



31261
UNIVERSIDAD NACIONAL 2
AUTONOMA DE MEXICO 2ef



**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES IZTACALA**

**MAESTRIA EN INVESTIGACION DE SERVICIOS
DE SALUD**

**EVALUACION DEL EQUIPO MEDICO EN LOS
SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL DE LOS
HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION
DE LA DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS
MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO
FEDERAL**

**TESIS DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN INVESTIGACION DE
SERVICIOS DE SALUD
P R E S E N T A :
M. C. JUAN GARCIA LOPEZ**

ASESOR: M.C., M.I.S.S. JAVIER SANDOVAL NAVARRETE

LOS REYES IZTACALA, MEXICO, MARZO DE 1995

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

a Dios,

a Esther,

mí esposa.

a Juan Angel y José Alberto,

mí hijos.

a Juan y Elvia,

mí padres.

a Sonia, Patricia, Yolanda,

José, Teresa, Jesús y Pilar,

mí hermanos.

a la Universidad Nacional.

a la E.N.E.P. Iztacala.

**al personal de los Servicios
Médicos del D.D.F.**

**al profesorado de la Maestría
en Investigación de Servicios
de Salud.**

**a los maestros
Javier Sandoval Navarrete,
Ricardo Martínez Ortega,
Ana Luisa González-Celis R.,
Blanca de la Rosa Montaña,
Luis Manuel Estrada G.**

a mis compañeros de maestría.

RESUMEN

El presente proyecto de investigación tiene como principal objetivo realizar una evaluación del equipo médico en los servicios de cirugía general y con ello verificar si la norma instituida por la Secretaría de Salud, a través del Cuadro Básico de Instrumental y Equipo para el Sector Salud, se llevaba a cabo.

Se procedió a la revisión de los servicios de cirugía general de la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal en el período 1990-91, con una guía de observación, la cual contenía la lista del instrumental y equipo con el cual debe contar cada servicio y anotando lo que se encontraba en ellos, para al final indicar si se cumple dicha norma, haciendo la observación sobre cual equipo hace falta o es insuficiente en número y/o calidad.

Además se obtuvo la opinión del personal de los servicios de salud que opera en los servicios de cirugía general (cirujanos, jefes de enfermería y enfermeras instrumentistas), que ellos delimitaron como stock mínimo para que el servicio siga funcionando sin demeritar la calidad de la atención.

A partir de lo observado se identificó la insuficiencia o deficiencia del equipo, a fin de proponer las medidas correctivas de adquisición y mantenimiento como parte de la planeación.

El proyecto fue desarrollado debido a que los estudios de evaluación en servicios de salud en sus diferentes niveles, pueden ser una guía para orientar un proceso administrativo en salud.

El presente trabajo, también tiene como propósito desarrollar una metodología para evaluar de manera indirecta la calidad de la atención los servicios de cirugía general de hospitales de segundo nivel de atención para población abierta en zona urbana.

INDICE

RESUMEN	.....	1
INDICE	.....	3
I. INTRODUCCION	.....	7
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	.....	9
III. JUSTIFICACION	.....	12
IV. OBJETIVOS	.....	15
A). GENERAL	.....	15
B). ESPECIFICOS	.....	16
V. MARCO TEORICO	.....	17
A). TECNOLOGIA EN SALUD Y CALIDAD DE ATENCION ..	.....	18
B). TIPOS DE MODELOS	.....	20
C). NIVELES DE ATENCION	.....	22

D).	CRITERIOS GENERALES PARA EQUIPAMIENTO	....	23
E).	ORIGEN Y FUNCIONES DE LA D.G.S.M.D.D.F.	...	25
VI.	METODOLOGIA	.....	30
A).	HIPOTESIS	.....	30
B).	DISEÑO DEL ESTUDIO	.....	31
C).	DEFINICION DEL UNIVERSO	.....	32
D).	DEFINICION DE LAS UNIDADES DE OBSERVACION ..		32
E).	MUESTREO	.....	32
F).	PROCEDIMIENTO	.....	33
G).	VARIABLES	.....	35
	1.- VARIABLE INDEPENDIENTE	.....	35
	2.- VARIABLES DEPENDIENTES	.....	35
H).	DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES	....	35
I).	INSTRUMENTOS	.....	36

J).	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	37
VII.	RESULTADOS	39
	CUADRO 1	41
	CUADRO 2	42
	CUADRO 3	43
	CUADRO 4	44
	CUADRO 5	45
	CUADRO 6	46
VIII.	ANALISIS DE LOS RESULTADOS	48
IX.	DISCUSION	54
X.	CONCLUSIONES	57
XI.	RECOMENDACIONES	60
	BIBLIOGRAFIA	62
	GRAFICAS	66

ANEXOS	.....	85
1.- GUIA DE ENTREVISTA A LOS OPERATIVOS	.....	86
2.- CEDULA DE RECOLECCION DE INFORMACION	.....	91
3.- CUADRO BASICO (SERV. DE CIRUGIA GRAL)	.....	95

I. INTRODUCCION:

El término "evaluación" es una palabra elástica que se extiende para abarcar muchas clases de juicios. La gente habla de evaluación de la ejecución de la tarea por parte de un trabajador, de evaluación de un guión cinematográfico, de evaluación del potencial de ventas de un nuevo producto. Lo que tienen en común todos los empleos del término es la noción de juzgar el valor o los méritos de alguna cosa. Alguién está examinando y sopesando un fenómeno valiéndose de algún patrón (Weiss, 1985).

Durante los últimos años la evaluación de la tecnología ha merecido una creciente atención como auxiliar de la elaboración de políticas en el sistema de atención a la salud. Dicha evaluación se ocupa del problema fundamental al que tienen que enfrentarse todos los países: la distribución de recursos escasos y la adquisición del equipo apropiado para las unidades (OMS, 1983).

El diagnóstico situacional y la evaluación de lo encontrado en él, son los instrumentos más importantes de los servicios de salud, ya que puede detectar las barreras que los limitan, y a través de dichos instrumentos se puede mejorar la calidad y eficiencia de los servicios.

En los servicios que prestan atención a la población abierta los sistemas estadísticos pocas veces indican deficiencias en su utilización, por lo que se hace necesario el desarrollo de métodos de evaluación, para determinar los ajustes requeridos en su estructura y funcionamiento.

Con la realización de este trabajo se obtuvo un diagnóstico situacional de la cantidad y calidad de equipo médico de los servicios de cirugía general de la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (D.G.S.M.D.D.F.), posteriormente se realizó una comparación con lo normado en el Cuadro Básico de Instrumental y Equipo para el Sector Salud, y con esta base evaluar el sub o sobreequipamiento existente y de que manera incide sobre la calidad de la atención, para que al final se pueda reorientar su planeación.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El equipo médico moderno ha llegado a ser cada vez más complejo y costoso, y con demasiada frecuencia lo compran e instalan instituciones que carecen de un plan de utilización, los planificadores nacionales de salud necesitan conocer los tipos y la localización de todo el equipo altamente técnico en el país. Un problema grave y frecuente de los países en desarrollo es la conservación apropiada del equipo médico, que se puede resolver localizando servicios de mantenimiento en los lugares adecuados (OMS, 1983; Comisión de Salud, 1983; Cuadernos Técnicos, 1984).

En años recientes se ha empezado a cuestionar los grandes incrementos en el costo de los servicios de la atención médica y su papel en la mejora de la salud humana. En realidad se desconocen los beneficios de muchas de las nuevas tecnologías, por lo que es muy importante hacer estudios para evaluar su utilización en la práctica clínica y, a partir de sus resultados, fomentar la adquisición de tecnologías más útiles y de bajo costo (Rodríguez Domínguez, 1984).

Para realizar estos estudios se requiere de una definición amplia de la tecnología médica apropiada que considere el stock mínimo necesario de equipos, aparatos, medicamentos y procedimientos empleados en la atención de pacientes, así como también la inversión

de capital y la organización de los recursos humanos, ya que todo ello constituye la práctica médica (Rodríguez Domínguez, 1984).

Además de lo anterior se debe tener en cuenta que los establecimientos de segundo nivel que prestan atención a la población abierta, enfrentan una serie de problemas entre los que se encuentran: a) la accesibilidad de los servicios; b) la utilización inadecuada del servicio por parte de la población; y c) la baja disponibilidad de recursos por parte de la institución.

Todas ellas ocasionan tiempos prolongados de espera, inadecuada asignación de pacientes en un determinado servicio, falta de atención a los propios servicios, etc. (PRIDES, 1985).

Aunado a los factores anteriores, que se observan en las instituciones de salud del país en general, se viene a sumar el hecho de que las unidades hospitalarias no son dotadas de equipo y el reemplazo o mantenimiento del mismo no se efectúan en forma rutinaria, lo que redundará en una calidad de la atención inadecuada.

En particular las unidades de segundo nivel de la D.G.S.M.D.D.F., presentan el mismo problema: equipo insuficiente o inadecuado en los servicios de cirugía general, que

puede originar tasas elevadas de mortalidad, prolongados días-estancia, días-cama y días paciente (Boletines Informativos Anuales. D.G.S.M.D.D.F., 1989, 1990, 1991).

Dicho lo anterior, queda la siguiente pregunta de investigación:

- El equipo médico existente en los servicios de cirugía general de las unidades de segundo nivel de atención (D.G.S.M.D.D.F.), es compatible tanto con lo marcado en el cuadro básico de instrumental y equipo para el Sector Salud, como con la opinión del personal que opera en los servicios de cirugía general?

III. JUSTIFICACION:

Desde tiempos muy remotos la sociedad y los médicos se han interesado por determinar, controlar y mejorar la atención médica, recurriendo para ello a diversos procedimientos; los más conocidos en los últimos años han sido la auditoría, la evaluación y la fiscalización de las actividades.

El control de la atención médica sólo es posible en organismos que tengan: 1) personal organizado en cuanto a jerarquías, funciones y obligaciones, 2) normas para llenar expedientes y otros documentos clínicos, 3) criterios de control en cuanto a la estructura (propósito, características, recursos y organización de la entidad, servicio o departamento), el desempeño o el proceso propiamente de la atención al paciente (determinación de medidas significativas adoptadas en favor del paciente tomando en cuenta la base y el orden de sucesión de esas medidas, así como el grado en que favorecen específicamente la salud del paciente) y los resultados (producto final) (Fajardo O., 1985).

Es bien sabido que las estadísticas son frías, y que en muchas ocasiones no reflejan la realidad existente. La deficiencia en el control incide en la calidad de la atención médica y aunque los números indiquen que se está cumpliendo con las metas, no quiere decir que lo estén haciendo con dicha calidad.

Lo anterior es lo que sucede en los servicios de cirugía de la D.G.S.M.D.D.F., a pesar de que sus estadísticas muestran metas alcanzables la calidad no es la mejor (visto a través de los días-estancia, días paciente, días-cama, y mortalidad hospitalaria, que son elevados (Boletines Informativos Anuales de la D.G.S.M.D.D.F., 1989, 1990, 1991).

Lo que hace necesario (en cuanto a los recursos materiales): primero establecer un diagnóstico del equipo que existe en los servicios de cirugía muestreados, para posteriormente evaluar la suficiencia del mismo de acuerdo a lo normado, y con ello tratar de inferir si es un factor que influya de alguna manera en la calidad de la atención del paciente quirúrgico.

Este estudio fue realizado en la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (D.G.S.M.D.D.F.), durante el período 1990-91, debido a que en ésta institución se realiza la adquisición y distribución de equipo médico sin lineamientos concretos basándose únicamente en el Reglamento General de Adquisiciones, siendo insuficiente para una correcta toma de decisiones produciendo una inadecuada interpretación en el renglón de equipos e instrumental médico, situación que incide sobre la calidad de la atención.

Mediante éste estudio se pretende desarrollar un modelo de evaluación del equipo médico a través de: 1) Un diagnóstico de la situación que guardan los servicios muestreados con respecto al equipo con que cuentan; 2) Obtener la opinión del personal que directamente maneja el equipo del servicio de cirugía, en cuanto a que es lo que consideran como stock mínimo para que la calidad de atención que prestan no se

demerite; 3) Comparar lo encontrado contra lo normado en el Cuadro Básico de Instrumental y Equipo para el Sector Salud; 4) comparar lo encontrado contra la opinión del personal operativo del servicio.

Este modelo puede servir para reorientar la planeación del equipo médico ya que indica la insuficiencia o deterioro del mismo, así como el establecer un programa de mantenimiento en tiempos más cortos que los que existen actualmente.

IV. OBJETIVOS:

A). GENERAL.

Diseñar un modelo de evaluación de la cantidad y calidad de equipo médico en los servicios de cirugía general de unidades hospitalarias, que permita hacer más adecuada la planeación en las unidades hospitalarias de segundo nivel de atención de la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (D.G.S.M.D.D.F.), particularmente en lo referente a la reposición o adquisición y mantenimiento de equipo médico.

B). ESPECIFICOS.

- 1.- Desarrollar una investigación documental del tema.
- 2.- Revisar los Cuadros Básicos de Instrumental y Equipo del Sector Salud y compararlos con el equipo existente.
- 3.- Evaluar el equipo médico de los servicios de cirugía general de la D.G.S.M.D.D.F., en unidades hospitalarias de segundo nivel de atención.
- 4.- Proponer para cada uno de los servicios de cirugía general la reparación del equipo dañado, la incorporación del equipo faltante, y el mantenimiento periódico, de acuerdo con los criterios del Cuadro Básico de Instrumental y Equipo para el Sector Salud, como con las expectativas del personal que trabaja directamente en los servicios de cirugía general estudiados.

V. MARCO TEORICO

La tecnología en salud consiste en la aplicación y la sistematización de conocimientos y prácticas, utilizando equipo, mobiliario, recursos preventivos, sustancias terapéuticas y medios de diagnóstico, así como otros elementos para alcanzar un objetivo concreto (Fajardo-Ortiz, 1981).

La Oficina de Asesoramiento Tecnológico (O.T.A.), de los Estados Unidos propuso la siguiente definición desde 1978 para la tecnología en salud :

Las drogas, inventos, procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica y los sistemas organizacionales y de soporte dentro de los cuales tal atención es proporcionada (Drummond, 1987).

La evaluación trata de describir, de comprender, las relaciones entre variables y establecer la secuencia causal. Porque está estudiando un programa que interviene en las vidas de las personas con la intención de producir un cambio, la evaluación puede hacer, a menudo, inferencias directas acerca de los vínculos causales que conduce desde el programa hasta el efecto (Weiss, 1985).

El diseño clásico de las evaluaciones ha sido el modelo experimental. Esto requiere la medición de las variables apropiadas de por lo menos dos grupos equivalentes, uno de

los cuales habrá quedado expuesto a la acción del programa, en tanto que el otro no lo habrá estado (Weiss, 1985; Fajardo O., 1985).

No existe una fórmula perfectamente probada que se pueda ofrecer a los evaluadores acerca de la "mejor" manera o más conveniente de realizar su estudio. Mucho dependerá de los usos que vayan a darse al estudio, de las decisiones pendientes y de las necesidades de información de quienes tomen las decisiones. Mucho dependerá de las restricciones que se encuentren en el ambiente del programa, de los límites fijados al estudio por las realidades del tiempo, del lugar y las personas (Weiss, 1985; Fajardo O., 1985).

A veces se considera a la evaluación como un orden inferior de la investigación, sobre todo en los círculos académicos, por comparación con la investigación "fundamental" o "pura". Se desprecia a los evaluadores por tratar de ventilar preguntas monótonas que ponen en peligro constante su integridad en un mundo corrupto; pero todo evaluador en activo requiere un nivel de pericia más alto que la investigación que queda bajo el control completo del investigador (Weiss, 1985).

A) TECNOLOGIA EN SALUD Y CALIDAD DE LA ATENCION.

La evaluación de la tecnología médica es una cuestión crucial para el proceso de planificación de los servicios de salud; esto se debe a que la adquisición y mantenimiento de las innovaciones tecnológicas requieren por lo general un elevado gasto económico; por lo que es preciso estudiar la configuración de los servicios

tecnológicos. Los más importantes son los que se emplean con mayor frecuencia y que tienen consecuencia significativa cuando se interrumpen.

También se deben tomar en cuenta los rendimientos con respecto a un grupo de problemas definido como las prioridades de salud; de esta forma, el uso de la nueva tecnología médica y de otros recursos se condicionará por la relevancia de sus indicaciones, de acuerdo con el orden de los problemas de salud de la población de usuarios (Rodríguez D., 1984).

Hay dos hechos en la práctica médica que se relacionan con el uso de la nueva tecnología: por una parte, esta se sustenta en los conocimientos científicos que deben ser actualizados y validados continuamente, y por otra parte, el concepto de calidad de la atención se define como algo que está íntimamente relacionado con el nuevo conocimiento en las ciencias básicas junto con su correspondiente aplicación tecnológica (Laguna, 1983).

Para evaluar la conducta del médico en la calidad de la atención, se destaca en primer lugar el manejo técnico de la salud y la enfermedad a partir de cinco componentes (Donabedian, 1984):

- 1.- Diagnóstico adecuado.
- 2.- Terapéutica adecuada.
- 3.- Economía y mínima redundancia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

- 4.- Utilización plena de la tecnología médica.
- a) Máxima efectividad en la aplicación de tecnología existente, conocimiento de la tecnología y destreza en su aplicación.
 - b) Introducción y utilización razonada de nueva tecnología.
- 5.- Explotación completa de la diferenciación profesional y funcional, reconocimiento de las limitaciones de la medicina, y el uso de otros especialistas y de otras profesiones cuando sea necesario.

B). TIPOS DE MODELOS.

Casi todas las decisiones que se toman durante la planeación tienen un costo de error asociado a ellos; este alto costo generalmente es muy grande, comparado con el costo que tendrá evaluar adecuadamente las alternativas. Sin embargo, es frecuente que uno de los medios parezca ser claramente superior. La elección no debe basarse en ésta suposición, no importa cuán obvia parezca esa superioridad, a menos que haya una clara evidencia de respaldo (Ackoff, 1986).

Probablemente el mejor modo de evaluar un medio sea un experimento bien diseñado si se lleva a cabo por lo menos parcialmente en el medio ambiente en el que se desea

implementar. La experimentación no es sólo un ensayo; es una experiencia diseñada y controlada (Ackoff, 1986).

