

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN HOSPITALARIA”
HOSPITAL REGIONAL DE ESCUINTLA
2004**

JOSE JUAN GABRIEL MANSILLA QUIROA
JOSE FERNANDO CIFUENTES RUIZ
LUIS HERNAN DE LA ROCA GIRON

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Julio de 2005

1 RESUMEN

Nuestro país carece de un análisis de situación hospitalaria que represente 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.

Este estudio de tipo descriptivo retrospectivo, está dirigido al Hospital Nacional de Escuintla, que registra 12,792 pacientes egresados durante el 2,004, de los cuales 8,791 serán objeto de estudio.

Este estudio basó su hipótesis en que el Hospital Nacional de Escuintla no cuenta con análisis situacional en salud, debido a la carencia de un formato que permita estandarizar los datos requeridos. Para realizar dicho análisis se hizo en función de dimensiones demográficas, morbi-mortalidad, recursos y cobertura de servicios de salud.

El objetivo general se basó en analizar la situación del Hospital Nacional de Escuintla con base a información estandarizada de variables demográficas, morbi-mortalidad recursos humanos, materiales y cobertura, del total de pacientes egresados en el 2,004.

El principal resultado obtenido, fue la creación de una base de datos estandarizada que permite realizar formatos de salida de la información obtenida.

En base a los resultados obtenidos, se puede concluir que el Hospital Nacional de Escuintla cuenta con un equipo multidisciplinario para desarrollar programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Con la creación de la base de datos se proporcionará información veraz, actualizada y oportuna, la cual podrá ser consultada por los directores de cada centro hospitalario así como por personas interesadas para aplicar los resultados en investigaciones futuras.

2 ANÁLISIS DEL PROBLEMA

2.1 Antecedentes

El análisis de la Sala Situacional como un medio de representación de los datos en salud en América Latina se emplea en Bolivia y Perú, pero se desconoce que un país con características en salud paralelas a Guatemala lo utilice también. (2,6,7,9)

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

A partir del año 1,996, 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.(3,6)

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

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

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

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

- Sala situacional existente, no actualizada, sin constancia estadística de análisis: Antigua Guatemala, Escuintla, Quetzaltenango¹ y Totonicapán. (19.35%)
- Sala situacional existente, actualizada, con constancia estadística de análisis: Hospitales de Chimaltenango, Sayaxché Petén, San Marcos, Retalhuleu, Izabal, Zacapa, Huehuetenango², Alta Verapaz, El Progreso, Santa Rosa y El Quiché.³ (48.39%)
- Sala situacional existente, no actualizada, con constancia estadística de análisis: Hospital de Sololá (3.22%)

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

2.2 Definición del problema

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

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

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

Para cada uno de los niveles a antes descritos existen datos en cantidad y calidad suficientes para aplicar un proceso de análisis que facilite la planificación de medidas y acciones dirigidas a la resolución de los problemas específicos encontrados en cada uno de los mismos. Para cumplir este objetivo el MSPAS ha implementado normativos y lineamientos para la construcción de la sala situacional de cada uno de los servicios de la red hospitalaria nacional, sin embargo la información que se obtiene actualmente carece de estándares adecuados y en muchos casos no se cuenta con ella de manera oportuna para la realización del análisis de la situación hospitalaria y en base a este concentrar los recursos en las necesidades prioritarias para cada hospital.

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 llevará a cabo en 17 hospitales de la República de Guatemala. En este caso se realizara únicamente en el Hospital Nacional de Escuintla. Se incluirá a todos los pacientes egresados del Hospital a estudio durante el año 2,004. De acuerdo a los intereses del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y a la capacidad de estudiantes disponibles los hospitales que se incluirán en el estudio son:

- **Región Norte:**

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

- **Región Oriente:**

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

- **Región Centro:**

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

- **Región Sur:**

1. Hospital Nacional/Regional de Escuintla (Escuintla)
2. Hospital Regional de Cuilapa (Santa Rosa)

- **Región Occidente:**

12. Hospital Nacional Dr. Jorge Vides Molina (Huehuetenango)
13. Hospital de San Pedro Necta (Huehuetenango)
14. Hospital Nacional Santa Elena (El Quiché)
15. Hospital Distrital de Joyabaj (El Quiché)
16. Hospital Nacional de Mazatenango (Suchitepequez)
17. Hospital Nacional Dr. José Felipe Flores (Totonicapán)

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

0. Hospital Nacional de Jalapa
1. Hospital Nacional de El Progreso
2. Hospital Nacional Juan de Dios Rodas (Sololá)
3. 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 17 hospitales de la República de Guatemala para el año 2,004, principalmente en el Hospital Nacional de Escuintla, en función de las dimensiones demográficas, morbi-mortalidad, recursos y de servicios de salud?

3 JUSTIFICACIÓN

3.1 Magnitud

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

Este estudio esta dirigido a 17 hospitales de todas las regiones del país, (principalmente al Hospital Nacional de Escuintla), 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 2,004, los cuales serán el objeto del estudio.

