



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
INSTITUTO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.
MAESTRIA EN ADMINISTRACION PÚBLICA.**

**TESIS:
EVALUACIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICO-QUIRURGICA Y SUS PROCESOS,
EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD
SOCIAL, MAZATENANGO AÑO 2008.**

**Dr. Carlos Ernesto Domínguez Garavito.
ASESOR: Dr. Juan Carlos Moir Rodas.**



INSTITUTO NACIONAL DE
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA -INAP-
www.inap.gob.gt

El Director de Formación y Capacitación del Instituto Nacional de
Administración Pública -INAP-

C E R T I F I C A :

Primero: Haber tenido a la vista el examen de graduación que copiada
literalmente dice: -----

“En la ciudad de Guatemala siendo las **diez horas** del día miércoles siete de
julio del año dos mil diez, reunidos en la sede del Instituto Nacional de
Administración Pública -INAP- los Miembros del Tribunal Examinador Dr. Luis
Alfonzo Beteta Vásquez, Secretario; Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Asesor del
Trabajo de Investigación; Examinadores Licda. Ada Esmeralda Mazariegos; para
practicar el examen del estudiante **Carlos Ernesto Domínguez Garavito**, sobre la
investigación que realizó titulada **“Evaluación en la atención Médico-Quirúrgica
y sus procesos, en el Hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad
Social, Mazatenango Año 2008”**. PRIMERO: Los Miembros del Tribunal
Examinador interrogaron en forma individual al postulante sobre el contenido de su
investigación. SEGUNDO: Que habiendo contestado satisfactoriamente a los
cuestionamientos que le fueron planteados al sustentante, fue **aprobado** por
unanimidad de votos. TERCERO: El trabajo de investigación del sustentante
se aprueba **con correcciones menores**. CUARTO: El Tribunal Examinador
notificó lo anterior al postulante y declaró concluido el examen. QUINTO: No
habiendo más que hacer constar y siendo las **once horas con veinticinco
minutos**, se da por concluida la presente en el mismo lugar y fecha de su inicio,
firmando los que en ella intervinieron.-----



TIEMPO
SOLIDARIDAD

GOBIERNO DE ÁLVARO COLOM
GUATEMALA



INSTITUTO NACIONAL DE
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA -INAP-

www.inap.gob.gt

Y para los usos legales que al interesado **Carlos Ernesto Domínguez Garavito**, convengan extendiendo, firmo y sello la presente certificación en dos hojas de papel membretado del Instituto Nacional de Administración Pública, haciendo constar que no existen trámites o recursos pendientes de resolver en la ciudad de Guatemala a los treinta días del mes de julio del año dos mil diez.

Vo. Bo.

Dr. Luis Alfonso Beteta Vásquez
Director de Formación y Capacitación



GOBIERNO DE ÁLVARO COLOM
GUATEMALA



INDICE.

CAPITULO 1

| | |
|---------------------------------------|-----|
| INTRODUCCION | 1 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 4 |
| OBJETIVOS | 7 |
| JUSTIFICACION | 8 |
| MARCO CONTEXTUAL | 10 |
| MARCO TEORICO | 12 |
| HIPOTESIS | 37 |
| UNIDAD MINIMA DE ANALISIS | 38 |
| METODO | 39 |
| TECNICAS | 42 |
| TABLA M.T.I. | 43 |
| DELIMITACION DE LA INVESTIGACION | 44 |
| RECURSOS | 47 |
| CRONOGRAMA | 48 |
| CAPITULO 2 | |
| INFORME FINAL | 49 |
| ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS | 85 |
| CONCLUSIONES | 93 |
| RECOMENDACIONES | 96 |
| PROPUESTA | 97 |
| BIBLIOGRAFIA | 105 |
| ABREVIATURAS | 106 |
| ANEXOS | 107 |



CAPITULO 1

EVALUACION EN LA ATENCION MEDICO-QUIRURGICA Y SUS PROCESOS, EN EL HOSPITAL IGSS, MAZATENANGO AÑO 2008.

INTRODUCCION.

De acuerdo a lo observado sobre la ejecución de como se manejan los programas en el Estado, tradicionalmente en los países latinoamericanos, la implementación de proyectos y programas, en donde se crean nuevas instituciones, empresas, y puestos administrativos, las evaluaciones a las mismas, no existen, no hay un nivel operativo que desarrolle de forma eficiente y eficaz, que mida los niveles de desempeño y los niveles de competitividad de las personas que interactúan dentro de esos escenarios socio administrativos.

Así mismo a las actividades regularmente no se les da seguimiento; y en algunos casos también resulta que no se manifiesta dentro del contexto institucional, la evaluación de personas que desempeñan cargos y responsabilidades con un estatus de alto reconocimiento y responsabilidad dentro del contexto burocrático. La costumbre es establecer sobre la marcha, dichos procesos evaluativos; sin embargo, posiblemente en la realidad el nuevo programa sea inefectivo, inoperante y hasta puede ser que un fracaso, pues su eficiencia y eficacia esta cuestionada, limitada o nula.

Los gobiernos, o instituciones del Estado ponen en marcha proyectos que según ellos es de beneficio para las personas, o el conglomerado en general, pero en ocasiones realmente no lo es, y resulta que hasta oneroso sale al Estado por las cantidades de dinero que se invierten ineficientemente y que se desperdician en actividades que podrían haber sido hasta capricho o negligencia del dirigente en turno, la población como consumidor final de las políticas o productos del Estado es como siempre la afectada.

El presente estudio, será de apoyo a las autoridades del seguro social, tanto locales como centrales, y también al segmento poblacional que la cubre, ya que el hospital de Mazatenango, da cobertura a la región sur-occidental del país,



sin embargo, también hay que reconocer que el área a cubrir es amplia, por lo que el impacto positivo o negativo se hará sentir en un sector productivo del país.

Empero es importante que a cada cierto tiempo, se establezca un estudio de las acciones que se desarrollan en las autoridades hospitalarias o sus procesos, para ver si es acertado y factible para continuar con dicho programa o actividad; o también evaluar sí es necesario corregir el rumbo de la institución, procesos, o radicalmente eliminarlo y reflexionar para transformar la actitud burocrática hacia el empoderamiento, con la meta de desarrollar óptimamente el desempeño y los procesos; por ende es importante determinar sobre la perspectiva laboral, el impacto social, la eficiencia y eficacia en el servicio de sala de operaciones y por último: establecer qué impacto tiene en los pacientes a que atiende

Los presupuestos que le son asignados a los servicios hospitalarios, resultan contradictorios, ya que cuando la tecnología hospitalaria a utilizar sobrepasa las expectativas para desarrollar funciones sumamente complejas, la utilización práctica médica es mínima para lo que se tiene invertido; o, necesita un equipo altamente sofisticado, pero el servicio hospitalario no cuenta con dicha tecnología o el equipo indispensable.

Lo importante es ver reflejada la realidad en el Hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.) de Mazatenango, para descubrir respuestas objetivas con la meta de alcanzar un óptimo rol de procesos, para luego alcanzar un presupuesto óptimo, pero así mismo para hacer un buen manejo de las realidades, al hacer las correcciones necesarias y poner en evidencia su funcionamiento; también es necesario hacer las modificaciones necesarias en un contexto real, con datos objetivos, que ayuden a la autoridad superior responsable y Jefes de Servicios para tomar decisiones correctas y enmendar errores en la actividad para proponer el plan operativo anual y el presupuesto general de la unidad.

Por lo tanto es necesario evaluar si los procesos son precisamente los más idóneos y óptimos; o contrariamente están retardando el proceso a evaluar. Es necesario seguir evaluando sobre si están bien programados los



procedimientos quirúrgicos, efectos y posibles secuelas de las acciones u omisiones relacionadas al procedimiento quirúrgico.

Todos los funcionarios solicitan presupuesto o ampliaciones del mismo, pero ninguno o algunos hacen estudios de lo que está se desarrollando, o se preocupa si el gasto es eficiente y eficaz, o solo se esta malgastando el tesoro publico, los empleados públicos, mandos medios, mandos superiores, políticos, autoridades de gobierno, (ministros y presidente) saben perfectamente que las necesidades publicas son infinitas, pero el presupuesto no lo es, de ahí la razón importante de este estudio, determinar si lo que se está desarrollando con los procesos actuales, se establece con calidad, eficacia y eficiencia, si los servicios son los necesarios, y si el paciente esta satisfecho.



1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Mazatenango es un área accesible desde cualquier punto de vista del departamento y ser además el eje central del desarrollo socio económico de la región sur occidental de Guatemala,¹ puntualmente por las actividades productivas en la rama de la economía primaria: agro exportación, la cabecera departamental de Suchitepéquez es un centro de confluencia económica, migratoria, comercial y financiera; y por las mismas condiciones demográficas y poblaciones la institución del IGSS, ha desempeñado un rol de suma importancia en el rubro de la salud preventiva, curativa y de rehabilitación en todos los grupos etáreos de la región.

En el Estado Moderno, el verdadero dominio, no consiste en los discursos parlamentarios, ni en las proclamas de monarcas, sino en el manejo diario de la administración, y esta se encuentra en manos de la burocracia, la cual maneja los procesos (del latín *processus*) que es un conjunto de actividades o eventos (coordinados u organizados) que se realizan o suceden (alternativa o simultáneamente) con un fin determinado.

El hospital del I.G.S.S. de Mazatenango tiene una efectiva organización y una excelente unidad productiva, así como un alto desempeño y resolución médica, según datos del SIIGSS ésta se fue haciendo cada vez más limitada para la cantidad de derecho-habientes que atiende. Por lo tanto se manifestó estadísticamente un desborde de pacientes, ya que el servicio fue demandado y la demanda se fue excediendo, debido a que se convirtió en centro de referencia para toda la región, cubriendo los departamentos de San Marcos, Retalhuleu, Quetzaltenango, Huehuetenango, parte sur de Solola, y parte colindante con Chimaltenango y el departamento de Escuintla, siendo esta una unidad que inicialmente sólo cubriría el departamento de Suchitepéquez, según Acuerdo 1024 de Junta Directiva de febrero de 1996.

¹ . Hay que tomar en cuenta que el departamento de Suchitepéquez, ocupa el tercer lugar, en nivel de importancia de recaudación fiscal a nivel nacional; esto evidencia el alto grado de desarrollo económico que el departamento refleja en todo el territorio guatemalteco.



Dicha unidad hospitalaria fue proveída, con lo mejor en su momento, ya que la tecnología en sus especialidades y en sus secciones de apoyo, fueron abastecidas, pero la población a cubrir fue creciendo hasta hacerse mayor la intensidad de la problemática de atención al derecho-habiente, al agregarle mas departamentos ya que originalmente solo cubriría uno y al final cubre cinco, la cuestión que se ha ido cubriendo gracias a la buena dirigencia y visión de su Director el Dr. Rigoberto Ortiz, y las Jefaturas Medicas y Jefaturas de Apoyo que intervienen en el proceso, pero eso no quiere decir que los problemas fueron solucionados, muchas veces las soluciones fueron parches ordenados de posiciones centralizadas.

El estudio se limita a hacer la evaluación en la atención medico-quirúrgica y sus procesos, en donde se valora si el proceso administrativo es muy burocrático en la programación de los procedimientos electivos, si verdaderamente se cumple la planificación en sala de operaciones, y porque estas programaciones se convierten en emergencias, para finalmente ver que efectos o secuelas tuvo el diferir el tratamiento terapéutico.

En Promedio en el Hospital de Mazatenango en macro, maneja las siguientes cantidades: egresos: 7,526 de los diferentes servicios de encamamiento, consulta externa 96,234, emergencias 53,184, procedimientos quirúrgicos 2348, según las estadísticas presentadas por los Jefes de Servicios y la estadística anual para el dos mil ocho.²

Se tienen cuatro salas de operaciones, las cuales por remodelación fueron dejadas solo dos para las cuatro especialidades. Se tratará establecer si los procedimientos electivos se están cumpliendo, si los procedimientos para cada proceso están bien o necesitan ser cambiados, si son burocráticos en exceso o si facilitan el camino, también se tratara establecer las cantidades de procedimientos electivos que se convierten en emergencias, sus motivos y secuelas.

² WINSIG informe anual.



Dentro del plan operativo anual, y en base a mejorar las condiciones de atención se programó el análisis, revisión y reacondicionamiento de los distintos servicios a efecto de reducir los tiempos de atención, brindar una atención oportuna y eficiente, y reducir las presas de pacientes, es así como el servicio y atención que se presta al paciente quirúrgico debe de ser evaluado, para hacer las correcciones necesarias, según el manual de normas de sala de operaciones.

Los cuestionamientos que orientarán el problema, quedan detallados de la siguiente forma, a saber:

¿Cuál es la orientación administrativa y burocrática de los procesos en consulta externa para programar procedimientos quirúrgicos?

¿Se está cumpliendo la programación electiva en sala de operaciones?

¿Por qué los procedimientos electivos se vuelven emergencias?

¿Qué efectos y secuelas tuvo la conversión a procedimiento de emergencia?

Cuestionamiento general.

¿Los Procesos de Evaluación en la Atención Médica-Quirúrgica, se Ejecutan en forma oportuna y contribuyen a la salud del derecho-habiente?



2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

2.1.1 Evaluar los procesos medico-quirúrgicos y sus efectos en el Hospital del IGSS de Mazatenango.

2.2 Objetivos Específicos

- 2.2.1 Determinar el grado de burocratización del proceso medico – quirúrgico.
- 2.2.2 Identificar las causas del incumplimiento de los procedimientos electivos.
- 2.2.3 Determinar el impacto del servicio en unidad y en el derecho-habiente.



3. JUSTIFICACION

La Evaluación en la Atención Medico-Quirúrgica, y sus Procesos, en el Hospital del IGSS de Mazatenango, año 2008, esta justificada bajo los siguientes razonamientos:

La población derecho-habiente al régimen de seguridad social, son todos aquellos trabajadores que están en el sector publico, así como también en el sector privado, que pagan su derecho, por medio del plan de prestaciones, y aportan su cuota mensual establecida por medio del sus patronos, llenando de esta manera los requisitos que tiene el régimen de cobertura al IGSS, la prestación medico-quirúrgica es importante tanto como las de prestaciones en dinero, rehabilitación y lo relacionado a jubilación.

Sin embargo en algunas oportunidades no se presta una atención rápida y oportuna, situación que incrementa los tiempos y costos económicos en contra de la Institución y sector patronal, por cuanto es urgente determinar los factores organizacionales, y procesos que inciden en prolongar los tiempos en los procesos Medico-Quirúrgicos y en Consulta Externa en la prestación de los servicios en el Hospital del I.G.S.S. de Mazatenango. La importancia del presente estudio, radica en la información que se obtendrá para comprobar si en el Hospital de Mazatenango, en el área medico-quirúrgico se están desarrollando los procesos con potencialización, eficiencia y eficacia, y aportar datos importantes para hacer las correcciones necesarias a nivel administrativo, con la meta de corregir con base a lo investigado.

Su aplicabilidad ayudara a ésta área institucional, ya que beneficiara no solo a la unidad, sino al seguro social como institución, y centros hospitalarios de salud pública, ya que los resultados se podrán proyectar a la sociedad para hacer mejor y efficientizar los servicios que actualmente se dan en dichas unidades hospitalarias.



Hasta el presente, en el Hospital de Mazatenango, IGSS, no se ha desarrollado una investigación a nivel de procesos medico-quirúrgicos, y el hacer una investigación de este tipo beneficiaría al sector afiliado y beneficiario que cubre dicho nosocomio y lo que vendrá a ser un aporte objetivo de toma de decisiones, además que el mismo tipo de estudio puede perfectamente aplicarse y hacerse en hospitales públicos del estado.

Vivimos en una sociedad grande, la cual cada vez crece mas, y en consecuencia se volverá mas compleja, es indispensable, ante el crecimiento, organizarnos mejor, pero para cumplir este propósito debemos estar en guardia contra el peligro que es natural en las sociedades modernas, el peligro de la reglamentación excesiva, el peligro de la burocratización. Estos son riesgos a los que no han escapado otros países, inclusive mas adelantados que el nuestro y no han escapado países de diferente tinte ideológico. La lucha en contra de la burocratización de la reglamentación excesiva del controlismo es uno de los grandes temas en el manejo de las sociedades modernas.³

³ Miguel de la Madrid Presidente de México 1982/88.



MARCO CONTEXTUAL

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.), en la década de los noventas, inicio una política de extensión de cobertura a nivel nacional, es así como el año de 1996, se inaugura el Hospital de Mazatenango, en donde solo había un programa que era el de Accidentes, se amplio la cobertura a mas especialidades implementando programas de Maternidad, Enfermedad Común, Medicina Física y Rehabilitación, Odontología, Nivel I de Atención, y Nivel II de Atención, es en esa unidad hospitalaria en donde se elaboro y ejecuto el Primer Plan Estratégico del año 1998-2002, y se organizo desde el principio los procedimientos, procesos locales que establecieron y regularizaron el funcionamiento medico-quirúrgico, de las especialidades involucradas, en la atención requerida por los derecho-habientes, sin salirse de los normativos y acuerdos institucionales, fue aquí de donde se origino lo administrativo y técnico, conformando en el interior del país, el primer Consejo Consultivo, un Consejo Administrativo, y el Consejo Medico, regido siempre bajo la ley institucional, todo lo referente al área hospitalaria, debido a que este es el primer hospital que cubre todas las especialidades en el interior del país, ya que en la capital son de especialidades puras, y cada hospital brinda atención a una especialidad diferente.

El Hospital de Mazatenango, de esta forma se convirtió así en un Hospital de Nivel III (antes solo en la capital habían) que cubre los siguientes programas: Programa Materno-Infantil, Programas de Accidentes, Programa de Enfermedad Común, y el Programa de Invalidez, Vejez y Sobre vivencia (IVS).

El Hospital cuenta con un perímetro de 28,000 mts. Cuadrados, y tiene construidos 11,000 mts. Cuadrados, dicha obra fue planificada y ejecutada por la Oficina de Planificación Hospitalaria de Seguridad Social, y dicha unidad se encuentra ubicada en la salida a Cuyotenango, kilómetro 161.5, en Mazatenango cabecera del Departamento de Suchitepéquez.



Para su propio funcionamiento dicho servicio hospitalario, cuenta con los siguientes servicios:

1. Médicos: las especialidades de:

- 1.1 Medicina Interna,
- 1.2 Cirugía General,
- 1.3 Ginecología y Obstetricia,
- 1.4 Pediatra,
- 1.5 Traumatología y Ortopedia,
- 1.6 Rehabilitación,
- 1.7 Odontología.

2. Apoyo:

- 2.1 Laboratorio Clínico,
- 2.2 Banco de Sangre,
- 2.3 Enfermería,
- 2.4 Rayos X,
- 2.5 Farmacia y Bodega,
- 2.6 Mantenimiento,
- 2.7 Administración,
- 2.8 Servicios Varios.

Los Servicios que pone a disposición de los derecho-habientes son completos, poco hace falta para tener los mismos servicios que los hospitales metropolitanos, debido a que es necesario de abastecernos de muy pocos servicios de hospitales capitalinos, por ejemplo complementar todos los servicios en banco de sangre.



4. MARCO TEORICO

Siempre es bueno hacer una evaluación de lo que se tiene dentro del contexto institucional público en marcha, esta podría ser el intento de una evaluación institucional o una evaluación a los procesos que se tiene en la actualidad, todo esto abrirá un debate por demás interesante. Para eso existen diferentes enfoques, y así se evaluará el nivel de utilidad, pues la aplicación práctica de los resultados siempre va a ser discutible.

Toda evaluación puede generar diferentes formas de verse u observarse en forma complementaria pretendiendo trascender la visión de la evaluación misma, como instrumento al servicio de la toma de decisiones o legitimar algo.

El objetivo primordial de la “Evaluación Inicial de Procesos” es establecer de una manera clara y cuantitativa el nivel actual de evolución de la organización evaluada en comparación con los estándares que sustentan el desempeño de una compañía de más alto desarrollo.

El objeto de la “Investigación Evaluativa” es valorar los resultados de un programa en razón de los objetivos propuestos para el mismo, con el fin de tomar decisiones sobre su proyección y programación para un futuro.

Un “Proceso” es el conjunto de pasos o etapas necesarias para llevar a cabo una actividad.

La administración comprende varias fases, etapas o funciones, cuyo conocimiento exhaustivo es indispensable a fin de aplicar el método, los principios y las técnicas de esta disciplina, correctamente.

En su concepción más sencilla se puede definir el “Proceso administrativo” como la administración en acción, o también como: El conjunto de fases o etapas sucesivas a través de las cuales se efectúa la administración, mismas que se interrelacionan y forman un proceso integral.



“Planificar” implica que los administradores piensen con antelación en sus metas y acciones, y que basan sus actos en algún método, plan o lógica, y no en corazonadas.

“La planificación” requiere definir los objetivos o metas de la organización, estableciendo una estrategia general para alcanzar esas metas y desarrollar una jerarquía completa de Planes para coordinar las actividades.

“Organización” es la estructuración técnica de las relaciones que deben existir entre las funciones, niveles y actividades de los elementos materiales y humanos de un organismo social, con el fin de lograr su máxima eficiencia dentro de los planes y objetivos señalados”.

“Organizar” es el proceso para ordenar y distribuir el trabajo, la autoridad y los recursos entre los miembros de una organización, de tal manera que estos puedan alcanzar las metas de la organización. Diferentes metas requieren diferentes estructuras para poder realizarlos.

“Control” es el proceso de vigilar actividades que aseguren que se están cumpliendo como fueron planificadas y corrigiendo cualquier desviación significativa. Todos los jefes o responsables de sección deben participar en la función de control, aun cuando sus unidades estén desempeñándose como se proyectó. Un sistema de control efectivo asegura que las actividades se terminen de manera que conduzcan a la consecución de las metas de la organización. El criterio que determina la efectividad de un sistema de control es qué tan bien facilita el logro de las metas.

“Dirección”: Es la función ejecutiva que consiste en guiar y supervisar a los miembros de la institución para el logro de los objetivos, tiene como elementos la motivación, el liderazgo, la comunicación y la toma de decisiones.

“El Monitoreo” es el proceso continuo y sistemático mediante el cual verificamos la eficiencia y la eficacia de un proyecto mediante la identificación de sus logros y debilidades y en consecuencia, recomendamos medidas correctivas para optimizar los resultados esperados del proyecto. Es, por tanto, condición para la rectificación o profundización de la ejecución y para asegurar la



retroalimentación entre los objetivos y presupuestos teóricos y las lecciones aprendidas a partir de la práctica. Asimismo, es el responsable de preparar y aportar la información que hace posible sistematizar resultados y procesos y, por tanto, es un insumo básico para la Evaluación.

“Evaluación” involucra un análisis objetivo y sistemático del desempeño de la red, procesos, y su eficiencia e impacto con relación a sus objetivos. Su propósito final es recoger lecciones de la experiencia para mejorar la calidad de un producto, mejorar el diseño a futuro, demostrar los méritos de la red a las/los trabajadores. La evaluación puede pensarse como una valoración en un período crítico, o un proceso para mirar impactos o logros, también tiene como fin identificar áreas que requieren fortalecimiento.

Así mismo resulta que es importante no sólo establecer las actividades que beneficien a la población, estas deben de apegarse a la ley, y ver el gasto que se tiene por cada actividad que se desarrolla dentro de la vida institucional, se reafirma que el Estado y sus instituciones a fines, están para dar servicios sociales a la población y potenciar el bien común (constitucionalmente descrito), no generador de riqueza, pero tampoco es posible desperdiciar el recurso y el capital en proyectos que son onerosos y que su efectividad sea escasa, pues el gasto social y el precio social de estos servicios deben generar un impacto positivo en los derecho habientes, o bien atender a toda la ciudadanía en general dependiendo de un estado de emergencia regional e inclusive nacional.

Esto podría aplicarse transversalmente a todo el proceso evaluativo en todos sus niveles, individual, institucional y sistémico. Esto contribuirá a satisfacer las demandas respecto al interés por la calidad de atención en los servicios medico quirúrgicos y sus procesos médicos administrativos, que se dan a la masa contribuyente o derecho-habiente de la región.

Todos los procesos tienen un enfoque diferente para quien lo vea siendo este beneficiado o proveedor de salud, en cada caso, la valoración, la



desmitificación, la acreditación o incluso normas, leyes o actuaciones políticas, va a aportar algo al funcionamiento del sistema.

Un proceso (del latín *processus*) es un conjunto de actividades o eventos que se realizan o suceden (alternativa o simultáneamente) con un fin determinado. Este término tiene significados diferentes según la rama de la ciencia o la técnica en que se utilice.

- Ciencias Naturales.
- Proceso Evolutivo: Físico.
- Proceso: Termodinámico.
- Ciencias Sociales: Histórico.
- Derecho: Proceso judicial.
- Economía y Empresa: Proceso Productivo, Procesos de negocio.
- Informática: Proceso (informática).
- Manufactura e Industria: Proceso de Fabricación. ⁴

La utilidad del proceso evaluado va a exigir una adecuación ingeniosa a la realidad que se va a evaluar y una asimilación al final que debe incluir las consecuencias, a todo lo que se investigara, como aquellas no previstas pero que tengan o pudieran tener incidencia en el proceso a estudiar.

Evaluación se puede describir como: Cálculo, valoración de una cosa: evaluación de los beneficios, de los conocimientos. Es pues la evaluación un que hacer o una labor cargada de promesas, así como también posibles frustraciones.

Es por eso que la evaluación institucional o de procesos, pueden ser que en ella hayan posibilidades de alcanzar enormes beneficios.

⁴ La Enciclopedia Libre es/wikipedia.org/wiki/proceso.



De acuerdo con esto la función que tendrá la evaluación en nuestro estudio no se va a limitar en un instrumento de orientación dirigido solamente para tomar decisiones, sino también inspeccionar sobre los procesos, dentro del contexto.

Este marco de evaluación de procesos, se encaminará para determinar la evaluación institucional, y detallar si la misma está regulada y reglamentada de acuerdo a su propio reglamento interno, pero no se han estudiado los impactos que estos han tenido, aunque a simple vista podríamos decir que si están bien porque así se ha trabajado siempre, al estudiar los procesos, en la atención medico-quirúrgica en el IGSS de Mazatenango en el año dos mil ocho, trataríamos también de: sensibilizar al personal respecto a las problemáticas dominantes encontradas en un momento dado.

Elevar y promover la conciencia social, de proveedores de salud y derecho-habientes, en relación a la problemática del servicio. Omitir el mito de que lo que nosotros tenemos es cien por ciento eficaz, y quitar practicas arraigadas dentro de los hábitos del personal y derecho-habientes. Y así clarificar los resultados independientemente de los contenidos e informes anteriores, si los hubiera.

Hay que tomar en cuenta que dentro del contexto de la administración institucional se necesita: actualización y modernización, puntualmente en la Unidad Mínima de Análisis, es decir en las salas quirúrgicas, para lo cual también es necesario tecnificar y tecnologizar sistemas; pero además se desarrolla el agregado siguiente, ya que lo que desea es indagar sobre las necesidades de la población (derecho-habientes), para comprender su propia problemática y su sistema orgánico institucional; con la meta central de disponer de recursos para mejorar las condiciones mobiliarias de la sala y agilizar los procesos de generación de servicio e información.

En el presente estudio se estudiarán diversas disciplinas médicas. Esto en sí, es la evaluación de lo que fue un proyecto y que hoy esta en funcionamiento



dentro de la vida institucional del I.G.S.S de la ciudad de Mazatenango, pero que en el contexto presente, no ha sido posible evaluar.

Esto nos enviara a dar un planteamiento formal para tomar decisiones necesarias, tanto en el proceso como en la ejecución. Lo importante es para la unidad y la institución en contar la acción más rentable con el fin de seleccionarla.

La evaluación del proceso se define como un análisis disciplinado de los procesos usados en un trabajo, oficio, empresa, institución, organización, junto a un conjunto de criterios que determina la capacidad de esos procesos para ser realizados dentro de objetivos como la calidad, el coste y la planificación.

Conceptualmente se podría determinar que el propósito fundamental es caracterizar la praxis actual, en donde se identificará debilidades, formales, así como también la habilidad del proceso para el control o evitar causas de baja calidad, que pueda apartarse de lo planificado.

El Hospital de Mazatenango del Seguro Social, como toda unidad productiva y proveedora de salud, y toda empresa esta sometida a presiones del ambiente circundante, por eso se tiene la necesidad de tener mecanismos de defensa y preparación, para tener la adaptación a las realidades y los medios en que este mundo moderno se desenvuelve, es por eso que se mantiene una planeacion y planificación estratégica constante.

El cual siempre esta delimitado en toda la normativa de la institución mediante acuerdos y leyes, normativas existentes y eso fortalece el marco institucional y de organización, ya que esta unidad es de alta resolución, y sirve de presa para que no se llenen los hospitales capitalinos. Aquí participan todos en su creación, pues se trabaja como un equipo, dotado de flexibilidad para darle continuidad y alcanzar los objetivos previstos en la misión y visión institucional, esto para dar una atención de calidad a los derecho-habientes.



En los últimos años, el aspecto económico ha sido integrado como parte fundamental en la planeación y operación de los servicios de salud. La información epidemiológica en la región resalta que el crecimiento demográfico se está elevando lo que conlleva a un incremento en el costo para el cuidado de la salud, por lo que se hacen necesarios estudios médico-económicos para fundamentar correctamente la toma de decisiones sobre el tratamiento o programas que cumplan con lo propuesto, al menor costo hay que buscar el uso eficiente de los recursos públicos y una mayor transparencia en sus aplicaciones, se tratará con los resultados en el hospital realizar una corrección en los procesos, con lo que se podrán instrumentar políticas que logren optimizar los recursos y contribuyan a la toma adecuada de decisiones, además de que será la base para desarrollar un costeo por intervención en cada uno de los servicios.

Es por eso que este estudio será la vanguardia para posteriormente hacer un estudio de costos, en el futuro, ya que quedará encaminado para ser complementado por un estudio financiero.

Se afirma cotidianamente que la sala de operaciones es el corazón de un hospital, pero también es importante tener salas de operaciones que cumplan su función, y sea acorde al grado de complejidad, y realidad. En ocasiones hay salas grandes con presupuestos grandes, pero con poca resolución, y por el contrario hay salas pequeñas con presupuestos pequeños que resuelven grandes problemas.

Actualmente los procesos que siguen las especialidades quirúrgicas son similares, no iguales porque cada especialidad tiene sus propias cualidades, pero el proceso, abre otros varios en otros procesos en servicios técnicos, como lo verán es por eso que el funcionalismo será el método a utilizar.

La única forma de administrar bien las cosas es no complicarlas. Las organizaciones e Instituciones en la actualidad son más manejables porque las acciones que deben tomarse se han simplificado en forma paulatina y sistemática



y a esto se logra haciendo evaluaciones para conocer la realidad y cambiarla para mejorarla.

Nunca olvidar, Planear, Organizar, Dirigir, Controlar, Supervisar, Evaluar.

5.1 REQUISITOS PARA OPERAR SEGÚN EDAD Y RIESGO QUIRURGICO

Todo derecho-habiente que ingrese a la unidad hospitalaria y sea necesario que según su diagnostico, sea su tratamiento de tipo quirúrgico deberá de cumplir con la normativa vigente actual de la institución, la cual tiene como objetivo que el paciente no tenga riesgos, la idea es prevenir cualquier tipo de complicación, y estabilizar cualquier cuestión patológica medica activa.

La norma de sala de operaciones es la que a continuación se describe y quien no cumpla con lo anterior no puede programarse electivamente:

5.1.1. MENOR DE 40 AÑOS (ELECTIVOS CONSULTA EXTERNA)

- 5.1.1.1 Historia clínica completa.
- 5.1.1.2 Un donador como mínimo.

5.2 LABORATORIOS

- 5.2.1. Hemoglobina y hematocrito obligados: T.P T.P.T., examen de orina a criterio medico, grupo sanguíneo y RH: dependiendo de cirugía a realizar.
- 5.2.2 Todo paciente en Sala de Operaciones deberá ser tratado como si tuviera SIDA y Hepatitis B.
- 5.2.3 Al momento de hacer la extracción de sangre al paciente realizar la prueba de HIV.
- 5.2.4 Pacientes con ASA II (Patología Asociada Controlada) tendrá evaluación pre-operatoria por anestesiología y no ameritaran evaluación por internista a menos que dicho departamento lo indique.
- 5.2.5 A pacientes con factores de riesgo efectuarles la prueba HIV
- 5.2.6 Si en la evaluación pre-operatoria a criterio del anestesiólogo necesita algún examen; este lo requerirá llamando en el mismo acto la solicitud respectiva, y el medico de turno de la especialidad revisará el resultado.



5.3 PACIENTE QUE NECESITA CIRUGIA URGENTE

Hay derecho-habientes que necesitan cirugía de urgencia, a estos pacientes no se les puede requerir todos los laboratorios pertinentes, por su propia condición crítica, y en una urgencia cada minuto cuenta, pero si es necesario tener algunos laboratorios de base para tener parámetros de ingreso, y saber que tratamiento de urgente debe de iniciarse, cuantas unidades de sangre deben de transfundirse, coloides, cristaloides etc.

5.3.1 LABORATORIOS:

Los que a criterio del medico tratante sean los estrictamente necesarios.

5.3.2 RADIOGRAFIAS: Las que a criterio medico sean estrictamente necesarias.

5.3.3 SANGRE: Cuando el tipo de Cirugía lo amerite y a criterio del medico tratante cerciorarse que hay suficiente sangre solicitándola en la hoja DGSMH-525 Si no hay suficiente sangre y la condición del paciente lo permite, trasladarlo al Hospital General de Enfermedad Común, Hospital General de Accidentes, o al Hospital General de gineceo-Obstetricia; si pelagra la vida del paciente con el retraso de la Cirugía, hacerlo saber al paciente y/o a los familiares anotándolo en el expediente medico y proceder con la Cirugía. Es obligatorio efectuar compatibilidad a toda cirugía de emergencia que lo amerite.

5.4 MAYOR DE 40 AÑOS (ELECTIVOS)

5.4.1 Historia clínica completa con antecedentes médicos quirúrgicos, traumáticos o alérgicos que NO contraindiquen la cirugía.

5.4.2 Si hay antecedentes importantes deberá tener evaluación por el especialista (medico internista, cardiólogo, neurólogo, endocrinólogo, etc.)

5.4.3 Si hay antecedentes importantes y la cirugía es urgente deberá tener evaluación por Medicina Interna.

5.4.4 Solicitar un donador de sangre como mínimo.



5.5 LABORATORIOS:

5.5.1 Hematología, creatinina, nitrógeno de urea, glicemia, orina completa, EKG (con o sin patología asociada), vigentes.