La evaluación de los medios alternativos no sólo se puede realizar en el mundo real. Existe otro método, el cuál requiere del uso de modelos. Los modelos son representaciones simplificadas de la realidad que puede ser sustituida por ellos bajo ciertas condiciones; esto es, son una realidad explícita de la realidad que incluye al objeto, su medio ambiente y los instrumentos (Ackoff, 1986).

Existen tres tipos básicos de modelos (Ackoff, 1986):

-Modelo icónico.- Las propiedades relevantes de la realidad se muestran con esas mismas propiedades, pero generalmente cambiando su escala. Por lo tanto, tales modelos se parecen a lo que representan: son imágenes.

-Modelo análogo.- Las cualidades relevantes de la realidad se presentan por otras diferentes, generalmente más fáciles de manejar. Por ésta razón es más fácil de identificar lo que simulan, pero los modelos normalmente son más fáciles de cambiar que los icónicos.

-Modelo simbólico.- Se utilizan símbolos para representar las propiedades de los objetos reales y las relaciones entre ellos.

Siempre que sea posible hay que evaluar los modelos antes de utilizarlos para evaluar los medios. La técnica más efectiva para hacerlo es de carácter estadístico. Por lo tanto los planeadores deben tener un conocimiento considerable de esta técnica. Sin este conocimiento no puede haber una seguridad completa en la confiabilidad de los instrumentos utilizados para evaluar los medios (Ackoff, 1986).

C). NIVELES DE ATENCION.

Los niveles de atención que han sido definidos por la OMS, se caracterizan por los servicios que se presentan en cada uno de ellos. La vinculación inicial y más importante de la población con los servicios de salud se da en el primer nivel de atención, por lo que éste constituye la puerta de entrada a los servicios de salud y comprende, por lo tanto, acciones dirigidas al individuo, a la familia, a la comunidad y su medio ambiente, estando enfocados los servicios, básicamente, a preservar y conservar la salud por medio de actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, protección específica y planificación familiar, así como de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, en su caso, de aquellos padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible mediante la atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica (Secretaría de Salud, 1985).

En el segundo nivel se otorgan servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de aquellos que se presentan espontáneamente con urgencias médico-quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal

especializado. Se efectúan además acciones de vigilancia epidemiológica y de fomento sanitario de apoyo a las realizadas en primer nivel (Secretaría de Salud, 1985).

En el tercer nivel de atención se desarrollan actividades de restauración y rehabilitación de salud a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan alta complejidad diagnóstica y de tratamiento. Asimismo, en este se realizan las funciones de apoyo especializado a la vigilancia epidemiológica y a la regulación y fomento sanitarios, a través, de laboratorios regionales de salud pública (Secretaría de Salud, 1985).

D). CRITERIOS GENERALES PARA EL EQUIPAMIENTO EN UNIDADES MEDICAS.

El equipo de los establecimientos de la atención médica difiere en varios aspectos: tamaño, movilidad, costo, duración y funcionamiento (Fajardo-Ortiz, 1985).

El término equipo es muy amplio. Incluye artículos, materiales y utensilios necesarios para el buen funcionamiento de los servicios y departamentos; no comprende aquellos abastecimientos de uso diario en la clínica, hospital o centro de salud, como alimentos, combustibles, medicamentos, material de curaciones, papelería y jabón (Fajardo-Ortiz, 1985).

El equipo debe considerarse como un complemento de la habilidad técnica del personal, de aquí que la indicación primordial para la selección del mismo sea que exista una

necesidad, y que el personal conozca como satisfacerla. Interesa conocer el equipo y sobre todo en la planeación, con objeto de conocer el espacio necesario, personal que lo manejará y el costo de compra y operación (Fajardo-Ortiz, 1985; Izasa, 1987).

La determinación del espacio necesario para el equipo se realiza mediante el programa médico arquitectónico que es considerado dentro del proceso técnico en los proyectos de atención médica. Es la conversión de espacios físicos derivados de los procedimientos necesarios para cumplir con las actividades finales. Corresponderá a lo que en un proyecto económico se conoce como ordenamiento espacial y se desarrolla en base a las existentes derivadas de la experiencia en éste tipo de proyectos. Se conoce también como estudio de ambientes y es el componente en el cual el trabajo del médico y el arquitecto debe ser más estrecho (Izasa, 1987).

El rubro equipamiento se incluye generalmente en la etapa de estudio técnico pero también se puede plantear aparte, debido a que se considera una actividad altamente especializada y de su buen manejo depende en mucho el éxito del proyecto (Izasa, 1989; Klenkowsky, 1979).

El equipo de los servicios médicos se clasifica en tres grupos de acuerdo con su ubicación, duración, tamaño, adquisición, contabilidad y depreciación (Fajardo-Ortiz, 1985; Klenkowsky, 1984).

Grupo I.- Equipo fijo o pesado: el cuál está generalmente incluido en el contrato de obra, esta fijo al edificio, es de larga duración pero menor que la del edificio. Ejemplos son la sala de máquinas, central eléctrica, elevadores, etc.

Grupo II.- Equipo mayor móvil o semifijo: que también abarca equipo médico especializado e instrumental médico-quirúrgico, el cual se puede mudar o trasladar, tiene una localización más o menos permanente, su costo unitario es relativamente pequeño.

Grupo III.- Equipo menor móvil: es equipo no depreciable, se distingue por no tener una localización fija, es de tamaño pequeño, su costo unitario es relativamente bajo, tiene duración de menos de cinco años.

E). ORIGEN Y FUNCIONES DE LA D.G.S.M.D.D.F.

Inician hace 75 años (1909) como Puesto Central de Socorro, inaugurado por el presidente de la república, General Porfirio Díaz, constituyendo el primer eslabón de los Servicios Médicos de Policía. Las funciones principales consistían en dar atención médica oportuna a los accidentados y cumplir con la actividad parcial de auxilio médico legal a los juzgados del ramo penal. Poco después se amplía su ámbito de acción a los centros de reclusión, cárceles, penitenciarias y reformatorios. En 1911, es nombrado el Dr. Xavier Ibarra, Jefe de los Servicios Médicos, llamándole Cruz Verde para así diferenciarlos de otros servicios y vigencias. De 1929 a 1932 y bajo la dirección del doctor Efraín Marín, se incrementa la calidad y el número del personal médico y se lleva a cabo una reorganización de los servicios en la que se les da una nueva estructura y se impulsan las técnicas en el tratamiento de los traumatizados. Entonces se funda la Asociación de Médicos del Departamento, que posteriormente se transforma en la Sociedad de Cirugía del Departamento y que hoy día es la Asociación Mexicana de Traumatología (Soberon y cols., 1988).

También se instala en esa época el Servicio Médico en los centros de reclusión, cárceles, penitenciaras reformatorios, correccional de hombres y de mujeres, así como la Oficina de Tráfico. Durante los años de 1933 y 1934, se incrementan los servicios médicos y se construyen cuatro puestos de socorro periféricos: 1). Balbuena, 2). Santa Julia, 3). Mixcoac y 4). Portales, los cuales ya contaban con salas de operaciones y con área de hospitalización. En 1935 los Servicios Médicos dejan de pertenecer a la Jefatura de Policía y pasan a ser una dependencia de la Dirección de Acción Social del Departamento del Distrito Federal (Soberon y cols., 1988).

En enero de 1943, se inaugura el primer hospital de los Servicios Médicos, llamado Hospital de la Cruz Verde, el cual más tarde recibió el nombre de Hospital Doctor Ruben Leñero. El 22 de octubre de 1947, reinicia su trabajo el Puesto de Socorros No. Dos, en la esquina de la Calzada de la Piedad y Obrero Mundial; en éste se organizan diversas actividades científicas y se inicia la publicación del Boletín Médico del Puesto de Socorros No. Dos. El 26 de junio de 1948 se reinaugura el Puesto de Socorros No. Tres y el 10 de marzo de 1949, después de algunas remodelaciones, el Puesto Central de Socorros (Soberon y cols., 1988).

En 1957 se funda en el Hospital Dr. Ruben Leñero la primera sala de terapia intensiva y recuperación del país, la cual contaba con 24 camas y servicio médico continuo durante las 24 horas de todos los días. Se instala también, con la nueva construcción de la penitenciaría de Iztapalapa, una unidad hospitalaria con 50 camas y servicios complementarios que llega a ser el hospital de concentración para el tratamiento quirúrgico de los pacientes del sistema penal. En 1958, se construye en la Cárcel Preventiva una nueva edificación para el hospital. Y el 28 de octubre de ese año se

inaugura el primer hospital infantil, que formara una red y cuya creación responde a la idea de llevar servicio médico a las zonas más necesitadas (Soberon Y cols., 1988).

Se funda en 1958 el Banco de Tejidos y el Procurador General de Justicia del Distrito Federal autoriza que en el Hospital Dr. Ruben Leñero, se practiquen las necropsias de los pacientes fallecidos y se ponga a disposición de las autoridades judiciales (Soberon y cols., 1988).

El 1o. de enero de 1960, la Oficina de Servicios Médicos de la Dirección General de Acción Social del Departamento del Distrito Federal se transforma en Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal y adquiere así la jerarquía e independencia necesarias para proseguir las funciones que la ciudad demandaba. Unos meses más tarde, el 5 de marzo de 1960, se inauguran dos hospitales infantiles de zona, el de Gustavo A. Madero y el de Iztapalapa. A partir de estos años se sigue una serie de inauguraciones de unidades hospitalarias que constituyen la Red Hospitalaria de Servicios Médicos que se programó para servir de manera cabal a los habitantes de la ciudad. Así pues, el 6 de marzo de 1981 se inaugura el Hospital Infantil de Zona de Tacubaya, y el 8 del mismo mes, el Hospital Infantil Moctezuma (Soberon y cols., 1988).

En 1962 se contaba con 450 camas censables, número al que se sumaron ese año las 150 del Hospital de Urgencias Coyoacán (Xoco), inaugurado el 25 de enero de 1962, y las 150 camas del Hospital de Urgencias Balbuena, que el 1o. de mayo del mismo año fue puesto en funciones. Estos Hospitales, al igual que el Hospital Dr. Ruben Leñero, cuentan ya con un área para la Agencia del Ministerio Público, lo cual facilita el trámite legal de los pacientes. Asimismo, han sido autorizados a efectuar las necropsias

requeridas en dichas unidades. Y, el 3 de marzo de ese año, se inaugura el Hospital Infantil de Zona de Peralvillo, y el día 12 de diciembre, el de Coyoacán (Soberon y cols., 1988).

El 20 de julio de 1963, inicia sus labores el Hospital Infantil de Zona Inguarán y el 18 de septiembre de ese mismo año el de Legaria. El 16 de noviembre de 1964, se inauguran cuatro hospitales: dos infantiles de zona correspondientes a San Juan de Aragón y Xochimilco; y dos hospitales de urgencias, uno de Tacubaya y otro en la Villa, delegación Gustavo A. Madero. Con la inauguración de estas unidades de urgencias desaparecen los últimos puestos de socorro (Soberon y cols., 1988).

El 4 de septiembre de 1969, se inaugura en las calles del Carmen el Hospital de no asalariados, Dr. Gregorio Salas. En 1970, se cuenta ya con 785 camas de urgencias para adultos; con 1,345 camas en los hospitales infantiles; y con 557 camas en el resto de las unidades. Las casas de protección social, con más de 250 albergados en cada una de ellas, mujeres y hombres, casi todos con problemas psiquiátricos, pasan a depender de la Dirección General de Servicios Médicos. El 15 de agosto de 1970, son inaugurados dos hospitales regionales, con 26 camas cada uno, en la delegación de Milpa Alta y en el barrio de Topilejo, Tlalpan. Y en noviembre del mismo año se pone en servicio el Hospital Regional de Cuauhtepac, en la delegación Gustavo A. Madero (Soberon y cols., 1988).

En 1971 se cuenta con 2,685 camas, 64 ambulancias, además de 6,000 empleados, de los cuales 1,200 son médicos. En 1973, el servicio de ambulancias es entregado a la

Dirección General de Policía y Tránsito del Distrito Federal, para su manejo e integración al Escuadrón de Rescate y Servicios Urbanos. Y, con la creación de la Jefatura de Medicina Social, se logra controlar 86 consultorios, 165 cooperativas de salud y una unidad móvil. El 2 de enero de 1975, se instala el Hospital de Urgencias de Coyoacán, primer banco de ojos de México, y en junio de 1976, en el Hospital Dr. Rubén Leñero, se pone a funcionar el primer banco de ojos del país. También en ese año, se reintegran a la Dirección de Acción Social las casas de protección, ya en mejores condiciones para atender a sus albergados. El 23 de enero de 1982, se inaugura oficialmente el Hospital Magdalena Contreras (Soberón y cols., 1988).

Así, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 1982-1988 y bajo las estrategias de consolidación del Sistema Nacional de Salud, el 15 de enero de 1987 se publica en el Diario Oficial de la Federación la Ley de Salud para el Distrito Federal. Esta Ley define las atribuciones que en materia de salubridad general tiene el Departamento del Distrito Federal, de conformidad con la Ley General de Salud. Se crea, además, el Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal como un órgano desconcentrado, cuya función sería hacerse cargo de la atención médica, la salud pública, la asistencia social, y la regulación sanitaria en la Ciudad de México (Soberón y cols., 1988).

VI. METODOLOGIA.

A). HIPOTESIS:

Por tratarse de un estudio de tipo comparativo con dos estándares, se realizarán dos hipótesis de trabajo en función del supuesto metodológico, que orientaron la investigación.

1a.- Ho: El equipo médico empleado en los servicios de cirugía general de las unidades hospitalarias de segundo nivel de atención de la D.G.S.M.D.D.F. (C), es compatible con lo marcado en el Cuadro Básico de Instrumental y Equipo para el sector Salud (A).

Ho: A = C

1a.- Ha: El equipo médico empleado en los servicios de cirugía general de las unidades hospitalarias de segundo nivel de atención de la D.G.S.M.D.D.F.(C), no es compatible con lo marcado en el Cuadro Básico de Instrumental y Equipo para el Sector Salud (A).

Ha: A ≠ C

2a.- Ho: El equipo médico empleado en los servicios de cirugía general de las unidades hospitalarias de segundo nivel de atención de la D.G.S.M.D.D.F.(C), es compatible con la opinión del personal que trabaja directamente en los servicios de cirugía general(B).

Ho: B = C

2a.- Ha: El equipo médico empleado en los servicios de cirugía general de las unidades hospitalarias de segundo nivel de atención de la D.G.S.M.D.D.F.(C), no es compatible con la opinión del personal que trabaja directamente en los servicios de cirugía general(B).

Ha: B \neq C

B). DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se trata de una encuesta comparativa, para validar un modelo de evaluación que permita hacer más adecuada la planeación del equipo médico (en particular la adquisición y mantenimiento del equipo de cirugía), en unidades hospitalarias de segundo nivel de atención.

C). DEFINICION DEL UNIVERSO:

El universo esta constituido por el conjunto de equipos médicos para la cirugía general que se encuentran localizados en los servicios de Cirugía General de unidades hospitalarias de segundo nivel de atención de la D.G.S.M.D.D.F.:

- Hospital General Coyoacán "Xoco".
- Hospital General La Villa.
- Hospital General Dr. Rubén Leñero.
- Hospital General Balbuena.
- Hospital General Dr. Gregorio Salas.

D). DEFINICION DE LAS UNIDADES DE OBSERVACION:

Cada unidad de observación correspondió a un tipo de equipo médico para la cirugía y que se encontraba señalado en el Cuadro Básico de Instrumental y Equipo para el Sector Salud, en el Servicio de Cirugía General (anexo III).

E). MUESTREO:

Simple intencionado, donde se verificó que equipo médico se encontraba en el servicio de cirugía general, en las unidades hospitalarias de segundo nivel de atención de la D.G.S.M.D.D.F.

F). PROCEDIMIENTO:

1.- Se realizó una investigación documental para determinar necesidades de información sobre el equipo para los servicios de cirugía general de unidades hospitalarias de segundo nivel de atención.

2.- Se revisó el Cuadro Básico de Instrumental y Equipo del Sector Salud, y se comparó con el equipo que se encontraba en los servicios estudiados (información obtenida a través de la cédula de recolección -Anexo I-).

3.- Se diseñó una guía de entrevista (Anexo II), que se aplicó al personal que trabaja directamente en los servicios de cirugía general, con la cual se les preguntó sobre la existencia o no de cada uno de los elementos del equipo (cabe aclarar que en algunos casos no sólo se preguntó sobre la existencia o no de un determinado equipo, puesto que la cantidad del mismo es trascendente para el acto médico, ejemplo de ello son las pinzas de hemostasia donde la presencia de una sola de ellas no es suficiente, además se verificó si el equipo es adecuado para su función, esto es, su calidad en el momento actual).

4.- Se realizó un consenso con el personal que opera directamente con el equipo, que estuvo encaminado a formar un criterio interno de stock mínimo.

5.- Se realizó una revisión de la guía de entrevista, con la información obtenida, y se vació en un formato de concentración (por génericos de acuerdo al Cuadro Básico).

6.- Posterior a la recabación de la información y vaciado en el formato de concentración se procedió a la revisión de matrices para realizar la comparación entre lo obtenido (equipo en condiciones funcionales) contra lo normado en el Cuadro Básico de Instrumental y Equipo para el Sector Salud.

7.- Se realizó una matriz similar a la anterior para comparar lo obtenido (equipo en condiciones funcionales) contra la opinión del personal que opera en los servicios de salud en los servicios de cirugía general (considerado como stock mínimo).

8.- Finalmente se realizarán cuadros de resúmenes donde se presenten lo normado en el Cuadro Básico de Instrumental y Equipo; lo que opinan los operativos, contra lo que se encuentra en condiciones funcionales.

G). VARIABLES:

1.- Variable independiente : Cantidad y calidad de equipo médico.

2.- Variables dependientes:

A) Concordancia con lo normado por el Cuadro Básico de Instrumental y Equipo para el Sector Salud.

B) Concordancia con la opinión del personal operativo de los servicios de cirugía general.

HI. DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES:

Cantidad y calidad de equipo médico: Conjunto de accesorios necesarios para dar atención médica adecuada, en éste caso, para realizar el acto quirúrgico, los accesorios deben tener una calidad funcional (deben funcionar).

