básicas hay turnos disponibles en el día; en el resto del tiempo de espera no es mayor de siete días. (Medicina Interna, Cirugía General, Toco-Ginecología y Pediatría). -

Nivel 2.- Tiene especialistas que cuentan con los medios necesarios para realizar prácticas especializadas y factibilidad de cirugía ambulatoria.

Nivel 3.- El sector cuenta con secretarías y enfermeras exclusivas. A la atención de consultorios externos durante todos los turnos.

Nivel 4.- Los turnos están programados en base a pautas fijadas por los profesionales. Se pueden reservar turnos telefónicamente.

#### **IV.-URGENCIAS:**

Nivel 1.- Cuenta con un médico en guardia activa las 24 hrs. Funcionando con un local y enfermería de uso exclusivo y apoyo de Radiología, Laboratorio y Hemoterapia.

Nivel 2 - Cuenta con las siguientes especialidades a distancia o en guardia pasiva: Medicina Interna, Cirugía General, Toco Ginecología y Pediatría. Cuenta con una unidad de reanimación completa, atendida por personal de la guardia de urgencias.

Nivel 3.- Por lo menos tres de las especialidades básicas están organizadas en guardia activa las 24 hrs.

Nivel 4.- Tiene por lo menos otras dos especialidades en guardia pasiva las 24 hrs. Con acceso al equipamiento del servicio correspondiente.

#### **V.- LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS:**

Nivel 1.- Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los análisis listados en el anexo A y cuenta con técnico y/o bioquímico en guardia pasiva las 24 hrs.

Nivel 2.- Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, antibiogramas por discos e identificación bioquímica de gérmenes. El responsable del servicio efectúa el control de la calidad resolutive de las determinaciones, a través de la supervisión de los procedimientos empleados y de la instrucción permanente del personal a cargo.

Nivel 3.- Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, gases en sangre, y antibiogramas cuantitativos. Cuenta con técnicos y/o bioquímicos en guardia activa las 24hrs. El control de calidad resolutive de las determinaciones esta a cargo del responsable del servicio por muestras testigo periódicas.

Nivel 4.- Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los análisis listados en el anexo B. Está adherido a un programa externo de control de calidad.

#### **VI.- DIAGNOSTICO POR IMAGENES:**

Nivel 1.- Está habilitado de acuerdo a los requisitos del Servicio de radiofísica sanitaria de la jurisdicción correspondiente. Cuenta con equipo fijo de 100 mA, con dispositivo Potter Bucky sin seriógrafo. (Certificado de habilitación del equipo.)

Nivel 2.- Puede efectuar estudios radiológicos contrastados por radioscopia. Los estudios son interpretados por médicos especializados que intercambian opiniones con los médicos tratantes.

Nivel 3.- Funciona a pleno las 24 hrs., con guardia activa de técnico o médico radiólogo. Cuenta con personal y equipamiento auxiliar necesario para realizar procedimientos invasivos bajo control radioscópico o ecográfico.

Nivel 4.- Dispone de otros medios de diagnóstico de alta complejidad, como TAC, cámara gamma, RMN. Los especialistas del servicio intervienen en la indicación en la indicación del medio de diagnóstico más adecuado para cada caso.

**VII.- HEMOTERAPIA:**

Nivel 1 - Cuenta con un servicio disponible cercano, del que se obtiene sangre certificada en un plazo no mayor de una hora, que cumple con las normas de control de enfermedades transmisibles. Existe una relación formal entre el servicio y el establecimiento. Cuenta con expansores de volumen.

Nivel 2.- Tiene un local exclusivo destinado a este fin, que cumple con las normas para servicio de hemoterapia (pruebas serológicas). El servicio está a cargo de un médico especialista en hemoterapia.

Nivel 3.- Cuenta con personal técnico o médico hemoterapeuta en guardia activa las 24 horas.

Nivel 4.- Cuenta con banco de sangre que reúne las siguientes características: - dirigido por un profesional especializado, - cuenta con registro de donadores y beneficiarios, - tiene normatizados sus procedimientos para procesar y almacenar sangre, - es centro de referencia de otros establecimientos, - realiza evaluaciones periódicas a reacciones adversas.

**VIII.- ATENCION DEL NACIMIENTO:**

Nivel 1.- Cuenta con partera o médico obstetra y médico pediatra de guardia pasiva. Los nacimientos se asisten en una sala de partos diferenciada, dentro del área quirúrgica.

Nivel 2.- Cuenta con médicos obstetras en guardia activa y pediatras en guardia pasiva y hay un local exclusivo para recepción y reanimación del neonato con los elementos necesarios para atender un embarazo de alto riesgo con monitoreo pre y perinatal. Garantiza una atención mínima adecuada del neonato y su madre hasta su traslado a un centro de mayor complejidad.

Nivel 3.- Cuenta con un médico pediatra en guardia activa. Posee un sector destinado a la atención del recién nacido patológico. Claramente diferenciado del sector de recién nacidos normales, que puede resolver los principales síndromes respiratorios del recién nacido, incluyendo asistencia respiratoria mecánica.

**IX.- AREA QUIRURGICA.**

Nivel 1.- Está en un área de circulación restringida, diferenciada exclusivamente destinada a este fin. Cuenta con un mínimo de apoyo para lavado, enfermera y vestimenta final del equipo quirúrgico de las piezas operatorias y se dispone de los materiales necesarios. Todas las operaciones tienen hecho protocolo quirúrgico y anestésico. Existe un procedimiento normatizando de aseo del quirófano entre operaciones.

Nivel 2.- Cuenta con dos quirófanos y hay en todo momento, por los menos una persona destinada exclusivamente al área quirúrgica.

Nivel 3.- El área quirúrgica está coordinada por un profesional. Cuenta con un local destinado a la recuperación anestésica. El vestuario del personal tiene un acceso diferenciado. Cuenta con diagnóstico radiológico intraoperatorio. Los monitoreos intraoperatorios en pacientes con riesgo aumentado, son realizados por médicos especializados.

Nivel 4.- Los quirófanos están diferenciados y equipados por especialidades. Hay un quirófano exclusivo para el servicio de Urgencias.

**X.- ANESTESIOLOGIA:**

Nivel 1.- Los anestesiólogos acuden a demanda de los cirujanos. Confeccionan protocolo anestésico.

Nivel 2.- Cuenta con un listado de anestesiólogos organizados en guardias pasivas o activas, cada día de la semana.

Nivel 3.- Cuenta con un servicio de anestesiología a cargo de un responsable que coordina las guardias y anestesiistas que cumplen guardias pasivas. Realizan visitas preanestésicas.

Nivel 4.- Las guardias son cubiertas en forma activa por anestesiistas y médicos residentes de la especialidad ( que actúan como auxiliares) o técnicos auxiliares

#### **XI.- CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS**

Nivel 1.- Cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de las infecciones.

Nivel 2.- Se llevan registros de incidencia de infecciones hospitalanas o se efectúan estudios de prevalencia por lo menos una vez al año.

Nivel 3 - Cuenta con una persona por lo menos, enfermera u otro profesional encargada del control de infecciones, que utilice métodos activos de vigilancia epidemiológica.

Nivel 4.- Cuenta con comité de infecciones y con un programa de prevención y control que se revisa anualmente.

#### **XII.- DIETOLOGIA:**

Nivel 1.- Cuenta con un listado de regimenes por patología, confeccionado por una nutricionista. No menos del 50% de una muestra de pacientes califica la comida como satisfactoria.

Nivel 2.- Dispone de una nutricionista al menos para la organización del servicio, la visita diaria a los pacientes y la prescripción de regimenes personalizados. Cuenta con un área para la preparación de fórmulas lácteas con normas específicas.

Nivel 3.- Existe un servicio médico de nutrición que interviene en la supervisión de la alimentación de los pacientes nutricionalmente comprometidos. Tiene capacidad para efectuar alimentación parenteral y enteral con nutribomba.

#### **XIII.- LAVANDERIA:**

Nivel 1.- El proceso de lavado y cambio de ropa está normatizado.

Nivel 2.- Existe un circuito especial para el tratamiento de la ropa contaminada y la provisión es suficiente para cirugía.

Nivel 3.- Una muestra de pacientes, con vías abiertas o secreciones, manifiesta que el cambio de ropa es satisfactorio. El retiro de ropa sucia es diario durante todo el año y la entrega de ropa limpia se efectúa diariamente.

#### **XIV.- LIMPIEZA.**

Nivel 1 - Todos los pisos son limpiados al menos una vez al día, con jabón, detergente o lavandina. Existe prohibición de barrido en seco, excepto casos especiales como consultorio o circulación público.

Nivel 2.- Cuenta con un responsable de la limpieza y los procedimientos están normatizados, incluyendo instrucciones sobre el uso de desinfectantes. Existen normas para el tratamiento específico de elementos o excretas potencialmente contaminantes ( Hepatitis B, SIDA, Salmonellosis).

Nivel 3.- El comité de infecciones y/o una enfermera epidemióloga, participan activamente en la elaboración y supervisión de las normas de limpieza.

**XV.- ESTERILIZACION:**

Nivel 1.- Posee un local donde se realiza la preparación y esterilización de todos los materiales de la institución. Cuenta por lo menos con autoclave y estufa u horno. Existen normas escritas de procedimientos. Se efectúan controles biológicos según normas locales.

Nivel 2.- El área del servicio cuenta con tres sectores: recepción de lavado, preparación y acondicionamiento de materiales, esterilización y almacenamiento.

Nivel 3 - El personal cuenta con capacitación específica.

Nivel 4.- Cuenta con ventilación mecánica equipada con filtros de alta eficiencia. El lavado y desinfección de equipos se realiza mediante equipos automáticos.

**XVI.- DESPENSA DE MEDICAMENTO:**

Nivel 1.- Cuenta con un depósito de medicamentos con local propio y una heladera para la conservación de drogas. Está administrado por el director del establecimiento, provee medicamentos a los pacientes internados en horario restringido y lleva control del stock.

Nivel 2.- Existen y se actualizan normas de profilaxis antibiótica pre-quirúrgica y vademecum para uso del establecimiento.

Nivel 3.- Cuenta con personal de guardia las 24 horas, integrado por farmacéuticos técnicos, para la atención de pacientes internados y ambulatorios.

Nivel 4.- Cuenta con un comité de fármaco-vigilancia.

**XII.- ENFERMERÍA.**

Nivel 1.- La responsable del servicio tiene título de enfermera. Se registran los parámetros vitales de los pacientes internados con una periodicidad no mayor de ocho horas y los datos son registrados en la historia clínica. La distribución del personal se ajusta a las normas locales.

Nivel 2.- La responsable del servicio y la mayoría de las supervisoras, tiene título de enfermera. Todo el personal ingresado hace menos de un año ha recibido instrucción específica en el establecimiento.

Nivel 3.- La proporción de empíricas es menor que la del personal capacitado. Se registran en la historia clínica las observaciones sobre la evolución de los pacientes. Existen normas escritas en todas las oficinas.

Nivel 4.- Existe un departamento de enfermería que se encarga de la selección, entrenamiento, dimensionamiento y conducción de la totalidad del personal de enfermería.

**XVII.- HISTORIAS CLÍNICAS Y ARCHIVO:**

Nivel 1.- Posee Historias clínicas (HC) de la totalidad de las personas asistidas en el establecimiento, tanto ambulatorias como internadas. La HC es legible, está firmada por el médico tratante y tiene cierre (epicrisis, resumen o diagnóstico de egreso). Existe normas concisas y difundidas sobre la confección de la HC. Más del 80 % de una muestra de HC de pacientes internados, se halla actualizada al día anterior al de la evaluación. Posee un local exclusivo para este fin, está organizado por doble entrada, por número de orden y por orden alfabético.

Nivel 2.- Existe supervisión de H.C. (Comité de auditoría médica)

Nivel 3.- Existe una única H.C. tanto para la atención ambulatoria como en internación. Existe un comité de H.C. El movimiento de las H.C. está registrado y se hace un seguimiento de ruta

Nivel 4.- Existe personal exclusivo para este fin y hay acceso al archivo las 24 horas.

#### **XIX.- ESTADÍSTICAS:**

NIVEL 1 -Lleva registro estadístico de por lo menos los siguientes indicadores: consultas,- egresos clínicos y quirúrgicos,- nacimientos (partos y cesáreas), -promedio de estadía,- intervenciones quirúrgicas,- fallecimientos.

Nivel 2.- Existe personal específicamente dedicado a esta tarea, aunque no sea exclusivo.

Nivel 3.- Las internaciones se hallan clasificadas por patologías en algunas de las siguientes modalidades: clasificación de la OMS de de 2 o 3 dígitos, principales síndromes en las internaciones clínicas y por aparatos en las quirúrgicas,- por diagnóstico clínico preciso y por código de la operación.

Nivel 4.- Existe un departamento de estadística con personal técnico afín que emite una publicación mensual de la información y realiza reuniones periódicas para su discusión.

#### **XX.- GOBIERNO HOSPITALARIO:**

Nivel 1.- Institución conducida por un director que permanece un tiempo mínimo de 6 hrs los días hábiles y conduce la programación de las actividades.

Nivel 2.- Institución que cuenta con un director, un jefe médico y un jefe administrativo. El director tiene la formación gerencial para administrar servicios de salud. Existen manuales de normas y procedimientos. Se elabora un presupuesto anual y se realiza un seguimiento presupuestario. Se elabora un balance anual.

Nivel 3.- La institución cuenta además con: un Consejo técnico médico, un Consejo técnico administrativo, se elaboran estados financieros anuales auditados por una empresa de reconocido prestigio u organismos públicos autorizados.

Nivel 4.- La institución cuenta con Consejo directivo que se constituye en el órgano superior o máxima instancia hospitalaria, encargado de formular y establecer políticas generales, definir y aprobar la planificación operativa, administrativa y financiera, fiscalizar su cumplimiento y controlar los programas de servicios y otras atribuciones a definir de acuerdo a la naturaleza de la institución (pública, privada, gubernamental, no gubernamental, académica etc.) Existe una secretaria general, un servicio de auditoría interna dependiente de directorios. Se elaboran estados financieros anuales y se publica una memoria anual con dictamen de auditoría.

#### **XXI.- ADMINISTRACION.**

Nivel 1.- Existe un responsable del área de administración. Hay registro de certificaciones del personal profesional. Cuenta con un manual de procedimientos administrativos y legajo de todos los agentes que incluye la certificación de capacitación. Cuenta por lo menos con una persona que tiene a su cargo: -la adquisición, distribución y control de los insumos y recursos materiales durables, - los registros, liquidación de haberes y control de los recursos humanos,- la administración de los recursos financieros, la facturación y cobranzas a entidades prestatarias y el control presupuestario general

Nivel 2.- El responsable de área administrativa debe ser profesional. Existe un área de personal y un área contable.

Nivel 3.- Existe una estructura administrativa y financiera con todos los servicios necesarios para una adecuada gestión.

Nivel 4.- Existe un sistema de control de gestión.

**XXII.- SEGURIDAD E HIGIENE LABORAL.**

Nivel 1.- Existe un programa de control sanitario del personal, de acuerdo a la legislación vigente en cada país. Está prevista la atención de accidentes de trabajo. El personal dispone de duchas.

Nivel 2.- Se dispone de un Manual de procedimientos en el que se describen los definidos en las normas de cada país.

Nivel 3.- El personal está clasificado por grupos de riesgo y para cada uno de ellos, están previstos los programas preventivos correspondientes. Está prevista la provisión de ropa para el personal, así como de su descontaminación y lavado y la provisión de elementos de bioseguridad.

**XXIII.- SEGURIDAD GENERAL:**

Nivel 1.- Posee salidas de emergencia accesibles y claramente señalizadas y plan de evacuaciones con entrenamiento del personal. Posee un sistema de prevención y extinción de incendios.

Nivel 2.- Posee un programa para situaciones de desastres de acuerdo al riesgo, aprobado por autoridad competente.

Nivel 3.- Posee personal de vigilancia y mantenimiento las 24 horas.

Nivel 4.- Posee dispositivo de alarma general y está integrado al programa de protección civil.

**XXIV.- GARANTÍA DE CALIDAD:**

Nivel 1.- Desarrolla actividades destinadas a evaluar la calidad de la atención. la calidad de la actuación profesional dentro del establecimiento está garantizada por: actualización periódica del "currículum" y registro de certificados de capacitación especializada. Ingreso por selección de antecedentes.

Nivel 2.- Posee organización y programas destinados al control de la calidad de la atención médica.

Nivel 3.- Cuenta con comités de y garantía de calidad, infecciones, medicamentos y otros. Se efectúan encuestas de satisfacción a usuarios.

Nivel 4.- Posee un servicio de epidemiología hospitalaria, cuenta con profesionales especializados y con programa de investigaciones dirigidas a garantía de calidad.

**XXV.- DOCUMENTACION EDÍLICA:**

Nivel 1.- Posee los planos actualizados conforme a obra, de planta y estructura aprobados.

Nivel 2.- Posee planos de los servicios e instalaciones existentes, aprobados por autoridad competente.

Nivel 3.- Posee plan arquitectónico director: dinámico, de obras en ejecución o a ejecutar.

**XXVI.- ESTRUCTURA FÍSICO-FUNCIONAL.****Accesos**

Nivel 1.- Posee facilidades para el ascenso de pacientes, en condiciones de seguridad y la protección adecuadas y además cuenta con barreras arquitectónicas.

Nivel 2.- Posee accesos diferenciados para vehículos y peatones.

Nivel 3.- Posee acceso vehicular exclusivo para el servicio de urgencias, con señalización adecuada.

Nivel 4.- Cuenta con personal exclusivo para el control de los accesos y orientación al público, las 24 horas.

#### **Circulaciones:**

Nivel 1.- Tiene una caracterización de la circulación de acuerdo a los siguientes criterios: general, técnica, semi-restringida y restringida. Posee señalización de fácil comprensión en los circuitos de circulación ( en todas las áreas).

Nivel 2.- Se mantiene una adecuada independencia circulatoria entre las áreas públicas y técnicas, en los servicios de atención de pacientes.

Nivel 3.- Brindar las facilidades de desplazamiento en todas las áreas para pacientes.

Nivel 4.- Posee independencia circulatoria entre áreas técnicas y públicas en todo el establecimiento

#### **Instalaciones. Sistema eléctrico:**

Nivel 1.- Cumple normas de seguridad para pacientes, personal y público. Posee sistemas alternativos de iluminación para las áreas críticas.

Nivel 2.- Posee sistemas alternativos de generación de energía para las áreas críticas.

Nivel 3.- Posee sistemas de mantenimiento permanente de iluminación y generación de energía para el normal funcionamiento del establecimiento de salud.

#### **- Control de excretas residuos y potabilidad del agua:**

Nivel 1.- Se ajustan a normas municipales, provinciales o nacionales.

Nivel 2.- Tiene servicio de agua potable y sistema de eliminación de excretas. Cuenta con sistema de salida especial para residuos en condiciones de seguridad.

Nivel 3.- Existe mantenimiento preventivo de todas las instalaciones sanitarias. Los residuos sólidos de alto riesgo son identificados y reciben un tratamiento diferenciado.

Nivel 4.- Cuenta con personal técnico especializado propio o servicio contratado para este fin Tiene un área específica para almacenamiento y disposición de los residuos sólidos y éstos se recolectan dos veces por día.

#### **-Confort de internación.**

Nivel 1.- Todos los ambientes cumplen condiciones de confort adecuados a las necesidades de la región. (Iluminación natural diurna, ventilación directa con paños móviles, calefacción optativa no contaminante ni consumidora de oxígeno

Nivel 2.- Todos los baños disponen de agua caliente y fría de acuerdo a las necesidades de la región.

Nivel 3.- Dispone de baño privado en todas las instalaciones de acuerdo a lo establecido por la Oficina de ingeniería sanitaria de la región.

#### **XXVI).-Cuidados Críticos:**

Nivel 1.- Cuenta con una Unidad de terapia intensiva. ( UTI ) dotada con los recursos tecnológicos básicos y atendida por personal propio de enfermería en forma permanente.

Deberá contar con:

- stock de medicamentos y materiales descartables.
- equipos para punción raquídea o torácica
- osciloscopios monitores

- sincronizador-desfibrilador
- marcapasos interno transitorio
- carro para intubación endotraqueal
- electrocardiógrafos
- respirador mecánico volumétrico
- equipos para punción raquídea o torácica
- equipos de cateterización nasogástrica vesical o venosa
- laboratorio de análisis clínicos, hemoterapia y de radiología disponibles las 24 hrs.
- oxígeno, aire comprimido y aspiración central
- fuente alternativa de electricidad
- estación central de enfermería.

Nivel 2.- Cuenta con una U.T.I. completamente dotada, complementada con una Unidad de terapia intermedia. (equipo mínimo uno para cada cuatro camas). Equipo médico y de enfermería exclusivo, altamente capacitados en cuidados intensivos, las 24 hrs.

#### XXVIII.-Neonatología

Se encuentran comprendidos los servicios e instalaciones destinadas a la atención del recién nacido normal (RNN) y patológicos (RNP), así como las Unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) para recién nacidos con síndromes quirúrgicos graves.

Nivel 1.- Cuenta con un local destinado a la atención del RNN o con patología de bajo riesgo. Temperatura ambiente adecuada, agua caliente las 24 hrs laringoscopio, balanza oxígeno, aspiración, incubadora de transporte. Los médicos que valoran al RNN son del servicio de pediatría y están vinculados con el servicios de UTIN.

Nivel 2.- Cuenta con un sector destinado a la atención del RN P. claramente diferenciado del RNN que puede resolver los posibles síndromes clínicos del RN de mediano riesgo, propios o derivados de establecimientos cercanos. Equipo médico y de enfermería capacitados y actualizados, exclusivo las 24 hrs, equipos completos de: reanimación, exsanguíneo-transfusión, drenaje de neumotórax, canalización de arteria umbilical, limfoterapia, respiradores mecánicos neonatales monitor intrascutáneo de oxígeno oxímetro y presión positiva continua.

Nivel 3.- Cuenta con una UTIN, diferenciada y organizada en forma semiautónoma que actúa como servicio de referencia de los establecimientos de la zona y equipo de cirugía pediátrica. El personal de enfermería recibe clases de instrucción y capacitación en forma regular y por lo menos una vez al mes. Equipamiento mínimo para una UTIN.

- stock de medicamentos y materiales desechables que cubran la dosificación de 24 hrs
- osciloscopio-monitor uno cada dos camas.
- sincronizador- desfibrilador: uno cada dos camas.
- marcapasos externo transitorio a demanda con dos cablecatéteres uno cada cuatro camas.
- carro de reanimación con equipo de intubación endotraqueal completo y drogas PCR 1X4
- equipos completos para punción raquídea, torácica y abdominal
- respirador mecánico a presión positiva volumétrica :1 X4 camas.
- equipo para diálisis peritoneal
- aspirador portátil para drenaje: uno cada cuatro camas.
- oxígeno, aire comprimido y aspiración central con picos individuales para cada cama

#### XXIX.-Medicina Nuclear:

Nivel 1.- Cuenta con la infraestructura necesaria para las diversas aplicaciones diagnósticas "in vivo" de los radioisótopos, en forma de trazadores radioactivos y aquellas terapéuticas que deriven de los mismos. Se deben cumplimentar las normas nacionales de protección radioactivas, con certificados exhibidos en lugar visible

Nivel 2 - Cuenta con una unidad de Medicina nuclear. Con médico especialista en Medicina nuclear como responsable, asistido por uno o más técnicos, con equipos de medición en un local exclusivo.

