

UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA
DEL ESTADO DE PUEBLA



“INFORME DEL DIAGNOSTICO
SITUACIONAL DEL HOSPITAL GENERAL
DE HUAMANTLA, TLAXCALA DEL AÑO
2002”

PRESENTAN:

IRMA ALEJANDRA HERNÁNDEZ VICENTE

LIDIA VIRGINIA GOMEZ HORTA

JESÚS RODOLFO CALVO MÁRQUEZ



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

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

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

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

	Pág.
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
A. ANTECEDENTES	2
B. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	6
C. OBJETIVOS	7
II. MATERIAL Y MÉTODOS	8
III. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	31
V. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	41
VI. REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRÁFICAS	44
VII. ANEXOS	47

I. INTRODUCCIÓN

Por ser el diagnóstico situacional un proceso dinámico de investigación que considera los antecedentes retrospectivos y prospectivos en las diferentes actividades de un hospital mostramos el Diagnóstico Situacional del Hospital General de Huamantla, Tlaxcala en el 2001; con la finalidad de proporcionar un Modelo de Instrumento de Medición que facilite la obtención de la información de manera sencilla, práctica y objetiva, aplicativo para unidades de segundo nivel de atención de 30 camas. Por lo que se dividió en siete capítulos:

En el capítulo I, se abordan los antecedentes generales y específicos del Diagnóstico Situacional.

En el capítulo II, se hace mención de los materiales y métodos empleados en la realización de la presente investigación.

En el III, se dan a conocer los resultados de la investigación de manera gráfica.

En el apartado IV, se hace el análisis final de los resultados obtenidos en relación con los tres enfoques de evaluación.

El capítulo V, hace referencia a las conclusiones y propuestas emitidas por los investigadores.

En el VI y VII, se reportan las referencias bibliohemerográficas y los anexos (modelo de instrumento de medición definitivo) respectivamente.

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES.

1. - ANTECEDENTES GENERALES

México inicia en 1983 una Reforma del Sector Salud que busca la consolidación del Sistema Nacional de Salud, mediante la descentralización gradual de recursos, facultades y responsabilidades hacia los estados.⁽¹⁾

Este marco de referencia da la pauta para fortalecer la capacidad técnico – administrativa de los sistemas estatales de salud para lograr mejores niveles de eficacia y eficiencia en la aplicación de los programas. El proceso requiere de metodologías y estrategias que permitan reforzar la capacidad de respuesta de los servicios estatales de salud. Una de estas es la planeación en salud que se constituye en un instrumento fundamental para la utilización óptima y eficiente de los recursos. En este sentido planear supone actuar, es decir, tiene que ver con un proceso de elaboración teórica y metodológica que ayuda a: tomar decisiones que sean racionales y que permitan controlar el futuro.⁽¹⁾

El diagnóstico situacional es un proceso dinámico de exploración e investigación que, permite analizar y correlacionar los factores que afectan el desarrollo de los procedimientos o sistemas de trabajo de un hospital. ⁽⁵⁾

El diagnóstico permite la **identificación de problemas y oportunidades**, y éstos serán precisamente el objeto de la **planeación** de un programa. *El producto del diagnóstico es la determinación de la prioridad de problemas u oportunidades para la asignación y utilización eficiente de los recursos disponibles.*

El diagnóstico situacional comprende seis fases:

1. Definición del sujeto del diagnóstico.
2. Recolección de la información necesaria para describir la situación.
3. Explicación de las causas y efectos que están determinando o condicionando la situación.
4. Pronóstico de la situación.
5. Evaluación de la situación.
6. Dar prioridad a problemas u oportunidades de acuerdo con variables políticas.

*Esta última fase no será trabajada por el equipo de investigación dadas las características de la misma, no está a nuestro alcance ni competencia.

La elaboración de un diagnóstico situacional en una unidad, servicio o departamento se considera una herramienta administrativa que permite al directivo planear y programar sus actividades con relación a los sucesos encontrados. La **evaluación** de los servicios, que se realiza en el presente trabajo, es a través de estructura, proceso y resultados. (7)

Estructura hace mención a todos los atributos materiales y organizacionales, relativamente estables de los sitios en los que se proporciona la atención. Proceso incluye todo lo que los médicos y otros proveedores de atención hacen por los pacientes, así como la habilidad con lo que lo llevan a cabo. Resultados hacen referencia a lo que se obtiene para el paciente, también incluyen otras consecuencias de la atención, como: conocimiento sobre la enfermedad, cambios en la conducta que conduce a la salud y la satisfacción del paciente. (7)

Si los resultados son aceptables, es posible inferir con un alto grado de probabilidad que el proceso que los antecedió fue bueno sustentado en una estructura adecuada.(7)

Para la realización del presente Protocolo se tomó en cuenta el Modelo de Investigación Operativa de Servicios de Salud (MIOS); debido a que es un proceso que permite identificar problemas relacionados con los programas y servicios de salud y plantear soluciones a los mismos.

Se constituye en una herramienta primordial para apoyar las actividades de planeación, coordinación, capacitación y evaluación. Su proceso está diseñado para incrementar la eficiencia, eficacia y calidad de la prestación de los servicios. La Organización Mundial de la Salud define la Investigación Operativa de Servicios de Salud y Sistemas de Salud como la investigación y evaluación sistemática de aspectos específicamente referidos al desarrollo y funcionamiento de los servicios de salud y su relación con los factores que afectan a la salud, a efecto de dar la fundamentación racional para la creación de políticas de planeación e implantación de nuevos programas de atención a la salud.⁽⁸⁾

Sus principales aplicaciones son:

1. Evaluación y valoración de los supuestos en que se sustentan las políticas, los programas y las prácticas de salud existentes en un momento dado.
2. Desarrollo de nuevas alternativas para las políticas y prácticas de salud.
3. Desarrollo de medios e instrumentos metodológicos para evaluar el funcionamiento del sistema de prestación de servicios de salud. ⁽⁸⁾

El objetivo general del MIOS es:

Proporcionar lineamientos técnicos que favorezcan la sistematización de la investigación de servicios de salud para ser aplicado en el nivel operativo y apoyar la selección de áreas de investigación por los niveles estatal y jurisdiccional ⁽⁸⁾

Se caracteriza por ser:

Normativo, Dinámico, Funcional, Factible, Viable y Flexible.

El personal que desarrolle investigaciones según sus conocimientos y necesidades podrá utilizar los métodos complementarios necesarios, sin embargo, deberán cumplir los requisitos que marca el MIOS: que no alteren artificialmente el fenómeno o proceso en estudio, que sean preferentemente comparativos, que traten de mejorar el otorgamiento de los servicios y que proporcionen bases para la planeación y formulación de políticas y estrategias de salud. ⁽⁸⁾

2. - ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

En la actualidad no existe un documento titulado Diagnóstico Situacional para hospitales de 30 camas, no obstante existe la normativa emitida por la SSA, que permite obtener información sobre los requisitos y características que debe reunir una unidad de segundo nivel de atención: Manual de contenido múltiple, NOM – 197 – SSA1 – 2000 y el Manual de Investigación Operativa de los Servicios de Salud. Así como también existen antecedentes de Diagnósticos situacionales elaborados en diferentes unidades del Sector Salud con diferentes enfoques, los que indudablemente aportan estrategias que han dado como resultado la Planeación, Organización y Ejecución de acciones dirigidas a mejorar el estado de salud de los usuarios y las condiciones laborales.

El hospital General Huamantla de acuerdo a su funcionalidad se encuentra clasificado: de 30 camas censables, por su localización geográfica es urbano, por el promedio día estancia es agudo ya que se dedica a la resolución de enfermedades en plazos breves independientemente de la naturaleza aguda o crónica del proceso patológico, por su dependencia es oficial, por el servicio que da es general, por su construcción horizontal y por su zona de influencia concentrado, el cual al igual que todas las organizaciones requiere de la administración. (13)

En la actualidad la administración tiene la tarea de interpretar los objetivos propuestos por la organización y transformarlos en acciones a través de la planeación, organización, dirección y control de todos los esfuerzos realizados en las diferentes áreas y niveles con el fin de alcanzar las metas deseadas lo cual sólo se puede lograr elaborando previamente un diagnóstico situacional de la unidad en estudio. (15)

B. DEFINICION DEL PROBLEMA

El Protocolo para el Diagnóstico Situacional del Hospital General de Huamantla, Tlax. , dará una visión estructural hacia sus empleados y a los pacientes; al tiempo que ofrecerá un medio que hará mas dinámica y productiva la evaluación.

¿ Existe un documento que describa las características de ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO en el Hospital General de Huamantla de Tlaxcala en el año 2001?

HIPÓTESIS. Por el tipo de proyecto no se desarrolla.

JUSTIFICACION. Toda institución hospitalaria dada su misión esencial a favor del ser humano, debe preocuparse por un mejoramiento permanente en tal forma que logre una integración armónica de las áreas médicas, tecnológicas, administrativas y asistenciales. A diferencia de otras empresas en un hospital o institución de salud la materia prima que ingresa es el hombre enfermo y lo que la institución debe entregar es salud, el hospital general de Huamantla no es la excepción. Atiende aproximadamente a un 90 % de su población demandante. Así también el impacto que causa en la salud de la población es considerable ya que el 90.2 % de sus pacientes egresa por mejoría, y aproximadamente el 80 % de la población abierta es de bajos recursos económicos y con necesidad de atención a la salud. (16)

Basado en una investigación previa, inferimos que será una estrategia de mejoramiento para el servicio integral que otorga el Hospital y seguros de que nuestro trabajo se puede ejecutar hasta su aplicación y valoración; lo planeamos y lo desarrollamos.

Es un requisito para obtener el grado de Maestría en Administración de Hospitales de los alumnos de la tercera generación de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

C. OBJETIVOS

1. - OBJETIVO GENERAL:

Elaborar un diagnóstico situacional para describir las características de ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADOS del Hospital General de Huamantla, Tlaxcala en el año 2001; proponiendo a su vez un Modelo de instrumento de medición para el mismo.

2. - OBJETIVO PARTICULAR:

Describir las características de la **ESTRUCTURA** del Hospital General de Huamantla, Tlax. por medio de la estimación de:

a. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.) ORGANIZACIÓN

- a) ÁREA FÍSICA Y EQUIPAMIENTO.
- b) ESTRUCTURA ORGÁNICO – FUNCIONAL.
- c) PERSONAL.

2' OBJETIVO PARTICULAR

Describir las características del **PROCESO** del Hospital General de Huamantla, Tlax. por medio de la estimación de:

a. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.) PLANEACIÓN
- 2.) GESTIÓN ADMINISTRATIVA.
- 3.) SUPERVISIÓN
- 4.) EVALUACIÓN
- 5.) ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
- 6.) COMITÉS INTRAHOSPITALARIOS

2" OBJETIVO PARTICULAR

Describir las características de **RESULTADOS** del Hospital General de Huamantla, Tlax. por medio de la estimación de:

a. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.) PRODUCTIVIDAD
- 2.) COBERTURA
- 3.) IMPACTO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN

III. MATERIAL Y MÉTODOS

PLAN DE ANALISIS DE DATOS.

La información se obtuvo de manera indirecta a través de los registros estadísticos (programa operativo anual) del Hospital General de Huamantla; el instrumento de recolección de la información facilitó la medición de las variables que se estudiaron debido a que contuvo los elementos necesarios para una aplicación directa; el instrumento fue elaborado por los investigadores, de la misma forma éstos fueron responsables de recabar la información.

La validez de constructo fué evaluada por un panel de expertos que incluyó a los asesores del proyecto, la validez, la consistencia interna y la consistencia externa fueron evaluadas por medio de una prueba piloto, se llevó a cabo en una unidad hospitalaria de características similares a la unidad que fue objeto de la investigación, cuyo objetivo fue el de evaluar las características de consistencia y validez del instrumento de medición.

El procesamiento y presentación de la información fué realizada por los investigadores con apoyo de equipo computarizado, mediante cuadros descriptivos de resultados con base en el instrumento de recolección de información y se agruparon por variables multidimensionales para ser representadas en histogramas simples de frecuencia.

Se utilizó estadística descriptiva y considerando a las variables como cualitativas se calcularon las estimaciones, proporciones y porcentaje, error estándar del porcentaje (EPP); las estimaciones intervalares, porcentaje (+, -) del EPP, intervalos de confianza al 95 % (IC. 95%. Para asignar valores numéricos y obtener los índices correspondientes se trató a cada medición no paramétrica como variable cuasidimensional basada en la operacionalización del apartado correspondiente. (vide supra)

Dentro de los lineamientos que exigen los principios de Bioética, el presente estudio se considero sin riesgo.

