

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

"ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN HOSPITALARIA"
HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN

2004

CONSPICUA CAROLINA
TESIS
PRESENTADA A LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

SANDRA AMÉRICA CETINA CASTRO
ANAYANSI DE LEÓN RÉGIL WALD
EDUARDO JOSÉ CONDE ORELLANA

PREVIO A OBTENER EL TÍTULO

MÉDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JULIO DE 2005

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
HACE CONSTAR QUE

(iii) Bachilleres:

Sandra América Cetina Castro
Anayansi de León Régi Wald
Eduardo José Conde Orellana

199810390
199810391
199912678

han presentado su trabajo de Tesis titulado:

"Análisis de la Situación Hospitalaria"
Hospital Nacional de Amatitlán
2004

Trabajo asesorado por el Dr. Hidalgo Werner Figueroa y revisado por el Dr. Edgar Rodolfo de León Brillas, quienes avalan y firman conformes, y habiendo cumplido con los requisitos administrativos y académicos solicitados por ésta Unidad Académica, previo a optar al título de Médicos y Cirujanos en el grado de licenciatura, se emite y sella la presente.

ORDEN DE IMPRESIÓN

Dado en la Ciudad de Guatemala, el diez y ocho de julio de dos mil cinco

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

DR. CARLOS ALBERTO ALVARADO DUMAS
DECANO



EL COORDINADOR DE LA UNIDAD DE TESIS
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
HACE CONSTAR QUE:

Lis (as) Bachilleres:

Sandra América Cetina Castro
Anayansi de León Régi Weld
Eduardo José Conde Orellana

199910390
199910391
199912578

han sometido a consideración de esta Unidad el trabajo de Tesis titulado:

"Análisis de la Situación Hospitalaria"
Hospital Nacional de Amatitlán
2004

El cual ha sido REVISADO y CORREGIDO estableciéndose que cumple con los requisitos exigidos. Por lo que se les autoriza continuar con los trámites administrativos y académicos correspondientes para someterse a su Examen General Público.

En este particular, atentamente,

Dado en la Ciudad de Guatemala - el diez y ocho de Julio de dos mil cuatro.

"ID Y ENSENADO A TODOS"

Dr. EDGAR RODOLFO DE LEÓN BARJAS
COORDINADOR



Guatemala, 18 de julio de 2005.

Señores
Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Señoras:

Se les informa que los Bachilleres

Sandra América Cetina Castro	199810390
Anayansi de León Regil Wald	199810391
Eduardo José Conde Orellana	199912678

han presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

**"Análisis de la Situación Hospitalaria"
Hospital Nacional de Amatitlán
2004**

del cual, los autores, asesor, co-asesores y revisor nos hacen responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Sandra América Cetina Castro
Anayansi de León Regil Wald
Eduardo José Conde Orellana

*Alexander
García
Gutiérrez*

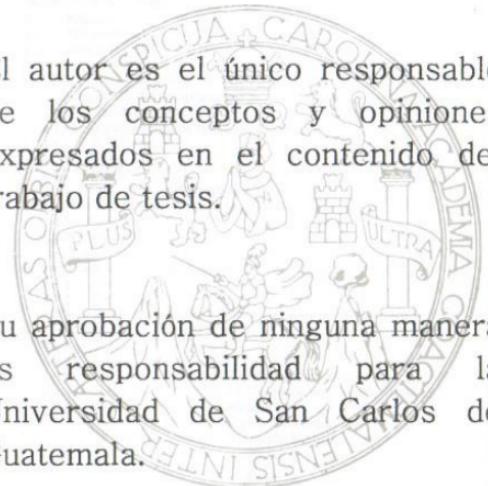
*Héctor
Werner Figueroa*



Revisor: Dr. Edgar Rodolfo de León Barrios
Registro de Personal: 8.912
FIRMA Y SELLO



El autor es el único responsable de los conceptos y opiniones expresados en el contenido del trabajo de tesis.



Su aprobación de ninguna manera es responsabilidad para la Universidad de San Carlos de Guatemala.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
1. Resumen	1
2. Análisis del Problema	
2.1 Antecedentes del Problema	4
2.2 Definición del Problema	4
2.3 Delimitación del Problema	5
2.4 Planteamiento del Problema	5
3. Justificación del Estudio	
3.1 Magnitud	7
3.2 Trascendencia	7
3.3 Vulnerabilidad	7
4. Revisión Teórica y de Referencia	
4.1 Monografía del Departamento de Guatemala	9
4.1.1 Datos de Guatemala	9
4.1.2 División Administrativa Municipal	10
4.1.3 Topografía	10
4.1.4 Economía	10
4.1.5 Idioma	10
4.1.6 Información del Hospital	10
4.2 Sala Situacional	11
4.2.1 Concepto	11
4.2.2 Objetivos	11
4.2.2.1 General	11
4.2.2.2 Específicos	11
4.2.3 Propósito	12
4.2.4 Metodología	12
4.2.5 Productos de la Sala Situacional	13
4.3 Administración Hospitalaria	13
4.3.1 Definición	13
4.3.2 Funciones	14
4.3.3 Derechos y Responsabilidades de los Pacientes	14
4.3.4 Planificación y Programación de los Servicios de Salud	15
4.3.5 Estandares Mínimos Obligatorios	16
-Organización de la Atención Médica	16
-Continuidad de la Atención Médica	16
-Derivaciones o Referencias	16
-Consultorios Externos	17
-Urgencias	17
-Laboratorios	18
-Diagnóstico por Imágenes	18
-Hemoterapia	19
-Atención del Nacimiento	20
-Arca Quirúrgica	20
-Anestesiología	21
-Control de Infecciones Hospitalarias	21
4.3.5.1 Áreas Técnicas y de Apoyo	21

-Alimentación (Nutrición y Dietética)	6.7	Alcances y Limitaciones	43
-Lavandería	6.8	Plan de Análisis, Uso de Programas y Tratamiento Estadístico de los Datos	43
-Limpieza			
-Esterilización			
-Dispensa de Medicamentos	7.	Presentación de Resultados	45
-Enfermería	7.1	Descripción General del Hospital	45
-Historia Clínica y Archivo	7.1.1	Ubicación	45
-Estadísticas	7.1.2	Cobertura	45
-Gobierno Hospitalario	7.1.3	Tipo de Hospital	45
-Administración	7.2	Recursos	45
-Seguridad e Higiene Laboral	7.2.1	Recursos Humanos	45
-Seguridad General	7.2.1.1	Organización Funcional del Personal de Prestación de Servicios	47
-Garantía de Calidad	7.2.2	Recursos Físicos	47
4.3-5.2 Estructura Física y Funcional	7.2.2.1	Infraestructura	47
-Accesos	7.3	Producción de Servicios	48
-Circulaciones	7.3.1	Clasificación de Expedientes	49
4.3-5.3 Instalaciones	7.3.2	Características Demográficas	49
-Sistema Eléctrico	7.3.2.1	Sexo	49
-Control de Excretas, Residuos y Potabilidad del Agua	7.3.2.2	Edad	50
-Confort en la Internación	7.3.2.3	Estado Civil	50
4.3-5.4 Estándares no Obligatorios	7.3.2.4	Ocupación	50
-Cuidados Críticos	7.3.2.5	Etnia	50
-Neonatología	7.3.2.6	Lugar de Residencia	50
-Medicina Nuclear	7.3.2.7	Municipio	50
-Rehabilitación	7.3.3	Gestión Hospitalaria	50
-Biblioteca	7.3.3.1	Distribución de Pacientes Según Mes de Ingreso	50
4.4 Situación de los Hospitales Públicos en América Latina	7.3.3.2	Días Promedio de Estancia	51
4.5 Hospitales en Guatemala	7.3.3.2.1	Días Cama Ocupada	51
4.6 Morbilidad y Mortalidad Intra hospitalaria	7.3.3.2.2	Días Cama Disponible	51
4.6.1 Infecciones Adquiridas Intra hospitalaria	7.3.3.2.3	Promedio de Días Estancia	52
4.7 Análisis Situacional	7.3.3.2.4	Giro de Camas	52
4.7.1 Análisis Contexto para la Planificación Estratégica	7.3.3.2.5	Índice Cama Ocupada	52
4.7.2 Análisis de Contexto	7.3.3.2.6	Relación de Ingreso y Egreso y Camas por Servicio	52
4.7.3 Los Problemas de Salud Como Punto de Partida para el Análisis Contexto	7.3.4	Morbilidad	53
4.7.4 Construcción de los Problemas de Salud Colectiva	7.3.4.1	Morbilidad por Departamentos	54
4.8 La Situación de Salud en la Región de las Américas	7.3.4.1.1	Morbilidad Gineco Obstetricia	54
5. Hipótesis y Objetivos	7.3.4.1.2	Morbilidad Pediatría	55
5.1 Hipótesis	7.3.4.1.3	Morbilidad Cirugía	55
5.2 Objetivos	7.3.4.1.4	Morbilidad Medicina Interna	56
5.2.1 General	7.3.4.1.5	Morbilidad Traumatología	57
5.2.2 Específicos	7.4	Mortalidad	58
6. Diseño del Estudio	7.4.1	Mortalidad por Especialidades	58
6.1 Tipo de Estudio	7.4.2	Mortalidad General	59
6.2 Unidad de Análisis	7.5	Procedimientos Realizados en el Hospital	59
6.3 Población	7.6	Complicaciones	60
6.4 Definición y Operacionalización de Variables	7.7	Condición y Tipo de Egreso	60
6.5 Descripción de Técnicas y Procedimientos	8.	Análisis, Discusión e Interpretación de Resultados	63
6.6 Aspectos Éticos de la Investigación	9.	Conclusiones	69
	10.	Recomendaciones	71

11. Referencias Bibliográficas

12. Anexos

GRÁFICAS

- No. 1 Sala Situacional, Fases del Proceso Metodológico
- No. 2 Distribución de los Pacientes según el mes de Ingreso 2004
- No. 3 Relación de Ingresos y Camas por Especialidad 2004

CUADROS

- No. 1 Variables Obtenidas de la Hoja de Ingreso y Egreso.
- No. 2 Variables Obtenidas de las Entrevistas.
- No. 3 Recursos Humanos con los que cuenta el Hospital Nacional de Amatitlán Guatemala.
- No. 4 Distribución de Camas por Servicio 2004.
- No. 5 Distribución de la Producción de Servicios Reportada por Área 2004.
- No. 6 Clasificación de Expedientes Registrados según Criterios de Inclusión y Exclusión 2004
- No. 7 Principales Causes de Motivo de Consulta, Hospital Nacional de Amatitlán 2004
- No. 8 Principales Causes de Morbilidad Servicio de Gineco-Obstetricia 2004
- No. 9 Principales Causes de Morbilidad Servicio de Pediatría 2004
- No. 10 Principales Causes de Morbilidad Servicio de Cirugía 2004
- No. 11 Principales Causes de Morbilidad Servicio de Medicina Interna 2004
- No. 12 Principales Causes de Morbilidad Servicio de Traumatología 2004
- No. 13 Mortalidad por Especialidades 2004
- No. 14 Principales Causes de Mortalidad General 2004
- No. 15 Procedimientos Realizados 2004
- No. 16 Condición de Egreso del Hospital Nacional de Amatitlán 2004

1. RESUMEN

En la actualidad el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no cuenta con un análisis de la situación en salud en algunos hospitales, debido a la carencia de un sistema que permita la estandarización de los datos requeridos para poder realizar un análisis en función de las dimensiones demográficas, morbi-mortalidad, recursos y oferta de servicios de salud. Con el objetivo principal de analizar la situación del Hospital Nacional de Amatitlán, Guatemala, se realizó una base de datos conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para poder tener una herramienta con la cual se pueda realizar un análisis de la situación hospitalaria; este estudio fue llevado simultáneamente en 17 hospitales de la República de Guatemala.