#### Terapia Radiante:

Debe cumplir con las normas respecto a instalaciones Radiofísica sanitaria y energía nuclear. Hay dos tipos de servicios: teleterapia y braquiterapia (tratamientos con radioisótopos infundidos o implantados).

Nivel 1.- Cuenta con equipo de cobalto-terapia, con o sin equipamiento para radioterapia superficial. Debe estar a cargo de un médico especialista y cuenta con protocolos terapéuticos por patología.

Nivel 2.- Cuenta con acelerador lineal de hasta 6 MeV, sin capacidad para la utilización de electrones. Cuenta con simulador localizador. Interviene en grupos colaborativos de tratamiento del cancer.

Nivel 3.- Cuenta con acelerador lineal de más de 6 Me V, que puede irradiar rayos X o electrones, a decisión del terapeuta. Cuenta con dosimetría computada de los tratamientos.

#### XXX.- Rehabilitación:

Nivel 1.- Cuenta con personal especializado que efectúa tratamientos de rehabilitación primaria en internación general y/o terapia intensiva, según lo prescrito por el cuerpo médico de cada servicio. (Kinestólogos respiratorios y neurológico en agudo)

Nivel 2.- Cuenta con un servicio de rehabilitación física que trata pacientes ambulatorios. Dispone de las instalaciones necesarias mínimas. Está a cargo de un profesional universitario especializado en rehabilitación. (fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, consultorio, taller, equipo de ejercicios, fisioterapia y su equipo)

Nivel 3.- Cuenta con un servicio integral de rehabilitación, equipado para desarrollar la mayor parte de los tratamientos de la especialidad, ambulatoriamente y en internación. Está a cargo de un médico especialista con apoyo de otras especialidades, existe un mecanismo de seguimiento de los pacientes tratados (fisioterapia, electroterapia, kinestoterapia, tratamiento de amputados, malformaciones, neuropatías, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicopedagogía)

#### XXXI.- Servicio Social:

Nivel 1.- Cuenta con por lo menos un profesional de servicio social y un ámbito adecuado para el desarrollo de su área.

Nivel 2.- Existen normas y procedimientos escritos, revisados periódicamente.

Nivel 3.- El servicio está integrado con el resto del cuerpo profesional.

Nivel 4.- Desarrolla actividades extramurales, como visitas domiciliarias, contactos comunitarios, relaciones institucionales e identificación de grupos de riesgo.

#### XXXII.- Biblioteca:

Nivel 1.- Existen publicaciones actualizadas acerca de las cuatro clínicas básicas y emergencias en forma de tratados o manuales escritos en el idioma local.

Nivel 2.- Se narra a cargo de personal que lleva control de ingresos y egresos. Las incorporaciones de material no son programadas. Cuenta con suscripción a determinadas revistas científicas. Cuenta con textos de otras especialidades.

Nivel 3.- Cuenta con personal exclusivo. Existe un programa de incorporación de material bibliográfico, a cargo de la dirección médica y propuesta del cuerpo médico. Funciona por lo menos seis horas diarias y dispone de índices internacionales.

Nivel 4.- Existe un comité de profesionales, que elabora el programa bibliográfico anual del cual forma parte el encargado de la biblioteca. Este último tiene formación bibliotecológica especializada. Dispone de acceso a bancos informativos internacionales, de selección de bibliografía. Es deseable que edite una publicación propia

Los estándares mínimos obligatorios por cada servicios hospitalario se especifican en el formato de evaluación elaborado para esta tesis, y son los niveles en los que se efectuará el mecanismo de evaluación de la Auditoría organizacional hospitalaria

#### 4.5.- MATRIZ TOW. UNA HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

En la actualidad, los creadores de estrategias han recibido ayuda de diversas matrices que muestran la relación de variables decisivas. Por ejemplo, el Boston Consulting Group, desarrollo la matriz del portafolio de negocios. Más recientemente, la Matriz TOWS ha sido introducida para analizar la situación de una empresa.

La matriz TOWS es una estructura conceptual para un análisis sistemático que facilita la adecuación de las amenazas y oportunidades externas, con las fuerzas y debilidades internas de una organización.

Por lo común se ha recomendado que las organizaciones identifiquen sus debilidades y fortalezas, así como las oportunidades y amenazas en el ambiente externo. Lo que a menudo se pasa por alto es que la combinación de esos factores puede requerir distintas decisiones estratégicas. Para sistematizar estas decisiones se propone la matriz TOWS en la cual "T" significa (threats), amenazas español(A), "O" (opportunities), oportunidades (O), "W" (weaknesses) debilidades (D) y "S" (strengths), fortalezas (F).

El modelo TOWS comienza con las amenazas, porque en muchos casos una compañía emprende la planeación estratégica debido a que percibe una crisis, un problema o una amenaza.

#### CUATRO ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS:

Hay cuatro estrategias alternativas basadas en el análisis del ambiente externo (amenazas y oportunidades) y el ambiente interno (fuerzas y debilidades) (fig 7)

- 1.- La estrategia WT (D-A) (véase cuadrante inferior derecho) consiste en minimizar tanto las debilidades como las amenazas y tal vez requiera que la empresa por ejemplo, forme una empresa de riesgo compartido, se contraiga o incluso sea liquidada.
- 2.- La estrategia WO (D-O) intenta minimizar las debilidades y maximizar las oportunidades. Así la firma con ciertas debilidades en algunas áreas puede o desarrollarlas dentro de la empresa o adquirir esas capacidades necesarias en el exterior ( como tecnología o personas con habilidades especiales), lo cual hace posible aprovechar las oportunidades en el ambiente externo.
- 3.- La estrategia ST (F-A) se basa en las fuerzas de la organización para afrontar las amenazas del ambiente. El objetivo es maximizar lo primero y minimizar lo segundo. Así una compañía puede usar fuerzas tecnológicas, financieras administrativas o de mercadotecnia para enfrentar las amenazas de un producto nuevo lanzado por un competidor.
- 4.- La posición más deseable es cuando una compañía puede usar sus fuerzas para aprovechar las oportunidades ( estrategia SO) (F-O) En realidad, el objetivo de las empresas es moverse desde otras posiciones en la matriz hasta esta situación. Si tiene debilidades, procurarán superarlas y convertirlas en fuerzas. Si enfrentan amenazas, las sortearán de modo que puedan concentrarse en las oportunidades.

#### Dimensión del tiempo y la matriz TOWS.

Hasta el momento, los factores mostrados en la matriz TOWS se refieren a un análisis en un punto particular en el tiempo. Los ambientes externo e interno son dinámicos: algunos factores cambian con el tiempo, mientras que otros cambian muy poco. Debido a la dinámica del ambiente, el diseñador de estrategias debe prepararse varias matrices TOWS en diferentes

puntos del tiempo, como se muestra en la figura 8, así se puede comenzar con un análisis TOWS del pasado, pasar a un análisis del presente, y tal vez lo más importante, concentrarse al fin en diferentes periodos futuros (T1, T2 etc)

Cuadro 6. Matriz TOWS

**MATRIZ TOWS**

T - AMENAZAS (A)

O - OPORTUNIDADES (O)

W - DEBILIDADES (D)

S - FUERZAS (F)

AMBIENTE EXTERNO

A	O
D	F

AMBIENTE INTERNO

factores internos factores externos	Fuerzas internas S (F) Por ejemplo, ventajas en administración, operaciones, finanzas, mercadotecnia, investigación y desarrollo, ingeniería.	Debilidades internas W (D) Por ejemplo, debilidades en las áreas mostradas en la casilla de fuerzas.
Oportunidades externas (O) (Considérense también los riesgos) por ejemplo: condiciones económicas actuales y futuras; cambios políticos y sociales, nuevos productos servicios y tecnologías	Estrategia SO (FO) Maximaxi Potencialmente la estrategia más exitosa que utiliza las fuerzas de la organización para aprovechar las oportunidades.	Estrategia WO (DO) Minimax Por ejemplo, estrategias de desarrollo para superar debilidades con el fin de aprovechar las oportunidades.
Amenazas externas (T) Por ejemplo, carencia de energía, competencia y áreas similares a las mostradas en la casilla de "oportunidades" arriba.	Estrategia ST (FA) Maximin Por ejemplo, uso de debilidades para enfrentar las amenazas o para evitarlas.	Estrategia WT (DA) Minimin Por ejemplo, contracción, liquidación o empresa conjunta.

Cuadro 7. Matriz TOWS para la formulación de estrategias alternativas

## 5.- OBJETIVOS:

### 5.1.- OBJETIVO GENERAL

Proponer un modelo y manual de auditoría médica organizacional, basado en sistemas donde se puedan integrar, evaluar, analizar y retroalimentar los cuatro subsistemas que se proponen como ejes fundamentales para el funcionamiento de un hospital de segundo nivel de atención médica, con fines de la acreditación hospitalaria.

### 5.2.-OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Crear un manual que desarrolle los sistemas que conforman el modelo de auditoría médica organizacional propuesto para la certificación de los servicios de salud, específicamente los hospitales de segundo nivel de atención
- 2.- Crear y aplicar los instrumentos del modelo en un hospital privado de segundo nivel de atención para:
  - A).- Conocer por medio de un proceso de auditoría médica organizacional la situación de funcionamiento de la unidad médica evaluada.
  - B).- Evaluar los procedimientos clínicos del personal médico de la unidad por medio de la auditoría médica clásica
  - C).- Conocer el grado de desarrollo gerencial de los directivos médicos del hospital
  - D).- Hacer un diagnóstico situacional global del sistema hospitalario en cuanto a los estándares establecidos por la OPS para ubicarlo en un nivel de certificación hospitalaria .
  - E).- Elaborar los instrumentos necesarios para evaluar todos los subsistemas del modelo de auditoría médica organizacional hospitalaria para una posterior aplicación y validación.
  - F).- Establecer las fortalezas y debilidades encontradas, proponiendo la planeación de las actividades correctivas para mejorar el nivel de calidad de la atención.

## 6.- METODOLOGIA

### 6.1.-DEFINICION DEL UNIVERSO DE ESTUDIO. Características generales:

Criterios de inclusión:

-Hospital de segundo nivel de atención del área Metropolitana de la ciudad de México

### 6.2.- UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL

La prueba se desarrolló en un Hospital privado de la zona noroeste de la zona metropolitana, ubicado en Cd. Satélite Naucalpan Estado de México en los meses de abril a septiembre de 1998.

### 6.3- TAMAÑO DE LA MUESTRA

Como el estudio es una propuesia únicamente se probarán los instrumentos en un hospital

#### 6.4.- TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

##### Tipo de estudio:

No experimental: no se modifican intencionalmente las variables del fenómeno estudiado

##### Diseño de la investigación:

Transversal: El estudio se mide una sola vez las características sin pretender evaluar la evolución de las variables

Descriptivo: Solo cuenta con una población la cual se pretende describir en función de un grupo de variables y respecto de la cual no existen hipótesis centrales

Observacional: Solo se mide el fenómeno por medio de observaciones o descripciones; por tanto no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores.

#### 6.5.- OPERALIZACION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

A continuación se desglosa cada uno de los instrumentos con la clasificación de las variables

##### INSTRUMENTO No 1 GUÍA DE AUDITORIA HOSPITALARIA.

Elaborado por Eva A. Pérez Camaras para la tesis A.M.O.H.

El instrumento Número 1 Guía de auditoria hospitalaria se realizó para proporcionar un formato de llenado que por sí mismo logre una supervisión y un diagnóstico descriptivo de la situación de cada servicio del hospital. Está basado en la normatividad oficial de la Secretaria de salud de México, y su descripción ha sido previamente establecido en el capítulo del Desarrollo organizacional hospitalario (tercer subsistema).4.3.3

##### INSTRUMENTO No 2 DESARROLLO GERENCIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Elaborado por Eva A. Pérez Camaras para la tesis A.M.O.H.

variable	escala de medición	Componentes	indicadores	pregunta número
grado académico	nominal *Administrativa **Diplomados=5p c/u hasta 4=20 **Cursos=2p c/u hasta 5=10	Licenciatura =10p Especialidad =15p Maestría * = 20p Doctorado * = 25p Diplomados** = 20p Cursos ** =10p	documentos avalados por instituciones	1
Experiencia administrativa	nominal	2 puntos por año de de experiencia en puestos administrativos	documentos avalados por instituciones	2
Experiencia Clínica	nominal	1 punto por año de experiencia clínica	documentos avalados por instituciones	3

**INSTRUMENTO No 3** Elaborado por Eva A. Pérez Cameras para la tesis A.M.O.R. \* Taita validación

**A).-SATISFACCION DEL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

Variabie	Escala de medición	Indicadores	No de pregunta
Prestigio hospitalario	nominal binaria si=1 no=2	preferencia	1
Calidad de la atención médica	nominal binaria si=1 no=2	tiempo espera procedimientos comunicación tratamiento complicaciones	2, 3,4,5,6, 7,8,9 10,11,12 13.
Calidez de la atención	nominal binaria si=1 no=2	buen trato personal	14,15,16,17.
Recursos	nominal binaria si=1 no=2	existencia y efectividad de los recursos	18,19,
Instalaciones	nominal binaria si=1 no=2	existencia adecuada de las instalaciones	20,21,
Confort de internamiento	nominal binaria si=1 no=2	condiciones de iluminación, ventilación e higiene	22,23
Información	nominal binaria si=1 no=2	información sobre el hospital	24,25,26,27
Quejas	nominal binaria si=1 no=2	conocimiento sobre las quejas y su utilidad	28,29,30,31

**CALIDAD DE LA ATENCION:**

**B).- PREGUNTAS A TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

Variabie	Escala de medición	Indicaciones	No de pregunta
1.-Capacitación para el trabajo	nominal	si = 1 no = 2	1, 2, 3
2.-Actualización	nominal	si = 1 no = 2	4,5
3.- Formación académica	nominal	si = 1 no = 2	6
4.-Superación profesional y estabilidad laboral	nominal	si = 1 no = 2	7
5.- Insumos	nominal	si = 1 no = 2	12, 13, 14.
6.-Calidad de la prestación de los servicios	nominal	si = 1 no = 2	15-16-17
7.-Medio ambiente laboral	nominal	si = 1 no = 2	18, 19, 20.

INSTRUMENTO No 4. Elaborado en la Secretaría de Salud de la República mexicana. 1967.

EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO: (primera parte)

Variable	Escala de medición	Indicadores	No. pregunta
1.- Historia clínica	cualitativa	completa (c) incompleta (i) omitida (o) no necesaria (n n)	1
2.- Nota inicial o de ingreso	cualitativa	completa (c) incompleta (i) omitida (o) no necesaria (n n)	2
3.- Indicaciones médicas	cualitativa	completa (c) incompleta (i) omitida (o) no necesaria (n n)	3
4.- Nota de revisión inicial por el médico adscrito	cualitativa	completa (c) incompleta (i) omitida (o) no necesaria (n n)	4
5.- Notas de evolución diarias	cualitativa	completa (c) incompleta (i) omitida (o) no necesaria (n n)	5
6.- Nota de revisión conjunta	cualitativa	completa (c) incompleta (i) omitida (o) no necesaria (n n)	6
7.- Nota preoperatoria	cualitativa	completa (c) incompleta (i) omitida (o) no necesaria (n n)	7
8.- Valoración preanestésica	cualitativa	completa (c) incompleta (i) omitida (o) no necesaria (n n)	8
9.- Nota operatoria	cualitativa	completa (c) incompleta (i) omitida (o) no necesaria (n n)	9
10.- Hoja de control: trans y posanestésica.	cualitativa	completa (c) incompleta (i) omitida (o) no necesaria (n n)	10
11.- Nota posanestésica	cualitativa	completa (c) incompleta (i) omitida (o) no necesaria (n n)	11
12.- Nota de reingreso a hospitalización	cualitativa	completa (c) incompleta (i) omitida (o) no necesaria (n n)	12

Variable	Escala de medición	Indicadores	No pregunta
13.- Nota de alta	cuantitativa	completa (c) incompleta (i) omitida (o) necesaria (n n)	13
14.- Nombre y firma del médico	cuantitativa	completa (c) incompleta (i) omitida (o) no necesaria (n n)	14

**RESULTADO DE LA ATENCIÓN MÉDICA:**  
( 2a parte. Evaluación del expediente clínico)

15.- Congruencia clínica diagnóstica	cuantitativa	Buena (B) Regular (R) Mala (M)	15
16.- Congruencia diagnóstica terapéutica	cuantitativa	Buena (B) Regular (R) Mala (M)	16
17.- congruencia diagnóstica con estudios de laboratorio y gabinete	cuantitativa	Buena (B) Regular (R) Mala (M)	18
18.- orden secuencial de las notas clínicas	cuantitativa	Buena (B) Regular (R) Mala (M)	18
19.- pulcritud y legibilidad de las notas	cuantitativa	Buena (B) Regular (R) Mala (M)	19

**6. 6.-INSTRUMENTOS: (ver anexos)**

**A- FORMATO DE CÉDULA DE EVALUACIÓN DE LOS HOSPITALES ( Auditoría médica)**  
Eva Pérez Camaras 1998.

Este formato es una guía de supervisión y llenado que contiene las siguientes secciones

**1.- Cédula de identificación de la unidad:**

La cual especifica nombre, domicilio, teléfono fax, R.F.C., entidad federativa, jurisdicción, No de camas, No de habitantes en la localidad, población usuaria, población abierta, potencial, licencia sanitaria vigente autorizaciones o permisos, nombre del responsable de la unidad.

**2.- Cuerpo de Gobierno:**

Nombre del director, perfil académico, experiencia administrativa. Si cuenta con manuales y programas de organización, de procedimientos y de operación del hospital, prestigio profesional y capacidad de liderazgo, objetivos de la dirección, permanencia de más de 6 horas diarias en el hospital (observaciones respuestas: si-no grados, tiempo insi-tuciones).

**-Gobierno hospitalario:**

Si cuenta con: junta directiva, director, subdirector administrador, jefes de los servicios médicos, y administrativos, órganos consultivos, sus funciones y una sección para anotar observaciones

**3.-Organización:**

Dónde se corroboran y anexan los documentos de organigramas, manuales de organización, manuales de procedimientos, departamentalización ,observaciones.

**4.- Productividad y funcionamiento del hospital:**

Se corrobora si se tiene los datos del promedio de consultas y exámenes por servicio, diario, semanal, mensual anual y total.

Se verifican los recursos humanos por turnos, especialidad, documentos que los avalen .

Se verifica las áreas estructurales, las características físicas y funcionales de los cubículos, consultorios, quirófanos ,áreas especializadas, camas, y demás recursos materiales y equipo, así como de el personal médico, de enfermería, paramédicos y administrativos, por cada área. El funcionamiento de las áreas de:

Urgencias (adultos y pediátricas), Hospitalización (Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Cirugía y Especialidades Quirúrgicas) Enfermería, Quirófanos, Toco-Quirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos, Anestesia, Central de Esterilización, Diagnóstico por imagen, Radioterapia, Laboratorio de Análisis Clínicos, Hemoterapia y Banco de Sangre, Rehabilitación, Anatomía Patológica, Epidemiología y Medicina Preventiva, Nutrición y Dietética, Enseñanza Clínica e investigación, Expediente Clínico y Archivo, Servicio social, Confort de internación, Garantía de calidad.

Las áreas de funcionamiento dependientes de la administración: Lavandería, Limpieza, Control de Excretas Despensa de Medicamentos o Farmacia, Seguridad e Higiene Laboral, Seguridad General, Documentación edilicia, estructura físico-funcional, instalaciones eléctricas e hidráulicas.

De todo esto se reporta un diagnóstico situación al de funcionamiento del hospital.

**B.- FORMATO DE CUESTIONARIO SOBRE EL DESARROLLO GERENCIAL DE LOS DIRECTIVOS DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.** Eva Pérez Camaras 1998.

En este formato se identifica a los directivos, jefes médicos y administrativos que trabajan en el hospital. El objetivo es identificar el nivel de preparación médico-gerencial y administrativo con el que cuentan así como su formación y experiencia previas en los puestos de mando. Otra finalidad es conocer las necesidades de estos sobre preparación y actualización en las ramas administrativas.

**C.- FORMATO DE AUDITORÍA MÉDICA PARA LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS.** Secretaria de Salud de México 1995.

Como antes se mencionó, este instrumento es crucial para conocer el quehacer médico-clínico, investigando la forma en que los médicos brindan a la atención médica así como su eficacia. Es un instrumento muy importante ya que es el documento legal en donde queda asentado todos los procedimientos médicos efectuados al paciente durante su atención. En el formato se evalúa básicamente el llenado completo y correcto de todos los elementos que integran el expediente clínico

**D.- CUESTIONARIO DE OPINIÓN SOBRE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.** Eva A. Pérez camaras 1998. Incluido para la estructuración del modelo.

Este cuestionario consta de preguntas de contestación binaria SI-NO, formuladas al paciente que ha finalizado con su proceso de atención médica en el hospital. La finalidad de este es conocer la opinión del paciente en cuanto a .

Prestigio hospitalario, calidad de la atención médica, calidez de la atención, recursos instalaciones, confort de internamiento, información y quejas.

Cuestionario no fue aplicado para esta tesis por lo que únicamente se presenta el formato para el diseño del modelo.

## 6. 7.-PROCEDIMIENTOS DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El proceso se llevó al cabo de la manera siguiente:

- o Se realizó la auditoría del hospital, se reportan los resultados de la evaluación diagnóstica situacional
- o Se realizó auditoría médica a 60 expedientes clínicos de todos los servicios
- o Se aplicó el cuestionario de desarrollo gerencial a los directivos de los hospitales,

## 7.- ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACIÓN

- 1.- Se realizó un diagnóstico situacional de la organización y funcionamiento hospitalario por cada uno de los servicios evaluados.
- 2.- Se realizó el estudio de los resultados de los instrumentos siguientes
- 3.- Se hace un reporte de cada uno de los sistemas investigados para analizar el nivel de certificación en el que se encuentra incluido la unidad evaluada.
- 4.- Se seleccionaron datos que fueron pertinentes para elaborar una matriz tows de debilidades y fortalezas de la organización para desarrollar estrategias de planeación para el mejoramiento de la calidad de la atención y del nivel de certificación alcanzada.

## 8.- RECURSOS

- o Recursos humanos:
  - o Personal previamente capacitado para la aplicación y análisis de los instrumentos, preferentemente investigadores de los sistemas de salud (médicos, enfermeras, paramédicos, técnicos, etc.) Mínimo de 6 personas.
  - o Cuatro coordinadores investigadores uno para cada sistema.
  - o Personal interno de la unidad hospitalaria capacitado y autorizado para orientación, guía; con acceso a documentación y datos que se requiera solicitar; uno para cada servicio.
- o Recursos materiales:
  - o Manuales hospitalarios
  - o Papelería
  - o Copias fotostáticas de los instrumentos
  - o Equipo de cómputo con programas estadísticos
  - o Equipo fotográfico
  - o Equipo de proyección.

Este cuestionario consta de preguntas de contestación binaria SI-NO, formuladas al paciente que ha finalizado con su proceso de atención médica en el hospital. La finalidad de este es conocer la opinión del paciente en cuanto a:

Prestigio hospitalario, calidad de la atención médica, calidez de la atención, recursos instalaciones, confort de internamiento, información y quejas.

