

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Nombre:

Carnet:

Claudia Patricia Lara Méndez

009710434

Lucía Mercedes Gallardo Cabrera

009710442

Belia Elizabeth Cardona Izquierdo

009710495

GUATEMALA JULIO 2005

CONTENIDO

	Página
1. RESUMEN	1
2. ANALISIS DEL PROBLEMA	3
2.1 Antecedentes del problema	3
2.2 Definición del problema	4
2.3 Delimitación del problema	5
2.4 Planteamiento del problema	6
3. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	7
3.1 Magnitud	7
3.2 Trascendencia	7
3.3 Vulnerabilidad	7
4. REVISION TEORICA	9
4.1 Monografía del Departamento de Santa Rosa	9
4.1.1 Alcalde	9
4.1.2 Población	9
4.1.3 Altitud	9
4.1.4 Extensión territorial	9
4.1.5 Límites	9
4.1.6 Cabecera	9
4.1.7 Coordenadas	9
4.1.8 División Administrativa Municipal	9
4.1.9 Economía	10
4.1.10 Clima	10
4.1.11 Idioma	10
4.1.12 Localización del Municipio de Cuilapa	10
4.1.13 Topografía del Municipio de Cuilapa	10
4.1.14 Vías de comunicación	11
4.1.15 Pilares de desarrollo Municipal	11
4.1.16 Agrupaciones existentes	12
4.1.17 Instituciones existentes	12
4.1.18 Historia	13
4.1.19 Lista de áreas de salud	14
4.1.20 Información General del Hospital	14
4.2 Sala Situacional	15
4.2.1 Concepto	15
4.2.2 Objetivos	15
4.2.2.1 Objetivo General	15
4.2.2.2 Objetivo Especifico	15
4.2.3 Propósito	15
4.2.4 Metodología	16
4.2.5 Productos de la sala situacional	17
4.3 Administración Hospitalaria	17
4.3.1 Definición	17

4.3.2 Funciones	17
4.3.3 Derechos y Responsabilidades de los Pacientes	18
4.3.4 Planificación y Programación de los servicios	19
4.3.5 Estándares Mínimos obligatorios	19
4.3.5.1 Áreas técnicas y de apoyo	25
4.3.5.2 Estructura física y funcional	31
4.3.5.3 Instalaciones	31
4.3.6 Estándares no obligatorios	32
4.4 Situación de los hospitales públicos en América Latina	35
4.5 Hospitales en Guatemala	36
4.6 Morbilidad y Mortalidad intrahospitalaria	36
4.6.1 Infecciones adquiridas intrahospitalariamente	36
4.7 Análisis situacional	37
4.7.1 Análisis de contexto para la planificación estratégica	38
4.7.2 Análisis de contexto	38
4.7.3 Los Problemas de salud como punto de partida	38
4.7.4 Construcción de los problemas de salud colectiva	39
4.8 La situación de salud en la región de las Américas	40
4.8.1 Contexto demográfico	40
5. HIPOTESIS Y OBJETIVOS	41
5.1 Hipótesis	41
5.2 Objetivos	41
5.2.1 General	41
5.2.2 Específicos	41
6. DISEÑO DEL ESTUDIO	43
6.1 Tipo de Estudio	43
6.2 Unidad de Análisis	43
6.3 Población	43
6.4 Definición y Operacionalización de variables	43
6.5 Descripción de Técnicas y procedimientos	48
6.6 Aspectos éticos	48
6.7 Alcances y límites	48
6.8 Plan de Análisis	49
7. PRESENTACION DE RESULTADOS	51
7.1 Descripción general del hospital	51
7.1.1 Ubicación	51
7.1.2 Cobertura	51
7.1.3 Tipo de Hospital	51
7.2 Recursos	51
7.2.1 Recursos humanos	51
7.2.1.1 Organización funcional	52
7.2.2 Recursos físicos	53
7.2.2.1 Infraestructura	53
7.2.2.2 Control de residuos	53
7.2.2.3 Disponibilidad de agua	53
7.2.2.4 Disponibilidad de energía eléctrica	53

7.3 Producción de servicios	54
7.3.1 Distribución de la producción de servicios	55
7.3.2 Clasificación de Detalles	55
7.3.3 Características demográficas	56
7.3.3.1 Sexo	56
7.3.3.2 Edad	56
7.3.3.3 Estado Civil	56
7.3.3.4 Ocupación	56
7.3.3.5 Etnia	56
7.3.3.6 Lugar de residencia por municipio	56
7.3.4 Gestión	58
7.3.4.1 Días cama ocupada	59
7.3.4.2 Días cama disponible	60
7.3.4.3 Promedio de días estancia	60
7.3.4.4 Giro de camas	60
7.3.5 Morbilidad	60
7.3.5.1 Morbilidad por departamentos	62
7.3.6 Mortalidad	67
7.3.6.1 Mortalidad general	67
7.3.7 Procedimientos	68
7.3.8 Complicaciones	69
7.3.9 Condición y tipo de egreso	69
8. ANALISIS, DISCUSION E INTERPRETACION DE RESULTADOS	71
9. CONCLUSIONES	75
10 RECOMENDACIONES	77
11 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	79
12 ANEXOS	81
CONTENIDO DE CUADROS	Página
1. Variables obtenidas de la hoja de Ingreso-egreso	44
2. Variables obtenidas de las entrevistas	47
3. Recursos humanos del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa.	52
4. Distribución del número de camas	54
5. Distribución de la producción de servicios	54
6. Clasificación de expedientes	55
7. Primeras causas de morbilidad general	61
8. Primeras causas de morbilidad en ginecoobstetricia	62
9. Primeras causas de morbilidad en Pediatría	63
10. Primeras causas de morbilidad en Cirugía	64
11. Primeras causas de morbilidad en Medicina Interna	65
12. Causas de Morbilidad en otros servicios	66
13. Primeras causas de mortalidad general	68
19. Procedimientos realizados en los diferentes servicios	69

CONTENIDO DE GRAFICAS

Página

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

16
58
59

1. RESUMEN

En la actualidad, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no cuenta con un análisis de la situación en salud en algunos hospitales, debido a la carencia de un formato que permita la estandarización de los datos requeridos para poder realizar dicho análisis en función de las dimensiones demográficas, morbi-mortalidad, recursos y cobertura de servicios de salud. Con el objetivo principal de analizar la situación de el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, con base a información estandarizada de las variables demográficas, morbi-mortalidad recursos humanos, materiales, y cobertura, del total de pacientes egresados en el año 2004, por medio de recolección de los datos de la hoja de ingreso/egreso de este hospital y la creación de una base de datos para analizar la información. Este mismo estudio se llevó a cabo simultáneamente en 17 hospitales de la república de Guatemala, con la misma metodología, para obtener una mejor visión de la situación en salud hospitalaria a nivel nacional.

El departamento de estadística del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, reportó 11,359 egresos, encontrándose 10,300 (90.6%) de estos 6,940 (67.4%) llenaron los criterios de inclusión.

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

Las principales causas de morbilidad fueron: Parto eutósico, Embarazo, apendicitis aguda, neumonías y fracturas. Tomando en cuenta que el parto eutósico y embarazo no son causas de morbilidad pero fueron incluidas dentro de ésta ya que se reporta como tal por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (Ver cuadro 7)

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

2. ANÁLISIS DEL PROBLEMA

2.1 Antecedentes del problema

El análisis de la Sala Situacional como un medio de representación de los datos en salud en América Latina se emplea en Bolivia y Perú, pero se desconoce que un país con características en salud paralelas a Guatemala lo utilice también. (1,9,7,5)

En 1995 la Organización Panamericana de la Salud –OPS- lanza la iniciativa del uso de los *Datos Básicos de Salud* con el fin de proporcionar una plataforma estandarizada de información en salud que pueda emplearse para el *Análisis de Situación Integral en Salud*. (1,5,7)

A partir del año 1996, en Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS- implementó el uso de la *Sala Situacional* como un instrumento de vigilancia epidemiológica que debe permitir el acceso a información necesaria para el Análisis de la Situación en Salud en cada centro asistencial del país. (6,5,3)

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

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

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

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

- ✓ Sala situacional existente, no actualizada, sin constancia estadística de análisis: Antigua Guatemala, Escuintla, Quetzaltenango¹ y Totonicapán (19.35%)
- ✓ Sala situacional existente, actualizada, con constancia estadística de análisis: Hospitales de Chimaltenango, Sayaxché Petén, San Marcos, Retalhuleu, Izabal, Zacapa, Huehuetenango², Alta Verapaz, El Progreso, Santa Rosa y El Quiché³ (48.39%)
- ✓ Sala situacional existente, no actualizada, con constancia estadística de análisis: Hospital de Sololá (3.22%)

Las principales fuentes de información utilizadas en los diferentes hospitales públicos de Guatemala para la realización de la Sala Situacional son datos estadísticos obtenidos a partir de SIGSA, libros de egresos de los servicios y registros médicos.(3)

2.2 Definición del problema

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

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

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

Para 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.

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

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

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

2.3 Delimitación del problema

Este estudio se llevó a cabo en 17 hospitales de la República de Guatemala. En este caso se realizó únicamente en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa. Se incluyó a todos los pacientes egresados de los hospitales a estudio durante el año 2004. De acuerdo a los intereses del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y a la capacidad de estudiantes disponibles los hospitales que se incluyeron en el estudio son:

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

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

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

2.4 Planteamiento del problema

En la actualidad, en la República de Guatemala, no existe un normativo para la creación de un análisis situacional a nivel hospitalario y por ende un formato que reúna la información requerida para la construcción de la misma.

¿Cuál es la situación actual de salud en el Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa para el año 2004 en función de las dimensiones demográficas, morbi-mortalidad, recursos y de servicios de salud?

3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

3.1 Magnitud

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

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

La mayoría de estos hospitales (7) cuentan con sala situacional actualizada y con constancia estadística de análisis, 4 carecen de sala situacional, 2 cuentan con sala 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 realiza con el propósito de mejorar los servicios y la atención en salud para nuestra población, tomando en cuenta los problemas de salud que son el resultado directo de la situación de los servicios disponibles, la utilización y aprovechamiento de los mismos, además de la cobertura con que se proveen a nivel público.

4. REVISION TEORICA Y DE REFERENCIA

Guatemala esta dividida en ocho regiones, cada región abarca uno o más departamentos que poseen características geográficas, culturales y económicas parecidas. De la siguiente: Región I Metropolitana conformada por Guatemala. Región II Norte conformada por Baja Verapaz y Alta Verapaz. Región III Nor-oriente, El progreso, Izabal, Zacapa, Chiquimula. Región IV Sur-Oriente: Santa Rosa, Jalapa, Jutiapa. Región V Central: Sacatepequez, Chimaltenango, Escuintla. Región Sur-Occidente: Totonicapán, Quetzaltenango, Suchitepequez, Retalhuleu, San Marcos. Región VII Nor-Occidente: Huehuetenango, Quiché. Región VIII Petén.

4.1 Monografía del departamento de Santa Rosa.

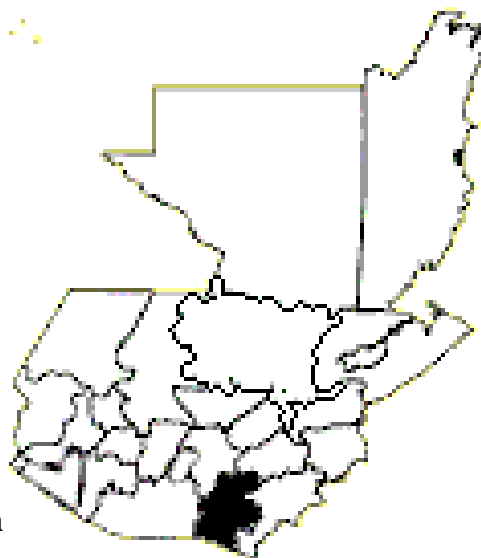
4.1.1 Alcalde: Edgar Ovidio Barrera García

4.1.2 Población: 22,438 habitantes

4.1.3 Altitud: 893 metros sobre el nivel del mar

4.1.4 Extensión Territorial: 365 km²

4.1.5 Límites: Colinda al norte con los departamentos de Guatemala y Jalapa; al este con el de Jutiapa; al sur con el océano Pacífico; al oeste con el departamento de Escuintla. Su fundación como departamento data del acuerdo gubernativo del 8 de mayo de 1,852.



