

UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE HOSPITALES

PROTOCOLO DEL

***"DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL GENERAL DE TREINTA
CAMAS DE CHOLULA, PUEBLA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, 2002"***

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE HOSPITALES

PRESENTAN:

DRA. MARINA BALDERAS MIRANDA
DRA. MÓNICA JULISSA PÉREZ SIERRA
DRA. TERESA EMMA ROMERO RAMÍREZ
DRA. MA. LOURDES BAUTISTA HERNANDEZ

ASESORES: DR. JESÚS A. RUBIO OCHOA
M. en C. JUAN JOSÉ LUNA ALCÁNTARA
M. en Letras GÜNTHER PETRAK

H. PUEBLA DE ZARAGOZA 2003



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

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 textos, imágenes, gráficas, 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 de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE		
INTRODUCCIÓN		3
Antecedentes Generales		5
Antecedentes Particulares		10
Justificación		11
Planteamiento del problema		13
Objetivo general		14
MATERIAL Y MÉTODO		15
Componente administrativo		15
Componente de información		16
Componente de infraestructura		16
DISEÑO METODOLÓGICO		18
Tipo de estudio		18
Universo		18
Límites		18
CRITERIOS DE SELECCIÓN		19
Criterios de inclusión		19
Criterios de exclusión		19
Criterios de eliminación		19
DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO		21
Muestreo		21
Método de recolección de información		21
Instrumento de recolección de información		21
Recurso		22
Recursos humanos		22
Recursos de material		22
Recursos financieros		22
Resultados		23
Análisis		25 a la 59
Conclusiones		60 a la
		102
Anexos		
Bibliografía		

INTRODUCCIÓN

Ante la situación social, económica, política, cultural y educativa, las instituciones de salud pública o privada buscan nuevos caminos, con una mejoría en la productividad, generación de empleo y competitividad, sin olvidar la mejora de la salud de la población.

En México, el Sistema de Salud ha incrementado su complejidad y absorbe una cantidad creciente de recursos humanos, materiales y financieros.

La Administración y Dirección de un Hospital obliga a tomar decisiones en diferentes circunstancias en distintos tipos de situaciones. Así pues, es parte clave de las actividades de un gerente. La planeación implica las decisiones más significativas y trascendentales que debe tomar un administrador.

Sin embargo, antes de que se pueda resolver un problema es necesario detectarlo, esta identificación nos permite distinguir entre decisiones hechas en condiciones de seguridad, riesgo o inseguridad, basados en la cantidad de información de que podemos disponer al tomar una decisión y en la capacitación formal de los médicos para la administración

Así en condiciones de certidumbre con la información precisa, mensurable y confiable, el futuro es altamente previsible.

Cualquier decisión debe basarse en encontrar el problema en que se debe trabajar, formular una solución, tomar una decisión satisfactoria sobre todo mejorar las decisiones hacerlas aceptables para los subalternos. Las oportunidades no desperdiciarlas ya que estas son la clave del éxito de cualquier organización y reflejo de una buena gerencia, un buen gerente se anticipa a los problemas sabiendo como evitarlos y qué se debe hacer si ocurren.

En nuestro país el Sistema Nacional de Salud organiza los servicios por nivel de atención con la finalidad de optimizar y utilizar la tecnología acorde a las necesidades del paciente, es de interés la participación de todas las instancias locales, municipales, estatales y federales en las políticas de salud.

La salud representa un punto de confluencia, en donde se articula la política, la economía, lo social; el individuo y la comunidad, lo público y privado, la eficiencia y la equidad; el conocimiento y la acción.

Actualmente es necesario fijar la atención no sólo en los problemas, también en la calidad de la atención médica, apoyados en instrumentos de medición, que nos permitan evaluar la estructura hospitalaria, así como el proceso y resultado.

En México estamos experimentando dos procesos de enorme trascendencia social, por una parte el envejecimiento de la población mucho más rápido que el que tienen países actualmente desarrollados y por otro lado una acelerada y desordenada migración del campo a la ciudad, urbanización que genera riesgos para la salud y prestación de los servicios independiente de su capacidad, que debe garantizar excelente calidad en sus acciones.

Uno de los aspectos de la reforma sanitaria es mejorar la asignación de recursos para asegurar la prestación de los servicios clínicos de buena calidad a la población sin seguridad social o de escasos recursos, con énfasis en la atención de primero y segundo nivel.

El presente trabajo se enfoca al Diagnóstico Situacional del Hospital General de Cholula, Puebla perteneciente a la Secretaría de Salud conformado de treinta camas. El propósito es favorecer la toma adecuada de decisiones que permita una planeación y programación de acciones estratégicas para obtener una operación eficiente de los servicios hospitalarios .

La Maestría en Administración y Dirección de Hospitales de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla nos proporcionó los elementos suficientes para que sea posible considerar todos los puntos que conforman la elaboración de un diagnóstico situacional hospitalario.

Antecedentes generales

La evaluación de la situación de salud se lleva a cabo entre otras con la Epidemiología, Salud Pública, etc. como una disciplina que estudia la distribución de las enfermedades o eventos y fenómenos de salud en grupos sociales y los factores que influyen sobre la frecuencia de las enfermedades o eventos y fenómenos de salud en grupos sociales y los factores que influyen sobre la ocurrencia y variación de ésta distribución. Sin olvidar que la investigación no puede concebirse aislada del contexto socioeconómico y político. (1, 2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone a sus países miembros la elaboración de macro diagnósticos situacionales aplicando un formulario con preguntas planteadas para ser contestadas de manera abierta. (3)

A mediados de los años setenta, la OMS solicita a las regiones que la integran que desarrollen un Modelo de Administración de Salud; que la Salud Pública, la Administración Pública y los Servicios de Atención Médica con los cinco enfoques dominantes de la administración en general, a saber: el del Proceso Administrativo (Fayol en 1916); el de la Organización Social (Elton Mayo 1925); la Teoría General de Sistemas (1949); la Investigación de Operaciones (1950) y el Situacional de Mockler (1972) que proporciona un modelo de carácter sistémico, ordenado y coherente. (4, 5)

En realidad la palabra “diagnóstico”, que etimológicamente viene de: Día – a través -, y gnosos – conocimiento -, consiste en comparar la realidad con una norma o con un modelo y por lo tanto, remite a nociones de isomorfía. La realidad se entiende como un conjunto de hechos objetivos demostrables, que tienen un componente subjetivo o emocional de la persona o del grupo que lo estudia. (6, 7)

En 1984 Cordera estableció que con preguntas abiertas, no será posible elaborar un diagnóstico ni explicar las causas; en el mejor de los casos, sólo se podrá lograr una descripción de cada establecimiento, región o país, por lo que se elaboraron preguntas pre-codificadas siguiendo el orden del modelo que es acorde con las propuestas de Stufflebeam y Mockler. El formulario se aplicó en 10 delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a nivel Delegacional en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y aún así, las respuestas denotaban falta de consistencia. (8)

Wennberg en su investigación sobre el estilo de la práctica médica en diversos hospitales de EUA observó que sin importar su nivel, cada unidad médica tiene características propias, ya que los establecimientos que atienden a población abierta tienen muchas dificultades para identificar a sus usuarios, pues

no siempre corresponden al área geográfica y por lo tanto, no se puede obtener un conocimiento demográfico y epidemiológico. (1)

Modernizar es hacer más eficiente al actual sistema de salud, es el propósito del programa de reforma del sector salud, para hacer frente entre otros aspectos a los retos epidemiológicos y demográficos del país, a través del establecimiento de instrumentos para promover la calidad y la eficiencia de la prestación de los servicios. (9)

El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) en los hospitales en la república mexicana es un ejemplo de gestión de la calidad total y consiste en buscar el mejoramiento en calidad, además de considerar a la organización en forma completa e integral. (3)

En los Estados Unidos de Norteamérica se realizan las primeras acciones dirigidas hacia la calidad de la atención médica que se desarrollaron principalmente en los hospitales.

En los años veinte el método de “resultados finales” de Codman inició el interés de evaluar las consecuencias y acciones médicas en términos de resultados finales. Para los años treinta, se enfatizó la elaboración de normas y estándares estructurales para establecer los fundamentos del proceso de la “buena atención médica” desarrollados por Lee y Jones, posteriormente con la creación de la Comisión Conjunta de Acreditación en Hospitales en 1951 se logra la estandarización estructural de hospitales en México.

En los setenta el Doctor Avedis Donabedian propone una forma sistematizada para la definición y abordaje de los estudios sobre la evaluación de la calidad de la atención médica, mediante los enfoques de estructura, proceso y resultado. (7)

La primera experiencia en México de esfuerzos tendientes a mejorar la calidad de la atención se identifican en el hospital La raza del IMSS en 1956, de manera extraoficial, al revisar los expedientes clínicos. Un año después se crea la comisión de supervisión médica (del IMSS) que evoluciona y en 1972 se queda como área de evaluación médica. Entre 1970 y 1976 la evaluación médica adquiere mayor relevancia y aparecen paralelas las acciones en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el sistema integral para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), con base en las auditorías médicas.

(10)

Aparecen publicaciones sobre auditoría médica, evaluación de la relación médico paciente y mortalidad como indicador de calidad.

Desde 1992 los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos ha elaborado diagnósticos situacionales de sus hospitales y clínicas con el propósito de identificar los aspectos positivos de cada unidad y sus problemas. Entre sus reflexiones encontraron que sin importar el nivel, cada unidad médica tiene características propias, es necesario estudiarlas de manera integral, inclusive si se llegan a encontrar en la misma área geográfica y con población usuaria similar y pueden integrarse con la suma de todas las unidades médicas, aplicando criterios explícitos que permitan respuestas con juicios similares. (6)

En 1997 el Diagnóstico Integral de Salud del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara detectó y priorizó la problemática hospitalaria para proponer alternativas de solución en la toma de decisiones futuras acorde al nosocomio. Se planteó el problema con la intención de saber si la respuesta social organizada implementada en la unidad hospitalaria es la adecuada para mejorar la situación de salud de la población abierta que utiliza sus servicios. Entre sus conclusiones destaca que el hospital cuenta con la infraestructura en salud adecuada, así como con los recursos humanos suficientes para satisfacer la mayor demanda de servicios por parte de la población en un futuro. Siendo necesario el fortalecimiento de su organización estructural, funcional, en el sistema de información y recursos físicos. (1)

El Hospital General de Tlaxcala, perteneciente a la Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala realizó su diagnóstico situacional en 2001, en donde se manifiesta el crecimiento del hospital con base en las necesidades de la población y su reestructuración con el esfuerzo continuo con las autoridades, para tratar de mejorar la calidad a sus usuarios. (3)

Los diagnósticos antes mencionados sólo exploran parte de la estructura física sin tomar en cuenta la estructura orgánica, por lo tanto no existe una verdadera reforma desde adentro que se refleje en el servicio de calidad.

El Consejo de Salubridad General y el Consejo Nacional de Salud desarrollan esfuerzos para regular la prestación de los servicios y generar un sistema de información sobre calidad de la atención que incluye por primera vez la propuesta de eventos centinelas y de capacitación para la implantación del programa de mejora continua de la calidad. (7,10, 11)

La unificación de criterios para regular acciones en los Servicios de Salud en acciones sustantivas y de apoyo, permitió conformar indicadores para la evaluación de las actividades realizadas, que permiten medir situaciones en cambios diversos y entre diversas variables. (9,12)

Los indicadores son utilizados como herramientas metodológicas que comprenden campos de evaluación según nivel Técnico-Administrativo con el propósito de consolidar los sistemas de información y evaluación, que permite

analizar los resultados obtenidos en la ejecución de programas, la prestación de servicios y la utilización de los recursos. (13, 14)

Los indicadores han sido agrupados en nueve grupos, según áreas de evaluación y son Población y Cobertura, Recursos Financieros, Recursos Físicos, Recursos Humanos, Abastecimiento, Conservación, Mantenimiento y Obra Pública, Actividades Sustantivas, Enseñanza en Investigación y Estadísticas Vitales y Daños a la Salud. (15) También se ha clasificado como indicadores socioeconómicos, coberturas, mortalidad, recursos, servicios y demográficos. (16)

Al interior del hospital existen comités encargados de vigilar la calidad en diferentes aspectos como son Calidad de la Atención Médica; Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal; Seguridad y atención médica en caso de desastre; Insumos y Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética, cuya misión es contribuir a mejorar el desarrollo de los servicios mediante acciones que favorezcan la operación. Los Comités son el eje sobre el que se deposita la gestión administrativa para el cuidado de la salud de la población. (17)

La garantía de la calidad como un método sistemático, planificado y continuo para monitorear, evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud con los recursos existentes, a manera que las deficiencias sean descubiertas y se hagan las correcciones necesarias (3)

La calidad de la atención médica se define como el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos, así la satisfacción del paciente debe un objetivo y la atención un resultado.

Existen dos enfoques en materia de calidad de la atención, el primero a través de la estructura proceso resultado y el segundo, la estrategia seguida de evaluación aseguramiento o garantía de abonar mejoría. (18,19)

La satisfacción del paciente se ve influida con base en el acceso, cuidado, y el juicio del usuario sobre la calidad o la bondad de la atención. La satisfacción del profesional de la salud es un factor causal de buena atención o un juicio sobre la bondad de la atención. La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de una manera que rinda al máximo beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos; el grado de calidad es por lo tanto la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios. (7, 20)

La equidad en salud alude a las diferencias existentes en la sociedad tanto a nivel de necesidades como de respuesta social organizada, lo que significa el análisis de los diversos perfiles epidemiológicos, los gradientes en la distribución

de recursos y de tecnología, las diferencias en el acceso uso y calidad de los servicios así como la cultura de la salud; (21)

Un diagnóstico permite la identificación de problemas u oportunidades, el producto de éste es la priorización de las dos situaciones para la asignación y utilización eficiente de los recursos disponibles. Un diagnóstico de tipo general corresponde al diagnóstico integral de salud, incluye la búsqueda y análisis de factores condicionantes, recursos y servicios y daños a la salud; (22) además de ser considerado como la investigación en salud pública por excelencia, ya que tiene como propósito evaluar, describir, explicar y pronosticar la situación de salud de una colectividad y proponer alternativas viables y factibles. (1,22). En suma un diagnóstico abarca lo administrativo, estratégico y lo ideológico, cada uno con su propósito principal, el crecimiento, el cambio y la legitimación, respectivamente, con la finalidad de establecer las diferencias entre lo que se considera un factor de riesgo y aquello que no lo es. En las condiciones con mayor certidumbre se dispone de información precisa, mensurable y confiable sobre la cual basar las decisiones.

Para todo este proceso debe existir una programación de actividades que son las siguientes: Formulación del programa, determinación de objetivos y metas, definición de utilidades, establecer fechas, asignar a los responsables, identificar los recursos financieros, humanos y tecnológicos, definir la organización y elementos para ejecutar el programa, diseñar el sistema de control y seguimiento y determinar la forma de evaluación. (24)

Durante su ejecución se debe poner en práctica las habilidades directivas, de supervisión y control y destacar los elementos de gestión, negociación, concertación, toma de decisiones y liderazgo de los directivos.

Antecedentes específicos

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos indica que “toda persona tiene derecho a la Protección de la Salud”... La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de Salubridad General, según la reforma al artículo 4º (D.O.F., 28-01-1992) (38)

Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de distribución de universos de usuarios, regionalización y escalonamiento de los servicios, así como la universalización de cobertura, indicado en el artículo 26 de la Ley General de Salud (D.O.F.,07-02-1984). (23)

Lo referente al cuadro básico de insumos será para el primer nivel de atención médica y un catálogo con alta de insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las dependencias y entidades que presten servicios de salud, y en los cuales se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud (artículo 28 Ley General de Salud). (23)

La prestación de servicios de atención médica, será otorgada conforme a un escalonamiento de los servicios de acuerdo a la clasificación del modelo que la Secretaría determine (artículo 16 del Reglamento de la Ley General de Salud)

A la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud le corresponde definir las normas, políticas y estrategias para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y de asistencia social, así como supervisar su cumplimiento, al igual que elaborar y expedir las normas oficiales mexicanas a que deberá sujetarse la prestación de los servicios de salud de las instituciones públicas, sociales y privadas, así como vigilar su cumplimiento. (21)

Justificación

La salud tanto individual como colectiva, es un producto de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico - sociales que se dan en una sociedad. (25)

Además, se considera que la salud es por excelencia el mejor indicador de las condiciones de bienestar que justifican todo que hacer social, incluyendo dentro de éste a las actividades productivas. Es por esta razón que antes de hablar de salud y desarrollo o salud versus desarrollo, es preferible hablar de salud en el desarrollo, ya que éste no puede ser comprometido sin la participación de los sectores más estrechamente vinculados con las condiciones de vida de los conjuntos sociales, los llamados sectores sociales. (26)

Los hombres se organizan para alcanzar determinados objetivos, lo que les obliga a coordinar sus actividades de manera consciente y con una autoridad suficiente que permita comprender la toma de decisiones para la organización, dado que esta última es considerada como una cadena de medios y fines en cada uno de los niveles.

La mayoría de los individuos aspiran a un crecimiento y desarrollo personal y la mayoría de las personas desean contribuir y tiene la capacidad para hacerlo, a lograr los objetivos de la organización y lo que el ambiente organizacional permita.

A cada miembro de la organización se le ha asignado un papel y una posición que van ligadas a metas determinadas por su formación profesional, su función y responsabilidad dentro de la organización.

La administración de personal es una parte especializada de la dirección, que incluye la administración de salarios, sistemas de control, proyección y reclutamiento de personal nuevo, mantenimiento, administración de premios y beneficios, desarrollo y descripción de cargos o tareas

El proceso de revisión y transformación de las instituciones de salud, ha implicado por un lado buscar nuevas formas de organización en red de los recursos de salud disponibles en un espacio - población y por otro lado un nuevo perfil de gestión desconcentrada que permita reorientar la actuación para la integración de todos los actores sociales al nivel local, regional y nacional. Para ello la coordinación de las actividades se debe realizar mediante la división de funciones y por medio de una jerarquización de la autoridad, dado que esto conduce a una adecuada orientación de la organización como un todo integrado, con una adecuada planeación (decisiones) y un buen control (información), para una prestación de servicios eficaz y eficiente. (27)

El desarrollo organizacional dentro del proceso de la planificación e instrumentación del diagnóstico situacional, así como la poca revisión y difusión de las investigaciones realizadas en las unidades medicas en especial, las de atención hospitalaria, hacen necesario que se desarrolle, implemente, estandarice, y ejecute la elaboración de diagnósticos situacionales, dado que los realizados abarcan áreas para padecimientos o servicios específicos de un hospital, en otras de interés propio de los investigadores.

Ya que la función primordial del servicio de un Hospital, es la de proporcionar atención con calidad, con el mínimo riesgo para el enfermo y con un gran sentido humanitario, su cumplimiento dependerá de la correcta administración de los recursos con los que cuenta, materiales, humanos y físicos.

Se realizará un Diagnóstico Situacional del Hospital General de Cholula de 30 camas con la finalidad de ver su situación actual. Además si se considera que la salud es por excelencia, el mejor indicador de las condiciones de bienestar que son las que justifican todo que hacer social, incluyendo dentro de éste a las actividades productivas

En esta investigación se trabajarán solo tres años: 1999, 2000, 2001, debido a que no contamos con información de años anteriores.