Cuestionario no fue aplicado para esta tesis por lo que únicamente se presenta el formato para el diseño del modelo.

## 6.7.-PROCEDIMIENTOS DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El proceso se llevó al cabo de la manera siguiente:

- o Se realizó la auditoría del hospital, se reportan los resultados de la evaluación diagnóstica situacional
- o Se realizó auditoría médica a 60 expedientes clínicos de todos los servicios
- o Se aplicó el cuestionario de desarrollo gerencial a los directivos de los hospitales,

## 7.- ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACIÓN

- 1.- Se realizó un diagnóstico situacional de la organización y funcionamiento hospitalario por cada uno de los servicios evaluados.
- 2.- Se realizó el estudio de los resultados de los instrumentos siguientes
- 3.- Se hace un reporte de cada uno de los sistemas investigados para analizar el nivel de certificación en el que se encuentra incluido la unidad evaluada
- 4.- Se seleccionaron datos que fueron pertinentes para elaborar una matriz tows de debilidades y fortalezas de la organización para desarrollar estrategias de planeación para el mejoramiento de la calidad de la atención y del nivel de certificación alcanzada.

## 8.- RECURSOS

- o Recursos humanos:
  - o Personal previamente capacitado para la aplicación y análisis de los instrumentos, preferentemente investigadores de los sistemas de salud (médicos, enfermeras, paramédicos, técnicos, etc.) Mínimo de 6 personas.
  - o Cuatro coordinadores investigadores uno para cada sistema.
  - o Personal interno de la unidad hospitalaria capacitado y autorizado para orientación, guía, con acceso a documentación y datos que se requiera solicitar, uno para cada servicio.
- o Recursos materiales:
  - o Manuales hospitalarios
  - o Papelería
  - o Copias fotostáticas de los instrumentos
  - o Equipo de cómputo con programas estadísticos
  - o Equipo fotográfico
  - o Equipo de proyección.

Este cuestionario consta de preguntas de contestación binaria SI-NO, formuladas al paciente que ha finalizado con su proceso de atención médica en el hospital. La finalidad de este es conocer la opinión del paciente en cuanto a . Prestigio hospitalario, calidad de la atención médica, calidez de la atención, recursos instalaciones, confort de internamiento, información y quejas.

Cuestionario no fue aplicado para esta tesis por lo que únicamente se presenta el formato para el diseño del modelo.

## 6. 7.-PROCEDIMIENTOS DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El proceso se llevó al cabo de la manera siguiente:

- o Se realizó la auditoría del hospital, se reportan los resultados de la evaluación diagnóstica situacional
- o Se realizó auditoría médica a 60 expedientes clínicos de todos los servicios
- o Se aplicó el cuestionario de desarrollo gerencial a los directivos de los hospitales,

## 7.- ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACIÓN

- 1.- Se realizó un diagnóstico situacional de la organización y funcionamiento hospitalario por cada uno de los servicios evaluados.
- 2.- Se realizó el estudio de los resultados de los instrumentos siguientes
- 3.- Se hace un reporte de cada uno de los sistemas investigados para analizar el nivel de certificación en el que se encuentra incluida la unidad evaluada.
- 4.- Se seleccionaron datos que fueron pertinentes para elaborar una matriz IOWS de debilidades y fortalezas de la organización para desarrollar estrategias de planeación para el mejoramiento de la calidad de la atención y del nivel de certificación alcanzada.

## 8.- RECURSOS

- o Recursos humanos:
  - o Personal previamente capacitado para la aplicación y análisis de los instrumentos, preferentemente investigadores de los sistemas de salud (médicos, enfermeras, paramédicos, técnicos, etc.) mínimo de 6 personas.
  - o Cuatro coordinadores investigadores uno para cada sistema.
  - o Personal interno de la unidad hospitalaria capacitado y autorizado para orientación, guía; con acceso a documentación y datos que se requiera solicitar, uno para cada servicio.
- o Recursos materiales:
  - o Manuales hospitalarios
  - o Papelería
  - o Copias fotostáticas de los instrumentos
  - o Equipo de cómputo con programas estadísticos
  - o Equipo fotográfico
  - o Equipo de proyección.

## 9.- RESULTADOS

### 9.1.- MODELO DE AUDITORIA MEDICA BASADO EN CUATRO SUBSISTEMAS:

Como anteriormente se expuso, este trabajo formula la creación de un modelo de auditoría médica organizacional aplicando la teoría de sistemas. Los subsistemas a evaluar de los cuales está conformado el modelo son:

**A)- Desarrollo Gerencial:** Que consta básicamente de la evaluación y análisis de la preparación médico-administrativa de los directivos hospitalarios, con la finalidad de dar un diagnóstico del desarrollo profesional de éstos, así como de las necesidades de preparación y actualización en las áreas que se requiera. Por otro lado, permitirá abrir la polémica sobre la necesidad de preparar a médicos administradores o administradores médicos.

**B)- Desarrollo Hospitalario:** En este subsistema se evaluará todas las partes que conforman al subsistema hospitalario, tanto en sus recursos humanos y materiales, como en su organización, funcionamiento y finalmente la producción.

Para este efecto se creó una cédula de supervisión y evaluación de cada uno de los servicios hospitalarios, que se aplicará en forma de autoevaluación supervisada. Por este medio se podrá hacer un diagnóstico situacional del estado de los recursos materiales y humanos, sus requerimientos, subutilización o necesidad de nuevos recursos, productividad por cada servicio, funcionamiento, y finalmente el nivel de certificación que alcanzaría.

**C)- Evaluación del expediente clínico:** El expediente clínico es un documento de gran importancia para conocer el desarrollo del quehacer del equipo de la salud en la atención a los pacientes. En este, se localizan todos los datos concernientes a la historia clínica, diagnósticos, tratamiento y evolución de los pacientes hasta la solución o terminación de los problemas de salud, siendo donde quedan asentados los aciertos y errores de la atención médica, datos de laboratorio y gabinete. Es también el instrumento donde se basan los estudios epidemiológicos y de morbimortalidad.

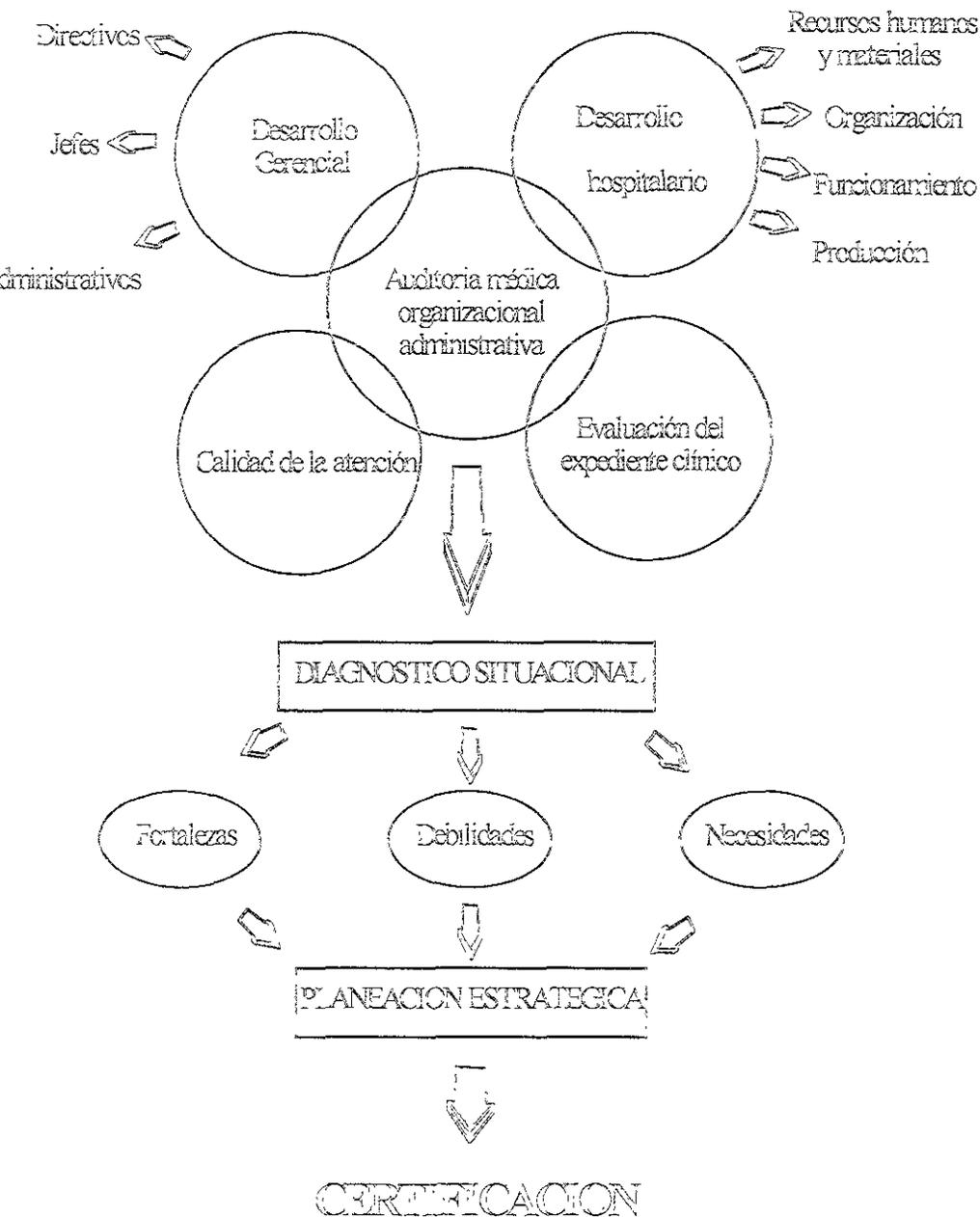
La importancia de la evaluación del expediente clínico se basa en la posibilidad de evaluar la calidad del quehacer médico y sus resultados, así como ser el documento donde la negligencia médica puede o no ser comprobada.

**D)- Calidad de la atención:** La calidad de la atención es una evaluación global de todo el procedimiento de la atención médica desde que el paciente solicita el servicio hasta la resolución de su problema. Éste involucra no únicamente la atención médico-paciente, sino todos los pasos y procedimientos médico administrativos por los cuales el paciente cursará el tiempo de su atención. La evaluación de todo este proceso se reflejará en el grado de satisfacción del usuario de los servicios de salud, en cuanto a la solución o no de su problema médico, así como de la eficacia del proceso.

La medición de este rubro es ampliamente subjetiva, y la búsqueda de factores de evaluación objetivos son un reto para lograrlo. Vale la pena destacar que en algunos casos los pacientes evalúan no exactamente los resultados de su atención sino otro aspecto muy importante que es lo que actualmente se conoce como calidad de la atención. Esto debe tomarse muy en cuenta ya que forma parte de la calidad de la atención pero no lo es todo.

Por otro lado existe otro grupo de personas que evalúan la calidad de la atención y que en muy raras ocasiones se les pide su opinión, y son los mismos prestadores del servicio. Estas personas, son las que día con día al laborar, conocen a fondo los procedimientos y sus errores, sus necesidades, pros y contras al intervenir o ser al fin de cuentas el motor o engranaje para el funcionamiento de todo el sistema. Es una fuente de información interna muy importante para resolver problemas que impiden la calidad de la atención en los servicios de salud.

La evaluación de estos subsistemas conforma un diagnóstico situacional del Hospital, de manera que se pueden conocer tres factores importantes:



Cuadro 8 Sistema de auditoría médica organizacional

## 9.2.-DIAGNÓSTICO DE AUDITORÍA CLÍNICA

		Completa	Incompleta	Omitida	No necesaria
I Historia clínica	Número	1	10	49	
	Porcentaje	0,17%	16,67%	83,17%	
II Nota inicial de ingreso	Número	21	17	22	
	Porcentaje	35,00%	28,33%	36,67%	
III Indicaciones médicas	Número	26	25	9	
	Porcentaje	43%	42%	15%	
IV Nota de revisión inicial	Número	23	15	22	
	Porcentaje	38%	25%	37%	
V. Notas diarias de evolución	Número	29	20	11	
	Porcentaje	48,33%	33,33%	18,33%	
VI Nota de revisión conjunta	Número	13	6	31	10
	Porcentaje	21,67%	10,00%	51,67%	16,67%
VII Nota preoperatoria	Número	8	7	23	22
	Porcentaje	13,33%	11,67%	38,33%	36,67%
VIII. Valoración preanestésica	Número	17	8	11	24
	Porcentaje	28,33%	13,33%	18,33%	40%
IX Nota operatoria	Número	9	7	20	24
	Porcentaje	15%	11,67%	33,33%	40%
X Hoja de control trans y posanestesia	Número	16	9	11	24
	Porcentaje	26,67%	15,00%	18,33%	40,00%
XI Nota posanestesia	Número	16	10	10	24
	Porcentaje	26,67%	16,67%	16,67%	40,00%
XII Nota de ingreso a hospitalización	Número	10	10	27	13
	Porcentaje	16,67%	16,67%	45,00%	21,67%
XIII Nota de alta	Número	7	28	24	1
	Porcentaje	11,67%	46,67%	40,00%	1,67%
XIV Nombre y firma del médico tratante	Número	32	10	18	
	Porcentaje	53,33%	16,67%	30,00%	
XV. Congruencia clínica diagnóstica	Número	36	13	11	
	Porcentaje	60,00%	21,67%	18,33%	
XVI Congruencia diagnóstico terapéutica	Número	44	10	6	
	Porcentaje	73,33%	16,67%	10,00%	
XVII Congruencia diagnóstica con estudios de laboratorio y gabinete	Número	27	9	24	
	Porcentaje	45,00%	15,00%	40,00%	
XVIII Orden secuencial de notas clínicas	Número	17	18	25	
	Porcentaje	28,33%	30,00%	41,67%	
XIX Pulcritud y legibilidad de las notas	Número	14	29	12	
	Porcentaje	31,67%	48,33%	20,00%	

\*Las gráficas se localizan en los anexos.

La evaluación del expediente clínico dio como resultados, los datos que se encuentran en la tabla anterior. Es importante mencionar que de los 60 expedientes revisados muy pocos se encontraban con el orden reglamentario. Sólo un expediente contiene historia clínica completa, 10 incompleta y 49 la omitieron. Los demás rubros a revisar en los expedientes variaron dependiendo también el motivo del internamiento y el tiempo de estancia en el hospital, sin embargo es una constante el desorden y falta de datos en que incurran la mayoría. En algunos expedientes las notas de revisión conjunta, notas de anestesia y quirúrgicas, no son incluidas por no ser necesarias, ya que los pacientes no son sometidos a cirugía. Es importante también mencionar que la nota de alta, tiene un alto índice de omisiones quedando de esta manera el documento legal del expediente clínico sin el dato fundamental del resultado final de la atención médica.

Por medio de las gráficas se demuestra los resultados en porcentajes. (ver anexos)

### 9.3.- DIAGNÓSTICO DE DESARROLLO HOSPITALARIO (ver anexos)

#### AUDITORIA MEDICA ORGANIZACIONAL HOSPITALARIA OBSERVACIONES DE LA AUDITORIA REALIZADA AL HOSPITAL CIUDAD SATÉLITE JUNIO DE 1998

##### 1.- GOBIERNO HOSPITALARIO

- A).- No cuenta con un diagnóstico situacional actualizado
- B).- No cuenta con un manual de organización del hospital
- C).- No cuenta con un programa de trabajo de la dirección actualizado.
- D).- No se cuenta con un programa de estímulos y sanciones
- E).- No cuenta con comité de ética
- F).- No cuenta con evaluación técnico-administrativa
- G).- No cuenta con comité de infecciones intrahospitalarias
- H).- No cuenta con comité de seguridad e higiene laboral
- I).- No cuenta con patronato consejo o junta directiva
- J).- No cuenta con comités técnico-médicos de apoyo a la dirección.
- K).- No cuentan con manuales de organización y de procedimientos

##### 2.- FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL

- A).- Tienen un total de 118 médicos en servicio.
- B).- Los casos problema no se discuten cuando menos cada 7 días y se registran
- C).- Los médicos trabajan por contratos intervenistas ATL ALS
- D).- Se desconoce las horas totales de especialista en consultorio de consulta por semana.

##### 3.- SERVICIO DE URGENCIAS.

- A).- No tiene accesibilidad fácil
- B).- No cuenta con área de rehidratación pediátrica
- C).- No cuentan con parche para niños y cables pediátricos en carro rojo
- D).- No cuenta con ambulancia para el traslado de los pacientes las 24 hrs. del día

##### 4.- HOSPITALIZACIÓN

- A).- Existen dos camas en reparación
- B).- Las camas no tienen ruedas para trasladarse
- C).- Las posiciones de las camas es limitada
- D).- Los cuartos no tiene espacio suficiente para acomodar aparatos especializados en caso de que el paciente los requiriera por alguna complicación
- E).- No todas las camas cuentan con oxígeno y otro equipo

- F).- El horario de visita médica no esta establecido, y se hace según criterio del médico tratante.
- G).- No se revisa en forma conjunta los casos problema
- H).- No existen criterios de manejo diagnóstico terapéutico del servicio para los padecimientos más frecuentes
- I).- No se realiza valoración cardiológica en todos los pacientes quirúrgicos.
- J).- Las rutinas de manejo para pacientes aislados se adaptan.
- K).- No existe botiquín en piso
- L).- Control de enfermería no tiene un stock de medicamentos
- M).- Los días lunes se tienen problemas con el abastecimiento de ropería.
- N).- Se requiere mejor capacitación para el uso de contenedores de basura
- O).- Existe una enfermera por cada 6 pacientes
- P).- El baño de personal es uno y se encuentra en malas condiciones de mantenimiento
- R).- Las camas para menores hospitalizados son camas con barandales
- S).- El personal médico adscrito al hospital son internistas, pediatras y cirujanos generales
- T).- No se conocen las causas de complicaciones y de muerte mas frecuentes en los servicios.

#### 5.- AREA DE GINECOBSTERICIA

- A).- No cuenta con área de valoración inicial accesible y suficiente
- B).- La paciente entra por urgencias o directamente a hospitalización
- C).- Las camas de labor no todas cuentan con oxigeno de pared.
- D).- No se conocen las causas mas frecuentes de complicaciones y de muerte en el servicio.

#### 6.- TOCOQUIRURGICA

- A).- En sala de labor no se cuenta con área de vigilancia perinatal de embarazo de alto riesgo
- B).- Solo cuentan con una sala de expulsión
- C).- Se adecua en zona de aislados los recursos para la atención de isoimmunización
- D).- Se adecua el sitio para la atención de infecciones
- E).- Se adecuan los recursos para la atención de insuficiencia respiratoria
- F).- No se llena sistemáticamente el partograma.
- G).- Solo el médico tratante conoce las características de la atención prenatal y antecedentes de la paciente
- H).- Los criterios para la atención obstétrica y para la indicación de cesárea solo es de parte del médico tratante
- I).- No cuentan con programa de puerperio de bajo riesgo
- J).- No cuentan con programa de alojamiento conjunto

#### 7.- QUIRÓFANOS

- A).- No existen vestidores independientes femeninos y masculinos
- B).- El que funciona como vestidor femenino es el área de acceso a quirófano y se encuentra mal habilitado
- C).- Existe un cuarto de lavado del instrumental y otro para la salida de los desechos que son cuartos abiertos al quirófano y pueden ser sépticos.
- D).- No se encuentra una sala específica para urgencias.
- E).- Existe solo una ventanilla de control de quirófano a CEVE con una disposición de funcionamiento adaptada a las posibilidades de CEVE
- F).- CEVE maneja su control de entrega de material por horarios y por piso.
- G).- Enfermera de quirófano no cuenta con organigrama del servicio
- H).- No se cuenta con programa de trabajo en quirófano, las actividades se designan
- I).- No cuentan con manual de procedimientos

- J).- No se cuenta con tablero de rol de actividades, la comunicación es verbal
- K).- El control de medicamentos, anestésicos y sedantes lo realiza una persona auxiliar de quirófano
- L).- Los resultados de muestras histopatológicas transoperatoria son de manera verbal
- M).- No se toma muestra de control bacteriológico en los tubos de los ventiladores
- N).- La sala de expulsión tiene un mueble oxidado
- Ñ).- No existe un registro interno de las complicaciones y causas de muerte más frecuentes en cirugía.

### 8.- CEVE

- A).- No cuenta con personal especializado, solo capacitado
- B).- No cuenta con organigrama del servicio
- C).- No cuenta con programa de trabajo
- D).- No cuenta con dos especanillas una para entrega de material estéril y otra de no estéril
- E).- No tiene un cuarto especial para la lavado del material
- F).- El área de lavado de material se encuentra separado de CEVE
- G).- La ropa se dobla en el pasillo
- H).- El área de autoclaves o esterilización se encuentra fuera de CEVE
- I).- CEVE funciona como área de almacenamiento
- J).- No existen normas escritas para la preparación del instrumental material quirúrgico
- K).- No existen normas escritas en documento para el control bacteriológico del instrumental y equipo quirúrgico.
- L).- No existe un documento de productividad de quirófano

### 9.- UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

- A).- Existen cuatro médicos intensivistas y dos enfermeras especialistas.
- B).- El turno nocturno no tiene médico de base acude a llamado cuenta con médico y enfermeras de forma continua. En estación central de enfermería de UT:
- C).- Existen seis camas de mayores en equipamiento compartido
- D).- Existe equipo de alta tecnología en espacio reducido
- E).- La sala de UTI pediátrica está muy equipada pero alejada del área de UTI adultos.
- F).- La epidemiología, morbimortalidad y protocolos de tratamiento de pacientes es manejado por la jefa de enfermería del área. Se lleva control

### 10.- SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

#### 10.1.- ANESTESIOLOGIA

- A).- Se cuenta con dos anestesiólogos de base del hospital y otros a llamado.
- B).- El equipo de anestesiología es completo
- C).- Se tiene un protocolo de anestesiología más no manuales de funcionamiento.
- E).- No se lleva un control de productividad ni de morbimortalidad
- F).- Se tienen tres equipo de anestesia completos fijos y dos ambulatorios.

#### 10.2.- DIAGNOSTICO POR IMAGEN

- A).- No tiene manuales de procedimientos ni la normatividad de seguridad radiológica.
- B).- Cuentan con dos médicos radiólogos especialistas y tres técnicos que rotan turnos. Médicos radiólogos subespecialistas a llamado.
- C).- No tienen a la vista los permisos y certificados de habilitación de los equipos.
- D).- Tiene equipos de alta tecnología en desuso
- E).- Se subrogan estudios de resonancia magnética a traslado de 1 hr.
- F).- El control de productividad existe pero tiene deficiencias
- G).- Se desconocen las causas más frecuentes de complicaciones al usar el servicio.
- H).- No cuentan con servicio de radioterapia.

### 10.3.-LABORATORIO DE ANALISIS QUÍMICOS

- A).- Cuenta con responsable con licencia actualizada y un Q.F.B. titulado, dos técnicos y un administrativo.
- B).- Falta los procedimientos y equipo para detección de sustancias tóxicas e insumos a tiempo.
- C).- No hay control interno de calidad con una frecuencia determinada.

