

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TESIS

ANALISIS DE LA SITUACION HOSPITALARIA
HOSPITAL NACIONAL AMISTAD JAPON GUATEMALA
HOSPITAL INFANTIL ELISA MARTINEZ
IZABAL, PUERTO BARRIOS, 2004

Manuel Orlando Díaz Borras	199810592
Norma Patricia Ordoñez García	199810622
Eduardo Marcelo Tejada de la Roca	9710160

Guatemala, julio de 2005

CONTENIDO

	Página
1. RESUMEN	1
2. ANALISIS DEL PROBLEMA	3
2.1 Antecedentes del problema	3
2.2 Definición del problema	4
2.3 Delimitación del problema	5
2.4 Planteamiento del problema	6
3. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	7
3.1 Magnitud	7
3.2 Trascendencia	7
3.3 Vulnerabilidad	7
4. REVISION TEORICA Y REFERENCIA	9
4.1 Monografía del Departamento de Puerto Barrios	9
4.1.1 Ubicación	9
4.1.2 Topografía	9
4.1.3 División Administrativa Municipal	9
4.1.4 Cabecera	9
4.1.5 Economía	10
4.1.6 Idioma	10
4.1.7 Información General del Hospital	10
4.2 Sala Situacional	12
4.2.1 Concepto	12
4.2.2 Objetivos	12
4.2.2.1 Objetivo General	12
4.2.2.2 Objetivo Específico	12
4.2.3 Propósito	12
4.2.4 Metodología	13
4.2.5 Productos de la sala situacional	14
4.3 Administración Hospitalaria	14
4.3.1 Definición	14
4.3.2 Funciones	14
4.3.3 Derechos y Responsabilidades de los Pacientes	15
4.3.4 Planificación y Programación de los servicios	16
4.3.5 Estándares Mínimos obligatorios	16
4.3.5.1 Áreas técnicas y de apoyo	22
4.3.5.2 Estructura física y funcional	28
4.3.5.3 Instalaciones	29
4.3.6 Estándares no obligatorios	29
4.4 Situación de los hospitales públicos en América Latina	32
4.5 Hospitales en Guatemala	33
4.6 Morbilidad y Mortalidad intrahospitalaria	33
4.6.1 Infecciones adquiridas intrahospitalariamente	30
4.7 Análisis situacional	35
4.7.1 Análisis de contexto para la planificación estratégica	35
4.7.2 Análisis de contexto	36
4.7.3 Los Problemas de salud como punto de partida	36

4.7.4 Construcción de los problemas de salud colectiva	37
4.8 La situación de salud en la región de las Américas	37
4.8.1 Contexto demográfico	38
5. HIPOTESIS Y OBJETIVOS	39
5.1 Hipótesis	39
5.2 Objetivos	39
5.2.1 General	39
5.2.2 Específicos	39
6. DISEÑO DEL ESTUDIO	41
6.1 Tipo de Estudio	41
6.2 Unidad de Análisis	41
6.3 Población	41
6.4 Definición y Operacionalización de variables	41
6.5 Descripción de Técnicas y procedimientos	46
6.6 Aspectos éticos	46
6.7 Alcances y límites	46
6.8 Plan de Análisis	46
7. PRESENTACION DE RESULTADOS	47
7.1 Descripción general del Hospital Nacional Amistad Japón Guatemala	47
7.2 Recursos	47
7.2.1 Recursos humanos	47
7.2.1.1 Organización funcional	48
7.2.2 Recursos físicos	48
7.2.2.1 Infraestructura	48
7.2.2.2 Control de residuos	48
7.2.2.3 Disponibilidad de agua	48
7.2.2.4 Disponibilidad de energía eléctrica	48
7.3 Producción de servicios	49
7.3.1 Distribución de la producción de servicios	49
7.3.2 Clasificación de Expedientes	50
7.3.3 Características demográficas	50
7.3.4 Gestión	51
7.3.4.1 Días cama ocupada	52
7.3.4.2 Días cama disponible	52
7.3.4.3 Promedio de días estancia	52
7.3.4.4 Giro de camas	52
7.3.4.5 Índice Ocupacional	52
7.3.5 Morbilidad	54
7.3.5.1 Morbilidad por departamentos	55
7.3.6 Mortalidad	57
7.3.6.1 Mortalidad general	57
7.3.7 Procedimientos	58
7.3.9 Condición y tipo de egreso	58
7.4 Presentación de resultados del Hospital Nacional Infantil	59
7.4.1 Descripción General del hospital	59
7.4.2 Recursos	59
7.4.2.1 Recursos Humanos	59
7.4.2.1.1 Organización Funcional del Recurso	60

7.4.2.2 Recursos Físicos	60
7.5 Producción de servicios	61
7.5.1 Distribución de la producción de servicios	61
7.5.2 Clasificación de Expedientes	61
7.5.3 Características demográficas	62
7.5.4 Gestión Hospitalaria	63
7.5.5 Morbilidad	64
7.5.6 Mortalidad general	65
7.5.7 Procedimientos	65
7.5.8 Condición y tipo de Egreso	66
8. ANALISIS, DISCUSION E INTERPRETACION DE RESULTADOS	67
9. CONCLUSIONES	71
10. RECOMENDACIONES	73
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	75
12. ANEXOS	77

CONTENIDO DE CUADROS

	Página
1. Variables obtenidas de la hoja de Ingreso-egreso	42
2. Variables obtenidas de las entrevistas	45
3. Recursos humanos del Hospital Nacional Amistad Japon Guatemala, Puerto Barrios	47
4. Distribución del número de camas	49
5. Distribución de la producción de servicios	49
6. Clasificación de expedientes	50
7. Primeras causas de morbilidad general	54
8. Primeras causas de morbilidad en gineco-obstetricia	55
9. Primeras causas de morbilidad en cirugía	55
10. Primeras causas de morbilidad en medicina Interna	56
11. Primeras causas de morbilidad en traumatología	56
12. Primeras causas de mortalidad general	57
13. Mortalidad general por especialidad	57
14. Procedimientos realizados en los diferentes servicios	58
15. Recursos humanos del Hospital Infantil Elisa Martínez	59
16. Distribución de camas por servicio disponible	60
17. Producción de servicios	61
18. Clasificación de expedientes	61
19. Primeras causas de morbilidad general	64
20. Primeras causas de mortalidad general	65
21. Procedimientos realizados en los diferentes servicios	65

CONTENIDO DE GRAFICAS

	Página
1. Sala Situacional. Fase del proceso metodológico	13
2. Distribución de pacientes según el mes de ingreso (Hospital Nacional Amistad Japón Guatemala)	51
3. Relación de ingresos y camas por servicios (Hospital Nacional Amistad Japón Guatemala)	53
4. Distribución de pacientes según el mes de ingreso (Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez)	63

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 formato que permita la estandarización de los datos requeridos para poder realizar dicho análisis en función de las dimensiones demográficas, morbi-mortalidad, recursos y cobertura de servicios de salud. Con el objetivo principal de analizar la situación de los hospitales Nacional de la Amistad Japón Guatemala y Nacional Infantil Elisa Martínez, de Puerto Barrios, 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, por medio de recolección de los datos de la hoja de ingreso/egreso de estos hospitales y la creación de una base de datos para analizar la información. Este mismo estudio se llevó a cabo simultáneamente en 17 hospitales de la república de Guatemala, con la misma metodología, para obtener una mejor visión de la situación en salud hospitalaria a nivel nacional.

El departamento de estadística del Hospital Nacional de la Amistad Japón Guatemala, Puerto Barrios, reportó 10,315 egresos, encontrándose 10,046 (97.4%), de éstos 8,376 (83.38%) llenaron los criterios de inclusión.

De similar forma el Hospital Nacional Infantil Elisa Martínez reportó 2,982 egresos, encontrándose 2,492 (83.6%), de éstos 2,262 (90.8%) llenaron los criterios de inclusión.

El 84.56% de los expedientes en estudio no tenían diagnóstico de ingreso, del total de egresos fueron en su mayoría de ginecoobstetricia.

Las principales causas de morbilidad fueron: Parto eutósico, cesárea, infección urinaria, diarrea, celulitis y fracturas. Tomando en cuenta que el parto eutósico y cesárea no son causas de morbilidad pero fueron incluidas dentro de ésta ya que se reportan como tales al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, (Ver cuadro 7) para el Hospital Nacional de la Amistad Japón Guatemala. En el infantil se encontró como primeras causas de morbilidad diarrea, fracturas de miembros superiores e inferiores, neumonías, hiperreactividad bronquial, infección urinaria, parasitismo intestinal y enfermedades propias de la edad neonatal.

Este estudio sirve para que haya mejor distribución de los recursos humanos y materiales, con el fin de mejorar la atención médica-asistencial. Además abre campo para la realización de futuras investigaciones.

2. ANALISIS DEL PROBLEMA

2.1 Antecedentes

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 –MSPAS- 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%.

Aún 8 años después de haberse implementado el uso de la sala situacional en Guatemala en los tres niveles de atención, la utilización de la misma no se da en la totalidad de la red hospitalaria, siendo la actual situación:

- ✓ Sala situacional ausente: Hospitales de Amatitlán, Poptún, Suchitepequez, Chiquimula, Jutiapa y Jalapa (19.35%). Refiriéndose el inicio de las mismas durante este año en Poptún y Jalapa.

- ✓ Sala situacional existente, actualizada, sin constancia estadística de análisis: Hospitales de Melchor de Mencos y San Benito Petén, Baja Verapaz (9.68%)
- ✓ 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 Quiché³ (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 cada uno de los niveles antes descritos existen datos en cantidad y calidad suficientes para aplicar un proceso de análisis que facilite la planificación de medidas y acciones dirigidas a la resolución de los problemas específicos encontrados en cada uno de los mismos. Para cumplir este objetivo el MSPAS ha implementado normativos y lineamientos para la construcción de la sala situacional de cada uno de los servicios de la red hospitalaria nacional, sin embargo la información que se obtiene actualmente carece de

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.

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.

2.3 Delimitación del problema

Este estudio se llevará a cabo en varios hospitales de la República de Guatemala. Se incluirá 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 capacidad de estudiantes disponibles los hospitales que se incluirán en el estudio son:

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

Los siguientes hospitales enumerados forman parte de un grupo de “hospitales de reposición” en caso de que se encontrara alguna limitante en los hospitales arriba mencionados:

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

2.4 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.

¿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?

3. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

3.1 Magnitud

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

Este estudio esta dirigido a 17 hospitales de todas las regiones del país, pertenecientes al segundo y tercer nivel de atención, que representan al 39.46% de toda la red hospitalaria del país y registran una totalidad aproximada de 166,426 pacientes egresados durante el año 2004, los cuales serán 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 no 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 creará una herramienta estandarizada para la recolección de información clara, consistente y oportuna que permita orientar la 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 mejora de los servicios prestados y las estadísticas globales en salud a nivel hospitalario en Guatemala.

3.3 Vulnerabilidad

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

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

4. REVISIÓN TEORICA Y DE REFERENCIA

4.1 Monografía del departamento

4.1.1 Ubicación. El Departamento de Izabal se encuentra situado en la región III o región Nor-oriental, su cabecera departamental es Puerto Barrios y limita al Norte con el departamento de Petén, Belice y el Mar Caribe; al Sur con el departamentos de Zacapa; al Este con la República de Honduras; y al Oeste con el departamento de Alta Verapáz. Se ubica en la latitud 15° 44' 06" y longitud 88° 36' 17". Cuenta con una extensión territorial de 9,038 kilómetros cuadrados.