Planteamiento del problema

En México, el sistema de salud ha incrementado su complejidad y hoy absorbe una cantidad creciente de recursos humanos, materiales y financieros. (9, 25) Además se considera que la salud es por excelencia, el mejor indicador de las condiciones de bienestar de un país, que son las que justifican todo que hacer social, incluyendo dentro de éste a las actividades productivas. (26)

Todo administrador de servicios de salud enfrenta una diversidad de retos y problemas debido a la complejidad de los sistemas de atención a la salud (sistemas abiertos, dinámicos y cambiantes) dentro de una escasez de recursos. (9) Por lo que se hace necesario identificar la posible problemática de los componentes principales en una administración hospitalaria como son:

- El desarrollo de los recursos de salud (personal de salud, servicios de salud, equipo y suministros de salud y conocimientos sobre salud).
- La disposición ordenada de los recursos (autoridades sanitarias nacionales, programas de seguros médicos (públicos), entre otros organismos oficiales, organismos no oficiales (de beneficencia) y sector privado independiente.
- Prestación de atención de salud (actividades de fomento a la salud, actividades preventivas, actividades curativas, rehabilitación, asistencia médico social, atención primaria a la salud). Los niveles secundarios y terciarios de la atención a la salud, involucran a ramas de la medicina de especialidad.
- Apoyo económico (fuentes de financiamiento público o privadas)
- Gestión (dirección, toma de decisiones y reglamento). ¿El Hospital General de Cholula cumple con todos los requisitos, manuales, indicadores y normas que un Hospital General tiene como normatividad establecida?
¿Cumple con los requisitos para el reclutamiento del personal, adquisición de equipo y suministros, que se encuentran normados para un funcionamiento de un Hospital General? Además, ¿La prestación de los servicios en sus diferentes actividades como son: curativas, de trabajo social, el registro de la morbilidad, mortalidad en cada uno de los servicios y la elaboración del expediente clínico así como la integración de los diferentes comités intra hospitalarios; funcionan y registran sus actividades con base en las normas oficiales e indicadores que rigen en nuestro país para el funcionamiento adecuado de un hospital de segundo nivel?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Integrar un Diagnóstico Situacional del Hospital General de Cholula, Puebla, de 30 camas con base en: criterios de certificación; infraestructura, recursos humanos y materiales, organización hospitalaria (comités intrahospitalarios, manuales de organización y procedimientos), morbilidad, mortalidad, satisfacción del usuario interno y externo.

Objetivos Particulares

1. Verificar si el hospital general cuenta con la infraestructura arquitectónica especificada para un hospital de 30 camas.
2. Verificar el mantenimiento preventivo correctivo de la infraestructura.
3. Verificar el hospital cuente con un número necesario de recursos humanos de acuerdo a su plantilla tipo.
4. Verificar el abastecimiento de insumos para la oferta de los servicios satisfaga las necesidades de los clientes internos y externos.
5. Verificar la existencia y el funcionamiento de los comités intrahospitalarios.
6. Verificar la existencia de manuales de organización y procedimientos en los diferentes servicios de la unidad hospitalaria y su utilización.
7. Verificar si el expediente clínico está completo y ordenado de acuerdo a la NOM. Núm. 168.
8. Verificar la existencia de las normas oficiales que corresponden a un hospital de 2do nivel.
9. Identificar la morbilidad y mortalidad general y por servicio.
10. Identificar productividad del hospital por indicadores de certificación.
11. Identificar la satisfacción del usuario interno y externo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizará un estudio de investigación descriptivo, observacional, transversal: durante el periodo de abril a agosto de 2002 se recabó la información del Hospital en los diferentes servicios que lo conforman, esta información se obtuvo de manera directa como indirecta de todos los servicios, de las estadísticas vitales hospitalarias, del SISPA, recursos humanos, de los criterios de certificación, de las normas oficiales, de manuales de procedimientos. Las fuentes utilizadas fueron tanto primarias como secundarias, además se aplicó una encuesta para estimar la satisfacción del usuario tanto interno como externo, la de información e infraestructura. Se revisaron los diferentes servicios del Hospital General de Cholula, de acuerdo a cada objetivo.

El componente administrativo se integrará por el estilo gerencial, los recursos humanos, los insumos, los comités hospitalarios, la normatividad (normas oficiales y manuales de procedimientos), el expediente clínico y la comunicación (satisfacción usuario y satisfacción proveedores).

El componente de información incluirá los datos epidemiológicos (morbilidad y mortalidad hospitalaria)

Para el componente de infraestructura del hospital, se incluirá infraestructura, mantenimiento preventivo y correctivo.

Componente administrativo

Recursos humanos

Serán cotejados por medio de la plantilla, comparando entre el ideal y el existente para un hospital de treinta camas. Anexo 3

Insumos

Se cotejarán por medio de requisiciones, comparando entre el ideal y el existente para un hospital de treinta camas. Anexo 4

Comités hospitalarios

Se verificará la existencia, sesión, actualización y su resolución de cada comité, se analizará de las actas los rubros de definición de casos, compromisos, seguimiento, compromisos sin solución. Anexo 5

Normatividad

Se preguntará acerca de la existencia, conocimiento y cumplimiento de normas oficiales mexicanas más utilizadas en un hospital de treinta camas. Será evaluado según la existencia de las normas, conocimiento y cumplimiento de ellas.

Se verificará la existencia de manuales de procedimientos en los departamentos del hospital, así como la actualización, conocimiento y cumplimiento. Será calificado con base en una escala cuyo parámetro menor será cero y el mayor diez, siendo el máximo como lo óptimo para el estudio.

Expediente clínico

Será revisado el contenido del expediente clínico en aspectos de identificación general, y la existencia de catorce elementos que incluyen a la historia clínica según la NOM-168-SSA1-1998. Su evaluación se realizará bajo el parámetro de completa, incompleta, omitido o en algunos casos no necesarios. Anexo 7

Comunicación

Para la satisfacción del usuario se aplicarán dos cuestionarios con respuesta en escala Lickert al personal que trabaja en el hospital en todas sus jornadas de trabajo y el segundo al público usuario (pacientes) del hospital que se encuentra en la sala de espera y en hospitalización durante el tiempo del estudio, y en los turnos en que labora el hospital. Anexo 11

El cuestionario, se hizo previamente una prueba piloto, realizando la validación del instrumento mediante el coeficiente de correlación interclase (Ri) forma de Barko obteniendo un resultado de 0.94 casi perfecto. Se obtendrán calificaciones de buena, regular y mala.

Componente información

Se obtendrá la morbilidad y la mortalidad de acuerdo a indicadores

Componente infraestructura hospitalaria

Se calificará con base en los resguardos: existencia, suficiente o insuficiente. Anexo 2

Indicadores para la certificación de hospitales de más de 30 camas.

Concepto a evaluar	Existe de 60 a 80 %	Suficiente de 80 a 100 %	Insuficiente menor al 60 %
Ponderación	1	2	0

La revisión del mantenimiento preventivo y correctivo se analizará de acuerdo al tiempo en que fue revisado:

Concepto a evaluar	Revisión menor a 12 meses	Revisión en más de 12 meses	No hay revisión de infraestructura
Ponderación	2	1	0

La presentación de la información será a través de cuadros para las variables que lo requieran.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal.

Universo

El personal de base de todas las áreas que labora en el hospital y que correspondan a todos los turnos y jornadas laborales. Además de los usuarios (pacientes) que acuden a los diferentes servicios de la unidad hospitalaria. El área física como: equipo, instrumental, NOM., manuales se verificarán por medio de los resguardos, los insumos por medio de las requisiciones solicitadas y las otorgadas. Los recursos humanos: será a través de la plantilla que labora en el Hospital y la requerida para un Hospital de 30 camas.

La encuesta se realizó con el personal existente en el 2002.

Límites

De tiempo: se evaluó la morbilidad y mortalidad de los años, 1999,2000 y 2001.

De espacio: Hospital General de Cholula.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

Para los usuarios internos (trabajadores).

Participará todo el personal de base que labore en los tres turnos y tipo de jornadas laborales que existan en la unidad, independientemente del área o servicio al que se encuentra adscrito.

Para los usuarios externos (pacientes).

Todo paciente o familiar que se encuentre en el momento de la aplicación de la encuesta en los tres turnos y los diferentes servicios, sea hospitalización, consulta externa u hospitalización.

Área física como es: equipo, instrumental, NOM, manuales, y ropería será a través de los resguardos del Hospital.

Insumos: como es medicamento, material de curación, papelería y artículos de oficina, artículos de limpieza y mantenimiento e insumos perecederos y no perecederos del área de cocina será a través de las requisiciones.

Recursos Humanos: todo trabajador que se encuentre en la plantilla del Hospital.

Indicadores: Productividad y eficacia; los emitidos para la certificación de hospitales emitida por el consejo de Salubridad General.

Criterios de exclusión

El personal de base que se encuentre de vacaciones, incapacidad o permiso económico en los tres turnos y tipo de jornadas laborales que existan en la unidad, independientemente del área o servicio al que se encuentra adscrito.

Criterios de eliminación

Para los usuarios internos y externos.

Los trabajadores, pacientes o familiares que no deseen llenar el cuestionario.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Ver anexo I.

DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

Muestreo.

El tipo de muestreo a utilizar será de tipo NO Probabilístico, para obtener la encuesta de opinión tanto para el usuario interno y externo.

Método de recolección de la información.

Se aplicará una encuesta de opinión para los usuarios internos y externos para medir la satisfacción. Para los indicadores, estándares, morbilidad, mortalidad, se verificará, todo registro que existe en la unidad.

Instrumento de recolección de la información

Se utilizará una cédula de cotejo, cuestionario, formatos para recolectar la información, se realizarán observaciones directas, entrevistas y evaluación epidemiológica.

Se revisarán resguardos, requisiciones, libretas de quirófano, de hospitalización, libreta de mortalidad en archivo, hojas diarias del médico, SUIVE, SISPA y se vaciarán en los anexos.

RECURSO

Recurso humano

El equipo de trabajo para la realización del presente protocolo de investigación, integrado por los alumnos de la Maestría en Administración de Hospitales de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla. (UPAEP)

Recurso material

Será proporcionado por cada uno de los integrantes del equipo de trabajo el cual consistirá de:

- Computadora PC
- Una impresora
- Cartuchos de tinta en color negro
- Cartuchos de tinta de colores
- 500 hojas tamaño carta
- 500 hojas tamaño oficio
- Lápices
- Lapiceros
- Gomas para corrección
- Vehículo para la transportación
- Gasolina

Todo esto en forma inicial

Recurso financiero

Los recursos financieros serán distribuidos al igual que la carga de trabajo entre todos los miembros del equipo de la maestría para la elaboración del presente protocolo de investigación.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Protocolo de Investigación
 Diagnóstico Situacional del Hospital General de Cholula Puebla
 Hospital de treinta camas

Mes/semana	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre							
Actividades	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Diseño de protocolo																																								
Revisión de protocolo																																								
Recolección de información																																								
Captura de datos																																								
Análisis de información																																								
Presentación de resultados																																								

Cronograma de Actividades.

UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE HOSPITALES

INFORME DEL

***"DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL GENERAL DE TREINTA
CAMAS DE CHOLULA, Puebla DE LOS SERVICIOS DE SALUD, 2002"***

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE HOSPITALES

PRESENTAN:

DRA. MARINA BALDERAS MIRANDA
DRA. MÓNICA JULISSA PÉREZ SIERRA
DRA. TERESA EMMA ROMERO RAMÍREZ
DRA. MA. LOURDES BAUTISTA HERNANDEZ

ASESORES: DR. JESÚS A. RUBIO OCHOA
M. en C. JUAN JOSÉ LUNA ALCÁNTARA
Maestro en Letras GÜNTHER PETRAK

H. PUEBLA DE ZARAGOZA DE 2003

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	26
ANTECEDENTES GENERALES	28
ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	33
JUSTIFICACIÓN	34
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	36
OBJETIVO GENERAL	37
MATERIAL Y MÉTODO	38
Componente administrativo	38
Componente de información	39
Componente de infraestructura	39
DISEÑO METODOLÓGICO	40
Tipo de estudio	40
Universo	40
Limites	40
CRITERIOS DE SELECCIÓN	42
Criterios de inclusión	42
Criterios de exclusión	42
Criterios de eliminación	42
DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO	44
Muestreo	44
Método de recolección de información	44
Instrumento de recolección de información	44
RECURSO	45
Recursos humanos	45
Recursos de material	45
Recursos financieros	45
RESULTADOS	46
ANÁLISIS	53
BIBLIOGRAFÍA	57
ANEXOS	59

INTRODUCCIÓN

Ante la situación social, económica, política, cultural y educativa, las instituciones de salud pública o privadas buscan nuevos caminos, con una mejoría en la productividad, generación de empleo y competitividad, sin olvidar la mejora de la salud de la población.

En México el Sistema de Salud ha incrementado su complejidad y absorbe una cantidad creciente de recursos humanos, materiales y financieros.

La Administración y Dirección de un Hospital obliga a tomar decisiones en diferentes circunstancias y en distintos tipos de situaciones. Así pues, es parte clave de las actividades de un gerente. La planeación implica las decisiones más significativas y trascendentales que debe tomar un administrador.

Sin embargo, antes de que se pueda resolver un problema es necesario detectarlo, esta identificación nos permite distinguir entre decisiones hechas en condiciones de seguridad, riesgo o inseguridad, basados en la cantidad de información de que podemos disponer al tomar una decisión y en la capacitación formal de los médicos para la administración

Así en condiciones de certidumbre con la información precisa, mensurable y confiable, el futuro es altamente previsible.

Cualquier decisión debe basarse en encontrar el problema en que se debe trabajar, formular una solución, tomar una decisión satisfactoria, sobre todo mejorar las decisiones y hacerlas aceptables para los subalternos. Las oportunidades no desperdiciarlas ya que estas son la clave del éxito de cualquier organización y reflejo de una buena gerencia, un buen gerente se anticipa a los problemas sabiendo como evitarlos y qué se debe hacer si ocurren.

En nuestro país el Sistema Nacional de Salud organiza los servicios por nivel de atención con la finalidad de optimizar y utilizar la tecnología acorde a las necesidades del paciente, es de interés la participación de todas las instancias locales, municipales, estatales y federales en las políticas de salud.

La salud representa un punto de confluencia, en donde se articula la política, la economía, lo social; el individuo y la comunidad, lo público y privado, la eficiencia y la equidad; el conocimiento y la acción.

Actualmente es necesario fijar la atención no sólo en los problemas, también en la calidad de la atención médica, apoyados en instrumentos de medición, que nos permita evaluar la estructura hospitalaria, así como el proceso y resultado.

En México estamos experimentando dos procesos de enorme trascendencia social, por una parte el envejecimiento de la población mucho más rápido que el que tienen países actualmente desarrollados y por otro lado una acelerada y desordenada migración del campo a la ciudad, urbanización que genera riesgos para la salud y prestación de los servicios, independiente de su capacidad, que debe garantizar excelente calidad en sus acciones.

Uno de los aspectos de la reforma sanitaria es mejorar la asignación de recursos para asegurar la prestación de los servicios clínicos de buena calidad a la población sin seguridad social o de escasos recursos, con énfasis en la atención de primero y segundo nivel.

El presente trabajo se enfoca al Diagnóstico Situacional del Hospital General de Cholula, Puebla, perteneciente a la Secretaría de Salud conformado de treinta camas. El propósito es favorecer la toma adecuada de decisiones que permita una planeación y programación de acciones estratégicas para obtener una operación eficiente de los servicios hospitalarios.

La Maestría en Administración y Dirección de Hospitales de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla nos proporcionó los elementos suficientes para que sea posible considerar todos los puntos que conforman la elaboración de un diagnóstico situacional hospitalario.

ANTECEDENTES GENERALES

La evaluación de la situación de salud se lleva a cabo entre otras con la Epidemiología, Salud Pública, etc. como una disciplina que estudia la distribución de las enfermedades o eventos y fenómenos de salud en grupos sociales y los factores que influyen sobre la frecuencia de las enfermedades o eventos y fenómenos de salud en grupos sociales y los factores que influyen sobre la ocurrencia y variación de ésta distribución. Sin olvidar que la investigación no puede concebirse aislada del contexto socioeconómico y político. (1, 2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone a sus países miembros la elaboración de macro diagnósticos situacionales aplicando un formulario con preguntas planteadas para ser contestadas de manera abierta. (3)

A mediados de los años setenta, la OMS solicita a las regiones que la integran que desarrollen un Modelo de Administración de Salud que integre la Salud Pública, la Administración Pública y los Servicios de Atención Médica con los cinco enfoques dominantes de la administración en general, a saber: el del Proceso Administrativo (Fayol en 1916); el de la Organización Social (Elton Mayo 1925); la Teoría General de Sistemas (1949); la Investigación de Operaciones (1950) y el Situacional de Mockler (1972) que proporciona un modelo de carácter sistémico, ordenado y coherente. (4, 5)

En realidad la palabra “diagnóstico”, que etimológicamente viene de: día – a través -, y gnosos – conocimiento -, consiste en comparar la realidad con una norma o con un modelo y por lo tanto, remite a nociones de isomorfia. La realidad se entiende como un conjunto de hechos objetivos demostrables, que tienen un componente subjetivo o emocional de la persona o del grupo que lo estudia. (6, 7)

En 1984 Cordera estableció que con preguntas abiertas, no será posible elaborar un diagnóstico ni explicar las causas; en el mejor de los casos, sólo se podrá lograr una descripción de cada establecimiento, región o país, por lo que se elaboraron preguntas pre-codificadas siguiendo el orden del modelo que es acorde con las propuestas de Stufflebeam y Mockler. El formulario se aplicó en 10 delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a nivel Delegacional en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y aún así, las respuestas denotaban falta de consistencia. (8)

Wennberg en su investigación sobre el estilo de la práctica médica en diversos hospitales de EUA observó que sin importar su nivel, cada unidad médica tiene características propias, ya que los establecimientos que atienden a población abierta tienen muchas dificultades para identificar a sus usuarios, pues

no siempre corresponden al área geográfica y por lo tanto, no se puede obtener un conocimiento demográfico y epidemiológico. (1)

Modernizar es hacer más eficiente al actual sistema de salud, es el propósito del programa de reforma del sector salud, para hacer frente entre otros aspectos a los retos epidemiológicos y demográficos del país, a través del establecimiento de instrumentos para promover la calidad y la eficiencia de la prestación de los servicios. (9)

El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) en los hospitales en la república mexicana es un ejemplo de gestión de la calidad total y consiste en buscar el mejoramiento en calidad, además de considerar a la organización en forma completa e integral. (3)

En los Estados Unidos de Norteamérica donde se realizan las primeras acciones dirigidas hacia la calidad de la atención médica que se desarrollaron principalmente en los hospitales.

En los años veinte el método de “resultados finales” de Codman inició el interés de evaluar las consecuencias y acciones médicas en términos de resultados finales. Para los años treinta, se enfatizó la elaboración de normas y estándares estructurales para establecer los fundamentos del proceso de la “buena atención médica” desarrollados por Lee y Jones, posteriormente con la creación de la Comisión Conjunta de Acreditación en Hospitales en 1951 se logra la estandarización estructural de hospitales en México.

En los setenta el Doctor Avedis Donabedian propone una forma sistematizada para la definición y abordaje de los estudios sobre la evaluación de la calidad de la atención médica, mediante los enfoques de estructura, proceso y resultado. (7)

La primera experiencia en México de esfuerzos tendientes a mejorar la calidad de la atención se identifican en el hospital La Raza del IMSS en 1956, de manera extraoficial, al revisar los expedientes clínicos. Un año después se crea la comisión de supervisión médica (del IMSS) que evoluciona y en 1972 se queda como área de evaluación médica. Entre 1970 y 1976 la evaluación médica adquiere mayor relevancia y aparecen paralelas las acciones en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el sistema integral para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), con base en las auditorías médicas.

(10)

Aparecen publicaciones sobre auditoría médica, evaluación de la relación médico paciente y mortalidad como indicador de calidad.