4.1.6 Cabecera: Cuilapa

4.1.7 Coordenadas: 14° 16´42´´ Latitud 90° 18´00´´ Longitud

4.1.8 División Administrativa Municipal

Cuenta con 14 municipios que son:

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. Cuilapa | 8. Oratorio |
| 2. Barberena | 9. San Juan Tecuaco |
| 3. Santa Risa de lima | 10. Chiquimulilla |
| 4. Casillas | 11. Taxisco |
| 5. San Useli Las Flores | 12. Santa María Ixhuatán |
| 6. Guazacapán | 13. Santa Cruz Naranjo |
| 7. Pueblo Nuevo Viñas | 14. Nueva Santa Rosa |

4.1.9 Economía

Por la variedad de sus climas, este departamento consta con una gran cantidad de cultivos, como frutas de diversos tipos y vegetales, además la producción de tejidos y artesanías forma parte esencial de la economía de este departamento.

4.1.10 Clima

Santa Rosa cuenta con variedad de climas, desde el frío que se encuentra en las montañas de La Soledad o de Mataquescuintla, hasta el cálido de la costa. Por lo general, el clima es templado y sano.

4.1.11 Idioma

Se presenta la presencia del idioma Náhuatl, aunque denomina el Nahuatl. Claro, estas dos lenguas, se presentan en un muy bajo nivel, ya que, el lenguaje predominante en el departamento es el Español.

4.1.12 Localización del municipio de Cuilapa

Cuilapa, como centro poblado se encuentra ubicada según la regionalización en la Región IV, llamada también Región Sur Oriente.

Cuilapa cabecera del Departamento de Santa Rosa, es uno de los 14 municipios con que cuenta el departamento, posee una extensión territorial de 365 Kilómetros cuadrados, colinda con los municipios de Nueva Santa Rosa, al Sur con Chiquimulilla y Santa María Ixhuatán, al este con San José Acatempa del Departamento de Jutiapa. Al oeste con Barberena y Pueblo Nuevo Viñas.

4.1.13 Topografía del municipio de Cuilapa

Localización latitud 14°16'42" y longitud 90°17'57"

Extensión 365 Kms²

Altura: 893 metros sobre el nivel del mar.

Clima: Semi Templado, temperatura de 20° a 28°

Límites:

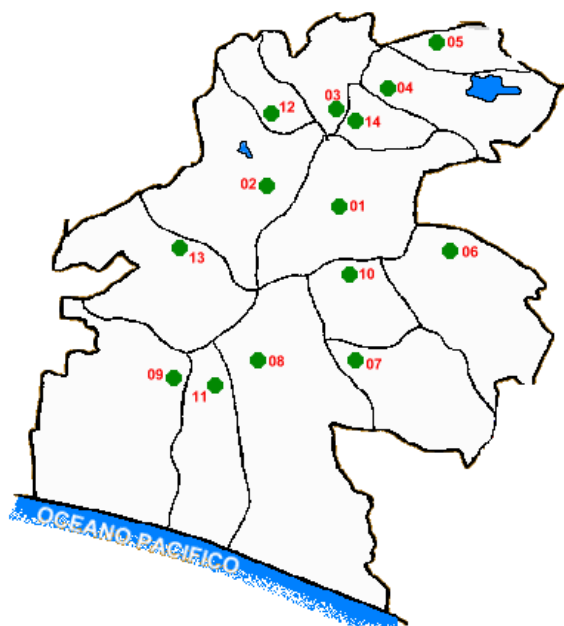
Al Norte: Nueva Santa Rosa y Casillas

Al Este: Oratorio y San José Acatempa

Al Sur: Chiquimulilla, Santa María Ixhuatán y Oratorio

Al Oeste: Pueblo Nuevo Viñas y Barberena

MAPA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA.



1. Cuilapa, 2. Barberena, 3. Santa Rosa de Lima, 4. Casillas, 5. San Rafael Las Flores
6. Oratorio, 7. San Juan Tecuaco, 8. Chiquimulilla, 9. Taxisco, 10. Santa María Ixhuatán
11. Guazacapán, 12. Santa Cruz Naranjo, 13. Pueblo Nuevo Viñas, 14. Nueva Santa Rosa

4.1.14 Vías de comunicación:

El municipio de Cuilapa, cuenta con una carretera asfaltada que se une a la carretera interamericana, con fácil acceso a la ciudad capital y al departamento de Jutiapa.

Cuenta con correo, telégrafo, radios, televisores, buses y microbuses.

4.1.1.5 Pilares del desarrollo municipal de cuilapa, santa rosa

A. Servicios de Salud Públicos y Privados

- Un Hospital Nacional
- Un Hospital del IGSS (Solo accidentes)
- Un Centro de Salud
- Ocho clínicas Médicas Privadas
- Tres clínicas de Odontología Privadas
- Dos Laboratorios Clínicos Privados
- Nueve Farmacias (una estatal)

B. Servicios Educativos Públicos y Privados

- 17 Escuelas de párvulos (2 PAIN, tres PRONADE)
- 42 Escuelas Primarias (nueve PRONADE)
- Instituto de Educación Básica

.

- Un Nacional Experimental
- Uno por Cooperativa de Enseñanza
- Tres Tele secundaria.
- Escuela Nacional de Ciencias Comerciales

C. Servicios Privados de Educación

- 3 Escuelas de Párvulos
- 5 Escuelas Primarias
- 5 Educación Básica
- 4 Diversificado
- 4 Academias de Mecanografía
- 3 Academias de Computación
- 2 Extensiones Universitaria

D. Servicios Agrícolas

- Sede del Ministerio de Agricultura (MAGA)
- Sede del Instituto Nacional de Bosques (INAB)
- Sede del Ministerio del Medio Ambiente (MARN)

4.1.16 Agrupaciones existentes

- Bomberos Voluntarios
- ADESAR
- Comunidad Europea
- Ayuda al Planeta

4.1.17 Instituciones existentes

MSPAS (Dirección de área de salud)
 Centro de Salud Tipo B
 Hospital Regional

Ministerio de Educación: Dirección Departamental de Educación
 Supervisor Distrito de Educación
 Establecimientos Educativos

Ministerio de Trabajo
 Ministerio Público
 Contraloría de Cuentas
 Ministerio de agricultura, ganadería y alimentación.

4.1.18 Historia:

Cuilapa estuvo ocupado durante la época prehispánica por el señorío Indígena Xinca, quienes fueron los primeros esclavos formalmente hechos por los conquistadores en el paraje que actualmente lleva su nombre Los Esclavos.

El primer sentimiento humano y jurídico de Cuilapa se dio el 1ro. De agosto del año 1,599, cuando el colono Juan de Mojadas obtuvo dos caballerías de tierra de la Real Corona en el paraje conocido como Cuajiniquilapa, nombre que se derivó de las bocas en la lengua Náhuatl.

Cuajiniquil o Cuajinicuil = cushin y Apan – Río, lo que significa en el río de los Cushinos de dónde se desprende el llamar a los oriendis de esta tierra cushinos o cushingos.

Los días 16 y 17 de marzo de 1,791 la población es casi destruida por violentos terremotos que obligaron a la junta Superior Real, situar fondos extraordinarios para rectificar edificios públicos.

En el año 1,825 la asamblea constituyente dividió al estado de Guatemala, Escuintla, que a su vez se divide en 07 distritos, Guatemala, Escuintla, Mita, Jalpatagua, Guasaupan y Cuajiniquilapa, luego en la administración de Rafael Carrera dividió al distrito de Mita en 03, Jutiapa, Jalapa y Santa Rosa, integrándose a éste último con los pueblos de Cuajiniquilapa como cabecera, Chiquimulilla, Guazacapán, Taxisco, Pasaco, Nancinta, Tecuaco, Sinancantan, Ixhuatán, Sacualpa, La Leona, Jumai y Mataquescuintla.

El departamento de Santa Rosa fue fundado el 08 de mayo de 1,852. El 08 de marzo de 1,913 Cuilapa fue destruido por un fuerte terremoto, siendo totalmente reconstruido por sus vecinos el 18 de octubre de 1,920.

El traje típico de Cuilapa está elaborado de uselina blanca, corto bobacho de la parte posterior llamado calzón rajado.

Por la calidad de los suelos la economía de Cuilapa, está en su mayoría por la agricultura siendo una de las zonas cafetaleras más grandes del departamento de Santa Rosa, contando además con caña de azúcar, trigo, frutas en especial piña, maíz y frijol.

La fauna silvestre también es en algunas familias medios de subsistencia ya que se cuenta con ganado bovino, equino, porcino y jaular (gallinas, patos, chompipes), etc.

La principal fuente de contaminación de ríos y riachuelos, se obtiene por descarga de aguas servidas y aguas corridas de beneficios de café. Estando contaminado el medio ambiente en general por basureros clandestinos.

4.1.19 Lista de áreas de salud, Santa Rosa.

C/S Hospital Nacional
C/S Cuilapa
C/S Oratorio
C/S Barberena
C/S Santa Cruz Naranjo
C/S Pueblo Nuevo Viñas
C/S Taxisco
C/S Nueva Santa Rosa
C/S Guazacapan
C/S Santa Maria Ixhuatan
C/S San Juan Tecuaco
C/S Chiquimulilla
C/S San Rafael Las Flores
C/S Casillas
Hospital Nacional de Cuilapa

4.1.20 INFORMACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA

PERSONA ENTREVISTADA: DRA. MARGARITA CORTEZ DE POLANCO

EGRESOS ESTIMADOS PARA EL AÑO 2004: 12:026

ÁREA DE SALUD: SANTA ROSA

HOSPITAL: REGIONAL DE CUILAPA

DIRECTOR ACTUAL: DRA. MARGARITA CORTEZ

JEFE DE ENFERMERÍA: SEÑO NILDA VEGA

EPIDEMIÓLOGO: DRA. MAGDALENA GONZÁLES

JEFE DE ESTADÍSTICA: BLANCA CAMPOS

COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PRESENTE

A. DIRECTORES DE ÁREA:

PEDIATRÍA: DR. MARCO ANTONIO CIFUENTES

GINECOOBSTETRICIA: GUSTAVO DÁVILA

MEDICINA INTERNA: RENAN VELIZ

CIRUGÍA: GEOVANI OLIVA

B. JEFE DE RECURSOS HUMANOS: NO HAY

C. COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

DRA. MARGARITA GONZÁLES

LIC. ERICK CASTILLO

ENF. NILDA VEGA

LUIS JIMENEZ

AZUCENA LÓPEZ

ELENA LIMA

4.2 Sala situacional

4.2.1 Concepto:

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

4.2.2 Objetivos:

4.2.2.1 General:

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

4.2.2.2 Específicos:

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

4.2.3 Propósito:

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

4.2.4 Metodología:

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

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

101. 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.

102. 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.

103. Aplicación eficiente de los recursos disponibles: Para lo cual se debe evaluar los recursos financieros, de infraestructura, humanos y suministros con el fin de su utilización adecuada para el cumplimiento de los programas de salud definidos.