5.5.2 Para este hospital se tomarán vigentes por 6 meses.

5.5.3 T.P. (Tiempo de pro trombina) T.P.T. (tiempo parcial de tromboplastina) de acuerdo a criterio del medico tratante, de pendiendo de la cirugía a realizar.

5.5.4 Grupo RH dependiendo de cirugía a realizar.

5.5.5 Si hay patología renal o esta tomando Diuréticos u otras drogas o Si hay antecedentes de problemas hepáticos y/o de vías biliares, solicitar fosfatasa alcalina, ASAT, ALAT, Bilirrubina total, directa e indirectas, Gama glutamil, transferasa.

5.5.6 Examen pre-operatorio por anesthesiólogo y medico internista.

5.5.7 La evaluación pre-operatoria será realizada por médicos de Medicina Interna si es cirugía de urgencia en los turnos.

5.5.8 A pacientes con factores de riesgo, efectuarles la prueba HIV.

5.5.9 Toda decisión o criterio medico tomado deberá ser anotado en el expediente medico.

5.6 PACIENTES CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL (HTA) DIABETES MELLITUS Y ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)

5.6.1 Los mismos laboratorios y estudios para mayores de 40 años.

5.6.2 Radiografías de tórax si hay sospecha de patología pulmonar.

5.6.3 Evaluación obligatoria por Medicina Interna si es cirugía de urgencia.

5.6.4 Si hay patología pulmonar (enfisema, asma, bronquitis crónica, perdida de mas de 25% de tejido pulmonar por secuelas de tuberculosis o EPOC) y no esta en peligro inmediato de muerte, el paciente por atrasar la cirugía (de urgencia) entonces llamar al anesthesiólogo de llamada por el medico tratante.



5.6.5 Si la vida del paciente esta en peligro al retrasar la cirugía (de urgencia) entonces advertir a los familiares o parientes cercanos, firmando de enterados, anotándolo en el expediente medico o proceder con la cirugía.

5.6.6 En pacientes electivos con hipertensión arterial debe de tener controlada presión arterial en límites normales (exceptuando pacientes obstétricas), además debe tener control de sodio y potasio obligadamente a su ingreso dependiendo del caso.

5.6.7 Pacientes con EPOC que se sometan a cirugías electivas, previamente solicitar Espirometría y consulta a neumología a criterio del medico internista.

5.6.8 Pacientes con riesgos Cardiovasculares (obesidad, arteriosclerosis, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, infartos previos, angina de pecho, etc.), efectuar consulta a Cardiología, según criterio de Medicina Interna.

5.6.9 Pacientes con otras patologías importantes debieran ser evaluados por Medicina Interna o la especialidad que el caso lo amerite.

5.7 REQUISITOS INDISPENSABLES PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO ELECTIVO EN PACIENTES DE EDAD PEDIATRICA

5.7.1 Historia clínica completa.

5.7.2 Datos antropométricos completos, principalmente: PESO Y TALLA.

5.7.3 Verificación de la comprensión de los padres del menor, del procedimiento a realizar y su autorización firmada.

5.7.4 Laboratorios: Hemoglobina-Hematocrito, grupo y Rh, H.I.V. Prueba de coagulación (si así se estima conveniente)

5.7.5 Constancia: de aceptación de un donador sanguíneo.

5.7.6 Todos los casos de urgencia en los que se considere que existen riesgos y que es necesario la presencia de un pediatra en Sala de Operaciones se deberá llamar al jefe de servicio para coordinar por parte del medico pediatra de mayor jerarquía en el turno.



5.7.7 Siempre se debe procurar el beneficio del paciente pediátrico realizar el procedimiento quirúrgico a la menor brevedad posible en condiciones ópticas en horarios adecuados y un anestesiólogo para lo cual se deberán realizar las acondicionamientos necesarios.

5.8 PROCEDIMIENTO PARA INGRESO DE PACIENTES PARA CIRUGIA ELECTIVA

CONSULTA EXTERNA

5.8.1 Paso 01:

Apertura de caso solicitando todos lo estudios necesarios según edad y antecedentes mas otros estudios completos.

5.8.2 Paso 02:

Estudios completos se cita para ingreso según agenda con fecha.

5.8.3 Paso 03:

Previo ingreso se revisa que tenga todos lo estudios médicos y que estén vigentes (3 meses)

5.8.4 Paso 04:

Comprobar si hay cama disponible. Si, pasa a paso 5, no regresa a paso 2.

5.8.5 Paso 05:

Se anota en órdenes de ingreso definiendo claramente fecha y jornada.

5.8.6 Paso 06:

En admisión de consulta externa llenar forma DGSMH-2 a maquina.

5.8.7 Paso 07:

Enfermera de clínica de consulta externa revisa y cumple órdenes y coloca toda la papelería en orden, incluyendo la DGSMH-2.

5.8.8 Paso 08:

Paciente es llevado al servicio previa comprobación de cama disponible.

5.8.9 Paso 09:

Ingresa al servicio.

No se puede ingresar a ningún paciente que no cumpla con los requisitos según la edad y riesgo quirúrgico mencionado anteriormente.



5.9 PROCEDIMIENTO PARA INGRESO DE PACIENTES PARA CIRUGIA DE URGENCIA

5.9.1 Paso 01:

Medico evalúa caso en la emergencia, solicita estudios necesarios según edad, y antecedentes mas otros estudios y tratamientos complementarios y criterio del medico tratante.

5.9.2 Paso 02:

Estudios completos y compatibilidad cuando sea necesario a criterio medico, se programa para cirugía ordenándolo en expediente medico y en hoja DGSMH-133 y presenta caso a anestesiólogo en hoja de consulta (si es de 8 a 16 horas) o se notifica al técnico anestesista (si es turno o día inhábil), con evaluación por medico internista si: a) mayor de 40 años, b) antecedentes de importancia.

5.9.3 Paso 03:

Auxiliar de Enfermería de Emergencia lleva orden de sala de operaciones al Servicio de Sala de Operaciones.

5.9.4 Paso 04:

Enfermera graduada de emergencia revisa que todo este completo y que toda la papelería este en orden incluyendo autorización del paciente.

5.9.5 Paso 05:

Paciente espera en emergencia su turno de atención.

5.9.6 Paso 06:

Paciente para a Sala de Operaciones.

Si se trata de una emergencia en la que este en peligro la vida del paciente si no se opera de inmediato.

5.10 PROCEDIMIENTO PARA PACIENTES ELECTIVOS

En los pacientes electivos hay tiempo necesario para completar todos los laboratorios que nos ayudara a no poner en riesgo la vida del derecho-habiente y nos da el espacio preciso para programar y así tener todo el equipo que sea necesario para el procedimiento.



Pacientes con requisitos completos.

Si hay reunión de servicio programar a la hora en que en realidad se iniciará la cirugía no a las 08:00 horas.

5.10.1 Paso 01:

Médico ordena en papelería DGSMH-13 (anverso) obligatorio.

5.10.2 Paso 02:

Médico anota en libro de programación de sala de operaciones un día antes a más tardar a las 11:00 horas en jornada A.M. y a las 14:00 horas en jornada P.M. En días hábiles y en días festivos o feriados un día hábil previo a la cirugía, la encargada de admisión de consulta externa debe llenar hoja DGSMH-2.

5.10.3 Paso 03:

Jefe de anestesia designa personal a cada sala para próximo día.

5.10.4 Paso 04:

Jefe de enfermería de sala de operaciones anota en pizarrón todos los procedimientos quirúrgicos un día previo a la programación.

5.10.5 Paso 05: Anestesiólogo promedia a paciente, un día previo a la cirugía en el servicio para el efecto los anestesiólogos deberán organizarse para que en turno rotativo y alterna se distribuyan en forma equitativa las especialidades a premeditar a quienes les suministrará anestesia o supervisara durante el acto quirúrgico.

Para los pacientes que se programan para la jornada respectiva será responsabilidad de la medicación de anestesiólogo que tenga horario de 08:00 a 16:00 horas para el efecto el servicio que emergencia tendrá hasta las 14:00 horas como máximo para anotar pacientes.

5.11 PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR EMERGENCIAS DE 08:00 A 16:00 HORAS

5.11.1 Paso 01:

Pacientes con requisitos completos o urgencias absolutas.



5.11.2 Paso 02:

Médico ordena cirugía en expediente medico en hoja 133, explica procedimiento quirúrgico al paciente.

5.11.3 Paso 03:

Enfermera del servicio solicita que paciente o padres del niño firmen autorización para cirugía.

5.11.4 Paso 04:

Admisión del Hospital llena anverso de hoja DGSMH-2

5.11.5 Paso 05:

Médico avisa directamente al anestesiólogo para programar paciente.

5.11.6 Paso 06:

Jefe de sala de operaciones decide sala a usar; en su ausencia decidirá el Jefe de Anestesia.

5.11.7 Paso 07:

Anestesia evalúa a paciente y decide quien suministra anestesia.

5.11.8 Paso 08:

Paciente listo para operar, SI, cambio de camilla y pasa a sala de operaciones, no completa exámenes o consultas y ya completado lo que hacia falta pasa a Sala de Operaciones.

5.11.9 Paso 09:

Cambio de camilla y pasa a recuperación.

5.11.10 Paso 10:

Paso a su sala con la papeleta y órdenes medicas.

**5.12 PROCEDIMIENTO PROGRAMAR EMERGENCIAS DE TURNO EN HORAS
O DIAS INHABILES**

PACIENTES MENOR DE 40 AÑOS

5.12.1 Paso 01:

Paciente con historia clínica Hb- completa, laboratorios completos (Hb, Ht) grupo Rh y HIV y otros exámenes que amerite.



5.12.2 Paso 02

Médico ordena cirugía en expediente clínico y hoja DGSMH-133.

5.12.3 Paso 03

Enfermera solicita al paciente que firme autorización de cirugía.

5.12.4 Paso 4

Médico avisa a sala de operaciones y técnico de anestesia.

5.12.5 Paso 5

Paciente pasa a sala de operaciones

5.12.6 Paso 6

Paciente pasa a recuperación

5.12.7 Paso 7

Pasa a su sala con papeleta y ordenes médicas.

5.13 PROCEDIMIENTO PARA PACIENTE MAYOR DE 40 AÑOS O MENOR DE 40 AÑOS QUE TENGA ANTECEDENTES DE HTA, DM O PROBLEMA RESTRICTIVO PULMONAR.

5.13.1 Paso 1:

Paciente completo (Hb- Ht) orina grupo Rh, Química sanguínea, Glicemia, EKG, evaluación por medico internista.

5.13.2 Paso 2

Médico ordena en expediente clínico y hoja DGSMH-133

5.13.3 Paso 3

Enfermera solicita a paciente que firme autorización.

5.13.4 Paso 4

Médico avisa a sala operaciones y técnica de anestesia.

5.13.5 Paso 5

Paciente pasa a sala operaciones.

5.13.6 Paso 6

Paciente pasa a recuperación

5.13.7 Paso 7

Pasa a su sala con papeleta y ordenes médicas.



5.14 PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE PACIENTES PROGRAMADO DE CIRUGIA ELECTIVA HORARIO DE 08:00 A 16:00 HORAS

5.14.1 Paso 1:

La tarde previo al programa del día siguiente, anestesiólogo informa a Jefe de Sala de Operaciones de Enfermería cuales cirugías fueron canceladas por no estar listos los pacientes.

5.14.2 Paso 2:

La tarde anterior el especialista del servicio de turno evalúa al paciente que no llena requisitos hasta que complete lo solicitado por anestesiólogo, según se lo notifique la enfermera graduada o auxiliar de enfermería del servicio.

5.14.3 Paso 3:

Jefe de enfermería de Sala de <operaciones confirma a las 07:00 horas si hay sangre y si hay cama disponible en UTI o Rayos X portátil, cuando sean solicitados previamente por el cirujano.

5.14.4 Paso 4:

En cirugías sucesivas, la circulante de cada sala deberá confirmar lo mismo o para la cirugía que va a continuación.

5.14.5 Paso 5:

Jefe de enfermería de sala de operación llama o delega con la instrumentista de sala y pide a paciente a las 7:15 horas, según programa establecido. Paciente deberá ser llevado por las enfermeras o camareros del servicio a sala de operaciones a más tardar 30 minutos antes de la hora programada.

5.14.6 Paso 6

En las cirugías que siguen a continuación la circulante de cada sala debe pedir al paciente al servicio de encamamiento, cuando se calculen que falten 20 a 30 minutos para terminar la cirugía, según programa establecido.

5.14.7 Paso 7

El tiempo establecido para limpieza de la sala entre cada procedimiento quirúrgico será como máximo de 20 minutos.



5.14.8 Paso 8:

Jefe de enfermería de sala de operaciones informa a enfermeras del servicio que el paciente ya esta recuperado y se solicita que vaya por el.

5.14.9 Paso 9:

Jefe de enfermería del servicio envía al primer paciente que va de ser operado debidamente canalizado en el brazo izquierdo con angiocath numero 18 y sello de heparina.

5.14.10 Paso 10:

Paciente esta a las 7:45 horas en la mesa quirúrgica preparado para iniciar cirugía, con técnico de anestesia lista para iniciar, al llegar cirujano, instrumentista lista para lavarse las manos y cambiarse al llegar cirujano y circulante lista para abrir los paquetes de ropa e instrumentos cuando instrumentista se lave las manos.

5.15 CONTINUACION PROCESO DE SOLICITUD A PACIENTES PROGRAMADOS DE CIRUGIA

5.15.1 Paso 1:

A las 08:00 horas cirujano debe de estar presente, para iniciar cirugía como esta planeada, si no se espera 15 minutos.

5.15.2 Paso 2:

Si el cirujano llega a las 08:15 horas, se inicia cirugía, si no, se cancela o atrasa operación por jefe medico de sala de operaciones, previo acuerdo entre cirujano y anestesiólogo.

5.15.3 Paso 3:

Se informa por escrito a la Dirección por el jefe medico de sala de operaciones.

Toda cirugía cancelada debe ser reportada en el libro de cirugías canceladas y será investigada. Datos que debe llevar el libro.

- Nombre del paciente
- Tipo de cirugía
- Razón de la cancelación
- Firma de enfermera jefe de sala de operaciones
- Firma de jefe medico de sala de operaciones



Toda cirugía cancelada será reportada a la Dirección Ejecutiva y al Jefe de Servicio respectivo.

- El mismo proceso se hará para la jornada vespertina iniciando los procesos a las 11:30 horas a partir del paso 2.
- En casos especiales muy calificados se podrá reconsiderar la cancelación de una cirugía dejando dicha operación para ultimo lugar en esa sala a criterio del medico anestesiólogo y jefe de sala de operaciones.

Toda cirugía cancelada será investigada y del resultado de esta se decidirá la conducta con el responsable según las leyes institucionales vigentes.

5.16 PROCESO PARA SOLICITUD DE SALA DE OPERACIONES DE PACIENTE DE URGENCIA DE 08:00 A 16:00 HORAS.

5.16.1 Paso 01:

Si hay mas de una urgencia el anestesiólogo y el jefe de sala de operaciones se pone de acuerdo en que paciente pasa primero.

5.16.2 Paso 02:

Jefe de sala de operaciones evalúa si hay necesidad de suspender alguna cirugía electiva y decide cual técnico dará la anestesia.

5.16.3 Paso 03:

Enfermera jefe de sala de operaciones llama al servicio de urgencia para que lleve al paciente.

5.16.4 Paso 04:

Paciente es llevado a sala de operaciones por enfermera del servicio de emergencia.



5.17 PROCESO PARA SOLICITUD DE PACIENTES DE URGENCIA EN TURNOS DE NOCHE O DIAS INHABILES.

5.17.1 Paso 01:

El jefe medico de turno indica si es necesario dar cirugía simultánea.

5.17.2 Paso 02:

Si hay más de una urgencia y hay necesidad de dar anestesia simultanea el Jefe Medico de turno le informa a supervisora de turno (enfermera).

5.17.3 Paso 03:

Supervisora de enfermería de turno traslada al personal necesario para que funcionen dos Salas de Operaciones.

5.17.4 Paso 04:

Enfermera instrumentista llama a la sala de urgencia para solicitar paciente.

- Toda cirugía en la que pelagra la vida del paciente si no se opera rápidamente deberá realizarse dejando enterado a pacientes y familiares y dejando constancia de lo anterior en la papeleta.
- La cirugía que por su manejo muy especializado o por falta de equipo adecuado no se pueda realizar en este Hospital y siempre y cuando no se encuentre en peligro la vida del paciente al retardar la Cirugía por un espacio de tiempo no mayor de 3 horas, deberá ser trasladado al Hospital General de Accidentes, Hospital General de Enfermedad Común u Hospital de Gineco-Obstetricia, previamente se debe llamar telefónicamente al Hospital del referencia y avisarse telefónicamente al Director del Hospital de Mazatenango.

Lo primordial en la evaluación de estos procesos es establecer en forma clara y objetiva la evolución actual de los servicios en comparación con lo teórico institucional, se quiere encontrar áreas y procesos potenciales de desarrollo de la organización y es estudiando el proceso, no calificando empíricamente la gestión, se busca detectar problemas presentes, para ver oportunidades de mejora, se vera también el grado de liderazgo, para alcanzar objetivos, ya que este por medio de la acción y el ejemplo permite al que administra realizar actividades planeadas.



Analizar el proceso medico-quirúrgico se hará para lograr estabilizarlo y si es necesario mejorarlo, para ganar productividad y competitividad, mejorando los ámbitos del producto, acciones, prevenciones, mejorando así la capacidad de producción, y esto nos mejorara costos por servicio al derecho-habiente, mejorando el tiempo de respuesta en los procedimientos quirúrgicos o funcionales en el sistema.

Se ha elegido como área critica a evaluar el proceso medico-quirúrgico y se pretende mejorar la productividad y la calidad del servicio, con eficiencia y eficacia, las instituciones pueden crecer y volverse mas efectivas solo si su administración es sencilla, y la única forma de administrar bien las cosas es no complicándolas. En esta época moderna las organizaciones son mas manejables porque las acciones se han simplificado en forma paulatina y sistemática.

La simplificación administrativa, también debe de ser parte del proceso de modernización de la sociedad y como responsabilidad de todos los servidores públicos, debe proporcionar agilidad y eficiencia, con una gestión responsable, mediante la revisión de los sistemas y estructuras del sector público.

Se busca entonces, una gestión publica o un servicio publico, ágil, eficaz, transparente y honesto.

El resultado final se evaluara en quetzales, dólares, en tiempo, en vidas salvadas, en secuelas, y servirá para modificar lo actual si no esta bien.

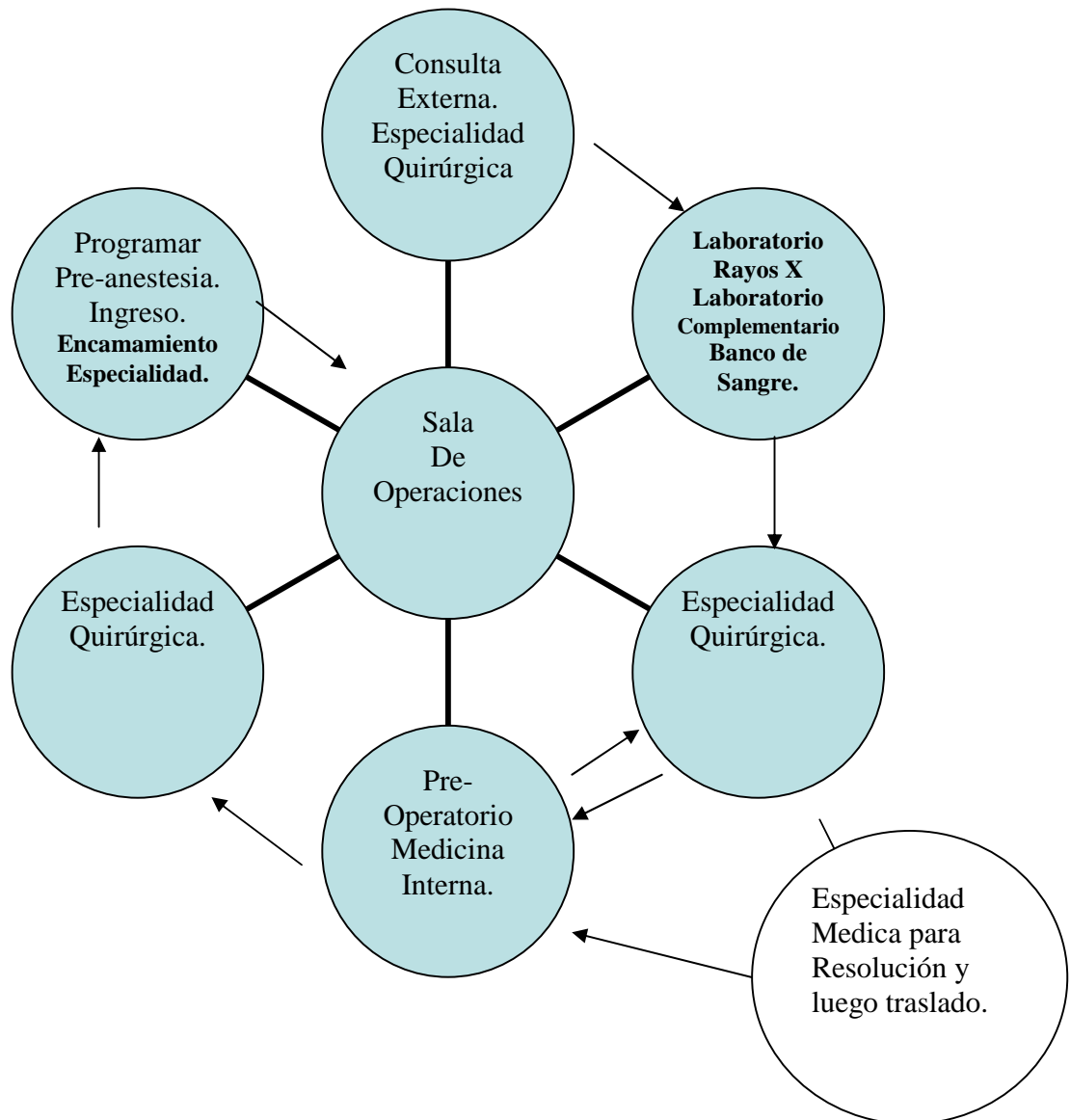
Al termino del estudio y cuando los registros sean evaluados lo cual nos dará una información efectiva, y actualizada los funcionarios podrán hacer uso de ella para las correcciones necesarias, implementación en los servicios, y se podrá trasladar a una zona para información publica, con el propósito de que cualquier vecino, o derecho-habiente, político, funcionario institucional tenga acceso información y que la misma este disponible.



Se entenderá como procedimiento quirúrgico electivo a aquel que después de cumplir con los requisitos de la norma es programado y ejecutado en el tiempo previsto, y se vuelve de urgencia cuando no llega a la fecha en la cual fue programada, se adelanta por algún motivo medico, por ejemplo las cesáreas que son programadas para una fecha y la paciente inicia con trabajo de parto antes de lo previsto, por lo que se convierte en un procedimiento de urgencia.



DIAGRAMA No. 1
ESQUEMA DE INGRESO A SALA DE OPERACIONES EN EL HOSPITAL DE MAZATENANGO DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.



Fuente: Manual de Normas de Sala de Operaciones. (2007)

Previo a lo anterior el paciente ya ha cotizado derechos, presentando la documentación correspondiente y cumplida lo administrativo de admisión, para que pueda acceder a las prestaciones correspondientes en el programa que atenderá al derecho-habiente.



En relación al diagrama 1 se intenta hacer un esquema generalizado de por donde un paciente debe transitar para tener los servicios medico-quirúrgicos, se puede observar a grandes rasgos, en donde podría haber retraso en el servicio, pero no solo se debe de ver el proceso, como algo simple, sino también al universo que lo rodea, pues el proceso puede ser bueno y detenerse por anomia por parte del servidor, así como también de parte de la sociedad. El problema de la anomia es real en los procesos sociales, en ella las pautas de comportamiento son negadas o no existen para el individuo, quien quiere hacer su voluntad independientemente del costo que implique para el o para quienes les rodea, en la anomia no se reconocen o no se tienen reglas, no socializar o la dificultad de socializar algo pone en riesgo los procesos, y esta puede venir por varias causas, entre ellas la fractura de la comunicación social o ruptura en la estructura social

Se debe entender también la cosmovisión y la ideología de la sociedad, ver la relación y la visión que los rodea como hombres y sociedad, y sus lazos, dentro del proceso a estudiar, no ver el mismo solo como una receta, pues la sociedad no tiene o no se puede seguir como recetario todo lo referente a lo social por la misma dinámica que ella tiene.

También es necesario evaluar las relaciones sociales dentro del contexto del proceso, esa relación medico-paciente tan importante en ese dinámico que hacer diario de la medicina.

Necesariamente evaluaremos la norma o la ley dentro de la institución, ya que no todo es cosmovisión y relaciones sociales, también se revisara el proceso dentro de la normativa misma, se sabe que toda relación social que no esta normada por ley es frágil y fácilmente se cae en el caos, es ahí donde entran las instituciones que son estructuras claves que posibilitan y orientan la reproducción social. Cosmovisión, relaciones sociales y poder, y ley, son tres elementos que no existen ni pueden hacerlo por sí solos. Cada uno requiere de los otros dos y los



tres forman una estructura conjunta e integrada. Si uno de los elementos tiene problemas, éstos se manifiestan en los otros dos y la anomia se hace presente.



6. HIPOTESIS

LOS PROCESOS DE EVALUACION EN LA ATENCION MEDICA-QUIRURGICA DEL HOSPITAL DE MAZATENANGO, DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, SE EJECUTAN EN FORMA OPORTUNA Y CONTRIBUYEN A LA SALUD DEL DERECHO-HABIENTE.

6.1 VARIABLES.

Variable Independiente.

Los procesos en la atención medica-quirúrgica del hospital de Mazatenango, del instituto guatemalteco de seguridad social

6.2. VARIABLE DEPENDIENTE.

Si o no / se ejecutan en forma oportuna y contribuyen a la salud del derecho-habiente.



7. UNIDAD MÍNIMA DE ANÁLISIS (UMA)

Esta incluirá la consulta externa y sus encamamientos, que es donde se inicia la prestación del servicio del paciente quirúrgico, hasta sala de operaciones de la Unidad Hospitalaria del IGSS de Mazatenango, del Departamento de Suchitepéquez, en este orden de ideas intervendrán cinco especialidades medicas, cuatro quirúrgicas, una de anestesia, y una no quirúrgica que es medicina interna, cada una con dos clínicas de consulta externa, cada clínica atendida por un medico y una enfermera.

En cada clínica se atienden 20 pacientes diarios, entre quirúrgicos y no quirúrgicos, de aquí se evaluarán cuantos serán o no quirúrgicos, de aquí se derivarán a servicios como laboratorio, rayos x, y los exámenes de gabinete que fueran necesarios dentro o fuera de la unidad. El derecho-habiente al completar la evaluación será programados para su procedimiento quirúrgico y ejecutar dicho acto, esto requiere de un encamamiento que lo recibirá antes y después del procedimiento. En el área de estadística se verán los totales de procedimientos junto a los libros correspondientes y se revisarán los procesos de inicio al final.

7.1. Recuento de la clínica de consulta externa

7.1.1 clínica de consulta externa cuenta con:

7.1.2 1 medico. Según la especialidad.

7.1.3 1 enfermera. (Cubre dos clínicas)

7.1.4 1 secretaria (en ocasiones una secretaria para dos o tres clínicas)

7.1.5 Laboratorio clínico cuenta con su personal rotativo cubierto por turnos.

7.1.6 1 secretaria de laboratorio.

7.1.7 Rayos. X cubierto por personal con turno rotativo.

7.1.8 1 secretario de rayos x.

7.1.9 Banco de sangre cubierto por personal fijo y rotativo.

7.1.10 1 secretaria de banco de sangre.



7.2. Recuento de área quirúrgica y encamamiento

1 sala de operaciones cuenta con.

7.2.1 Médicos cirujanos según su especialidad.

7.2.2 Médico anestesiólogo.

7.2.3 1 enfermera anestesista.

4.2.4 1 instrumentista.

7.2.5 1 circulante.

7.2.6 1 enfermera de post operatorio.

7.2.7 1 medico en encamamiento.

7.2.8 1 enfermera en encamamiento.

7.2.9 1 enfermera graduada en encamamiento.

8. METODOLOGÍA DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

El método bajo el cual se hizo el presente estudio fue bajo el Funcionalismo; este método fue un auxiliar determinante para estudiar los fenómenos sociales desde el punto de vista de las funciones que cumplen las instituciones o estructuras sociales, o una unidad en si, como por ejemplo: los órganos dentro del cuerpo humano. El funcionalismo afirma que el sistema total en una sociedad está compuesto de partes que están interrelacionadas e interdependientes, y que cada una cumple una función necesaria en la vida de un grupo.

Fue pues aplicable a este estudio pues dentro de la unidad hospitalaria, hay diferentes servicios que están interrelacionados unos con otros, para proporcionar atención a los derecho-habientes. Un servicio o un proceso, depende de otro para su funcionamiento total.

Dichos servicios, son tan amplios que aunque no tengan relación técnica, al unirlos uno con el otro hacen que el sistema funcione, y hacen que el servicio



tenga o no tenga eficacia. Es aquí donde la teoría funcional es determinante, pues pretende dar un sentido a las partes funcionales dentro del sistema, esto nos indico como disminuye o se acrecienta un determinado conflicto o conflictos, y/o en que medida nos tiende a conservar o a ayudar los valores y la calidad.

El método tiene el término función, que se le puede designar por ejemplo a una profesión, un empleo o un estatuto, en este caso se puede designar al conjunto de tareas que van a cumplir o incumben al individuo que ocupe un determinado puesto, de esta acepción proviene el vocablo “funcionario”, esto tiene un sentido social sociológico. No esta de más recalcar el sentido biológico que ha conducido a distinguir entre los órganos y las funciones que son todo el conjunto coordinado de las operaciones que esos órganos efectúan para mantener la vida.

Emilie Durkheim se refería a que todas las actividades colectivas regulan las actividades individuales y de esa coacción reguladora de las individualidades forma la conciencia colectiva, lo que el definió como hecho social.

En este estudio evaluamos los procesos de un programa de intervención social, pues valoramos la eficacia y los procesos de los servicios que se están prestando a los derecho-habientes, ya que este programa se implemento para solucionar problemas de salud que son parte del problema social.

Mediante el estudio se crearon mejoras al programa si los resultados indicaron necesario.

Los problemas de salud, educación, vivienda, seguridad, son problemas sociales, y estos no son cuestiones subjetivas, y no son problemas hasta que la sociedad en conjunto no los define como tal, es lo que pretendí con el estudio proporcionar una visión de que se están implementando acciones que resuelven el problema. La evaluación per se es una ciencia social, de gran actualidad cuyo potencial no se discute, pero aun sigue en permanente proceso de construcción.



Como disciplina en construcción permanente y consolidación a través de la evolución nos ayudara siempre, evaluar es valorar pero esto puede tener connotaciones ideológicas que puede tener concepciones histórico-sociales y esto nos puede condicionar.

Esta investigación de tipo evaluativo, apoyado con el método funcionalista, se convirtió en una fuente de conocimientos y directrices en las diversas actividades intra-hospitalarias, porque nos indico el grado de eficiencia o deficiencia del programa y nos señalo el camino para reformular y revalorar el éxito que se ha tenido y los esfuerzos realizados.

Este método nos permitió evaluar el proceso medico-administrativo, de la unidad hospitalaria del IGSS de Mazatenango, ya que el paciente que se presenta a consulta externa, debió trasladarse a la especialidad medica quirúrgica correspondiente, pero también necesito la utilización de otros servicios, como laboratorio clínico, banco de sangre, especialidad medica no quirúrgica como la de medicina interna, y luego ser referido a sala de operaciones, previo al encamamiento correspondiente, sin mencionar los procesos administrativos pertinentes, que hacen cotizar al derecho-habiente. Todos los servicios tienen una función diferente que al unirlos sirven para dar una buena atención al derecho-habiente.

8.1. Método Específico

La presente investigación se auxilio del método estadístico. Es necesario conocer la opinión de los derecho-habientes, y personal que intervino en el proceso por medio de revisión de expedientes médicos, que fueron evaluados para obtener resultados estadísticos y estos analizados para presentar propuestas que permitan aportar soluciones a la problemática.



8.2. Método Operativo

Se auxilio de tablas estadísticas, fórmulas y cuestionarios de preguntas, observación, además de los respectivos expedientes médicos de cada derechohabiente en donde la información objetiva escrita nos respondió los problemas encontrados los que deben ser solucionados, así como la revisión de las normativas específicas en donde están los procesos para la preparación medica de un paciente quirúrgico.

9. TECNICAS

9.1. Cuantitativas

Se utilizaron técnicas cuantitativas, ya que se evaluaron datos estadísticos, en expedientes clínicos, libros de programaciones, libros de operaciones, mismos que fueron graficados, y cuantificados según los datos encontrados y analizados.

9.2. Cualitativas

Las técnicas cualitativas que se utilizaron fueron: observación, de los diferentes expedientes, libros de operaciones, libros de programaciones, libros de omisiones.

Todo esto se articuló a los objetivos específicos, para darle solidez a la investigación y ejecución al finalizar el informe.

Se apoyo en la siguiente tabla:



Tabla No. 1.
Métodos, Técnicas e Instrumentos que se detallarán en la presente investigación.

| OBJETIVOS ESPECIFICOS | METODO | TECNICAS | INSTRUMENTOS |
|---|-----------------------|-------------------------------|--|
| Evaluar proceso de atención medico quirúrgico | Método funcionalista | Cualitativas | Expedientes Médicos. Boleta de observación. |
| Identificar las causas del incumplimiento de los procedimientos electivos. | Método estadístico | Cuantitativo | Tablas de las estadísticas de sala de operaciones. Libros de omisión de procedimientos. Archivos médicos. |
| Readecuar los procedimientos con base a los hallazgos de la evaluación realizada. | Método funcionalista. | Cualitativa. Cuantitativo. | Boletas de encuestas. Libros de los diferentes servicios. Observación de partes interesadas. Bibliografías. Normas y acuerdos institucionales. |



9.3 Variable de Inclusión.

Se incluyó a todo derecho-habiente que cumplió con la normativa institucional de derechos, todo paciente que ingreso de urgencias aun sin derecho calificado. El derecho consiste en la presentación del certificado del trabajo aportado por el patrono.