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

3.2 Trascendencia

Es importante remarcar que nuestro país carece de un análisis de situación hospitalaria que represente de manera global las necesidades reales en salud de la población; sabiendo que la identificación de las causas de los problemas de salud es el primer paso hacia su solución y prevención, se creará una herramienta estandarizada para la recolección de información clara, consistente y oportuna que permita orientar la planificación y creación de políticas y acciones en salud adecuadas al contexto local, además se pretende fortalecer una cultura de análisis logrando de esta manera la mejora de los servicios prestados y las estadísticas globales en salud a nivel hospitalario en Guatemala.

3.3 Vulnerabilidad

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

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

4 REVISIÓN TEÓRICA Y DE REFERENCIA

4.1. MONOGRAFÍA DEL DEPARTAMENTO

Colinda al norte con los departamentos de Chimaltenango, Sacatepéquez y Guatemala; al este con el de Santa Rosa; al sur con el océano Pacífico y al Oeste con el de Suchitepéquez

Cabecera: Escuintla

Altura: 347 m SNM

Extensión: 4,384 Km²

Coordenadas: 14° 18´10´´ Latitud 90° 47´02´´ Longitud

Población: 594,578 habitantes

Este departamento posee 13 municipios, los cuales son:

1. Escuintla
2. Santa Lucia Cotzumalguapa
3. La Democracia
4. Siquinalá
5. Masagua
6. Tiquisate
7. La Gomera
8. Guanagazapa
9. San José
10. Iztapa
11. Palín
12. San Vicente Pacaya
13. Nueva Concepción

Topografía: En su parte norte, el departamento se encuentra propiamente sobre la cordillera eruptiva del país, ofreciendo en consecuencia un aspecto variado en su topografía: grupos volcánicos como los del Pacaya, notable en el sistema de la América Central serranía de complicadas y elevadas crestas altiplanicies dilatadas desfiladeros y barrancos profundos cráteres que revelan la actividad volcánica y lagunas que son pruebas de los trastornos Geológicos verificados en el suelo.

Clima: Su clima es variado, predominando el caliente, que origina selvas tupidas de tipo tropical. El territorio fue conquistado por Pedro de Alvarado, después de reducir a los zuruhiles. Los habitantes precolombinos eran los pipiles de origen oscuro pero considerados emigrantes mexicanos. La región fue catequizada por los franciscanos asentados en Gotzumalguapa y Alotec, quedando los restos de sus iglesias perdidos entre los bosques. Después de los misioneros vinieron los colonos a fundar estancias u obrajes en estas fértiles tierras.

Durante la época colonial Escuintla fue una provincia que se dividía en dos partidos: Escuintla y Guazacapán. Por decreto de la Asamblea Nacional Constituyente del 4 de noviembre de 1,825 fue erigido el partido en departamento. El nombre proviene de la lengua pipil y significa aproximadamente "Cerro de los perros", debido a que los

nativos criaban tepezcuintles o pacas para su alimentación, que los españoles confundieron con perros mudos.

Economía: Escuintla se encuentra situada sobre la cordillera (Sierra Madre), por lo que su estructura es accidentada y con una pendiente que termina en el mar. Escuintla posee tierras fértiles que la hacen productora de infinidad de productos agrícolas, entre los cuales tenemos: caña de azúcar, café, algodón, frutas, maíz, legumbres y frijol. Otro rubro de la economía departamental es la ganadería, que se explota en grandes extensiones de su territorio.

Idioma: El idioma principal es el español, pero en esta zona, también encontramos el Cachiqual y el idioma poqomam.

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. Objetivo 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)

4.2.3. Objetivos 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.

4.2.4. Propósito:

“Aplicación inteligente de los recursos sociales para modificar favorablemente las condiciones de salud y de vida de los grupos humanos, basado en las mejores evidencias disponibles y en este propósito el cierre de las brechas es un imperativo ético” (6,7,13)

4.2.5. Metodología:

La sala situacional será efectiva en la medida en que se convierta en el espacio de negociación y concertación de las intervenciones a ejecutar por los diferentes actores sociales involucrados en la producción social de salud, en el ámbito local. La principal preocupación del equipo debe ser la identificación, medición y reducción de las brechas o desigualdades injustas y evitables en salud que crean obstáculos para el desarrollo humano sostenible con equidad, mediante:

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

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

Grafica 1

**SALA SITUACIONAL
FASES DEL PROCESO METODOLOGICO**



4.2.6. 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.
- Incrementar capacidad de negociación.
- Trabajar con enfoque sistémico.
- Racionalizar la inversión pública y privada.
- Estimar 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 continuada: concentrando una gran cantidad de recursos de diagnóstico y tratamiento, para reintegrar rápidamente al paciente a su medio.
- Atención médica integrada: constituyendo una estación intermedia dentro de una red de servicios de complejidad creciente.
- Atención médica integral: dado que la pertenencia del establecimiento a una red garantiza la disponibilidad de todos los recursos para resolver un caso.
- Área programática: el establecimiento tiene un área de influencia a la que brinda sus servicios y sobre cuya población deben evaluarse los resultados de sus acciones.
- Efectos de los programas de salud: el establecimiento también actúa ejecutando programas preventivos y de promoción de la salud, impulsados por la autoridad sanitaria. (12,13)

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

4.3.3. Derechos y Responsabilidades de los Pacientes:

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 de el aislamiento y protección que se consideren necesarios para su seguridad personal.
- Identidad: tiene derecho de conocer la identidad y posición profesional de los individuos que le prestan servicios.
- Información: de obtener del profesional responsable de la coordinación de su tratamiento la información completa y actualizada del diagnóstico, su tratamiento o cualquier pronóstico de una manera comprensible para el paciente.
- Comunicación: acceso a personas 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.