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

Gráfica 1



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

- ✓ Fortalecer capacidad de anticipación
- ✓ Planificación estratégica de los Servicios Sociales y de Salud. (Necesidades)
- ✓ Intervenciones de alto rendimiento social (Costo/efectivas). Basadas en evidencias
- ✓ Programación interinstitucional e intersectorial
- ✓ Balance entre actividades preventivas y curativas
- ✓ Monitoreo y evaluación ligadas a las políticas, prioridades y compromisos de gestión
- ✓ Incrementar capacidad de negociación
- ✓ Trabajar con enfoque sistémico
- ✓ Racionalizar la inversión pública y privada
- ✓ Estimular la participación de la sociedad civil

4.3 Administración hospitalaria

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

4.3.1 Definición:

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

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

4.3.2 Funciones:

Los hospitales forman parte de una red de servicios de atención de la salud, asociados geográficamente, ya sea por una organización planificada o como consecuencia de un ordenamiento espontáneo de los factores asistenciales existentes. Por lo tanto, deben cumplir con las siguientes funciones:

- ✓ Atención médica continua: concentrando una gran cantidad de recursos de diagnóstico y tratamiento, para reintegrar rápidamente al paciente a su medio.
- ✓ Atención médica integrada: constituyendo una estación intermedia dentro de una red de servicios de complejidad creciente.
- ✓ Atención médica integral: dado que la pertenencia del establecimiento a una red garantiza la disponibilidad de todos los recursos para resolver un caso.
- ✓ Área programática: el establecimiento tiene un área de influencia a la que brinda sus servicios y sobre cuya población deben evaluarse los resultados de sus acciones.

- ✓ Efectos de los programas de salud: el establecimiento también actúa ejecutando programas preventivos y de promoción de la salud, impulsados por la autoridad sanitaria. (12,13)

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

4.3.3 Derechos y Responsabilidades de los Pacientes:

A. Derechos de los Pacientes (13)

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

B. Responsabilidades de los Pacientes: (13)

- ✓ Suministro de información: información precisa y concreta sobre sus quejas actuales, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud; así como cualquier cambio inesperado en su condición al profesional responsable.
- ✓ Cumplimiento con las instrucciones: seguir el plan de tratamiento recomendado por el profesional responsable de su cuidado.

- ✓ Denegación del tratamiento: el paciente es responsable de sus acciones si rehúsa recibir tratamiento o si no sigue las instrucciones del profesional a cargo de su salud.
- ✓ Reglamentos y estatutos del hospital: los cuales puedan afectar su tratamiento.
- ✓ Respeto y consideración: ser respetuoso de los derechos y propiedades de los demás.

4.3.4 Planificación y Programación de los Servicios de Salud

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

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

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

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

4.3.5 Estándares mínimos obligatorios

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

A. Organización de la Atención Médica

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

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

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

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

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

C. Derivaciones o Referencias: (10,13)

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

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

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

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

D. Consultorios Externos (10, 13)

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

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

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

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

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

E. Urgencias (10, 13)

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

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

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

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

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

F. Laboratorios (10, 13)

Nivel 1: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los siguientes análisis: amilase, 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-embriionario, estríol, foliculoestimulante, luteinizante, prolactina, tiroxina, triiodotironina, tirotrófina, otros.

G. Diagnóstico por imágenes (10, 13)

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

Se consideran comprendidos bajo este título, los siguientes procedimientos:

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

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

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

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

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

H. Hemoterapia (10, 13)

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

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

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

Brucelosis (Huddleson), Chagas (látex, fijación de complemento o hemoaglutinación), Antígeno de hepatitis, Be, hepatitis C, Detección de anticuerpos anti HIV.

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

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

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

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

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

I. Atención de nacimiento (10, 13)

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

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

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

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

J. Área Quirúrgica (10, 13)

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

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

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

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

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

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

K. Anestesiología (10, 13)

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

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

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

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

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

L. Control de infecciones hospitalarias (13)

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

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

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

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

4.3.5.1 Áreas técnicas y de apoyo

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

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

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

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

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

B. Lavandería (10, 13)

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

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

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

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

C. Limpieza (13)

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

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

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

D. Esterilización (10, 13)

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

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

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

Nivel 3: El personal cuenta con capacitación específica

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

E. Dispensa de medicamentos (10, 13)

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

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

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

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

Nivel 4: Cuenta con un Comité de Fármaco – Vigilancia

F. Enfermería (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 dependen 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 (resumen o diagnóstico de egreso). Existen normas difundidas y conocidas sobre la confección de las HC. Más del 80% de una muestra de HC de pacientes internados, se halla actualizada al día anterior al de la evaluación. Posee un local exclusivo para este fin. El registro de HC está organizado por doble entrada: por número de orden y por orden alfabético

Nivel 2: Existe supervisión de HC.

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

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

H. Estadísticas (10, 13)

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

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

Nivel 3: Las internaciones se hallan clasificadas por patologías.

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

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

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

I. Gobierno hospitalario (13)

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

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

Nivel 2: Institución que cuenta con un director, un jefe médico y un jefe administrativo. El director tiene formación gerencial para administrar servicios de salud. Existen manuales de 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.

4.3.5.2 Estructura física y funcional

A. Accesos (13)

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

Nivel 2: Posee accesos diferenciados para vehículos y peatones

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

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

B. Circulaciones (13)

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

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

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

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

4.3.5.3 Instalaciones

A. Sistema eléctrico (13)

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

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

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

B. Control de excretas, residuos y potabilidad del agua (8,10)

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

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

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

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

C. Confort en la internación (13)

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

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

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

4.3.6 Estándares no obligatorios

A. Cuidados Críticos (10, 13)

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

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

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

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

B. Neonatología (13)

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

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

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

C. Medicina Nuclear (13)

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

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

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

D. Rehabilitación (13)

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

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

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

- ✓ Fisioterapia
- ✓ Quinesioterapia

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

E. Servicio Social (10, 13)

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

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

Nivel 2: existen normas y procedimientos escritos, revisados periódicamente

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

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

F. Biblioteca (13)

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

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

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

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

4.4 Situación de los hospitales públicos en América latina (12)

En las dos últimas décadas los hospitales públicos en América Latina y El Caribe han encontrado contextos sociopolíticos cambiantes. En dichos casos, el hospital, y en especial el Hospital Público, sufrió un deterioro estructural y funcional, quizás por un

abandono conceptual, y un olvido generalizado o por una creencia de que ya podía esperarse más de esa institución.

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

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

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

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

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

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

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

4.5 Hospitales en Guatemala (12)

Dentro del desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud, Guatemala, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), ha iniciado el proceso de descentralización y

desconcentración de las unidades hospitalarias, y cada institución identificó sus estrategias para el logro de este fin. Ambas instituciones cuentan con la decisión política de iniciar este proceso, se han identificado algunos factores restrictivos y facilitadores que han inhibido o desarrollado la operatividad de estos procesos administrativos.

4.6 Morbilidad y mortalidad intrahospitalarias.

4.6.1 Infecciones adquiridas intrahospitalariamente.

Las infecciones 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 Shock Séptico cifras de mortalidad que oscilan entre el 20 y 80% en las unidades de atención al grave. En la década de los 90 en EEUU fueron reportadas más de 100 000 muertes anuales por Sepsis y sus complicaciones, con un costo anual de 5 a 10 billones de dólares en recursos médicos, ocupando la tercera causa de muerte por debajo de los 5 años de edad (3)

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

4.7 Análisis situacional

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

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

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

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

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

4.7.1 Análisis de contexto para la planificación estratégica

El análisis de contexto constituye la primera etapa del proceso de planificación estratégica, ya que establece las bases sobre las cuales se construye, con la participación

de todos los actores involucrados, el Plan Estratégico que contribuirá a dar respuesta a los problemas y necesidades de salud de grupos específicos de población intrahospitalaria. Desde esta perspectiva, el análisis de contexto debe permitir definir racionalmente las actividades que deben desarrollarse para contribuir al mejoramiento de la calidad de atención de la población, dirigiendo la administración de los recursos en forma adecuada para hacer frente a los problemas prioritarios de salud. (10)

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

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

4.7.2 Análisis de contexto

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

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

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

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

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

4.7.4 Construcción de los problemas de salud colectiva

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

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

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

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

4.8 La situación de salud en la región de las Américas

Durante la última década la situación de salud en las Américas ha seguido mejorando de manera continua. Esto responde a diversos factores sociales, ambientes, culturales y

tecnológicos favorables, así como a la mayor disponibilidad de servicios de atención de salud y de programas de salud pública. Sin embargo, esta mejoría no ha tenido igual intensidad y empuje en todos los países, ni en todos los grupos humanos de un mismo país. El análisis de la información sanitaria es fundamental para identificar y cuantificar las desigualdades en materia de salud y constituye una preocupación constante de la Secretaría de la OPS. Diversas publicaciones de la OPS (1-4) documentan estas desigualdades. Este informe anual describe los esfuerzos realizados para mejorar conceptual, metodológica e instrumentalmente la información para el análisis de la situación de salud en la Región de las Américas. (5)

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

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

4.8.1 Contexto demográfico

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

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

5. Hipótesis y Objetivos

5.1 Hipótesis

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

5.2 Objetivos

5.2.1 General:

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

5.2.2 Específicos:

5.2.2.1 Identificar los recursos y cobertura del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa.

5.2.2.2 Identificar las variables morbi-mortalidad y demográficos de los pacientes egresados durante el año 2004 del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa.

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

6. DISEÑO DEL ESTUDIO

6.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo, retrospectivo

6.2 Unidad de análisis

Se realizó un análisis de la situación en salud del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, obteniendo la información necesaria de la hoja de ingreso/egreso del total de los egresos registrados durante el año 2,004 en este hospital, además de entrevistas personales a la directora, administrador, jefa de enfermería y jefe del departamento de estadística

6.3 Población

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

6.4 Definición y operacionalización de variables (Ver cuadro 1)

Cuadro 1
Variables obtenidas de la hoja de Ingreso/egreso

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

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

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS	Rendimiento obtenido por medio de los recursos disponibles en un período de tiempo	Indicadores de rendimiento hospitalario. construidos a partir del número de egresos, tipo y condiciones de egreso. camas y días de estancia.	GESTIÓN HOSPITALARIA	Razón	Número de egresos, días promedio de estancia, días cama disponible, días cama ocupada, índice ocupacional, giro o rotación de camas.
		Fórmulas: <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 	PROCEDIMIENTOS	Nominal	Se tomaran los procedimientos registrados en la hoja de ingreso/egreso.
		Acciones médicas de diagnóstico y/o tratamiento realizadas a un paciente.	TIPO Y CONDICIONES DE EGRESO	Nominal	Condiciones: Vivo (curado, mejorado, no curado, mismo estado), Muerto (con autopsia, sin autopsia), No hay dato. Tipo: Alta voluntaria, indicación médica, referido a otro servicio de salud, referido a consulta externa, no hay dato.

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

6.5 Descripción de técnicas y procedimientos

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

Procedimiento: Se utilizó una hoja de recolección de datos y una base de datos computarizada, en la cual se incluyeron las distintas variables a evaluar. Información disponible en el Sistema Gerencial de Atención en Salud del Ministerio de Salud pública y Asistencia Social. Se realizó también una entrevista al personal que labora en el hospital dependiendo la información requerida (datos de demografía, recursos, cobertura, morbilidad, mortalidad).

6.6 Aspectos éticos de la investigación

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

6.7 Alcances y limitaciones

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

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

En el hospital regional de Cuilapa nos encontramos con la presencia de un único número de registro de historia clínica para varias personas que no necesariamente son de la misma familia, lo cual fue confuso y limitante ya que por características de la recolección de la información en la base de datos no era posible ingresar a todos los pacientes bajo el mismo número de historia clínica, por lo que hubo necesidad de descartar los otros expedientes, perdiéndose información.

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

Ausencia de registros médicos en el archivo.

Datos ilegibles dentro de la hoja de ingreso/egreso.

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

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

7. PRESENTACION DE RESULTADOS HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA

7.1 Descripción general del hospital

7.1.1 Ubicación

El Hospital de Santa Rosa, se encuentra ubicado en su cabecera departamental Cuilapa, la cual queda a 61 kilómetros de la Ciudad Capital, como centro poblado se encuentra ubicada según la regionalización en la Región IV, llamada también Región Sur Oriente.
(1)

7.1.2 Cobertura

Tiene como cobertura a la región No IV, ofrece atención las 24 horas, con personal de turno. Brinda servicio de Consulta Externa de Lunes a viernes de 7 a 15 horas en todas las especialidades.

