

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN HOSPITALARIA
HOSPITAL NACIONAL SANTA ELENA, SANTA CRUZ DEL QUICHÉ
QUICHÉ
2004



BLANCA ROSA DÍAZ CALDERÓN
PAOLA ROSSMERY CHAY PÉREZ

MÉDICO Y CIRUJANO

Guatemala, agosto de 2005.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN HOSPITALARIA
HOSPITAL NACIONAL SANTA ELENA, SANTA CRUZ DEL QUICHÉ
QUICHÉ
2004

Tesis

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

BLANCA ROSA DÍAZ CALDERÓN
PAOLA ROSSMERY CHAY PÉREZ

Previo a conferírsele el Título de

MÉDICO Y CIRUJANO

Guatemala, agosto de 2005.



CONTENIDO

	Página
1. RESUMEN	1
2. ANÁLISIS DEL PROBLEMA	3
2.1 Antecedentes del problema	3
2.2 Definición del problema	4
2.3 Delimitación del problema	5
2.4 Planteamiento del problema	5
3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	7
3.1 Magnitud	7
3.2 Trascendencia	7
3.3 Vulnerabilidad	7
4. REVISIÓN TEÓRICA	9
4.1 Monografía	9
4.1.1 Departamento de El Quiché	9
4.1.2 Municipio de Santa Cruz del Quiché	10
4.2 Hospital Nacional “Santa Elena”	11
4.3 Sala Situacional	11
4.3.1 Concepto	11
4.3.2 Objetivos	11
4.3.2.1 General	11
4.3.2.2 Específicos	11
4.3.3 Propósito	12
4.3.4 Metodología	12
4.3.5 Productos de la sala situacional	13
4.4 Administración Hospitalaria	13
4.4.1 Definición	13
4.4.2 Funciones	14
4.4.3 Derechos y Responsabilidades de los Pacientes	14
4.4.4 Planificación y Programación de los servicios	15
4.4.5 Estándares Mínimos obligatorios	15
4.4.5.1 Organización de la Atención Médica	15
4.4.5.2 Áreas Técnicas y de Apoyo	20
4.4.5.3 Estructura Física y Funcional	25
4.4.5.4 Instalaciones	25
4.4.6 Estándares no obligatorios	26
4.5 Situación de los hospitales públicos en América Latina	28
4.6 Hospitales en Guatemala	29
4.7 Morbilidad y Mortalidad intrahospitalaria	29
4.7.1 Infecciones adquiridas intrahospitalariamente	29
4.8 Análisis situacional	30
4.8.1 Análisis de contexto para la planificación estratégica	31
4.8.2 Análisis de contexto	31
4.8.3 Los Problemas de salud como punto de partida	31
4.8.4 Construcción de los problemas de salud colectiva	32
4.9 La situación de salud en la región de las Américas	32
4.9.1 Contexto demográfico	33

5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	35
5.1 Hipótesis	35
5.2 Objetivos	35
5.2.1 General	35
5.2.2 Específicos	35
6. DISEÑO DEL ESTUDIO	37
6.1 Tipo de Estudio	37
6.2 Unidad de Análisis	37
6.3 Población	38
6.4 Definición y Operacionalización de variables	42
6.5 Descripción de Técnicas y procedimientos	42
6.6 Aspectos éticos	42
6.7 Alcances y limitaciones	42
6.8 Plan de Análisis	42
7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	43
7.1 Descripción general del hospital	43
7.1.1 Ubicación	43
7.1.2 Cobertura	43
7.1.3 Tipo de Hospital	43
7.2 Recursos	43
7.2.1 Humanos	43
7.2.1.1 Organización funcional de los recursos humanos	43
7.2.2 Físicos	44
7.3 Producción de servicios	45
7.3.1 Distribución de la producción de servicios de encamamiento	45
7.3.2 Clasificación de Expedientes	45
7.3.3 Características demográficas	46
7.3.4 Gestión hospitalaria	46
7.3.5 Morbilidad	47
7.3.6 Mortalidad	53
7.3.7 Procedimientos	53
7.3.8 Complicaciones	54
7.3.9 Tipo y condición de egreso	54
8. ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	57
9. CONCLUSIONES	61
10. RECOMENDACIONES	63
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
12. ANEXOS	67

CONTENIDO DE CUADROS

1. Variables obtenidas de la hoja de ingreso/egreso	38
2. Variables obtenidas de la hoja de la entrevista	40
3. Distribución de los recursos humanos	43
4. Distribución de camas por servicio	44
5. Distribución de la producción de servicios	45
6. Clasificación de expedientes registrados según criterios de inclusión/exclusión	45
7. Morbilidad general	48
8. Morbilidad para el departamento de Gineco-obstetricia	49
9. Morbilidad para el departamento de Pediatría	49
10. Morbilidad para el departamento de Cirugía	50
11. Morbilidad para el departamento de Medicina Interna	51
12. Morbilidad para Otros departamentos	52
13. Mortalidad general	53
14. Procedimientos realizados en pacientes egresados	54
15. Distribución de pacientes según tipo y condición de egreso	55

CONTENIDO DE GRÁFICAS

1. Sala Situacional. Fase del proceso metodológico	13
2. Distribución de pacientes según el mes de egreso	46
3. Relación de ingresos y camas por servicios	47

1. Resumen

El estudio realizado en el Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché durante mayo del 2,005 fue de tipo descriptivo, cuya población objetivo fue el total de egresos para el 2004 que ascendió a la cantidad de 7,557, de los cuales se incluyeron 6,940, ya que se encontró expedientes sin hoja de ingreso/egreso, datos ilegibles o ausentes. El objetivo general fue realizar un análisis de la situación hospitalaria basado en información obtenida de las variables demográficas, morbilidad, mortalidad y recursos. Este planteamiento se realizó bajo la premisa que en la actualidad no se cuenta con un Análisis de la Situación Hospitalaria debido a la carencia de un formato que estandarice los datos requeridos para la realización del mismo.

Los recursos humanos y físicos de este hospital cumplen los requerimientos mínimos obligatorios, habiendo necesidad de contratar médicos especialistas para atención de pacientes durante los turnos, así como mejorar la distribución de recursos físicos proporcional hacia las especialidades con mayor demanda.

Las principales causas de morbilidad encontradas fueron de atención obstétrica como partos espontáneos y cesáreas; enfermedades infecciosas como neumonías, bronconeumonías y diarreas; y fracturas. Mientras las causas de mortalidad, que afectaron principalmente al grupo infantil, fueron: neumonía, choque séptico y sepsis del recién nacido.

Para este estudio el Ministerio de Salud y Asistencia Social creó un programa computarizado para obtener la base de datos a partir de la cual se obtuvo la información para realizar el análisis de la situación hospitalaria. Se recomendó su perfeccionamiento e implementación formal en el hospital, así como la capacitación del personal para su uso y aplicación.

2. Análisis 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. (2,6,7,14)

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

A partir de 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)

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%)

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

- ✓ 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.

2.2 Definición del problema

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

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

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

Para cada uno de los niveles antes descritos existen datos en cantidad y calidad suficientes para aplicar un proceso de análisis que facilite la planificación de medidas y acciones dirigidas a la resolución de los problemas específicos encontrados en cada uno de los mismos. Para cumplir este objetivo el MSPAS ha implementado normativos y lineamientos para la construcción de la sala situacional de cada uno de los servicios de la red hospitalaria nacional, sin embargo la información que se obtiene actualmente carece de estándares adecuados y en muchos casos no se cuenta con ella de manera oportuna 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 llevó a cabo en varios hospitales de la República de Guatemala. Se incluyó a todos los pacientes egresados de los hospitales a estudio durante el 2004. De acuerdo a los intereses del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y a la capacidad de estudiantes disponibles los hospitales que se incluyeron en el estudio son (14):

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.

- *Región Norte:*
 1. Hospital Regional Dr. Antonio Penados del Barrio, San Benito (Petén)
 2. Hospital Regional de Cobán Hellen Lossi de Laugerud (Alta Verapaz)
 1. 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)

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, por lo que se plantea la siguiente interrogante:

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

3. Justificación

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 fue 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 registraron una totalidad aproximada de 166,426 pacientes egresados durante el 2004, los cuales fueron el objeto del estudio.

La mayoría de estos hospitales (7) cuenta 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 creó 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.

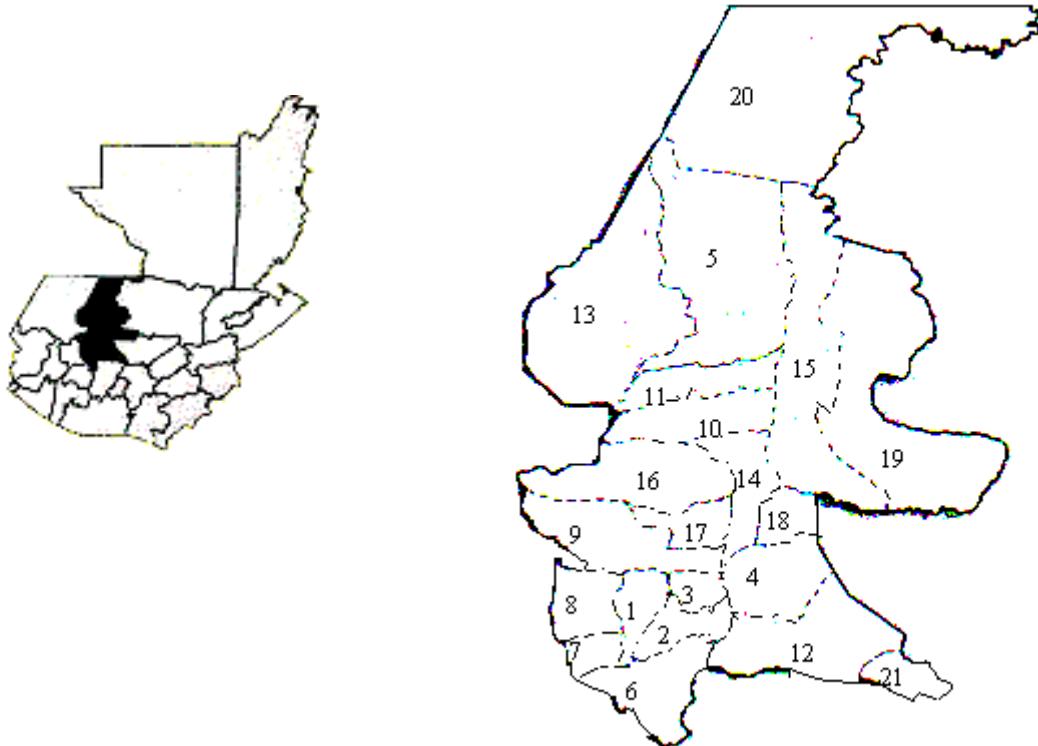
Este trabajo se realizó con el propósito de mejorar los servicios y la atención en salud para nuestra población, tomando en cuenta los problemas de salud que son el resultado directo de la situación de los servicios disponibles, la utilización y aprovechamiento de los mismos, además de la cobertura que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

4. Revisión Teórica y de Referencia

4.1. MONOGRAFÍA

4.1.1. Departamento de El Quiché

Por su tamaño es el tercero de la República, situado en la región VII o Sur-Oeste del país. Colinda al norte con México; al sur con los departamentos de Chimaltenango y Sololá; al este con los departamentos de Alta Verapaz y Baja Verapaz; y al oeste con los departamentos de Totonicapán y Huehuetenango.