Desde 1992 los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos ha elaborado diagnósticos situacionales de sus hospitales y clínicas con el propósito de identificar los aspectos positivos de cada unidad y sus problemas. Entre sus

reflexiones encontraron que sin importar el nivel, cada unidad médica tiene características propias, es necesario estudiarlas de manera integral, inclusive si se llegan a encontrar en la misma área geográfica y con población usuaria similar y pueden integrarse con la suma de todas las unidades médicas, aplicando criterios explícitos que permitan respuestas con juicios similares. (6)

En 1997 el Diagnóstico Integral de Salud del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara detectó y priorizó la problemática hospitalaria para proponer alternativas de solución en la toma de decisiones futuras acorde al nosocomio. Se planteó el problema con la intención de saber si la respuesta social organizada implementada en la unidad hospitalaria es la adecuada para mejorar la situación de salud de la población abierta que utiliza sus servicios. Entre sus conclusiones destaca que el hospital cuenta con la infraestructura en salud adecuada, así como con los recursos humanos suficientes para satisfacer la mayor demanda de servicios por parte de la población en un futuro. Siendo necesario el fortalecimiento de su organización estructural, funcional, en el sistema de información y recursos físicos. (1)

El Hospital General de Tlaxcala, perteneciente a la Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala realizó su diagnóstico situacional en 2001, en donde se manifiesta el crecimiento del hospital con base en las necesidades de la población y su reestructuración con el esfuerzo continuo con las autoridades, para tratar de mejorar la calidad a sus usuarios. (3)

Los diagnósticos antes mencionados sólo exploran parte de la estructura física sin tomar en cuenta la estructura orgánica, por lo tanto no existe una verdadera reforma desde adentro que se refleje en el servicio de calidad.

El Consejo de Salubridad General y el Consejo Nacional de Salud desarrollan esfuerzos para regular la prestación de los servicios y generar un sistema de información sobre calidad de la atención que incluye por primera vez la propuesta de eventos centinelas y de capacitación para la implantación del programa de mejora continua de la calidad. (7,10,11)

La unificación de criterios para regular acciones en los Servicios de Salud en acciones sustantivas y de apoyo, permitió conformar indicadores para la evaluación de las actividades realizadas, que permiten medir situaciones en cambios diversos y entre diversas variables. (9,12)

Los indicadores son utilizados como herramientas metodológicas que comprenden campos de evaluación según nivel Técnico-Administrativo con el propósito de consolidar los sistemas de información y evaluación, que permite analizar los resultados obtenidos en la ejecución de programas, la prestación de servicios y la utilización de los recursos. (13, 14)

Los indicadores han sido agrupados en nueve grupos, según áreas de evaluación y son Población y Cobertura, Recursos Financieros, Recursos Físicos,

Recursos Humanos, Abastecimiento, Conservación, Mantenimiento y Obra Pública; Actividades Sustantivas; Enseñanza en Investigación y Estadísticas Vitales y Daños a la Salud. (15) También se ha clasificado como indicadores socioeconómicos, coberturas, mortalidad, recursos, servicios y demográficos. (16)

Al interior del hospital existen comités encargados de vigilar la calidad en diferentes aspectos como son Calidad de la Atención Médica; Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal; Seguridad y atención médica en caso de desastre; Insumos y Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética, cuya misión es contribuir a mejorar el desarrollo de los servicios mediante acciones que favorezcan la operación. Los Comités son el eje sobre el que se deposita la gestión administrativa para el cuidado de la salud de la población. (17)

La garantía de la calidad como un método sistemático, planificado y continuo para monitorear, evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud con los recursos existentes, a manera que las deficiencias sean descubiertas y se hagan las correcciones necesarias (3)

La calidad de la atención médica se define como el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos, así la satisfacción del paciente debe un objetivo y la atención un resultado.

Existen dos enfoques en materia de calidad de la atención, el primero a través de la estructura proceso resultado y el segundo, la estrategia seguida de evaluación aseguramiento o garantía de abonar mejoría. (18,19)

La satisfacción del paciente se ve influida con base en el acceso, cuidado, y el juicio del usuario sobre la calidad o la bondad de la atención. La satisfacción del profesional de la salud es un factor causal de buena atención o un juicio sobre la bondad de la atención. La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de una manera que rinda al máximo beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos; el grado de calidad es por lo tanto la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios. (7,20)

La equidad en salud alude a las diferencias existentes en la sociedad tanto a nivel de necesidades como de respuesta social organizada, lo que significa el análisis de los diversos perfiles epidemiológicos, los gradientes en la distribución de recursos y de tecnología, las diferencias en el acceso uso y calidad de los servicios así como la cultura de la salud. (21)

Un diagnóstico permite la identificación de problemas u oportunidades, el producto de éste es la priorización de la dos situaciones para la asignación y utilización eficiente de los recursos disponibles. Un diagnóstico de tipo general corresponde al diagnóstico integral de salud, incluye la búsqueda y análisis de factores condicionantes, recursos y servicios y daños a la salud; (22) Además de

ser considerado como la investigación en salud pública por excelencia, ya que tiene como propósito evaluar, describir, explicar y pronosticar la situación de salud de una colectividad y proponer alternativas viables y factibles. En suma un diagnóstico abarca lo administrativo, estratégico y lo ideológico, cada uno con su propósito principal, el crecimiento, el cambio y la legitimación, respectivamente, con la finalidad de establecer las diferencias entre lo que se considera un factor de riesgo y aquello que no lo es. En las condiciones con mayor certidumbre se dispone de información precisa, mensurable y confiable sobre la cual basar las decisiones. (1,22)

Para todo este proceso debe existir una programación de actividades que son las siguientes: Formulación del programa, determinación de objetivos y metas, definición de utilidades, establecer fechas, asignar a los responsables, identificar los recursos financieros, humanos y tecnológicos, definir la organización y elementos para ejecutar el programa, diseñar el sistema de control y seguimiento y determinar la forma de evaluación. (24)

Durante su ejecución se debe poner en práctica las habilidades directivas, de supervisión y control y destacar los elementos de gestión, negociación, concertación, toma de decisiones y liderazgo de los directivos.

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos indica que “toda persona tiene derecho a la Protección de la Salud”... La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de Salubridad General, (29)según la reforma al artículo 4º (D.O.F., 28-01-1992). (38)

Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de distribución de universos de usuarios, regionalización y escalonamiento de los servicios, así como la universalización de cobertura, indicado en el artículo 26 de la Ley General de Salud (D.O.F.,07-02-1984). (23)

Lo referente al cuadro básico de insumos será para el primer nivel de atención médica y un catálogo con alta de insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las dependencias y entidades que presten servicios de salud, y en los cuales se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud (artículo 28 Ley General de Salud). (23)

La prestación de servicios de atención médica, será otorgada conforme a un escalonamiento de los servicios de acuerdo a la clasificación del modelo que la Secretaría determine (artículo 16 del Reglamento de la Ley General de Salud)

A la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud le corresponde definir las normas, políticas y estrategias para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y de asistencia social, así como supervisar su cumplimiento, al igual que elaborar y expedir las normas oficiales mexicanas a que deberá sujetarse la prestación de los servicios de salud de las instituciones públicas, sociales y privadas, así como vigilar su cumplimiento. (21)

JUSTIFICACIÓN

La salud tanto individual como colectiva, es un producto de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico - sociales que se dan en una sociedad. (25)

Además, se considera que la salud es por excelencia, el mejor indicador de las condiciones de bienestar que justifican todo que hacer social, incluyendo dentro de éste a las actividades productivas. Es por esta razón que antes de hablar de salud y desarrollo o salud versus desarrollo, es preferible hablar de salud en el desarrollo, ya que éste no puede ser comprometido sin la participación de los sectores más estrechamente vinculados con las condiciones de vida de los conjuntos sociales, los llamados sectores sociales. (26)

Los hombres se organizan para alcanzar determinados objetivos, lo que les obliga a coordinar sus actividades de manera consciente y con una autoridad suficiente que permita comprender la toma de decisiones para la organización, dado que esta última es considerada como una cadena de medios y fines en cada uno de los niveles.

La mayoría de los individuos aspiran a un crecimiento y desarrollo personal y la mayoría de las personas desean contribuir y tiene la capacidad para hacerlo a lograr los objetivos de la organización y lo que el ambiente organizacional permita.

A cada miembro de la organización se le ha asignado un papel y una posición que van ligadas a metas determinadas por su formación profesional, su función y responsabilidad dentro de la organización.

La administración de personal es una parte especializada de la dirección, que incluye la administración de salarios, sistemas de control, proyección y reclutamiento de personal nuevo, mantenimiento, administración de premios y beneficios, desarrollo y descripción de cargos o tareas

El proceso de revisión y transformación de las instituciones de salud, ha implicado por un lado buscar nuevas formas de organización en red de los recursos de salud disponibles en un espacio - población y por otro lado un nuevo perfil de gestión desconcentrada que permita reorientar la actuación para la integración de todos los actores sociales al nivel local, regional y nacional. Para ello la coordinación de las actividades se debe realizar mediante la división de funciones y por medio de una jerarquización de la autoridad, dado que esto conduce a una adecuada orientación de la organización como un todo integrado, con una adecuada planeación (decisiones) y un buen control (información), para una prestación de servicios eficaz y eficiente. (27)

El desarrollo organizacional dentro del proceso de la planificación e instrumentación del diagnóstico situacional, así como la poca revisión y difusión de las investigaciones realizadas en las unidades medicas en especial, las de atención hospitalaria, hacen necesario que se desarrolle, implemente, estandarice, y ejecute la elaboración de diagnósticos situacionales, dado que los realizados abarcan áreas para padecimientos o servicios específicos de un hospital, en otras de interés propio de los investigadores.

Ya que la función primordial del servicio de un Hospital, es la de proporcionar atención con calidad, con el mínimo riesgo para el enfermo y con un gran sentido humanitario. Su cumplimiento dependerá de la correcta administración de los recursos con los que cuenta, materiales, humanos y físicos.

En esta investigación se trabajarán sólo tres años: 1999, 2000, 2001, debido a que no contamos con información de años anteriores (1997 y 1998).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, el sistema de salud ha incrementado su complejidad y hoy absorbe una cantidad creciente de recursos humanos, materiales y financieros. (9, 25) Además se considera que la salud es por excelencia, el mejor indicador de las condiciones de bienestar de un país, que son las que justifican todo que hacer social, incluyendo dentro de éste a las actividades productivas.)

Todo administrador de servicios de salud enfrenta una diversidad de retos y problemas debido a la complejidad de los sistemas de atención a la salud (sistemas abiertos, dinámicos y cambiantes) dentro de una escasez de recursos. (9) Por lo que se hace necesario identificar la posible problemática de los componentes principales en una administración hospitalaria como son:

- El desarrollo de los recursos de salud (personal de salud, servicios de salud, equipo y suministros de salud y conocimientos sobre salud).
- La disposición ordenada de los recursos (autoridades sanitarias nacionales, programas de seguros médicos (públicos), entre otros organismos oficiales, organismos no oficiales (de beneficencia) y sector privado independiente.
- Prestación de atención de salud (actividades de fomento a la salud, actividades preventivas, actividades curativas, rehabilitación, asistencia médico social, atención primaria a la salud). Los niveles secundarios y terciarios de la atención a la salud, involucran a ramas de la medicina de especialidad.
- Apoyo económico (fuentes de financiamiento público o privado).
- Gestión (dirección, toma de decisiones y reglamento). ¿El hospital General de Cholula cumple con todos los requisitos, manuales, indicadores y normas que un Hospital General tiene como normatividad establecida?
¿Cumple con los requisitos para el reclutamiento del personal, adquisición de equipo y suministros, que se encuentran normados para un funcionamiento de un hospital General?. Además ¿La prestación de los servicios en sus diferentes actividades como son: curativas, de trabajo social, el registro de la morbilidad, mortalidad en cada uno de los servicios y la elaboración del expediente clínico así como la integración de los diferentes comités intrahospitalarios; funcionan y registran sus actividades con base en las normas oficiales e indicadores que rigen en nuestro país para el funcionamiento adecuado de un hospital de segundo nivel?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Integrar un Diagnóstico Situacional del Hospital General de Cholula, Puebla, con 30 camas con base en: criterios de certificación; infraestructura, recursos humanos y materiales, organización hospitalaria (comités intrahospitalarios, manuales de organización y procedimientos), morbilidad, mortalidad, satisfacción del usuario interno y externo.

Objetivos Particulares

1. Verificar si el hospital general cuenta con la infraestructura arquitectónica especificada para un hospital de 30 camas.
2. Verificar el mantenimiento preventivo correctivo de la infraestructura.
3. Verificar el hospital cuente con un número necesario de recursos humanos de acuerdo a su plantilla tipo.
4. Verificar el abastecimiento de insumos para la oferta de los servicios satisfaga las necesidades de los clientes internos y externos.
5. Verificar la existencia y el funcionamiento de los comités intrahospitalarios.
6. Verificar la existencia de manuales de organización y procedimientos en los diferentes servicios de la unidad hospitalaria y su utilización.
7. Verificar que el expediente clínico está completo y ordenado de acuerdo a la NOM. Núm. 168.
8. Verificar la existencia de las normas oficiales que corresponden a un hospital de 2do nivel.
9. Identificar la morbilidad y mortalidad general y por servicio.
10. Identificar productividad del hospital por indicadores de certificación.
11. Identificar la satisfacción del usuario interno y externo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de investigación descriptivo, observacional, transversal: Durante el periodo de abril a agosto de 2002 se recabó la información del Hospital en los diferentes servicios que lo conforman, esta información se obtuvo de manera directa como indirecta de todos los servicios, de las estadísticas vitales hospitalarias, del SISPA, recursos humanos, de los criterios de certificación, de las normas oficiales, de manuales de procedimientos. Las fuentes utilizadas fueron tanto primarias como secundarias, además se aplicó una encuesta para estimar la satisfacción del usuario tanto interno como externo, la de información e infraestructura. Se revisaron los diferentes servicios del Hospital General de Cholula, de acuerdo a cada objetivo

El componente administrativo se integrará por el estilo gerencial, los recursos humanos, los insumos, los comités hospitalarios, la normatividad (normas oficiales y manuales de procedimientos), el expediente clínico y la comunicación (satisfacción usuario y satisfacción proveedores).

El componente de información incluirá los datos epidemiológicos (morbilidad y mortalidad hospitalaria)

Para el componente de infraestructura del hospital, se incluirá infraestructura, mantenimiento preventivo y correctivo.

Componente administrativo

Recursos humanos

Se cotejó por medio de la plantilla, comparando entre el ideal y el existente para un hospital de treinta camas. Anexo 3

Insumos

Se cotejó por medio de requisiciones, comparando entre el ideal y el existente para un hospital de treinta camas. Anexo 4

Comités hospitalarios

Se verificó la existencia, sesión, actualización y su resolución de cada comité, se analizó de las actas los rubros de definición de casos, compromisos, seguimiento, compromisos sin solución. Anexo 5

Normatividad

Se preguntó acerca de la existencia, conocimiento y cumplimiento de normas oficiales mexicanas más utilizadas en un hospital de treinta camas. Será evaluado según la existencia de las normas, conocimiento y cumplimiento de ellas. Se verificó la existencia de manuales de procedimientos en los departamentos del hospital, así como la actualización, conocimiento y cumplimiento. Será calificado

con base en una escala cuyo parámetro menor será cero y el mayor diez, siendo el máximo como lo óptimo para el estudio.

Expediente clínico

Se revisó el contenido del expediente clínico en aspectos de identificación general, y la existencia de catorce elementos que incluyen a la historia clínica según la NOM-168-SSA1-1998. Su evaluación se realizará bajo el parámetro de completa, incompleta, omitido o en algunos casos no necesarios. Anexo 7

Comunicación

Para la satisfacción del usuario se aplicó dos cuestionarios tipo escala Lickert al personal que trabaja en el hospital en todas sus jornadas de trabajo y el segundo al público usuario (pacientes) del hospital que se encuentre en la sala de espera y en hospitalización durante el tiempo del estudio, y en los turnos en que labora el hospital. Anexo 11

En el cuestionario, se realizó previamente una prueba piloto, realizando la validación del instrumento mediante el coeficiente de correlación interclase (Ri) forma de Bako obteniendo un resultado de 0.94 casi perfecto.

Se obtendrán calificaciones de buena, regular y mala.

Componente información

Se obtuvo la morbilidad y la mortalidad de acuerdo a indicadores

Componente infraestructura hospitalaria

Se calificó con base en los resguardos: existencia, suficiente o insuficiente. Anexo 2

Indicadores para la certificación de hospitales de más de 30 camas.

Concepto a evaluar	Existe de 60 a 80 %	Suficiente de 80 a 100 %	Insuficiente menor al 60 %
Ponderación	1	2	0

La revisión del mantenimiento preventivo y correctivo se analizará de acuerdo al tiempo en que fue revisado:

Concepto a evaluar	Revisión menor a 12 meses	Revisión en más de 12 meses	No hay revisión de infraestructura
Ponderación	2	1	0

La presentación de la información será a través de cuadros para las variables que lo requieran.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal

Universo

El personal de base de todas las áreas que labora en el hospital y que correspondan a todos los turnos y jornadas laborales. Además de los usuarios (pacientes) que acuden a los diferentes servicios de la unidad hospitalaria. El área física como: equipo, instrumental, NOM., manuales se verificarán por medio de los resguardos, los insumos por medio de las requisiciones solicitadas y las otorgadas. Los recursos humanos: será a través de la plantilla que labora en el Hospital y la requerida para un Hospital de 30 camas.

La encuesta se realizó con el personal existente en el 2002.

Límites

De tiempo: se evaluó la morbilidad y mortalidad de los años, 1999,2000 y 2001.

De espacio: Hospital General de Cholula.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

Para los usuarios internos (trabajadores).

Participará todo el personal de base que labore en los tres turnos y tipo de jornadas laborales que existan en la unidad, independientemente del área o servicio al que se encuentra adscrito.

Para los usuarios externos (pacientes).

Todo paciente o familiar que se encuentre en el momento de la aplicación de la encuesta en los tres turnos y los diferentes servicios, sea hospitalización, consulta externa u hospitalización.

Área física como es: equipo, instrumental, NOM, manuales, y ropería será a través de los resguardos del Hospital.

Insumos: como es medicamento, material de curación, papelería y artículos de oficina, artículos de limpieza y mantenimiento e insumos perecederos y no perecederos del área de cocina será a través de las requisiciones.

Recursos Humanos: todo trabajador que se encuentre en la plantilla del Hospital.

Indicadores: Productividad y eficacia; los emitidos para la certificación de hospitales emitida por el consejo de Salubridad General.

Criterios de exclusión

El personal de base que se encuentre de vacaciones, incapacidad o permiso económico en los tres turnos y tipo de jornadas laborales que existan en la unidad, independientemente del área o servicio al que se encuentra adscrito.

Criterios de eliminación

Para los usuarios internos y externos.

Los trabajadores, pacientes o familiares que no deseen llenar el cuestionario.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Ver anexo I.

DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

Muestreo

El tipo de muestreo que se va a utilizar fué de tipo NO Probabilístico, para obtener el cuestionario de opinión tanto usuario interno y externo.

Método de recolección de la información

Se aplicará una encuesta de opinión para los usuarios internos y externos para medir la satisfacción. Para los indicadores, estándares, morbilidad, mortalidad, se verificará, todo registro que existe en la unidad.

Instrumento de recolección de la información

Se utilizará una cédula de cotejo, cuestionario, formatos para recolectar la información, se realizarán observaciones directas, entrevistas y evaluación epidemiológica.

Se revisarán resguardos, requisiciones, libretas de quirófano, de hospitalización, libreta de mortalidad en archivo, hojas diarias del médico, SUIVE, SISPA y se vaciarán en los anexos.

RESULTADOS

Componente infraestructura:

Infraestructura arquitectónica

Se revisó la infraestructura arquitectónica hospitalaria, donde el área de Urgencias en forma general presentó un 87%, Consultorios médicos un 87%, Auxiliares de diagnóstico 81%, Salas de expulsión 60% y Radiología un 50%.