9.4 Variable de Exclusión.

Ninguna, pues todo paciente que ingresa a sala de operaciones, es una vida que debe salvarse, aun así causa gasto y debe contabilizarse.

10. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION

10.1. POBLACION Y MUESTRA

La presente evaluación incluyó a los derecho-habientes que ingresaron al servicio de sala de operaciones y cumplieron con la normativa de ingreso, utilizando los servicios mencionados de la unidad hospitalaria de Mazatenango del IGSS en el año 2008, que son aproximadamente 2,660 pacientes, y los datos del servicio de estadística.

10.2 Universo

¿Cómo se calculó el tamaño de la muestra, con relación a los derecho-habientes que solicitaron atención medico-quirúrgica?

Se tomaron en cuenta los datos estadísticos históricos registrados en el Sistema de Información del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, de los pacientes atendidos en consulta externa y sala de operaciones. El número anual de pacientes que fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos fue de 2,660.



La muestra se estableció con un nivel de confianza 95% y un error del 5%

Los valores que se estimaron fueron los siguientes:

$$n = ?$$

$$e = 5\% = 0.05 \text{ o } 10\% = 0.1$$

$Z = 1.96$ (tabla de distribución normal para el 95% de confiabilidad y 5% error) o

$N = 2,660$ (universo)

$$p = 0.50$$

$$q = 0.50$$

| | |
|--|--|
| $n = \frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{Ne^2 + Z^2 p \cdot q}$ | |
|--|--|

Para calcular "n" (tamaño de la muestra), se consideró un 95% de confiabilidad y un porcentaje de error del 5% (0.05)

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (2,660)}{(2,660)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.5) (0.5) (2,660)}{(2,660) (0.0025) + (3.8416) (0.5) (0.5)}$$



$$n = \frac{2,554.66}{6.65 + 0.9604}$$

$$n = \frac{2,554.66}{7.6104}$$

$$n = 335.68$$

La investigación se realizó con 336 usuarios, que corresponden a la muestra de usuarios según la fórmula aplicada.

10.3 DELIMITACION TEORICA.

La evaluación que se desarrolló fue sobre la base de construcción científica del método funcionalista, estadístico, observación, revisión de bibliografía y otras fuentes.

10.4 DELIMITACION GEOGRAFICA/ESPACIAL.

Se hizo con derecho-habientes que requirieron servicios médico-quirúrgicos en el Hospital de Mazatenango del IGSS, durante el año 2008.

10.5 DELIMITACION TEMPORAL.

La presente evaluación se desarrolló durante los meses de Junio a Diciembre de 2009, bajo la dirección del Dr. Juan Carlos Moir, quien fue el asesor de tesis.



11 RECURSOS.

11.1 RECURSOS HUMANOS.

1 Estudiante de Maestría en Administración Pública. Dr. Carlos Ernesto Dominguez Garavito.

1 Asesor. Bajo la Dirección del Dr. Juan Carlos Moir.

11.2 RECURSOS FINANCIEROS Y DE OFICINA.

Asesoramiento de tesis.

Viáticos para recabar información

1 computadora

1 impresora

1 USB

1 equipo de oficina

4 resmas de papel bond

1 calculadora

Tinta para impresión

Varios de oficina

11.3 RECURSOS BIBLIOGRAFICOS.

Biblioteca Universidad de San Carlos de Guatemala.

Biblioteca Del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Biblioteca.

Biblioteca Personal.

Internet.



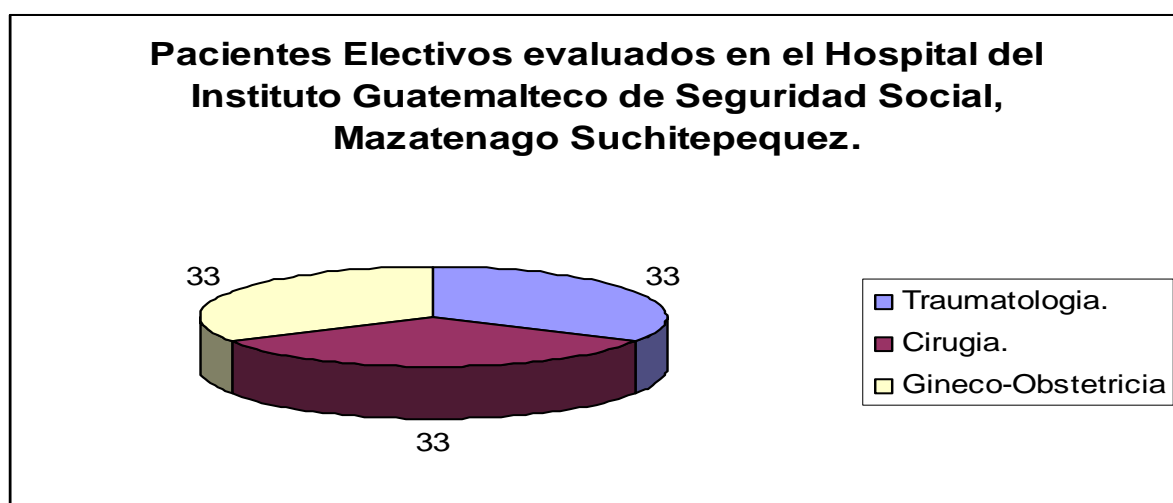
CAPITULO 2 12. INFORME FINAL.

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS.

De acuerdo al cuestionario aplicado a las diferentes áreas en donde se guarda información, procesos, estancias, programaciones, se pudo encontrar la siguiente información:

Primero: se ordeno la información recabada por especialidades, pues no se puede hacer una evaluación global, cada una de ellas tiene sus diferencias las cuales les da particularidades que las hace independientes debido a sus particulares patologías que presentan.

Grafica No. 1

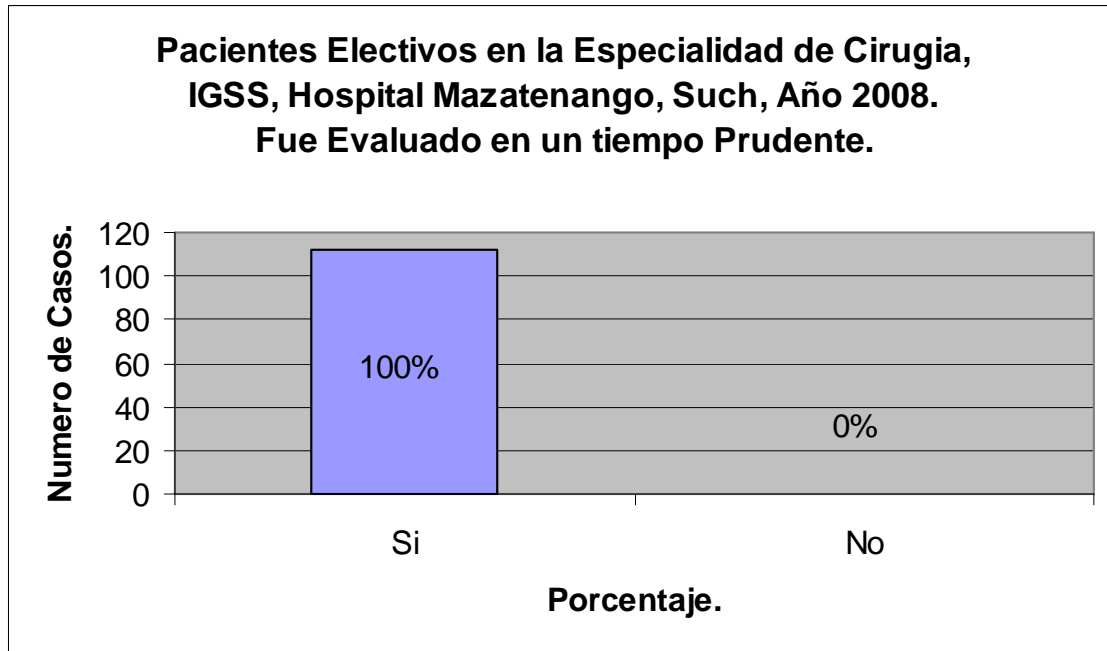


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

En la presente grafica se puede observar que hay tres especialidades Quirúrgicas evaluadas que son quienes inician todo el proceso Medico-quirúrgico, y que luego se entrelazan con las especialidades medicas y servicios internos, se puede observar que la muestra fue de 336 en total divididas en 112 para cirugía general, 112 para traumatología y ortopedia y 112 para ginecología y obstetricia.



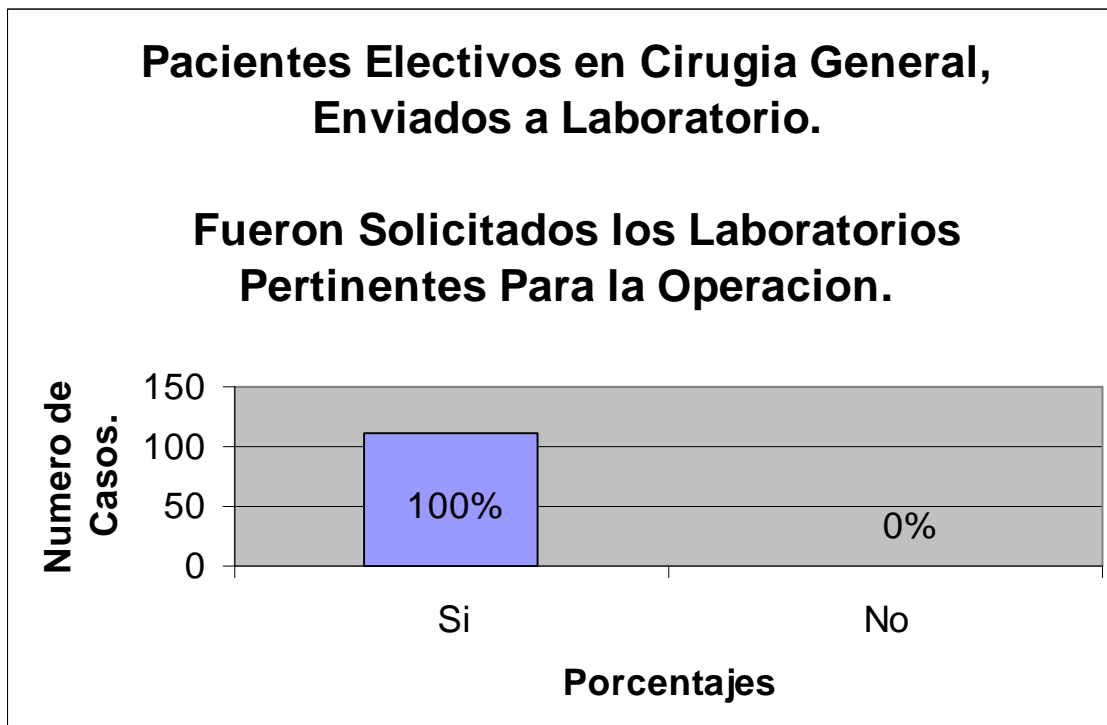
Grafica No.2



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

En relación a los derecho-habientes que evaluados en el servicio de cirugía general, los 112 fueron examinados en forma pronta, a su ingreso en la consulta externa y están por debajo de los 30 días.

Grafica No.3

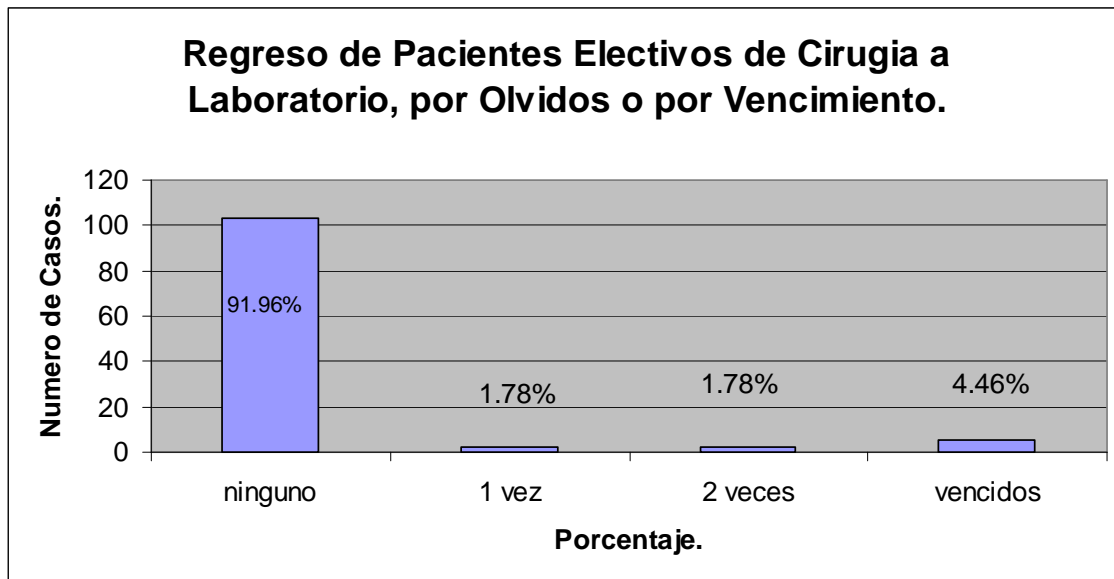


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que los 112 derecho-habientes fueron enviados al laboratorio clínico de la unidad pues la valoración por todos los métodos de diagnóstico es obligatoria, extrayendo las muestras necesarias, pues con una que falte no puede pasar a la siguiente fase.



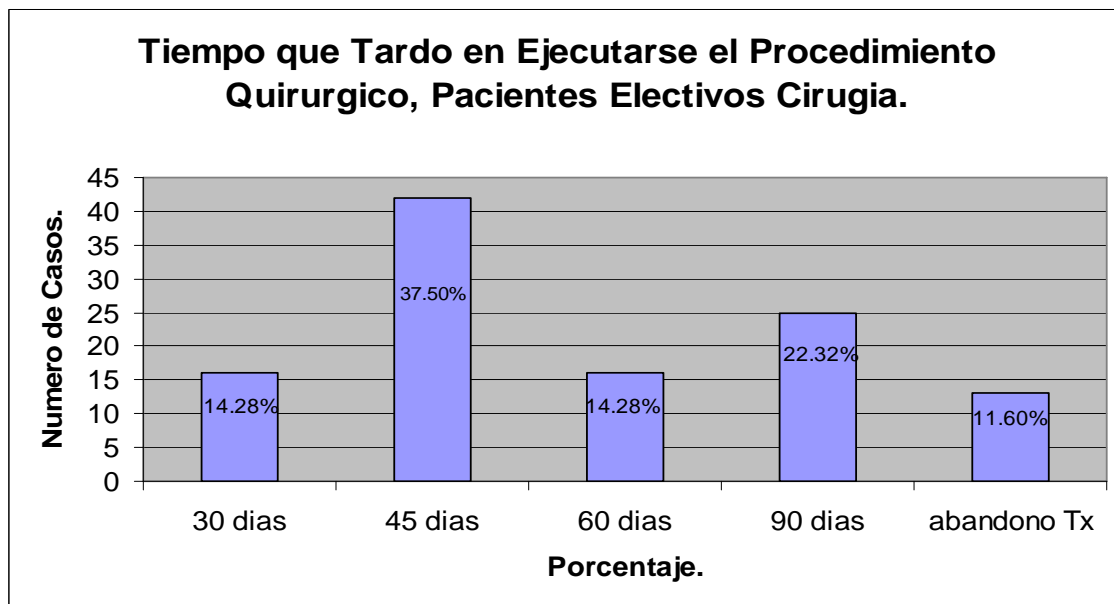
Grafica No.4



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo. 2008.

Se puede observar en la presenta grafica que el 93.96% de los pacientes fueron solo una vez al laboratorio, solo el 4.46% fue por laboratorios vencidos, los cuales se realizan nuevamente todos los laboratorios y cuatro pacientes fueron regresados una o dos veces por falta de un laboratorio.

Grafica No.5

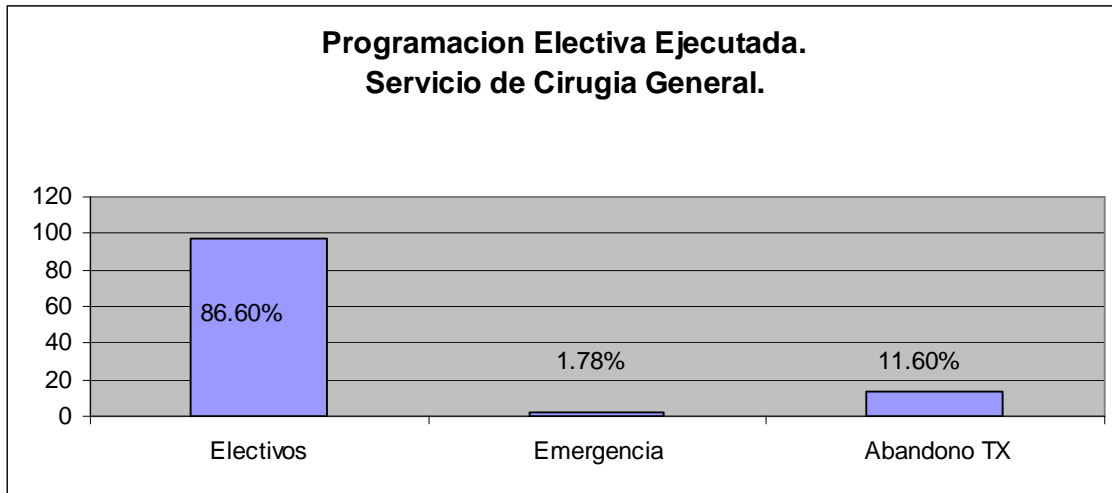


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Como se puede ver el 65.98% de los procedimientos fueron hechos en menos de sesenta días, y el resto el 22.32% fue hecho en menos de 90 días, hay que ver también que hay un porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento, faltan a citas de preoperatorio. El problema resalta cuando intentan reingresar quieren ser vistos en forma rápida no respetan el turno de los que están cumpliendo con la reglamentación, al incumplir con su inasistencia a los diferentes servicios.



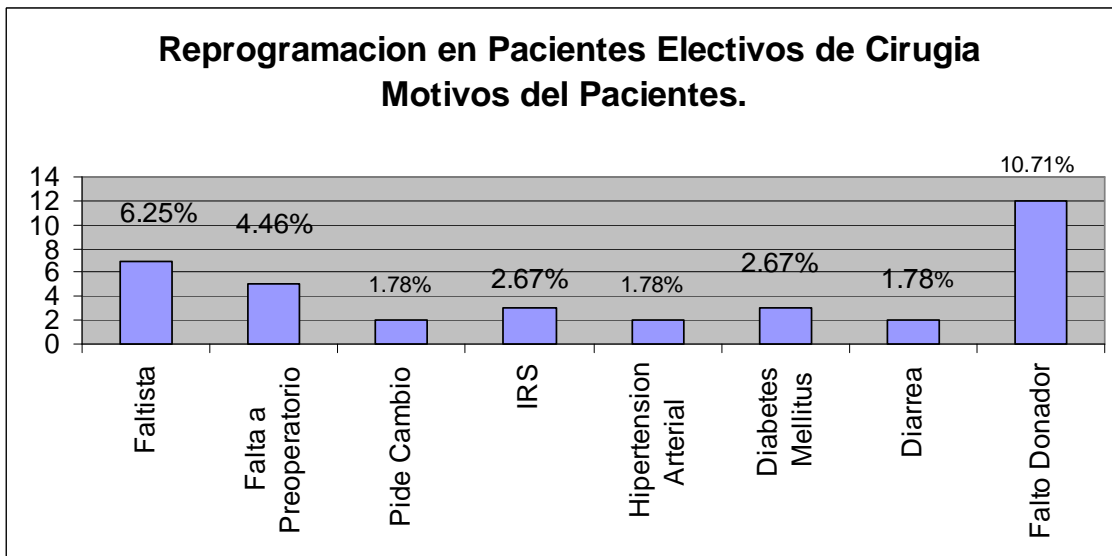
Grafica No.6



Fuente Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede apreciar que el porcentaje de procedimientos electivos es elevado, cumpliendo así con la programación quirúrgica, teniendo un porcentaje mínimo que se vuelve emergencia, por cuestiones de espacio ya sea en sala de operaciones o en encamamiento.

Grafica No.7

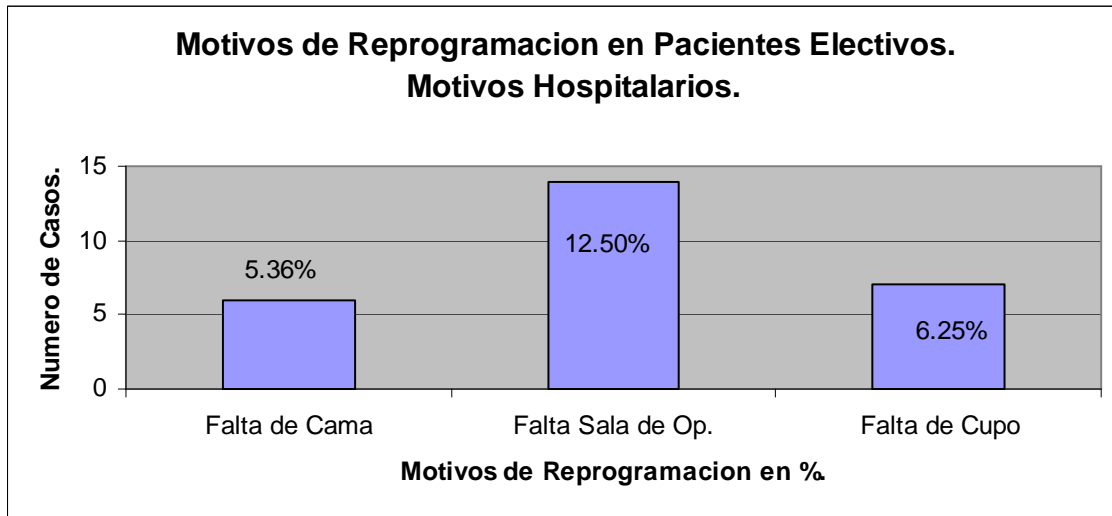


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que hubo 36 reprogramaciones, pero aun así fueron electivos los procedimientos, pues para eso es la evaluación previa a la cirugía, para encontrar patologías que puedan poner en riesgo la vida del paciente, llama la atención que los motivos de reprogramación es por irresponsabilidad del paciente siendo estas, faltar a cita, faltar a preoperatorio, y no cumplir con la reglamentación de traer su donador, así como pedir cambio de cita, el resto es por patología propiamente dicha entre las cuales resaltan, infección respiratoria superior, hipertensión arterial, diabetes mellitus y diarrea.



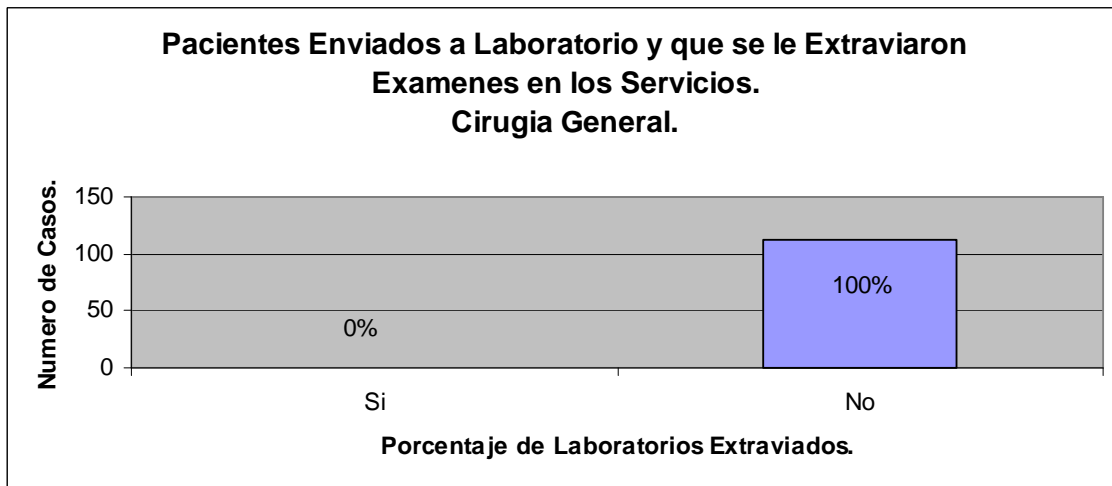
Grafica No.8



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que la falta de espacio en sala de operaciones es la causa mas frecuente de reprogramación, debido a la falta de dos salas por remodelación las cuales ya llevan mas de dos años sin resolver, siguiendo la falta de cama en el servicio por ultimo la falta de cupo en el programa quirúrgico de la especialidad, al tener días específicos y cantidad de operaciones que pueden hacer.

Grafica No.9

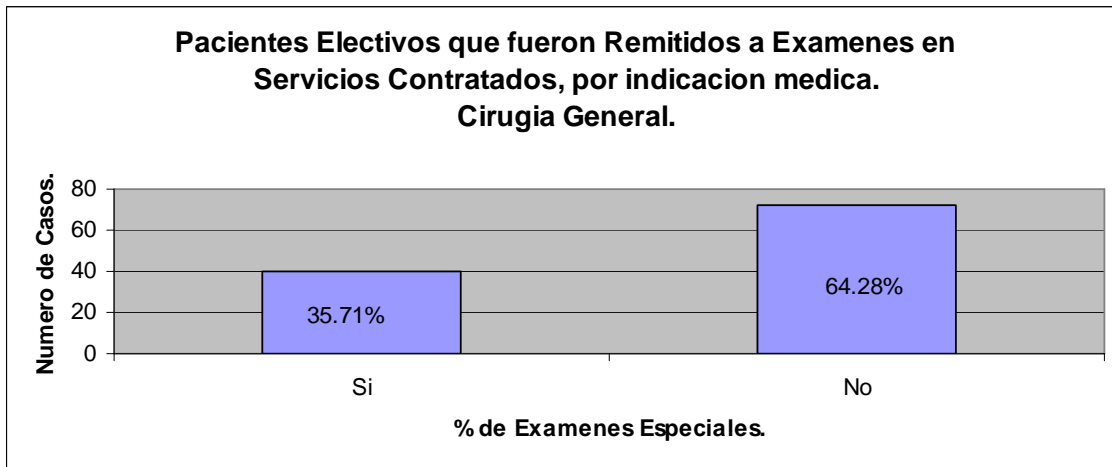


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que la pérdida de laboratorios, es nula, con buen enlace entre el laboratorio y la consulta externa, lo que indica la buena comunicación y entrega de los laboratorios para las diferentes clínicas y especialidades, así como con los encamamientos, el eje laboratorio, archivo, especialidades esta funcionando.



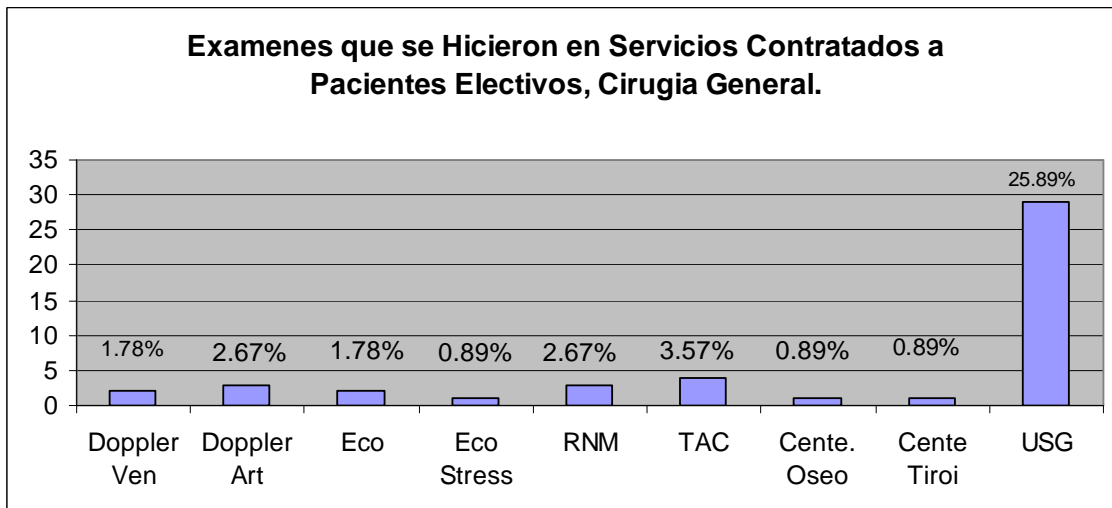
Grafica No.10



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que solamente un 35.71% de los derecho-habientes tuvieron necesidad de hacer estudios especiales y un 64.28% no, ya que solamente los laboratorios intrahospitalarios fueron suficientes, la institución pone al servicio del derecho-habiente servicios contratados, siempre y cuando estén indicados y sean referido a por la unidad que lo requiere.

Grafica No.11

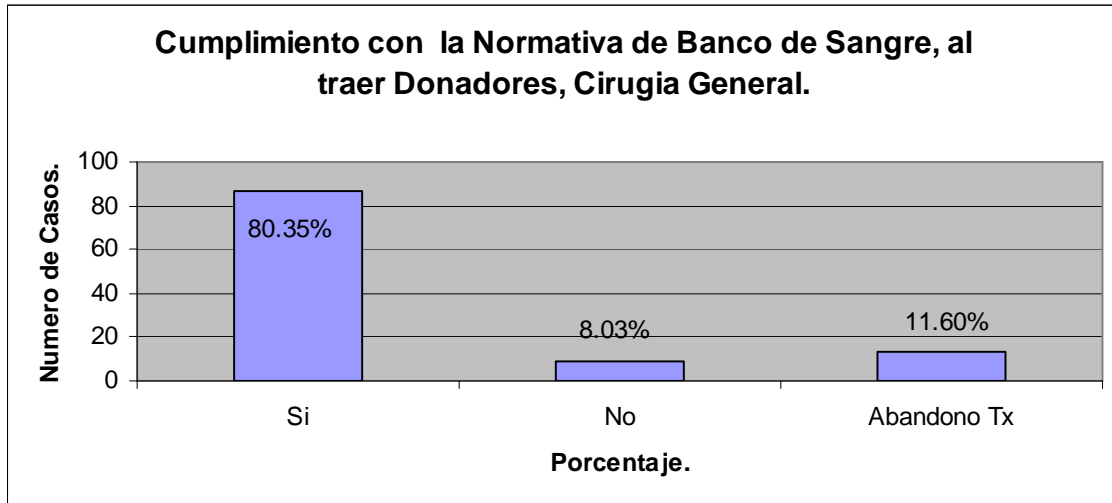


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que el ultrasonido es el servicio mas utilizado en el servicio de cirugía general, y que el porcentaje de medios diagnósticos sofisticados está bien utilizado, y las indicaciones fueron precisas, pues había relación lógica entre la patología y el examen solicitado, así como la complejidad del mismo.



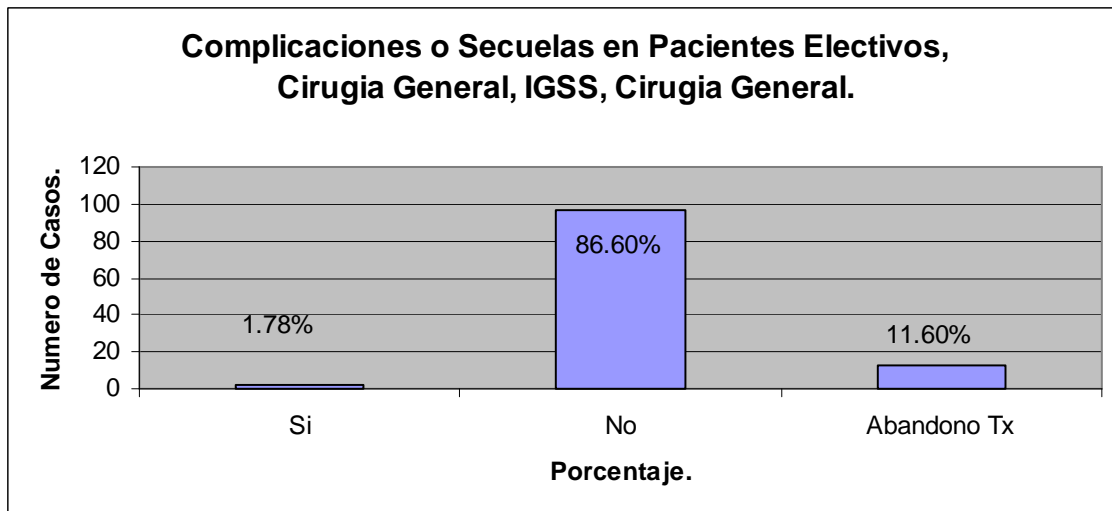
Grafica No.12



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que un alto porcentaje cumple con la normativa de traer al donador, solo un 10.71% no cumplió con la normativa, y es importante la donación pues el banco de sangre debe de estar preparado para emergencias, el procedimiento electivo se hace al traer el derecho-habiente dos donadores para su operación.

Grafica No.13

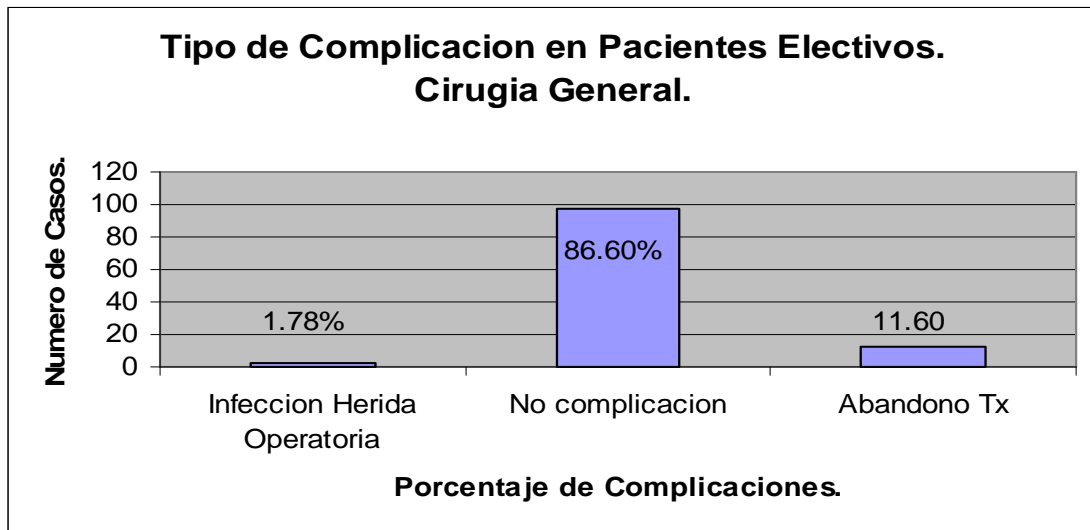


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar solamente 1.78% de los casos sufrió las complicaciones secundarias a procedimientos electivos, el 86.60% que corresponde a 97 derecho-habientes de un total de 112 no hubo ninguna complicación secundaria al evento operatorio.