Cabecera Municipal: ciudad de Santa Cruz del Quiché

Altura: oscila entre los 2,310 y 1,196 metros sobre el nivel del mar

Extensión territorial: 8,378 kilómetros cuadrados

Coordinadas: latitud 15° 02' 12" y longitud 91° 07' 00"

Población: 385,923 habitantes

Cuenta con 21 municipios que son:

1. Santa Cruz del Quiché
2. Chiché
3. Chinique
4. Zacualpa
5. Chajul
6. Chichicastenango
7. Patzité
8. San Antonio Ilotenango
9. San Pedro Jocopilas
10. Cunén
11. San Juan Cotzal
12. Joyabaj
13. Nebaj
14. San Andrés Sajcabajá
15. Uspantán
16. Sacapulas
17. San Bartolomé Jocotenango
18. Canillá
19. Chicamán
20. Ixcán
21. Pachalum

Idioma: Se hablan el K'iché y español predominantemente, aunque también se conoce el uspanteco (Uspantán), sacapulteco (Sacapulas), ixil (Nebaj, Chajul y San Juan Cotzal) y Quekchí (sur del Quiché).

Topografía: El territorio es montañoso, exhibe una amplia gama de paisajes y ecosistemas. En su suelo extenso se ubica el río Motagua y Chixoy, ampliamente reconocidos en la hidrografía universal.

Vías de comunicación: La principal está constituida por la ruta nacional No. 15, que atraviesa Chichicastenango, Santa Cruz del Quiché, San Pedro Jocopilas, Sacapulas y Cunén, llegando hasta Chajul, esta se desprende de la Carretera Interamericana CA-1 en la aldea Los Encuentros, municipio de Sololá. Así también la carretera 7W, que se origina en el departamento de Alta Verapaz, cruza El Quiché aproximadamente de este a oeste y termina en el departamento de Huehuetenango. Cuenta también con varias carreteras departamentales y municipales que unen a sus municipios entre si.

Economía: La agricultura es uno de los principales renglones económicos, pues la variedad de climas contribuye a que su producción sea variada y abundante, siendo sus principales artículos: Maíz, trigo, frijol, patatas, habas, arvejas y en menor escala café, caña de azúcar, arroz y tabaco. También existen grandes bosques donde abundan maderas preciosas. Así también contribuyen a la actividad económica:

- Crianza de ganado vacuno, caballar, lanar y caprino, especialmente en Santa Cruz Quiché, Nebaj, San Juan Cotzal, Chajul y Uspantán.
- Producción de sal gema o de piedra, la cual se extrae de las minas de Sacapulas. Se conoce que su subsuelo es rico en minerales, conociéndose minas de hierro, plata, mármoles, plomo etc.
- Producción artesanal; sobresale la elaboración de telas tradicionales de algodón tejidas en telares de cintura, mientras que las de lana se hacen en telares de pie y las piezas pequeñas como morrales, bolsas y gorras, son tejidas a mano, con aguja. Otra artesanía importante es la elaboración de sombreros de palma de alta calidad, también elaboran instrumentos musicales, cohetería, cerámica tradicional, artículos de cuero, cestería, jarcia, muebles de madera y tallado de máscaras.

Clima: Muy variable predominando el frío y el templado, aunque hay algunas zonas de clima cálido.

4.1.2. Municipio de Santa Cruz del Quiché

Esta ciudad es la cabecera departamental y municipal, con una extensión territorial de 112.26 kilómetros cuadrados, encontrándose a una altura de 2,021 metros sobre el nivel del mar, por lo que su clima es frío.

Limita al norte con San Pedro Jocopilas y San Andrés Semetabaj; al este con Chinique y Chiché; al sur con Chichicastenango y al oeste con Patzité y San Antonio Ilotenango, todos del departamento del Quiché.

Su división Político-Administrativa está dada en 1 Ciudad, 5 aldeas y 55 caseríos. Su número de habitantes es de 38,349, siendo el dialecto indígena predominante el K'iche'.

Los servicios públicos con los que se cuenta en este municipio incluyen: Hospital Nacional "Santa Elena", centros de salud, edificio para la gobernación y Municipalidad, dos iglesias católicas, servicio de buses extraurbanos, hoteles y hospedajes, escuelas e institutos de educación media, energía eléctrica, agua potable, drenajes, correos, telégrafos y teléfono, edificio de mercado, radiodifusoras, agencias bancarias, tiendas y almacenes, etc.

La producción agropecuaria del lugar incluye: Maíz, frijol, trigo, pino, ciprés y caoba, así como frutas del clima como manzana, ciruela, pera, etc.

4.2. HOSPITAL NACIONAL “SANTA ELENA”

Se encuentra ubicado en la ciudad de Santa Cruz del Quiché, cabecera municipal de El Quiché y constituye el hospital de referencia para los 3 hospitales distritales del departamento localizados en Nebaj, Uspantán y Joyabaj. Su actual director es el *Doctor Constantino Sánchez Montoya*.

El hospital cuenta con Comité de Vigilancia Epidemiológica, no así con Médico Epidemiólogo.

La *Sala Situacional General Hospitalaria*, localizada en la dirección del hospital, fue iniciada hace 1 año, se realiza en base a datos de producción y morbi-mortalidad, siendo el departamento de estadística el encargado de su actualización y análisis.

Dentro del equipo administrativo del hospital se encuentran:

Jefe de estadística: Licenciada Francisca León
Jefe de Recursos Humanos: Licenciada Madelin Sanchez
Jefe de enfermería: Fredy Mendoza

4.3. SALA SITUACIONAL

4.3.1 Concepto:

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

4.3.2 Objetivos:

4.3.2.1 General:

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

4.3.2.2 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.

4.3.3 Propósito:

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

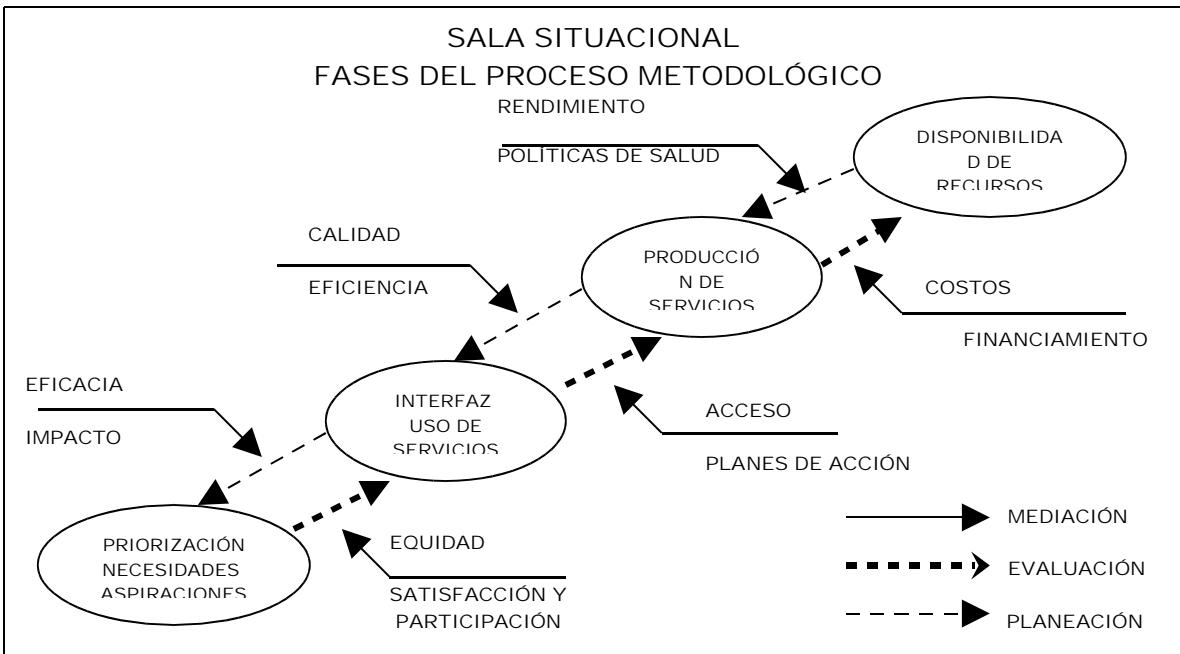
4.3.4 Metodología:

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:

- 4.3.4.1 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.
- 4.3.4.2 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.
- 4.3.4.3 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. (6,14)



FUENTE: Sala Situacional. MSPAS. 2001.

Gráfica 1

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

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

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

4.4. 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.