Cuadro Básico de instrumental y Equipo para el Sector Salud: Documento elaborado por una Comisión Interinstitucional creada para éste fin y que se desprende a partir de la institución del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud que, por acuerdo presidencial, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 09-06-83, en el cuál se agruparon, clasificaron y codificaron los elementos que debían formarlo, tomando

como criterios principales las necesidades esenciales para la atención de los pacientes. Excluyendo artículos obsoletos y aquellos que se sustituyen por otros de mayor efectividad menor costo, fácil adquisición y que, en alguna forma, fomentan el desarrollo de la industria nacional. Adicionando requisitos de funcionamiento a los artículos pormenorizando los componentes de acuerdo a las características que actualmente presenta cada artículo.

Variable cuantitativa discreta.

Opinión de los operativos: se basa en la experiencia como profesionales que tienen en el manejo del instrumental y equipo médico en los servicios de cirugía de la D.G.S.M.D.D.F., y que sin tener un conocimiento del Cuadro Básico de Instrumental y Equipo para el Sector Salud, ellos consideran como el stock mínimo que debe de existir en cada servicio.

Variable cuantitativa discreta.

I). INSTRUMENTOS.

El instrumento óptimo de medición es aquel que genera mediciones importantes, precisas, objetivas, sensibles, unidimensionales y eficientes, pero existen pocas técnicas de obtención de datos que cumplan o se acerquen a tal ideal. Las medidas de índole física o fisiológica tienen mayores posibilidades de alcanzar las metas señaladas en

comparación con las de índole psicológica o conductual, pero prácticamente ningún instrumento de medición es perfecto (Polit DF, 1985).

Los instrumentos que fueron utilizados en ésta investigación son cuestionarios cerrados, ya que los entrevistados contestarán sólo de manera dicotoma (existe, sí o no), y en relación al número sólo responderán la cantidad en existencia que ellos conocían (cuántos?).

El investigador verificó si el equipo que se está utilizando se encuentra en condiciones adecuadas para su funcionamiento.

Las respuestas obtenidas fueron codificadas posteriormente por el investigador, que fue el encargado de aplicar todos y cada uno de los instrumentos.

Los cuestionarios presentados estuvieron basados en el Cuadro Básico de Instrumental y Equipo para el Sector Salud (Anexo III).

J). VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

La confiabilidad del instrumento de medición constituye el criterio fundamental para evaluar su calidad y adecuación; no es un concepto unitario que puede ser descrito o definido con facilidad; en esencia la confiabilidad de un instrumento no es propiedad del

mismo, sino más bien del instrumento cuando se aplica a una muestra dada en algunas condiciones y circunstancias (Polit DF, 1985).

El segundo criterio importante por el cual se evalúa la calidad de un instrumento es su validez, y se denota el grado con el que mide lo que supone que mide. Los problemas de la validez giran alrededor del siguiente planteamiento: El individuo investigador mide realmente el atributo que en su opinión intenta medir? (Polit DF, 1985).

Se analizó que tan válido es el Cuadro Básico de Instrumental y Equipo para el Sector Salud a partir de la opinión de los operativos, respecto al equipo que debe existir para una cirugía de calidad:

VII. RESULTADOS.

Para la mejor comprensión y análisis de la información obtenida se definieron los términos siguientes:

Nombre genérico.- nombre asignado por el Cuadro Básico de Instrumental y Equipo para el Sector Salud, que contempla equipo e instrumental con características comunes en un mismo rubro.

Deben ser.- cantidad de equipo e instrumental médico que tienen que formar parte del servicio de cirugía general, de acuerdo a lo normado por el Cuadro Básico que nos ocupa.

Mínimo suficiente.- cantidad de equipo e instrumental médico que debe existir para el funcionamiento suficiente del servicio de cirugía general, de acuerdo a la opinión de los operativos.

Funcionan.- equipo e instrumental médico que se encuentren en condiciones satisfactorias de funcionamiento para el que estén destinados (calidad de funcionamiento adecuada), de acuerdo al criterio del investigador (que es cirujano general).

La revisión del Cuadro Básico de Instrumental y Equipo del Sector Salud, el consenso de opinión del personal operativo que trabaja en los servicios de cirugía, y la comparación de ambos con el equipo funcional que se encuentra en los servicios estudiados, se llevarán a cabo.

Los resultados generales (de los cinco hospitales generales) se pueden observar en el cuadro 1, y los resultados por hospital se encuentran en los cuadros 2, 3, 4, 5 y 6.

CUADRO 1

EVALUACION DEL EQUIPO MEDICO EN LOS SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL DE 5
HOSPITALES GENERALES DE LA D.G.S.M.D.D.F.
(1990 - 91)

NOMBRE GENERICO	DEBEN SER	MINIMO SUFICIENTE	FUNCIONAN
Bisturí	450	225	170
Canula	120	60	22
Cateter	10	5	1
Cucharilla	50	25	10
Dilatador	50	25	7
Estilete	120	60	28
Explorador	250	125	50
Extractor	25	15	6
Legra	80	40	19
Pinza	3,000	1,500	1,065
Portaaguja	625	300	96
Riñón	120	60	91
Separador	800	400	315
Tijera	750	375	192
Trocar	200	100	54
TOTAL	6,650	3,315	2,125

CUADRO 2

HOSPITAL GENERAL COYOACAN "XOCO"
(1990 - 91)

NOMBRE GENERICICO	DEBEN SER	MINIMO SUFICIENTE	FUNCIONAN
Bisturi	90	45	40
Canula	24	12	4
Cateter	2	1	0
Cucharilla	10	5	2
Dilatador	10	5	2
Estilete	24	12	6
Explorador	50	25	10
Extractor	5	3	1
Legra	16	8	4
Pinza	600	300	250
Portaaguja	125	60	20
Rifón	24	12	18
Separador	160	80	80
Tijera	150	75	40
Trocar	40	20	12
TOTAL	1,330	663	489

=====

CUADRO 3

HOSPITAL GENERAL LA VILLA
(1990 - 91)

NOMBRE GENERICO	DEBEN SER	MINIMO SUFICIENTE	FUNCIONAN
Bisturi	90	45	42
Canula	24	12	6
Cateter	2	1	1
Cucharilla	10	5	2
Dilatador	10	5	1
Estilete	24	12	6
Explorador	50	25	8
Extractor	5	3	1
Legra	16	8	4
Pinza	600	300	220
Portaaguja	125	60	18
Riñón	24	12	19
Separador	160	80	60
Tijera	150	75	40
Trocar	40	20	8
TOTAL	1,330	663	436

CUADRO 4

HOSPITAL GENERAL DR. RUBEN LEÑERO
(1990 - 91)

NOMBRE GENERICICO	DEBEN SER	MINIMO SUFICIENTE	FUNCIONAN
Bisturí	90	45	30
Canula	24	12	4
Cateter	2	1	0
Cucharilla	10	5	2
Dilatador	10	5	2
Estilete	24	12	7
Explorador	50	25	10
Extractor	5	3	1
Legra	16	8	6
Pinza	600	300	225
Portaaguja	125	60	17
Riñón	24	12	17
Separador	160	80	70
Tijera	150	75	35
Trocar	40	20	8
TOTAL	1,330	663	434

=====

CUADRO 5

HOSPITAL GENERAL BALBUENA
(1990 - 91)

NOMBRE GENERICO	DEBEN SER	MINIMO SUFICIENTE	FUNCIONAN
Bisturi	90	45	38
Canula	24	12	4
Cateter	2	1	0
Cucharilla	10	5	2
Dilatador	10	5	1
Estilete	24	12	4
Explorador	50	25	12
Extractor	5	3	2
Legra	16	8	5
Pinza	600	300	210
Portaaguja	125	60	16
Riñón	24	12	18
Separador	160	80	65
Tijera	150	75	45
Trocar	40	20	10
TOTAL	1,330	663	432

CUADRO 6

HOSPITAL GENERAL DR. GREGORIO SALAS
(1990 - 91)

NOMBRE GENERICO	DEBEN SER	MINIMO SUFICIENTE	FUNCIONAN
Bisturí	90	45	20
Canula	24	12	4
Cateter	2	1	0
Cucharilla	10	5	2
Dilatador	10	5	1
Estilete	24	12	5
Explorador	50	25	10
Extractor	5	3	1
Legra	16	8	0
Pinza	600	300	160
Portaaguja	125	60	25
Riñón	24	12	19
Separador	160	80	40
Tijera	150	75	32
Trocar	40	20	6
TOTAL	1,330	663	325

=====

Las comparaciones de lo que existe (y que se encuentra funcionando), lo que debe haber (de acuerdo a lo normado en el Cuadro Básico de Instrumental y Equipo para el Sector Salud), y el mínimo suficiente (de acuerdo a la opinión del personal operativo), de los cinco hospitales en conjunto y por cada Hospital; se presentan en las gráficas de barra que se encuentran en la sección de gráficas (y para su mejor visualización y comparación de los datos obtenidos, se agruparon en bloques de cinco genéricos).

VIII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

La información obtenida permite hacer los siguientes niveles de análisis:

1.- Se comparó lo que indica el Cuadro Básico de Instrumental y Equipo (Deben Ser) contra el equipo funcional existente.

2.- Se comparó la opinión del personal que trabaja directamente en los servicios de cirugía general (cirujanos, jefes de enfermería, enfermeras instrumentistas), que consideraron como equipo mínimo suficiente para el servicio, contra el equipo funcional existente.

3.- Y, por último, sólo como una observación, del total del equipo, se comparó el que se encontraba en condiciones de funcionamiento contra el que ya no era funcional.

El análisis se realizó primero con todos los hospitales en conjunto, y posteriormente en cada uno de las unidades hospitalarias estudiadas.

I. Hospitales Generales en conjunto :

1.- Se observó un déficit promedio del 73.3%, siendo los cateteres y los dilatadores los que más faltan (90% y 86% respectivamente).

2.- La observación arroja un déficit promedio del 61.1%, siendo nuevamente los cateteres y los dilatadores los que más faltan (80% y 72% respectivamente).

3.- Se encontró que en promedio 51.84% del equipo encontrado no estaba en condiciones de funcionamiento, siendo más patente en los cateteres (80%), dilatadores (72%), cánulas (67.6%) y portaagujas (64.4%).

II. Por cada uno de los Hospitales estudiados :

a). Hospital General Coyoacán "Xoco".-

1.- La primera comparación arroja un déficit en promedio del 71.3% para todo el equipo estudiado, faltando en forma más aparente en los cateteres (100%), portaagujas (84%) y canulas (83.3%).

2.- En la segunda comparación se observó también un déficit, aunque menor que el anterior, del 52.75%, siendo el equipo faltante más notorio los cateteres (100%), las canulas (66.7%), extractores (66.7%) y portaagujas (66.7%).

3.- Por último se observó que una parte de la existencia se encuentra en franco deterioro (56.47%).

b). Hospital General La Villa:

1.- En la comparación se observa una falta de equipo del 69.9%, siendo los dilatadores (90%), los portaagujas (85.6%) y exploradores (84%) los que más faltan.

2.- En la segunda comparación se observa también una falta de equipo del 54.54%, siendo los dilatadores (80%) los que más faltan, seguido de los portaagujas (70%).

3.- Por último se observo que en promedio el 49.4% del total del equipo ya no es funcional.

c). Hospital General Dr. Rubén Leñero:

1.- La comparación observada es deficitaria en promedio (73%), los genéricos que más faltaron fueron los cateteres (100%) y los portaagujas (86.4%).

2.- Lo observado en la segunda comparación fue también deficitario en un 58.5% en promedio, siendo los cateteres (100%) y los portaagujas (71.7%) los que más faltaron.

3.- Para el equipo existente funcional y no funcional, lo encontrado fue que el 54.1% del equipo, en promedio, ya no es funcional.

d). Hospital General Balbuena:

1.- La comparación observada fue deficitaria en un 72% en promedio, siendo los cateteres (100%), dilatadores (90%), portaagujas (87.2%), canulas (83.3%) y los estiletes (83.3%) el equipo que más faltaba.

2.- Lo observado en la segunda comparación fue también deficitario en un promedio del 58.3%, faltando más los cateteres (100%), dilatadores (80%) y portaagujas (73.3%).

3.- Por último, lo observado en el total de equipo existente fue que el 50% en promedio, ya no es funcional.

e). Hospital General Dr. Gregorio Salas:

1.- La primera comparación arrojó un déficit promedio del 78.9%, siendo los cateteres (100%), las legras (100%), los dilatadores (90%), los trocares (85%) y las canulas (83.3%) los que más faltaban.

2.- Lo observado fue un déficit promedio del 72.5%, el equipo que más faltaba fueron los cateteres (100%), legras (100%), los dilatadores (80%), y los trocares (72.5%).

3.- Por último del equipo existente se encontro que el 41.9% en promedio, ya no es funcional.

Además de la estadística descriptiva utilizada se aplicó una Prueba de Bondad de Ajuste con Chi cuadrada, aplicada para cada estandar propuesto quedando el cálculo como se muestra en el cuadro siguiente:

	DEBEN VS FUNCIONAN	MINIMO VS FUNCIONAN	GRADOS DE LIBERTAD	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
	$\frac{2}{X}$	$\frac{2}{X}$		$p \leq$
H. GENERALES	3079.04	427.179	14	0.01
H. COYOACAN	531.79	45.665	14	0.01
H. LA VILLA	600.93	77.720	14	0.01
H. R. LEÑERO	603.62	79.096	14	0.01
H. BALBUENA	606.32	80.480	14	0.01
H. G. SALAS	759.42	172.310	14	0.01

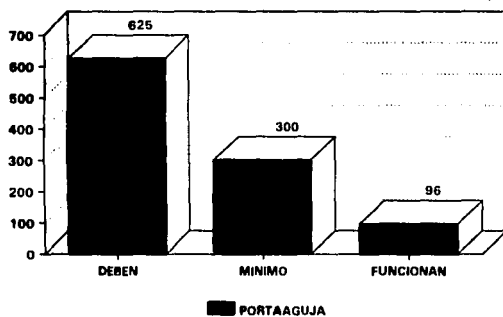
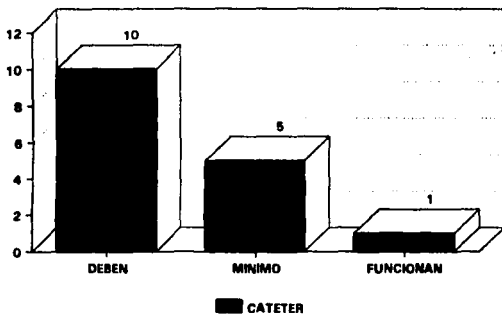
Se determinó que con una $p < 0.01$, existe una diferencia significativa.

Para este nivel de confianza la Chi cuadrada calculada a través de la prueba de bondad de ajuste, era mucho mayor que la de tablas.

En términos generales se observó que la deficiencia del equipo e instrumental médico quedó como se muestra en la tabla 1, y como ejemplo de la diferencia existente en dos de los genéricos que más faltaban, se presentan dos gráficas para que se observe dicha diferencia.

TABLA I
DEFICIENCIA DE EQUIPO MEDICO EN CINCO HOSPITALES
GENERALES DE LA D.G.S.M.D.D.F. (1990-91).

GENERICOS	DEFICIT	
	DEBEN	MINIMO
a). cateter	90 %	80 %
b). dilatador	86 %	72 %
c). portaaguja	84.6%	68 %
d). canula	81.7%	63.3%
e). cucharilla	80 %	60 %
f). explorador	80 %	60 %
g). estilete	76.7%	53.3%
h). extractor	76 %	60 %
i). tijera	74.4%	48.8%
j). trocar	73 %	46 %
k). legra	72.2%	52.5%
l). pinza	64.5%	29 %
m). bisturfi	62.2%	24.6%
n). separador	60.6%	21.2%
o). riñón	24.2%	+51.7%



IX. DISCUSION.

Con éste estudio, se realizó un diagnóstico de la situación que guarda el equipo médico, y con ello hacer patente lo que marca la norma en el Cuadro Básico de Instrumental y Equipo para el Sector Salud, o por lo menos tomar en cuenta la opinión del personal que trabaja directamente en los servicios, para que con ello se planifique más adecuadamente su implementación, y su mantenimiento.

El equipo médico que se requiere en los servicios de cirugía general de los hospitales de segundo nivel de atención de la D.G.S.M.D.D.F., debe ser el adecuado en cantidad y calidad, o sea que debe existir en número suficiente y con calidad de funcionamiento adecuada, de acuerdo a la tradición de los servicios, que son básicamente de urgencias, no debe importar el número de quirófanos disponibles ni las cirugías programadas; las contingencias son capítulo aparte porque son impredecibles.

Lo observado en estos Hospitales de la D.G.S.M.D.D.F., es que aún cuando se encuentra el equipo, éste no siempre es el adecuado ni en número ni en calidad de funcionamiento, y esto puede ser por el gran uso del que son objeto, hay que recordar que éstos servicios son utilizados por la población abierta. Aunque no por ello se debe olvidar de la sustitución o mantenimiento del mismo con una periodicidad corta.

Así de entrada, recurriendo a la opinión del personal operativo, se puede observar ya una diferencia con lo que marca la norma, ellos indicaron que debe existir por lo menos el 50% de lo que indica el Cuadro Básico, y esta situación se agudiza con la realidad del equipo existente en condiciones de funcionamiento adecuado ya que ni siquiera este rango es alcanzado en prácticamente todos los equipos del servicio.

Lo anterior se confirma a través del análisis estadístico descriptivo donde se observaron que las deficiencias van desde el 24.2% al 90% en los equipos médicos (en relación al Cuadro Básico), y del 21.2% al 80% de acuerdo a la opinión del personal operativo de los servicios de cirugía general.

La diferencia estadística obtenida a través de la prueba de bondad de ajuste con Chi cuadrada, reafirma que existen diferencias muy marcadas entre lo normado, la opinión del personal operativo y lo que se encuentra en el servicio.

Los promedios de ocupación de camas, días-estancia, días paciente y defunciones de los servicios de cirugía general de ésta Institución, se han ido incrementando desde 1989; no así los egresos los cuales se mantuvieron prácticamente iguales, y la falta de equipo médico puede estar influyendo directamente en ello.

Lo anterior nos permite inferir que la calidad de la atención se ha ido deteriorando poco a poco, en cada uno de los servicios de cirugía de los hospitales estudiados.