7.1.3 Tipo de Hospital

Hospital Regional

7.2 Recursos

7.2.1 Recursos humanos

El Hospital Regional de Cuilapa, cuenta con un total de 340 trabajadores dispuestos de la siguiente manera: 218 pertenecen al personal clínico asistencial 94 médicos, 124 enfermeras que representan el 64.12%. 115 pertenecen al personal de apoyo que representan el 33.82%. 7 pertenecen al personal administrativo y de gestión que representan el 2.06%. (Ver cuadro 1)

CUADRO 3

RECURSOS HUMANOS CON LOS QUE CUENTA EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA.

Categoría	Tipo de personal	Frecuencia	Porcentaje
Prestación de servicios	Médicos Especialistas	39	11.47
	Médicos Residentes	52	15.29
	Médicos Internos	3	0.88
	Enfermeras Profesionales	18	5.3
	Auxiliares de Enfermería	106	31.17
Personal de apoyo	Técnicos de laboratorio	10	2.94
	Personal de limpieza	27	7.94
	Técnicos de rayos X	7	2.06
	Personal de mantenimiento	10	2.94
	Personal de cocina	22	6.47
	Personal de lavandería	10	2.94
	Personal de seguridad	26	7.65
	Trabajadoras sociales	2	0.59
	Psiquiatra	1	0.3
Personal Administrativo	Personal administrativo	7	2.06
Total		340	100

Fuente: Información proporcionada por Departamento de Personal y Jefatura de Enfermería, Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa.

7.2.1.1 Organización funcional del personal de prestación de servicios

El hospital cuenta con 52 residentes entre todas las especialidades. El Departamento de Ginecoobstetricia cuenta con 5 residentes de primer año, 3 de segundo año, 4 de tercer año y 1 EPS. El Departamento de Pediatría cuenta con 4 residentes de primer año, 4 residentes de segundo año, 4 residentes de tercer año y 1 EPS. El Departamento de Medicina Interna cuenta con 4 residentes de primer año, 4 residentes de segundo año, 4 residentes de tercer año y 1 EPS. El Departamento de Cirugía cuenta con 4 residentes de primer año, 3 de segundo año, 3 de tercer año 2 de cuarto año y 1 EPS. Durante los turnos los cuales son cada cuatro días con duración de 32 horas, permanecen 3 residentes por especialidad, con la excepción de que alguno de ellos se encuentre realizando electivo en otro hospital.

Realizan su práctica en este hospital, 3 Médicos Internos, estudiantes de la Universidad Mariano Gálvez, rotando juntos por cada especialidad. Turna un Médico Interno cada cuatro días, en la misma especialidad por la que se encuentran rotando.

El Hospital cuenta con 18 Enfermeras Profesionales. Durante el día se encuentra una en cada especialidad y durante la noche una encargada de todo el hospital.

Se cuenta con 106 Enfermeras Auxiliares, las cuales trabajan cubriendo 3 turnos, el primero de 7 de la mañana a 1 de la tarde, el segundo de 1 a 7 de la noche y el tercero de 7 de la noche a 7 de la mañana. Durante la mañana los servicios de Maternidad, Pediatría y Emergencia cuentan con 2 enfermeras auxiliares, mientras que en los servicios de Medicina y Cirugía labora únicamente 1 enfermera auxiliar. Por la tarde y noche se encuentra una auxiliar en cada servicio.

7.2.2 Recursos físicos:

7.2.2.1 Infraestructura

Según la información proporcionada por el Departamento de personal y Jefatura de enfermería del Hospital Regional de Cuilapa, éste hospital cuenta con 174 camas disponibles, que se encuentran distribuidas en diferente proporción de la siguiente forma: Ginecoobstetricia cuenta con 49 camas, Pediatría tiene 35 camas, Cirugía 56 camas, Medicina Interna tiene 30 camas, Intensivo tiene 4 camas (Ver cuadro 4).

La emergencia del hospital, cuenta con un espacio reducido para cada una de las distintas especialidades, posee solamente una camilla en cada área para la atención y evaluación de los pacientes. El área de Consulta Externa también es reducida, no cuenta con un espacio adecuado en el área de espera para la estadía de los pacientes.

Ofrece servicio de Laboratorio, Diagnóstico por imágenes, Banco de Sangre, Farmacia; además de otros servicios básicos.

Cuenta con servicios de archivo, patronato, esterilización, cocina, lavandería, biblioteca, y el área administrativa.

Es importante resaltar que posee un equipo portátil de rayos X, el cual actualmente no está funcionando por fallas técnicas.

7.2.2.2 Control de residuos:

Controla sus residuos mediante el almacenamiento local de basura, cajas de bioseguridad, bolsas de color diferenciado y uso de guantes por el personal de limpieza. Es importante mencionar que carecen de incinerador.

7.2.2.3 Disponibilidad de Agua:

Se abastece de agua, gracias a una cisterna continua.

7.2.2.4 Disponibilidad de energía eléctrica:

El hospital cuenta con servicio de red pública de energía eléctrica y además de eso posee una planta propia para casos de emergencia.

CUADRO 4

DISTRIBUCION DEL NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES POR SERVICIO 2004

DEPARTAMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GINECOOBSTETRICIA	49	28.2
PEDIATRIA	35	20.1
CIRUGIA	56	32.2
MEDICINA INTERNA	30	17.2
INTENSIVO	4	2.30
TOTAL	174	100

Fuente: Información proporcionada por Departamento de Personal y Jefatura de Enfermería, Hospital Regional de Culapa, Santa Rosa.

7.3 Producción de servicios

En la emergencia General se atendió a un total de 37,810 pacientes, de los cuales 11,359 ingresaron al los distintos servicios de Encamamiento, de los cuales se reportaron 135 fallecidos, 55 en la medicina interna, 42 en cirugía, 3 en ginecoobstetricia, 22 en la pediatría, 23 en intensivo. 2,010 ingresaron a Sala de Operaciones, por diversos procedimientos y 67 al Intensivo. En Consulta Externa evaluó 22,429 Primeras Consultas y 16,474 Reconsultas. (ver cuadro 5)

CUADRO 5

DISTRIBUCION DE LA PRODUCCION DE SERVICIOS REPORTADA DURANTE EL AÑO 2004, POR AREA

Área	Frecuencia	Porcentaje
Emergencia	37,810	37
Encamamiento	11,359	12
Consulta Externa	50,262	51
TOTAL	99,431	100

Fuente: Información proporcionada por Departamento de Estadística y Jefatura de Enfermería, Hospital Regional de Culapa, Santa Rosa.

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

Durante el año 2,004, el Departamento de Pediatría tuvo un total de 1,965 ingresos que representa el 17%, el Departamento de Ginecoobstetricia 5,501 que representa el 49%, Medicina Interna 1,298 que representa un 11%, Cirugía 2,595 representando a un 23%.

7.3.2 Clasificación de expedientes

Según los datos proporcionados por el departamento de estadística se reportaron 11,359 ingresos al hospital regional de cuilapa, de los cuales 10,300 se encontraban reportados en los libros de ingreso/egreso, de estos se realizó una clasificación según los criterios del estudio (ver cuadro 6). A partir de este punto nos referiremos únicamente a los 6,940 casos incluidos en el estudio e ingresados a la base de datos, de los cuales 3,946 (57%) corresponden a Ginecoobstetricia, 1,369 (19.7%) a Cirugía, 797 (11%) a Pediatría, 806 (12%) a Medicina Interna, y 22 (0.30%) a otros servicios lo que incluye Intensivo y Sala de Operaciones.

CUADRO 6

CLASIFICACION DE EXPEDIENTES REGISTRADOS SEGÚN CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSION 2004.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Expedientes ausentes al momento del estudio	158	1.53
Expedientes sin hoja de ingreso-egreso.	311	3.03
Expedientes sin fecha de egreso, servicio de destino, condición de egreso, (vivo, muerto).	1,041	10.10
Casos incluidos en el estudio, e ingresados a la base de datos.	6,940	67.38
Expedientes de pacientes registrados bajo el mismo número de historia clínica. Incluyendo a los recién nacidos	1,850	17.96
Total	10,300	100

Fuente: Libro de Ingresos-Egresos, año 2004, Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa.

7.3.3 Características demográficas

7.3.3.1 Sexo:

Dentro de los datos obtenidos contamos con 5,308 de sexo femenino que representan el 77% y 1,632 de sexo masculino que representan al 23% del total de pacientes incluidos en el estudio distribuidos de la siguiente forma por servicios: Ginecoobstericia, 3,946 pacientes de sexo femenino representando al 57%; Pediatría con 377 pacientes de sexo femenino 5% y 420 de sexo masculino representando al 6% del total de pacientes; Cirugía con 520 de sexo femenino 7% y 849 de sexo masculino que representan al 12 % del total de pacientes; Medicina Interna con 452 de sexo femenino 7% y 354 de sexo masculino que representa al 5% del total de pacientes. En otros servicios que incluye el servicio de Intensivo y Sala de operaciones se encontraron 13 pacientes de sexo femenino y 9 de sexo masculino, lo que representa menos del 1%.

7.3.3.2 Edad:

Dentro del estudio encontramos 67 pacientes menores de 1 mes (1%), 225 comprendidos entre las edades de mayores de 1 mes a menores de 1 año (3%), 339 pertenecen al grupo de edad de mayores de 1 año a menores de 5 años (5%), 259 mayores de 5 años a menores de 10 (4%), 269 mayores de 10 años a menores de 15 (4%), 1,073 mayores de 15 años y menores de 20 años (15%), 1,437 comprendidos en las edades de 20 a 24 años de edad (21%), 2,471 pertenecían al grupo de edad dentro de 25 a 59 años de edad (40%), y 530 mayores de 60 años (7%).

7.3.3.3 Estado civil:

2,030 personas se encontraban casadas (29%); 2,012 únicamente estaban unidas (29%); 1,527 eran solteros (22%); 1,171 expedientes no tenían dato (17%); 183 eran viudos (3%) y 17 estaban divorciados (menos del 1%).

7.3.3.4 Ocupación:

Dentro de las profesiones reportadas en las hojas de ingreso y egreso encontramos 2,931 personas que se dedican a oficios domésticos (42%), 1,631 expedientes sin datos (23%), 1,023 amas de casa (15%), 868 agricultores (12%), 380 estudiantes (5%), 76 jornaleros (1%) y 31 con otras ocupaciones diferentes (2%).

7.3.3.5 Etnia:

No se pudo obtener los datos acerca de la etnia ya que no existe una casilla para anotar este dato en la hoja de ingreso/egreso del Hospital Regional de Cuilapa.

7.3.3.6 Lugar de residencia por municipio

Con respecto a los municipios del departamento de Santa Rosa 2,083 pacientes eran procedentes del municipio de Cuilapa 1,124 de Barberena, 512 de Nueva Santa Rosa, 377 de Oratorio, 345 de Santa María Ixhuatan, 306 de Santa Rosa de Lima, 241 de Chiquimulilla, 230 de Casillas, 230 de Santa Cruz Naranjo, 201 de Pueblo Nuevo Viñas, 88 de San Rafael Las Flores, 32 de Taxisco, 29 de Guazacapan, 13 de San Juan Tecuaco; que representan al 84% de el total de pacientes incluidos en el estudio.

Con respecto al departamento de Jutiapa 230 pertenecían al municipio de Jutiapa, 134 a San José Acatempa, 88 a Jalpatagua, 64 a Moyuta, 56 a Quezada, 51 a Atescatempa, 24 a Comapa, 12 a Conguaco, 9 a Pasaco, 7 a Santa Catarina Mita, 6 a El Progreso, 3 a Yupiltepeque y 1 a Zapotitlán; que representa al 10% del total de pacientes incluidos dentro del estudio.

Con respecto al departamento de Jalapa 115 provenían de Mataquescuintla, 49 de Jalapa, 8 provenían de distintos municipios de este departamento; que representa al 2% del total de pacientes incluidos dentro del estudio.