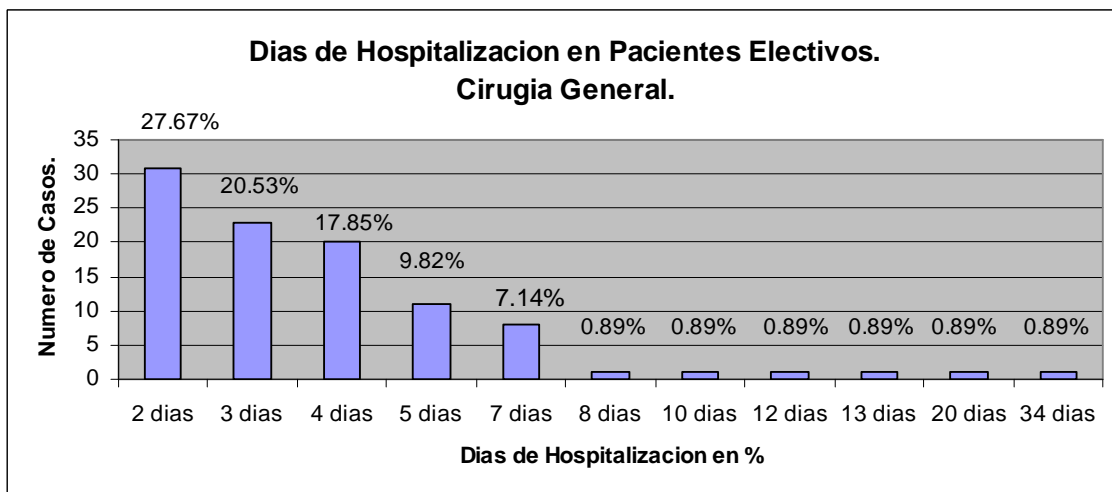
Grafica No.14



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

La única complicación fue dos derecho-habientes con infección de herida operatoria, de todos los pacientes que fueron incluidos, la complicación fue mínima, en el mayor porcentaje de pacientes la evolución fue satisfactoria.

Grafica No.15

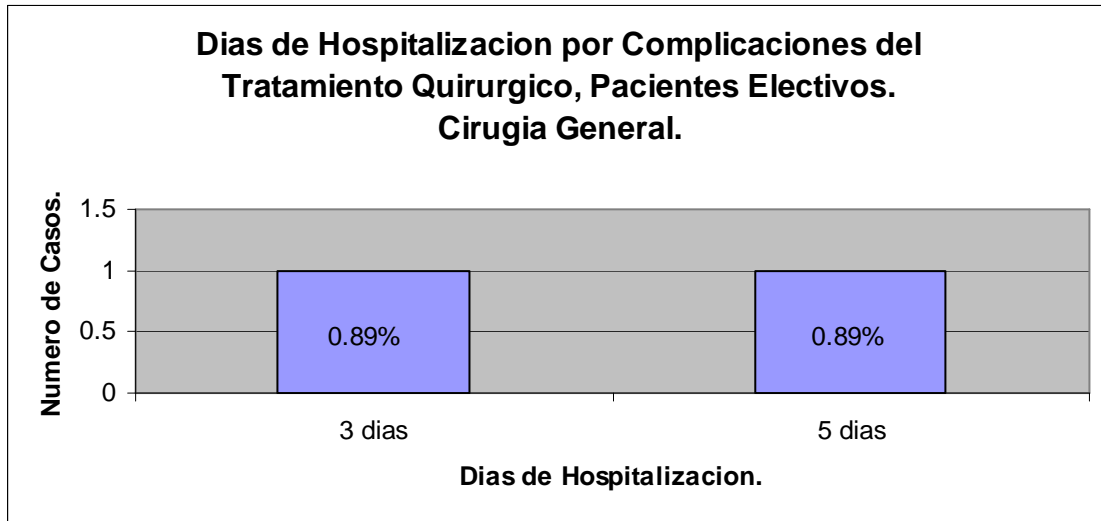


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que la estadía de los pacientes en el servicio es adecuada, 74 pacientes, (66.07%) esta cuatro días o menos, y según la patología los tiempos hospitalarios fueron aceptables.



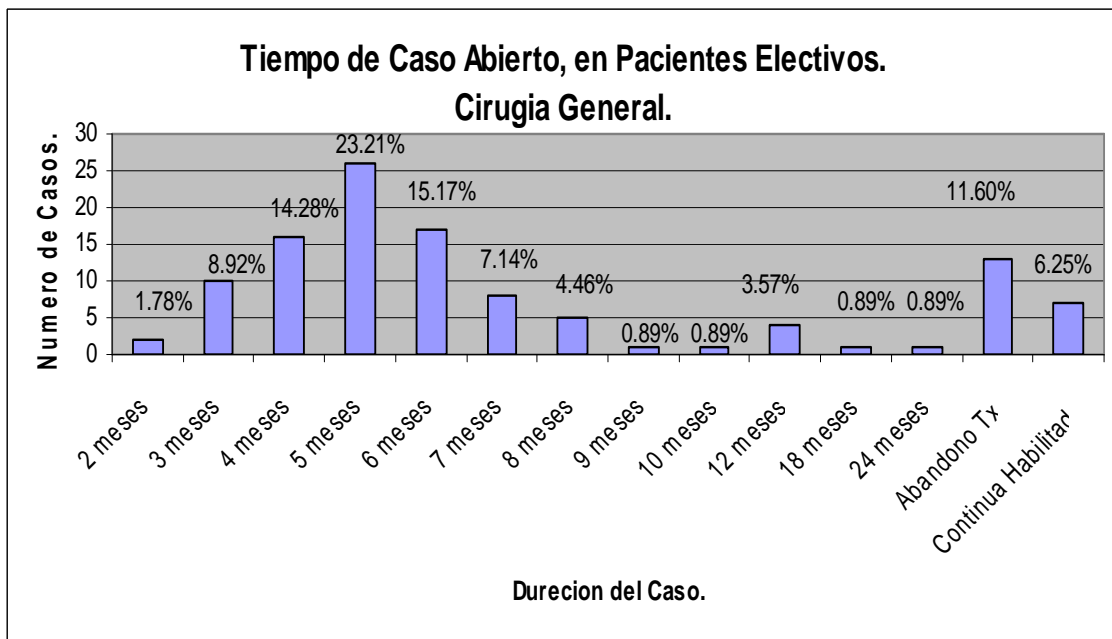
Grafica No.16



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo.

Se puede observar que de los dos pacientes que presentaron complicaciones del tratamiento quirúrgico, los tiempos hospitalarios fueron cortos, y su manejo correcto, en ningún momento hubo riesgo en la vida del derecho-habiente.

Grafica No.17

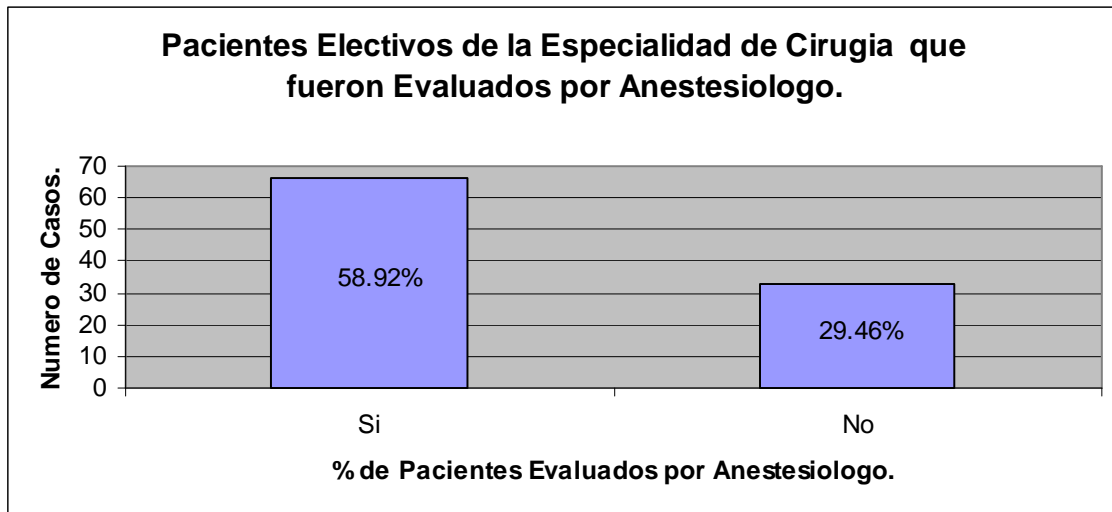


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar en el cuadro anterior que el tiempo que transcurrió el caso abierto, fue correctamente manejado, pues la mayoría fue de seis meses, el resto se prolonga por la complejidad de la patología.



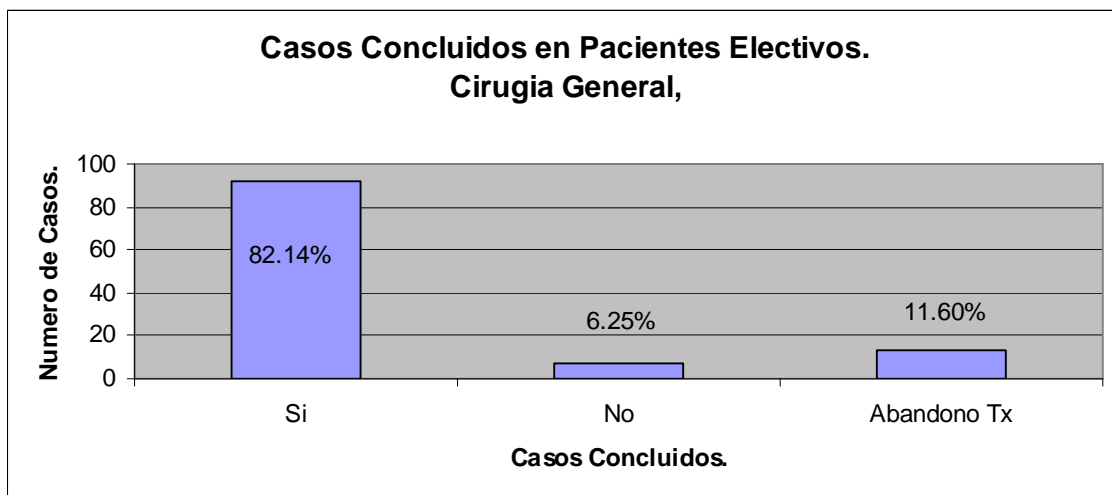
Grafica No.18



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que un 58.92% (66 pacientes) si fueron evaluados, pero hay un 29.46%, (33 pacientes) que no fueron evaluados, ahí hay un problema a resolver pues ningún paciente debe de entrar a sala de operaciones sin ser evaluado por anestesiólogo, es parte de la seguridad que el sistema tiene para mantener la calidad del servicio, debe de observarse la regla y aplicarse la obligatoriedad, pues el sistema se detiene al fallar una parte del mismo, para que todo el aparato sea funcional todos deben de cumplir con lo que le corresponde, una mala evaluación de alguna de las partes podría impactar negativamente en el derecho-habiente.

Grafica No.19

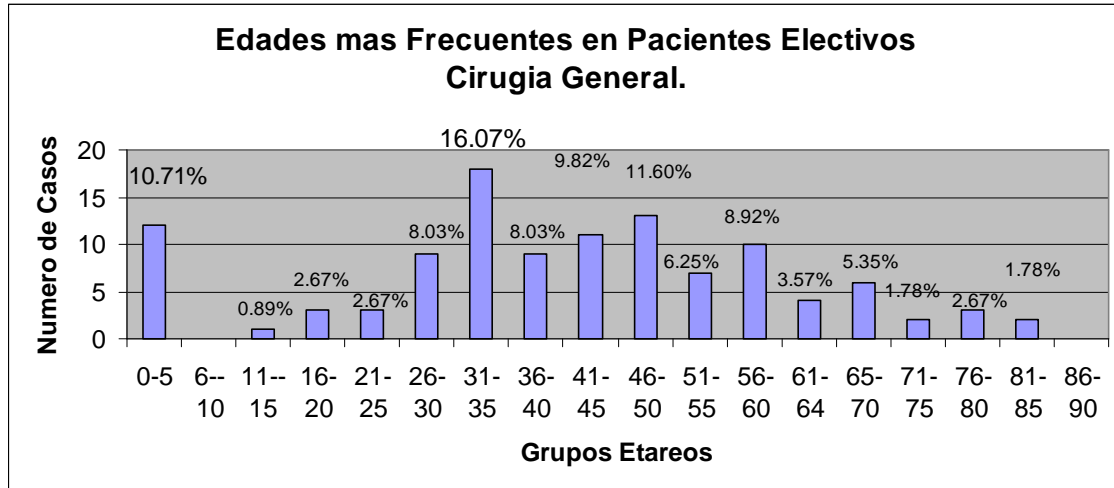


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se observa que el numero de casos concluidos es de 83.14%, en 92 pacientes se concluyo el caso, lo que indica el adecuado diagnostico y el tratamiento realizado al derecho-habiente, los casos no concluidos son por complejidad de la patología, por ejemplo enfermedad cardiaca complicada, hipertensión arterial, diabetes mellitus descompensada.



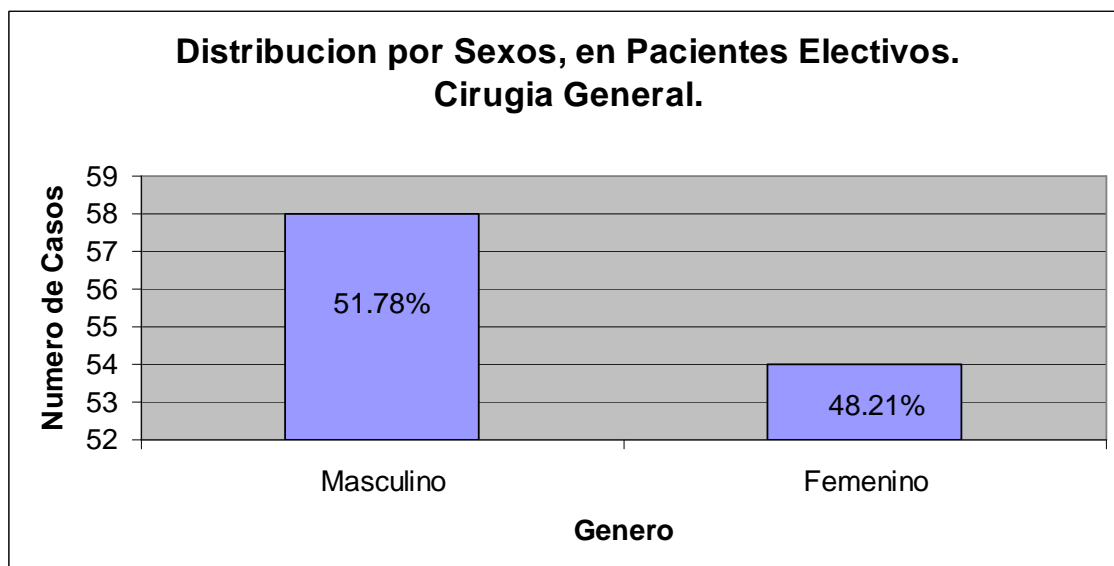
Grafica No.20



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que la edad productiva es la que mas problemas patológicos presenta y es quien mas atiende la institución, para declinar a la entrada de la tercera edad, la primera frecuencia de 10.71% se da en los cero a cinco años, en varoncitos por problemas urológicos, luego se anula ya que no hay cobertura institucional en la adolescencia hasta los quince años que es cuando inician los niños a trabajar.

Grafica No.21

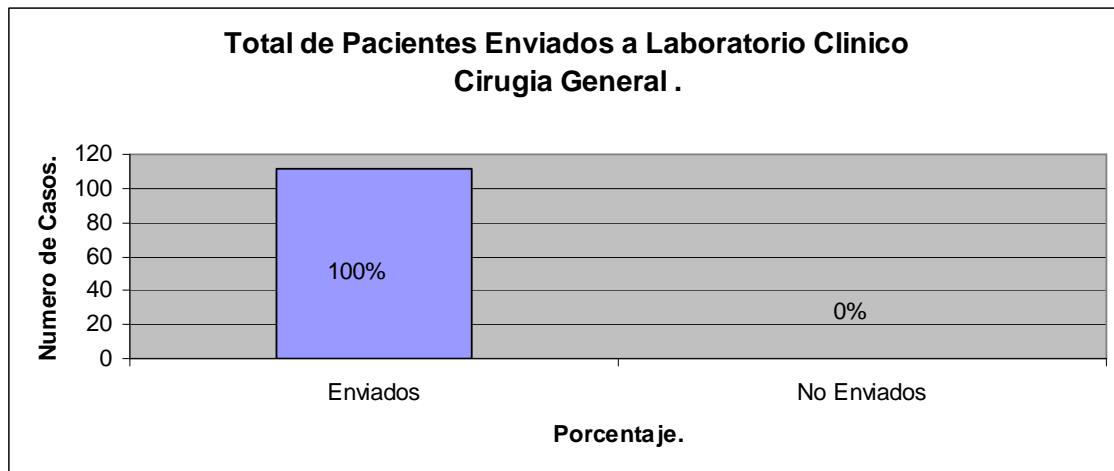


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

En la distribución por sexo, se puede ver que la institución atiende por escaso margen más hombres que mujeres, no hay diferencia significativa, en los varones el diagnostico va orientado a accidentes y las féminas presentan mas problemas médicos-quirúrgicos.



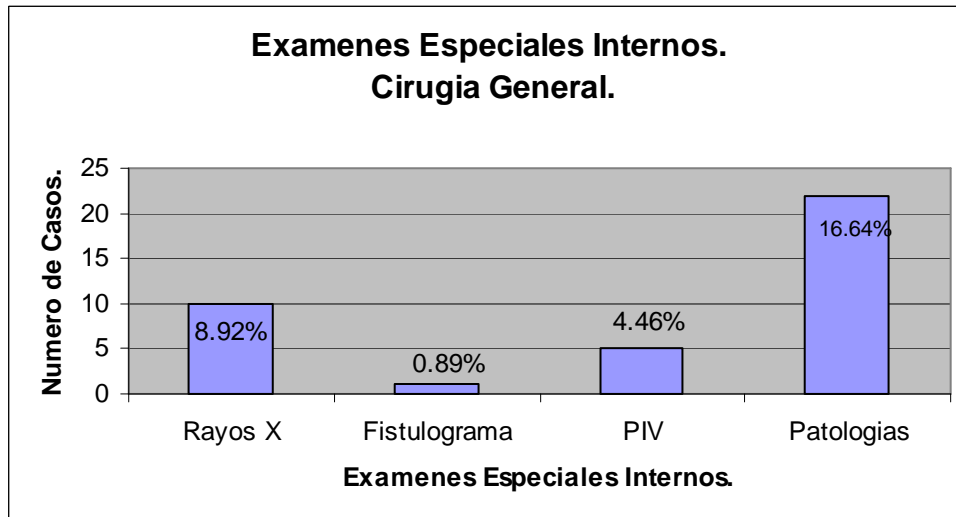
Grafica No.22



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se envió a un 100% de los pacientes al laboratorio, comprobándose que ningún paciente puede continuar la siguiente etapa, si algún laboratorio falta, o si no ha transitado por ese servicio.

Grafica No.23

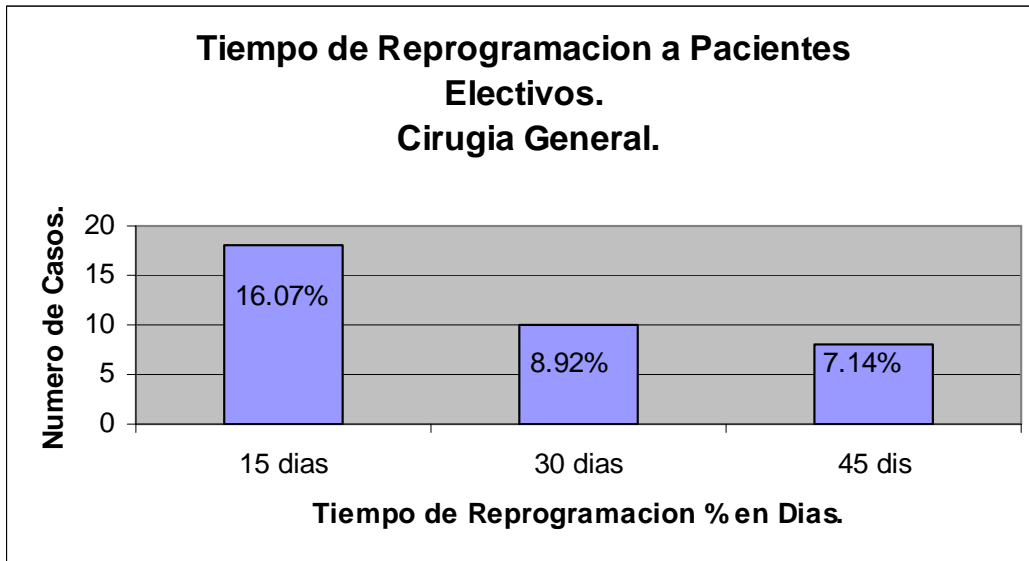


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que las patologías son los exámenes internos mas utilizados, útiles para indicar un diagnostico definitivo, y correlacionar la clínica, siguiéndole los rayos X y los pielogramas.



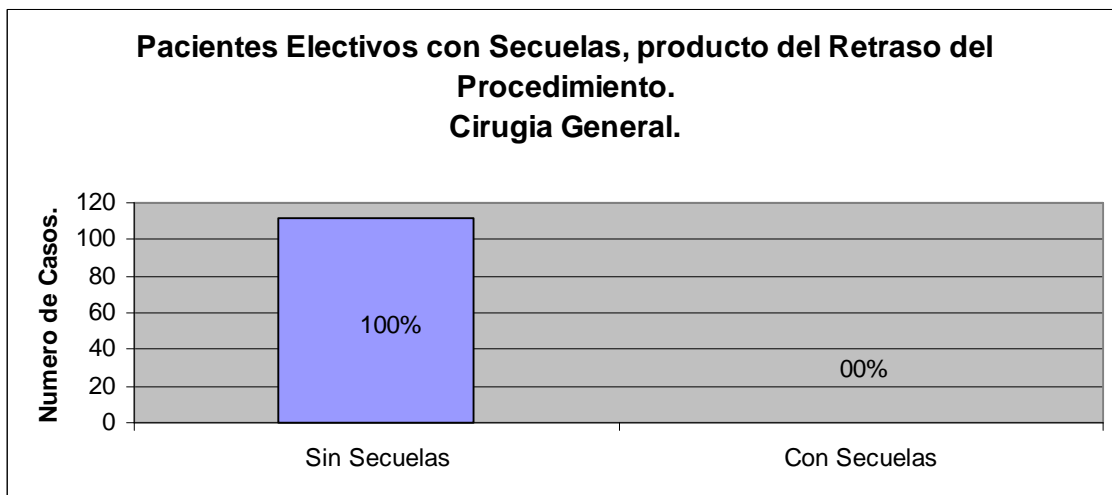
Grafica No.24



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que el tiempo de reprogramación tiene un margen de 15 días mínimo a 45 días máximo, pues pueden vencerse los laboratorios, la mayoría se hizo en los primeros quince días, esto es importante pues no hay que dejar de ver que solo dos salas de operaciones funcionan, para tres especialidades que requieren operar todos los días, la coordinación entre las especialidades ha funcionado.

Grafica No.25

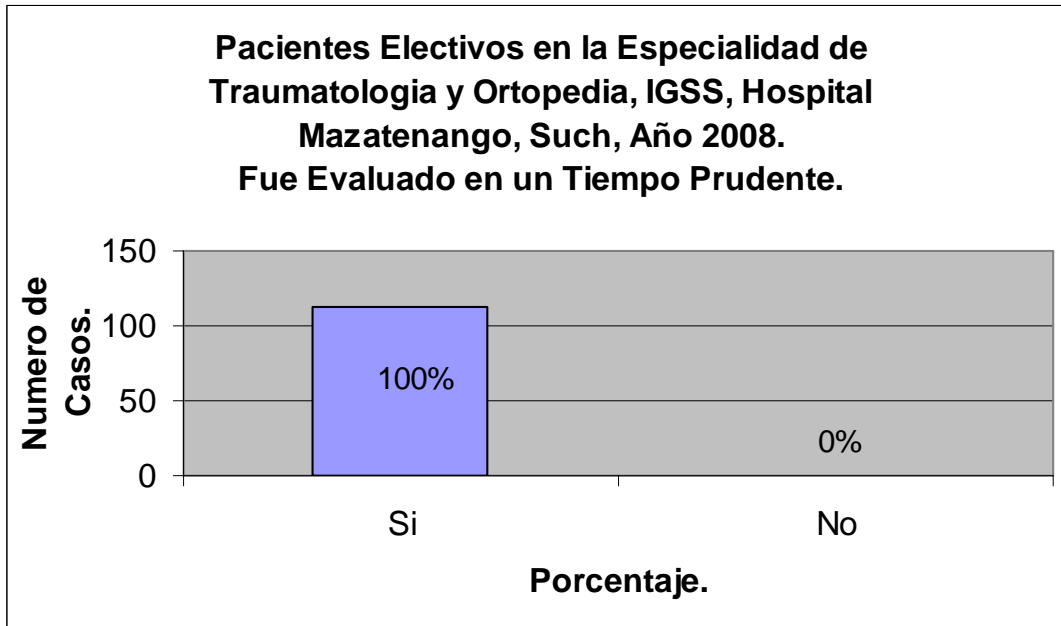


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Este cuadro es importante pues demuestra que no hay secuelas secundarias por retraso a atención a derecho-habientes, comprueba que la programación del procedimiento electivo ha tenido éxito.



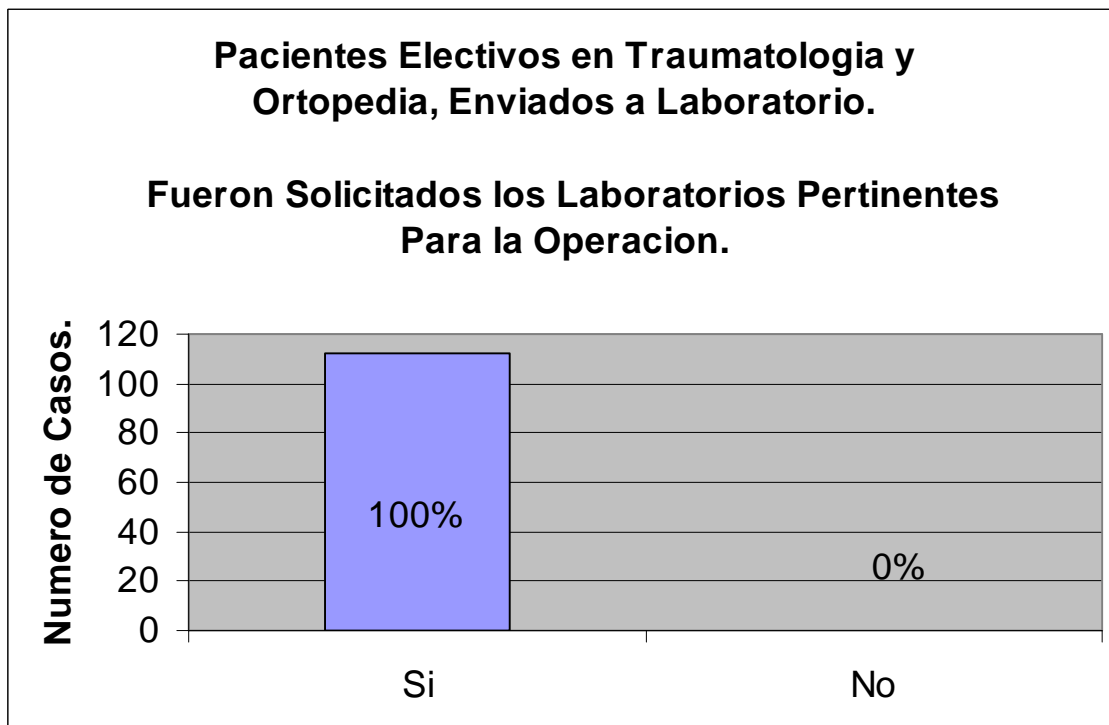
Grafica No.26



Fuente Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

En relación a los derecho-habientes que evaluados en el servicio de Traumatología y Ortopedia, los 112 fueron evaluados en forma pronta, a su ingreso en la consulta externa y el tiempo fue menor a los 30 días.

Grafica No.27

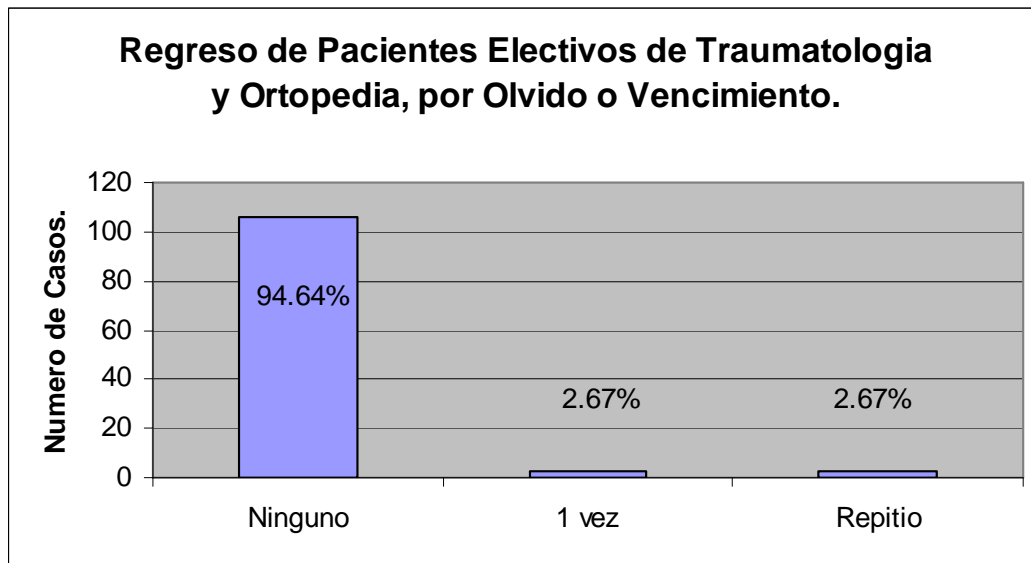


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que los 112 derecho-habientes fueron enviados al laboratorio clínico de la unidad pues la evaluación física y evaluación por métodos de gabinete es obligatoria, extrayéndoles las necesarias, pues con una que falta no puede trasladarse a la siguiente fase.



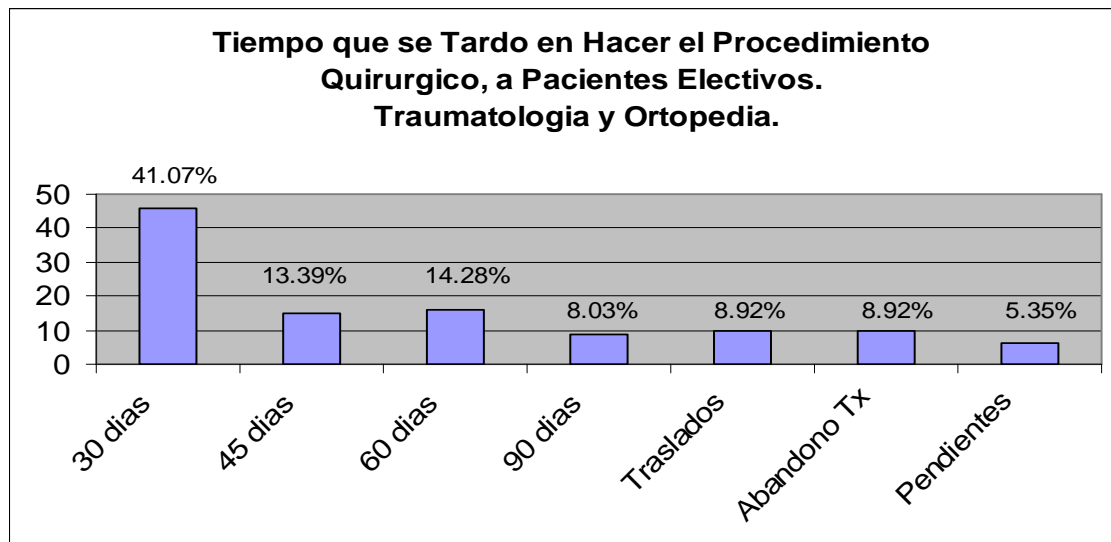
Grafica No.28



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar en la presente grafica que el 94.64% de los pacientes fueron solo una vez al laboratorio, solo el 2.67% fue por laboratorios vencidos, los cuales se requieren realizar de nuevo todos los laboratorios y solo tres pacientes fue regresaron una vez por falta de un laboratorio.

Grafica No.29

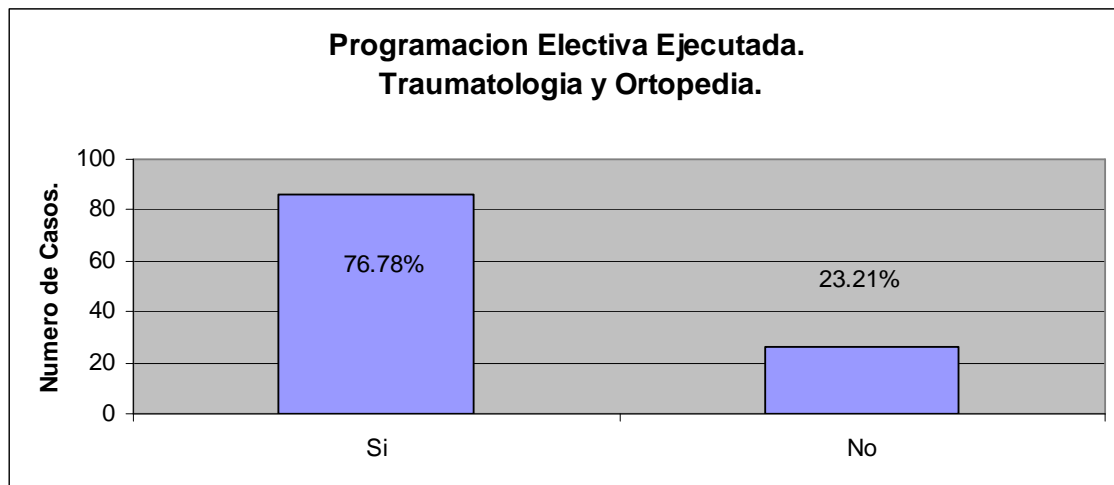


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Como se puede observar el 68.66% de los procedimientos fueron realizados en menos de sesenta días, y el 8.03% fue hecho en menos de 90 días, hay que observar que un porcentaje de pacientes abandonan tratamiento, faltan a citas, faltan a citas de preoperatorio. El problema resalta cuando intentan reingresar quieren ser vistos en forma rápida no respetando el turno de los que están cumpliendo con la reglamentación, otro rubro importante es que hay pacientes que son trasladados a supra-especialidades y lo hacen en tiempo adecuado, pues es aquí en donde se preparan y deben de cumplir toda la normativa.



