

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



GIOVANI ANTONIO LÓPEZ PINEDA

GUATEMALA, AGOSTO 2005

CONTENIDO

	Página
1. RESUMEN	1
2. ANALISIS DEL PROBLEMA	3
2.1 Antecedentes del problema	3
2.2 Definición del problema	4
2.3 Delimitación del problema	5
2.4 Planteamiento del problema	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 Totonicapán	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	10
4.1.9 Economía	10
4.1.10 Clima	10
4.1.11 Idioma	10
4.1.12 Localización del Municipio de Totonicapán	10
4.1.13 Topografía del Municipio de Totonicapán	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	12
4.1.19 Lista de áreas de salud	13
4.1.20 Información General del Hospital	13
4.2 Sala Situacional	13
4.2.1 Concepto	13
4.2.2 Objetivos	13
4.2.2.1 Objetivo General	13
4.2.2.2 Objetivo Especifico	14
4.2.3 Propósito	14
4.2.4 Metodología	14
4.2.5 Productos de la sala situacional	15
4.3 Administración Hospitalaria	15
4.3.1 Definición	16
4.3.2 Funciones	16
4.3.3 Derechos y Responsabilidades de los Pacientes	16
4.3.4 Planificación y Programación de los servicios	17

4.3.5 Estándares Mínimos obligatorios	18
4.3.5.1 Áreas técnicas y de apoyo	23
4.3.5.2 Estructura física y funcional	28
4.3.5.3 Instalaciones	30
4.3.6 Estándares no obligatorios	30
4.4 Situación de los hospitales públicos en América Latina	33
4.5 Hospitales en Guatemala	34
4.6 Morbilidad y Mortalidad intrahospitalaria	34
4.6.1 Infecciones adquiridas intrahospitalariamente	34
4.7 Análisis situacional	35
4.7.1 Análisis de contexto para la planificación estratégica	35
4.7.2 Análisis de contexto	36
4.7.3 Los Problemas de salud como punto de partida	36
4.7.4 Construcción de los problemas de salud colectiva	37
4.8 La situación de salud en la región de las Américas	38
4.8.1 Contexto demográfico	38
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	52
7.2.2.1 Infraestructura	52
7.2.2.2 Control de residuos	52
7.2.2.3 Disponibilidad de agua	52
7.2.2.4 Disponibilidad de energía eléctrica	52
7.3 Producción de servicios	53
7.3.1 Distribución de la producción de servicios	54
7.3.2 Clasificación de Detalles	54
7.3.3 Características demográficas	54
7.3.3.1 Sexo	54
7.3.3.2 Edad	54

7.3.3.3 Estado Civil	54
7.3.3.4 Ocupación	55
7.3.3.5 Etnia	55
7.3.3.6 Lugar de residencia por municipio	55
7.3.4 Gestión	55
7.3.4.1 Días cama ocupada	55
7.3.4.2 Días cama disponible	57
7.3.4.3 Promedio de días estancia	57
7.3.4.4 Giro de camas	57
7.3.5 Morbilidad	57
7.3.5.1 Morbilidad por departamentos	58
7.3.6 Mortalidad	62
7.3.6.1 Mortalidad general	62
7.3.7 Procedimientos	62
7.3.8 Complicaciones	63
7.3.9 Condición y tipo de egreso	63
8. ANALISIS, DISCUSION E INTERPRETACION DE RESULTADOS	65
9. CONCLUSIONES	67
10 RECOMENDACIONES	69
11 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	71
12 ANEXOS	73

CONTENIDO DE CUADROS

1.	Variables obtenidas de la hoja de Ingreso-egreso	44
2.	Variables obtenidas de las entrevistas	46
3.	Recursos humanos del Hospital Nacional de Totonicapán	51
4.	Distribución del número de camas	53
5.	Distribución de la producción de servicios	53
6.	Clasificación de expedientes	54
7.	Primeras causas de morbilidad general	57
8.	Primeras causas de morbilidad en ginecoobstetricia	58
9.	Primeras causas de morbilidad en Pediatría	59
10.	Primeras causas de morbilidad en Cirugía	60
11.	Primeras causas de morbilidad en Medicina Interna	61
12.	Primeras causas de mortalidad general	62
13.	Procedimientos realizados en los diferentes servicios	62

CONTENIDO DE GRAFICAS

1. Sala Situacional. Fase del proceso metodológico	15
2. Distribución de pacientes según el mes de ingreso	55
3. Relación de ingresos y camas por servicios	56

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, de morbi-mortalidad, recursos y cobertura de servicios de salud; es por ello que con el objetivo de analizar la situación de el Hospital Nacional “Dr. José Felipe Flores” de Totonicapán con información estandarizada se llevó a cabo la recolección de los datos en base a la hoja de ingreso/egreso de los pacientes egresados en el año 2004, además de la entrevista personal al director del hospital.

Este mismo estudio se llevó a cabo simultáneamente en 17 hospitales de la república de Guatemala, con la misma metodología, para obtener una mejor visión de la situación en salud hospitalaria a nivel nacional.

El departamento de estadística del Hospital Nacional de Totonicapán, reportó 6928 egresos, encontrándose 6630 (95.7%) de estos 5476 (79.0%) llenaron los criterios de inclusión.

El servicio de mayor ingresos fue el servicio de Ginecoobstetricia con 39.85% del total.

Las 5 principales causas de morbilidad general encontradas fueron: partos tanto eutósicos como distócicos con 31.43% en primer lugar, seguido por Neumonías-Bronconeumonias (6.44%), en tercer lugar Abortos o amenaza de aborto con 4.42%. seguidos en cuarto y quinto lugar por Diarreas e infecciones intestinales con 4.26% y 4.11% respectivamente. (Ver cuadro 7).

Con este estudio se pretende que exista mejor distribución del recurso humano y físico con el fin de mejorar la atención a la población, además pudiendo de ser incentivo para otras investigaciones y continuidad a la misma.

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:**
 8. Hospital Nacional de Chimaltenango (Chimaltenango)
 9. Hospital de Amatitlán (Guatemala)
- **Región Sur:**
 1. Hospital Nacional/Regional de Escuintla (Escuintla)
 2. Hospital Regional de Cuilapa (Santa Rosa)
- **Región Occidente:**
 12. Hospital Nacional Dr. Jorge Vides Molina (Huehuetenango)
 13. Hospital de San Pedro Necta (Huehuetenango)
 14. Hospital Nacional Santa Elena (El Quiché)
 15. Hospital Distrital de Joyabaj (El Quiché)
 16. Hospital Nacional de Mazatenango (Suchitepequez)
 17. Hospital Nacional Dr. José Felipe Flores (Totonicapán)

Los siguientes hospitales enumerados 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 algunos hospitales de la República de Guatemala para el año 2004 en función de las dimensiones demográficas, morbi-mortalidad, recursos y de servicios de salud?

3. 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. La 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, Suchitepéquez, Retalhuleu, San Marcos. Región VII Nor-Occidente: Huehuetenango, Quiché. Región VIII Petén.