El Departamento de Estadística del Hospital reportó 11,015 egresos, encontrándose 119 en el libro de ingreso y egresos de los cuales únicamente el 79% llenaron los criterios de inclusión.

Unas del 99% de los expedientes, no tenían diagnóstico de ingreso, mientras que de los diagnósticos de egreso fueron en su mayoría de Gineco-Obstetricia.

Las principales causas de morbilidad de los pacientes que ingresaron a los servicios de hospitalamiento en un 56% fueron de Gineco-Obstetricia.

Este estudio sirve para que haya una mejor distribución de los recursos humanos y materiales, con el fin de mejorar la atención médica-asistencial; ya que si el motivo de consulta (morbilidad*), más común es parto eutóxico como en el caso de Amatitlán lo más lógico es que hayan mas especialistas de Obstetricia y que el encamamiento y la consulta externa tenga mayor espacio físico.

El propósito de este estudio también es compartir la base de datos con otros hospitales que no fueron incluidos en el estudio para que así las autoridades puedan determinar el sentido en el que se encuentra su hospital.

*Un parto eutóxico no es una enfermedad ya que es la culminación de un estado fisiológico en la mujer como el matizarse este se anota dentro de las morbilidades que consultan en el servicio de Ginecología y Obstetricia ya que debe ser clasificado y de otra manera pasarían por alto todas estas consultas y procedimientos que se llevan a cabo.

2 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.(1,9,7,5)

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*.(1,5,7)

A partir del año 1996, en Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MIPAS- 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.(6,5,3)

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%.

Algunos 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, Suchitepéquez, 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%)

- ✓ Sala situacional existente, no actualizada, sin constancia estadística de análisis. Antigua Guatemala, Escuintla, Quetzaltenango¹ y Totonicapán (19.35%)
- ✓ Sala situacional existente, actualizada, con constancia estadística de análisis. Hospitales de Chimaltenango, Sayaxché Petén, San Marcos, Retalhuleu, Izabal, Zacapa, Huehuetenango², Alta Verapaz, El Progreso, Santa Rosa y El Quiché (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.(3)

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

3 Delimitación del Problema

Este estudio se llevó a cabo en varios hospitales de la República de Guatemala. Se incluyó a todos los pacientes egresados de los hospitales a estudio durante el año 2004. De acuerdo a los intereses del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y a la disponibilidad de estudiantes disponibles los hospitales que se incluyeron en el estudio son:

Región Norte:

1. Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito (Petén)
2. Hospital Regional de Cobán Hellen Losse de Laugerud (Alta Verapaz)
3. Hospital Infantil Elisa Martínez (Izabal)
4. Hospital Kjell Eugenio Laugerud (Izabal)
2. Hospital Kjell Eugenio Laugerud (Izabal)

Región Oriente:

5. Hospital Nacional Ernestina García Vda. de Recinos (Jutiapa)
6. Hospital Regional de Zacapa (Zacapa)
7. Hospital Modular de Chiquimula (Chiquimula)

Región Centro:

8. Hospital Nacional de Chimaltenango (Chimaltenango)
9. Hospital de Armatílán (Guatemala)

Región Sur:

10. Hospital Nacional/Regional de Escuintla (Escuintla)
11. Hospital Regional de Cuijapa (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)

Los siguientes hospitales enumerados formaron parte de un grupo de "hospitales de referencia" en caso de que se encontrara alguna limitante en los hospitales arriba mencionados:

1. Hospital Nacional de Jalapa
2. Hospital Nacional de El Progreso
3. Hospital Nacional Juan de Dios Rodas (Sololá)
4. Hospital de San Marcos (San Marcos)

4 Planteamiento del Problema

En la actualidad, en la República de Guatemala, 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, por lo que se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la situación actual de salud en algunos hospitales de la República de Guatemala para el año 2004 en función de las dimensiones demográficas, morbi-mortalidad, recursos y de servicios de salud?

¹ Existen 3 hospitales en el departamento de Quetzaltenango de los cuales solo una sala situacional está actualizada; ninguno posee constancia estadística de análisis.

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

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

3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

3.1 Magnitud

Actualmente no existe un estudio de utilidad como precedente de análisis de situación salud hospitalaria en la República de Guatemala, ya que éste requiere de un forma 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 fue dirigido a 17 hospitales de todas las regiones del país, pertenecientes 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 año 2004, los cuales fueron el objeto del estudio.

La mayoría de estos hospitales (7) cuentan con sala situacional actualizada y con constancia estadística de análisis, 4 carecen de sala situacional, 2 cuentan con sala actualizada y sin constancia estadística de análisis, 1 cuenta con sala situacional actualizada pero sin análisis y 2 posee sala no actualizada pero analizada.

3.2 Trascendencia

Es importante remarcar que nuestro país 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 recolección de información clara, consistente y oportuna que permite orientar planificación y creación de políticas y acciones en salud adecuadas al contexto local además se pretende fortalecer una cultura de análisis logrando de esta manera la mejoría de los servicios prestados y las estadísticas globales en salud a nivel hospitalario 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 formas estandarizadas a fin de orientar la utilización de los recursos hacia la resolución de 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 que se proveen a nivel público.

que se ha de tener en cuenta es la disponibilidad de agua dulce para consumo humano, ya que ésta es una necesidad básica para el desarrollo económico y social de un país. La disponibilidad de agua dulce es un factor limitante para el desarrollo económico y social de un país. La disponibilidad de agua dulce es un factor limitante para el desarrollo económico y social de un país.

En Guatemala, el agua dulce es un recurso natural que se encuentra en escasez en algunas regiones del país, especialmente en las zonas altas y secas. El agua dulce es un recurso natural que se encuentra en escasez en algunas regiones del país, especialmente en las zonas altas y secas.

La disponibilidad de agua dulce es un factor limitante para el desarrollo económico y social de un país. La disponibilidad de agua dulce es un factor limitante para el desarrollo económico y social de un país.

La disponibilidad de agua dulce es un factor limitante para el desarrollo económico y social de un país. La disponibilidad de agua dulce es un factor limitante para el desarrollo económico y social de un país.

La disponibilidad de agua dulce es un factor limitante para el desarrollo económico y social de un país. La disponibilidad de agua dulce es un factor limitante para el desarrollo económico y social de un país.

La disponibilidad de agua dulce es un factor limitante para el desarrollo económico y social de un país. La disponibilidad de agua dulce es un factor limitante para el desarrollo económico y social de un país.

4. REVISIÓN TEÓRICA Y DE REFERENCIA

MONOGRAFÍA DEL DEPARTAMENTO DE GUATEMALA

1.1 Datos de Guatemala

Guatemala es un país que limita al norte con el departamento de Baja Verapaz; al este con los de El Progreso, Alta Verapaz y Santa Rosa; al sur con el de Escuintla y al oeste con los de Sacatepéquez y Quetzaltenango. El departamento fue creado por decreto de la Asamblea Constituyente del Estado de Guatemala de fecha 4 noviembre 1825, que dividió el entonces territorio en diez departamentos.

El pueblo de Amatitlán fue fundado en 1.536 y a partir de ese momento fue un lugar de gran importancia por su fecundidad. Se encuentra a solo 25 kilómetros de la ciudad capital.

El Lago de Amatitlán se localiza a pocos kilómetros al sur de la capital de Guatemala. En la parte noroeste de sus riberas se encuentra la población del mismo nombre, desde la cual surge un camino panorámico en dirección sureste que bordea el lago, muy cerca de las faldas del volcán Pacaya.



Capital: Guatemala

Altura: 1,502 m SNM

Tamaño: 2,253 km²

Coordenadas: 14° 38' 00" Latitud 90° 31' 00" Longitud

Población: 2,538,227 habitantes

4.1.2 División Administrativa Municipal

1. Guatemala
2. Santa Catarina Pinula
3. San José Pinula
4. San José del Golfo
5. Palencia
6. Chimaltenango
7. San Pedro Ayampuc
8. Mixco
9. San Pedro Sacatepéquez
10. San Juan Sacatepéquez
11. San Raymundo
12. Chuarancho
13. Fraijanes
14. Amatitlán
15. Villa Nueva
16. Villa Canales
17. San Miguel Petapa

4.1.3 Topografía

Se encuentra situado sobre la cordillera de los Andes, con profundos barrancos y montañas de mediana altitud. Tiene además grandes valles planos y feraces.

Por el sur se encuentra el volcán de Pacaya, en constante actividad, que está situado en límite con Escuintla y el de Agua por cuya cumbre pasan los límites de Guatemala, Sacatepéquez y Escuintla.

Los ríos Pixayá y Chimaltenango nacen en Chimaltenango y recorren el departamento de Guatemala. El río Panajax desemboca en el Grande o Motagua. Las Vacas y plátanos sus afluentes ocupan dos grandes valles.

4.1.4 Economía

La mayor parte de la Industria del país se encuentra en la capital. Los principales productos industriales son: alimentos procesados productos lácteos, textiles, vestuario, productos de cuero, madera y papel, imprentas, materiales de construcción como tubo, ladrillo y cemento, vidrio, químicos, aceites, jabón, ensamble de automóviles y electrodomésticos, aguas gaseosas, licores, cerveza, concentrados para animales, gases industriales, estructuras metálicas, etc.

En lo general, las tierras del departamento son fértiles se cultiva maíz, frijol, legumbres, flores, etcétera.

4.1.5 Idioma

En todo el departamento se habla Español, pero, en algunos municipios de habla el Pocomam y Kaqchiquel, esto es resultado de la migración de los pueblos a la capital.

4.1.6 Información del Hospital

Área de Salud: Guatemala

Hospital: Hospital Nacional de Amatitlán

Director Actual: Dra. María Elena Godoy Jáuregui

Jefe de Enfermera: Delia Verónica Pineda de O.