### 10.4.-HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

- A).- Los manuales de procedimientos y normas no están en el servicio
- B).- No hay médicos especialistas en hemoterapia
- C).- No existe campaña de donación o suficiente almacén de sangre
- D).- No realiza evaluación inmediata de las reacciones posttransfusionales

### 10.5.- REHABILITACIÓN

- A).- No existe este servicio.
- B).- El servicio es asociado
- C).- Se realiza solo rehabilitación a hospitalizados a solicitud del médico tratante

### 11.- ANATOMÍA PATOLÓGICA

- A).- No se cuenta con manuales de procedimientos dentro del servicio
- B).- En ocasiones no se aplican las normas y reglamentaciones para la información diagnóstica
- C).- El servicio es pequeño y no cuenta con residentes o médicos de guardia activa.
- D).- No se realizan necropsias.
- E).- No participan en sesiones clínicas para retroalimentación con los médicos tratantes.

### 12.- ENFERMERÍA

- A).- Cada servicio cuenta con sus propia normatividad y procedimientos realizada por cada servicio en particular.
- B).- No todas las enfermeras conocen la normatividad y los documentos de procedimientos de la institución y del servicio.
- C).- Los organigramas son limitados
- D).- No existen coordinadoras por turnos únicamente jefas de servicio y de piso.
- E).- Reciben aproximadamente tres cursos de capacitación por año, de acuerdo a méritos avalados por productividad y participación o votación.
- F).- Se desconoce la existencia de documentos que avalen las causas más frecuentes de inasistencia.
- G).- Existe déficit de enfermeras en hospitalización en el turno nocturno y de fin de semana.
- H).- No cuentan con estudiantes de enfermería.
- I).- Organizan sus propios comités y participan de acuerdo al puesto.
- J).- La distribución de enfermeras y sus actividades es según el requerimiento de cada servicio excepto las especialistas o administrativas.

### 10.- EPIDEMIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA

- A).- No tienen los manuales de programación y procedimientos actualizados.
- B).- No tienen ni llevan al cabo programas nacionales de medicina preventiva.
- C).- No tiene plan de actividades y roles para el personal.
- D).- No cuenta con un diagnóstico de salud poblacional.
- E).- No cuenta con diseños de investigaciones epidemiológicas.
- F).- Las vacunaciones las realizan los pediatras particularmente
- G).- El jefe de servicio no es médico, ni administrativo especializado en salud pública.
- H).- No existe el servicio de salud pública y medicina preventiva como tal.

#### 14.- NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

- A).- No cuentan con organigrama del servicio.
- B).- Aplican un programa anual realizado por jefe de servicio
- C).- El catálogo de regímenes dietéticos es desconocido por los cocineros pero se aplica.
- D).- No se lleva al cabo las normas de control bacteriológico y de fauna nociva con regularidad.
- E).- El personal con que cuenta es de una nutrióloga un técnico en nutrición y cocineros

#### 15.- EXPEDIENTE CLINICO Y ARCHIVO.

- A).- No cuentan con manuales de organización, organigrama del servicio.
- B).- No cuentan con la normatividad oficial vigente.
- C).- Cuentan con una gran cantidad de archivo muerto.
- D).- Los archivos no están depurados ni actualizados.
- E).- No cuentan con un programa de actualización de archivo.
- F).- El personal de archivo solo tiene dos personas estadígrafas que no están constantes.
- G).- El personal del servicio son secretarías no especializadas en el ramo.
- H).- No tienen equipo de computo adecuado para el servicio
- I).- No existe comité de auditoría médica o de expediente clínico .

#### 16.- ADMINISTRACION.

- A).- El administrador médico no cuenta con los manuales de organización ni de procedimientos oficiales ni de institución.
- B).- El administrador es anestesiólogo que acude en ocasiones a llamado de su especialidad.
- C).- El administrador cuenta únicamente con cursos administrativos
- D).- La administración del recursos humanos, materiales y financieros es manejado por el director de la unidad y el corporativo o junta de gobierno.
- E).- No cuenta con un diagnóstico situacional actualizado del hospital.
- F).- No cuenta con programa de trabajo del área administrativa.
- G).- No cuenta con todos los documentos y registros que avalan la autorización legal y académica del personal médico extrahospitalario.
- H).- No cuenta con un sistema de control de gestión.
- I).- Los registros administrativos, de personal, de recursos y contables no los maneja.

#### 16.- LAVANDERIA.

- A).- No cuenta con un servicio propio de lavandería
- B).- Existen problemas de abasto de ropería en hospitalización a tiempo y en cantidad.
- C).- El sistema de control de ropería es muy deficiente.
- D).- El control de ropería de quirófano no tiene una salida exclusiva y puede contaminar.

#### 18.- LIMPIEZA.

- A).- El sistema de limpieza está contratado a una compañía especializada .
- B).- La limpieza interna de quirófanos y áreas blancas si son manejadas por personal hospitalario.
- C).- No se cuenta con reportes o datos específicos a ésta área.

#### 19.- DESPENSA DE MEDICAMENTOS.

- A).- No cuenta con stock de medicamentos básicos o de urgencia en botiquines controlados en hospitalización.
- B).- Cada paciente tiene que surtir sus medicamentos a contra receta en la farmacia .
- C).- Cuando el personal de enfermería requiere de medicamentos es necesario todo el trámite para conseguirlos directamente en farmacia.
- D).- La farmacia es un establecimiento descentralizado del hospital.

**20.- SEGURIDAD E HIGIENE LABORAL**

- A).- No existe un comité de seguridad e higiene laboral
- B).- Cada área se encarga de la capacitación y entrenamiento de su personal según sus riesgos de trabajo.
- C).- No cuentan con manuales de protección civil.
- D).- No hay relación con los servicios de protección civil del área.
- E).- No cuentan con un comité de prevención civil
- C).- No realizan simulacros de evacuación.
- D).- No se informa por medio de folletería o verbalmente a los usuarios y trabajadores que hacer en caso de emergencias.

**21.- SEGURIDAD GENERAL**

- A).- No cuenta con un sistema de seguridad general, ni de vigilancia para las diferentes áreas.
- B).- El sistema de seguridad es una agencia privada contratada.
- C).- No cuenta con estacionamiento para los usuarios.

**22.- GARANTÍA DE CALIDAD**

- A).- No cuenta con un comité de garantía de calidad en ningún servicio ni general.

**23.- DOCUMENTACIÓN EDILICIA****23.1.- ESTRUCTURA FÍSICO FUNCIONAL**

- A).- No se corroboran datos estructurales por la ausencia de especialista en el área arquitectónica. Si cuentan con planos y proyectos de ampliación y mejoramiento de las instalaciones.

**23.2.- CIRCULACIONES.**

- A).- Existen bien señaladas y definidas las diferentes áreas de circulación así como de áreas blanca gris y negra.
- B).- Los pasillos del hospital ofrecen una circulación limitada en espacio.

**23.3.- INSTALACIONES ELÉCTRICAS, GAS, AGUA POTABLE Y SANITARIAS, CONTROL DE EXCRETAS.**

- A).- No se revisaron a falta de autoridad competente para la supervisión.

**23.5.- CONFORT DE INTERNACIÓN**

- A).- No están uniformes las áreas de internación en cuanto buena iluminación, ventilación, espacio para circulación y manejo de equipo médico dentro de los cuartos.
- B).- Existe áreas nuevas que cuentan con mejores condiciones de confort que las áreas antiguas.

**24.- MEDICINA NUCLEAR**

- A).- No existe el servicio.

**25.- REHABILITACIÓN Y SERVICIO SOCIAL.**

- A).- No existen los servicios
- B).- Realizan pláticas y cursos de orientación gratuitas a la comunidad organizadas por los administrativos y personal interesado, más no son programas formales en un servicio en particular.

**26.- BIBLIOTECA**

- A).- No cuenta con una biblioteca estructurada como servicio, únicamente cuentan con un espacio destinado a contener algunas publicaciones médicas y de enfermería a las que están suscritos en salas de descanso o reunión del personal médico.

### 12.3.- DIAGNÓSTICO DE DESARROLLO GERENCIAL

Se aplicó el formato de desarrollo gerencial a 1 director, subdirector, administrador, jefe de medicina interna, jefe de enfermería jefe de servicios auxiliares de diagnóstico, y jefe de urgencias. Los jefes médicos únicamente llevan el control de los médicos tratantes por medio de los expedientes clínicos, ya que cada médico es responsable de sus pacientes particulares y no revisan por servicio o piso conjuntamente los casos. Los auxiliares que tienen personal de planta en el hospital como lo es enfermería, servicios auxiliares de diagnóstico, urgencias son los más representativos para poderse evaluar. Cabe mencionar que el subdirector médico es también el jefe del servicio de anestesia, donde también existen médicos de base. El jefe de medicina interna, es también el jefe de medicina crítica.

El instrumento tiene como objetivo evidenciar capacitación y experiencia en el ramo administrativo, así como en la experiencia clínica. En el caso del administrador, no cuenta con este aspecto ya que no es del área médica. Aunque cuenta con cursos de capacitación en administración de hospitales. Se verifica también el número de años en el puesto así como los diferentes puestos administrativos que han tenido, para considerarlos dentro de la experiencia.

Este estudio pretende de la experiencia de los jefes de servicios así como los directivos, para detectar necesidades de capacitación, en los puestos.

Vale la pena considerar que éste estudio puede generar una discusión en cuanto a la capacidad y efectividad de los jefes en sus puestos administrativos, y la posibilidad de investigar acerca de la situación personal de los jefes, en esos puestos de acuerdo a su propia experiencia.

DESARROLLO DE LOS DIRECTIVOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

PERFIL ACADEMICO	DOCTORADO*	MAESTRÍA*	ESPECIALIDAD	LICENCIATURA	DIPLOMADOS POSGRADO *	CURSOS* (+40HRS)	TOTAL PUNTOS
V1 Capacitación en administración					5pc/ta ma=5=20	2p c/u = 10	
DIRECTOR	-	20	15	10	5	15	65
SUBDIRECTOR	-	20	15	10	5	5	125
ADMINISTRADOR	-	-	-	10	5	20	35
JEFE MEDICINA INTERNA	-	-	15	10	-	5	30
JEFE ENFERMERIA	-	-	15	10	5	10	40
JEFE SERVICIOS AUXILIARES DIAGNOSTICO	-	-	15	10	-	-	25
JEFE DE URGENCIAS			15	10			25

EXPERIENCIA ADMINISTRATIVA V2	0 A 2 AÑOS	2 A 5 AÑOS	5 A 10 AÑOS	10 A 15 AÑOS	15 A 20 *	TOTAL AÑOS 1 PUNTO X AÑO
DIRECTOR					18	18
SUBDIRECTOR			6			6
ADMINISTRADOR		5				5
JEFE MEDICINA INTERNA		3				3
JEFE ENFERMERIA				15		15
JEFE SERVICIOS AUXILIARES DIAGNOSTICO		3				3
JEFE DE URGENCIAS		2				2

EXPERIENCIA CLINICA V3	0 A 2 AÑOS	2 A 5 AÑOS	5 A 10 AÑOS	10 A 15 AÑOS	15 A 20 *	TOTAL AÑOS 1 PUNTO X AÑO
DIRECTOR					25	25
SUBDIRECTOR				15		15
ADMINISTRADOR						3
JEFE MEDICINA INTERNA					17	17
JEFE ENFERMERIA					20	20
JEFE SERVICIOS AUXILIARES DIAGNOSTICO				15		15
JEFE DE URGENCIAS					13	13

## 10.- NIVEL DE CERTIFICACION ALCANZADA

Resultados de la Auditoría hospitalaria según los estándares mínimos obligatorios O.P.S.-O.M.S (1996), para la certificación.

Estándares Obligatorios	nivel 1	nivel 2	nivel 3	nivel 4	óptimo
I.- Organización de la atención médica		2			3
II.- Derivaciones o referencia		2			4
III.- Consultorios externos		2			4
IV.- Urgencias		2			4
V.- Laboratorio de análisis clínicos			3		4
VI.- Diagnóstico por imágenes			3		4
VII.- Hemoterapia		2			4
VIII.- Atención del nacimiento			3		4
IX.- Área quirúrgica			3		4
X.- Anestesiología			2		4
XI.- Control de infecciones intrahospitalarias		2			4
XII.- Dietología			3		3
XIII.- Lavandería		2			3
XIV.- Limpieza			3		3
XV.- Esterilización (CEYE)		2			4
XVI.- Despensa de medicamento	1				4
XVII.- Enfermería				4	4
XVIII.- Historias clínicas y archivo	1				4
XIX.- Estadísticas	1				4
XX.- Gobierno hospitalario			3		4
XXI.- Administración				4	4
XXII.- Seguridad e higiene laboral	1				4
XXIII.- Garantía de calidad		2			4
XXIV.- Documentación edilicia			3		3
XXV.- Estructura físico-funcional					
Accesos		3			4
Circulaciones				4	4
Sistema eléctrico			3		3
Control excretas y agua potable			3		4
confort de internación			3		3
XXVI.- Cuidados Críticos		2			2
XXVII.- Neonatología			3		3
XXVIII.- Medicina Nuclear	-	-	-	-	2
XXIX.- Terapia Radiante	-	-	-	-	3
XXX.- Rehabilitación	-	-	-	-	3
XXXI.- Servicio Social	-	-	-	-	4
XXXII.- Biblioteca.		2			4

## 11.- CONCLUSIONES.

La investigación realizada concluye con la elaboración de un manual que sirve como propuesta y guía para realizar una Auditoría médica organizacional para hospitales de segundo nivel de atención, de cuya aplicación, se dan los resultados de los instrumentos de auditoría clínica, desarrollo, hospitalario y desarrollo gerencial. El modelo incluye también la evaluación de la calidad de la atención por medio de la encuesta a de satisfacción de los usuarios y de los trabajadores del hospital. Este instrumento queda estructurado y se incluye en el modelo propuesto, sin que sea aplicado en este momento.

Los resultados de la aplicación del Modelo de Auditoría Médica Hospitalaria son señalados en su momento y nos arrojan a las siguientes conclusiones:

### A).- Auditoría médica organizacional hospitalaria (ver anexos para resultados)

El diagnóstico situacional organizativo y de funcionamiento del hospital en el momento de su supervisión. Los resultados obtenidos nos muestran observaciones importantes para cada uno de los servicios médicos para ser corregidos lo antes posible, así como un parámetro descriptivo de la situación general del hospital y el grado o nivel de certificación que alcanza según los lineamientos establecidos por la OPS-OMS para la certificación de hospitales.

Cabe mencionar que los resultados de la auditoría hospitalaria fueron en su momento presentados a las autoridades del hospital los cuales inmediatamente se abocaron a verificar la información y a hacer las mejoras correspondientes a la mayoría de las observaciones, así como a planear las correcciones que no podían ser solucionadas rápida o fácilmente de acuerdo a las características de los servicios en ese momento.

La aplicación de la guía de Auditoría médica organizacional demuestra ser un instrumento de autoevaluación de acuerdo a las normas y reglamentos establecidos por las autoridades de los servicios de salud de México, que cumple con el hecho de ser un instrumento práctico y útil para los fines de la certificación.

Vale la pena utilizar el instrumento en un hospital de mayor tamaño y complejidad para corroborar las necesidades en este tipo de unidades médicas, de alguna modificación o adecuación del formato.

### B).- Evaluación del expediente clínico: (ver anexos para resultados)

Al obtener los resultados del instrumento aplicado a una muestra de los expedientes clínicos del hospital se llegó a las conclusiones siguientes:

La mayoría de los médicos que ejercen su especialidad en este hospital son médicos de práctica privada que no tienen un contacto constante con las autoridades y procedimientos administrativos del hospital lo que hace difícil el control del seguimiento de la normalización del llenado y utilización del expediente clínico.

Se demostró que los expedientes clínicos carecen de la información fundamental con la que deben contar y que no cumplen con la función de ser un documento que contenga los datos más importantes para el seguimiento de los pasos diagnósticos, de tratamiento, procedimientos y resultados de la atención médica.

Como se mencionó, el expediente clínico es un documento legal que puede ser utilizado no únicamente con los fines de procedimientos médico, sino inclusive como prueba de mala práctica o negligencia médica, con la cual el paciente tiene derecho a reclamar con datos fidedignos al proceder médico.

Cuando las autoridades del Hospital Satélite conocieron los resultados del sondeo de sus expedientes, se preocuparon de manera tal que inmediatamente se convocó a una reglamentación y normalización de los nuevos expedientes, y convocó a su equipo médico a la concientización de la importancia del llenado correcto de todos los formatos que contiene el expediente clínico. A pesar de esto no concluyeron en la formación de un comité de evaluación del expediente clínico como está normalmente normalizado por la reglamentación de los servicios de salud de la República Mexicana y valdría de nuevo hacer el estudio un año después para conocer si su estrategia surtió el efecto deseado.

## 12.- COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

En el hospital la parte organizacional queda descuidada y en ocasiones trabajan los servicios de salud sin una reglamentación y normatización adecuada para su propio beneficio.

Los resultados que se plantean fueron sin embargo tomados en cuenta por los tomadores de decisiones, quienes inmediatamente aplicaron medidas que reforzaron las situaciones diagnosticadas como observaciones, al mejoramiento de las mismas. Esto significaría una nueva autoevaluación para conocer el grado de avance en el mejoramiento de la calidad de los servicios, en un estudio longitudinal.

Tomando en cuenta el método de Matriz TOWS para el análisis de la situación del hospital evaluado se recomienda la siguiente estrategia:

- La estrategia ST (F-A) Así el hospital puede usar sus fuerzas tecnológicas, financieras, administrativas o de mercadotecnia para enfrentar las amenazas de los hospitales competidores del área.
- La posición más deseable es cuando el hospital puede usar sus fuerzas para aprovechar las oportunidades en este caso el de autoevaluación previo a la certificación. Un Hospital certificado aumenta su posibilidad de aumentar sus recursos, su calidad y su prestigio (estrategia SO) (F-O)

Los problemas detectados mediante el modelo de Auditoría médica organizacional hospitalaria el cual concluye en un diagnóstico situacional del hospital evaluado son las debilidades que procurarán superarlas y convertirlas en fuerzas. Si enfrentan amenazas, las sortearán de modo que puedan concentrarse en las oportunidades.

factores internos factores externos	<b>Fuerzas internas S (F)</b> Ventajas en administración, operaciones, finanzas Mercadotecnia, investigación y desarrollo, ingeniería. Equipamiento Nivel médico alto	<b>Debilidades internas W (D)</b> Falta de capacitación en gerencia Falta de normatización de los servicios, Sin control en el llenado del expediente clínico. Carencia de comités
<b>Oportunidades externas (O)</b> Proceso de certificación de hospitales. Aumento del número de aseguradoras médicas contratantes, Adquisición de equipo médico de alta tecnología.	<b>Estrategia SO (FO)</b> Maximaxi Potencialmente la estrategia más exitosa que utiliza las fuerzas de la organización para aprovechar las oportunidades.	<b>Estrategia WO (DO)</b> Minimax Por ejemplo, estrategias de desarrollo para superar debilidades con el fin de aprovechar las oportunidades.
<b>Amenazas externas (T)</b> Aumento en el número de demandas por negligencia médica. Aumento del número de hospitales similares en el área, Problemas para permisos de construcción para ampliaciones futuras.	<b>Estrategia ST (FA)</b> Maximin Por ejemplo, uso de debilidades para enfrentar las amenazas o para evitarlas.	<b>Estrategia WT (DA)</b> Minimin Por ejemplo, contracción, liquidación o empresa conjunta.

## 13.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Escudero Pedro A1995 Preparando gerentes de servicios de salud para un mundo cambiante. ¿Cuál es nuestro papel? Administración en Salud No 26 año IX, marzo Santiago de Chile
- 2 - Secretaría de Salud1993 Encuesta Nacional de Unidades Médicas Hospitalarias Privadas. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación , México,
- 3 - Corderam PA, Benrith M 1993 Administración pública En administración de sistemas de salud México 244-47,252-59,269-73.
- 4 -Secretaría de Salud 1992, Boletín Sectorial de Evaluación de los Servicios de Salud, Nov. Dic Vol.1 No
5. - Secretaria de Salud 1995 Manual de Organización Funcionamiento de Unidades Hospitalarias de segundo Nivel México, Mayo
- 6 - Secretaría de Salud1996 Manual de Evaluación del Proceso de descentralización de los Servicios de Salud Primera etapa ( coordinación programática.) México,
- 7 - Secretaría de Salud1999 Sistema de Información de los Institutos Nacionales de Salud México
- 8 - Secretaría de Salud 1995 Subsecretaría de Planeación Institutos de salud del estado de México Colección de Manuales Hospital General de 144 camas O.M.S. Manual de Auditoría Médica México
- 9 - Secretaría de Salud Subsecretaría de Servicios de Salud Dirección General de regulación de los Servicios de Salud Departamento de Auditoría Médica. Subdirección de Normas de Servicios de atención Hospitalaria 1995 Programa de actividades México,
- 10 - Scanlan KD. 1988 Autoridad, responsabilidad y compromiso. En: Principios de dirección y conducta organizaciones I Limusa, México
- 11 - IMSS Centro de Formación de Profesores J E I1986 Guión Operativo de un manual de Organización México, IMSS Mecanograma no publicado 1-7
- 12 - Dirección general de Salubridad en el D.F1987 Funciones de los directivos de Servicios de salud Mecanograma no publicado DDF México
- 13 - Fundación Mexicana para la Salud 1993 El sector Privado en la prestación y en el financiamiento del Sistema mexicano de Salud
- 14 - Olmsted Teisberg Elizabeth, Porter E Michael et. Al 1994 Making Competition in Health Care Harvard Business review July- August
- 15 - Organización Panamericana de la Salud. OMS Federación Latinoamericana de Hospitales1992 La Garantía de Calidad . Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe Enero
16. - Jebe William F Garantía de la calidad en los hospitales de Estados Unidos. Salud Pública Ex 1994, 32: 131-137
- 17 Donabedian A1992 La calidad de la atención médica La Prensa Médica Mexicana, S A México
- 18.- Martínez Ortega J R 1990, et al. Evaluación de la calidad de la atención medica en un hospital Pediatrico. Gaceta Med Del Insti Sal Edo Mex. Vol 1 Enero-Mar 1991.
- 19 - Laguna Calderón J Salinas Oviedo C 1990 Mejoría de la calidad de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal Salud Pública Mex , 32 221-224
- 20 - Barra R. 1987Círculos de Calidad en operación. Estrategia práctica para aumentar la productividad y las utilidades. México, De. MC Gran Hill:58-169
- 21.- O'egasari E. 1988 Gerencia japonesa y círculos de participación. Experiencias en América Latina Colombia, ed Norma 27-61
- 22.- Dirección General de Servicios de Salud del D.D.F Dirección de enseñanza e investigación 1993 Instructivo para los comités de mejoría de la calidad de Unidades Hospitalarias. Mecanograma No publicado México.
- 23 - Aguirre-Gas H 1990 Evaluación de la calidad de la atención médica Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas Salud Pública Mex , 32:170-180.
- 24 - Ruf de Chavez M Et al. 1994 Sector Salud Grupo básico Interinstitucional de Evaluación para la salud Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud, Revista de Salud Pública Mex ; 32 156-169
- 25 -Instituto Mexicano del Seguro Social Subdirección General Médica Auditoría Médica 1992 Instrucciones médicas y médico- administrativas.