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)

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)

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

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

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

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

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. Laboratorios (10,13)

Nivel 1: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los siguientes análisis: amilaseamia, bacterioscopia directa, coagulograma básico, colesterol, creatinina, creatinfosfoquinasa (CPK), reacción para Chagas, glucemia, grupo sanguíneo, hemograma, hepatograma, lactato deshidrogenasa, látex para artritis reumatoidea, orina completa, parasitológico de materias fecales, sangre oculta en materia fecal, triglicéridos, uremia, VDRL cualitativa, otros. Cuenta con técnico y/o bioquímico en guardia pasiva las 24 horas.

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

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

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

5. Diagnóstico por imágenes (10,13)

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

Se consideran comprendidos bajo este título, los siguientes procedimientos:

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

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

Nivel 2: Puede efectuar estudios radiológicos contrastados por 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.

7. 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 inmuno-hematológicos.

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 inmuno-hematológicas obligatorias: grupo y factor Rh en el receptor, grupo y factor Rh en el dador, pruebas de compatibilidad.

Nivel 2: Tiene un local exclusivo destinado a este fin, que cumple con las normas para servicio de Hemoterapia. El servicio está a cargo de un médico especialista en Hemoterapia. Dichas normas indican que en toda unidad trasfusional deben realizarse las siguientes pruebas serológicas: Agrupamientos, genotipo, Sífilis (VDRL), Brucelosis (Huddlesson), Chagas (látex, fijación de complemento o hemoaglutinación), Antígeno de hepatitis B, hepatitis C y 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

8. 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 diferenciados, dentro del Área Quirúrgica.

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

Nivel 3: Cuenta con un médico pediatra en guardia activa. Posee un sector destinado ala atención del recién nacido patológico (RNP), claramente diferenciado del sector

de recién nacidos normales, que puede resolver los principales síndromes respiratorios del recién nacido, incluyendo asistencia respiratoria mecánica.

9. Área Quirúrgica (10,13)

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

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

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

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

El local de recuperación anestésica debe estar previsto en función de los quirófanos disponibles. Los anestesiistas 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.

10. 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 anestesiista acuden a demanda de los cirujanos. Confeccionan protocolo anestésico.

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

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

11. 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.

Áreas técnicas y de apoyo:

1. 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 nutrí-bomba.

2. 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 normanizado.

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.

3. Limpieza (13)

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

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

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

4. 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.

5. Dispensa de medicamentos (10,13)

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

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

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

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

Nivel 4: Cuenta con un Comité de Fármaco – Vigilancia.

6. Enfermería (10,13)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nivel 2: Existe supervisión de HC.

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

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

8. Estadísticas (10,13)

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

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

Nivel 3: Las internaciones se hallan clasificadas por patologías.

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

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

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

9. 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 auditoria interna dependientes de Directorios. Se elaboran estados financieros anuales y se publica una memoria anual con dictamen de auditoria.

10. 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.

11. 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.

12. 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.

13. 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.

Estructura física y funcional:

1. 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.

2. 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.

Instalaciones:

1. Sistema eléctrico (13)

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

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

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

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

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

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

Nivel 3: Existe mantenimiento preventivo de toda la instalación 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.

3. 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:

Cuidado crítico: (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 unidad de cuidado crítico 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.

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, exsanguineo – transfusión, drenaje de neumotorax y canalización de la arteria umbilical. Cuenta con equipos de luminoterapia, respiradores mecánicos, monitor transcutáneo de oxígeno.

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

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.

Rehabilitación: (13)

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

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

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

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

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.

Biblioteca: (13)

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

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

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

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

4.4. Situación de los Hospitales Públicos en América Latina (12)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.5. HOSPITALES EN GUATEMALA (12)

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

4.6. MORBILIDAD Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIAS

4.6.1 Infecciones adquiridas intrahospitalariamente:

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

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

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

Su importancia reside en que aumentan de forma considerable la morbi-mortalidad, el coste y la estancia hospitalaria. Los microorganismos responsables de este tipo de infecciones suelen ser diferentes y más virulentos que los implicados en las

infecciones de la comunidad, siendo los más habituales los bacilos gramnegativos (sobre todo, E. coli) y los Staphylococcus (siendo muy importante el S. aureus oxacilín-resistente –SAOR–), aunque su distribución depende del tipo de infección y el área hospitalaria. Casi el 75% de estas infecciones acontecen en pacientes quirúrgicos. Por todo ello es fundamental conocer las medidas preventivas para evitar su aparición y el manejo adecuado de las mismas en caso de que se presenten. Sólo en circunstancias muy concretas (prevención de herida quirúrgica y de cuerpos extraños) la profilaxis antibiótica ha demostrado eficacia, siendo el lavado de manos del personal sanitario la medida de control de mayor eficacia. (3)

