

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



ANALY SUSSET CAMPOS ARROYO
HARRY FRANCISCO SOTO ALVARADO

199912647
199912752

GUATEMALA AGOSTO 2005

CONTENIDO

	Página
1. RESUMEN	1
2. ANALISIS DEL PROBLEMA	3
2.1 Antecedentes del problema	3
2.2 Definición del problema	4
2.3 Delimitación del problema	5
2.4 Planteamiento del problema	5
3. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	7
3.1 Magnitud	7
3.2 Trascendencia	7
3.3 Vulnerabilidad	7
4. REVISION TEORICA	9
4.1 Monografía del Departamento de Petén	9
4.1.1 Idiomas	9
4.1.2 Economía	9
4.1.3 Centros turísticos y arqueológicos	10
4.1.4 Municipio de San Benito	10
4.1.5 Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito	10
4.2 Sala Situacional	12
4.2.1 Concepto	12
4.2.2 Objetivos	12
4.2.2.1 Objetivo General	12
4.2.2.2 Objetivo Especifico	12
4.2.3 Propósito	12
4.2.4 Metodología	13
4.2.5 Productos de la sala situacional	14
4.3 Administración Hospitalaria	14
4.3.1 Definición	14
4.3.2 Funciones	14
4.3.3 Derechos y Responsabilidades de los Pacientes	15
4.3.4 Planificación y Programación de los servicios	16
4.3.5 Estándares Mínimos obligatorios	16
4.3.5.1 Áreas técnicas y de apoyo	22
4.3.5.2 Estructura física y funcional	28
4.3.5.3 Instalaciones	29
4.3.6 Estándares no obligatorios	29
4.4 Situación de los hospitales públicos en América Latina	32
4.5 Hospitales en Guatemala	33
4.6 Morbilidad y Mortalidad intrahospitalaria	33
4.6.1 Infecciones adquiridas intrahospitalariamente	33
4.7 Análisis situacional	34
4.7.1 Análisis de contexto para la planificación estratégica	35
4.7.2 Análisis de contexto	36

4.7.3	Los Problemas de salud como punto de partida	36
4.7.4	Construcción de los problemas de salud colectiva	36
4.8	La situación de salud en la región de las Américas	37
4.8.1	Contexto demográfico	38
5.	HIPOTESIS Y OBJETIVOS	39
5.1	Hipótesis	39
5.2	Objetivos	39
5.2.1	General	39
5.2.2	Específicos	39
6.	DISEÑO DEL ESTUDIO	41
6.1	Tipo de Estudio	41
6.2	Unidad de Análisis	41
6.3	Población	41
6.4	Definición y Operacionalización de variables	42
6.5	Descripción de Técnicas y procedimientos	46
6.6	Aspectos éticos	47
6.7	Alcances y límites	48
6.8	Plan de Análisis	48
7.	PRESENTACION DE RESULTADOS	49
7.1	Descripción general del hospital	49
7.1.1	Ubicación	49
7.1.2	Cobertura	49
7.1.3	Tipo de Hospital	49
7.2	Recursos	49
7.2.1	Recursos humanos	49
7.2.1.1	Organización funcional	49
7.2.2	Recursos físicos	50
7.3	Producción de servicios	52
7.3.1	Distribución de la producción de servicios	52
7.3.2	Clasificación de Expedientes	53
7.3.3	Características demográficas	53
7.3.4	Gestión	54
7.3.5	Morbilidad	56
7.3.5.1	Morbilidad por departamentos	58
7.3.6	Mortalidad	63
7.3.7	Procedimientos	64
7.3.8	Complicaciones	64
7.3.9	Condición y tipo de egreso	64
8.	ANALISIS, DISCUSION E INTERPRETACION DE RESULTADOS	65
9.	CONCLUSIONES	75
10	RECOMENDACIONES	77
11	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	79
12	ANEXOS	81

CONTENIDO DE CUADROS

1.	Variables obtenidas de la hoja de Ingreso-egreso	42
2.	Variables obtenidas de las entrevistas	45
3.	Recursos humanos del Hospital Regional de San Benito, Petén.	50
4.	Distribución del número de camas	51
5.	Distribución de la producción de servicios	52
6.	Clasificación de expedientes	53
7.	Primeras causas de morbilidad general	56
8.	Primeras causas de morbilidad en Gineco-Obstetricia	58
9.	Primeras causas de morbilidad en Pediatría	59
10.	Primeras causas de morbilidad en Cirugía	60
11.	Primeras causas de morbilidad en Medicina Interna	61
12.	Primeras causas de morbilidad en Traumatología	62
13.	Primeras causas de mortalidad general	63
14.	Procedimientos realizados en los diferentes servicios	64

CONTENIDO DE GRAFICAS

1.	Sala Situacional. Fase del proceso metodológico	13
2.	Distribución de pacientes según el mes de ingreso	55
3.	Relación de ingresos y camas por servicios	56

1. RESUMEN

Estudio descriptivo, retrospectivo, para analizar la situación en salud del Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito, Petén, durante el año 2004.

El objeto de estudio fueron los pacientes egresados en el año 2004. Se utilizó una boleta de recolección de datos en donde se incluyeron las variables de interés para cada expediente, así como una entrevista a personal que labora en el hospital.

Para la tabulación se utilizó una base de datos en Visual Basic, posteriormente se realizaron cuadros y gráficas para correlacionar los resultados, con los cuales se concluyó que los consultantes pertenecen al área de cobertura definida y aún más allá, ya que recibe a personas de otros departamentos que no son de su jurisdicción. No hay congruencia entre los recursos físicos y humanos disponibles del hospital y la población a cubrir, así como, la distribución de camas por especialidades es inadecuada al relacionarla con la producción de dichos servicios. El servicio que más producción reporta en encamamiento es la Gineco-Obstetricia. Los adultos jóvenes y el grupo pediátrico se presento con mayor frecuencia. El sexo femenino fue mas frecuente. La mayor causa de morbilidad fueron partos (21%), fracturas (9%) y neumonía (5%). La principal causa de mortalidad fue la neumonía (13.93%), enfermedad de membrana hialina (6.99%) y choque séptico (5.91%).

Por lo anterior, se recomienda utilizar la base de datos creada por el MSPAS, para la unificación de criterios y recaudación de datos, para poder realizar análisis de situación de salud intrahospitalaria a nivel local y nacional.

1. ANÁLISIS DEL PROBLEMA

2.1 Antecedentes del problema

El análisis de la Sala Situacional como un medio de representación de los datos en salud en América Latina se emplea en Bolivia y Perú, pero se desconoce que un país con características en salud paralelas a Guatemala lo utilice también.(2,14,7,6)

En 1995 la Organización Panamericana de la Salud –OPS- lanza la iniciativa del uso de los *Datos Básicos de Salud* con el fin de proporcionar una plataforma estandarizada de información en salud que pueda emplearse para el *Análisis de Situación Integral en Salud*.(2,6,7)

A partir del año 1996, en Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS¹- implementó el uso de la *Sala Situacional* como un instrumento de vigilancia epidemiológica que debe permitir el acceso a información necesaria para el Análisis de la Situación en Salud en cada centro asistencial del país.(6)

La red hospitalaria de Guatemala está conformada por 43 hospitales y se encuentra dividida en cinco niveles de acuerdo a la complejidad de la estructura, procesos, recursos humanos, equipo, insumos y presupuestos con los que cuenta cada uno, constituyéndose de la siguiente manera:

- ✓ NIVEL I, HOSPITALES DISTRITALES: un total de 13 (30.23%) de los cuales se tomarán 2, representando un 4.6% de todos los hospitales
- ✓ NIVEL II, HOSPITALES DEPARTAMENTALES: un total de 15 (34.88%) de los cuales se estudiarán 9 que equivalen a 20.9%.
- ✓ NIVEL III, HOSPITALES REGIONALES: son 6 (13.95%) de los que se tomarán 5 que representa un 11.63% de la totalidad.
- ✓ NIVEL IV, HOSPITALES DE REFERENCIA NACIONAL: son 2 (4.65%) los cuales no se tomarán en cuenta en el estudio.
- ✓ NIVEL V, HOSPITALES DE ESPECIALIDADES: en total son 7 (16.28%) de los cuales se incluirá 1 equivalente a 2.33%.

Aún ocho años después de haberse implementado el uso de la sala situacional en Guatemala en los tres niveles de atención, la utilización de la misma no se da en la totalidad de la red hospitalaria, siendo la actual situación:

- ✓ Sala situacional ausente: Hospitales de Amatitlán, Poptún, Suchitepequez, Chiquimula, Jutiapa y Jalapa (19.35%). Refiriéndose el inicio de las mismas durante este año en Poptún y Jalapa.
- ✓ Sala situacional existente, actualizada, sin constancia estadística de análisis: Hospitales de Melchor de Mencos y San Benito Petén, Baja Verapaz (9.68%)

¹¹ UPS III-MSPAS, 2005, Niveles de atención, Dirección general de Salud UPS III, (entrevista personal).

- ✓ Sala situacional existente, no actualizada, sin constancia estadística de análisis: Antigua Guatemala, Escuintla, Quetzaltenango² y Totonicapán (19.35%)
- ✓ Sala situacional existente, actualizada, con constancia estadística de análisis: Hospitales de Chimaltenango, Sayaxché, Petén, San Marcos, Retalhuleu, Izabal, Zacapa, Huehuetenango³, Alta Verapaz, El Progreso, Santa Rosa y El Quiché⁴ (48.39%)
- ✓ Sala situacional existente, no actualizada, con constancia estadística de análisis: Hospital de Sololá (3.22%)

Las principales fuentes de información utilizadas en los diferentes hospitales públicos de Guatemala para la realización de la Sala Situacional son datos estadísticos obtenidos a partir de SIGSA, libros de egresos de los servicios y registros médicos.⁵

2.2 Definición del problema

En Guatemala el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS- a través de sus diferentes dependencias ha procurado la obtención de información pertinente y oportuna con respecto a las categorías demográficos, de morbi-mortalidad, recursos y producción de servicios, además de otros aspectos relacionados con la determinación y conocimiento del contexto al que pertenece y en el que se desarrollan los diferentes centros asistenciales.

Los 3 niveles de atención en salud en Guatemala están conformados por:

- **Primer nivel:** vivienda, centro comunitario y puesto de salud.
- **Segundo nivel:** Centros de salud, Centros de atención materno-infantil y hospitales generales.
- **Tercer nivel:** Hospitales Nacionales, Regionales y de Especialidades.

Para cada uno de los niveles antes descritos existen datos en cantidad y calidad suficientes para aplicar un proceso de análisis que facilite la planificación de medidas y acciones dirigidas a la resolución de los problemas específicos encontrados en cada uno de los mismos. Para cumplir este objetivo el MSPAS ha implementado normativos y lineamientos para la construcción de la sala situacional de cada uno de los servicios de la red hospitalaria nacional, sin embargo la información que se obtiene actualmente carece de estándares adecuados y en muchos casos no se cuenta con ella de manera oportuna

²² Existen 3 hospitales en el departamento de Quetzaltenango de los cuales solo una sala situacional está actualizada; ninguno posee constancia estadística de análisis.

³³ Existen 2 hospitales en el departamento de Huehuetenango, de los cuales solo una sala situacional está actualizada; ambos poseen constancia estadística de análisis.

⁴⁴ Existen 4 hospitales en el departamento de El Quiché, de los cuales 3 salas situacionales están actualizadas y todos poseen constancia estadística de análisis.

⁵⁵ SIGSA, 2005, Sala situacional hospitalaria, Dirección general del Hospital Regional de San Benito, (entrevista).

para la realización del análisis de la situación hospitalaria y en base a este concentrar los recursos en las necesidades prioritarias para cada hospital.⁵

2.3 Delimitación del problema

Este estudio se llevó a cabo en 17 hospitales de la República de Guatemala. El presente trabajo incluirá únicamente los resultados del Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito, Petén. Se incluyeron todos los pacientes egresados de los hospitales en estudio durante el año 2004. De acuerdo a los intereses del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y a la capacidad de estudiantes disponibles, los hospitales que se incluyeron en el estudio fueron:

- **Región Norte:**
 1. Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito (Petén)
 3. Hospital Regional de Cobán Hellen Lossi de Laugerud (Alta Verapaz)
 4. Hospital Infantil Elisa Martínez (Izabal)
 2. Hospital Kjell Eugenio Laugerud (Izabal)
- **Región Oriente:**
 5. Hospital Nacional Ernestina García Vda. Recinos (Jutiapa)
 6. Hospital Regional de Zacapa (Zacapa)
 7. Hospital Modular de Chiquimula (Chiquimula)
- **Región Centro:**
 1. Hospital Nacional de Chimaltenango (Chimaltenango)
 2. Hospital de Amatitlán (Guatemala)
- **Región Sur:**
 10. Hospital Nacional/Regional de Escuintla (Escuintla)
 11. Hospital Regional de Cuilapa (Santa Rosa)
- **Región Occidente:**
 12. Hospital Nacional Dr. Jorge Vides Molina (Huehuetenango)
 13. Hospital de San Pedro Necta (Huehuetenango)
 14. Hospital Nacional Santa Elena (El Quiché)
 15. Hospital Distrital de Joyabaj (El Quiché)
 16. Hospital Nacional de Mazatenango (Suchitepéquez)
 17. Hospital Nacional Dr. José Felipe Flores (Totonicapán)

2.4 Planteamiento del problema

En la actualidad en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no existe un normativo para la creación de un análisis situacional a nivel hospitalario y por ende un formato que reúna la información requerida para la construcción de la misma.

¿Cuál es la situación actual de salud en el Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito, Petén para el año 2004 en función de las dimensiones demográficas, morbi-mortalidad, recursos y de servicios de salud?

⁵ SIGSA, 2005, Sala situacional hospitalaria, Dirección general del Hospital Regional de San Benito, (entrevista).

3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

3.1 Magnitud

Actualmente no existe un estudio de utilidad como precedente de análisis de situación de salud hospitalaria en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ya que éste requiere de un formato epidemiológico el cual no se aplica en todos los hospitales. Los datos necesarios para realizar dicho análisis son registrados y representados por medio de una sala situacional con el propósito final de compararlos con estadísticas de salud dentro y fuera de nuestro país, para establecer el comportamiento global de las tendencias en salud.

Este estudio se dirigió a 17 hospitales de todas las regiones del país, pertenecientes al segundo y tercer nivel de atención, que representan al 39.46% de toda la red hospitalaria del país y registran una totalidad aproximada de 166,426 pacientes egresados durante el año 2004, los cuales fueron el objeto del estudio.

3.2 Trascendencia

Es importante remarcar que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social carece de un análisis de situación hospitalaria que represente de manera global las necesidades reales en salud de la población; sabiendo que la identificación de las causas de los problemas de salud es el primer paso hacia su solución y prevención, se creó una herramienta estandarizada para la recolección de información clara, consistente y oportuna que permite orientar la planificación y creación de políticas y acciones en salud adecuadas al contexto local, además fortalecer una cultura de análisis logrando de esta manera la mejora de los servicios prestados y las estadísticas globales en salud a nivel hospitalario en Guatemala.

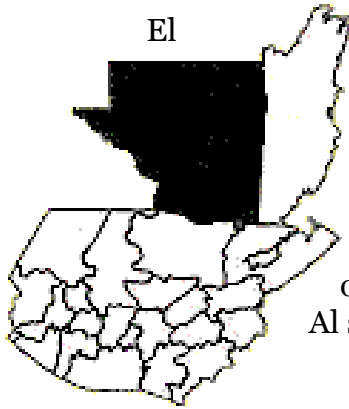
3.3 Vulnerabilidad

Es necesario tener una visión real de las necesidades hospitalarias basado en información confiable, oportuna y actualizada obtenida y analizada mediante formatos estandarizados a fin de orientar la utilización de los recursos hacia la resolución de los principales problemas de salud detectados.

Este trabajo se realizó con el propósito de mejorar los servicios y la atención en salud para nuestra población, tomando en cuenta los problemas de salud que son el resultado directo de la situación de los servicios disponibles, la utilización y aprovechamiento de los mismos, además de la cobertura con que se proveen a nivel público.

4. REVISIÓN TEÓRICA Y DE REFERENCIA

4.1 MONOGRAFÍA DEL DEPARTAMENTO DE PETÉN



El departamento de Petén se encuentra situado en la zona norte (región VIII) del país. Su cabecera departamental se encuentra localizada a 506 km. de distancia de la ciudad de Guatemala, cuenta con una extensión territorial de 36033 kilómetros cuadrados, cuyas fronteras se detallan así: Al norte colinda con el estado de Campeche y el territorio de Quintana Roo, en la república mexicana. Al este, limita con el territorio de Belice. Al occidente colinda con los estados mexicanos de Tabasco y Chiapas. Al sur está limitado por los departamentos de Alta Verapaz e Izabal. ⁶

La cabecera departamental es la ciudad de Flores, localizada a 127 metros sobre el nivel del mar. Latitud 16° 55' 7", longitud 89° 53' 5". Su feria departamental se celebra el 15 de enero en honor al Cristo Negro de El Petén. (Cristo de Esquipulas).⁷

El departamento se encuentra conformado por 12 municipios que son: Flores, Dolores, La Libertad, Melchor de Mencos, Poptún, San Andrés, San Benito, San Francisco, San José, San Luis, Santa Ana y Sayaxché. La población para el censo del 2002 era de 366,735 habitantes. ⁹

La diversidad de climas se pueden dividir en tres zonas: Región Baja, Región Media y Región Alta. A la primera corresponden las llanuras y los lagos, donde se encuentra la mayoría de los poblados del departamento, así como sus grandes praderas o sabanas, a la segunda, corresponden las primeras alturas, incluyendo las pequeñas colinas de los valles de los ríos San Pedro, Azul u Hondo y San Juan. A la Región Alta corresponden las montañas Mayas en la parte oeste del departamento, la de mayor elevación en el mismo, siendo las condiciones climáticas más favorables para el establecimiento de la ganadería y colonias agrícolas.⁸

4.1.1 Idiomas

Los idiomas originales de este departamento son el Lacandón, el Itza' y el Mopán, de los cuales persiste el Mopán. Pero el resto de población habla el Español como idioma popular.⁸

4.1.2 Economía

Este municipio respalda su economía con varias actividades como lo son las agrícolas y sus cultivos maíz, frijol, arroz, caña de azúcar, tabaco, henequen, maguey, café, hule, frutas, maderas finas y preciosas, chicozapote, etc.; las pecuarias con la crianza de ganado vacuno de doble propósito, la producción de lácteos, su fauna variada y abundante de vida silvestre; y sin faltar las artesanías. ⁸

4.1.3 Centros Turísticos y Arqueológicos

Petén es considerado la cuna de la gran cultura Maya y en la actualidad se encuentran grandes Centros Arqueológicos como Tikal, Río Azul, Mundo Perdido, Uaxactún, Piedras Negras, Yaxchilán, El Naranjo, Ceibal y muchos más. Además posee incomparables e incontables bellezas naturales como las grutas de Jobtzinaj, el lago de Petén Itzá, la laguna de Yaxja y otras lagunas que por menores que sean, no dejan de tener gran belleza; sin mencionar sus majestuosos y cristalinos ríos que serpentean en toda la selva virgen que aún existe en este verde departamento.⁸

4.1.4 Municipio de San Benito

El municipio de San Benito es el más inmediato a la cabecera del departamento. Su población, que lleva el mismo nombre, apenas dista medio kilómetro, lago de por medio. (i) Limita al Norte con los municipios de San Andrés, San José y Flores; al Sur con el municipio de San Francisco; al Oriente con los municipios de Flores y Santa Ana; al Occidente con el municipio de La Libertad. Se encuentra a 115 metros sobre el nivel del mar, su extensión territorial es de 112 km². Consta de 1 pueblo, 1 aldea, 3 caseríos, 12 parajes, 1 sitio arqueológico y 5 granjas.⁷

Este municipio fue fundado en el año 1805, pero por motivos económicos para subsistir, fue agregado al municipio de Ciudad Flores, restableciéndose de nuevo el 26 de enero de 1873. (i) La fiesta titular se celebra del 1º al 3 de abril en honor a San Benito patrono del lugar.⁷

El hospital nacional de referencia de este departamento, se encuentra en el municipio de San Benito, habiendo sido creado el primero por el gobierno del doctor Juan José Arévalo Bermejo, teniendo entonces, una capacidad para 100 enfermos.⁶

4.1.5 Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito⁵

El Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito pertenece al área de salud de Petén Norte. El Director actual es el Dr. Jacinto Castellanos Burgos. La jefa de enfermería es Sara Lorena de Quiñonez. Este hospital no cuenta con epidemiólogo, el encargado de esta sección es el mismo del área de Petén Norte. La actual jefa de estadística es Sara Cetina. Se desconoce el nombre de los directores actuales de las diferentes especialidades. El Jefe de recursos humanos es Jorge Calderón.

Actualmente existe Comité de Vigilancia Epidemiológica el cual lo conforman médicos y enfermeras.