Epidemiólogo: Dr. Rodríguez

Jefe de Estadística: Sr. Sánchez

Comité de vigilancia epidemiológica presente.

Diretores de Área:

Psiquiatría: Dr. Manuel Mejicanos

Maternidad: Dr. Francisco Sigu

Medicina Interna: Dr. Julio Galindo

Quirúrgica: Dr. Leonardo Ajul

Jefe de Recursos Humanos: Srita. Glenda Pineda

Comité de vigilancia epidemiológica:

Dr. Demetrio González

Dr. Rodríguez

Enfermera Profesional Blanca Soto / Nancy Aguilar

Sala situacional en el Hospital presente, el responsable es el Dr. Rodríguez; la cual no se encuentra actualizada. Esta se viene realizando desde hace ocho años.

4.2 Sala Situacional

4.2.1 Concepto:

La Sala Situacional es un espacio virtual y matricial, de convergencia en donde se juegan diferentes conocimientos para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones 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, con 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 crean obstáculos para el desarrollo humano sostenible con equidad, mediante:

1. Definición de las necesidades en salud de la población: este proceso implica 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 la 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 (6,14)

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. (Necesidades)
- ✓ 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, ya que 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. (12,13)

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. (12,13)

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: todo individuo se le deberá dar el acceso imparcial al tratamiento o alojamiento disponible o que se indique médicaamente, 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 dé 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. (11)

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)

A. 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)

Nivel 1: 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 resolutiva. 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 secretarías 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)

Nivel 1: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los siguientes análisis: amilasemia, bacterioscopia directa, coagulograma básico, colesterol, creatinina, creatinfosfoquinasa (CPK), reacción para Chagas, glucemia, grupo sanguíneo, hemograma, hepatograma, lactato deshidrogenasa, látex para artritis reumatoide, 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 24 horas.

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-embionario, estriol, foliculoestimulante, luteinizante, prolactina, tiroxina, triyodotironina, tirotrofina, 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 radiosopedia, 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 plazo 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 médico especialista en Hemoterapia. Dichas normas indican que en toda unidad trasfusional deben realizarse las siguientes pruebas serológicas: Agrupamientos, Du, genotipo, Sifilis (VDRL), Brucelosis (Huddleson), Chagas (látex, fijación de complemento o hemoaglutinación), Antígeno de hepatitis, Bc, 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 donadores 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 ala 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 una acceso diferenciado. Cuenta con diagnóstico radiológico intra-operatorio. Los monitores 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.

I. 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 normalizado.

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 el 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 abrillado 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, Salmonellosis)

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 internado sin 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 lócal 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 exclusivo 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 general 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 Directorio. 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 controlar 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 habilitantes en dicha administración, lo cual se evidencia revisando los legajos de los profesionales que aparecen anuncianos en las carteleras y, especialmente, los de guardia. Los procedimientos administrativos y los trámites de rutina se encuentran comprendidos 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 bio-seguridad.

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 está 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 (8,10)

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 los 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 endotracheal
- ✓ electrocardiografos
- ✓ 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 está destinada a pacientes que requieren cuidados constantes y permanentes de enfermería, que no pueden ser brindados en la internación general. Deberá contar con equipamiento 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, exsanguinero – transfusión, drenaje de neumotórax y canalización de la arteria umbilical. Cuenta con equipos de lumino terapia, 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 tránsidores 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 afín

Apoyo de especialistas (neuroólogo, traumatólogo, otorrinolaringólogo
V. Servicio Social (10, 13)

Es el órgano encargado de las actividades relativas a la asistencia socioeconómica a los pacientes que se encuentran 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 está 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.

E. 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, y repito, 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 exclusivos del área público-privada sino que 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 intra hospitalarias (IIH) constituyen un importante problema de morbilidad. 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 intra hospitalaria, 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, bronconeumonia 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* oxacilin-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 60% 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 como 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 intra hospitalaria. 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)

Desdén 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 intra hospitalaria. (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. (4, 5)

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 más 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. (12)

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 condiciones 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 podemos 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 desarrollamos y priorizamos ciertas preguntas y respuestas encontramos ciertas relaciones y conexiones que nos acercan más 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, ambientales, 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, metodológico e instrumentalmente la información para el análisis de la situación de salud en la Región de las Américas. (5)

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. (5)

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 está 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

- 5.1.1 En la actualidad, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, no cuenta con un análisis de la situación en salud en algunos hospitales, 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, morbilidad, mortalidad, recursos y cobertura de servicios de salud

5.2 Objetivos

5.2.1 General:

- 5.2.1.1 Analizar la situación del Hospital Nacional de Amatitlán 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 Nacional de Amatitlán.
5.2.2.2 Identificar las variables morbilidad, mortalidad y demográficos de los pacientes egresados durante el año 2004 de los hospitales en estudio.
5.2.2.3 Proveer información veraz, actualizada y oportuna a los directores de hospitales a nivel local y central del sistema de salud.

se realizó un análisis de la situación en salud del Hospital Nacional de Amatitlán, obteniendo la información necesaria de la hoja de ingreso / egreso del total de los egresos registrados durante el año 2004 en este hospital, además de entrevistas personales – a la Directora, Administrador, Jefe de Enfermería y jefe del Departamento de Estadística.

En este documento se presentan los resultados de este análisis, así como las conclusiones y recomendaciones que surgen de él.

Este documento es una elaboración de la Dirección de Estadística del Hospital Nacional de Amatitlán, con base en los datos que se tienen en su sistema de información. Es importante recordar que el diseño de este estudio es descriptivo, no causal, ya que no se realizó una intervención ni se realizó un análisis de causas y efectos entre variables.

Para facilitar la interpretación de los resultados, se han dividido en tres secciones principales: 1) Descripción de la población estudiada; 2) Análisis de las variables sociodemográficas y de salud; y 3) Análisis de las variables de salud y factores de riesgo.

6. DISEÑO DEL ESTUDIO

6.1 Tipo de Estudio

Estudio analítico, retrospectivo.

6.2 Unidad de Análisis

Se realizó un análisis de la situación en salud del Hospital Nacional de Amatitlán, obteniendo la información necesaria de la hoja de ingreso / egreso del total de los egresos registrados durante el año 2004 en este hospital, además de entrevistas personales – a la Directora, Administrador, Jefe de Enfermería y jefe del Departamento de Estadística.

6.3 Población

Se tomaron todos los egresos de la población que consultó en general al Hospital durante el año 2004. Según el Departamento de Estadística del Hospital 11,015 egresos, encontrándose únicamente 9,519 en el libro de ingreso y egresos de los cuales únicamente el 79% llenaron los criterios de inclusión para formar parte de la población.

6.4 Definición y Operacionalización de Variables (Ver cuadros 1 y 2)

6.5 Cuestionario Encuestado

La Encuesta de Salud Maternal y Infantil (ESMI) es una encuesta de salud que se realiza en el hogar para obtener información sobre la salud de las mujeres y sus hijos. La ESMI es una encuesta de salud que se realiza en el hogar para obtener información sobre la salud de las mujeres y sus hijos.

La Encuesta de Salud Maternal y Infantil (ESMI) es una encuesta de salud que se realiza en el hogar para obtener información sobre la salud de las mujeres y sus hijos.

La Encuesta de Salud Maternal y Infantil (ESMI) es una encuesta de salud que se realiza en el hogar para obtener información sobre la salud de las mujeres y sus hijos.

La Encuesta de Salud Maternal y Infantil (ESMI) es una encuesta de salud que se realiza en el hogar para obtener información sobre la salud de las mujeres y sus hijos.

6.4 Definición y Operacionalización de Variables.

Cuadro 1
Variables Obtenidas de la Hoja de Ingreso / Egreso

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS Y SUS ALIAS.	Estudio de las características de las familias y sus alias. edad, situación familiar, grupos étnicos, actividades económicas y estado civil.	Información acerca de la edad, sexo, etnia, estado civil, ocupación, residencia de la familia de ingreso.	SEXO EDAD OCCUPACION ESTADO CIVIL	Nominal Nominal Nominal Nominal	< 1 mes 1 mes - 1 año 1 - 4 años 5 - 10 años 10 - 14 años 15 - 19 años 20 - 24 años 25 - 59 años 200 años Latino, Maya, Xica, Garífuna, No hay dato Trabajador, Estudiante, Niñera, No datos Soltero, Casado, Unido, Divorciado, Otro, No aplica, No hay dato.
DEMOGRAFIA	Magnitud con la que se presenta la muerte en una población en un momento determinado	Medida de frecuencia que expresa el volumen de estos ninfelos. Se considera los desfunciones de egresos que aparecen en la lista de egresos.	LUGAR DE RESIDENCIA CASOS	Nominal Razón	Departamento, Municipio. Número de casos por especialidad
MORTALIDAD	Magnitud con la que se presenta la muerte en una población en un momento determinado	Medida de frecuencia que expresa el volumen de muertes en un población. Se considera la tasa de egresos que aparecen en la lista de egresos.	CAUSAS MAS FRECUENTES	Ordinal	Causas más frecuentes

Continua Continua

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
MORTALIDAD	Magnitud con la que se presenta la muerte en una población en un momento determinado	Medida de frecuencia que expresa el volumen de muertes en un población. Se considera la tasa de egresos que aparecen en la lista de egresos.	CAUSAS MAS FRECUENTES	Ordinal	Primeras 5 causas más frecuentes
HOSPITALIZACIÓN	Coordinadas a partir del número de egresos. Coordinadas a partir del número de egresos, causas y días de ingreso y condiciones de egresos, causas y días de egresos.	GESTION HOSPITALARIA	Razón	No de egresos, días promedio de estancia, días causa disponible, índice ocupacional, grado o relación de causas.	
Formulación:	Formulación: - Por medio de días de estancia en total - Asociación entre los días de estadía en los pacientes, % de egresos del mes	PROCEDIMIENTOS	Nominal	Se tomaran los procedimientos registrados en la lista de ingreso / egresos.	
Frendimiento obtenido	Frendimiento obtenido por medio de los reversos conseguidos en un periodo de tiempo	- días causa disponible: No de causas instaladas a total días del período. - días causa ocupada a días paciente: Número de días en estancia a días causa ocupada a días causa disponible a todo - Índice ocupación: total días causa ocupada / días causa disponible x 100 - Grado o rotación de causas: Nro. total de egresos / Nro. total de causas.	TIPO Y CONDICIONES DE EGRESO	Nominal	Condiciones: vivo, curado, inspirado, no curado, mismo estado, muerto (con autopsia, sin autopsia), no hay dato, tipo, alta voluntaria, indicación de salud referida, consulta externa, no hay dato.