Mantenimiento preventivo / correctivo de la infraestructura

El mantenimiento preventivo / correctivo se verifica con periodicidad. En el 67% de los casos se realiza revisiones por más de 12 meses, en el 11% el hospital es revisado en periodos menores a doce meses y el 22% no existe revisión de la infraestructura.

Componente recursos humanos

Recursos humanos y plantilla

Con respecto al tipo de contratación y el turno en que labora el personal se identificó que el 77.4 % (127) es personal de base y el 22.6% (37) es de contrato, y el desglose por turno es el siguiente: el 44.5% (73) labora en el turno matutino, el vespertino es ocupado por el 14.0% (23), en el turno nocturno se encuentra laborando el 20.0%, el recurso destinado para la jornada acumulada es de 15.9 % (26), el resto del personal labora como cubre vacaciones, turno especial o cubriendo las incidencias. Sí se cumple al 100 % de acuerdo a la plantilla tipo para un hospital de 30 camas, según lo normado por la Secretaría de Salud

Insumos

Los insumos dependen del presupuesto del programa anual expedido en los meses de julio de 1998, 1999 y 2000. Llegan al hospital a través de las requisiciones que administración realiza a oficina central anualmente y son entregados con una periodicidad de 3 meses, en los formatos de requisición de insumos. De las requisiciones falta aproximadamente un 20 % de las claves a abastecer, pero si el almacén jurisdiccional cuenta con ellas se las proporciona al hospital de acuerdo a solicitudes extraordinarias.

Comités intrahospitalarios

Los comités existentes son Auditoría Médica, Infecciones Hospitalarias, Seguridad e Higiene Laboral, Mortalidad, Insumos, los comités de Enseñanza, Investigación y Ética funcionan como un solo comité. Lo que hace un total de seis comités médicos hospitalarios.

En su funcionamiento cada comité presentó características similares, sesiona adecuadamente, define casos, establece compromisos y realiza actas, sin embargo, también el 80% de los compromisos carecen de solución de los problemas, por lo que se encontró que se repiten compromisos.

Manuales de organización

Es la búsqueda de manuales de organización por departamento se encontraron sólo el 63%, ninguno estaba actualizado, de los manuales encontrados son conocidos el 93% y se cumplen sólo en 87%.

Verificar que el expediente clínico está completo y ordenado de acuerdo a la nom.núm.168, general y por servicio

Se verificaron los expedientes clínicos conforme a la normatividad apoyados en los criterios de certificación obteniendo una calificación de cuatro; siendo un resultado negativo debido a que los expedientes clínicos se encuentran incompletos.

Verificar la existencia de las normas oficiales que corresponde a un hospital de 2do nivel

Normas oficiales SI EXISTEN de acuerdo a un hospital de 30 camas.

Indicadores de productividad en los años 1999,2000 y 2001

- **Porcentaje de ocupación del hospital**
El porcentaje de ocupación fue en el año 1999 de 85,6%, 2000 de 87%, 2001 del 74.9 %.
- **Porcentaje de ocupación hospitalaria por servicio de los años 1999,2000 y 2001**
El servicio de cirugía tiene el siguiente porcentaje de ocupación para el periodo del año 1999= 97.7 %, 2000 = 79.5 %, 2001 fue del 115.1%.
El servicio de medicina interna en el periodo de 1999 = 74 %, 2000 = 65.5 %, 2001 fue del 61.2%.
El área de Gineco-obstetricia en el año 1999; 86.3 %. 2000= 102.5 %, 2001 fue del 64.3%.

La atención y ocupación hospitalaria del servicio de pediatría es el siguiente: en el año de 1999 = 80 %, 2000 = 78.5%, 2001 el porcentaje fue de un 48.7%.

- **Morbilidad hospitalaria por servicio de los años 1999, 2000 y 2001**

En el servicio de cirugía en el año de 1999 fue de 11.7 %, 2000 fue de 9.6 %, 2001 fue del 30.7%.

El de medicina interna presentó en el año de 1999 fue de 19 %, 2000 fue de 15 %, 2001 fue del 17.1%.

La morbilidad de ginecoobstetricia fue en 1999 fue de 34 %, 2000 fue de 35 %, 2001 del 41.6%.

La morbilidad de pediatría es la siguiente: en el año 1999 fue de 35 %, 2000 fue de 31 %, 2001 fue del 10.5 %.

- **Consulta de primera vez contra consulta subsecuente de los años 1999, 2000 Y 2001**

Como razón queda.

En el año 1999 fue de 0.97, 2000 fue de 0.94, y 2001 por cada consulta subsecuente hay 1.6 consultas de 1ª. vez.

- **Egresos hospitalarios contra consultas de primera vez de los años 1999, 2000 Y 2001**

En el año 1999 fue de 1.7, 2000 fue de 1.7, 2001 por egreso hospitalario se otorgaron 5.4 consultas de 1ª vez.

- **Promedio general de días estancia de los años 1999, 2000 Y 2001**

Por cada egreso hospitalario en el año 1999 fue de 2.5, 2000 y 2001 existen 2.4 días estancia por paciente.

- **Nacimientos atendidos contra egresos de 1999, 2000 Y 2001**

Para el año 1999 fue de 33.6 % 2000 fue de 40.3 %, 2001 fue del 18.3%. En el año del 2001 por cada egreso hospitalario se atendieron 5.3 partos.

- **Relación de partos atendidos versus cesáreas 1999, 2000 Y 2001**

La razón de cesáreas por partos atendidos en el hospital es la siguiente: por cada cesárea que se realizó en 1999 fue de 2.5, 2000 fue de 3.5, 2001 fue de 1 a 2.5.

- **Porcentaje de estudios de rayos X por egreso de 1999, 2000 Y 2001**

Del total de egresos hospitalarios en el año de 1999 fue de 135 %, 2000 fue de 8.4 %, 2001 al 34% se les realizó estudio radiográfico.

- **Promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano**

El promedio de intervenciones por día en el Hospital General de Cholula para el año del 2001 fue de 4.3.

- **Porcentaje de hospitalización según vía de entrada**
- **Servicio de urgencias 1999, 2000 Y 2001.**
Del total de pacientes que ingresaron en el año 1999 89.7, 2000: 85.3 y del 2001 fue del 86.5% por el servicio de urgencias.
- **Por consulta externa**
La hospitalización del servicio de consulta externa es la siguiente: en el año 1999 8.7, 2000: 10 y del 2001 fue del 13.5 %.

Indicadores de eficacia de 1999, 2000 Y 2001

- Número de defunciones versus egresos en general y por servicio. Para obtener la tasa bruta de mortalidad y ajustada.

La tasa de mortalidad general bruta en el periodo de 1999, fue de 0.015, 2000, fue de 0.016, 2001, fue de 1.3 por cada 100 egresos hospitalarios.

La mortalidad por servicio es la siguientes

Para el servicio de cirugía en 1999, fue de 0.073, 2000, fue de 0.033 y 2001, fue de 0.36 por cada 100 egresos hospitalarios.

Para el de medicina interna en el año 1999, fue de 0.43, 2000, fue de 0.37, del 2001, fue de 8.9.

En el servicio de ginecoobstetricia la mortalidad en el año 1999 fue de 0, 2000 fue de 0. y 2001 fue de 0.13 por cada 100 egresos hospitalarios.

Y finalmente para el servicio de pediatría en 1999, fue de 0.98, el 2000; fue de 1.25 y 2001 fue de 8.1 por cada 100 egresos hospitalarios.
Y en el año 1999, 2000 y 2001.

La tasa de mortalidad ajustada en el 2001 fue de 1.30 por cada 100 egresos hospitalarios respectivamente.

- **Número de pacientes con infección intrahospitalaria versus número de egresos**

El porcentaje de pacientes con infección nosocomial en 1999 fue 0, 2000 fue de 0, 2001 fue de 0.92%.

Las infecciones nosocomiales por servicio en el HG de Cholula son en 1999 y 2000 fue de 0 en todos los servicios, para cirugía fue en 2001 de 1.03%.

El servicio de medicina interna presentó en el año 2001 el 2.07%.

En servicio de ginecoobstetricia para el 2001 fue de 0.41%.

Y por último en el servicio de pediatría en el 2001 fue de 0.50%.

En algunos indicadores donde falta referencia en los años 1999 y 2000 y 2001 es porque no se cuenta con la información.

Verificar que la unidad hospitalaria cumpla con los criterios de certificación de hospitales emitida por el Consejo de Salubridad General.

LA REALIZACIÓN DE VALORES EN RELACIÓN A LOS CRITERIOS DE CERTIFICACIÓN DE 2001.

Aspecto	Contenido	Esperado	Obtenido
Estructura	Recurso Humano	20	12.5
	Instalación física	13	3.8
	Equipamiento	20	13.7
	Insumo	11	10
	Total	64	39.5
Atención al paciente	Derechos del paciente	15	14
	Valoración	10	6.25
	Expediente clínico	10	4
	Urgencias	5	3.3
	Hospitalización	15	10.8
	Cirugía y anestesia	20	8.75
	Total	75	47.1
Apoyo a la atención	Gobierno	10	8.33
	Personal médico y paramédico	10	7.5
	Ambiente hospitalario	5	5
	Seguridad hospitalaria	3	1.5
	Total	28	14
Indicadores	Indicadores	5	2.27
	Total	5	2.27

La fuente directa de acuerdo a la operacionalización, se obtuvo un resultado final de 103.24 puntos catalogados como condición regular.

Identificar el grado de satisfacción del prestador de servicios

Satisfacción del prestador de servicios

Para el personal prestador de servicios se aplicó una encuesta de 130 preguntas de todas las áreas del hospital, 10 no desearon llenarla .

La encuesta comprendía 17 preguntas en las cuales se engloba: desarrollo de recursos a la salud, disposición de recursos, gestión y estímulo al personal, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados: de 120 el 60 opinó que es regular, 60 que es buena.

Se obtuvo una calificación promedio de 72.7 fue de regular.

IDENTIFICAR EL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO

SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA EN EL AÑO 2001

RUBROS	No. DE ENCUESTAS	130
CONSULTA EXTERNA	BUENO	86
	REGULAR	44
	MALO	0
ATENCIÓN INTERNA	BUENO	99
	REGULAR	30
	MALO	01
TIEMPOS	BUENO	99
	REGULAR	31
	MALO	00

Fuente: Directa, encuesta para usuario externo realizada en el Hospital General de Cholula en el año 2001

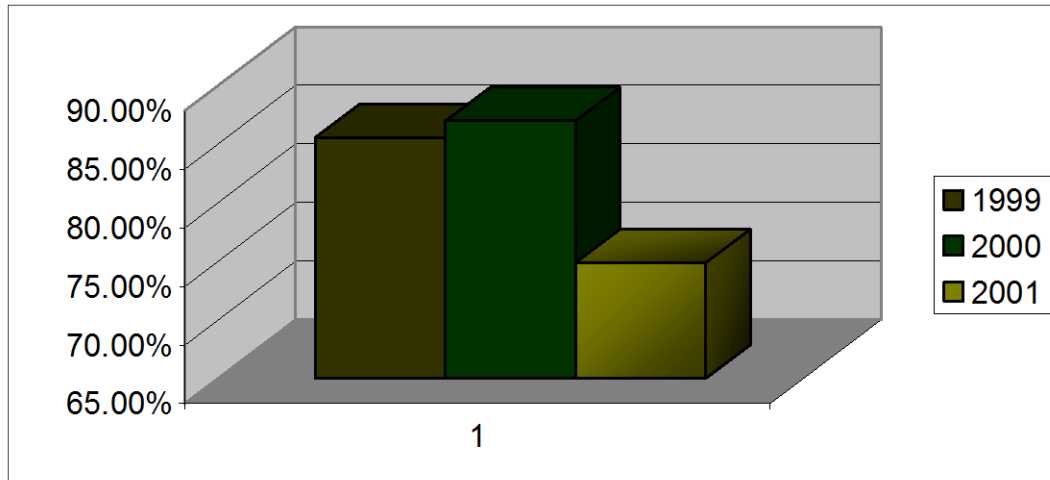
Se obtuvo los siguientes resultados.

En atención externa un puntaje de 47.823---BUENA
Atención interna (hospitalización)—40.084---BUENA
Atención en tiempos---13.107---BUENA
Resultado final fue de 101.076---BUENA

Los usuarios consideran que la atención en el Hospital General de Cholula es buena; probablemente desconocen el concepto de calidad en la atención médica y para ellos lo que se les proporciona es adecuado, y debido a su nivel socioeconómico.

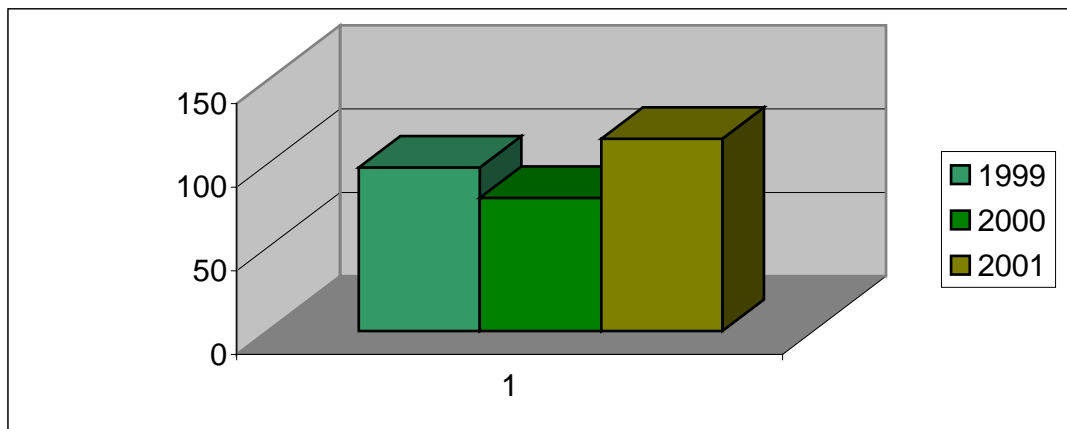
GRAFICAS

PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DEL HGCH LOS AÑOS 1999, 2000, 2001



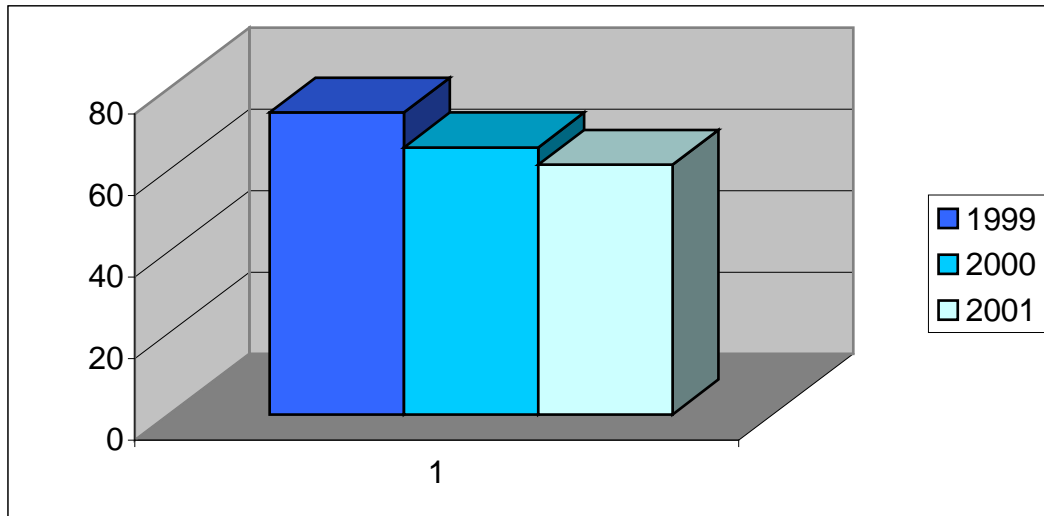
FUENTE. LIBRETA DE HOSPITALIZACION.

PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DEL HGCH DEL SERVICIO DE CIRUGÍA
LOS AÑOS 1999, 2000, 2001



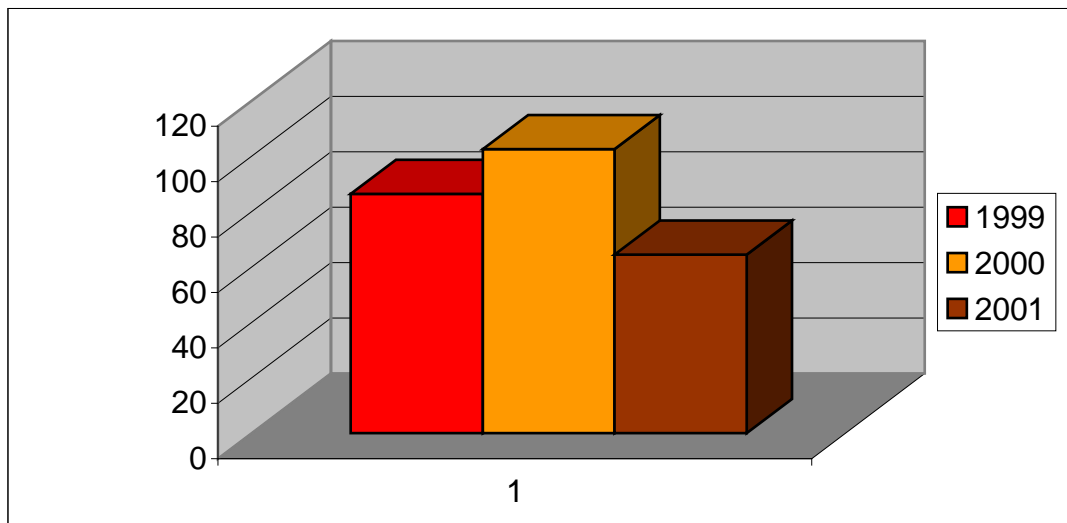
FUENTE. LIBRETA DE QUIRÓFANO.

PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DEL HGCH DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA LOS AÑOS 1999, 2000, 2001



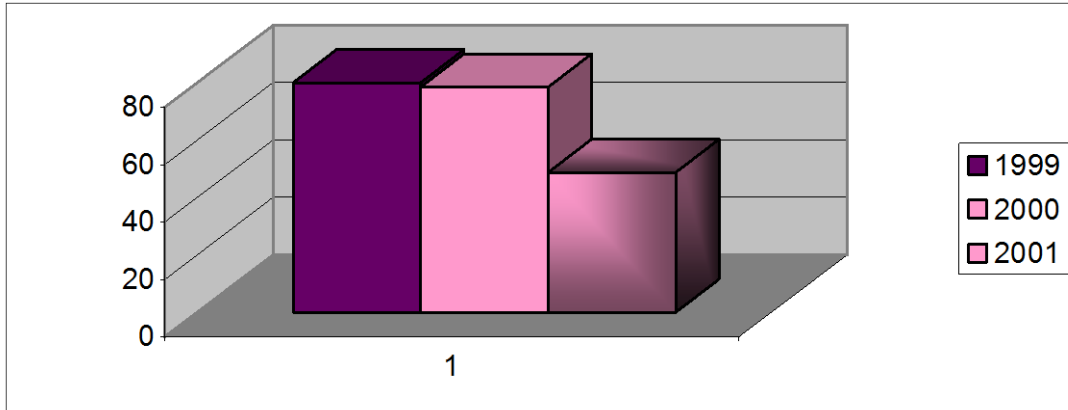
FUENTES. LIBRETA DE HOSPITALIZACION

PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DEL HGCH DEL SERVICIO DE GINECOOBSTERICIA LOS AÑOS 1999, 2000, 2001



FUENTE. LIBRETA DE HOSPITALIZACION.