26. - Instituto de Seguridad y servicios Sociales para los trabajadores del Estado. Subdirección Médica 1985. Evaluación del Expediente Clínico en Unidades Médicas .
- 27 - Cárdenas de la Peña E 1994 Servicios Médicos del IMSS Doctrina e historia Capítulo VI, Sistemas o procedimientos Auditoría Médica IMSS 1974,305
- 28 - Durán-González L 1992 Eficiencia en la prestación de servicios de salud. Salud Pública Mex ;34 (suplemento) 46-61
- 29 - Frenk J 1992: Integración de la prestación de los servicios de salud Salud pública Mex. 34 (suplemento) 85-104.
30. -Ruelas barajas E 1992 Hacia una estrategia nacional de garantía de calidad De los conceptos a las acciones Salud Pública Mex ,34(suplemento).65-73
- 31 -Donabedian A Wheeler J Wyszewianski L 1982, Quality, cost and health. an integrative model Med Care 1982,XX (10).975-992
- 32 -Frenk J., Ruelas E, Donabedian A 1989, Staffing and training aspects of hospital management. some issues for research Med Care Rev 42(2) : 189-219.
33. -Donabedian A 1980 Methos for deriving criteria for assesing the quality of medical care Med Care rev,37(7):653-694
34. -Valdés C Políticas de salud en México Una visión global México D F: UNAM,1990.
35. - Waiton Mary 1989. Como administrar con el método Deming 7a Reimpresión Ed Norma Colombia
- 36 -Peter H. Freeman H 1989 Evaluación Un enfoque sistemático para programas sociales Rossi Ed Trillas México
- 37 -Clifford Atkinson 1990 Administración de Hospitales Fundamentos y evaluación del servicio Hospitalario De Trillas. S A de C V México 1988 39 - San Martín Pastor V Economía de la Salud. De Interamericana MC Graw Hill México
- 38 -Diadky-GN 1994 . The optimization of the management of a general hospital Voen-Med-Zh Oct (10) 13-6 Russia
39. - Hickie-JB 1995 Success of a new health administration strategy The patient-focused institute with a tripartite management Med-J-Aust Sep 5, 161(5) 324
- 40 - Turcios-MI, Gonzalez G, Sanchez A, Salazar M, Morales C 1995 Straregic administration of the development of human resources in health aystems Salud Pública, PASCAP/OPS, Nicaragua Educ Med En Salud 1994 JAN-Mar, 27 (1) 82-92
41. - Bitar OJ 1995 Hospital organizational structure. Instituto Dante Pazzanese de Cardiología, Sao Paulo Rev Assoc Med Bras Apr -Jun, 40 (2) 81 -4
- 42 - Simpson J 1996 Doctors and management why bother? British Association of Medical Managers, Barnes Hospital, Cheddle, Cheshire BMJ Bec 3, 309 (6967) : 1505-8
43. - Czerenda A.J. ,BestL. 1998 Trying it all together integrating a hospital-based health care system through case management education J-Case- Manag. Summer , 3 (2): 69-73,
- 44 - Kivimaki M 1997 Contributors to satisfaction with management in hospital wards. J Nurse Manag Sep , 2 (5) 229-34
- 45 - Tahan HA ,Cestz TG 1997 Developing case management plans using a quality improvement model. Beth Israel Medical center, New York, NY. Jounra Nurs Adm. Dec, 24 (12) 49-58
46. - Davis-SL, Adams-Greenly M 1998 Integrating patient satisfaction with quality improvement program. Vassar brothers Hospital, Poughkeepsie, NY J Nurs Adm Dec 24 (12) 28-3
- 47 - Mac donald AS 1998 Integrating management of physician groups and hospitals Top Health Care Financ Summer, 20 (4) 48-54
48. - Merry MD 1998 Shared leadership in health care organizations University of New Hampshire Top Health Care Financ Summer ,20 (4).26-38

# ANEXOS

## APÉNDICE A

- INSTRUMENTO 1. CÉDULA DE EVALUACIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA ORGANIZACIONAL HOSPITALARIA
- INSTRUMENTO 2. EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO
- INSTRUMENTO 3. DESARROLLO GERENCIAL DE LOS DIRECTIVOS DE SERVICIOS DE SALUD
- INSTRUMENTO 4. CUESTIONARIOS DE OPINIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
  - A) A USUARIOS
  - B) A TRABAJADORES

## APÉNDICE B

GRÁFICAS DE EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO



2.- GOBIERNO HOSPITALARIO	SI	NO	TIEMPO	GRADOS ACADEMIC	INSTITUCION
2.1 DIRECTOR					
2.1.1 CON CONOCIMIENTOS EN ADMINISTRACION DE HOSPITALES O DE SERVICIOS DE SALUD RECONOCIDOS					
2.1.2 CON EXPERIENCIA EN ADMINISTRACION DE HOSPITALES O SERVICIOS DE SALUD					
2.1.3 PRESTIGIO PROFESIONAL (RECOMENDABLE)					
2.1.4 CAPACIDAD DE EJERCER LIDERAZGO					
2.1.5 PERMANECE UN MÍNIMO DE 6 HORAS EN EL HOSPITAL					
2.1.6 CUENTA CON DIAGNOSTICO SITUACIONAL ACTUALIZADO DEL HOSPITAL					
2.1.7 TIENE IDENTIFICADOS LOS OBJETIVOS DE LA DIRECCION					
2.1.8 CUENTA CON MANUAL DE ORGANIZACION DEL HOSPITAL ACTUALIZADO					
2.1.9 CUENTA CON PROGRAMA DE TRABAJO DE LA DIRECCION ACTUALIZADO					
2.1.10 CUENTA CON MANUALES DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS ACTUALIZADOS					
2.1.11 CUENTA CON INSTRUCTIVOS DE OPERACION MEDICOS ACTUALIZADOS					
2.1.12 CUENTA CON PROGRAMA Y COMITE PARA LA EVALUACION Y EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA ACTUALIZADOS					
2.2.1 CUERPO DE GOBIERNO					
2.2.1.1 JUNTA DIRECTIVA					
2.2.1.1.1 DIRECTOR					
2.2.1.1.2 SUBDIRECTOR					
	SI	NO	TIEMP	GRADO ACADEMIC	INSTITUCION
2.2.1.1.3 ADMINISTRADOR					
2.2.1.1.4 JEFES DE SERVICIOS O DEPARTAMENTOS					
2.2.1.1.4.1 CONSULTA EXTERNA					
2.2.1.1.4.2 CIRUGIA					
2.2.1.1.4.3 GINECOBSTERICIA					
2.2.1.1.4.4 MEDICINA INTERNA					
2.2.1.1.4.5 PEDIATRIA					
2.2.1.1.4.6 URGENCIAS					
2.2.1.1.4.7 MEDICINA PREVENTIVA					
2.2.1.1.4.8 LABORATORIO CLINICO					
2.2.1.1.4.9 RADIOLOGIA IMAGENOLOGIA					
2.2.1.1.4.10 ANESTESIOLOGIA					
2.2.1.1.4.11 ENFERMERIA					
2.2.1.1.4.12 REGISTROS HOSPITALARIOS					
2.2.1.1.4.13 FARMACIA					
2.2.1.1.4.14 TRABAJO SOCIAL					
2.2.1.1.4.15 DIETETICA					
2.2.1.1.4.16 UNIDAD DE RELACIONES PUBLICAS					

ADMINISTRATIVOS					
2 2 1 1 4 17 INGENIERIA Y MANTENIMIENTO					
2 2 1 1 4 18 RECURSOS FINANCIEROS Y MATERIALES					
2 2 1 1 4 19 RECURSOS HUMANOS					
2 2 1 1 4 120 SERVICIOS GENERALES					
2 2 1 2 ORGANOS CONSULTIVOS					
2 2 1 2 1 PATRONATO					
2 2 1 2 2 CONSEJO TECNICO					
2 2 1 2 3 COMITES					
2 2 1 2 3 1 AUDITORIA MEDICA					
2 2 1 2 3 2 BIO-SEGURIDAD					
2 2 1 2 3 2 CUADROS BASICOS	SI	NO	PORQUE		
2 2 1 2 3 3 ENSEÑANZA E INVESTIGACION					
2 2 1 2 3 4 ESTIMULOS Y SANCIONES					
2 2 1 2 3 5 ETICA					
2 2 1 2 3 6 EVALUACION TECNICO-ADMINISTRATIVA					
2 2 1 2 3 7 INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS					
2 2 1 2 3 8 SEGURIDAD E HIGIENE LABORAL					
2 2 1 FORMULA Y ESTABLECE POLITICAS DE FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL					
2 2 2 DEFINE Y APRUEBA PROGRAMAS Y ATRIBUCIONES DE LOS SERVICIOS					
2 2 3 EVALUA EL DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS					
2 2 4 INTEGRADO POR LOS JEFE DE LOS DEPARTAMENTOS					
MEDICOS, PARAMEDICOS, ADMINISTRATIVOS Y GENERALES					
2 2 5 PATRONATO, CONSEJO O JUNTA DIRECTIVA					
2 2 6 PARTICIPAN EN LAS DECISIONES TRASCENDENTES QUE AFECTAN AL HOSPITAL					
2 2 7 A SU CRITERIO REQUIERE AL DIRECTOR JUSTIFICACION DE SU DESEMPEÑO					
2 2 8 COMITES TECNICO- MEDICOS DE APOYO A LA DIRECCION					
OBSERVACIONES					
3.- ORGANIZACION					
(ANEXAR DOCUMENTOS)					
3 1 ORGANIGRAMA					
3 2 MANUALES DE ORGANIZACION					
3 3 MANUALES DE PROCEDIMIENTOS					
3 4 DEPARTAMENTALIZACION					
OBSERVACIONES					
SI	NO	PORQUE			

4 - FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ANUAL	TOTAL
41 PRODUCTIVIDAD DEL HOSPITAL					
42 RECURSOS HUMANOS					
421 v MEDICOS LEGALMENTE AUTORIZADOS (MATUTINOS/VEPERTINOS/NOCTURNOS) M/N	MATUTINO	VEPERTINO	NOCTURNO	SAB-DOM-FESTIVO	TOTAL
42.1.1 GENERALES					
42.1.2 ESPECIALISTAS					
42.1.3 CON DIPLOMA DE ESPECIALIDAD RECONOCIDA					
42.1.4 ESPECIALISTAS CERTIFICADOS POR LOS CONSEJOS					
42.1.5 ODONTOLOGOS					
42.1.6 PSICOLOGOS					
42.1.7 QUIMICOS					
42.1.8 ENFERMERAS TITULADAS (E/G/A)					
42.1.9 DIETOLOGA TITULADA					
42.1.10 TRABAJADORAS SOCIALES TITULADAS					
42.1.11 TECNICOS (ESPECIFIQUE)					
42.1.12 ADMINISTRATIVOS (especifique)					
43 FUNCIONAMIENTO	SI	NO		PORQUE	
43.1 EL MEDICO TRATANTE VISITA POR LO MENOS UNA VEZ AL DIA AL PACIENTE HOSPITALIZADO Y EXISTE EL REGISTRO EN EL ESPEDIFNTE					
43.2 EL MEDICO TRATANTE VISITA AL PACIENTE HOSPITALIZADO TANTAS VECES SE REQUIERA Y REG EXP					
43.3. LOS CASOS PROBLEMA SE DISCUTEN CUANDO MENOS CADA 7 DIAS Y SE REGISTRA EN EL EXP					
43.4 HAY UN MEDICO DE BASE LAS 24 HRS DEL DIA PARA ATENDER URGENCIAS DE LOS HOSPITALIZADOS					
ENFERMERIA (M/N/N/F)	especialista / /	titulada / /	auxiliar / /		
PARAMEDICOS	QFB / /	tecnico laboratorio / /	trabajo social / /	otros especifique / /	
ADMINSITRATIVOS	archivo / /	recepconis / /	secret / /	contaduria / /	
NORMAS DE FUNCIONAMIENTO	SI	NO	No	completas	cuales faltan
432 NÚMERO DE CONSULTORIOS GENERALES O DE ESPECIALIDADES (especifique)	No/ espec	No/ espec	No/ espec	No/ espec	TOTAL
ESPECIALIDADES BASICAS CIRUGIA, GINECOBSTERICIA MEDICINA INTERNA PEDIATRIA					
ESPECIALIDADES COMPLEMENTARIAS DERMATOLOGIA, ESTOMATOLOGIA OFTALMOLOGIA					

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA OTROS (ESPECIFICAR)	MEDICINA INTERNA	CIRUGIA GENERAL	GINECOBSTERIA	PEDIATRIA	OTROS
4321 HORAS TOTALES DE ESPECIALISTA EN CONSULTORIO DE CONSULTA EXTERNA POR SEMANA	SI No	NO No	FUNCIONA No	NO FUNCIONA No	TOTAL
4321 RECURSOS MATERIALES (numero y condiciones)					
43211 MUEBLES DE CONSULTORIO COMPLETOS					
43212 EQUIPO E INSTRUMENTAL COMPLETO					
433 LA CITAS DE MEDICINA GENERAL SE OTORGAN EL MISMO DIA					
434 LAS CITAS DE ESPECIALIDADES SE ENTREGAN CON UN MAXIMO DE TRES DIAS					
435 PRODUCTIVIDAD	DIARIAS	MENSUAL	SEMESTRAL	ANUAL	%
4351 CONSULTAS TOTALES PROGRAMADAS					
4352 CONSULTAS DE PRIMERA VEZ					
4353 CONSULTAS SUBSECUENTES					
4354 CONSULTAS POR ESPECIALIDAD Y RECURSO					
4355 EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO					
4356 EXAMENES RADIOLOGICOS					
4357 ORDENES QUIRURGICAS	DIARIO	MENSUAL	SEMESTRAL	ANUAL	%
4358 ATENCION DEL PARTO					
4359 ORDENES PARA CIRUGIA OBSTETRICA					
44. SERVICIO DE URGENCIAS	SI	NO		PORQUE	
441 AREA PROPIA					
442 ACCESIBILIDAD FACIL					
443 NUMERO DE CONSULTORIOS					
444 NUMERO DE CUBICULOS DE CURACIONES					
445 AREA DE OBSERVACION Y NUMERO DE CAMAS (5-8% DEL TOTAL DE CAMAS DE MEDICINA INTERNA Y CIRUGIA DE ACUERDO A DEMANDAS)					
446 AREA DE URGENCIAS PEDIATRICAS					
447 AREA DE OBSERVACION Y NUMERO DE CUNAS PEDIATRICAS (IGUAL AL 30% DEL TOTAL DE LAS CAMAS DE PEDIATRIA)					
448 AREA DE REHIDRATACION					
449 SUCCION DE PARED EN TODO EL SERVICIO					
4410 OXIGENO FIJO EN TODO EL SERVICIO					
4411 EQUIPO PARA REANIMACION CARDIACA	SI No	NO	TOTAL MENS	TOTAL ANUAL	
4412 SE ATIENDEN URGENCIAS MEDICAS NIÑOS/ ADULT	/	/	/	/	
4413 SE ATIENDEN URGENCIAS QUIRURGICAS NIÑOS/ADULTOS	/	/	/	/	
4414 SE VERIFICA EL TIEMPO PROMEDIO TRANSCURRIDO ENTRE LA LLEGADA DEL PACIENTE Y EL MOMENTO QUE ES ATENDIDO	SI	NO	TIEMP		

	SI-No	NO-No			TOTAL
4 4 15 MEDICOS ESPECIALISTAS POR TURNO EN GUARDIA ACTIVA					
4 4 16 PERSONAL CON CURSOS ACREDITADOS PARA EL MANEJO DE URGENCIAS MEDICO QUIRURGICAS					
4 4 16 1 MEDICOS DE ADULTOS M/ V/ N/ Fest.	/ /	/ /	/ /	/ /	
4 4 16 2 MEDICOS DE MENORES M/V/ N / Fest	/ /	/ /	/ /	/ /	
4 4 16 3 ENF GENEERALES/ ENF AUXILIARES M/V/N/F	/ /	/ /	/ /	/ /	
4 4 16 4 TRABAJADORAS SOCIALES M/V/N/ F	/ /	/ /	/ /	/ /	
4 4 16 5 MEDICOS BECARIOS (CATEGORIA) M/V/N/F	/ /	/ /	/ /	/ /	
	Si a b	NO a b			
4 4 17 MEDICOS ESPECIALISTAS DE APOYO EN GUARDIA ACTIVA (a) O EN DISPONIBILIDAD POR LLAMADA (B)					
4 4 17 1 SE CLASIFICAN LAS URGENCIAS PARA PRIORIZAR LA ATENCION POR LOS MEDICOS					
4 4 18 SE MANTIENE EN OPERACION EL SERVICIO LAS 24 HR					
4 4 19 CUENTA CON EL APOYO DE LABORATORIO					
4 4 20 CUENTA CON EL APOYO DE GABINETE					
4 4 21 CUENTA CON EL APOYO DE RADIOTERAPIA					
	SI	NO		CANTIDAD	TOTAL
4 4 22 CUENTA CON EQUIPO DE TRAUMATOLOGIA, MATERIAL , EQUIPO Y MEDICAMENTOS DE URGENCIA					
4 4 22 1. CARRO ROJO COMPLETO					
4 4 22 2 DESFIBRILADOR					
4 4 22 3 ESTETOSCOPIOS					
4 4 22 4 ESFIGNOMANOMETROS					
4 4 22 5 ESTUCHES DE DIAGNOSTICO					
4 4 22 6 MONITORES					
	SI	NO		CANTIDAD	TOTAL
4 4 22 7 VENTILADORES					
4 4 22 8 EQUIPO DE CURACION Y SUTURAS					
4 4 22 9 VENOCCLISIS Y MEDICAMENTOS					
4 4 22 10 OTROS ( ESPECIFIQUE)					
4 4 23 CUENTA CON REGISTRO DE PACIENTES QUE INGRESAN AL SERVICIO Y A OBSERVACION					
4 4 24 CUENTA CON AMBULANCIA PARA EL TRASLADO DE PACIENTES LAS 24 HRS DEL DIA					
4 4 25 CUENTA CON LOS MANUALES DE FUNCIONAMIENTO, PROTOCOLOS DE MANEJO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DE URGENCIAS Y SE CONOCEN POR TODO EL PERSONAL OBSERVACIONES					

4.6. HOSPITALIZACION	CON OXIGENO	CON SUCCION	CON POSICIONES	FACILES DE DESPLAZARSE	TOTAL
451 NUMERO DE CAMAS CENSABLES					
452 NUMERO DE CAMAS NO CENSABLES					
453 PORCIENTO DE OCUPACION TOTAL ANUAL					
454 PRODUCTIVIDAD POR SERVICIO	No DE CAMAS	DIAS CAMA	DIAS PACIENTE	% OCUPACION	DIAS DE ESTANCIA PROMEDIO
4541 CIRUGIA					
45411 UROLOGIA					
45412 NEUROCIRUGIA					
45413 OTORRINOLARINGOLOGIA					
45414 OFTALMOLOGIA					
45415 CIRUGIA BUCO-DENTO-MAXILAR					
45416 CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA					
45417 CIRUGIA PEDIATRICA					
45418 ONCOCIRUGIA					
45419 GASTROQUIRURGICA					
454110 PROCTOLOGIA					
454111 CIRUGIA CARDIOVASCULAR					
454112 CIRUGIA GINECOLOGICA					
454113 CIRUGIA OBSTETRICA					
45415 TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia					
4542 GINECOBSTETRICIA					
45421 GINECOLOGIA					
45422 OBSTETRICA					
4543 MEDICINA INTERNA					
45431 CARDIOLOGIA					
45432 ENDOCRINOLOGIA					
45433 GASTROENTEROLOGIA					
45434 NEUMOLOGIA					
45435 ONCOLOGIA					
45436 NEFROLOGIA					
45437 DERMATOLOGIA					
45438 INFECTOLOGIA					
45439 PSIQUIATRIA					
4544 PEDIATRIA					
4541 NEONATOLOGIA					
4542 LACTANTES					
4543 PREESCOLARES					

4544	ESCOLARES					
4544	OTRAS					
455	NUMERO DE PERSONAL MEDICO POR TURNO	MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO	SAB-DOM-FESTIVOS	TOTAL
451	MEDICOS ADSCRITOS					
452	MEDICOS BECARIOS ( CATEGORIA)					
453	ENFERMERIA (CATEGORIA)					
453	PARAMEDICOS (ESPECIFIQUE)					
456	HORARIO DE VISITA MEDICA ( HORA)					
		JEFE SERVICIO	ADSCRITOS	RESIDENTES	INTERNOS	ENFERMERAS
4561	EFFECTUAN LA VISITA MEDICA RUTINARIA					
4562	REVISAN CONJUNTAMENTE LOS CASOS PROBLEMA					
		SI	NO		PORQUE	
457	EXISTEN CRITERIOS DE MANEJO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL SERVICIO PARA LOS PADECIMIENTOS MAS FRECUENTES					
4571	SE REALIZA VALORACION CARDIOLOGICA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS					
4572	SE REALIZA VALORACION PREANESTESICA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS					
457	RUTINAS DE MANEJO PARA PACIENTES AISLADOS					
458	ES SUFICIENTE LA CALIDAD Y CANTIDAD DE SUMINISTROS DE	CANTIDAD SI/ NO	CALIDAD SI/ NO		PERIODICIDAD DE ABASTO	SUFICIENTE SI/NO
4581	MEDICAMENTOS					
4582	SOLUCIONES					
4583	MATERIAL DE CURACION					
4584	ROPA					
459	CONTROL DE MEDICAMENTOS	ENFERMERIA	FARMACIA	BODEGA	OTRO	
4510	CONTROL DE ROPA	CEYE	LAVANDERIA	ENFERMERIA		
		SI	NO		PORQUE	
4511	SE REALIZA ASEO EXHAUSTIVO PERIODICO					
4512	EXISTEN RUTINAS PARA EL MANEJO DE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS SEPTICOS Y NO SEPTICOS					
		SI	NO	No	FUNCIONA	NO FUNCIONA
4513	CENTRAL DE ENFERMERAS ACCESIBLE					
4514	AREAS DE RESGUARDO DE MATERIAL EQUIPO Y MEDICAMENTOS					
4515	BAÑOS PARA PACIENTES Y PERSONAL					