PRODUCCION DE SERVICIOS

Cuadro 2
Variables Obtenidas de las Entrevistas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MÉTRICAS
HUMANOS	Personas físicas con que cuentan los hospitales en el sistema que están vinculadas a través de autoridades, administradoras, directores, administradores, jefes de enfermería.	Elementos o nódulos con los que se constituye un sistema hospitalario para cumplir con sus funciones	Razón	Número total y por turno de: médicos especialistas, residentes internos, externos), enfermeros (profesionales, auxiliares), técnicos, personal administrativo, de limpieza, mantenimiento, cocina, lavandería, seguridad, trabajadores sociales, trabajadores de chichas maternas (psicólogos, nutricionistas), comité de infectólogos	Número total y por turno de: médicos especialistas, residentes internos, externos), enfermeros (profesionales, auxiliares), técnicos, personal administrativo, de limpieza, mantenimiento, cocina, lavandería, seguridad, trabajadores sociales, trabajadores de chichas maternas (psicólogos, nutricionistas), comité de infectólogos
PSICOSOS	Unidad de: Oficina, Oficina, Secretaría, Enfermería, Recibimiento general o por especialidades, La gerencia hospitalaria, Oficina de Operaciones, Farmacia, Atención, Farmacia, Sala de Partos y de Operaciones, Administración, Biblioteca, Control de residuos, disponibilidad de agua y energía eléctrica	Administración, Biblioteca, Control de residuos, disponibilidad de agua y energía eléctrica	Nominal	Razón	Número total y por especialidad en emergencia, enfermería, cocina externa, sala de operaciones y en el destino
PRODUCION DE SERVICIOS	Refinamiento obtenido por medio de los servicios en el periodo de tiempo	Número de pacientes atendidos y camas con los diversos servicios médica-quirúrgicos de los hospitales en estudio.	TOTAL DE CONSULTAS	Razón	Número de camas en Clínico-Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Medicina Interna.

Descripción de Técnicas y Procedimientos

Técnica: se revisaron las hojas de ingreso / egreso de los registros médicos de los hospitales, se realizaron entrevistas con personal del hospital.

Procedimiento: Se utilizó una hoja de recolección de datos y/o una base de datos computarizada, en la cual se incluyeron las distintas variables a evaluar. Se realizó una entrevista al personal que labora en el hospital dependiendo la información requerida datos de demografía, recursos, cobertura, morbilidad, mortalidad).

Aspectos Éticos de la Investigación

Se trata 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 guardó confidencialidad.

Alcances y Limitaciones

Por medio de este estudio se realizó un análisis de la situación actual de los hospitales nacionales en base a los datos de demografía, morbi-mortalidad, recursos y coberturas, las cuales constituyen la Sala Situacional Hospitalaria. Se consideró que las limitantes para llevar a cabo este estudio fueron el subregistro de información, renuencia a proporcionar información, letra ilegible. Dentro de los criterios de exclusión se incluyeron:

- Sobres sin expediente o expediente ausente al momento del estudio
- Expedientes sin hoja de ingreso / egreso
- Hoja de ingreso / egreso que no tenía los datos de fecha de ingreso, servicio de destino o condiciones de ingreso (vivo o muerto).
- Expedientes con el mismo número de registro para más de una persona incluyendo dentro de estos los registros de los recién nacidos.

Información incompleta en la hoja de ingreso / egreso la cual fue nuestro instrumento de trabajo.

Renuencia de registros médicos en el archivo.

Datos ilegibles dentro de la hoja de ingreso / egreso.

Plan de análisis, uso de Programas y tratamiento estadístico de Datos.

La información recaudada en la ficha de recolección de datos se procesó por códigos en forma numérica de acuerdo a cada variable en una base de datos computarizada proporcionada por el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA). Luego se procedió a tabular los datos en cuadros y gráficas de columnas, barras, diagrama de pastores, y otros, según ameritó. Se trató estadísticamente los datos por medio de proporciones y razones.

7.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

7.1.1 Descripción General del Hospital

7.1.1.1 Ubicación

El Hospital Nacional de Amatitlán se encuentra ubicado a 26 kilómetros de la Ciudad Capital; pertenece al municipio de Amatitlán del departamento de Guatemala. El Hospital Nacional de Amatitlán presta los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Traumatología, una unidad de Quemados y de Neonatos, pero no cuenta con una unidad de cuidado crítico.

7.1.1.2 Cobertura

Su cobertura designada es a los municipios de Villa Canales, Villa Nueva, San Miguel Petapa, Amatitlán, Palín y San Vicente Pacaya, Centros y Puestos de salud de los mismos.

7.1.1.3 Tipo de Hospital

El Hospital de Amatitlán es clasificado como Hospital de Región ya que tiene bajo su responsabilidad la atención de la referencia que procede de Puestos de salud, Centros de salud tipo A y B y Hospitales de distrito y Área de una región de salud definida.

Este tipo de hospital cuenta con una dotación de 150 a 300 camas, desarrolla programas integrales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Cuenta con recurso humano capacitado a nivel profesional, técnico y operativo.

7.2 RECURSOS

7.2.1 Recursos Humanos

Como se puede observar en el cuadro 3 el Hospital de Amatitlán cuenta con: 21 Médicos Especialistas, 1 Residentes de EPB, 18 Enfermeras Profesionales, 109 Auxiliares, 11 Bioquímicos y Técnicos de laboratorios, 7 Técnicos de rayos X, y 2 Trabajadora Social.

También cuentan con Personal de Apoyo, en el Área Administrativa 31, Limpieza 28, Mantenimiento 5, Cocina 19, Lavandería 13, y un Comité de Infecciones Nosocomiales integrado por 3 personas.

Para mejor atención de los pacientes que acuden a este hospital durante los turnos la organización funcional del personal esta integrada de la siguiente manera: cuatro médicos especialistas, una enfermera profesional, catorce auxiliares de enfermería, dos técnicos de laboratorio y dos técnicos de rayos X.

CUADRO 3
RECURSOS HUMANOS CON LOS QUE CUENTA EL HOSPITAL REGIONAL DE AMATITLÁN, GUATEMALA

Categoría	Tipo de Recurso Humano	Frecuencia	%
Prestación de Servicio	Médicos Especialistas	21	8
	Médicos Residentes EPS	1	0.4
	Enfermeras Profesionales	18	7
	Auxiliares de Enfermería	109	40
Personal de Apoyo	Técnicos de Laboratorio	11	4.0
	Técnicos de Rayos X	7	3
	Personal de Limpieza	28	10.8
	Personal de Mantenimiento	5	2
	Personal de Cocina	12	4.6
	Personal de lavandería	13	5
	Personal de Seguridad	0	0
	Trabajadora Social	2	0.8
	Psicólogos	0	0
	Nutricionistas	0	0
Personal Administrativo	Comité de Infecciones Nosocomiales	3	1.1
	Personal Administrativo	31	11.9
TOTAL		261	100

Fuente: Información proporcionada por el Departamento de Personal del Hospital Nacional de Amatitlán.

9.2.1.1 Organización Funcional del Personal de Prestación de Servicios

Existe un horario establecido en el Hospital para los médicos el cual consiste en iniciar labores a las 7:00 de la mañana y concluye a las 16:00 horas, horario en el cual inicia el turno el médico de guardia.

En el Hospital, turnan cuatro médicos especialistas, una enfermera graduada, catorce enfermeras auxiliares, dos técnicos de rayos X y dos de laboratorio.

9.2.2 Recursos Físicos:

9.2.2.1 Infraestructura

El Hospital cuenta con Área Administrativa, Consulta externa, Encamamiento, Emergencia general, Parqueo, Archivo, Rayos X, Laboratorio, Banco de sangre, Neonatología, Farmacia y Departamento de Estadística

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

En el Hospital se brinda el servicio de Consulta externa de lunes a viernes de 7:00 a 19:00 horas en todas las especialidades. Existen ocho clínicas destinadas para este fin.

Cuenta con los servicios de Neonatología, incluida dentro del departamento de Pediatría, Laboratorio, Diagnóstico por imágenes, Banco de sangre, Farmacia, Archivo, Sala de operaciones, Sala de partos, Área de esterilización, Cocina, Área Administrativa, Lavandería.

En el Hospital de Amatitlán el control de materiales de desecho es mediante almacenamiento local de basura, cajas de bioseguridad, bolsas de color (rojo y negro) y uso de guantes por personal de limpieza. No cuenta con incinerador propio.

El abastecimiento de agua se encuentra suministrado por la municipalidad de Amatitlán y una cisterna dentro del Hospital.

La energía eléctrica es abastecida por una planta de red pública y propia.

El área física destinada para encamamiento esta dividida por especialidad y sexo. El departamento de Ginecología y Obstetricia tiene capacidad para 44 pacientes, así como el de Cirugía, Medicina Interna 31, Pediatría 24, Traumatología 8, Unidad de Quemados 11 y Neonatología 5, no tiene unidad de cuidado crítico o intermedios. (ver cuadro 4)

CUADRO 4

**DISTRIBUCIÓN DE CAMAS POR SERVICIO
2004**

SERVICIO	FRECUENCIA	%
GINECOOBSTETRICIA	44	27
PEDIATRÍA	24	15
CIRUGÍA	44	27
MEDICINA INTERNA	31	19
TRAUMATOLOGÍA	8	4.5
UNIDAD DE QUEMADOS	8	4.5
NEONATOLOGÍA	5	3
TOTAL DE CAMAS	164	100

Fuente: Información proporcionada por el Departamento de Personal del Hospital Nacional de Amatitlán, Guatemala.

7.3 Producción de Servicios

El Hospital Nacional de Amatitlán ofrece atención las 24 horas del día, cuenta con personal médico y paramédico de turno. Brinda servicio de consulta externa en todas las especialidades básicas.

- En el año 2004 se atendió un total de 109,911 pacientes, distribuidos de la siguiente forma:
- Emergencia 74,213, correspondiendo un 68% a Emergencia general y de estos un 34.5% a Medicina Interna, Pediatría y Gineco-Obstetricia 25%, Cirugía 15.5%.
- Encamamiento 11,015 pacientes ingresados Gineco-Obstetricia 56%, Cirugía 18%, Pediatría 16%, Medicina Interna 10%.
- Consulta Externa 35,698 correspondiendo un 32% a Consulta externa general y de estos un 41% Medicina Interna, 24% Gineco-Obstetricia, 21% Cirugía, 14% Pediatría.

Se realizó 2,466 cirugías, 57% fue de Cirugía, 23% Pediatría, 20% Gineco-Obstetricia.