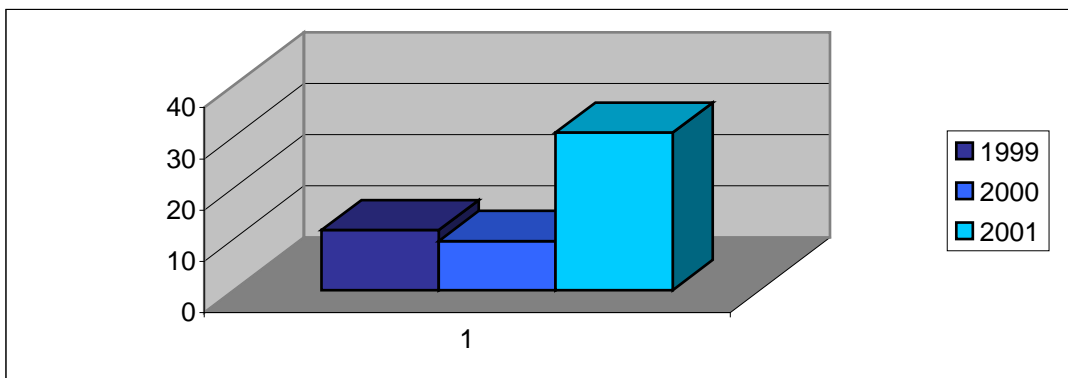
PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DEL HGCH DEL SERVICIO DE PEDIATRIA LOS AÑOS 1999, 2000, 2001



FUENTES. LIBRETA DE HOSPITALIZACION

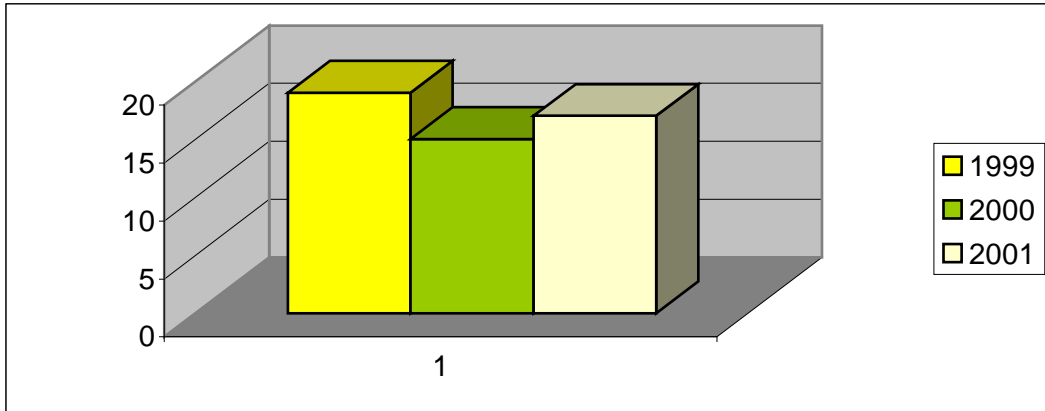
MORBILIDAD HOSPITALARIA DEL HGCH POR SERVICIO LOS AÑOS 1999,2000, 2001.

MORBILIDAD HOSPITALARIA DEL HGCH DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE LOS AÑOS 1999, 2000, 2001



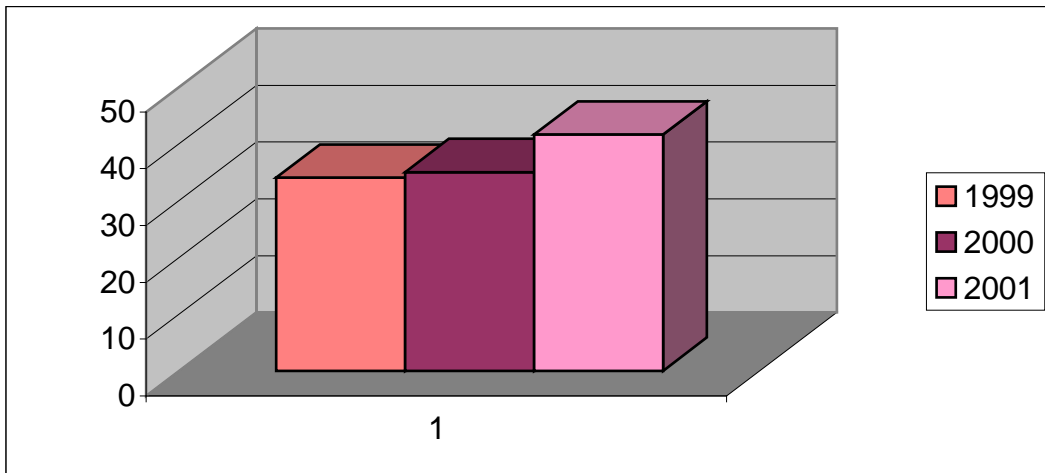
FUENTE. HOJA DIARIA DEL MEDICO

MORBILIDAD HOSPITALARIA DEL HGCH DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE LOS AÑOS 1999, 2000, 2001



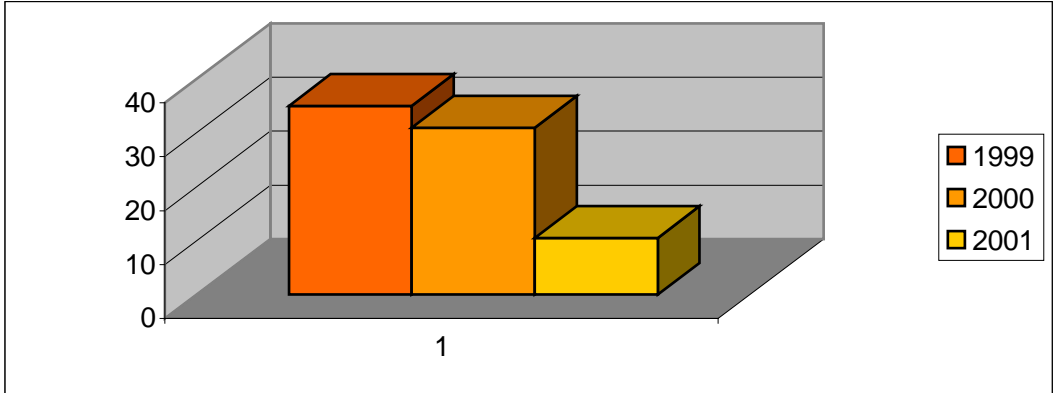
FUENTE. HOJA DIARIA DEL MEDICO.

MORBILIDAD HOSPITALARIA DEL HGCH DEL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DE LOS AÑOS 1999, 2000, 2001



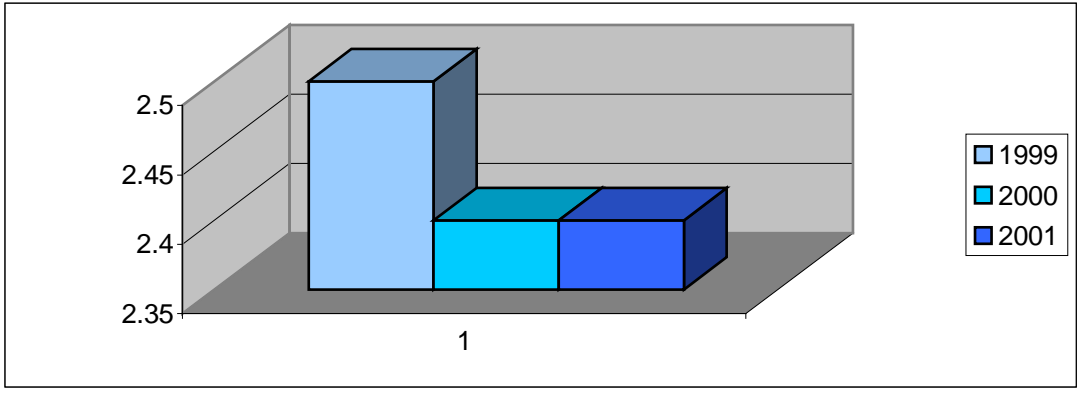
FUENTE. HOJA DIARIA DEL MEDICO

MORBILIDAD HOSPITALARIA DEL HGCH DEL SERVICIO DE PEDIATRIA DE LOS AÑOS 1999, 2000, 2001



FUENTE. HOJA DIARIA DEL MEDICO

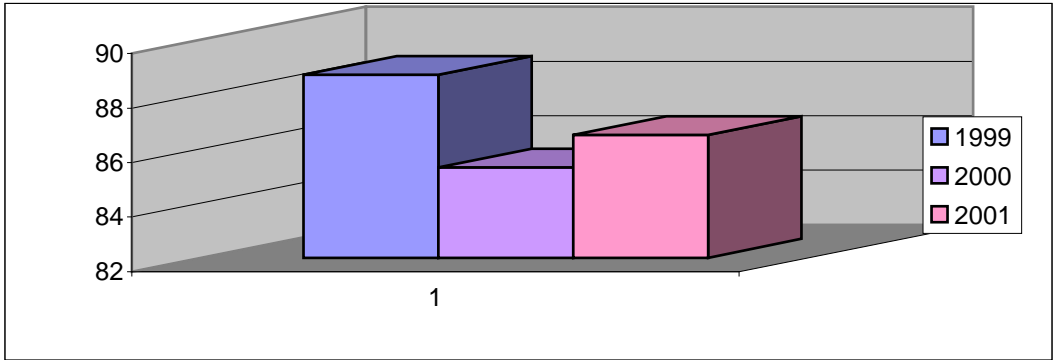
PORCENTAJE DE DIAS ESTANCIA DEL HGCH DE LOS AÑOS 1999, 2000, 2001



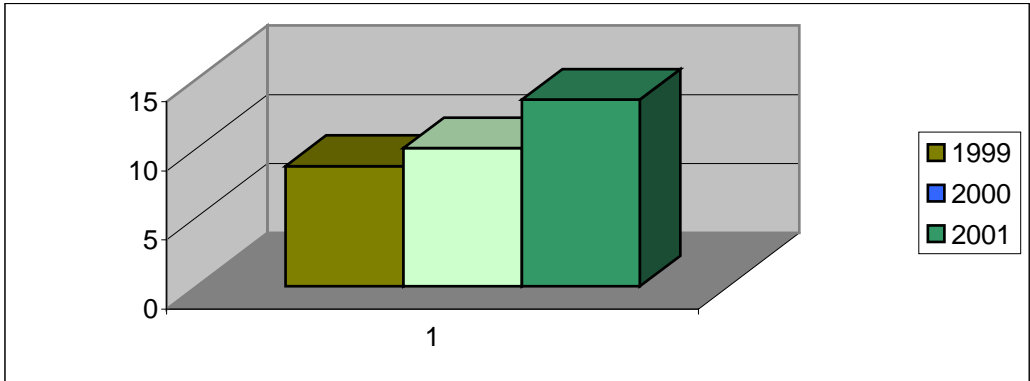
FUENTE. LIBRETA DE HOSPITALIZACION

PORCENTAJE DE HOSPITALIZACION DEL HGCH SEGÚN VIA DE ENTRADA
LOS AÑOS 1999, 2000, 2001

URGENCIAS



CONSULTA EXTERNA



FUENTE. LIBRETA DE HOSPITALIZACION

ANÁLISIS

PREMISA. Las unidades de atención, deben estar bien organizadas para ser eficaces en el cuidado de la salud de la comunidad. La función primordial del servicio de un Hospital es la de proporcionar atención de calidad, con el mínimo riesgo para el enfermo y con un gran sentido humanitario. Su cumplimiento dependerá de la correcta administración del mismo.

Este documento es el resultado que se constituye con un instrumento, como eje en la planeación de los recursos existentes para la atención.

Problema: infraestructura

CAUSA: El hospital general cuenta con la infraestructura arquitectónica especificada para un hospital de 30 camas de acuerdo a la planeación de 1979 y las Normas Técnicas

Repercusiones

Entre las debilidades en la revisión de la infraestructura se encuentra el mobiliario, el instrumental, medicamento, iluminación e instalación eléctrica. Por lo que se hace necesario reforzar estos aspectos, para poder dar un mejor servicio a los pacientes.

Propuestas de solución

1. Realizar estas revisiones cada 3 o 6 meses mínimo, si no lo hace, la institución, se propondrá el apoyo del patronato, contratando al personal capacitado para realizar el mantenimiento.
2. El mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura se ajustará a los programas establecidos por la Secretaría de Salud.

Es sabido de la bondad de cumplir con los periodos establecidos de revisión de mantenimiento preventivo, ya que esto evita llegar hasta la corrección del equipamiento y por lo tanto a mayores gastos. Se recomienda se dé seguimiento en la supervisión.

Problema: la contratación de personal por recursos humanos

Sólo tiene atribución en la selección en cuanto a contratos, no así con las bases y confianza que son de origen central.

Causa: Existe personal contratado que realiza funciones, diferentes a su preparación.

Repercusiones: El personal que realiza funciones diferentes a su preparación en ocasiones realiza mal su trabajo o tarda mucho tiempo en aprender a realizarlo de manera adecuada.

Propuestas de solución

1. La contratación de los recursos humanos debe llevarse a cabo de acuerdo al perfil del puesto.
2. El hospital contará con el número necesario de recursos humanos de acuerdo a su plantilla tipo.

Problema: Insumos

Causa: Faltantes de insumos de acuerdo a la demanda de los mismos.

Repercusiones: Se retrasa el tratamiento a los pacientes, debido a que no se cuenta en el hospital con los insumos y el familiar tiene que salir a buscarlos.

Propuestas de solución

1. Verificar que los responsables de solicitar el abastecimiento de insumos para la oferta de los servicios satisfaga las necesidades de los clientes internos y externos.
2. Que la Jurisdicción a través de Servicios de Salud verifiquen que el insumo solicitado por el hospital sea entregado por oficina de manera oportuna.

Problema: Comités intrahospitalarios

Causa: Los comités intra-hospitalarios no son resolutivos y no se cuenta con los integrantes necesarios para cada comité.

Repercusiones: No dan soluciones oportunas y son muy repetitivos los problemas que se presentan para su solución.

Propuestas de solución

1. Los comités intra-hospitalarios cumplan con la norma, en forma y fondo.
2. Que sesionen cada mes, dando solución a los problemas presentados.
3. Se necesita ajustar la orden del día en cada reunión, así como el tiempo destinado a cada uno de los ponentes, respetarlo y hacerlo cumplir.
Dar seguimiento a cada uno de los compromisos establecidos e identificar la causa por la cual no fue cumplido.

Problema: Falta de conocimiento de normas y manuales de organización

Causa: No existe en cada departamento las normas y manuales de organización y funcionamiento correspondiente a un hospital de 30 camas, por lo tanto el

personal no se puede apoyar en ellos para resolver sus dudas, sobre todo el personal que ahí realiza sus prácticas.

Repercusiones: No contar con un material de apoyo para resolver dudas de acuerdo a como prestar un servicio al paciente.

Propuestas de solución

1. El personal debe conocer el contenido de manuales de organización y procedimientos en los diferentes servicios de la unidad hospitalaria y su utilización.
2. Los manuales de organización y funcionamiento deberán actualizarse mínimo cada dos años incluyendo los formatos anexos e información que se genere y se sacarán copias para cada departamento. Las normas oficiales deberán ser fotocopiadas para que cada departamento cuente con ellas.

Problema: Expediente clínico

Causa: El expediente clínico no se encuentra ordenado de acuerdo a la norma y faltan firmas de los responsables del servicio así como notas de interconsulta.

Repercusiones: No se cuenta con un expediente clínico adecuado.

Propuesta de solución

El expediente clínico tendrá que estar ordenado de acuerdo a la NOM. Núm. 168, general y por servicio, contando con todas las notas y las firmas de los responsables (por medio de supervisiones constantes y continuas se verificará su cumplimiento).

Problema: falta de información hospitalaria, como es la morbilidad, mortalidad, productividad y efectividad

Causa: No existen registros anuales de dicha información por servicio, o se guardan, para su utilización posterior

Repercusiones: No se cuenta con datos que puedan ser comparados en años para verificar cómo el hospital ha ido mejorando y si da solución a los problemas de salud que se presentan en su área de responsabilidad.

Propuestas de solución

1. Identificar la morbilidad y mortalidad general y por servicio, para crear estrategias para su prevención. Discutiéndolas en secciones clínicas para dejar como base para la planeación.

2. Conocer el grado de productividad de la unidad hospitalaria general y por servicio.
3. Conocer el grado de efectividad general y por servicio de la unidad hospitalaria.
4. Se realizará un análisis anual del panorama epidemiológico del hospital y se presentarán propuestas de solución a los problemas por los propios trabajadores del Hospital.
5. Dar reconocimientos a las personas que ayuden a una mayor efectividad y productividad del Hospital, exhortando al personal a dar un mejor servicio.

Problema: Certificación de hospitales

Causa: Falta de registro, si el Hospital cumple con los criterios de certificación de hospitales, emitida por la Secretaría de Salud.

Repercusiones: No se da solución inmediata a los problemas encontrados en dicha supervisión y tarda en mejorar el servicio a los usuarios.

Propuesta de solución

1. Verificar que la unidad hospitalaria cumpla con los criterios de certificación de hospitales emitida por el Consejo de Salubridad General.
2. Analizar los resultados de dicha evaluación y dar solución lo más pronto posible.

Problema: Satisfacción de usuario interno y externo

Causa: En el hospital no se cuenta con información que muestre el grado de satisfacción tanto del usuario interno como del externo.

Repercusiones: El director del Hospital, al no contar con dicha información, no sabe si el personal que labora en la institución lo hace de manera grata ó con qué no cuenta para realizar su trabajo y esto le causa insatisfacción.

Propuesta de solución

1. Realizar encuestas para identificar el grado de satisfacción del prestador de servicios. Escuchando las opiniones de los trabajadores.
2. Realizar encuestas para identificar el grado de satisfacción usuario, a través de un buzón de quejas y dando a conocer a cada servicio involucrado, que ellos mismos den propuestas para solucionarlo lo más pronto posible.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Lemus, A. Y. Gutiérrez, F. Diagnóstico Situacional en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara.
- 2.- Programa de calidad y mejora en el servicio, elementos estructurales para el desempeño laboral. 1998 S.S.A.
- 3.- Ramírez, C.R. Diagnóstico Situacional Integral de un Hospital General de 90 camas Tlaxcala, Tlaxcala, Tesis para obtener grado de maestro en administración y dirección de Hospitales .UPAEP 2000.
- 4.- Arredondo, A. Damián, T. Costos económicos en la producción de servicios de salud: Del costo de los insumos al costo de manejo de caso. Salud Pública Méx. 1997: 39:117-124.
- 5.- Stoner. J. Administración Ed. Prentice May Hispanoamericana, edad. Edición México1984. p. 150-233.
- 6.- García- Romero, H. Cordera- Pastor. A. Y Vargas – Martines J. Diagnostico Situacional de Unidades de Petróleos Mexicanos. Salud Pública de México. 1993 (vil 35, núm. 6) p 1 – 9.
- 7.- Dona bedian A. La calidad en atención médica Definición de un programa de evaluación. Ed. Prensa Médica Mexicana, S. A. De C. V. México, D.F. 1984 Cap. 3 enfoque básicos para la evaluación, estructura, proceso y resultados. P. 95-151
- 8.- Hospital General de Cholula. Carta descriptiva, Manual de Seguridad Informática. Servicios de Salud del Estado de Puebla. 2000.
- 9.- Aguirre Gas. H: Calidad de la atención médica
- 10.- Saucés , A. Duran, L y Hernández B. Evaluación de un programa de monitoria de la calidad de los servicios otorgados por una organización no gubernamental, Salud Pública Méx. 2000, 42 422-430.
- 11.- Rubio J. Criterios de Certificación SSA: Guía para criterios de certificación Empresa SIMA. Consult ores y Brench Marking S:A: de C:V: 1998.
- 12.- La respuesta social organizada. Obstáculos al avance del sistema de salud .p. 155-198.
- 13.- Programa de calidad y mejora en el servicio, elementos relaciones interpersonales, 1998 S.S.A. p. 12-74.