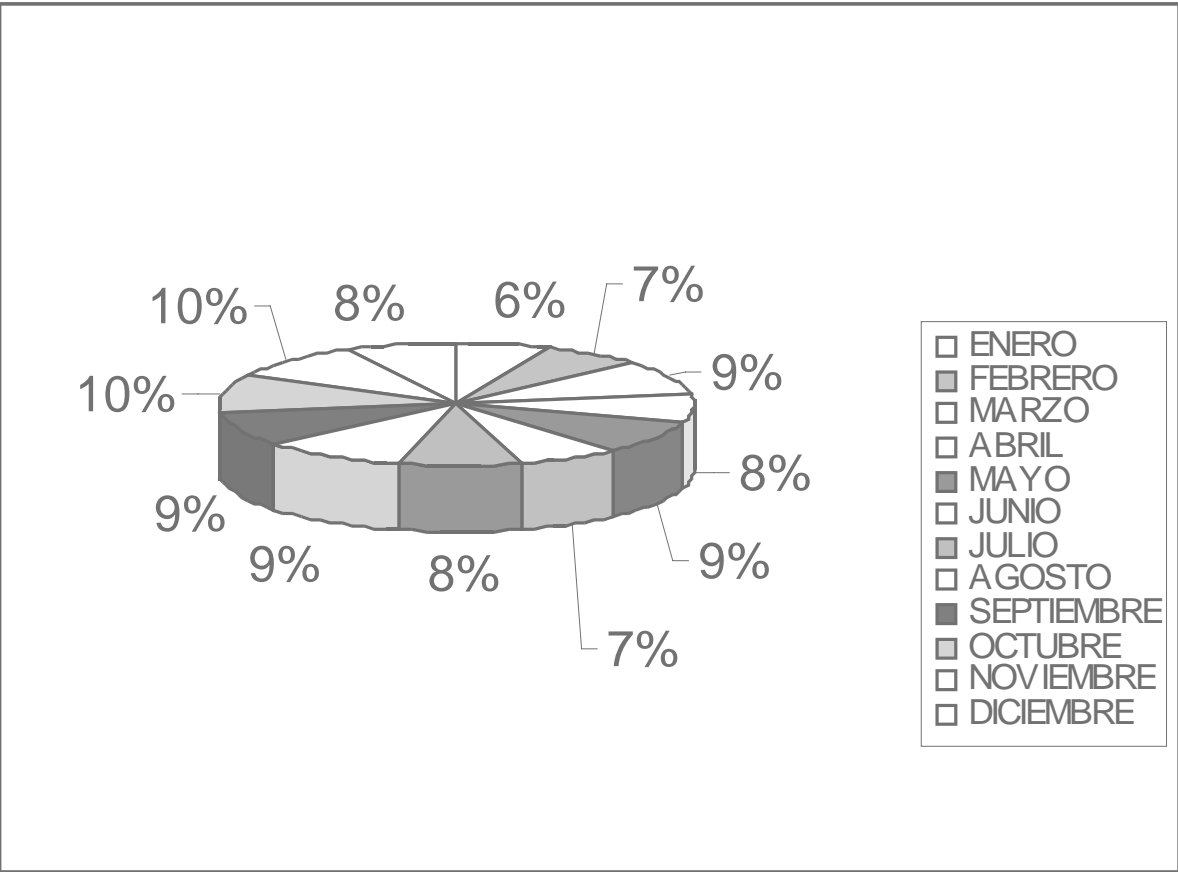
Con respecto al Departamento de Guatemala 185 pertenecían al municipio de Villa Canales, 37 de Guatemala, 11 de Villa Nueva y 19 de los distintos municipios de este departamento; que representa al 4% del total de pacientes incluidos dentro del estudio.

En relación a otros departamentos podemos mencionar que 5 eran del departamento de Escuintla, 2 del Petén, 3 de Quiché, 10 de Chimaltenango que representa menos del uno por ciento.

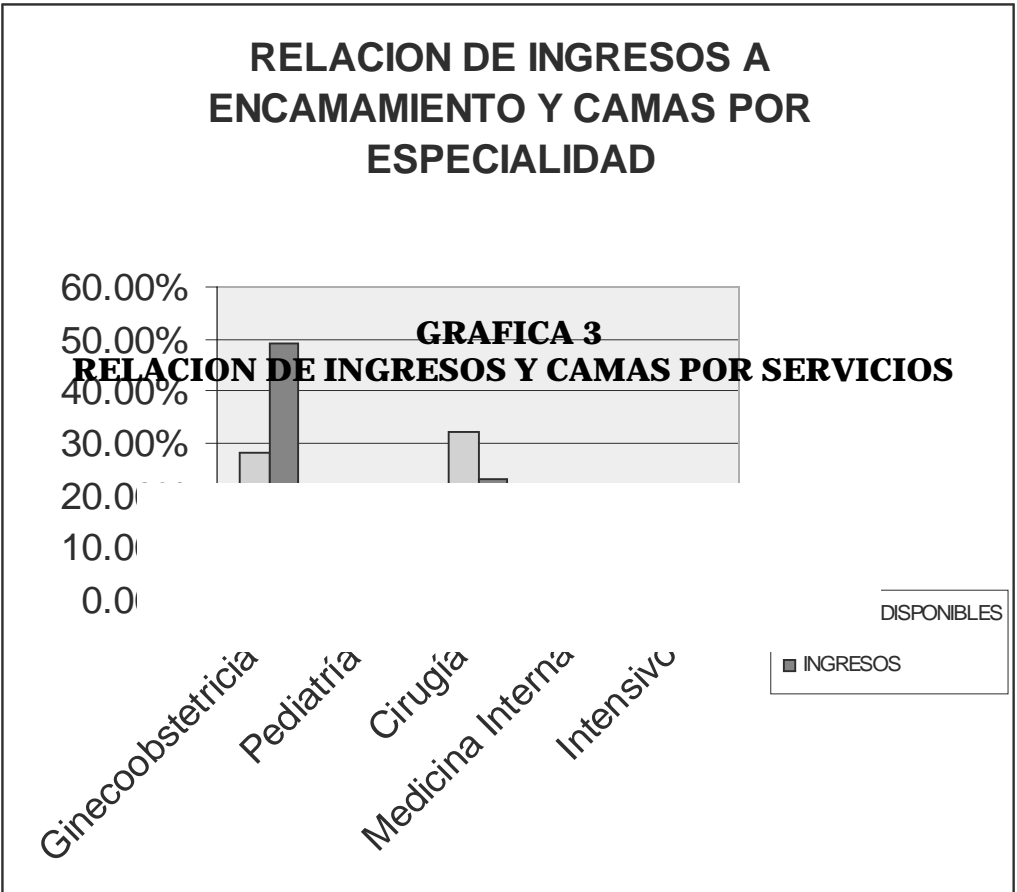
7.3.4 Gestión

GRAFICA 2

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL MES DE INGRESO



Fuente: Base de datos, SIGSA. ingresos y egresos hospitalarios 2004.



Fuente: Información proporcionada por Departamento de Estadística y Jefatura de Enfermería, Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa.

El rendimiento obtenido por medio de los recursos disponibles durante el año 2,004, de acuerdo a los indicadores de rendimiento hospitalario (promedio de días estancia, días cama disponible, días cama ocupada, índice ocupacional, giro de camas), construidos a partir del número de egresos es el siguiente:

7.3.4.1 Días cama ocupada:

Medicina Interna	7,423
Cirugía	12,779
Ginecoobstetricia	12,101
Pediatría	9,017
Intensivo	193
En General	41,513

7.3.4.2 Días cama disponible:

Medicina Interna	10,980
Cirugía	20,496
Ginecoobstetricia	17,934
Pediatría	13,174
Intensivo	488
En General	63,072

7.3.4.3 Promedio de días estancia

Medicina Interna	5
Cirugía	6
Ginecoobstetricia	2
Pediatría	17
Intensivo	4
En General	4

7.3.4.4 Giro de camas

Medicina Interna	4
Cirugía	4
Ginecoobstetricia	9
Pediatría	8
Intensivo	2
En General	5

7.3.5 Morbilidad*

Dentro de Impresiones clínicas de ingresos al Hospital de Cuilapa durante el año 2,004, se registran dentro de las Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas 5,941 casos que representan el 84.56%, embarazo 427 casos que representan el 6%, Parto único simple 342 casos que representan el 4.87%, Fracturas 16 casos que representan el 0.23%, Supervisión de embarazo en multipara 15 casos que representan 0.21%, Resto de causas 285 que representa 4.13% haciendo un total de 7,026 casos que son el 100%.

Dentro de los primeros diagnósticos de morbilidad se registra el Parto eutósico con 1,488 (21.39%) casos, Embarazo con 1,332 casos (19.15%), Causas de morbilidad desconocida y no especificada 316 casos (4.54%), Apendicitis aguda con 288 (4.14%) casos, Neumonías con 243 (3.49%), Fracturas con 201 casos (2.89%), Aborto 188 casos (2.70%), Traumatismo craneoencefálico 164 casos (2.36%), Puerperio con 151 (2.17%) casos, Convulsiones 111 casos (1.60%), Colecistitis 101 casos (1.45%), Hernias 99 casos (1.42%), Infección del Tracto urinario 85 casos (1.22%), Parto por cesárea 80 casos (1.15%), Asma 78 casos (1.12%), Diarrea 72 casos (1.03%), Diabetes Mellitus 58 casos (0.83%), Herida por arma de fuego 55 casos (0.79%), Hipertensión arterial 49 casos (0.70%), Hemorragia vaginal 38 casos (0.55%), Efectos tóxicos de sustancias 28 casos (0.40%), Accidente Ofídico 22 casos (0.32%), VIH/SIDA 9 casos (0.12%), Otras causas 1,699 casos (24.42%), haciendo un total de 6,955 casos. (Ver Cuadro7)

CUADRO 7

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL 2004.

No	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Parto eutósico*	1488	21.39

2	Embarazo*	1332	19.15
3	Causas de Morbilidad desconocidas y no especificadas	316	4.54
4	Apendicitis aguda	288	4.14
5	Neumonías	243	3.49
6	Fracturas	201	2.89
7	Aborto	188	2.70
8	Trauma Craneoencefálico	164	2.36
9	Puerperio	151	2.17
10	Convulsiones	111	1.60
11	Colecistitis	101	1.45
12	Hernias	99	1.42
13	Infección de tracto urinario	85	1.22
14	Parto por Cesárea	80	1.15
15	Asma	78	1.12
16	Diarrea	72	1.03
17	Diabetes Mellitus	58	0.83
18	Herida por arma de fuego	55	0.79
19	Hipertensión arterial	49	0.70
20	Hemorragia vaginal	38	0.55
21	Efecto tóxico de sustancias	28	0.40
22	Accidente Ofídico	22	0.32
23	VIH/SIDA	9	0.12
24	Resto de Causas	1,699	24.42
	TOTAL	6,955	100

Para efectos de tabulación se tomó como diagnóstico la causa básica

Fuente: Base de Datos, SIGSA. Ingresos y Egresos Hospitalarios. 2004.

*Tomando en cuenta que el parto eutósico y el embarazo no son causas de morbilidad, pero fueron incluidas dentro de esta, ya que se reporta como tal por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

7.3.5.1 Morbilidad por departamentos

Dentro de las primeras causas de morbilidad en el Departamento de Ginecoobstetricia, se registraron 1,488 (37.10%) partos eutósicos 1,332 (33.19%) casos de embarazo, 190 (4.73%) causas no especificadas, 188 (4.68%) casos de aborto incompleto, 151 (3.76%) atención y examen inmediatamente después del parto, 80 (1.99%) partos por cesárea, 36 (0.90%) casos de hemorragia vaginal y uterina anormal, 34 (0.85%) de infección de vías urinarias, 33 (0.82%) casos de amenaza de aborto, 25 (0.62%) casos de fibromatosis uterina, 456 (11.36%) por otras causas, haciendo un total de 4,013 casos evaluados. (Ver cuadro 8).

CUADRO 8

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA 2004.

No	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Parto eutósico	1,488	37.10
2	Embarazo.	1,332	33.19
3	Causas de Morbilidad desconocidas y no especificadas	190	4.73
4	Aborto Incompleto	188	4.68
5	Atención y examen inmediatamente después del parto	151	3.76
6	Parto por cesárea	80	1.99
7	Hemorragia vaginal y uterina anormal	36	0.90
8	Infección de vías urinarias	34	0.85
9	Amenaza de aborto	33	0.82
10	Fibromatosis Uterina	25	0.62
11	Resto de causas	456	11.36
	Total:	4,013	100

Fuente: Base de Datos, SIGSA. Ingresos y Egresos Hospitalarios. 2004.