4.1.2 Topografía. Es bastante variada, aunque las alturas de las cabeceras municipales apenas oscilan entre los 0.67 metros sobre el nivel del mar en Puerto Barrios, 1.65 en el Estor, 4.0 en Morales y 77 en los Amates. Por sus puertos sobre el mar Caribe se hace el tráfico mayor, tanto de importación como de exportación. Sus bosques hasta en época reciente han permanecido vírgenes en parte, pero son ahora objeto de explotación los nuevos cultivos que se han introducido, aportan al capital nacional y particular un fuerte contingente.

Su territorio es cruzado por las sierras de Santa Cruz, Las Minas, del Mico y de la Estrella, del Merendón y Omoa. No existe ningún volcán.

El aspecto de su suelo es variado, alternando las alturas con valles bajos, fértiles y cálidos. En Izabal, sobre el Océano Atlántico, están los importantes puertos Santo Tomás de Castilla y Puerto Barrios.

El clima es generalmente cálido, con fuertes lluvias durante el invierno

4.1.3 División Administrativa Municipal.

El territorio de Izabal se encuentra dividido en 5 municipios que son:

4.1.3.1. Puerto Barrios

4.1.3.2. Livingston

4.1.3.3. El Estor

4.1.3.4. Morales

4.1.3.5. Los Amates.

4.1.4 Cabecera. Se encuentra a una distancia de 308 kilómetros de la ciudad capital.

Como atractivos naturales, Río Dulce es considerado como uno de los lugares más bellos de la República, por su majestuosidad y belleza que impresionan, tanto a los turistas nacionales como extranjeros que lo visitan para admirarlo; así como las costas del lago de Izabal y sus playas de arena blanca, como Playa Dorada, que hacen de este lugar, un gran

atractivo para los visitantes; así también, en la bahía de Amatique, Izabal brinda refugio a varios atractivos que reflejan un paisaje tropical y la belleza del mar Caribe, entre ellos: Punta de Palma, Playa la Graciosa, Punta de Manabique y los Cayos del Diablo.

Como atractivo turístico está el castillo de San Felipe de Lara, construido en 1652 en honor al Oidor Antonio Lara y Mangravo, se encuentra situado en el municipio de Livingston, ubicado en el lugar en que el río Dulce sale del lago. Su destino fue defender la soberanía de Guatemala y de Centro América, evitando que los piratas ingleses se internaran en territorio guatemalteco, navegando el río Dulce hacia el lago y de aquí tomar rumbo a la capital. Fue incendiado en 1686 por el pirata Sharp. Tiene poderosos cañones y se dice que por las noches se atravesaba de un lado a otro del río, frente al castillo, una enorme cadena para evitar el paso de los barcos.

Las tierras de Izabal fueron pobladas por indígenas mayas que dejaron vestigios de su cultura, siendo estos: Quiriguá, Chapulco, Nito, Carpul, Araphoe, Playitas, Chinamito, Las Quebradas, Matilisguate, Xoocoló, Cuenca del Choón, y Miramar Bella Vista.(1)

4.1.5 Economía. La agricultura está muy desarrollada, los principales productos son: café, maíz, arroz, banano, plátano, naranja, piña y otras frutas. Los productos animales son variados, especialmente el vacuno, porcino y equino.

El subsuelo del departamento contiene gran riqueza de minerales que aún no se han explotado en gran escala, excepto el níquel, cromo, asbestos y cobre. Existen en la actualidad varias compañías haciendo exploraciones a fin de detectar petróleo en cantidades explotables.

Fue en el pasado asiento de cultura maya, atestiguado por restos arqueológicos como las Ruinas de Quiriguá.

4.1.6 Idioma. El idioma oficial del departamento es el español, sin embargo desde 1800 se alterna el idioma garífuna que es el resultado del mestizaje de tres grupos étnicos : los indios caribes que son naturales de esas islas, los araguacos procedentes de la América del Sur y los negros africanos. En Estor y parte de Livingston también se habla el Quekchí, ya que la parte occidental de este departamento ha sido habitada por la etnia del mismo nombre. (1)

4.1.7 Información de Hospitales (2)

Departamento: Izabal

Area de Salud: Izabal

Hospital: Infantil Elisa Martinez, Puerto Barrios

Director Actual: Dr. Carlos Alfredo Zuñiga

Jefe de Enfermería: Elizabeth Flores

Epidemiólogo: No hay

Jefe de Estadística: Marlon Acevedo

Directores de área :

Pediatria: Dr Noel Puerto

Maternidad:-----

Medicina Interna:-----

Cirugia: Dr. Jorge Rolando Gomez

Jefe de Recursos Humanos: No hay

Comité de Vigilancia: Si existe

¿Quiénes lo conforman ? Dra. Fort, Dr. Najera, EPS, Licda. Aldan

¿Existe Sala situacional en el hospital? Si

¿Quién es el responsable de la Sala? Dr. Carlos A. Zuñiga

¿Hay constancia del análisis de la Sala? Si

¿Esta Actualizada? Si

¿Dónde esta localizada? En la dirección

¿Hay sala situacional por especialidad o es general? Es general

¿Desde cuando la realizan? Hace 6 años

¿En qué se basan para realizarla? Datos sobre todo de intensivo y salas específicas.

Departamento: Izabal

Area de Salud: Izabal

Hospital: Hospital Kjell Eugenio Laugerud (Izabal)

Director Actual: Dr. Hugo Roberto Avila Soto

Jefe de Enfermería: Sandra García

Epidemiólogo: No

Jefe de Estadística: Sonia Negrero de Ramirez

Directores de área :

Pediatria: -----

Maternidad: Dra. Mara de León

Medicina Interna: Dr. Henry Colaj

Cirugia: Dr. Oswaldo Nutio

Jefe de Recursos Humanos: Angelica Monroy

¿Existe Comité de Vigilancia ?: Si

¿Quiénes lo conforman ? Médicos, enfermeras.

¿Existe Sala situacional en el hospital? NO

¿Quién es el responsable de la Sala?

¿Hay constancia del análisis de la Sala?

¿Esta Actualizada?

¿Dónde esta localizada?

¿Hay sala situacional por especialidad o es general?

¿Desde cuando la realizan?

¿En qué se basan para realizarla?

1. Instituto Nacional de Estadística, (INE).

2. Entrevista a directores de cada hospital.

4.2 SALA SITUACIONAL

4.2.1 Concepto:

La Sala Situacional es un espacio virtual y matricial, de convergencia en donde se conjugan diferentes conocimientos para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas. (1)

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. (1,9)

2.2.2.2 Específicos:

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

4.2.3 Propósito:

“Aplicación inteligente de los recursos sociales para modificar favorablemente las condiciones de salud y de vida de los grupos humanos, basado en las mejores evidencias disponibles y en este propósito el cierre de las brechas es un imperativo ético”^{6,7,8}

4.2.4 Metodología

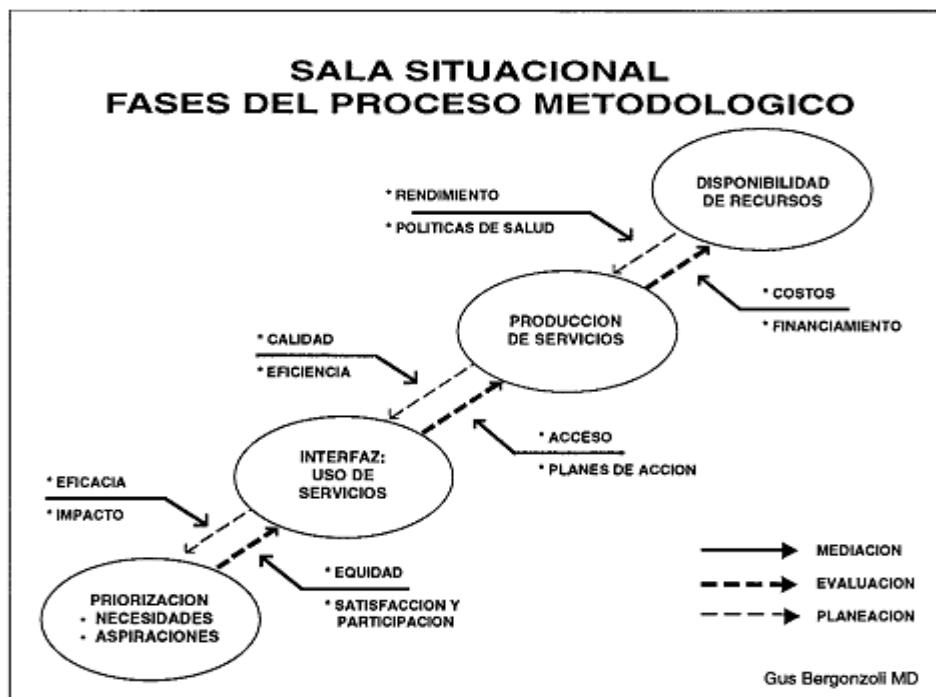
La sala situacional será efectiva en la medida en que se convierta en el espacio de negociación y concertación de las intervenciones a ejecutar por los diferentes actores sociales involucrados en la producción social de salud, en el ámbito local.

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

Sólo después de cumplir estos tres procesos se podrá realizar un análisis de la información obtenida para evaluar el impacto de las intervenciones en la población. (9,5)

Gráfica 1



4.2.5 Productos de la sala situacional (1, 5,9)

- ✓ 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, estas exigencias y tecnologías nuevas generan presiones para establecer nuevas formas de proceder para aumentar el impacto de la institución en la comunidad.

4.3.1 Definición:

Se considera Hospital todo establecimiento (independientemente de su denominación) dedicado a la atención médica, en forma ambulatoria y por medio de la internación, sea de dependencia estatal, privada o de la Seguridad Social; de alta o baja complejidad; con fines de lucro o sin él, declarados en sus objetivos institucionales; abierto a toda la comunidad de su área de influencia o circunscrita su admisión a un sector de ella. (8,13)

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. (13)

3.3.2 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 continuada: 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. (8,13)

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. (11)

4.3.3 Derechos y Responsabilidades de los Pacientes:

A. Derechos de los Pacientes (8)

- ✓ Acceso al tratamiento: a 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: (8)

- ✓ 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. (12)

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. (12)

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. (12)

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. (12)

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). (8)

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 (8,10)

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

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

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

C. Derivaciones o Referencias: (8,10)

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 (8,10)

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 (8,10)

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 (8,10)

Nivel1: 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 reumatoidea, orina completa, parasitológico de materias fecales, sangre oculta en materia fecal, triglicéridos, uremia, VDRL cualitativa, otros. Cuenta con técnico y/o bioquímico en guardia pasiva las 24horas.

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

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

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

G. Diagnóstico por imágenes (8,10)

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 radioscopía, 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 radiológico portátil 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 (8,10)

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 médicos especialista en Hemoterapia. Dichas normas indican que en toda unidad trasfusional deben realizarse las siguientes pruebas serológicas: Agrupamientos, Du, genotipo, Sífilis (VDRL), Brucelosis (Huddlesson), Chagas (látex, fijación de complemento o hemoaglutinación), Antígeno de hepatitis, Be, hepatitis C,Detección de anticuerpos anti HIV.

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

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

- está dirigido por un profesional especializado
- cuenta con registro de 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 (8,10)

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, diferenciada, dentro del Área Quirúrgica.

Nivel 2: Cuenta con médicos obstetras en guardia activa y pediatras en guardia pasiva y hay un local exclusivo para recepción y reanimación del neonato con los elementos necesarios

para tender un embarazo de alto riesgo, con monitoreo pre y perinatal. Garantiza una atención mínima adecuada del neonato y su madre hasta su traslado a un centro de mayor complejidad.

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

J. Área Quirúrgica (8,10)

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 normalizado de aseo del quirófano entre operaciones.

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

Nivel 3: El área quirúrgica está coordinada por un profesional. Cuenta con un local destinado a la recuperación anestésica. El vestuario del personal tiene un acceso diferenciado. Cuenta con diagnóstico radiológico intra-operatorio. Los 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 (8,10)

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

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

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

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

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

L. Control de infecciones hospitalarias (8)

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) (8,10)

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 (8,10)

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 (8)

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

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

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

D. Esterilización (8,10)

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 termo sensible.