X. CONCLUSIONES.

1.- Mediante la metodología seguida se pudo constatar que existen irregularidades en el proceso actual para el equipamiento, por falta de difusión del Cuadro Básico de Instrumental y Equipo del Sector Salud, por no tener en consideración la opinión del personal que directamente trabaja con ellos, y por tener más en cuenta el costo directo que causa la adquisición de algún equipo sin tomar en cuenta los beneficios que se pueden obtener -incluso el disminuir la mortalidad, y los días-estancia hospitalaria que incrementan los costos generales de la unidad-.

2.- El equipo de salud que directamente trabaja con las tecnologías muestreadas tiene una noción más firme sobre las necesidades propias de cada servicio, ya que ellos son los que enfrentan al paciente y que por ende tiene que resolver el problema con o sin equipo médico, sin embargo en el proceso de la selección y adquisición no tienen nada que ver.

3.- El objetivo de este trabajo fue el de diseñar un modelo de evaluación del equipo médico para unidades hospitalarias y que a través del mismo se haga más adecuada su planeación, particularmente en lo relacionado a la adquisición y mantenimiento del equipo de cirugía.

El modelo incluyó:

a) un diagnóstico situacional de los servicios de cirugía general con respecto al equipo con que cuentan;

b) la opinión del personal que directamente maneja el equipo del servicio de cirugía general, en cuanto a lo que consideraron como stock mínimo para que la calidad de la atención que prestan no se demerite;

c) la comparación del equipo encontrado contra lo normado en el Cuadro Básico de Instrumental y Equipo para el Sector Salud; y

d) la comparación entre lo encontrado contra la opinión obtenida del personal operativo del servicio de cirugía general.

4.- Se observó que existe un gran déficit de equipo médico en todos los hospitales estudiados, en general el equipo faltante fue prácticamente el mismo (cateter 90%, dilatador 86%, portaaguja 84.6%, canula 81.7%, cucharilla 80%, explorador 80%, de acuerdo al Cuadro Básico); y que muchos de ellos no se consideraban necesarios por el poco uso que se les daba, ya que se trataba de equipo más especializado, sin embargo los resultados demuestran lo contrario ya que todos ellos son utilizados regularmente.

5.- Se demostraron que las hipótesis alternas planteadas fueron las correctas, rechazando las hipótesis nulas.

6.- A través de la investigación y confirmado por los resultados obtenidos, se puede inferir que una de las causas de que la mortalidad, los días-estancia, días-paciente y días-cama elevados, es el subequipamiento existente en los servicios estudiados, lo cual significa que la calidad de la atención no es la más adecuada.

XI. RECOMENDACIONES.

De acuerdo a los resultados obtenidos y a lo observado en cada uno de los servicios estudiados nos permite hacer las siguientes recomendaciones:

A). En cuanto al equipo médico:

1.- Debido a que existe una deficiencia en un porcentaje muy elevado de acuerdo a lo que marca el Cuadro Básico (73.3% en general), como en la opinión del personal operativo (61.1% en general), se recomienda la adquisición inmediata de equipo faltante, para incrementar la calidad de la atención. Tomando en cuenta el siguiente listado por hospital, se sugiere el reponer el equipo faltante y mantenerlo en condiciones de funcionamiento adecuado:

- a) Hospital General Dr. Gregorio Salas.
- b) Hospital General Dr. Ruben Leñero.
- c) Hospital General Balbuena.
- d) Hospital General Coyoacan "Xoco".
- e) Hospital General La Villa.

2.- Que al 100% del equipo que se encuentra en los servicios estudiados se le de mantenimiento periódico, y aquel que ya no sirva para la función que fue creado, se le de de baja, puesto que se encontró un 51.8% de equipo en general que ya no estaba en condiciones de funcionamiento.

B). En cuanto al Cuadro Básico de Instrumental y Equipo para el Sector Salud:

1.- Se debe informar a todo el personal médico y administrativo del nivel operativo que es un documento normativo y lo que existe en él debe ser tomado como base para cada uno de los servicios. Esto servirá para que en solicitudes futuras se acepten o rechacen, si no se encuentran incluidas en el documento, y si no tienen una justificación sólida para adquirir algún equipo en especial.

2.- A nivel central también deberá tener una amplia difusión, para que los tomadores de decisiones de este nivel no rechacen sin justificación alguna la adquisición y/o mantenimiento del equipo médico solicitado.

BIBLIOGRAFIA

1. Ackoff RL. Planificación de la empresa del futuro. Ed. Limusa S.A., 1986.
2. Ackoff RL. Rediseñando el futuro. Ed. Limusa S.A., 1986.
3. Banta HD. Información para la evaluación de la tecnología. Educ. Med. Salud. Vol 14 No. 2, 1980:157-173.
4. Boletín Informativo Anual de la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal. 1989.
5. Boletín Informativo Anual de la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal. 1990.
6. Boletín Informativo Anual de la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal. 1991.
7. Comisión de Salud y Seguridad Social, UNAM. Hacia un Sistema Nacional de Salud. México, 1983.
8. Cuadernos Técnicos de Salud. Programa Nacional de Salud. Vol 1 No 6, S.S.A., México 1984.
9. Daniel WW. Bioestadística. Uteha Noriega Editores, 11a. reimpresión de la 3a. ed. en inglés, 1994.

10. Dawson-Saunders B, Trapp RG. Bioestadística Médica. Ed. El Manual Moderno S.A., 1993.
11. Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. Ed. La Prensa Médica Mexicana S.A., 1a. edición, 1984.
12. Drummond MF. Economic Appraisal of Health Technology in the European Community. Oxford University Press, New York, 1987.
13. Erickson JS. Adquisición de equipo técnicamente avanzado por los países en desarrollo. Bol OPS Feb 86, año 85, Vol 100 No 2, 183-190.
14. Fajardo OG. Tecnología para la salud en los países en desarrollo. Educ Med Salud, Vol 17 No 1, enero 1981.
15. Fajardo OG. Atención Médica y Práctica Hospitalaria. La Prensa Médica Mexicana, S.A., México 1985.
16. Izasa P. Diseño de proyectos de inversión en servicios de salud. Tegucigalpa, 1981.
17. Izasa P. Aspectos metodológicos en la formulación de proyectos de construcción y equipamiento de centros de atención médica. ESPM/OPS, México 1989.
18. Klenczowski BM; Piboleav R. Criterios de planificación y diseño de instalaciones de atención de la salud en países en desarrollo. OPS/OMS Publicación Científica No. 379, Vol 1, No. 328 Vol 2, 1979.

19. Klenskowski, BM; Nilsson ND. Proyectos de instalaciones de atención en salud para los países en desarrollo: planificación, ejecución y funcionamiento. OMS, No. 79, 1984.
20. Laguna GJ, Rodríguez DJ, Vandale TS. La utilización de recursos tecnológicos en la medicina mexicana; una encuesta en 73 unidades médicas. CEUTES/UNAM, 1983.
21. Naghi NM. Metodología de la Investigación en Administración, Contaduría y Economía. Ed. Limusa S.A. 1984.
22. OMS. Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud. Serie de Informes Técnicos No. 694, 1983.
23. OPS. Evaluación de la Tecnología en Salud. Bol OPS, May 84 año 63, Vol 96 No 5, 457-461.
24. Polít DF; Hungler B. Investigación científica en Ciencias de la salud. Ed. Interamericana S.A., 2a. ed. Méx. 1985.
25. PRIDES. Evaluación de los Servicios de Salud. Colombia, 1985.
26. Robbins SP. Comportamiento Organizacional. Ed. Prentice Hall Hispanoamericana S.A., 3a ed., México 1987.
27. Rodríguez DJ, Vandale TS. Disponibilidad y utilización de innovaciones tecnológicas en salud en atención médica en México. Bol of Sanit Panam 97(4), 1984:283-294.

28. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Planeación. Modelo de atención a la salud de la población abierta. Documento operativo No. 1, abril de 1985.

29. Soberon AG, Kumate J, Laguna J. La Salud en México: testimonios 1988. Fondo de Cultura Económica, México, 1988.

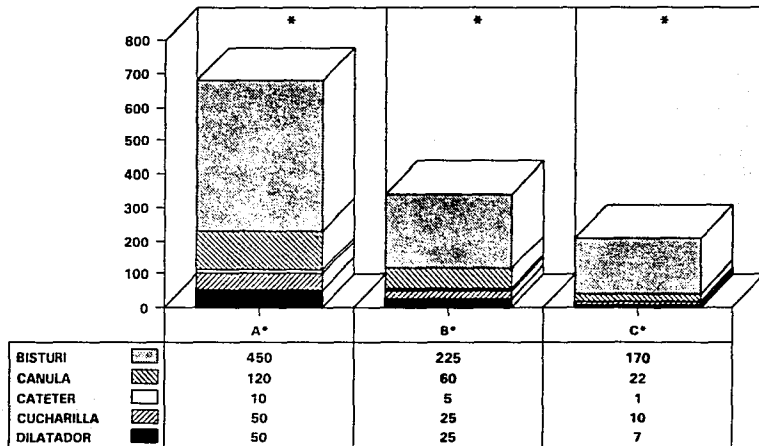
30. Valdes OC. Planeación y Salud Pública. Un enfoque centrado en salud. Salud Pub. México 1987, 29:233-248.

31. Weiss CH. Investigación Evaluativa. Métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción. Ed. Trillas, México 1985.

GRAFICAS

GRAFICA 1

CINCO HOSPITALES GENERALES SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL

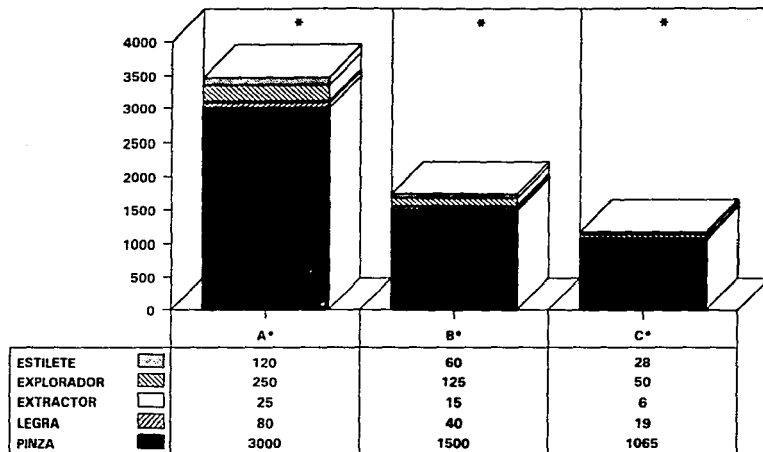


D.G.S.M.D.D.F. (1990-91)

A* EQUIPO QUE DEBE EXISTIR
 B* EQUIPO MINIMO SUFICIENTE
 C* EQUIPO FUNCIONAL EXISTENTE

* DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
 $p \leq 0.01$

GRAFICA 2 CINCO HOSPITALES GENERALES SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL

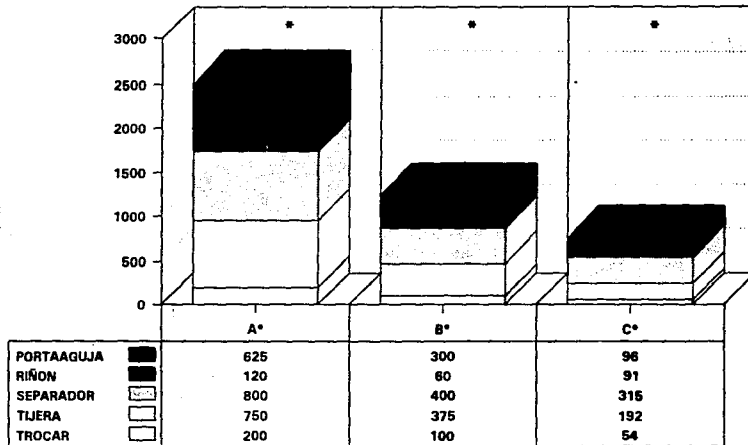


D.G.S.M.D.F. (1990-91)

A* EQUIPO QUE DEBE EXISTIR
B* EQUIPO MINIMO SUFICIENTE
C* EQUIPO FUNCIONAL EXISTENTE

* DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
p < 0.01

GRAFICA 3 CINCO HOSPITALES GENERALES SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL

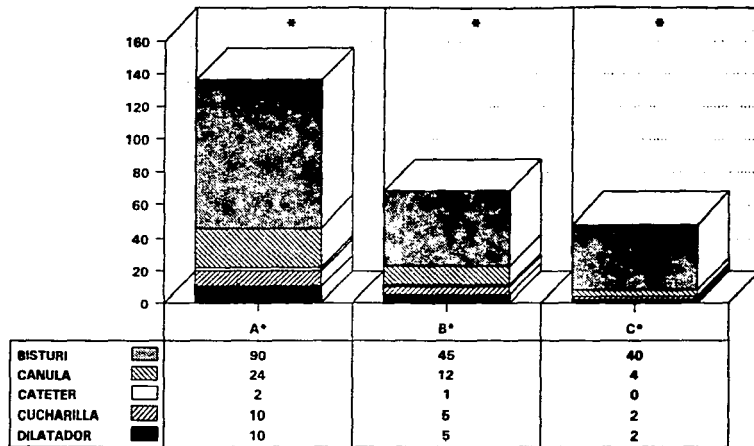


D.G.S.M.D.D.F. (1990-91)

A* EQUIPO QUE DEBE EXISTIR
B* EQUIPO MINIMO SUFICIENTE
C* EQUIPO FUNCIONAL EXISTENTE

* DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
 $p < 0.01$

GRAFICA 4
HOSPITAL GENERAL COYOACAN "XOCO"
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

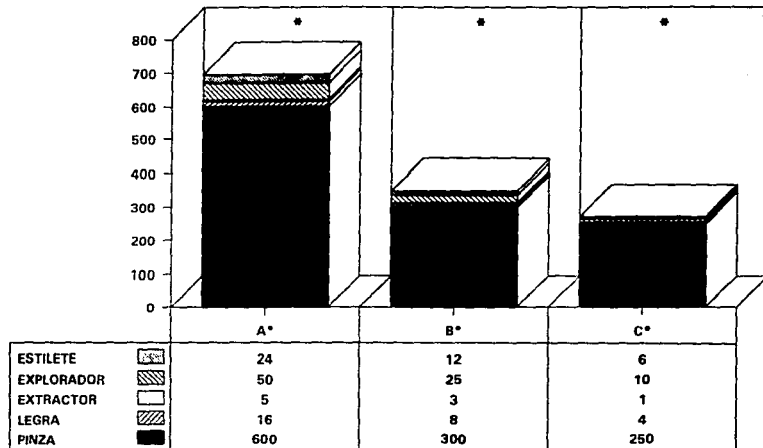


D.G.S.M.D.D.F. (1990-91)

A* EQUIPO QUE DEBE EXISTIR
 B* EQUIPO MINIMO SUFICIENTE
 C* EQUIPO FUNCIONAL EXISTENTE

* DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
 $p \leq 0.01$

GRAFICA 5
HOSPITAL GENERAL COYOACAN "XOCO"
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

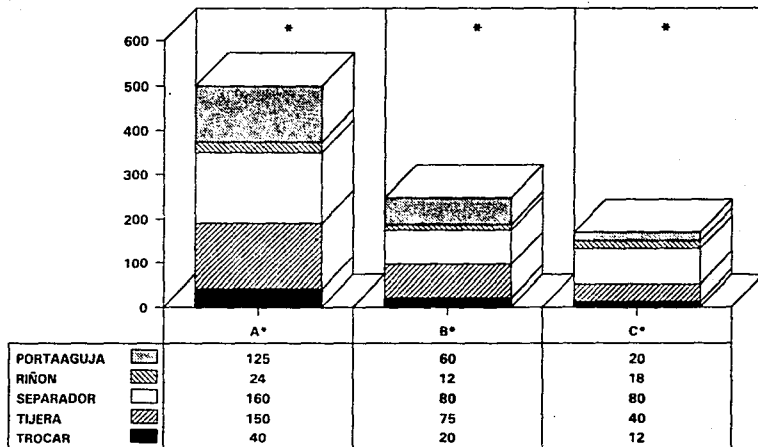


D.G.S.M.D.D.F. (1990-91)

A* EQUIPO QUE DEBE EXISTIR
 B* EQUIPO MINIMO SUFICIENTE
 C* EQUIPO FUNCIONAL EXISTENTE

* DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
 $p < 0.01$

GRAFICA 6
HOSPITAL GENERAL COYOACAN "XOCO"
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

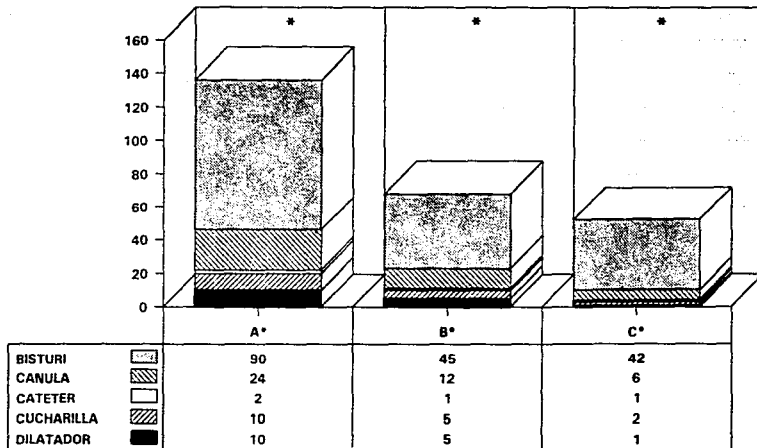


D.G.S.M.D.F. (1990-91)

A* EQUIPO QUE DEBE EXISTIR
 B* EQUIPO MINIMO SUFICIENTE
 C* EQUIPO FUNCIONAL EXISTENTE

* DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
 $p \leq 0.01$

GRAFICA 7
HOSPITAL GENERAL LA VILLA
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