Durante el año 2004 egresaron del Hospital Nacional de Amatitlán 11,015 pacientes, esto de acuerdo a los datos proporcionados en el Departamento de Estadística. La producción para el servicio de encamamiento de Gineco-Obstetricia corresponde al 56% de todo el hospital, seguido de Cirugía 18%, Pediatría 16% y Medicina Interna 10%. (ver cuadro 5)

CUADRO 5

**DISTRIBUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS REPORTADA POR ÁREA
2004**

Servicio	Emergencia	%	Encamamiento	%	COEX	%	SOP	%
Pediatría	18674	95	1,803	16	4999	14	563	23
Gine-Obs	18544	95	6,150	56	8716	24	489	20
M. Interna	25515	91.5	1,112	10	14536	41	-	0
Cirugía	11480	15.5	1,950	18	7347	21	1414	57
Subtotal	74913	100	11,015	100	35698	100	2466	100
TOTAL					109,911			
<i>Emerg + coex</i>								

Fuente: Información proporcionada por el Departamento de Estadística del Hospital Nacional de Amatitlán, Guatemala.

7.3.1 Clasificación de Expedientes

En los libros de ingresos y egresos encontramos un total de 9,519 expedientes de los cuales 7,480 (79%) fueron incluidos dentro del estudio e ingresados a la base de datos del SIGSA, por cumplir con los criterios de inclusión. (ver cuadro 6)

**CUADRO 6
CLASIFICACIÓN DE EXPEDIENTES REGISTRADOS
SEGÚN CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
2004**

Criterio de Inclusión y Exclusión	Frecuencia	%
Expediente no encontrado en el momento de la visita	344	4
	1418	15
Expedientes sin hoja de ingreso-egreso		
Expedientes sin fecha de ingreso, servicio de destino, o condición de egreso (vivo o muerto)	277	3
Casos incluidos dentro del estudio	7480	79
TOTAL	9519	100

Fuente: Archivo del Hospital Nacional de Amatitlán y de los libros de ingresos y egresos hospitalarios diarios del 2004.

7.3.2 Características Demográficas

7.3.2.1 Sexo

De todos los expedientes que se incluyeron en el estudio el sexo predominante fue el femenino con un 77.2% de los casos, dejando un 22.8% para el sexo masculino.

7.3.2.2 Edad

La distribución por edades de acuerdo a los intervalos previamente establecidos para todas las papeletas que si fueron incluidas en el estudio fue de la siguiente manera: menores de 1 mes 2.1%, de 1 mes a 1 año 3%, de 1 a 4 años 4.6%, de 5 a 9 años 3.8%, de 10 a 14 años 4.3%, de 15 a 19 años 17.4%, de 20 a 24 años 16.2%, de 25 a 59 años 41% y finalmente mayores de 60 años 7.7%.

7.3.2.3 Estado Civil

La distribución del estado civil de los expedientes que se incluyeron en el estudio fue de la siguiente manera: con un 47.2% para aquellos expedientes que no tenían dato especificado, casado un 25%, soltero un 13.3% unido 13.2%, viudo 4.3%, y por ultimo divorciado con un 0.1%.

7.3.2.4 Ocupación

La distribución de la ocupación de los expedientes que se tomaron en cuenta en el estudio fue de la siguiente manera: no había dato un 69%, ama de casa 17%, estudiante y oficios domésticos ambos con 3% y por ultimo secretaria con menos del 0.7%.

7.3.2.5 Etnia

En el Hospital de Amatitlán, la hoja de ingreso / egreso del paciente no especifica el grupo étnico, por lo que ninguno de los egresados durante el 2004 contaron con este dato.

7.3.2.6 Lugar de Residencia

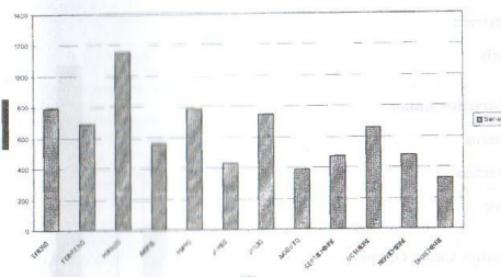
Los pacientes que consultaron principalmente al hospital de Amatitlán según los expedientes incluidos en el estudio fueron: Amatitlán 45.6%, Villa Nueva 25.8%, Escuintla 12.7% y Villa Canales 6.5%. Aunque también consultaron de otros municipios de Escuintla, Chimaltenango, Santa Rosa, Jutiapa y Huehuetenango pero en muy poca frecuencia.

7.3.3. Gestión Hospitalaria

7.3.3.1 Distribución de Pacientes Según Mes de Ingreso Durante el 2004

Después de haber ingresados los expedientes a la base de datos se puede observar que los meses que presentan una mayor frecuencia en ingresos son los primeros seis meses del año.

GRAFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EL MES DE INGRESO
2004



Fuente: Archivo del Hospital Nacional de Amatitlán y de los libros de ingresos y egresos hospitalarios diarios del 2004.

7.3.3.2 Días Promedio de Estancia

El rendimiento obtenido por medio de los recursos disponibles durante el año 2004, de acuerdo a los indicadores de rendimiento hospitalario (promedio de días estancia, días cama disponible, días cama ocupada, índice ocupacional, giro de camas), construidos a partir del número de egresos es el siguiente:

7.3.3.2.1 Días Cama Ocupada:

Medicina Interna	3,600
Cirugía	7,566
Gineco-Obstetricia	6,827
Pediatría	2,120
Traumatología	1,338
General	

7.3.3.2.2 Días Cama Disponible:

Medicina Interna	11,315
Cirugía	18,980
Gineco-Obstetricia	16,060
Pediatría	10,585
Traumatología	2,920

En General 59,860

7.3.3.2.3 Promedio de Días Estancia

Medicina Interna:	5
Cirugía	4
Gineco-Obstetricia	1
Pediatria	2
Traumatología	3
En General	3

7.3.3.2.4 Giro de Camas

Medicina Interna	23
Cirugía	30
Gineco-Obstetricia	93
Pediatria	27
Traumatología	44
En General	46

7.3.3.2.5 Índice Cama Ocupada

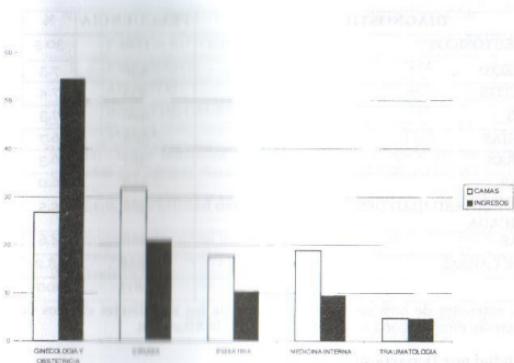
Medicina Interna	32%
Cirugía	40%
Gineco-Obstetricia	43%
Pediatria	20%
Traumatología	46%
En General	36%

7.3.3.2.6 Relación de Ingresos y Camas por Servicio

Como se puede observar en grafica tres el servicio de Cirugía es el que posee la mayor cantidad de camas, seguido por Ginecología, Medicina Interna, Pediatria y por ultimo Traumatología.

Con respecto al numero de ingresos la especialidad con la mayor cantidad fue Ginecología, seguido de Cirugía, Pediatria, Medicina Interna y Traumatología.

GRAFICA 3
RELACION DE INGRESOS Y CAMAS POR ESPECIALIDAD
2004



Fuente: Datos obtenidos de hoja de ingreso y egreso de los expedientes clínicos de pacientes que egresan durante 2004 en Hospital Nacional de Amatlán

7.3.4 Morbilidad

La causa con mas frecuencia de morbilidad en el egreso hospitalario es Parto con un 10.5%, seguido de Embarazo 19.6%, Apendicitis 7.4%, Abortos 7.3%, Neumonias 6.7%, Fracturas 6.3%, Cesárea 6%, dejando al Resto de Causas con menos del 17% (ver cuadro 7)

CUADRO 7
PRINCIPALES CAUSAS DE MÓVIL DE CONSULTA
HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLÁN
2004

No.	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
1	PARTOS EUTÓSICOS*	1773	30.5
2	EMBARAZOS*	436	7.5
3	APENDICITIS	433	7.4
4	ABORTOS	426	7.3
5	NEUMONÍAS	388	6.7
6	FRACTURAS	367	6.3
7	CESÁREAS	348	6.0
8	CAUSAS DE MORBILIDAD DESCONOCIDA O NO ESPECIFICADA	322	5.5
9	DIARREAS	266	4.6
10	RESTO DE CAUSAS	1058	18.2
	TOTAL	5817	100

Fuente: Datos obtenidos de hoja de ingreso y egreso de los expedientes clínicos de pacientes que egresan durante 2004 en Hospital Nacional de Amatitlán.

7.3.4.1 Morbilidad por Departamentos

7.3.4.1.1. Morbilidad de Gineco-Obstetricia

El principal diagnóstico de egreso hospitalario fue parto espontáneo con un 54%, seguido de estado de embarazo, abortos y resto de causas. (ver cuadro 8)

CUADRO 8
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
2004

No.	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
1	PARTOS EUTÓSICOS	1773	54
2	EMBARAZOS	434	13.4
3	ABORTOS	426	13.11
4	RESTO DE CAUSAS	616	19
	TOTAL	3249	100

Fuente: Datos obtenidos de hoja de ingreso y egreso de los expedientes clínicos de pacientes que egresan durante 2004 en Hospital Nacional de Amatitlán.

7.3.4.1.2. Morbilidad de Pediatría

El diagnóstico de egreso más frecuente en Pediatría es diarreas con un 34%, seguido de neumonías con 28%, Sepsis 6.5%, Hernias 1.5%, Ictericia Neonatal 1.5% entre otros. (ver cuadro 9)

CUADRO 9
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
SERVICIO DE PEDIATRÍA
2004

No.	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
1	DIARREAS	218	34
2	NEUMONIAS	178	28
3	CAUSAS DESCONOCIDA O NO ESPECIFICADAS	58	9
4	SEPSIS DEL RECÍEN NACIDO	42	6.5
5	HERNIAS	10	1.5
6	ICTERICIA FISIOLÓGICA NEONATAL	10	1.5
7	RESTO DE CAUSAS	124	19.5
	TOTAL	639	100

Fuente: Datos obtenidos de hoja de ingreso y egreso de los expedientes clínicos del Hospital Nacional de Amatitlán 2004.

7.3.4.1.3. Morbilidad de Cirugía

El diagnóstico de egreso más frecuente para Cirugía correspondió a Apendicitis con un 27%, seguido por Hernias 13%, Colecistitis 12%, Causa desconocida o no especificada 7%, dentro de los principales. (ver cuadro 10)

*Aunque parto eutóxico no es una enfermedad ya que es la culminación de un estado fisiológico en la mujer como lo es el embarazo este se anota dentro de las morbilidades que consultan en el servicio de Ginecología y Obstetricia ya que debe de ser clasificado y de otra manera pasarían por alto todas estas consultas y procedimientos que se llevan a cabo.