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

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

4.7. ANÁLISIS SITUACIONAL

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

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

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

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

El REM ha sido utilizado para evaluar los programas nacionales de salud en cinco países. Por ejemplo, durante la epidemia de cólera de 1991 en Guatemala, se llevó a

cabo el REM para evaluar la calidad de los servicios de rehidratación oral y tratamiento. El equipo identificó las debilidades específicas, tales como errores por parte del proveedor en determinar el nivel de deshidratación de un niño y en no aconsejar a la madre sobre cómo alimentar a un niño enfermo. Como resultado, se organizó prontamente un taller de capacitación para mejorar las habilidades de los prestadores de servicios (5,9)

4.7.1 Análisis de contexto para la planificación estratégica:

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

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

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

4.7.2 Análisis de contexto:

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

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

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

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

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

4.7.4 Construcción de los problemas de salud colectiva:

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

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

Los juicios descriptivos definen calidades o el QUÉ, cantidades o el CUÁNTO y sus variaciones o contrastes en el tiempo y el espacio, el DÓNDE (el lugar, espacio o contexto donde se desarrolla) y finalmente el tiempo o CUÁNDO. (13)

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

El problema de estudio, se presenta al principio con sus características más superficiales, fraccionado y sin jerarquía, aislado en factores o indicadores inconexos. Por ejemplo, “número de trabajadores infartados,” “total de personas intoxicadas” “casos de diarrea”. Pero el conocimiento científico no puede quedarse en la observación del fenómeno y sus indicadores manifiestos, tiene que avanzar y explicar la esencia del proceso o problema que se estudia, es decir las relaciones y determinaciones más profundas del problema. (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 América ha seguido mejorando de manera continua. Esto responde a diversos factores sociales, ambientales, culturales y tecnológicos favorables, así como a la mayor disponibilidad de servicios de atención de salud y de programas de salud pública. Sin embargo, esta mejoría no ha tenido igual intensidad y empuje en todos los países, ni en todos los grupos humanos de un mismo país. El análisis de la información sanitaria es fundamental para identificar y cuantificar las desigualdades en materia de salud y constituye una preocupación constante de la Secretaría de la OPS. Diversas publicaciones de la OPS (1-5) documentan estas desigualdades. Este informe anual describe los esfuerzos realizados para mejorar conceptual, metodológica e instrumentalmente la información para el análisis de la situación de salud en la Región de las Américas. (5)

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

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

4.8.1 Contexto demográfico:

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

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

5 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

5.1 Hipótesis

En la actualidad, 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 Objetivo General:

Analizar la situación de salud del Hospital Nacional de Escuintla con base a información estandarizada de las variables demográficas, morbi-mortalidad recursos humanos, materiales, y cobertura, del total de pacientes egresados en el año 2,004.

5.2.2 Objetivos Específicos:

- 5.2.2.1 Identificar los recursos y cobertura de los hospitales en estudio.
- 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 el Hospital Nacional de Escuintla. La información necesaria para realizar dicho análisis se tomó de la hoja de ingreso/egreso de los registros médicos de cada hospital además de entrevistas personales al director, administrador o jefa de enfermería.

6.3 Población

Total de egresos 12,792 del Hospital Nacional de Escuintla durante el año 2,004.

6.4 Definición y operacionalización de variables

(Ver cuadro 1)

Cuadro 1
VARIABLES OBTENIDAS DE LA HOJA DE INGRESO/EGRESO

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

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

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

Cuadro 2

Variables obtenidas de las entrevistas

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

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

6.5 Descripción de técnicas y procedimientos

Se solicitó permiso vía telefónica al Sub. Director del Hospital Nacional de Escuintla Byrón Arnoldo Aquino Tobías, así como a los directores de diferentes Hospitales a nivel Nacional.

Se procedió a realizar la visita donde se obtuvieron las hojas de ingreso/egreso, en base a lo cual se estandarizaron para poder crear un instrumento de recolección de datos.

Se validaron los instrumentos de recolección de datos en el Hospital de Chimaltenango del 28 al 31 de marzo del presente año.