45 16 AREA PEDIATRICA Y NEONATOLOGIA	SI/No	NO	FUNCIONAN No	NO FUNCIONANNo	TOTAL
45.16.1 CUNAS PARA RECIEN NACIDOS NORMALES					
45 16 2 ESPACIOS PARA RN GRAVES DE SALUD					
45 16 3 INCUBADORAS					
45 16 4 EQUIPOS DE FOTOTERAPIA					
45 16 5 EQUIPOS ASISTENCIA VENTILATORIA					
45 16 6 EQUIPOS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR	SI	NO	No	FUNCIONA	NO FUNCIONA
45 16 7 CUNAS PARA LACTANTES HOSPITALIZADOS					
45 16 8 CAMAS PARA MENORES					
45 16 9 PERSONAL MEDICO	MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO	SAB-DOM-FESTIVOS	TOTAL
45 16 9 1 NEONATOLOGOS					
45 16 9 2 PEDIATRAS					
45 16 9 3 BECARIOS (CATEGORIA)					
45 16 9 4 ENFERMERAS PEDIATRICAS					
45 16 9 5 ENFERMERAS INTENSIVISTAS					
	SI	NO	No	FUNCIONA	NO FUNCIONA
45 16 10 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES					
45 16 10 1 INCUBADORA					
45 16 10 2 MONITOREO					
45 16 10 3 VENTILADOR RESPIRATORIO					
45 16 10 4 CARRO ROJO					
45 16 10 5 EQUIPOS DE INFUSION DE MEDICAMENTOS					
45 16 10 6 OXIGENO DE PARED					
45 16 10 7 SUCCION DE PARED					
45 16 10 8 MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS					
45 16 10 9 MATERIAL DE CURACION ESPECIALIZADO					
45 17 AREA DE GINEOBSTETRICIA	GINEOBSTETRICAS	PERINATOLOGOS	ANESTESIOLOGOS	BECARIOS (categoria)	ENFERMERA (categoria)
45 17 1 PERSONAL MEDICO M/V/N/F	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
	SI	NO	ADECUADA	NO ADECUADA	
45 17 2 CUENTA CON AREA DE VALORACION INICIAL ACCESIBLE Y SUFICIENTE					
45 17 3 CUENTA CON SALA DE LABOR (No DE CAMAS)					
45 17 4 CAMAS DE HOSPITALIZACION EN SALAS GENERALES					
	ADULTOS	PEDIATRIA	GINE-OBSTE	%	OBSERVACIONES

45 18 CAUSAS MAS FRECUENTE DE COMPLICACIONES EN HOSPITALIZACION (A= ADULTOS P= PEDIATRICOS GO= GINECOBSTE					
45 19 CAUSAS MAS FRECUENTES DE MUERTE EN EL SERVICIO (A= ADULTOS,P=PEDIATRICOS GO=GINECOBSTRICO)					
<b>4.6 AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</b>					
<b>4.6.1 TOCO QUIRURGICA</b>	SI	NO	No	ADECUADA	NO ADECUADA
46 11 AREA PARA VIGILANCIA PERINATAL DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO					
46 1 2 AREA DE TOCOQUIRUGICO (No DE SALAS DE EXPULSION)					
46 1 3 AREA PARA ATENCION DEL RECIEN NACIDO					
46 1.31 RECURSOS PARA ATENCION DE ISOINMUNIZACION					
46 1 3 2 RECURSOS PARA ATENCION DE INFECCIONES					
46 1 3 3 RECURSOS PARA ATENCION DE INSUFICIENCIA RESPIRAT					
46 1 3 4 EQUIPO DE VENTILACION ASISTIDA					
46 1 3 5 CAMILLAS DE RECUPERACION					
46 1 4 FUNCIONA CONSTANTE LAS 24 HRS DEL DIA					
46 1 5 ATENCION MEDICA OBSTETRICA					
46 1 6 SE TOMAN EN CUENTA LA ATENCION PRENATAL					
46 1 7 SE LLENA SISTEMATICAMENTE EL PARTOGRAMA					
46 1 8 EXISTEN CRITERIOS PARA LA ATENCION OBSTETRICA					
46 1 9 EXISTEN CRITERIOS PARA INDICACION CESAREA					
46 1 10 PROGRAMA PUERPERIO BAJO RIESGO					
46 1 11 PROGRAMA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO					
46 1 12 MANEJA PROGRAMA DE LACTANCIA MATERNA					
	GINECOBS	PEDIATRA	RESID	INTERNO	ENFERMERA
46 1 13 QUIEN ATIENDE EL PARTO (ESPECIFIQUE)					
46 1 14 QUIEN VALORA AL RECIEN NACIDO	SI	NO	LA MADRE	RECIEN NACIDO	OBSERVACIONES
46 1 15 METODO SISTEMATICO DE IDENTIFICACION					
46 1.16 SUFICIENTES RECURSOS PARA LA ATENCION					
46 1 17 APOYO DE HEMOTERAPIA					
	EUTOCICOS	DISTOCICOS	CESAREAS		TOTAL
46 1 18 PROMEDIO NACIMIENTOS ATENDIDOS/MES					
46 1 19 COMPLICACIONES MAS FRECUENTES %					
<b>4.6.2 QUIROFANOS</b>					
46 2 1 PERSONAL MEDICO M/N/N/F.	CIRUJANOS	RESIDENTES	INTERNOS	ENFERMERAS ESP/GRLS	TOTAL M/E
	/ / /	/ / /	/ /	/ / /	/ / /

4522 AREA QUIRURGICA	SI / NO	NO /NO	FUN CIONA	NO FUNCIONA	TOTAL
4523 QUIRUFANOS CON CIRCULACION RESTRINGIDA					
4624 SALAS DE OPERACIONES					
4625 VESTIDORES INDEPENDIENTES FEM Y MASC					
4626 AREA DE LAVADO QUIRURGICO					
4627 MESAS QUIRURGICAS					
4628 LAMPARAS QUIRURGICAS					
4629 EQUIPOS DE ANESTESIA POR SALA					
46210 EQUIPOS DE MONITORIZACION DEL PACIENTE					
46211 SETS DE CIRUGIA DE ESPECIALIDADES					
46212 EQUIPOS DE RADIOLOGISTICO ESPECIALID					
46213 MATERIAL QUIRURGICO SUFICIENTE					
46214 ROPA QUIRURGICA Y DE QUIRUFANO SUFICIENTE					
46215 BUEN CONTROL C E Y F - QUIRUFANO					
46216 SALAS DISPONIBLES PARA URGENCIAS					
46217 ASEO Y DESINFECCION DE SALAS INTENSIVO					
46218 MANTENIMIENTO DE SALAS INTENSIVO					
46219 SALAS DE RECUPERACION EQUIPADAS					
46220 CONTROL DE REGISTROS QUIRURGICOS					
46221 DOS VENTANILLAS DE RECEPCION DE MATERIAL ESTERIL Y DE ENTREGA					
DE MATERIAL NO ESTERIL					
4623, ENFERMERIA DE QUIRUFANO	SI	NO		PORQUE	
46231 CUENTA CON ORGANIGRAMA DEL SERVICIO					
46232 CUENTA CON PROGRAMA DE TRABAJO ANUAL					
46233 CUENTA CON MANUAL DE PROCEDIMIENTOS					
46234 TABLERO CON DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES					
46235 VERIFICAN PROGRAMACION DE CIRUGIAS					
46236 LLEVAN CONTROL DE CIRUGIAS					
46237 VERIFICAN NOMBRE EXP Y CIRUGIA PROGRA					
46238 RESPONSABLE DEL SERV LLEVA CONTROL DE					
MEDICAMENTOS, ANESTESICOS Y SEDANTES					
46239 REALIZA CONTROL MICROBIOLOGICO DEL SERVICIO					
4624 FACILIDADES PARA ESTUDIOS HISTOPATOLOGICOS Y POSTOPERATORIOS				TIEMPO	
4625 REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y ANESTESICOS DURANTE LA					
CIRUGIA					
observaciones					
462,5, PRODUCTIVIDAD	SEMAMAL	MENSUAL	SEMES-TRAL	ANUAL	%
4627, COMPLICACIONES MAS FRECUENTES	QUIRURGI	CAS	POQUI		
4628 CAUSAS DE MUERTE MAS FRECUENTE					

462181 SE REALIZA SISTEMATICAMENTE NECROPSIA	SI	NO		PORQUE	
observaciones					
<b>4.6.3. C.F.Y.E. CENTRAL DE ESTERILIZACION Y EQUIPO</b>					
<b>4.6.3.1. PERSONAL</b>	SI	NO	No	GENERAL	TOTAL
4631 CANTIDAD DE PERSONAL CAPACITADO (M/V/N/F) G= GENERAL A= AUXILIAR E=ESPECIALISTA	/ / /	/ / /			
<b>4.6.3.2. FUNCIONAMIENTO</b>					
4632 CUENTA CON ORGANIGRAMA (ANEXAR DOCUMENTO)					
4633 CUENTA CON PROGARMA DE TRABAJO (ANEXAR)					
4634 CUENTA CON DOS VENTANILLAS UNA DE ENTREGA DE MATERIAL ESTERIL Y OTRA DE RECEPCION DE NO ESTERIL					
4635 AREA DE RECEPCION Y LAVADO					
4636 AREA DE PREPARACION Y EQUIPAMIENTO					
4637 AREA DE ESTERILIZACION Y ALMACENAMIENTO	SI No	NO No	FUN-CIONA	NO FUNCIONA	TOTAL
4638 AUTOCLAVES DE VAPOR					
4639 ESTERILIZADOR DE GAS					
46310 EL TALCO QUE SE USA ES SANITIZADO					
46311 REALIZAN ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS DEL TALCO					
46312 REALIZAN ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS DE LAS AUTOCLAVES					
46313 CON QUE LAPSO DE TIEMPO SE REALIZAN LOS ESTUDIOS DE CONTROL					
46314 HAY NORMAS PARA LA PREPARACION DEL INSTRUMENTAL Y MATERIAL QUIRURGICO					
46315 EXISTEN NORMAS PARA EL CONTROL BACTERIOLOGICO DEL INSTRUMENTAL Y EQUIPO QUIRURGICO SE CONOCEN Y SE APLICAN					
<b>4.6.3.4. PRODUCTIVIDAD</b>	DIARIA	SEMANAL	MEN-SUAL	ANUAL	TOTAL
<b>4.6.3.5. EQUIPAMIENTO</b>	SI No	NO	FUNCIONA	NO FUNCIONA	TOTAL
46351 AUTOCLAVES DE VAPOR					
46352 ESTERILIZADOR DE GAS					
<b>4.6.4. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>					
<b>4.6.4.1. PERSONAL</b>	MATUTINO	VEPERTINO	NOCTURNO	SAB-DOM-FESTIVOS	TOTAL
4641 ESPECIALISTAS					
4642 MEDICOS DE ADULTOS					
4643 MEDICOS DE MENORES					
4644 ENFERMERAS (E SPECIALIS-GENERAL-AUXILIAR)					
4645 TRABAJO SOCIAL					
4646 BECARIOS (RESIDENTES-INTERNOS)					
4647 ESPECIALISTAS DE APOYO (ESPECIFICQUE)					
4648 FUNCIONA LAS 24 HRS DEL DIA CON PERSONAL ESPECIALIZADO EN FORMA CONSTANTE	SI	NO			

4.6.4.2. EQUIPAMIENTO ( si existe terapia intensiva de menores especificar sus tambien sus

caracteristicas con la letra

P= PEDIATRICO A= ADULTOS)

SI FUNCIONAN NO FUNCION No	SI NO	DIARIA	SEMANAL	MENSUAL	ANUAL	TOTAL %
4.6.4.2.1 CAMAS INSTALADAS						
4.6.4.2.2 EQUIPOS DE MONITOREO						
4.6.4.2.3 DESFIBRILADORES						
4.6.4.2.4 EQUIPO REANIMACION C V (CARRO ROJO) COMPL						
4.6.4.2.5 EQUIPOS DE INFUSION DE MEDICAMENTOS						
4.6.4.2.6 DESFIBRILADORES						
4.6.4.2.7 EQUIPO RAYOS X PORTATIL						
4.6.4.2.8 BOMBAS DE INTUSION						
4.6.4.2.9 VENTILADOR VOLUMETRICO						
4.6.4.2.10 MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS						
4.6.4.2.11 MATERIAL DE CURACION ESPECIALIZADO						
4.6.4.2.12 MATERIAL DE CATEFERISMO						
4.6.4.2.13 CAMAS CON OXIGENO DE PARED						
4.6.4.2.14 CAMAS CON SUCCION DE PARED						
4.6.4.2.15 EQUIPO CON TANQUE DE OXIGENO						
4.6.4.2.16 EQUIPO PARA SUCCION PORTATIL						
4.6.4.17 EL MATERIAL ESTA DISPONIBLE LAS 24 HRS	SI	NO			PORQUE	
4.6.4.3. PRODUCTIVIDAD						
4.6.4.3.1 INGRESOS AL SERVICIO						
4.6.4.4 CAUSAS MAS FRECUENTES DE COMPLICACIONES						
4.6.4.5 CAUSAS MAS FRECUENTES DE MUERTE						
OBSERVACIONES						
4.6.6 ANESTESIOLOGIA						
4.6.6.1 PERSONAL						
4.6.6.1.1 MEDICOS ESPECIALISTAS ANESTESIOLOGOS						
4.6.6.1.1 MEDICOS RESIDENTES DE ANESTESIOLOGIA						
4.6.6.2. FUNCIONAMIENTO						
4.6.6.2.1 CUENTAN CON PROGRAMA DE TRABAJO ANUAL						
4.6.6.2.2 CUENTAN CON MANUALES DE FUNCIONAMIENTO						
4.6.6.2.3 APOYAN LAS 24 HORAS DEL DIA A LOS SERVICIOS						
4.6.6.2.4 SE HACE VALORACION ANESTESICA PREOPERATORIA EN TODOS LOS						
CASOS						
4.6.5.1 PERSONAL						
4.6.5.1.1 MEDICOS ESPECIALISTAS ANESTESIOLOGOS						
4.6.5.1.1 MEDICOS RESIDENTES DE ANESTESIOLOGIA						
4.6.5.2. FUNCIONAMIENTO						
4.6.5.2.1 CUENTAN CON PROGRAMA DE TRABAJO ANUAL						
4.6.5.2.2 CUENTAN CON MANUALES DE FUNCIONAMIENTO						
4.6.5.2.3 APOYAN LAS 24 HORAS DEL DIA A LOS SERVICIOS						
4.6.5.2.4 SE HACE VALORACION ANESTESICA PREOPERATORIA EN TODOS LOS						
CASOS						
TOTAL						

46525 SE REALIZA LA VIGILANCIA Y REGISTROS ANESTESICOS HASTA LA RECUPERACION ANESTESICA					
4626 ALMACEN DE DROGAS Y MEDICAMENTOS (PROCEDIMIENTO)					
4.6.5.3. EQUIPAMIENTO	SI No	NO No	FUN-CIONA	NO FUCIONA	TOTAL
4.6.5.4. PRODUCTIVIDAD	DIARIAS	SEMANAL	MENSUAL	ANUAL	TOTAL %
46541 TOTAL DE ANESTESIAS ASISTIDAS					
465411 EN QUIROFANOS					
465412 EN URGENCIAS					
465413 PEDIATRICAS					
46542 CAUSAS MAS FRECUENTES DE COMPLICACIONES EN LA ANESTESIA	%	%	%	%	TOTAL
46543 CAUSAS MAS FRECUENTE DE MUERTE POR ANESTESIA					
observaciones	g				
4.6.6 DIAGNOSTICO POR IMAGEN	SI	NO		PORQUE	
4.6.7.1. MANUALES					
46711 CUENTA CON LICENCIA VIGENTE DEL RESPONSABLE					
46712 CUENTA CON MANUALES DE PROCEDIMIENTOS					
46711 SE CONOCEN Y SE APLICAN LAS NORMAS DE SEGURIDAD RADIOLOGICA Y DE NORMAS INTERNACIONALES					
4.6.7.2 PERSONAL (No)	MAMTUTI-NO	VESPERTINO	NOCTURNO	SAB-DOM- FESTIVOS	TOTAL
46721 MEDICOS RADIOLOGOS SUBESPECIALISTAS					
46722 MEDICOS RADIOLOGOS ESPECIALISTAS					
46723 MEDICOS RESIDENTES DE RADIOLOGIA					
46724 TECNICOS RADIOLOGOS					
4.6.7.3. EQUIPAMIENTO	SI No	NO No	FUN-CIONA	NO FUNCIONA	TOTAL
46731 CUENTA CON EQUIPO PROPIO					
46732 PARA ESTUDIOS SIMPLES					
46733 PARA ESTUDIOS CON CONTRASTE					
46734 RADIOSCOPIA					
46735 INVASIVO BAJO CONTROL RADIOGRAFICO					
46736 EN HOSPITALIZACION, QUIROFANO O URGENCIAS CON EQUIPO PORTATIL					
46736 ULTRASONOGRAFIA					
46737 ECOGRAFIA					
46738 MEDICINA NUCLEAR					

46739 TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA					
467310 RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR					
* D=DIRECTO O S=SUBROGADO A -30MIN TRASLADO					
4.6.7.4. FUNCIONAMIENTO	SI	NO		PORQUE	
46741 REALIZA ESTUDIOS RADIOLOGICOS SIMPLES, CONTRASTADOS E INVASIVOS					
46742 INFORMA POR ESCRITO LAS INTERPRETACIONES					
46743 LOS RADIOLOGOS ESTAN DISPONIBLES PARA COMENTAR LAS INTERPRETACIONES CON LOS MEDICOS TRAT.					
46743 EXISTE RADIOLOGO Y TECNICO EN HORARIOS Y DIAS NO HABILES O EN CASOS DE URGENCIA					
observaciones					
4.6.7.5. PRODUCTIVIDAD	DIARIOS	SEMANA-LES	MENSUALES	ANUALES	TOTAL
46751 TOTAL DE ESTUDIOS SIMPLES REALIZADOS					
46752 TOTAL DE ESTUDIOS CONTRASTADOS REALIZADO					
46753 TOTAL DE ESTUDIOS INVASIVOS REALIZADOS					
46754 TOTAL DE ESTUDIOS ULTRASONOGRAFICOS					
46755 TOTAL DE ESTUDIOS ECOGRAFICOS					
46755 TOTAL DE TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS					
46756 TOTAL DE ESTUDIOS DE RESONANCIA MN					
46757 TOTAL DE OTROS ESTUDIOS (ESPECIFIQUE)					
46758 POCENTAJE DE ESTUDIOS SOLICITADOS POR LOS DIFERENTES SERVICIOS (ESPECIFIQUE)					
	%	%	%	%	
4676 CAUSAS MAS FRFCUENTES DE COMPLICACIONES AL USAR EL SERVICIOS (ESPECIFIQUE Y DE%)					
4.6.8 SERVICIO DE RADIOTERAPIA	PROPIO	ASOCIA-DO	NO HAY	CONTRA-TADO	TOTAL
4681 SERVICIO DE RADIOTERAPIA					
4.6.8.2. PERSONAL	SI	NO	No		
4682.1 ESPECIALISTAS EN RADIOTERAPIA CALIFICADOS					
46822 FISICO ESPECIALIZADO EN ENERGIA NUCLEAR					
46823 RADIOLOGOS CALIFICADOS					
46824 TECNICOS RADIOLOGOS					
46825 RESIDENTES					
46826 EN MEDICO Y UN TECNICO PERMANENTE EN GUARDIASACTIVAS					
46826 ENFERMERAS ESPECIALIZADAS					
4.6.8.3. FUNCIONAMIENTO	SI	NO		PORQUE	
46831 COORDINADO POR UN ESPECIALISTA					
46832 TIENEN SE CONOCEN Y SE APLICAN LAS NORMAS PARA LA SEGURIDAD RADIOLOGICA					

46832 SOLO SE APLICAN TRATAMIENTOS INDICADOS POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA					
<b>4.6.8.4. PRODUCTIVIDAD</b>	DIARIA	SEMANAL	MENSUAL	ANUAL	TOTAL
44841 TOTAL DE TRATAMIENTOS REALIZADOS					
44841 % DE TRATAMIENTOS POR ESPECIALIDAD (GINECO, SUBESPECIALIDADES DE MEDICINA INTERNA, PEDIATRIA, OTROS) (ESPECIFIQUE)					
<b>4.6.8.4. EQUIPAMIENTO</b>	SI No	NO	FUN-CIONA	NO FUNCIONA	TOTAL
observaciones					
<b>4.6.9. LABORATORIO DE ANALISIS QUIMICOS</b>	SI	NO	No		TOTAL
4691 CUENTA CON RESPONSABLE CON LICENCIA VIGENTE					
4692 CUENTA CON MANUALES DE PROCEDIMIENTOS VIG					
4693. SE CONOCEN Y SE APLICAN LAS NORMAS DE SEGURIDAD E HIGIENE DEL LABORATORIO					
CONTROL Y TOMA DE PRODUCTOS					
SECCION DE HEMATOLOGIA					
SECCION DE BIOQUIMICA CLINICA					
SECCION DE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA					
SECCION DE SEROLOGIA					
<b>4.6.9.4. PERSONAL. (No)</b>	MATUTINO	VESPERTINO	NOC-TURNO	SAB-DOM-FESTIVOS	TOTAL
46941 Q.F.B. TITULADOS ESPECIALISTAS					
46942. Q.F.B. TITULADOS					
46943. TECNICOS LABORATORISTAS					
46944. ADMINISTRATIVOS DE APOYO (ESPECIFIQUE)					
<b>4.6.9.5. FUNCIONAMIENTO</b>	HEMATOLOGIA	QUIMICA SANGUI NEA	BACTERIOLOGIA	PARASITOLOGIA INMUNOLOGIA	DETECCION DE SUSTANCIA TOXICAS
449451 SE REALIZAN LOS ESTUDIOS SIGUIENTES (X)					
	PRUEBAS CRUZADAS	SANGRE SEGURA	SEROLOGIA	CUAN TIF HORMONAS	ELECTROLITOS
	COPROS	ORINAS	OTROS	PROGRAMA NACIONAL	DE EPIDEMIOLOGIA
observaciones					