4.4.1 Definición:

Se considera Hospital todo establecimiento (independientemente de su denominación) dedicado a la atención médica, en forma ambulatoria y por medio de la internación, sea de dependencia estatal, privada o de la Seguridad Social; de alta o baja complejidad; con fines de

lucro o sin él, declarados en sus objetivos institucionales; abierto a toda la comunidad de su área de influencia o circunscrita su admisión a un sector de ella. (12,13)

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

4.4.2 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. (12,13)

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

4.4.3 Derechos y Responsabilidades de los Pacientes:

4.4.3.1 Derechos de los Pacientes (13)

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

4.4.3.2 Responsabilidades de los Pacientes: (13)

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

4.4.4 Planificación y Programación de los Servicios de Salud

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

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

El Programa de Recursos Humanos debe cumplir distintas instancias que aseguren que la ejecución del proyecto, en obra física y equipamiento, se acompañe con la incorporación progresiva del personal necesario para la puesta en operación de la unidad. La definición de los puestos de trabajo es necesaria para la selección, capacitación, supervisión y evaluación del personal. Dicho personal debe estar seleccionado y organizado en equipos de trabajo y se les debe dar orientación y adiestramiento. (11)

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

4.4.5 Estándares mínimos obligatorios

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

4.4.5.1Organización 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)

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

Nivel 1: Posee una dirección médica que conduce a la atención y asume su responsabilidad, así como su supervisión. La continuidad está basada en los médicos de guardia disponibles las 24 horas del día todos los días. Cuenta con profesionales específicamente encargados del seguimiento de los internados, con recorrida diaria de sala.

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

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

B. Derivaciones o Referencias: (10,13)

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

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

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

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

C. Consultorios Externos (10,13)

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

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

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

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

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

D. Urgencias (10,13)

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

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

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

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

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

E. Laboratorios (10,13)

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

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

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

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

F. Diagnóstico por imágenes (10,13)

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

Se consideran comprendidos bajo este título, los siguientes procedimientos:

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

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

Nivel 2: Puede efectuar estudios radiológicos contrastados por 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 radiológicos portátiles para estudios en las alas o quirófanos. Cuenta con personal y equipo auxiliar necesario para realizar procedimientos invasivos bajo control radioscópico o ecográfico.

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

G. **Hemoterapia** (10,13)

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

Nivel 1: Cuenta con un servicio disponibles cercana , del que obtiene sangre certificada en un plazo no mayor de una hora, que cumple con las normas de control de enfermedades transmisibles. Existe una relación formal entre el servicio y el establecimiento. Cuenta con expansores de volumen. Deberá contar con los medios para realizar las pruebas inmunohematológicas obligatorias: grupo y factor Rh en el receptor, grupo y factor Rh en el dador, pruebas de compatibilidad.

Nivel 2: Tiene un local exclusivo destinado a este fin, que cumple con las normas para servicio de Hemoterapia. El servicio está a cargo de un médico especialista en Hemoterapia. Dichas normas indican que en toda unidad trasfusional deben realizarse las siguientes pruebas serológicas: Agrupamientos, Du, genotipo, 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 normados 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

H. **Atención de nacimiento** (10,13)

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

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

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

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

I. Área Quirúrgica (10,13)

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

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

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

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

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

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

J. Anestesiología (10,13)

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

Nivel 1: Los anestesista 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

K. Control de infecciones hospitalarias (13)

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

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

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

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

4.4.5.2 Áreas técnicas y de apoyo

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

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

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

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

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

B. Lavandería (10,13)

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

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

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

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

C. Limpieza (13)

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

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

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

D. **Esterilización** (10,13)

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

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

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

Nivel 3: El personal cuenta con capacitación específica

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

E. **Dispensa de medicamentos** (10,13)

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

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

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

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

Nivel 4: Cuenta con un Comité de Fármaco – Vigilancia

F. **Enfermería** (10,13)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nivel 2: Existe supervisión de HC.

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

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

H. Estadísticas (10,13)

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

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

Nivel 3: Las internaciones se hallan clasificadas por patologías.

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

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

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

I. Gobierno hospitalario (13)

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

Nivel 1: Institución conducida por un director. El director permanece un tiempo mínimo de seis horas 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 auditoría interna dependientes de Directorios. Se elaboran estados financieros anuales y se publica una memoria anual con dictamen de auditoría.

J. Administración (10,13)

Nivel 1: Existe un responsable del área administrativa. Hay registro de certificaciones del personal profesional- Cuenta con un manual de procedimientos administrativos y legajo de todos los agentes que incluye la certificación de capacitación. El establecimiento cuenta con por lo menos una persona que tiene a su cargo la adquisición, distribución y control de los insumos y recursos materiales durables, los registros, liquidación de haberes y 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 deber ser profesional. Existe un Área de Personal y un Área contable

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

Nivel 4: Existe un sistema de control de gestión.

K. Seguridad e higiene laboral (10,13)

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

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

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

L. Seguridad General (10,13)

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

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

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

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

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

M. Garantía de calidad (13)

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

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

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

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

4.4.5.3 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.

4.4.5.4 Instalaciones

A. Sistema eléctrico (13)

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

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

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

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

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

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

Nivel 3: Existe mantenimiento preventivo de todas las instalaciones sanitarias. 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.

B. 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.

4.4.6Estándares 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 con:

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

Nivel 2: Cuenta con una UTI completamente dotada complementada con una unidad de terapia intermedia. Esta última esta destinada a pacientes que requieren cuidados constantes y permanentes de enfermería, que no pueden ser brindados en la internación general. Deberá contar con 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, exanguineo – transfusión, drenaje de neumotorax y canalización

de la arteria umbilical. Cuenta con equipos de luminoterapia, respiradores mecánicos, monitor transcutáneo de oxígeno.

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

C. Medicina Nuclear (13)

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

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

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

D. Rehabilitación (13)

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

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

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

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

E. Servicio Social (10,13)

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

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

Nivel 2: existen normas y procedimientos escritos, revisados periódicamente

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

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

F. **Biblioteca (13)**

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

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

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

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

4.5. **SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS EN AMÉRICA LATINA (12)**

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

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

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

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

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

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

Reconociendo la existencia de una crisis hospitalaria que afecta a los hospitales en sus diversas realidades, debe tomarse esta como una oportunidad para la reflexión, la definición e implementación de los cambios necesarios, estos cambios deben ser evolutivos, promoviendo la

transformación y modernización de los servicios de salud, permitiendo la iniciativa creadora, y responsables de grupos de personas comprometidas con la población a servir. De esta forma, la introducción de esos cambios, hará realidad un mejoramiento en la gestión de los hospitales públicos y permitirá una mejor integración con el sector privado.

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

4.6. HOSPITALES EN GUATEMALA (12)

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

4.7. MORBILIDAD Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIAS.

4.7.1 Infecciones adquiridas intrahospitalariamente.

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

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

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

Su importancia reside en que aumentan de forma considerable la morbi-mortalidad, el coste y la estancia hospitalaria. Los microorganismos responsables de este tipo de infecciones suelen ser diferentes y más virulentos que los implicados en las infecciones de la comunidad, siendo los más habituales los bacilos gramnegativos (sobre todo, E. coli) y los Staphylococcus (siendo muy importante el S. aureus oxacilín-resistente –SAOR–), aunque su distribución depende del tipo de infección y el área hospitalaria. Casi el 75% de estas infecciones acontecen en pacientes quirúrgicos. Por todo ello es fundamental conocer las medidas preventivas para evitar

su aparición y el manejo adecuado de las mismas en caso de que se presenten. Sólo en circunstancias muy concretas (prevención de herida quirúrgica y de cuerpos extraños) la profilaxis antibiótica ha demostrado eficacia, siendo el lavado de manos del personal sanitario la medida de control de mayor eficacia. (3)

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

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

4.8. 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.

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

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

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

4.8.1 Análisis de contexto para la planificación estratégica

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

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

Desde el punto de vista metodológico, se concibe como un proceso de conocimiento, que permite el desarrollo de capacidades y destrezas para el análisis de la realidad que interesa conocer. De esta manera, se evidencia la necesidad de enfatizar en la comprensión del proceso de investigación como un todo y no sólo en el conocimiento de métodos y técnicas de recolección y análisis de la información como se ha hecho en el pasado. (5)

4.8.2 Análisis de contexto

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

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

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

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

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

4.8.4 Construcción de los problemas de salud colectiva

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

En ese ir y venir desde la observación empírica hacia y desde el marco teórico, van surgiendo los “juicios descriptivos” (el problema con sus características más superficiales) y los “juicios problemáticos” (explicaciones preliminares del problema). (9)

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

Los juicios problemáticos son los POR QUÉ, las preguntas y respuestas, sobre esas calidades y cantidades, que permiten empezar a reconocer las más profundas relaciones y determinaciones de acuerdo con el marco teórico. (12)

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

Para lograrlo, a partir de esos indicadores manifiestos 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. (4)

4.9.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. (5)

Disminuir las desigualdades y hacer realidad la meta de salud para todos en el mediano plazo constituye un desafío para los Gobiernos, la OMS, la OPS y otros organismos que actúan en este campo. La búsqueda de la equidad en salud es fundamental en la Región de las Américas, en particular en América Latina y el Caribe, que tienen la distribución del ingreso más inequitativa del mundo. (5)

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

4.9.1 Contexto demográfico

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

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

5. Hipótesis y Objetivos

5.1 Hipótesis

En la actualidad, 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 2004.

5.2.2 Específicos:

5.2.1 Identificar los recursos y cobertura del Hospital de Santa Cruz del Quiché.

5.2.2 Identificar las variables morbilidad, mortalidad y demográficos de los pacientes egresados durante el 2004 del Hospital de Santa Cruz del Quiché.

5.2.3 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

Analítico.

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 de los registros médicos de cada hospital además de entrevistas personales a Director, Administrador, Jefe de enfermería.

6.3. Población

Total de egresos del Hospital de Santa Cruz del Quiché durante el 2004 (aproximadamente 7,557 egresos).