Luego se procedió a realizar el trabajo de campo en el Hospital Nacional de Escuintla del 03 al 18 de mayo del presente año. Se llevo a cabo la siguiente metodología:

- Presentarse en la Dirección del Hospital y explicar en qué consiste el trabajo que se llevará a cabo. Presentar una copia del protocolo.
- Entregar la carta de autorización para el trabajo y que le sea dado el visto bueno (firma del Director del hospital).
- Presentarse en archivo, enseñarles la carta y explicarles en qué consiste el trabajo. Explicar cómo se pretenden manejar los expedientes.
- Pedir los libros de egresos. Los integrantes del grupo pueden separarse para buscar los datos por especialidades.
- Favor de trabajar en forma ordenada, y dirigirse al personal en forma educada para evitar problemas.
- Anotar en las hojas designadas: Nombre del hospital, fecha, número de expediente, nombre del paciente, observaciones (a, b, c, d). Estas hojas deberán ser archivadas y deberán presentarse al final del trabajo de campo, en fólder con su respectivo gancho. Las personas que no las presenten, no serán incluidos en el informe final.
- Ir al archivo y sacar los expedientes. En el lugar que le corresponde a cada expediente colocar un “marcador” para facilitar la localización del mismo al momento de devolverlo.
- Anotar los datos de cada expediente en la boleta de recolección de datos. Deberán marcarse con círculo las opciones elegidas. En el caso en donde se deberá escribir la información, se deberá hacer en forma ordenada con letra clara.
- No se ingresan los siguientes (criterios de exclusión):
 - Sobres sin expediente o expediente extraviado.
 - Expedientes sin hoja de ingreso / egreso
 - Hoja de ingreso / egreso que no tenga los datos de fecha de ingreso, servicio de destino y condiciones de ingreso (vivo o muerto).
- En el caso de no encontrar anotados los datos necesarios, se marcará la casilla “no hay datos”. Con excepción del sexo del paciente, no se pueden inferir datos ni revisar el expediente en busca de los mismos.

- Cuando existan más de un paciente por expediente: se colocará el número de expediente seguido de iniciales Ej. RN (Este caso puede presentarse en los archivos de gineco-obstetricia, en donde madre y RN comparten el mismo número de registro)
- En el caso de que aparezca la información de edad y fecha de nacimiento deberá de ingresarse ÚNICAMENTE la fecha de nacimiento. Si solo apareciera una de ellas, será este dato el que se colocó en la boleta y base de datos.
- Cuando se refiera a la ocupación del paciente:
 - Si está registrada: se escribirá la registrada en la hoja.
 - Si no está registrada: se marca “no hay datos”
 - Si es un paciente pediátrico se obviara este dato.
- En el caso de los diagnósticos de ingreso:
 - Si no se entiende la letra, pero sí está anotado: marcar “ilegible”. En la base se datos se ingresará con el código R69X
 - Si no hay datos: marcar “no hay datos”. En la base se datos también se ingresará con el código R69X
 - Si no es un diagnóstico apropiado: marcar “mal definido”
- En el caso de diagnósticos de egreso:
 - Si aparecen se colocarán en orden de importancia (según este escrito en el registro)
 - Si no se entiende la letra o si no hay datos y se sabe que el paciente egreso VIVO se marcará el código R69X, dicho código será ingresado también en la base se datos.
 - Si no se entiende la letra o si no hay datos y se sabe que el paciente egreso MUERTO se marcará el código R99X, dicho código será ingresado también en la base se datos.
- En el caso de procedimientos y complicaciones se deberá escribir en la boleta de recolección y en la base de datos los indicados en la hoja ingreso / egreso.
- Regresar los expedientes al lugar correspondiente y retirar el marcador.
- Ingresar la información obtenida a la base de datos.
- Semanalmente se enviará la información a la base de datos central del MSPAS.
- Es importante anotar que las hojas de ingreso / egreso varían según el hospital en estudio. Si alguna de dichas hojas no tuviera algunos de los indicadores incluidos dentro de la boleta de recolección de datos (Ej. etnia, servicio de egreso, complicaciones) se deberá marcar la casilla “no datos”. Recuerde que el objetivo del estudio es estandarizar el instrumento ya que no todos manejan la misma información.
- Las boletas de recolección de datos también se deberán de archivar y presentar en fólder, cartapacio, files, etc, en forma ordenada, al final del trabajo de campo. Las personas que no las presenten no serán incluidos dentro del informe final.

Luego se procedió a la tabulación de datos, y al ingreso de los mismos a la base de datos del 23 de mayo al 17 de junio. Se elaboró el informe final y en base a los resultados obtenidos se realizó la presentación al Director del Hospital Nacional de Escuintla el día 29 de junio del presente año.

6.6 Aspectos éticos de la investigación

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

6.7 Alcances y limitaciones

Por medio de este estudio se realizó un análisis de la situación actual del Hospital Nacional de Escuintla en base a los datos de demografía, morbi-mortalidad, recursos y coberturas, los cuales constituyen la Sala Situacional Hospitalaria.

Las limitaciones que se encontró al momento de realizar el estudio fueron la siguiente:

- La primera y principal limitación fue que no se tuvo acceso al F4 o a los libros de registro de ingreso/egreso para poder comparar con los expedientes existentes en el archivo.
- La segunda limitación fue el horario para poder trabajar en el archivo, ya que de siete a nueve de la mañana el personal se dedicaba a buscar los expedientes que se utilizarían en la consulta externa. El horario de trabajo dentro del archivo fue de nueve de la mañana hasta las cuatro de la tarde que era la hora de salida de los encargados de archivo.
- La tercera limitación fue la ausencia de datos en las hojas de ingreso/egreso y la ilegibilidad de la letra en las mismas.