En este hospital iniciaron con la realización de Sala Situacional desde hace dos años, el responsable actual de dicha sala es el Director del hospital y el jefe de recursos humanos. Aunque la Sala Situacional es constantemente actualizada, no existe evidencia de análisis. Dicha Sala Situacional es realizada por especialidades (Pediatría, Medicina Interna, Cirugía, Gineco-obstetricia) y además hay una sala general la cual esta localizada en la entrada del hospital. Según información obtenida vía telefónica en el año 2004 hubo 8,289 egresos, de los cuales se tomaron en cuenta 7631.

5. SIGSA, 2005, Sala situacional hospitalaria, Dirección general del Hospital Regional de San Benito, (entrevista).

6. Soza, José María. Monografía del Departamento de El Petén. Editorial José de Pineda Ibarra. Segunda Edición. Tomo I. Págs. 41-43, 159,162. Guatemala 1970

7. Prado Ponce, Eduardo. Comunidades de Guatemala. Editorial Herme. Págs. 121-122, 130-131. Guatemala 1984.

8. Monografías de Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. www.inec.gov.gt/content/monograf/index2.htm

9. Instituto Nacional de Estadística, Censo 2002: IX de población y VI de habitación.

4.2 SALA SITUACIONAL

4.2.1 Concepto:

La Sala Situacional es un espacio virtual y matricial, de convergencia en donde se conjugan diferentes conocimientos para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas. (2)

4.2.2 Objetivos:

4.2.2.1 General:

Desarrollar una cultura de análisis y uso de la información producida en los servicios de salud institucionales y comunitarios, para que mediante la aplicación del instrumento de sala situacional, se identifiquen las inequidades en salud y sus determinantes contribuyendo igualmente al fortalecimiento del proceso de toma de decisiones y así cerrar las brechas, mediante la articulación de la información epidemiológica y la planificación de los servicios para aplicar las intervenciones mejor sustentadas y lograr un mejoramiento continuo de la situación de salud reorientando los servicios hacia la atención de las prioridades identificadas, a fin de mejorar las condiciones de salud y de vida de la población, con calidad y equidad. (2,14)

4.2.2.2 Específicos:

- ✓ Identificar y medir las desigualdades e inequidades existentes entre grupos humanos, especialmente los más postergados.
- ✓ Ajustar los planes operativos a las políticas, prioridades y compromisos de gestión en salud, para la reducción de las brechas detectadas.
- ✓ Fortalecer la capacidad de anticipar las amenazas que puedan profundizar las inequidades en salud pública y proponer la respuesta institucional y social organizada frente a dichas amenazas.
- ✓ Incorporar, progresivamente, esquemas y procedimientos metodológicos prácticos e innovadores que faciliten combinar información de fuentes y sectores diversos, como un apoyo al proceso de crear escenarios favorables para la reducción de las inequidades y los mecanismos para su monitoreo y evaluación, en los diferentes niveles de gestión, con especial énfasis en el nivel local.

4.2.3 Propósito:

“Aplicación inteligente de los recursos sociales para modificar favorablemente las condiciones de salud y de vida de los grupos humanos, basado en las mejores evidencias disponibles y en este propósito el cierre de las brechas es un imperativo ético”. (7, 13)

4.2.4 Metodología:

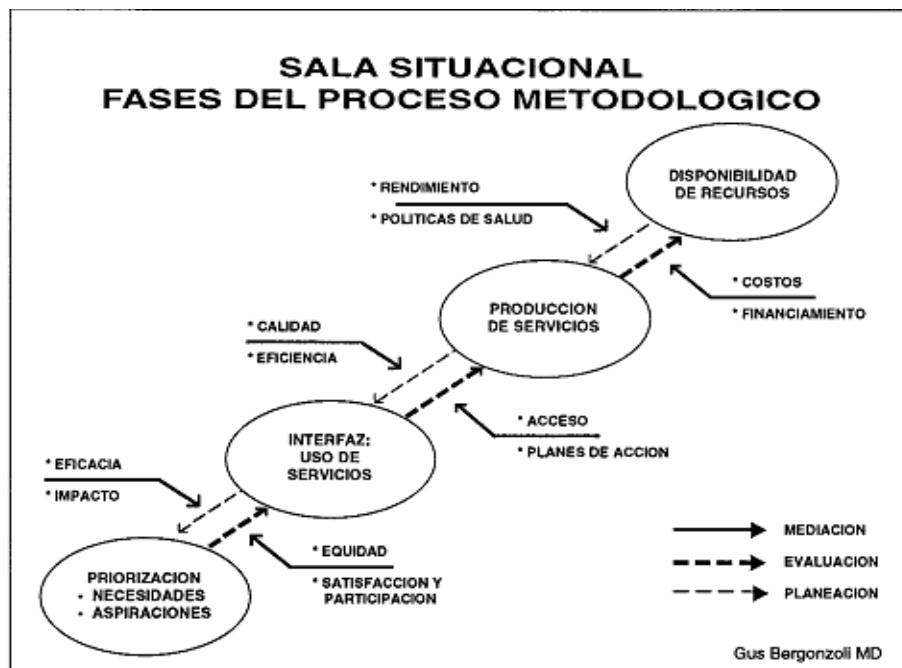
La sala situacional será efectiva en la medida en que se convierta en el espacio de negociación y concertación de las intervenciones a ejecutar por los diferentes actores sociales involucrados en la producción social de salud, en el ámbito local.

La principal preocupación del equipo debe ser la identificación, medición y reducción de las brechas o desigualdades injustas y evitables en salud que creen obstáculos para el desarrollo humano sostenible con equidad, mediante:

1. Definición de las necesidades en salud de la población: este proceso implica la interacción entre una entidad administrativa de salud y los diferentes grupos poblacionales susceptibles con el objetivo de caracterizar la estructura de sus necesidades y aplicar una metodología de priorización.
2. Definición de eficacia esperada de las Intervenciones: Basándose en la demanda y oferta existentes en salud, creando programas de salud pública dirigidos hacia la satisfacción eficaz de las necesidades priorizadas.
3. Aplicación eficiente de los recursos disponibles: Para lo cual se debe evaluar los recursos financieros, de infraestructura, humanos y suministros con el fin de su utilización adecuada para el cumplimiento de los programas de salud definidos.

Sólo después de cumplir estos tres procesos se podrá realizar un análisis de la información obtenida para evaluar el impacto de las intervenciones en la población. (14,6)

Gráfica 1



4.2.5 Productos de la sala situacional (2, 6, 14)

- ✓ Fortalecer capacidad de anticipación
- ✓ Planificación estratégica de los Servicios Sociales y de Salud.
- ✓ Intervenciones de alto rendimiento social (Costo/efectivas). Basadas en evidencias
- ✓ Programación interinstitucional e intersectorial
- ✓ Balance entre actividades preventivas y curativas

- ✓ Monitoreo y evaluación ligadas a las políticas, prioridades y compromisos de gestión
- ✓ Incrementar capacidad de negociación
- ✓ Trabajar con enfoque sistémico
- ✓ Racionalizar la inversión pública y privada
- ✓ Estimular la participación de la sociedad civil

4.3 ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

Los cambios que ocurren en el mundo que nos rodea exigen de todas las organizaciones ya sean estas públicas o privadas una capacidad de adaptación e innovación constante, estas exigencias y tecnologías nuevas generan presiones para establecer nuevas formas de proceder para aumentar el impacto de la institución en la comunidad.

4.3.1 Definición:

Se considera hospital todo establecimiento (independientemente de su denominación) dedicado a la atención médica, en forma ambulatoria y por medio de la internación, sea de dependencia estatal, privada o de la Seguridad Social; de alta o baja complejidad; con fines de lucro o sin él, declarados en sus objetivos institucionales; abierto a toda la comunidad de su área de influencia o circunscrita su admisión a un sector de ella. (13,12)

Se considera como Hospital Público aquel que cuenta con internación, independientemente del número de camas y de dependencia estatal y/o de la Seguridad Social; sin fines de lucro, de acuerdo a su definición institucional. (12)

4.3.2 Funciones:

Los hospitales forman parte de una red de servicios de atención de la salud, asociados geográficamente, ya sea por una organización planificada o como

consecuencia de un ordenamiento espontáneo de los factores asistenciales existentes. Por lo tanto, deben cumplir con las siguientes funciones:

- ✓ Atención médica continua: concentrando una gran cantidad de recursos de diagnóstico y tratamiento, para reintegrar rápidamente al paciente a su medio.
- ✓ Atención médica integrada: constituyendo una estación intermedia dentro de una red de servicios de complejidad creciente.
- ✓ Atención médica integral: dado que la pertenencia del establecimiento a una red garantiza la disponibilidad de todos los recursos para resolver un caso.
- ✓ Área programática: el establecimiento tiene un área de influencia a la que brinda sus servicios y sobre cuya población deben evaluarse los resultados de sus acciones.
- ✓ Efectos de los programas de salud: el establecimiento también actúa ejecutando programas preventivos y de promoción de la salud, impulsados por la autoridad sanitaria. (13, 12)

Se enfatiza que se debe pretender siempre buscar cuál es la forma óptima de las estructuras y los recursos para poder alcanzar estas metas. La solución que se seleccione está condicionada por los recursos disponibles y por las directrices y las circunstancias socio-económicas vigentes. (8)

4.3.3 Derechos y Responsabilidades de los Pacientes:

A. Derechos de los Pacientes (13)

- ✓ Acceso al tratamiento: a todo individuo se le deberá dar el acceso imparcial al tratamiento o alojamiento disponible o que se indique médicamente, sin considerar su raza, creencia, sexo, origen nacional o procedencia del pago para el tratamiento.
- ✓ Respeto y dignidad: refiriéndose a tratamiento respetuoso en todo momento y bajo toda circunstancia, como reconocimiento de su dignidad personal.
- ✓ Privacidad y confidencialidad: tiene derecho a rehusarse a hablar o a ver a alguien que no esté oficialmente relacionado con el hospital y directamente involucrado con su tratamiento; tiene derecho a usar el vestido personal apropiado; tiene derecho a ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurar el aislamiento visual y auditivo razonable (incluye pedir que se tenga una persona del mismo sexo presente durante ciertas partes de un examen médico, durante el tratamiento o el procedimiento efectuado por un profesional del sexo opuesto); tiene derecho a que su expediente médico sea leído solamente por aquellos directamente involucrados en su tratamiento o de supervisar la calidad de éste.
- ✓ Seguridad personal: tiene derecho a que se le de el aislamiento y protección que se consideren necesarios para su seguridad personal.
- ✓ Identidad: tiene derecho de conocer la identidad y posición profesional de los individuos que le prestan servicios.
- ✓ Información: de obtener del profesional responsable de la coordinación de su tratamiento la información completa y actualizada del diagnóstico, su tratamiento o cualquier pronóstico de una manera comprensible para el paciente.
- ✓ Comunicación: acceso a personas ajenas al hospital a través de visitas de manera verbal y escrita.
- ✓ Consentimiento: de participar razonablemente informado, en las decisiones relacionadas con tratamiento de salud.

- ✓ Consultas: bajo petición y a su cuenta, de consultar con un especialista.
- ✓ Denegación del tratamiento: de rehusar tratamiento hasta donde lo permita la ley.

B. Responsabilidades de los Pacientes: (13)

- ✓ Suministro de información: información precisa y concreta sobre sus quejas actuales, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud; así como cualquier cambio inesperado en su condición al profesional responsable.
- ✓ Cumplimiento con las instrucciones: seguir el plan de tratamiento recomendado por el profesional responsable de su cuidado.
- ✓ Denegación del tratamiento: el paciente es responsable de sus acciones si rehúsa recibir tratamiento o si no sigue las instrucciones del profesional a cargo de su salud.
- ✓ Reglamentos y estatutos del hospital: los cuales puedan afectar su tratamiento.
- ✓ Respeto y consideración: ser respetuoso de los derechos y propiedades de los demás.

4.3.4 Planificación y Programación de los Servicios de Salud

Planificación se define como el proceso por el que se definen los objetivos a alcanzar, políticas a seguir y normas de ejecución y control partiendo del análisis actual y pasado de un sistema y luego de una evaluación de fines y medios. (11)

Programación es definido como la forma de relacionar un grupo de personas, para llevar a cabo actos complejos de manera consciente, racional y coordinada, con la finalidad de alcanzar objetivos previamente definidos. (11)

El Programa de Recursos Humanos debe cumplir distintas instancias que aseguren que la ejecución del proyecto, en obra física y equipamiento, se acompañe con la incorporación progresiva del personal necesario para la puesta en operación de la unidad. La definición de los puestos de trabajo es necesaria para la selección, capacitación, supervisión y evaluación del personal. Dicho personal debe estar seleccionado y organizado en equipos de trabajo y se les debe dar orientación y adiestramiento. (8)

El Programa Financiero debe cumplir con la elaboración de un presupuesto para el cual se realizan estudios preliminares, programación funcional y arquitectónica, presupuesto de ejecución y gastos complementarios así como de operación. (11)

4.3.5 Estándares mínimos obligatorios

Para cada servicio hospitalario se establecen patrones, o sea, el nivel de atención, práctica o método óptimo esperado, definido por peritos o asociaciones de profesionales. En cada situación, el estándar o patrón inicial (nivel 1) es el límite mínimo de calidad exigido. Se espera que ningún hospital del país se sitúe por debajo de ese nivel durante un período de tiempo determinado. A medida que estos patrones iniciales son alcanzados, pasan al estándar o patrón siguiente (nivel 2, 3, 4). (13)

i. Organización de la Atención Médica

El Cuerpo Médico está representado por los equipos médicos que actúan en el hospital, y como unidad administrativa es encargada de la coordinación de las actividades médicas y de diagnóstico y tratamiento en sus objetivos de asistencia a la salud, la enseñanza y la investigación. (10)

B. Continuidad de la Atención Médica (10,13)

Nivel1: Posee una dirección médica que conduce a la atención y asume su responsabilidad, así como su supervisión. La continuidad está basada en los médicos de guardia disponibles las 24 horas del día todos los días. Cuenta con profesionales específicamente encargados del seguimiento de los internados, con recorrida diaria de sala.

Nivel 2: Cada paciente se haya a cargo de un profesional del establecimiento, por el que se canalizan todas las indicaciones de los especialistas. Si los médicos de cabecera son residentes deberán tener una supervisión permanente, si son titulares dependerán de una Jefatura Médica.

Nivel 3: El cuerpo médico discute los casos en reunión clínica, con una periodicidad no menor de una vez por semana.

C. Derivaciones o Referencias: (10, 13)

Nivel 1: Se dispone de normas acerca de establecimientos de mayor complejidad a los que se deben derivar los casos que exceden su capacidad resolutive. Tiene mecanismos de derivación hacia establecimientos de menor complejidad, de los casos que han superado la etapa crítica, a efectos de no saturar su disponibilidad de camas.

Nivel 2: Tienen previsto un medio de transporte propio o contratado que idealmente contará con los asistencia médica, equipamiento para medicina crítica e incubadora de transporte. Dicho transporte es responsabilidad del médico de guardia.

Nivel 3: Existen normas estrictas para la atención inicial y durante el traslado, de los principales síndromes agudos graves, así como una discriminación de establecimientos de referencia según la patología que se debe derivar.

Nivel 4: Existe un mecanismo de seguimiento de las derivaciones y se evalúa la calidad de atención que se brinda en las mismas, a través de la dirección médica o servicio social.

D. Consultorios Externos (10,13)

Es una unidad destinada a la atención de pacientes para diagnóstico, tratamiento, a través de la ejecución de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, dirigidas al individuo, a la familia y al medio; cuando se comprueba que no hay necesidad de internación.

Nivel 1: en las especialidades básicas hay turnos disponibles en el día; en el resto, el tiempo de espera no es mayor de 7 días.

Nivel 2: Tiene especialistas que cuentan con los medios necesarios para realizar prácticas especializadas y cirugía ambulatoria.

Nivel 3: El sector cuenta con secretarias y enfermeras exclusivas para el horario de funcionamiento de los consultorios.

Nivel 4: Los turnos están programados en base a pautas fijadas por los profesionales, se deben reservar turnos telefónicamente.

E. Urgencias (10,13)

Es el conjunto de elementos que sirven para la atención, diagnóstico y tratamiento de pacientes accidentados o que han sufrido un mal súbito, con o sin riesgo inminente de muerte.

Nivel 1: Cuenta un médico en guardia activa las 24 horas, funcionando con un local y enfermería de uso exclusivo, y apoyo de radiología, laboratorio y hemoterapia.

Nivel 2: Cuenta con las siguientes especialidades a distancia, de llamada o en guardia pasiva: Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Cirugía general, Pediatría. Cuenta con una unidad de reanimación.

Nivel 3: Por lo menos 3 de las especialidades básicas están organizadas en guardia activa las 24 horas.

Nivel 4: Tiene por lo menos otras dos especialidades más en guardia pasiva las 24 horas, con acceso al equipamiento del servicio correspondiente.

F. Laboratorios (10,13)

Nivel1: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los siguientes análisis: amilaseamia, bacterioscopia directa, coagulograma básico, colesterol, creatinina, creatinfosfoquinasa (CPK), reacción para Chagas, glucemia, grupo sanguíneo, hemograma, hepatograma, lactato deshidrogenasa, látex para artritis reumatoidea, orina completa, parasitológico de materias fecales, sangre oculta en materia fecal, triglicéridos, uremia, VDRL cualitativa, otros. Cuenta con técnico y/o bioquímico en guardia pasiva las 24horas.

Nivel 2: Puede procesar antibiogramas por discos o identificación bioquímica de gérmenes. El responsable del servicio efectúa el control de calidad.

Nivel 3: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, gases en sangre y antibiogramas cuantitativos. Cuenta con técnicos y/o bioquímicos en guardia las 24 horas.

Nivel 4: Puede procesar: antígeno carcino-embrionario, estriol, foliculoestimulante, luteinizante, prolactina, tiroxina, triiodotironina, tirotrófina, otros.

G. Diagnóstico por imágenes (10,13)

Esta unidad es responsable por el procedimiento diagnóstico, realización, procesamiento e interpretación de las imágenes obtenidas de los exámenes efectuados usando métodos específicos garantizando subsidios auxiliares a las distintas especialidades.

Se consideran comprendidos bajo este título, los siguientes procedimientos:

- ✓ Radiológicos: convencionales, poli tomografías, por sustracción digital de imágenes, mamografía, tomografía axial computada (TAC), etc.
- ✓ Ultrasonográficos, ecografía mono y bidimensional, estudios por efectos doppler, etc
- ✓ Medicina Nuclear: centellografía a cabezal fijo (Cámara Gamma) o a cabezal móvil (Centellograma Lineal)
- ✓ Otros: Resonancia Magnética Nuclear (RMN), Termografía

Nivel 1.: Esta habilitado de acuerdo a los requisitos del Servicio de Radiofísica Sanitaria de la Jurisdicción correspondiente. Cuenta con equipo fijo de 100 mA, con dispositivos Potter Bucky sin seriógrafo.

Nivel 2: Puede efectuar estudios radiológicos contrastados por radioscopia, Los estudios son interpretados por médicos especializados que intercambian opiniones con los médicos tratantes.

Nivel 3: Funciona a pleno las 24 horas, con guardia activa de técnico o médico radiólogo. Cuenta con equipo radiológicos portátiles para estudios en las alas o quirófanos. Cuenta con personal y equipo auxiliar necesario para realizar procedimientos invasivos bajo control radioscópico o ecográfico.

Nivel 4: Dispone de otros medios de diagnóstico de alta complejidad, como TAC, cámara gamma, RMN. Los especialistas del servicio intervienen en la indicación del medio de diagnóstico más adecuado para cada caso.

H. Hemoterapia (10,13)

Este es el órgano encargado de la ejecución de la terapéutica de transfusión de sangre y sus componentes, recolección de sangre, su procesamiento y exámenes inmunohematológicos.

Nivel 1: Cuenta con un servicio disponibles cercana, del que obtiene sangre certificada en un plano no mayor de una hora, que cumple con las normas de control de

enfermedades transmisibles. Existe una relación formal entre el servicio y el establecimiento. Cuenta con expansores de volumen. Deberá contar con los medios para realizar las pruebas inmunohematológicas obligatorias: grupo y factor Rh en el receptor, grupo y factor Rh en el dador, pruebas de compatibilidad.

Nivel 2: Tiene un local exclusivo destinado a este fin, que cumple con las normas para servicio de Hemoterapia. El servicio está a cargo de un médicos especialista en Hemoterapia. Dichas normas indican que en toda unidad trasfusional deben realizarse las siguientes pruebas serológicas: Agrupamientos, Du, genotipo, Sífilis (VDRL), Brucelosis (Huddleson), Chagas (látex, fijación de complemento o hemoaglutinación), Antígeno de hepatitis, Be, hepatitis C, Detección de anticuerpos anti HIV.