Dentro de los casos registrados en el Departamento de Pediatría, se encontró 167 (21.16%) casos de Neumonías y Bronconeumonias, 76 (9.63%) de convulsiones, 59 (7.48%) casos de asma , 53 (6.72%) casos de Diarreas, 32 (4.05%) casos de Desnutrición, 27 (3.42%) casos de Morbilidad desconocida o mal definida, 25 (3.17%) casos Infección vías urinarias, 13 (1.64%) casos de Deshidratación e Hipovolemia, 12 (1.52%) casos de septicemia, 10 (1.27%) casos de Croup, 9 (1.14%) casos de Anemia, 6(0.76%) casos de Accidente Ofídico, 5 (0.63%) casos de Faringoamigdalitis, 5(0.63%) casos de Intoxicación por sustancias, 4 (0.51%) casos de Nauseas y vómitos, 4(0.51%) casos de Ictericia, 4 (0.51%) casos de Otitis, 4 (0.51%) Infección del sistema nervioso central, 3 (0.39%) Urticaria. Resto de causas 137 (17.36%), haciendo un total de 655. (Ver Cuadro 9)

CUADRO 9

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA 2004.

No	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	NEUMONIAS	167	21.16
2	CONVULSIONES	76	9.63
3	ASMA	59	7.48
4	DIARREAS	53	6.72
5	DESNUTRICION	32	4.05
6	MORBILIDAD DESCONOCIDA O MAL DEFINIDA	27	3.42
7	INFECCION DE VIAS URINARIAS	25	3.17
8	DESHIDRATACION E HIPOVOLEMIA	13	1.64
9	SEPTICEMIA	12	1.52
10	CROUP	10	1.27
11	ANEMIAS	9	1.14
12	ACCIDENTE OFIDICO	6	0.76
13	FARINGOAMIGDALITIS	5	0.63
14	INTOXICACION POR SUSTANCIAS	5	0.63
15	NAUSEAS Y VOMITOS	4	0.51
16	ICTERICIA	4	0.51
17	OTITIS	4	0.51
18	INFECCION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	4	0.51
19	URTICARIA	3	0.39
20	RESTO DE CAUSAS	137	17.36
	Total:	655	100

Fuente: Base de Datos, SIGSA. Ingresos y Egresos Hospitalarios. 2004.

No	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Apendicitis aguda	208	13.7
2	Fracturas	199	13.1
3	Traumatismo Cráneo encefálico	161	10.6
4	Hernia inguinal unilateral	99	6.5
5	Colecistitis	90	6.0
6	Causas de Morbilidad desconocidas y no especificadas	76	5.0
7	Heridas por Arma de Fuego	52	3.4
8	Quemadura	50	3.3
9	Celulitis	45	3.0
10	Absceso cutáneo	37	2.4
11	Herida	36	2.4
12	Dolor abdominal	29	2.0
13	Hiperplasia prostática	14	1.0
14	Hidrocele	14	1.0
15	Infección de herida operatoria	13	0.9
16	Fimosis	12	0.8
17	Testículo no descendido	10	0.7
18	Área cruenta	9	0.6
19	Hipertrofia de amígdalas	6	0.4
20	Abdomen Agudo	6	0.4
21	Obstrucción Intestinal	6	0.4
22	Trauma de abdomen	6	0.4
23	Amputación	6	0.4
24	Úlcera cutánea	5	0.3
25	Lumbago	5	0.3
26	Hemotórax	4	0.3
27	Resto de causas	314	20.7
	Total:	1,512	100

Dentro de las primeras causas de morbilidad en el Departamento de Cirugía, se registraron 208 (13.7%) casos de Apendicitis aguda, 199 (13.1%) casos de Fractura 161 (10.6%) casos de Traumatismo Cráneo Encefálico, 99 (6.5%) casos de Hernias inguinal unilateral, 90(6.0%) casos de Colecistitis, 76 (5.0%) de casos no especificados, 52 (3.4%) de Heridas por arma de fuego, 50 (3.3%) quemaduras, 45 (3.0%) casos de Celulitis, 37 (2.4%) casos de absceso cutáneo, 36 (2.4%) Heridas, 29 (2.0%) Dolor abdominal, 14 (1.0%) casos de Hiperplasia prostática, 14 (1.0%) de Hidrocele, 13 (0.9%) casos de Infección de herida operatoria, 12 (0.8%) casos de fimosis, 10 (0.7%) casos de testículo no descendido, 9 (0.6%) casos de área cruenta, 6 (0.4%) de Hipertrofia de amígdalas, 6 (0.4%) casos de Abdomen agudo, 6 (0.4%) de Obstrucción intestinal, 6 (0.4%) casos de Trauma de Abdomen, 6 (0.4%) casos de Amputación, 5 (0.3%) de Úlcera cutánea, 5 (0.3%) casos de Lumbago, 4 (0.3%) casos de Hemotórax. Resto de causas 314 (20.7%), haciendo un total de 1,512 casos (100%). (Ver Cuadro 10).

CUADRO 10
PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE
CIRUGIA 2004.

Fuente: Base de Datos, SIGSA. Ingresos y Egresos Hospitalarios. 2004.

Dentro de las primeras causas de egreso en el departamento de Medicina Interna, se registran 69 (8.40%) casos de Neumonías y Bronconeumonias, 53 (6.45%) casos de Diabetes Mellitus, 49 (6%) casos de Hipertensión arterial, 34 (4.14%) casos de Insuficiencia Cardíaca Congestiva, 33 (4.01%) casos de convulsiones, 30 (3.65%) casos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, 28 (3.41%) casos de Accidente Cerebro Vascular, 29 (3.53%) casos de Gastritis, 26 (3.16%) casos de Infección de vías urinarias, 22 (2.68%) casos de Síndrome Coronario Agudo, 22 (2.68%) casos de Intoxicación por sustancias, 21 (2.55%) casos de Morbilidad desconocidas y no especificadas, 21 (2.55%) casos de alcoholismo, 19 (2.31%) casos de Asma, 19 (2.31%) casos de Diarrea, 16 (1.95%) casos de Accidente Ofídico, 15 (1.82%) casos de Hemorragia Gastrointestinal, 12 (1.46%) casos de Neoplasias, 11 (1.34%) casos de Colecistitis crónica, 10 (1.21%) casos de Anemia, 9 (1.09%) casos de Fibrilación auricular, 9 (1.09%) casos de VIH/SIDA, 9 (1.09%) casos de Fiebre tifoidea, 8 (0.97%) casos de Cirrosis, 8 (0.97%) casos de Insuficiencia Renal, 8 (0.97%) casos de Otitis, 5 (0.61%) casos de Tuberculosis pulmonar, 5 (0.61%) casos de Ascitis, 5 (0.61%) casos de Alergia, 5 (0.61%) casos de Intento de Suicidio, 5 (0.61%) casos de Pancreatitis, 4 (0.49%) casos de Enfermedad de Chagas, 3 (0.36%) casos de Septicemia, 2 (0.24%) casos de Hepatitis, con 198 causas restantes que equivalen a un 24%, haciendo un total de 822 casos en este departamento. (Ver Cuadro 11)

CUADRO 11

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA 2004

Fuente: Base de Datos, SIGSA. Ingresos y Egresos Hospitalarios. 2,004.

No	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Neumonías	69	8.40
2	Diabetes Mellitus	53	6.45
3	Hipertensión	49	6.00
4	Insuficiencia cardiaca congestiva	34	4.14
5	Convulsiones	33	4.01
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	30	3.65
7	Accidente Cerebro vascular	28	3.41
8	Gastritis	29	3.53
9	Infección de vías urinarias sitio no especificado	26	3.16
10	Síndrome coronario agudo	22	2.68
11	Intoxicación por sustancias	22	2.68
12	Causas de Morbilidad desconocidas y no especificadas	21	2.55
13	Alcoholismo	21	2.55
14	Asma	19	2.31
15	Diarrea	19	2.31
16	Accidente ofídico	16	1.95
17	Hemorragia gastrointestinal	15	1.82
18	Neoplasia	12	1.46
19	Colecistitis crónica	11	1.34
20	Anemias	10	1.21
21	Fibrilación auricular	9	1.09
22	VIH/SIDA	9	1.09
23	Fiebre tifoidea	9	1.09
24	Cirrosis	8	0.97
25	Insuficiencia renal	8	0.97
26	Otitis	8	0.97
27	Tuberculosis pulmonar	5	0.61
28	Ascitis	5	0.61
29	Alergia	5	0.61
30	Intento de suicidio	5	0.61
31	pancreatitis	5	0.61
32	Enfermedad de Chagas	4	0.49
33	Septicemia	3	0.36
34	Hepatitis	2	0.24
35	Resto de causas	198	24
	Total:	822	100

CUADRO 12

CAUSAS DE MORBILIDAD EN OTROS SERVICIOS* 2004.

No	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Diabetes mellitus insulín dependiente, Con cetoacidosis	4	22.22
2	Varices esofágicas sin hemorragia	2	11.11
3	Neumonías	2	11.11
4	Edema Pulmonar.	2	11.11
5	Hemorragia vaginal y uterina anormal no especificada	2	11.11
6	Convulsiones	2	11.11
7	Herida de muñeca y mano	2	11.11
8	Fractura de rótula	2	11.11
	Total:	18	100

Fuente: Base de Datos, SIGSA. Ingresos y Egresos Hospitalarios. 2,004.

*Otros Servicios incluyen Intensivo y Sala de operaciones.

Se registraron en los servicios de sala de operaciones e intensivo, un total de 18 casos egreso, de las cuales 4 (22.22%) fueron por Diabetes Mellitus insulín dependiente con cetoacidosis, 2 (11.11%) por Varices esofágicas sin hemorragia, 2 (11.11%) por Neumonía y Bronconeumonía, 2 (11.11%) por Edema Pulmonar, 2 (11.11%) por hemorragia vaginal y uterina anormal no especificada, y 2 (11.11%) casos de convulsiones, 2 (11.11%) casos por heridas de muñeca y mano, 2 (11.11%) casos de fractura de rótula. (Ver cuadro 13)

7.3.6 Mortalidad

7.3.6.1 Mortalidad general

En el departamento de Ginecoobstetricia se registraron tres causas de muerte las cuales fueron Shock hipovolémico, Causa no especificada y Traumatismo del útero, con un porcentaje del 33.33% cada una haciendo un total del 100%.

En el departamento de Pediatría se registraron cinco causas de muerte, dentro de éstas se encuentran 2 (40%) casos de Neumonía y Bronconeumonía, 1 (20%) caso de Insuficiencia cardiaca, 1 (20%) caso de Paro respiratorio, 1 (20%) caso de Quemadura.

Dentro de las causas de mortalidad del departamento de Cirugía, se registraron 2 (25%) casos de Traumatismo craneoencefálico, 2 (25%) casos de Heridas por arma de fuego, 1 (12.50%) caso de Embolia y trombosis, 1 (12.50%) caso de Píotorax, 1 (12.50%) caso de pancreatitis, 1 (12.50%) caso de Trauma de tórax, haciendo un total de 8 casos.

Dentro de las causas de Mortalidad se registraron 15 casos en el Departamento de Medicina Interna, dentro de los cuales 3 casos (20%) fueron Neumonías y Bronconeumonias, 2 casos (13.40%) de Insuficiencia Cardiaca Congestiva, 1 caso (6.66%) de Tuberculosis Pulmonar, 1 caso (6.66%) de Septicemia, 1 caso (6.66%) de Diabetes Mellitus con cetoacidosis, 1 caso (6.66%) de Encefalopatía, 1 caso (6.66%) de Accidente Cerebro Vascular, 1 caso (6.66%) de Insuficiencia Respiratoria, 1 caso (6.66%) de Cirrosis Hepática alcohólica, 1 caso (6.66%) de Intoxicación por plaguicida, 1 caso (6.66%) de alcoholismo, 1 caso (6.66%) de historia personal de lesión auto inflingida.