- 14.- Secretaría de Salud. Lista de indicadores y valores estándar para la evaluación institucional de los servicios de salud. Dirección General de servicios técnicos u proyectos especiales, grupo de información y evaluación institucional. 1990.
- 15.- Moreno, L. Epidemiología Clínica Ed. Mcgraw-Hill Interamericana. P. 69-9
- 16.- Rubio, J. Lista de indicadores y valores estándar para la evaluación institucional de los servicios de salud. 2001. Complicación. Dirección General de Servicios Técnicos y Evaluación
- 17.- Secretaría de Salud. Comités Técnicos médicos hospitalarios, lineamiento para organización y funcionamiento. 199 p. 1-99.
- 18.- Ruelas, E. Duran L. Godinez. c. Y Martínez C, La situación actual en el campo de la calidad de la atención a la salud. INSP 1993. p. 175-224.
- 19.- Ponce de León Rosales, S. Rangel- Frausto, S. Vazquez, A, Huerta , M. Y Martínez , C. La calidad de la atención médica de pacientes con SIDA .2001 Gaceta Médica de México . p. 1-8.
- 20.- Musgrove P. La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicaciones e interpretación. Boletín de la Oficina Sanitaria panamericana. 95 (6) 1983: 525-545.
- 21.- Hernández, P. Zapata O. Leyva, R, y Lozano R. . Equidad y salud: Necesidades de investigación para la formación de una política social. Salud Pública de México (1991) 33:9-17.
- 22.- Chacón. F. Bases metodológicas para la formulación de la respuesta social organizada. Escuela de Salud Pública Cuernavaca Morelos . 1993.
- 23.-Ley General de Salud. Decimosexta versión actualizada. Ed . Porrúa, Méx.- 2000.
- 24.- Santacruz Varela, Javier. Reforzamiento de la capacidad de planificación en los sistemas locales de salud de México.
- 25.- Guerra de Macedo C. (Discurso de . foro de salud y desarrollo. San José de – Costa Rica. 1991)
- 26.- Palencia M. El enfoque del desarrollo organizacional y la administración de servicios de salud . Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública 1984 p. 1-18.
- 27.- López F. Evolución de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud. 1993 Salud Pública de México. Sep- oct (Vol 35 Núm. 5)

- 28.- OPS. Administración estratégica local. 1999
- 29.- Chacón. F. Propuesta metodología de México II etapa: respuesta social organizada. Cuernavaca, Morelos. 1993 (6-7) (1) 9-14 1990.
- 30.- Méndez I. El protocolo de investigación. 200 Ed. Trillas p. 11-12.
- 31.- Maestría en Administración de Hospitales. Elaboración de manuales. UPAEP
- 32.- De Canales F. Metodología de la investigación ED. Uthea, Noriega, p. 280.
- 33.- Juntos por la calidad en el servicio. Manual del IMSS. Taller de gerencia, Puebla. 2001, p. 10 y 11.
- 34.- Méndez R. Modelos para la evaluación de impactos. EPI, 1,3, doc. Mimeo, Escuela de Salud Pública en México 1994 p. 1365.
- 35.- Secretaría de Salud. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- 36.- Normas Oficiales Mexicanas, Secretaria de Salud . [http// www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx).
- 37.-Reseña de 20 años de trabajo del laboratorio de Hospital General de Cholula. 2000.
- 38- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Berbera Editores S:A: de C.V. 2001.

ANEXOS

Protocolo de Investigación Diagnóstico Situacional del Hospital General de Cholula, Puebla

1. Variables

Nombre de la variable	Definición	Clasificación	Medición
Gerencia		Cuantitativa Discontinua	Intervalo
Manual	Recurso formal de todas las informaciones e instrucciones necesarias para operar una parte o todo el organismo; es una guía que permite encaminar hacia los objetivos los esfuerzos del personal.	Cualitativa Nominal	Ordinal
Instrumental	Incluye el mobiliario médico, accesorios de equipo, mobiliario de rehabilitación y equipo médico de baja complejidad.	Cuantitativa Discontinua	Intervalo
Equipo	Aparatos, accesorios e instrumental para uso específico, destinados a la atención médica en procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación al paciente.	Cuantitativa Discontinua	Nominal
Mantenimiento		Cualitativa Ordinal	Ordinal
Recursos Humanos	A los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud autorizados para prestar servicios en una unidad de atención	Cuantitativa Discontinua	Intervalo
Contratación / plantilla tipo	Plazas ocupadas en relación con el total de plazas autorizadas, así como la congruencia que existe entre el puesto para el que un trabajador fue contratado y las actividades que desempeña.	Cualitativa Discontinua	Nominal
Abastecimiento de insumos		Cuantitativa Discontinua	Intervalo
Comités intrahospitalarios	Órganos de asesorías para el Cuerpo de Gobierno del Hospital.	Cualitativa Discontinua	Nominal
Normas oficiales	Documento legal publicado en el Diario Oficial de la Federación de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios en los términos previstos en la misma.	Cualitativa Discontinua	Nominal
Expediente clínico	Al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con apego a las disposiciones sanitarias vigentes.	Cuantitativa Discontinua	Ordinal
Morbilidad General	Número de casos de cada enfermedad en el hospital.	Cuantitativa Continua	De razón
Morbilidad por servicios	Número de casos de cada enfermedad por cada unidad de servicio.	Cuantitativa Continua	De razón
Productividad		Cuantitativa	De razón

General		Continua	
Productividad por servicio		Cuantitativa Continua	De razón
Efectividad General		Cuantitativa Continua	De razón
Efectividad por servicio		Cuantitativa Continua	De razón
Criterios de certificación	Los instrumentos con el cual se hará constar la calidad del hospital y de los servicios que preste.	Cuantitativa Discontinua	Ordinal
Satisfacción: Usuario interno	Es la opinión del trabajador respecto a las características que tienen las áreas del Hospital para que ofrezca un ambiente funcional, cómodo seguro y limpio, así como la disponibilidad y condiciones para que el trabajador se sienta seguro y satisfecho.	Cualitativa Discontinua	Nominal
Satisfacción Usuario externo	Es la opinión que tiene el usuario acerca de los diversos factores para facilitar la accesibilidad del usuario, disposición por parte del prestador de servicios.	Cualitativa Discontinua	Nominal

2. Evaluación de infraestructura hospitalaria

Se realizará siguiendo el mismo principio de otorgar un 100% a lo establecido por el manual de infraestructura elaborado por la institución control para hospitales de segundo nivel de atención, y se asignará el porcentaje de los resultados el momento de la revisión. Posteriormente se realizará un análisis comparativo entre lo obtenido en el Hospital General y lo requerido en la plantilla tipo.

Verificar con los responsables de cada servicio si el equipo y el instrumental con lo que se cuente en el Hospital son los necesarios de acuerdo a la oferta de servicios y a lo normado por el Manual de Tipificación para Hospitales de este tipo.

Verificar la existencia de manuales de organización y procedimientos de los diferentes servicios de la unidad que apoyan en la descripción estandarizada y en mayor detalle de una actividad u operación.

Son guías que apoyan para la ejecución permanente de una misma tarea y que por sus características especiales, necesitan de otras explicaciones "como es hecho en la práctica diaria". Pueden estar relacionadas con los aspectos técnicos administrativos, de enfermería, de atención médica y de otros.

Los procedimientos especializados para el manejo de equipos, lavandería, laboratorio, radiología, dietología, mantenimiento, vigilancia, recepción, cirugía, terapia intensiva, recuperación, consulta externa, urgencias, traslado de pacientes, farmacia, enseñanza, patología, odontología, hemoterapia, estadística, servicio social, recursos materiales, recursos humanos, contabilidad y finanzas, atención de enfermería, de atención médica, atención de riesgo, pueden constituirse en procedimientos separados de las actividades generales, para fácil consulta por los departamentos o servicios a que se destinan respondiendo a las necesidades durante las 24 horas del día, independiente de la persona e equipo de turno quienes deben estar en conocimiento de su existencia, ubicación y contenido.

Diagnóstico Situacional del Hospital General de Cholula Infraestructura Arquitectónica

CONSULTORIO	Existe 1	Suficiente 2	Insuficiente 0	Valor	Total
Área de entrevista y de exploración					
Equipo, mobiliario e instrumental					
Infraestructura y equipamiento					
Area de lavado					
Botiquín de urgencias					
Un equipo guarda-expedientes con los requisitos que marca la NOM-168-SSA-1994					
Area para hidratación oral y preparación de medicamentos					
AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO					
Laboratorio en seco para tiras reactivas					
Laboratorio clínico					
Iluminación, ventilación y buena estructura					
Distribución eléctrica					
Agua potable, y sistema de drenaje con los requisitos que marca la NOM 01					
Tuberías de agua, aire, gases y corrientes eléctricas, visibles y pintadas conforme lo marca la NOM 028					
In activación de residuos peligrosos biológicos infecciosos en el laboratorio que marca la NOM 087					
Equipo, mobiliario e instrumental					
EQUIPOS DE RAYOS "X"					
Sala de espera con sanitario					
Sala radiológica, con cuarto oscuro y un vestidor					
Responsabilidades sanitarias en Rx. Conforme la NOM 146					
Protección y seguridad radiológica conforme la NOM 157					
Especificaciones técnicas para el equipo de Rx. Conforme la NOM 158					
La instalación eléctrica adecuada					
Equipo mobiliario e instrumental					
ATENCIÓN DE PARTO					
Sala de partos y área de recuperación					
Equipo de esterilización					
Mobiliario, equipo e instrumental					
Área de recepción expulsión recuperación y de reanimación del R/N					

Cada reactivo equivale a 3.3 puntos

Diagnóstico Situacional del Hospital General de Cholula Infraestructura Arquitectónica

SERVICIOS DE URGENCIAS	Existe P = 1	Suficiente P = 2	Insuficiente P = 0	Valor	Total
Área de espera y sala de urgencias					
Equipo, mobiliario e instrumental					
Infraestructura y estructura adecuada					
INFRAESTRUCTURA ARQUITECTÓNICA					
Las áreas de espera tienen iluminación ventilación sanitarios y espacios adecuados					
Ventanas de acuerdo a la capacidad					
Distribución de la corriente eléctrica					
La estructura del inmueble ofrece garantía y estabilidad en sismos y a cambios climáticos					
Los pisos, muros, plafones ç, son resistentes y de fácil limpieza					
La orientación del inmueble para aprovechar la luz natural y ventilación					
El techo resistente a los cambios climáticos					
Acceso y egreso a discapacitados Conforme a la NOM -001					
Calidad de agua potable para el uso y consumo humano conforme a la NOM -127					
Cada reactivo equivale a 3.3 puntos					

3. Plantilla de un hospital de 30 camas

Plantilla tipo	Propuesto	Encontrado
Área de Gobierno	1	3
Subdirección Administrativa	1	0
Cirugía General	3	12
Gineco – Obstetricia	3	2
Medicina Interna	1	2
Pediatría	2	6
Consulta Externa	4	4
Urgencias	5	13
Medicina Preventiva	1	2
Laboratorio clínica	3	5
Radiodiagnóstico (Imagenología)	2	6
Anatomía Patológica	0	0
Anestesiología	3	7
Enseñanza e Investigación	1	1
Recursos Humanos	14	9
Servicios Generales	21	0
Intendencia	8	2
Transportes	1	2
Lavandería y Ropería	4	5
Estadísticas y Archivo Clínico e Histórico	1	8
Farmacia	2	1
Trabajo Social	2	2
Enfermería	50	40
Dietética	1	6
Ingeniería y Mantenimiento	1	7
Recursos Financieros	6	3
Recursos Materiales	4	3
Varios servicios al mismo tiempo	0	19
Se desconoce servicio	0	1
Total	130	164

4. Insumos hospitalarios

Protocolo de investigación Diagnóstico Situacional del Hospital General de Puebla Insumos

INSUMOS	Existe inventario 1	Suficiente mas del 80% 2	Insuficiente 0	Total
Almacén General				
Artículos de limpieza				
Insumos no perecederos de cocina				
Insumos perecederos de cocina				
Material de curación				
Medicamentos				
Papelería y Artículos de oficina				
Ropería				

Verificar que el abastecimiento de insumos para la oferta de los servicios satisfagan las necesidades de los interno y externos

5. Comités hospitalarios

Verificar la existencia de comités hospitalarios apegados a los criterios de certificación de hospitales, que por lo menos deben ser:

1. Auditoría médica
2. Infecciones hospitalarias
3. Seguridad e higiene laboral
4. Mortalidad
5. Enseñanza
6. Investigación
7. Ética
8. Insumos

**Diagnóstico Situacional del Hospital General de Cholula, Puebla
Comités intrahospitalarios**

	Existe	Actualizado	Resolutivo	Sesiona	Total
COMITES INTRAHOSPITALARIOS	2.5	2.5	2.5	2.5	
Comités de Calidad de Atención Médica					
Comités para detección y Control de infecciones Intrahospitalarios					
Comité de Mortalidad Materna, Perinatal y Hospitalaria					
Comités de Seguridad y atención Médica en caso de Desastre					
Comité de Insumos					
Comités de Enseñanzas Investigación Capacitación y Ética					

Si los comités solucionan los problemas

**Diagnóstico Situacional del Hospital General de Cholula, Puebla
Comités intrahospitalarios.**

COMITES INTRAHOSPITALARIOS					
Comité de Calidad de Atención Médica					
Comités para detección y control de infecciones intrahospitalarias					
Comité de mortalidad maternidad perinatal y Hospitalaria					
Comité de Seguridad y atención Médica en caso de Desastre					
Comité de Insumos					
Comité de Enseñanza investigación Capacitación y Ética					

Verificar la existencia y el funcionamiento de los comités intrahospitalarios estén apegados a la norma.

6. Manual de procedimientos

Diagnóstico Situacional del Hospital General de Cholula Puebla Manuales de procedimientos

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Existe 2.5	Actualizado 2.5	Son conocidos 2.5	Lo cumplen 2.5	total
Almacén General					
Anatomía Patológica					
Archivodirico					
Banco de Sangre					
Ceye					
Consulta Externa					
Detologia					
Enfermería					
Enseñanza					
Ginecoobtetricia					
Inhaloterapia y fisioterapia					
Intendencia					
Laboratorio					
Lavandería					
Mantenimiento					
Medicina Interna					
Medicina Física					
Patología Clínica					
Rayos "x"					
Terapia Intensiva					
Toco cirugía					
Trabajo Social					
Urgencias					
Para visitas al Hospital					

Verificar la existencia de manuales de organización y procedimientos en los diferentes servicios de la unidad hospitalaria y su utilización

7. Expediente clínico

Diagnóstico Situacional del Hospital General de Cholula Puebla Evaluación del Expediente Clínico

EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLINICO

Ficha de identificación

Hospital	Expediente	Núm. De expediente
Servicio	Nombre del Paciente	
Jefe de servicio	Apellido Paterno Materno	Nombre (s)
Medico Adscrito		
	Edad	
	Sexo	
Fecha de ingreso		
Días de estancia		

EXPEDIENTE CLÍNICO	Completa 2	Incompleto 1	Omitidas 0	Total
1 Historia clínica				
2 Nota de ingreso				
3 Indicaciones médicas				
4 Nota de revisión por medico adscrito				
5 Nota de evolución				
6 Nota evolución por el jefe de Servicios				
7 Nota preoperatorio				
8 Valoración preanestesia				
9 Nota operatoria				
10 Hoja de control tras operatorio				
11 Nota postanestesia				
12 Nota de registro al Hospital				
13 Nota de alta				
14 Nombre y firma del médico tratante				

Claves que tienen una puntuación de 2, 1, 0 y la suma máxima es de 28 puntos

Verificar que el expediente clínico está completo y ordenado de acuerdo a la NOM . No.

8. Normas Oficiales Mexicanas

Entre las Normas Oficiales Mexicanas generadas por la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud para el nivel hospitalario se encuentran las siguientes:

Normas Oficiales Mexicanas con aplicación hospitalaria

NOM-001-SSA2-1993	Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.
NOM-005-SSA2-1993	De los servicios de planificación familiar.
NOM-007-SSA2-1993	Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
NOM-008-SSA2-1993	Para el control de la nutrición crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente.
NOM-014-SSA2-1994	Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer uterino.
NOM-127-SSA1-1994	Salud ambiental, agua para uso y consumo humano-límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización.
NOM-146-SSA1-1997	Salud Ambiental. Responsabilidades sanitarias en los establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X.
NOM-156-SSA1-1997	Salud Ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X.
NOM-157-SSA1-1997	Salud Ambiental. Protección y seguridad radiológica en el diagnóstico médico con Rayos X.
NOM-158-SSA1-1997	Salud Ambiental. Especificaciones técnicas para equipos de diagnóstico médico con Rayos X.
NOM-166-SSA1-1998	Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
NOM-168-SSA1-1998	Del expediente clínico.
NOM-170-SSA1-1998	Para la práctica de anestesiología.
NOM-173-SSA1-1998	Para la atención integral a personas con discapacidad.
NOM-178-SSA1-1998	Que establece los requisitos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
NOM-029-ECOL-1993	Que establece los límites máximos permisibles de contaminantes en las descargas de aguas residuales a cuerpos receptores provenientes de hospitales.
NOM-087-ECOL-1995	Que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico infecciosos que se generan en establecimientos que prestan atención médica.
NOM-027-STPS-1993	Señales y avisos de seguridad e higiene.
NOM-028-STPS-1993	Seguridad, código de colores para la identificación de fluidos conducidos en tuberías.
NOM-001-SEMIP-1994	Que regula las instalaciones destinadas al suministro y uso de energía eléctrica.

9. INDICADORES

Indicadores de productividad

1.- Porcentaje de ocupación del hospital durante los últimos tres años

Porcentaje de ocupación del hospital durante los últimos tres años.

$$\frac{\text{Total de días pacientes} \times 100}{\text{Total de días cama}}$$

2.- Porcentaje de ocupación hospitalaria por servicio

Porcentaje de ocupación hospitalaria por servicios.

$$\frac{\text{Total de días pacientes por servicios} \times 100}{\text{Total de días cama por servicios}}$$

3.- Morbilidad hospitalaria general y por servicio (incidencia)

Morbilidad hospitalaria general y por servicio (incidencia)

$$\frac{\text{Morbilidad total por servicio} \times 100}{\text{Morbilidad total del hospital}}$$

4.-Productividad de consulta externa de especialidad

Productividad de consulta externa de especialidad

$$\frac{\text{Total de consultas otorgadas} \times 100}{\text{Total de consultas programadas}}$$

5.- Consulta de primera vez VS . consulta subsecuentes

Consulta de primera vez vs. Consulta subsecuentes

$$\frac{\text{Total de consultas de primera vez}}{\text{Total de consultas subsecuentes}}$$

6.- Promedio de consultas por hora en médicos especialistas de consulta externa

Promedio de consultas por hora en médicos especialista de consulta externa.

$$\frac{\text{Número de consultas otorgadas}}{\text{Número de horas establecidas para consulta.}}$$

7.- Egresos hospitalarios VS . consulta de primera vez

Egresos hospitalarios vs. Consultas de primera vez

Número de consultas de primera vez
Número de egresos hospitalarios

8.- Promedio general de días estancia

Promedio general de días estancia.

Número total de días estancia
Número total de egresos

9.-Promedio de días estancia por servicio

Promedio de días estancia por servicio

Número de días estancia por servicio
Número de egresos hospitalarios

10.- Nacimientos atendidos VS. total de egresos

Nacimientos atendidos vs. Total de egresos

Número de nacimientos atendidos
Número de egresos hospitalarios

11.- Relación de partos atendidos VS. cesáreas

Relación de partos atendidos vs. Cesáreas

Número de partos atendidos por cualquier vía
Número de cesáreas realizadas.

12.- Número de estudios de rayos X por egresos

Numero de estudios de rayos X por egreso

Total de estudios de rayos "X"
Total de egresos hospitalarios

INDICADORES DE EFICACIA

1.- Número de defunciones VS. egresos en general y por servicios

Número de defunciones vs. egresos en general y por servicio; para obtener las tasas de mortalidad brutal y ajustada.