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 (8,10)

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 sen 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 (8,10)

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 dependen todos los servicios. Técnicos.

G. Historias clínicas (Hc) y archivo (8,10)

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

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

Nivel 2: Existe supervisión de HC.

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

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

H. Estadísticas (8,10)

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 (8)

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 loso días hábiles y conduce la programación de las actividades

Nivel 2: Institución que cuenta con un director, un jefe médico y un jefe administrativo. El director tiene formación gerencial para administrar servicios de salud. Existen manuales de normar 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 auditoria interna dependientes de Directorios. Se elaboran estados financieros anuales y se publica una memoria anual con dictamen de auditoria.

J. Administración (8,10)

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 contralor 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 anunciados en las carteleras y, especialmente, los de guardia. Los procedimientos

administrativos y los trámites de rutina se encuentran compendiados en un manual que registra los principales pasos de cada circuito. En dicho compendio deben figurar por lo menos los procedimientos relacionados con las funciones enunciadas más arriba. La totalidad del personal – profesional o no profesional – tiene legajo en la oficina destinada a este fin, donde se archivan las certificaciones de cursos de capacitación realizados con anterioridad o en servicio.

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

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

Nivel 4: Existe un sistema de control de gestión.

k. Seguridad e higiene laboral (8,10)

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 (8,10)

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 esta integrado al programa de la defensa civil.

M. Garantía de calidad (8)

Nivel 1: Desarrollo actividades destinadas a evaluar la calidad de la atención. La calidad de la actuación profesional dentro del establecimiento esta garantizado por actualización periódica del currículo, registro de certificados de capacitación especializada e ingreso por selección de antecedentes.

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

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

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

4.3.5.2 Estructura física y funcional

A. Accesos (13)

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

Nivel 2: Posee accesos diferenciados para vehículos y peatones

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

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

B. Circulaciones (13)

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

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

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

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

4.3.5.3 Instalaciones

A. Sistema eléctrico (13)

Nivel 1: Cumple normas de seguridad para pacientes, personal y público. Posee sistemas alternativos de iluminación para el área crítica.

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 lo establecido por la oficina de ingeniería sanitaria de la región.

4.3.6 Estándares no obligatorios

A. Cuidados Críticos (10, 13)

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

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

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

Nivel 2: Cuenta con una UTI completamente dotada complementada con una unidad de terapia intermedia. Esta última 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, exsanguíneo – transfusión, drenaje de neumotórax y canalización de la arteria umbilical. Cuenta con equipos de luminoterapia, respiradores mecánicos, monitor transcutáneo de oxígeno.

Nivel 3: Cuenta con una unidad diferenciada y organizada en forma semi autónoma, que actúa como servicio de referencia de los establecimientos de la zona. Tiene un área de recepción, sala de espera, estación de enfermería, locales para las incubadoras, local de descanso de los médicos, lugar de descanso de las madres, depósito de insumos. Debe

contar con laboratorio de análisis clínico, banco de sangre, servicios de radiología, equipo de cirugía pediátrica, medicina nuclear.

C. Medicina Nuclear (13)

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

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

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

D. Rehabilitación (13)

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

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

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

- ✓ Fisioterapia
- ✓ Quinesioterapia
- ✓ Tratamiento de amputados
- ✓ Malformaciones
- ✓ Ejercicios terapéuticos
- ✓ Terapia ocupacional
- ✓ Médico fisiatra o médico afín

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

Es el órgano encargado de las actividades relativas a la asistencia socioeconómica a los pacientes que se encuentren dentro del régimen de internación o consulta externa y a sus

familiares. Coordina, prevé y organiza el personal y material necesarios para sus actividades específicas.

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

Nivel 2: existen normas y procedimientos escritos, revisados periódicamente

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

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

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 (13)

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 (13)

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

4.6. MORBILIDAD Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIAS.

4.6.1 Infecciones adquiridas intrahospitalariamente.

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

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

La mayoría de las IIH son endémicas y se presentan continuamente en cierto grupo de pacientes con características individuales tales como la edad, alteraciones en su mecanismo de defensa, (por su enfermedad de base o por tratamientos con inmunosupresores o immunodepresores), o procedimientos invasivos diagnósticos o terapéuticos , que los predisponen a adquirir infecciones dentro del hospital. (14,15)

Su importancia reside en que aumentan de forma considerable la morbimortalidad, el coste y la estancia hospitalaria. Los microorganismos responsables de este tipo de infecciones suelen ser diferentes y más virulentos que los implicados en las infecciones de la comunidad, siendo los más habituales los bacilos gramnegativos (sobre todo, E. coli) y los Staphylococcus (siendo muy importante el S. aureus oxacilín-resistente –SAOR–), aunque su distribución depende del tipo de infección y el área hospitalaria. Casi el 75% de estas infecciones acontecen en pacientes quirúrgicos. Por todo ello es fundamental conocer las medidas preventivas para evitar su aparición y el manejo adecuado de las mismas en caso de que se presenten. Sólo en circunstancias muy concretas (prevención de herida quirúrgica y de cuerpos extraños) la profilaxis antibiótica ha demostrado eficacia, siendo el lavado de manos del personal sanitario la medida de control de mayor eficacia. (14)

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 (14)

Desde 1992, la Sepsis ocupa en Latinoamérica una de las primeras 5 posiciones como causa de mortalidad del menor de 5 años, específicamente de lactantes. Alrededor del 50% de las muertes infantiles ocurridas durante los años 1998 y 1999 estuvieron en alguna medida relacionadas o condicionadas por la Sepsis. (14,15)

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. (16)

Mediante el Análisis Situacional se informa sobre el funcionamiento de los subsistemas de un programa y se hacen recomendaciones. (17)

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. (17)

El REM ha sido utilizado para evaluar los programas nacionales de salud en cinco países. Por ejemplo, durante la epidemia de cólera de 1991 en Guatemala, se llevó a cabo el REM para evaluar la calidad de los servicios de rehidratación oral y tratamiento. El equipo identificó las debilidades específicas, tales como errores por parte del proveedor en determinar el nivel de deshidratación de un niño y en no aconsejar a la madre sobre cómo alimentar a un niño enfermo. Como resultado, se organizó prontamente un taller de capacitación para mejorar las habilidades de los prestadores de servicios (17,4)

4.7.1 Análisis de contexto para la planificación estratégica

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

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

Desde el punto de vista metodológico, se concibe como un proceso de conocimiento, que permite el desarrollo de capacidades y destrezas para el análisis de la realidad que interesa conocer. De esta manera, se evidencia la necesidad de enfatizar en la comprensión del proceso de investigación como un todo y no sólo en el conocimiento de métodos y técnicas de recolección y análisis de la información como se ha hecho en el pasado. (4)

4.7.2 Análisis de contexto

Es un proceso permanente de análisis y explicación de los determinantes (destructivos y protectores) de la salud, que permite acercarse al conocimiento de los problemas y necesidades de salud de la población en un espacio y tiempo determinado y orientar las acciones al mejoramiento de la calidad de atención intrahospitalaria. (17)

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. (4)

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. (4,17)

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. (4,2)

4.7.4 Construcción de los problemas de salud colectiva

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

En ese ir y venir desde la observación empírica hacia y desde el marco teórico, van surgiendo los “juicios descriptivos” (el problema con sus características mas superficiales) y los “juicios problemáticos” (explicaciones preliminares del problema). (17)

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**.¹³

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

El problema de estudio, se presenta al principio con sus características más superficiales, fraccionado y sin jerarquía, aislado en factores o indicadores inconexos. Por ejemplo, “**número de trabajadores infartados**,” “**total de personas intoxicadas**” “**casos de diarrea**”. Pero el conocimiento científico no puede quedarse en la observación del fenómeno y sus indicadores manifiestos, tiene que avanzar y explicar la esencia del proceso o problema que se estudia, es decir las relaciones y determinaciones más profundas del problema. (17)

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 mas a la explicación del problema. (2)

4.8. LA SITUACIÓN DE SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

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

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

Para la OPS la búsqueda de la equidad en salud no es solamente una cuestión teórica sino un marco concreto para la cooperación con los países. Medir y monitorear las desigualdades en salud es de fundamental importancia para la toma de decisiones, pues la equidad en salud constituye un imperativo para el desarrollo económico regional. La cooperación técnica con los países debe concentrarse en la identificación de las inequidades en salud y en la definición de estrategias efectivas para reducirlas y, finalmente, eliminarlas. (4)

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. (17)

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. (17)

5. Hipótesis y Objetivos

5.1 Hipótesis

En la actualidad, la República de Guatemala, 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, morbi-mortalidad, recursos y cobertura de servicios de salud

5.2 Objetivos

5.2.1 General:

Analizar la situación de 17 hospitales de la república de Guatemala con base a información estandarizada de las variables demográficas, morbi-mortalidad recursos humanos, materiales, y cobertura, del total de pacientes egresados en el año 2004.

5.2.2 Específicos:

5.2.2.1 Identificar los recursos y cobertura del Hospital Regional de Puerto Barrios Amistad Japon Guatemala, Infantil Elisa Martinez.

5.2.2.2 Identificar las variables morbi-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.

6. DISEÑO DEL ESTUDIO

6.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo, retrospectivo

6.2 Unidad de análisis

Se analizó cada hospital incluido dentro del estudio (17 hospitales en total). La información necesaria para realizar dicho análisis se tomó de la hoja de ingreso/egreso del total de los egresos durante el año 2,004 de cada hospital además de entrevistas personales a director, administrador, jefa de enfermería.

6.3 Población

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

6.4 Definición y operacionalización de variables

(Ver cuadro 1)

CUADRO 1
Variables obtenidas de la hoja de Ingreso/egreso

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

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>ESCALA DE MEDICIÓN</u>	<u>UNIDAD DE MEDICIÓN</u>
MORBILIDAD	Magnitud con la que se presenta la enfermedad en una población en un momento determinado	Medida de frecuencia que expresa el volumen de casos mórbidos. Se tomará los diagnósticos de egresos que aparecen en la hoja de egreso.	CASOS	Razón	Número de casos por especialidad
			CAUSAS MAS FRECUENTES	Ordinal	Primera a quinta causa más frecuente
MORTALIDAD	Magnitud con la que se presenta la muerte en una población en un momento determinado	Se tomará los diagnósticos de egresos que aparecen en la hoja de egreso.			
			CAUSAS MAS FRECUENTES	Ordinal	Primera a quinta causa más frecuente

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>ESCALA DE MEDICIÓN</u>	<u>UNIDAD DE MEDICIÓN</u>
PRODUCCIÓN DE SERVICIOS	Rendimiento obtenido por medio de los recursos disponibles en un período de tiempo	<p>Indicadores de rendimiento hospitalario. Construidos a partir del número de egresos, tipo y condiciones de egreso, camas y días de estancia.</p> <p>Fórmulas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promedio de días de estancia: Total de días de estancia de todos los pacientes / No. total de egresos del mes. ▪ Días cama disponible: Número de camas instaladas x total días del período. ▪ Días cama ocupada o días paciente: No. de egresos del mes x promedio días de estancia. ▪ Índice ocupacional: Total días cama ocupada / días cama disponible x 100. ▪ Giro o rotación de camas: Número total de egresos / número total de camas <p>Acciones médicas de diagnóstico y/o tratamiento realizadas a un paciente.</p>	<p>GESTIÓN HOSPITALARIA</p> <p>PROCEDIMIENTOS</p> <p>TIPO Y CONDICIONES DE EGRESO</p>	<p>Razón</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>Número de egresos, días promedio de estancia, días cama disponible, días cama ocupada, índice ocupacional, giro o rotación de camas.</p> <p>Se tomaran los procedimientos registrados en la hoja de ingreso/egreso.</p> <p>Condiciones: Vivo (curado, mejorado, no curado, mismo estado), Muerto (con autopsia, sin autopsia), No hay dato. Tipo: Alta voluntaria, indicación médica, referido a otro servicio de salud, referido a consulta externa, no hay dato.</p>