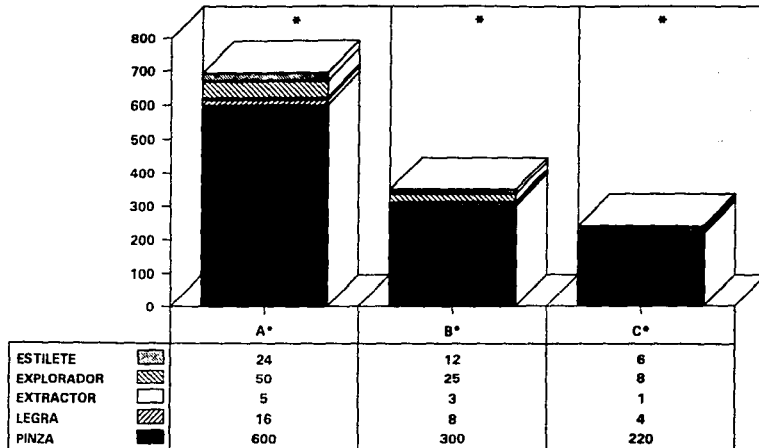


D.G.S.M.D.D.F. (1990-91)

A* EQUIPO QUE DEBE EXISTIR
 B* EQUIPO MINIMO SUFICIENTE
 C* EQUIPO FUNCIONAL EXISTENTE

* DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
 $p \leq 0.01$

GRAFICA 8
HOSPITAL GENERAL LA VILLA
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL



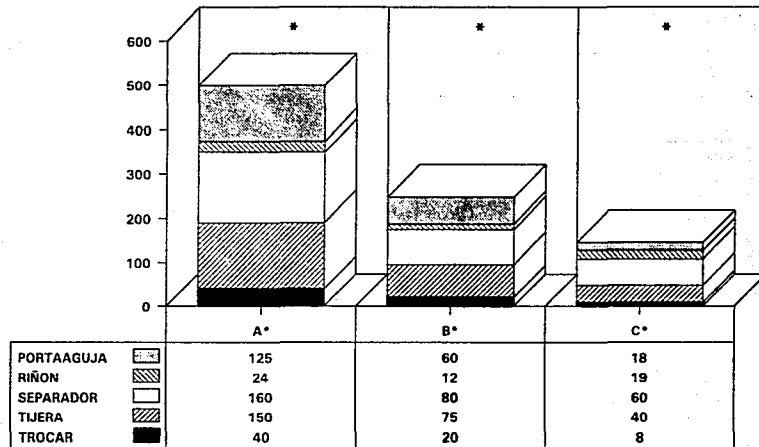
D.G.S.M.D.F. (1990-91)

A* EQUIPO QUE DEBE EXISTIR
 B* EQUIPO MINIMO SUFICIENTE
 C* EQUIPO FUNCIONAL EXISTENTE

* DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
 $p \leq 0.01$

GRAFICA 9
HOSPITAL GENERAL LA VILLA
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

- 75 -

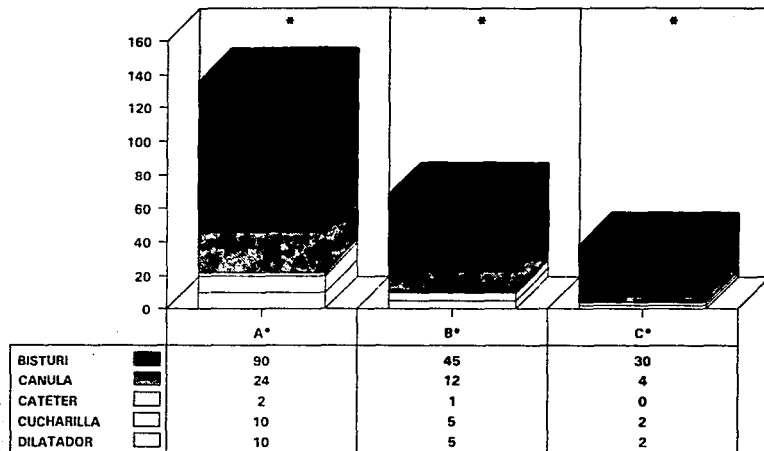


D.G.S.M.D.D.F. (1990-91)

A* EQUIPO QUE DEBE EXISTIR
 B* EQUIPO MINIMO SUFICIENTE
 C* EQUIPO FUNCIONAL EXISTENTE

* DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
 $p \leq 0.01$

GRAFICA 10
HOSPITAL GENERAL DR. RUBEN LEÑERO
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

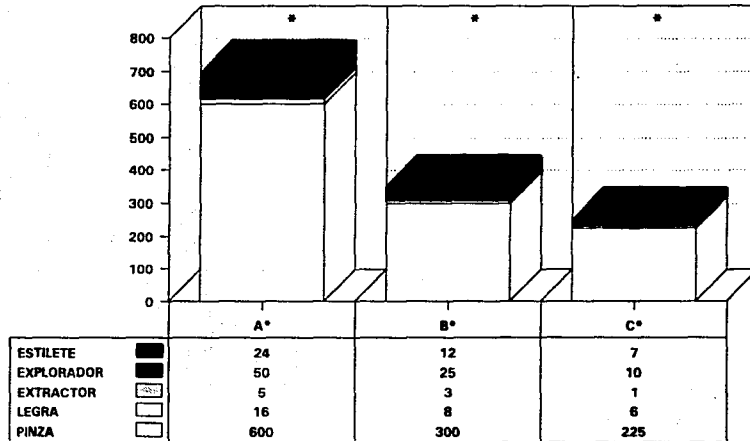


D.G.S.M.D.D.F. (1990-91)

A* EQUIPO QUE DEBE EXISTIR
 B* EQUIPO MINIMO SUFICIENTE
 C* EQUIPO FUNCIONAL EXISTENTE

* DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
 $p \leq 0.01$

GRAFICA 11
HOSPITAL GENERAL DR. RUBEN LEÑERO
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

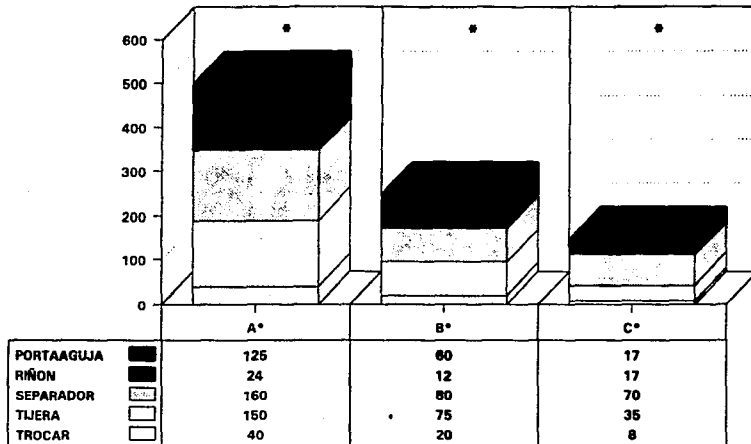


D.G.S.M.D.D.F. (1990-91)

A* EQUIPO QUE DEBE EXISTIR
 B* EQUIPO MINIMO SUFICIENTE
 C* EQUIPO FUNCIONAL EXISTENTE

* DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
 $p < 0.01$

GRAFICA 12
HOSPITAL GENERAL DR. RUBEN LEÑERO
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

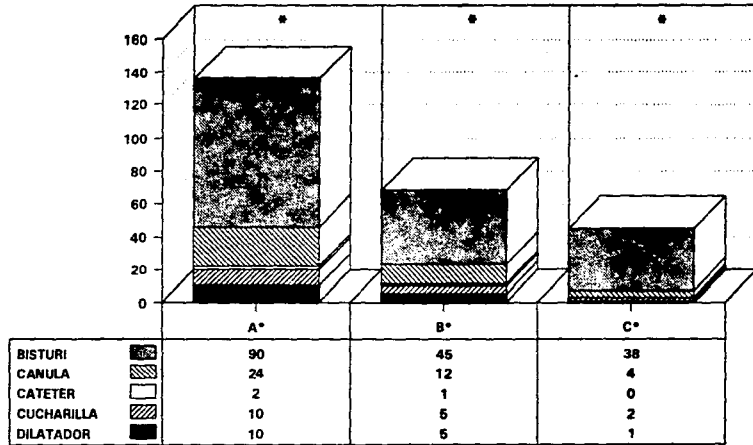


D.G.S.M.D.D.F. (1990-91)

A* EQUIPO QUE DEBE EXISTIR
 B* EQUIPO MINIMO SUFICIENTE
 C* EQUIPO FUNCIONAL EXISTENTE

* DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
 P < 0.01

GRAFICA 13
HOSPITAL GENERAL BALBUENA
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL



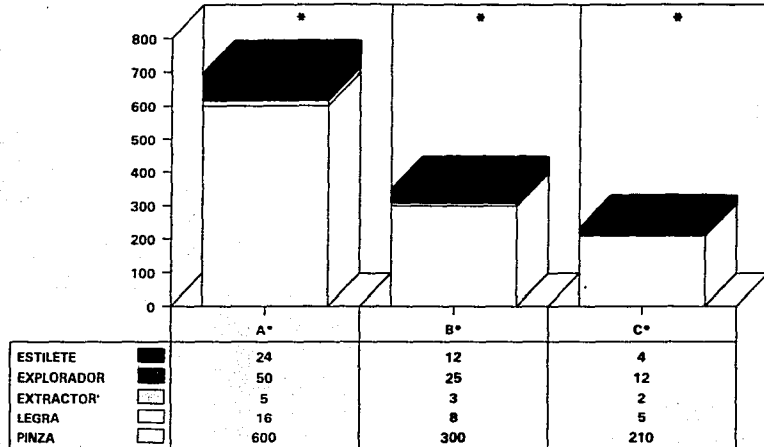
D.G.S.M.D.D.F. (1990-91)

A* EQUIPO QUE DEBE EXISTIR
 B* EQUIPO MINIMO SUFICIENTE
 C* EQUIPO FUNCIONAL EXISTENTE

* DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
 $p \leq 0.01$

GRAFICA 14
HOSPITAL GENERAL BALBUENA
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

- 08 -

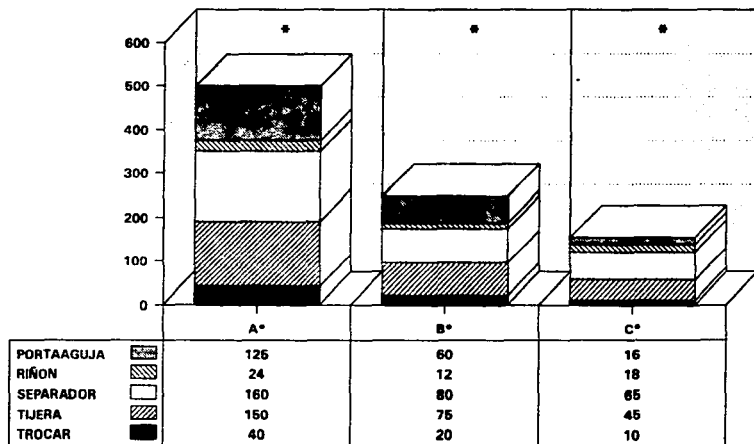


D.G.S.M.D.D.F. (1990-91)

A* EQUIPO QUE DEBE EXISTIR
 B* EQUIPO MINIMO SUFICIENTE
 C* EQUIPO FUNCIONAL EXISTENTE

* DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
 $p \leq 0.01$

GRAFICA 15
HOSPITAL GENERAL BALBUENA
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

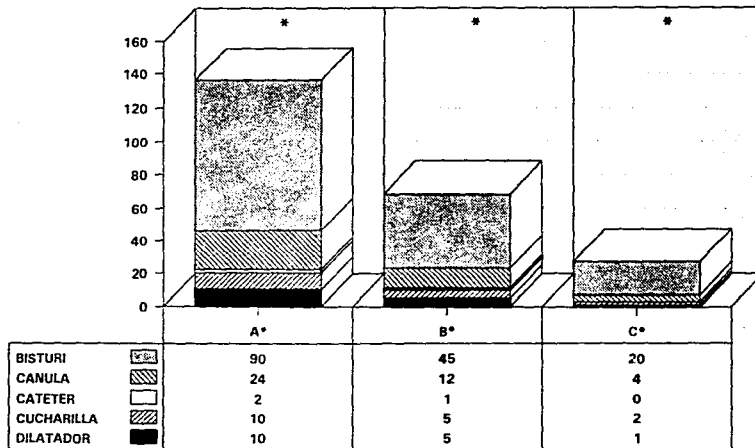


D.G.S.M.D.D.F. (1990-91)

A* EQUIPO QUE DEBE EXISTIR
 B* EQUIPO MINIMO SUFICIENTE
 C* EQUIPO FUNCIONAL EXISTENTE

* DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
 $p < 0.01$

GRAFICA 16
HOSPITAL GENERAL DR. GREGORIO SALAS
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

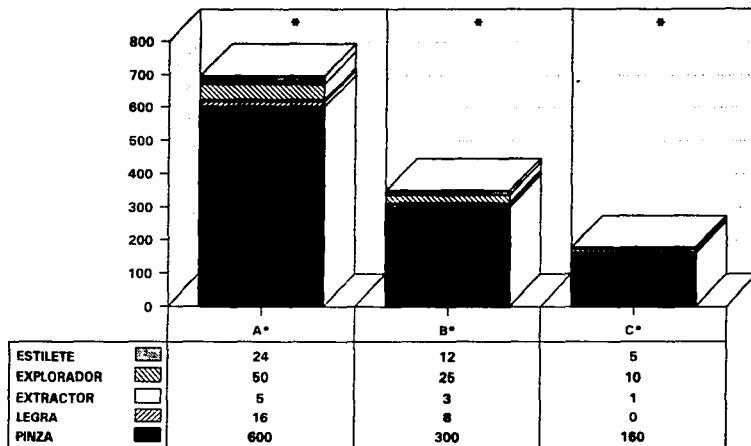


D.G.S.M.D.D.F. (1990-91)

A* EQUIPO QUE DEBE EXISTIR
 B* EQUIPO MINIMO SUFICIENTE
 C* EQUIPO FUNCIONAL EXISTENTE

* DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
 $p \leq 0.01$

GRAFICA 17
HOSPITAL GENERAL DR. GREGORIO SALAS
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

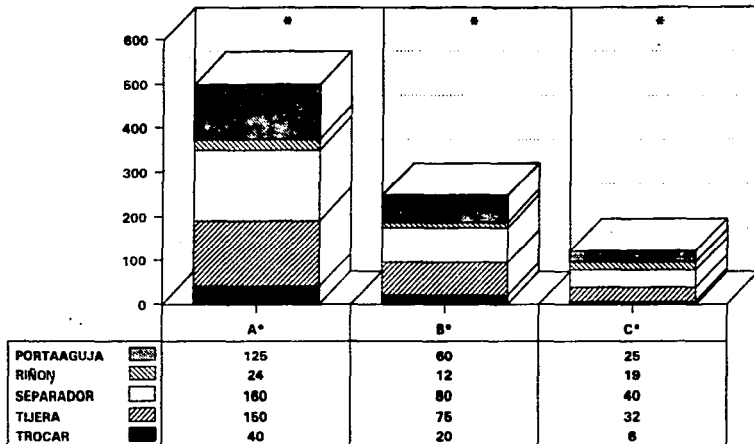


D.G.S.M.D.F. (1990-91)

A* EQUIPO QUE DEBE EXISTIR
 B* EQUIPO MINIMO SUFICIENTE
 C* EQUIPO FUNCIONAL EXISTENTE

* DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
 $P \leq 0.01$

GRAFICA 18
HOSPITAL GENERAL DR. GREGORIO SALAS
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL



D.G.S.M.D.D.F. (1990-91)

A* EQUIPO QUE DEBE EXISTIR
 B* EQUIPO MINIMO SUFICIENTE
 C* EQUIPO FUNCIONAL EXISTENTE

* DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
 $p \leq 0.01$

ANEXOS

A N E X O I

=====

CEDULA DE RECOLECCION DE INFORMACION

=====

OBJETIVO: DETERMINAR QUE CANTIDAD Y EN QUE CONDICIONES SE ENCUENTRA EL EQUIPO MEDICO DE LOS SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL DE LOS HOSPITALES GENERALES DE LA D.G.S.M.D.D.F., TOMANDO COMO BASE EL CUADRO BASICO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO PARA EL SECTOR SALUD.

CLAVE	NOMBRE GENERICO	EQUIPO ENCONTRADO	EQUIPO FUNCIONAL
535.137.0019	Bisturf	_____	_____
535.137.0035		_____	_____
535.137.0064		_____	_____
535.137.0456		_____	_____
535.137.0464		_____	_____
535.137.0472		_____	_____
535.156.0015	Canula	_____	_____
535.156.0031		_____	_____
060.168	Cateter	_____	_____
535.260.3830	Cucharilla	_____	_____
535.260.3348		_____	_____
535.301.1054	Dilatador	_____	_____
535.301.1058		_____	_____
535.399.0053	Estilete	_____	_____
535.399.0103		_____	_____
535.409.0036	Explorador	_____	_____
535.409.0044		_____	_____
535.409.0200		_____	_____
535.409.0218		_____	_____
535.409.0226		_____	_____
535.409.0408		_____	_____

531.390.0150

Extractor

535.567.0208

Legra

535.567.0505

535.701.4348

Pinza

535.701.4355

535.701.4470

535.701.0098

535.701.1294

535.701.0247

535.701.0205

535.701.0262

535.701.0270

535.701.0338

535.701.0346

535.701.0361

535.701.0379

535.701.1385

535.701.1419

535.701.2763

535.701.2839

535.701.2888

535.701.4841

535.701.4421

535.701.4439

535.701.1831

535.701.1849

535.701.1864

535.701.1872

535.701.1880

535.701.1906

535.701.1930

535.701.1965

535.701.0718

535.701.0734

535.701.0742

535.701.0767

535.701.0817

535.701.0833

535.701.0874

535.701.0890

535.701.0908

535.701.0916

535.701.0924

535.701.0940

535.701.0999

535.701.1021

535.701.1039

535.701.1236

535.701.1286

535.701.1310

.....continua Separador....

535.814.6032
535.814.6164
535.814.3450

535.859
535.859.0650
535.859.0055
535.859.0700
535.859.0718
535.859.0726
535.859.1690
535.859.2300
535.859.2318
535.859.2334
535.859.2391
535.859.2409
535.859.2417
535.859.2656
535.859.2672
535.859.2698
535.859.0288
535.859.0312
535.859.0627
535.859.0676
535.859.0692
535.859.0742
535.859.0817
535.859.0833
535.859.0593
535.859.3589
535.859.3894
535.859.0684
535.859.4041
535.859.4058
535.859.0744

Tijera

535.907.0744
535.907.0751
535.907.0769
535.907.0017
535.859.0025
535.859.0025
535.859.0033
535.859.0041
535.859.0066
535.859.0553

Trocar

A N E X O I I

=====

GUIA DE ENTREVISTA AL PERSONAL QUE OPERA DIRECTAMENTE EN LOS
SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL DE LA D.G.S.M.D.D.F.

