|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANALISIS SITUACIONAL DE FISIOTERAPIA** | | | |
| **Nombre del asesor:** | | | **Fecha de evaluación actual:** |
| **Nombre HOSPITAL/CRF:** | | | **Pais:** |
| **A** | **El servicio en general**  **(hospital o centro de rehabilitación)** | **Comentarios** | **Problemas clave/ recomendaciones** |
| A.1 | ¿Cuáles son los principales eventos (cambios) que el servicio ha experimentado hasta ahora? ¿Cuándo se han establecido? |  |  |
| A.2 | ¿Cuál es la colaboración con el CICR? |  |  |
| A.3 | ¿Cuál es la organización de los recursos humanos en el servicio? (Organigrama, N° de RH, hoja de funciones, descripciones de trabajo y calificaciones) |  |  |
| A.4 | ¿Como es la organización de las reuniones? (Reunión en el lugar del servicio; Ej Mañana/ departamento/ reunión de seguridad/ mesa redonda) |  |  |
| A.5 | ¿Cuáles son los diferentes departamentos o divisiones administrativas en el servicio? |  |  |
| A.6 | ¿Cuál es la capacidad de camas en el centro/hospital (si aplica) en el centro? ¿Cuántas personas son atendidas en promedio por día por departamentos o por áreas del servicio?  ¿Cuál es el porcentaje de producción de dispositivos por mes en el centro? |  |  |
| A.7 | ¿Los departamentos ofrecen privacidad en los servicios en los diferentes departamentos o áreas de atención? |  |  |
| A.8 | ¿Qué tratamientos o intervenciones ofrecen? |  |  |
| A.9 | ¿Con qué otros programas de salud tienen vínculos el servicio? (Externo, Fuera del Hospital/PRC) |  |  |
| A.10 | ¿Cuál es el Sistema de referencia entre el centro de rehabilitación, el hospital, programas de inclusión especial, consulta externa y otras ONG? (Ej. Formatos, llamadas telefónicas, directorios de contactos) |  |  |
| A.11 | ¿Cómo se manejan los sistemas de listas de espera, admisión, citas y seguimiento? |  |  |
| A.12 | ¿Cuál es la configuración para el trabajo comunitario / divulgación? |  |  |
| A.13 | ¿Qué se ofrece con respecto a la inclusión social? ¿Hay actividades como la participación en eventos de días nacionales / internacionales? ¿Cuántas personas con discapacidad trabajan en el servicio? ¿Existe una ley que imponga el empleo de personas con discapacidad? |  |  |
| **B** | **Equipo Multidisciplinario (EMD)** | **Comentarios** | **Problemas clave/ recomendaciones** |
| B.1 | ¿Cuántas personas hacen parte del equipo multidisciplinario? |  |  |
| B.2 | ¿Como es la colaboración y el trabajo en el equipo multidisciplinario? |  |  |
| **C** | **Usuarios de servicio (US)** | **Comentarios** | **Problemas clave/ recomendaciones** |
| C.1 | ¿Cuáles son las características de la población atendida? ¿Cuál es el área de captación de usuarios? |  |  |
| C.2 | ¿Cómo se gestiona la recopilación de datos? ¿Cómo se analizan los datos? ¿Son confiables? |  |  |
| C.3 | ¿Cuántos US han sido tratados en los últimos (---) años? (período de gestión) según los tipos de condición o tipos de servicio |  |  |
| C.4 | ¿Cuántos de los US tratados han recibido fisioterapia en el período mencionado anteriormente (C.3)? |  |  |
| C.5 | ¿Cómo es el acceso al servicio? (por ejemplo, infraestructura, ubicación, disponibilidad de transporte público, costo de los servicios) |  |  |
| **D** | **Salud, Seguridad & Seguridad en el servicio** | **Comentarios** | **Problemas clave/ recomendaciones** |
| D.1 | ¿Existen problemas de salud y seguridad para usted, el personal y los US? |  |  |
| D.2 | ¿Hay preocupaciones con respecto a la seguridad de, equipamiento, higiene, gestión de riesgos, mantenimiento? |  |  |
| D.3 | ¿Hay problemas de seguridad?  (por ejemplo, edificio, ubicación, lugar de trabajo) |  |  |
| **E** | **Departamento de FT** | **Comentarios** | **Problemas clave/ recomendaciones** |
| E.1 | ¿Dónde está ubicado en el edificio? ¿Con cuántas salas o habitaciones cuentan, a qué atención se dedican estas habitaciones? |  |  |
| E.2 | ¿Hay un área de recepción y sala de espera (baños, vestuarios) para los usuarios del servicio y familiares? |  |  |
| E.3 | ¿Es el número de FT suficientes? ¿Cómo se distribuyen las sesiones de tratamiento? ¿Cuántos US son atendidos en promedio por día por FT? ¿Existe una distribución según la especialización / antigüedad del personal? (considerando lo que es normal para este contexto) |  |  |
| E.4 | ¿Qué documentación se usa?  (adjunte una copia impresa del archivo US y otros formularios, folletos, etc.) |  |  |
| E.5 | ¿Cómo se almacena y gestiona la documentación? ¿Cómo son los archivos? |  |  |
| E.6 | ¿Qué procesos de calidad existen?  (Estándares de PT, protocolos de tratamiento, etc.) |  |  |
| E.7 | ¿Hay zonas de almacenamiento para equipos? |  |  |
| E.8 | ¿Con qué equipos de fisioterapia tiene que trabajar? ¿Es seguro, mantenido y limpio? ¿Hay horarios de mantenimiento? ¿Cómo y con qué frecuencia tienen lugar la revisión y actualización de inventarios? |  |  |
| E.9 | ¿Está siendo usados los equipos adecuadamente? |  |  |
| E.10 | ¿Hay agua corriente y electricidad confiables, generadores, ventilación? |  |  |
| **F** | **Partes interesadas**  (Ej. Socios, comunidad, asociaciones, ONGs) | **Comentarios** | **Problemas clave/ recomendaciones** |
| F.1 | ¿A quién se debe consultar al proponer cambios? ¿Quién valida un plan de acción? |  |  |
| F.2 | Enumere las organizaciones asociadas con las que el Servicio coopera |  |  |
| F.3 | ¿Existe una asociación profesional? ¿Cuáles son sus actividades? ¿Ofrece entrenamientos de CPD (Desarrollo Profesional Continuo por sus siglas en inglés)? |  |  |

**Análisis DOFA /SWOT**

**¿Cuáles son los desafíos que enfrenta el centro?**

Piense en los problemas externos que impactan en el centro y los problemas y presiones internas.

(Nota: es posible que deba hacerlo desde la perspectiva del servicio de PT / programa de PT a nivel de país también).

|  |  |
| --- | --- |
| **FORTALEZAS** | **DEBILIDADES** |
|  |  |
| **OPORTUNIDADES** | **AMENAZAS** |
|  |  |