El presente trabajo, es una investigación aplicada y tecnológica para elaborar un diagnóstico situacional, con el propósito de elaborar un “ Modelo de Instrumento de Medición”; con los componentes de **ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO** propuestos por el **MIOS**; lo cual se expresa en los siguientes esquemas:

**ESTRUCTURA:
1. ÁREA FÍSICA Y EQUIPAMIENTO**

HOSPITALIZACIÓN

LABORATORIO CLÍNICO

RADIOLOGÍA E IMAGEN

URGENCIAS

QUIRÓFANOS

SALAS DE EXPULSIÓN

CEYE

DIETÉTICA

ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

MANTENIMIENTO

LAVANDERIA

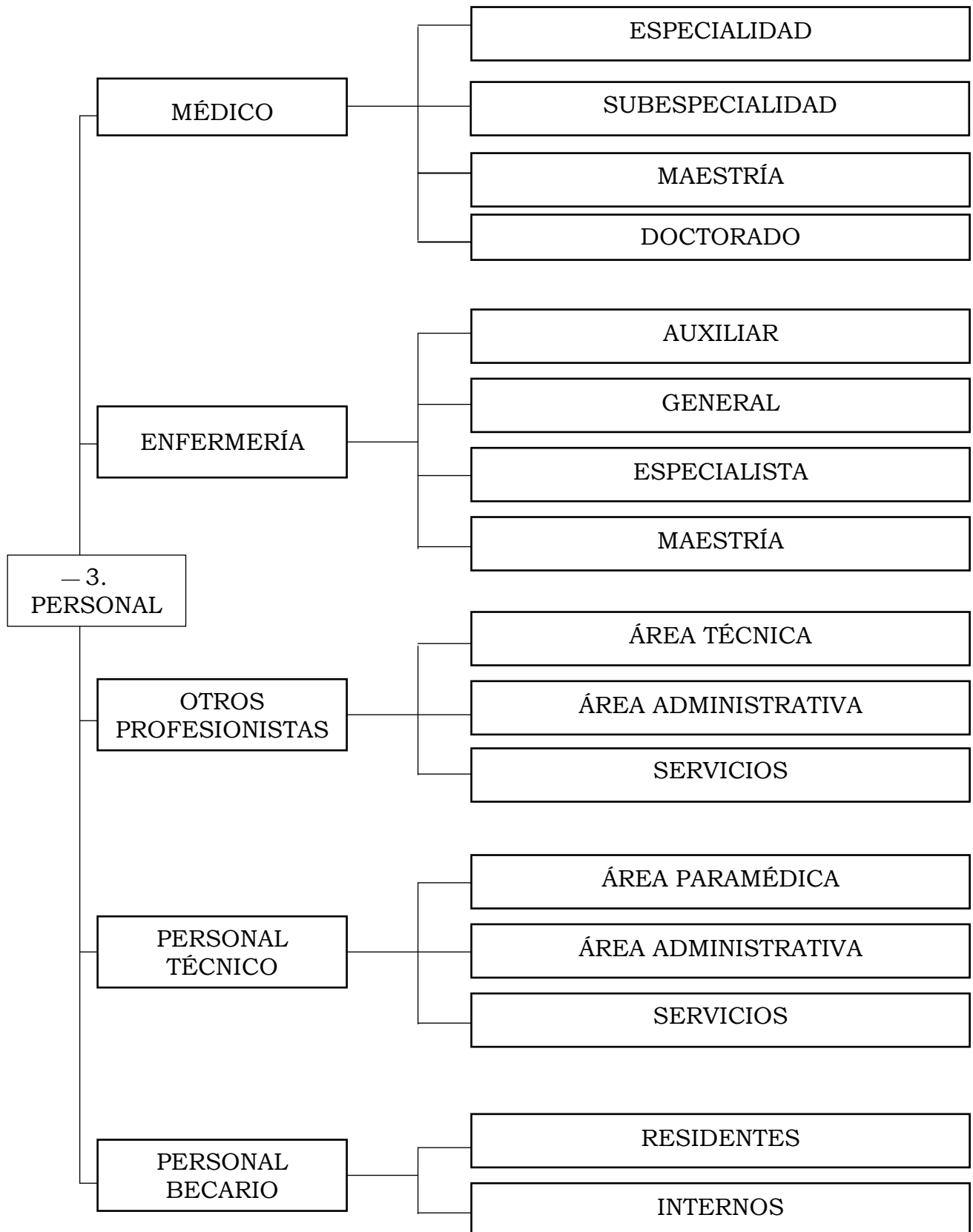
COCINA

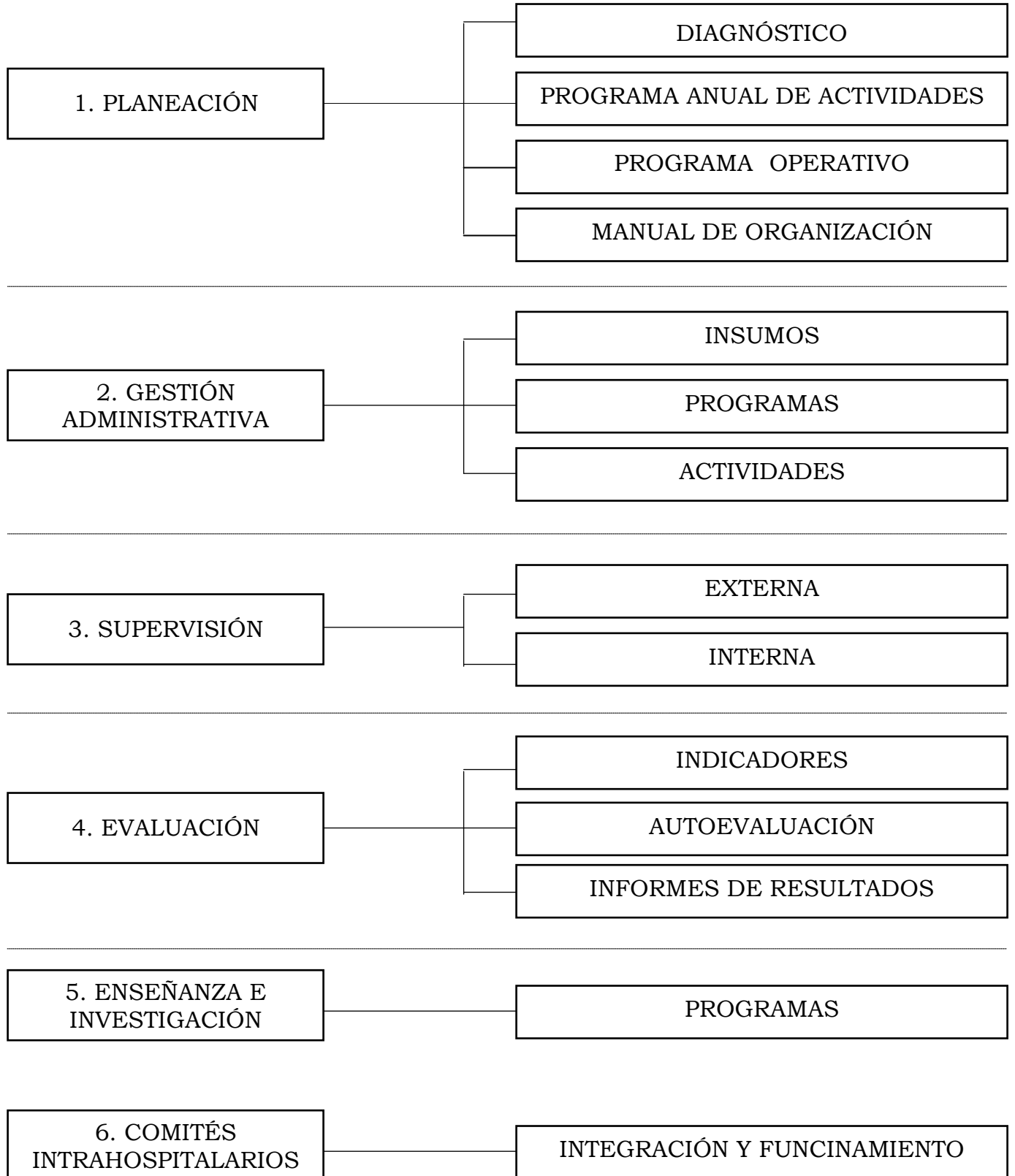
ALMACÉN

**ESTRUCTURA:
2. ORGÁNICO FUNCIONAL**

MANUAL DE ORGANIZACIÓN

ESTRUCTURA (ORGANIZACIÓN Y RECURSOS)



PROCESO

RESULTADOS

PRODUCTIVIDAD

ACTIVIDADES
FINALESACTIVIDADES
INTERMEDIAS

COBERTURA

POTENCIAL

REAL

NIVEL RESOLUTORIO

IMPACTO EN LA
SALUD DE LA
POBLACIÓN

EGRESOS

MEJORÍA

CURACIÓN

DEFUNCIÓN

REFERENCIA

ALTA VOLUNTARIA

III. RESULTADOS

Cuadro 1. CONCENTRACIÓN DE ESTRUCTURA

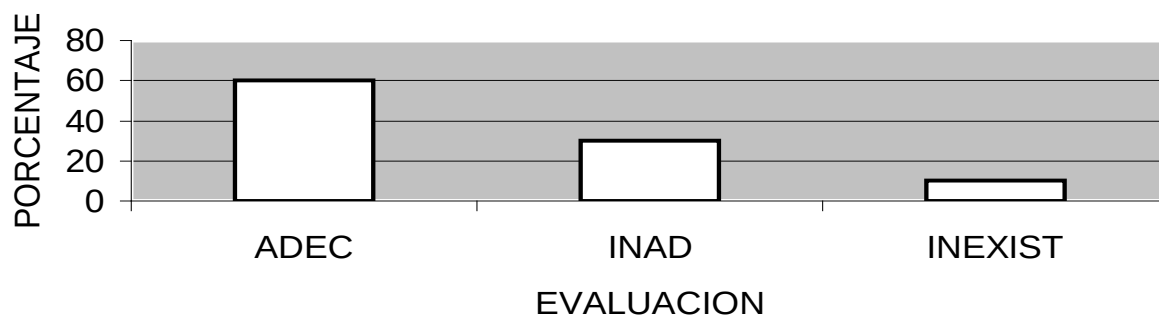
EVALUACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE		IC95%**
		%	EEp*	
ADECUADA	8	61.53	13.49	35.09%, 87.97%
INADECUADA	4	30.76	12.79	5.7%, 55.82%
INEXISTENTE	1	7.69	7.38	-6.77%, 22.15%

*: ERROR ESTÁNDAR DEL PORCENTAJE

**: INTERVALO DE CONFIANZA AL 95 %

Figura 1.

RESULTADO DE EVALUACION DE ESTRUCTURA FISICA Y EQUIPAMIENTO



FUENTE: ENCUESTA RELIZADA POR LOS TESISTAS.

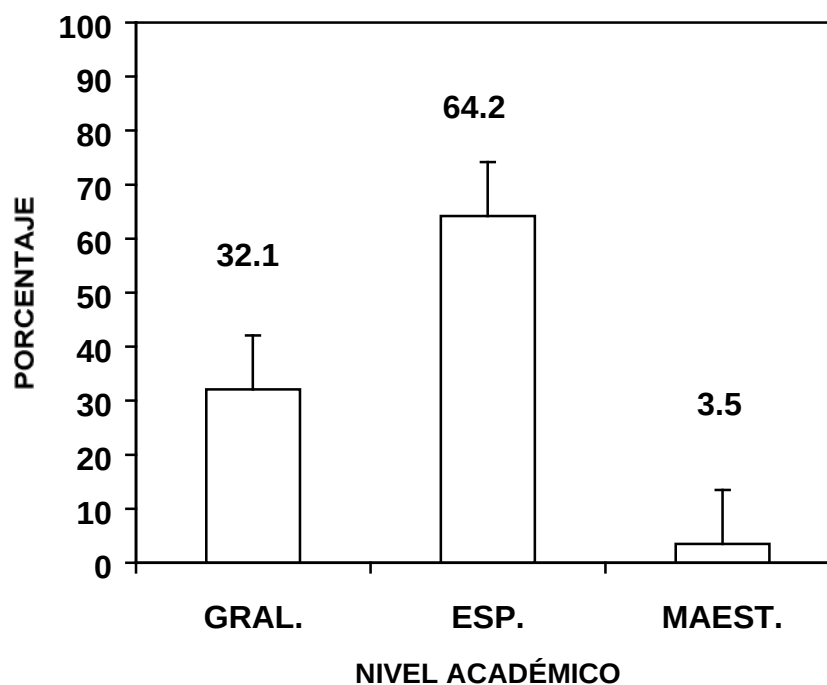
En relación a los resultados se considera adecuada en un 61.53 % e inadecuada en un 30.76 %, por lo tanto lo inexistente equivale al 7.69 %.

PERSONAL**Cuadro 2. ÁREA MÉDICA = MÉDICOS**

NIVEL ACADÉMICO	NÚMERO	%	EEp*	IC95%**
GENERALES	9	32.14	8.82	14.86%, 49.92%
ESPECIALIDAD	18	64.28	9.05	46.55%, 82.01%
MAESTRÍA	1	3.57	3.5	-3.29, 10.43
TOTAL	28			

*: ERROR ESTÁNDAR DEL PORCENTAJE

**: INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95%

Figura 2.**PERSONAL DEL ÁREA MÉDICA**

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LOS INVESTIGADORES.