CUADRO 10
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
SERVICIO DE CIRUGÍA
2004

No	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
1	APENDICITIS	320	27
2	HERNIAS	150	13
3	COLECISTITIS	147	12
4	CAUSA DESCONOCIDA O NO ESPECIFICADA	84	7
5	QUEMADURA	60	5
6	CULULITIS	46	4
7	FRACUTURAS	44	3.6
8	HERIDAS POR ARMA DE FUEGO	40	3.4
9	PIE DIABÉTICO	28	2.4
10	TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	23	2
11	FIMOSIS O PREPUCIO REDUNDANTE	12	1
12	RESTO DE CAUSAS	238	19.6
	TOTAL	1192	100

Fuente: Datos obtenidos de hoja de ingreso y egreso de los expedientes clínicos del Hospital Nacional de Amatlán 2004.

7.3.4.1.4. Morbilidad de Medicina Interna

El diagnostico mas frecuente de egreso en medicina interna fue Neumonías con un 18.6%, seguido de Diabetes Mellitus 13.7%, Causas desconocidas o no especificadas 10.2%, Insuficiencia cardiaca 7.3%, entre otras. (ver cuadro 11)

CUADRO 11
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
2004

No	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
1	NEUMONIAS	96	18.6
2	DIABETES MELLITUS	71	13.7
3	CAUSAS DESCONOCIDAS O NO ESPECIFICADAS	53	10.2
4	INSUFICIENCIA CARDIACA	38	7.3
5	EVENTO CEREBRO VASCULAR	21	4
6	DIARREA	20	3.9
7	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL	20	3.9
8	CELULITIS	14	2.7
9	CIRROSIS	14	2.7
10	SIDA	13	2.5
11	ASMA	12	2.3
12	INFECION DEL TRACTO URINARIO	12	2.3
13	EPOC	11	2.1
14	GASTRITIS	10	1.9
15	CONVULSIONES	9	1.7
16	ANEMIAS	9	1.7
17	HIPERTENSION ARTERIAL	7	1.3
18	RESTO DE CAUSAS	94	18
	TOTAL	517	100

Fuente: Datos obtenidos de hoja de ingreso y egreso de los expedientes clínicos del Hospital Nacional de Amatlán 2004.

7.3.4.1.5. Morbilidad de Traumatología y Ortopedia

Los diagnósticos de egreso en las papeletas que si fueron utilizadas en el estudio por cumplir con los criterios de inclusión en traumatología en su mayoría se trata de fracturas tanto en miembros superiores como inferiores. (ver cuadro 12)

CUADRO 12
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
2004

No	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
1	FRACTURA DE CUBITO Y RADIO	31	14.3
2	FRACTURA DE RADIO	25	11.6
3	FRACTURA DE TIBIA	22	10.2
4	FRACTURA DE PIerna	21	9.7
5	FRACTURA DE HOMBRO	16	7.4
6	FRACTURA DE CUBITO	13	6
7	FRACTURA DE FÉMUR	12	5.5
8	FRACTURA DE HUMERO	10	4.6
9	FRACTURA DE MANO	9	4.2
10	FRACTURA DE CLAVICULA	6	2.8
11	FRACTURA DE PERONE	6	2.8
12	FRACTURA DE MALEOLO INTERNO	6	2.8
13	CAUSAS DESCONOCIDAS O NO ESPECIFICADAS	5	2.3
14	RESTO DE CAUSAS	34	15.7
	TOTAL	216	100

Fuente: Datos obtenidos de hoja de ingreso y egreso de los expedientes clínicos del Hospital Nacional de Amatitlán 2004.

7.4 Mortalidad

7.4.1 Mortalidad por Especialidades

El servicio que tuvo mayor mortalidad durante el año 2004 fue Medicina Interna con un 59.14%, seguido de Pediatría con un 25.81%. (ver cuadro 13)

CUADRO 13
MORTALIDAD POR ESPECIALIDADES
2004

ESPECIALIDAD	FRECUENCIA	%
Medicina	55	59.14%
Pediatría	24	25.81%
Cirugía	13	13.98%
Traumatología	1	1.08%
Total	93	100 %

Fuente: Datos obtenidos de la hoja de ingreso y egreso de los expedientes clínicos de los pacientes que egresaron durante 2004 del Amatitlán Nacional de Amatitlán.

7.4.2. Mortalidad General

Las principales causas de mortalidad general es Infarto agudo del miocardio 9.67%, seguido de Sepsis bacteriana del Recién Nacido 8.9%, Cirrosis 7.25%, Insuficiencia cardíaca congestiva 6.45%, Enfermedad cerebro vascular 6.45%. (ver cuadro 14)

CUADRO 14
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
2004

No.	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
1	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	12	9.67
2	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	11	8.9
3	CIRROSIS	9	7.25
4	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	8	6.45
5	ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	8	6.45
6	NEUMONIAS	8	6.45
7	SHOCK SEPTICO	6	4.8
8	PARO RESPIRATORIO	6	4.8
9	DIARreas	5	4
10	CANCER HEPATICO	4	3.2
11	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL	4	3.2
12	FALLO HEPATICO	4	3.2
13	SHOCK HIPOVOLEMICO	3	2.4
14	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	3	2.4
15	DIABETES MELLITUS	3	2.4
16	TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	3	2.4
17	CAUSAS DESCONOCIDAS O NO ESPECIFICADAS	2	1.6
18	SIDA	1	0.8
19	RESTO DE CAUSAS	24	19.35
	TOTAL	124	100

Fuente: Datos obtenidos de la hoja de ingreso y egreso de los expedientes clínicos de los pacientes que egresaron durante 2004 del Hospital Nacional de Amatitlán.

7.5 Procedimientos Realizados en el Hospital

El procedimiento que se realizó con mayor frecuencia fue parto simple con 31% seguido por cesárea con 10% y legrado intrauterino. (ver cuadro 15)

CUADRO 15
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
2004

No.	PROCEDIMIENTO REALIZADO	FRECUENCIA	%
1	PARTOS EUTÓSICOS	1223	31
2	CESÁREAS	397	10
3	LEGRADOS INTRAUTERINOS	360	9
4	APENDICECTOMÍAS	345	9
5	POMEROYOS	270	7
6	HERNIOPLASTÍAS	119	3
7	COLECISTECTOMÍAS	109	3
8	HISTERECTOMÍAS	44	1
9	POSTECTOMÍAS	17	0.4
10	LAPAROTOMÍAS	12	0.3
11	PROSTATECTOMÍAS	11	0.2
12	SUTURAS	11	0.2
13	RESTO DE CAUSAS	392	10
	TOTAL	2910	100

Fuente: Datos obtenidos de hoja de ingreso y egreso de los expedientes clínicos de pacientes que egresan durante 2004 en Hospital Nacional de Amatitlán.

7.6 COMPLICACIONES:

Dentro del estudio no se encontraron ninguna papeleta que reportara alguna complicación.

7.7 Condición y Tipo de Egreso

La condición de egreso mas frecuente fue Vivo no especificado con un 49.53%, seguido por Vivo mejorado con 26.52%, No especificado 22.45% y por último se encuentra Vivo no mejorado con 0.01%. (ver cuadro 16)

CUADRO 16
CONDICIÓN DE EGRESO HOSPITAL
NACIONAL DE AMATITLÁN
2004

Estado	Sin necropsia	No especificado	Total	%
			Total	%
Vivo	Curado	Total	93	1.24
		Total	1680	22.45
Mejorado	Indicado	Indicado	17	
		No especifica estado de alta	0	
Referido a consulta externa	Total	Referido a consulta externa	0	
		Total	17	0.22
No especificado	Alta voluntaria	Alta voluntaria	1	
		Indicado	1976	
Referido a otro servicio	No especifica estado de alta	No especifica estado de alta	2	
		Referido a consulta externa	3	
Referido a otro servicio	Total	Referido a otro servicio	2	
		Total	1984	26.52
No mejorado	Alta voluntaria	Alta voluntaria	1	
		Indicado	2731	
Referido a consulta externa	No especifica estado de alta	No especifica estado de alta	971	
		Referido a consulta externa	0	
Referido a otro servicio	Total	Referido a otro servicio	2	
		Total	3705	49.53
Total	Alta voluntaria	Alta voluntaria	0	
		Indicado	1	
Referido a otro servicio	No especifica estado de alta	No especifica estado de alta	0	
		Referido a consulta externa	0	
Referido a otro servicio	Total	Referido a otro servicio	0	
		Total	1	0.01

Fuente: datos obtenidos de hoja de ingreso y egreso de los expedientes clínicos de pacientes que egresan durante 2004 en Hospital Nacional de Amatitlán.

8. ANALISIS, DISCUSION E INTERPRETACION DE RESULTADOS

El Hospital Nacional de Amatitlán ubicado a 26 kilómetros de la ciudad capital; pertenece al municipio de Amatitlán del departamento de Guatemala. El Hospital Nacional de Amatitlán presta los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Traumatología, unidad de Quemados y de Neonatos, pero no cuenta con una unidad de cuidado crítico.

El Hospital pertenece al Área de Salud 1 de Guatemala. Su cobertura se extiende hacia los municipios y departamentos cercanos (Villa Canales, Villa Nueva, San Miguel Petapa, Amatitlán, Palín y San Vicente Pacaya) según los datos obtenidos durante el estudio.

El Hospital de Amatitlán es clasificado como Hospital de Región ya que tiene bajo su responsabilidad la atención de la referencia que procede de Puestos de salud, Centros de salud tipo A y B y Hospitales de distrito y Área de una región de salud definida. Este tipo de hospital cuentan con una dotación de 150 a 300 camas que para este Hospital el número real de camas es de 164 camas disponibles , desarrolla programas integrales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Cuenta con recurso humano capacitado a nivel profesional, técnico y operativo. Tiene 21 Médicos especialistas, 1 Residente de radiología de EPS, 18 Enfermeras Profesionales, 109 auxiliares, 11 Bioquímicos y Técnicos de laboratorios, 7 Técnicos de Rayos X, y 2 trabajadoras Sociales.

También cuentan con Personal de Apoyo, en el Área Administrativa, Limpieza, Mantenimiento, Cocina, Lavandería, y un Comité de Infecciones Nosocomiales.

Para una mejor atención de los pacientes que acuden a este Hospital durante los turnos de trabajo la organización funcional del personal esta integrada de la siguiente manera: cuatro médicos especialistas, una enfermera profesional, catorce auxiliares de enfermería, dos técnicos de laboratorio y dos técnicos de rayos X. (ver cuadro 3)

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

En el Hospital se brinda el servicio de Consulta externa de lunes a viernes de 7:00 a 19:00 horas en todas las especialidades incluyendo Nutrición y Psicología. Existen ocho clínicas destinadas para este fin.