4.1 Monografía del departamento de Totonicapán

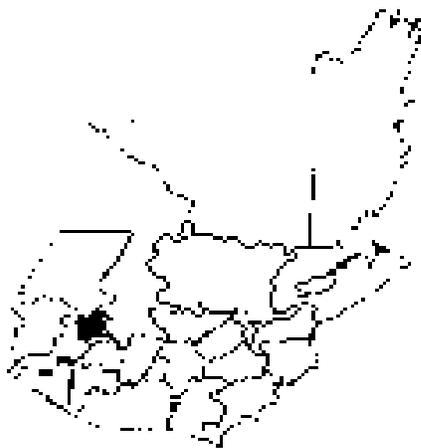
4.1.1 Alcalde:

4.1.2 Población: 373,633 habitantes

4.1.3 Altitud: 2495 metros sobre el nivel del mar

4.1.4 Extensión Territorial: 1061 km²

4.1.5 Límites: *Colinda al norte con el departamento de Huehuetenango; al este con el del Quiché; al sur con el de Sololá; al oeste con el de Quetzaltenango.*



4.1.6 Cabecera: Totonicapán

4.1.7 Coordenadas: 14° 54´39´´ Latitud 91° 21´38´´ Longitud

4.1.8 División Administrativa Municipal

Cuenta con 8 municipios que son:

1. Totonicapán
2. San Cristóbal Totonicapán
3. San Francisco El Alto
4. San Andrés Xecul
5. Momostenango
6. Santa María Chiquimula
7. Santa lucia La Reforma
8. San Bartolo Aguas Calientes

4.1.9 Economía

Sus principales productos agrícolas son trigo de muy buena calidad, maíz, frijol, papas o patatas, avena, cebada, etcétera. Entre las principales industrias figura la fabricación de tejidos de lana, de muebles y alfarería. Existen grandes rebaños de ovejas, así como minas de metales preciosos, aunque su producción ha sido esporádica y en muy pequeña escala.

4.1.10 Clima

El departamento posee extensiones frías y solamente en municipios como Santa María Chiquimula y Momostenango existen pequeños sectores templados vientos y neblinas forman en determinados días una especie de llovizna que localmente se conoce como "salud del pueblo", poseyendo en general un clima agradable y grato.

4.1.11 Idioma

Se habla el K'iche' y el Español

4.1.12 Localización del municipio de Totonicapán:

Totonicapán cabecera del Departamento de Totonicapán, es uno de los 8 municipios con que cuenta el departamento, posee una extensión territorial de 1,061 kilómetros cuadrados, colinda al norte con el departamento de Huehuetenango al este con el del Quiché al sur con el de Sololá al oeste con el de Quetzaltenango.

4.1.13 Topografía del municipio de Totonicapán:

Localización latitud 14° 54´39´´ Latitud 91° 21´38´´ Longitud
Extensión 1061 Kms2
Altura: 2495 metros sobre el nivel del mar.
Clima: Frío a Templado, temperatura de 8° a 20°

Límites:

Al Norte: Huehuetenango

Al Este: Quiché

Al Sur: Sololá

Al Oeste: Quetzaltenango

MAPA DEL DEPARTAMENTO DE TOTONICAPAN



1. Totonicapán, 2. San Cristóbal Totonicapán, 3. San Francisco El Alto, 4. San Andrés Xecul, 5. Momostenango, 6. Santa María Chiquimula, 7. Santa Lucía La Reforma y 8. San Bartolo

4.1.14 Vías de comunicación:

El municipio de Totonicapán, cuenta con una carretera asfaltada desde la capital hacia la cabecera departamental que pasa por el municipio de Los Encuentros, posterior a Cuatro Caminos donde existe acceso hacia Huehuetenango, San Marcos y Quetzaltenango. Cuenta con correo, telégrafo, radios, televisores, buses y microbuses.

4.1.1.5 Pilares del desarrollo municipal de Totonicapán

A. Servicios de Salud Públicos y Privados

- Un Hospital Nacional
- Un Centro de Salud
- Ocho clínicas Médicas Privadas
- Una clínica de Odontología Privada
- Dos Laboratorios Clínicos Privados
- Cinco Farmacias

B. Servicios Educativos Públicos y Privados

- No se cuenta con esa información por no encontrarse en boleta de recolección.

C. Servicios Privados de Educación

No se cuenta con esa información por no encontrarse en boleta de recolección.

D. Servicios Agrícolas

- No se cuenta con esa información por no encontrarse en boleta de recolección.

4.1.16 Agrupaciones existentes

- Bomberos Voluntarios
- Comité de Cofradía

4.1.17 Instituciones existentes:

MSPAS (Dirección de área de salud)

Centro de Salud

Hospital Nacional

Ministerio de Educación

Supervisor Distrito de Educación

Establecimientos Educativos

Ministerio de Trabajo

Ministerio Público

Contraloría de Cuentas

4.1.18 Historia:

Por decreto de la Asamblea Constituyente del 4 de noviembre de 1825, Totonicapán se elevó a la categoría de departamento.

En la época precolombina fue asiento de la segunda ciudad, en importancia, de los Quichés. Posteriormente se trasladó la población al lugar llamado Chuimequená, que significa "Sobre el agua caliente", donde se encuentra la actual cabecera departamental.

4.1.19 Lista de áreas de salud, Totonicapán

C/S Totonicapán
C/S Momostenango
C/S San Francisco el Alto
C/S San Bartola
C/S Santa María Chiquimula
C/S Santa Lucía la Reforma
C/S San Andres Xecul
C/S San Cristobal
Hospital Nacional de Totonicapán

4.1.20 Información general del Hospital Nacional de Totonicapán

PERSONA ENTREVISTADA: SECRETARIA DE LA DIRECCION
EGRESOS ESTIMADOS PARA EL AÑO 2004: 7000
ÁREA DE SALUD: TONICAPAN
HOSPITAL: NACIONAL DE TONICAPAN
DIRECTOR ACTUAL: GUSTAVO ADOLFO RODAS

4.2 Sala situacional

4.2.1 Concepto:

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

4.2.2 Objetivos:

4.2.2.1 General:

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

4.2.2.2 Específicos:

- ✓ Identificar y medir las desigualdades e inequidades existentes entre grupos humanos, especialmente los más postergados.

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

4.2.3 Propósito:

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

4.2.4 Metodología:

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

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

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

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

Gráfica 1



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

- ✓ Fortalecer capacidad de anticipación
- ✓ Planificación estratégica de los Servicios Sociales y de Salud. (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, bacteriología directa, coagulograma básico, colesterol, creatinina, creatinofosfoquinasa (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-embriónico, estradiol, foliculoestimulante, luteinizante, prolactina, tiroxina, triiodotironina, tiroglobulina, 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 médico especialista en Hemoterapia. Dichas normas indican que en toda unidad transfusional deben realizarse las siguientes pruebas serológicas: Agrupamientos, Du, genotipo, Sífilis (VDRL), Brucelosis (Huddlesson), Chagas (látex, fijación de complemento o hemoaglutinación), Antígeno de hepatitis, Be, hepatitis C, Detección de anticuerpos anti HIV.

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

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

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

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

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

I. Atención de nacimiento (10, 13)

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

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

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

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

J. Área Quirúrgica (10, 13)

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

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

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

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

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

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

K. Anestesiología (10, 13)

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

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

Nivel 2: Cuenta con un listado de anestesiólogos 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 anestesiólogos que cumplen guardias pasivas. Realizan visitas preanestésicas.