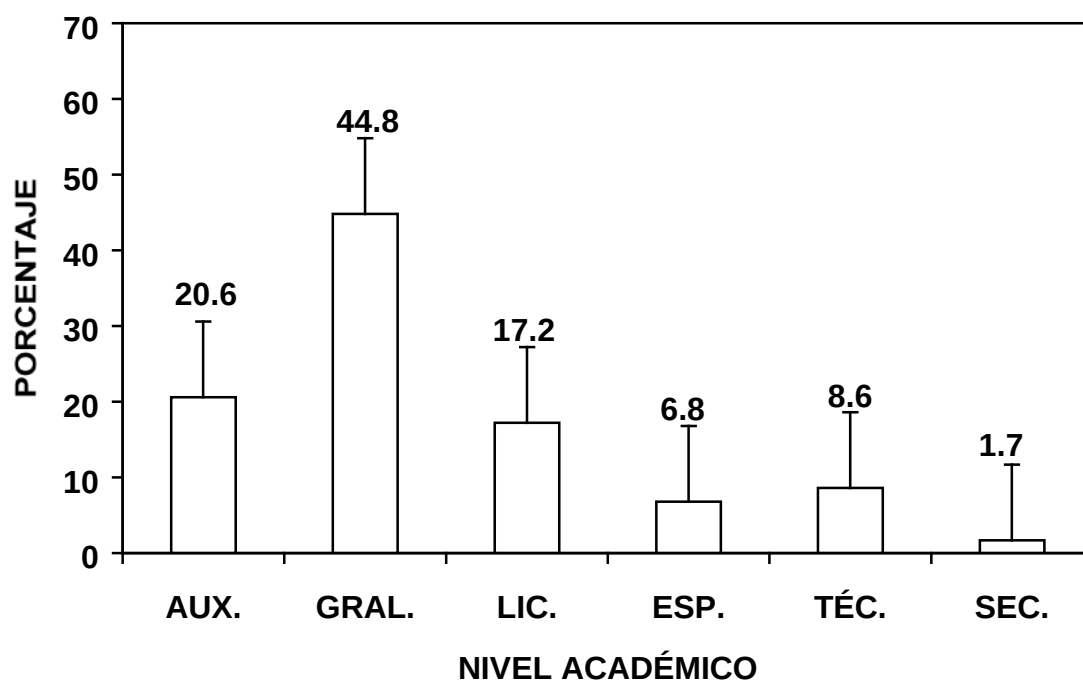
El 64.2 % del personal del área médica corresponde a los especialistas, el 32.1 % a los médicos generales y sólo un 3.5 % tiene maestría.

Cuadro 3. AREA PARAMEDICA – ENFERMERIA.

NIVEL ACADÉMICO	NÚMERO	%	EEp*	IC95%**
AUXILIAR	12	20.68	5.31	10.28%, 31.08%
GENERAL	26	44.82	6.52	32.05%, 57.59%
LICENCIATURA	10	17.24	4.95	7.54%, 26.94%
ESPECIALIDAD	4	6.89	3.32	0.39%, 13.39%
TÉCNICO	5	8.62	3.68	1.41%, 15.83%
SECUNDARIA	1	1.72	1.7	-1.61%, 5.05%
TOTAL	58	---	---	---

*: ERROR ESTÁNDAR DEL PORCENTAJE

**: INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95%

Figura 3. PERSONAL DEL ÁREA PARAMÉDICA / ENFERMERÍA**FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LOS TESISISTAS**

En relación al área de enfermería el 44.8 % cuenta con nivelación académica de enfermera general, seguida por el de auxiliar con un 20.6 %, continuando con la nivelación de especialistas con un 6.8 % . En relación a la nivelación de licenciatura el rubro se conjuntó con el de otras áreas paramédicas por lo que equivale al 17.2 %, seguido por el nivel técnico en un 8.6 % y el 1.7 % que equivale al nivel de secundaria en cuanto a la preparación académica del personal.

PERSONAL

Cuadro 4. AREA NO MEDICA.

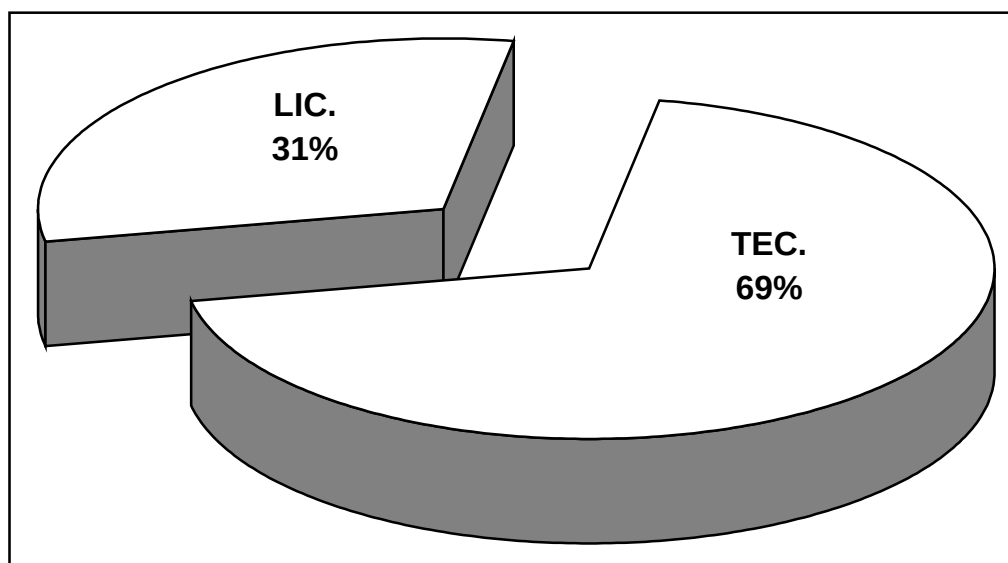
NIVEL ACADÉMICO	NÚMERO	%	EEp*	IC95%**
TÉCNICOS	9	69.23	12.8	44.23%, 94.23%
LICENCIATURA	4	30.76	12.8	5.76%, 55.76%
TOTAL	13	---	---	---

*: ERROR ESTÁNDAR DEL PORCENTAJE

**: INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95%

Figura 4.

PERSONAL DEL ÁREA NO MÉDICA



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LOS TESISISTAS

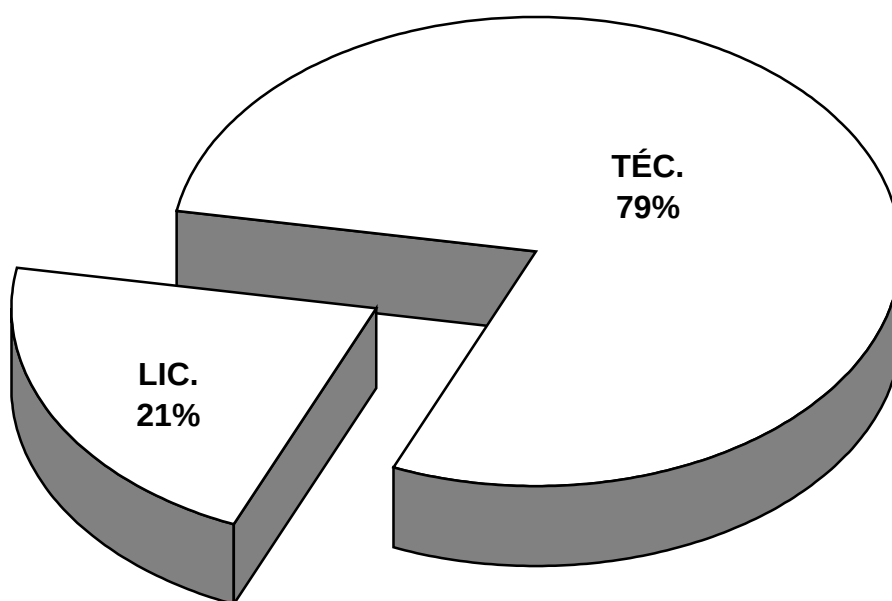
El mayor número de personal del área no médica cuenta sólo con nivelación académica de tipo técnico lo que equivale al 69 % y sólo el 31 % tiene estudios de nivel licenciatura en diferentes ramas.

Cuadro 5. AREA ADMINISTRATIVA

NIVEL ACADÉMICO	NÚMERO	%	EEp*	IC95%**
TÉCNICO	11	78.57	10.96	57.09%, 100%
LICENCIATURA	3	21.42	10.96	-0.06%, 42.9%
TOTAL	14	----	---	---

*: ERROR ESTÁNDAR DEL PORCENTAJE

**: INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95%

Figura 5. PERSONAL DEL ÁREA ADMINISTRATIVA**FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LOS TESISISTAS**

En el área administrativa el 21 % del personal tiene preparación académica de licenciatura y el 79 % del personal cuenta con preparación técnica.

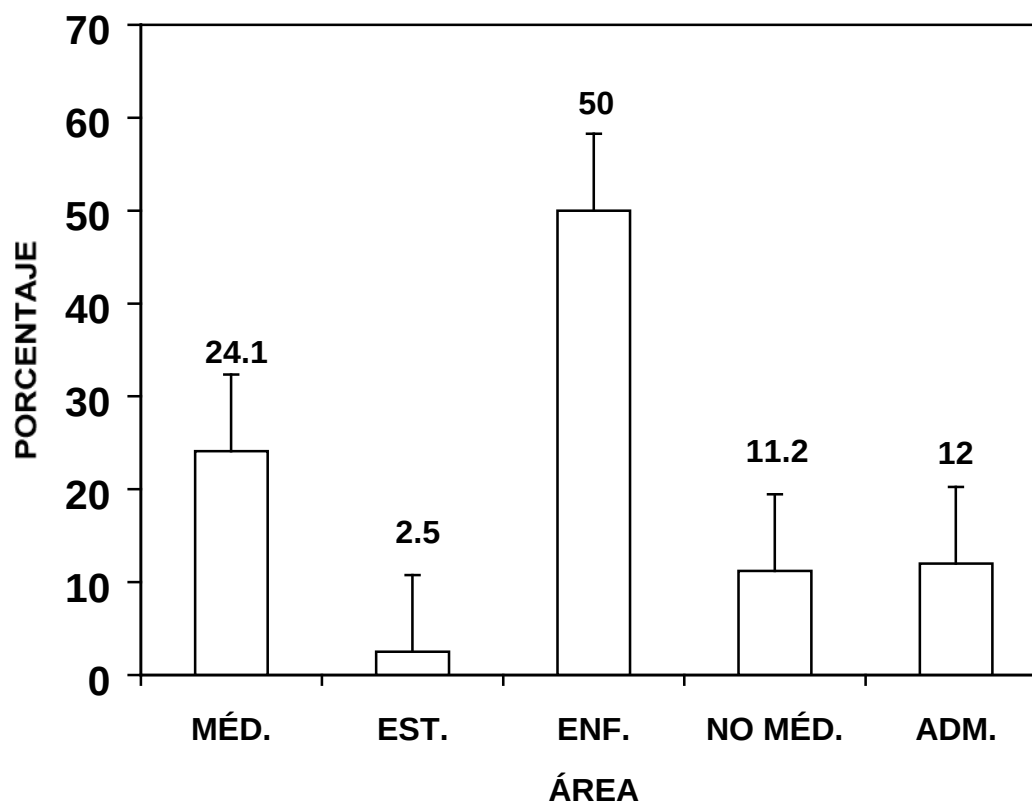
**Cuadro 6. PERSONAL
DESCRIPCIÓN GLOBAL**

NIVEL ACADÉMICO	NÚMERO	%	EEp*	IC95%**
ÁREA MÉDICA	28	24.13	3.97	20.16%, 31.91%
ESTOMATOLOGÍA	3	2.58	1.47	-.03%, 5.46%
ÁREA PARAMÉDICA	58	50	4.64	41%, 59%
ÁREA NO MÉDICA	13	11.2	2.92	5.5%, 16.9%
ADMINISTRATIVOS	14	12.06	3.02	6.15%, 17.97%
TOTAL	116	---	---	---

*: ERROR ESTÁNDAR DEL PORCENTAJE

**: INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95%

Figura 6. DESCRIPCIÓN GLOBAL



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LOS TESISTAS

El 50 % de personal que labora en el Hospital, corresponde al área de enfermería, seguido por el personal médico en un 24.1%; el 12% al área administrativa, el 11.2 % al área no médica y el 2.5 % al personal becario, esto no cumple con lo normado por la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud.

Cuadro 7. MANUAL DE ORGANIZACIÓN

INDICADOR	EVALUACIÓN	PONDERACIÓN
MANUAL DE ORGANIZACIÓN	ADECUADO	2

El manual de organización se calificó como adecuado, en base a lo mencionado en la operacionalización de variables.