Dentro de las causas de mortalidad de los servicios de Intensivo y Sala de operaciones se encuentran 1 caso (25%) de morbilidad no especificada, 1 caso (25%) de Insuficiencia hepática 1 caso (25%) de Traumatismo craneoencefálico 1 caso (25%) de Herida por arma de fuego, haciendo un total de 4 causas (100%).

CUADRO 13

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL 2004

No	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
----	-------------	------------	------------

1	Bronconeumonia	5	14.28
2	Insuficiencia Cardíaca	3	8.57
3	Trauma Cráneo Encefálico	3	8.57
4	Herida por Arma de fuego	3	8.57
5	Insuficiencia respiratoria	2	5.71
6	Causas mal definidas	2	5.71
7	Shock hipovolémico	1	2.85
8	Traumatismo de útero	1	2.85
9	Embolia y trombosis	1	2.85
10	Piotórax	1	2.85
11	Pancreatitis	1	2.85
12	Trauma de tórax	1	2.85
13	Tuberculosis pulmonar	1	2.85
14	Septicemia	1	2.85
15	Diabetes Mellitus	1	2.85
16	Encefalopatía	1	2.85
17	Resto de Causas	7	20.09
	Total	35	100

Fuente: Base de Datos, SIGSA. Ingresos y Egresos Hospitalarios. 2,004

*Muertes registradas en los expedientes incluidos dentro del estudio

7.3.7 Procedimientos:

Se encontraron 3,127 procedimientos realizados en los diferentes servicios del hospital. De éstos 1,355 (43%) fueron Partos eutócicos simples, 485 (16%) Cesáreas, 311 (10%) legrados intrauterinos, 197 (6%) apendicetomías, 87 (3%) Pomeroy, 83 (3%) lavados y debridamientos, 82 (3%) aspiraciones manuales endouterinas, 77 (2%) hernioplastias, 70 (2%) Colecistectomías, 61 (2%) Drenajes de abscesos. (Ver cuadro14).

CUADRO 14

PROCEDIMIENTOS* REALIZADOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS 2,004.

No	PROCEDIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	PARTO EUTOSICO SIMPLE (PES)	135	43
2	CESAREA TRANSPERITONEAL (CSTP)	485	16
3	LEGRADO INTRAUTERINO (LIU)	311	10
4	APENDICECTOMIA	197	6
5	POMEROY	87	3
6	LAVADO Y DEBRIDAMIENTO	83	3
7	ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)	82	3
8	HERNIOPLASTIA	77	2
9	COLECISTECTOMIA	70	2
10	DRENAJE DE ABSCESO	61	2
11	OTROS	319	10
	TOTAL	3,127	100

Fuente: Base de Datos, SIGSA. Ingresos y Egresos Hospitalarios. 2004.

* Basado en la descripción de la papeleta como procedimiento.

7.3.8 Complicaciones:

Dentro del estudio se encontraron como complicaciones 1 caso de shock séptico y 1 paciente con extravío de Dispositivo intrauterino, mientras que en el resto de papeletas 99.97% no se registró ningún dato.

7.3.9 Condición y tipo de egreso

Durante El año 2,004, dentro de los expedientes incluidos en el estudio (4,950), egresaron 35 pacientes fallecidos. A 7 se les realizó necropsia (casos médico legales) y en 18 de ellos no se especificó su condición de egreso.

De los 6,905 pacientes egresados vivos, 188 (3%) se registraron como curados, 11 (1%) mejorados, 6,702 (95%) no especificaban su condición de egreso y 4 (1%) se reportó como no mejorados.

De los egresados como curados, el tipo de egreso fue de 1 caso alta voluntaria, 179 indicados, 3 referidos a consulta externa, 5 referidos a otros servicios (puesto o Centro de Salud, Hospital de Referencia).

De los mejorados 8 fueron egresos indicados, 2 referidos a consulta externa y 1 referido a otro servicio.

De los egresos no especificados 282 fueron alta voluntaria 5,038 indicados, 374 no especificados, 722 referidos a consulta externa y 286 referidos a otros servicios.

De los no mejorados 2 egresos fueron indicados y 2 no especificados.

8. ANALISIS, DISCUSION E INTERPRETACION DE RESULTADOS

El Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, el cual es un hospital escuela, pertenece a la Región IV compuesta por Santa Rosa, Jalapa y Jutiapa; que por su convergencia con otros hospitales de menor complejidad tiene bajo su responsabilidad la atención de referencia que procede del Centro de salud tipo A y B, Puestos de salud, Hospitales de distrito y área de una región de salud.

El abastecimiento de agua es proporcionado por una cisterna continua lo que representa una ventaja en caso de presentarse una crisis fuera del hospital, así mismo en el caso de la disponibilidad de la energía eléctrica que es obtenida de la red pública y a través de planta propia que se utiliza en casos de emergencia. Se encontró también que no se cuenta con un incinerador propio por lo que el hospital se ve en la necesidad de contratar este servicio a una empresa privada. Cumpliendo con los estándares mínimos obligatorios del sistema eléctrico así mismo de control de excretas, residuos y potabilidad de agua para un hospital regional. A pesar de que el hospital tiene un servicio de control de residuos con una empresa privada, sería favorable que contaran con su propio sistema de incineración y personal capacitado para su uso, lo que consideramos podría representar beneficios al hospital y a la comunidad.

El Hospital de Cuilapa por su capacidad resolutive debería centralizar la atención de la patología más compleja referida por los demás servicios de salud ya que al evaluar la morbilidad encontramos patologías como Infecciones urinarias, Diarrea, Anemia, Asma, Hipertensión arterial sin mencionar ningún tipo de complicación las cuales podrían ser tratadas en servicios de salud de otro nivel.

Con respecto a los estándares mínimos obligatorios de los Hospitales regionales cumple con: realizar sesiones por departamento, tanto a nivel de Dirección como de Jefaturas al menos una vez por semana; la permanencia de médicos de turno las 24 horas del día en más de 3 especialidades básicas. Cuentan con servicio de laboratorio las 24 horas del día; el departamento de radiología es atendido por técnicos las 24 horas del día. Existen hemoterapeutas las 24 horas del día. El servicio de pediatría cuenta con un departamento específico de neonatología. El área quirúrgica se encuentra coordinada por un profesional y existe un área específica destinada para post-operados, el vestuario de sala se diferencia de las demás áreas. La farmacia tiene personal de atención las 24 horas, para pacientes internos y ambulatorios, El personal de enfermería registra la evolución del paciente en las fichas clínicas. Existe una Historia Clínica para pacientes

internos y ambulatorios. Existe una estructura Administrativa y Financiera. Cuentan con personal de Vigilancia y mantenimiento las 24 horas. . El hospital cuenta con área de acceso para vehículos de Emergencia. Cuenta con la señalización adecuada. Existe facilidad de desplazamiento para los pacientes en todas las áreas. Poseen mantenimiento en equipo de iluminación y generación de energía.

Con respecto a los estándares mínimos no obligatorios podemos mencionar que el Hospital cuenta con Incubadoras. Existe lugar de descanso para médicos. Poseen Servicio Social integrado al resto de especialidades. Cuentan con Biblioteca la cual brinda servicio de lunes a viernes en horario de 7:00 a 15:00 horas.

Tomando en cuenta los estándares mínimos obligatorios podemos evidenciar la ausencia de ventiladores mecánicos y comité de nosocomiales. Lo que nos parece de mucha importancia ya que es un hospital regional dedicado a la formación de médicos, lo cual mejoraría la atención a la población y en especial al departamento de neonatología ya que el traslado de pacientes a un hospital de referencia representa un riesgo para el paciente.

Considerando que el número de personal debe depender de la dimensión del Hospital, la oferta de sus servicios y la producción, cabe señalar que de las 340 personas que laboran en el Hospital, 52 (15.29%) son médicos residentes, (Ver cuadro 1) quienes se encuentran distribuidos de igual manera, 13 en cada uno de los departamentos de Ginecoobstetricia, Pediatría, Cirugía, Medicina Interna. Durante los turnos los cuales son cada cuatro días con duración de 32 horas, permanecen 3 residentes por especialidad, con la excepción de que alguno de ellos se encuentre realizando electivo en otro hospital. Consideramos que este horario de turnos es extenso y exhaustivo para los médicos lo que afecta su salud tanto física como mental y principalmente la calidad de atención que se le brinda al paciente ya que luego de una jornada de trabajo demandante no tiene oportunidad de un descanso para recuperarse del desgaste físico sin contar que por ser estudiantes deben de cumplir con obligaciones del postgrado.

Realizan su práctica en este hospital, 3 Médicos Internos, estudiantes de la Universidad Mariano Gálvez, rotando juntos por cada especialidad. Turna un Médico Interno cada cuatro días, en la misma especialidad por la que se encuentran rotando.

El departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, posee el 28.2% del total de camas del Hospital y atendió durante el año 2,004 al 49% de pacientes con un promedio de días estancia de 2, días camas disponible 17,934; días de cama ocupada 12,101; con un giro cama de 9 obteniendo un índice ocupacional de 67. El departamento de Pediatría posee también el 20.1% del total de camas y atendió al 17% de pacientes con un promedio de días estancia de 17 tomando en cuenta que dentro de este se encuentra el servicio de recuperación nutricional por lo que posee el promedio días estancia más alto, días camas disponible 13,174; días cama ocupada 9,017; con un giro cama de 8 obteniendo un índice ocupacional de 111. El departamento de Cirugía posee el 32.2% de las camas y atendió el 23% de pacientes con un promedio de días estancia de 6 tomando en cuenta que dentro de este se encuentra el servicio de traumatología, días camas disponible 20,496; días cama ocupada 12,779; con un giro cama de 4 obteniendo un índice ocupacional de 76. Mientras que el departamento de Medicina Interna posee el 17.2% de camas y atendió 11% de pacientes con un promedio de días estancia de 5, días

camas disponible 10,980; días cama ocupada 7,423; con un giro cama de 4 obteniendo un índice ocupacional de 68.

En base a lo anterior se observa que hay una desproporción entre el personal, recurso material y población a la que se le presta el servicio; ya que la Ginecoobstetricia es el servicio mas utilizado y quien posee el mayor número de camas es el servicio de Cirugía. Aunque debe tomarse en cuenta que el promedio de días estancia en la cirugía es mayor que en la ginecoobstetricia en donde el movimiento de pacientes es más frecuente, La Pediatría posee un menor número de camas que la Ginecoobstetricia y la cirugía, recibiendo una menor cantidad de pacientes. Sin embargo es el servicio que posee el promedio de días estancia más alto, sin olvidar mencionar que la cantidad de médicos es similar en cada servicio lo que aumenta el trabajo para ellos en algunos departamentos, de igual forma para el personal de enfermería que debería atender un número similar de pacientes, pero por la desproporción existente entre los recursos dificulta la calidad de atención a los mismos. (Ver capitulo 7 inciso 3)

Según la Memoria Epidemiológica 2,004 se atendieron 6,021 partos en el departamento de Santa Rosa. Según la Producción Hospitalaria, Reportada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el Hospital Regional de Cuilapa se atendieron 4,419 lo que representa el 73% de los partos atendidos en este departamento, tomando en cuenta que el índice ocupacional en el departamento de ginecoobstetricia para el año 2,004 fue de 67 concluimos que este servicio tiene capacidad física para captar un porcentaje más alto de pacientes sin embargo la capacidad de recurso humano y material con la que cuenta el hospital no es suficiente.