CUADRO 2
Variables obtenidas de las entrevistas

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>ESCALA DE MEDICIÓN</u>	<u>UNIDAD DE MEDICIÓN</u>
RECURSOS	Elementos o medios con los que cuenta un hospital para cumplir con su función	Personal y áreas físicas con que cuentan los hospitales en estudio. Información que será obtenida a través de entrevistas realizadas a directores, administradores, jefas de enfermería.	HUMANOS	Razón	Número total y por turno de: médicos (especialistas, residentes, internos, externos); enfermeras (profesionales, auxiliares); técnicos, personal administrativo, de limpieza, mantenimiento, cocina, lavandería, seguridad, trabajadoras sociales, trabajadores de ciencias afines (psicólogos, nutricionistas), comité de infecciones nosocomiales.
			FÍSICOS	Nominal	Unidad de Cuidados Críticos, Neonatología, Emergencias y encamamiento general o por especialidades, Laboratorio, Diagnóstico por imágenes, Banco de Sangre, Farmacia, Archivos, Patronatos, Sala de Partos y de Operaciones, Esterilización, Cocina, Lavandería, Administración, Biblioteca, Control de residuos, disponibilidad de agua y energía eléctrica

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS	Rendimiento obtenido por medio de los recursos disponibles en un período de tiempo	Número de pacientes atendidos y camas con las que cuentan los diversos servicios médico-quirúrgicos de los hospitales en estudio.	TOTAL DE CONSULTAS	Razón	Número de pacientes atendidos por especialidad en emergencia, encamamiento, consulta externa, sala de operaciones y cuidado crítico
			ENCAMAMIENTO	Razón	Número de camas en Gineco-obstetricia, Pediatría, Cirugía, Medicina Interna.

6.5 Descripción de técnicas y procedimientos

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

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

6.6 Aspectos éticos de la investigación

Se trata de un estudio no experimental, retrospectivo, del cual no se hará mal uso ni se alterará la información obtenida. En los casos en que sea necesario, se mantendrá confidencialidad.

6.7 Alcances y limitaciones

Por medio de este estudio se realizará un análisis de la situación actual de los hospitales nacionales en base a los datos de demografía, morbi-mortalidad, recursos y coberturas, los cuales constituyen la Sala Situacional Hospitalaria. Consideramos que las limitantes para llevar a cabo este estudio pudieran ser el subregistro de información (papelería extraviada, información no descrita), renuencia a proporcionar información, letra ilegible. Dentro de los criterios de exclusión podemos mencionar:

- a. Sobres sin expediente o expediente extraviado.
- b. Expedientes sin hoja de ingreso/egreso
- c. Hoja de ingreso/egreso que no tenga los datos de fecha de ingreso, servicio de destino y condiciones de ingreso (vivo o muerto).

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

La información recaudada en la ficha de recolección de datos se procesará 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 procederá a tabular los datos en cuadros y graficas de columnas, barras, diagrama de sectores, y otros, según ameriten. Se tratará estadísticamente los datos por medio de proporciones, y razones.

7. PRESENTACION DE RESULTADOS

7.1 Descripción General Del Hospital

HOSPITAL NACIONAL AMISTAD JAPON GUATEMALA

El Hospital Nacional Amistad Japón Guatemala se encuentra ubicado en la cabecera departamental de Izabal, a 308 Km. de la ciudad capital, 3 Km. en dirección al puerto Santo Tomas de Castilla. Su cobertura designada son todos los pacientes adultos residentes en los municipios de Puerto Barrios, Morales, El Estor, Livingston y Los Amates, cubriendo además 8 distritos en su área de salud, así como un total de 671 comunidades en su área de salud. (7)

Cumple con la mayoría de los requisitos para un hospital nacional, con la excepción de que no cuenta con la especialidad de pediatría, ya que estos pacientes son atendidos en un hospital pediátrico "Elisa Martínez".

Cuenta con los servicios de Consulta Externa, Emergencia las 24 horas, Encamamiento, en las especialidades de cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Traumatología, así como Sala de Operaciones y Unidad de Cuidados intensivos. Para esto cuenta con un equipo multidisciplinario y servicios de apoyo necesarios.

7.2 Recursos

Recursos Humanos:

CUADRO 3

DISTRIBUCIÓN DE RECURSO HUMANO REPORTADO EN EL AÑO 2004

No.	TIPO DE RECURSO	TIPO DE RECURSO HUMANO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Prestación de Servicios	Medicos Especialistas	9	3.57
		Residentes	10	3.97
		Enfermeras Profesionales	19	7.54
		Auxiliares de Enfermeria	96	38.10
		Psicologos	0	0.00
2	Sistema de Apoyo	Técnicos de laboratorio	9	3.57
		Técnicos de Rayos X	4	1.59
3	Sistema Administrativo	Personal Administrativo	35	13.89
		Personal de limpieza	37	14.68
		Personal de Mantenimiento	5	1.98
		Personal de cocina	11	4.37
		Personal de lavanderia	7	2.78
		Personal de seguridad	7	2.78
		Trabajadores Sociales	2	0.79
		Nutricionistas	1	0.40
		Comité de I. Nosocomiales	0	0.00
	TOTAL		252	100.00

FUENTE: Entrevista efectuada al director del Hospital Amistad Japón Guatemala

7.2.1.1 Organización Funcional del Recurso

Del personal de prestación de servicios, los médicos especialistas trabajan en un horario regular de siete de la mañana a tres de la tarde que atienden la Consulta Externa y sus respectivos servicios. Además de ellos laboran los médicos especialistas en su último año de residencia que en el momento de la visita eran dos en el área de gineco-obstetricia, un traumatólogo y uno de anestesia.

A partir de esa hora inicia el turno el cual es cubierto por dos médicos residentes los cuales son médicos generales a cargo de la emergencia y del encamamiento y turnan cada tres días.

El personal de enfermería trabaja en tres diferentes turnos, uno de siete de la mañana a una de la tarde, el siguiente de una de la tarde a siete de la noche y el turno de noche inicia a las siete y termina a las siete de la mañana del siguiente día. En cada turno trabajan dos enfermeras profesionales y 20 auxiliares.

Los técnicos de laboratorio y de rayos X trabajan en horario regular por la mañana. En rayos X se quedan un técnico por turno cada cuatro días y en el laboratorio 2 técnicos cada turno, cada tres días.

El personal administrativo trabaja en horario de siete a tres de la tarde.

7.2.2 Recursos Físicos:

7.2.2.1 Infraestructura El Hospital cuenta con una unidad de cuidados críticos, área de neonatología, cuenta con un laboratorio, sala de diagnóstico por imágenes, banco de sangre, farmacia, archivos. Cuenta también con sala de operaciones con cuatro quirófanos habilitados, sala de partos, una sala y equipo de esterilización, cocina, lavandería, oficinas administrativas, sala de conferencias y diez clínicas de consulta externa. Cuenta con una sala de emergencia con 6 cubículos, un área de shock, en los cuales se atiende pacientes de todas las subespecialidades.

7.2.2.2 Control de residuos Para el control de residuos cuenta con un incinerador funcional, local de almacenamiento de basura, cajas de bioseguridad, bolsas de color diferenciado y guantes para el personal de limpieza.

7.2.2.3 Disponibilidad de agua Respecto a la disponibilidad de agua, este servicio es proporcionado por la municipalidad de forma interrumpida y por lo mismo el hospital cuenta con su propia cisterna con abastecimiento continuo.

7.2.2.4 Disponibilidad de energía eléctrica El servicio de energía eléctrica es proporcionado por la red pública y además cuentan con una planta propia para emergencias.

CUADRO 4

DISTRIBUCIÓN DE CAMAS POR SERVICIO DISPONIBLE

No.	SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Gineco-obstetricia	38	26.76
2	Recién Nacidos	18	12.68
3	Cirugía	22	15.49
4	Medicina Interna	37	26.06
5	Traumatología	15	10.56
6	Intensivo	6	4.23
	TOTAL	142	100

FUENTE: Entrevista efectuada al director del Hospital Amistad Japón Guatemala

7.3 PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

En las estadísticas del 2004 fueron reportados un total de 75769 pacientes atendidos en el hospital, en las diferentes áreas, de los cuales ingresaron 10315 que representa el 17.43 %. (Ver cuadro 5).

CUADRO 5

DISTRIBUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS REPORTADOS DURANTE EL AÑO 2004 POR ÁREA

No.	ÁREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Emergencia	29309	38.68
2	Encamamiento	10315	13.61
3	Consulta Externa	33281	43.92
4	Sala de Operaciones	2739	3.61
5	Cuidado Crítico	125	0.16
	TOTAL	75769	100

FUENTE: Entrevista efectuada al director del Hospital Amistad Japón Guatemala

7.3.1 Distribución de la producción de servicios de encamamiento durante el año 2004

La producción de servicios se reporta para emergencia y consulta externa solamente el servicio de medicina interna con un total de 29,309 y 33, 281 pacientes respectivamente. A encamamiento se ingresaron por medicina interna 3, 091 pacientes que es el 46% del total de ingresos.

De los pacientes atendidos en el departamento de gineco-obstetricia, no se reportan datos por emergencia, 4831 (30%) fueron ingresados al encamamiento, de

consulta externa tampoco fue reportada la cantidad. Para sala de operaciones ingresaron 1,732 que equivale al 63% del total de cirugías.

En cirugía fueron ingresados 1432 pacientes significa el 13.88%, a encamamiento, y a sala de operaciones 634 que equivale al 23% del total de cirugías.

En traumatología se ingresó a ecamamiento 961 que equivale al 9% de pacientes, con 373 (13%) cirugías.

7.3.2 Clasificación de expedientes

Al revisar el libro de ingresos y utilizando el consolidado de recolección de datos (ver anexo), se encontraron en total 10049 pacientes ingresados que se clasificaron de la siguiente manera:

CUADRO 6

CLASIFICACION DE EXPEDIENTES REGISTRADOS SEGÚN CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION EN EL AÑO 2004

No.	CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Expediente no encontrado en el momento de la visita	403	4.01
2	Expediente sin hoja de ingreso o egreso	373	3.71
3	Expediente sin fecha de ingreso o servicio de destino o condición de egreso	894	8.89
4	Caso incluido dentro del estudio e ingresado a base de datos.	8376	83.38
	TOTAL	10046	100