PROCESO

Cuadro 8. PLANEACIÓN

INDICADOR	EVALUACIÓN	PONDERACIÓN
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	PRESENTE	2 PUNTOS
PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES	PRESENTE	2 PUNTOS
PROGRAMA OPERATIVO ANUAL	PRESENTE	2 PUNTOS
MANUAL DE ORGANIZACIÓN	PRESENTE	2 PUNTOS
TOTAL		8 PUNTOS

GESTIÓN ADMINISTRATIVA

Cuadro 9. INSUMOS

INDICADOR	EVALUACIÓN	PONDERACIÓN
MEDICAMENTOS, REACTIVOS Y MATERIAL DE CURACIÓN	COMPLETO	2 PUNTOS
OTROS INSUMOS	INCOMPLETO	1 PUNTO
TOTAL		3 PUNTOS

Cuadro 10. PROGRAMAS

INDICADOR	EVALUACIÓN	PONDERACIÓN
PROCESO DE ADMISIÓN Y REGISTRO	ADECUADO	2 PUNTOS
CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	INSUFICIENTE	1 PUNTO
EJERCICIO PRESUPUESTARIO	INSUFICIENTE	1 PUNTO
TOTAL		4 PUNTOS

Cuadro 11. ACTIVIDADES

INDICADOR	EVALUACIÓN	PONDERACIÓN
HOSPITALIZACIÓN Y EGRESO	ADECUADO	2 PUNTOS
SANEAMIENTO AMBIENTAL	INADECUADO	1 PUNTO
TOTAL		3 PUNTOS

Cuadro 12. GESTIÓN ADMINISTRATIVA: EVALUACIÓN POR INDICADORES

INDICADORES	PUNTOS	%	EEp*	IC95%**
COMPLETO / ADECUADO	3	42.85	18.7	6.25%, 79.45%
INCOMPLETO / INSUFICIENTE	4	57.14%	18.7	20.54%, 93.74%
TOTAL	7	---	---	---

*: ERROR ESTÁNDAR DEL PORCENTAJE

** : INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95%

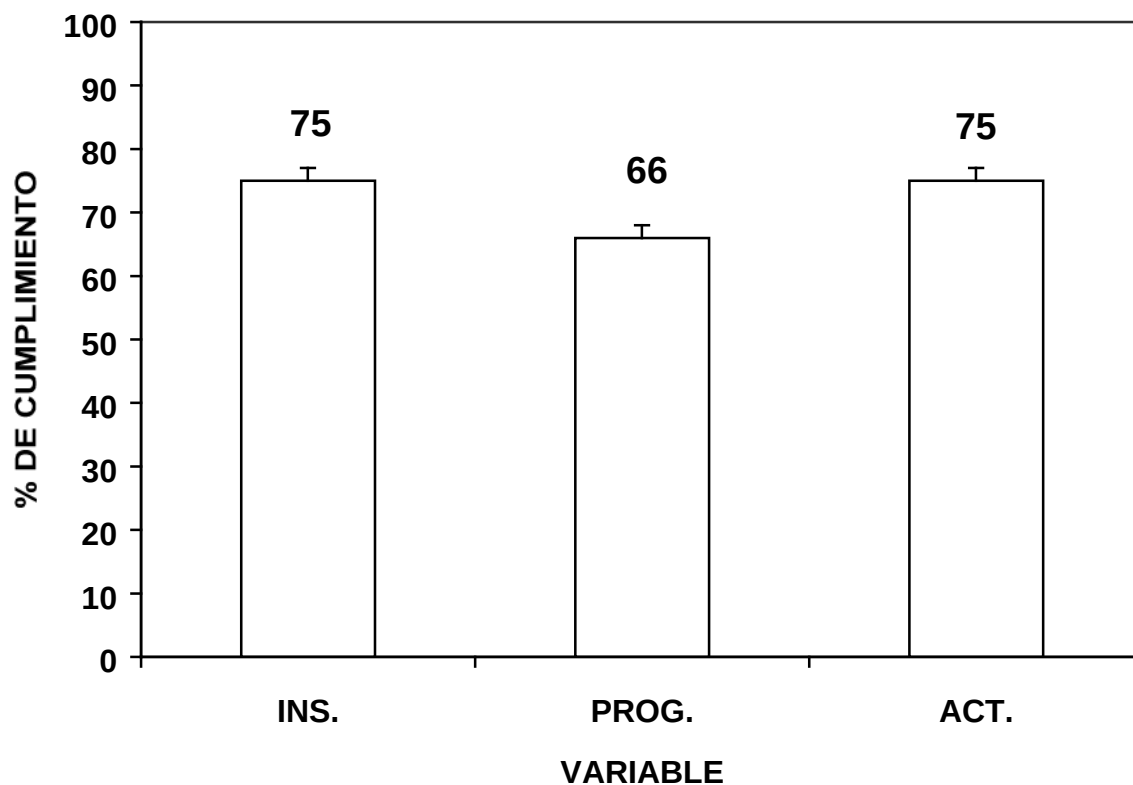
Cuadro 13. GESTIÓN ADMINISTRATIVA: EVALUACIÓN POR VARIABLE

VARIABLE	PUNTOS	%	EEp*	IC95%**
INSUMOS	3	75	21.65	32.66%, 117.34%
PROGRAMAS	4	66	19.33	28.2%, 103.8%
ACTIVIDADES	3	75	21.65	32.66%, 117.34%
TOTAL	10			

*: ERROR ESTÁNDAR DEL PORCENTAJE

** : INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95%

TOTAL DE PUNTOS: 10 DE UN MÁXIMO DE 14 (71.42 %)

Figura 7. GESTIÓN ADMINISTRATIVA: EVALUACIÓN POR VARIABLE

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LOS TESISISTAS.

Las cifras encontradas muestran para Insumos 3 puntos = 75%. Los Programas obtuvieron 4 puntos equivalente al 66% y las Actividades con 3 al 75%.

Cuadro 14. SUPERVISIÓN

INDICADOR	EVALUACIÓN	PONDERACIÓN
EXTERNA	PRESENTE	2 PUNTOS
INTERNA	PRESENTE	2 PUNTOS
TOTAL		4 PUNTOS

SE OBTUVO UNA CALIFICACIÓN DEL 100 %.

Cuadro 15. EVALUACIÓN

INDICADOR	EVALUACIÓN	PONDERACIÓN
AUTOEVALUACIÓN	PRESENTE	2 PUNTOS
INDICADORES	PRESENTE	2 PUNTOS
INFORMES	PRESENTE	2 PUNTOS
TOTAL		6 PUNTOS

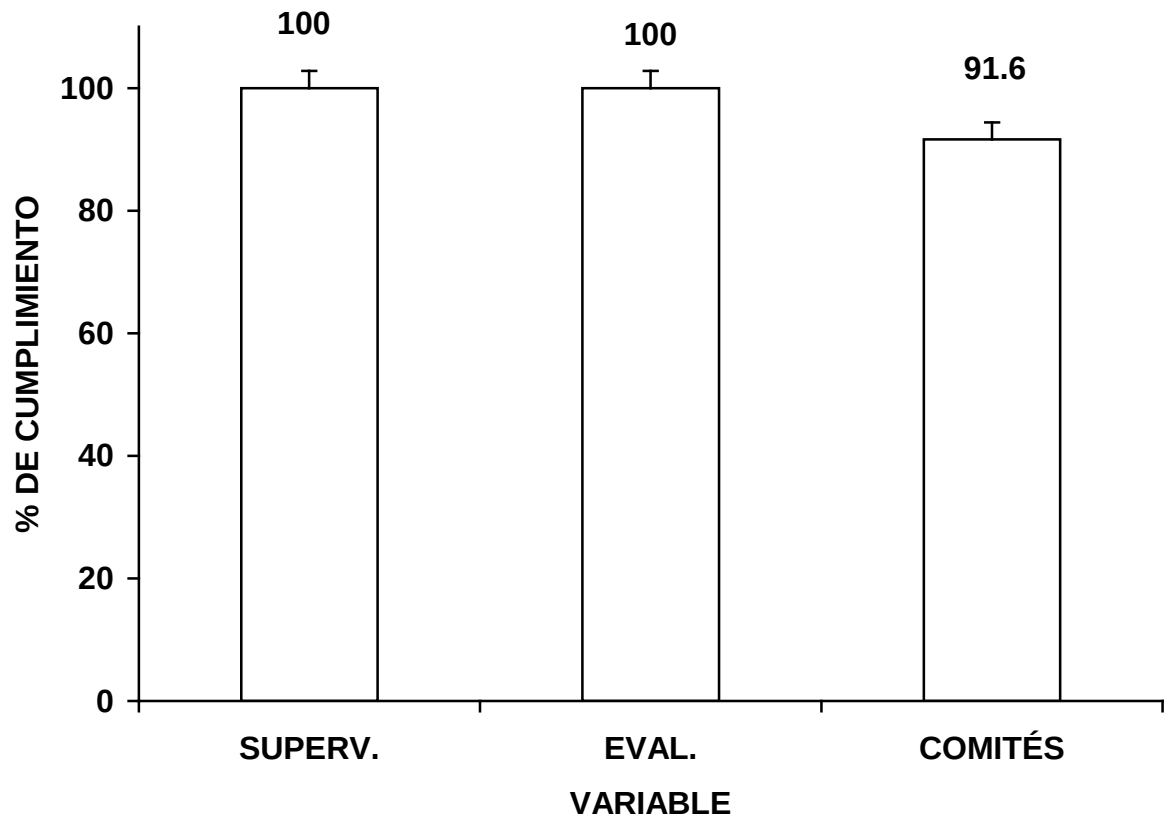
SE OBTUVO UNA CALIFICACIÓN DEL 100 %

Cuadro 16. COMITÉS INTRAHOSPITALARIOS

INDICADOR	EVALUACIÓN	PONDERACIÓN
MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL	PRESENTE	2 PUNTOS
INFECCIONES INTRA-HOSPITALARIAS	PRESENTE	2 PUNTOS
CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	PRESENTE	2 PUNTOS
ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN	PRESENTE	2 PUNTOS
SEGURIDAD E HIGIENE	PRESENTE	2 PUNTOS
INSUMOS	NO FUNCIONAL	1 PUNTO
TOTAL		11 PUNTOS

SE OBTUVO UNA CALIFICACIÓN DE 91.66 %

Figura 8. EVALUACIÓN POR VARIABLES / PROCESO



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LOS TESISISTAS

Destacan Supervisión y Evaluación con 100%. Los Comités resultaron en el menor valor entre estas 3 variables con 91.6%.

PROCESO

ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

Cuadro 17. PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN POR ÁREA POR AÑO

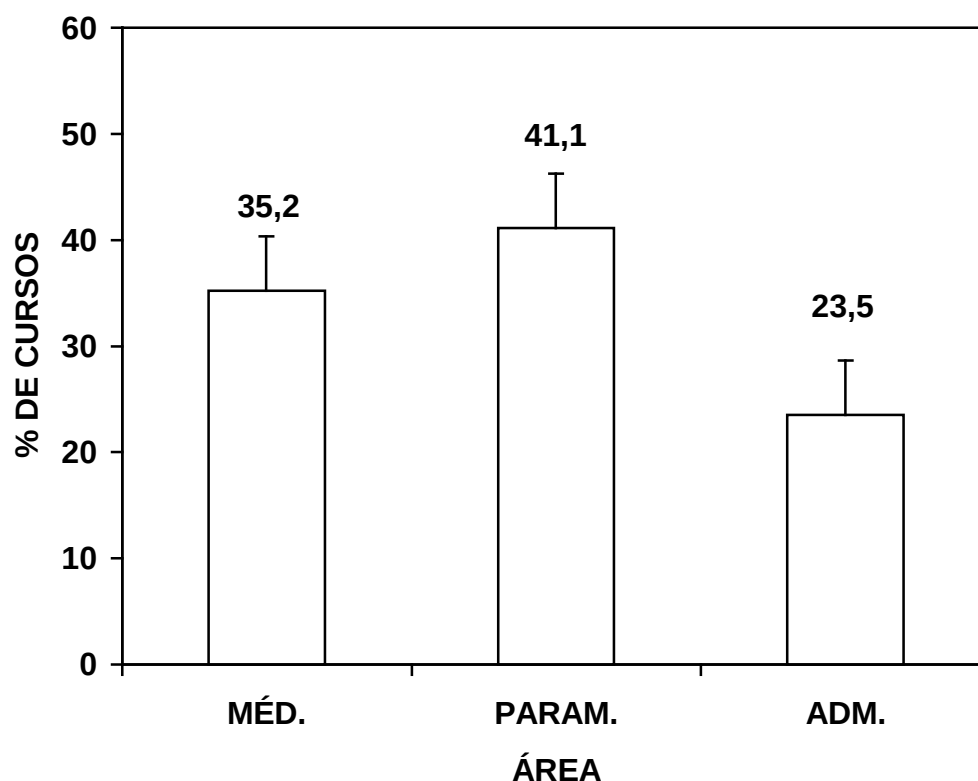
VARIABLE	NÚMERO	%	EEp*	IC95%**
ÁREA MÉDICA	6	35.29	11.59	12.58%, 58%
ÁREA PARAMÉDICA	7	41.17	11.93	17.79%, 64.55%
ÁREA ADMINISTRATIVA	4	23.52	10.28	3.38, 43.66
TOTAL	10	---	---	---

*: ERROR ESTÁNDAR DEL PORCENTAJE

**: INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95%

Figura 9.

ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN POR ÁREA POR AÑO



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LOS TESISISTAS.