6.4. Definición y operacionalización de variables

Cuadro 1
Variables obtenidas de la hoja de Ingreso/egreso

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

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

Cuadro 2
Variables obtenidas de la hoja de la entrevista

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
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>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>GESTIÓN HOSPITALARIA</p> <p>PROCEDIMIENTOS</p> <p>TIPO Y CONDICIONES DE EGRESO</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Razón</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> </div> </div>	<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>	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
RECURSOS	Elementos o medios con los que cuenta un hospital para cumplir con su función	<p>Personal y áreas físicas con que cuentan los hospitales en estudio.</p> <p>Información que será obtenida a través de entrevistas realizadas a directores, administradores, jefas de enfermería.</p>	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 periodo de tiempo	Número de pacientes atendidos y camas con las que cuentan los diversos servicios médico-quirúrgicos de los hospitales en estudio.	TOTAL DE CÓNSULTAS	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.Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados

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

Procedimiento: Se utilizó una hoja de recolección de datos y/o una base de datos computarizada, en la cual se incluyeron las distintas variables a evaluar. Se hizo 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 trató de un estudio observacional, del cual no se hizo mal uso ni se alteró la información obtenida. En los casos en que fue necesario, se mantuvo confidencialidad.

6.7 Alcances y limitaciones de la investigación

Por medio de este estudio se realizó un análisis de la situación actual de los hospitales nacionales en base a los datos de demografía, morbi-mortalidad, recursos y coberturas, los cuales constituyen la Sala Situacional Hospitalaria. Consideramos que las limitantes para llevar a cabo este estudio fueron el subregistro de información por expedientes no encontrados al momento del estudio, hojas de ingreso/egreso llenadas incorrectamente o no llenadas, datos mal descritos o ilegibles, el uso de siglas en los diagnósticos de ingreso/egreso y la limitación de horario para revisión de expedientes.

Dentro de los criterios de exclusión podemos mencionar:

- 6.7.1 Sobres sin expediente o expediente no encontrado al momento del estudio.
- 6.7.2 Expedientes sin hoja de ingreso/egreso
- 6.7.3 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 y tratamiento estadístico de datos

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

7. Presentación de Resultados

7.1. Descripción general del Hospital

- 7.1.1. **Ubicación:** el Hospital Nacional “Santa Elena” se encuentra ubicado en la zona 3 de Santa Cruz del Quiché, cabecera departamental de El Quiché, a 165 kilómetros de la ciudad capital.
- 7.1.2. **Cobertura:** el área de influencia de este hospital está constituida por los 21 municipios del departamento de El Quiché. Constituye el Hospital de Referencia para los Hospitales Distritales de Joyabaj, Nebaj y Uspantán.
- 7.1.3. **Tipo de Hospital:** es un hospital de Área, Departamental, del nivel II.

7.2. Recursos

- 7.2.1. **Humanos:** El total de personal laborando en este hospital está constituido por 305 personas distribuidos en un 57.4% para la *prestación de servicios*, 34.5% como *personal de apoyo* y el 8.2% es *personal administrativo*.

Cuadro 3
Distribución de los Recursos Humanos
Encontrados en el 2004

Categoría de personal	Tipo de personal	Frecuencia	Porcentaje
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Médicos Especialistas	22	7.21
	Médicos en Ejercicio Profesional Supervisado de Especialidades	5	1.64
	Médicos Internos ⁴	5	1.64
	Médicos de la Cooperación cubana	5	1.64
	Enfermeras Profesionales	33	10.82
	Enfermeras Auxiliares	105	34.43
PERSONAL DE APOYO	Técnicos de laboratorio	11	3.61
	Técnicos de radiología	7	2.30
	Nutricionista	1	0.33
	Trabajador Social	2	0.66
	Colaboradores del Comité de Infecciones Nosocomiales	5	1.64
	Limpieza	32	10.49
	Lavandería	11	3.61
	Mantenimiento	11	3.61
	Seguridad	13	4.26
	Cocina	12	3.93
PERSONAL ADMINISTRATIVO		25	8.20
TOTAL		305	100.02

FUENTE: Instrumento de Recolección de Datos (Anexo 3), Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché.

- 7.2.1.1. **Organización Funcional de Recursos Humanos de Prestación de Servicios:** los médicos especialistas se encuentran distribuidos en 3 turnos para cubrir las 24 horas del día, encontrándose por la mañana 16 médicos que prestan servicio en consulta externa y encamamiento; por la tarde 10 médicos para los mismos servicios y por la noche 2

⁴ Esta clasificación corresponde a estudiantes de nacionalidad guatemalteca de la Facultad de Medicina de Cuba y realizan práctica médica en este Hospital durante un año.

o 3 médicos para todo el Hospital. Los médicos cubanos y los internos se encuentran trabajando 5 días a la semana en horario de oficina.

El personal de enfermería está organizado en 3 turnos cada día: durante la mañana se encuentran 9 enfermeras graduadas y 23 auxiliares; por la tarde son 2 graduadas y 19 auxiliares y durante la noche 1 graduada y 11 auxiliares, para todos los servicios del hospital.

7.2.2. Físicos

El Hospital cuenta con un área de Cuidados Críticos con 4 camas para adultos y 2 cubículos para niños.

Así también presta servicio de laboratorio, diagnóstico por imágenes con rayos X, banco de sangre y farmacia.

Para la atención del parto y nacimiento encontramos 1 sala de partos, 2 paritorios y 3 camas destinadas para pacientes en trabajo de parto, las cuales no se encuentran en Área Verde.

Cuenta con 5 salas de operaciones funcionales y 1 que se utiliza como bodega. También posee área de esterilización.

Existe además un área destinada para oficinas administrativas, biblioteca y para el funcionamiento del hospital un área de cocina y una de lavandería.

El servicio de Emergencia cuenta con tres área destinadas para la atención de Pediatría, Gineco-obstetricia y Adultos, esta última cubriendo Medicina Interna y Cirugía.

Cuadro 4

Distribución de Camas por Servicio, 2004

Especialidad	Número	Porcentaje
Cirugía	35	29.92
Medicina Interna	30	25.64
Pediatría	27	23.07
Gineco-obstetricia	15	12.82
Otros ⁵	10	8.55
TOTAL	117	100

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché.

El control de residuos dentro del Hospital se realiza mediante el uso de cajas de bioseguridad o contenedores, así como bolsas de color diferenciado y el uso de guantes por parte del personal; carecen de un local para almacenamiento de la basura y el incinerador no se encuentra funcionando, por lo que se incineran en una fosa provisional destinada para ese objetivo.

La disponibilidad de agua depende de dos pozos propios que funcionan cada uno con bomba eléctrica de elevación hacia 2 cisternas y 1 tanque aéreo por gravedad en donde se almacena.

El servicio eléctrico de las instalaciones se encuentra abastecido por la red de pública, cuentan con transformador y una planta de emergencia.

⁵ En esta clasificación están incluidas las camas disponibles en las áreas de Observación y Cuidados Críticos para adultos y niños.

7.3. Producción de Servicios

Cuadro 5
Distribución de la Producción de Servicios por Área, 2004

Área	Frecuencia	Porcentaje
Emergencia ⁶	18,369	35.37
Consulta Externa	22,674	43.65
Procedimientos quirúrgicos	2,639	5.08
Encamamiento	7,681	14.79
Cuidado crítico	575	1.11
TOTAL	51,938	100

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché.

Del total de consultas externas vistas en el Hospital, el 64.01% fueron primeras consultas y el 35.99% reconsultas.

El 46.78% de los procedimientos quirúrgicos realizados pertenecen al departamento de Cirugía, el 41.43% a Gineco-obstetricia y el 11.79% restante a Pediatría.

Los pacientes ingresados al área de cuidados críticos estaban distribuidos en un 61.04% para Pediatría, 17.04% para Medicina Interna, 16.01% para Cirugía y el 5.91% para Gineco-Obstetricia.

7.3.1 Distribución de la producción de servicios de encamamiento:

Del total de ingresos/egresos al encamamiento reportados para el 2004, el 35% corresponde al servicio de Gineco-obstetricia, siguiéndole el de Cirugía con el 24%, luego Pediatría con 18%, Medicina Interna con 16% y Otros con 7%.

7.3.2 Clasificación de expedientes

Utilizando el instrumento “Consolidado de No de Expedientes” (anexo 1) se encontraron 7,557 ingresos/egresos incluidos en el listado del 2004, proporcionado por el Departamento de Estadística de este Hospital, de los cuales se incluyeron 6,940 expedientes luego de aplicar los criterios de inclusión/exclusión del estudio.

Cuadro 6
Clasificación de Expedientes Registrados según
Criterios de Inclusión/Exclusión, 2004

Categorías de inclusión/exclusión	Frecuencia	Porcentaje
Expediente no encontrado al momento de la visita	409	5.41
Expediente sin hoja de ingreso/egreso	119	1.57
Expediente sin fecha de ingreso o servicio destino o condición de egreso	43	0.57
Expediente excluido por otras razones	46	0.61
Expediente incluido dentro del estudio	6940	91.84
TOTAL	7557	100

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché y Consolidado de No de expedientes (anexo 1).

⁶ El reporte de emergencias atendidas en el Hospital de Santa Cruz del Quiché no se encuentra desglosado por Departamentos.

7.3.3 Características Demográficas de los Pacientes Incluidos en el Estudio

Del total de egresos registrados para el 2,004, el 63.05% correspondió al sexo femenino y el 36.95% restante al masculino.

Los resultados por grupos de edades fueron de 5.47% para menores de 1 mes, 4.53% de 1 mes a 1 año, 7.42% de 1 a 4 años, 5.12% de 5 a 9 años, 4.42% de 10 a 14 años, 12.52% de 15 a 19 años, 13.95% de 20 a 24 años, 39.00% de 25 a 59 años y 7.57% para mayores de 60 años.