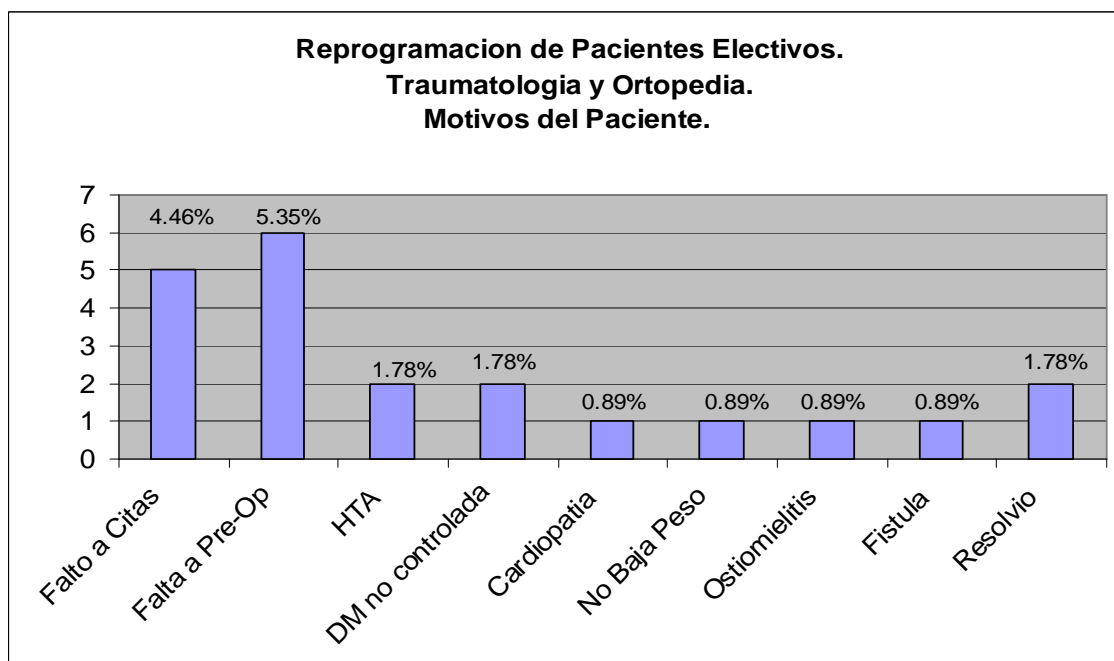
Grafica No.30



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede apreciar que el porcentaje de procedimientos electivos es elevado 76.78%, cumpliendo así con la programación quirúrgica, 26 casos que no fueron electivos, constituyéndose en trasladados a otro hospital, abandonos de tratamientos y otros que están pendientes o no se pueden realizar ya que el procedimiento compromete la vida del paciente, no hubo ninguna conversión a emergencia.

Grafica No.31

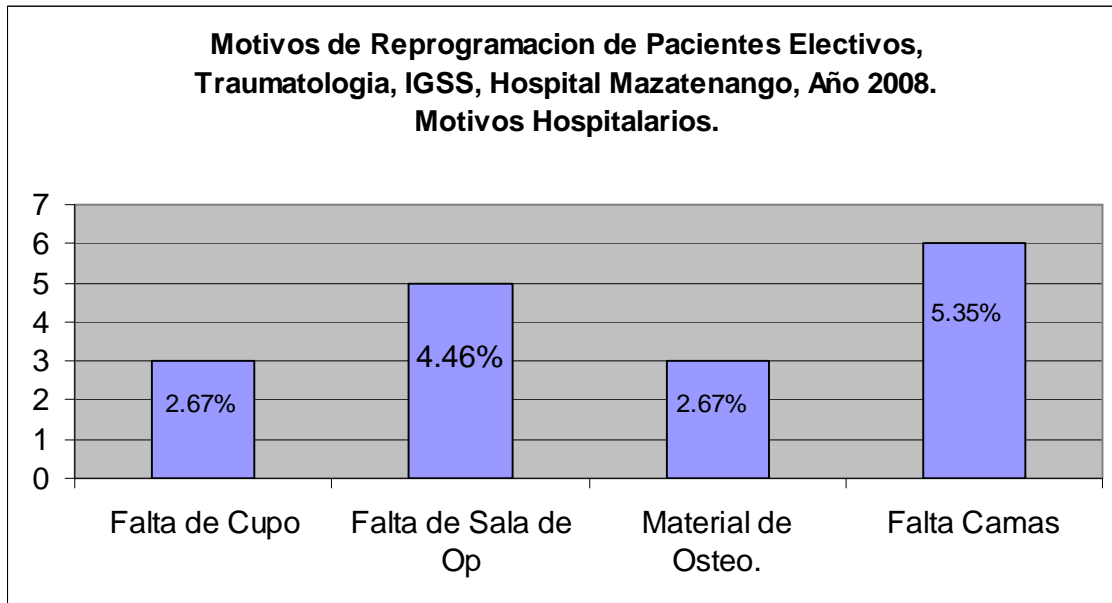


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que hubo reprogramaciones, aun así fueron electivos los procedimientos, la evaluación previa a la cirugía, sirve para encontrar patologías que puedan poner en riesgo la vida del paciente, llama la atención que los motivos de reprogramación es por irresponsabilidad del paciente, según 11 frecuencias absolutas, siendo estas, faltar a cita, faltar a preoperatorio, las otras son por patologías propias de la especialidad, otros motivos son médicos, los cuales comprometían en algunas veces la vida del derecho-habiente.



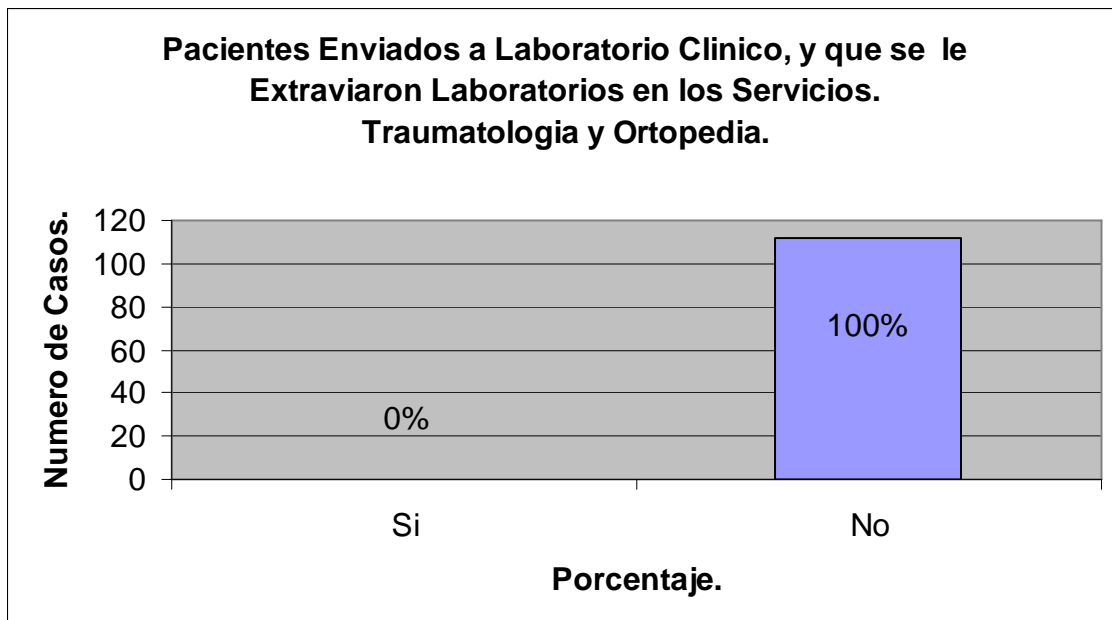
Grafica No.32



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que la falta de camas es la causa mas frecuente de reprogramación, debido a la cronicidad de las lesiones, luego sigue la falta de espacio en sala de operaciones ya que faltan de dos salas están inhabilitadas por reparación desde hace dos años, la falta de cupo en el programa sumado a la falta de material de osteosíntesis, situación importante pues no se puede operar algunas, pues el material es indispensable para la reconstrucción ósea.

Grafica No.33

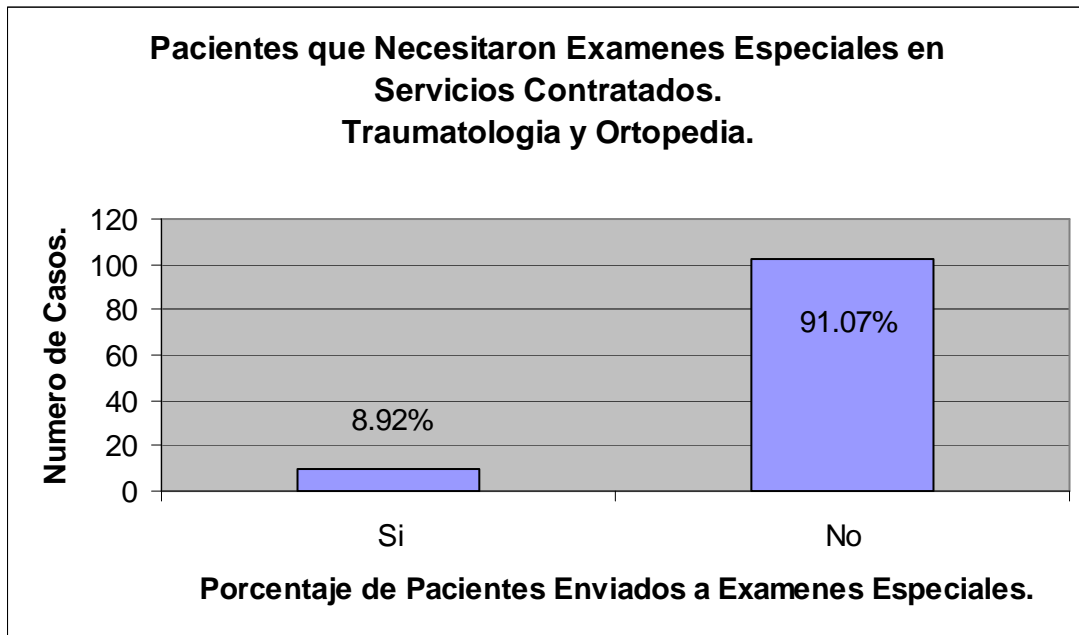


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que la pérdida de laboratorios, es nula, con buen enlace entre el laboratorio y la consulta externa, lo que indica la buena comunicación y entrega de los laboratorios para las diferentes clínicas y especialidades, así como con los encamamientos, el eje laboratorio, archivo, especialidades esta funcionando.



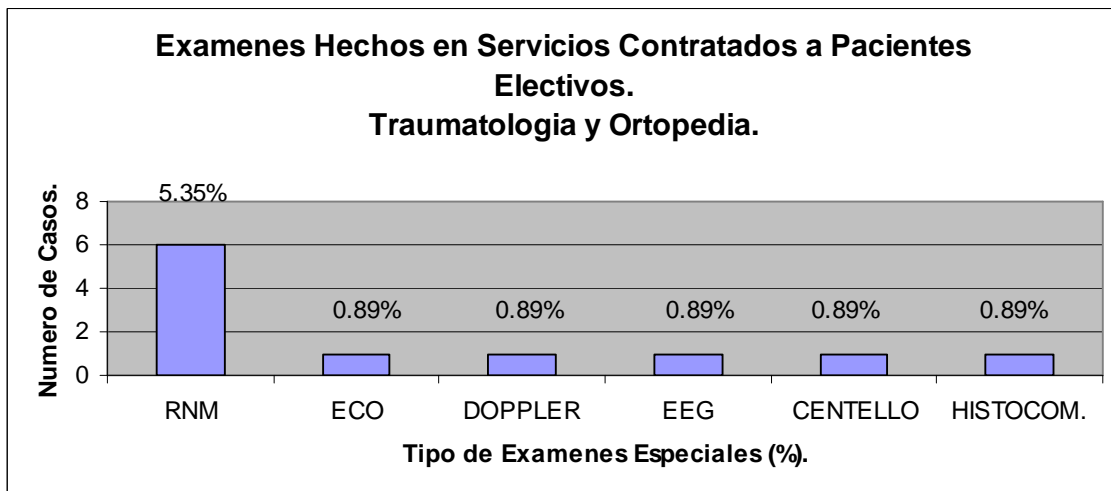
Grafica No.34



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo.

Se puede observar que solamente un 8.92% de los derecho-habientes tuvieron indicados estudios especiales y un 90.17% no, ya que solamente los laboratorios intrahospitalarios fueron suficientes, la institución pone al servicio del derecho-habiente servicios contratados, siempre y cuando estén indicados.

Grafica No.35

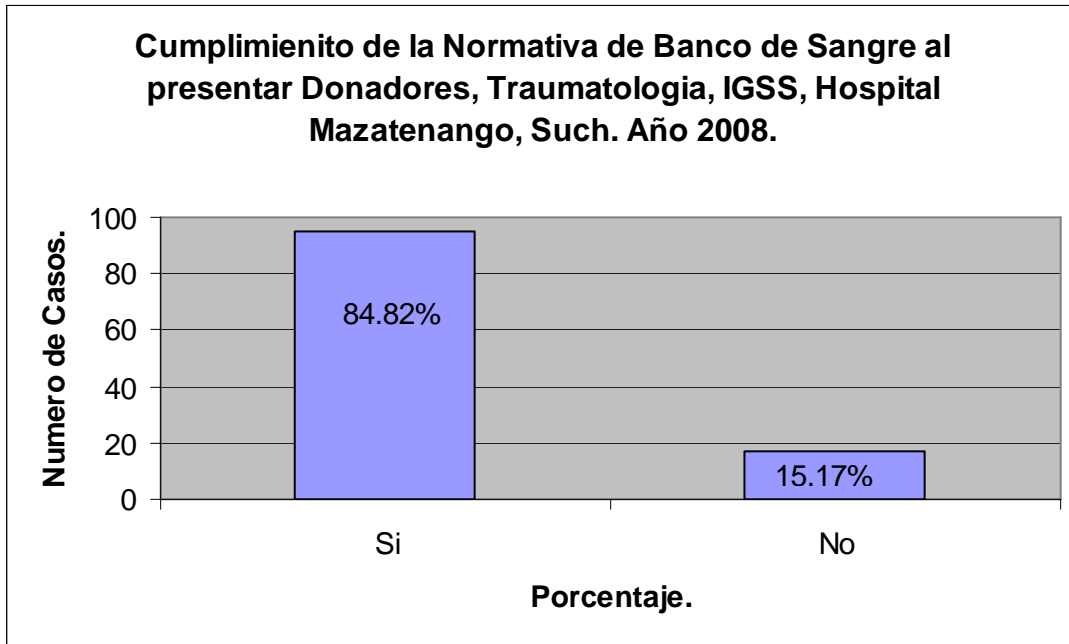


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que la resonancia magnética es el servicio mas usado en el servicio de traumatología y ortopedia, y que el porcentaje de medios diagnósticos sofisticados esta bien utilizado, se hace un uso correcto, y las indicaciones fueron precisas, pues existe relación lógica entre la patología y el examen solicitado.



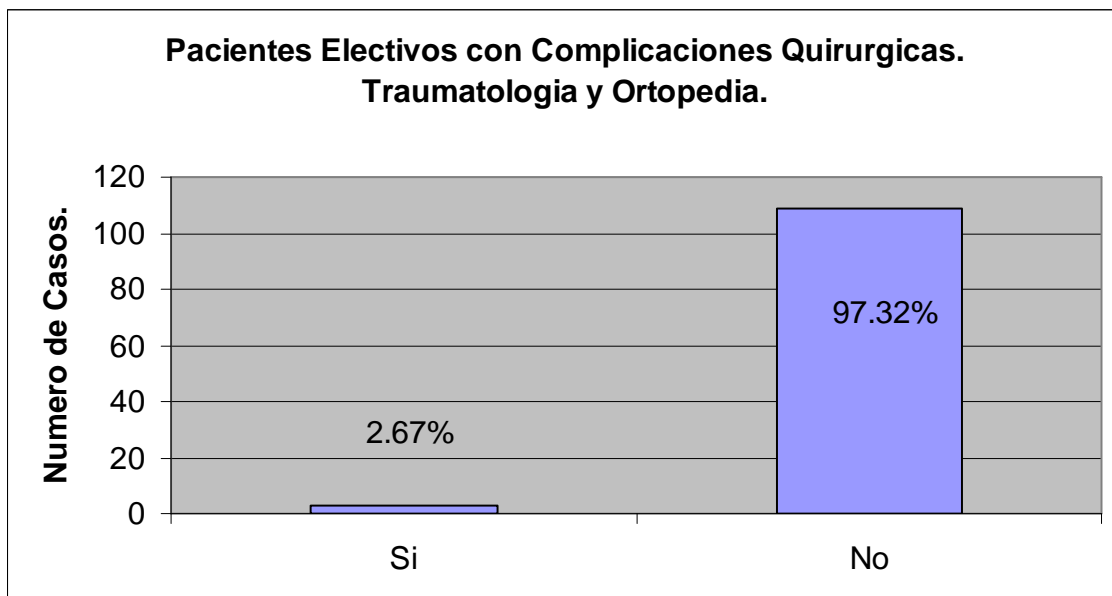
Grafica No.36



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que un alto porcentaje cumple con la normativa de presentar al donador, solo un 15.17% no cumplió con la normativa, y es importante la donación pues el banco de sangre debe de estar preparado para emergencias, el procedimiento electivo se hace al traer el derecho-habiente dos donadores para su operación.

Grafica No.37

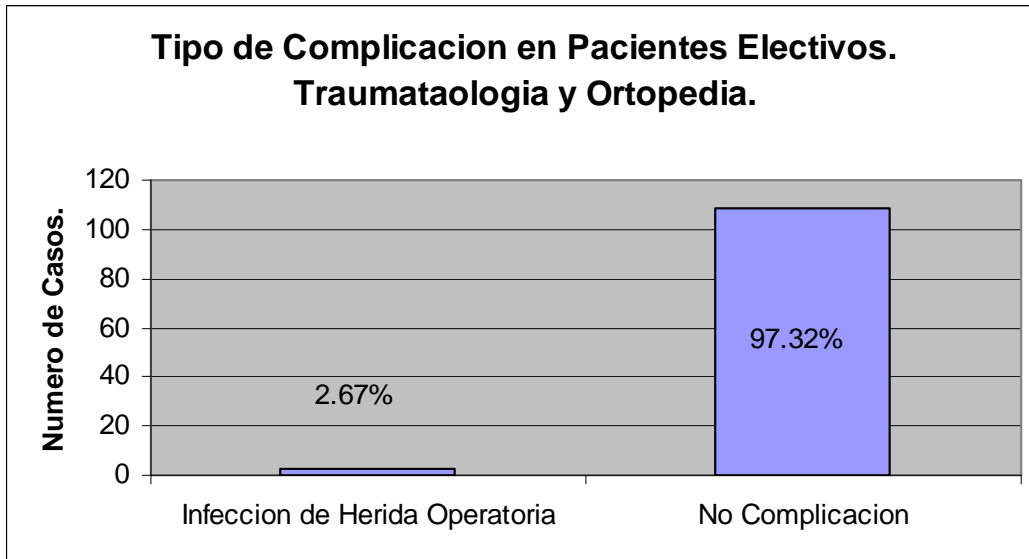


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que el porcentaje de las complicaciones secundarias a procedimientos electivos es mínima, solo hubo tres caso que representa el 2.67%, lo que indica que es un éxito la programación y ejecución en los demás casos.



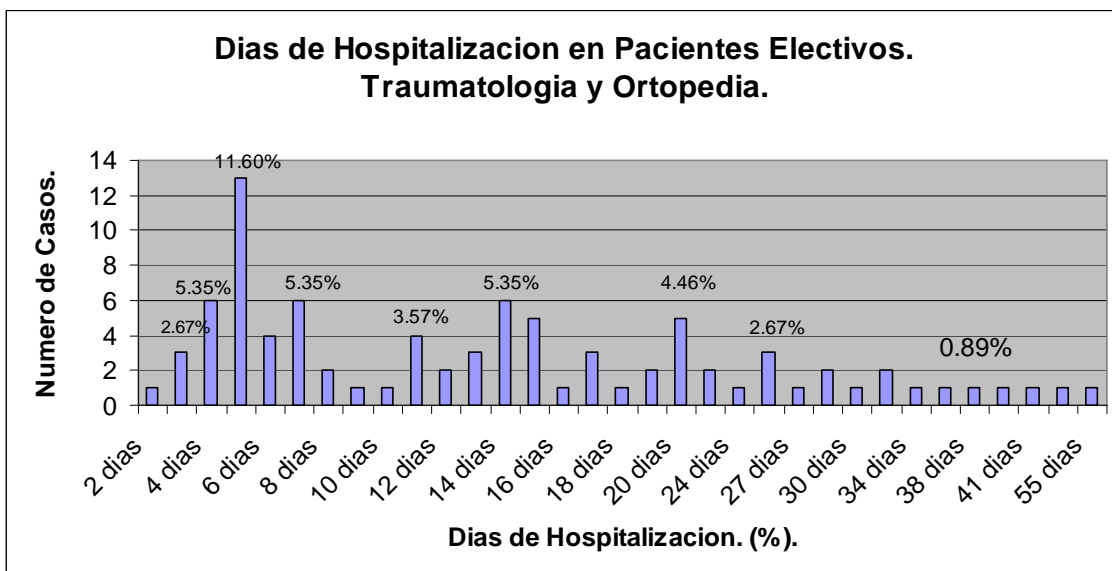
Grafica No.38



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

La única complicación fue la infección de herida operatoria en tres derechohabientes, la complicación fue leve, ya que en los pacientes la evolución fue resuelta en poco tiempo.

Grafica No.39

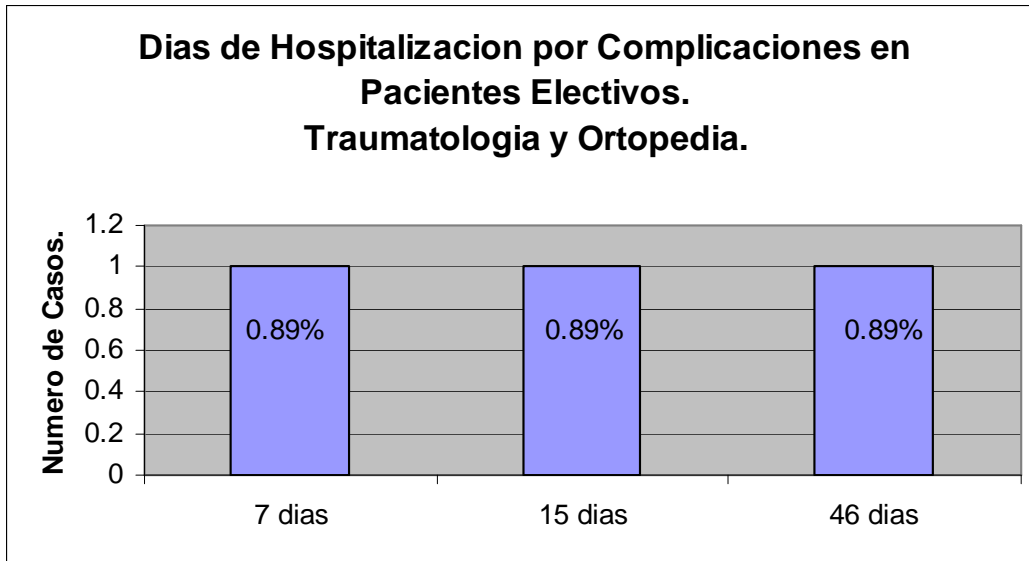


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que la estadía de los pacientes en el servicio es de los primeros ocho días, y un alto porcentaje para luego extenderse a un máximo de 55 días, es importante aquí observar que la especialidad depende de la accidentalidad que produce lesiones variadas que necesitan tiempo, no hay estandarización, pues las lesiones no se pueden prever, además de las variables como el material de osteosíntesis, pues cada lesión requiere material variado.



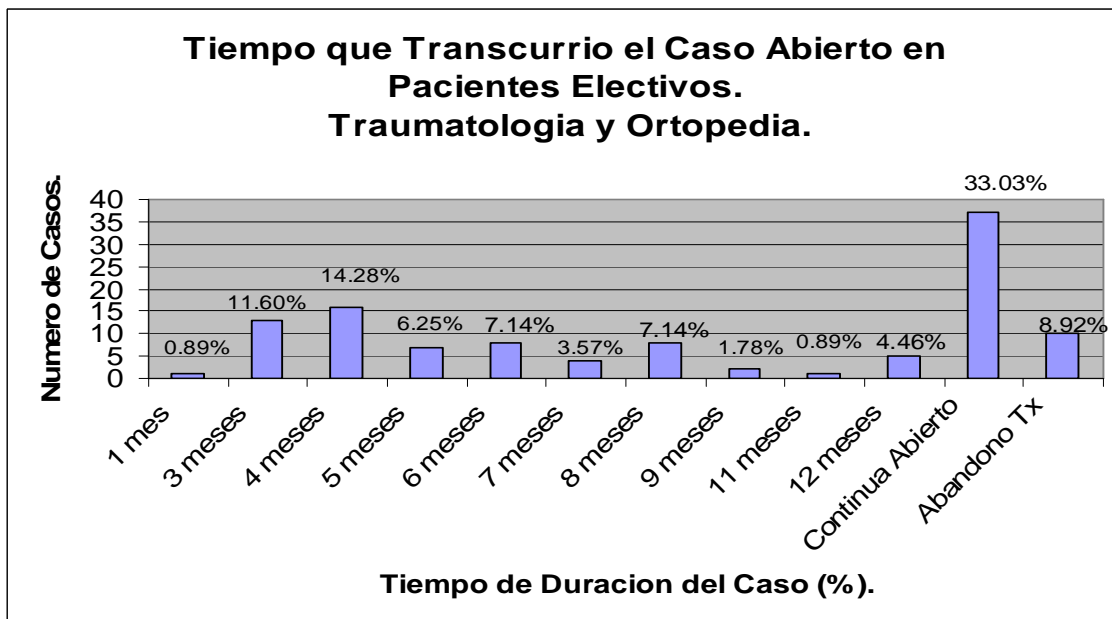
Grafica No.40



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede visualizar que de los tres pacientes que tuvieron complicaciones del tratamiento quirúrgico, los tiempos hospitalarios fueron variados, aunque el manejo fue el correcto, la severidad de la lesión y la extensión de la misma en el sistema músculo esquelético, requirió de los tiempos necesarios, aunados a la terapia antibiótica y posibilidad de osteomielitis.

Grafica No.41

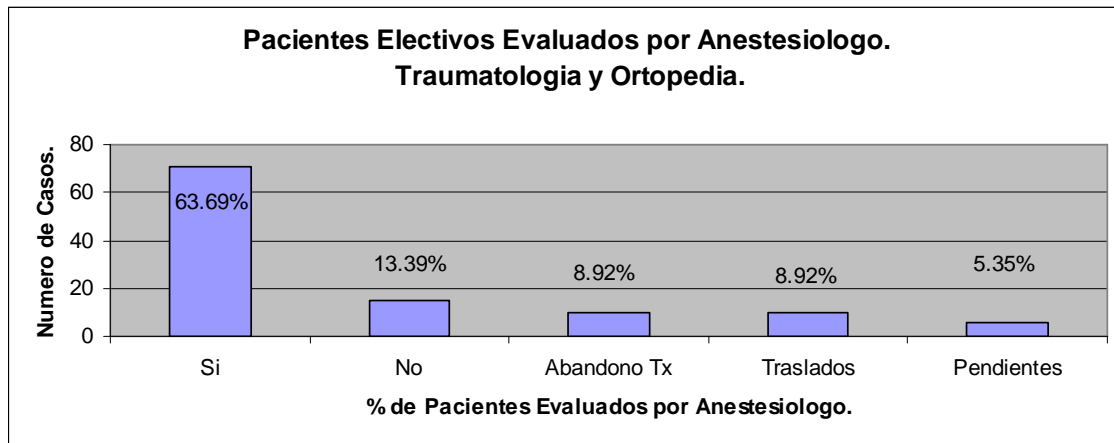


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede ver en la grafica anterior que el tiempo que duro el caso abierto, esta siendo correctamente manejado, según el trauma presentado, aquí la lesión es la que indica el tiempo del caso abierto, y la cantidad de operaciones correctivas mas el tiempo de rehabilitación, estos son los motivos de casos abiertos, y refracturas.



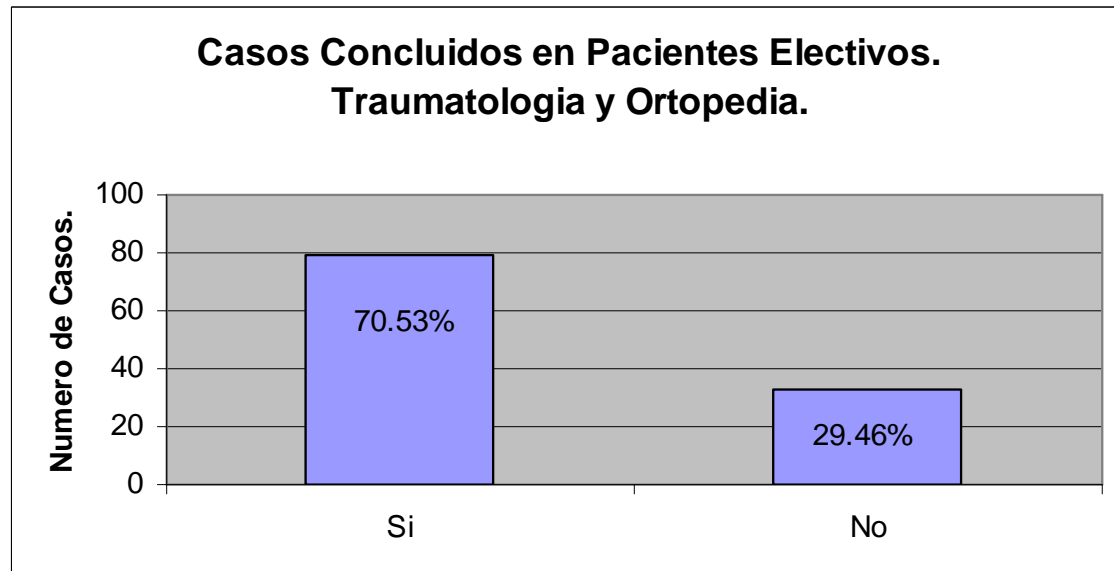
Grafica No.42



Fuente Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que un 63.39%, 71 pacientes fueron evaluados, pero hay un 13.39%, 15 pacientes que no fueron evaluados, ahí hay un problema a resolver pues ningún paciente debe de entrar a sala de operaciones sin ser evaluado por anestesiólogo, es parte de la seguridad que el sistema tiene para mantener la calidad del servicio, debe de observarse la regla y aplicarse la obligatoriedad, pues el sistema se detiene al fallar una parte del mismo, para que todo el aparato sea funcional todos deben de cumplir con lo que le corresponde, una mala evaluación de alguna de las partes podría impactar negativamente en el derecho-habiente.

Grafica No.43

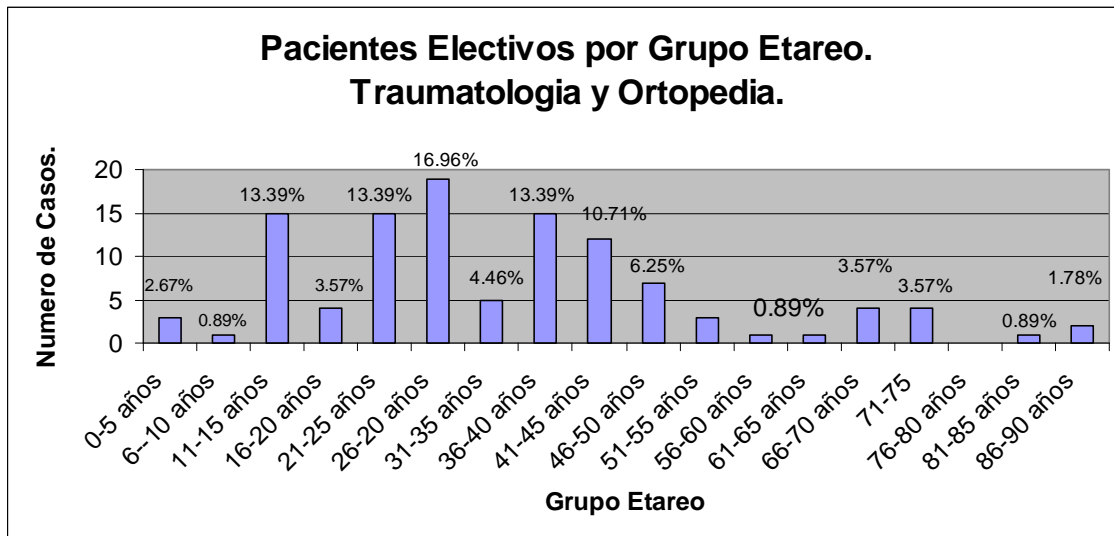


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se observa que el numero de casos concluidos es mas que aceptable, pues el 70.53%, si concluyen el caso, eso también nos da la idea del buen manejo del diagnostico y el tratamiento, los casos no concluidos son por complejidad de la lesión a huesos, su severidad, recaídas, reoperaciones.