=====

FECHA: _____

CARGO: _____

=====

LA PRESENTE GUIA TIENE COMO OBJETO RECABAR INFORMACION SOBRE LO QUE CONSIDERA EL PERSONAL OPERATIVO DE LOS SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL DE LA D.G.S.M.D.D.F., COMO EQUIPAMIENTO MINIMO NECESARIO PARA REALIZAR LAS CIRUGIAS QUE SE PRESENTEN EN SUS UNIDADES DE ADSCRIPCION SIN QUE SE DETERIORE LA CALIDAD DE LA ATENCION; Y SERA UTILIZADA CON EL FIN DE CONCLUIR LA TESIS DE INVESTIGACION TITULADA "EVALUACION DEL EQUIPAMIENTO MEDICO EN LOS SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL DE LA D.G.S.M.D.D.F. 1990-91".

=====

1.- ¿Considera que el equipo quirúrgico listado a continuación es el que debe existir en el servicio de cirugía general? SI _____ NO _____

- a) Bísturi
- b) Canula
- c) Cateter
- d) Cucharilla
- e) Dilatador
- f) Estilete
- g) Explorador
- h) Extractor
- i) Legra
- j) Pinza
- k) Portaaguja
- l) Riñón
- m) Separador
- n) Tijera
- o) Trocar

2.- Si su respuesta es NO, entonces ¿Cuáles agregaría?, por favor menciónelos: _____

3.- De acuerdo al listado anterior ¿Cuál es la cantidad de equipo quirúrgico que Usted considera que es mínimo necesario en el servicio de cirugía general, esto es, el equipo mínimo para operar en forma que no demerite la calidad de atención?

CLAVE	NOMBRE GENERICO	CANTIDAD CONSIDERADA
535.137.0019	Bisturís	_____
535.137.0035, 535.137.0064, 535.137.0456, 535.137.0464, 535.137.0472		
535.156.0015 535.156.0031	Canulas	_____
060.168	Cateter	_____
535.260.3830 535.260.3348	Cucharilla	_____
535.301.1054 535.301.1058	Dilatador	_____
535.399.0053 535.399.0103	Estilete	_____
535.409.0036	Explorador	_____
535.409.0044, 535.409.0200, 535.409.0218, 535.409.0226, 535.409.0408		
531.390.0150	Extractor	_____

535.567.0208
535.567.0505

Legra

535.701.4348

Pinza

535.701.4355, 535.701.4470, 535.701.0098, 535.701.1294, 535.701.0247,
535.701.0205, 535.701.0262, 535.701.0270, 535.701.0338, 535.701.0346,
535.701.0361, 535.701.0379, 535.701.1385, 535.701.1419, 535.701.2763,
535.701.2839, 535.701.2888, 535.701.4841, 535.701.4421, 535.701.4439,
535.701.1831, 535.701.1849, 535.701.1864, 535.701.1872, 535.701.1880,
535.701.1906, 535.701.1930, 535.701.1965, 535.701.0718, 535.701.0734,
535.701.0742, 535.701.0767, 535.701.0817, 535.701.0833, 535.701.0874,
535.701.0890, 535.701.0908, 535.701.0916, 535.701.0924, 535.701.0940,
535.701.0999, 535.701.1021, 535.701.1039, 535.701.1236, 535.701.1286,
535.701.1310, 535.701.1344, 535.701.1377, 535.701.1625, 535.701.2318,
535.701.4603, 535.701.4611, 535.701.4629, 535.701.4637, 535.701.4645,
535.701.1682, 535.701.2886, 535.701.3944, 535.701.4405, 535.701.4413,
535.701.4488, 535.701.4496, 535.701.4504, 535.701.4512, 535.701.4520,
535.701.4538, 535.701.4546, 535.701.4553, 535.701.4561, 535.701.4579,
535.701.4587, 535.701.4595, 535.701.4447, 535.701.4454, 535.701.4462,
535.701.3415, 535.701.3449, 535.701.4223, 535.701.8968, 535.701.1609,
535.701.1647, 535.701.1690, 535.701.4397, 535.701.4363, 535.701.4371,
535.701.4389, 535.701.2334.

535.716.

Portaaguja

535.716.1941, 535.716.2139, 535.716.0133, 535.716.0141, 535.716.0166,
535.716.0182, 535.716.0216, 535.716.1107, 535.716.1206, 535.716.1214,
535.716.1255, 535.716.1305, 535.716.1701, 535.716.1735, 535.716.1792,
535.716.2006, 535.716.2014, 535.716.2063, 535.716.2089, 535.716.2097.

513.790.0055
513.790.0063

Rifón

535.814.0340

Separador

535.814.0357, 535.814.0365, 535.814.0373, 535.814.0381, 535.814.0399,
535.814.0407, 535.814.0415, 535.814.0266, 535.814.0274, 535.814.0282,
535.814.0290, 535.814.0308, 535.814.0316, 535.814.0324, 535.814.0364,
535.814.0431, 535.814.0449, 535.814.0456, 535.814.0464, 535.814.0472,
535.814.5372, 535.814.0476, 535.814.0480, 535.814.0522, 535.814.0530,
535.814.3609, 535.814.5844, 535.814.5950, 535.814.0506, 535.814.0514,
535.814.3500, 535.814.3518, 535.814.3526, 535.814.0548, 535.814.0555,
535.814.6032, 535.814.6164, 535.814.3450.

535.859

Tijera

535.859.0650, 535.859.0055, 535.859.0700, 535.859.0718, 535.859.0726,
535.859.1690, 535.859.2300, 535.859.2318, 535.859.2334, 535.859.2391,
535.859.2409, 535.859.2417, 535.859.2656, 535.859.2672, 535.859.2698,
535.859.0288, 535.859.0312, 535.859.0627, 535.859.0676, 535.859.0692,
535.859.0742, 535.859.0817, 535.859.0833, 535.859.0593, 535.859.3589,
535.859.3894, 535.859.0684, 535.859.4041, 535.859.4058, 535.859.0744.

535.907.0744

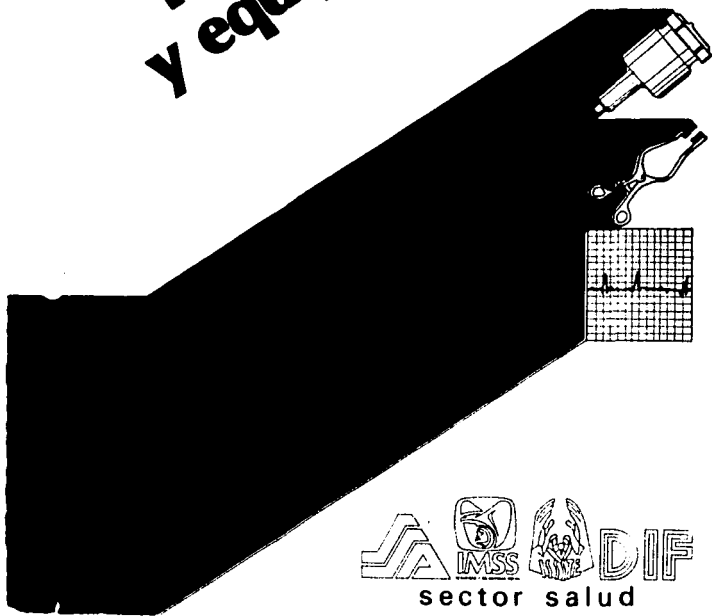
Trocar

535.907.0751, 535.907.0769, 535.907.0017, 535.859.0025, 535.859.0025,
535.859.0033, 535.859.0041, 535.859.0066, 535.859.0553.

PAGINACION VARIA

COMPLETA LA INFORMACION

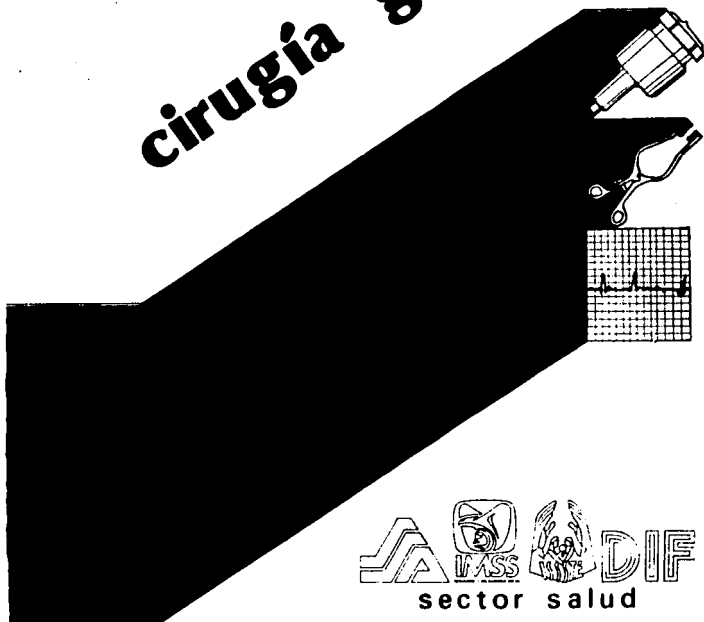
cuadro básico de instrumental y equipo médico



A **IMSS** **DIF**
sector salud

cirugía general

cirugía general



A **ASS** **DIF**
sector salud

CUADRO BASICO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO DEL SECTOR SALUD
CIRUGIA GENERAL

CLAVE	GRUPO GENERAL	ARTICULOS ESPECIFICOS	NIVEL DE UTILIZACION	REQUISITOS DE FUNCIONAMIENTO
535.137.0415	E137UF1	QUIRURGICO, PANGO No. 5	2,5	NOVAS DESECHABLES.
535.137.0416	E137UF1	QUIRURGICO, PANGO No. 3 LARGO	2,3	NOVAS DESECHABLES.
535.137.0414	E137UF1	QUIRURGICO, PANGO No. 4.	2,3	NOVAS DESECHABLES.
535.137.0410	E137UF1	QUIRURGICO, PANGO No. 3.	2,3	NOVAS DESECHABLES.
535.137.0404	E137UF1	QUIRURGICO, PANGO No. 4 LARGO	2,3	NOVAS DESECHABLES.
535.137.0472	E137UF1	QUIRURGICO, PANGO No. 7.	2,3	NOVAS DESECHABLES.
535.156.0015	CANULA	PARA ASPIRACION ABDOMINAL LONGITUD 22.2 cm, CALIBRE DE LA PUNTA 23 Fr, MODELO: POOLE.	2,3	EQUIPOS O SISTEMAS DE ASPIRACION
535.156.0031	CANULA	PARA ASPIRACION, CON BOTON DESATORNILLABLE, LONGITUD 22.8 cm, MODELO: YAMBAUER.	2,3	EQUIPOS O SISTEMAS DE ASPIRACION.
060.160	CATETER	DE FRANZIER, REFERENCIA: NEUROLOGIA Y NEURORRADIOLOGIA.		
535.260.3030	CUCHARILLA	PARA CALCULOS BILIARES, DE TALLO MALLEABLE, JUEGO DE 17, 21, 24 Y 27 Fr. LONGITUD 33 cm. MODELO: DESJARDIN.	2,3	
535.260.3043	CUCHARILLA	PARA CALCULOS BILIARES, DE TALLO MALLEABLE, JUEGO DE CUATRO, DE 32 cm, MODELO: LUER-BOERTE.	2,3	
537.301.1064	DILATADOR	DE CANALES BILIARES DE HANFF, (JUEGO DE CUATRO) FLEXIBLE DE 10 PULGADAS DE LARGO TOTAL, DE DOBLE PUNTA 11-13, 15-19, 22-25 Y 27-29 Fr.	2,3	DE ACERO INOXIDABLE.
535.301.1059	DILATADOR	PARA VIAS BILIARES, CON TALLO MALLEABLE, LONGITUD 30 cm, JUEGO DE TRECER GROSORES: DE 1 A 13 mm, MODELO: BATES.	2,3	
535.399.0052	ESTILETE	ABOTONADO, LONGITUD 14.5 cm, DIAMETRO DE 1 mm.	1,2,3	
535.399.0103	ESTILETE	ABOTONADO, LONGITUD 14.5 cm, DIAMETRO DE 2 mm.	1,2,3	

**CUADRO BASICO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO DEL SECTOR SALUD
CIRUGIA GENERAL**

CLAVE	MODELO GENERICO	ARTICULOS ESPECIFICOS	NIVEL DE UTILIZACION	REQUISITOS DE FUNCIONAMIENTO
535.409.0036	EXPLORADOR	ACANALADO, CON SUJETALENGUAS, CON PUNTA DE BOTON, LONGITUD 13 cm	2,3	
535.409.0044	EXPLORADOR	ACANALADO, CON SUJETALENGUAS, CON PUNTA AMISADA, LONGITUD 18 cm	2,3	
535.409.0200	EXPLORADOR	PARA VIAS BILIARES, ELASTICO, CON PUNTA OLIVAR CENTRADA, LONGITUD 28 cm, JUEGO DE 4 mm, MODELO: DESJARDIN	2,3	
535.409.0218	EXPLORADOR	PARA VIAS BILIARES, ELASTICO, CON PUNTA OLIVAR CENTRADA, LONGITUD 28 cm, JUEGO DE 5 mm, MODELO: DESJARDIN	2,3	
535.409.0226	EXPLORADOR	PARA VIAS BILIARES, ELASTICO, CON PUNTA OLIVAR CENTRADA, LONGITUD 28 cm, JUEGO DE 7 mm, MODELO: DESJARDIN	2,3	
535.409.0888	EXPLORADOR	PARA VIAS BILIARES, MILENABLE, LONGITUD 34 cm, CON SONDA Y CUCHARILLA, MODELO: MONTMARN	2,3	
531.390.0150	EXTRACTOR	PARA CALCULOS BILIARES Y URETERALES, CON CESTILLAS DE ACERO (INDIVIDUALES, EXTREMO DERECHO): FILIFORME O ENTRENO) ESPIRAL FILIFORME, MODELO: DORNIA	2,3	
535.567.0206	LEGA	PARA PERISTITIO, RECTA, LONGITUD 18.4 cm, MODELO: LANGENSETZ	2,3	
535.567.0505	LEGA	PARA PERISTITIO, CURVA, LONGITUD 15 cm, MODELO: FAPAREUF	2,3	
535.701.4348	PINZA	PARA CALCULOS BILIARES, ANILLOS FUERTES, RECTA, LONGITUD 20 cm, MODELO: ELAIE	2,3	
535.701.4355	PINZA	PARA CALCULOS BILIARES, ANILLOS FUERTES, CURVA, LONGITUD 20 cm, MODELO: BLAIE	2,3	
535.701.4470	PINZA	PARA CALCULOS BILIARES Y RENALES, CON ANILLOS, JUEGO DE 6 DIFERENTES CURVATURAS, MODELO: RANDALL	2,3	

FALLA DE ORIGEN

CUADRO BASICO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO DEL SECTOR SALUD
CIRUGIA GENERAL

CLAVE	NOMBRE GENERICO	ARTICULOS ESPECIFICOS	NIVEL DE UTILIZACION REQUISITOS DE FUNCIONAMIENTO
535.701.0098	PINZA	PARA CARPO, LONGITUD 14 cm, MODELO: BACHHAUS	2,3
535.701.1294	PINZA	PARA CARPO, LONGITUD 6 cm, MODELO: BACHHAUS	2,3
535.701.0247	PINZA	PARA DISECCION EN CARPO OPERATORIO PROFUNDO, FINAS, ESTRIADA, LONGITUD 22.6 cm, MODELO: OVELANDT.	2,3
535.701.0265	PINZA	PARA DISECCION, ESTRIADA, CON DIENTES 1 x 2, LONGITUD 15 cm, MODELO: STANDARD	2,3
535.701.0262	PINZA	PARA DISECCION, ESTRIADA, CON DIENTES 4 x 5, LONGITUD 20 cm, MODELO: ADLERHEUTZ.	2,3
535.701.0270	PINZA	PARA DISECCION, ESTRIADA, CON DIENTES 2 x 3, LONGITUD 13 cm, MODELO: ADLERHEUTZ.	2,3
535.701.0306	PINZA	PARA DISECCION, ESTRIADA, CON DIENTES 2 x 3, LONGITUD 20 cm, MODELO: ADLERHEUTZ	2,3
535.701.0345	PINZA	PARA DISECCION, ESTRIADA, CON DIENTES 4 x 5, LONGITUD 15 cm, MODELO: ADLERHEUTZ	2,3
535.701.0361	PINZA	PARA DISECCION, CON DIENTES 2 x 3, LONGITUD 11 cm, MODELO: AGSA	2,3
535.701.0373	PINZA	PARA DISECCION, CON DIENTES 1 x 2, LONGITUD 11 cm, MODELO: AGSA	2,3
535.701.1385	PINZA	PARA DISECCION, ESTRIADA, SIN DIENTES, LONGITUD 15 cm, MODELO: STANDARD	2,3
535.701.1415	PINZA	PARA DISECCION, ESTRIADA, SIN DIENTES, LONGITUD 18 cm, MODELO: STANDARD	2,3
535.701.2763	PINZA	PARA DISECCION, ESTRIADA, CON DIENTES 1 x 2, LONGITUD 20 cm, MODELO: STANDARD	2,3