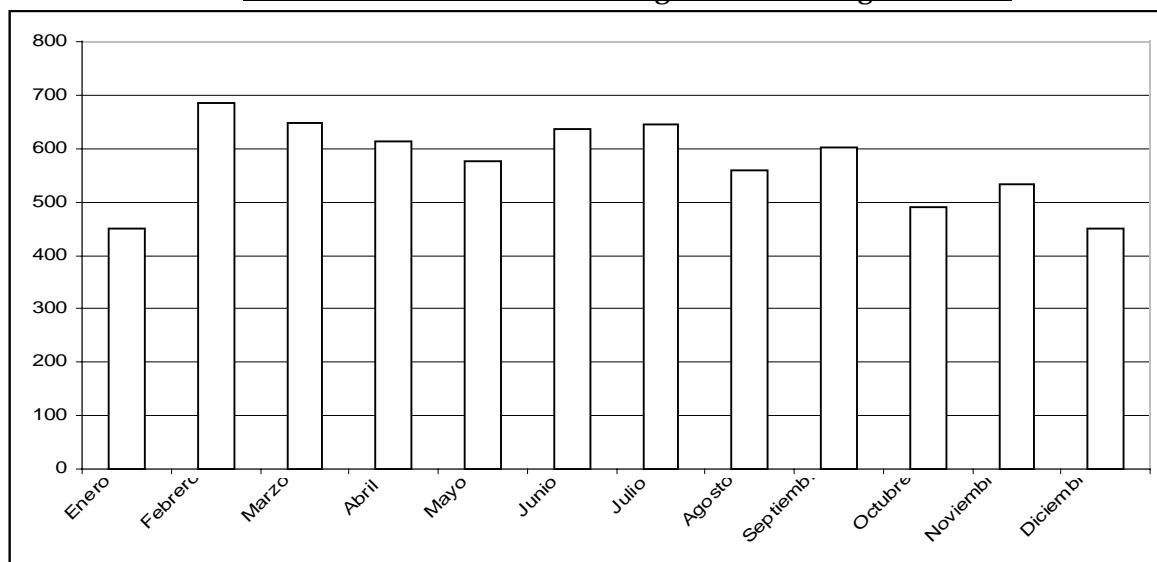
La distribución de los pacientes según su estado civil fue de 33.92% casado, 19.51% unido, 11.97% soltero, 2.19% viudo y 0.41% divorciado y en 32% no hay dato.

Las 5 principales ocupaciones de la población atendida por el Hospital fueron oficios domésticos en 46.50%, no aplicó el 24.45%⁷, agricultura 8.98%, estudiantes 5.03% y no hay dato para el 3.95% de los casos.

Del total de pacientes registrados para este Hospital, el 93.63% residen en el departamento de El Quiché, siendo su distribución por municipio en orden descendente: Santa Cruz del Quiché con 41.18%, Chichicastenango 11.90%, Sacapulas 5.88%, San Pedro Jocopilas 5.51%, San Andrés Sajcabajá 5.17%, Joyabaj 4.08%, San Antonio Ilotenango 3.97%, Chinique 3.88%, Chiché 3.74%, Canillá 2.66%, Nebaj 2.15%, Zacualpa, Uspantán, Cunén, San Bartolomé, San Juan Cotzal, Chicamán, Pachalum, Ixcán, Chajul. Esta hospital también atiende personas de otros departamentos del país, como lo son: Totonicapán (Santa Lucía La Reforma, Totonicapán, Santa María, San Bartolo, San Cristóbal y Momostenango), Guatemala (Ciudad Capital, San Juan Sacatepequez, Villa Canales, Villa Nueva, San José Pinula y San Pedro Sacatepequez), Sololá (San Lucas Tolimán, Sololá, San Pedro La Laguna, Nahualá y Panajachel), Huehuetenango (Huehuetenango, Aguacatán, Jacaltenango y La Democracia), Baja Verapaz (Cubulco y Salamá), Quetzaltenango (Quetzaltenango, Cantel, Salcajá y Coatepeque), Chimaltenango (Chimaltenango, Comalapa, San José Poaquil, San Martín Jilotepeque y Tecpán), Suchitepequez (Patulul y Mazatenango), San Marcos (San Marcos y San José Ojetenam), Sacatepequez (Jocotenango y Sumpango), Escuintla (Iztapa y Santa Lucía Cotzumalguapa), Petén (Flores y Poptún), Santa Cruz Alta Verapaz, Guastatoya y Zacapa.

7.3.4 Gestión Hospitalaria

Gráfica 2
Distribución de los Pacientes Según el mes de Egreso, 2004



FUENTE: Instrumento de recolección de datos (anexo 2), Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché.

⁷ Esta clasificación fue utilizada para la población pediátrica.

El promedio de días de estancia hospitalaria en general para el 2004 fue de 30, distribuidos por especialidad en 1 día para Gineco-obstetricia, 3 para Pediatría, 4 días para Medicina Interna, 4.5 para Cirugía y 6.5 días para Cuidados Críticos y Observación.

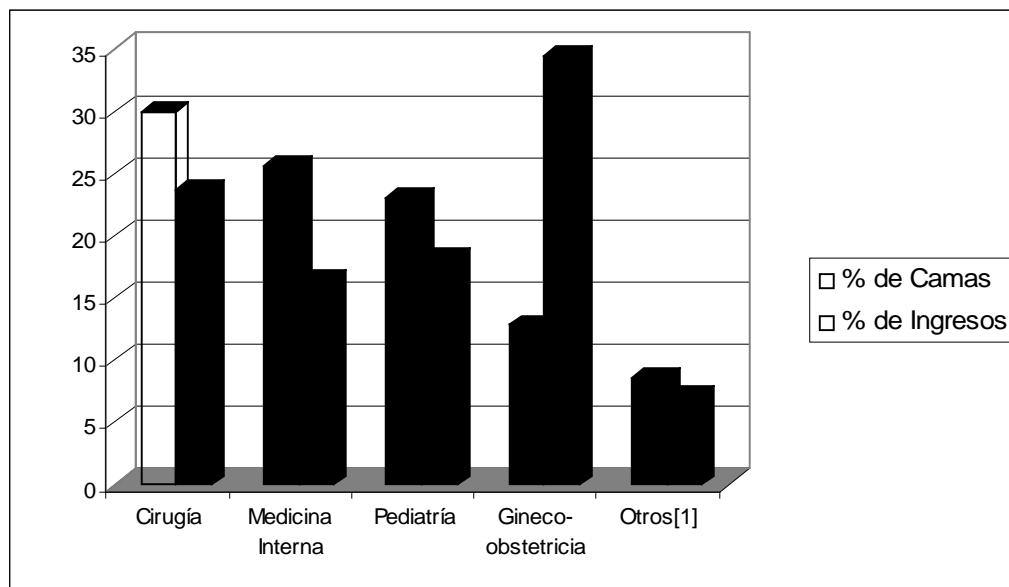
El rango de *días cama disponible* para el 2,004 fue de 12, 775 para Cirugía, 10,950 para Medicina Interna, 9,855 para Pediatría, 5,475 para Gineco-obstetricia y 3,650 para otros servicios.

El número de *días cama ocupada* para Cirugía fue de 8,087, Medicina Interna con 4,807%, Gineco-obstetricia 4,739, Pediatría con 4,607 y otros servicios 2,105.

El *índice ocupacional* por especialidades para el 2,004 fue para Gineco-obstetricia 87%, Cirugía 67%, Otros 58%, Pediatría 47% y Medicina Interna con 44%.

La relación *giro o rotación de cama* por servicio fue de 159 pacientes por cama de Gineco-obstetricia, 50 por cama de Otros servicios, 46 para Pediatría y Cirugía, y 38 pacientes por cama en Medicina Interna.

Gráfica 3
Relación de Ingresos y Camas por Servicios, 2004



FUENTE: Instrumentos de recolección de datos (anexos 2 y 3), Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché.

7.3.5 Morbilidad

Las 5 principales causas de morbilidad general encontradas fueron: parto eutósico simple (12.15%), parto por cesárea (6.72%), fracturas (5.57%), neumonías y bronconeumonías (5.47%) y síndrome diarreico agudo (4.84%)

Cuadro 7
Morbilidad General, 2004

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Parto eutósico simple ⁸	1108	12.15
Parto por cesárea	613	6.72
Fracturas	508	5.57
Neumonías y bronconeumonías	501	5.47
Síndrome diarreico agudo	441	4.84
Apendicitis aguda	273	3.00
Desnutrición proteico calórica	204	2.24
Causas de morbilidad desconocidas o no específicas	198	2.17
Trauma cráneo encefálico	184	2.02
Abortos	174	1.91
Alcoholismo	162	1.78
Hernias	152	1.67
Enfermedad péptica	151	1.66
Deshidratación	137	1.50
Anemias	135	1.48
Traumatismos Varios	134	1.47
Infección del tracto urinario	124	1.36
Dolor abdominal	95	1.04
Heridas Cortocontundentes	88	0.97
Anomalías Congénitas	84	0.92
Infecciones Respiratorias Superiores	82	0.90
Bajo peso al nacer	76	0.83
Enfermedad de vías biliares	76	0.83
Convulsiones	75	0.82
Síndrome de distrés respiratorio del recién nacido	75	0.82
Amenaza de parto pretermino	71	0.78
Luxaciones	68	0.75
Diabetes mellitus	68	0.75
Intoxicaciones por sustancias varias	65	0.71
Asfixia perinatal	64	0.70
Quemaduras	62	0.68
Tumores	57	0.63
Desproporción céfalo-pélvica	52	0.57
Presentación fetal anómala	51	0.56
Sepsis del recién nacido	51	0.56
Amenaza de aborto	49	0.54
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	48	0.53
Hemorragia gastrointestinal	47	0.52
Restricción del crecimiento uterino	46	0.50
Sufrimiento fetal agudo	43	0.47
Hipertensión inducida por el embarazo	41	0.45
Prematurez	41	0.45
Síndrome de Maltrato y Abandono	41	0.45
Litiasis de Vías Urinarias	41	0.45
Retención placentaria	38	0.42
Leiomiotatosis uterina	36	0.39
Carcinomas	32	0.35
Insuficiencia Respiratoria	31	0.35
Cataratas	31	0.34
Intoxicación alimenticia	31	0.34
Herida por Arma de Fuego	26	0.29
Prolapso Genital Fenemino	26	0.29
Hipertrofia Prostática	26	0.29
Quiste Ovaríco	25	0.27
Choque Septico	24	0.26
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	23	0.25
Obito Fetal	22	0.24
Mortinato	22	0.24
Edema Cerebral	20	0.22
Insuficiencia Renal	20	0.22
Infección de Herida Operatoria	19	0.21
Resto de causas	1810	19.84
TOTAL	9118	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos (anexo 2), Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché.

⁸ El parto eutósico simple no se considera mórbido, sin embargo se incluye en este cuadro por constituir la principal causa de consulta durante el 2004 en el Hospital de Santa Cruz del Quiché.