Fuente: Libro de ingresos 2004

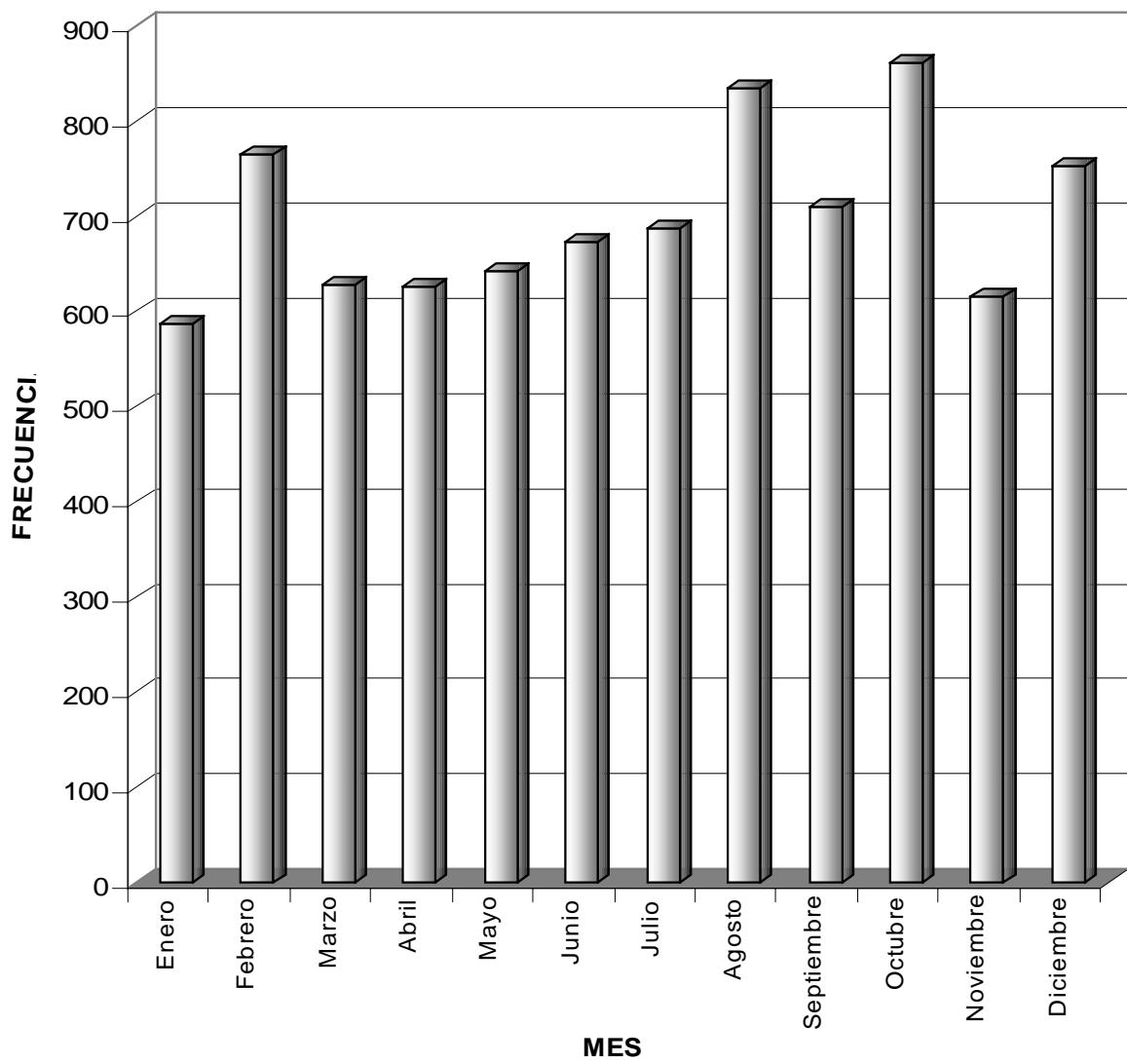
7.3 .3 Características generales demográficas de pacientes incluidos.

De los pacientes ingresados 2505 que equivale al 30 % fueron masculinos, y 5871 que equivale al 70 % son femeninos, cuyas edades comprenden desde los 14 años hasta pacientes mayores de 70 años siendo la mediana de 40 a 49 años. De ellos 3137 (37.45%) son unidos, 2617 (31.24%) son solteros, 2108 (25.17%) son casados, 424 (5.06%) no existe dato del estado civil, 64 (0.76%) viudos y 26 (0.31%) son divorciados.

La mayoría de pacientes residen en Puerto Barrios 4384 (52.34%), y le siguen los del municipio de Morales con un frecuencia de 2037 (24.32%) de Livingston son residentes 861 (10.28%) y de Los Amates se ingreso 421 (5.03%) siendo El Estor el municipio de donde menos pacientes consultan, con una frecuencia de tan solo 228 (2.72%). Se documentó que 445 (5.31%) pacientes vienen de otros lugares fuera de la cobertura asignada, tales como Petén, Cobán, Oriente, Honduras y Belice.

7.3.4 Gestión Hospitalaria

GRAFICA 2
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR MES



Fuente: Base de datos SIGSA y entrevista realizada al Director Hospital Amistad Japón Guatemala.

7.3.4.1 Días cama ocupada

Medicina Interna: 25954 días
Ginecología: 20398 días
Cirugía: 6956 días
Traumatología: 4552 días
Otros: 1478 días

7.3.4.2 Días cama disponible:

Medicina Interna: 13,505 días
Ginecología: 1,3870 días
Cirugía: 8,030 días
Traumatología: 5,475 días
Otros: 2,190 días

7.3.4.3 Promedio de días estancia

Medicina Interna: 13 días
Otros: 11 días
Cirugía 8 días
Traumatología: 7 días
Ginecología: 6 días

7.3.4.4 Giro de camas

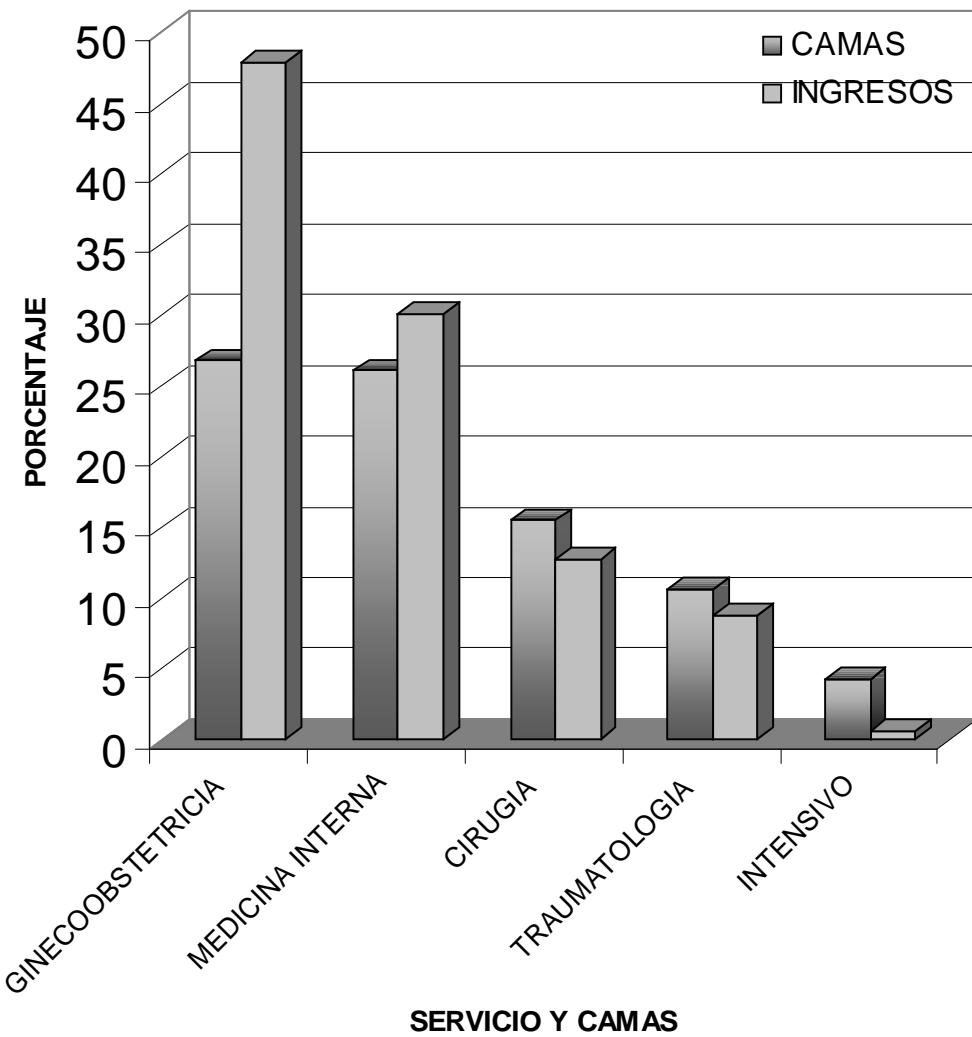
Genera: 170

7.3.4.5 Índice Ocupacional

Medicina Interna: 192 %
Ginecología: 147 %
Cirugía: 86.6 %
Traumatología: 83 %
Otros: 67 %

GRAFICA 3

RELACION DE INGRESOS Y CAMAS POR SERVICIO



Fuente: Base de datos SIGSA y entrevista realizada al Director Hospital Amistad Japón Guatemala.

CUADRO 7

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL DURANTE EL AÑO 2004

No.	ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Parto Eutósico Simple	2103	22.97
2	Parto por Cesárea	776	8.48
3	Infección del tracto urinario	421	4.6
4	Diarreas	353	3.86
5	Abortos	258	2.82
6	Celulitis y abscesos	226	2.47
7	Fracturas de miembro superior	219	2.39
8	Neumonías	203	2.22
9	Diabetes	179	1.96
10	Enfermedad Péptica	172	1.88
11	Trauma Cráneo Encefálico	156	1.70
12	Fiebre de etiología	145	1.58
13	Hipertensión Arterial	137	1.50
14	Hiperreactividad Bronquial y asma	133	1.45
15	Falso Trabajo de Parto	125	1.37
16	Amenaza de aborto	123	1.34
17	Deshidratación	123	1.34
18	Embarazo Confirmado	120	1.31
19	VIH- SIDA	114	1.25
20	Síndrome convulsivo	112	1.22
21	Insuficiencia Cardiaca Congestiva	111	1.21
22	Apendicitis	107	1.17
23	Alcoholismo	104	1.14
24	Fractura de miembro inferior	100	1.09
25	Colecistitis crónica	87	0.95
26	Heridas por Arma de Fuego	83	0.91
27	Pielonefritis	80	0.87
28	Hernia Inguinal	74	0.81
29	Politraumatismo	74	0.81
30	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	69	0.75
31	Anemias	51	0.56
32	Enfermedad Cerebro Vascular	45	0.49
33	Fiebre Tifoidea	40	0.44
34	Tumores	38	0.42
35	Accidente Ofídico	35	0.38
36	Muerte Fetal	28	0.31
37	Resto De Causas	1831	20
	TOTAL	9155	100

Fuente: Base de datos SIGSA.

CUADRO 8

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA

No.	ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	PARTO EUTOSICO SIMPLE	2115	51.21
2	CESAREA	719	17.41
3	ABORTOS	269	6.51
4	INFECCION DEL TRACTO URINARIO	120	2.91
5	FALSO TRABAJO DE PARTO	123	2.98
6	OTROS	784	18.98
	TOTAL	4130	100

Fuente: Base de datos SIGSA.

CUADRO 9

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

No.	ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	CELULITIS - ABSCESOS- ULCERAS	130	12.22
2	APENDICITIS	108	10.15
3	HERIDAS CORTOCONTUNDENTES	99	9.30
4	HERIDA POR ARMA DE FUEGO	81	7.61
5	TRAUMA DE CRANEO	81	7.61
6	ALCOHOLISMO	80	7.52
7	HERNIA INGUINAL	75	7.05
8	COLECISTITIS	72	6.77
9	TUMORES	39	3.67
10	ACCIDENTE OFIDICO	17	1.60
11	RESTO DE CAUSAS	282	26.50
	TOTAL	1064	100

Fuente: Base de datos SIGSA.

CUADRO 10
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

No.	ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	INFECCION DEL TRACTO URINARIO	367	13.00
2	DIARreas	241	8.54
3	FIEBRE DE ETIOLOGIA	184	6.52
4	NEUMONIAS	181	6.41
5	DIABETES MELLITUS	160	5.67
6	ASMA E HIPERREACTIVIDAD BRONQ.	149	5.28
7	SIDA	130	4.61
8	ENFERMEDAD PEPTICA	130	4.61
9	INSUFICIENCIA CARDIACA	111	3.93
10	CONVULSIONES	84	2.98
11	ANEMIA	80	2.83
12	CELULITIS	76	2.69
13	DESHIDRATACION - HIPOVOLEMIA	68	2.41
14	HEMORRAGIA	52	1.84
15	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	44	1.56
16	RESTO DE CAUSAS	765	27.11
	TOTAL	2822	100.00

Fuente: Base de datos SIGSA.