Número de defunciones
Total de egresos

2.- Número de pacientes con infección intrahospitalaria VS número de egresos

Número de pacientes con infección intra hospitalaria vs, número de egresos.

Número de pacientes con infección intra hospitalaria
Número total de egresos

3.- Porcentajes de pacientes que han reingresado VS egresos

Porcentaje de pacientes que han reingresado vs. egresos

Número de pacientes que han reingresado al hospital X100
Número total de egresos hospitalarios

**INDICADORES PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES GENERALES DE
MÁS 30 DE CAMAS**

I.- Infraestructura

II.- Funciones de atención al paciente

III.- Funciones de atención al paciente

IV.- Indicadores

	1.-ESTRUCTURA	64
	1.- RECURSOS HUMANOS	20
1.1.1.(b)	Contar permanente, 24 horas al día, 365 horas al día, 365 días al año, dentro de las instalaciones del hospital, con un médico titulado y personal de enfermería profesional y no profesional, para la atención de urgencias.	0 a 5
1.1.1.1.	Existe un rol de guardias de médicos adscritos y residentes, y un registro de su cumplimiento.	1.25
1.1.1.2.	Existe un médico especialista en urgencias médico – quirúrgico disponible en guardias imaginarias, para la atención de urgencias.	0
1.1.1.3	El personal médico debe haber aprobado los cursos ACLS y ATLS.	0
1.1.1.4.	Presencia de la menos una enfermera titulada, capacitada en CRP avanzado/ adulto.	0
1.1.2 (b)	Tener personal, en la cantidad necesaria de acuerdo con el número de camas censables y con la calificación técnica idónea, para prestar los servicios de hospitalización y toco cirugía que ofrece, las 24 horas del día, los 365 días del año.	0 a 5
1.1.2.1.	El hospital cuenta con un indicador del número de pacientes por médico y por enfermera en jornadas normal y de fin de semana.	1
1.1.2.2.	Se tiene definida por escrito (actualización menos de 12 meses) la cantidad de personal del hospital por servicio, por turno.	1
1.1.2.3.	Se cumple las cantidades – establecidas por el hospital para el personal requerido en cada área.	0
1.1.2.4.	Se cumplen los requisitos mínimos de capacidad técnica de personal requerido en cada área.	1
1.1.2.5.	Distribución equitativa de personal profesional y no profesional de enfermería en los diferentes turnos (50% / 50 %)	1
1.1.3 (b)	Contar con internos, residentes y enfermeras en formación , 24 horas del día en las cuatro áreas básicas: medicas internas, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría, con el apoyo y supervisión de personal responsable.	0 a 5
1.1.3.1	Cada tipo de personal en formación debe tener asignado un responsable de supervisión designado formalmente por turno y área.	2.5
1.1.3.2.	Existe un responsable de supervisión designado formalmente por las autoridades del hospital para cada tipo de personal en formación.	2.5
1.1.4 (b)	Tener, en el área de cirugía, personal debidamente acreditado y en la cantidad suficiente para brincar los servicios quirúrgicos y de anestesia que ofrece.	0 a 5
1.1.4.1	El hospital tiene definidos los indicadores de médicos cirujanos y enfermeras para el área quirúrgica conforme al número de cirugías que realizan y quirófanos con que cuenta	0
1.1.4.2.	El hospital cumple con los indicadores establecidos paramédicos cirujanos, anesthesiólogos, técnicos en anestesia, enfermeras quirúrgica y anestésica.	0
1.1.4.3.	Los médicos cuentan con la certificación con validez oficial de las	1

	especialidades quirúrgica y anestésica.	
1.1.4.4.	Los enfermas cuenta con las especialidades quirúrgicas.	0
1.1.4.5.	El personal de cirugía ha realizado al menos un curso de actualización relacionado con su especialidad durante los últimos dos años.	1
	2. INSTALACIONES FÍSICAS	13
1.2.1(b)	Contar con instalaciones adecuadas, en tamaño, cantidad y distribución, para atender pacientes, por lo menos , de las cuatro áreas básicas.	0 a 5
1.2.1.1.	En vestíbulos, recepción y salas de espera hay adecuada ventilación, limpieza, señalamientos y áreas suficientes para que los pacientes y familiares permanezcan sentado cómodos.	0.625
1.2.1.2	Los pasillos y áreas comunes se encuentran limpios.	0.625
1.2.1.3	Los pasillos y áreas comunes cuenta con los señalamientos necesarios para la adecuada circulación.	0.625
1.2.1.4	En las áreas de internamiento hay facilidad de vigilancia desde la central de enfermería	0
1.2.1.5.	Las habitaciones cuentan con buenas ventilación, baño o baños comunes (suficientes conforme al número de camas) privacidad, accesibilidad, espacio para familiares y / o visitas.	0
1.2.1.6	La cantidad de salas de cirugía es suficiente para efectuar las cirugías programadas sin diferimientos por esta causa	0.625
1.2.1.7.	La distribución especial y del mobiliario del área quirúrgica permite la limpieza / desinfección fácil y rápida.	0.625
1.2.1.8.	Existencia de área independiente para pacientes que requieren aislamiento, con ventilación manejada por presiones y área de descontaminación	0
1.2.2.(a)	Contar con mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones físicas, en todo el hospital.	0 a 3
1.2.2.1.	Hay programas escritos de mantenimiento preventivo	1
1.2.2.2.	Se cumplen los programas de mantenimiento preventivo	0
1.2.2.3	Se cumple el mantenimiento correctivo e instalaciones, a partir de los lineamientos establecidos por el hospital (en tiempo)	0
1.2.2.4.	El personal encargado del mantenimiento cuenta con capacitación específica	0
1.2.3 (b)	Contar con planta de emergencia para el suministro de energía eléctrica, por lo menos en las áreas críticas; quirófano, terapia intensiva, toco cirugía, urgencias, neonatal, imaginología y laboratorio	0 a 5
1.2.3.1.	La planta eléctrica de emergencia cubre todas las áreas señaladas y elevadores y se encuentra en óptimas condiciones de funcionamiento.	0
1.2.3.2.	La planta cubre 5 de las áreas señaladas, excepto imaginología y laboratorio, y se encuentra en óptimas condiciones de funcionamiento.	0
1.2.3.3	La planta no cubre alguna de las siguientes áreas : quirófano, terapia intensiva, toco cirugía, neonatología y urgencias.	0
	3. EQUIPAMIENTO	20
1.3.1 (b)	Contar con la cantidad y el tipo de equipamiento médico y de apoyo adecuado para brindad los servicios en las especialidades médicas que ofrece el hospital.	0 a 5
1.3.1.1.	El hospital cuenta con especificaciones de equipo indispensable, necesario y convenientes mínimo para cada una de las especialidades que ofrece	1.25
1.3.1.2.	Se cumple con las especificaciones de equipo definido como indispensable	1.25
1.3.1.3.	Se cumple con las especificaciones de equipo definido como necesario	1.25
1.3.1.4.	Se cumple con las especificaciones de equipo definido como conveniente	0
1.3.2.(b)	Contar con la cantidad y la calidad tecnológica adecuada de equipo de cómputo y sistemas informáticos para apoyar los servicios de la especialidad o (es) que ofrece el hospital.	0 a 5

1.3.2.1.	Los sistemas de recolección, almacenamiento y recuperación de información se ha diseñado de tal forma que permite el uso fácil y oportuno de la información sin comprometer su seguridad y confidencial.	0.833
1.3.2.2		0.833
1.3.2.3.		0.833
1.3.2.4		0.833
1.3.2.5.		0.833
1.3.2.6.		0.833
1.3.3.(b)	Contar con mantenimiento preventivo, correctivo del equipo en todo el Hospital, que garantice su óptimo funcionamiento	0 a 5
1.3.3.1.	Existe un servicio de ingeniería biomédica (propio o subrogado) responsable del mantenimiento del equipo médico	0
1.3.3.2.	Se usa el CIE 10 para la clasificación de enfermedades.	0
1.3.3.3.	Se recolecta y utiliza la información clínica y epidemiológica	1.25
1.3.3.4.	Se recolecta y utiliza la información administrativa	0
1.3.4.(b)	El formato y los métodos para difundir datos e información están estandarizados.	0 a 5
1.3.4.1.	Existen mecanismos de protección de la información contra pérdida, destrucción, manipulación, alteración, acceso o uso no autorizado, o bien empleo indebido del equipo cuando el manejo es computarizado.	1.25
1.3.4.2.	Se cumple con las especificaciones de equipo definido como indispensable.	1.25
1.3.4.3.	Se cumple con las especificaciones de equipo definido como necesario.	1.25
1.3.4.4.	Se cumple con las especificaciones de equipo definido como conveniente	0
	4. INSUMOS	11
1.4.1(a)	Almacenar, manejar y controlar, de acuerdo con su tipo, todos los insumos médicos y no médicos	0 a 3
1.4.1.1	Se cumple con las especificaciones de almacenamiento de los insumos médicos señalados por el fabricante y la regulación oficial	0.428
1.4.1.2.	Se cumple con las especificaciones de los insumos no médicos señalados por el fabricante	0.428
1.4.1.3.	Cuando los servicios de laboratorio clínico, imagenología y anatomopatología son subrogados, el hospital debe asegurar (mostrar documentos comprobatorios) cumple con las que el servicio contratado especificaciones de almacenamiento de los insumos	0.428
1.4.1.4.	Existe procesos y procedimientos de manejo de inventarios que garantizan el suministro de todos los insumos (médico y no médico) de forma programada.	0.428
1.4.1.5	Existe fuentes alternas de abastos para casos de emergencia (listadas, con nombre y teléfono) para todo tipo de insumos para casos de emergencia	0.428
1.4.1.6	La cantidad de los insumos almacenados es suficiente y no excede a las necesidades definidas por el hospital para un determinado periodo.	0
1.4.1.7.	Existe procedimientos (documentos) para la eliminación de insumos inútiles.	0.428
1.4.2.(a)	Contar con una farmacia y un banco de sangre o un servicio de transfusión autorizados, con los insumos y recursos suficientes para atender las necesidades de hospitalización.	0 a 3
1.4.2.1.	El hospital ha definido un inventario mínimo para la farmacia	0.6
1.4.2.2	El hospital ha definido un inventario mínimo para el banco de sangre o servicio de transfusión	0.6
1.4.2.3.	La farmacia cumple con el inventario mínimo establecido	0
1.4.2.4.	El banco de sangre o servicio de transfusión cumple con el inventario mínimo establecido	0.6
1.4.2.5.	El hospital se asegura de que el servicio de transfusión y/o banco de sangre (propio subrogado) cumpla con la normatividad oficial vigente para el manejo de sangre y hemoderivados.	0.6

1.4.3.(b)	Manejar controlar los medicamentos que sean o contengan estupefacientes o psicotrópicos, de acuerdo con las disposiciones legales y administrativas aplicable	0 a 5
1.4.2.1	Existe una responsable del resguardo de los medicamentos controlados para cada área de hospitalización (o pisos) donde se utilizan	1.666
1.4.2.2.	Los responsables del manejo y resguardo de los medicamentos controlados conocen los lineamientos normativos de la Secretaría de Salud	1.666
1.4.2.3.	Existe un responsable que vigila que la administración de los medicamentos controlados a los pacientes siga las indicaciones señaladas por el médico tratante en el expediente clínico por el médico tratante	1.666
II. FUNCIONES DE ATENCIÓN AL PACIENTE		75
1.- DERECHOS DEL PACIENTE		15
11.1.1(b)	Promover que los médicos den información completa , al ingresar los pacientes, sobre su padecimientos y de todo procedimiento diagnóstico o terapéutico que entrañe un alto riesgo, En todos los casos se debe solicitar el consentimiento del paciente o de sus familiares para el tratamiento.	0 a 5
11.1.1.1.	Existe 100% de los formatos de consentimiento informado firmados para todo procesos que lo requiera	1
11.1.1.2.	Fecha	1
11.1.1.3.	Datos generales completos del paciente	1
11.1.1.4.	Procedimientos de diagnóstico, quirúrgico, y hospitalario que se le realizarán	1
11.1.1.5	Firma del paciente (o responsable) y al menos un testigo	1
11.2.1.(b)	Otorga un trato digno y respetar la confidencialidad y seguridad del paciente durante su estancia en el hospital según su padecimiento.	0 a 5
11.1.2.1	Todo interrogatorio al paciente se realiza únicamente entre médicos y pacientes, salvo que el paciente autorice la presencia de personal de apoyo (enfermería o técnico)	1
11.1.2.2.	Toda exploración al paciente se realiza bajo normas de respeto (explicación y aclaración de dudas) y cuidado descubrir sólo la zona a explorar. Cuando sea necesario – paciente femenino – se solicita al paciente su autorización para la presencia de personal de apoyo (enfermería o técnico)	1
11.1.2.3.	Toda información relacionada con la atención del paciente no es discutida con, ni divulgada a personal involucrado en su atención o familiares, salvo autorización expresa del paciente	1
11.1.2.4.	El hospital toma medidas para garantizar la integridad física del paciente y de sus acompañantes, así como de sus efectos personales	1
11.1.2.5.	El hospital tiene procedimientos definidos para garantizar el respeto a los pacientes con enfermedades mentales.	0
11.1.3(b)	Promover que los médicos brinden al paciente, a su egreso, información completa sobre su tratamiento y cuidado en el hogar, así como las citas posteriores, según el caso.	0 a 5
11.1.3.1	Al egreso del paciente, el médico tratante o el personal de enfermería autorizado, dan la información necesaria, pertinente y suficiente (preferentemente por escrito) para:	2.5
	Los cuidados posteriores en el hogar	0.5
	La continuación de tratamientos nutricionales del médico y la dieta específica.	0.5
	Los indicaciones nutricionales del médico y la dieta específica	0.5
	Los exámenes o estudios de seguimiento	0.5
	Fecha próxima cita	0.5
11.1.3.2.	En el caso de pacientes terminales o con requerimiento especiales, el personal se asegura de la completa comprensión de los familiares acerca de la atención disponible.	2.5

	2. VALORACIÓN DEL PACIENTE	10
11.2.1(b)	Garantizar el servicio de unidades de apoyo diagnóstico, propios o sufragados , durante todo el proceso de atención, incluido radiología e imagen laboratorio clínico , banco de sangre y laboratorio de patología , las 24 horas del día todos los días del año	0 a 5
11.2.1.1	El responsable del servicio (propio o subrogado) es un médico certificado en la especialidad correspondiente (radiólogo anatomopatólogo, hematólogo, patólogo, clínico y químico fármaco biológico o químico clínico)	1.25
11.2.1.2	Cada turno tiene al menos un técnico especializado (radiólogo, laboratorista, coto tecnólogo etc.) y uno o varios ayudantes capacitado para realizar estudios acordes con el equipo con que cuenta el servicio	0
11.2.1.3	Existe un rol de guardias normales y especiales para el personal profesional y técnico de cada uno de estos servicios	1.25
11.2.1.4.	Existe procedimientos para la solicitud y recepción de resultados de servicio externos al hospital (propios o subrogados)	1.25
11.2.2.(b)	Contar con controles internos de calidad en las áreas de apoyo diagnóstico	0 a 5
11.2.2.1.	Existe en un lugar visible al público las licencias sanitarias requeridas para cada servicio de diagnóstico	0.833
11.2.2.2	Cada área de apoyo diagnóstico tiene mecanismos internos de control de calidad	0
11.2.2.3	Hay seguimientos a los procesos para verificar el cumplimiento de la Norma Oficiales Mexicanas vigentes en las actividades realizadas por cada servicio	0
11.2.2.4.	Hay política y procedimientos para la calidad de los servicios de apoyo diagnóstico subrogados	0.833
11.2.2.6.	Cuando existe subrogación de servicios de diagnóstico, la elección de proveedor externo está basada en criterios de calidad y respuesta oportuna.	0
		0.833
	3 . EXPEDIENTE CLÍNICO	10
11.3.1.	Abrir un expediente clínico, por todo y cada uno de los pacientes , conforme a la normatividad aplicable al expediente clínico	0 a 5
11.3.1.1.	Existencia de un expediente por paciente hospitalizado	0.5
11.3.1.2	Existencia de una historia clínica que reúne los requisitos señalados en al NOM correspondiente en todos los expediente, por área, por piso u especialidad según sea el caso	0
11.3.1.3	Se consigna en el expediente un diagnóstico de ingreso y una proposición de tratamiento	0.5
11.3.1.4.	Existencia de notas de evolución (legibles y sin abreviaturas) tanto el médico tratante, como de los residentes o médicos de guardias y de enfermería	0.5
11.3.1.5.	Existencia congruencia diagnóstico terapéutica en todas las intervenciones realizadas en el hospital	0.5
11.3.1.6.	Existencia de antecedentes documentados en caso de reinternamiento.	0.5
11.3.1.7.	Se encuentran anexos todos los resultados de estudios de laboratorios , imagen logía y anatomía patológica practicados (según el caso)	0.5
11.3.1.8.	Existen comentarios a los resultados de exámenes antes mencionados, en todos los expedientes donde se solicitaron	0
11.3.1.9	Existe congruencia entre los resultados de los estudios realizados y el manejo señalado en las notas de evolución en cada expediente	0.5
11.3.1.10	Existe diagnóstico de egreso por escrito en todos los expedientes de pacientes dados de alta en fecha anterior a la vista.	0.5
11.3.2.(b)	Conservar una copia del expediente clínico en los archivos del hospital un mínimo de cinco años	0 a 5