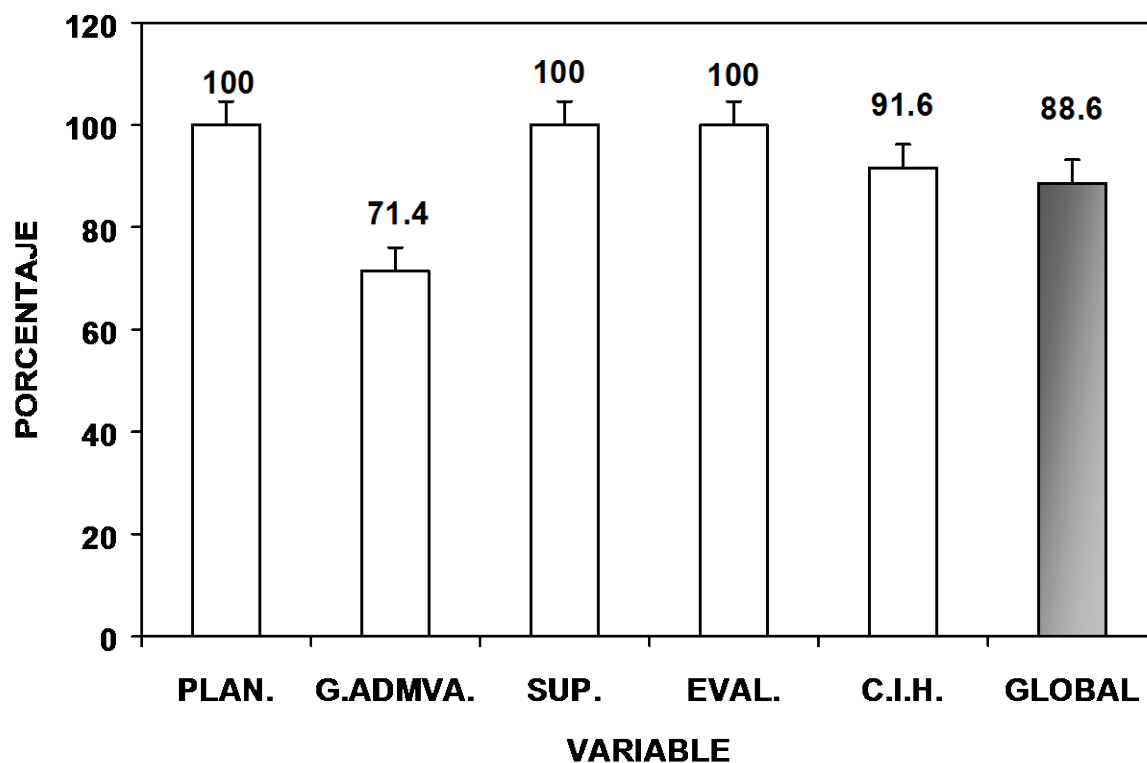
De acuerdo a lo descrito en operacionalización de variables, Enseñanza e Investigación se califica cualitativamente. El Área Paramédica resultó con el mayor porcentaje que reciben capacitación con 41.1 de 60%. Seguido del Area Médica con 35.2 de 60 y en el menor estuvo A. Administrativa = 23.5.

PROCESO (EVALUACIÓN GLOBAL)

Cuadro 18.

VARIABLE	PUNTAJE		% DEL TOTAL
	OBTENIDO	TOTAL	
PLANEACIÓN	8	8	100
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	10	14	71.42
SUPERVISIÓN	4	4	100
EVALUACIÓN	6	6	100
COMITÉS INTRAHOSPITALARIOS	11	12	91.66
TOTALES	39	44	88.63

FIGURA 10. EVALUACIÓN GLOBAL DE PROCESO



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LOS TESISTAS.

La evaluación global del Proceso resultó con 88.6 que entraría en el rubro de BUENA mostrando a Gestión administrativa en el menor porcentaje con grandes posibilidades de corrección y así el global con escasa distancia hacia la mejor calificación.

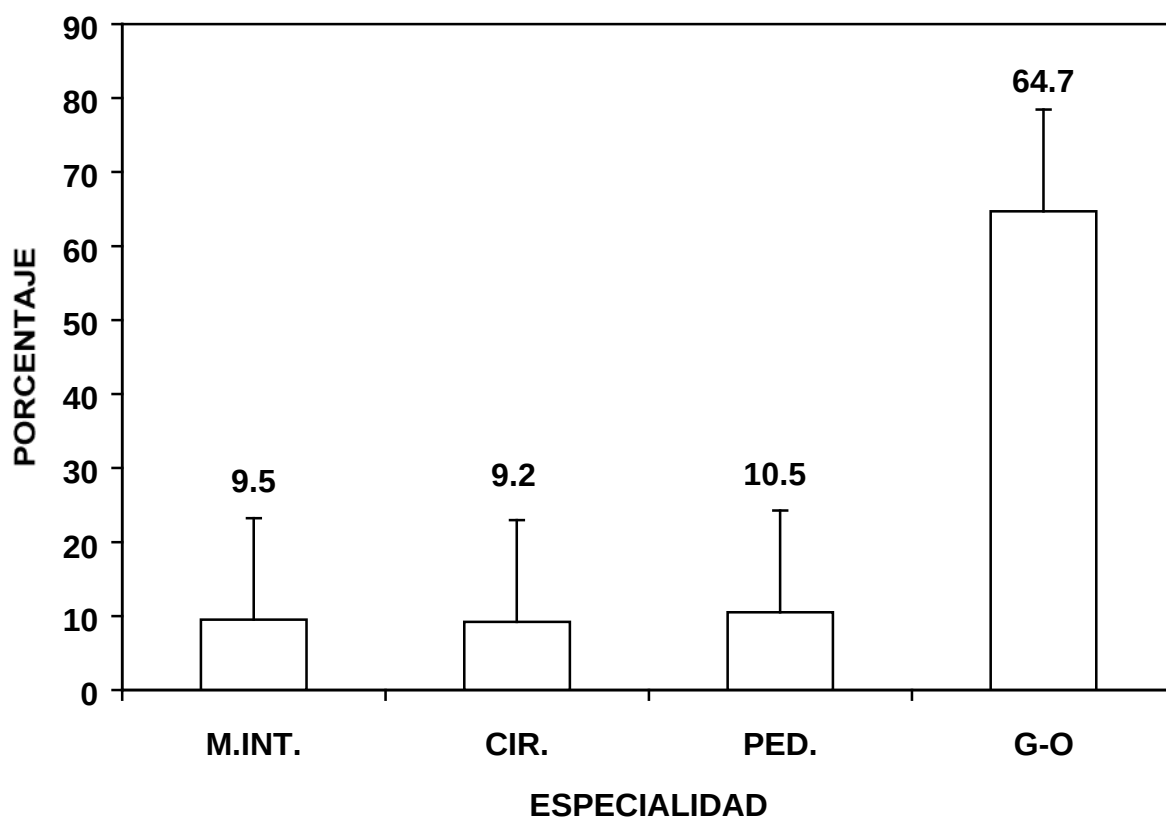
RESULTADOS

PRODUCTIVIDAD / EGRESOS

Cuadro 19.

ESPECIALIDAD	NÚMERO	%	EEp*	IC95%**
MEDICINA INTERNA	401	9.55	0.45	8.67%, 10.45%
CIRUGÍA	388	9.24	0.44	8.38%, 10.1%
PEDIATRÍA	441	10.5	0.47	9.58%, 11.42%
GINECO-OBSTETRICIA	2716	64.71	0.73	63.28%, 66.14%
TOTAL	4197			

Figura 11. PRODUCTIVIDAD: EGRESOS POR ESPECIALIDAD

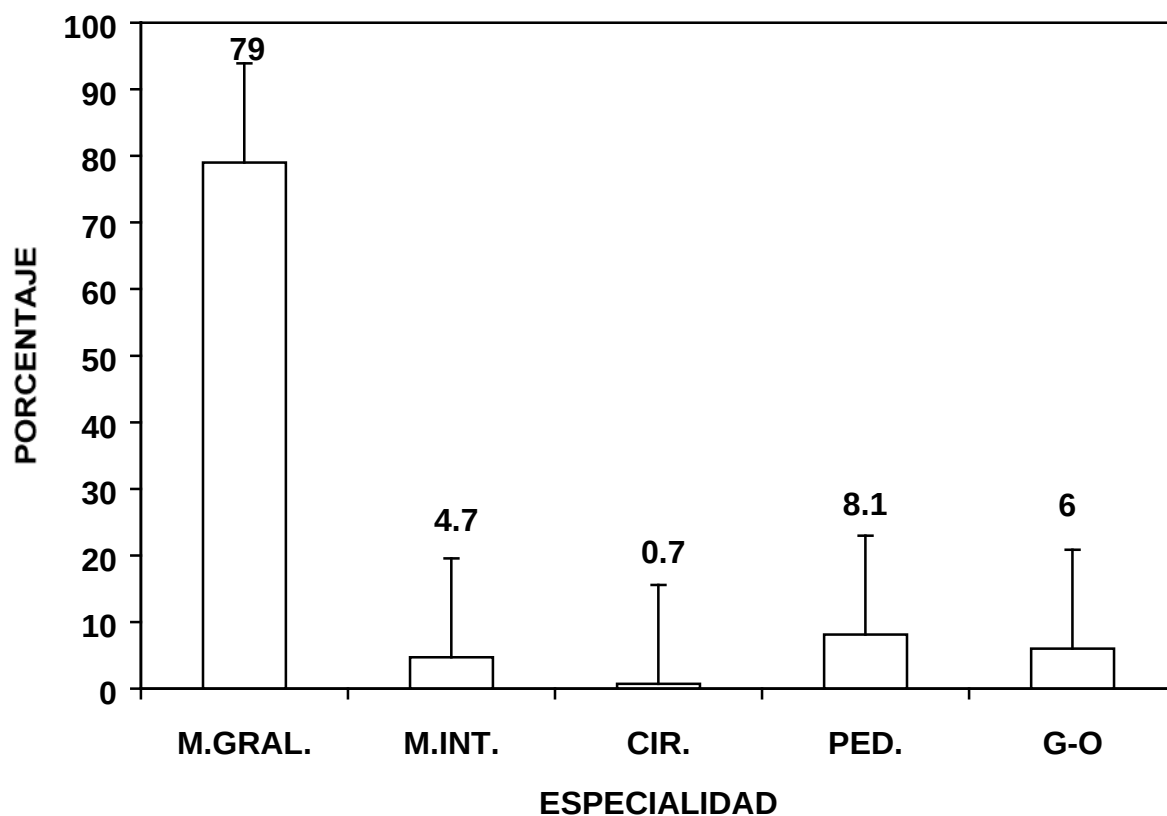


FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LOS TESISISTAS

El mayor número de egresos por especialidad corresponde al servicio de gineco – obstetricia con un 64.7 % y el menor a cirugía con un 9.2 %.

Cuadro 20. PRODUCTIVIDAD / CUADRO DE CONSULTAS

ESPECIALIDAD	NÚMERO	%	EEp*	IC95%**
MEDICINA GENERAL	34591	79.09	0.19	78.72%, 79.46%
MEDICINA INTERNA	2091	4.78	0.1	4.59%, 4.97
CIRUGÍA	338	0.77	0.04	0.7%, 0.84%
PEDIATRÍA	3558	8.13	0.13	7.88%, 8.38%
GINECO-OBSTETRICIA	2654	6.06	0.11	5.95%, 6.17%
TOTAL	43732			

Figura 12. PRODUCTIVIDAD: CONSULTAS

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LOS TESISISTAS

El porcentaje mayor de consultas es proporcionado por el servicio de consulta externa en el área de consulta general con un 79 %, y el más bajo corresponde a la consulta de cirugía con un 0.7 %.

Cuadro 21. COBERTURA

COBERTURA	NÚMERO	%	EEp*	IC95%**
POTENCIAL	39862			
HOSPITALIZACIÓN	4197	10.52	0.15	10.23%, 10.81%
CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL	34591	86.77	0.16	86.46%, 87.08%

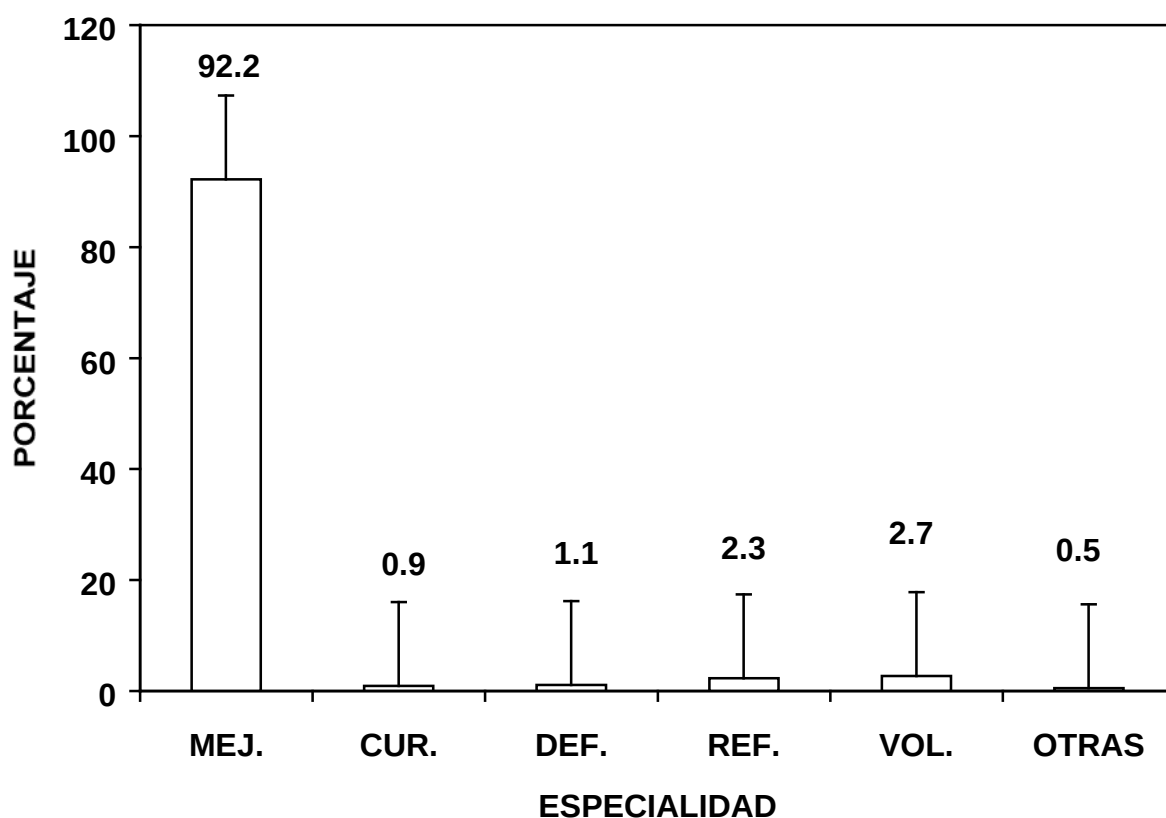
El 86.7 % de los usuarios del servicio son atendidos por la consulta general y sólo el 10.5 % por el área de hospitalización.