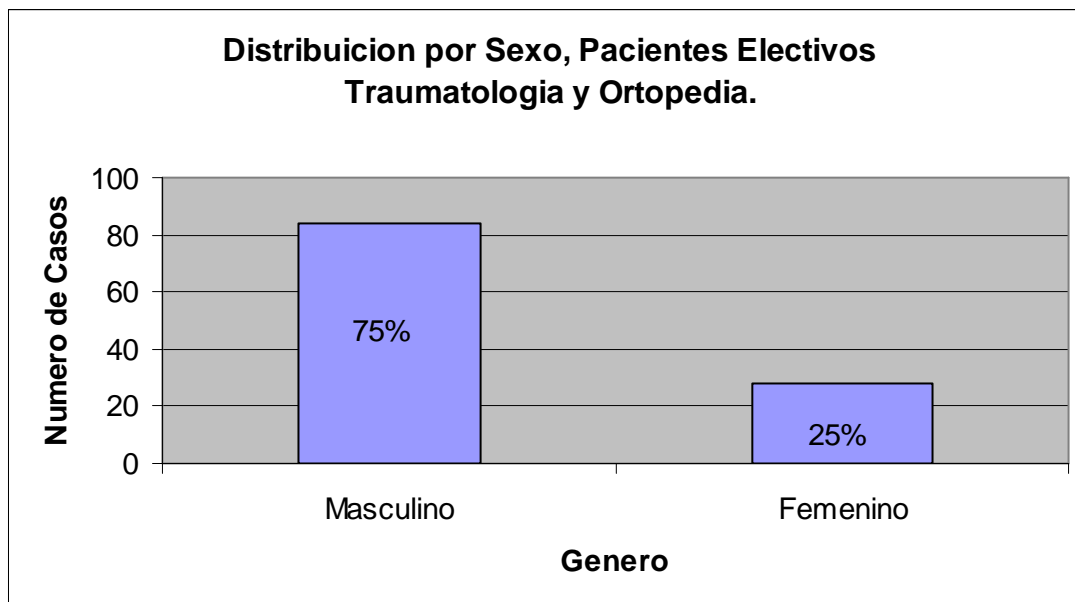
Grafica No.44



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que la edad productiva es la que mas problemas de accidentalidad presenta, Accidentes en moto y alcoholismo es quien contribuye a elevar estos datos, a este grupo y estos es a quien mas atiende la institución, los problemas mas complejos con problemas médicos agregados se dan en la tercera edad, cuestión que pone mas complejidad a la situación por poner riesgo la vida del paciente.

Grafica No.45

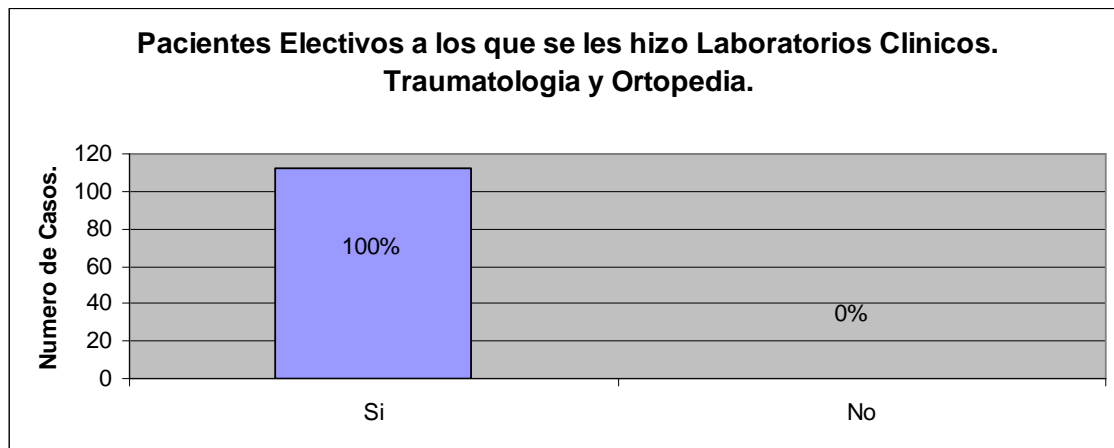


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

En la distribución por sexo, se puede ver que la institución atiende más hombres que mujeres, el género femenino es quien presenta menos lesiones graves, y mayor frecuencia en miembros superiores y los varones más problemas de alcoholismo, accidentes en carreteras, y lesiones complejas.



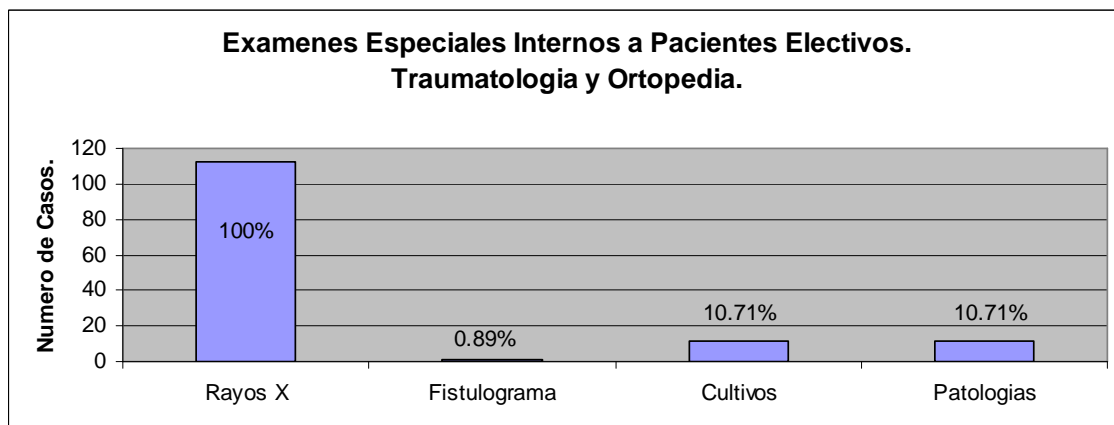
Grafica No.46



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se envió a un 100% de los pacientes al laboratorio, comprobándose que ningún paciente puede continuar a la siguiente etapa, si algún laboratorio falta, o si no ha pasado por ese servicio.

Grafica No.47

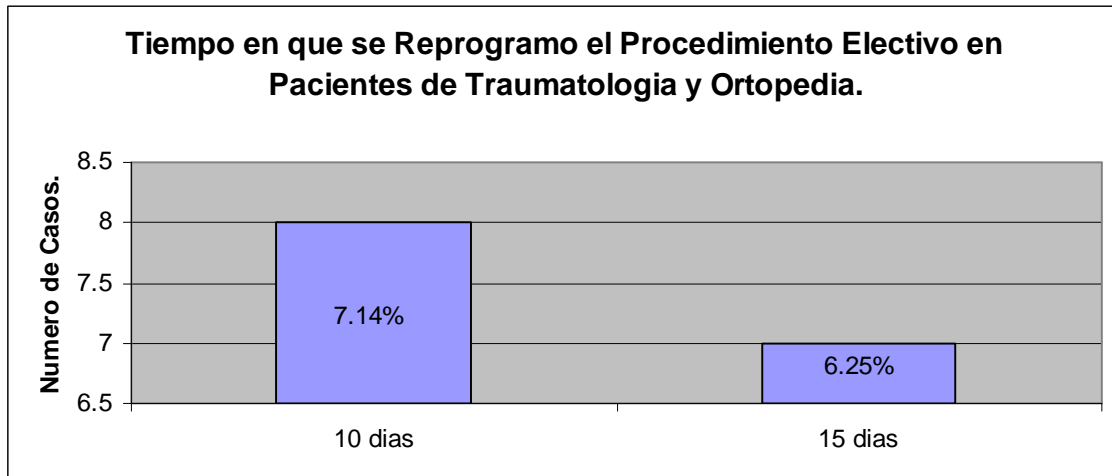


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que los rayos X son los exámenes internos mas utilizados, útiles para dar un diagnostico inicial y definitivo y para ver la severidad de la lesión, siguiéndoles las patologías y cultivos, necesarios para descartar infecciones y las patologías para descartar o confirmar patologías y celularidad.



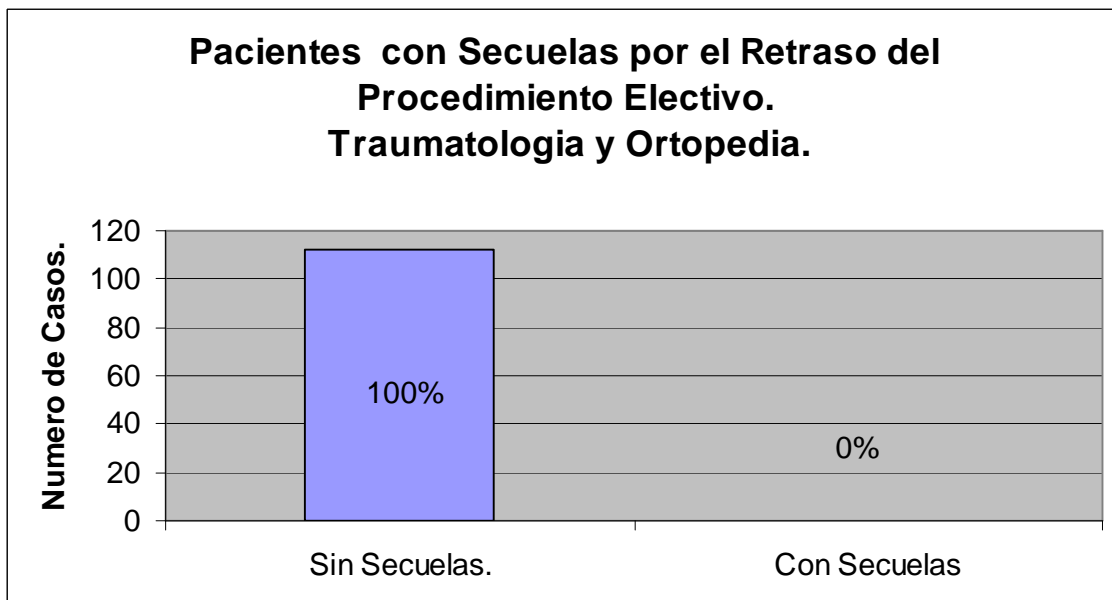
Grafica No. 48



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que el tiempo de reprogramación es corto, pues no se puede perder el pre-operatorio, la mayoría se hizo en los primeros quince días, la importancia aquí radica que son pacientes con lesiones traumáticas que no pueden esperar, también no hay que dejar de ver que solo dos salas de operaciones hay, para tres especialidades que quieren operar todos los días, la coordinación entre las especialidades ha funcionado.

Grafica No.49

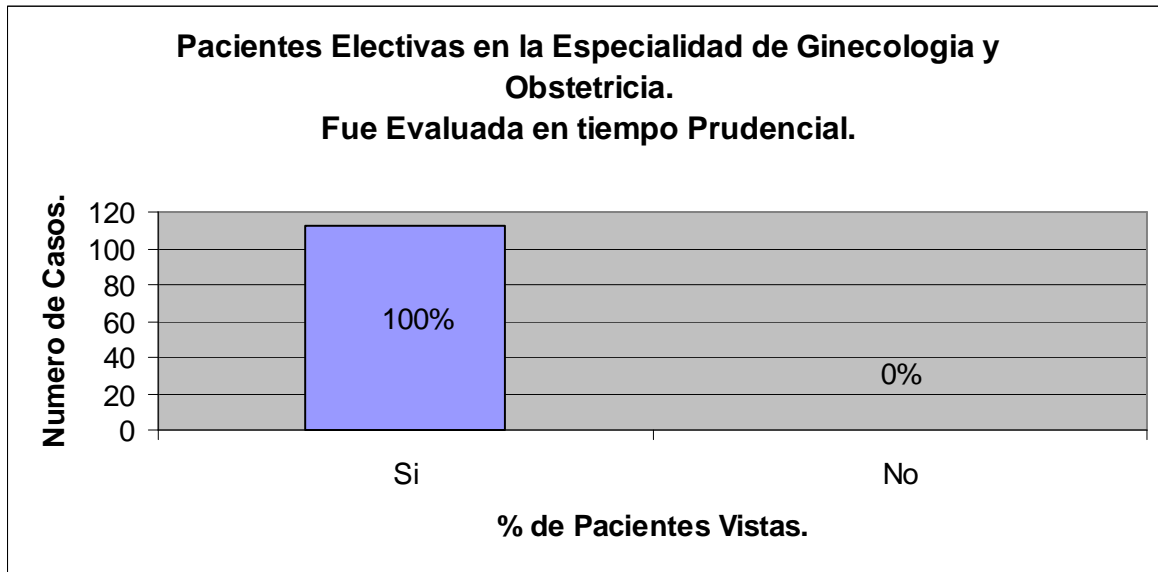


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Este cuadro es importante pues demuestra que no hay secuelas a derecho-habientes secundarias por el retraso del procedimiento quirúrgico, por no hacer el procedimiento electivamente, y comprueba que la programación ha tenido éxito. Aquí se evalúa la secuela producida por el retraso del procedimiento, no la lesión, pues solo la lesión dejara secuela.



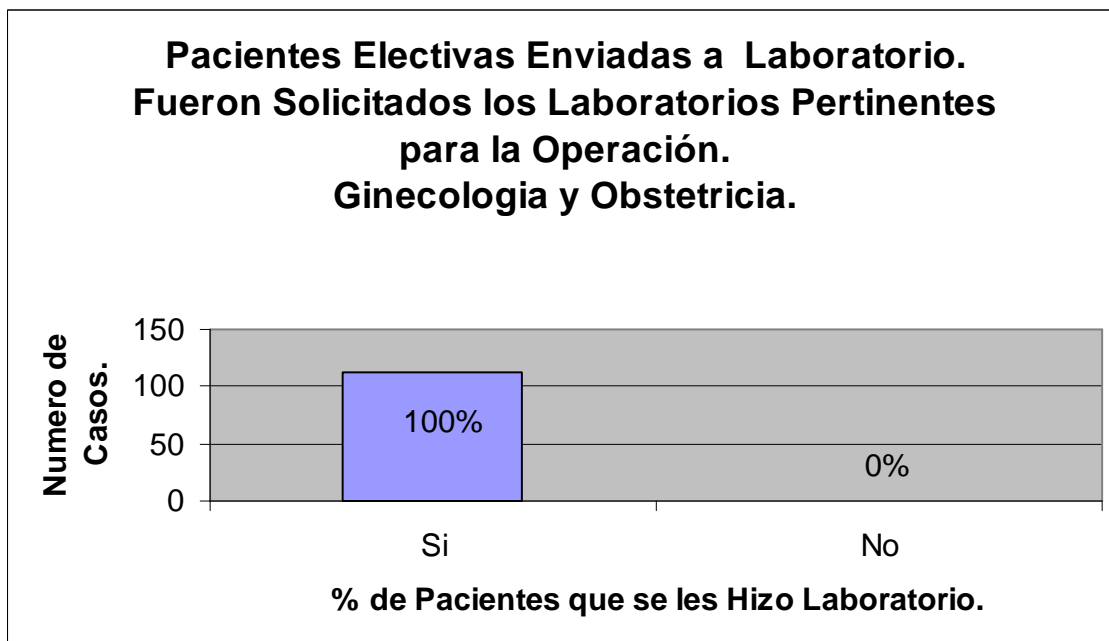
Grafica No.50



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo.

En relación a las derecho-habientes que vistas en el servicio de Ginecología y Obstetricia, las 112 fueron vistas en forma pronta, a su ingreso en la consulta externa ya que fueron evaluadas antes de los 15 días.

Grafica No.51

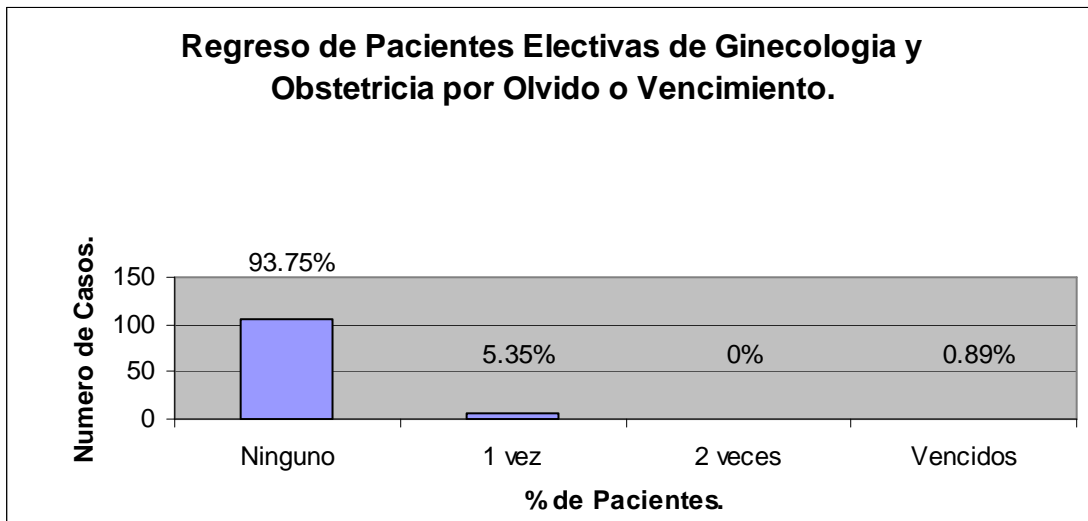


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que las 112 derecho-habientes fueron enviadas al laboratorio clínico de la unidad pues la evaluación física y la valoración por métodos de gabinete es obligatoria, realizándoles las necesarias, pues con una que falta no puede continuar a la siguiente fase.



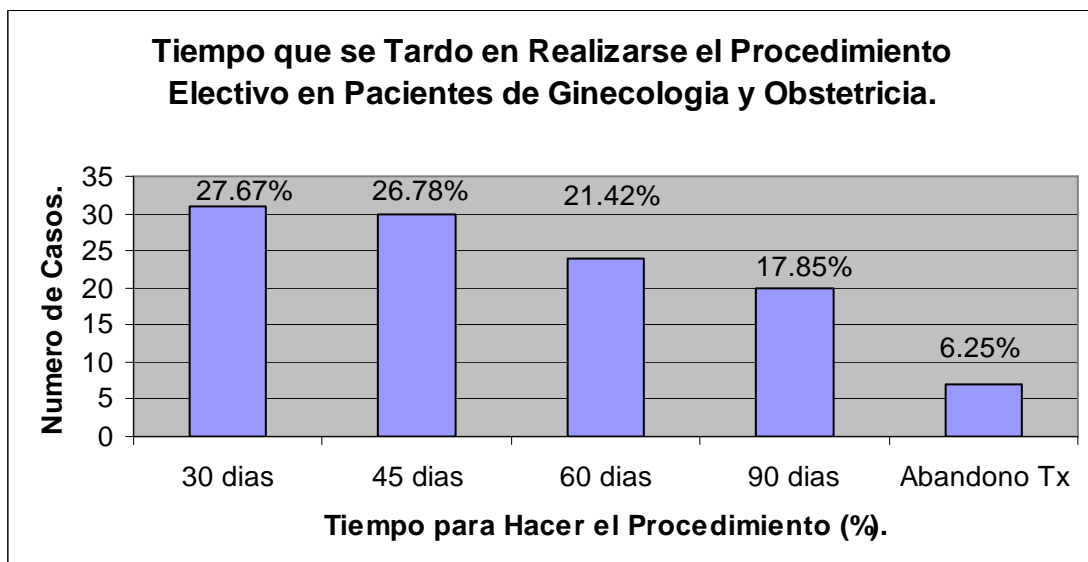
Grafica No.52



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar en la presente grafica que el 93.75 % de las pacientes se les realizaron los laboratorios pertinentes, solo el 5.35% fue por laboratorios regreso una vez y solo un paciente tuvo los laboratorios vencidos, la efectividad es correcta.

Grafica No.53

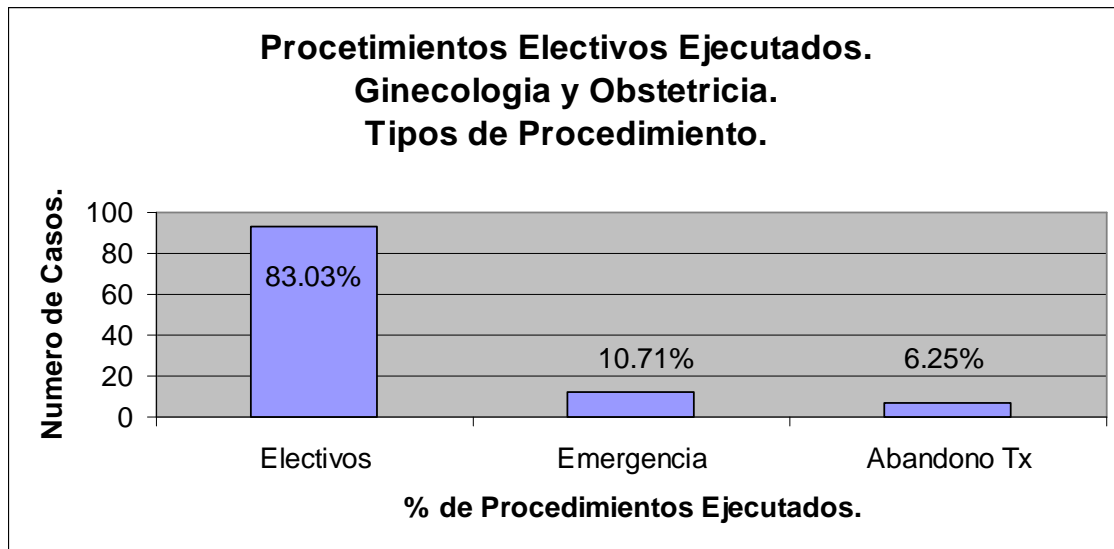


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Como se puede ver el 75.69% de los procedimientos fueron hechos en menos de sesenta días, y el resto el 17.85% fue hecho en menos de 90 días, hay que ver también que hay un porcentaje de pacientes que abandonan tratamiento, falta a cita regular, faltan a citas de preoperatorio. El problema resalta cuando intentan reingresar quieren ser vistos en forma rápida no respetando el turno de cita de los que están cumpliendo con la reglamentación, en esta especialidad, el embarazo prolonga los tiempos, los nueve meses no se pueden acortar.



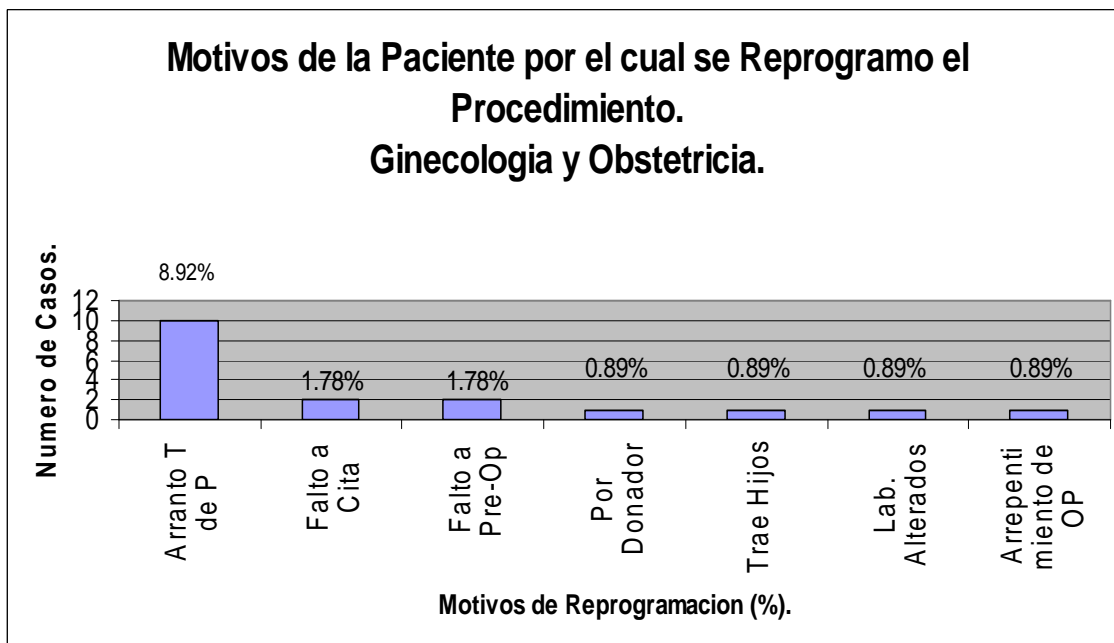
Grafica No.54



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede apreciar que el porcentaje de procedimientos electivos es elevado 83.03%, cumpliendo así con la programación quirúrgica, En este caso los procedimientos hay un numero de 12 que no fueron electivos, estos si se volvieron emergencia, como lo son las cesáreas que se programaron electivas, pero iniciaron trabajo de parto o por sala de operaciones.

Grafica No.55

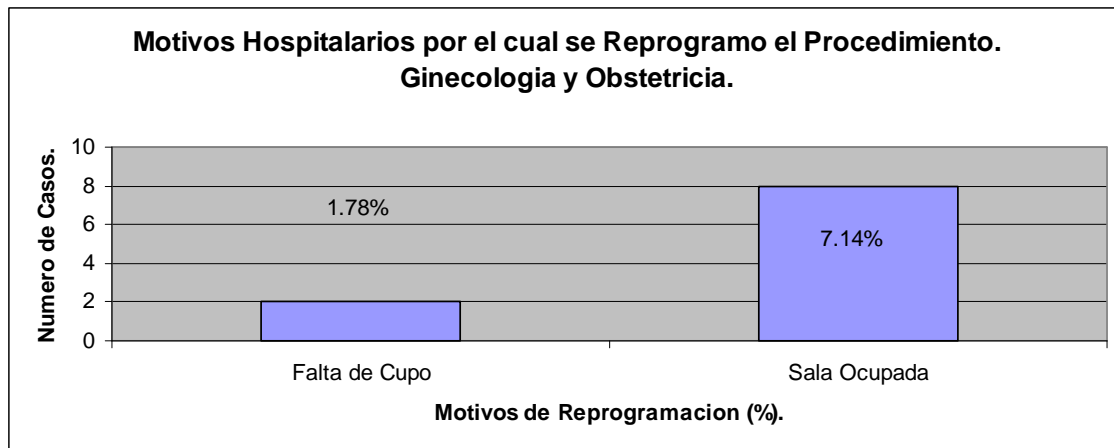


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que las pacientes que se volvieron emergencias y no se hicieron electivamente fueron las de CST, por iniciar trabajo de parto, luego vienen, por faltar a cita, o faltar a preoperatorio, luego falta de donador, una paciente trajo a sus hijos el día de la operación y una ya no se quiso operar.



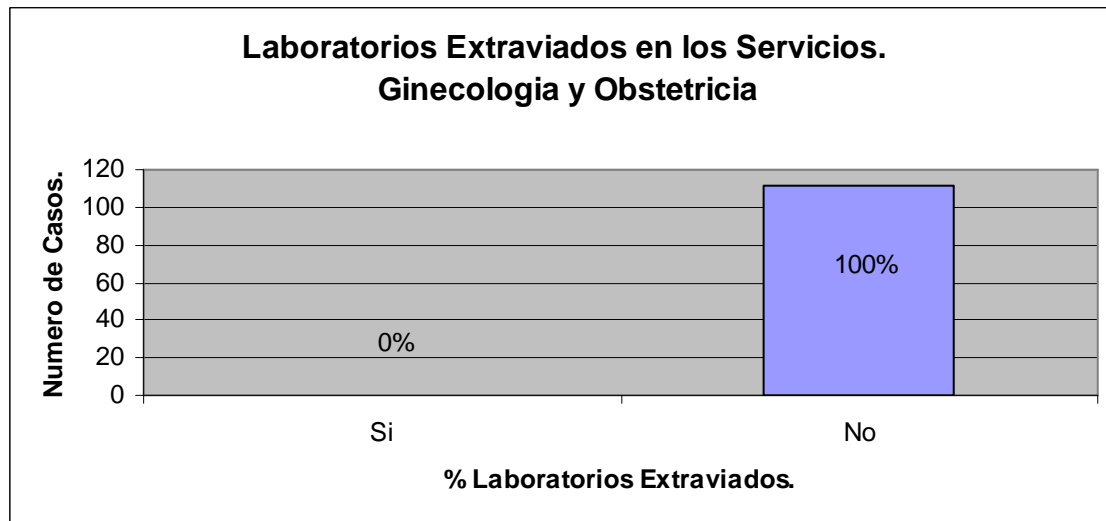
Grafica No.56



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Aquí se puede observar que la falta de sala de operaciones fue la causa mas común, pues por falta de sala de omitieron los procedimientos tipo CST, la falta de cupo no tuvo mucho impacto, pero esta presente, las salas de operaciones completas son un factor importante para la reprogramación, u omisión de procedimientos y afecta las tres especialidades.

Grafica No.57

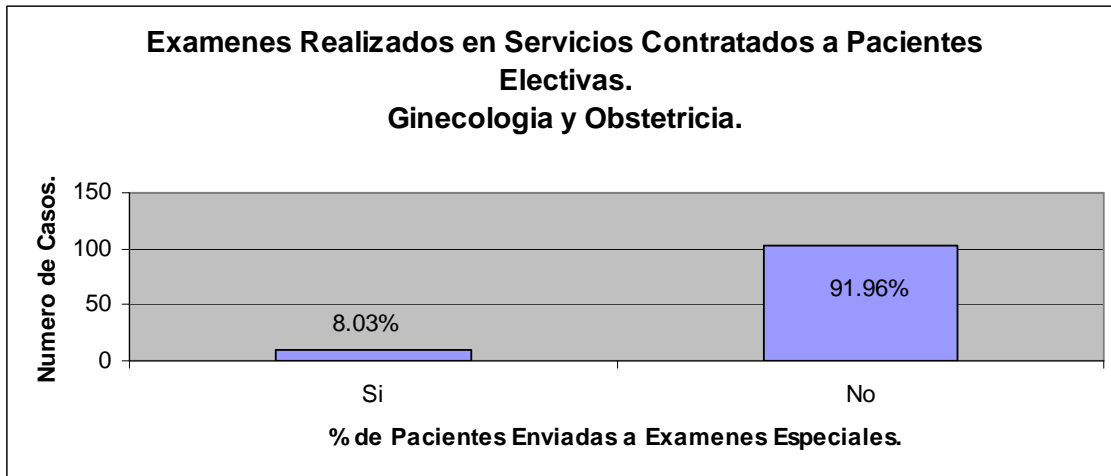


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que la perdida de laboratorios, es nula, con buen enlace entre el laboratorio y la consulta externa.



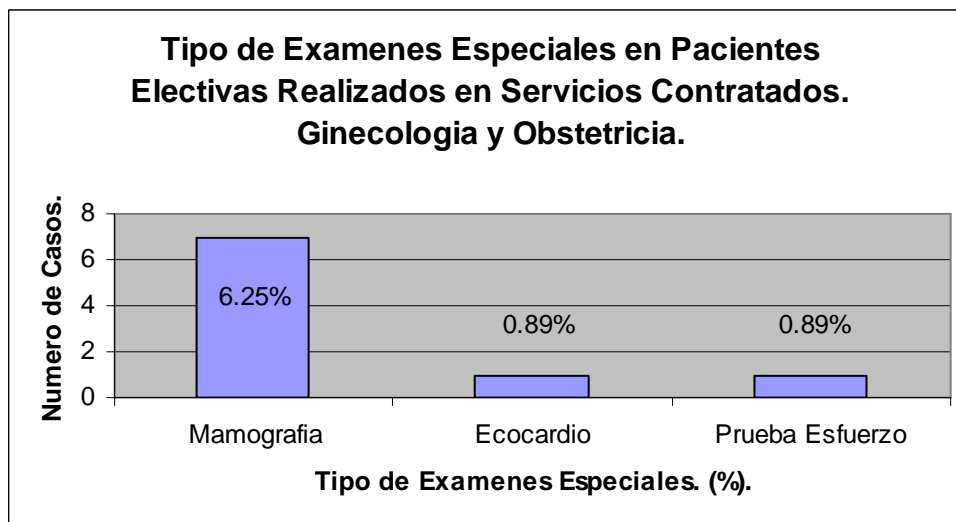
Grafica No.58



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que solamente un 8.03% de las derecho-habientes tuvieron indicados estudios especiales y un 91.96% no, ya que solamente los laboratorios intrahospitalarios fueron suficientes, la institución pone al servicio del derecho-habiente servicios contratados, siempre y cuando estén indicados, por el medico tratante.

Grafica No.59

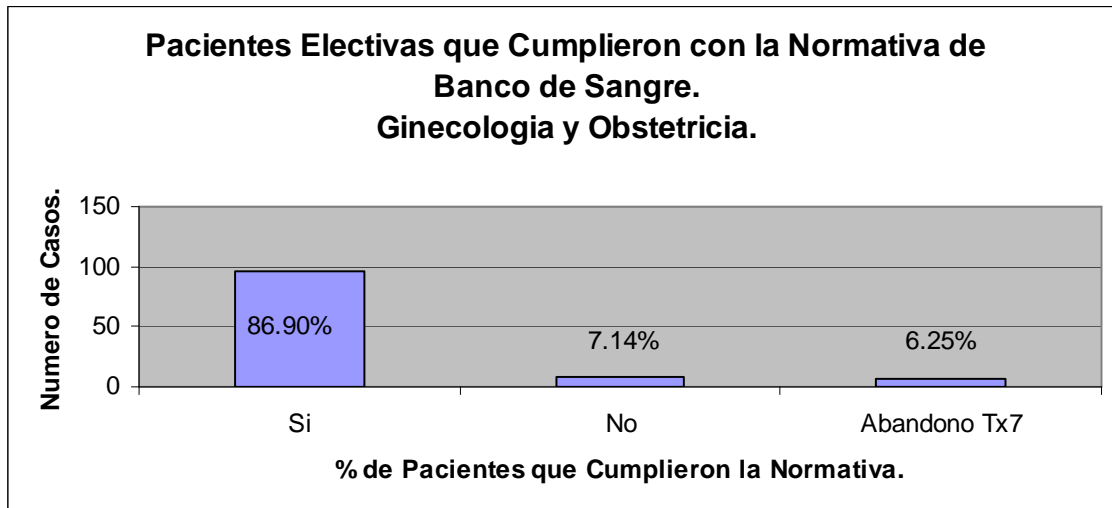


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que la mamografía es el examen más usado en el servicio de ginecología y obstetricia, y que el porcentaje de medios diagnósticos sofisticados está bien utilizado, y las indicaciones fueron precisas, pues existe relación lógica entre la patología y el examen solicitado, así como la complejidad del mismo.