Nivel 3: Cuenta con personal técnico y médico hemoterapeuta en guardia activa las 24 horas

Nivel 4: Cuenta con un Banco de Sangre que reúne las siguientes características:

- está dirigido por un profesional especializado
- cuenta con registro de dadores y beneficiarios
- tiene normatizados sus procedimientos para procesar y almacenar sangre
- es centro de referencia de otros establecimientos
- realiza evaluaciones periódicas a reacciones adversas.

El Banco de Sangre es el ente técnico – administrativo responsable de las siguientes funciones:

- estudio, examen clínico, selección, clasificación de donantes y extracción de sangre
- clasificación y control de la sangre y sus componentes
- fraccionamiento de sangre entera para separar componentes
- conservación de los componentes para su provisión a demanda
- provisión de materias primas a las plantas de hemoderivados

I. Atención de nacimiento (10, 13)

Se comprende bajo esta denominación, al conjunto de servicios destinados a la atención de la mujer gestante y el niño, y en particular, los aspectos relacionados con el momento del nacimiento.

Nivel 1: Cuenta con médico obstetra u obstétrica, (partera o matrona) y médico pediatra, en guardia pasiva. Los nacimientos se asisten en una sala de partos diferenciadas, dentro del Área Quirúrgica.

Nivel 2: Cuenta con médicos obstetras en guardia activa y pediatras en guardia pasiva y hay un local exclusivo para recepción y reanimación del neonato con los elementos necesarios para tender un embarazo de alto riesgo, con monitoreo pre y perinatal. Garantiza una atención mínima adecuada del neonato y su madre hasta su traslado a un centro de mayor complejidad.

Nivel 3: Cuenta con un médico pediatra en guardia activa. Posee un sector destinado a la atención del recién nacido patológico (RNP), claramente diferenciado del sector de recién nacidos normales, que puede resolver los principales síndromes respiratorios del recién nacido, incluyendo asistencia respiratoria mecánica.

J. Área Quirúrgica (10, 13)

Es el conjunto de elementos destinados a la realización de actividades quirúrgicas, ya sea en régimen de rutina o bien en casos de urgencia, así como a la recuperación post-anestésica.

Nivel 1: Está en un área de circulación restringida, diferenciada y exclusivamente destinada a este fin. Cuenta como mínimo con un local de apoyo para lavado, enfermería y vestimenta final del equipo quirúrgico. Existen normas de preparación y/o conservación de las piezas operatorias y se dispone de los materiales necesarios. Todas las operaciones tienen hecho protocolo quirúrgico y anestésico. Existe un procedimiento normatizado de aseo del quirófano entre operaciones.

Nivel 2: Cuenta con dos quirófanos y hay en todo momento, por lo menos una persona destinada exclusivamente al área quirúrgica.

Nivel 3: El área quirúrgica está coordinada por un profesional. Cuenta con un local destinado a la recuperación anestésica. El vestuario del personal tiene un acceso diferenciado. Cuenta con diagnóstico radiológico intra-operatorio. Los monitoreos intra-operatorios en pacientes con riesgo aumentado, son realizados por médicos especializados.

El local de recuperación anestésica debe estar prevista en función de los quirófanos disponibles. Los anestesistas controlan la recuperación de los pacientes ya intervenidos e indican el momento de traslado al área de internación que corresponda.

Nivel 4: Los quirófanos están diferenciados y equipados por especialidades. Hay un quirófano exclusivo para el servicio de Urgencias.

K. Anestesiología (10,13)

Es el órgano responsable del bienestar y la seguridad del paciente durante la realización de un acto quirúrgico y/o examen diagnóstico, que ofrece condiciones operativas óptimas al cirujano. También es responsable de las etapas de preparación preanestésicas y de recuperación postanestésicas.

Nivel 1: Los anestesistas acuden a demanda de los cirujanos. Confeccionan protocolo anestésico.

Nivel 2: Cuenta con un listado de anestesistas organizados en guardias pasivas o activas, cada día de la semana.

Nivel 3: Cuenta con un servicio de Anestesiología, a cargo de un responsable que coordina las guardias, y anestesistas que cumplen guardias pasivas. Realizan visitas preanestésicas.

Nivel 4: Las guardias son cubiertas en forma activa por anestesistas y médicos residentes de la especialidad (que actúan como auxiliares) o técnicos auxiliares.

L. Control de infecciones hospitalarias (13)

Nivel 1: Cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de las infecciones

Nivel 2: Se llevan registros de incidencia de infecciones hospitalarias o se efectúan estudios de prevalencia por lo menos una vez al año.

Nivel 3: Cuenta con una persona por lo menos, enfermera, u otro profesional encargada del control de infecciones, que utilice métodos activos de vigilancia epidemiológica.

Nivel 4: Cuenta con Comité de Infecciones y con un programa de prevención y control que se revisa anualmente.

4.3.5.1 Áreas técnicas y de apoyo

A. Alimentación (Nutrición y Dietética) (10, 13)

Es el responsable de la atención del paciente en el aspecto nutrición, dentro de un régimen de internación o ambulatorio.

Nivel 1: Cuenta con un listado de regímenes por patología, confeccionado por una nutricionista. No menos del 50% de una muestra de pacientes calificada la comida como satisfactoria

Nivel 2: Dispone de una nutricionista al menos para la organización del servicio, la visita diaria a los pacientes y la prescripción de regímenes personalizados. Cuenta con un área para la preparación de fórmulas lácteas con normas específicas.

Nivel 3: Existe un servicio médico de Nutrición que interviene en la supervisión de la alimentación de los pacientes nutricionalmente comprometidos. Tiene capacidad para efectuar alimentación parenteral y enteral con nutri-bomba.

B. Lavandería (10, 13)

Están comprendidos dentro de este estándar los servicios propios, se encuentren o no ubicados dentro de la planta física del establecimiento, así como los servicios contratados que se encargan de proveer ropa limpia al hospital.

Nivel 1: El proceso de lavado y cambio de ropa está normatizado.

Nivel 2: Existe un circuito especial para el tratamiento de la ropa contaminada y la provisión es suficiente para cirugía.

Nivel 3: Una muestra de pacientes, con vías abiertas o secreciones, manifiesta que le cambio de ropa es satisfactorio. El retiro de ropa sucia es diario durante todo el año y la entrega de ropa limpia se efectúa diariamente.

C. Limpieza (13)

Nivel 1: Todos los pisos son limpiados el menos una vez al día, con jabón, detergente o lavandina. Existe prohibición de abarrido en seco, excepto casos especiales como consultorio y circulación público.

Nivel 2: Cuenta con una responsable de la limpieza y los procedimientos están normalizados, incluyendo instrucciones sobre el uso de desinfectantes. Existen normas para el tratamiento específicos de elementos o excretas potencialmente contaminantes (hepatitis B, SIDA, Salmonelosis)

Nivel 3: El comité de infecciones y/o una enfermera epidemióloga, participa activamente en la elaboración y supervisión de las normas de limpieza.

D. Esterilización (10, 13)

Es el conjunto de elementos destinados a la realización, en forma centralizada, del procesamiento, esterilización, conservación y distribución de material esterilizado para las unidades consumidoras.

Nivel 1: Posee un local donde se realiza la preparación y esterilización de todos los materiales de la institución. Cuenta por lo menos con autoclave y estufa u horno. Existen normas escritas de procedimientos. Se efectúan controles biológicos según normas locales.

Nivel 2: El área del servicio cuenta con los sectores de recepción y lavado, preparación y acondicionamiento de materiales y esterilización y almacenamiento. Tiene posibilidad propia o contratada de esterilizar materiales termosensibles.

Nivel 3: El personal cuenta con capacitación específica

Nivel 4: Cuenta con ventilación mecánica equipada con filtros de alta eficiencia. El lavado y desinfección de equipos se realiza mediante equipos automáticos.

E. Dispensa de medicamentos (10, 13)

Es el órgano técnicamente preparado para almacenar, distribuir, controlar y eventualmente producir medicamentos y productos afines, utilizados en el hospital. También se encarga de la información técnica, científica y control de calidad de medicamentos y agentes químicos utilizados por el hospital.

Nivel 1. Cuenta con un depósito de medicamentos con local propio y una heladera para la conservación de drogas. Está administrado por el director del establecimiento, provee medicamentos a los pacientes internados en horario restringido y lleva control de stock.

Nivel 2: Existen y se actualizan normas de profilaxis antibiótica pre-quirúrgico y vademécum para uso del establecimiento.

Nivel 3: Cuenta con personal de guardia las 24 horas, integrado por farmacéuticos y técnicos, para la atención de pacientes internados y ambulatorios

Nivel 4: Cuenta con un Comité de Fármaco – Vigilancia

F. Enfermería (10, 13)

Es el órgano encargado de las actividades relativas a la asistencia al paciente en régimen de internación o consulta externa. Coordina, prevé y organiza personal y material de enfermería a fin de proporcionar todas las facilidades necesarias a la prestación de cuidados de enfermería a los pacientes.

Nivel 1: La responsable del servicio tiene título de enfermera. Se registran los parámetros vitales de los pacientes internados con una periodicidad no mayor de ocho horas y los datos son registrados en la historia clínica. La distribución del personal se ajusta a las normas locales.

Nivel 2: La responsable del servicio y la mayoría de las supervisoras tienen título de enfermera. Todo el personal ingresado hace menos de un año ha recibido instrucción específica en el establecimiento

Nivel 3: La proporción de empíricas es menor que la del personal capacitado. Se registran en la historia clínica las observaciones sobre la evolución de los pacientes. Existen normas escritas en todas las oficinas.

Nivel 4: Existe un Departamento de Enfermería que se encarga de la selección, entrenamiento, dimensionamiento y conducción de la totalidad del personal de Enfermería.

La totalidad del personal de enfermería depende administrativamente de un departamento central. El personal asignado en forma permanente a un sector especializado (Área Quirúrgica, Esterilización, etc), depende técnicamente del responsable de dicho sector, pero administrativamente de la jefatura de Enfermería. La responsable del Departamento reporta directamente a uno de los Directores, de quien depende todos los servicios. Técnicos.

G. Historias clínicas (Hc) y archivo (10, 13)

Tiene como finalidad mantener la integridad del conjunto de historias pertenecientes al hospital, mediante actividades desarrolladas según criterios especiales de conservación, clasificación y control de la circulación de las historias clínicas y del necesario secreto en lo que respecta a su contenido.

Nivel 1: Posee HC de la totalidad de las personas asistidas en el establecimiento, tanto ambulatorias como internadas. La HC es legible, está firmada por el médico tratante y tiene cierre (epicrisis, resumen o diagnóstico de egreso). Existen normas difundidas y conocidas sobre la confección de las HC. Más del 80% de una muestra de HC de pacientes internados, se halla actualizada al día anterior al de la evaluación. Posee un local exclusivo para este fin. El registro de HC está organizado por doble entrada: por número de orden y por orden alfabético

Nivel 2: Existe supervisión de HC.

Nivel 3: Existe una única HC, tanto para la atención ambulatoria como en internación, un Comité de HC y el movimiento de las HC está registrado y se hace un seguimiento de ruta.

Nivel 4: Existe personal exclusivo para este fin y hay acceso al archivo las 24 horas. El Archivo es atendido por persona exclusiva para esta finalidad.

H. Estadísticas (10, 13)

Nivel 1: Lleva registro estadístico de los indicadores tales como consultas, egresos clínicos y quirúrgicos, nacimientos (partos, cesáreas), promedio de estadía, intervenciones quirúrgicas, fallecimientos.

Nivel 2: Existe persona específicamente dedicado a esta tarea, aunque no es exclusivo.

Nivel 3: Las internaciones se hallan clasificadas por patologías.

Los registros estadísticos incluyen una clasificación de las internaciones por patología, en alguna de las siguientes modalidades:

- Clasificación de la OMS de 2 ó 3 dígitos
- Principales síndromes en las internaciones clínicas, y por aparatos en las quirúrgicas
- Por diagnóstico clínico preciso y por código de la operación

Nivel 4: Existe un departamento de estadísticas con personal técnico afín que emite una publicación mensual de la información y realiza reuniones periódicas para su discusión.

I. Gobierno hospitalario (13)

Comprende a las autoridades, unipersonales o colegiada, que fijan las políticas de la institución y controlan su ejecución.

Nivel 1: Institución conducida por un director. El director permanece un tiempo mínimo de seis horas los días hábiles y conduce la programación de las actividades

Nivel 2: Institución que cuenta con un director, un jefe médico y un jefe administrativo. El director tiene formación gerencial para administrar servicios de salud. Existen manuales de normas y procedimientos- Se elabora un presupuesto anual y se realiza un seguimiento presupuestario. Se elabora un balance anual.

Nivel 3: La institución cuenta además con: Un consejo técnico médico, un consejo técnico – administrativo. Como elementos importantes de asesoramiento a la dirección / jefe médico y jefe administrativo, se elaboran estados financieros anuales auditados por una empresa de reconocido prestigio u organismos públicos autorizados.

Nivel 4: La institución cuenta con un Directorio (Consejo Directivo), que se constituye en órgano superior o máxima instancia hospitalaria, encargado de formular y establecer políticas generales, definir y aprobar la planificación operativa, administrativa y financiera, fiscalizar su cumplimiento y controlar los resultados de su ejecución, además de fijar prioridades, aprobar los programas de servicio y otras atribuciones a definir de acuerdo a la naturaleza de la institución (pública, privada, gubernamental, no gubernamental, académica, etc.) Existe una secretaría general, un servicio de auditoría interna dependientes de Directorios. Se elaboran estados financieros anuales y se publica una memoria anual con dictamen de auditoría.

J. Administración (10, 13)

Nivel 1: Existe un responsable del área administrativa. Hay registro de certificaciones del personal profesional- Cuenta con un manual de procedimientos administrativos y legajo de todos los agentes que incluye la certificación de capacitación. El establecimiento cuenta con por lo menos una persona que tiene a su cargo la adquisición, distribución y control de los insumos y recursos materiales durables, los registros, liquidación de haberes y control de los recursos humanos, la administración de los recursos financieros, la facturación y cobranzas a entidades prestatarias y el control presupuestario general.

Por lo menos el personal profesional, tiene registrados sus títulos en dicha administración, lo cual se evidencia revisando los legajos de los profesionales que aparecen anunciados en las carteleras y, especialmente, los de guardia. Los procedimientos administrativos y los trámites de rutina se encuentran compendiados en un manual que registra los principales pasos de cada circuito. En dicho compendio deben figurar por lo menos los procedimientos relacionados con las funciones enunciadas más arriba. La totalidad del personal – profesional o no profesional – tiene legajo en la oficina destinada a este fin, donde se archivan las certificaciones de cursos de capacitación realizados con anterioridad o en servicio.

Nivel 2: El Responsable del Área Administrativa debe ser profesional. Existe un Área de Personal y un Área contable

Nivel 3: Existe una estructura administrativa y financiera con todos los servicios necesarios para una adecuada gestión

Nivel 4: Existe un sistema de control de gestión.

K. Seguridad e higiene laboral (10, 13)

Nivel 1: Existe un programa de control sanitario del personal, de acuerdo a la legislación vigente en cada país. Está prevista la atención de accidentes de trabajo. El personal dispone de duchas.

Nivel 2: Se dispone de un Manual de Procedimientos en el que se describen lo pertinente a los definidos en las normas de cada país.

Nivel 3: El personal está clasificado por grupos de riesgo, y para cada uno de ellos, están previstos los programas preventivos correspondientes. Está prevista la provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado y la provisión de elementos de bioseguridad.

L. Seguridad General (10, 13)

Es el sector responsable de la planificación, dirección y ejecución de todas las actividades relacionadas con la preservación del patrimonio, control y operación de los sistemas de transporte, comunicaciones, ascensores, jardinería y limpieza.

Nivel 1: Posee salidas de emergencia accesibles y claramente señalizadas, y plan de evacuación con entrenamiento del personal. Posee un sistema de prevención y extinción de incendios

Nivel 2: Posee programas para situaciones de desastre de acuerdo al riesgo, aprobado por autoridad competente.

Nivel 3: Posee personal de vigilancia y mantenimiento las 24 horas

Nivel 4: Posee dispositivo de alarma general y está integrado al programa de la defensa civil.

M. Garantía de calidad (13)

Nivel 1: Desarrollo actividades destinadas a evaluar la calidad de la atención. La calidad de la actuación profesional dentro del establecimiento esta garantizado por actualización

periódica del currículo, registro de certificados de capacitación especializada e ingreso por selección de antecedentes.

Nivel 2: Posee organización y programas destinados al control de la calidad de la atención médica.

Nivel 3: Cuenta con comités de y garantía de calidad, infecciones, medicamentos y otros. Se efectúan encuestas de satisfacción de los usuarios.

Nivel 4: Posee un servicio de epidemiología hospitalaria, cuenta con profesionales especializados y con programas de investigaciones dirigidas a garantía de calidad.

4.3.5.2. Estructura física y funcional

A. Accesos (13)

Nivel 1: Posee facilidades para el ascenso y descenso de pacientes y condiciones de seguridad y protección adecuadas y además cuenta con barreras arquitectónicas .

Nivel 2: Posee accesos diferenciados para vehículos y peatones

Nivel 3: Posee acceso vehicular exclusivo para el servicio de emergencias, con señalización adecuada

Nivel 4: cuenta con personal exclusivo para el control de los accesos y orientación al público las 24 horas.

B. Circulaciones (13)

Nivel 1: Tiene una caracterización de la circulación de acuerdo a los siguientes criterios: General, técnica, semi-restringida y restringida. Posee señalización de fácil comprensión.

Nivel 2: Se mantiene una adecuada independencia circulatoria entre las áreas públicas y técnicas, en los servicios de atención de pacientes.

Nivel 3: Brindar facilidades de desplazamiento en todas las áreas para pacientes.

Nivel 4: Posee independencia circulatoria entre áreas técnicas y públicas en todo el establecimiento.

4.3.5.3 Instalaciones

A. Sistema eléctrico (13)

Nivel 1: Cumple normas de seguridad para pacientes, personal y público. Posee sistemas alternativos de iluminación para la áreas críticas.

Nivel 2: Posee sistemas alternativos de generación de energía para las áreas críticas

Nivel 3: Posee sistemas de mantenimiento permanente de iluminación y generación de energía para el normal funcionamiento del establecimiento de salud.

B. Control de excretas, residuos y potabilidad del agua (10, 13)

Nivel 1: Se ajustan a normal municipales, provinciales o nacionales

Nivel 2: Tiene servicio de agua potable y sistema de eliminación de excretas. Cuenta con sistema de salida especial para residuos en condiciones de seguridad

Nivel 3: Existe mantenimiento preventivo de todas las instalaciones sanitaria. Los residuos sólidos de alto riesgo son identificados y reciben un tratamiento diferenciado

Nivel 4: Cuenta con personal técnico especializado propio o servicio contratado para este fin. Tiene un área específica para almacenamiento y disposición de los residuos sólidos y estos se recolectan dos veces por día.

C. Confort en la internación (13)

Nivel 1: Todos los ambientes cumplen condiciones de confort adecuados a las necesidades de la región

Nivel 2: Todos los baños disponen de agua fría y caliente, de acuerdo a las necesidades de la región

Nivel 3: Dispone de baño privado en todas las instalaciones de acuerdo a lo establecido por la oficina de ingeniería sanitaria de la región.

4.3.6 Estándares no obligatorios

A. Cuidados Críticos (10, 13)

Es el conjunto de los elementos destinados a recibir pacientes en estado grave, con posibilidad de recuperación que exigen asistencia médica y de enfermería permanentemente, y además la eventual utilización de equipos especializados.

Nivel 1: Cuenta con una unidad de terapia intensiva dotada con los recursos tecnológicos básicos y atendida por personal propio y forma permanente. Deberá contar:

- ✓ stock de medicamentos y materiales descartables
- ✓ monitores
- ✓ sincronizador – desfibrilador
- ✓ carro para entubación endotraqueal
- ✓ electrocardiógrafos
- ✓ respirador mecánico
- ✓ equipos para punción raquídea o torácica
- ✓ equipos para cateterización, nasogástrica, vesical o venosa
- ✓ laboratorio de análisis clínicos , hemoterapia y radiología disponible las 24 horas
- ✓ oxígeno, aire comprimido y aspiración centrales
- ✓ fuente alternativa de alimentación eléctrica
- ✓ estación central de enfermería

Nivel 2: Cuenta con una UTI completamente dotada complementada con una unidad de terapia intermedia. Esta última esta destinada a pacientes que requieren cuidados constantes y permanentes de enfermería, que no pueden ser brindados en la internación general. Deberá contar con equipo similar al mencionado anteriormente, dotación de personal médico y enfermería de alto grado de capacitación, laboratorio de análisis clínicos, banco de sangre y servicio de radiología

B. Neonatología (13)

Nivel 1. Cuenta con un local destinado a la atención del recién nacido normal o con patología de bajo riesgo. Debe estar ambientado con temperatura adecuada, agua caliente 24 horas. Cuenta con laringoscopio, balanza, oxígeno, aspiración y aire comprimido. Dispone de una incubadora de transporte.