Cuadro 22. IMPACTO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN

ALTAS	NÚMERO	%	EEp*	IC95%**
MEJORÍA	3870	92.2	0.41	91.4%, 93.0%
CURACIÓN	40	0.95	0.14	0.68%, 1.22%
DEFUNCIÓN	49	1.16	0.16	0.85%, 1.47%
REFERENCIA	98	2.33	0.23	1.88%, 2.78%
VOLUNTARIAS	116	2.76	0.25	2.27%, 3.25%
OTRAS CAUSAS	24	0.57	0.11	0.36%, 0.78%
TOTAL	4197			

*: ERROR ESTÁNDAR DEL PORCENTAJE

**: INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%

Figura 13. IMPACTO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR LOS TESISISTAS

El 92.2 % de los pacientes que atiende el hospital egresa por mejoría, el 2.7 % lo hace por alta voluntaria y un 2.3 % es referido a otras unidades.

IV.- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

DISCUSION.

En los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de medición para realizar el Diagnóstico Situacional del Hospital General de Huamantla, la ESTRUCTURA fue evaluada por medio de variables multidimensionales; entre las que se encuentra Área Física y Equipamiento, de ella se midieron indicadores que fueron HOSPITALIZACION, LABORATORIO, RADIOLOGIA, URGENCIAS, UNIDAD QUIRURGICA, SALA DE EXPULSION, CEYE, ENSEÑANZA E INVESTIGACION, INGENIERIA Y MANTENIMIENTO, LAVANDERIA, COCINA, ALMACEN GENERAL Y DIETOLOGIA.(Cuadro 1, Figura 1), en los primeros 8 indicadores se encontraron resultados satisfactorios, debido a que recibieron una calificación de ADECUADO, lo que indica que se encontró el espacio físico, así como el mobiliario y equipo hasta en un 80% de lo requerido en la Unidad Hospitalaria;

También se encontró que hay otros servicios en los que se necesitan investigar los factores que se relacionan con un funcionamiento deficiente: INGENIERÍA, MANTENIMIENTO, LAVANDERÍA, COCINA Y ALMACÉN GENERAL, (Cuadro 1, Figura 1), en estos 4 se encontraron resultados poco satisfactorios ya que a pesar de contar con espacio físico, el mobiliario y equipo está por debajo del 80% del mínimo requerido; y por último la inexistencia de DIETOLOGIA; para la que existe espacio físico y personal asignado; pero no cuenta con mobiliario ni equipo; sin embargo por la función que desempeña la cocina se resuelve el suministro de dietas, sin modificar la calidad de las mismas.

Muchos de los servicios del hospital están funcionando de manera adecuada (Hospitalización. Laboratorio Clínico, Radiología), pero en ellos se presentan ciertas carencias en cuanto a mobiliario y equipo (las cuales no provocan que se incrementen costos de operación), por ejemplo al utilizar camas de cirugía para ginecología, hacer el procesamiento de las muestras de laboratorio y el revelado de las placas

radiográficas de manera manual, esto afecta de manera directa la calidad de la atención a los pacientes.

Otra variable evaluada en ESTRUCTURA fue la de personal en sus diferentes categorías PERSONAL AREA MEDICA.(Cuadro 2, Fig. 2). El mayor porcentaje de médicos cuenta con especialidad, habiendo solamente 2 Gineco – Obstetras, a diferencia de los Cirujanos que son 5 (en donde la plantilla de personal normada por la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud especifica que deben de ser 3 Gineco – Obstétricas y 3 Cirujanos para un hospital de 30 camas), tomando en cuenta que la gran demanda de atención es para el servicio de ginecología y obstetricia, hay menos ginecólogos, por lo cual consideramos que hay una carencia de especialistas en este servicio.

Del mismo modo, hay especialistas (cirujanos), que emplean criterios que difieren considerablemente de los ginecólogos y las pacientes reciben 2 tratamientos principalmente en los cambios de guardia, por lo tanto, se ven afectadas en su evolución además de haber un incremento en los costos de operación.

Es necesario hacer una revisión de la plantilla actual contra la ideal, emitida por la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, en los servicios de Gineco - Obstetricia y Cirugía.

Para las demás especialidades, deben continuar su actualización y certificación en su rama.

En cuanto al personal con Maestría, sería conveniente reubicarlo al servicio que corresponde a su preparación. (Medicina Preventiva). Los médicos generales, es necesario que presenten y acrediten cursos de actualización y certificación.

Por lo que respecta al ÁREA PARAMÉDICA (Enfermería),(Cuadro 3, Fig. 3), el mayor porcentaje 26 cuenta con la categoría de enfermera general, hay 12 auxiliares, 6 tienen licenciatura, 4 tienen especialidad, hay 4 enfermeras que se encuentran con licencia médica parcial, las cuales obstaculizan la rotación del personal debido a sus enfermedades (3 problemas de columna y 1 diabética con secuelas) y 2 rebasaron su tiempo de jubilación; lo que provoca un bajo rendimiento e incrementando los costos de operación al cubrir a éstas últimas con otras enfermeras.

Es necesario que se reubique al personal de enfermería cubriendo las faltantes de personal (que menciona la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud).

En cuanto al PERSONAL DEL ÁREA NO MEDICA, el mayor porcentaje corresponde al nivel técnico y el menor para la licenciatura.(Cuadro 4, Fig. 4), lo que condiciona discrepancias en la realización de procedimientos. La falta de manuales de organización, procedimientos y cronogramas de cada servicio condicionan duplicidad de funciones u omisión en las actividades; por lo tanto, se requiere la elaboración de los mismos.

Es conveniente que el personal de servicios generales, se mantenga capacitado con relación a los procedimientos y actividades que realizan, es competencia directa del director y administrador del hospital.

Es recomendable solicitar 1 persona para lavandería, ya que el servicio en el turno nocturno queda descubierto y la ropa utilizada en el turno vespertino no se lava, necesitándose muchas veces en el turno nocturno, así también se deben modificar los horarios para entrega de ropa a los servicios y se hagan las gestiones necesarias para la contratación de camilleros.

En relación con el Área administrativa es evidente que tiene recursos subutilizados, ya que la mayoría de este personal cuenta con capacitación técnica y de licenciatura, lo que permite que pueda realizar otro tipo de funciones acordes con su perfil, es necesario que se reorganicen las actividades del personal a través de un Programa de Trabajo, elaboración de manuales de organización, de procedimientos e incluso cronogramas de actividades, sin olvidar la capacitación continua del personal (Cuadro 5, Figura 6).

Es importante reconocer que un Hospital requiere de Recursos Humanos en todas las áreas y por consiguiente todos son necesarios para el buen funcionamiento de la Unidad, por lo tanto, es conveniente que exista instrucción adecuada sobre el trabajo a desempeñar.

El PROCESO fue evaluado por variables entre las que se encuentra la **Planeación**; de ella se midieron los indicadores: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES, PROGRAMA OPERATIVO ANUAL Y MANUAL DE ORGANIZACIÓN (cuadro 8), en los cuatro se encontraron resultados satisfactorios, debido a que se les asignó una calificación de PRESENTE, lo que indica que los tiene la Unidad Hospitalaria, vigentes y operativos. Estos indicadores evalúan la fase en que se establece la secuencia de acciones que habrán de realizarse así como el tiempo requerido para alcanzarlas. A partir de la presencia de los indicadores de Planeación, el siguiente paso estaría dado por la evaluación de la calidad.

Con relación a la **Gestión Administrativa**, se evaluaron como indicadores a los INSUMOS, PROGRAMAS Y ACTIVIDADES. La variable Insumos se estudió a través de: - Medicamentos, Reactivos y Material de curación, - Otros Insumos y – Abastecimiento de los mismos. Los insumos relacionados en forma directa con el área de atención a la salud obtuvieron una calificación de COMPLETO, lo que indica que se cubrió en más del 80% de lo requerido en la hoja de solicitud de abastecimiento. Otros insumos (papelería, ropería, refacciones) tuvieron una calificación de incompleto, lo que indica que no se cubrió en forma completa lo solicitado.(Cuadro 9, Fig. 7) . Los resultados nos indican que con relación a la atención a la salud, esta parte del Proceso se cumple. Para el ejercicio de las acciones administrativas que requieren de los -otros insumos- al estar incompletos, puede resolverse por medio de un Inventario que evite faltantes durante el lapso que se inicia el pedido y culmina con la fecha de entrega de los proveedores o del almacén central.

Se propone tener control del inventario, simplificar los procedimientos administrativos para disminuir el tiempo perdido y acelerar el flujo de la compra, así mismo implantar una estadística de consumo que represente flujos de control que permitan la visión de las adquisiciones y suministros, y finalmente promover la optimización del uso de los insumos existentes.

La evaluación de los PROGRAMAS, se realizó a través de los indicadores Proceso de Admisión y Registro, Programa de Conservación y Mantenimiento y Ejercicio Presupuestario. El de Admisión y Registro es adecuado, cumple con los criterios establecidos para su evaluación y se basan en un cronograma de actividades. (Cuadro 10, Fig. 7). El P. de Conservación se encontró pero fue INSUFICIENTE por realizarse sin cronograma de trabajo, esto es importante por el hecho de que el mantenimiento en general busca prolongar la vida útil en condiciones económicas favorables de los recursos que se emplean en el Hospital. NO se encontró un Programa de Mantenimiento preventivo propio de la unidad, no se respeta la calendarización, ni el cronograma de actividades en forma ordenada, lo que lleva a realizar solamente mantenimiento correctivo, esto resulta costoso y a largo plazo produce deterioro del mobiliario y equipo.

Para resolver este problema, sugerimos elaborar Programa de Mantenimiento Preventivo, que contenga en forma operativa: **Inventarios, Estadística de Mantenimiento, Calendarios de actividades, y Detalle de los procedimientos.**(23)

En **Saneamiento ambiental** es importante recordar que Medio ambiente es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan el desarrollo y la vida de un organismo. El ambiente hospitalario es el conjunto de condiciones humanas, técnicas, físicas, químicas, biológicas, económicas y sociales que tienen influencia sobre la salud del individuo. Con énfasis en *aire interior, control de infecciones, control de radiaciones, ruido, olores, efectos visuales, condiciones del agua, temperatura, manejo de alimentos y tratamiento de residuos tóxicos*. Y desde luego todo va en relación directamente proporcional con las características de las instalaciones, su funcionalidad, disposición y los controles administrativos.

SE PLANTEA; el papel que juegan los planificadores hospitalarios es fundamental si se tiene en cuenta que de mínimos detalles depende el estado de bienestar; la importancia de la **organización, dotación, reglamentación, vigilancia y control de todos los aspectos, pero sobre todo de la educación continua del personal, visitantes y pacientes sobre el cuidado del medio ambiente.**

En Ejercicio Presupuestario: El presupuesto hospitalario presenta en detalle la forma como los fondos a obtener, se gastarán en la nómina del personal, compra de elementos de consumo, bienes de capital, forma y origen de donde provendrán los diferentes dineros para efectuar los gastos. El presupuesto que ejerce el Hospital en estudio es por Programa, lo que aparentemente permite una distribución equitativa y acorde con lo programado, no obstante, el recurso económico se torna insuficiente para algunos programas. Se propone hacer transferencias de acuerdo a las necesidades de los programas, plantear la problemática de las compras directas a nivel central, para que estas sean autorizadas de inmediato, en caso necesario, previa justificación.

La **Supervisión y Evaluación** destacan por la máxima calificación 100% PRESENTE. En los **Comités Intrahospitalarios**, el menor valor fue para el Comité de Insumos resultando NO FUNCIONAL, repercutiendo en el funcionamiento del Hospital y, por consiguiente, en la evaluación de Gestión Administrativa con la variable Insumos.