CUADRO 11
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
PARA EL DEPARTAMENTO DE TRAUMATOLOGIA

No.	ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	FRACTURA MIEMBRO SUPERIOR	309	42.39
2	FRACTURA MIEMBRO INFERIOR	120	16.46
3	CONTUSION	89	12.21
4	TRAUMA CRANEOCEFALICO	43	5.90
5	POLITRAUMATISMO	39	5.35
6	RESTO DE CAUSAS	129	17.70
	TOTAL	729	100.00

Fuente: Base de datos SIGSA.

7.3.6 MORTALIDAD

CUADRO 12

DISTRIBUCIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL DURANTE EL AÑO 2004

No.	CAUSAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	NEUMONIA	19	14.84
2	SEPSIS	15	11.72
3	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	15	11.72
4	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	13	10.16
5	DIABETES MELLITUS	11	8.59
6	INSUFICIENCIA CARDIACA	9	7.03
7	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	6	4.69
8	SIDA	4	3.13
9	HIPERTENSION ARTERIAL	4	3.13
10	FIEBRE DE ETIOLOGIA	4	3.13
11	RESTO DE CAUSAS	28	21.88
	TOTAL	128	100

Fuente: Base de datos SIGSA.

CUADRO 13

MORTALIDAD GENERAL POR ESPECIALIDAD DURANTE EL AÑO 2004

No.	DEPARTAMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	GINECOOBSTETRICIA	4	3.13
2	MEDICINA INTERNA	62	48.44
3	CIRUGIA	38	29.69
4	TRAUMATOLOGIA	2	1.56
5	RESTO DE CAUSAS	22	17.19
	TOTAL	128	100.00

Fuente: Base de datos SIGSA.

7.3.7 PROCEDIMIENTOS

CUADRO 14

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DURANTE EL AÑO 2004

No.	PROCEDIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	CESAREA	719	45.80
2	LEGRADOS	282	17.96
3	SUTURA	122	7.77
4	POMEROY	112	7.13
5	APENDICECTOMIA	108	6.88
6	HERNIOPLASTIA	75	4.78
7	COLECISTECTOMIA	72	4.59
8	OTROS PROCEDIMIENTOS	80	5.10
	TOTAL	1570	100.00

Fuente: Base de datos SIGSA.

7.3.8 TIPO DE EGRESO

Del total de egresos durante el año 2004, hay 128 fallecidos de los cuales solo 17 autopsias fueron reportadas. Hubo un total de 8248 egresados vivos de los cuales 42 son egresos contraindicados y 8176 indicados por alta médica por mejoría en su condición de ingreso. Hubo 30 egresos en condiciones no mejoradas que fueron traslado a otro centro asistencial.

7.4 PRESENTACION DE RESULTADOS HOSPITAL INFANTIL

ELISA MARTINEZ

7.4.1 Descripción General Del Hospital

El Hospital Nacional Infantil "Elisa Martínez" se encuentra ubicado en la cabecera departamental de Izabal, a 308 Km. de la ciudad capital. En su cobertura designada están los municipios Puerto Barrios, Morales, El Estor, Livingston y Los Amates. Presta sus servicios a una población únicamente de niños, con una edad máxima de doce años.

Cumple con la mayoría de los requisitos para un hospital de área, con la excepción de que solo cuenta con la especialidad de pediatría, en la cual incluyen cirugía y traumatología pediátrica. Para esto cuenta con un equipo multidisciplinario y servicios de apoyo necesarios.

7.4.2 Recursos

7.4.2.1 Recursos Humanos:

CUADRO 15

DISTRIBUCIÓN DE RECURSO HUMANO REPORTADO EN EL AÑO 2004

No.	TIPO DE RECURSO	TIPO DE RECURSO HUMANO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Prestación de Servicios	Medicos Especialistas	3	2.5
		Enfermeras Profesionales	6	5.08
		Auxiliares de Enfermeria	52	44.07
		Psicologos	1	0.85
2	Sistema de Apoyo	Técnicos de laboratorio	3	2.5
		Técnicos de Rayos X	3	2.5
3	Sistema Administrativo	Personal Administrativo	12	10.2
		Personal de limpieza	20	16.95
		Personal de Mantenimiento	2	1.7
		Personal de cocina	7	5.93
		Personal de lavanderia	7	5.93
		Personal de seguridad	0	0
		Trabajadores Sociales	1	0.85
		Nutricionistas	0	0
		Comité de I. Nosocomiales	1	0.85
TOTAL			118	99.91

FUENTE: Entrevista efectuada al director del Hospital Infantil Elisa Martínez

7.4.2.1.1 Organización Funcional del Recurso

Del personal de prestación de servicios, los médicos pediatras trabajan en un horario regular de siete de la mañana a tres de la tarde y a partir de esa hora inicia el turno el cual es cubierto por uno de ellos cada tres días.

El personal de enfermería trabaja en tres diferentes turnos, uno de siete de la mañana a una de la tarde, el siguiente de una de la tarde a siete de la noche y el turno de noche inicia a las siete y termina a las siete de la mañana del siguiente día. En cada turno trabaja una enfermera profesional y seis auxiliares.

Los técnicos de laboratorio y de rayos X trabajan en horario regular por la mañana y el turno lo cubre un técnico de llamada.

El personal administrativo trabaja en horario de siete a tres de la tarde.

7.4.2.2 Recursos Físicos:

El Hospital cuenta con una unidad de cuidados críticos, para neonatos y pediátricos, cuenta con un laboratorio, sala de diagnóstico por imágenes, farmacia, archivos. Cuenta también con sala de operaciones con dos quirófanos habilitados, una sala y equipo de esterilización, cocina, lavandería, oficinas administrativas, sala de conferencias y tres clínicas de consulta externa.

Para el control de residuos cuenta con un incinerador funcional, cajas de bioseguridad, bolsas de color diferenciado y guantes para el personal de limpieza. No cuentan con un local de almacenamiento de basura. Respecto a la disponibilidad de agua, este servicio es proporcionado por la municipalidad de forma interrumpida y por lo mismo el hospital cuenta con su propia cisterna con abastecimiento continuo. El servicio de energía eléctrica es proporcionado por la red pública y además cuentan con una planta propia para emergencias.

Cuenta con una sala de emergencia con dos cubículos en los cuales se atiende pacientes de todas las subespecialidades. La distribución de camas por servicio se da de la siguiente manera:

CUADRO 16

DISTRIBUCIÓN DE CAMAS POR SERVICIO DISPONIBLE

No.	SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Pediatria	50	100

FUENTE: Entrevista efectuada al director del Hospital Infantil Elisa Martínez

7.5 PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

CUADRO 17**DISTRIBUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS REPORTADOS DURANTE EL AÑO 2004 POR ÁREA**

No.	ÁREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Emergencia	17002	32.60
2	Encamamiento	2982	5.72
3	Consulta Externa	31538	60.48
4	Sala de Operaciones	439	0.84
5	Cuidado Crítico	186	0.36
	TOTAL	52147	100

FUENTE: Entrevista efectuada al director del Hospital Infantil Elisa Martínez

En las estadísticas del 2004 fueron reportados un total de 52147 pacientes atendidos en el hospital, en las diferentes áreas, de los cuales ingresaron 3607 que representa el 6.92 %. (Ver cuadro 3)

Al revisar el libro de ingresos y utilizando el consolidado de recolección de datos (ver anexo), se encontraron en total 3061 pacientes ingresados que se clasificaron de la siguiente manera:

CUADRO 18**CLASIFICACION DE EXPEDIENTES REGISTRADOS SEGÚN CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION EN EL AÑO 2004**

No.	CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Expediente no encontrado en el momento de la visita	93	3.73
2	Expediente sin hoja de ingreso o egreso	24	0.96
3	Expediente sin fecha de ingreso o servicio de destino o condición de egreso	113	4.53
4	Caso incluido dentro del estudio e ingresado a base de datos.	2262	90.77
	TOTAL	2492	100

Fuente: Libro de ingresos 2004

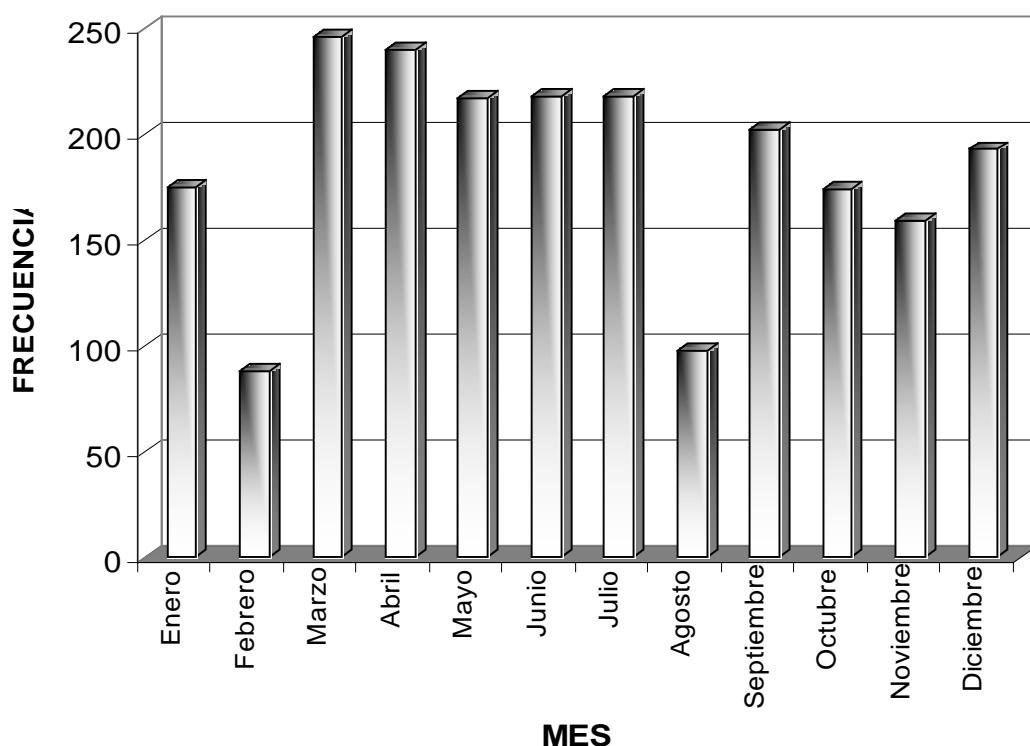
7.5.3 Características generales demográficas de pacientes incluidos.

Se encontró que un 58.84% (1331) de los pacientes es de sexo masculino, y un 41.15% (931) es de sexo femenino. Ingresando con una edad mínima de 1 día de nacido y una edad máxima de 14 años, de entre este rango la mediana de la edad es de uno a cuatro años. La mayoría de pacientes residen en Puerto Barrios (1200), y le siguen los del municipio de Morales con un frecuencia de 553, de Los Amates se ingreso menos pacientes (214) y casi de igual frecuencia de Livingston (203), siendo El Estor el municipio de donde menos pacientes consultan, con una frecuencia de tan solo 64. Se documentó que 28 pacientes vienen de otros lugares fuera de la cobertura asignada, tales como Petén, Cobán, Oriente, Honduras y Belice.

7.5.4 Gestión Hospitalaria

GRAFICA 4

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN MES DE INGRESO



Fuente: Base de datos SIGSA.

Respecto a la relación de ingresos y camas por servicio en este hospital, por ser exclusivamente de pediatría y no estar dividido por especialidades el cien por ciento de los pacientes ocuparon la totalidad de las camas existentes en el hospital.