Nivel 2: cuenta con un sector destinado a la atención del recién nacido patológico que puede resolver los principales síndromes clínicos del recién nacido de mediano riesgo. Posee equipos completos de : reanimación, exsanguíneo–transfusión, drenaje de neumotorax y canalización de la arteria umbilical. Cuenta con equipos de luminoterapia, respiradores mecánicos, monitor transcutáneo de oxígeno.

Nivel 3: Cuenta con una unidad diferenciada y organizada en forma semi autónoma, que actúa como servicio de referencia de los establecimientos de la zona. Tiene un área de recepción, sala de espera, estación de enfermería, locales para las incubadoras, local de descanso de los médicos, lugar de descanso de las madres, depósito de insumos. Debe contar con laboratorio de análisis clínico, banco de sangre, servicios de radiología, equipo de cirugía pediátrica, medicina nuclear.

C. Medicina Nuclear (13)

Nivel 1: Cuenta con la infraestructura necesaria para las diversas aplicaciones diagnósticas “in vivo” de los radioisótopos, en forma de trasadores radioactivos y aquellas terapéuticas que deriven de los mismos, se deben complementar las normas nacionales de protección radioactivas

Nivel 2: cuenta con una unidad de medicina nuclear. Cuenta con detecto de mediciones in vivo y la cámara gamma deberá tener procesamiento computado de imágenes de mediciones

Nivel 3: Cuenta con profesional especialista. Cubre funciones asistenciales, docentes y de investigación.

D. Rehabilitación (13)

Nivel 1: cuenta con personal especializado que efectúa tratamiento de rehabilitación primaria, con internación general y/o terapia intensiva.

Nivel 2: Cuenta con un servicio de rehabilitación física que trata pacientes ambulatorios.

Nivel 3: Cuenta con un servicio integral de rehabilitación. Esta a cargo de un médico especialista con apoyo de otras especialidades. Da seguimiento a los pacientes tratados. Un servicio integral debe realizar lo siguientes:

- ✓ Fisioterapia
- ✓ Quinesioterapia
- ✓ Tratamiento de amputados
- ✓ Malformaciones
- ✓ Ejercicios terapéuticos
- ✓ Terapia ocupacional
- ✓ Médico fisiatra o médico a fin
- ✓ Apoyo de especialistas (neurólogo, traumatólogo, otorrinolaringólogo)

E. Servicio Social (10, 13)

Es el órgano encargado de las actividades relativas a la asistencia socioeconómica a los pacientes que se encuentren dentro del régimen de internación o consulta externa y a sus familiares. Coordina, prevé y organiza el personal y material necesarios para sus actividades específicas.

Nivel 1: Cuenta con por lo menos un profesional de servicio social y un ámbito adecuado para el desarrollo de su tarea

Nivel 2: existen normas y procedimientos escritos, revisados periódicamente

Nivel 3 : El servicio esta integrado con el resto del cuerpo profesional

Nivel 4: Desarrolla actividades extramurales, como visitas domiciliarias, contactos comunitarios, relaciones institucionales e identificación de grupos de riesgo.

F. Biblioteca (13)

Nivel 1 : Existen publicaciones actualizada a cerca de las cuatro clínicas básicas y emergencias, en forma de tratados y manuales escritos en el idioma vernáculo.

Nivel 2: Se haya a cargo de personal que lleva control de egresos e ingresos, cuenta con suscripción a determinadas revistas científicas. Cuenta con textos de otras especialidades.

Nivel 3: cuenta con personal exclusivo. Existe un programa de incorporación de material bibliográfico, a cargo de la dirección médica. Funciona por lo menos 6 horas diarias y dispone de índices internacionales.

Nivel 4: Existe un comité de profesionales que elabora el programa bibliográfico anual. El encargado tiene formación bibliotecológica especializada. Dispone de acceso a bancos informáticos internacionales, de selección de bibliografía. Puede editar publicaciones propias

4.4 SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS EN AMÉRICA LATINA (12)

En las dos últimas décadas los hospitales públicos en América Latina y El Caribe han encontrado contextos sociopolíticos cambiantes. En dichos casos, el hospital, y en especial el hospital público, sufrió un deterioro estructural y funcional, quizás por un abandono conceptual, y un olvido generalizado o por una creencia de que ya podía esperarse más de esa institución.

En los años ochenta, el hospital público es testigo de la crisis económica que lo vuelve a relevar, esta vez no conceptualmente sino por la propia situación económica y el déficit fiscal de la mayoría de los países latinoamericanos.

En la década de los ochenta los gobiernos de la región se plantearon la necesidad urgente de modificar los sistemas y los servicios de salud de manera tal de responder en forma más efectiva a las necesidades de la población. En la estrategia de la población primaria el hospital debe cumplir un papel importante: “Un sistema de salud basado en la estrategia de la atención primaria no puede desarrollarse, no puede funcionar y su implementación no puede existir sin una red de hospitales, con responsabilidad para apoyar la atención primaria promoviendo el desarrollo en acciones de salud comunitaria básica y educación continua de las categorías del personal de salud e investigación”. (Mahler). En varios países la estrategia de la atención primaria no ha tomado en consideración la importancia de la atención hospitalaria lo que le ha restado funcionalidad al sistema.

Los hospitales guardan relación con las características de la población que asisten y con las condiciones sociales, políticas y económicas de los países o subregiones a que pertenecen.

Los problemas de salud en la región son del área público-privada interesan a toda la nación, son problemas de todos y, por ende todos deben participar en el diseño e implementación de las acciones.

Los hospitales públicos son importantes, e irremplazables como integrantes de la red de servicios de salud.

Reconociendo la existencia de una crisis hospitalaria que afecta a los hospitales en sus diversas realidades, debe tomarse esta como una oportunidad para la reflexión, la definición e implementación de los cambios necesarios, estos cambios deben ser evolutivos, promoviendo la transformación y modernización de los servicios de salud, permitiendo la iniciativa creadora, y responsables de grupos de personas comprometidas con la población a servir. De esta forma, la introducción de esos cambios, hará realidad un mejoramiento en la gestión de los hospitales públicos y permitirá una mejor integración con el sector privado.

Para concretar esta transformación es necesario considerar al hospital público como una empresa compleja que requiere ser descentralizada y autónoma para así cumplir el objetivo de satisfacer las necesidades de la población a través de una atención humanizada, utilizando racionalmente los recursos disponibles.

4.5 HOSPITALES EN GUATEMALA (12)

Dentro del desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud, Guatemala, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), ha iniciado el proceso de descentralización y desconcentración de las unidades hospitalarias, y cada institución identificó sus estrategias para el logro de este fin. Ambas instituciones cuentan con la decisión política de iniciar este proceso, se han identificado algunos factores restrictivos y facilitadores que han inhibido o desarrollado la operatividad de estos procesos administrativos.

4.6 MORBILIDAD Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIAS.

4.6.1 Infecciones adquiridas intrahospitalariamente.

Las infecciones intrahospitalarias (IIH) constituyen un importante problema de morbi-mortalidad. En estudios realizados a nivel mundial se estima que de un 5 a 10 % de los pacientes que ingresan en un hospital adquieren una infección que no estaba presente, o incubándose, en el momento de su llegada al centro. Esta eventualidad resulta cada vez más significativa debido a su elevada frecuencia, consecuencias fatales y alto costo de tratamiento. (10)

Ningún hospital del mundo está exento de esta situación y, por supuesto, es mucho más seria en los países subdesarrollados. Son múltiples las vías por las cuales un paciente adquiere una infección intrahospitalaria, siendo una de las más frecuentes la transmisión, por vía directa o indirecta, a través de las manos y de materiales contaminados. Alrededor del 3 al 5 % de los pacientes que se infectan en el hospital fallecen por esta causa, por ello resulta necesario conocer el comportamiento de la mortalidad asociada a IIH, sobre todo en aquellas infecciones que ponen en riesgo la vida del paciente, y que en orden de frecuencia son sepsis generalizadas, bronconeumonía y otras sepsis (infecciones del sistema nervioso central, endocarditis bacteriana, etc.). (15)

La mayoría de las IIH son endémicas y se presentan continuamente en cierto grupo de pacientes con características individuales tales como la edad, alteraciones en su mecanismo de defensa, (por su enfermedad de base o por tratamientos con inmunosupresores o inmunodepresores), o procedimientos invasivos diagnósticos o terapéuticos, que los predisponen a adquirir infecciones dentro del hospital. (3,15)

Su importancia reside en que aumentan de forma considerable la morbilidad, el coste y la estancia hospitalaria. Los microorganismos responsables de este tipo de infecciones suelen ser diferentes y más virulentos que los implicados en las infecciones de la comunidad, siendo los más habituales los bacilos gramnegativos (sobre todo, *E. coli*) y los *Staphylococcus* (siendo muy importante el *S. aureus* oxacilín-resistente –SAOR–), aunque su distribución depende del tipo de infección y el área hospitalaria. Casi el 75% de estas infecciones acontecen en pacientes quirúrgicos. Por todo ello es fundamental conocer las medidas preventivas para evitar su aparición y el manejo adecuado de las mismas en caso de que se presenten. Sólo en circunstancias muy concretas (prevención de herida quirúrgica y de cuerpos extraños) la profilaxis antibiótica ha demostrado eficacia, siendo el lavado de manos del personal sanitario la medida de control de mayor eficacia. (3)

La Sepsis es considerada por varios autores como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. Mundialmente se reportan elevadas tasas de morbilidad y mortalidad por Sepsis en todas las edades, y en los últimos 15 años ha escalado altos peldaños como causa de defunciones en edades pediátricas. Se atribuyen al shock séptico cifras de mortalidad que oscilan entre el 20 y 80% en las unidades de atención al grave. En la década de los 90 en EEUU fueron reportadas más de 100 000 muertes anuales por Sepsis y sus complicaciones, con un costo anual de 5 a 10 billones de dólares en recursos médicos, ocupando la tercera causa de muerte por debajo de los 5 años de edad (3)

Desde 1992, la Sepsis ocupa en Latinoamérica una de las primeras 5 posiciones como causa de mortalidad del menor de 5 años, específicamente de lactantes. Alrededor del 50% de las muertes infantiles ocurridas durante los años 1998 y 1999 estuvieron en alguna medida relacionadas o condicionadas por la Sepsis. (3,15)

4.7 ANÁLISIS SITUACIONAL

El enfoque utilizado más extensamente para evaluar la calidad de toda una organización de planificación es el Análisis Situacional.

En un Análisis Situacional, los equipos de investigación son capacitados para compilar datos de una muestra representativa de instalaciones, por un período de unas seis semanas. Un análisis situacional estándar incluye observaciones de consultas, un análisis de las estadísticas de servicios y un inventario del equipo y los suministros. (1)

Mediante el Análisis Situacional se informa sobre el funcionamiento de los subsistemas de un programa y se hacen recomendaciones. (9)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ideado un enfoque flexible para evaluar la calidad de atención, el desempeño del personal y la satisfacción del cliente, denominado el Rapid Evaluation Method (REM) (Método de Evaluación Rápida). Aunque el REM y el análisis situacional se usan para compilar datos similares, el REM no cuenta con un método estandarizado para la recolección de datos. A cambio, se organiza un equipo de REM, integrado por encargados de tomar decisiones, gerentes, capacitadores y prestadores de servicios, para dirigir la evaluación. Este equipo decide qué asuntos y niveles de servicio se deben investigar, crea instrumentos especiales para la recolección de datos y presenta sus hallazgos en un seminario nacional o regional, donde se elabora un plan de acción. (9)

El REM ha sido utilizado para evaluar los programas nacionales de salud en cinco países. Por ejemplo, durante la epidemia de cólera de 1991 en Guatemala, se llevó a cabo el REM para evaluar la calidad de los servicios de rehidratación oral y tratamiento. El equipo identificó las debilidades específicas, tales como errores por parte del proveedor en determinar el nivel de deshidratación de un niño y en no aconsejar a la madre sobre cómo alimentar a un niño enfermo. Como resultado, se organizó prontamente un taller de capacitación para mejorar las habilidades de los prestadores de servicios (5, 9)

4.7.1 Análisis de contexto para la planificación estratégica

El análisis de contexto constituye la primera etapa del proceso de planificación estratégica, ya que establece las bases sobre las cuales se construye, con la participación de todos los actores involucrados, el Plan Estratégico que contribuirá a dar respuesta a los problemas y necesidades de salud de grupos específicos de población intrahospitalaria. Desde esta perspectiva, el análisis de contexto debe permitir definir racionalmente las actividades que deben desarrollarse para contribuir al mejoramiento de la calidad de atención de la población, dirigiendo la administración de los recursos en forma adecuada para hacer frente a los problemas prioritarios de salud. (10)

Este esfuerzo de análisis, constituye una primera aproximación al conocimiento de los principales problemas de salud de la población y su explicación y es la base para continuar profundizando poco a poco (por aproximaciones sucesivas) en el conocimiento de la realidad y como ésta se expresa en la situación de salud de estratos específicos de la población. (10)

Desde el punto de vista metodológico, se concibe como un proceso de conocimiento, que permite el desarrollo de capacidades y destrezas para el análisis de la realidad que interesa conocer. De esta manera, se evidencia la necesidad de enfatizar en la comprensión del proceso de investigación como un todo y no sólo en el conocimiento

de métodos y técnicas de recolección y análisis de la información como se ha hecho en el pasado. (5)

4.7.2 Análisis de contexto

Es un proceso permanente de análisis y explicación de los determinantes (destructivos y protectores) de la salud, que permite acercarse al conocimiento de los problemas y necesidades de salud de la población en un espacio y tiempo determinado y orientar las acciones al mejoramiento de la calidad de atención intrahospitalaria. (9)

4.7.3 Los problemas de salud como punto de partida para el análisis de contexto

Una de las principales dificultades metodológicas de las anteriores propuestas de Análisis de Situación de Salud, es que han enfatizado en la parte descriptiva de la información y no en el proceso de análisis e investigación como un todo. Por lo anterior, se obvia la comprensión del proceso de análisis e investigación como un proceso de conocimiento, que inicia con la construcción de un problema, el cual se va caracterizando poco a poco hasta lograr dimensionarlo, a partir de sus factores determinantes. (5)

El análisis de Situación en Salud concibe la construcción de problemas de salud como un proceso de conocimiento en el que convergen tanto la experiencia, percepción y creatividad del funcionario de salud, como los referentes empíricos y la información disponible. No se reduce a una secuencia lineal de pasos, sino que constituye un proceso dinámico en el que confluyen lo sensorial (lo que llega a través de los sentidos) y lo racional del conocimiento, en un ir y venir desde la observación empírica hacia la teoría y desde la teoría hacia los objetos de la realidad. (5,9)

En este proceso, es posible trascender la simple descripción de los problemas e intentar explicarlos como un todo a partir del análisis de sus determinantes. Un problema construido constituye un paso decisivo para continuar profundizando en la comprensión y explicación de la salud, a la vez que permite identificar posibles intervenciones para mejorar la calidad de vida de la población. (5,4)

4.7.4 Construcción de los problemas de salud colectiva

El problema surge como algo concreto o representado y entra por los sentidos cargado de subjetividad o bien, determinado por una sistematización de lo empírico o datos iniciales del problema. Posteriormente esta información es organizada a partir del marco teórico y la percepción e imaginación del funcionario de salud.

En ese ir y venir desde la observación empírica hacia y desde el marco teórico, van surgiendo los “juicios descriptivos” (el problema con sus características mas

superficiales) y los “juicios problemáticos” (explicaciones preliminares del problema). (9)

Los juicios descriptivos definen calidades o el **QUÉ**, cantidades o el **CUÁNTO** y sus variaciones o contrastes en el tiempo y el espacio, el **DÓNDE** (el lugar, espacio o contexto donde se desarrolla) y finalmente el tiempo o **CUÁNDO**. (12)

Los juicios problemáticos son los **POR QUÉ**, las preguntas y respuestas, sobre esas calidades y cantidades, que permiten empezar a reconocer las más profundas relaciones y determinaciones de acuerdo con el marco teórico.¹³

El problema de estudio, se presenta al principio con sus características más superficiales, fraccionado y sin jerarquía, aislado en factores o indicadores inconexos. Por ejemplo, **“número de trabajadores infartados,” “total de personas intoxicadas” “casos de diarrea”**. Pero el conocimiento científico no puede quedarse en la observación del fenómeno y sus indicadores manifiestos, tiene que avanzar y explicar la esencia del proceso o problema que se estudia, es decir las relaciones y determinaciones más profundas del problema. (9)

Para lograrlo, a partir de esos indicadores manifiestos se puede establecer “juicios descriptivos del problema”, lo que implica una definición inicial del problema.

Estas preguntas y respuestas a partir del marco teórico propuesto, permiten empezar a reconocer las determinaciones más profundas del problema, tanto las que destruyen la salud como las que actúan como factores favorecedores. Conforme se desarrollan y priorizan ciertas preguntas y respuestas se encuentran ciertas relaciones y conexiones que hace un acercamiento mas a la explicación del problema. (4)

4.8 LA SITUACIÓN DE SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Durante la última década la situación de salud en las Américas ha seguido mejorando de manera continua. Esto responde a diversos factores sociales, ambientes, culturales y tecnológicos favorables, así como a la mayor disponibilidad de servicios de atención de salud y de programas de salud pública. Sin embargo, esta mejoría no ha tenido igual intensidad y empuje en todos los países, ni en todos los grupos humanos de un mismo país. El análisis de la información sanitaria es fundamental para identificar y cuantificar las desigualdades en materia de salud y constituye una preocupación constante de la Secretaría de la OPS. Diversas publicaciones de la OPS (1-4) documentan estas desigualdades. Este informe anual describe los esfuerzos realizados para mejorar conceptual, metodológica e instrumentalmente la información para el análisis de la situación de salud en la Región de las Américas. (4)

Disminuir las desigualdades y hacer realidad la meta de salud para todos en el mediano plazo constituye un desafío para los Gobiernos, la OMS, la OPS y otros organismos que actúan en este campo. La búsqueda de la equidad en salud es fundamental en la Región de las Américas, en particular en América Latina y el Caribe, que tienen la distribución del ingreso más inequitativa del mundo. (4)

Para la OPS la búsqueda de la equidad en salud no es solamente una cuestión teórica sino un marco concreto para la cooperación con los países. Medir y monitorear las desigualdades en salud es de fundamental importancia para la toma de decisiones, pues la equidad en salud constituye un imperativo para el desarrollo económico regional. La cooperación técnica con los países debe concentrarse en la identificación de las inequidades en salud y en la definición de estrategias efectivas para reducirlas y, finalmente, eliminarlas. (5)

4.8.1 Contexto demográfico

La Región de las Américas, en especial las subregiones de América Latina y el Caribe, continúa experimentando cambios demográficos y epidemiológicos propios de las sociedades en transición. Todos los países presentan un proceso de envejecimiento de la población, descenso de las tasas de fecundidad y rápida urbanización de sus poblaciones. (9)

La urbanización esta modificando el perfil demográfico en la Región de las Américas, lo que repercute tanto en la salud como en los servicios de salud. Este fenómeno se ha incrementado entre 1980 y 1995 como resultado tanto del crecimiento natural como de la migración rural-urbana en procura de trabajo y mejores condiciones de vida. En 1980 la población rural de las Américas representaba el 31 % del total, con un mínimo del 20% en el Cono Sur y un máximo del 58% en América Central. La tendencia estimada para el año 2000 señala que la población rural representará el 24% del total, el 15% en el Cono Sur y el 52% en América Central. (9)

5 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

5.1 Hipótesis

En la actualidad el Ministerio de Salud Pública de Salud Pública y Asistencia Social no cuenta con un análisis de la situación en salud hospitalaria, debido a la carencia de un formato que permita la estandarización de los datos requeridos para poder realizar dicho análisis en función de las dimensiones demográficas, morbi-mortalidad, recursos y cobertura de servicios de salud.

5.2 Objetivos

5.2.1 General:

Analizar la situación del Hospital Regional de San Benito, Petén con base a información estandarizada de las variables demográficas, morbi-mortalidad recursos humanos, materiales, y cobertura, del total de pacientes egresados en el año 2004.

5.2.2 Específicos:

5.2.2.1 Identificar los recursos y cobertura del Hospital Regional de San Benito, Petén.

5.2.2.2 Identificar las variables morbi-mortalidad y demográficos de los pacientes egresados durante el año 2004 del hospital en estudio.

5.2.2.3 Proveer información veraz, actualizada y oportuna a los directores de los hospitales a nivel local y central del sistema de salud.

6. DISEÑO DEL ESTUDIO

6.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo retrospectivo.

6.2 Unidad de análisis

Se analizó cada hospital incluido dentro del estudio (específicamente en este informe, el Hospital Regional de San Benito, El Petén). La información necesaria para realizar dicho análisis se tomó de la hoja de ingreso/egreso de los registros médicos de cada hospital además de entrevistas personales a director, administrador, jefa de enfermería.