	SI	NO		PORQUE	
44952 RESPONSABLES (Q=QUIMICO P= PATOLOGO)					
44953 PROCESA SIN DELEGAR LOS ESTUDIOS					
44954 CUENTA CON APOYO DE LABORATORIO REFERENCIA					
44955 CUENTA CON PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE CALIDAD MEDICA					
44955 CUENTA CON PROCEDIMIENTOS DE CALIDAD EXTERNA					
44956 EL RESPONSABLE REALIZA PROCEDIMIENTOS DE SUPERVISION Y ASESORIA					
44947 CUENTA CON CONTROL DE REGISTROS					
44948 LOS RESULTADOS ESTAN SIEMPRE FIRMADOS					
44949 DIFERIMIENTO DE ESTUDIOS (TIEMPO)					
449410 CALIBRA PERIODICAMENTE LOS APARATOS (TIEMP)					
449411 TIENE VALORES DE REFERENCIA					
449412 HAY CONTROL INTERNO DE CALIDAD					
449413 INACTIVACION DE ESPECIMENES PREVIO AL DESECHO					
	DRENAJE	PRO VEEDOR	ALMA CEN	BASURA	OTROS
449414 ELIMINACION DE DESECHOS QUIMICOS					
449415 SE DERIVAN ESTUDIOS (CUALES)					
449415 INSUMOS OPORTUNOS	SI	NO	COM-PLETO	INCOM-PLETOS	TIEMPO EN LLEGAR
449416 INSUMOS SUFICIENTES					POR
observaciones					
<b>4.4.9.5. PRODUCTIVIDAD</b>	DIARIO	SEMANAL	MEN-SUAL	ANUAL	TOTAL
44951 TOTAL DE ESTUDIOS REALIZADOS DE					
449511 HEMATOLOGIA					
449512 ORINAS					
449513 COPROS					
449514 CULTIVOS					
449515 BACTERIOLÓGICOS Y PARASITOLÓGICOS					
449516 ESTUDIOS NO REALIZADOS					
449517 ESTUDIOS DERIVADOS					
449518 No DE ESTUDIOS POR PROMEDIO POR PACIENTE					
449519 No DE ESTUDIOS NO RECLAMADOS					
4495110 No DE PACIENTES ENVIADOS AL SERVICIO					
4495111 No DE ESTUDIOS AL MES					
<b>4.4.9.6. EQUIPAMIENTO</b>	SI No	NO No	FUN-CIONA	NO FUNCIONA	TOTAL
MESAS MICROSCOPIOS CRISTALERIA REACTIVOS MECHEROS ESTERILIZADORES					
HORNOS MEDIOS DE CULTIVO TIMERS EQUIPO DE TOMA DE MUESTRAS EQUIPO DE PUNCION, MATERIAL DE CURACION					
CUBICULOS DE TOMA DE MUESTRAS, LABORATORIOS INSTALACIONES DE GAS, AGUA Y LUZ					

observaciones					
<b>4.4.10. SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE</b>					
<b>4.4.10.1. PROCEDIMIENTOS</b>	SI	NO		PORQUE	
4.4.10.1.1 CUENTA CON MANUALES DE PROCEDIMIENTOS					
4.4.10.1.2 SE CONOCEN Y APLICAN LOS REGLAMENTOS DE BANCOS DE SANGRE					
4.4.10.1.3 A CARGO DE UN ESPECIALISTA HEMATOLOGO O PATOLOGO ESPECIALIZADO EN HEMOTERAPIA					
4.4.10.1.4 NORMATIVIDAD EN TOMA DE PRODUCTOS					
4.4.10.1.5 NORMATIVIDAD DE LABORATORIO DE SANGRE					
4.4.10.1.6 FRACCIONAMIENTO					
4.4.10.1.7 NORMATIVIDAD PARA CONSERVACION					
4.4.10.1.8. NORMATIVIDAD PARA LA APLICACION					
<b>4.4.10.2. PERSONAL</b>	MATUTINO	VESPERTINO	NOC TURNO	SAB-DOM-FESTIVOS	TOTAL
4.4.10.2.1 MEDICOS ESPECIALISTAS EN HEMOTERAPIA					
4.4.10.2.2 MEDICOS HEMATOLOGOS					
4.4.10.2.3 MEDICOS RESIDENTES (ESPECIFIQUE)					
4.4.10.2.4 MEDICOS INTERNOS					
4.4.10.2.5 ENFERMERAS ESPECIALISTAS					
4.4.10.2.6 ENFERMERAS GENERALES					
4.4.10.2.7 ENFERMERAS AUXILIARES					
4.4.10.2.8 OTROS (ESPECIFIQUE)					
<b>4.4.10.3. FUNCIONAMIENTO</b>	SI	NO		PORQUE	
4.4.10.3.1 CUENTA CON LO PROPIO DISTRIBUIDO POR FUNCIONES					
4.4.10.3.2 SALA DE ESPERA PARA DONADORES					
4.4.10.3.3 CONSULTORIOS (No)					
4.4.10.3.4 AREA DE SANGRADO A DONADORES					
4.4.10.3.5 AREA DE TRACCIONAMIENTO					
4.4.10.3.6 ALMACEN DE SANGRE					
4.4.10.3.7 OFICINA ADMINISTRATIVA					
4.4.10.3.8 CAMAS CAMILLAS PARA TRANSFUSIONES					
4.4.10.3.9 CENTRAL DE ENFERMERAS					
4.4.10.3.10 ALMACEN AREA DE TRABAJO SOCIAL					
4.4.10.3.11 LABORATORIO NUMERO DE PEINES					
4.4.10.3.11.1 SEROLOGIA					
4.4.10.3.11.2 INMUNOLOGIA					
4.4.10.3.11.3 COAGULACION					
4.4.10.3.11.4 CONTROL DE CALIDAD					
4.4.10.3.11.4 ESTUDIOS ESPECIALES					
4.4.10.3.12 COMEDOR PARA DONADORES					

4 4 10 3 13 FUNCIONAMIENTO DENTRO DE LA NORMATIVIDAD DETERMINADA POR EL CENTRO NACIONAL DE TRANSFUSION SANGUINEA					
4 4 10 3 14 FUNCIONA CONSTANTE LAS 24 HRS DEL DIA					
4 4 10 3 15 CUENTA CON REGISTRO DE DONADORES Y RECEPTORES DE SANGRE O SUS FRACCIONES					
4 4 10 3 15 EL 100 % DE LOS DONADORES SON SUJETOS A EXAMENES MEDICOS Y DE LABORATORIO QUE GARANTICEN SEGURIDAD PARA EL DONADOR Y TRSFUSION SIN RIESGO DE REACCION O TRNSMISION DE ENFERMEDADES					
4 4 10 3 16 EXISTEN NORMAS PARA EXTRAER, PROCESAR CLASIFICAR,ALMACENAR, CONTROLAR Y CONSERVAR LA SANGRE Y SUS DERIVADOS					
4 4 10 3 17 PROVEE SANGRE Y SUS DERIVADOS, PREVIA JUSTIFICACION, CONFORME NORMATIVIDAD VIGENTE					
4 4 10 3 17 REALIZA EVALUACION INMEDIATA DE LAS REACCIONES TRANSFUSIONALES					
observaciones					
<b>4.4.10.4. EQUIPAMIENTO</b>	SI No	NO	FUN CIONA	NO FUNCIONA	TOTAL
<b>4 4.10.6 PRODUCTIVIDAD</b>	DIARIA	SEMANAL	MEN-SUAL	ANUAL	TOTAL
OBSERVACIONES					
<b>4.4.11 SERVICIO DE REHABILITACION</b>	SI	NO		PORQUE	
4 4 11 1 CUENTA CON NORMAS DE OPERACION SE CONOCEN Y SE APLICAN					
4 4 11 1 SE UTILIZAN CRITERIOS DE EVALUACION ESTABLECIDOS PARA TERAPIAS ESPECIFICAS					
	MATUTINO	VESPERTINO	NOC-TURNO	SAB-DOM-FESTIVOS	TOTAL
<b>4.4.11.2. PERSONAL</b>					
4 4 11 2 1 MEDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACION					
4 4 11 2 2 MEDICOS FISIOTERAPEUTAS					
4 4 11 2 3 MEDICOS RESIDENTES					
4 4 11 2 4 INTERNOS					
4 4 11 2 5 ENFERMERAS ESPECILIZADAS					
4 4 11 2 6 ENFERMERAS GENERALES					
4 4 11 2 7 ENFERMERAS AUXILIARES					
4 4 11 2 8 TECNICOS FISIOTERAPEUTAS					
4 4 11 2 9 OTROS (ESPECIFIQUE)					
<b>4.4.11.3 FUNCIONAMIENTO</b>	PROPIO	ASOCIA-DO		CONTRATADO	
4 4 11 3 1 EL SERVICIO DE REHABILITACION ES					

4 4 1 1 3 2 CUENTA CON PERSONAL CAPACITADO PARA DAR REHABILITACION EN LA CAMA DEL PACIENTE	SI	NO		PORQUE	
4 4 1 1 3 3. EL ENCARGADO ES MEDICO FISOTERAPEUTA					
4 4 1 1 3 4 SERVICIO PROPIO					
4 4 1 1 3 5 SERVICIO SUBROGADO					
4 4 1 1 3 6 COORDINADO POR UN ESPECIALISTA					
4 4 1 1 3 7 REALIZA REHABILITACION PRIMARIA A PACIENTES HOSPITALIZADOS A SOLICITUD DEL MEDICO TRATANTE					
4 4 1 1 3 8 REALIZA O COORDINA, REHABILITACION A PACIENTES AMBULATORIOS					
4.4.11.4. EQUIPAMIENTO	SI No	NO	FUN-CIONA	NO FUNCIONA	TOTAL
OBSERVACIONES					
4.4.12. ANATOMIA PATOLOGICA					
4.4.12.1. PROCEDIMIENTOS REGLAMENTACION	SI	NO		PORQUE	
4 4 1 2 1 1 CUENTA CON MANUALES DE PROCEDIMIENTOS					
4 4 1 2 1 2 SE CONOCEN Y APLICAN LAS NORMAS DE SEGURIDAD ,PROCEDIMETOS Y REGLAMENTACION					
4 4 1 2 1 3 A CARGO UN ESPECIALISTA MEDICO PATOLOGO					
4.4.12.2. PERSONAL	MATUTINO	VESPERTINO	NOC-TURNO	SAB-DOM-FESTIVOS	TOTAL
4 4 1 2 2 1 MEDICO ESPECIALISTAS PATOLOGOS					
4 4 1 2 2 2 MEDICOS RESIDENTES					
4 4 1 2 2 3. MEDICOS INTERNOS					
4 4 1 2 2 4 TECNICOS					
4 4 1 2 2 5 OTROS (ESPECIFIQUE)					
4.4.12.3. FUNCIONAMIENTO	SI	NO		PORQUE	
4 4 1 2 3 1 ESTUDIOS HISTOPATOLOGICOS					
4 4 1 2 3 2 CITOLOGICOS					
4 4 1 2 3 3 NECROPSIAS					
4 4 1 2 3 4 ESTUDIOS TRANSOPERATORIOS					
4 4 1 2 3 5 INSUMOS SUFICIENTES					
4 4 1 2 3 6 HAY RETROALIMENTACION EN LA INTERPRETACION DE RESULTADOS CON LOS MEDICOS TRATA					
4 4 1 2 3 7 HAY INTERCONSULTAS TRANSOPERATORIAS					
	BASURA	INCINERACION	DESCO-NOCE	ENSE-NANZA	OTROS (ESPECIFI)
4 4 1 2 3 8 DISPOSICION FINAL DE LOS DESECHOS ORGANICOS					
4.4 12.4. EQUIPAMIENTO	SI No	NO	FUNCIONA	NO FUNCIONA	TOTAL

4.4.12.5. PRODUCTIVIDAD	DIARIA	SEMANAL	MEN-SUAL	ANUAL	TOTAL %
4.4.12.5.1 BIOPSIAS					
4.4.12.5.2 TRANSOPERATORIOS					
4.4.12.5.3 FROTIS					
4.4.12.5.4 NECROPSIAS					
4.4.12.5.6 OTROS (ESPECIFIQUE)					
OBSERVACIONES					
<b>6.- ENSEÑANZA E INVESTIGACION</b>					
5.1 - RECURSOS HUMANOS POR TURNOS	ENSEÑANZA	M / V / N		INVESTIGA-CION	M / V / N
5.2 - MATERIAL Y EQUIPO	AULAS	NUMERO			
APOYO DIDACTICO					
DIVULGACIÓN CIENTIFICA					
5.3 - PRODUCTIVIDAD	MENSUAL	SEMESTRAL	ANUAL		
5.3.1 - ASOCIACIONES CON INSTITUCIONES EDUCATIVAS (NORMAS Y REGLAMENTOS)					
5.3.2 - NUMERO Y CATEGORIA DE PROFESORES					
5.3.3 CURSOS PREGRADO Y POSGRADO)					
5.3.1 - No DE ALUMNOS					
INTERNOS EXTERNOS, BECARIOS, EGRESADOS Y POR ESPECIALIDAD					
5.3.2 - INGRESOS ECONOMICOS POR CURSOS					
5.3.4 - FORMACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD					
BECARIOS EGRESADOS					
PROFESIONAL, TECNICO, AUXILIAR INTRA Y EXTRAHOSPITALARIA					
5.4.- BIBLIOTECA (AUDITORIA INTERNA DE PUBLICACIONES)	No	año			
5.5 - INVESTIGACION MEDICA	Si	NO		PORQUE	
5.5.1 - COMITES DE INVESTIGACION Y ETICA MEDICA					
5.5.2 - PROGRAMAS DE CAPACITACION Y EDUCACION CONTINUA					
5.5.3 - PROGRAMAS DE INVESTIGACION CLINICA O SOCIAL					
<b>6. EPIDEMIOLOGIA Y MEDICINA PREVENTIVA</b>					
6.1 MANUALES Y NORMAS DE PROCEDIMIENTOS					
6.1.1 ORGANIGRAMA	SI	NO		PORQUE	
6.1.2 EXISTEN MANUALES DE ORGANIZACION Y PROICEDIMIENTOS					
6.1.3 EXISTEN Y SE LLEVAN AL CABO LOS PROGRAMAS NACIONALES DE MEDICNA PREVENTIVA					
6.1.4 PLAN DE ACTIVIDADES Y ROL DEL PERSONAL					
6.1.5 CUENTA CON DIAGNOSTICO DE SALUD POBLACIONAL					
6.1.6 CUENTA CON DISENO DE INVESTIGACION					

617 REALIZA ACTUALMENTE INVESTIGACION					
618 SE ENCUENTRA A LA VISTA EL ESQUEMA BASICO DE VACUNACION					
6.2. PERSONAL	MATUTINO	VESPERTINO	NOC-TURNO	SÁB-DOM-FESTIVO	TOTAL
621 JEFE DE SERVICIO (M EN SALUD PUBLICA)					
622 ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD PUBLICA					
623 ENFERMERAS SANITARISTAS					
624 ENFERMERAS GENERALES Y AUXILIARES					
625 ENFERMERAS AUXILIARES					
626 PASANTES DE ENFERMERIA					
627 OTROS (ESPECIFIQUE)					
6.3. FUNCIONAMIENTO	SI	NO	FUN-CIONA	NO FUNCIONA	PORQUE
631 APLICA EL PROGRAMA VIGENTE DE					
VACUNACION UNIVERSAL					
VACUNACION DEL RECIEN NACIDO					
OPORTUNIDADES PERDIDAS DE VACUNACION					
DETECCION OPORTUNA DE CANCER C U Y MAMARIO					
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS					
DESPARASITACION					
ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES DIARREAS					
CONTROL DEL EMBARAZO, POSTPARTO Y POSTABORTO					
LACTANCIA MATERNA					
ALOJAMIENTO CONJUNTO					
DETECCION DE DIABETES MELLITUS					
DETECCION DE HIPERTENSION ARTERIAL					
PLANIFICACION FAMILIAR					
632 ELABORAN Y APLICAN PROGRAMAS DE PLATICAS					
633 LLEVAN CONTROL DE PLATICAS					
634 REALIZA VISITAS DOMICILIARIAS					
635 REALIZA SEGUIMIENTO DE CASOS					
636 REALIZA RECORRIDO DIARIO AL AREA HOSPITALARIA					
637 EL TERMO QUE SE ENCUENTRA PARA LA APLICACION DE VACUNAS EN LA UNIDAD LLENA LOS REQUISITOS DE CONSERVACION DE BIOLOGICOS Y MENEJO DE LOS MISMOS					
638 LA TEMPERATURA DEL REFRIGERADOR SE ENCUENTRA ENTRE 4 Y 8 °C BAJO CERO					
638 LA TEMPERATURA QUE MARCA EL TERMOMETRO EXTERNO SE ENCUENTRASE ENCUENTRA REGISTRADA TRES VECES AL DIA EN LA GRAFICA DE CONTROL (VERIFICAR)					
639 EL TERMOMETRO INTERNO SE VERIFICA CADA 12 HRS. (VERIFICAR GRAFICA)					
6310 PARTICIPA EN EL COMITE DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS					

63 11 M.L.TODOS DE PLANIFICACION MAS FRECUENTES	NATURAL	CONDON	DIU	ORALES	OTROS
63 12 AREA (S) HOSPITALARIA DONDE SE PROPORCIONA FOMENTO A LA SALUD (ESPECIFIQUE)					
63 13 CONDICIONES HIGIENICAS DEL SERVICIO	BUENA	MALA			
64. EQUIPAMIENTO	SI No	NO	FUN-CIONA	NO FUNCIONA	TOTAL
65. PRODUCTIVIDAD	DIARIA	SEMANAL	MEN-SUAL	ANUAL	TOTAL%
65 No DE ACTIVIDADES REALIZADAS DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS ( ESPECIFIQUE)					
VACUNACION UNIVERSAL					
VACUNACION DEL RECIEEN NACIDO					
OPORTUNIDAD DE VACUNAS PERDIDAS					
D O C (M) (CACU)					
IRA					
DESPARASTACION					
DIARREAS					
CONTROL DEL EMBAZAZO					
LACTANCIA MATERNA					
ALOJAMIENTO CONJUNTO					
DETECCION DE D M					
DETECCION DE H T A					
PLANIFICACION FAMILIAR					
PLATICAS					
VISTAS DOMICILIARIAS					
SEGUIMIENTO DE CASOS					
ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS					
OBSERVACIONES			FUN-CIONAN	NO FUNCIONAN	
7. SERVICIO DE ENFERMERIA	SI	NO		PORQUE	
71 ORGANIZACION Y PROCEDIMIENTOS					
71 1 CUENTAN CON ORGANIGRAMA					
71 1 1 CUENTAN Y CONOCEN EL PROGRAMA DE TRABAJO ANUAL ( JEFE,					
COORDINADORA,SUPERVISORA,JEFES SERV)					
71 1 3 CUENTAN CON LOS DOCUMENTOS NORMATIVOS DE LA INSTITUCION Y LA DEL					
SERVICIO					
71 2 PERSONAL	MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO	SAB/DOM/FEST	TOTAL
71 21 JEFE Y SUBJEFE DE ENFERMERAS					
71 22 COORDINADORAS RESPECIFIQUE)					
71 23 SUPERVISORAS RESPECIFIQUE)					

7124 JEFES DE SERVICIOS (CUALFS)					
7125 ENFERMERAS ESPECIALIZADAS (ESPECIFIQUE)					
7126 LICENCIADAS EN ENFERMERIA					
7127 ENFERMERAS GENERALES					
7128 ENFERMERAS AUXILIARES					
7129 ESTUDIANTES DE ENFERMERIA					
71210. DEFICIT DE ENFERMERAS					
7.1 2 11. DISTRIBUCION Y ACTIVIDADES DE ENFERMERAS GENERALES Y AUXILIARES ( G= GENERALES A= AUXILIARES)	No	EN EQUIPO	INDIVI-DUAL	POR FUNCIONES	TOTAL
712111. URGENCIAS ( MAY,MENO,CONS,OBSEr)					
712112 CONSULTA EXTERNA					
712113 CIRUGIA GENERAL					
712114 MEDICINA INTERNA					
712115 GINECO-OBSTETRICIA					
712116 ALOJAMIENTO CONJUNTO					
712117 QUIROFANO					
712118 TOCOCIRUGIA					
712118 PEDIATRIA					
712119 PREMATUROS					
712110 TERAPIA INTENSIVA					
7121111 CEYE					
71212 CAPACITACION Y DESARROLLO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA	ESPECILIS-TA ESPECIF	LICENCIATU-RA O TITULADA GENERAL	ESTU- DIOS DE ADMI-NISTRACION	EXPERIEN-CIA EN ADMINIS-TRACION Y SUPERVI-SION	CON INDUCCION AL PUESTO
712121 JEFE DE ENFERMERAS					
712122. SUBJEFE DE ENFERMERAS					
712123 COORDINADORAS					
712124 SUPERVISORAS					
712125 ENFERMERAS GENERALES					
712126 ENFERMERAS AUXILIARES					
71212 CAUSAS MAS FRECUENTES DE AUSENTISMO	CAUSA	%			%TOTAL
71213 PERSONAL DE ENFERMERIA QUE PARTICIPA ACTIVAMENTE EN EL COMITE DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS					
	SI	NO		PORQUE	
71214 FUNCIONES					
712141 DIFERENCIACION DE FUNCIONES ENTRE ENFERMERAS ESPECIALISTAS, GNERALES Y AUXILIARES					

7 1 2 14 2	COORDINACION DE ENFERMERIA PARA LA SELECCION Y CAPACITACION DE LAS ENFERMERAS					
7 1 2 14 3	OTORGA ATENCION EN FORMA CONTINUA AL PACIENTE					
7 1 2 14 4	OTORGA ATENCION CONFORME A LAS NORMAS ESTABLECIDAS					
7 1 2 14 5	AUXILIA AL MEDICO EN EL DESEMPEÑO DE SUS ACTIVIDADES					
7 1 2 14 6	REGISTRA SIGNOS VITALES DE LOS PACIENTE CUANDO MENOS CADA 8 HORAS					
7 1 2 14 6	REGISTRA DATOS EN LAS HOJAS DE CONTROL DE ENFERMERIA					
	OBSERVACIONES					
	8. TRABAJO SOCIAL					
	8 1 RECURSOS HUMANOS POR TURNOS					
TOTAL			NO FUNCIONA			
	8 2 - MATERIAL Y EQUIPO					
TOTAL			NO FUNCIONA			
	8 3 - PRODUCTIVIDAD					
	8 3 1 - EN URGENCIAS					
	8 3 2 - EN CONSULTA EXTERNA					
	8 3 3 - EN HOSPITALIZACION					
	8 3 4 - PROGRAMAS DE EDUCACION Y ORIENTACION A LA SALUD					
	8 3 5 - PROGRAMAS INTERDISCIPLINARIOS JURISDICCIONALES Y MUNICIPALES					
	OBSERVACIONES					
	9. ESTADISTICA Y ARCHIVO CLINICO					
	9 1 - RECURSOS HUMANOS POR TURNOS					
TOTAL			NO FUNCIONA			
	9 2 - MATERIAL Y EQUIPO					
TOTAL			NO FUNCIONA			
	9 2 1 - SISTEMAS DE INFORMACION (FORMATOS Y ADECUACION)					
	9 2 2 - SISTEMAS DE COMPUTO					
	9 3 - PRODUCTIVIDAD					
	9 3 1 - CONCENTRADOS					
	9 3 2 - FLUJOGRAMAS DE INFORMACION					
	9 3 3 - ESTADISTICAS					
	MORBILIDAD INTERNA					
	PRODUCTIVIDAD DE LA UNIDAD					
	COSTOS Y RECURSOS					
	OBSERVACIONES					
	9 4 - CAPACITACION CONTINUA (CURSOS TOMADOS)					



11 7 - ACTUALIZACION EN PRODUCTOS FARMACOLOGICOS Y CAPCITACIÓN	SI	NO		PORQUE	TOTAL
OBSERVACIONES					
<b>12.- ADMISION</b>					
12 1 - RFCURSOS HUMANOS POR TURNOS	MATUTINO	VESPERINO	NOCTURNO		TOTAL
12 2 - MATERIAL Y EQUIPO	No	SI FUNCIONA	NO FUNCIONA		TOTAL
12 3 1 - IDENTIFICACION DE PACIENTES EN LOS SERVICIOS					
12 3 2 - REGISTRO DE INGRESOS Y EGRESOS, CAMAS CENSABLES Y NO CENSABLES					
12 3 3 - CONTROL DE CAMAS PARA INTERNAMIENTO					
12 4 - PRODUCTIVIDAD	SEMANTAL	MENSUAL	SEMESTRAL	ANUAL	TOTAL
125 - ACTUALIZACION Y CAPACITACION					
OBSERVACIONES					
<b>13- ADMINISTRACION</b>					
13.1 ADMINISTRADOR					
13 4 1. NIVEL PROFESIONAL (LICENCIATURA)					
13 13 2 FORMACION GERENCIAL					
13 4 3.3. EXPERIENCIA EN ADMINISTRACION DE HOSPITALES					
13 4 4 CUENTA CON DIAGNOSTICO SITUACIONAL ACTUALIZADO DEL AREA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL					
13.45 TIENE IDENTIFICADOS LOS OBJETIVOS DE LA ADMINISTRACION.					
13 4 6 CUENTA CON MANUAL DE ORGANIZACION DEL AREA ADMINISTRATIVA ACTUALIZADA					
13 4 7 CUENTA CON PROGRAMA DE TRABAJO D EL AREA ADMINISTRATIVA ACTUALIZADA					
13 4 8 CUENTA CON MANUALES DE PROCEDIMEINTOS ADMINISTRATIVOS ACTUALIZADOS					
13 4 9 CUENTA CON INSTRUCTIVO DE OPERACION ADMINISTRATIVO ACTUALIZADO					
13 4 10 PARTICIPA EN EL PROGRAMA Y COMITE DE EVALUACION Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA					
13 4.11 CUENTA CON LOS DOCUMENTOS Y REGISTROS QUE AVALAN LA AUTORIZACION LEGAL Y ACADEMICA DEL PERSONAL PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESION O ESPECIALIDAD					
13 4 12 CUENTA CON UN SISTEMA DE CONTROL DE GESTION					
13 4 13 LLEVA REGISTROS ADMINISTRATIVOS DEL PERSONAL DEL HOSPITAL					
13 4 14 LLEVA REGISTROS CONTABLES					

13.4.15	LLEVA CONTROL PRESUPUESTAL				
13.4.16	CONTROLA AL PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES				
13.4.17	CONTROLA AL PERSONAL DE MANTENIMIENTO	SI	NO		
<b>13.5.- OFICINA DE CORRESPONDENCIA Y ARCHIVO</b>					
13.5.1	RECEPCION Y DESPACHO				
13.5.2	REGISTRO Y CLASIFICACION DE CORRESPONDENCIA				
13.5.3	GLOSA DE DOCUMENTOS				
13.5.4	MENSAJERIA				
OBSERVACIONES					
13.6.-	INTENDENCIA Y VIGILANCIA	MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO	TOTAL
13.6.1	LIMPIEZA (RECURSOS HUMANOS)				
13.6.1.1	MATERIAL Y EQUIPO	No	SI FUNCIONA	NO FUNCIONA	TOTAL
13.6.1.2	MANEJO DE DESECHOS	PERIODICIDAD	DEPOSITOS ESPECIALES	SUPERVISION ECOLOGIA	INCINERADOR
13.6.1.3	CONTROL DE PLAGAS Y FAUNA NOCIVA				
OBSERVACIONES					
<b>13.6.2.- VIGILANCIA</b>					
13.6.2.1	RECURSOS HUMANOS POR TURNOS	MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO	TOTAL
13.6.2.2	RECURSOS MATERIALES	No	SI FUNCIONA	NO FUNCIONA	TOTAL
<b>13.6.3.- TRANSPORTES</b>					
13.6.3.1	RECURSOS HUMANOS POR TURNOS (CHOFERES)	MATUTINA	VESPERTINO	NOCTURNO	TOTAL
13.6.3.2	RECURSOS MATERIALES Y VEHICULOS	No	SI FUNCIONA	NO FUNCIONA	TOTAL
13.6.3.3	TALLER DE REPARACION Y MANTENIMIENTO				
13.6.4.-	LAVANDERIA Y ROPERIA	MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO	TOTAL
13.6.4.1	RECURSOS HUMANOS POR TURNOS	No	SI FUNCIONA	NO FUNCIONA	TOTAL
13.6.4.2	RECURSOS MATERIALES				



## EVALUACION DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Hospital.....  
 Servicio.....  
 Médico adscrito.....  
 Jefe de servicio.....  
 Paciente.....  
 Edad..... Sexo..... Días de estancia.....  
 Diagnóstico de ingreso.....  
 Diagnóstico de egreso.....  
 Fecha de ingreso..... Fecha de evaluación expediente.....