Cuenta con los servicios de Neonatología, incluida dentro del departamento de Pediatría, Laboratorio, Diagnóstico por imágenes, Banco de sangre, Farmacia, Archivo, Sala de operaciones, Sala de partos, Área de esterilización, Cocina, Área Administrativa, Lavandería.

En el Hospital de Amatitlán el control de materiales de desecho es mediante almacenamiento local de basura, cajas de bioseguridad, bolsas de color (rojo y negro) y uso de guantes por personal de limpieza. No cuenta con incinerador propio.

El abastecimiento de agua se encuentra suministrado por la municipalidad de Amatitlán en una cisterna dentro del Hospital.

La energía eléctrica es abastecida por una planta de red pública y propia.

El área física destinada para encamamiento esta dividida por especialidad y sexo. El departamento de Ginecología y Obstetricia tiene capacidad para 44 pacientes, así como el de Cirugía, Medicina Interna 31, Pediatría 24, Traumatología 8, Unidad de Quemados 8 y Neonatología 5, no tiene unidad de cuidado crítico o intermedios. (ver cuadro 4)

El Hospital Nacional de Amatlán ofrece atención las 24 horas del día y los 365 días del año, cuenta con personal médico y paramédico de turno. Brinda servicio de Consulta externa en todas las especialidades básicas.

- En el año 2004 se atendieron un total de 109,911 pacientes, distribuidos de la siguiente forma:
- Emergencia 74,213, correspondiendo un 68% a Emergencia general y de estos un 34.5% a Medicina Interna, Pediatría y Gineco-Obstetricia 25%, Cirugía 15.5%.
- Encamamiento 11,015 pacientes ingresados Gineco-Obstetricia 56%, Cirugía 18%, Pediatría 16%, Medicina Interna 10%.
- Consulta Externa 35,698 correspondiendo un 32% a Consulta externa general y de estos un 41% Medicina Interna, 24% Gineco-Obstetricia, 21% Cirugía, 14% Pediatría.

Se realizó 2,466 cirugías, 57% fueron de Cirugía, 23% Pediatría, 20% Gineco-Obstetricia.

Durante el año 2004 egresaron del Hospital Nacional de Amatlán 11,015 pacientes, esto de acuerdo a los datos proporcionados en el Departamento de Estadística. La producción para el servicio de encamamiento de Gineco-Obstetricia corresponde al 56% de todo el Hospital, seguido de Cirugía 18%, Pediatría 16% y Medicina Interna 10%. (ver cuadro 5)

En los libros de ingresos y egresos se encontró un total de 9,519 expedientes de los cuales 7,480 (79%) fueron incluidos dentro del estudio e ingresados a la base de datos del SIGSA; por cumplir con los criterios de inclusión. (ver cuadro 6)

Como se observa en gráfica 2, de las papeletas que fueron incluidas en el estudio casi el 60% estaban en los primeros meses del año. Esto no quiere decir que las personas se enferman más durante estos meses sino que simplemente las papeletas que estaban correctamente llenadas eran las correspondientes a estos meses. (ver grafica 3)

De todos los expedientes que se incluyeron en el estudio más del 77% pertenecían al sexo femenino y solamente un 22% al sexo masculino, con lo que se puede concluir que las mujeres utilizan mas los recursos hospitalarios que los hombres. Una causa muy importante de esto es el motivo de consulta de parto eutóxico y otras entidades relacionadas con el embarazo ya que solamente las mujeres pueden consultar por estas causas.

Como se observa en la distribución de las edades que consultaron al hospital en el apartado 8.3.2.2 las que consultaron con mayor frecuencia fueron de 15 a 19 años, de 20 a 24 años y de 25 a 59 años y esto también es porque abarca la edad reproductiva de la mujer y es cuando esta utiliza con mayor frecuencia los servicios del hospital para la asistencia durante su embarazo.

En más del 47% de todos los expedientes que se utilizaron no había dato sobre el estado civil de la persona. Solamente 25% eran casados, 13% solteros, 13% unidos, 1% viudos y menos del 1% divorciados.

En lo que respecta a la ocupación nuevamente la gran mayoría de los expedientes no poseían información. Solo 17% eran amas de casa, 3 % estudiantes y oficios domésticos.

Es muy importante hacer ver que, el no tener la disponibilidad de los datos tanto de estado civil como de ocupación nos limita a hacer comentarios acerca de qué tipo de pacientes consultan al hospital, y si sus patologías están relacionadas con su actividad diaria o con su estado emocional que puede derivar de su estado civil.

Ninguno de los expedientes que fueron utilizados en el estudio tenía anotado el grupo étnico del paciente. Desafortunadamente no se pudo definir que grupos están más vulnerables o sufren con más frecuencia cierto tipo de enfermedades.

La mayoría de los pacientes que consultaron el hospital durante el año 2004 pertenecían a los municipios de Amatlán, Villa Nueva, Villa Canales y Escuinatlán. También recibieron pacientes de otros municipios pero en muy poca cantidad.

Para evaluar como se está utilizando los recursos hospitalarios es de suma importancia calcular los indicadores de rendimiento hospitalario dentro de los cuales están: promedio de días estancia, días cama disponible, días cama ocupada, índice ocupacional, giro de camas; construidos todos a partir del número de egresos.

El indicador días cama ocupada refleja el número de egresos durante un mes por el promedio de días de estancia. Proporciona el total de veces que estuvo ocupada la cama durante el mes.

El indicador días cama disponible refleja la disponibilidad de una cama en un servicio durante el total de días del periodo. Por ejemplo para Medicina Interna hay disponibilidad de cama en el año de 11,315, Cirugía 18,980, Gineco-Obstetricia 16,060, Pediatría 10,585, Traumatología 2,920.

El indicador promedio de días de estancia se refiere al tiempo que se encuentran internados los pacientes usualmente en cada servicio; por ejemplo en Medicina Interna es de 5 días, en Cirugía 4, Gineco-Obstetricia 1, Pediatría 2, Traumatología 3, y en general en el Hospital es de 3 días.

El indicador giro de camas se refiere a cuantos pacientes egresaron por cada cama en el servicio durante un período de tiempo (que en este caso un año). En Medicina Interna es de 23 egresos por cama, Cirugía 30, Gineco-Obstetricia 93, Pediatría 27, Traumatología 44 y en General 46. Como se puede observar el servicio que produjo mas egresos por cama es el de Gineco-Obstetricia. El servicio de Traumatología a pesar de que solo cuenta con ocho camas en el Hospital produjo una gran cantidad de egresos por cama lo que se traduce en que el servicio se mantenga lleno.

El indicador Índice cama ocupada se refiere a que tan saturado se mantiene un servicio, de acuerdo a la cantidad de camas que tiene disponible. Por ejemplo Medicina Interna

se mantiene ocupado en un 32%, Cirugía 40%, Gineco-Obstetricia 43%, Pediatría 20% Traumatología 46% y en general el Hospital se mantiene lleno en un 36%. Como puede observarse de que a pesar de que el servicio de Ginecología y Obstetricia recibe el mayor número de consultas (ingresos) no se mantiene tan lleno como Traumatología ya que este último solo posee ocho camas en el Hospital.

Como puede observar en la gráfica 3 la especialidad que más ingresos tuvo durante 2004, fue la Ginecología y Obstetricia 56% seguido por la Cirugía 18%, Pediatría 16%, Medicina Interna 10% y por último Traumatología. Con respecto a la distribución de camas el servicio con más camas es Cirugía a pesar de que Ginecología recibe más de 50% de pacientes que esta especialidad. Tanto la Pediatría como Medicina Interna tienen un muy buen número de camas para la cantidad de pacientes que consultan. Lo que respecta a la Traumatología tiene pocas camas pero la demanda es poca para esta especialidad en este Hospital.

La causa más frecuente de motivo de consulta son Partos eutósicos con 30.5%, seguidos de Embarazo 19.6%, Apendicitis 7.4%, Abortos 7.3%, Neumonías 6.7%, Fracturas 6.3% Cesáreas 6%, dejando al Resto de Causas con menos del 17%. (ver cuadro 7)

El principal diagnóstico de egreso hospitalario para el servicio de Gineco-Obstetricia fue parto eutósico con 54%, seguido de estado de embarazo, abortos y resto de causas. (ver cuadro 8)

El diagnóstico de egreso más frecuente en Pediatría es Diarrea con 34%, seguido de Neumonías con 28%, Sepsis 6.5%, Hernias 1.5% y Ictericia Neonatal 1.5%. Como puede observarse en más de 68% de los casos las patologías que afectan a los niños son de origen infeccioso. (ver cuadro 9)

El diagnóstico de egreso más frecuente para Cirugía correspondió a Apendicitis con 27%, seguido por Hernias 13%, Colecistitis 12%, Causa desconocida o no especificada 7%, dentro de los principales. (ver cuadro 10)

El diagnóstico más frecuente de egreso en Medicina Interna fue Neumonía con 18.6%, seguido de Diabetes Mellitus 13.7%, Causas desconocidas o no especificadas 10.2%, Insuficiencia Cardiaca 7.3%, Evento Cerebro Vascular 4%, Diarrea 3.9% Hemorragia Gastro Intestinal 3.9%, SIDA con 2.7% que equivale a 13 personas evaluadas. Es importante hacer mención de la cantidad de pacientes enfermos de SIDA ya que es una enfermedad que está creciendo rápidamente en Guatemala. (ver cuadro 11)

Los diagnósticos de egreso en las papeletas que si fueron utilizadas en el estudio para cumplir con los criterios de inclusión en Traumatología, en su mayoría se trataron de fracturas tanto en miembros superiores como inferiores. (ver cuadro 12)

El servicio que tuvo mayor mortalidad durante 2004 fue Medicina Interna con 59.14%, seguido de Pediatría con 25.81%, Cirugía 13.98% y Traumatología 1.08%. (ver cuadro 13)

La principal causa de mortalidad general es Infarto agudo del miocardio 9.67%, seguido de Sepsis bacteriana del Recién Nacido 8.9%, Cirrosis 7.25%, Insuficiencia cardíaca congestiva 6.45, Enfermedad cerebro vascular 6.45%. (ver cuadro 14)

procedimiento que se realizó con mayor frecuencia fue la atención de Parto eutósico en 31%, seguido de Cesárea con 10% y Legrado intrauterino 9%, Apendicetomía 9%, Hemorroy 7%, Herniplastia 3%. La relación parto : cesárea es de 4.5 : 1, y la relación partos (simples y cesárea) : abortos es de 5.1 : 1. (ver cuadro 15)

Dentro del estudio no se encontró ninguna papeleta que reportara algún tipo de complicación.