6.3 Población

Se tomaron todos los egresos de la población en general durante el año 2004. (Aproximadamente 166,406 egresos en los 17 hospitales de estudio).

6.4 Definición y operacionalización de variables (Ver cuadro 1)

CUADRO 1
Variables obtenidas de la hoja de Ingreso/egreso

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>ESCALA DE MEDICIÓN</u>	<u>UNIDAD DE MEDICIÓN</u>
DEMOGRAFÍA	Estudio de las características de las poblaciones humanas, entre ellas: edad, situación familiar, grupos étnicos, actividades económicas y estado civil.	Información acerca de edad, sexo, etnia, estado civil, ocupación, obtenida de la hoja de ingreso.	EDAD	Nominal	< 1 mes 1 mes - < 1 año 1 – 4 años 5 – 9 años 10 – 14 años 15 – 19 años 20 – 24 años 25 – 59 años ≥ 60 años
			SEXO	Nominal	Masculino, Femenino
			ETNIA	Nominal	Ladino, Maya, Xinca, Garifuna, No hay dato
			OCUPACIÓN	Nominal	Trabajador, Estudiante, Ninguna, No datos
			ESTADO CIVIL	Nominal	Soltero, Casado, Unido, Divorciado, Viudo, No aplica, No hay datos.
			LUGAR DE RESIDENCIA	Nominal	Departamento, Municipio.

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>ESCALA DE MEDICIÓN</u>	<u>UNIDAD DE MEDICIÓN</u>		
MORBILIDAD	Magnitud con la que se presenta la enfermedad en una población en un momento determinado	Medida de frecuencia que expresa el volumen de casos morbidos. Se tomará los diagnósticos de	CASOS	Razón	Número de casos por especialidad		
			CAUSAS MAS FRECUENTES	Ordinal	Primera a quinta causa más frecuente		
<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>ESCALA DE MEDICIÓN</u>	<u>UNIDAD DE MEDICIÓN</u>		
PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	Magnitud con la que se presenta la muerte en una población en un momento determinado por medio de los recursos disponibles en un periodo de tiempo	egresos que aparecen en la hoja de egresos, construidos a partir del número de egresos, tipo y condiciones de egreso.	Indicador de egresos	Rendimiento hospitalario.	GESTIÓN HOSPITALARIA	Razón	Número de egresos, días promedio de estancia, días cama disponible, días cama ocupada, índice ocupacional, giro o rotación de camas.
		CAUSAS MAS FRECUENTES	Ordinal	Primera a quinta causa más frecuente	PROCEDIMIENTOS	Nominal	Se tomarán los procedimientos registrados en la hoja de ingreso/egreso.
		Fórmulas Medida de frecuencia ■ Promedio de días de estancia: Total de días de estancia de todos los pacientes / No. total de egresos del mes. ■ Días cama disponible: Número de camas instaladas x total días del período. ■ Días cama ocupada o días paciente: No. de egresos del mes x promedio días de estancia. ■ Índice ocupacional: Total días cama ocupada / días cama disponible x 100. ■ Giro o rotación de camas: Número total de egresos / número total de camas			TIPO Y CONDICIONES DE EGRESO	Nominal	Condiciones: Vivo (curado, mejorado, no curado, mismo estado), Muerto (con autopsia, sin autopsia), No hay dato. Tipo: Alta voluntaria, indicación médica, referido a otro servicio de salud, referido a consulta externa, no hay dato.
		Acciones médicas de diagnóstico y/o tratamiento realizadas a un paciente.					

CUADRO 2
Variables obtenidas de las entrevistas

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>ESCALA DE MEDICIÓN</u>	<u>UNIDAD DE MEDICIÓN</u>
RECURSOS	Elementos o medios con los que cuenta un hospital para cumplir con su función	Personal y áreas físicas con que cuentan los hospitales en estudio. Información que será obtenida a través de entrevistas realizadas a directores, administradores, jefas de enfermería.	HUMANOS	Razón	Número total y por turno de: médicos (especialistas, residentes, internos, externos); enfermeras (profesionales, auxiliares); técnicos, personal administrativo, de limpieza, mantenimiento, cocina, lavandería, seguridad, trabajadoras sociales, trabajadores de ciencias afines (psicólogos, nutricionistas), comité de infecciones nosocomiales.
			FÍSICOS	Nominal	Unidad de Cuidados Críticos, Neonatología, Emergencias y encamamiento general o por especialidades, Laboratorio, Diagnóstico por imágenes, Banco de Sangre, Farmacia, Archivos, Patronatos, Sala de Partos y de Operaciones, Esterilización, Cocina, Lavandería, Administración, Biblioteca, Control de residuos, disponibilidad de agua y energía eléctrica
PRODUCCIÓN DE SERVICIOS	Rendimiento obtenido por medio de los recursos disponibles en un período de tiempo	Número de pacientes atendidos y camas con las que cuentan los diversos servicios médico-quirúrgicos de los hospitales en estudio.	TOTAL DE CONSULTAS	Razón	Número de pacientes atendidos por especialidad en emergencia, encamamiento, consulta externa, sala de operaciones y cuidado crítico
			ENCAMAMIENTO	Razón	Número de camas en Gineco-obstetricia, Pediatría, Cirugía, Medicina Interna.

6.5 Descripción de Técnicas y procedimientos.

Técnica:

Revisión de las hojas de ingreso/egreso de los registros médicos del hospital, entrevistas con personal del hospital.

Procedimiento:

Se solicitó autorización vía telefónica al Director del Hospital Regional de San Benito, Dr. Jacinto Castellanos.

Se procedió a realizar visitas a distintos hospitales en donde se obtuvieron las hojas de ingreso/egreso, en base a lo cual se estandarizaron para poder crear un instrumento de recolección de datos.

Se validaron los instrumentos de recolección de datos en el Hospital de Chimaltenango del 28 al 31 de marzo del presente año.

Luego se procedió a realizar el trabajo de campo en el Hospital Regional de San Benito, Petén durante el mes de abril del presente año. Se llevó a cabo la siguiente metodología:

- El grupo se presentó en la Dirección del Hospital y se explicó en qué consistiría el trabajo que se llevaría a cabo. Se entregó una copia del protocolo.
- Se entregó la carta de autorización para el trabajo y le fue dado el visto bueno (firma del Director del hospital).
- El grupo se presentó en Archivo y Estadística, se les mostró dicha carta y se les explicó en qué consistiría el trabajo. Se explicó cómo se pretendían manejar los expedientes.
- Se solicitaron los libros de egresos del año 2004.
- Se anotó en las hojas designadas: Nombre del hospital, fecha, número de expediente, nombre del paciente, observaciones (a, b, c, d). Estas hojas se archivaron y se presentaron al final del trabajo de campo. Se tomaron los expedientes del archivo. En el lugar que le correspondía a cada expediente se colocó un “marcador” para facilitar la localización del mismo al momento de devolverlo.
- Se anotaron los datos de cada expediente en la boleta de recolección de datos y se marcaron con un círculo las opciones elegidas. En el caso en donde se debía escribir la información, se hizo en forma ordenada con letra clara.
- No se ingresaron los siguientes (criterios de exclusión):
 - Sobres sin expediente o expediente no encontrado durante la visita.
 - Expedientes sin hoja de ingreso / egreso
 - Hoja de ingreso / egreso que no tenía los datos de fecha de ingreso/egreso, servicio de destino y condiciones de egreso (vivo o muerto).
- En el caso de no encontrar anotados los datos necesarios, se marcó la casilla “no hay datos”. Con excepción del sexo del paciente, no se infirieron datos ni se revisó el expediente en busca de los mismos.

- Cuando existió más de un paciente por expediente, se colocó el número de expediente seguido de letras, por ejemplo 1150-12A y 1150-12B.
- Cuando se encontró la información de edad y fecha de nacimiento, se ingresó únicamente la fecha de nacimiento.
- Respecto a la ocupación del paciente:
 - Si no estuvo registrada: se marcó “no hay datos”
 - Si fue un paciente pediátrico se omitió este dato.
- En el caso de los diagnósticos de ingreso:
 - Si no se entendió la letra, pero sí estaba anotado: se marcó “ilegible”. En la base de datos se ingresó con el código R69X
 - Al no haber datos: se marcó “no hay datos”. En la base de datos también se ingresó con el código R69X
 - Si no era un diagnóstico apropiado: se marcó “mal definido”
- En el caso de diagnósticos de egreso:
 - Se colocaron en orden de importancia.
 - Si no se entendió la letra o si no habían datos y se sabía que el paciente egresó VIVO se marcó R69X.
 - Si no se entendió la letra o si no habían datos y se sabía que el paciente egresó MUERTO se marcó R99X.
- En el caso de procedimientos y complicaciones se escribieron en la boleta de recolección y en la base de datos.
- Al terminar de recolectar la información se regresaron los expedientes al lugar correspondiente y se retiró el marcador.
- Las hojas de ingreso / egreso varían según el hospital en estudio. Si alguna de dichas hojas no tuvo algunos de los indicadores incluidos dentro de la boleta de recolección de datos (Ej. etnia, servicio de egreso, complicaciones) se marcó la casilla “no datos”.
- Las boletas de recolección de datos se archivaron y entregaron al final del trabajo de campo.
- La totalidad de expedientes que llenaron los requisitos del estudio se ingresaron posteriormente a una base de datos computarizada, en el programa Visual Basic, creada por el departamento de Sistema Gerencial de Atención en Salud del Ministerio de Salud pública y Asistencia Social. A través de dicho programa se obtuvieron los resultados por especialidad, condición y tipo de egreso, fecha de ingreso-egreso, datos generales, procedimientos y complicaciones. Además se realizó una entrevista al personal que labora en el hospital. Utilizando los formatos de salida del programa se elaboró el informe final y en base a los resultados obtenidos se realizó la presentación al Director del Hospital Regional de Petén.

6.6 Aspectos éticos de la investigación

Se trató de un estudio no experimental, retrospectivo, del cual no se hizo mal uso ni se alteró la información obtenida. En los casos en que fue necesario, se mantuvo confidencialidad.

6.7 Alcances y limitaciones

Por medio de este estudio se realizó un análisis de la situación actual del Hospital Regional de San Benito en base a los datos de demografía, morbi- mortalidad, recursos y coberturas, los cuales constituyen la Sala Situacional Hospitalaria.

Las limitantes para llevar a cabo este estudio fueron el subregistro de información: papelería extraviada, información no descrita, mal llenado de papeletas, letra ilegible. Dentro de los criterios de exclusión podemos mencionar:

- a. Sobres sin expediente o expediente extraviado.
- b. Expedientes sin hoja de ingreso/egreso
- c. Hoja de ingreso/egreso que no tenga los datos de fecha de ingreso, servicio de destino y condiciones de ingreso (vivo o muerto).
- a. Expedientes de pacientes repetidos en el mismo mes o que correspondían a otro año.

6.8 Plan de análisis, uso de programas y tratamiento estadístico de los datos.

Los datos recolectados se procesaron por códigos en forma numérica de acuerdo a cada variable en una base de datos computarizada creada en Visual Basic y proporcionada por el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA). Luego se procedió a crear formatos de salida, cuadros y graficas de columnas, barras y otros, según ameritaron. Se trató estadísticamente los datos por medio de proporciones. La información obtenida e ingresada a la base de datos se encuentra a disposición del Sistema Gerencial de Atención en Salud del Ministerio de Salud pública y Asistencia Social.

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

7.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL

7.1.1 Ubicación: El Hospital Regional de San Benito se encuentra ubicado en el municipio de San Benito, departamento de Petén a 488 kilómetros de la ciudad capital.

7.1.2 Cobertura: Por tratarse de un centro de referencia departamental brinda atención a la población de todos los municipios del Petén y varios municipios de Alta Verapaz e Izabal. Además por cercanía geográfica y por tratarse de un departamento de mucha demanda turística, presta atención a algunos extranjeros procedentes de México, Honduras, Salvador.

7.1.3 Tipo de hospital: El Hospital de San Benito es clasificado como un hospital regional, por su convergencia con otros hospitales de menor complejidad. Por su capacidad resolutive, centraliza la atención de la patología más compleja, referida por los demás servicios de salud bajo su jurisdicción. Brinda atención de las siguientes especialidades: Medicina interna, medicina general, cirugía, ginecología, pediatría, obstetricia, traumatología y ortopedia.

7.2 RECURSOS

7.2.1 HUMANOS:

Este centro hospitalario, hasta el año 2004, contaba con un total de 189 personas para la ejecución de sus objetivos y labores. El personal clínico asistencial representaba el 48.7 % del total del personal. También contaba con Personal de Apoyo que representaba 40.7 %; en el área administrativa laboraban 20 personas representando el 10.5 % del total. (Ver cuadro 3)

7.2.1.1 Organización Funcional del personal

Para una mejor atención de los pacientes que acuden, la organización funcional del personal esta formada de la siguiente manera: durante los turnos hay tres médicos que trabajan en conjunto con una enfermera graduada y trece enfermeras auxiliares (en el turno de la mañana) y siete (en el turno de la noche). Además cuentan con el apoyo de un técnico laboratorista, uno de rayos X y uno de anestesia. Dichos turnos inician a las 15 horas en los días de lunes a viernes, mientras que en los fines de semana inician a las 8 de la mañana.

CUADRO 3

DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO REPORTADA EN EL AÑO 2004

CATEGORIA	TIPO DE RECURSO HUMANO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Personal de prestación de servicios	Médicos especialistas	11	5.82
	Médicos residentes	5	2.65
	Médico generales	4	2.11
	Enfermeras profesionales	15	7.94
	Enfermeras auxiliares	57	30.16
Personal de apoyo	Técnicos de laboratorio	8	4.23
	Técnicos de rayos x	6	3.17
	Técnicos de anestesia	5	2.64
	Limpieza	19	10.05
	Mantenimiento	12	6.34
	Cocina	11	5.85
	Lavandería	5	2.64
	Seguridad	6	3.17
	Trabajador Social	1	0.53
	Químico Biólogo	1	0.53
	Farmacia	3	1.59
Personal Administrativo	Personal Administrativo	20	10.58
	TOTAL	189	100

Fuente: Información obtenida de la sala situacional 2004 del Hospital Regional de San Benito, Petén.

7.2.2 FISICOS:

El área física que esta destinada para la prestación de servicios, está dividida en diferentes servicios, como lo son: emergencia, consulta externa, encamamiento y otros.

Existe una sola emergencia general, en la cual se atienden a todos los pacientes para las distintas especialidades, contando con 5 cubículos para la atención de los mismos.

Ofrece servicio de consulta externa de lunes a viernes de 7 a 15 horas en todas las especialidades. Existen 11 clínicas destinadas para este fin. Todas las especialidades ofrecen atención durante la semana, distribuidos de la siguiente manera.

- Lunes: Cirugía, Ginecología, Cirugía plástica.
- Martes: Ginecología, Traumatología.

- Miércoles: Traumatología, Cirugía.
- Jueves: Traumatología, Ginecología, Psiquiatría, Cirugía plástica.
- Viernes: Cirugía, Ginecología, Traumatología.

La especialidad de Medicina Interna, Medicina General y Pediatría brindan consulta todos los días de la semana.

Cuenta con los servicios de Neonatología, incluida aún dentro del departamento de Pediatría; laboratorio, diagnóstico por imágenes, banco de sangre, farmacia, archivos, sala de operaciones, área de esterilización, cocina, lavandería, área de administración, biblioteca, central de equipo. Aquí no se cuenta con patronatos ni unidad de cuidados críticos hasta el 2004, estando ya en proceso de formación el área para UTI. Cabe también mencionar que no se cuenta con un espacio físico destinado para sala de partos, si no que ésta se incluye dentro de las dos salas de operaciones.

El área física destinada para encamamiento consta de una sala general dividida para Medicina Interna, Cirugía, Traumatología, diferenciando entre hombres y mujeres. Pediatría, Neonatología y Gineco-Obstetricia cuentan con una sala específica para cada una. (Ver cuadro 4)

CUADRO 4

DISTRIBUCIÓN DE CAMAS DISPONIBLES POR SERVICIO REPORTADA EN EL AÑO 2004

DEPARTAMENTO	NO. DE CAMAS	PORCENTAJE
GINECOOBSTETRICIA	22	24.4
PEDIATRIA	22	24.4
CIRUGIA	18	20
MEDICINA INTERNA	14	15.5
TRAUMATOLOGIA	13	14.4
IGSS	1	1.1
TOTAL	90	100

Fuente: Información obtenida de la sala situacional 2004 del Hospital Regional de San Benito, Petén.

En el departamento de Medicina Interna se incluye 1 cama para Psiquiatría y en el departamento de Cirugía se incluyen 5 camas para Cirugía Plástica.

Con lo que respecta a las instalaciones, el hospital posee sistemas de mantenimiento permanente de iluminación y generación de energía para el normal funcionamiento del establecimiento contando con energía por red pública y planta propia. Se abastece de agua gracias a una cisterna continua. En cuanto a Bioseguridad, controla sus residuos mediante el almacenamiento local de basura, cajas de bioseguridad, bolsas de color diferenciado. El personal de limpieza no utiliza guantes.

7.3 PRODUCCION DE SERVICIOS:

Según el departamento de estadística de este hospital la producción por áreas mostró un 45.49% de emergencias atendidas, 38.79% fueron pacientes atendido en la consulta externa y un 12.20% necesitaron de hospitalización. (Ver cuadro 5)

CUADRO 5

PRODUCCIÓN POR AREA REPORTADA DURANTE EL AÑO 2004

AREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EMERGENCIA	30775	45.49
ENCAMAMIENTO	8251	12.20
CONSULTA EXTERNA	26242	38.79
SALA DE OPERCIONES	2384	3.52
TOTAL.	67652	100

Fuente: Información obtenida de la sala situacional 2004 del Hospital Regional de San Benito, Petén.

En este hospital se ofrece servicio de consulta externa en todas las especialidades básicas. Dicho servicio atendió un total de 26,242 pacientes en el año 2004 (según sala situacional del hospital), distribuidos por departamento de la siguiente manera: Pediatría 3,579 (13.64%), Gineco-Obstetricia 4,228 (16.11%), Medicina Interna 12,686 (incluidos pacientes de Psiquiatría) 48.34%, Cirugía 3,222 (12.27%) y Traumatología 2,527 (9.64%).

En cuanto a encamamiento, durante el año 2004, el departamento de Gineco-Obstetricia tuvo un total de 3,237 ingresos (39.2%), Pediatría 2,065 (25%), Cirugía 1,383 (16.76%), Medicina Interna 978 (11.85%) y Traumatología 588 (7.13%).

7.3.1 Distribución de la producción por servicios de encamamiento reportado en el año 2004

Respecto a egresos, en la memoria anual de vigilancia epidemiológica del MSPAS en el año 2004, dicho hospital reportó un total de 8440 egresos, de los cuales 189 fueron egresos muertos y el resto, 8,251 vivos. La distribución por servicios fue la siguiente: 2065 en el servicio de Pediatría, 3237 para Gineco-Obstetricia, 1383 en Cirugía, 978 Medicina Interna y 588 en Traumatología.

7.3.2 Clasificación de expedientes

Utilizando la hoja de consolidado (ver anexo 1), según datos registrados en el libro de egresos del hospital se encontraron 7,631 egresos. Finalmente, después de revisar cada uno de los expedientes, se obtuvo una población total de 6,734 al aplicar los criterios de exclusión del presente estudio. (Ver Cuadro 6)

CUADRO 6

**CLASIFICACION DE EXPEDIENTES REGISTRADOS
SEGÚN CRITERIOS DE INCLUSION/EXCLUSION
DURANTE EL AÑO 2004**

CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Expedientes no encontrados al momento de la visita.	459	6.01
Expedientes sin hoja de ingreso-egreso.	7	0.09
Expedientes sin fecha de egreso o servicio de destino o condición de egreso (vivo, muerto) o Dx. Egreso	162	2.12
Casos incluidos en el estudio e ingresados a la base de datos.	6734	88.25
Expedientes de pacientes repetidos en el mismo mes o que correspondían a otro año.	269	3.53
TOTAL	7631	100

Fuente: Libro de egresos año 2004, Hospital Regional de San Benito, Petén.

Del total de los 6734 expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio el 0.57% por problemas técnicos no fueron reportados, por lo que el total de la población objeto de estudio lo constituyen 6695 casos que fueron ingresados a la base de datos.