Nivel 4: Las guardias son cubiertas en forma activa por anestesiólogos 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 el cambio de ropa es satisfactorio. El retiro de ropa sucia es diario durante todo el año y la entrega de ropa limpia se efectúa diariamente.

C. Limpieza (13)

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

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

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

D. Esterilización (10, 13)

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

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

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

Nivel 3: El personal cuenta con capacitación específica

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

E. Despensa 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 depende todos los servicios. Técnicos.

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

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

Nivel 1: Posee HC de la totalidad de las personas asistidas en el establecimiento, tanto ambulatorias como internadas. La HC es legible, está firmada por el médico tratante y tiene cierre (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 afin que emite una publicación mensual de la información y realiza reuniones periódicas para su discusión.

I. Gobierno hospitalario (13)

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

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

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

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

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

J. Administración (10, 13)

Nivel 1: Existe un responsable del área administrativa. Hay registro de certificaciones del personal profesional- Cuenta con un manual de procedimientos administrativos y legajo de todos los agentes que incluye la certificación de capacitación. El establecimiento cuenta con por lo menos una persona que tiene a su cargo la adquisición, distribución y control de los insumos y recursos materiales durables, los registros, liquidación de haberes y 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
V. Servicio Social (10, 13)

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

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

Nivel 2: existen normas y procedimientos escritos, revisados periódicamente

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

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

E. Biblioteca (13)

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

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

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

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

4.4 Situación de los hospitales públicos en América latina (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 morbimortalidad, el coste y la estancia hospitalaria. Los microorganismos responsables de este tipo de infecciones suelen ser diferentes y más virulentos que los implicados en las infecciones de la comunidad, siendo los más habituales los bacilos gramnegativos (sobre todo, E. coli) y los Staphylococcus (siendo muy importante el S. aureus oxacilín-resistente – SAOR–), aunque su distribución depende del tipo de infección y el área hospitalaria. Casi el 75% de estas infecciones acontecen en pacientes quirúrgicos. Por todo ello es fundamental conocer las medidas preventivas para evitar su aparición y el manejo adecuado de las mismas en caso de que se presenten. Sólo en circunstancias muy concretas (prevención de herida quirúrgica y de cuerpos extraños) la profilaxis antibiótica ha demostrado eficacia, siendo el lavado de manos del personal sanitario la medida de control de mayor eficacia. (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 más superficiales) y los “juicios problemáticos” (explicaciones preliminares del problema). (9)

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

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

El problema de estudio, se presenta al principio con sus características más superficiales, fraccionado y sin jerarquía, aislado en factores o indicadores inconexos. Por ejemplo, “**número de trabajadores infartados,**” “**total de personas intoxicadas**”

”casos de diarrea”. Pero el conocimiento científico no puede quedarse en la observación del fenómeno y sus indicadores manifiestos, tiene que avanzar y explicar la esencia del proceso o problema que se estudia, es decir las relaciones y determinaciones más profundas del problema. (9)

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

Estas preguntas y respuestas a partir del marco teórico propuesto, permiten empezar a reconocer las determinaciones más profundas del problema, tanto las que destruyen la salud como las que actúan como factores favorecedores. Conforme desarrollamos y priorizamos ciertas preguntas y respuestas encontramos ciertas relaciones y conexiones que nos acercan mas a la explicación del problema. (4)

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

5. Hipótesis y Objetivos

5.1 Hipótesis

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

5.2 Objetivos

5.2.1 General:

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

5.2.2 Específicos:

5.2.2.1 Identificar los recursos y cobertura del Hospital Nacional de Totonicapán.

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

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

6. DISEÑO DEL ESTUDIO

6.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo, retrospectivo

6.2 Unidad de análisis

Se analizó cada hospital incluido dentro del estudio (17 hospitales en total). La información necesaria para realizar dicho análisis se tomó de la hoja de ingreso/egreso del total de los egresos durante el año 2004 de cada hospital además de entrevistas personales a director, administrador, jefa de enfermería.

6.3 Población

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

6.4 Definición y operacionalización de variables (Ver cuadro 1)

Cuadro 1
VARIABLES OBTENIDAS DE LA HOJA DE INGRESO/EGRESO

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>ESCALA DE MEDICIÓN</u>	<u>UNIDAD DE MEDICIÓN</u>
DEMOGRAFÍA	Estudio de las características de las poblaciones humanas, entre ellas: edad, situación familiar, grupos étnicos, actividades económicas y estado civil.	Información acerca de edad, sexo, etnia, estado civil, ocupación, obtenida de la hoja de ingreso.	EDAD	Nominal	< 1 mes 1 mes - < 1 año 1 – 4 años 5 – 9 años 10 – 14 años 15 – 19 años 20 – 24 años 25 – 59 años ≥ 60 años
			SEXO	Nominal	Masculino, Femenino
			ETNIA	Nominal	Ladino, Maya, Xinca, 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.

Cuadro 2
Variables obtenidas de las entrevistas

VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
RECURSOS	Elementos o medios con los que cuenta un hospital para cumplir con su función	Personas 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.
MORBILIDAD	Magnitud con la que se presenta la enfermedad en una población en un momento determinado	Medida de frecuencia que expresa el volumen de casos mórbidos. Se tomará los diagnósticos de egresos que aparecen en la hoja de egreso.	CASOS FÍSICOS	Razón 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
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

VARIABLE	DEFINICIÓN	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 médicos y quirúrgicos en los hospitales en estudio.	TOTAL DE CONSULTAS	Razón	Número de pacientes atendidos por especialidad en emergencia, encamamiento, consulta externa, sala de operaciones y cuidados críticos
PRODUCCIÓN DE SERVICIOS			Indicadores de rendimiento hospitalario. Construidos a partir del número de egresos, tipo y condiciones de egreso. Camas y días de estancia.	ENCAMAMIENTO	Razón	Número de camas en Gineco-obstetricia, Pediatría, Cirugía de Medicina Interna. Número de egresos, días promedio de estancia, días cama disponible, días cama ocupada, índice ocupacional, giro o rotación de camas.
Fórmulas:						
PRODUCCIÓN DE SERVICIOS	Rendimiento obtenido por medio de los recursos disponibles en un período de tiempo		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promedio de días de estancia: Total de días de estancia de todos los pacientes / No. total de egresos del mes. ▪ Días cama disponible: Número de camas instaladas x total días del período. ▪ Días cama ocupada o días paciente: No. de egresos del mes x promedio días de estancia. ▪ Índice ocupacional: Total días cama ocupada / días cama disponible x 100. ▪ Giro o rotación de camas: Número total de egresos / número total de camas <p>Acciones médicas de diagnóstico y/o tratamiento realizadas a un paciente.</p>	PROCEDI- MIENTOS	Nominal	Se tomaran los procedimientos registrados en la hoja de ingreso/egreso.
				TIPO Y CONDICIO- NES 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.

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 Nacional de Totonicapán 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 NACIONAL “DR. JOSÉ FELIPE FLORES” DE TOTONICAPAN

7.1 Descripción general del hospital

7.1.1 Ubicación

El Hospital Nacional “José Felipe Flores” se encuentra ubicado en la cabecera departamental de Totonicapán a lo largo de la carretera que conduce de Cuatro Caminos hacia Totonicapán a aproximadamente 210 km. de la ciudad capital.