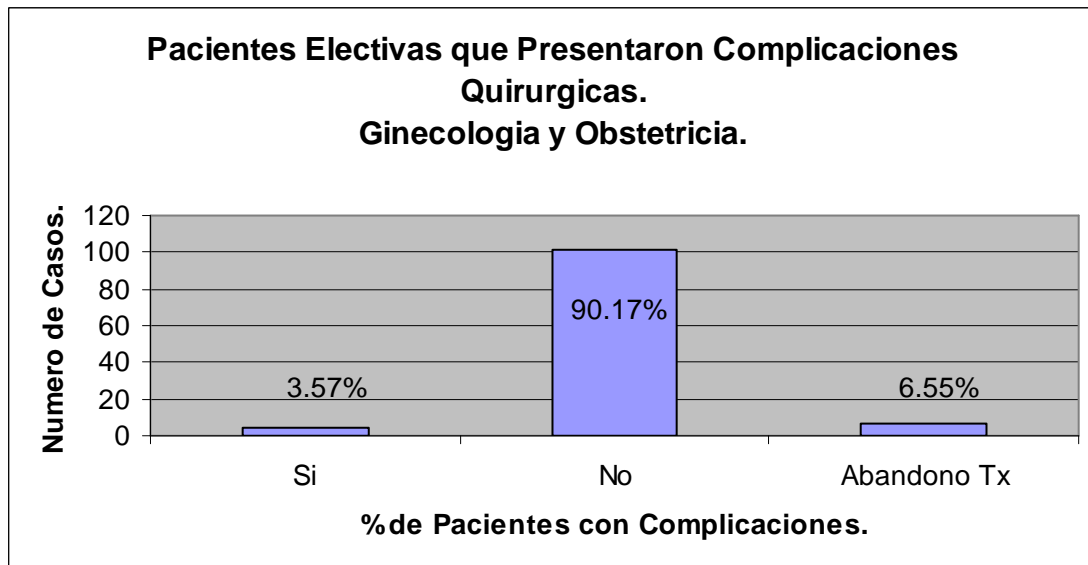
Grafica No.60



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que un alto porcentaje cumple con la normativa de proporcionar al donador, pues el 86.60% o sea 97 pacientes si cumplieron, solo un 7.14% no cumplió con la normativa, y es importante la donación pues el banco de sangre debe de estar preparado para emergencias, es importante indicar que 7 abandonaron tratamiento y solo fueron 8 los que no cumplieron.

Grafica No.61

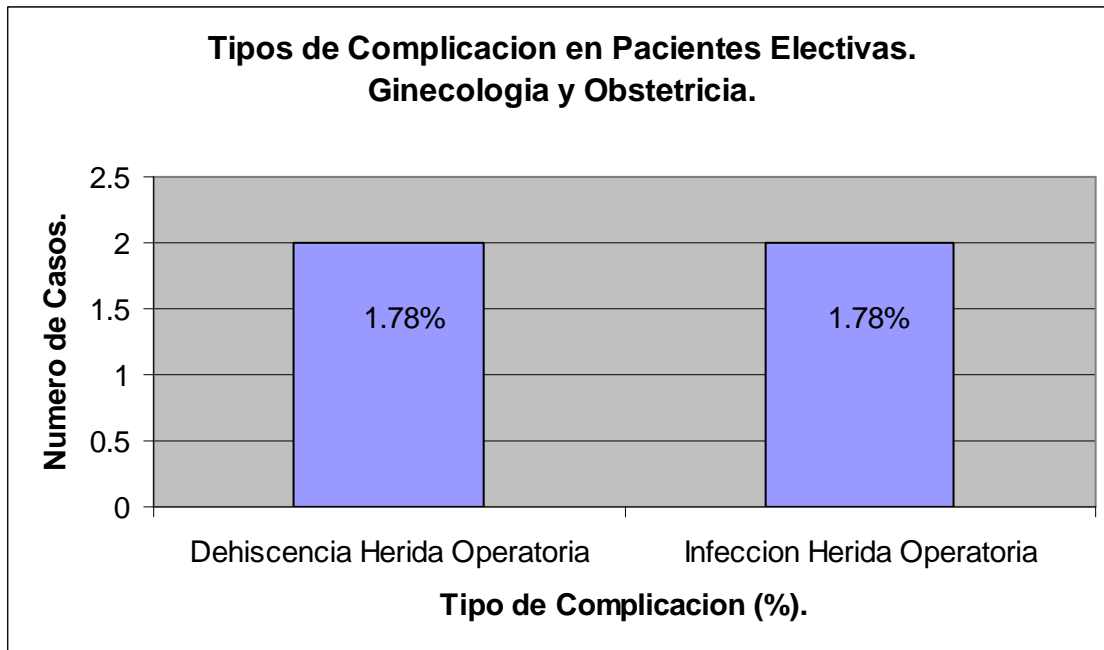


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que es mínima las complicaciones secundarias a procedimientos electivos, solo hubo 4 caso que representa el 3.57%, siendo un éxito la programación y ejecución de los demás casos, en 101 pacientes o sea el 90.17% no hubo complicaciones.



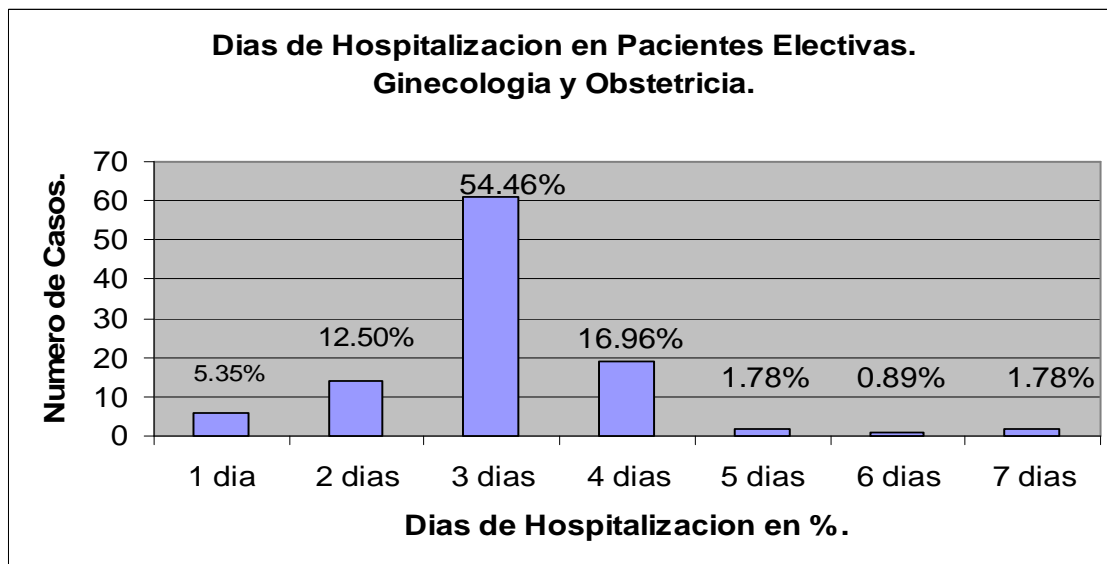
Grafica No.62



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Hubo 4 complicaciones debido al Procedimiento Quirúrgico, dos infecciones de heridas operatorias y dos dehiscencias de herida operatorias lo que corresponde a un 1.78% respectivamente, el resto no presento complicaciones terminando todo normal.

Grafica No.63

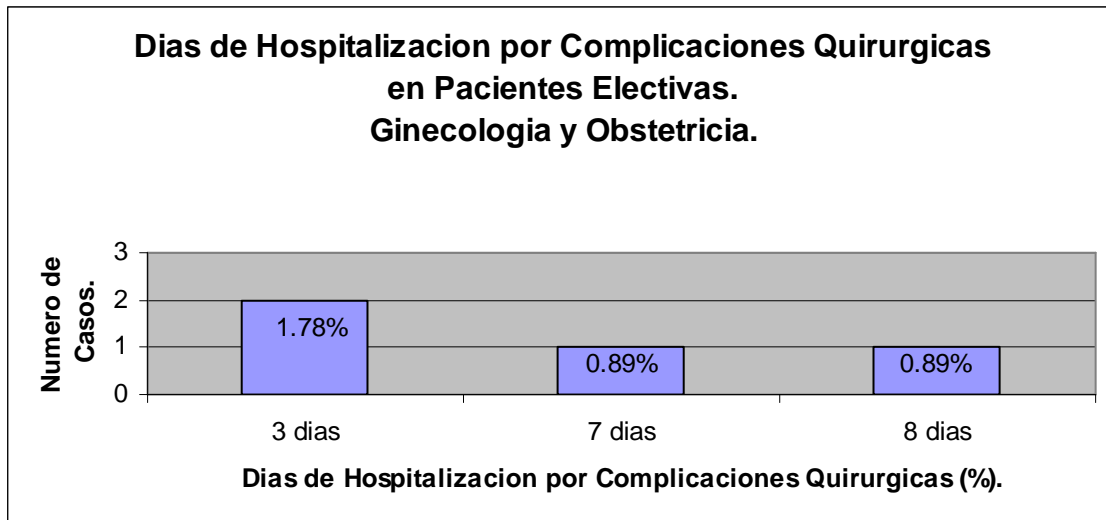


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que la estadía de los pacientes en el servicio esta en los primeros cuatro días, se puede ver que el 89.27% ocurre en ese tiempo, lo cual permite la rotación de cama muy activa, esto nos indica también complicaciones mínimas, la programación esta adecuadamente manejada.



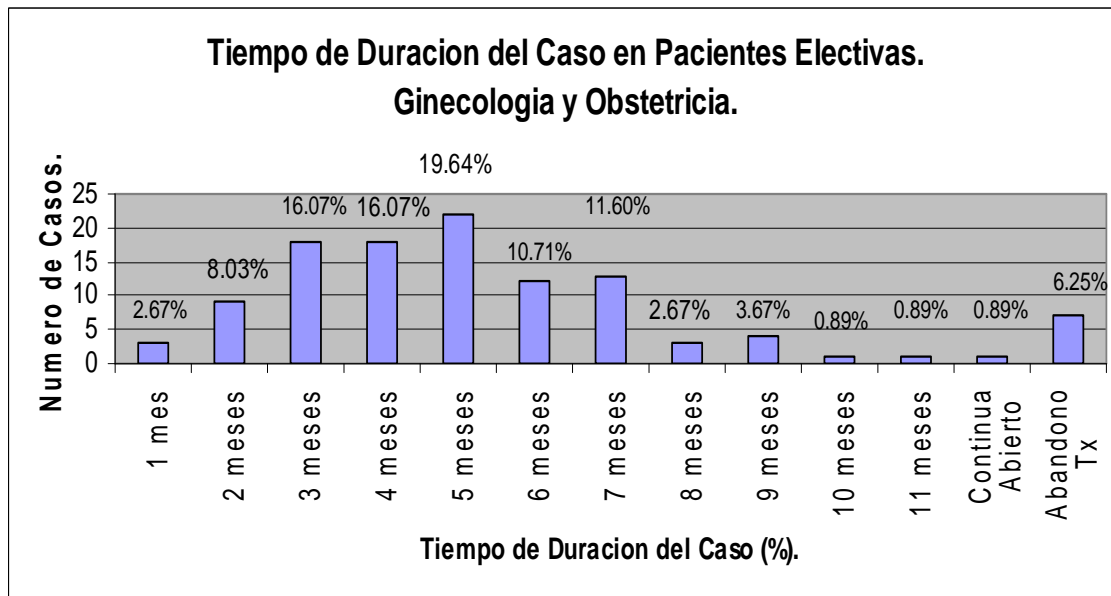
Grafica No.64



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que los días de recuperación por la complicación no sobrepasa los ocho días, dos fueron de tres días, mas las dehiscencias por la abertura de la piel, nos llevo mas tiempo por la curación, no hubo casos severos de infección.

Grafica No.65

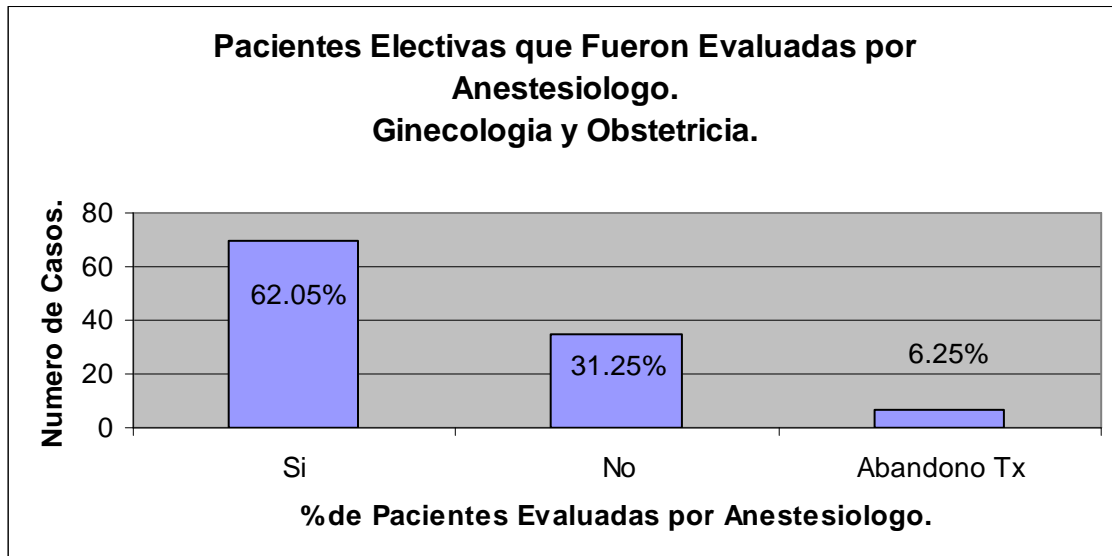


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar en la grafica anterior que el tiempo que permaneció el caso abierto, esta siendo correctamente manejada, la mayoría esta dentro del rango que dura el embarazo, y los crónicos son por problemas ginecológicos o neoplásicos.



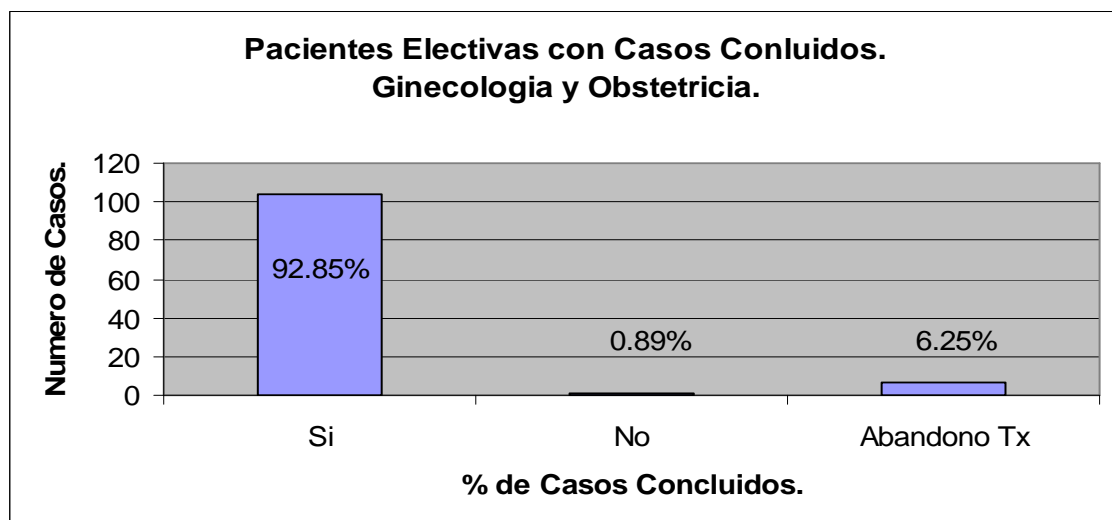
Grafica No.66



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que un 62.5%, 70 pacientes fueron evaluadas, pero hay un 31.25%, 35 pacientes que no fueron evaluadas, ahí hay un problema a resolver pues ningún paciente debe de entrar a sala de operaciones sin ser evaluado por anestesiólogo, es parte de la seguridad que el sistema tiene para mantener la calidad del servicio, debe de observarse la regla y aplicarse la obligatoriedad, pues el sistema se detiene al fallar una parte del mismo, para que todo el aparato sea funcional todos deben de cumplir con lo que le corresponde, una mala evaluación de alguna de las partes podría impactar negativamente en el derecho-habiente.

Grafica No.67

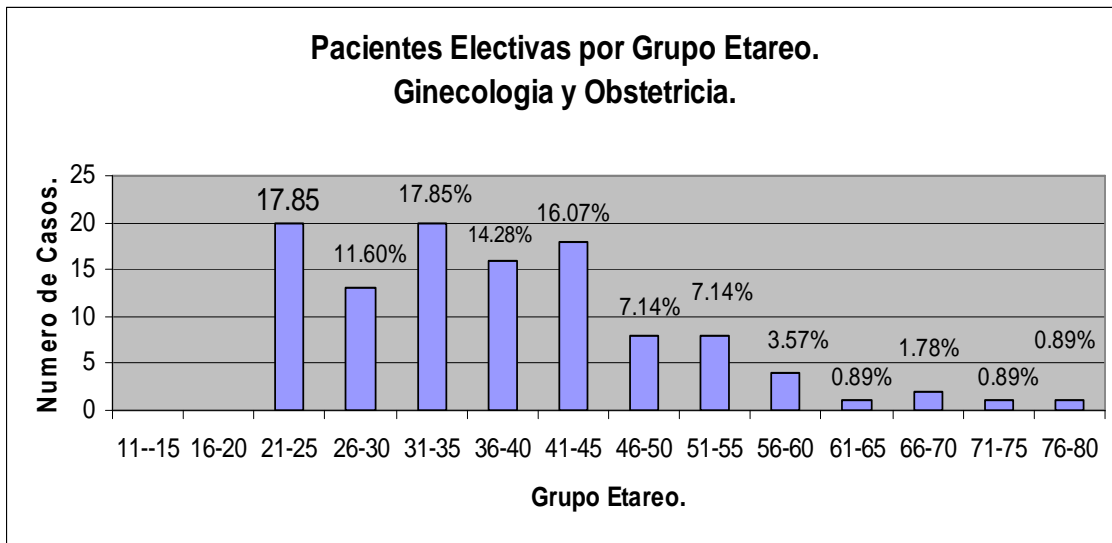


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se observa que el número de casos concluidos es mas que aceptable, pues el 92.85%, 104 pacientes si concluyen el caso, eso también nos da la idea del buen manejo del diagnostico y el tratamiento, los casos no concluidos son enfermedades crónicas.



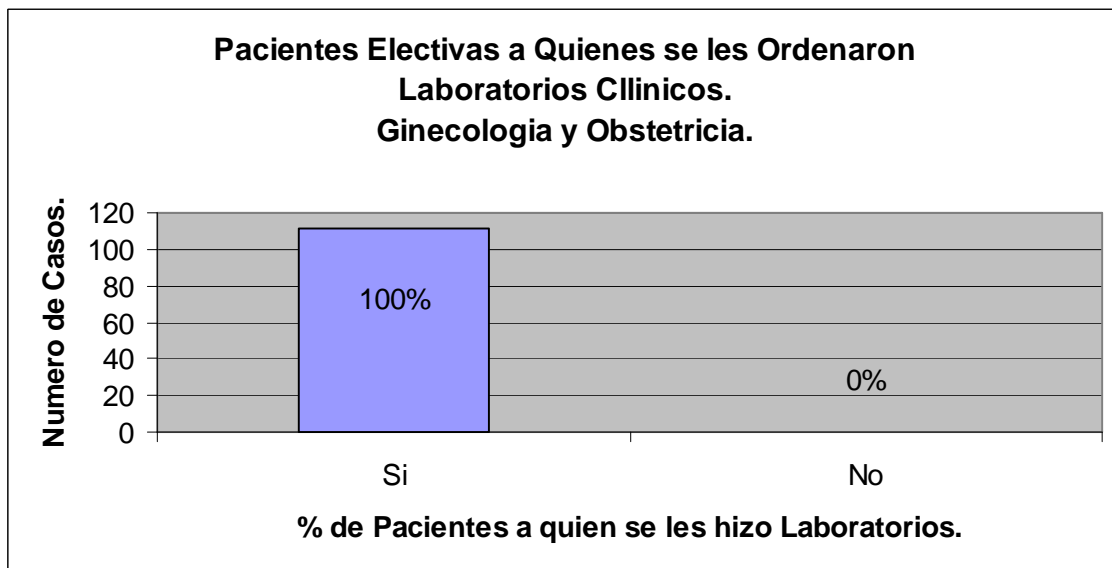
Cuadro No.68



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede ver que la mayoría de embarazos es en edad aceptable de veinte en adelante, los problemas gineco-obstétricos están en mujeres maduras, no se registraron adolescentes, las enfermedades crónicas inician en la tercera edad, como corresponde.

Cuadro No.69

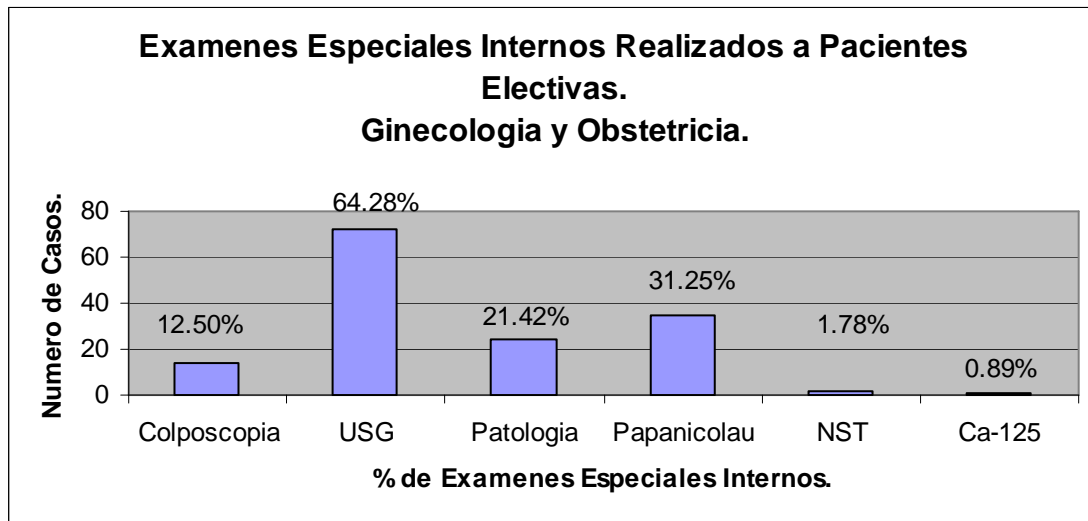


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se envió a un 100% de los pacientes a realizarse pruebas de laboratorio, comprobándose que ningún paciente puede continuar a la siguiente etapa, si falta algún laboratorio, o si no ha transitado por ese servicio.



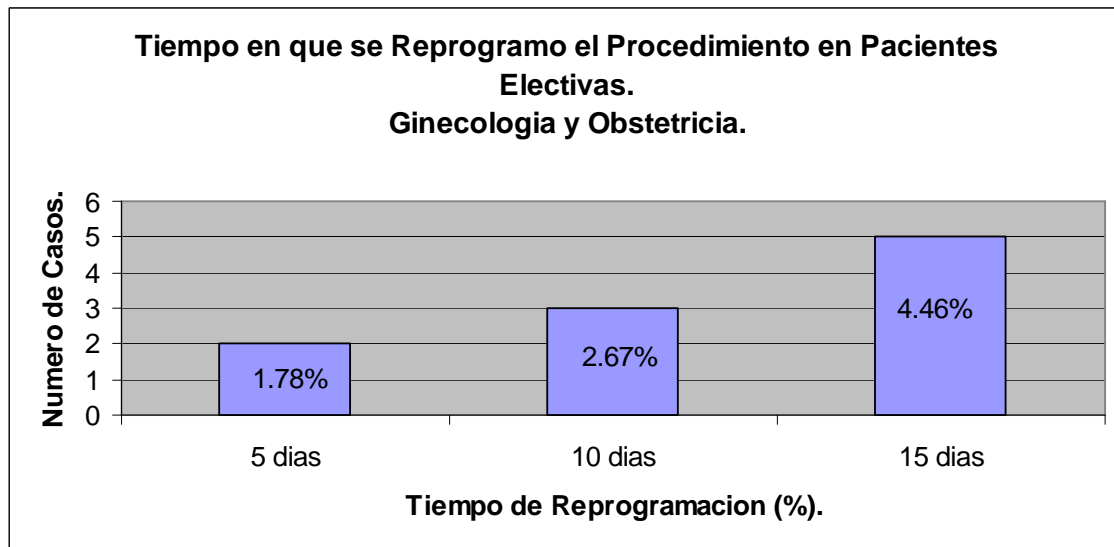
Grafica No.70



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se observa que el ultrasonido gineco-obstétrico es el examen interno mas utilizado, siguiéndole el papanicolau con las patologías, y colposcopias, que deben de ir unidas para afinar diagnostico patológico, seguido por las pruebas de bienestar fetal y un caso de enfermedad neoplásica.

Grafica No.71

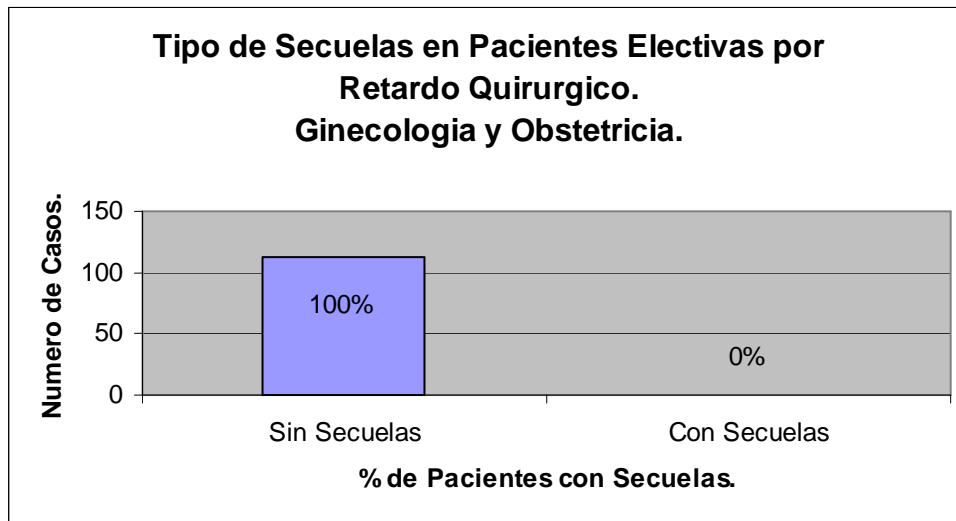


Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Se puede observar que el tiempo de reprogramación es corto, pues no se puede perder el pre-operatorio, la mayoría se realizo en los primeros quince días, la importancia aquí radica que son pacientes obstetricias que no pueden esperar, también no hay que dejar de ver que solo dos salas de operaciones se utilizan, para tres especialidades que quieren operar todos los días, la coordinación entre las especialidades ha funcionado.



Grafica No.72



Fuente: Elaboración propia con base a Trabajo de Campo, 2008.

Esta grafica es importante pues demuestra que no hay secuelas a derecho-habientes secundarias por el retraso del procedimiento quirúrgico, por no hacer el procedimiento electivamente, y comprueba que la programación ha tenido éxito. Aquí se evalúa la secuela producida por el retraso del procedimiento, no la lesión, pues solo la lesión dejara secuela física.

12.1 ANALISIS Y DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS.

Se puede constatar a través del cuestionario, que fue aplicado al expediente médico, libros de programaciones en sala de operaciones, libro de programación en consulta externa, libro de omisiones de procedimientos, y a través de la interacción que tuvo el derecho-habiente, datos encontrados también en el expediente medico, con las diferentes disciplinas que son parte del proceso del procedimiento electivo, siendo estas, la consulta externa, laboratorio, banco de sangre, medicina interna, enfermería, encamamientos, y se puede observar en los cuadros anteriores que se puede hacer un diagnostico de donde el proceso falla.

Pero el proceso se tiene que ver como un ente integral, no solo un listado o parte de un normativo que pone un orden, es también quienes intervienen en el normativo quienes tienen relevancia e importancia para hacer que se cumpla, es importante esto, cuando los hombres la aplican y la respetan es donde la normativa o la ley cobra importancia pues es donde el ordenamiento y el respeto a la misma se vuelve efectiva.



Por medio de la información recabada, se puede diagnosticar las áreas que influyen en el fallo del flujo, el proceso debería ser constante, desde la entrada del paciente hasta su salida.

El objetivo general es: hacer una evaluación al proceso medico-quirúrgico, así como también determinar e identificar el si hay burocratización, identificar el no cumplimiento, así como determinar el impacto en el derecho-habiente y al comparar las graficas con los objetivos de estudios se determinamos que:

En las tres especialidades se revisaron 336 expedientes médicos los cuales su información fue corroborada en donde correspondía, y según las boletas de recolección de datos se observan los siguientes resultados:

Se tomaron en la muestra a 112 derecho-habientes por especialidad.

Se puede constatar que a todos los pacientes de las tres especialidades se les tomo sus laboratorios sin excepción, pues es requisito sine quanon para tener la atención quirúrgica.

Se reporto que un porcentaje alto de pacientes no tiene problemas de perdida de laboratorios, o regreso al mismo, pero si se puede observar que la cirugía es quien mas reposiciones del legajo de laboratorios hace, siguiéndole la traumatología, por ultimo la ginecología y obstetricia, es de hacer notar que aun así, es un porcentaje mínimo de pacientes, aunque no hay que dejar de ver que el valor de laboratorios por paciente es alto, quienes regresan el porcentaje es escaso, y su justificación fue clara, pues hallazgos médicos hicieron necesaria el regreso y esa fue su indicación.

También se puede observar que 234 (69.64%) de 336 pacientes fueron operados en menos de sesenta días, eso es muestra de rapidez del servicio quirúrgico para el paciente, solo 54 pacientes fueron operados en menos de 90 días, la situación fue por hallazgos médicos patológicos que ponían en riesgo al paciente y que debía resolver antes de ser sometido al procedimiento, es importante indicar que existen un promedio de 26 pacientes que abandonaron tratamiento, cuestión que no debería de darse, pues es el que podría proceder contra la institución y fue el mismo paciente quien abandona tratamiento,



violando su derecho, y la normativa de consulta externa, que dice que todo paciente cuando falta tiene ocho días para justificar su falta y ser evaluado nuevamente, de lo contrario se le puede dar caso concluido, esto afecta la consulta externa, ya que podría generar presa de pacientes.

Uno de los cuestionamientos mas importantes es si lo programado en realidad se ejecutaba, y 276 (82.14%) de los procedimientos, se llevaron a cabo en forma electiva, que es el objetivo final de la planificación, en traumatología los que no se hicieron electivamente fueron: trasladados a otra especialidad quirúrgica entre ellas cirugía de mano, y otros que fueron omitidos porque la sola inducción anestésica era mortal para el paciente, en cirugía un caso se volvió emergencia que era un dolor abdominal, y en ginecología y obstetricia la programación era dentro de los parámetros aceptables pero la paciente inicia con trabajo de parto antes de la fecha programada. Por separado fueron mínimos los procedimientos que no se hicieron electivamente.

En lo concerniente a los motivos de reprogramación, en este rubro se encuentra uno de los problemas a resolver, pues se puede ver que 14 pacientes faltaron a su cita, esto produce problema pues hay que reprogramar la cita y retrasa el procedimiento, este rubro es afectado por el mismo derecho-habiente no es un problema generado por la institución, 13 pacientes faltaron a su preoperatorio, cuestión también generada por el paciente, pues al faltar a preoperatorio cancela o detiene el flujo del proceso, afectándose el mismo, el problema lo causa el paciente al reclamar e ir contra la institución porque le retrasan su tratamiento cuando el mismo comete la falta, los pacientes que viven cerca al hospital o perímetro de influencia son los que mas faltan, los campesinos y personas pobres que viven lejos es quienes menos problemas de ausentismo presenta. Doce pacientes retrasaron su procedimiento por falta de donadores en banco de sangre, esta legislado que es obligatorio la presentación de donadores para todo procedimiento quirúrgico, pues puede ser necesaria trans-operatoriamente, dos solicitaron cambio de cita, aunque no es lo ideal, lo correcto para tener control de las consultas, luego vienen todos aquellos que presentaron entidades nosologicas que debían ser resueltas antes de pasar al procedimiento quirúrgico, aunque también son pocas demuestra lo efectivo que fue la consulta en la especialidad y el preoperatorio, pues cumple con su función de detectar anomalías previas al evento.



Motivos institucionales de reprogramación: 12 pacientes fueron reprogramados por falta de cupo, pero 26 veces se reprogramo porque no se contaba con sala disponible para el procedimiento, pues existían procedimientos de urgencia en otra especialidad, o los procedimientos se extendían, esto es importante pues la falta de salas merma la calidad del servicio, y un hospital sin ambientes quirúrgicos adecuados y completos resta la calidad de atención en general. Doce pacientes fueron reprogramados por falta de camas, y en las especialidades de cirugía y traumatología, las dos que cubren accidentes, no teniendo el problema obstetricia, y el otro problema fue de logística al no haber disponible material de osteosíntesis, para lesiones traumatológicas, situación mínima que lo resolvió en tiempo relativamente corto.

En relación a los laboratorios perdidos, se pudo observar que en un 100% no hubo problemas pues los laboratorios estuvieron al alcance del medico y no hubo extravío alguno en el estudio. Esto indica que los resultados de laboratorios estaban contenidos en la papeleta, no evalúa la rapidez del trabajo del laboratorio pues el tiempo debe de ser más que justo pues hay un espacio considerado justo entre cita, laboratorio y cita.

En lo que respecta a los laboratorios en servicios contratados o exámenes especiales se observó que un total de 306 (91.07%) de los pacientes no necesitaron realizarlos, pero hubo un 8.92% o sea 30 pacientes que si lo requirieron por patologías especiales, y aun así necesitando exámenes especiales el tiempo no se alargó, pues las citas y los resultados estaban a tiempo, además de que se demuestra que los exámenes están bien indicados cuidando el rubro financiero, al no solicitar exámenes por motivos no justificados..

Los exámenes realizados en servicios contratados tuvo la singularidad de cada especialidad, ya que se puede ver por ejemplo que en traumatología las resonancias magnéticas son las principales, en ginecología son las mamografías y en cirugía son los ultrasonidos, pero también se observó que los demás laboratorios utilizados que existen en el arsenal se aprovechan adecuadamente, pues la cantidad solicitada es mínima por el buen criterio medico al pedir los mismos, y los controles en las jefaturas medicas, se observó pues que este rubro es adecuado, y se comprueba que la institución



pone a disposición del derecho-habiente un abanico de posibilidades diagnosticas y que son utilizadas por indicación medica.