7.3.3 Características demográficas de los pacientes incluidas en el estudio

Se pudo encontrar, según los datos obtenidos de los expedientes, que el grupo etareo que más consulta e ingresa al hospital es el comprendido entre 25 y 59 años con 2175 personas, constituyendo el 32.49%, continuando en orden de frecuencia la población de 20 a 24 años con 1115 (16.65%), luego los de 15 a 19 años con 981 (14.65%). El grupo pediátrico también constituye un grupo importante de ingreso a este hospital, al reportarlo por grupos de edad se puede observar que los comprendido entre 1 a 4 años son los mas frecuentes con 549 (8.2%), siguiendo en frecuencia el grupo de 5 a 9 años con 385 (5.75), de 1 mes a menores de un año 365 (5.45), menores de un mes con 267 (4.00%). El grupo de personas de la tercera edad conto con 470 que constituyó el 7.02%

Según el sexo de los pacientes egresados, el que con más frecuencia consulta es el femenino 4331 (65%), teniendo el sexo masculino 2364 egresos (35%). Su distribución por especialidades fue reportadas así: Cirugía 473 femeninos (37.72%) y 781 masculinos (62.28%), en Gineco-Obstetricia en su totalidad con pacientes del sexo femenino con 2653, en Medicina Interna 385 femeninos (51.82%) y 358 masculinos (48.18%). En Pediatría el que más consultó fue el sexo masculino con 703 pacientes (53.54%) y 610 femeninos (46.46%), en Traumatología hubieron 522 masculinos (71.31%) y 210 femeninos (28.68%).

En cuanto al estado civil de los pacientes que consultan, se pudo observar que la mayoría eran unidos (1954 pacientes), 1571 casados, 1030 pacientes solteros, 85 viudos, 11 divorciados y la mayoría no se reportaba el dato (2044), teniendo en cuenta que aquí se encuentran todos los pacientes pediátricos hasta antes de cumplidos los 13 años, por lo que hace aumentar esta cifra.

La ocupación mas frecuente reportada fue la que corresponde a oficios domésticos con 2258, luego agricultor con 493,, estudiante 219, maestra 93, comerciantes 45, otros 306. Es importante hacer notar que 3281 expedientes no tenían especificada la ocupación, incluyendo en este grupo a los de la edad pediátrica en donde no se reportaba dicha variable.

Según el lugar de residencia de los pacientes que consultan a este hospital, el más frecuente es el municipio de San Benito Petén con 1930 pacientes, luego en su orden le sigue el municipio de Flores con 1420, La Libertad con 1183, San Andrés con 479, Sta. Ana 377, Dolores 341, San Francisco con 327, Sayaxché 164, Poptún 151, San José 100, Melchor de Mencos 83 y San Luis, Petén con 71 pacientes. Luego encontramos que hay pacientes de diversos departamentos del país, siendo uno de los más frecuentes el Departamento de Alta Verapaz, donde el municipio de Cobán tiene mayor incidencia, luego los municipios de Chisec, Fray Bartolomé de las Casas, Tactic, Panzós, San Juan Chamelco, Sta. Cruz y Senahú. Se reportaron también consultantes de Morales y Puerto Barrios, Izabal. Además pacientes de Mazatenango y San Antonio Suchitepéquez; Chiquimula y Jocotán; Gualán Zacapa; Asunción Mita y Jutiapa; Purulha y Salamá, Baja Verapaz; Tiquizate y Escuintla; Jalapa; Ixcán Quiché; Champerico y San Felipe Retalhuleu; Sololá, San José del Golfo y Villa Canales, Guatemala, entre otros.

7.3.4 Gestión Hospitalaria

Después de recolectar los datos necesarios para realizar indicadores de cada servicio, los resultados son los siguientes:

La distribución de los egresos por los distintos servicios es de la siguiente manera: 2653 corresponden a Gineco-Obstetricia (39.62%), 1313 a Pediatría (19.61%), 1254 a Cirugía (18.73 %), 743 a Medicina Interna (11.10%), 732 a Traumatología (10.93 %).

Para el servicio de Gineco-Obstetricia se encontró que el día promedio de estancia es de 1, el índice de días cama disponible es de 8052, días cama ocupada 4607, índice ocupacional 57.21 y giro o rotación de camas es de 120.59.

Para el servicio de Pediatría se encontró que el día promedio de estancia es de 3, el índice de días cama disponible es de 8052, días cama ocupada 4385, índice ocupacional 54.45 y giro o rotación de camas es de 59.68.

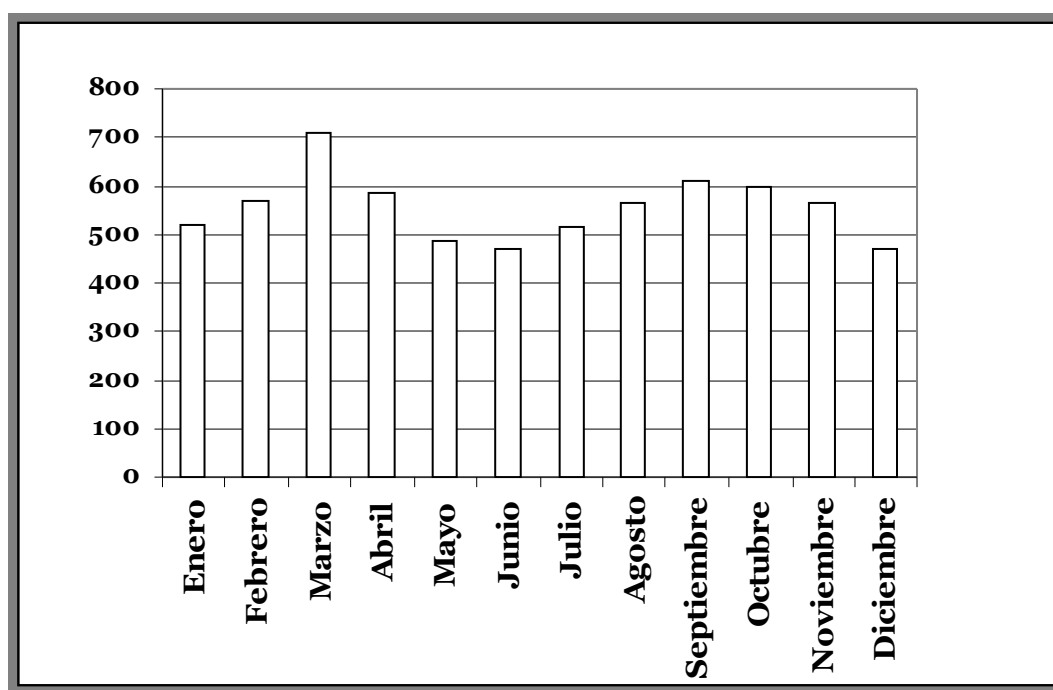
Para el servicio de Cirugía se encontró que el día promedio de estancia es de 4, el índice de días cama disponible es de 6588, días cama ocupada 5645, índice ocupacional 85.69 y giro o rotación de camas es de 69.06.

Para el servicio de Medicina Interna se encontró que el día promedio de estancia es de 3, el índice de días cama disponible es de 5124, días cama ocupada 2928, índice ocupacional 57.14 y giro o rotación de camas es de 53.07.

Para el servicio de Traumatología se encontró que el día promedio de estancia es de 5, el índice de días cama disponible es de 4758, días cama ocupada 3972, índice ocupacional 83.48 y giro o rotación de camas es de 56.30.

A continuación se muestra la distribución de los pacientes según el mes en que ingresaron al hospital en estudio.

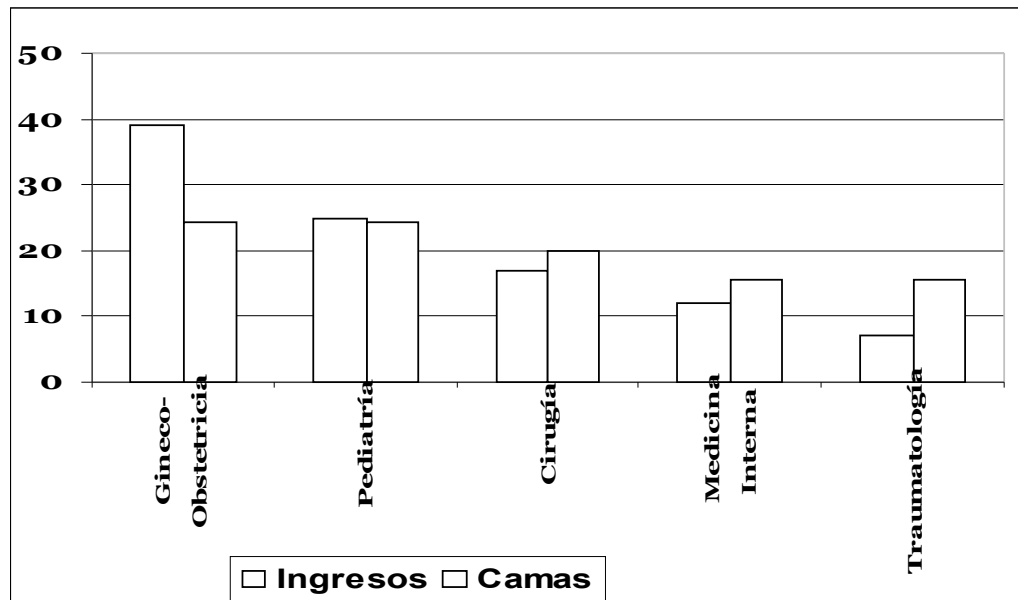
GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN MES DE INGRESO
DURANTE EL AÑO 2004



Fuente: Expedientes con egreso del año 2004 del Hospital San Benito, Petén, incluidos en la base de datos.

GRAFICA 3

RELACIÓN DE INGRESOS Y CAMAS POR SERVICIO DURANTE EL AÑO 2004.



Fuene: Departamento de Estadística y entrevista realizada al personal del Hospital Regional de San Benito, Petén.

7.3.5 MORBILIDAD

Los cuadros que a continuación se describen contienen únicamente los diagnósticos de egreso, ya que la boleta de ingreso/egreso no reportaba los diagnósticos de ingreso. Se puede notar que dentro de las principales causas de morbilidad partos y cesáreas ocupan los principales lugares, junto con problemas de tipo infecciosos y problemas de causa externa como las fracturas.

CUADRO 7

Principales causas de morbilidad general durante el año 2004

No	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Parto *	1675	21
2	Fracturas	711	9
3	Neumonías	386	5
4	Cesárea	383	5
5	Diarreas	375	5
6	Abortos	252	3
7	Apendicitis	194	3
8	Trauma craneoencefálico	185	2
9	Infección del tracto urinario	136	2

10	Desorden hidro-electrolítico	117	2
11	Sepsis	116	2
12	Colecistitis	104	1
13	Síndrome convulsivo	103	1
14	Herida cortocontundente	103	1
15	Herida por arma de fuego	98	1
16	Hiperreactividad bronquial	91	1
17	Celulitis	90	1
18	Amenaza de Aborto	88	1
19	Diabetes mellitas	80	1
20	Abscesos	78	1
21	Hernias	72	0.91
22	Hipertensión arterial	63	0.80
23	Accidente Ofídico	53	0.67
24	Luxaciones	51	0.64
25	Enfermedad Peptica	50	0.63
26	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	45	0.57
27	Quemaduras	44	0.56
28	Anemia	43	0.54
29	Área cruenta	41	0.52
30	Hemorragia Gastrointestinal	36	0.46
31	Evento Cerebrovascular	33	0.42
32	Pie diabético	32	0.41
33	Fibromatosis	31	0.40
34	Dolor abdominal	31	0.40
35	Asma	30	0.38
36	Bronquitis	28	0.36
37	Causas desconocidas	27	0.34
38	Multiparidad *	27	0.34
39	Óbito Fetal	26	0.33
40	Hipertrofia prostática benigna	25	0.32
41	Primigesta *	25	0.32
42	Obstrucción intestinal	22	0.28
43	Hemorragia uterina anormal	21	0.27
44	Infección de herida operatoria	21	0.25
45	Ictericia neonatal	20	0.25
46	Colon irritable	19	0.24
47	Trauma lumbar	19	0.24
48	Insuficiencia cardiaca congestiva	18	0.23
49	Resto de causas	1587	19.92
	TOTAL	7905	100

Fuente: Expedientes con egreso del año 2004 del Hospital San Benito, Petén, incluidos en la base de datos.

* Aunque estas entidades no constituyen una morbilidad como tal, son tomados en este hospital como la principal consulta a este centro.

7.3.5.1 MORBILIDAD POR DEPARTAMENTOS

CUADRO 8

Principales causas de morbilidad general en el departamento de Gineco-Obstetricia durante el año 2004.

No	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Parto *	1675	57.48
2	Cesárea	383	13.14
3	Aborto	252	8.64
4	Infección del tracto urinario durante el embarazo	86	2.95
5	Amenaza de aborto	84	2.88
6	Fibromatosis uterina	29	1
7	Multiparidad *	26	0.9
8	Óbito fetal	26	0.9
9	Primigesta *	25	0.85
10	Trabajo de parto pretérmino	22	0.75
11	Resto de Causas	306	10.50
	TOTAL	2914	100%

Fuente: Expedientes con egreso del año 2004 del Hospital San Benito, Petén, incluidos en la base de datos.

* Aunque estas entidades no constituyen una morbilidad como tal, son tomados en este hospital como la principal causa de consulta en esta especialidad.

CUADRO 9

Principales causas de morbilidad en el departamento De Pediatría durante el año 2004.

No	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Diarrea	338	20.9
2	Neumonía	269	16.64
3	Desorden Hidro-Electrolítico	110	6.83
4	Hiperreactividad bronquial	87	5.38
5	Convulsiones	68	4.21
6	Sepsis del recién nacido	46	2.84
7	Celulitis	39	2.41
8	Septicemia	32	1.98
9	Trauma craneoencefálico	31	1.92
10	Ictericia fisiológica neonatal	20	1.24
11	Desnutrición proteico calórica	20	1.24
12	Anemia	19	1.17
13	Fractura de antebrazo	19	1.17
14	Asma	18	1.11
15	Accidente ofídico	17	1.05
16	Neumonías congénitas	16	0.99
17	Infección del tracto urinario	14	0.87
18	Quemaduras de segundo grado	14	0.87
19	Prematurez	13	0.80
20	Meningitis	11	0.68
21	Taquipnea transitoria del recién nacido	11	0.68
22	Síndrome de aspiración de meconio	11	0.68
23	Fractura de fémur	11	0.68
24	Asfixia perinatal	10	0.62
25	Parasitismo intestinal	9	0.55
26	Síndrome de dificultad respiratoria	9	0.55
27	Crup	7	0.43
28	Bajo peso al nacer	7	0.43
29	Dengue clásico	6	0.37
30	Bronquitis	6	0.37
31	Área cruenta	6	0.37
11	Resto de Causas	323	19.97
	TOTAL	1617	100%

Fuente: Expedientes con egreso del año 2004 del Hospital San Benito, Petén, incluidos en la base de datos.

CUADRO 10

Principales causas de morbilidad en el departamento de Cirugía durante el año 2004.

No	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Apendicitis Aguda	206	15.74
2	Trauma craneoencefálico	122	9.32
3	Herida por arma de fuego	80	6.11
4	Herida cortocontundente	73	5.78
5	Hernia Inguinal	55	4.20
6	Colecistitis aguda	51	3.9
7	Absceso	47	3.59
8	Quemaduras	32	2.44
9	Colecistitis Crónica	26	1.99
10	Hipertrofia Prostática Benigna	27	2.06
11	Área cruenta	20	1.52
12	Dolor abdominal	20	1.52
13	Celulitis	17	1.30
14	Trauma lumbar	17	1.30
15	Trauma cerrado de tórax	15	1.15
16	Infección de herida operatoria	15	1.15
17	Pie diabético	14	1.07
18	Obstrucción intestinal	14	1.07
19	Colostomía	14	1.07
20	Fractura de maxilar inferior	13	0.99
21	Infección urinaria	12	0.92
22	Coledocolitiasis	11	0.84
23	Politraumatismo	11	0.84
24	Herida por arma blanca	11	0.84
25	Accidente ofídico	10	0.76
26	Ruptura de tendones	10	0.76
27	Litiasis Renal	9	0.69
28	Cuerpo extraño	8	0.61
29	Abdomen agudo	8	0.61
30	Neumotórax	7	0.53
31	Cicatriz queloide	7	0.53
32	Hernias incisionales	7	0.53
33	Causas desconocidas	7	0.53
34	Amputaciones dedo	7	0.53
35	Masa cervical	6	0.46
36	Trauma de bazo	6	0.46
37	Hemotórax	5	0.38
38	Fimosis	5	0.38
39	Fractura de hueso propios de nariz	5	0.38
40	Fractura de múltiples costillas	5	0.38
41	Resto de causas	274	20.77
	TOTAL	1309	100

Fuente: Expedientes con egreso del año 2004 del Hospital San Benito, Petén, incluidos en la base de datos.

CUADRO 11

Principales causas de morbilidad en el departamento de Medicina Interna durante el año 2004.

No	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Diabetes mellitus	70	7.63
2	Hipertensión Arterial	62	6.75
3	Enfermedad pulmonar crónica	53	5.77
4	Neumonía	47	5.12
5	Enfermedad Peptica	47	5.12
6	Enfermedad cerebrovascular	33	3.59
7	Hemorragia Gastrointestinal Sup. o Inf.	29	3.16
8	Accidente Ofídico	24	2.61
9	Diarreas	24	2.61
10	Bronquitis	22	2.40
11	Infección del tracto urinario	20	2.18
12	Síndrome convulsivo	20	2.18
13	Anemia	18	1.96
14	Pie diabético	18	1.96
15	Síndrome de colon irritable	18	1.96
16	Celulitis	18	1.96
17	Insuficiencia cardiaca congestiva	15	1.63
18	Cardiomiopatía	15	1.63
19	Colecistitis crónica	13	1.42
20	Asma	12	1.30
21	Úlcera gástrica	10	1.09
22	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica sobreinfectada	9	0.98
23	Intoxicación por organofosforados	9	0.98
24	Neuropatía diabética	8	0.87
25	Trastorno psicótico agudo	8	0.87
26	Cirrosis alcohólica	8	0.87
27	Pancreatitis	8	0.87
28	Dengue clásico	7	0.76
29	Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida	7	0.76
30	Paludismo	7	0.76
31	Litiasis renal	7	0.76
32	Área cruenta	6	0.65
33	Tuberculosis pulmonar	5	0.55
34	Isquemias transitoria cerebral	5	0.55
35	Intento de suicidio	5	0.55
36	Depresión	5	0.55
37	Trastorno de ansiedad	4	0.44
38	Otitis media	4	0.44
39	Insuficiencia renal crónica	4	0.44
40	Dolor abdominal	4	0.44
41	Síndrome de abandono	4	0.44
42	Enfermedades del hígado	4	0.44
43	Causas no especificadas	4	0.44
44	Varicela	3	0.33
45	Cáncer gástrico	3	0.33
46	Resto de causas	192	20.9
	TOTAL	918	100%

Fuente: Expedientes con egreso del año 2004 del Hospital San Benito, Petén, incluidos en la base de datos.

CUADRO 12

Principales causas de morbilidad en el departamento de Traumatología durante el año 2004.

No	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Fractura de cúbito y radio	125	15.88
2	Fractura de radio	88	11.22
3	Fractura de fémur	71	9.02
4	Fractura de húmero	48	6.1
5	Fractura de tibia	42	5.34
6	Luxación de hombro	35	4.45
7	Fractura codo	35	4.45
8	Fractura de dedos de la mano	25	3.17
9	Fractura tibia y peroné	20	2.54
10	Fractura de tobillo	20	2.54
11	Fractura de cadera	17	2.16
12	Fractura de cúbito	15	1.91
13	Fractura de clavícula	13	1.66
14	Herida por arma de fuego	13	1.66
15	Fractura de muñeca	10	1.28
16	Trauma craneoencefálico	9	1.15
17	Amputación de dedo	9	1.15
18	Área cruenta	8	1.02
19	Luxación de codo	8	1.02
20	Fractura de rótula	7	0.90
21	Politraumatismo	7	0.90
22	Rechazo de material de osteosíntesis	7	0.90
23	Resto de causas	152	19.58
	TOTAL	784	100%

Fuente: Expedientes con egreso del año 2004 del Hospital San Benito, Petén, incluidos en la base de datos.

7.3.6 MORTALIDAD

CUADRO 13

Principales causas de mortalidad general durante el año 2004.

No	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Neumonía	26	13.98
2	Enfermedad de membrana hialina	13	6.99
3	Choque Séptico	11	5.91
4	Trauma de Cráneo	11	5.91
5	Herida por arma de fuego	9	4.84
6	Síndrome de aspiración de meconio	8	4.30
7	Evento cerebrovascular	8	4.30
8	Insuficiencia cardiaca congestiva	7	3.77
9	Hemorragia gastrointestinal superior	6	3.23
10	Meningitis	6	3.23
11	Intoxicación por plaguicida	5	2.69
12	Asfixia perinatal	4	2.15
13	Herida por arma blanca	3	1.61
14	Infarto agudo del miocardio	3	1.61
15	Neumonía neonatal	3	1.61
16	Neumonía por aspiración	3	1.61
17	Cirrosis	2	1.07
18	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	2	1.07
19	Pancreatitis	2	1.07
20	Cardiopatía congénita cianótica	2	1.07
21	Trauma cerrado de abdomen	2	1.07
22	Obstrucción intestinal	2	1.07
23	Prematurez extrema	2	1.07
24	Cáncer hepático	2	1.07
25	Encefalitis	1	0.54
26	Peritonitis	1	0.54
27	Fasceitis Necrotizante	1	0.54
28	Accidente ofídico	1	0.54
29	Colangitis	1	0.54
30	Hipoglicemia neonatal	1	0.54
31	Coma hiperosmolar	1	0.54
32	Resto de Causas	37	19.92
	TOTAL	186	100

Fuente: Expedientes con egreso del año 2004 del Hospital San Benito, Petén, incluidos en la base de datos.