	4. URGENCIAS	5
11.4.1(b)	Realizar los procedimientos en las áreas de urgencias, con oportunidad y con la mayor seguridad para el paciente, en los que considere, incluso, la referencia de forma expedita y segura del paciente a otra institución, si el caso excede a la capacidad de respuesta del hospital	0 a 5
11.4.1.1.	Hay definición por escrito de los procedimientos que pueden ser realizados en el área de urgencias	0
11.4.1.2.	Existe un manual de procedimiento del área. Este debe estar localizable y accesible para todo el personal del área	0.833
11.4.1.3.	El personal de urgencias conoce la localización y contenido de este manual	0.833
11.4.1.4	Existen características deseables en el área como accesibilidad, señalamientos, información, cercanía con las áreas de apoyo diagnóstico	0.833
11.4.1.5.	Suficiencia de equipo en relación con los procedimientos que se realizan conforme lo establecen los manuales de procedimientos	0
11.4.1.6.	Existe un listado actualizado de opciones para referir al paciente de acuerdo con las necesidades que presenten.	0.833
	5. HOSPITALIZACIÓN	15
11.5.1.(b)	Realizar los procedimientos, en las áreas de urgencias, con la mayor seguridad para el paciente	0 a 5
11.5.1.1.	El hospital ha definido claramente las áreas y servicios con que cuenta (por especialidades básicas) las camas asignadas a cada área y la cantidad y tipo de personal profesional y auxiliar requerido	0.555
11.5.1.2.	Existencia y presencia en el área de los manuales de procedimientos que indiquen las actividades permitidas para cada área y las cantidad y tipo de personal profesional y auxiliar requerido	0
11.5.1.3.	Los manuales de procedimientos han sido revisados y están actualizados (desde hace 2 años)	0
11.5.1.4.	El personal conoce y cumple los procedimientos señalados en los manuales	0.555
11.5.1.5.	El personal profesional cuenta con la especialización correspondiente para cada área	0.555
11.5.1.6.	En las cuatro especialidades básicas existe un jefe de servicio o responsable (médico especialista certificado) y una jefa de enfermería (especializada)	0.555
11.5.1.7.	El hospital asegura la coordinación entre los distintos profesionales, área especialidades, involucrados en la atención del paciente en hospitalización	0.555
11.5.1.8	Los procesos de enfermería están diseñados para proporcionar una atención con la mayor seguridad y oportunidad para el paciente	0.555
11.5.1.9.	Existencia de un reglamento para visitantes, este es conocido por el personal y se encuentra visible para todos los que acuden a las áreas del hospitalización	0.555
11.5.2(b)	Contar con servicios de cocina y alimentos suficientes para proveer las dietas de los pacientes y del personal del hospital	0 a 5
11.5.2.1.	Las áreas de almacenamientos preparación y distribución de alimentos son proporcionales al número de camas existentes en el hospital	0.714
11.5.2.2.	El personal de cocina está capacitado específicamente	0.714
11.5.2.3.	Existencia de controles sanitarios periódicos de las áreas de preparación y alimentos del personal de dichas áreas	0.714
11.5.2.4.	Existencia de un registro de incidencias en la dotación de dietas	0
11.5.2.5	Existe apoyo nutricional, interno o externo para la elaboración de menús de dietas especiales.	0
11.5.2.6.	Sólo el personal autorizado prescribe o modifica dietas	0.714
11.5.2.7.	En servicios de alimentación subrogados el hospital verifica el cumplimiento	0

	de los requisitos de calidad	
11.5.3.(b)	Contar por lo menos, con los siguientes comités; Auditoría Médica, Infecciosa, Investigación, Capacitación y Ética; Insumos y adicionalmente, los que sean pertinentes conforme al nivel de complejidad del hospital. Dichos comités deberán cumplir con la función de detectar y resolver problemas relacionados con la atención	0 a 5
11.5.3.1.	Cada comité debe estar constituido en acta y los miembros del personal que lo conforma deben contar con nombramientos	0.833
11.5.3.2.	Existen minutarios de las reuniones de cada comité constituido	0.833
11.5.3.3.	El comité cuenta con calendario de sesiones periódicas al menos una sesión cada dos meses	0.833
11.5.3.4.	Se hace seguimiento al cumplimiento de los acuerdos tomados por cada comité	0
11.5.3.5.	El comité de infecciones intra hospitalarias participa entre otros, personal de enfermería	0.833
11.5.3.6.	Se difunde y aplican las recomendaciones establecidas por los comités	0.833
	6. CIRUGÍA Y ANESTESIA	20
11.6.1(b)	Realizar los procedimientos quirúrgicos y de anestesia, con la mayor seguridad para el paciente.	0 a 5
11.6.1.1.	Existen manuales de procedimientos de sala de cirugía que incluyen al menos los siguientes procedimientos: verificación del consentimiento informado; manejo y control de infecciones durante la cirugía; técnica de asepsia, limpieza de rutina y terminal; manejo y desecho de objetos; punzo cortantes; manejo y desecho de tejidos potencialmente contaminantes; traslado y ubicación de paciente.	0.714
11.6.1.2.	El personal del área conoce y aplica los procedimientos tal como están descritos en los manuales	0.714
11.6.1.3.	Los manuales de procedimientos se encuentran accesibles para el personal, dentro del área respectiva	0.714
11.6.1.4.	El hospital ha definido las características de la (s) sala (s) de cirugía el instrumental y equipo adecuado según el tipo de procedimientos que se realizan en ella.	0.714
116.1.5.	Se cumplen las especificaciones de instrumental equipo señaladas por el propio hospital en cada sala de cirugía para los procedimientos que se efectúen	0.714
11.6.1.6.	El servicio de cirugía mantiene un relación estrecha y una comunicación efectiva con los servicios de apoyo propios y subrogados (imagenología, anatomía, patología y banco de sangre)	0.714
11.6.1.7.	Existe la definición de procedimientos y/o proveedores alternativos para los casos donde no se logre respuesta alguna de los servicios de apoyo regulares, indicado nombres y teléfonos	0.714
11.6.2.(b)	Observar en los procesos anestésicos la normatividad aplicable para la práctica de la anestesiología	0 a 5
11.6.2.1.	Se realiza una valoración preanestesia para todo paciente excepto los casos de urgencias	0
11.6.2.2	El anestesiólogo elabora un registro anestésico que se incluye en el expediente clínico del paciente	1.25
11.6.2.3.	Existe un manual de procedimientos para prevenir, manejar y resolver incidentes y accidentes de anestesia que se encuentran accesibles para todo el personal del área	1.25
11.6.2.4.	El procedimiento de inicio y finalización y aplicación de anestesia se realiza en presencia de un integrante de enfermería del área quirúrgica	1.25
11.6.3(b)	Contar con un área de recuperación post-anestésica que tenga el equipo y el personal idóneos para monitorear el estado del paciente.	0a 5
11.6.3.1.	El hospital ha definido las características del equipo y personal necesario	0

	para el área de recuperación post-anestésica	
11.6.3.2.	Se cumplen las especificaciones establecidas por el propio hospital en el área de recuperación post-anestésica	0
11.6.3.3.	El alta del paciente del área de recuperación post anestésica la realiza un médico anestesiólogo clasificado y autorizado por el hospital	1.666
11.6.4.(b)	Contar cuando se trate de hospital de más de setenta camas, con un área de terapia intensiva que tenga el equipo idóneo, especialidades que ofrece el hospital	0 a 5
11.6.4.1.	Disponibilidad (en guardia real o imaginaria) de un médico internista certificado con experiencia en cuidados críticos	0.714
11.6.4.2.	Disponibilidad de una enfermera intensivista	0.714
11.6.4.3.	Existe en el área manuales de procedimientos que incluye por lo menos relación del área con otros departamentos del hospital; especificaciones acerca de quién, cuándo, por qué y cómo realizará procedimientos especiales dentro del área; referencia admisión y alta del área	0.714
11.6.4.4.	El personal del área conoce y cumple con lo descrito en los manuales de procedimientos.	0.714
11.6.4.5	Se cuenta con información actualizada y procedimientos para solicitar traslado de pacientes o procedimientos alternativos a otras unidades médicos, hospitalarias, incluyendo nombres y teléfonos de los responsables de dichas unidades	0.714
11.6.4.6	Se cuenta con un listado actualizado de servicios de ambulancia terrestre y aérea calificados; disponible con nombres, números telefónicos y responsables para solicitar el servicio.	0.714
11.6.4.7	Existe un reglamento para visitantes de pacientes en terapia intensiva, éste es conocido por el personal y se encuentra visible para todos los que acuden a visita.	0.714
	111. FUNCIONES DE APOYO A LA ATENCIÓN	28
	1. GOBIERNO	10
111.1.1.(b)	Contar con un director o consejo directivo como órgano de mayor jerarquía, con representación de las áreas clave que funcionen de forma efectiva y ágil en la toma de decisiones estratégicas del hospital	0 a 5
111.111.	El diseño de la organización está definido por escrito y aprobado por las instancias correspondientes	0.833
111.1.1.2.	Los objetivos de los departamentos o áreas se encuentran definidos por escrito	0.833
111.1.2.3.	Se encuentran definidos misión, visión y valores del hospital	0.833
111.1.2.4.	La dirección clínica del hospital es responsabilidad de un profesional calificado que cuenta con experiencia y capacitación administrativa	0
111.1.2.5	La dirección administrativa del hospital es responsabilidad de un profesional calificado que cuenta con experiencia y capacitación en administración de hospitales	0
111.1.2.6.	Se incluye a la titular de enfermería en el Cuerpo de Gobierno o Consejo Directivo	0.833
111.1.2.(b)	Tener una enfermera titulada como jefe de Enfermería	0 a 5
111.1.2.1.	La enfermera de más alto rango del hospital, es una enfermera titulada (licenciada en enfermería o enfermera general)	2.5
111.1.2.2.	Cuenta además con especialidad en administración y/u otra especialidad	2.5
	2. PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO	10
111.2.1.(B)	Contar con manuales de procedimientos y reglamentos que orienten las actividades clínicas y de atención a pacientes, por parte del personal médico de enfermería y para-médico	0 a 5
111.2.1.1.	Existen políticas, normas, reglamentos y estatutos que guían las	1

	actividades de atención clínica del hospital	
111.2.1.2.	Las normas y reglamentos del personal médico y de todos los profesionales de la salud están aprobadas por el Cuerpo de Gobierno o Consejo Directivo	1
111.2.1.3.	Todo jefe de servicio debe estar certificado (y recertificado) por el Consejo de la especialidad correspondiente y demostrar su competencia a través del proceso de "revisión de credenciales"	1
111.2.1.4.	Todo médico que trata pacientes dentro del hospital ha sido autorizado formalmente después de un proceso de "revisión de credenciales"	1
111.2.1.5.	El manejo de las condiciones de hospitalización de los pacientes es responsabilidad de un directivo médico calificado	1
111.2.2(b)	Tener preferentemente en su personal médico a miembros del Consejo de la Especialidad, y enfermeras pertenecientes a asociaciones o sociedades de carácter nacional.	0 a 5
111.2.2.1.	El personal médico pertenece a una sociedad profesional u organismo colegiado debidamente constituido	2.5
111.2.2.2.	El personal profesional de enfermeras pertenece a una sociedad u organismo colegio debidamente constituido	2.5
	3 AMBIENTE HOSPITALARIO	0
111.3.1.(b)	Cumplir con los requisitos y procedimientos que establece la normatividad aplicable, para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológicos infecciosos que se generan en establecimientos que prestan atención médica.	0 a 5
	4. SEGURIDAD HOSPITALARIA	3
111.4.1.(a)	Contar con un comité de protección civil de seguridad e higiene que haya definido los procesos de respuesta ante siniestros e incendios en todos los servicios y departamentos del hospital, incluidas las rutas y acciones para la evacuación de pacientes y de personal	0 a 3
111.4.1.1	El comité existente sesiona periódicamente y sus acciones se encuentran documentadas	0.375
111.4.1.2.	Existe un representante del comité de protección civil en cada turno laboral.	0.375
111.4.1.3.	Existe un plan general para responder ante siniestros y desastres naturales	0.375
111.4.1.4	Los miembros del personal han recibido educación sobre temas relacionados con el ambiente seguro y poseen la habilidades y el conocimiento requerido para cumplir con sus responsabilidades siguiendo los lineamientos de plan general de respuesta ante siniestro	0
111.4.1.5.	Se encuentra documentado la realización de simulacros para responder ante siniestros, la frecuencia de los mismos es por lo menos anual.	0
111.4.1.6.	Existe equipo contra incendios suficiente y en buen estado en cada área del hospital	0
111.4.1.7	Se lleva a cabo una verificación anual del equipo contra incendios	0
111.4.1.8.	Hay señalización visible para el uso de elevadores , escaleras en las áreas de mayor circulación de personal o visitantes en situaciones de alerta	0.375
	IV. INDICADORES	5
	1 INDICADORES	5
LV1.1 (b)	Registro de manera confiable y oportuna, la siguiente información.	0 a 5
IV. 1.1.1.	Porcentaje general de ocupación hospitalaria	0.454
IV.1.1.2.	Número total de egresos en el último año.	0.454
IV.1.1.3.	Número de cirugías efectuadas en el último año	0.454
IV.1.1.4.	Porcentaje de cesáreas	0.454
IV.1.1.5.	Tasa brutal de infecciones intra hospitalarias	0.454
IV.1.1.6.	Promedio de estancia hospitalaria	0.454
IV.1.1.7.	Tasa bruta de mortalidad hospitalaria	0.454

IV. 1.1.8.	Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria	0.454
IV.1.1.9.	Porcentaje de reingresos hospitalarios	0
IV. 1.1.10	Porcentaje de pacientes reintervenidos quirúrgicamente	0
IV. 1.1.11	Porcentaje de congruencia entre diagnóstico clínico y el histopatológico.	0.454

DIAGNÒSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA PUEBLA

SATISFACCIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA

PREGUNTAS	A	B	C	E	F	RESULTADO
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	
	-4	-3	2	1	0	
1.- ¿Le agradan las diferentes instalaciones de la unidad que utiliza habitualmente?						
2.- ¿Cómo califica las condiciones de higiene y seguridad en su lugar de trabajo?						
3.- ¿Considera usted que el equipo y/o implemento de trabajo que utiliza son suficientes y funcionan adecuadamente?						
4.- ¿Considera usted que el mobiliario que utiliza es suficiente y funciona adecuadamente?						

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA PUEBLA

SATISFACCIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA

PREGUNTAS	A	B	C	E	F	RESULTADO
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	
	-4	-3	2	1	0	
5.- ¿Considera usted que los insumos (material de consumo y ropa) que utiliza en su área de trabajo son suficientes y oportunos habitantes?						
6.- ¿Considera usted que los insumos que utiliza en su área de trabajo cumplen habitualmente con las condiciones adecuadas de uso?						
7.- ¿Considera que los medicamentos de la farmacia de este hospital tiene el mismo efecto terapéutico que los comerciales?						

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA PUEBLA

SATISFACCIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA

PREGUNTAS	A	B	C	E	F	
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	RESULTADO
	-4	-3	2	1	0	
8.- Si usted utiliza instrumental quirúrgico ¿Considera que es suficiente y funciona adecuadamente?						
9.-¿Es de su agrado la alimentación que se sirve en el hospital?						
10.- Si usted proporciona consulta ¿Cómo considera el tiempo destinado habitualmente a cada una?						
11.- ¿Considera usted que los servicios de laboratorio y gabinete cumplen con su labor en forma eficiente?						

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA PUEBLA

SATISFACCIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA

PREGUNTAS	A	B	C	E	F	RESULTADO
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	
	-4	-3	2	1	0	
12.- ¿Considera Usted que los estudios que le solicita el personal médico está debidamente justificado?						
13.- ¿Está usted de acuerdo con la distribución de las cargas de trabajo en su área de labor?						
14.- ¿Deja de asistir a labores por el aumento de la carga de trabajo que ocasiona el ausentismo de sus compañeros?						
15.- ¿Las labores que realizan son las que usted esperaba efectuar, cuando lo contrataron?						

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA PUEBLA

SATISFACCIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA

PREGUNTAS	A	B	C	E	F	RESULTADO
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	
	-4	-3	2	1	0	
16.- ¿Le agrada las labores que desempeñan?						
17.- ¿Considera que su jefe lo motiva habitualmente para su trabajo?						
18.- ¿Le ha otorgado su jefe algún reconocimiento a desempeño (verbal o escrito) cuando se considera merecedor de uno?						
19.- ¿Considera usted que la comunicación con su equipo de trabajo es adecuada?						
20.- ¿Cree usted que los problemas con que se enfrenta su grupo de trabajo se manejan adecuadamente para mantenerse unidos?						

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA PUEBLA

SATISFACCIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA

PREGUNTAS	A	B	C	E	F	RESULTADO
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	
	-4	-3	2	1	0	
21.- ¿Ha tenido usted visita de supervisión?						
22.- ¿Considera usted que la asesoría proporcionada en las visitas de supervisión ha generado cambios favorables en su área de trabajo?						
23.- ¿Ha observado cambios favorables en la operación del hospital como resultado de la intervención del cuerpo de gobierno?						
24.- Si ha recibido capacitación ¿Considera usted que le ha permitido mejorar su desempeño laboral?						

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA PUEBLA

SATISFACCIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA

PREGUNTAS	A	B	C	E	F	
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	RESULTADO
	-4	-3	2	1	0	
25.- ¿Para usted, las posibilidades de superación son importantes en el trabajo que realiza?						
26.- ¿Para usted, que lugar ocupa el salario?						
27.- ¿Le han informado de la existencia de inconformidades por el servicio que usted proporciona?						

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL DE CHOLULA PUEBLA
SATISFACCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA PUEBLA

PREGUNTAS	A	B	C	E	F	RESULTADO
	TOTAL MENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	
	-4	-3	2	1	0	
ATENCION EXTERNA						
1.- ¿Le gusta y le parece cómodo este hospital?						
2.- ¿Le parece limpio?						
3.- ¿Le es fácil llegar a este hospital?						
4.- ¿Cuál es la razón más frecuente por la que ha dejado de asistir a este hospital?						
5.- ¿Qué le parece el aspecto y el aseo del personal de este hospital?						
6.- ¿Los letreros de este hospital le sirven para llegar fácilmente a donde usted necesita?						

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL DE CHOLULA PUEBLA
SATISFACCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA PUEBLA

PREGUNTAS	A	B	C	E	F	RESULTADO
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	
	-4	-3	2	1	0	
ATENCION EXTERNA						
7.- ¿En general cómo le parece que están los baños?						
8.- ¿En este hospital le han informado como presentar sus quejas por mala atención?						
9.- ¿El personal del módulo de orientación y quejas le ha resuelto las dudas y/o quejas que usted le ha presentado?						
10.- ¿Cómo le trata el médico?						
11.- ¿Y la enfermera?						
12.- ¿Y el personal de laboratorio y Rayos X?						
13.- ¿Y el personal de farmacia?						

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL DE CHOLULA PUEBLA
SATISFACCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA PUEBLA

PREGUNTAS	A	B	C	E	F	RESULTADO
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	
	-4	-3	2	1	0	
ATENCION EXTERNA						
14.- ¿Y el personal de trabajo social?						
15.- ¿Recibe usted el apoyo de Trabajo Social cuando lo necesita?						
16.- ¿Cómo le trata el personal de recepción, archivo y caja?						
17.- ¿Y el personal de vigilancia?						

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL DE CHOLULA PUEBLA
SATISFACCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA PUEBLA

PREGUNTAS	A	B	C	E	F	RESULTADO
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	
	-4	-3	2	1	0	
ATENCION INTERNA						
1.- ¿Le ha dicho su médico que falta su expediente o que está incompleto?						
2.- ¿Cree usted que su médico es acertado para atender su enfermedad?						
3.- ¿Qué le parece el tiempo que espera en la sala para pasar a consulta?						
4.- ¿Qué le parece el tiempo que pasó entre su consulta anterior y la cita de hoy?						
5.- ¿Qué le parece el tiempo que pasó desde que su médico le dijo que se internara hasta el día que se internó?						
6.- ¿Ha suspendido su atención por causa del hospital?						

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL DE CHOLULA PUEBLA
SATISFACCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA PUEBLA

PREGUNTAS	A	B	C	E	F	RESULTADO
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	
	-4	-3	2	1	0	
ATENCION INTERNA						
7.- ¿Qué le parece el tiempo que le dedica su médico al darle la consulta?						
8.- ¿Su médico le explica con claridad su enfermedad y tratamiento?						
9.- ¿L e gustaría escoger a un nuevo médico tratante?						
10.- ¿Durante el tiempo que estuvo internado, se suspendió su atención por culpa del hospital?						

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL DE CHOLULA PUEBLA
SATISFACCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA PUEBLA

PREGUNTAS	A	B	C	E	F	
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	RESULTADO
	-4	-3	2	1	0	
ATENCIÓN INTERNA						
11.- ¿Qué le parece la comida del hospital?						
12.- ¿Las sábanas y la ropa que usó en el hospital estaban limpias y en buen estado?						
13.- ¿El médico le explicó en forma clara a sus familiares cómo salió usted de su operación?						

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL DE CHOLULA PUEBLA
SATISFACCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA PUEBLA**

PREGUNTAS	A	B	C	E	F	
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	RESULTADO
	-4	-3	2	1	0	
TIEMPOS						
1.- ¿Ha tenido dificultades para hacerse sus estudios de laboratorio, rayos x, ultrasonidos, etc., por falta de información?						
2.- ¿Qué le parece el tiempo que espera en la sala para que le hagan sus estudios de laboratorio, rayos x, ultrasonido, etc.?						

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL HOSPITAL DE CHOLULA PUEBLA
SATISFACCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA PUEBLA

PREGUNTAS	A	B	C	E	F	RESULTADO
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	
	-4	-3	2	1	0	
TIEMPOS						
3.- ¿Qué le parece el tiempo que pasó entre el día en que pidió cita a laboratorio, rayos x, ultrasonidos, etc., y la fecha en que le hicieron los estudios?						
4.- ¿Ha tenido usted problemas porque los resultados de sus estudios de laboratorio, rayos x, ultrasonidos, etc., no están listos antes de su siguiente consulta?						