7.5.5 MORBILIDAD

CUADRO 19

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL

No.	ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Diarreas	436	18.31
2	Neumonías	284	11.93
3	Fractura Miembro Superior	236	9.91
4	Hiperreactividad bronquial y Asma	231	9.7
5	Infección Tracto Urinario	89	3.74
6	Parasitismo Intestinal	88	3.70
7	Fractura Miembro Inferior	58	2.44
8	Septicemia	57	2.39
9	Síndrome Aspiración Masiva	51	2.14
10	Desnutrición Proteínico Calórico	50	2.1
11	Convulsiones	50	2.1
12	Sepsis bacteriana de RN	39	1.64
13	Trauma Cráneo Encefálico	38	1.6
14	Deshidratación e hipovolemia	36	1.51
15	Celulitis o abscesos	27	1.13
16	Recién Nacido Pretérmino	23	0.97
17	Amigdalitis	20	0.84
18	Anemia	18	0.75
19	Hernia Inguinal	17	0.71
20	Síndrome de disetres respiratorio	17	0.71
21	Ictericia Neonatal	14	0.59
22	Meningitis	13	0.55
23	Gastritis	13	0.55
24	Resto de causas	476	20
	TOTAL	2381	100

Fuente: Base de datos SIGSA.

7.5.6 MORTALIDAD GENERAL

CUADRO 20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL

No.	ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
-----	------------	------------	------------

1	Septicemia – Choque séptico	6	16.22
2	Neumonías y Bronconeumonías	6	16.22
3	Sepsis Bacteriana del Recién Nacido	6	16.22
4	S. Aspiración Neonatal	4	10.81
5	S. Disestres respiratorio. Recién Nacido	3	8.11
6	Enterocolitis Necrotizante	3	8.11
7	Prematurez	2	5.41
8	Hemorragia Intracraneana	2	5.41
9	Hiperreactividad Bronquial	1	2.7
10	Asfixia Peri natal	1	2.7
11	Trauma Craneoencefálico	1	2.7
12	Politraumatismo	1	2.7
13	Intox. Plaguicidas	1	2.7
	TOTAL	37	100

Fuente: Base de datos SIGSA.

7.5.7 PROCEDIMIENTOS

CUADRO 21

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DURANTE EL AÑO 2004

No.	PROCEDIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Manipulación	76	51.36
2	Osteosíntesis	16	10.82
3	Apendicectomía	13	8.78
4	Sutura	13	8.78
5	Herniplastía	9	6.09
6	Drenaje	6	4.06
7	Inmovilización	5	3.38
8	Laparotomía	3	2.04
9	Extracción Cuerpo Ext.	2	1.35
10	Postectomía	2	1.35
11	Lavado y Desbridamiento	2	1.35
12	Piloromiotomía	1	0.68
	TOTAL	148	100

Fuente: Base de datos SIGSA.

7.5.8 CONDICION Y TIPO DE EGRESO

Del total de egresos durante el año 2004, 28 fallecidos de los cuales solo una autopsia fue reportada. Hubo un total de 2234 egresados vivos, y un egreso contraindicado y 2226 indicados por alta médica por mejoría en su condición de ingreso. Hubo 7 egresos en condiciones no mejoradas que fueron traslado a otro centro asistencial.

8. ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el departamento de Izabal existe una situación especial en la que existen dos hospitales nacionales con diferentes propósitos. El Hospital Nacional de la Amistad Japón Guatemala tiene designada la atención de la población adulta y para la atención de la población pediátrica está el Hospital Infantil Elisa Martínez, lo que favorece la atención de los diferentes grupos etáreos ya que cada hospital brinda atención especializada y multidisciplinaria, contando con los recursos humanos y físicos necesarios para llevar a cabo su función.

Ambos hospitales tienen una cobertura real aumentada respecto a la designada, pues no solo atiende a la población de los municipios de Izabal, sino también llegan de departamentos vecinos, tales como Petén, Zacapa, Alta Verapaz; además de los países vecinos Honduras y Belice, así como pacientes que se encuentran de visita en el departamento, por ser éste un lugar donde se concentran grandes actividades turísticas y económicas tanto nacional como internacional.

Ambos hospitales cumplen con los requisitos necesarios para dar atención de tercer nivel y están dando un uso adecuado de todos los recursos humanos y físicos con los que cuenta el hospital.

En los recursos humanos del hospital se encontró que el mayor porcentaje (13.89) del personal pertenece al sistema administrativo y que el personal destinado a la prestación de servicios en el que el cuerpo médico lo conforma tan solo el 3.57% que corresponde a médicos especialistas y 3. 5% a médicos residentes, lo cual limita la optimización de la prestación de servicios, así, el hospital dispone de una razón de un medico por cada 19000 habitantes. (Ver cuadro 1). Una situación relevante es la falta de comité de infecciones nosocomiales.

La distribución de camas por servicio está dada la mayoría para gineco-obstetricia en un 26.76%, y la medicina interna que posee el 26.06 %, (ver cuadro 2) siendo estas dos especialidades las que más pacientes atienden que corresponden a un 77% del total de pacientes ingresados al hospital. Sin embargo como se observa en la grafica 2 en el departamento de gineco-obstetricia se ingresó mucho mas pacientes que en el de Medicina Interna, y la distribución de camas no es equitativa lo cual se puede observar en la relación camas/ingreso de pacientes que es mucho mayor el porcentaje de ingreso de pacientes respecto de las camas disponibles en cada servicio, así en la maternidad ingresa el 47% del total de pacientes del hospital y solo dispone del 26.76% de camas lo que no concuerda con los requerimientos. (Ver cuadro 2 y grafica 2).

Respecto a la producción de servicios la mayoría de pacientes son atendidos por consulta externa (43%) , y para ello el hospital dispone solo de nueve especialistas, lo que provoca saturación en las clínicas, recargo en el trabajo a los médicos, que disminuye la calidad de atención de pacientes, además de prolongar el tiempo entre citas de pacientes que necesiten seguimiento. A pesar de contar con personal limitado, tiene el necesario para funcionar en un nivel tres. (8,10).

La emergencia atiende el 38.42% de los pacientes que llega al hospital (cuadro 3) y es atendida por solo dos médicos residentes tanto en horario regular como de turno lo que provoca saturación de pacientes y cansancio en los mismos médicos que repercute

en la atención del paciente. Por sus características se ubica en un estándar de nivel dos, pues tiene a disposición especialistas de llamada en situaciones con complicaciones. (8,10).

Para recolectar la información necesaria para el análisis de la situación en salud, el hospital cuenta con una hoja que contiene datos de ingreso y egreso, diagnósticos y tratamiento; proporcionando así una base adecuada para establecer una sala situacional y permitir un análisis adecuado sin mayores limitantes. Sin embargo en su diseño no incluye datos de ocupación y etnia. Esta hoja es llenada satisfactoriamente en más del 80% de entre las revisadas (ver cuadro 4), así, de manera importante, permite ingresar la correspondiente cantidad de expedientes al estudio para el análisis de este hospital, descartando tan solo el 9% por no tener información básica y necesaria para la construcción de la sala situacional y encontrando muy pocos expedientes sin esta hoja, al igual que muy bajo porcentaje de expedientes no encontrados en el momento de la visita (cuadro 4).

La distribución de pacientes durante el año, por mes, destaca un aumento en los meses de agosto a diciembre, siendo los meses de agosto y octubre los meses en los cuales más pacientes fueron ingresados.

La morbilidad general revela una atención materno infantil muy importante, ya que esta representa el 36% de los pacientes atendidos e ingresados durante el 2004. De este departamento cabe destacar que la atención del parto eutósico simple cubre un 22.97% y parto por cesárea cubre un 8.48% de la atención materna y los abortos un 2.82%. (Ver cuadro 5). Habiendo así una razón de 3 partos por cada cesárea.

La Medicina Interna muestra un 12.22% de la morbilidad general, de las cuales la infección del tracto urinario representa el 4.6%, las diarreas el 3.86% y las neumonías un 2.22%. (Ver cuadro 5). Prevaleciendo las enfermedades infecciosas sobre las enfermedades crónicas, ya sean o no cardiovasculares. Es importante ver que entre esta morbilidad la primera de las infecciosas es la infección urinaria y que la primera causa de consulta al hospital es por razones obstétricas, y que en dicha población una infección urinaria resulta de gran riesgo y que se sabe es una de las causas de aborto o amenaza de aborto, los cuales están incluidos dentro de las primeras causas de morbilidad general. También, el que las enfermedades infecciosas estén dentro de las primeras diez causas implica una fuerte demanda de uso de antibióticos, que tiene impacto en el aspecto económico.

Las enfermedades crónicas, degenerativas, cardiovasculares no figuran entre las primeras diez pero si entre las principales causas de morbilidad, y estas mismas están entre las primeras de mortalidad, por lo que las pocas que consultan lo hacen en grados tan avanzados, que su pronóstico se precario en dicha situación

Las causas quirúrgicas representan menos ingresos al hospital, de entre estas causas están las celulitis, abscesos y ulceras tróficas representando un 12.22% del total de ingresos a dicho servicio. Apendicitis representa un 10.15%. Como tercera causa de ingresos a este servicio, están las heridas corto contundentes y por arma de fuego las que también están dentro de las primeras causas de morbilidad general, al igual que un 7.52% de pacientes con etilismo agudo lo cual provoca accidentes y trauma.

Del departamento de traumatología las fracturas representan un 58% de las consultas siendo las fracturas de miembros superiores un 42.39% del total de fracturas.

La mortalidad general presento un total de 128 decesos durante el año de los cuales un 14.84% fueron por neumonías y un 11.72 por sepsis, la mayoría de los decesos se dieron en el servicio de cuidados críticos.

De la mortalidad por servicios es la Medicina Interna la que presenta mayor porcentaje de decesos con un 48.44% seguida de la cirugía con un 29.69 %.

Cabe mencionar que el departamento de gineco obstetricia presento durante el año un 3.13% con un total de 4 muertes en el año de las cuales las 4 son debidas a procesos ginecológicos, como cáncer de mama y cáncer de cervix. No se reporto mortalidad materna.

Por el alto porcentaje de embarazos reportados el principal procedimiento es la atención del parto, seguido de cesárea con un 45.8%, legrados con un 17.96%.

Podemos observar el alto grado de embarazos que existen lo cual aumenta el riesgo abortos y legrados y las complicaciones que estos conllevan por lo que se debe tener un mayor control en los centros y puestos de salud sobre los métodos de control de natalidad.

HOSPITAL INFANTIL ELISA MARTINEZ

La cobertura real del hospital es mayor ya que atiende pacientes de los cinco municipios del departamento de Izabal y además atiende pacientes de Honduras y de Belice, así como de Zacapa y Alta Verapaz, atendiendo a los pacientes que se encuentran de visita en el departamento.

La distribución de los recursos es adecuada hacia la prestación de servicios, aunque hay limitado recurso medico especialista, y no poseen residentes que alivien el recargo de trabajo y a través de los cuales se pueda canalizar la atención de los especialistas.

La utilización de recursos esta distribuida en un 52% a la prestación de servicios, siendo las auxiliares de enfermería quienes cubren el 44.07%, los médicos especialistas el 2.5% ya que solo son tres los pediatras que cubren el hospital y realizan turnos cada tres días. No hay residentes contratados en el hospital lo que dificulta la labor de los pediatras, porque ellos se hacen cargo de la emergencia, consulta externa y de los diferentes servicios.

El equipo de apoyo con el que cuentan es bastante completo, pues esta es una ventaja del que sea un hospital infantil, pues disponen de todo este equipo solo para esta población, es decir que cuentan con de rayos X, equipo de laboratorio así como de técnicos para cada área, quirófanos, intensivo y demás descrito en cuadro 13 .

El personal administrativo representa un 10.2% y el comité de infecciones nosocomiales y el resto es personal que colabora con el mantenimiento y aseo del hospital.