Lo encontrado en Supervisión nos indica un control completo e informativo, que genera documento escrito de difusión y es oportuno en tiempo (Cuadro 14, Fig. 8). Con respecto a Evaluación, traduce que su realización es con instrumentos específicos y oportunos en tiempo, siendo aquí también un Proceso con realimentación (Cuadro 15, Fig. 8). Como se observó el Comité de Insumos resultó NO FUNCIONAL por falta de seguimiento. Al estar integrados y funcionales 5 de 6 comités se considera que hay un buen estudio de las políticas y preparación de planes a largo plazo (Cuadro 16). La falta de seguimiento en el C. de insumos repercute lo evaluado en Gestión Administrativa con la variable Insumos.

Proponemos para Supervisión y Evaluación crear los mecanismos necesarios para mantener el funcionamiento encontrado. Para Comités mantener funcionales los 5 que resultaron Presentes y para C. de Insumos realizar la investigación de los factores de falla de esta parte del proceso, incluso el rediseño del Comité si es preciso.

En cuanto a **Enseñanza e Investigación**, de acuerdo a lo descrito en operacionalización de variables, que serían medidas en forma cualitativa; se encontró el área Paramédica quien adquiere mayor número de cursos de capacitación y área Administrativa en el menor valor para su actualización.(Cuadro 17, Fig. 9). Esto necesariamente será tangible a corto plazo en beneficio del Hospital, del usuario interno y externo.

Se propone conservar y mejorar el nivel de capacitación para obtener mejores resultados en el Impacto a la Salud de la Población.

Evaluación global de **PROCESO**, se considera como Bueno, con esto permite que el desarrollo integral del Hospital sea Adecuado (Cuadro 18, Fig. 10).

Como toda evaluación que resulta en – Buena – debe avanzar al siguiente grado –Muy Buena- para que el usuario interno y externo se encuentren satisfechos y finalmente poder crear nuestra Visión hacia la mejora continua.

Por último analizaremos la evaluación de los **RESULTADOS** obtenidos a través de nuestro instrumento de medición en el cual se plasmo la variable de productividad cuyos indicadores fueron egresos por especialidad (Cuadro 19, Figura 11) y número de consultas.

En el segundo nivel de atención se otorgan servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de aquellos que se presentan espontáneamente con urgencias medico – quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo del personal especializado.⁽³³⁾ Las cifras presentadas con anterioridad (Cuadro 19; Fig. 11) se encuentran por encima de los recursos humanos existentes en la unidad de acuerdo a lo normado por la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud y de lo que se espera obtener en el futuro sobre todo en la atención obstétrica; generando el consumo mayor de insumos y una ocupación hospitalaria por arriba del indicador para un hospital de este tipo (40 % para Gineco – Obstetricia).

Se propone un replanteamiento del tipo de asistencia en el primer nivel para que las pacientes obstétricas sean atendidas en la unidad que les compete y así el hospital como unidad de segundo nivel se aboque a los casos que realmente debe

tratar optimizando los recursos humanos, físicos y materiales de la unidad. Esta perspectiva conllevaría a elevar cualitativa y cuantitativamente la atención de ésta área, propiciando un buen nivel de ejercicio profesional. De lo contrario sería necesario implantar la presencia de un gineco – obstetra para fin de semana.

En cuanto al servicio de cirugía, se observa que el porcentaje de egresos es bajo (9.2 %) partiendo de la premisa de que se cuenta con cirujano en todos los turnos; por lo cual se propone una investigación del tipo de paciente que atiende este especialista y las cirugías que más frecuentemente se realizan para así optimizar este recurso humano e incluso hacer más equitativa la carga de trabajo, debido a que el cirujano valora áreas que no le competen directamente lo que se traduce en pérdidas económicas para el hospital.

En relación con las otras especialidades es recomendable continuar con las estrategias establecidas por la unidad hospitalaria; sería conveniente gestionar la presencia de un médico internista en el turno vespertino y sobre todo en fin de semana con la finalidad de evitar el egreso voluntario y/o por referencia a otra unidad hospitalaria considerando que su presencia sería para atender interconsultas y pacientes hospitalizados.

El otro indicador que se evaluó en la variable **productividad** fue el número de consultas generales y de especialidad (Cuadro 20, Figura 12)

La productividad es el número de actividades o servicios desempeñados por unidad de recurso existente en un tiempo dado, se sabe que ésta es función de dos conceptos estrechamente relacionados: el rendimiento y la utilización de los recursos el primero depende de factores intrínsecos a la estructura y organización de la unidad, y la utilización depende de factores exógenos entre los cuales el más importante es la demanda de los servicios por la población.⁽²⁶⁾ Afectando el funcionamiento del Hospital General Huamantla, debido a que la consulta general es competencia directa del centro de salud, ya que en promedio al mes se otorgan 2882 consultas y al día 144 lo que conduce a un mayor consumo de medicamentos e inadecuada utilización o desviación de las actividades propias de la unidad en sus áreas paramédica y administrativa.

Consulta de especialidad; en términos generales la productividad es acorde con las metas de la unidad según el Programa Operativo Anual (POA) a excepción de cirugía que es la más baja; no obstante se propone una investigación para identificar cuales son las causas por las que los usuarios no acuden al servicio de cirugía.

La evaluación de la variable **cobertura** con sus indicadores de hospitalización y consulta general (Cuadro 21); aunado al reporte estadístico pone de manifiesto que la cobertura potencial del hospital es de 39,862 habitantes. Haciendo la comparación entre los egresos hospitalarios y la atención otorgada en la consulta externa general es de 34,591, lo que nos hace opinar que el nivel resolutivo de la unidad es bueno en cuanto al numero de pacientes atendidos, sin embargo consideramos importante dar seguimiento de los casos para conocer la evolución real del estado de salud de los usuarios con la finalidad de identificar si mencionados pacientes reingresan al servicio y cuales son las causas debido a que el porcentaje de ocupación hospitalaria anual fue de 79.7%.

Se propone nuevamente derivar la consulta general al Centro de Salud Urbano para que la partida presupuestaria que se tiene asignada a la consulta general sobre todo en lo que se refiere al capitulo de medicamentos pueda ser captada para la consulta de especialidad y continuar la estrategia de referencia ya aplicada en otras unidades para mantener el porcentaje de ocupación hospitalaria y evitar la desviación de recursos humanos del área de enfermería y administrativa.

En el **Impacto en la salud de la población** (Cuadro 22, Figura 13) Se encontró que la mayor parte de los usuarios que acuden al Hospital General Huamantla, egresan por mejoría (92.2%); no obstante es importante mencionar que un grupo considerable de 116 pacientes que equivale a un 2.76% solicita su alta voluntaria.

Se puede discutir mucho sobre los aspectos y enfoques en relación con el rendimiento social del hospital, pero en última instancia todos se reducen a dos: la calidad de la atención médica y el menor costo de operación (35) Con relación al primer punto se sabe que se ve reflejada en las cifras de mortalidad y de altas por curación por un lado, y en las óptimas relaciones humanas entre el paciente y la

institución; de esto podemos deducir que para saber que tan buena es la atención médica del hospital en estudio tuvimos que analizar las cifras estadísticas que reflejaron la cantidad de pacientes que mejoraron; pero una vez obtenidos los mejores resultados, nuestro otro fin es la operación económica del hospital, porque no solamente es importante que el paciente salga vivo y curado sino que se cure al menor costo posible.

Se propone que los componentes de estos aspectos, tanto técnicos como económicos de la operación del hospital, sean la administración eficiente y oportuna en la prestación médica, apoyada por un equipo humano capaz y organizado, un aprovisionamiento de equipo y material adecuados, y un mantenimiento de la estructura física y funcional conveniente. Para lograrlo es necesario mantener sistemas de control, que además sean punto de partida para la evaluación de los resultados de operación de la unidad.

Acerca de las altas voluntarias que representa un grupo importante, seguido por el de referencia, se propone realizar una investigación de las causas y los turnos en que se presentan con más frecuencia.

El resto de indicadores evaluados nos permite ver que es acorde con lo esperado, según el programa operativo anual, por lo que consideramos conveniente se continúe con los mismos procesos e irlos mejorando de acuerdo a las necesidades de la organización.

V. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.

1. Para la integración del Diagnóstico Situacional, del hospital General de Huamantla, Tlaxcala; consideramos primordial conocer los objetivos, políticas, programas de atención médica, instructivos, normas y reglamentos internos y externos de la institución que afectan de una u otra manera al mencionado Hospital.

2. El contar con un instrumento administrativo como lo es el Diagnóstico Situacional nos permitió definir estrategias para solucionar problemas y establecer objetivos y metas.

3. El Modelo de Instrumento de Medición que aquí se propuso, nos permitió desarrollar la investigación con grandes facilidades, considerando que es indispensable que el Administrador de Hospitales debe saber lo suficiente acerca del trabajo de cada departamento, para que pueda planear, organizar y coordinar los esfuerzos individuales con el objeto de obtener resultados máximos en la atención del paciente.

4. El Modelo de Instrumento de Medición nos facilitó el estudio de la estructura, y de las prácticas administrativas comprendidas como aspectos del trabajo hospitalario de manera tangible y objetiva.

5. En cuanto a la estructura del Hospital a pesar de no cumplir con todas las especificaciones emitidas por la NOM; se ha adaptado en cuanto a su funcionamiento sin tener grandes problemas en la resolución de sus actividades, no obstante es conveniente reconsiderar las áreas con problema para mejorar las condiciones físicas de la unidad y facilitar aún más el trabajo del personal operativo.

6. En relación con los recursos humanos, se considera importante hacer una redistribución y revisión del perfil y la actividad de cada persona que labora en el hospital, tomando en cuenta que la Dirección de Regulación de los Servicios de Salud contempla solamente 130 trabajadores y el número total de la unidad en el 2001 era de 152; por lo que se considera necesario hacer una redistribución y revisión del perfil del personal.

7. El proceso en términos generales es bueno de acuerdo a lo establecido por los investigadores; es recomendable que se modifiquen estrategias en: abastecimiento de otros insumos (papelería, ropería y refacciones) y en el funcionamiento del comité de insumos, con la finalidad de superar el resultado obtenido.

PROPUESTA

VARIABLES	PROPUESTA
■ ESTRUCUTURA	
■ Área física y equipamiento	Se propone investigación de las áreas inadecuadas, equipamiento de otras y optimización de instalaciones físicas.
■ Personal	Redistribución de recursos y revisión del perfil del personal en cada área.
■ PROCESO	
■ Planeación	Mantener el nivel de planeación con que cuenta actualmente y dar seguimiento a lo planeado.
■ Gestión administrativa	Para otros insumos: tener control del inventario, que evite faltantes durante el lapso que inicia, y termina con la fecha de entrega de los proveedores o del almacén.
■ Programas	Para mantenimiento; elaborar Programa de Mant. Preventivo que contenga: inventarios, estadística, calendarización y detalle de procedimientos. En cuanto al ejercicio presupuestario, se sugiere realizar transferencias de partidas y que se gestione ante las autoridades pertinentes la autorización para que las compras directas dependan de la máxima autoridad del hospital y no del nivel central.
■ Actividades	Mantenerlas en el nivel actual y continuar con la estrategia de realimentación, cada dos meses en cuanto a supervisión interna
■ RESULTADOS	
■ Productividad	Solicitud de especialistas y derivación de la consulta general al Centro de Salud Urbano.
■ Cobertura	Evitar la desviación de recursos mediante la derivación de la consulta general al CSU.
■ Impacto en la salud de la población	Establecer sistemas de control para evaluar los resultados de la unidad, así también realizar una investigación de las causas y los turnos en que se presentan con más frecuencia altas voluntarias y/o referencias de pacientes.

VI. REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRAFICAS

1. Balseiro Almairo L. Principios de administración. Cap. 1. Antecedentes de la administración. Editorial: Aztlán, S.A. de C.V. 1996. Pag. 13 – 33.
2. Canales H. F., Alvarado, E.L., Pineda E.B. Metodología de la investigación. Editorial Noriega, México. 1996. Pag. 131 – 190.
3. Campos, A. Método, plan y proyecto en la investigación social, Colección Salud y Sociedad. Programa Centroamericano de Ciencias de la Salud (CSUCA), 1982, Pag. 111 – 123.
4. Balderas Pedrero M. Administración de los servicios de enfermería. Cap. 5. Situación de la salud en México. Editorial: McGraw – Hill Interamericana 1995. Pag. 99 – 103.
5. Arias Galicia F; Introducción a la metodología de investigación en ciencias de la administración y del comportamiento. 2 da. Reimpresión. Editorial: Trillas, México. 1995. Pags. 114 – 117.
6. SSA. Modelo de investigación operativa de servicios de salud, 1998. Tomo III. 1998.
7. Barquín M. Administración en enfermería. Cap. 2. La administración y la salud. Editorial: McGraw - Hill Interamericana 1995. Pag. 11 – 35.5.C.
8. Clifford, Attkisson; Willian A. Administración de hospitales. Cap. 3. Contexto organizacional del programa de evaluación. Editorial: Trillas 1988. Pag. 71 – 90.
9. DuBrin Andrew J. Fundamentos de administración. Cap.5. La administración para la calidad y satisfacción del cliente. Editorial: International Thomson Editores 2000. Pag. 77 – 93.7.
10. Lawrence, Lorsch JW. organization and environment. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1967.
11. Berger Peter L, Luckmann T. The social construction of reality. Garden City, N.Y.: Anchor Books/Doubleday Co. Inc. 1967.
11. Schmuck Richard A et al. Handbook of organizational development in schools. Washington D.C.: National Press Books, 1972.
12. Mockler Robert J. Situational theory of management. Harvard Bussiness Rev. 1972 May-Jun.
13. Cordera A, Bobenrieth M. Administración de sistemas de salud. México D.F.: Editado por los autores, 1983.
14. Levi-Strauss C. El pensamiento salvaje. México: Fondo de Cultura Económica, 1975..
15. Cordera A, Kuthy J, Sucilla H. Diagnóstico situacional de sistemas de atención médica. Salud Pública Mex 1986; 28: 243- 249.
16. Centro de Ciencias de la Salud y Gerencia de Servicios Médicos de PEMEX. 17. Diplomado en Administración de Hospitales. Módulo dos. México: Centro de Ciencias de la Salud y Gerencia de Servicios Médicos de PEMEX, 1992.