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

La información recaudada en la ficha de recolección de datos se procesará por códigos en forma numérica de acuerdo a cada variable en una base de datos computarizada proporcionada por el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA). Luego se procederá a tabular los datos en cuadros y graficas de columnas, barras, diagrama de sectores, y otros, según 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 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

7.1 Características generales del hospital



7.1.1. Ubicación:

El departamento de Escuintla se encuentra ubicado en la región V Central, su cabecera departamental es Escuintla. Colinda al norte con los departamentos de Chimaltenango, Sacatepéquez y Guatemala; al este con el de Santa Rosa; al sur con el océano Pacífico y al Oeste con el de Suchitepéquez. El Hospital Nacional de Escuintla se encuentra ubicado en la cabecera departamental que lleva el mismo nombre de dicho departamento (a 51 kilómetros de la ciudad capital) en la región sur del país.⁴

7.1.2. Cobertura:

Este hospital ofrece cobertura a los 13 municipios de dicho departamento (Escuintla, Santa Lucía Cotzumalguapa, La Democracia, Siquinalá, Masagua, Tiquizate, La Gomera, Guanagazapa, Puerto San José, Puerto Iztapa, Palin, San Vicente Pacaya y Nueva Concepción) que posee una población total de: 594,578 habitantes para el 2004⁵. También así a los municipios de los departamentos vecinos, principalmente de Taxisco y Guanagazapan que pertenecen al departamento de Santa Rosa y del municipio de Pasaco que pertenecen al departamento de Jutiapa.

7.1.3. Tipo de hospital:

El hospital se cataloga como “Hospital de Área”, debido a que se encuentra ubicado en la cabecera departamental y cuenta con un equipo multidisciplinario para desarrollar programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Cuenta con los siguientes programas y servicios:

- Medicina interna
- Pediatría
- Cirugía
- Ginecología y obstetricia
- Consulta externa.

⁴ Según cobertura de región y departamento de la ONG con programa de medicina preventiva y curativa.

⁵ Según Memoria Anual 2004

- Emergencia
- Traumatología
- Cuidado crítico

7.2 Recursos

7.2.1. Recursos humanos:

El hospital cuenta con un total de 288 trabajadores. Estos se distribuyen de la siguiente manera: 179 (62.1%) corresponden al área de prestación de servicios en salud, 92 (31.9%) pertenecen al área de sistemas de apoyo y 17 (5.9%) pertenecen al sistema administrativo y financiero. *(Para más información ver cuadro 3)*

**CUADRO 3
DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO
REPORTADO DURANTE EL AÑO 2,004**

| Categoría | Tipo de recurso humano | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| Prestación de servicios | Médicos especialistas | 17 | 9.5 |
| | Médicos Generales | 19 | 10.6 |
| | Enfermeras profesionales | 21 | 11.7 |
| | Auxiliares de enfermería | 122 | 68.1 |
| Servicios de apoyo | Técnicos de rayos X | 6 | 6.5 |
| | Personal de limpieza | 24 | 26.1 |
| | Mantenimiento | 10 | 10.8 |
| | Cocina | 10 | 10.8 |
| | Lavandería | 14 | 15.2 |
| | Seguridad | 10 | 10.8 |
| | Técnicos de laboratorio | 14 | 15.2 |
| | Trabajadores sociales | 1 | 1.1 |
| | Comité Nosocomiales | 3 | 3.3 |
| Personal administrativo | Personal administrativo | 17 | 100 |

FUENTE: Departamento de Bio-estadística y entrevista realizada al Director del Hospital Nacional de Escuintla

Organización funcional del recurso humano de prestación de servicios:

Entre el personal médico (médicos especialistas y médicos generales) y personal paramédico (enfermeras graduadas y auxiliares de enfermería) asignados a los servicios de encamamiento son un total de 117 trabajadores. La distribución por

servicios es de la siguiente manera: 22 trabajadores (19.0%) a la Gineco-obstetricia, 27 trabajadores (23.0%) a la Pediatría, 19 trabajadores (16.0%) a la Medicina Interna y Cirugía, 17 trabajadores (15.0%) a la traumatología y 13 trabajadores (11.0%) al servicio de Cuidado Crítico. Entre el personal de Cuidado Crítico no se cuenta personal médico ya que es el mismo médico especialista que cubre la Medicina Interna.

Los médicos especialistas están asignados a un servicio de encamamiento y a la consulta externa según su especialidad, la cual cubren de 8:00 hrs. de la mañana a las 15:00 hrs. de la tarde. Este personal no realiza turnos, pero se encuentran de llamada por cualquier emergencia que ocurriera durante el turno.

También cuentan con médicos generales, estos se encuentran asignados a los servicios de encamamiento y a la emergencia de las 8:00 de la mañana a las 12:00 del medio día. Este personal realiza turnos de 24 hrs. cada 6 días, los cuales inicia de las 8:00 de la mañana hasta las 8:00 de la mañana del siguiente día.