7.3.7 PROCEDIMIENTOS

Aunque la hoja de ingreso/egreso contiene un espacio específico para el dato de procedimientos, en un 69.3% no es reportado debido a que en algunos casos el paciente recibe únicamente tratamiento médico. Los procedimientos que mas se reportan son las cesáreas, manipulaciones (incluye cerradas y abiertas) y las apendicetomías. (Ver cuadro 14)

CUADRO 14

Procedimientos realizados durante el año 2004

No	PROCEDIMIENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	No dato	4639	69.3
2	Cesárea	340	5
3	Manipulación	199	3
4	Apendicectomía	198	3
5	Aspiración manual endouterina	106	2
6	Colocación yeso	101	1.5
7	Legrado intrauterino	98	1.5
8	Laparotomía exploradora	70	1
9	Suturas	69	1
10	Hernioplastia	63	1
11	Resto de Causas	810	12
	TOTAL	6693	100%

Fuente: Expedientes con egreso del año 2004 del Hospital San Benito, Petén, incluidos en la base de datos.

7.3.8 COMPLICACIONES

La hoja no incluye una casilla específica para reportar este dato.

7.3.9 TIPO Y CONDICIÓN DE EGRESO

El 98% de los pacientes son egresados por indicación médica, un 1% egresa por alta voluntaria y 1% es referido a otro centro de salud. Las condiciones de egreso fueron: vivos 6509 (97.24%) y muertos 186 (2.76%).

8. ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Recursos

Con relación a los recursos humanos, cabe mencionar que se cumplen los estándares mínimos obligatorios para el nivel uno: están a disposición tres médicos durante los turnos para asegurar una atención médica continua las 24 horas del día, todos los días del año. Además el área de encamamiento cuenta con especialistas y residentes de cada una de las áreas básicas de la medicina, que realizan visita diaria, inconvenientemente estos no están a disposición durante los turnos. (8, 11)

Al analizar la distribución del personal, consideramos que el destinado para prestación de servicios esta bien equilibrada ya que de esto depende el cumplimiento del principal objetivo del hospital. Sin embargo el número de médicos es mínimo para poder cubrir la demanda de pacientes que consultan.

Las referencias a otros centros asistenciales son realizadas cuando se excede su capacidad resolutive, para lo cual cuentan con medio de transporte propio. Dichas referencia pueden darse con mayor frecuencia tomando en cuenta que el hospital carece de un área para cuidado crítico, por lo que su capacidad de atención resolutive se ve disminuida aún tratándose de un hospital de tercer nivel. Hay consultorios externos en las especialidades básicas y hay personal exclusivo para el horario del funcionamiento de los consultorios. La emergencia si cumple con lo requerido para el tercer nivel ya que hay más de tres especialidades que ofrecen atención las 24 horas. (8,11)

En cuanto a laboratorio, diagnóstico por imágenes y hemoterapia este si cuenta con técnicos las 24 horas del día. No fue evaluado dentro del estudio los exámenes específicos que se realizan. (8, 11)

En cuanto la atención al público es importante recalcar que para la atención del nacimiento si se cuenta con médico obstetra y médico pediatra, en guardia pasiva y son atendidos en una sala de partos diferenciadas, dentro del área quirúrgica. Posee área de neonatología, sin embargo no cuenta con especialista en esta área por lo que la atención a este grupo de pacientes puede ser inadecuada y puede afectar a este grupo pediátrico. (10, 13)

El área quirúrgica está coordinada por un profesional. Cuenta con un local destinado a la recuperación anestésica. El vestuario del personal tiene un color diferenciado. Cuenta con diagnóstico radiológico intra-operatorio. Hay técnicos de anestesia de turno las 24 horas, cumpliendo lo requerido para el nivel tres. (10,13)

No existe control de infecciones hospitalarias, dato que es importante ya que no se pueden normatizar las medidas de bioseguridad y limpieza dentro del hospital, así como analizar adecuadamente los procesos infecciosos que se dan intrahospitalariamente, ni los factores que están relacionados con dicho problema. Igualmente, no existe un

servicio médico de Nutrición y por lo tanto no tiene capacidad para efectuar alimentación parenteral y enteral con nutri-bomba por lo que los pacientes que necesitan de dicho tratamiento se ven afectados (10, 13).

Demografía

Al analizar los grupos étnicos de los egresos en el hospital, podemos observar que predominan los grupos que comprenden a las mujeres en edad fértil y esto se correlaciona con el hecho de que el servicio que mas ingresos y egresos reporta es la gineco-obstetricia, sin embargo, es importante tomar en cuenta que no solo esta puede ser la causa, también es importante tomar en cuenta que dentro de este grupo se encuentra la mayoría de la población trabajadora. Por otro lado, el grupo pediátrico también presenta una gran afluencia de pacientes y también se correlaciona con el hecho de que Pediatría es el segundo servicio en reportar ingresos hospitalarios. También es importante notar que los mayores de 60 años presentan un porcentaje de gran importancia tomando en cuenta que este grupo de pacientes tienen una serie de factores de riesgo que los predispone a padecer de enfermedades sobre todo crónico degenerativas sin olvidarse también de los problemas infecciosos.

Siendo el sexo femenino que más consultó al hospital, se relaciona con el hecho de que la Gineco-Obstetricia fue la que mayor producción tuvo en este centro hospitalario, correlacionándose con que en la adolescencia y etapa de adulto joven, fueron las edades que más frecuentaron, siendo en su mayoría por maternidad. Además el estado civil de la mayoría de pacientes fueron reportados como unidos de hecho, lo cual demuestra que el matrimonio no es un ideal en esta población, pudiéndose relacionar que la mayoría de pacientes femeninas quedan embarazadas a muy temprana edad y no reciben el apoyo u orientación adecuada para ejercer este hecho. La ocupación que más se reportó fue la de oficios domésticos, dato que se correlaciona con el echo de que la mayoría de los consultantes son del sexo femenino. La población trabajadora también es una de las que mas se ve afectada, como lo demuestra que muchos de los consultantes son agricultores, oficio que puede presentar factores de riesgo para el padecimiento de distintas patologías.

Se pudo observar que la mayoría de pacientes que consultan a este hospital o que son referidos a este mismo, provienen de los diversos municipios del Petén, siendo los más frecuentes los municipios aledaños a este hospital, lo cual demuestra una adecuada utilización del recurso. Además se encuentra una variedad de pacientes residentes en municipios del resto de departamentos del país, así como pacientes provenientes de otros países, lo cual corresponde a que el departamento del Petén, es un lugar bastante visitado por turistas nacionales y extranjeros, los cuales consultan en dada ocasión morbosa a este centro asistencial.

Indicadores

Según reportes a nivel nacional existe una relación de 10.9 médicos x 10,000 habitantes (7). En el caso del Hospital Regional de San Benito, es de 5.4 médicos por cada 100,000 habitantes (0.5 médico x 10,000 habitantes) la cual es mucho menor en comparación con los índices mencionados. Es importante mencionar que además del personal del hospital, la población cuenta también con médicos que laboran en otras instituciones (primer y segundo nivel de atención, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social o práctica privada).

Con lo que respecta a la relación enfermera profesional por habitantes, a nivel nacional se reporta que es de 4.1 por 10,000 habitantes y en el hospital en estudio es de 4.1 por 100,000 habitantes (0.4 enfermera por 10,000 habitantes) (7). Al igual que los médicos las enfermeras profesionales se encuentra muy por debajo de lo reportado y si se toma en cuenta la proporción de auxiliares de enfermería con enfermeras graduadas, esta es desproporcionada, por lo que consideramos que el número de enfermeras profesionales debería de ser mayor ya que esto permitiría que haya una atención mas adecuada de los pacientes y mejor supervisión de las auxiliares.

La razón de camas hospitalarias disponibles para la población del departamento es de 0.2 por cada 1,000 habitantes, la cual se encuentra muy por debajo de la nacional, que es de 0.5 por 1000 habitantes (7). Por lo anteriormente mencionado se concluye que hay un gran déficit de camas para la demanda de pacientes que tiene como cobertura el hospital.

No hay ninguna diferencia significativa en cuanto a la distribución de pacientes según el mes de ingreso. La razón cama/especialidad se comporta de la siguiente manera: el departamento de Gineco-obstetricia posee el mayor porcentaje de camas (24%), correlacionándose con el hecho de que es el departamento con la mayor cantidad de ingreso y egresos reportados, sin embargo, dicha cantidad supera en más del 13% la disponibilidad de camas. El departamento de Pediatría cuenta con el mismo porcentaje (24%) de camas y es el segundo departamento que genera ingresos y egresos en dicho hospital. En este caso, hay una buena relación entre el número de camas y el número de ingresos. Por otro lado, servicios como Medicina Interna y Traumatología presentan menor demanda de pacientes ingresados (11.85% y 7.13% respectivamente) y poseen un número mayor de camas asignadas (15.5% y 15.5%) comparado con los servicios anteriormente mencionados que poseen una mayor demanda, lo cual demuestra que hay una subutilización de los recursos al haber una mala distribución de camas. (Ver gráfica 2)

La razón de egresos hospitalarios para este hospital es de 21 egresos por 1,000 habitantes, que al compararlo con datos nacionales (31.3) podemos concluir que la utilización del servicio hospitalario esta muy por debajo. Es necesario mencionar que en este departamento existen cuatro hospitales para la atención de la población total del mismo y los datos pueden estar por debajo del total ya que no se tomaron en cuenta los egresos de dichos hospitales.

La relación enfermera profesional/médico en este centro hospitalario es de 0.75, lo que demuestra que el número de médicos es menor a lo esperado con los datos nacionales en donde se reporta 1 a 3 dicha relación. Respecto a la relación enfermera profesional/auxiliar encontramos que es de 0.26, lo que demuestra que existe un número de enfermeras profesionales mucho mayor con relación a auxiliares a su cargo, debiendo ser esta de 1 a 14 con respecto a la nacional. (7)

Gestión hospitalaria

El servicio de Gineco-Obstetricia, como se indico anteriormente es el servicio que mas egresos reporto. Sin embargo al evaluar el índice ocupacional de dicho servicio se puede concluir que hay una carencia de recurso tanto humano como físico ya que al analizar el giro o rotación de camas demuestra que hay una utilización excesiva de una cama por el gran número de pacientes que atiende. Es necesario también tomar en cuenta que, la mayoría de las patologías que se atienden en este servicio no requieren de hospitalización prolongada y son dadas de egreso rápidamente como lo demuestra el promedio de días de estancia que es de 1 y que la compararlo con lo reportado por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud para el Hospital General San Juan de Dios que es de 1 a 5 días se encuentra dentro los límites aceptables.

En lo que respecta al servicio de Pediatría, siendo el segundo servicio que reporta egresos, tiene un bajo índice ocupacional, lo que demuestra que dicho servicio no tiene una adecuada utilización del recurso disponible e igualmente el giro o rotación de cama que se encuentra bajo nos indica que se le esta dando un mal uso a cada cama. El mismo problema se puede observar en el servicio de medicina interna. Para estos dos servicios el promedio de días estancia se encuentran aceptables.

Cirugía y traumatología presentan altos índices ocupacionales, que demuestran una buena función en relación a la máxima capacidad que tiene cada servicio. Sin embargo el índice de rotación nos da idea de la variabilidad de las enfermedades y los pacientes que se tratan en estos servicios, quienes presentan patologías que ameritan de tratamientos prolongados, por lo que el promedio de días de estancia son mas prolongados pero siempre manteniéndose dentro de lo aceptado.

Morbilidad

Dentro de las principales diez causas de morbilidad general, están los partos, cesáreas y abortos dato que se relaciona con el hecho de que el servicio de Gineco-obstetricia es el que genera mas ingresos en dicho hospital, inversamente con lo que ocurre con el servicio de Traumatología, siendo el que menor producción tiene, reporta el segundo lugar dentro de la morbilidad general. Cabe mencionar que se han agrupado todos los tipos de fracturas, sin especificación de sitio anatómico. (Ver cuadro 7)

Las enfermedades infecciosas constituyen una causa frecuente de consulta e ingreso hospitalario. La condición socio-económica de la población que acude al hospital, así como el estado nutricional, falta de educación, entre otros, pueden ser

factores que influyen grandemente a que los procesos infecciosos afecten con más frecuencia a la población en estudio. (Ver cuadro 7)

Trauma craneoencefálico (3%), heridas cortocontundentes (1%) y heridas por arma de fuego (1%), entre otros, también constituyen causas de morbilidad frecuentes. Es importante observar que las causas externas de morbilidad son ahora mucho mas frecuentes en los centros asistenciales y de mayor importancia es observar que los hechos de violencia están generando mayor daño a la salud, afectando sobre todo a la población joven. (Ver cuadro 7)

El departamento de **Gineco-obstetricia**, presentó 1675 partos espontáneos, constituyendo de esta manera la mayor causa de morbilidad (57.34%) seguidos por los partos por cesárea (13%). Esto nos da una relación parto-cesárea de 4:1, que al compararlo con el estándar de 20:1 se encuentra muy por arriba del mismo, sin embargo las razones por las que se realizaron dichas cesáreas estaban debidamente indicadas, siendo estas las presentaciones podálicas o transversas, sufrimiento fetal agudo, cesáreas previas, distocias, desproporción céfalo-pélvica, entre otras. (7)

Es importante recalcar que los abortos se presenta con mucha frecuencia, sumando el 8.64%. Dentro de estos se incluyen abortos completos, incompletos, frustrados o en curso. Por dicha razón muchas de las mujeres son sometidas a procedimientos como el legrado uterino o aspiración manual endouterina para dar el tratamiento adecuado. Según datos reportados los abortos se presentan en un 15% de los embarazos reportados. En este hospital el 10% de los embarazos que fueron atendidos terminaron en aborto, manteniéndose dentro de los límites normales. La presencia de abortos en la población puede deberse a varios factores como que muchas mujeres durante el embarazo presentan problemas infecciosos que complican el embarazo. (Ver cuadro 8)

Las infecciones urinarias durante el embarazo se presentaron en un 2.47%. Dicha patología puede relacionarse con problemas de amenaza de aborto o trabajo de parto pretérmino en muchos de los casos. Estas causas pueden atribuirse a la falta de control prenatal y plan educacional adecuado, factores que influyen en la incidencia de complicaciones como óbito fetal y abortos que se presentaron en un 0.9% y 3% respectivamente. (Ver cuadro 8)

Al comparar con los datos de la memoria anual de vigilancia epidemiológica del MSPAS del año 2003, a nivel nacional, las principales causas de morbilidad son también los abortos en el departamento de Gineco-Obstetricia. Según dicho informe otras de las causas mas frecuentes fueron retención placentaria, hemorragia vaginal fibromatosis uterina y preeclampsia. Estas causas en este hospital son reportadas con menor frecuencia y es importante notar puede deberse a que aquí sí se reportan los partos y cesáreas como causas de morbilidad por lo que el resto de causas disminuyen en frecuencia de incidencia. (7)

En el área de **Pediatría**, las principales causas de morbilidad son de tipo infeccioso, tales como la diarrea (20.55%) y neumonías (16%), lo que se correlaciona con las principales causas a nivel nacional reportadas en la edad pediátrica. Además observamos que un número considerable de estos casos se acompaña de desorden hidro-electrolítico (6.71%) e hiperreactividad bronquial (5.3%). Así mismo, las condiciones geográficas y climatológicas influyen de manera importante en la ocurrencia de casos de neumonías y diarreas. En el caso de la septicemia, este dato puede relacionarse con el estado nutricional precario que algunos niños presentan, así como falta de educación materna para acudir a una atención médica temprana de algún proceso infeccioso que pueda tratarse ambulatoriamente y de esta manera evitar que progrese y se convierta en una enfermedad que represente costos innecesarios hospitalarios, representado en mayor días de estancia, uso de equipo especial, empleo de antibióticos, entre otros. (7)

Es interesante observar que el síndrome convulsivo se incluyen dentro de las primeras diez causas de morbilidad (3.6%), siendo esta de origen multifactorial. Dentro de las causas externas se puede mencionar el trauma craneoencefálico (1.95 %) condición que puede reflejar una mala vigilancia de los niños por parte de los padres o encargados.

La morbilidad neonatal representa un importante porcentaje de casos (4.02%) dentro de esta especialidad. La falta de un control prenatal periódico y adecuado, puede ser la razón por la cual la sepsis neonatal se ubica en sexto lugar de frecuencia (2.8%). Otro problema que afecta al grupo neonatal es la ictericia fisiológica con una frecuencia de 1.22% pudiendo también representar una innecesaria causa de hospitalización. (Ver cuadro 9)

Al comparar con los datos de la memoria anual de vigilancia epidemiológica del MSPAS el año 2003, en el departamento de Pediatría, las enfermedades transmisibles, diarreas, neumonías, también fueron reportadas también dentro de las causas mas frecuentes de morbilidad. Las principales causas reportadas en este hospital son un reflejo de la situación a nivel nacional, para las que se deberían tomar medidas de acción. (7)

En el departamento de **Cirugía**, apendicitis (13.53%) es la principal causa de morbilidad. Importante es observar que las causas externas ocupan ya el segundo y tercer lugar en frecuencia, siendo estas: trauma craneoencefálico (9.27%), heridas por arma de fuego (5.45%), procesos que causan serios daños a la salud y en muchas ocasiones la muerte. También se encuentran causas traumáticas de origen violento o accidental como quemaduras (2.02%) y heridas cortocontundentes (2.54%). Es importante destacar que debido a que gran parte de la población labora en agricultura y habitan en el área rural del departamento, la frecuencia de heridas cortocontundentes es de 2.54 % cada una y se presentan con mayor frecuencia en adultos jóvenes del sexo masculino. (Ver cuadro 10)

Al comparar con los datos de la memoria anual de vigilancia epidemiológica del MSPAS el año 2003, las primeras causas de morbilidad son las mismas que las

encontradas en este estudio, de nuevo se correlacionan los datos y reflejan la situación a nivel nacional. (7)

Las enfermedades crónico degenerativas son las primeras causas de morbilidad en **Medicina Interna**, diabetes mellitus (7.32%) e hipertensión arterial (6.47%) respectivamente. Dichas enfermedades requieren de tratamiento a largo plazo representado elevados costos, por lo que en la mayoría de los casos no se cumple dicho tratamiento dada la situación socioeconómica de los pacientes, debiendo ser éstos hospitalizados para estabilización de dichas entidades y tratamiento de complicaciones secundarias (neurológicas renales, cardiovasculares). Las complicaciones como los eventos cerebrovasculares también se encuentran dentro de las diez primeras causas de morbilidad y la mayoría de los pacientes necesitan de hospitalización por grandes periodos de tiempo, lo que representa gastos de gran importancia para los centros hospitalarios. Otra enfermedad crónica que se presenta muy a menudo es la enfermedad pulmonar crónica (EPOC), la cual en algunas ocasiones se asocia con algún proceso infeccioso, lo que aumenta el compromiso pulmonar de estos pacientes. Dicha enfermedad se relaciona con la inhalación de humo de leña y con el hábito de fumar, costumbres frecuentes en esta población.

Entre los diagnósticos agrupados en enfermedad péptica (3.6%) se encuentran úlceras gástricas y duodenales que en ocasiones estaban asociadas a hemorragia gastrointestinal lo que ameritó su ingreso representando un 3.18% del total.

Por las características de la región, los accidentes ofídicos son una causa importante de morbilidad, con un 2.65% del total de los casos. Dicha entidad es mas frecuente en personas que habitan en área rural o que se dedican a la agricultura.