CLAVE: Completa (C) Incompleta (I) Omitida (O) No Necesaria (NN)

1 - Historia clínica	( C )	( I )	( O )	( NN )
2 - Nota inicial o de ingreso	( C )	( I )	( O )	( NN )
3 - Indicaciones médicas	( C )	( I )	( O )	( NN )
4 - Nota de revisión inicial por el médico adscrito	( C )	( I )	( O )	( NN )
5 - Notas diarias de evolución	( C )	( I )	( O )	( NN )
6 - Nota de revisión conjunta (con el jefe de servicio)	( C )	( I )	( O )	( NN )
7 - Nota pre-operatoria	( C )	( I )	( O )	( NN )
8 - Valoración pre-anestésica	( C )	( I )	( O )	( NN )
9 - Nota operatoria	( C )	( I )	( O )	( NN )
10 - Hoja de control transanestésica y postanestésica	( C )	( I )	( O )	( NN )
11 - Nota postanestésica	( C )	( I )	( O )	( NN )
12 - Nota de reingreso a hospitalización	( C )	( I )	( O )	( NN )
13 - Nota de alta	( C )	( I )	( O )	( NN )
14 - Nombre y firma del médico tratante	( C )	( I )	( O )	( NN )

## RESULTADO DE LA ATENCIÓN MÉDICA

15 - Congruencia clínica diagnóstica	( Buena )	( Regular )	( Mala )
16 - Congruencia diagnóstica terapéutica	( Buena )	( Regular )	( Mala )
17 - Congruencia diagnóstica con estudios de laboratorio y gabinete	( Buena )	( Regular )	( Mala )
18 - Orden secuencial de las notas	( Buena )	( Regular )	( Mala )
19 - Pulcritud y legibilidad de las notas	( Buena )	( Regular )	( Mala )

Nombres y firma de quienes intervinieron en la evaluación del expediente

---

DESARROLLO GERENCIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD  
CUERPO DE GOBIERNO Y JEFATURAS DE SERVICIO

NOMBRE \_\_\_\_\_

PUESTO \_\_\_\_\_

PERFIL ACADÉMICO

MÁXIMO GRADO DE ESTUDIOS: \* (Institución que avala el título)

DOCTORADO EN: \_\_\_\_\_ INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ ( )

MAESTRÍA EN \_\_\_\_\_ INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ ( )

ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_ INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ ( )

DIPLOMADOS EN \_\_\_\_\_ INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ ( )

LICENCIATURA EN : \_\_\_\_\_ INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ ( )

OTROS CURSOS (más de 40 hrs) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( )

EXPERIENCIA ADMINISTRATIVA (SI) (NO) TOTAL AÑOS \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ PUESTO \_\_\_\_\_ TIEMPO \_\_\_\_\_ ( )

INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ PUESTO \_\_\_\_\_ TIEMPO \_\_\_\_\_ ( )

INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ PUESTO \_\_\_\_\_ TIEMPO \_\_\_\_\_ ( )

EXPERIENCIA CLÍNICA

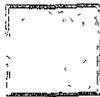
INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ PUESTO \_\_\_\_\_ TIEMPO \_\_\_\_\_ ( )

INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ PUESTO \_\_\_\_\_ TIEMPO \_\_\_\_\_ ( )

INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ PUESTO \_\_\_\_\_ TIEMPO \_\_\_\_\_ ( )



v1



v2



v3

## SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El presente cuestionario tiene como finalidad identificar las condiciones de calidad con que se brinda atención actualmente en nuestro hospital. La información proporcionada es confidencial y servirá para mejorar en lo posible el servicio otorgado. Gracias por su colaboración.

## PREGUNTAS A USUARIOS:

Nombre.....

Dirección y Teléfono.....

Servicio (s) en los que fue atendido.....

Médico tratante.....

Por favor fache la contestación que a usted crea la adecuada:

- 1 - ¿Utiliza los servicios de este hospital por alguna razón en especial?  
 SI NO
- 2 -- ¿Lo hicieron esperar mas de 30 minutos para atenderle?  
 SI NO
- 3 - ¿Su médico realizó su historia clínica (antecedentes de enfermedades individuales y familiares) en el momento de su ingreso al hospital?  
 SI NO
- 4 -¿Le realiza examen médico?  
 SI NO
- 5.-¿Le manda a realizar estudios de laboratorio y gabinete?  
 SI NO
- 6 -¿Le prescribe medicamentos?  
 SI NO
- 5 -¿Le hicieron exámenes de laboratorio y cardiológicos previos a su cirugía o tratamiento?  
 SI NO
- 6.-¿Registró el médico en el expediente su diagnóstico de egreso e indicaciones?  
 SI NO
- 7 - ¿En cada visita le pregunta el médico por sus molestias?  
 SI NO
- 8 - ¿Su médico le informó su diagnóstico, su tratamiento y las indicaciones pertinentes sobre su estado de salud?  
 SI NO
- 9.- ¿ Le informó el médico sobre su padecimiento, dudas y los cuidados que debería tener en su domicilio?  
 SI NO
- 10 - ¿Le solucionó el problema por el cual usted acudió a este hospital?  
 SI NO
- 11 -¿La atención médica recibida a sido la adecuada y con buen nivel profesional?  
 SI NO
- 12 - ¿ Se siente usted satisfecho por la atención médica proporcionada?  
 SI NO
- 13 -¿ Presentó complicaciones durante su tratamiento?  
 SI NO
14. - ¿ El trato del médico fue amable?  
 SI NO

- 15 - ¿Considera que el trato que proporcionan los médicos es amable y humano?  
SI NO
- 16 - ¿Considera que las enfermeras son amables y comedidas con los pacientes?  
SI NO
- 17 - ¿Considera usted que el trato que proporcionan los trabajadores del hospital (receptionistas, personal de archivo, laboratorio, enfermeras etc ) es con cordialidad y esmero hacia los usuarios?  
SI NO
- 18 - ¿Los servicios de laboratorio y rayos X tienen buena atención y tienen todos los recursos necesarios cuando los requiere, siendo útiles para su diagnóstico?  
SI NO
- 19 - ¿Requirió de alguna instalación o equipo especial para su diagnóstico o tratamiento que no se le pudo proporcionar?  
SI (cuál) NO
- 20 - ¿Considera usted que el consultorio es cómodo y permite privacidad en su atención?  
SI NO
- 21 - ¿Existe buena iluminación y ventilación (natural y artificial) en su habitación?  
SI NO
- 22 - ¿Dispone su habitación de instalaciones sanitarias adecuadas?  
SI NO
- 23 - ¿Encontró alguna deficiencia en el aseo o higiene durante su estancia?  
SI (cuál) NO
- 24 - ¿Encontró alguna información escrita o gráfica (cartelones, anuncios, letreros, folletos etc ) acerca de los pasos o procedimientos a seguir para recibir atención médica?  
SI NO
- 25 - ¿El módulo de información proporciona instrucciones acerca de los pasos, trámites a seguir para su atención y es clara y entendible?  
SI NO
- 26 - ¿Esta información le sirvió para conocer y tramitar mejor los procedimientos a seguir para su atención?  
SI NO
- 27 - ¿Conoce todos los servicios que tiene la unidad médica y la forma de utilizarlos porque le informaron adecuadamente?  
SI NO
- 28 - ¿Si usted tiene alguna queja, sabe a quien dirigirse?  
SI NO
- 29 - ¿Después de exponer alguna queja , sabe a quien dirigirse?  
SI NO
- 30 - ¿Al exponer usted una queja del servicio prestado es usted tratado de manera cortés y se le atiende adecuadamente?  
SI NO
- 31 - ¿Cree usted que la atención a quejas mejora la calidad de los servicios prestados?  
SI NO

AGRADECEMOS DE ANTEMANO SU VALIOSA COOPERACIÓN

A. 34

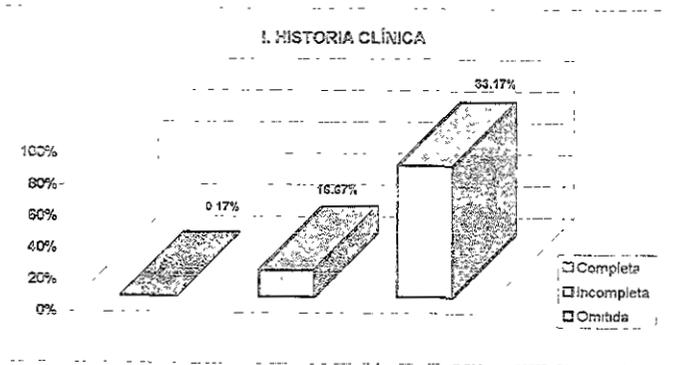
El presente cuestionario tiene como finalidad identificar las condiciones de calidad en las que se brinda atención actualmente en nuestro hospital. La información proporcionada es confidencial y servirá para mejorar en lo posible el servicio otorgado. Gracias por su colaboración.

#### PREGUNTAS A TRABAJADORES

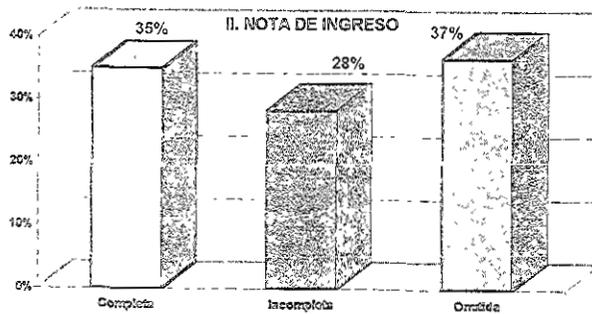
Por favor tache la contestación que a usted crea la adecuada:

- 1 - ¿ Ha recibido usted algún curso de capacitación para mejorar el desempeño de su trabajo?  
SI                      NO
- 2 - ¿ Considera usted que las funciones que realiza están de acuerdo con su formación académica?  
SI                      NO
- 3 - ¿ Los cursos de capacitación y actualización en su trabajo han sido benéficos para su desempeño laboral?  
SI                      NO
- 4 - ¿ Los cursos de capacitación y actualización han sido impartidos por gente adecuadamente preparada y han sido de importancia y de gran utilidad?  
SI                      NO
- 5 - ¿ En su trabajo se realizan cursos de actualización y capacitación con regularidad?  
SI                      NO
- 6 - ¿ Se le otorgan las facilidades necesarias para asistir a cursos de capacitación y superación laboral?  
SI                      NO
- 7 - ¿ En el trabajo que usted realiza, le brinda la oportunidad de superación profesional y estabilidad laboral?  
SI                      NO
- 8 - ¿ Se da reconocimiento y estímulos al personal que destaca por eficiencia y productividad?  
SI                      NO
- 9 - ¿ Su trabajo le proporciona satisfacción y le parece interesante?  
SI                      NO
- 10 - ¿ Su jefe o sus compañeros reconocen la calidad de su desempeño en el trabajo?  
SI                      NO
- 11 - ¿ Los estímulos de orden monetario son adecuados para mejorar la productividad de el trabajo?  
SI                      NO
- 12 - ¿ Dispone usted del area física , mobiliario e instalaciones adecuadas para realizar su trabajo?  
SI                      NO
- 13 - ¿ Le suministran con oportunidad y cantidad suficiente los materiales de consumo para la atención de los pacientes?  
SI                      NO
- 14 - ¿ Cuenta usted con el apoyo de otros servicios para el diagnóstico y manejo adecuado de los pacientes?  
SI                      NO
- 15 - ¿ Se realizan y usted asiste a reuniones de trabajo para analizar y resolver los problemas de atención de los pacientes y del servicio?  
SI                      NO
- 16 - ¿ Considera que el servicio de consulta externa es suficiente y de buena calidad?  
SI                      NO
- 17 - ¿ Los servicios de urgencias, hospitalización y de laboratorio y gabinete cumplen adecuadamente sus funciones?  
SI                      NO
- 18 - ¿ El control de asistencias es aceptable y conveniente para el desarrollo del trabajo?  
SI                      NO
- 19 - ¿ Cuando se realiza una supervisión de su trabajo, esta se hace con respeto y cordialidad?  
SI                      NO
- 20 - ¿ Los resultados de las supervisiones son útiles y permiten superar sus fallas?  
SI                      NO

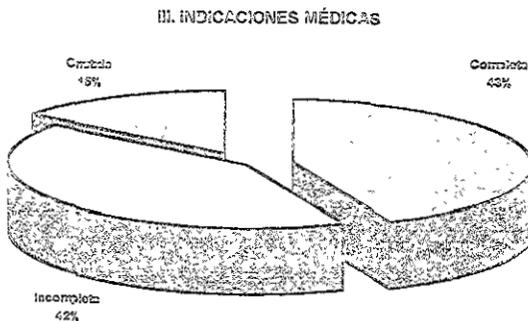
## Evaluación del expediente clínico



Gráfica que nos muestra el porcentaje más alto en historias clínicas omitidas.

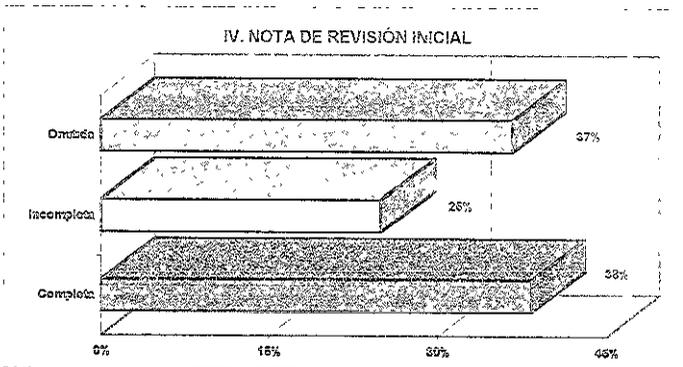


Los porcentajes de notas de ingreso completas y omitidas son muy similares.

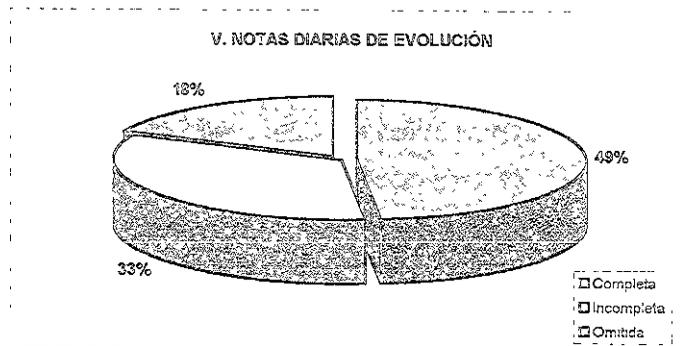


La mayoría de las indicaciones médicas fueron hechas, sin embargo existe un porcentaje alto de indicaciones incompletas.

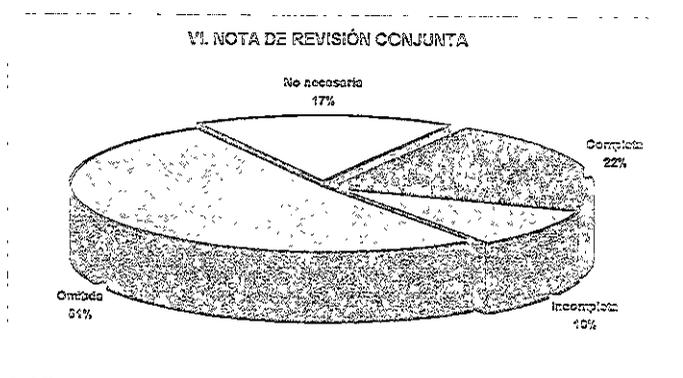
## Evaluación del expediente clínico



Existe un porcentaje significativo en notas de revisión inicial que se omiten.

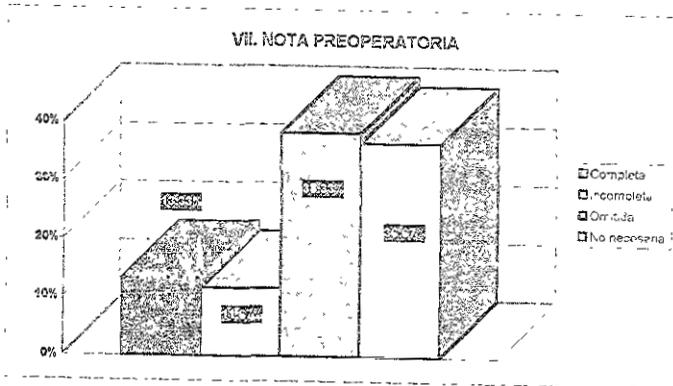


Gran parte de las notas diarias de evolución son llenadas de manera correcta.

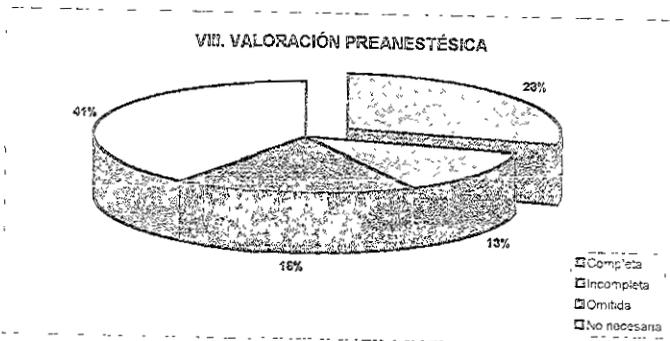


Las notas de revisión conjunta en su mayoría son omitidas.

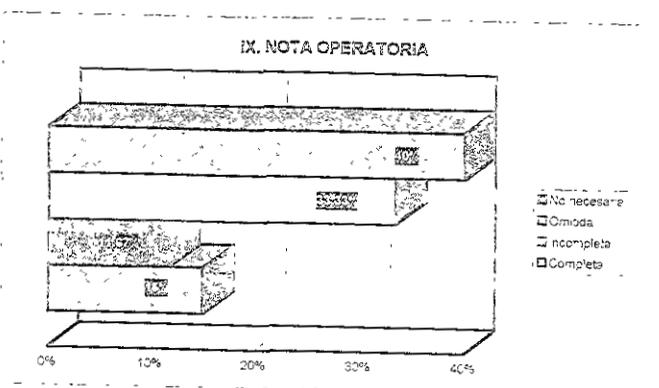
## Evaluación del expediente clínico



La mayoría de los expedientes mostraron índices elevados de notas preoperatorias omitidas y no necesarias.



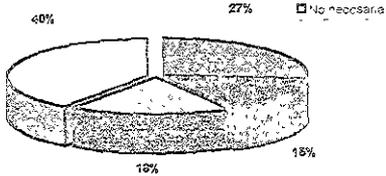
Índice elevado de valoración incesaria.



Solamente se halló 15% de notas operatorias completas.

## Evaluación del expediente clínico

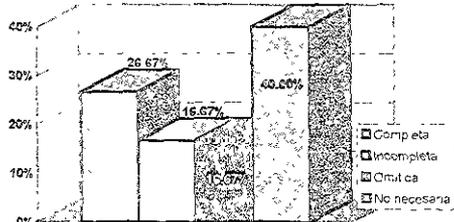
### X. HOJA DE CONTROL TRANS Y POSANESTESIA



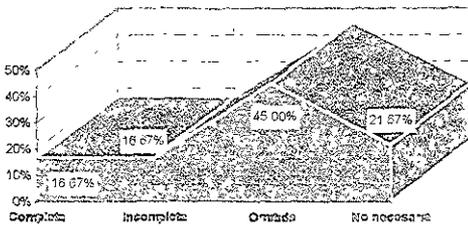
Las hojas de control durante y posterior a la anestesia fueron consideradas en su mayoría no necesarias.

Las notas posanestesia se consideraron no necesarias en un 40% de la muestra.

### XI. NOTA POSANESTESIA



### XII. NOTA DE INGRESO A HOSPITALIZACIÓN



Las notas de ingreso hospitalario en su mayoría se omitieron.

En los expedientes predominó el llenado incompleto de la nota de alta.

### XIII. NOTA DE ALTA