Mientras que las enfermeras graduadas y auxiliares de enfermería están distribuidas en turnos de 6 hrs. rotativos, se encuentran distribuidas en los servicios de encamamiento y emergencia. El personal paramédico que se encuentra en la consulta externa su horario de trabajo es principalmente de 8:00 de la mañana a las 15:00 de la tarde de lunes a viernes.

Los técnicos de rayos X están distribuidos de la siguiente manera una persona para turno de 24 hrs. cada 6 días y los técnicos de laboratorio están distribuidos tres personas en turnos de 24 hrs. cada 5 días. El horario de la trabajadora social es de 8:00 de la mañana hasta las 16:00 de la tarde, de lunes a viernes. Del resto de personal de apoyo no se especificó el horario y su distribución, en la entrevista y encuesta realizada a las autoridades del hospital.

El área administrativa cuenta con el horario de 8:00 de la mañana hasta las 16:00 de la tarde, funcionando de lunes a viernes.

7.2.2. Recursos Físicos:

El hospital cuenta con área física para los siguientes servicios: cuidado crítico, neonatología, laboratorio, diagnóstico por imagen, banco de sangre, archivo, sala de parto, sala de operaciones, esterilización, cocina, lavandería, admisión, emergencia y encamamiento para cada programa de salud que prestan servicio en dicho hospital. Todo lo anterior se encuentra actualmente en funcionamiento. El hospital no cuenta con unidad de biblioteca y patronato.

El hospital cuenta con 174 camas distribuidas en los servicios de Gineco-obstetricia, Pediatría, Cirugía (adultos y pediátrica), Medicina Interna, Traumatología (adultos y pediátrica) y Cuidado Crítico. *(Para más información ver cuadro 4)*

CUADRO 4
DISTRIBUCIÓN DE CAMAS POR SERVICIO
REPORTADO DURANTE EL AÑO 2,004

| Servicio de encamamiento | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| Gineco-obstetricia | 44 | 25.3 |
| Pediatría | 36 | 20.6 |
| Cirugía | 28 | 16.1 |
| Medicina interna | 30 | 17.2 |
| Traumatología | 32 | 18.4 |
| Cuidado crítico | 4 | 2.3 |
| Total | 174 | 100 |

FUENTE: Departamento de Bio-estadística y entrevista realizada al Director del Hospital Nacional de Escuintla.

De acuerdo a la información proporcionada por el hospital se reportó únicamente la existencia y el uso de bolsas de color diferenciado para el manejo de desechos. También se reportó que el personal de limpieza se le exige el uso de guantes. No cuenta con la presencia de incinerador, deposito general de basura y botes de bioseguridad según las respuestas de la encuesta. El abastecimiento de agua se obtiene de una cisterna propia continua y convenio con la municipalidad ininterrumpida. La disponibilidad de energía eléctrica se da por la red pública y a la vez cuenta con planta propia para abastecer dicho servicio cuando lo sea requerido.

7.3 Producción

7.3.1. Producción por área y por servicio:

De acuerdo a la información recabada, el área que más producción tuvo fue la emergencia, seguido por la consulta externa, encamamiento, cuidado crítico y sala de operaciones. *(Para más información ver cuadro 5)*

CUADRO 5
DISTRIBUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN POR ÁREA
REPORTADO DURANTE EL AÑO 2,004

| Área | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| Emergencia | 55,973 | 60.1 |
| Encamamiento | 12,792 | 13.7 |
| Consulta externa | 23,276 | 25.0 |
| Sala de operaciones | 607 | 0.6 |
| Cuidado crítico | 416 | 0.4 |
| Total | 93,064 | 100 |

FUENTE: Departamento de Bio-estadística y entrevista realizada al Director del Hospital Nacional de Escuintla

De acuerdo a la información proporcionada por el Departamento de Bio-estadística y por el Director del hospital, el área de emergencia reportó un total de 55,973 de pacientes atendidos, distribuidos de la siguiente manera: la emergencia de Gineco-obstetricia 10,829 pacientes (19.3%), la emergencia de Pediatría 15,075 pacientes

(26.9%), la emergencia de Cirugía 9,426 pacientes (16.8%), la emergencia de Medicina Interna 16,072 pacientes (28.7%) y la emergencia de Traumatología 4,571 pacientes (8.1%).

Los servicios de encamamiento reportaron en total 12,792 ingresos/egresos durante el año 2,004. La distribución por servicio quedó de la siguiente manera: el que mayor producción reportó fue el servicio de Gineco-obstetricia con 6,018 ingresos/egresos (47.0%), seguido del servicio de Pediatría 2,529 ingresos/egresos (19.7%), Cirugía con 2,091 ingresos/egresos (16.3%), Medicina Interna con 1,517 ingresos/egresos (11.8%) y Traumatología con 637 ingresos/egresos (4.9%).