Dentro de la información incluida en el estudio encontramos que la mayor parte de pacientes atendidos son de sexo femenino 77%, principalmente en edad fértil y de ocupación domésticas 42% y amas de casa 15%, esto podría relacionarse con la alta afluencia de pacientes al departamento de Ginecoobstetricia, debido a que el Hospital cuenta con la presencia de Ginecoobstetras de turno a diferencia de otros hospitales. Dentro de la morbilidad llama la atención la ocurrencia de Intoxicaciones por sustancias, dentro de éstas específicamente disulfuros, sustancias que son ampliamente conocidas y utilizadas por los pobladores de ésta región quienes en su mayoría se dedican a Agricultura. Sin especificar si son incidentales o accidentales. Consideramos importante la implementación de programas dirigidas a la población que utiliza estas sustancias para la prevención de accidentes, unificando programas con el departamento de psiquiatría para disminuir la incidencia de suicidios dentro de esta población.

Dentro de los lugares de procedencia el departamento de Santa Rosa ocupa el primer lugar con 84%, en segundo lugar se encuentra Jutiapa con 10% y en tercer lugar Guatemala con el 4%, en cuarto lugar Jalapa con el 2%. Se observó que el hospital tiene afluencia de distintos departamentos de la república que no pertenecen a la región IV lo cual afecta los recursos del hospital, aumentando su área de cobertura.

Dentro de las primeras causas de morbilidad encontramos el parto eutósico 21.39%, el embarazo 19.15%, Causas de morbilidad desconocida y no especificadas 4.54%, apendicitis aguda 4.14%, neumonías 3.49% (ver cuadro 7). A pesar que el parto y el

embarazo no se clasifican como morbilidad, en este estudio se toman como tales debido a que se encuentran reportadas como tales.

Hablando propiamente de la Ginecoobstetricia, nuevamente los partos únicos constituyen la mayor causa de morbilidad 37.10% y los partos por cesárea representan el 1.99% obteniendo una relación de una cesárea por cada 3 partos.

La Memoria Epidemiológica 2,004 reporta 111 muertes intrahospitalarias sin incluir el departamento de Pediatría y Traumatología, ya que no se cuenta con esa información; el departamento de estadística del hospital reporta 135 muertes, de las cuales en nuestro estudio se registraron únicamente 35 (32%) de las muertes. Con una tasa de mortalidad intrahospitalaria de 1.31 por cada 100 pacientes.

Se considera que el incompleto llenado de papeletas y la ausencia de las mismas 158 (1.53%) producen esa diferencia de información. Ya que dentro de las papeletas incluidas en el estudio el 85% de ellas no contaban con una impresión clínica de ingreso, sin tomar en cuenta las papeletas que no llenaron los criterios de ingreso por falta de datos (1,041 que es el 10.10%).

Durante la realización del estudio se encontró que la hoja de ingreso/egreso no cuenta con una casilla para registrar la identidad cultural del paciente, por lo que no se pudo realizar un análisis de los grupos étnicos.

9. CONCLUSIONES

1. El Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, siendo un Hospital escuela tiene una cobertura dirigida hacia la región IV de la República de Guatemala (Jutiapa, Jalapa y Santa Rosa), sin embargo atiende pacientes provenientes de otros departamentos del país que no pertenecen a esta región, como Guatemala, Chimaltenango, Quiché. Actualmente no cuenta con todos los estándares mínimos obligatorios para un hospital del nivel 3 al que pertenece debido a que carece de recursos materiales como ventiladores mecánicos, un incinerador propio. En cuanto a recursos humanos no posee un porcentaje mayor de enfermeras profesionales con relación a enfermeras auxiliares. Con respecto a organización no existe un comité de infecciones nosocomiales y un comité de supervisión de historia clínica. Durante el año 2004 la mayor cantidad de pacientes atendidos fueron de sexo femenino en edad fértil, que se dedican en su mayoría a oficios domésticos y que la mayor parte reside en el municipio de Cuilapa, Santa Rosa. Sus principales causas de morbilidad general fueron: parto eutósico, embarazo, apendicitis aguda, neumonías y fracturas. Siendo las principales causas básicas de muerte bronconeumonía, insuficiencia cardíaca, trauma craneoencefálico, heridas por arma de fuego e insuficiencia respiratoria, con una tasa de mortalidad hospitalaria de 1.3 por cada 100 pacientes ingresados.

2. El Hospital Regional de Cuilapa cuenta con 95 médicos, 124 enfermeras, 114 trabajadores dentro del personal de apoyo y 7 en personal administrativo. Con respecto al recurso material cuenta con 174 camas distribuidas de la siguiente manera: el departamento de ginecoobstetricia con 49 camas, Pediatría con 35 camas, Cirugía con 56 camas, Medicina Interna con 30 camas y el Intensivo con 4 camas. Posee laboratorio clínico, banco de sangre, diagnóstico por imágenes y farmacia interna los cuales ofrecen servicio las 24 horas del día. No posee incinerador pero contratan el servicio de una empresa privada para el control de sus residuos, se abastece de agua debido a una cisterna continua, cuenta con servicio de red pública de energía eléctrica y planta propia para casos de emergencia. Tiene como cobertura a la región IV del país. Su mayor afluencia es del Departamento de Santa Rosa y Jutiapa, sin embargo el hospital recibe a pacientes de otros departamentos no incluidos dentro de esta región como lo es la Ciudad Capital principalmente de municipios como Villa Canales y Villa Nueva; además de los departamentos de Escuintla, Quiché y Chimaltenango, 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.

3. Durante el año 2004 en el Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, la mayor proporción de pacientes atendidos fueron de sexo femenino representando el 77%, quienes en su mayoría se encontraban en edad fértil, dedicadas principalmente a oficios domésticos. La mayor afluencia proviene de el municipio de Cuilapa del departamento de Santa Rosa; con respecto al estado civil la mayoría de pacientes se encontraban casados; 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. Las principales causas de morbilidad general atendidas fueron en orden de frecuencia: parto eutósico, embarazo, apendicitis aguda, neumonías, fracturas, abortos, trauma craneoencefálico, puerperio, convulsiones, y colecistitis. La tasa de mortalidad intrahospitalaria fue de 1.3 por cada 100 pacientes ingresados. Siendo las principales causas básicas de muerte Bronconeumonía, Insuficiencia cardíaca, Trauma craneoencefálico, Heridas por arma de fuego, Insuficiencia respiratoria, perteneciendo estas en su mayoría por el departamento de Medicina Interna.

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

10 RECOMENDACIONES

1. Proveer al Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa de los recursos necesarios para cumplir con los estándares mínimos obligatorios que debe tener un hospital de su nivel, pudiendo brindar un mejor servicio de acuerdo a sus demandas.
2. Realizar una evaluación de la relación de recursos y población demandante para que en base a esto se logre una redistribución que permita maximizar el servicio y ampliar la cobertura.
3. Implementar mejoras en base a los requerimientos mínimos de un hospital regional ubicado en el nivel 3, en cada uno de los diferentes servicios hospitalarios, especialmente al Departamento de Ginecoobstetricia, debido a que la población demandante de este hospital en su mayoría la conforman mujeres en edad fértil.
4. Que la información proporcionada a las autoridades del Hospital sea evaluada y tomada en cuenta, para reformas que mejoren el buen servicio y atención por parte del Hospital.

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 Expedientes

No.	No. HxCx	Nombre	Observaciones			
			A	B	C	D
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						

No.	No. HxCx	Nombre	Observaciones			
			A	B	C	D
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						

36						
37						
38						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
TOTAL						

86						
87						
88						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						
TOTAL						

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

ANEXO 2

Instrumento de Recolección de Datos ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA RED HOSPITALARIA

No.	INDICA-DOR	OPCIONES	CÓD.
I. DATOS GENERALES			
101	Expediente	No. _____	
102	Sexo	Masculino Femenino	1 2
103	Edad	días _____ meses _____ años _____ No hay dato	99
104	Fecha de nacimiento	Día _____ Mes _____ Año _____ No hay dato	99
105	Estado civil	Soltero Casado Unido Divorciado Viudo No aplica No hay dato	1 2 3 4 5 98 99
106	Ocupación	No hay dato	99
107	Etnia	Ladino Maya Garifuna Xinca No hay dato	1 2 3 4 99
108	Lugar de residencia	Depto. _____ Municipio _____	

II. DATOS DE INGRESO			
201	Fecha	Día Mes Año No hay dato	99
202	Servicio de destino	Medicina Interna Cirugía Pediatria Gineco-obstetricia Ortopedia-Traumatología Intensivo SOP No hay dato	1 2 3 4 5 6 7 99
203	Primeras 3 impresiones clínicas	1. _____ 2. _____ 3. _____ Ilegible No hay dato	R69X R69X
III. DATOS DE EGRESO			
301	Fecha	Día Mes Año No hay dato	99
302	Servicio de donde egresa	Medicina Interna Cirugía Pediatria Gineco-obstetricia Ortopedia-Traumatología Intensivo SOP No aplica=No hay datos	1 2 3 4 5 6 7 99
303	Primeros 5 diagnósticos	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ Ilegible o ausencia de dato Vivo Muerto	R69X R99X
304	Procedimientos	1. _____ 2. _____ 3. _____ Ilegible No hay dato	77 99
305	Complicaciones	1. _____ 2. _____ 3. _____ Ilegible No hay dato	77 99

306	Condiciones	Vivo	1
		Curado	2
		Mejorado	3
		No curado	4
		Mismo estado	5
		Muerto	6
		Con autopsia	7
		Sin autopsia	8
		No hay dato	99
307	Tipo	Alta voluntaria (contraindicado, fugado)	1
		Indicación médica	2
		Referido a otro servicio de salud	3
		Referido a Consulta Externa	4
		No hay dato	99

Anexo 3

Instrumento de Recolección de Datos

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA RED HOSPITALARIA

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

A. RECURSOS

1. Humanos

101. Número total y por turno de:	TOTAL	TURNO
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

1. Total de pacientes atendidos

101. Pediatría
- 101.1 Emergencia _____
- 101.2 Encamamiento _____

101.3 Consulta externa _____
101.4 Sala de operaciones _____
101.5 Cuidado crítico _____

102. Gineco-obstetricia

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

103. Medicina Interna

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

1. Cirugía

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

2. Encamamiento

201. camas Gineco-obstetricia _____
202 No. camas Pediatría _____
203 No. camas Cirugía _____
204 No. camas Medicina Interna _____

11 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

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-sadul-art-laca.pdf>. 1 de marzo de 2005.
2. Batista Moliner, Ricardo; et al. ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD: ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLOGICAS Y PRACTICAS. (CD-ROOM) La biblioteca Virtual “La Practica Social de la Salud Pública”. Universidad de San Carlos , Facultad de Ciencias Medicas, Fase III. Guatemala, 2004.
3. Borges, L.C. et. al. Evaluación de algunos indicadores del Programa Nacional para la Prevención y el Control de la Infección Intrahospitalaria. Revista Cubana de Medicina General Integral. Año 2000 Vol. 16 (4) Pp 350-5
4. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud Costa Rica 2002 (en línea) disponible en : <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/guianueve.pdf>. 1 de marzo de 2005.
5. Costa Rica Ministerio de Salud: Análisis Sectorial de Salud Costa Rica 2002 (en línea) disponible en:
<http://www.lachsr.org/documents/analisissectorialdesaluddecostaricaparteIII-ES.pdf>. 1 de marzo de 2005.
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sala Situacional. Documento Base para su implementación y desarrollo. Guatemala: 2001 111 p. (Programa de Desarrollo Epidemiológico).
7. Guatemala. . Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica Guatemala: 2003 (en línea) disponible en <http://www.mspas.gob.gt/cms2/docs/epi/memoria%20vigenpi%202003.pdf>. 2 de marzo de 2005.
8. Neuhauser, Duncan. Funcionamiento de las Organizaciones para la administración de la salud. En: Análisis de las organizaciones en 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/bev22n4-indicadores.htm>. 2 de marzo de 2005.
10. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Organización y Procedimientos hospitalarios . Sao Paulo: OPS, 1990.636p.
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. 109p.
14. Terrón, Lucía. Sala Situacional. (CD-ROM) . La Biblioteca Virtual “La práctica Social de la Salud Pública”. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Medicas, Fase III. Guatemala, 2004.
15. Varona, José Felipe. Infecciones Intrahospitalarias España 2002 (en línea) disponible en: <http://www.msd.es/opencms/publicaciones/manuales/capitulo37> 2 de marzo de 2005.