En el Departamento de Gineco-obstetricia las 5 principales causas de morbilidad incluyeron: parto eutósico simple (38.68%), parto por cesárea (21.27%), abortos (6.06%), embarazos (4.52%) y las causas de morbilidad desconocidas o no específicas (3.12%).

Cuadro 8
Morbilidad para el Departamento de Gineco-Obstetricia, 2004.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Parto eutósico simple	1104	38.68
Parto por cesárea	607	21.27
Aborto	173	6.06
Embarazo ⁹	129	4.52
Causas de morbilidad desconocidas o no específicas	89	3.12
Amenaza de parto pretérmino	69	2.42
Desproporción céfalo pélvica	52	1.82
Presentación anormal de feto	51	1.79
Cesárea previa	47	1.65
Resto de causas	533	18.67
TOTAL	2854	100.00

FUENTE: Instrumento de recolección de datos (anexo 2), Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché.

Para el departamento de Pediatría, las principales causas de morbilidad fueron: neumonía y bronconeumonía (17.27%), diarrea (14.14%), desnutrición (6.07%), deshidratación (4.90%) y anemia (4.62%).

Cuadro 9
Morbilidad para el Departamento de Pediatría, 2004

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Neumonía y bronconeumonía	381	17.27
Diarrea	312	14.14
Desnutrición	134	6.07
Deshidratación	108	4.90
Anemia	102	4.62
Bajo peso al nacer	71	3.22
Asfixia perinatal	67	3.04
Infecciones Respiratorias Superiores	64	2.90
Convulsiones	50	2.27
Sepsis del recién nacido	48	2.18
Restricción del crecimiento intrauterino	44	1.99
Síndrome de distrés respiratorio	42	1.90
Anomalías Congénitas	41	1.86
Prematurez	37	1.68
Síndrome de maltrato y abandono	35	1.59
Infección del tracto urinario	32	1.45
Fracturas	25	1.13
Insuficiencia respiratoria	24	1.09
Dolor abdominal	22	1.00
Intoxicaciones	18	0.82
Choque séptico	17	0.77
Edema Cerebral	17	0.77
Trauma craneoencefálico	16	0.72
Taquipnea transitoria del recién nacido	15	0.68
Causas de morbilidad mal definidas o no específica	15	0.68
Síndrome de Aspiración Meconial	13	0.59
Retardo del Desarrollo	11	0.50
Quemaduras	9	0.41
Resto de Causas	436	19.76
TOTAL	2206	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos (anexo 2), Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché.

⁹ El embarazo, al igual que el parto eutósico simple, no es estado patológico, pero se incluye en el cuadro por ser una causa de consulta importante en este hospital.

Para el departamento de Cirugía ¹⁰ las 5 principales causas de morbilidad fueron: apendicitis aguda (10.07%), fracturas de miembros superiores (9.97%), hernias (6.93%), traumas craneoencefálicos (6.24%) y heridas corto-contundentes (5.46%).

Cuadro 10
Morbilidad para el Departamento de Cirugía, 2004

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Fracturas	350	18.36
Apendicitis Aguda	192	10.07
Hernias	132	6.93
Trauma craneoencefálico	119	6.24
Heridas Cortocontundentes	104	5.46
Causas de morbilidad desconocidas o no específicas	64	3.36
Traumatismos	59	3.10
Luxaciones	55	2.88
Enfermedad de vías biliares	46	2.41
Politraumatismos	43	2.27
Quemaduras	43	2.27
Tumores	32	1.68
Cataratas	31	1.63
Miomas y fibromas uterinos	29	1.52
Ulceras y áreas cruentas	24	1.26
Hipertrofia prostática benigna	22	1.15
Herida por arma de fuego	20	1.05
Tumor de comportamiento incierto	20	1.05
Amputaciones Traumáticas	19	1.00
Prolapso genital femenino	17	0.89
Fimosis	15	0.79
Infección de Herida Operatoria	14	0.73
Celulitis	13	0.68
Labio leporino y paladar hendido	12	0.63
Heridas por Arma Blanca	11	0.57
Fibrosis y cicatrices en piel	11	0.57
Cistocele	11	0.57
Carcinomas	11	0.57
Traumatismo de Torax	10	0.53
Estrechez uretral	9	0.47
Resto de causas	368	19.31
TOTAL	1906	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos (anexo 2), Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché.

En el departamento de Medicina Interna sus principales causas de morbilidad fueron: alcoholismo (8.91%), enfermedad péptica (7.55%), diarreas (5.83%), neumonía y bronconeumonía (4.54%) y diabetes mellitus (3.84%).

¹⁰ En el Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché no existe un Departamento de Traumatología y Ortopedia, por lo que los casos correspondientes a esta especialidad son atendidos por el Departamento de Cirugía. Además por protocolo de este hospital las cirugías ginecológicas son ingresadas a este mismo Departamento.

Cuadro 11
Morbilidad en el Departamento de Medicina Interna, 2004

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Alcoholismo	139	8.91
Enfermedad péptica	118	7.55
Diarreas	91	5.83
Neumonía y Bronconeumonía	71	4.54
Diabetes Mellitus	60	3.84
Infección del tracto urinario	59	3.78
Dolor Abdominal	48	3.07
Hipertensión Arterial	46	2.94
Hemorragia gastrointestinal	45	2.88
Enfermedad de vías biliares	37	2.37
Cirrosis hepática	35	2.24
Convulsiones y Epilepsia	30	1.92
Intoxicaciones	29	1.86
Deshidratación	28	1.79
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Infectada	28	1.79
Causas de morbilidad mal definida o no específica	26	1.66
Celulitis y Abscesos	24	1.54
Intoxicación alimenticia	23	1.47
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	23	1.47
Trastornos mentales y conductuales	22	1.41
Anemia	17	1.09
Accidente cerebro vascular	17	1.09
Parasitismo intestinal	17	1.09
Tumores	16	1.02
Litiasis uretero-renal	14	0.90
Desnutrición	14	0.90
Enfermedad Cardiaca	14	0.90
Insuficiencia Renal	13	0.83
Cefaleas y Migrña	12	0.77
Tuberculosis	12	0.77
Accidentes ofídicos	10	0.64
Infecciones Respiratoria Agudas	10	0.64
Derrame Pleural	9	0.58
Hipertensión Pulmonar	9	0.58
Carcinomas	8	0.51
Dismenorrea	8	0.51
Infección por VIH y SIDA	8	0.51
Apendicitis Aguda	8	0.51
Angina de pecho	8	0.51
Bronquitis	7	0.45
Pancreatitis Aguda	7	0.45
Angina de Pecho	6	0.38
Síndrome de Colón Irritable	6	0.38
Fiebre Tifoidea	6	0.38
Urticaria	4	0.26
Prolapso rectal	4	0.26
Hidronefrosis	4	0.26
Resto de Causas	312	19.97
TOTAL	1562	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos (anexo 2), Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché.

Las principales causas de morbilidad para el área de cuidados críticos y observación incluyen: fracturas y luxaciones (17.05%), apendicitis aguda (10.47%), trauma cráneo encefálico (7.80%), neumonías y bronconeumonías (5.33%) y dolor abdominal (3.37%).

Cuadro 12
Morbilidad en Otros Departamentos, 2004

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Fracturas y luxaciones	96	17.05
Apendicitis aguda	59	10.47
Trauma cráneo encefálico	44	7.80
Neumonías y bronconeumonías	30	5.33
Dolor abdominal	19	3.37
Intoxicaciones	13	2.31
Enfermedad péptica	13	2.31
Traumatismos	12	2.13
Síndrome diarreico agudo	10	1.78
Heridas corto contundentes	10	1.78
Quemaduras	8	1.42
Desnutrición proteico calórica	8	1.42
Anomalías congénitas	7	1.24
Hernias	7	1.24
Quistes ováricos	7	1.24
Enfermedad de vías biliares	6	1.07
Infección del tracto urinario	6	1.07
Litiasis de vías urinarias	6	1.07
Insuficiencia cardiaca congestiva	5	0.89
Asfixia perinatal	5	0.89
Heridas por proyectil de arma de fuego	5	0.89
Infecciones respiratorias superiores	4	0.71
Choque séptico	4	0.71
Prematurez	4	0.71
Bajo peso al nacer	4	0.71
Síndrome de distrés respiratorio del recién nacido	4	0.71
Causas de morbilidad no descritas o mal especificadas	4	0.71
Obstrucción intestinal	4	0.71
Anemias	4	0.71
Alcoholismo	4	0.71
Causas de morbilidad desconocidas o mal definidas	4	0.71
Convulsiones	3	0.53
Fiebre tifoidea	3	0.53
Cuerpo extraño en tubo digestivo	3	0.53
Choque hipovolémico	3	0.53
Accidente cerebrovascular	3	0.53
Perforación intestinal	3	0.53
Meningitis	2	0.36
Úlceras y áreas cruentas	2	0.36
Púrpura trombocitopénica idiopática	2	0.36
Asma	2	0.36
Celulitis y abscesos	2	0.36
Diabetes mellitus	2	0.36
Varicela	2	0.36
Insuficiencia respiratoria	2	0.36
Insuficiencia renal	2	0.36
Resto de causas	111	19.71
TOTAL	563	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos (anexo 2), Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché.

7.3.6Mortalidad

El total de pacientes fallecidos durante el 2004 en el Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché fue de 225 casos, de los cuales 28.31% se registró en el departamento de Pediatría, 26.94% en Medicina Interna, 9.59% en Cirugía, 3.65% en Gineco-obstetricia y 31.51% en el área de Observación y Cuidados Críticos.

Las principales causas de mortalidad general en este Hospital para el 2004 incluyeron: neumonía y bronconeumonía infantil (19.71%), choque séptico (14.59%), sepsis del recién nacido (8.03%), síndrome de distrés respiratorio del recién nacido (7.66%) y traumatismos (5.47%).