**CUADRO BASICO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO DEL SECTOR SALUD
CIRUGIA GENERAL**

CLAVE	NOMBRE GENERICO	ARTICULOS ESPECIFICOS	NIVEL DE UTILIZACION	REQUISITOS DE FUNCIONAMIENTO
535.701.2839	FINZA	PARA DISECCION, ESTRIBADA, CON DIENTES 1 x 2, LONGITUD 13 cm, MODELO: ADLEREUTZ.	2,3	
535.701.2893	FINZA	PARA DISECCION, ESTRIBADA, CON DIENTES 1 x 2, LONGITUD 20 cm, MODELO: ADLEREUTZ.	2,3	
535.701.4541	FINZA	PARA DISECCION, SIN DIENTES, LONGITUD 11 cm, MODELO: ACCSA.	2,3	
535.701.4421	FINZA	PARA ESTOMAGO E INTESTINOS, CON ESTRIBAS LONGITUDINALES, FUERTE, RECTA, LONGITUD 25 cm, MODELO: NAVO-ROBSON.	2,3	
535.701.4429	FINZA	PARA ESTOMAGO E INTESTINOS, CON ESTRIBAS LONGITUDINALES, FUERTE, CURVA, LONGITUD 25 cm, MODELO: NAVO-ROBSON.	2,3	
535.701.1801	FINZA	PARA GASAS, FENESTRADA, RECTA, ESTRIBADA, LONGITUD 19 cm, MODELO: FOERSTER.	2,3	
535.701.1849	FINZA	PARA GASAS, FENESTRADA, CURVA, ESTRIBADA, LONGITUD 16 cm, MODELO: FOERSTER.	2,3	
535.701.1844	FINZA	PARA GASAS, FENESTRADA, RECTA, LISA, LONGITUD 25 cm, MODELO: FOERSTER.	2,3	
535.701.1572	FINZA	PARA GASAS, FENESTRADA, RECTA, ESTRIBADA, LONGITUD 20 cm, MODELO: FOERSTER.	2,3	
535.701.1860	FINZA	PARA GASAS, FENESTRADA, RECTA, ESTRIBADA, LONGITUD 25 cm, MODELO: FOERSTER.	2,3	
535.701.1546	FINZA	PARA GASAS, FENESTRADA, CURVA, ESTRIBADA, LONGITUD 20 cm, MODELO: FOERSTER.	2,3	
535.701.1330	FINZA	PARA GASAS, FENESTRADA, CURVA, LISA, LONGITUD 25 cm, MODELO: FOERSTER.	2,3	

FALLA DE ORIGEN

CUADRO BASICO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO DEL SECTOR SALUD
CIRUGIA GENERAL

CLAVE	NOMBRE GENERICO	ARTICULOS ESPECIFICOS	NIVEL DE UTILIZACION	REQUISITOS DE FUNCIONAMIENTO
535.701.1955	PINZA	PARA GASAS, FENESTRADA, CURVA, ESTRIADA, LONGITUD 25 cm, MODELO: FOENSTER.	2,3	
535.701.0718	PINZA	PARA HEMOSTASIS, ESTRIAS TRANSVERSALES, RECTA, LONGITUD 14 cm, MODELO: CRILE.	2,3	
535.701.0734	PINZA	PARA HEMOSTASIS, ESTRIAS TRANSVERSALES, CURVA, LONGITUD 14 cm, MODELO: CRILE.	2,3	
535.701.0742	PINZA	PARA HEMOSTASIS, ESTRIAS TRANSVERSALES, CURVA, LONGITUD 16 cm, MODELO: CRILE.	2,3	
535.701.0767	PINZA	PARA HEMOSTASIS, TIPO MOSQUITO, RECTA, LONGITUD 12.5 cm, MODELO: HALSTEAD.	2,3	
535.701.0817	PINZA	PARA HEMOSTASIS, TIPO MOSQUITO, CURVA, LONGITUD 9.5 cm, MODELO: HALSTEAD.	2,3	
535.701.0833	PINZA	PARA HEMOSTASIS, TIPO MOSQUITO, CURVA, LONGITUD 12.5 cm, MODELO: HALSTEAD.	2,3	
535.701.0874	PINZA	PARA HEMOSTASIS, ESTRIAS TRANSVERSALES, CURVA, LONGITUD 14 cm, MODELO: KELLY.	2,3	
535.701.0890	PINZA	PARA HEMOSTASIS, ESTRIADA, CON DIENTES 1 x 2, CURVA, LONGITUD 14 cm, MODELO: ROCHESTER-OCHEMER.	2,3	
535.701.0908	PINZA	PARA HEMOSTASIS, ESTRIADA, CURVA, LONGITUD 30 cm, MODELO: ROCHESTER-PEAH.	2,3	
535.701.0916	PINZA	PARA HEMOSTASIS, ESTRIAS TRANSVERSALES, RECTA, LONGITUD 16 cm, MODELO: CRILE.	2,3	
535.701.0924	PINZA	PARA HEMOSTASIS, TIPO MOSQUITO, RECTA, LONGITUD 9.5 cm, MODELO: HALSTEAD.	2,3	

FALLA DE ORIGEN

**CUADRO BASICO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO DEL SECTOR SALUD
CIRUGIA GENERAL**

CLAVE	NUMERO GENERICO	ARTICULOS ESPECIFICOS	NIVEL DE UTILIZACION	REQUISITOS DE FUNCIONAMIENTO
636.701.0940	PINZA	PARA MENOSTASIS, ESTRIADA, CON DIENTES 1 y 2, RECTA, LONGITUD 14 cm, MODELO: ROCHESTER-OSGEMER.	2,3	
636.701.0993	PINZA	PARA MENOSTASIS, ESTRIADA, RECTA, LONGITUD 30 cm, MODELO: ROCHESTER-PENN.	2,3	
636.701.1021	PINZA	PARA MENOSTASIS, ESTRIAS TRANSVERSALES, LONGITUD 14 cm, MODELO: MITTER.	2,3	
636.701.1039	PINZA	PARA MENOSTASIS, ESTRIAS TRANSVERSALES, LONGITUD 18 cm, MODELO: MITTER.	2,3	
636.701.1236	PINZA	PARA MENOSTASIS, ESTRIADA, RECTA, LONGITUD 14 cm, MODELO: ROCHESTER-PENN.	2,3	
636.701.1286	PINZA	PARA MENOSTASIS, ESTRIADA, SIN DIENTES, RECTA, LONGITUD: 14cm, MODELO: ROCHESTER-OSGEMER.	2,3	
636.701.1289	PINZA	PARA MENOSTASIS, ESTRIADA, SIN DIENTES, RECTA, LONGITUD 20 cm, MODELO: ROCHESTER-OSGEMER.	2,3	
636.701.1344	PINZA	PARA MENOSTASIS, ESTRIADA, SIN DIENTES, CURVA, LONGITUD 14 cm, MODELO: ROCHESTER-OSGEMER.	2,3	
636.701.1377	PINZA	PARA MENOSTASIS, ESTRIADA, SIN DIENTES, CURVA, LONGITUD 20 cm, MODELO: ROCHESTER-OSGEMER.	2,3	
636.701.1625	PINZA	PARA MENOSTASIS, ESTRIAS TRANSVERSALES, LONGITUD 23 cm, MODELO: MITTER.	2,3	
636.701.2218	PINZA	PARA MENOSTASIS, ESTRIAS TRANSVERSALES, RECTA, LONGITUD 14 cm, MODELO PERRY.	2,3	
636.701.4603	PINZA	PARA MENOSTASIS, TIPO MOSQUITO, RECTA, LONGITUD 10 cm, MODELO: HARTMAN.	2,3	

CUADRO BASICO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO DEL SECTOR SALUD
CIRUGIA GENERAL

CLAVE	NOMBRE GENERICO	ARTICULOS ESPECIFICOS	NIVEL DE UTILIZACION	REQUISITOS DE FUNCIONAMIENTO
535.701.4611	PINZA	PARA HEMOSTASIS, TIPO MOSQUITO, CURVA, LONGITUD 10 cm, MODELO: MARTINI	2,3	
535.701.4623	PINZA	PARA HEMOSTASIS, ESTRIAS LONGITUDINALES, LONGITUD 22 cm, MODELO: MIXTER	2,3	
535.701.4637	PINZA	PARA HEMOSTASIS, ESTRIAS LONGITUDINALES, LONGITUD 25 cm, MODELO: MIXTER	2,3	
535.701.4645	PINZA	PARA HEMOSTASIS, ESTRIAS LONGITUDINALES, LONGITUD 18 cm, MODELO: MIXTER.	2,3	
535.701.1682	PINZA	PARA INTESITINOS, FENESTRADA, CON RETEN, LONGITUD 24 cm, MODELO: BARCOCK.	2,3	
535.701.2086	PINZA	PARA INTESITINOS, FENESTRADA, CON RETEN, LONGITUD 14 cm, MODELO: BARCOCK.	2,3	
535.701.3944	PINZA	PARA INTESITINOS, FENESTRADA, CON RETEN, LONGITUD 18 cm, MODELO: BARCOCK.	2,3	
535.701.4405	PINZA	PARA INTESITINOS, CON ESTRIAS LONGITUDINALES, BLANDA, CURVA, LONGITUD 21 cm, MODELO: KOEHER.	2,3	
535.701.4413	PINZA	PARA INTESITINOS, CON ESTRIAS LONGITUDINALES, BLANDA, CURVA, LONGITUD 25 cm, MODELO: KOEHER.	2,3	
535.701.4438	PINZA	PARA INTESITINOS, RECTA, CON ESTRIAS LONGITUDINALES Y DIENTES 1 x 2 EN LA PUNTA, LONGITUD 15.5 cm, MODELO: ALLEN	2,3	
535.701.4495	PINZA	PARA INTESITINOS, CON ESTRIAS LONGITUDINALES, RECTA, LONGITUD 11 cm, MODELO: DOYEN	2,3	
535.701.4504	PINZA	PARA INTESITINOS, CON ESTRIAS LONGITUDINALES, RECTA, LONGITUD 16 cm, MODELO DOYEN.	2,3	

FALLA DE ORIGEN

**CUADRO BASICO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO DEL SECTOR SALUD
CIRUGIA GENERAL**

CLAVE	NOMBRE GENERICO	ARTICULOS ESPECIFICOS	NIVEL DE UTILIZACION	REQUISITOS DE FUNCIONAMIENTO
535.701.4512	PINZA	PARA INTESTINOS, CON ESTRIAS LONGITUDINALES, RECTA, LONGITUD 24 cm, MODELO: DOYEN.	2,3	
535.701.4520	PINZA	PARA INTESTINOS, CON ESTRIAS LONGITUDINALES, CURVA, LONGITUD 13 cm, MODELO: DOYEN.	2,3	
535.701.4536	PINZA	PARA INTESTINOS, CON ESTRIAS LONGITUDINALES, CURVA, LONGITUD 16 cm, MODELO: DOYEN.	2,3	
535.701.4546	PINZA	PARA INTESTINOS, CON ESTRIAS LONGITUDINALES, CURVA, LONGITUD 24 cm, MODELO: DOYEN.	2,3	
535.701.4553	PINZA	PARA INTESTINOS, CON ESTRIAS TRANSVERSALES, RECTA, LONGITUD 24 cm, MODELO: DOYEN.	2,3	
535.701.4561	PINZA	PARA INTESTINOS, CON ESTRIAS TRANSVERSALES, CURVA, LONGITUD 24 cm, MODELO: DOYEN.	2,3	
535.701.4579	PINZA	PARA INTESTINOS, CON ESTRIAS LONGITUDINALES, BLANDA, RECTA, LONGITUD 13 cm, MODELO: KOCHER.	2,3	
535.701.4567	PINZA	PARA INTESTINOS, CON ESTRIAS LONGITUDINALES, BLANDA, RECTA, LONGITUD 21 cm, MODELO: KOCHER.	2,3	
535.701.4595	PINZA	PARA INTESTINOS, CON ESTRIAS LONGITUDINALES, BLANDA, RECTA, LONGITUD 25 cm, MODELO: KOCHER.	2,3	
535.701.4447	PINZA	PARA PILORO, CON FENESTRACIONES, ESTRIAS LONGITUDINALES, LONGITUD 15 cm, MODELO: PAYR.	2,3	
535.701.4454	PINZA	PARA PILORO, CON FENESTRACIONES, ESTRIAS LONGITUDINALES, LONGITUD 20 cm, MODELO: PAYR.	2,3	
535.701.4462	PINZA	PARA PILORO, CON FENESTRACIONES, ESTRIAS LONGITUDINALES, LONGITUD 20 cm, MODELO: PAYR.	2,3	

FALLA DE ORIGEN

CUADRO BASICO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO DEL SECTOR SALUD
CIRUGIA GENERAL

CLAVE	NOMBRE GENERAL	ARTICULOS ESPECIFICOS	NIVEL DE UTILIZACION	REQUISITOS DE FUNCIONAMIENTO
535 701.3415	PINZA	PARA TEJIDOS E INTESTINOS, RECTA, CON RETEN, CON DIENTES 5 x 6, LONGITUD 15 cm, MODELO: ALLIS	2,3	
535 701.3449	PINZA	PARA TEJIDOS E INTESTINOS, RECTA, CON RETEN, CON DIENTES 4 x 5, LONGITUD 25 cm, MODELO: ALLIS	2,3	
535.701.4223	PINZA	PARA TEJIDOS E INTESTINOS, RECTA, CON RETEN, CON DIENTES 5 x 6, LONGITUD 25 cm, MODELO: ALLIS	2,3	
535.701.8969	PINZA	PARA TEJIDOS E INTESTINOS, RECTA, CON RETEN, CON DIENTES 4 x 5, LONGITUD 14 cm, MODELO: ALLIS.	2,3	
535.701.1609	PINZA	PARA TEJIDOS O INTESTINOS, RECTA, CON RETEN, DIENTES 4 x 5, LONGITUD 20 cm, MODELO: BARBICOCK	2,3	
535.701.1647	PINZA	PARA TEJIDOS O INTESTINOS, RECTA, CON RETEN, DIENTES 5 x 6, LONGITUD 20 cm, MODELO: BARBICOCK.	2,3	
535.701.1690	PINZA	PARA TEJIDOS, CON FENESTRACION TRIANGULAR, CON CREMALLERA, CON DIENTES, LONGITUD 17 6 cm, MODELO: COLLINS-DYAL	2,3	
535 701.4297	PINZA	PARA TEJIDOS, CON FENESTRACION TRIANGULAR, LONGITUD 20 cm, MODELO: COLLINS-DYAL	2,3	
535 701.4363	PINZA	PARA VIAS BILIARES, ANGULAR, RAMAS LARGAS, CON ESTRIAS LONGITUDINALES, LONGITUD 19 cm, MODELO: LAHEY	2,3	
535 701.4371	PINZA	PARA VIAS BILIARES, ANGULAR, RAMAS LARGAS, CON ESTRIAS LONGITUDINALES, LONGITUD 23 cm, MODELO: LAHEY	2,3	
535 701.4389	PINZA	PARA VIAS BILIARES, ANGULAR, RAMA CORTA, CON ESTRIAS LONGITUDINALES, LONGITUD 13 cm, MODELO: LONGER	2,3	
535 701.2334	PINZA	TIRALENGUAS, CON ANILLO, ESTRIAS Y CREMALLERA, LONGITUD 14 cm, MODELO: COLLIN	2,3	

FALLA DE ORIGEN

**CUADRO BASICO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO DEL SECTOR SALUD
CIRUGIA GENERAL**

CLAVE	NOMBRE GENERICO	ARTICULOS ESPECIFICOS	NIVEL DE UTILIZACION	REQUISITOS DE FUNCIONAMIENTO
535 716	PORTAAGUJA	DE CASTROVIEJO REFERENCIA: OFTALMOLOGIA		
535 716 1541	PORTAAGUJA	DE QUIJADA CURVA, FENESTRADA, ESTRIAS CRUZADAS, LONGITUD: 13 4 cm, MODELO: METZENBAUM	2,3	
535 716 2139	PORTAAGUJA	DE QUIJADA CURVA, FENESTRADA, ESTRIAS CRUZADAS, LONGITUD: 15 2 cm, MODELO: METZENBAUM	2,3	
535 716 0133	PORTAAGUJA	DE QUIJADAS RECTAS, ESTRIAS CRUZADAS, LONGITUD 14 cm, MODELO: BAUMGARTNER.	2,3	
535 716 0141	PORTAAGUJA	DE QUIJADAS RECTAS, CON RAMURA CENTRAL, LONGITUD 24 cm, MODELO: HEGAR.	2,3	
535 716 0166	PORTAAGUJA	DE QUIJADAS RECTAS CON RAMURA CENTRAL, ESTRIAS CRUZADAS, LONGITUD 26 cm, MODELO: SAROT.	2,3	
535 716 0182	PORTAAGUJA	DE QUIJADAS RECTAS, CON RAMURA CENTRAL, ESTRIAS CRUZADAS, LONGITUD 20 cm, MODELO: MAYO-HEGAR.	2,3	
535 716 0216	PORTAAGUJA	DE QUIJADAS RECTAS, CON RAMURA CENTRAL, ESTRIAS CRUZADAS, LONGITUD 26 cm, MODELO: MAYO-HEGAR.	2,3	
535 716 1197	PORTAAGUJA	DE QUIJADAS RECTAS, ESTRIAS CRUZADAS, LONGITUD 12 7 cm, MODELO: BAUMGARTNER.	2,3	
535 716 1206	PORTAAGUJA	DE QUIJADAS RECTAS, FENESTRADA, ESTRIAS CRUZADAS, LONGITUD 15 2 cm, MODELO: METZENBAUM.	2,3	
535 716 1214	PORTAAGUJA	DE QUIJADAS RECTAS, FENESTRADA, ESTRIAS CRUZADAS, LONGITUD 16 4 cm, MODELO: METZENBAUM.	2,3	
535 716 1255	PORTAAGUJA	DE QUIJADAS RECTAS CON RAMURA CENTRAL, ESTRIAS CRUZADAS, LONGITUD 17 8 cm, MODELO: NEW ORLEANS.	2,3	