7.1.2 Cobertura

El área de influencia de este hospital está constituida por los 8 municipios del departamento de Totonicapán.

7.1.3 Tipo de Hospital

Hospital de Área Departamental del nivel II.

7.2 Recursos

7.2.1 Recursos humanos

El total de personal laborando en este hospital está constituido por 214 personas distribuidos en un 57.4% para la *prestación de servicios*, 34.5% como *personal de apoyo* y el 8.2% es *personal administrativo*. (Ver cuadro 3).

Cuadro 3
Distribución del Recurso Humano con que cuenta el Hospital Nacional de Totonicapán

Categoría de personal	Tipo de personal	Frecuencia	Porcentaje
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Médicos especialistas	15	7.00
	Médicos generales	14	6.54
	Médicos internos	8	3.74
	Médicos externos	12	5.60
	Enfermeras profesionales	12	5.60
	Auxiliares de enfermería	65	30.37

PERSONAL DE APOYO	Técnicos de laboratorio	7	3.27
	Técnicos de Rayos x	5	2.34
	Limpieza	16	7.49
	Mantenimiento	4	1.87
	Cocina	13	6.08
	Lavanderia	7	3.27
	Seguridad	6	2.80
	Trabajador social	1	0.47
	Psicólogos	2	0.94
	Nutricionistas	1	0.47
	Comité de infecciones nosocomiales	6	2.80
PERSONAL ADMINISTRATIVO		20	9.35
TOTAL		214	100

FUENTE: Instrumento de Recolección de Datos (Anexo No.3).

7.2.1.1 Organización funcional del personal de prestación de servicios

No se proporciono información al respecto por no contar al momento de la entrevista con persona que la proporcionara.

7.2.2 Recursos físicos:

7.2.2.1 Infraestructura

Según la información proporcionada por el Director del hospital, éste hospital cuenta con 90 camas disponibles, que se encuentran distribuidas en diferente proporción de la siguiente forma: Ginecoobstetricia cuenta con 20 camas, Pediatría tiene 28 camas, Cirugía 23 camas y Medicina Interna tiene 19 camas. (Ver cuadro 4).

El hospital cuenta con unidad de neonatología, laboratorio, diagnostico por imágenes, farmacia, archivos, sala de partos y de operaciones, área de esterilización. Además cuentan con cocina, lavandería. Carecen de unidad para cuidados criticos, banco de sangre, patronatos y de una biblioteca.

Cuentan con área para la atención de pacientes en las especialidades de Pediatría, Ginecoobstetricia, Medicina interna y Cirugía, tanto para encamamiento como en la emergencia. Es importante mencionar que aunque tienen servicio de traumatología, no existe un área de encamamiento específico.

7.2.2.2 Control de residuos:

El control de residuos es por medio de un incinerador y de un local para el almacenamiento de la basura. El personal de limpieza es dotado por guantes para el manejo de residuos. Carecen de cajas de bioseguridad y de bolsas de color diferenciado dependiendo del tipo de residuo.

7.2.2.3 Disponibilidad de Agua:

Se abastece de agua, gracias a una cisterna continua además de poseer pozo propio.

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

Distribución del Número de Camas disponibles por Servicio durante el año 2004

Especialidad	Número	Porcentaje
Cirugía	23	25.55
Medicina Interna	19	21.11
Pediatría	28	31.11
Gineco-obstetricia	20	22.22
Otros	0	0
TOTAL	90	100

FUENTE: Instrumento de Recolección de Datos (Anexo No.3).

7.3 Producción de servicios

En la emergencia General se atendió a un total de 14037 pacientes, de los cuales 6630 ingresaron al los distintos servicios de Encamamiento. En Consulta Externa se evaluó 21330 pacientes, entre primeras y reconsultas. (ver cuadro 5)

Cuadro 5

Distribución de la Producción de Servicios Reportada durante el año 2004, por Área

Área	Frecuencia	Porcentaje
Emergencia	14037	31.84
Consulta Externa	21330	48.39
Procedimientos quirúrgicos	2,085	4.73
Encamamiento	6630	15.04
TOTAL	44082	100

FUENTE: Instrumento de Recolección de Datos (Anexo No.3) y departamento de estadística.

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

No se proporciono información al respecto por no contarla al momento de la entrevista con el director.

7.3.2 Clasificación de expedientes

Utilizando el instrumento “Consolidado de No de Expedientes” (anexo 1) se encontraron 6630 egresos incluidos en el listado de egresos del año 2004, proporcionado por el Departamento de Estadística de este Hospital que reportaron 6928, de los cuales se incluyeron 5476 expedientes luego de aplicar los criterios de exclusión del estudio. (Ver cuadro 6).

Cuadro 6
Clasificación de Expedientes Registrados según
Criterios de Inclusión/Exclusión durante el año 2004

<i>Categorías de inclusión/exclusión</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Expediente no encontrado al momento de la visita	843	12.71
Expediente sin hoja de ingreso/egreso	0	0
Expediente sin fecha de ingreso o servicio destino o condición de egreso	265	3.99
Expediente excluido por otras razones	46	0.71
Expediente incluido dentro del estudio	5476	82.59
TOTAL	6630	100

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

7.3.3 Características demográficas

7.3.3.1 Sexo:

El sexo predominante con respecto a los pacientes ingresados fue el sexo femenino con 3648 que representan un 67 % de la población es decir que 2/3 partes de la población que consulta a dicho centro asistencial.

7.3.3.2 Edad:

Dentro de los grupos de edad el de mayor predominio es el del comprendido entre 25-39 años correspondiendo a un 27.44 % mayor a la cuarta parte de los pacientes egresados. Seguido en segundo y tercer lugar por los grupos de los 20-24 años y 15-19 respectivamente. El grupo de edad con menos pacientes es el comprendido entre 1-2 meses. Siendo la media los pacientes < 1 mes con un 5.5%.

7.3.3.3 Estado civil:

El estado civil que ocupa el primer lugar es el casado con un 52.5% (2647), seguido de la casilla de no dato con 28.2 % (1421). En tercer lugar la opción de soltero con un 14.66% (739 personas).

7.3.3.4 Ocupación:

Dentro de las primeras ocupaciones de los pacientes se encuentra domestica con 53.78%, seguido de la casilla de no dato con 25.9%, en tercer lugar (4.5%) y cuarto lugar (4.1%) estudiante y labrador respectivamente. Por ultimo el quinto lugar que corresponde a la ocupación de tejedor con 1.44%.