18. Bertalanffy V. Teoría General de Sistemas, México, Ed. FCE 1968, cap. II pp. 30-53.

19. Modelo de Investigación Operativa de Servicios de Salud (MIOS) 1998. Vol II.

20. Malagon-Londoño G., Galán Morera R., Pontón Laverde G..Administración Hospitalaria. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, Colombia 1996. Capítulo XXIV: Eficiencia de la Gestión. Pág. 519-526.

21. Valencia Solano Jorge L. Diagnóstico de Salud : Tipos y características. Unidad Didáctica. ADM.1.21. p. 1278-1285.

22. José Testa. Planificación Estratégica de Salud. Universidad Central de Venezuela 1987. Coc. mimeo p. 144-181.

23. Malagon-Londoño G., Galán Morera R., Pontón Laverde G..Administración Hospitalaria. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, Colombia 1996. Capítulo XXIII: 24.Indicadores y Estándares de calidad de la atención Médica. Pág. 507-518.

25. Pineault, R. y Daveluy, C. La Planificación sanitaria, conceptos, métodos, estrategias. Masson, S.A. Barcelona, Primera Edición. 1987. Pp. 43.203.

26. Indicadores y valores estándar de evaluación institucional S.S.A.

27. Fajardo O.G. Atención Médica. Teoría y practica administrativas. Parte 1 : Salud, Salud Pública, Atención médica, Atención de la salud. Cap. 1 : Salud pública. Editorial : La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V. 1989. Pag. 1-74.

29. Koontz H., Weihrich H.. Administración, una perspectiva global. Parte 3 : Organización, cap. 12. Organización eficaz y cultura organizacional. Editorial McGraw Hill. Décima edición. 1994. Pag. 317-343.

30. Malagon-Londoño G., Galán Morera R., Pontón Laverde G. Administración hospitalaria. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, Colombia 1996. Capítulo XIX:

31. Sistema de Información Hospitalaria. Pág. 451-468

32. Fajardo O.G. Atención Médica. Teoría y practica administrativas. Parte 4 : Enfoques humanísticos a la administración de la atención de la salud Cap. 14 : El desarrollo organizacional en la atención de la salud. Editorial : La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V. 1989. Pag. 178-181.

33. Ruelas, E. Y Querol, J. Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. México. Fundación mexicana para la salud. 1994. Pag. 12 – 17.

34. Treviño N. Valle, A. Fierro, H. Y De la Loza, A. Indicadores de servicios de salud. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. 1994.

35. Rutstein, D.D., Berenberg, W. Chalmers, T.C. Child III, Ch.G., Fishman, A.P. y Perrin, E.B. Cómo medir la calidad de la atención médica: un método clínico. En Frenk, J. Investigación en servicios de salud: una antología Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. Pag. 703 – 714.

36. Frenk J. La Salud de la población hacia una Nueva Salud Pública. México. Fondo de Cultura Económica. 1994.

37. Fundación Mexicana para la Salud. 1995. Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud. Cuadernos para el análisis y la convergencia. No. 14. México, D.F. FUNSALUD:

38. Frenk J. Evaluación de la calidad de la atención médica. Investigación en Servicios de Salud: una antología. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud. Pag. 382 –402.

39. Donabedian, Avedis. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Perspectivas en salud pública 10.1990. Pag. 1 – 73.

40. Glosario de términos del Sistema de Información en Salud para Población Abierta. Subsecretaría de Planeación y Dirección General de Estadística e Informática.

ESTRUCTURA**ÁREA FÍSICA Y EQUIPAMIENTO:**

INSTRUCCIONES: Marque en el paréntesis la opción que considere acorde con su evaluación del área física y equipamiento:

ADECUADO: Existe espacio físico, material y equipo.

INADECUADO: Existe espacio físico, pero falta equipo

INEXISTENTE: No existe espacio físico, material o equipo.

1.- HOSPITALIZACIÓN

() Adecuada

() Inadecuada

() Inexistente

2.- LABORATORIO CLÍNICO

() Adecuada

() Inadecuada

() Inexistente

3.- RADIOLOGÍA E IMAGEN

() Adecuada

() Inadecuada

() Inexistente

4.- URGENCIAS

() Adecuada

() Inadecuada

() Inexistente

5.- UNIDAD QUIRÚRGICA

() Adecuada

() Inadecuada

() Inexistente

6.- SALAS DE EXPULSIÓN

() Adecuada

() Inadecuada

() Inexistente

7.- CEYE

() Adecuada

() Inadecuada

() Inexistente

8.- DIETOLOGÍA

() Adecuada

() Inadecuada

() Inexistente

9.- ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

() Adecuada

() Inadecuada

() Inexistente

10.- INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO

() Adecuada

() Inadecuada

() Inexistente

11.- LAVANDERÍA

() Adecuada

() Inadecuada

() Inexistente

12.- COCINA

() Adecuada

() Inadecuada

() Inexistente

13.- ALMACÉN GENERAL

() Adecuada

() Inadecuada

() Inexistente

ESTRUCTURA ORGÁNICO - FUNCIONAL:

INSTRUCCIONES: Marque en el paréntesis la opción que sea acorde con su evaluación:

ADECUADO: Cuando exista, sea vigente, esté completo y sea aplicable

INADECUADO: Cuando exista, pero falte algún elemento mencionado

INEXISTENTE: Cuando no exista.

1.- MANUAL DE ORGANIZACIÓN:

() Adecuado

() Inadecuado

() Inexistente

PERSONAL:

INSTRUCCIONES: Con base en el nivel académico del personal, coloque en las celdas el valor en números enteros que corresponda:

ÁREA MÉDICA / MÉDICOS

INTERNOS			
GENERALES			
ESPECIALIDAD			
SUBESPECIALIDAD			
MAESTRÍA			
DOCTORADO			

ESTOMATÓLOGOS

PASANTES			
LICENCIATURA			
ESPECIALIDAD			

ÁREA PARAMÉDICA / ENFERMERÍA

PASANTES			
AUXILIAR			
GENERAL			
LICENCIATURA			
ESPECIALISTA			
MAESTRÍA			
TOTAL			

ÁREA NO MÉDICA / OTROS

TÉCNICOS			
LICENCIATURA			
MAESTRÍA			
TOTAL			

ÁREA ADMINISTRATIVA / PERSONAL

TÉCNICO			
LICENCIATURA			
MAESTRÍA			
TOTAL			

PROCESO PLANEACIÓN

INSTRUCCIONES: Marque el paréntesis con la respuesta que sea acorde con su evaluación:

PRESENTE: Cuando sea acorde con lo definido y lo requerido por la Unidad Hospitalaria.

MODIFICABLE: Existe, está incompleto o atrasado, pero puede mejorar

AUSENTE: Cuando no exista.

1.- DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

- () Presente
() Modificable
() Ausente

2.- PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES

- () Presente
() Modificable
() Ausente

3.- PROGRAMA OPERATIVO ANUAL

- () Presente
() Modificable
() Ausente

4.- MANUAL DE ORGANIZACIÓN

- () Presente
() Modificable
() Ausente

GESTIÓN ADMINISTRATIVA:

INSUMOS

INSTRUCCIONES: Marque el paréntesis con la respuesta que sea acorde con su evaluación:

COMPLETO: Cubre 80% a 100% de la solicitud de abastecimiento.

INCOMPLETO: Cubre 60-79 % de la solicitud de abastecimiento.

INSUFICIENTE: Cubre menos del 60 % de la solicitud de abastecimiento.

1.- MEDICAMENTOS, REACT. Y MAT. DE CURACIÓN:

- () Completo
() Incompleto
() Insuficiente

2.- OTROS (PAPELERÍA / ROPERÍA)

- () Completo
() Incompleto
() Insuficiente

3.- ABASTECIMIENTO DE INSUMOS

- () Completo
() Incompleto
() Insuficiente

PROGRAMAS

INSTRUCCIONES: Marque el paréntesis con la respuesta que sea acorde con su evaluación:

ADECUADO: Cuando existe y se lleva a cabo con base en un cronograma de actividades.

INSUFICIENTE: Cuando existe pero se lleva a cabo sin un cronograma de actividades

INADECUADO: Cuando es irregular, sin algún tipo de control.

1.- CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO

- () Adecuado
() Insuficiente
() Inadecuado

2.- EJERCICIO PRESUPUESTARIO

- () Adecuado
() Insuficiente
() Inadecuado

3.- PROCESO DE ADMISIÓN Y REGISTRO

- () Adecuado
() Insuficiente
() Inadecuado

ACTIVIDADES

INSTRUCCIONES: Marque el paréntesis con la respuesta que sea acorde con su evaluación:

ADECUADO: Acorde a la norma.

INADECUADO: Acuerdo parcial con la norma

SIN CONTROL: No respeta la norma.

1.- HOSPITALIZACIÓN Y EGRESO

- () Adecuado
() Inadecuado
() Sin control

2.- EJERCICIO PRESUPUESTARIO

- () Adecuado
() Inadecuado
() Sin control

SUPERVISIÓN

INSTRUCCIONES: Marque el paréntesis con la respuesta que sea acorde con su evaluación:

PRESENTE: Evalúa estructura, proceso y resultado, genera un documento escrito de difusión oportuna.

INSUFICIENTE: No evalúa estructura, proceso o resultado; NO genera un documento, sin periodicidad.

AUSENTE: Que no se realice

1.- EXTERNA

- () Presente
() Insuficiente
() Ausente

2.- INTERNA

- () Presente
() Insuficiente
() Ausente

EVALUACIÓN

INSTRUCCIONES: Marque el paréntesis con la respuesta que sea acorde con su evaluación.

PRESENTE: Si se realiza con instrumento específico y es oportuna en tiempo.

INADECUADA: Se realiza con o sin instrumento o es oportuna

AUSENTE: No se realice.

RESULTADOS

PRODUCTIVIDAD

ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

INSTRUCCIONES: Coloque en la celda, el número que corresponda al total de cursos por año y por área ofertados por el Hospital.

PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN

ÁREA			
MÉDICA			
ESTOMATOLÓGICA			
PARAMÉDICA			
ADMINISTRATIVA			
NO MÉDICA			
TOTAL			

COMITÉ INTRAHOSPITALARIOS

INSTRUCCIONES: Marque el paréntesis con la respuesta que sea acorde con su evaluación:

PRESENTE: Cuando el Comité está integrado y es funcional.

NO FUNCIONAL: Cuando el Comité está integrado pero no tiene seguimiento.

AUSENTE: Cuando no está integrado

1.- MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

() Presente

() No funcional

() Ausente

2.- INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

() Presente

() No funcional

() Ausente

3.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

() Presente

() No funcional

() Ausente

4.- PROTECCIÓN CIVIL

() Presente

() No funcional

() Ausente

5.- INSUMOS

() Presente

() No funcional

() Ausente

6.- SEGURIDAD E HIGIENE

() Presente

() No funcional

() Ausente

EGRESOS

INSTRUCCIONES: Coloque en las celdas el número que corresponda al total de egresos de pacientes por especialidad y por año.

ESPECIALIDAD				
MEDICINA INTERNA				
CIRUGÍA				
PEDIATRÍA				
GINECO-OBST.				
TOTAL / AÑO				

CONSULTAS

INSTRUCCIONES: Coloque en las celdas el número que corresponda al total de consultas por especialidad y por año.

CONSULTAS				
MEDICINA GENERAL				
MEDICINA INTERNA				
CIRUGÍA				
PEDIATRÍA				
GINECO-OBST.				
TOTAL / AÑO				

COBERTURA

INSTRUCCIONES: Coloque en las celdas el número que corresponda al tipo de cobertura que se solicita.

COBERTURA				
POTENCIAL				
REAL				
% POTENCIAL/REAL				

IMPACTO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN:

INSTRUCCIONES: Coloque en las celdas el número que corresponda al total de altas / año.

ALTAS				
MEJORÍA				
CURACIÓN				
DEFUNCIÓN				
REFERENCIA				
VOLUNTARIAS				
OTRAS CAUSAS				
TOTAL / AÑO				