En concordancia a la donación sanguínea como requisito se pudo observar que en las tres especialidades 282 pacientes el 83.92% si cumplieron con la normativa, 34 pacientes que no lo hicieron que corresponde a un 10%, (el resto abandono tratamiento), cuestión que es importante para no perder o disminuir la donación, pues es un requisito que permite salvar vidas, además de obligatorio.

En proporción a las complicaciones presentadas en los procedimientos solo 9 pacientes tuvieron problemas que corresponde a 2.67% los cuales fueron bien manejados en tiempo requerido. Los datos aportados en este rubro son buenos pues solo es un 2.67% en las tres especialidades, lo cual indica que, no causa problemas a la unidad o al paciente, pues son las que se podrían esperar en cualquier procedimiento.

En relación al tipo de complicaciones 7 fueron infecciones de heridas operatorias, y dos fueron dehiscencias de heridas operatorias, en donde la curación tomo el tiempo considerado necesario para el tipo de procedimiento, el numero de casos es mínimo en relación al éxito alcanzado al haber 327 que no presentaron problemas.

En lo que respecta a los días de hospitalización, cada especialidad tiene sus características bien definidas, por el tipo de patología, no se puede estandarizar los tiempos, pues seria incongruente, porque las especialidades no son iguales. Se puede observar en traumatología que el tiempo de hospitalización va a depender mucho del grado de la lesión producida por el trauma, así como el grado de afectación a miembro músculo-esquelético y nervioso, pero se puede observar que es en los primeros 16 días en donde esta el mayor porcentaje de egresos, aquí hay que tomar en cuenta que esto puede afectar el cupo o espacio de camas disponibles, pero se observa el esfuerzo por la cantidad de operaciones realizadas, y la complejidad de las mismas.

En el Servicio de Cirugía se observó que los días de hospitalización esta en los primeros ocho días, ya que la variedad de diagnósticos y operaciones aumenta la cantidad de opciones que el hospital tiene, la subespecialidad de urología brindo un impacto satisfactorio en la población, la unidad tuvo mas capacidad de resolución, al tener mejores opciones quirúrgicas a disposición del derecho-



habiente, el resto se incremento debido a accidentes, como trauma craneoencefálico o cerrado de abdomen.

La Especialidad de Ginecología y Obstetricia tiene la particularidad que sus procedimientos quirúrgicos son habituales, y eso le da la capacidad a la especialidad a tener un movimiento en camas mas rápida en relación a las especialidades anteriores, por eso sus días de hospitalización están en los tres o cuatro días, eso le da capacidad a la especialidad de que transitaran mas personas por ese servicio.

Con respecto a los días de hospitalización por complicaciones del tratamiento quirúrgico electivo, se observó que los tiempos son los adecuados, son cortos, si vemos que se tratan de complicaciones, ya que esta entre tres y ocho días, no así en trauma que se tiene que ver la severidad de la lesión, por lo que dos casos por antibiótico terapia y cobertura y prevención de infecciones se tuvo que tardar lo necesario, este rubro es bueno para la unidad pues un 2.67% de la cantidad de pacientes que presentaron complicaciones en relación al éxito a quienes evolucionaron normal.

En algunos casos quirúrgicos se pudo observar que están activos los estrictamente necesarios, aquí también debe de separarse las cualidades de las especialidades, ya que, en traumatología debe de tomarse en cuenta el grado de lesión, severidad, el impacto que tendrá sobre su futuro en relación a su movilidad y su calidad de vida en el futuro, se aprecia que en esta especialidad hay un porcentaje de pacientes con duración de 6 a 8 meses, y sus casos aun están activos, esto por la lesión y su severidad, hay necesidad de múltiples operaciones para recobrar el miembro afectado, su rehabilitación o refracturas o reingresos en algunas ocasiones, pero el éxito del tratamiento se puede notar porque sus procedimientos complejos en columna, reposición de articulaciones, reconstrucción de miembros.

En el caso del Servicio de cirugía se puede estandarizar mas el tiempo pues se percibió que esta en un promedio de ocho meses el mayor porcentaje de pacientes, se extienden los casos en donde los accidentes se sobre agregan a alguna patología.

El caso del Servicio Ginecología y Obstetricia es mas regular pues esta enmarcado muchos casos en el periodo de embarazo, y en ginecología los procedimientos son por patologías manejables por su prevención, no así los casos neoplásicos.



Es importante la evaluación del anestesiólogo antes del procedimiento y aquí 207 pacientes o sea el 61.60% fue evaluado, pero hay un 24.70% o sea 83 pacientes que no fueron evaluados, aquí es importante subir el porcentaje y bajarlo a cero, pues es indispensable la evaluación para evitar riesgos en la inducción así como también podría descubrir patologías o evitar el síndrome de stress prequirúrgico.

Con los casos concluidos se vio la efectividad de las programaciones, pues se puede ver que en las tres especialidades los casos concluidos son altos: Traumatología y Ortopedia presenta 70.53% en Ginecología. 92.85% y en Cirugía 84.14%, y en forma global es un 81.84%, esto también nos da un perfil de la capacidad de resolución por la vía quirúrgica cuando esta indicada.

La institución cubre a la población derecho-habiente en casi todas las edades, la mayoría están entre los 20 a 60 años, edad en que su trabajo hace crecer el país, la institución no cubre en la edad de la adolescencia es por eso que la cobertura es cero, pero se pudo observar también que hay beneficiarios en la primera infancia de menos de cinco años, y los derecho-habientes en estado de jubilación el porcentaje ahí presentado es por problemas degenerativos propia de la edad, aun así el grado de tecnificación en las especialidades permite a la unidad poner a disposición de los derecho-habientes una gran variedad de procedimientos para curar o mejorar sus condiciones.

En cuestión a género, a excepción de Ginecología y Obstetricia, en Cirugía esta casi nivelada la distribución entre hombres y mujeres, no así en Traumatología en donde son los varones los que más solicitaron el servicio, y se observo que las afiliadas están en aumento de frecuencia.

Los 336 pacientes fueron enviados a realizarse exámenes de laboratorio, la evaluación desde el punto de vista de estudios de gabinete es obligatoria, todos sin discriminación fueron evaluados y los resultados del estudio colocados en la papelera correspondiente.

Es importante hacer un recuento de los exámenes especiales internos que la unidad pone a disposición a los derecho-habientes y se puede encontrar



que cada especialidad tiene sus métodos de diagnóstico propios por eso se puede ver que:

En Traumatología los rayos X fueron los mas utilizados se tomaron en 100% ya que sin discusión una lesión ósea solo por ese método se puede observar, luego las patologías y los cultivos son los mas útiles en esa especialidad.

En el Servicio de Cirugía son los estudios anatomico-patológicos las mas usados, para hacer diagnóstico definitivo y correlación clínico patológica, seguidos de los rayos X y el Pielograma I.V.

En Ginecología y Obstetricia, son los ultrasonidos gineco-obstétricos los requeridos con mayor frecuencia, seguidos por la correlación clínico patológica recurriendo a colposcopia, papanicolau y estudios anatomico-patológicos, luego las pruebas de bienestar fetal, y un examen para problema de enfermedad neoplásica.

Los servicios internos fueron utilizados con razonamiento y con una buena relación en la historia, examen y diagnóstico, esto para tener una buena indicación al momento de solicitarlo.

Se observó que las reprogramaciones fueron realizadas en un tiempo prudencial, no mas de quince días, el examen preoperatorio tiene un tiempo de vigencia, pasado ese tiempo debe de hacerse uno nuevo, y se puede ver que la reprogramación para hacer el procedimiento quirúrgico es aceptable, en traumatología y ginecología, no así en cirugía que en el programa de enfermedad común, necesita hacer afinamiento del diagnóstico, y sus cupos en sala y servicios estaban limitados, pero logra avanzar, los procedimientos no pierden su forma electiva, ya que todo sigue programado y se cumple.

Es importante el hallazgo de que no hubo secuelas por no hacer el procedimiento y esto ya sea en forma electiva o urgente, lo importante es que la unidad hospitalaria no produjo iatrogenia secundaria a retardar tratamiento quirúrgico, lo anterior redundó en el presupuesto pues hay que asumir secuelas a posteriori y afectaría la vida del derecho-habiente.



13. CONCLUSIONES.

13.1. Se puede comprobar según los resultados de los procesos en la atención medica-quirúrgica del IGSS, en el Hospital de Mazatenango, si se ejecutan en forma oportuna y contribuyen a la salud del derecho-habiente.

13.2. El Proceso institucionalizado que rige el programa de cirugía electiva es efectivo para los fines que fue diseñado, pues se pudo observar que en las tres especialidades los procedimientos electivos fueron elevados, en el Servicio de Cirugía fue de 86.60%, en el Servicio de Traumatología y Ortopedia fue de 76.78% y el Servicio de Ginecología y Obstetricia fue de 83.03%.

13.3. La lentitud del proceso se concentró en la falta de educación del derecho-habiente al faltar o frenar el flujo del proceso, actuando contra su salud y esto se puede observar al encontrar que faltar a su cita, faltar a su preoperatorio, pedir cambio de citas, no traer donador, esos motivos hacen un total del 26.76% de las reprogramaciones, siguiéndoles los motivos patológicos como diarrea, IRS, HTA, Diabetes mellitus, así como se puede observar que 33.02% fue por falta de donador.

13.4. El plan educacional es una debilidad encontrada y esta es por parte del médico hacia el derecho-habiente, al no tomarse el tiempo necesario para hablar con el paciente sobre el estado actual de la patología.

13.5. Todos los derecho-habientes de las diferentes especialidades fueron evaluados en un tiempo prudente y necesario, así como los resultados de laboratorios, tanto internos como de servicios contratados fueron cumplidos, poniendo a disposición del paciente todo lo necesario para su procedimiento electivo.

13.6. Los procedimientos en el Hospital del IGSS de Mazatenango, son realizados en el tiempo correcto, la espera es la necesaria para definir y afinar diagnostico así como el procedimiento idóneo que necesita.

13.7. En lo que respecta a la reprogramación, se realizaron por indicaciones justificadas y los procedimientos fueron electivos, y las observaciones están bien marcadas y separadas. Por un lado están las creadas por el paciente entre



las cuales está la inasistencia a su cita, faltar a preoperatorio, no cumplir con presentar donador, producto de su desconocimiento en relación a situaciones de su propia salud. Y las aportadas por el medio físico hospitalario, producto del cierre de dos salas de operaciones necesarias para dinamizar y aumentar la productividad de la unidad.

13.8. Los exámenes de laboratorio estuvieron a la orden del medico para su análisis, y decisión y no hubo perdida de documentación.

13.9. Los servicios contratados para poner a disposición de los derecho-habientes es idóneo pues se encuentran los necesarios para las patologías presentadas por los pacientes.

13.10. Las complicaciones presentadas en los procedimientos quirúrgicos son mínimas y no tienen impacto en la unidad o el patrono pues dichas complicaciones fueron controladas y resueltas.

13.11. No se encontraron secuelas al derecho-habiente producto de retardo para hacer el procedimiento o negligencia en hacer el mismo.

13.12. Cada especialidad tiene sus patologías específicas, se encontró el tiempo de hospitalización es congruente con la enfermedad activa o causante del procedimiento.

13.13. Se registró que el tiempo de hospitalización por complicaciones quirúrgicas es corto y el inconveniente es superado con éxito.

13.14. La duración del caso es estrictamente lo necesario, apegado a la normativa vigente en consulta externa, los casos están bien concluidos y se concluyeron cuando estuvo indicado.

13.15. El estudio reveló un porcentaje de 24.70%, 83 pacientes no evaluados por anesthesiologo, situación injustificada que debe de ser corregida.

13.16. La institución da cobertura a casi todo grupo etareo, hay beneficiarios adolescentes por IVS, pero las demás edades están perfectamente cubiertas tanto en salud como en prestaciones en dinero.



13.17. Los exámenes especiales internos, dentro de la unidad hospitalaria en disponibilidad para el derecho-habiente son adecuados, pero debe de ser reforzada al hacerlos localmente no viajando a la capital en ocasiones.

13.18. Las reprogramaciones fueron realizadas en tiempo corto, de 5 a 15 días en traumatología y ortopedia y la ginecología y obstetricia, y entre 10 a 60 días en cirugía general, siendo electivos los procedimientos, y respetando la vigencia de los exámenes pre-operatorios.

13.19. Los exámenes de laboratorios, internos, servicios especiales, están siendo utilizados racionalmente y con la indicación correcta.

13.20. El servicio de archivo debe mejorar el control de expedientes tanto para su seguridad y resguardo, así como para su localización, pues aunque se evaluaron 336 expedientes, 150 expedientes no aparecieron, no se sabe el paradero de los mismos.

13.21. Se determinó que en los diferentes libros en donde se anotan los datos de los pacientes que ingresan al proceso no están correctamente llenados, hay deficiencias, en el libro de programaciones en el servicio, en sala de operaciones, operaciones ejecutadas, si fueron electivas o de emergencia, libro de procedimientos omitidos, la papeleta adolece de deficiencias dadas por letra ilegible, orden, limpieza, sello profesional.

13.22. Se encontró que el alcoholismo es la causa principal de accidentes en carretera en jóvenes de edad productiva y coadyuva a la producción de lesiones graves, afectando la vida del paciente, al patrono y la institución por largas coberturas en tiempo y dinero, y al país por pérdida de mano de obra productiva en algunos casos calificadas.



14. RECOMENDACIONES.

Tomando en cuenta los objetivos general y específico que fueron el eje del presente trabajo de investigación o investigación evaluativa, de procesos médicos-quirúrgicos y sus efectos, así como determinar el grado de burocratización, identificar causas de no cumplimiento, y determinar el impacto del servicio en la unidad hospitalaria, y tratando encontrar soluciones viables y no onerosas para la resolución de problemas si se encontraban se puede presentar las siguientes recomendaciones:

14.1 Iniciar campaña de educación y concientización a los derecho-habientes en relación la importancia de su salud, y valorar los servicios institucionales, este es el eje de solución principal del problema.

14.2 Reforzar el monitoreo y la evaluación en los servicios en relación al fortalecimiento en el uso de papeleta y plan educacional al personal medico.

14.3 Que todos los pacientes sean evaluados por anestesiólogo, pues es parte del proceso, y para que sea completo sea reforzado ese rubro, pues es obligatorio para su ingreso a sala de operaciones.

14.4 La contratación de radiólogo en el servicio de rayos X, para interpretación de placas de tórax, pielograma IV, etc.

14.5 Es mandatoria la devolución de los dos quirófanos faltantes, o poner en condiciones las salas faltantes para que la productividad aumente y la cobertura sea mayor para los derecho-habientes, esto redundara en una mejor imagen institucional, aumentara la calidad de los servicios, y aumentaría la satisfacción del derecho-habiente.

14.6 Mejorar el resguardo de los expedientes clínicos en el archivo.

14.7 Supervisión y Evaluación por parte de las Jefaturas Quirúrgicas del buen llenado de los libros de programación, libros de sala de operaciones, libro de omisión de procedimientos, libros de procedimientos electivos y de urgencia, archivo medico del derecho-habiente, pues son documentos oficiales, por lo tanto legales.



15. PROPUESTA.

15.1 JUSTIFICACION.

El objetivo principal del presente estudio fue hacer una investigación evaluativa al proceso medico-quirúrgico del derecho-habiente que será sometido a un procedimiento electivo, ver si el sistema esta funcionando, si la interacción entre las especialidades es la correcta, si las salas de operaciones son las necesarias, y si el derecho-habiente esta haciendo lo que le corresponde que “es cumplir la normativa para ser operado”.

Esta propuesta se fundamenta según los hallazgos encontrados en el estudio: “EVALUACION EN LA ATENCION MEDICO-QUIRURGICA Y SUS PROCESOS, EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, MAZATENANGO AÑO 2008”. En el estudio se puede observar que se han encontrado dos tipos de problemas, uno institucional que depende de autoridades centrales, y la otra que fue mayor a la anterior y es el no cumplimiento del derecho-habiente a situaciones fáciles de resolver, pero la no colaboración o desconocimiento de sus obligaciones hace que falle el proceso o lo demore, perjudicando al mismo derecho-habiente su actitud.

El personal bien informado y capacitado es importante para el desarrollo de su trabajo, pero esto de nada sirve si el conocimiento se queda en el y el plan educacional sea deficiente, la técnica es buena, estar tecnificado también, estar tecnologizado es importante, pero esto de nada vale si la comunicación y la educación al personaje que va el servicio no sabe que hacer, no sabe seguir las reglas, pues este no le dará interés e importancia a lo que la institución le da, aunque la educación y cultura es de doble vía.

La tecnología de punta en tiempos modernos es vital, pero sigue siendo la palabra hablada, la explicación, la comunicación, lo mas importante para tener una verdadera relación medico-paciente, para que haya una identificación, entre la institución y el derecho-habiente.



15.1.1 OBJETIVO GENERAL.

15.1.1.1 Formar un proceso que sea sostenido de capacitación y este a la vez forme el recurso humano a fin de concientizar al afiliado y beneficiario, sobre la importancia de cumplir la norma en cualquiera de los procesos.

15.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

15.1.2.1 Transformar la realidad actual en relación a la actitud del derechohabiente y darle importancia al proceso medico-quirúrgico, así como reforzar la comunicación medico-paciente.

15.1.2.2 Cambiar la actitud del trabajador institucional y convertir su debilidad de comunicación en fortaleza, así como priorizar las necesidades de capacitación y formación al personal.

15.1.2.3 Encontrar una forma de capacitación que sirva para la modernización en la administración de los programas institucionales.

16. PROGRAMA DE CAPACITACION.

Todas las instituciones considera que tienen programas de capacitación, y los mismos son suficientes o los necesarios.

Se ha visto que el Estado tiende a centralizar todo y todas las decisiones, es por eso que se terminan ejecutando programas que la institución, no necesita, se puede ver en cualquier entidad que se tienen temas que no tienen nada o casi nada que ver con su realidad o su necesidad.

La institución no deja de ser la excepción, se tiene un departamento de Recursos Humanos que tiene un programa de capacitación, pero elaborado para ellos, y según ellos con las necesidades de los hospitales.



En los años anteriores hubo capacitaciones que no ayudaron a esta unidad hospitalaria, los temas no eran aplicables a las personas que se “asignaron”, el personal fue desmotivado, solo firmo, y se retiro, no estuvo en lo que llamaron capacitación, y ningún trabajador, pudo o puede enseñarle a otro pues fue tiempo perdido.

Por otro lado, se contrató a personas fuera de la institución que según las autoridades estimularían, levantarían la moral en el trabajo, el tiempo fue perdido, solo enviaron a personas que no conocen en lo absoluto el trabajo del servidor publico, y la meta era la de inculcar una privatización subliminal, olvidando que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, no es un ente privado, es un ente Autónomo, pero bajo las leyes y reglamento del estado, es un servicio social, no un servicio privado, se utilizo recurso económico en dichas capacitaciones lo que realmente no era necesario pues en la unidad se encuentran personas capacitadas para las necesidades de la misma.

Los temas en esa oportunidad más eran de tecnología, y en la unidad hospitalaria solo habían computadoras obsoletas, hasta en 2009 la unidad fue provista de computadoras nuevas.

Las capacitaciones deben de brindarse según las necesidades y las realidades de cada unidad pues sus necesidades y realidades son diferentes, lo que le falta a la unidad de Zacapa, no es igual a lo que le falta a la Unidad de Mazatenango, es por eso que cada programa debe de ser capaz de identificar el perfil de su personal, su necesidad, sus intereses, sus fortalezas y su capacidad de renovación.

Hoy en tiempos de crisis financiera a nivel mundial, así como en las instituciones del Estado es necesario mantener actualizado al personal, y en esa instancia la misma unidad hospitalaria esta en capacidad de formar a su personal en los temas pertinentes, y la metodología va a ser fundamental para la capacitación y va a ser importante que los participantes o convocados sean participativos para hacer al trabajador parte importante y se sienta creativo e innovador, que se sienta útil e importante del engranaje que hace funcionar el proceso.



En este caso la normativa, los acuerdos, los procesos existen, es aquí importante que los mismos sean conocidos, primero por el personal, y tan importante como los primeros el derecho-habiente.

Como se sabe el conocimiento es un factor fundamental para el desarrollo, El conocimiento es una capacidad humana y no una propiedad de un objeto, su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje. Esto implica que cuando hablamos de gestionar conocimiento, queremos decir que ayudamos a personas a realizar esa actividad. El conocimiento carece de valor si permanece estático. Sólo genera valor en la medida en que se mueve, es decir, cuando es transmitido o transformado.

Lo que queremos no es transmitir información, sino transmitir conocimiento, un desarrollo estratégico que nos lleve a una actualización y capacitación, sencilla, y con tecnología apropiada.

Creemos que una información posicionada estratégicamente pueda generar también propuestas, y estas ser trasladadas al derecho-habiente para ser más eficientes y eficaces en el proceso medico-quirúrgico.

17. METODOLOGIA DE LA CAPACITACION.

Con la capacitación queremos desarrollar al personal y al derecho-habiente y con esto se quiere responder a la necesidad de mejorar el proceso medico-quirúrgico, buscando mejorar la actitud y la conducta de ambos.

Con esto se pretende perfeccionar al trabajador en el área donde labora, y queremos mejorar el proceso medico-quirúrgico ya estructurado con metas bien definidas, que es su conocimiento y su aplicación para su eficacia y eficiencia.

Análisis Situacional:

Este ya fue realizado en los resultados del estudio de la investigación evaluativa.

Fase I:

Hacer efectivo un programa de inducción, ya que la calidad será mejor si lo logrado en la inducción sea aplicado en el puesto a futuro.



Fase II.

Seleccionar al grupo responsable.

Puede ser integrado por cuatro personas multidisciplinariamente.

Que las jefaturas de servicios asuman la responsabilidad por especialidad.

Fase III.

Capacitación.

Grupo Responsable: se entrenará en forma participativa y educación formal para el adulto. Se reforzara en el Acuerdo 410 Reglamento sobre Protección a Enfermedad y Maternidad, Acuerdo 466 Reglamento de Asistencia Medica, Acuerdo 1002 Reglamento sobre Protección Relativa a Accidentes, Reglamento para Procedimiento Electivos.

Fase IV.

Capacitaron en general. A) Personal.

B) Derecho-habientes.

Recordemos que queremos tener cambios tanto en actitud en el trabajador, así como cambios sociales al derecho-habiente darle importancia a su competencia.

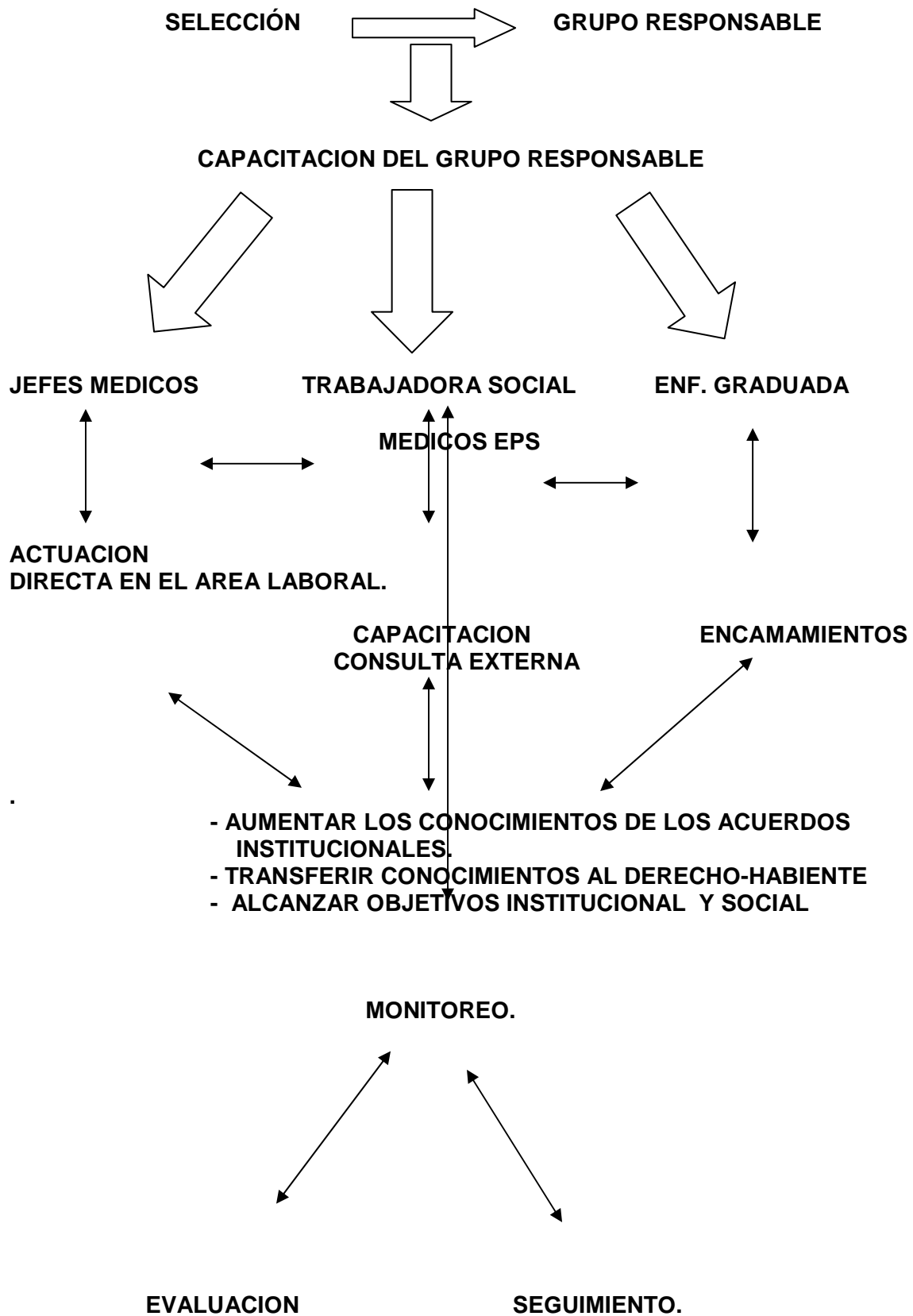
Fase V.

Monitoreo del programa.

Evaluación, Seguimiento.



ESQUEMA DE CAPACITACION.





18. PROPOSITOS.

Conocer los objetivos de los acuerdos que rigen el proceso medico-quirúrgico.

Que se reconozca la importancia del derecho-habiente en el proceso.

Un derecho-habiente educado le dará un gran valor a los servicios.

Incrementar la cultura de donación sanguínea.

Que los trabajadores tengan más conocimientos de las leyes que rigen el seguro social.

EN EL DERECHO-HABIENTE Y TRABAJADOR.

Conocimiento en el área laboral correspondiente.

Conocimiento de la regla institucional por ambos.

APLICACIÓN.

Cumplimiento de la norma en el proceso por parte del derecho-habiente.

VALORES E INTERESES.

Valore el esfuerzo del trabajador institucional.

Transmitir conocimiento al derecho-habiente para mejor identificación de ambos.

Como solo es un grupo responsable el que podrá hacer el trabajo, el cual deberá incluir o programar los temas los cuales deberán ser revisados por el jefe de la unidad, para dar el visto bueno, también se aprovechara la docencia de los EPS-EM para difundir el conocimiento hacia los derecho-habientes.

Esto se podrá medir, por medio del aumento de donadores, disminución de los faltistas a consulta en la especialidad y a consulta preoperatoria en medicina interna.

Si se encuentra una información positiva, solo se le dará seguimiento, sin dejar de darle importancia y seguimiento a las docencias.

Si por el contrario persistiera el faltismo, se necesitara reforzar al personal responsable, pues podría ser que:

El trabajador no este sensibilizado.

El responsable no tenga la competencia dentro del programa.

Los espacios de discusión no son suficientes y haya que reforzarlos o reformarlos.



Se realizara cada cuatro meses una evaluación a la docencia, y el impacto que tiene en relación a los hallazgos del estudio, para mantener el espíritu de la misma siempre en alto, y se aprovechara que sea extensivo a todos los actos docentes del hospital, ya que la unidad tiene sus docencias pero todas son dispersas, cada especialidad o servicio tiene temas de interés, muchas veces solo son patológicos, nadie habla sobre la norma de la institución, y la inducción que da la institución existe en teoría, hace años que ya no se tiene esa actividad en las unidades, a excepción de la inducción a los residentes.

19. MONITOREO Y EVALUACION.

Este es un punto importante, se tiene costumbre que en el país, los programas, instituciones, servicios, son creados, pero nunca son monitoreados y evaluados, simplemente no les importa si son efectivos o no, y se olvida que todo programa causa gasto, por eso es importante el seguimiento evaluativo de las actividades que una institución realiza. Además de que es un instrumento importante para determinar los intereses del trabajador en salud, y la articulación con lo que diariamente hace, evaluando el impacto de su trabajo en sentido social.

Además esto nos ayudara a tomar decisiones en sentido correcto, no subjetivamente y hacer las correcciones con datos objetivos para ejecutar órdenes con lógica y en sentido positivo para la institución y para quienes sirve. Es por eso que se propone cada cuatro meses, para que exista siempre un control sobre la misma, y además es importante mantener una cultura evaluativa constante para tener conciencia de que vamos en sentido correcto.



20. Bibliografía.

1. Acuerdo 466 De Junta Directiva Articulo 1
2. Enciclopedia Libre: <http://es.wikipedia.org/wiki/proceso>.
3. Entrevista Director Hospitalario, Dr. Rigoberto Ortiz.
4. Hawe, De Geling Y Hall, Ed. Masson. Evaluación En Promoción De La Salud. Barcelona. 1990.
5. <http://www.uaq.mx/matematicas/estadisticas/wu5.html>
6. Informe Anual Del Hospital De Mazatenango, Instituto Guatemalteco De Seguridad Social, Estadística Presentada Al Consejo Consultivo Año 2008.
7. Manual De Normas, Para Prodecimientos En Pacientes IGSS, Hospital DE Mazatenango, Servicios Quirúrgicos.
8. Max Weber, Economía Y Sociedad, Sociología Comprensiva, Fondo De Cultura Económica, 1984. Pag. 1060.
9. Metodología Del Conocimiento Cientifico. Academia De Ciencias Sociales. La Habana, Cuba 1979.
10. Subsecretaria De Evaluación Y Calidad. <http://www.calidd.org/s/costo.pdf>



21. ABREVIATURAS.

| | |
|-------------------|---|
| A.S.A..... | Asociación Americana de Anestesiólogos. |
| CENTELLO..... | Centellograma. |
| CENTE. OSEO..... | Centellograma Óseo. |
| CENTE. TIROI..... | Centellograma Tiroideo. |
| DGSMH..... | Dirección General de Servicios Médicos Hospitalarios. |
| DM..... | Diabetes Mellitus. |
| DOPPLER ART..... | Doppler Arterial. |
| DOPPLER VEN..... | Doppler Venoso. |
| ECO..... | Ecocardiograma. |
| ECO STRESS..... | Ecocardiograma con Stress. |
| EEG..... | Electroencefalograma. |
| EPOC..... | Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. |
| HIV..... | Virus de Inmunodeficiencia Humana. |
| HISTOCOM..... | Histocompatibilidad. |
| HTA..... | Hipertensión Arterial. |
| I.G.S.S..... | Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. |
| I.V.S..... | Invalidez, Vejez y Sobre vivencia. |
| M.T.I..... | Métodos, Técnicas e Instrumentos. |
| NST..... | Non Stress Test. |
| PIV..... | Pielograma Intravenoso. |
| RNM..... | Resonancia Magnética. |
| RX..... | Rayos X. |
| SIDA..... | Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. |
| TAC..... | Tomografía Axial Computarizada. |
| T.P..... | Tiempo de Pro Trombina. |
| T.P.T..... | Tiempo Parcial de Tromboplastina. |
| TX..... | Tratamiento. |
| TXQX..... | Tratamiento Quirúrgico |
| UMA..... | Unidad Mínima de Análisis. |
| USG..... | Ultrasonido. |



BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS No. 1.

Fecha _____
 No. Orden _____

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACION PÚBLICA

La presente boleta tiene fines académicos y su objeto es reunir información para elaborar la tesis con el título Evaluación en la atención Medico Quirúrgica, sus procesos, en el Hospital IGSS, Mazatenango, año 2008 de la Maestría en Administración Pública. El estudio va encaminado a obtener información relacionada a la calidad de atención del servicio de sala de operaciones, evaluar los procesos, que todo derecho-habiente debe de pasar para llegar a su procedimiento quirúrgico, ver si son efectivos o muy burocráticos. La información será recogida del record personal del derecho-habiente.

1 Fue visto en forma rápida por la especialidad quirúrgica que le correspondía.

Si No

2 Fueron tomados todos los laboratorios pertinentes para la operación

Si No

3 Cuantas veces fue regresado a laboratorio por exámenes olvidados, o vencidos.

Ninguno 1 2 3 4 5

4 Tiempo entre del diagnostico al procedimiento Quirúrgico.

<30 días < 45 días < 60 días

otro_____

5 El procedimiento fue hecho en forma programada, según lo informado durante las consultas.

Si No

6 cual fue el motivo por el cual no hicieron el procedimiento.



7 Se extraviaron sus laboratorios.

Si no

8 Necesito exámenes complementarios fuera de la unidad.

Si no

9 Que exámenes se necesitaron fuera de la unidad.

10 Cumplió con lo reglamentado para procedimientos quirúrgicos en banco de sangre al traer sus donadores en el tiempo pedido.

Si no

11 Complicaciones o secuelas por procedimiento tardío.

Si no

12 Tipo de complicaciones o secuelas.

13 Días de hospitalización en el procedimiento. _____

14 Días de hospitalización de complicaciones del procedimiento: _____

15 Cuanto tiempo duro el caso abierto. _____

16 Fue evaluado por anestesiólogo _____

17 El caso fue Concluido _____



BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS No. 2.

La presente Boleta tiene fines académicos y su objetivo es reunir información para elaborar la tesis con el título Evaluaron en la atención Medico Quirúrgica, sus procesos, en el Hospital del IGSS, Mazatenango, en el año 2008, de la Maestría de Administración Publica. La presente boleta recogerá información de los registros médicos, de la institución en donde se recogerán datos del expediente medico

Edad: _____

Sexo: _____

Especialidad: _____

Laboratorios: _____

Laboratorios servicios contratados:

Tipo de Procedimiento: electivo emergencia

Explicación de la omisión del procedimiento.

Si

No

Cuanto tiempo después se hizo el procedimiento para el que fue programado. _____

Complicaciones

Quirurgicas _____

Secuelas _____