7.3.3.5 Etnia:

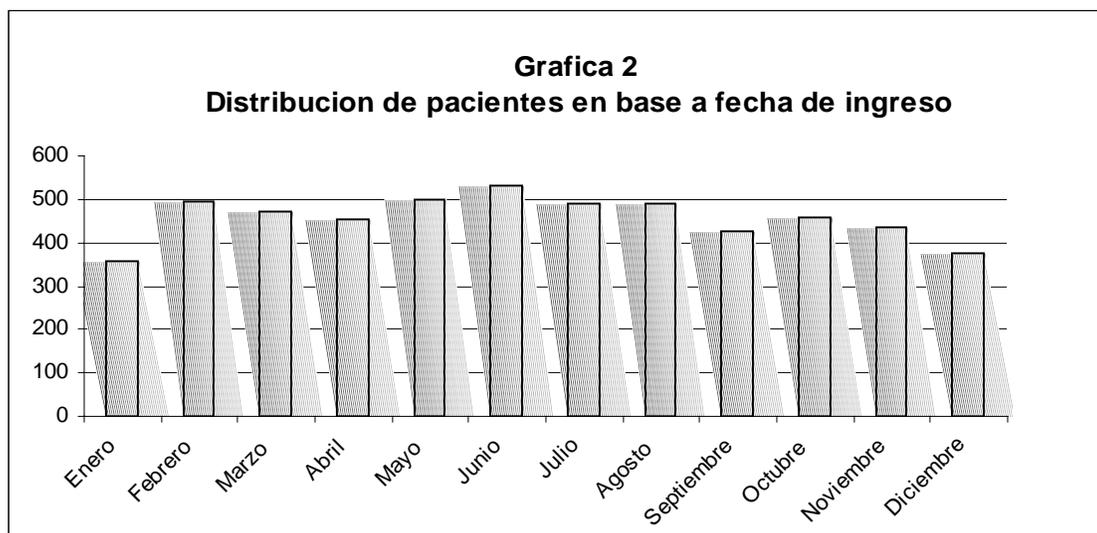
No se pudo obtener los datos acerca de la etnia ya que no existe una casilla para anotar este dato en la hoja de ingreso/egreso del Hospital Nacional de Totonicapán.

7.3.3.6 Lugar de residencia por municipio

Con respecto al lugar de residencia de los pacientes egresados el municipio que ocupa el primer lugar es la cabecera departamental, Totonicapán con un 44.6%, seguido de Momostenango (12.7%), San Francisco el Alto (10.5%), San Cristóbal (8.3%) todos municipios de Totonicapán. En el quinto lugar el municipio de Quetzaltenango con un 4.9% del total lo que manifiesta la afluencia de pacientes de otros departamentos, además de Huehuetenango, Solola, San Marcos etc. con menor porcentaje.

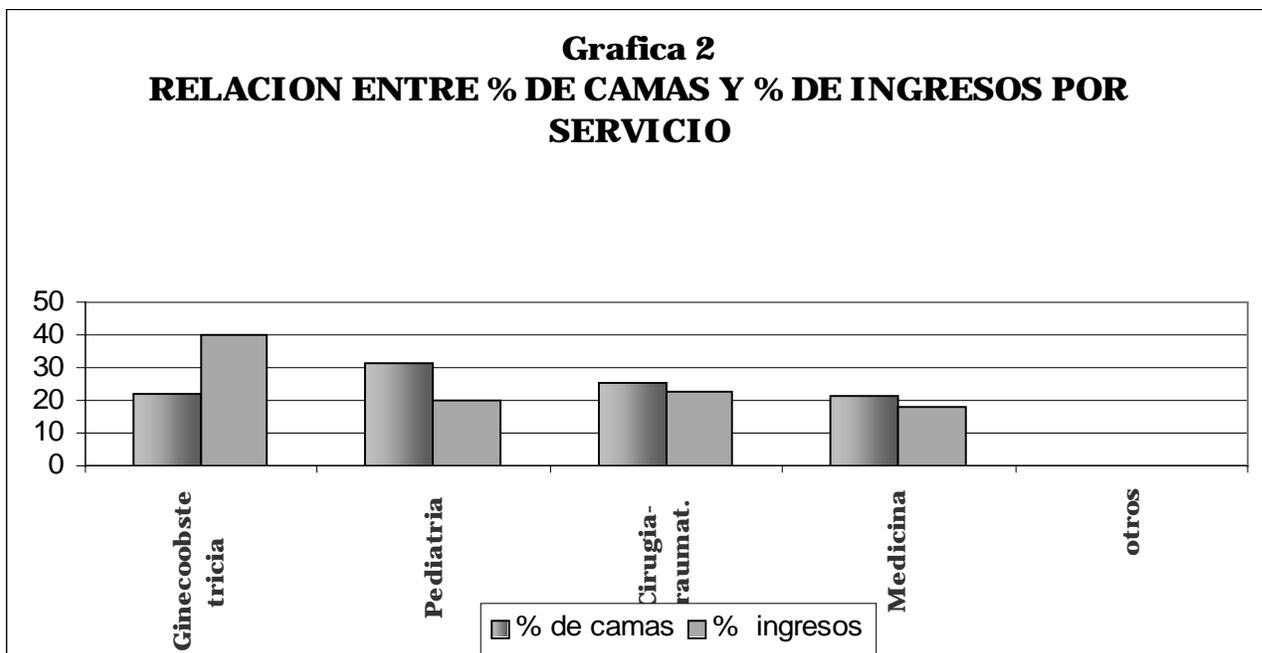
7.3.4 Gestión

Gráfica 2
Distribución de los Pacientes Según el mes de Ingreso



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

Gráfica 3
Relación de Ingresos y Camas por Servicios para el año 2004



Fuente: Información proporcionada por Departamento de Estadística y Director del Hospital.

Descripción: podemos apreciar que el mes de mayor egresos fue el mes de junio con 9.7 %, seguido en las siguientes cuatro posiciones, mayo, febrero julio y agosto con 9.15%, 9.02%, 8.9% y 8.9% respectivamente. Pero en general podemos ver la regularidad en todos los meses del año teniendo siempre entre 350 a 500 pacientes por mes siendo la media por mes de 456 pacientes por mes.

- Los días estancia fueron 1.04
- Días cama disponible $90/365 = 0.24$
- Días cama ocupada $456 (\chi) \times 0.24 = 109$
- Índice cama ocupada $109/0.24 = 454.1$
- Rotación de cama $5476/90 = 60.8$

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:

En General 109

7.3.4.2 Días cama disponible:

En General 0.24

7.3.4.3 Promedio de días estancia

En General 1

7.3.4.4 Giro de camas

En General 6

7.3.5 Morbilidad*

Las 5 principales causas de morbilidad general encontradas fueron: partos tanto eutósicos como distócicos con 31.43% en primero lugar, seguido por Neumonías-Bronconeumonias (6.44%), en tercer lugar Abortos o amenaza de aborto con 4.42%. seguidos en cuarto y quinto lugar por Diarreas e infecciones intestinales representando un 4.26% y 4.11% respectivamente para conformar las primeras 5 causas de morbilidad. (Ver Cuadro7).