Cuadro 13
Mortalidad General durante año 2004

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Neumonía y bronconeumonía infantil	54	19.71
Choque séptico	40	14.59
Sepsis del recién nacido	22	8.03
Síndrome de distrés respiratorio del recién nacido	21	7.66
Traumatismos	15	5.47
Accidente cerebrovascular	13	4.75
Alcoholismo	13	4.75
Diabetes mellitus	12	4.38
Síndrome de aspiración de meconio	11	4.02
Desnutrición proteico calórica	11	4.02
Cirrosis e insuficiencia hepática	10	3.65
Asfixia perinatal	9	3.28
Choque hipovolémico	9	3.28
Insuficiencia cardiaca congestiva	9	3.28
Trauma cráneo encefálico	7	2.56
Anemia	7	2.56
Hemorragia gastrointestinal superior	6	2.19
Tumor maligno	5	1.82
TOTAL	274	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos (anexo 2), Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché.

7.3.7Procedimientos

Entre los 10 procedimientos más frecuentemente realizados en el Hospital de Santa Cruz del Quiché, se observa que 4 de los mismos son del área de Gineco-obstetricia, siendo estos la cesárea segmentaria transperitoneal (20.08%), el legrado uterino instrumental (8.38%), las Histerectomías (3.28%) y las cirugías esterilizantes (3.04%), seguido de los procedimientos del área de Traumatología con manejo de fracturas y luxaciones (6.62%), osteosíntesis (3.28%) y colocación de yeso (2.45%); por último los procedimientos del área de Cirugía incluyendo estos la laparatomía exploradora (9.28%) y apendicectomía (4.04%).

Cuadro 14
Procedimientos Realizados en Pacientes Egresados, 2004

PROCEDIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea segmentaria transperitoneal	582	20.08
Apendicectomía	269	9.28
Legrado uterino instrumental	243	8.38
Reducción y manipulación de fracturas y luxaciones	192	6.62
Herniplastía	134	4.62
Laparotomía exploradora	117	4.04
Osteosíntesis	95	3.28
Histerectomía	95	3.28
Cirugía esterilizante	88	3.04
Colocación de yeso	71	2.45
Otros	1013	34.94
TOTAL	2899	100

FUENTE: Datos obtenidos de fichas de recolección (Anexo 2), Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché

7.3.8 Complicaciones

Se observa que el mayor número de complicaciones se presentaron en los pacientes del área de Obstetricia siendo estas la desproporción céfalo-pélvica (22.09%) y sufrimiento fetal agudo (20.35%), ocupando los primeros dos lugares. El tercer lugar lo ocupan las infecciones de herida operatoria (11.63%), luego el fallo ventilatorio (9.30%) y paro cardiorrespiratorio (6.40%); el resto de complicaciones constituyen el 30.23%.

7.3.9 Tipo y Condición de Egreso

Del total de pacientes incluidos en el estudio el 96.62% egresó vivo y el 3.38% muerto. El 67.82% de los pacientes egresados vivos no registró condición de egreso, el 20.36% egresó mejorado, el 11.75% curado y el 0.07% no mejorado. De los muertos registrados, el 91.91% no especificó la realización de necropsia.

Cuadro 15
Distribución de Pacientes según Tipo y Condición de Egreso, 2004

Tipo y Condición de Egreso		Frecuencia	Porcentaje
Vivo	Curado	Indicado	784
		Referido a consulta externa	1
		Referido a otro servicio	1
		No especificado	2
	Mejorado	Alta voluntaria	6
		Indicado	1,248
		Referido a consulta externa	87
		Referido a otro servicio	18
	No mejorado	No especificado	6
		Indicado	3
		Referido a otro servicio	1
	No especificado	No especificado	1
		Alta voluntaria	374
		Indicado	3,794
		Referido a consulta externa	230
		Referido a otro servicio	149
Muerto	No especificado	No especificado	216
		Con necropsia	3
		Sin necropsia	6
	No especificado		10
TOTAL		6940	100

FUENTE: Datos obtenidos de fichas de recolección (Anexo 2), Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché.

8. Presentación, Análisis, Discusión e Interpretación de Resultados

El Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché, de acuerdo con los aspectos reglamentarios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para los Hospitales de Área, cumple con las normas, generalidades, recurso humano y programas de servicios mínimos para este nivel. El recurso humano esta distribuido adecuadamente, siendo más del 50% el dedicado a la prestación de servicios, aunque con deficiencia de personal médico especializado para la atención de pacientes durante los turnos, ya que sólo se cuenta con 2 médicos generales para tratar a los ingresados en el hospital y pacientes de emergencia. En lo que forma parte de los recursos físicos, el hospital cuenta con una distribución de servicios básicos para su nivel: Medicina Interna, Pediatría, Gineco-obstetricia, Emergencia, Cuidados Críticos y Cirugía, aunque se necesita un área especializada para Traumatología, que constituyen un porcentaje importante de los pacientes que consultan a este hospital y son atendidos en el área de Cirugía.

La producción de servicios para el 2004, en comparación con la reportada para el 2003, aumentó en el servicio de Emergencia y Procedimientos quirúrgicos realizados en un 9.14% y 1.06% respectivamente, mientras que en el área de consulta externa disminuyó en un 11.47%, al igual que en encamamiento en un 1.28%. (ver cuadro 3), lo cual nos refleja de que a pesar que la afluencia de pacientes a la emergencia aumentó, el seguimiento de los pacientes en este hospital a disminuido significativamente.

Según el departamento de estadística del hospital, se registraron para el 2,004, 8,256 ingresos a encamamiento, incluyendo la unidad de cuidados críticos, de los cuales se encontraron en los listados y fueron incluidos en el consolidado de expedientes 7,557 que representa el 91.53% de los reportados. Al aplicar los criterios de inclusión/exclusión se tomaron para este estudio 6,940 equivalente al 91.84% de los encontrados; se excluyeron el 5.41% de los expedientes por no encontrarse al momento de realizar el estudio, pudiendo estar en la consulta externa o encamamiento, el 1.57% no presentó hoja de ingreso/egreso, el 0.57% no presentó llenos adecuadamente los datos de ingreso y egreso, y el 0.61% por no encontrarse llena la hoja de ingreso/egreso o por encontrarse asignado el mismo número de expediente a pacientes diferentes. (ver cuadro 4)

Las características demográficas predominantes en la población que recibió atención durante el 2,004 en este hospital fueron sexo femenino, comprendido entre las edades de 25 a 59 años, casado, cuya principal ocupación fueron los oficios domésticos y con residencia en el departamento de El Quiché, en su mayoría de Santa Cruz del Quiché, Chichicastenango, Sacapulas, San Pedro Jocopilas y San Andrés Sajcabajá, municipios cercanos a la cabecera departamental donde se encuentra ubicado el Hospital. Cabe mencionar que también el grupo de niños menores de 5 años constituye un porcentaje importante de la población atendida (17.42%), que se refleja también en la variable ocupacional clasificada como "no aplica". Se observó que el 6.37% de los pacientes residen en departamentos aledaños a El Quiché, siendo los de mayor importancia Totonicapán, Guatemala y Sololá, lo cual demostró que el área de atención real del hospital es mayor que su área de influencia asignada.

La mayor afluencia de pacientes ingresados a encamamiento se registró en los meses de febrero, marzo, julio, junio y abril en orden descendente, sin encontrarse una diferencia significativa de atención entre el primer y segundo semestre del año (ver gráfica 2).

Al evaluar el *índice ocupacional* se observó que el rendimiento obtenido de los servicios de encamamiento durante el 2,004 varió notablemente de una especialidad a otra, siendo Gineco-obstetricia y Cirugía las áreas con mayor atención a pacientes, mientras Medicina Interna y Pediatría tuvieron un rendimiento menor al 50% de su capacidad. De la misma manera el promedio de días de estancia hospitalaria varió de acuerdo al tipo de patología atendida en cada área, desde 1 día en Gineco-obstetricia hasta 6.5 en Cuidados críticos y observación,

resultado esperado de acuerdo con la complejidad de diagnósticos y complicaciones que presentan los pacientes en los distintos servicios.

Las primeras 10 causas de morbilidad general que se presentó para el 2,004, en su mayoría correspondió al departamento de gineco-obstetricia con un 20.78%, incluyendo partos eutósicos simples, partos por cesárea y abortos, aunque la primera causa no es patológica, pero constituye el principal motivo de consulta; seguido por las enfermedades de vigilancia epidemiológica con el 12.55% que incluyen neumonías y bronconeumonías, síndrome diarreico agudo y desnutrición proteico calórica; el tercer grupo corresponde al departamento de cirugía con traumas con 7.59% y apendicitis aguda con 3.00%; cabe mencionar que un 2.17% de los casos fueron egresados con diagnóstico mal definido o ausente (ver cuadro 5). Estos datos demuestran que la atención en este hospital está dirigida principalmente al grupo materno-infantil, aunque se continúan canalizando recursos para el manejo de patologías prevenibles que podrían tratarse en un nivel de atención en salud de menor complejidad como lo son los Puestos y Centros de Salud.

En el departamento de Gineco-obstetricia se presentó una disminución de 1.16% de partos eutósicos simples en relación al 2003, aumentando los partos por cesárea un 0.67%, manteniendo de esta manera una relación parto/cesárea 2:1, fuera del rango establecido de 20:1 hallazgo que puede deberse a que la atención de partos eutósicos se realiza en su mayoría extrahospitalariamente por comadronas, atendiéndose en el hospital casos complicados que ameritan cirugía. El comportamiento de los casos de aborto se mantuvo constante, sin embargo se registró un 3.12% de casos que se desconoce su causa de morbilidad o se encuentra mal definida (ver cuadro 6).

En la morbilidad encontrada para el departamento de Pediatría, sus principales causas continúan siendo enfermedades de vigilancia epidemiológica, sin embargo con respecto a las tendencias de las mismas reportadas para la morbilidad hospitalaria del 2,003, se observó un aumento del 5.18% en síndrome diarreico agudo y 2.99% en desnutrición proteico calórica, mientras que las neumonías y bronconeumonías disminuyeron un 12.27%. La atención al recién nacido sin ninguna especificación fue reportada con un 12.29% para el 2,003 y en este estudio pudo observarse que las patologías encontradas con mayor frecuencia para este grupo incluyen bajo peso al nacer (3.22%) y asfixia perinatal (3.04%), esta última con un aumento de 0.97% con respecto a lo reportado en el 2,003 (ver cuadro 7).