FALLA DE ORIGEN

CUADRO BASICO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO DEL SECTOR SALUD
CIRUGIA GENERAL

CLAVE	NOMBRE GENERICO	ARTICULOS ESPECIFICOS	NIVEL DE UTILIZACION	REQUISITOS DE FUNCIONAMIENTO
535.716.1305	PORTAAGUJA	DE QUIJADAS RECTAS CON RAMA CENTRAL, ESTRIAS CRUZADAS, LONGITUD 18 cm, MODELO: SAKOT.	2,3	
535.716.1701	PORTAAGUJA	DE QUIJADAS RECTAS, ESTRIAS CRUZADAS, LONGITUD 15 cm, MODELO: CRILLE-MURSAY.	2,3	
535.716.1735	PORTAAGUJA	DE QUIJADAS RECTAS, CON RAMA CENTRAL, ESTRIAS CRUZADAS, LONGITUD 14 cm, MODELO: MAYO-HEGAR.	2,3	
535.716.1792	PORTAAGUJA	DE QUIJADAS RECTAS, CON RAMA CENTRAL, ESTRIAS CRUZADAS, LONGITUD 18 cm, MODELO: MAYO-HEGAR.	2,3	
535.716.2006	PORTAAGUJA	DE QUIJADAS RECTAS, CON RAMA CENTRAL, LONGITUD: 20 cm, MODELO: HEGAR.	2,3	
535.716.2014	PORTAAGUJA	DE QUIJADAS RECTAS, CON RAMA CENTRAL, ESTRIAS CRUZADAS, LONGITUD 30 cm, MODELO: MAYO-HEGAR.	2,3	
535.716.2063	PORTAAGUJA	DE QUIJADAS RECTAS, SIN RAMA CENTRAL, LONGITUD 20 cm, MODELO: HEGAR.	2,3	
535.716.2093	PORTAAGUJA	DE QUIJADAS RECTAS, SIN RAMA CENTRAL, LONGITUD 24 cm, MODELO: HEGAR.	2,3	
535.716.2097	PORTAAGUJA	DE QUIJADAS RECTAS, SIN RAMA CENTRAL, LONGITUD 15 cm, MODELO: HEGAR.	2,3	DE TUNGSTEN
513.790.0055	RISON	DE ACERO INOXIDABLE. CAPACIDAD: 1000 ml.	1,2,3	
513.790.0063	RISON	DE ACERO INOXIDABLE. CAPACIDAD: 500 ml.	1,2,3	
535.814.0340	SEPARADOR	CON GANCHO AGUDO, DE 2 GANCHOS, LONGITUD 11 cm, MODELO: VELYMAR.	2,3	
535.814.0357	SEPARADOR	CON GANCHO AGUDO, DE 2 GANCHOS, LONGITUD 23 cm, MODELO: VELYMAR.	2,3	

**CUADRO BASICO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO DEL SECTOR SALUD
CIRUGIA GENERAL**

CODICE	NOMBRE GENERICO	ARTICULOS ESPECIFICOS	NIVEL DE UTILIZACION	REQUISITOS DE FUNCIONAMIENTO
535 814 0385	SEPARADOR	CON GAFILOS AGUDOS, DE 3 GAFILOS, LONGITUD 11 cm, MODELO: VOLLMANN	2,3	
535 814 0375	SEPARADOR	CON GAFILOS AGUDOS, DE 3 GAFILOS, LONGITUD 23 cm, MODELO: VOLLMANN	2,3	
535 814 0361	SEPARADOR	CON GAFILOS AGUDOS, DE 4 GAFILOS, LONGITUD 11 cm, MODELO: VOLLMANN	2,3	
535 814 0359	SEPARADOR	CON GAFILOS AGUDOS, DE 4 GAFILOS, LONGITUD 23 cm, MODELO: VOLLMANN	2,3	
535 814 0407	SEPARADOR	CON GAFILOS AGUDOS, DE 6 GAFILOS, LONGITUD 11 cm, MODELO: VOLLMANN	2,3	
535 814 0415	SEPARADOR	CON GAFILOS AGUDOS, DE 6 GAFILOS, LONGITUD 23 cm, MODELO: VOLLMANN	2,3	
535 814 0266	SEPARADOR	CON GAFILOS ROMOS, DE 2 GAFILOS, LONGITUD 11 cm, MODELO: VOLLMANN	2,3	
535 814 0274	SEPARADOR	CON GAFILOS ROMOS, DE 2 GAFILOS, LONGITUD 23 cm, MODELO: VOLLMANN	2,3	
535 814 0282	SEPARADOR	CON GAFILOS ROMOS, DE 3 GAFILOS, LONGITUD 11 cm, MODELO: VOLLMANN	2,3	
535 814 0270	SEPARADOR	CON GAFILOS ROMOS, DE 3 GAFILOS, LONGITUD 23 cm, MODELO: VOLLMANN	2,3	
535 814 0308	SEPARADOR	CON GAFILOS ROMOS, DE 4 GAFILOS, LONGITUD 11 cm, MODELO: VOLLMANN	2,3	
535 814 0316	SEPARADOR	CON GAFILOS ROMOS, DE 4 GAFILOS, LONGITUD 23 cm, MODELO: VOLLMANN	2,3	
535 814 0324	SEPARADOR	CON GAFILOS ROMOS, DE 6 GAFILOS, LONGITUD 11 cm, MODELO: VOLLMANN	2,3	
535 814 0332	SEPARADOR	CON GAFILOS ROMOS, DE 6 GAFILOS, LONGITUD 23 cm, MODELO: VOLLMANN	2,3	
507 814	SEPARADOR	DE 1 GAFILO REFERENCIAL: CIRUGIA RECONSTRUCTIVA		
535 814 0431	SEPARADOR	DE DOBLE EXTREMOS, FORMA DE AGUJILONAS, MANEJABLE. ANCHO DE LAS HOJAS 2 x 32 cm	2,3	

CUADRO BASICO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO DEL SECTOR SALUD

CIRUGIA GENERAL

CLAVE	NOMBRE GENERAL	ARTICULOS ESPECIFICOS	NIVEL DE UTILIZACION	REQUISITOS DE FUNCIONAMIENTO
535.814.0443	SEPARADOR	DE DOBLE EXTREMO, FORMA DE ABATELENGUAS, PALEABLE, ANCHO DE LAS HOJAS 2.5 x 20 cm	2,3	
535.814.0452	SEPARADOR	DE DOBLE EXTREMO, FORMA DE ABATELENGUAS, PALEABLE, ANCHO DE LAS HOJAS 3 x 33 cm	2,3	
535.814.0464	SEPARADOR	DE DOBLE EXTREMO, FORMA DE ABATELENGUAS, PALEABLE, ANCHO DE LAS HOJAS 4 x 33 cm	2,3	
535.814.0472	SEPARADOR	DE DOBLE EXTREMO, FORMA DE ABATELENGUAS, PALEABLE, ANCHO DE LAS HOJAS 5 x 33 cm	2,3	
535.814.5372	SEPARADOR	DE DOBLE EXTREMO, FORMA DE ABATELENGUAS, PALEABLE, ANCHO DE LAS HOJAS 4.6 x 37 cm	2,3	
537.814	SEPARADOR	DE FIMBRIETTO. REFERENCIA: CIRUGIA TORACICA Y CARDIOVASCULAR.		
535.814.0480	SEPARADOR	JUEGO DE DOS, HOJAS DE 1.2 x 2.5 cm A 4.7 x 1.5 cm. LONGITUD 12 y 15 cm. MODELO: FRAGGUP	2,3	
535.814.0522	SEPARADOR	PARA ABDOMEN, CON MANGO, HOJAS DE 3.8 x 5.0 A 7.5 x 6.8 cm, LONGITUD 25 cm. MODELO: KELLY	2,3	
535.814.0530	SEPARADOR	PARA ABDOMEN, CON MANGO, HOJAS DE 1.5 x 2.5 cm A 1.5 x 5.0 cm. LONGITUD 27 cm. MODELO: RICHARDSON	2,3	
535.814.5605	SEPARADOR	PARA ABDOMEN, CON DOS HOJAS MOVILES Y TRES DESMONTABLES, HOJAS DE 8 x 4.5 cm A 11 x 7 cm. MODELO: O'SULLIVAN-O'CONNOR	2,3	
535.814.5644	SEPARADOR	PARA ABDOMEN, CON MANGO, HOJAS DE 3.8 x 5.0 cm A 7.5 x 8.2 cm. LONGITUD 24 cm. MODELO: KELLY	2,3	
535.814.5950	SEPARADOR	PARA ABDOMEN, CON MANGO, HOJAS DE 1.9 x 2.5 cm A 1.5 x 5.0 cm. LONGITUD 24 cm. MODELO: RICHARDSON	2,3	

FALLA DE ORIGEN

CUADRO BASICO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO DEL SECTOR SALUD
CIRUGIA GENERAL

CLASE	TIPO GENERAL	ARTICULOS ESPECIFICOS	NIVEL DE UTILIZACION	REQUISITOS DE FUNCIONAMIENTO
535 014 0606	SEPARADOR	PARA ABDOMEN, DE TRES HOJAS, INFANTIL, MODELO: SALKOFF	2,3	
535 014 0614	SEPARADOR	PARA ABDOMEN, DE TRES HOJAS, ADULTO, APERTURA MAXIMA 130 mm, MODELO: SALKOFF	2,3	
535 014 3500	SEPARADOR	PARA ABDOMEN, DE DOS HOJAS, TAMANO PEQUEÑO, UNA HOJA FIJA Y UNA MOVIL, MODELO: GOSSET	2,3	
535 014 3510	SEPARADOR	PARA ABDOMEN, DE DOS HOJAS, UNA FIJA Y UNA MOVIL, TAMANO MEDIANO, MODELO: GOSSET	2,3	
535 014 3520	SEPARADOR	PARA ABDOMEN, DE DOS HOJAS, UNA FIJA Y UNA MOVIL, TAMANO GRANDE, MODELO: GOSSET	2,3	
535 014 0548	SEPARADOR	PARA CIRUGIA ALTA DEL ABDOMEN, CON MANEJO, HOJAS DE 13 x 4 cm & 19 x 16 cm, LONGITUD 51 cm, MODELO: HARRINGTON	2,3	
535 014 0555	SEPARADOR	PARA DISECCION, TIPO: SEYMOUR TURNER	2,3	
535 014 5032	SEPARADOR	PARA OPERACIONES DE PROFUNDIDAD, CON MANEJO, HOJAS DE 1 8 x 17 5 cm & 7 5 x 31 cm, MODELO: DEWEY	2,3	
535 014 5164	SEPARADOR	PARA OPERACIONES DE PROFUNDIDAD, SIN MANEJO, HOJAS DE 1 8 x 17 5 cm & 7 5 x 31 cm, MODELO: DEWEY	2,3	
535 014 5450	SEPARADOR	PARA TRONCOTOMIA, DE TRES HOJAS, LONGITUD 14 cm, MODELO: LAEPPE	2,3	
535 001	TIJERA	DE POTTS SMITH, REFERENCIA, CIRUGIA CARDIOVASCULAR		
535 001 0650	TIJERA	PARA CORTAR ALAMBRE Y SUTURAS, SILLAS CORTAS ANISOTRÓFICAS LATERALMENTE, UNA O DOS ESTRIAS, LONGITUD 17 cm	2,3	DE TUNGSTENO
535 001 0010	TIJERA	PARA CORTAR SUTURAS RECTAS, LONGITUD 14 cm, MODELO: LITTAJET	2,3	

CUADRO BASICO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO DEL SECTOR SALUD
CIRUGIA GENERAL

CLAVE	NOMBRE GENÉRICO	ARTÍCULO ESPECÍFICO	NIVEL DE UTILIZACIÓN	REQUISITOS DE FUNCIONAMIENTO
535.859.0300	TIJERA	PARA CORTAR VENAZAJES, CON BOTÓN DE PROTECCIÓN, ANZAGA LATERALMENTE, LONGITUD 24 cm, MODELO: LISTER	2,3	
535.859.0713	TIJERA	PARA CORTAR VENAZAJES, CON BOTÓN DE PROTECCIÓN, ANZAGA LATERALMENTE, LONGITUD 16 cm, MODELO: LISTER	2,3	
535.859.0726	TIJERA	PARA CORTAR VENAZAJES, CON BOTÓN DE PROTECCIÓN, ANZAGA LATERALMENTE, LONGITUD 23 cm, MODELO: LISTER	2,3	
535.859.1893	TIJERA	PARA DISECCION, CURVA, HOJA ANZAGA, LONGITUD 16 cm, MODELO: MAYO-MORSE	2,3	
535.859.2500	TIJERA	PARA DISECCION, RECTA, HOJA ANZAGA, LONGITUD 16 cm, MODELO: MAYO-MORSE	2,3	
535.859.2318	TIJERA	PARA DISECCION, RECTA, HOJA REDONDA, LONGITUD 16 cm, MODELO: MAYO-MORSE	2,3	
535.859.2334	TIJERA	PARA DISECCION, CURVA, HOJA REDONDA, LONGITUD 16 cm, MODELO: MAYO-MORSE	2,3	
535.859.2351	TIJERA	PARA DISECCION, RECTA, LONGITUD 14.5 cm, MODELO: MAYO	2,3	
535.859.2409	TIJERA	PARA DISECCION, RECTA, LONGITUD 23 cm, MODELO: MAYO	2,3	
535.859.2417	TIJERA	PARA DISECCION, RECTA, LONGITUD 17 cm, MODELO: MAYO	2,3	
535.859.2656	TIJERA	PARA DISECCION, CURVA, LONGITUD 14.5 cm, MODELO: MAYO	2,3	
535.859.2672	TIJERA	PARA DISECCION, CURVA, LONGITUD 17 cm, MODELO: MAYO	2,3	
535.859.2698	TIJERA	PARA DISECCION, CURVA, LONGITUD 23 cm, MODELO: MAYO	2,3	

FALLA DE ORIGEN

**CUADRO BÁSICO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO DEL SECTOR SALUD
CIRUGÍA GENERAL**

CLAVE	NOMBRE GENERICO	ARTICULOS ESPECIFICOS	NIVEL DE UTILIZACION	REQUISITOS DE FUNCIONAMIENTO
535 855 0258	TIJERA	PARA OPERACIONES PROFUNDAS, RECTA, PUNTA ROMA, LONGITUD 14 cm, MODELO: METZGERMAN	2,3	
535 855 0311	TIJERA	PARA OPERACIONES PROFUNDAS, RECTA, PUNTA ROMA, LONGITUD 23 cm, MODELO: METZGERMAN	2,3	
535 855 0627	TIJERA	PARA OPERACIONES PROFUNDAS, RECTA, PUNTA ROMA, LONGITUD 14 cm, MODELO: METZGERMAN	2,3	
535 855 0676	TIJERA	PARA OPERACIONES PROFUNDAS, RECTA, PUNTA ROMA, LONGITUD 23 cm, MODELO: METZGERMAN	2,3	
535 855 0692	TIJERA	PARA OPERACIONES PROFUNDAS, CURVA, PUNTA ROMA, LONGITUD 14 cm, MODELO: METZGERMAN	2,3	
535 855 0742	TIJERA	PARA OPERACIONES PROFUNDAS, CURVA, PUNTA ROMA, LONGITUD 23 cm, MODELO: METZGERMAN	2,3	
535 855 0817	TIJERA	PARA OPERACIONES PROFUNDAS, CURVA, PUNTA ROMA, LONGITUD 14 cm, MODELO: METZGERMAN	2,3	
535 855 0825	TIJERA	PARA OPERACIONES PROFUNDAS, CURVA, PUNTA ROMA, LONGITUD 23 cm, MODELO: METZGERMAN	2,3	
535 855 0595	TIJERA	QUIRURGICA, CURVA, PUNTA ROMA Y ROMA, LONGITUD 14 cm, MODELO: DEAYER	2,3	
535 855 2963	TIJERA	QUIRURGICA, CURVA, PUNTA ROMA Y ROMA, LONGITUD 14 cm, MODELO: DEAYER	2,3	
535 855 3884	TIJERA	QUIRURGICA, CURVA, PUNTA ROMA Y ROMA, LONGITUD 14 cm, MODELO: DEAYER	2,3	
535 855 0554	TIJERA	QUIRURGICA, RECTA, PUNTA ROMA Y ROMA, LONGITUD 14 cm, MODELO: DEAYER	2,3	

FALLA DE ORIGEN

CUADRO BASICO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO DEL SECTOR SALUD
CIRUGIA GENERAL

CLAVE	NUMERO GENERICO	ARTICULOS ESPECIFICOS	NIVEL DE UTILIZACION	REQUISITOS DE FUNCIONAMIENTO
535.659.4041	TIJERA	QUIRURGICA, RECTA, PUNTA AGUDA Y ROMA, LONGITUD 14 cm, MODELO: DEAYER	2,3	
535.659.4058	TIJERA	QUIRURGICA, RECTA, PUNTA AGUDA Y AGUDA, LONGITUD 14 cm, MODELO: DEAYER	2,3	
535.907.0744	TROCAR	PARA COLOCAR SONDAS DE NELATON, CALIBRE 22 Fr, MODELO: HURWITZ	2,3	
535.907.0751	TROCAR	PARA COLOCAR SONDAS DE NELATON, CALIBRE 26 Fr, MODELO: HURWITZ	2,3	
535.907.0769	TROCAR	PARA COLOCAR SONDAS DE NELATON, CALIBRE 36 Fr, MODELO: HURWITZ	2,3	
535.907.0017	TROCAR	PARA VIAS BILIARES, CON CAPUCHA PROTECTORA, LONGITUD 15 cm, CALIBRE 10 Fr, MODELO: DCHSNER	2,3	
535.907.0025	TROCAR	PARA VIAS BILIARES, CON CAPUCHA PROTECTORA, LONGITUD 15 cm, CALIBRE 17 Fr, MODELO: DCHSNER	2,3	
535.907.0033	TROCAR	PARA VIAS BILIARES, CON CAPUCHA PROTECTORA, LONGITUD 15 cm, CALIBRE 20 Fr, MODELO: DCHSNER	2,3	
535.907.0041	TROCAR	PARA VIAS BILIARES, CON CAPUCHA PROTECTORA, LONGITUD 15 cm, CALIBRE 22 Fr, MODELO: DCHSNER	2,3	
535.907.0066	TROCAR	PARA VIAS BILIARES, CON CAPUCHA PROTECTORA, LONGITUD 15 cm, CALIBRE 24 Fr, MODELO: DCHSNER	2,3	
535.907.0553	TROCAR	PARA VIAS BILIARES, CON CAPUCHA PROTECTORA, LONGITUD 15 cm, CALIBRE 14 Fr, MODELO: DCHSNER	2,3	

FALLA DE ORIGEN

CUADRO BASICO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MEDICO DEL SECTOR SALUD**CIRUGIA GENERAL****I N D I C E**

GENÉRICO	PÁGINA
BISTURI	1
CAMILA	1
CATETER	1
CUCHILLA	1
DILATADOR	1
ESTILETE	1
EXPLORADOR	2
EXTRACTOR	2
LEORA	2
PINZA	2,3,4,5,6,7,8,9
PORTAAGUJA	10,11
RIBON	11
SEPARADOR	11,12,13,14
TIJERA	14,15,16,17
TROCAR	17

FALLA DE ORIGEN