Condición de egreso mas frecuente fue Vivo no especificado con un 49.53%, seguido de Vivo mejorado con 26.52%, no especificado 22.45% y por último se encuentra Vivo mejorado con 0.01%. De los pacientes fallecidos únicamente 37 tienen reportado que se realizó necropsia, los 56 restantes no tienen especificación.(ver cuadro 16)

9.CONCLUSIONES

I Hay una desproporción entre recursos físicos, recursos humanos y población atendida en los diferentes departamentos médicos del hospital; por los que el personal realiza turnos extensos, lo cual afecta su estado físico y mental poniendo en riesgo la adecuada atención del paciente.

El personal que labora en las diferentes áreas del Hospital esta integrado por: Médicos Especialistas 21, Residente de EPS, Enfermeras Profesionales 18, Auxiliares 109, Bioquímicos y Técnicos de laboratorios 11, Técnicos de Rayos X 7, y Trabajadoras Sociales 2. También cuentan con Personal de Apoyo, en el Área Administrativa 31, Limpieza 28, Mantenimiento 5, Cocina 12, Lavandería 13, y un Comité de Infecciones nosocomiales integrado por 3 personas.

Para mejor atención de los pacientes que acuden a este Hospital durante los turnos la organización funcional del personal esta integrada de la siguiente manera: cuatro Médicos especialistas, una Enfermera profesional, catorce Auxiliares de enfermería, dos Técnicos de laboratorio y dos Técnicos de Rayos X. Posee su planta propia de energía eléctrica y red pública, se abastece de agua debida a una cisterna continua.

El área física destinada para encamamiento esta dividida por especialidad y sexo. El departamento de Ginecología y Obstetricia tiene capacidad para 44 pacientes, así como el de Cirugía, Medicina Interna 31, Pediatría 24, Traumatología 8, Unidad de Quemados 8 y Neonatología 5, no tiene unidad de cuidado crítico o intermedios.

Su cobertura esta designada hacia los municipios de Villa Canales 6.5%, Villa Nueva 25.8%, Amatitlán 45.6%, principalmente.

El total de pacientes egresados según el Departamento de Estadística fue de 11,015, pero únicamente se encontraron 9,519 en los libros de ingresos y egresos, de los cuales solo el 79% fueron incluidos en el estudio por cumplir con los criterios de inclusión.

El grupo de pacientes con mayor afluencia, son mujeres en edad fértil, embarazadas que ingresan al Departamento de Gineco-Obstetricia, dedicadas principalmente a oficios domésticos. La mayor afluencia proviene del municipio de Amatitlán. Con respecto al estado civil no se pudo realizar un análisis debido a la falta de información en la hoja de ingreso y egreso; no se conoce la etnia de los pacientes ya que tampoco existe un registro de este dato en la hoja. Las principales causas motivo de consulta atendidas fueron Parto eutóxico con un 30.5%, seguido de Embarazo 19.6%, Apendicitis 7.4%, Aborto 7.3%, Neumonía 6.7%, Fractura 6.3%, Cesárea 6%, dejando al Resto de Causas con menos del 17%.

Siendo las principales causas básicas Infarto agudo del miocardio 9.67%, seguido de Sepsis bacteriana del Recién Nacido 8.9%, Cirrosis 7.25%, Insuficiencia cardiaca congestiva 6.45, Enfermedad cerebro vascular 6.45%.

4. La información obtenida a través de este estudio fue proporcionada a la Directora del Hospital Nacional de Amatitlán, Guatemala y al Sistema Gerencial de Atención en Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con la finalidad de que cuenten con información veraz, actualizada y oportuna sobre la situación hospitalaria y puedan ejecutar gestiones que mejoren la situación en salud a nivel nacional.

10. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere establecer un Comité de Supervisión de Historias Clínicas para evaluar adecuado llenado y trascipción de datos a los expedientes, así como el movimiento de los mismos, para poder contar con una buena fuente de datos.
2. Realizar una evaluación de la relación de recursos y población demandante para en base a esto, hacer una redistribución y maximizar el servicio para poder brindar un mejor servicio a las personas que hacen uso de este recurso.
3. Readeclarar horarios laborales del personal, para evitar que el personal trabaje jornadas muy prolongadas ya que esto puede repercutir tanto en su salud como en el servicio que este proporcione.
4. Ampliar el espacio físico de la Consulta Externa y de la Emergencia para brindar mejor estadía al paciente; ya que actualmente en la Emergencia se encuentran todas las especialidades.
5. Elevar el número de enfermeras profesionales para una mejor administración cuantitativa a la atención del paciente y orientación de las enfermeras auxiliares.
6. Implementar la base de datos del SIGSA a los datos de los expedientes del 2010 para poder hacer análisis de la situación actual del Hospital hasta este momento.
7. Tener una mayor cantidad de médicos especialistas, en especial de Obstetricia que es la especialidad que atiende el mayor número de pacientes.
8. Aumentar el personal que labora de noche ya que no son suficientes (médicos paramédicos) para la atención de las personas que consultan.

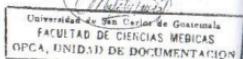
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acuña, María Cecilia: Exclusión protección social y derecho a la salud. (en linea) disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/exclus-derecho-salud-art-iaca.pdf>. 1 de Marzo de 2005.
2. Batista Moliner, Ricardo; et al, ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD: ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLOGICAS Y PRACTICAS. (CD-ROM). La Biblioteca Virtual "La Práctica Social de la Salud Pública". Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Medicas, 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 (CENDEISSS): Análisis de Situación Integral de Salud 2004 (en linea) disponible en: http://www.cendeissss.sa.cv/cursos/guia_nueve.pdf. 1 de marzo de 2005
5. Costa Rica. Ministerio de Salud: Análisis Sectorial de Salud Costa Rica 2002 (en linea) disponible en: <http://www.lachar.org/documents/analisissectorialdesaludcostaricaparteII-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 linea) 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 linea) disponible en: http://www.paho.org/spanish/sha/be_y22n4-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. Paganini, J. M. Y H. de Moraes Noves....Estándares e Indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS, 1994. 109 p.
14. Terrón, Lucia. Sala Situacional. (CD-ROM). La Biblioteca Virtual "La Práctica Social de la Salud Pública". Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Medicas, Fase III. Guatemala, 2004.
15. Varona, José Felipe. Infecciones intrahospitalaria España 2002 (en línea) disponible en:
<http://www.msd.es/opencms/publicaciones/manuales/capitulo037>.
de Marzo de 2005. 2

13. ANEXOS

- 13.1 ANEXO 1 Consolidado de No. Expedientes
13.2 ANEXO 2 Instrumento de Recolección de Datos
13.3 ANEXO 3 Instrumento de Recolección de Datos
13.4 ANEXO Hoja de Ingreso y Egreso



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						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
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), diagnóstico de egreso. (**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.	INDICA-DOR	OPCIONES	CÓD.
I. DATOS GENERALES			
101	Expediente	Nº.	
102	Sexo	Masculino 1 Femenino 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 1 Casado 2 Unido 3 Divorciado 4 Viudo 5 No aplica 98 No hay dato 99	
106	Ocupación	No hay dato 99	
107	Etnia	Ladino 1 Maya 2 Guaraní 3 Xincé 4 No hay dato 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 1 Cirugía 2 Pediatría 3 Gineco-obstetricia 4 Ortopedia-Traumatología 5 Intensivo 6 SOP 7 No hay dato 99	
203	Primeras 3 impresiones clínicas	1. 2. 3. Ilegible No hay dato R69X R60X	
III. DATOS DE EGRESO			
301	Fecha	Día Mes Año No hay dato 99	
302	Servicio de donde egresa	Medicina Interna 1 Cirugía 2	

		Pediatria Gineco-obstetricia Ortopedia-Traumatología Intensivo SOP No aplica-No hay datos	3 4 5 6 7 99
303	Primeros 5 diagnósticos	1. 2. 3. 4. 5. ilegible o ausencia de dato Vivo R69X Muerto 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 1 Curado 2 Mejorado 3 No curado 4 Mismo estado 5 Muerto 6 Con autopsia 7 Sin autopsia 8 No hay dato 99	
307	Tipo	Alta voluntaria (contraindicado, fugado) 1 Indicación médica 2 Referido a otro servicio de salud 3 Referido a Consulta Externa 4 No hay dato 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

101. Número total y por turno de:

- 101.1 médicos especialistas
- 101.2 residentes
- 101.3 internos
- 101.4 externos

TOTAL TURNO

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

3. Control de Residuos:

- 301. Presencia de incinerador: si _____ no _____
- 302. Local de almacenamiento de basura: si _____ no _____
- 303. Cajas de Bioseguridad
- 304. Bolsas de Color diferenciado
- 305. Uso de guantes por personal de limpieza: si _____ no _____

4. Disponibilidad de Agua

- 401. Municipal Continua
- 402. Municipal Interrumpida
- 403. Cisterna Continua
- 404. Cisterna Interrumpida

5. Disponibilidad de Energía Eléctrica

- 501. Red pública
- 502. Planta Propia

B. PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

1. 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

104. Cirugía

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

2. Encamamiento

- 201. camas Gineco-obstetricia
- 202. No. camas Pediatria
- 203. No. camas Cirugia
- 204. No. camas Medicina Interna

PERIMENTO SOBRE UN SERVICIO DE
ESTADÍSTICAS HOSPITALARIAS
HOSPITAL DE AMATITLÁN
GUATEMALA, C. A.

Historia Clínica No.

Forma M. F-1

6

FICHA DE ADMISION, REINGRESO
SERVICIOS INTERNOS

Servicio _____ Cama _____

I. - DATOS DEL PACIENTE

Nombre _____	1r. Apellido _____	2do. Apellido _____	3er. Nombre _____	2do. Nombre _____
Dirección Actual _____	Calle o Lugar _____		Municipio _____	Departamento _____
Residencia habitual _____	Calle o Lugar _____		Municipio _____	Departamento _____
Sexo { Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	5. Edad { Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/>	6. Grupo étnico { Latino <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		
Estado Civil { Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>	8. Ocupación _____	9. ¿Dónde Trabaja? _____		
10. Afiliado al I.G.S.S. <input type="checkbox"/>	11. Nacionalidad _____	12. Cédula de Identidad _____		
3. Lugar de nacimiento _____	II. - DATOS DE LOS FAMILIARES			

4. Nombre y apellidos del padre _____
5. Nombre y apellido de la madre _____
6. Nombre y apellido del cónyuge _____
7. pariente más próximo:
a) Nombre y apellidos _____
b) Dirección _____
c) Número de cédula de identidad _____

8. ¿Ha estado atendido en este hospital anteriormente si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 19. ¿En qué año? _____		
9. Diagnóstico de admisión _____		
1. Fecha de admisión _____	2. Observaciones: _____	Hora _____

Fecha	Antecedentes Médico, Quirúrgicos, Obstétricos Familiares, Etc.