Cuadro 7
Morbilidad General durante el año 2004

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Parto eutósicos y distócicos	2095	31.43
Neumonías y Bronconeumonias	430	6.44
Abortos, Amenaza de aborto	297	4.42
Diarreas, Infecciones intestinales	284	4.26
Causas de Morbilidad desconocidas y no especificadas	304	4.11
Alcoholismo, Cirrosis alcohólica, etc.	220	3.30
Hernias	208	3.12
Infección de Vías Urinarias	192	2.88
Enfermedades Dermatológicas	173	2.59
Deshidratación Hidroelectrolítica	149	2.23
Fracturas	138	2.07
Infección Respiratoria Superior, Resfriado común.	131	1.96

Apendicitis	126	1.89
Asma	122	1.83
Sepsis, Septicemia, Choque Séptico	121	1.81
Gastritis, Enfermedad Péptica	115	1.72
Trauma cráneo encefálico	102	1.53
Hipertensión arterial primaria, Preclampsia, Eclampsia y otros trastornos hipertensivos.	100	1.50
Tumores benignos y malignos	72	1.07
Quemaduras	46	0.69
Resto de causas	1277	19.15
TOTAL	7393	100

Para efectos de tabulación se tomó como diagnóstico la causa básica

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

7.3.5.1 Morbilidad por departamentos

Las 5 principales causas de morbilidad para el Departamento de Gineco-obstetricia incluyeron: parto eutósico simple (36.68%), parto por cesárea (13.74%), abortos y amenaza de aborto (11.79%), causas de morbilidad desconocidas o no especificadas (4.86%) y embarazos con (3.56%).

Cuadro 8
Primeras causas de Morbilidad en el Departamento de Gineco-Obstetricia durante el año 2004.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Parto eutósico simple	958	36.68
Parto por cesárea	359	13.74
Abortos y amenaza de aborto	308	11.79
Causas de morbilidad desconocidas o no especificadas	127	4.86
Embarazo	93	3.56
Infección del tracto urinario	92	3.52
Parto Pretérmino y Trabajo de Parto Pretérmino	74	2.83
Atención materna por Óbito Fetal	44	1.68
Miomatosis uterina	39	1.49
Resto de causas	518	19.85
TOTAL	2612	100.00

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

Para el departamento de Pediatría, sus principales causas de morbilidad fueron: neumonía y bronconeumonía (20.35%), diarreas (10.98%), deshidratación (8.05%),

asma e hiperreactividad bronquial (6.96%) y Septicemia, Sepsis o Choque séptico (6.09%).

Cuadro 9

Primeras causas de Morbilidad en el Departamento de Pediatría 2004

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Neumonía y bronconeumonía	354	20.35
Diarreas, infección intestinal	191	10.98
Deshidratación	140	8.05
Asma	121	6.96
Septicemia, sepsis, choque séptico	106	4.09
Causa desconocida y las no especificadas	56	3.22
Ictericia	49	2.82
Bajo peso al nacer	44	2.53
Prematurez	42	2.42
Asfixia perinatal	41	2.36
Síndrome de aspiración de meconio	33	1.90
Desnutrición	31	1.78
Infección del tracto urinario	22	1.26
Convulsiones	20	1.15
Resfriado común	19	1.09
Tos ferina	18	1.03
Infección intestinal bacteriana	15	0.86
Faringo amigdalitis	14	0.81
Síndrome de distres respiratorio	14	0.81
Croup	12	0.69
Hernias	11	0.63
Candidiasis	8	0.46
Resto de Causas	330	19.76
TOTAL	1739	100

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

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

Cuadro 10
Primeras causas de Morbilidad en el Departamento de Cirugía
durante el año 2004

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Hernias	171	12.88
Apendicitis aguda	126	8.16
Trauma craneo encefalico	104	6.73
Fracturas-Luxaciones	94	5.24
Causas de morbilidad desconocidas o no especificadas	77	4.98
Calculos	59	3.82
Celulitis	43	2.78
Heridas	39	2.53
Politraumatismos-traumas	37	2.4
Quemaduras	34	2.2
Area cruenta	31	2.01
Hiperplasia de próstata	31	2.01
Alcoholismo	26	1.68
Fimosis, prepucio redundante	20	1.29
Abscesos	17	1.1
Amigdalitis, faringo amigdalitis	13	0.84

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

En el departamento de Medicina Interna sus principales causas de morbilidad fueron: alcoholismo (8.90%), enfermedad péptica (7.55%), diarreas (5.83%), neumonía y bronconeumonía (4.54%) y diabetes mellitus (3.84%).

Cuadro 11
Primeras causas de Morbilidad en el Departamento de Medicina Interna
durante el año 2004

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Alcoholismo, Cirrosis hepática etc.	149	10.44
Diarreas, infección intestinal	148	10.39
Gastritis, enfermedad peptica, ulcera gastrica	121	8.27
Infección del tracto urinario	106	7.45
Neumonías, bronconeumonías	94	6.64
Infección Respiratoria Aguda superior	56	3.96
Diabetes Mellitas	52	3.55
Hipertensión arterial	49	3.35
Causas de Morbilidad desconocida o no especificadas	42	2.87
Calculos	38	2.6
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	36	2.46
Enfermedades dermatológicas	36	2.46
Enfermedades ginecologicas	36	2.46
Insuficiencia cardiaca	23	1.57
Deshidratación	22	1.50
Desnutrición	19	1.3
Tumores	18	1.23
Abdomen agudo, dolor abdominal	15	1.03
Asma	15	1.03
Insuficiencia renal	14	0.95
Artritis	13	0.89
Tuberculosis	12	0.82
Fracturas, traumas, luxaciones	10	0.68
Apendicitis aguda	9	0.62
Epistaxis	9	0.62
Cardiopatias, malformaciones cardiacas	8	0.55
Hiperplasia de próstata	8	0.55
Enfermedad cerebro vascular	7	0.48
Intoxicación alimentaria	7	0.48
Anemia	7	0.48
Hemorragia gastrointestinal	6	0.41
Tuberculosis pulmonar	5	0.34
Resto de causas	289	19.83
TOTAL	1463	100

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

NOTA: No existen otros departamentos, ni área de cuidado crítico. Traumatología se unió al servicio de Cirugía.

7.3.6 Mortalidad

7.3.6.1 Mortalidad general

El total de pacientes fallecidos durante el año 2004 en el Hospital Nacional de Totonicapán fue de 41 casos, de los cuales 40.7% se registró en el departamento de Pediatría, 33.33% en Medicina Interna, 14.8% en Cirugía, 11.11% en Gineco-obstetricia.

Las principales causas de mortalidad general en este Hospital para el año 2004 incluyeron: Prematurez (9.8%), Síndrome de dificultad respiratoria((6.86%), Neumonías-Bronconeumonias(5.88%), Alcoholismo-Cirrosis hepática (5.88%), , insuficiencia cardiaca (5.88%), Sepsis, septicemias (3.92%) entre otras.

Cuadro 13
Primeras causas de Mortalidad General durante año 2004

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Prematurez	10	9.8
Síndrome de dificultad respiratoria	7	6.86
Neumonías-bronconeumonias	6	5.88
Alcoholismo, cirrosis alcoholica etc.	6	5.88
Insuficiencia cardiaca	6	5.88
Septicemia, sepsis, choque septico	4	3.92
Hemorragia gastrointestinal	4	3.92
Insuficiencia renal	4	3.92
Sepsis del recién nacido	3	2.94
Diabetes mellitas	3	2.94
Bajo peso al nacer	3	2.94
Desnutrición	2	1.96
Paro cardiorrespiratorio	2	1.96
Derrame pleural	2	1.96
Síndrome de aspiración de meconio	2	1.96
Enterocolitis necrotizante	2	1.96
Causas mal definidas y no especificadas de mortalidad	2	1.96
Resto de causas	38	37.28
TOTAL	102	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

Entre los 10 procedimientos más frecuentemente realizados en el Hospital Nacional de Totonicapán, apreciamos que 6 son del servicio de Ginecoobstetricia seguido por la cirugía con 4 . Cesarea segmentaria 19.23%, Legrado instrumental uterino 11.61%, hernioplastia 8.25%, episiotomía 7.87%, apendicectomia 6.71%, cirugía esterilizante 3.65%, aspiración manual endouterina 2.06%, laparotomía exploradora 2.06%, histerectomía abdominal 1.63% y colecistectomia 1.63% .