En el hospital se encuentran 50 camas distribuidas en tres servicios diferentes según la edad de los pacientes y donde ingresan todas las especialidades según el motivo de consulta del paciente.

La mayoría de pacientes la maneja la consulta externa ya que atendió 31538 pacientes durante el año que es un 60.48% del total de pacientes, le sigue la emergencia con un 32.60% y el encamamiento solamente un 5.72%.

De los pacientes ingresados, son en mayor porcentaje los de sexo masculino, y teniendo una edad mediana de entre uno y cuatro años, los que es importante respecto a la causa más frecuente de enfermedad, y que vienen en su mayoría de la cabecera departamental, seguido del municipio de Morales

De este porcentaje de ingresos los meses que tuvieron más pacientes es en marzo, abril y mayo, teniendo como principales causas de consulta a las diarreas con un 18.31%, seguidas de fracturas con un 9.91%, asma e hiperreactividad bronquial con un 9.7% del total de los pacientes vistos. (Ver cuadro 17)

Las principales causas de mortalidad general es de septicemia y shock séptico, con un 16.22% al igual que neumonía y sepsis bacteriana del recién nacido.

Del total de procedimientos realizados la mayoría son de traumatología por manipulación de fracturas con un 51.36% y osteosíntesis un 10.82%. Esto indica la gran cantidad de pacientes de trauma que son atendidos solo como emergencia, manipulados e inmovilizados y que son dados de egreso el mismo día del accidente.

9. CONCLUSIONES

- 9.1 Los recursos con los que disponen los Hospitales están adecuadamente distribuidos, aunque no son los suficientes en especial en la prestación de servicios en lo que respecta al personal médico tanto especialistas como a médicos residentes ya que son muy pocos médicos contratados para la atención de la población total teniendo en cuenta que la cobertura real es mucho mayor que la designada a cada hospital ya que atienden pacientes de otros departamentos cercanos e inclusive a pacientes de Honduras y Belice. Ambos hospitales manejan un nivel aceptable para la atención de la población respecto a los estándares de calidad establecidos por la OPS.
- 9.2 El hospital posee un instrumento adecuado que proporciona los datos que se han solicitado para crear una información estandarizada, y es llenada adecuadamente en un buen porcentaje.
- 9.3 El motivo de consulta que presenta mayor frecuencia es el materno infantil, donde se puede observar un alto porcentaje de atención del parto, cesárea, y abortos, lo que indica déficit en el aspecto preventivo, (educación sexual y desarrollo de programas de planificación familiar) siendo esto atendido en su mayoría por médicos generales en los turnos. Sin embargo en el aspecto curativo, hay adecuada distribución de recursos, aun con debilidades en el recurso humano, y es importante remarcar que es una de las especialidades con la menor mortalidad y de entre la mortalidad reportada ninguna es de naturaleza materna. Con menor frecuencia se encuentran las enfermedades infecciosas tales como infecciones urinarias, diarreas y neumonías son las más frecuentes, y la última como primera causa de muerte. Los pacientes con enfermedades crónicas/degenerativas y/o cardiovasculares consultan en etapas muy avanzadas y con malos pronósticos convirtiéndolas en un importante porcentaje de mortalidad.
- 9.4 La causa de consulta mas frecuente en el Hospital Infantil son las diarreas lo que pone de manifiesto la mala higiene personal y en la preparación de los alimentos que se tiene todavía en nuestro país, ya que esto conlleva propagación de parásitos y de diferentes agentes que producen infecciones intestinales que desembocan en diarreas y sus complicaciones. El personal profesional es muy limitado para la atención de los pacientes pediátricos. Sin embargo se compensa, pues la primera causa de consulta es pertinente al área de pediatría, y la segunda con un alto porcentaje es traumatología, que son atendidos por los respectivos especialistas, lo que disminuye la carga en los tres pediatras, además de que también figura entre las primeras causas las quirúrgicas, que también son atendidas por especialistas y que de igual manera descarga un porcentaje de la atención. La mortalidad en su mayoría está dada por complicaciones infecciosas, tales como septicemia, neumonías, y algo muy importante, los neonatos, que figuran dentro de las primeras causas de mortalidad con complicaciones tales como sepsis bacteriana, síndrome de aspiración neonatal, enterocolitis necrotizante y prematurez, a pesar de que se cuenta

con un intensivo que cuenta con el equipo mínimo, pero con algunas limitantes por lo que ha habido necesidad de traslados hacia centros más especializados, y de los casos que han llegado (ver cuadro 17), solo un pequeño porcentaje fallece (ver cuadro 18), la mayoría han salido vivos, y los que lo ameritan han sido referidos.

10. RECOMENDACIONES

- 10.1 Es necesario reforzar el área de gineco-obstetricia en la consulta externa, respecto educación sexual, métodos de planificación, control prenatal. Y considerarla prioritaria en la disposición de recursos tanto físicos como humanos así como mejorar la disponibilidad de especialistas en el hospital de adultos y la de médicos residentes en el infantil, pues ambos son escasos . Incluir dentro del personal, mayor cantidad para prestación de servicios, especialmente médico y Mejorar la disposición de recursos físicos y humanos para la atención del recién nacido patológico.
- 10.2 Mantener una adecuada disponibilidad de recursos para la atención de enfermedades infecciosas y crónicas degenerativas pues son la causa de morbi-mortalidad más frecuente y que terminan necesitando cuidados intensivos o traslados.
- 10.3 Insistir en la educación de los médicos respecto al adecuado llenado de la hoja de Ingreso/Egreso sobre todo en mejorar letra, especificidad en diagnósticos y tratamiento y llenarla completamente, esto ayudara a informar diferenciadamente por especialidades el número de pacientes vistos en las diferentes áreas (encamamiento, emergencia, consulta externa, intensivo y sala de operaciones).
- 10.4 Insistir en la prevención de enfermedad diarreica sobre todo en la población infantil, así como la oportuna consulta en enfermedades respiratorias, crónicas y degenerativas.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acuña, María Cecilia: Exclusión protección social y derecho a la salud. (en línea) disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/exclus-derecho-salud-art-1aca.pdf>. 1 de Marzo de 2005.
2. Batista Moliner, Ricardo; et al. ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD: ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLOGICAS Y PRACTICAS. (CD-ROM). La Biblioteca Virtual "La Practica Social de la Salud Publica". 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 línea) disponible en: http://www.cendeisss.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 línea) disponible en: <http://www.lachsr.org/documents/analisissectorialdesaludcostaricaparteIII-ES.pdf>. 1 de Marzo de 2005.
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sala Situacional. Documento Base para su implementación y desarrollo. Guatemala: 2001. 111 p. (Programa de Desarrollo Epidemiológico).
7. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica Guatemala: 2003 (en línea) disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/cms2/docs/epi/memoria%20vigenpi%202,003.pdf>. 2 de marzo de 2005
8. Neuhauser, Duncan. Funcionamiento de las Organizaciones para la Administración de la Salud. En: Análisis de las Organizaciones de Salud. Madrid: OPS, 1987 (pp 7-19).
9. Organización Panamericana de la Salud: Indicadores de Salud: Elementos básicos para el análisis de Situación de Salud (en línea) disponible en: http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n4-indicadores.htm. 2 de Marzo de 2005.

- 10.Organización Panamericana de la Salud. Manual de Organización y Procedimientos hospitalarios. Sao Paulo: OPS, 1990. 636 p.
11. Paganini, J. M. Y R. Capote. Los Sistemas locales de Salud. Washington, D.C.: OPS , 1990. 742 p.
- 12.Paganini, J. M. Y H. de Moraes. El Hospital Público, Tendencias y Perspectivas. Washington, D. C.: OPS, 1994. 320 p.
- 13.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 Practica Social de la Salud Publica". 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/capitulo37>. 2 de Marzo de 2005.

12. ANEXOS

- 12.1 Consolidado de expedientes**
- 12.2 Instrumento de recolección de datos de expedientes clínicos.**
- 12.3 Instrumento de recolección de datos, entrevista**
- 12.4 Hoja de ingreso y egreso**

12.1 ANEXO 1
Consolidado de No. Expedientes

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

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.

12.2 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 Femenino	1 2
103	Edad	días_____ meses_____ años_____ No hay dato	99
104	Fecha de nacimiento	Día Mes Año No hay dato	99
105	Estado civil	Soltero Casado Unido Divorciado Viudo No aplica No hay dato	1 2 3 4 5 98 99
106	Ocupación	No hay dato	99
107	Etnia	Ladino Maya Garifuna Xinca No hay dato	1 2 3 4 99
108	Lugar de residencia	Depto._____ Municipio	
II. DATOS DE INGRESO			
201	Fecha	Día Mes Año No hay dato	99
202	Servicio de destino	Medicina Interna Cirugía Pediatría Gineco-obstetricia Ortopedia-Traumatología Intensivo SOP No hay dato	1 2 3 4 5 6 7 99

203	Primeras 3 impresiones clínicas	1. _____	
		2. _____	
		3. _____	
		Ilegible	R69X
		No hay dato	R69X

III. DATOS DE EGRESO

301	Fecha	Día	
		Mes	
		Año	
		No hay dato	99
302	Servicio de donde egresa	Medicina Interna Cirugía Pediatría Gineco-obstetricia Ortopedia-Traumatología Intensivo SOP No aplica=No hay datos	1 2 3 4 5 6 7 99
303	Primeros 5 diagnósticos	1. 2. 3. 4. 5. Ilegible o ausencia de dato Vivo Muerto	
304	Procedimientos	1. 2. 3. Ilegible No hay dato	77 99
305	Complicaciones	1. 2. 3. Ilegible No hay dato	77 99
306	Condiciones	Vivo Curado Mejorado No curado Mismo estado Muerto Con autopsia Sin autopsia No hay dato	1 2 3 4 5 6 7 8 99

307	Tipo	Alta voluntaria (contraindicado, fugado)	1
		Indicación médica	2
		Referido a otro servicio de salud	3
		Referido a Consulta Externa	4
		No hay dato	99

12.3 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

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

2. Físicos

201	Unidad de Cuidados Críticos	sí _____	no _____
202	Neonatología	sí _____	no _____
203	Laboratorio	sí _____	no _____
204	Diagnóstico por imágenes	sí _____	no _____
205	Banco de Sangre	sí _____	no _____
206	Farmacia	sí _____	no _____
207	Archivos	sí _____	no _____
208	Patronatos	sí _____	no _____
209	Sala de Partos	sí _____	no _____
210	Sala de Operaciones	sí _____	no _____
211	Esterilización	sí _____	no _____
212	Cocina	sí _____	no _____
213	Lavandería	sí _____	no _____
214	Administración	sí _____	no _____
215	Biblioteca	sí _____	no _____
216	Emergencia	sí _____	no _____
	216.1 General	_____	
	216.2 Pediatría	_____	
	216.3 Gineco-obstetricia	_____	
	216.4 Medicina Interna	_____	
	216.5 Cirugía	_____	
217	Encamamiento	_____	
	217.1 General	_____	
	217.2 Pediatría	_____	
	217.3 Gineco-obstetricia	_____	
	217.4 Medicina Interna	_____	
	217.5 Cirugía	_____	

3. Control de Residuos:

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

4. Disponibilidad de Agua

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

5. Disponibilidad de Energía Eléctrica

501. Red pública _____
502. Planta Propia _____

B. PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

Total de pacientes atendidos

101. Pediatría

101.1 Emergencia	_____
101.2 Encamamiento	_____
101.3 Consulta externa	_____
101.4 Sala de operaciones	_____
101.5 Cuidado crítico	_____

102. Gineco-obstetricia

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

103. Medicina Interna

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

1. Cirugía

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

2. Encamamiento

. Camas Gineco-obstetricia	_____
No. camas Pediatría	_____
No. camas Cirugía	_____
No. camas Medicina Interna	_____