Para el departamento de Cirugía, el cual abarca también la morbilidad del área de Traumatología y Ortopedia por carecer esta Hospital de la misma, las principales patologías encontradas las constituyen las fracturas que en relación al 2,003 aumentaron un 2.11%, al igual que las heridas corto contundentes con un 2.14%, mientras que la apendicitis aguda disminuyó en un 0.95%; figuran también entre las primeras 5 causas de morbilidad en este departamento las hernias (6.93%) y el trauma cráneo encefálico (6.24%), patologías que para el año anterior no se reportaron (ver cuadro 8). La atención a trauma continúa ocupando un porcentaje importante como lo reflejan los datos obtenidos en este Hospital, por lo que la implementación del departamento de Traumatología y Ortopedia es esencial para que el paciente pueda recibir tratamiento más especializado, al mismo tiempo que ayudará a mantener un mejor reporte y control estadístico de los casos de esta área y de la de Cirugía.

La causas de morbilidad para el departamento de Medicina Interna en el 2,004 fueron las mismas que las reportadas para el 2,003, sin embargo hubo variación en sus tendencias aumentando el alcoholismo y sus complicaciones en 3.34%, la enfermedad péptica en 2.63% y el síndrome diarreico agudo en 0.33%; mientras se observó disminución de las neumonías y bronconeumonías en un 8.02% y diabetes mellitus en 0.30% (ver cuadro 9). El aumento en la frecuencia de pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol, como intoxicación aguda, síndrome de dependencia y abstinencia, hemorragia gastrointestinal y

cirrosis hepática, son reflejo de la situación socioeconómica y cultural predominante en el país, al igual que el aumento en la frecuencia de enfermedad péptica, que incluye gastritis y úlceras gástricas y duodenales, en el cual también puede influir la poca educación alimentaria.

La morbilidad para Otros departamentos incluyó Observación y Cuidados Críticos, en el primero de los cuales la mayor morbilidad esta representada por fracturas (17.05%), seguido por apendicitis aguda (10.47%) y dolor abdominal (3.37%), que son patologías cuya evolución, en la mayoría de los casos, requiere ser observada previo decisión de conducta como el dolor abdominal, o cuyo tratamiento debe ser inmediato y su manejo no amerita encamamiento prolongado como las fracturas. En el caso de la Unidad de Cuidados Críticos, las principales causas de ingreso fueron trauma cráneo encefálico (7.80%), neumonías y bronconeumonías (5.33%) y efectos tóxicos de sustancias varias (2.31%), que son patologías que por el alto riesgo de mortalidad que representan, necesitan atención más especializada.

La tasa de mortalidad general intrahospitalaria para el 2,004 fue de 32.4 muertos por cada 1,000 pacientes ingresados, la cual es cinco veces mayor que la registrada para el departamento de El Quiché en general. Esto se debe a que por ser un centro asistencial de referencia departamental, atiende patologías de mayor complejidad o en etapas muy avanzadas o terminales. Tomando en cuenta que la mayor población de pacientes que asiste a este centro es el grupo materno infantil y registra en conjunto el 31.96% de la mortalidad hospitalaria, es importante hacer mención que las principales causas de muerte materna incluyeron hemorragia y choque hívolémico (38.46%), eclampsia (15.38%) y sepsis puerperal y choque séptico (15.38%); mientras que para el grupo infantil las principales causas fueron neumonía (9.74%), sepsis del recién nacido (9.74%), choque séptico (8.44%) y prematuerez (7.19%), todas éstas, causas prevenibles si se mejora la educación en salud para la población en riesgo, haciendo énfasis en la importancia del Control prenatal y Control de crecimiento y desarrollo en niño sano.

9. Conclusiones

1. El Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché, ubicado en la cabecera departamental, se cataloga como Hospital de Área, contando con los requerimientos básicos exigidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala –MSPAS- en los aspectos de recurso humano y físico, además de programas y servicios de salud que presta a la población de su área de influencia, sin embargo, no cuenta con un área específica para el manejo de pacientes de Traumatología y Ortopedia, ni un Área estéril para la atención del parto, necesitándose además la contratación de médicos especialistas para el tratamiento de pacientes durante los turnos nocturno.
1. El Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché cuenta con 175 personas a cargo de la prestación de servicios, incluyendo entre éstos, médicos y enfermeras, 105 trabajadores dentro del personal de apoyo y 25 en personal administrativo. Con respecto al recurso material cuenta con 117 camas distribuidas de la siguiente manera: el departamento de Gineco-obstetricia con 15 camas, Pediatría con 27 cama, Cirugía con 35 camas, Medicina Interna con 30 camas y Otros 10 camas. Posee laboratorio clínico, banco de sangre, diagnóstico por imágenes y farmacia interna, los cuales ofrecen servicio las 24 horas del día. Posee incinerador propio que actualmente se encuentra descompuesto, se abastece de agua debido a dos pozos propios almacenando la misma en dos cisternas y un depósito aéreo; cuenta con servicio de la red pública de energía eléctrica y planta propia para casos de emergencia junto con un transformador. Tienen como cobertura los municipios de su departamento y sirve de referencia a los 3 hospitales distritales de Nebaj, Uspantán y Joyabaj. Su mayor afluencia es del municipio de Santa Cruz, sin embargo el hospital recibe a pacientes de otros departamentos como Totonicapán, Guatemala y Sololá, lo que ocasiona que los recursos físicos y materiales se encuentren limitados para la población incluida dentro de su cobertura y que exista una desproporción entre los recursos y la población atendida en los diferentes departamentos médicos del hospital.
2. En su mayoría, la población atendida en este hospital pertenece al sexo femenino, en edad fértil comprendidas entre los 25 y 59 años, estado civil casado, grupo ocupacional de oficios domésticos y con residencia en la cabecera departamental, no se conoce la etnia de los mismos ya que no existe un registro de la misma en la hoja de ingreso/egreso de este hospital. La morbilidad hospitalaria encontrada para el 2,004 afecta principalmente al grupo materno infantil, encontrándose como primeras causas la atención del parto y las enfermedades infecciosas, como lo son las neumonías, bronconeumonías y síndrome diarreico agudo; sin embargo, también se encontró un alto porcentaje de fracturas, manejadas por el departamento de Cirugía. La tasa de mortalidad general intrahospitalaria fue de 32.4 por cada 1,000 pacientes ingresados, siendo las áreas más afectadas las de Observación y Cuidados Críticos; las principales causas de mortalidad encontradas fueron neumonía y bronconeumonía, choque séptico y sepsis del recién nacido.
3. La información obtenida a través de este estudio fue proporcionada al Director del Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché y al Sistema Gerencial de Información en Salud en Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con la finalidad de que cuenten con información veraz, actualizada y oportuna sobre la situación hospitalaria y puedan ejecutar gestiones que mejoren la situación en salud a nivel nacional.

10. Recomendaciones

1. A pesar de que el Hospital cuenta con las condiciones básicas para clasificarse como Hospital de Área, se recomienda la implementación de un área específica para el manejo de pacientes de Traumatología y Ortopedia, al igual que la creación de un Área estéril para la atención del parto, y la contratación de médicos especialistas para el tratamiento de pacientes durante los turnos nocturnos.
2. Realizar la distribución de recursos humanos y físicos de manera equitativa de acuerdo a las necesidades de cada Área y grupo poblacional más afectado, como lo es el materno-infantil, siendo también necesaria la coordinación con los niveles de atención 1 y 2 para la realización de programas de prevención y seguimiento de los pacientes.
3. Perfeccionar el Programa computarizado creado por el SIGSA del MSPAS para luego distribuirlo a todos los hospitales integrantes de la red nacional y brindar capacitación al personal sobre su uso y aplicación.

11. REFERENCIAS BLIBLIOGRÁFICAS

1. Acuña, María Cecilia: Exclusión protección social y derecho a la salud. (en línea) disponible en <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/exclus-derecho-salud-art-1aca.pdf>. 1 de marzo de 2005.
2. Batista Moliner, Ricardo; et al. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD: ALGUNAS CONSIDERACIONES METOLÓGICAS Y PRÁCTICA (CD-ROM). La Biblioteca Virtual “La Práctica Social de la Salud Pública”. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médica, 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/analisissectorialdesaluddecostaricaparteIII-ES.pdf>. 1 de marzo de 2005.
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sala Situacional. Documento Base para su implementación y desarrollo. Guatemala: 2001. 111p. (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, Lucía. Sala Situacional. (CD-ROM). La Biblioteca Virtual “La Práctica Social de la Salud Pública”. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Fase III. Guatemala, 2004.
15. Varona, José Felipe. Infecciones intrahospitalarias. 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**

ANEXO 1
Consolidado de No. Expedientes

No.	No. HxCx	Nombre	Observaciones				No.	No. HxCx	Nombre	Observaciones			
			A	B	C	D				A	B	C	D
1							51						
2							52						
3							53						
4							54						
5							55						
6							56						
7							57						
8							58						
9							59						
10							60						
11							61						
12							62						
13							63						
14							64						
15							65						
16							66						
17							67						
18							68						
20							70						
21							71						
22							72						
23							73						
24							74						
25							75						
26							76						
27							77						
28							78						
29							79						
30							80						
31							81						
32							82						
33							83						
34							84						
35							85						
36							86						
37							87						
38							88						
40							90						
41							91						
42							92						
43							93						
44							94						
45							95						
46							96						
47							97						
48							98						
49							99						
50							100						
TOTAL							TOTAL						

A. Expediente extraviado **B.** Expediente sin hoja de Ingreso/Egreso **C.** Expediente sin fecha de ingreso, servicio de destino, condición de egreso (vivo o muerto), diagnóstico de egreso. (**Recordar lo especificado en hoja de procedimientos**). **D.** Caso incluido dentro del estudio e ingresado a la base de datos.

ANEXO 2
Instrumento de Recolección de Datos

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 No hay dato	R69X R69X

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

Anexo 3
Instrumento de Recolección de Datos

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA RED HOSPITALARIA

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

A. RECURSOS

1. Humanos

		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		
	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 _____

105. Encamamiento

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