Cuadro 14

Procedimientos Realizados en los diferentes servicios durante año 2004

PROCEDIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea segmentaria transperitoneal	401	19.23
Legrado instrumental uterino	242	11.61
Hernioplastia	172	8.25
Episiotomía mediolateral derecha	164	7.87
Apendicectomia	140	6.71
Cirugía esterilizante	76	3.65
Aspiración manual endouterina	43	2.06
Laparotomía exploradora	43	2.06
Histerectomía abdominal	34	1.63
Colecistectomia	33	1.58
Otros	737	35.34
TOTAL	2085	100

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

* Basado en la descripción de la papeleta como procedimiento.

7.3.8 Complicaciones:

Se observa que el mayor número de complicaciones se presentaron en los pacientes del área de Obstetricia, Cirugía y Pediatría siendo las principales:

Sufrimiento fetal agudo 24.88%, rasgadura perineal y vaginal 16.75%, infección de herida operatoria 6.09%, desproporción céfalo-pélvica (4.57%) y anemia y neumonía nosocomial estos últimos dos diagnósticos con 4.06% cada uno; el resto de complicaciones constituyen el 42.13%.

7.3.9 Condición y tipo de egreso

Dentro de la condición con que egresaron los pacientes:

Vivos con 99.2 %; de los mismos, 17 % egresó curado, 15.6 % no mejorado, 24.8 % mejorado y 42.6 % no especificaron más que egresaron vivos.

Muertos con 0.75%; de los mismos 70% no especificaron si se le realizó necropsia, 26.8% especificaron no haberle realizado necropsia y al 2.44% se le practico necropsia. El 0.05% no especificaron si egreso vivo o muerto.

8. ANALISIS, DISCUSION E INTERPRETACION DE RESULTADOS

El Hospital Nacional de Totonicapán, pertenece a la Región VI compuesta por Totonicapán, Quetzaltenango, Suchitepéquez, Retalhuleu y San Marcos, formando la región suroccidente.

El abastecimiento de agua es proporcionado por una cisterna continua además de poseer un pozo propio 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 se cuenta con un incinerador propio

Con respecto a los estándares mínimos obligatorios de los Hospitales de área 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. 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. El personal de enfermería registra la evolución del paciente en las fichas clínicas. Existe una Historia Clínica para pacientes internos y ambulatorios de consulta externa. 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. 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 aunque es importante mencionar que al momento de la investigación no se contaba con trabajador social. No se cuenta con Biblioteca la cual dificulta de un área para estudio y la lectura tanto de estudiantes de medicina como personal médico o de otra índole.

El personal médico, de enfermería, de apoyo como administrativo es adecuado para la dimensión y producción del hospital. Los días de estancia de los paciente es de aproximadamente 1 día lo que beneficia en el movimiento de pacientes y el giro de camas.

Dentro de la morbilidad general el servicio de Ginecoobstetricia tiene cerca de la tercera parte de ingresos con aproximadamente un 31% en lo que respecta a partos eutósicos y

distocicos además de que de los procedimientos más frecuente está la cesarea segmentaria. Es importante mencionar el alto porcentaje de abortos con 12 % de morbilidad de ese servicio, pudiendo apreciar en general el movimiento y producción de este departamento.

Los expediente al revisarlos el 82% aproximadamente reunieron los criterios de inclusión para el estudio.

Al analizar y relacionar el % de camas por servicio con el % de ingresos se puede apreciar que únicamente el servicio de Ginecoobstetricia sobrepasa el % de ingresos a su capacidad de camas en lo que respecta a su % de camas signado del total.

Dentro del estudio se encontró que el sexo predominante con respecto a los pacientes ingresados fue el sexo femenino con 3648 que representan un 67 % de la población es decir que 2/3 partes de la población que consulta a dicho centro asistencial. Dentro de los grupos de edad el de mayor predominio es el del comprendido entre 25-39 años correspondiendo a un 27.44 % mayor a la cuarta parte de los pacientes egresados. Seguido en segundo y tercer lugar por los grupos de los 20-24 años y 15-19 respectivamente. El grupo de edad con menos pacientes es el comprendido entre 1-2 meses. Siendo la media los pacientes < 1 mes con un 5.5%.

El estado civil que ocupa el primer lugar es el casado con un 52.5% seguido de la casilla de no dato con 28.2 %. En tercer lugar la opción de soltero con un 14.66%.

Dentro de las primeras ocupaciones de los pacientes se encuentra domestica con 53.78%, seguido de la casilla de no dato con 25.9%, en tercer lugar (4.5%) y cuarto lugar (4.1%) estudiante y labrador respectivamente. Por ultimo el quinto lugar que corresponde a la ocupación de tejedor con 1.44%.

Respecto al lugar de residencia de los pacientes egresados el municipio que ocupa el primer lugar el la cabecera departamental, Totonicapán con un 44.6%, seguido de Momostenango (12.7%), San Francisco el Alto (10.5%), San Cristóbal (8.3%) todos municipios de Totonicapán. En el quinto lugar el municipio de Quetzaltenango con un 4.9% del total lo que manifiesta la afluencia de pacientes de otros departamentos, además de Huehuetenango, Sololá, San Marcos etc. con menor porcentaje.

9. CONCLUSIONES

1. El Hospital Nacional de Totonicapán “Dr. José Felipe Flores”, tiene una cobertura hacia sus ocho municipios, pero además recibe pacientes de otros departamentos vecinos entre los de más afluencia Quetzaltenango y Sololá.

Actualmente no cuenta con el estándar mínimo obligatorio para un hospital del nivel 3 en lo que respecta a número de camas. En cuanto a recurso humano no posee un porcentaje mayor de enfermeras profesionales con relación a enfermeras auxiliares.

Durante el año 2004 la mayor cantidad de pacientes atendidos fueron de sexo femenino en edad fértil, que se dedica en su mayoría a oficios domésticos y que la mayor parte reside en el municipio de Totonicapán. Sus principales causas de morbilidad general fueron partos, neumonías, abortos y amenaza de aborto, además de diarreas de diferentes etiologías. Siendo las principales causas básicas de muerte prematurez, neumonías, y bronconeumonías e insuficiencia respiratoria.

2. El Hospital de Totonicapán cuenta con personal laborando que se encuentra constituido por 214 personas distribuidos en un 57.4% para la *prestación de servicios*, 34.5% como *personal de apoyo* y el 8.2% es *personal administrativo*.

El hospital cuenta con unidad de neonatología, laboratorio, diagnóstico por imágenes, farmacia, archivos, sala de partos y de operaciones, área de esterilización. Además de cocina, lavandería. Carecen de unidad para cuidados críticos, banco de sangre, patronatos y de una biblioteca.