Actualmente existe una transición epidemiológica de las enfermedades que afectan a la población, ya que las entidades crónicas están ocupando las primeras causas de morbi-mortalidad, aunque esto puede reflejar que la población acude más a la atención médica con respecto a años anteriores. Aunado a esto las entidades infecciosas continúan causando importantes daños a la salud, siendo estas las más frecuentes: neumonías (5%), síndrome diarreico (2.55%) y bronquitis (2.23%). (Ver cuadro 11)

A nivel nacional las principales causas reportadas lo constituyen infecciones del tracto urinario, diabetes mellitus, hemorragia gastrointestinal superior, neumonías y bronconeumonías. Aunque no son reportadas en el mismo orden de frecuencia, las patologías en el hospital de San Benito reflejan la situación que se presenta en la república y manifiestan también la prevalencia de causas infecciosas que afectan a la comunidad así como el incremento que en los últimos años se ha observado de las enfermedades crónico degenerativas. (7)

La principal causa de morbilidad en el departamento de **Ortopedia y Traumatología** es fractura de cúbito y radio constituyendo un 15.85%, el resto de causas se refieren a distintas fracturas a nivel de miembro superior (29.25% en conjunto) y fracturas de miembro inferior (19.07). Dichas fracturas requieren de

manipulación cerrada o abierta, en la mayoría de casos, motivo por el cual son ingresados al servicio. Dentro de este servicio también se encontró accidentes laborales reflejados en tenosección y amputación traumática, sin embargo no se sitúan dentro de las primeras diez causas. (Ver cuadro 12)

Al comparar con los datos de la memoria anual de vigilancia epidemiológica del MSPAS el año 2003, en el departamento de Traumatología, la fracturas luxaciones y esguinces ocupan la primera casilla, debido a que no hay especificación de lugar de afección es difícil comparar los datos. La fractura que si se especifica es la de cúbito y radio, la cual constituye la primer causa de morbilidad en el hospital en estudio. El resto de causas difieren con lo encontrado en el presente trabajo, ya que se trata de patologías que en la mayoría de ocasiones son tratadas en el departamento de cirugía de dicho hospital.

Mortalidad

Es importante recalcar que se trata de un centro de referencia departamental, por lo que acuden los casos de mayor complejidad y la mortalidad puede presentarse con mayor frecuencia. La tasa de mortalidad general que se encontró fue de 2.65×100 , que al compararla con los datos reportados no varía significativamente.

Las causas de mortalidad encontradas en el presente estudio se correlacionan con las reportadas en la memoria anual de vigilancia epidemiológica del MSPAS el año 2003.(7)

La especialidad en la que se presentó mayor número de fallecidos, fue pediatría, con un 40%, que en su mayoría se trato de neonatos. Este grupo se ve afectado por el hecho de no existe un control prenatal adecuado, que conlleva a partos prematuros y posmaduros e infecciones. Siguiendo en orden la medicina interna con 36.03% cuyas principales causas son crónico- degenerativas. (Ver anexo 4)

En cuanto a grupos etáreos, el grupo de edad pediátrico sigue presentado un alto porcentaje de mortalidad, en este caso 39.25%, al igual que el grupo de la tercera edad (23.65%). Ambos grupos, representan los extremos de la vida, y son grupos vulnerables que están expuestos a enfermedades infecciosas, crónico-degenerativas y ahora también a causas externas (accidentes, violencia). (Ver anexo 5)

Entre las principales causas de mortalidad, destacan las enfermedades infecciosas, como neumonía, sepsis, meningitis, neumonía neonatal, lo cual constituye un reflejo de la situación de salud del departamento y del país en general. También entre las primeras causas de mortalidad se encuentran entidades propias del período neonatal, como enfermedad de membrana hialina, síndrome de aspiración de meconio, asfixia perinatal y neumonía neonatal. Esta elevada mortalidad neonatal puede tener entre sus causas, falta de control prenatal adecuado, falta de especialista neonatólogo en el hospital, desnutrición materna, etc. Es importante hacer notar que actualmente, debido a las condiciones de violencia que atraviesa nuestro país, las causas externas de

muerte se sitúan dentro de las principales, pudiéndose mencionar trauma craneoencefálico (5.91%), heridas por arma de fuego (4.84%), heridas por arma blanca (1.61%). En total dichas causas suman un 15.05%. Reafirmando, las enfermedades crónicas como insuficiencia cardíaca congestiva provocan la muerte en la población adulta. (Ver cuadro 13)

A pesar de que la mayoría de pacientes que egresaron fueron de sexo femenino, la mortalidad se presentó en mayor porcentaje en el sexo masculino (60%). Esto se debió a que el principal motivo de atención en las mujeres fue la resolución del embarazo a diferencia de los hombres quienes fueron atendidos por entidades propiamente patológicas. También es importante observar que el sexo femenino es más vulnerable de morir en la edad pediátrica, mientras que el sexo masculino presenta mayor mortalidad a partir de la edad adolescente hasta la edad geriátrica. (Ver anexo 6)

Es interesante notar que el choque hipovolémico fue una causa que se presentó en todas las especialidades y fue secundario a procesos de distinta etiología tales como, hemorragias por fracturas, hemorragias gastrointestinales, post histerectomías, heridas por arma de fuego, diarreas, etc.

Aunque la hoja de ingreso/egreso contiene un espacio específico para el dato de procedimientos, en un 69.3% no es reportado esto puede ser debido a que en algunos casos el paciente recibe únicamente tratamiento médico. Los procedimientos que más se reportan son las cesáreas, manipulaciones (incluye cerradas y abiertas) y las apendicetomías. (Ver cuadro 14). La hoja no incluye una casilla específica para reportar el dato de complicaciones. La mayoría de los pacientes son egresados por indicación médica, un 1% egresa por alta voluntaria y 1% es referido a otro centro de salud. Las condiciones de egreso fueron en su mayoría egresos vivos.

9. CONCLUSIONES

1. En este hospital se determinó que cuenta con los estándares mínimos obligatorios para el nivel uno que exige la OPS; además de contar con personal adecuado, aunque escaso para cubrir el total de la población. Así como la morbi-mortalidad, se pudo constatar que es acorde a la reportada con la del resto del país y a su población, edad y sexo.
2. Se concluye que los consultantes a este hospital pertenecen al área de cobertura definida (35,854 Km²) y aún más allá, ya que recibe a personas de otros departamentos que no son de su jurisdicción, sin embargo esta cobertura es muy baja según su población asignada, siendo de un 24% (6734 egresos). No hay congruencia entre los recursos físicos y humanos disponibles del hospital y la población que constituye su área de cobertura. La distribución de camas por especialidades es inadecuada, relacionado con la producción de dichos servicios. El número de médicos es poco para la población del área de cobertura de dicho hospital. El servicio que más producción reporta en el área de encamamiento es la Gineco-Obstetricia, mientras que en la consulta externa la Medicina Interna fue el servicio que mas pacientes atendió.
3. El grupo etareo del adulto joven y el grupo pediátrico predomina en porcentaje de los egresos incluidos en el estudio. El sexo femenino fue el que más consultó al hospital. El estado civil de la mayoría de pacientes fue unión de hecho, lo cual demuestra que el matrimonio no es un ideal en esta población. La ocupación que más se reportó fue la de oficios domésticos, dato que se correlaciona con el hecho de que la mayoría de los consultantes son del sexo femenino. La mayor causa de morbilidad fueron los partos (21%), fracturas (9%) y neumonía (5%). La principal causa de mortalidad fue la neumonía (13.93%), enfermedad de membrana hialina (6.99%) y choque séptico (5.91%).
4. La información obtenida a través de este estudio y proporcionada al Director del Hospital Regional de San Benito, Petén y al Sistema Gerencial de Atención en Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, fue con la finalidad de que cuenten con información veraz, actualizada y oportuna sobre la situación hospitalaria y así puedan ejecutar gestiones que mejoren la situación en salud a nivel departamental y nacional.

10. RECOMENDACIONES

1. Continuar con el cumplimiento y activa revisión de los estándares mínimos requeridos por el hospital ante la OPS para la ejecución de sus labores, así como aumentar el número de personal médico para poder brindar una mejor atención y lograr mayor cobertura. Además, establecer medidas de control de prevención en enfermedades infectocontagiosas y promoción del control prenatal, para reducir el número de consultas por estas entidades.
2. Asignar un mayor número de camas a las especialidades con mayor cantidad de pacientes (Gineco-obstetricia y Pediatría) así como mayor recurso humano y material para poder brindar una mejor atención a la población. Implementar medidas de prevención, conociendo las patologías prevalentes en este hospital, para lograr la disminución y control de los problemas de salud que no deberían de constituir una causa de hospitalización, como es el caso de diarreas y neumonías. Así mismo conocer que grupos de edad son los más susceptibles de padecer ciertas patologías y tomar en cuenta todas las variables demográficas de los pacientes para establecer factores de riesgo para el proceso de morbi-mortalidad.
3. Establecer los factores de riesgo del proceso morbi-mortalidad, basados en las variables demográficas de los pacientes que consultan a este hospital e identificar los grupos etéreos más susceptibles a las distintas patologías para poder ejercer acciones de promoción y prevención en salud.
4. Estandarizar la hoja de ingreso/egreso en todos los hospitales públicos para recabar una información homogénea. Además de utilizar la base de datos creada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para la unificación de criterios y recaudación de datos y así poder realizar análisis de situación de salud intrahospitalaria. Que la información obtenida a través de los formatos de salida sirva para realizar análisis de cada uno de los hospitales y además permita la toma de decisiones, basándose en información veraz y oportuna, que permita priorizar la prevención, la disminución y el control de los problemas de salud con la participación de ambos sectores.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acuña, María Cecilia: Exclusión protección social y derecho a la salud. (en línea) disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/exclus-derecho-salud-art-1aca.pdf>. 1 de Marzo de 2005.
2. Batista Moliner, Ricardo; et al. Análisis de la situación de salud: Algunas consideraciones metodológicas y prácticas. (CD-ROM). La Biblioteca Virtual "La Práctica Social de la Salud Pública". Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Fase III. Guatemala, 2004
3. Borges, L.C. et.al. Evaluación de algunos indicadores del Programa Nacional para la Prevención y el Control de la Infección Intrahospitalaria. Revista Cubana de Medicina General Integral. Año 2000. Vol 16 (4). Pp 350-5
4. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS): Análisis de Situación Integral de Salud 2004 (en línea) disponible en: http://www.cendeiss.sa.cv/cursos/guía_nueve.pdf. 1 de marzo de 2005
5. Costa Rica. Ministerio de Salud: Análisis Sectorial de Salud Costa Rica 2002 (en línea) disponible en: <http://www.lachsr.org/documents/analisissectorialdesaluddecostaricaparteIII-ES.pdf>. 1 de Marzo de 2005.
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sala Situacional. Documento Base para su implementación y desarrollo. Guatemala: 2001. 111 p. (Programa de Desarrollo Epidemiológico).
7. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica Guatemala: 2003 (en línea) disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/cms2/docs/epi/memoria%20vigenpi%202,003.pdf>. 2 de marzo de 2005
8. Neuhauser, Duncan. Funcionamiento de las Organizaciones para la Administración de la Salud. En: Análisis de las Organizaciones de Salud. Madrid: OPS, 1987 (pp 7-19).
9. Organización Panamericana de la Salud: Indicadores de Salud: Elementos básicos para el análisis de Situación de Salud (en línea) disponible en: http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n4-indicadores.htm. 2 de Marzo de 2005.
10. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Organización y Procedimientos hospitalarios. Sao Paulo: OPS, 1990. 636 p.
11. Paganini, J. M. Y R. Capote. Los Sistemas locales de Salud. Washington, D.C.: OPS, 1990. 742 p.

12. Paganini, J. M. Y H. de Moraes. El Hospital Público, Tendencias y Perspectivas. Washington, D. C.: OPS, 1994. 320 p.
13. Noves. Estándares e Indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS, 1994. 109 p.
14. Terrón, Lucía. Sala Situacional. (CD-ROM). La Biblioteca Virtual "La Práctica Social de la Salud Pública". Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Fase III. Guatemala, 2004.
15. Varona, José Felipe. Infecciones intrahospitalaria España 2002 (en línea) disponible en: <http://www.msd.es/opencms/publicaciones/manuales/capitulo37>. 2 de Marzo de 2005.

12. ANEXOS

Anexo 1

Consolidado de No. Expedientes

No.	No. HxCx	Nombre	Observaciones			
			A	B	C	D
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
TOTAL						

No.	No. HxCx	Nombre	Observaciones			
			A	B	C	D
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						
86						
87						
88						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						
TOTAL						

A. Expediente extraviado B. Expediente sin hoja de Ingreso/Egreso C. Expediente sin fecha de ingreso, servicio

de destino, condición de egreso (vivo o muerto). (**Recordar lo especificado en hoja de procedimientos**). **D.** Caso incluido dentro del estudio e ingresado a la base de datos.

Anexo 2

Instrumento de Recolección de Datos			
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA RED HOSPITALARIA			
No.	INDICADOR	OPCIONES	CÓD.
I. DATOS GENERALES			
101	Expediente	No. _____	
102	Sexo	Masculino Femenino	1 2
103	Edad	días _____ meses _____ años _____ No hay dato	99
104	Fecha de nacimiento	Día _____ Mes _____ Año _____ No hay dato	99
105	Estado civil	Soltero Casado Unido Divorciado Viudo No aplica No hay dato	1 2 3 4 5 98 99
106	Ocupación	No hay dato	99
107	Etnia	Ladino Maya Garifuna Xinca No hay dato	1 2 3 4 99
108	Lugar de residencia	Depto. _____ Municipio _____	
II. DATOS DE INGRESO			
201	Fecha	Día _____ Mes _____ Año _____ No hay dato	99
202	Servicio de destino	Medicina Interna Cirugía Pediatria Gineco-obstetricia Ortopedia-Traumatología Intensivo SOP No hay dato	1 2 3 4 5 6 7 99
203	Primeras 3 impresiones clínicas	1. _____ 2. _____ 3. _____ Ilegible No hay dato	R69X R69X

III. DATOS DE EGRESO			
301	Fecha	Día Mes Año No hay dato	99
302	Servicio de donde egresa	Medicina Interna Cirugía Pediatria Gineco-obstetricia Ortopedia-Traumatología Intensivo SOP No aplica=No hay datos	1 2 3 4 5 6 7 99
303	Primeros 5 diagnósticos	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ Ilegible o ausencia de dato Vivo Muerto	R69X R99X
304	Procedimientos	1. _____ 2. _____ 3. _____ Ilegible No hay dato	77 99
305	Complicaciones	1. _____ 2. _____ 3. _____ Ilegible No hay dato	77 99
306	Condiciones	Vivo Curado Mejorado No curado Mismo estado Muerto Con autopsia Sin autopsia No hay dato	1 2 3 4 5 6 7 8 99
307	Tipo	Alta voluntaria (contraindicado, fugado) Indicación médica Referido a otro servicio de salud Referido a Consulta Externa No hay dato	1 2 3 4 99

Anexo 3

Instrumento de Recolección de Datos

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA RED HOSPITALARIA

Departamento: _____ Municipio: _____
Hospital: _____ Distrito: _____
Dirección de área de salud: _____
Entrevistado: _____ Cargo: _____
Estudiantes encargados: _____

A. RECURSOS

1. Humanos

7.4	Número total y por turno de:	TOTAL	TURNO
101.	médicos especialistas	_____	_____
102.	residentes	_____	_____
103.	internos	_____	_____
104.	externos	_____	_____
102.	Número total y por turno de:		
102.1	enfermeras profesionales	_____	_____
102.2	auxiliares de enfermería	_____	_____
103.	Número total y por turno de:		
103.1	Técnicos Laboratorio	_____	_____
103.2	Técnicos Rayos X	_____	_____
104.	Número de:		
104.1	personal administrativo	_____	_____
104.2	de limpieza	_____	_____
104.3	mantenimiento	_____	_____
104.4	cocina	_____	_____
104.5	lavandería	_____	_____
104.6	seguridad	_____	_____
104.7	trabajadoras sociales	_____	_____
104.8	psicólogos	_____	_____
105.9	nutricionistas	_____	_____
105.10	comité de infecciones nosocomiales	_____	_____

2. Físicos

201	Unidad de Cuidados Críticos	sí _____	no _____
202	Neonatología	sí _____	no _____
203	Laboratorio	sí _____	no _____
204	Diagnóstico por imágenes	sí _____	no _____
205	Banco de Sangre	sí _____	no _____
206	Farmacia	sí _____	no _____

207	Archivos	sí _____	no _____
208	Patronatos	sí _____	no _____
209	Sala de Partos	sí _____	no _____
210	Sala de Operaciones	sí _____	no _____
211	Esterilización	sí _____	no _____
212	Cocina	sí _____	no _____
213	Lavandería	sí _____	no _____
214	Administración	sí _____	no _____
215	Biblioteca	sí _____	no _____
216	Emergencia		
	216.1 General	_____	
	216.2 Pediatría	_____	
	216.3 Gineco-obstetricia	_____	
	216.4 Medicina Interna	_____	
	216.5 Cirugía	_____	
217	Encamamiento		
	217.1 General	_____	
	217.2 Pediatría	_____	
	217.3 Gineco-obstetricia	_____	
	217.4 Medicina Interna	_____	
	217.5 Cirugía	_____	

3. Control de Residuos:

Presencia de incinerador: si _____ no _____

302. Local de almacenamiento de basura: si _____ no _____

7.4.5 Cajas de Bioseguridad si _____ no _____

7.4.6 Bolsas de Color diferenciado si _____ no _____

7.4.7 Uso de guantes por personal de limpieza: si _____ no _____

4. Disponibilidad de Agua

1. Municipal Continua _____
2. Municipal Interrumpida _____
3. Cisterna Continua _____
4. Cisterna Interrumpida _____

5. Disponibilidad de Energía Eléctrica

501. Red pública _____

502. Planta Propia _____

B. PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

7.4.8 Total de pacientes atendidos

101. Pediatría

101.1 Emergencia _____

101.2 Encamamiento _____

101.3 Consulta externa _____

101.4 Sala de operaciones _____

101.5 Cuidado crítico _____

102. Gineco-obstetricia

- 102.1 Emergencia _____
- 102.2 Encamamiento _____
- 102.3 Consulta externa _____
- 102.4 Sala de operaciones _____
- 102.5 Cuidado crítico _____

103. Medicina Interna

- 103.1 Emergencia _____
- 103.2 Encamamiento _____
- 103.3 Consulta externa _____
- 103.4 Sala de operaciones _____
- 103.5 Cuidado crítico _____

1. Cirugía

- 104.1 Emergencia _____
- 104.2 Encamamiento _____
- 104.3 Consulta externa _____
- 104.4 Sala de operaciones _____
- 104.5 Cuidado crítico _____

2. Encamamiento

- 7.4.8.1 . camas Gineco-obstetricia _____
- 7.4.8.2 No. camas Pediatría _____
- 7.4.8.3 No. camas Cirugía _____
- 7.4.8.4 No. camas Medicina Interna _____

Anexo 4

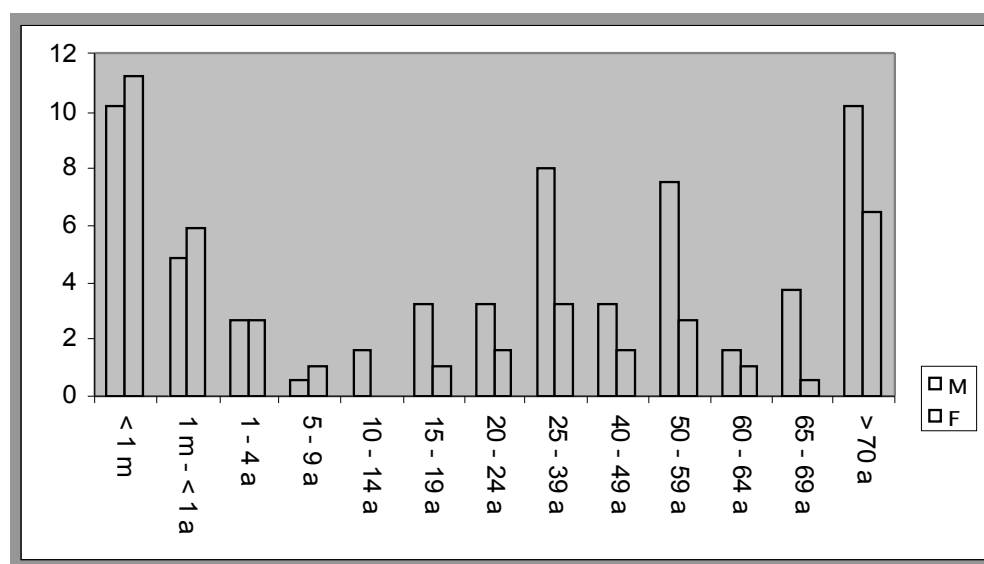
Mortalidad por especialidades del Hospital Regional de San Benito, Petén, año 2004.

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Gineco-obstetricia	4	2.15
Pediatría	75	40.32
Cirugía	36	19.35
Traumatología	4	2.15
Medicina Interna	67	36.03
TOTAL	186	100%

Fuente: Expedientes con egreso del año 2004 del Hospital San Benito, Petén, incluidos en la base de datos.

Anexo 5

Distribución por grupo etéreo y sexo de la mortalidad general del Hospital regional de San Benito, Petén, año 2004



Fuente: Expedientes con egreso del año 2004 del Hospital San Benito, Petén, incluidos en la base de datos.

Anexo 6

Distribución por sexo de la mortalidad general del Hospital regional de San Benito, Petén, año 2004.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	113	60.75
Femenino	73	39.25
TOTAL	186	100%

Fuente: Expedientes con egreso del año 2004 del Hospital San Benito, Petén, incluidos en la base de datos.