Además para la atención de pacientes cuenta con las especialidades de Pediatría, Ginecoobstetricia, Medicina interna y Cirugía, tanto para encamamiento como en la Emergencia. Es importante mencionar que aunque tienen servicio de Traumatología, no existe un área de encamamiento específico. El control de residuos es por medio de un incinerador y de un local para el almacenamiento de la basura. El personal de limpieza es dotado por guantes para el manejo de residuos. Carecen de cajas de bioseguridad y de bolsas de color diferenciado dependiendo del tipo de residuo. Cuenta con un pozo propio además de una cisterna continua como fuente de agua. La energía eléctrica es por medio de la red pública como por una planta propia.

3. Durante el año 2004 en el Hospital Nacional de Totonicapán, la mayor proporción de pacientes atendidos fueron de sexo femenino representando el 67%, quienes en su mayoría se encontraban en edad fértil, dedicadas principalmente a oficios domésticos. La mayor afluencia proviene de el municipio de Totonicapán del mismo departamento; 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.

4. La información obtenida a través de este estudio fue proporcionada al director del Hospital el Doctor Gustavo Adolfo Rodas 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 Nacional de Totonicapán de los recursos necesarios para cumplir con los estándares mínimos obligatorios específicamente con número de camas.
2. Realizar una evaluación de la relación de recursos y población demandante para que en base a esto se logre una redistribución que permita optimizar los servicios y brindar un mejor servicio de acuerdo a sus demandas, especialmente al departamento de Ginecoobstetricia, debido a que la población de mayor consulta en su mayoría lo conforman mujeres.
3. Tratar en la medida de lo posible implementar una unidad de cuidado crítico y de banco de sangre con lo cual se evite el Traslado del paciente a otro centro asistencial.
4. Implementar y educar al personal del hospital sobre la importancia de cajas de bioseguridad y de bolsas de colores dependiendo del tipo de residuos que se maneje.
5. Que la información proporcionada a las autoridades del Hospital sea evaluada y tomada en cuenta, para que se realicen reformas que mejoren el buen servicio y atención por parte del Hospital.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Acuña, Maria Cecilia: Exclusión protección social y derecho a la salud (en línea) en:
<http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/exlus-derecho-salud-art-1aca.pdf>. 1 de marzo de 2005.
2. Batista Moliner, Ricardo: et al. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD: ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLOGICAS Y PRÁCTICAS (CD-ROM). La Biblioteca Virtual “La Práctica Social de la Salud Pública”. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Fase III. Guatemala, 2004.
3. Borges, L.C. et al. Evaluación de algunos indicadores del programa Nacional para la Prevención y el Control de la Infección Intrahospitalaria. Revista Cubana de Medicina General Integral. Año 2000. Vol. 16(4). Pp. 350-5.
4. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Análisis de Situación Integral de Salud 2004. (en línea) disponible en: http://www.cendeiss.sa.cv/cursos/guía_nueve.pdf. 1 de marzo de 2005.
5. Costa Rica. Ministerio de Salud: Análisis Sectorial de Salud Costa Rica 2002 (en línea) disponible en:
<http://www.lachsr.org/documentx/analisissectorialdesaluddecostaricapareIII-ES.pdf>. 1 de Marzo 2005.
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sala Situacional. Documento Base para su implementación y desarrollo Guatemala: 2001. 111 p. (Programa de Desarrollo Epidemiológico).
7. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica Guatemala: 2003 (en línea) disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/cms2/docs/epi/memoria%20vigenpi%202,003.pdf>. 2 de marzo de 2005.
8. Neuhauser, Duncan. Funcionamiento de las Organizaciones para la Administración de la Salud. En: Análisis de las Organizaciones de Salud. Madrid. OPS. 1987 (pp7-19).
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/bev22n4indicadores.htm>. 2 de Marzo 2005.
10. Organización Panamericana de la Salud Manual de Organización y Procedimientos hospitalarios. Sao Paulo; OPS. 1990. 636 p.

11. Paganini, J. M. y R. Capote. Los Sistemas locales de Salud. Washigton. 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. Estándares e Indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington. D.C. : OPS. 1994. 109 p.
14. Terrón, Lucía. Sala Situacional. (CD-ROM). La Biblioteca Virtual “La Práctica Social de la Salud Pública”. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Fase III. Guatemala 2004.
15. Varona, José Felipe. Infecciones intrahospitalarias. España 2002 (en línea) disponible en:
<http://www.msd.es/opencms/publicaciones/manuales/capitulo37>. 2 de Marzo de 2005.

12. ANEXOS

- 12.1 Consolidado de expedientes
- 12.2 Instrumento de recolección de datos de expedientes clínico
- 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						
36						
37						
38						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
TOTAL						

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

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

De destino, condición de egreso (vivo o muerto), 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 R69X No hay dato R69X
III. DATOS DE EGRESO			
301	Fecha	Día Mes Año No hay dato	99
302	Servicio de donde egresa	Medicina Interna Cirugía 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 R69X Muerto R99X
304	Procedimientos	1. _____ 2. _____ 3. _____ Ilegible No hay dato	77 99
305	Complicaciones	1. _____ 2. _____ 3. _____ Ilegible No hay dato	77 99
306	Condiciones	Vivo Curado Mejorado No curado Mismo estado Muerto Con autopsia Sin autopsia No hay dato	1 2 3 4 5 6 7 8 99

307		Alta voluntaria (contraindicado, fugado)	1
	Tipo	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

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

2. Físicos

201	Unidad de Cuidados Críticos	sí _____	no _____
202	Neonatología	sí _____	no _____
203	Laboratorio	sí _____	no _____
204	Diagnóstico por imágenes	sí _____	no _____

- | | | | |
|-----|--------------------------|----------|----------|
| 205 | Banco de Sangre | sí _____ | no _____ |
| 206 | Farmacia | sí _____ | no _____ |
| 207 | Archivos | sí _____ | no _____ |
| 208 | Patronatos | sí _____ | no _____ |
| 209 | Sala de Partos | sí _____ | no _____ |
| 210 | Sala de Operaciones | sí _____ | no _____ |
| 211 | Esterilización | sí _____ | no _____ |
| 212 | Cocina | sí _____ | no _____ |
| 213 | Lavandería | sí _____ | no _____ |
| 214 | Administración | sí _____ | no _____ |
| 215 | Biblioteca | sí _____ | no _____ |
| 216 | Emergencia | | |
| | 216.1 General | _____ | |
| | 216.2 Pediatría | _____ | |
| | 216.3 Gineco-obstetricia | _____ | |
| | 216.4 Medicina Interna | _____ | |
| | 216.5 Cirugía | _____ | |
| 217 | Encamamiento | | |
| | 217.1 General | _____ | |
| | 217.2 Pediatría | _____ | |
| | 217.3 Gineco-obstetricia | _____ | |
| | 217.4 Medicina Interna | _____ | |
| | 217.5 Cirugía | _____ | |

3. Control de Residuos:

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

4. Disponibilidad de Agua

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

5. Disponibilidad de Energía Eléctrica

501. Red pública _____
502. Planta Propia _____

B. PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

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 _____