El área de consulta externa reportó un total de 23,276 pacientes vistos, los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera: la consulta externa de la Gineco-obstetricia 4,896 pacientes (21.0%), la consulta externa de Pediatría 2,800 (12.0%), la consulta externa de Cirugía 5,320 (22.8%), la consulta externa de Medicina Interna 7,073 (30.4%) y la consulta externa de Traumatología 3,187 (13.6%).

El área de sala de operaciones reportó 607 procedimientos, los cuales provienen de los servicios de Cirugía, Traumatología y Ginecología.

El servicio Cuidado Crítico reportó 416 ingresos/egresos, los cuales no se encuentran incluidos dentro del total de ingreso/egresos de los servicios de encamamiento que reportaron el personal del hospital, los cuales provienen de los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Traumatología y Gineco-obstetricia.

7.3.2 Clasificación de Expedientes:

Del total de expedientes reportados del 2,004 por el personal del hospital, fue posible localizar el 100% de los mismos. Al hacer una búsqueda en archivo de los expedientes solo se utilizaron en el estudio un total de 8,791 expedientes que es el 81.3%, el resto de expedientes que suman un total de 2,168 expedientes que es el 18.6% fueron excluidos por los siguientes criterios que *se explican en la cuadro 6*.

CUADRO 6
CLASIFICACIÓN DE EXPEDIENTES
REGISTRADOS SEGÚN CRITERIOS DE INCLUSIÓN O
EXCLUSIÓN EN EL AÑO 2,004

| Criterios de inclusión o exclusión | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Expediente no encontrado al momento de la visita | 342 | 3.1 |
| Expediente sin hoja de ingreso/egreso | 0 | 0 |
| Expediente sin fecha de ingreso, ó servicio de destino, ó condición de egreso (vivo o muerto) | 1,679 | 15.5 |
| Expediente incluido dentro del estudio e ingresado a la base de datos | 8,791 | 81.3 |
| Total | 10,812 | 100 |

FUENTE: Departamento de estadística y libros de ingreso/egreso del año 2004 del hospital Nacional de Escuintla.

Nota importante: Los resultados se presentaran en base a la población real utilizada en el estudio es de 8,791 expedientes.

- No se pudo comprobar si el número de egresos durante el año 2,004 reportados en el Hospital Nacional de Escuintla corresponden al número de expedientes existentes, debido a que no se tuvo acceso a los registros hospitalarios (F4).

7.3.3. Características demográficas de los pacientes incluidos en el estudio:

Sexo:

Según los datos recabados en el estudio, la distribución por sexo se distribuyó de la siguiente manera: el sexo femenino con 5,933 pacientes (67.7%) y el sexo masculino 2,858 pacientes (32.3%).

Grupo de edades:

La distribución por grupo de edades, se presentó de la siguiente manera: menor de 1 mes 588 pacientes (6.7%), de 1 mes a menor de 1 año 322 pacientes (3.7%), de 1 año a 4 años 578 pacientes (6.6%), de 5 años a 9 años 421 pacientes (4.8%), de 10 años a 14 años 574 pacientes (6.5%), de 15 años a 19 años 1,732 pacientes (19.7%), de 20 años a 24 años 1,373 pacientes (15.6%), de 25 años a 59 años 2,573 pacientes (29.2%) y mayores de 60 años 630 pacientes (7.2%).

Estado civil:

La distribución por estado civil, se presentó de la siguiente manera: soltero 1,565 pacientes (17.8%), casado 1,563 pacientes (17.8%), viudo 42 pacientes (0.5%), unido 2,627 pacientes (29.9%), divorciado 44 pacientes (0.5%) y no dato 2,920 pacientes (33.3%).

Los pacientes menores de 12 años se incluyeron dentro de la categoría de no dato.

Ocupación:

Según los datos recabados en el estudio, la ocupación se distribuyó de la siguiente manera: ama de casa 4,032 pacientes (50.5%), no dato 2,762 pacientes (31.5%), agricultor 484 pacientes (5.5%) y otros oficios o profesión 1,483 pacientes (12.5%).

Lugar de procedencia:

La distribución del lugar de procedencia de los pacientes ingresados en el hospital durante el año 2,004 según los datos obtenidos, fue de la siguiente forma: el departamento de Escuintla 7,833 pacientes (89.4%), el departamento de Santa Rosa 622 pacientes (7.1%), el departamento de Jutiapa 146 pacientes (1.7%) y el resto de departamentos 160 pacientes (1.8%).

La distribución por municipio del departamento de Escuintla se presentó de la siguiente forma: Escuintla 4,986 pacientes (63.6%), Santa Lucía Cotzumalguapa 782 pacientes (9.9%), Puerto de San José 641 (8.1%), Masagua 429 pacientes (5.4%) y La Gomera 365 pacientes (4.6%) y el resto de municipios sumaron un total de 630 pacientes (8.0%).

La distribución de los municipios de Santa Rosa, se presentó de la siguiente forma Santa Rosa Lima 190 pacientes (30.5%), Taxisco 174 (27.9%), Chiquimulilla 149 (23.9%), Cuilapa 60 pacientes (9.6%) y el resto de municipios sumaron un total de 49 pacientes (8.1%).

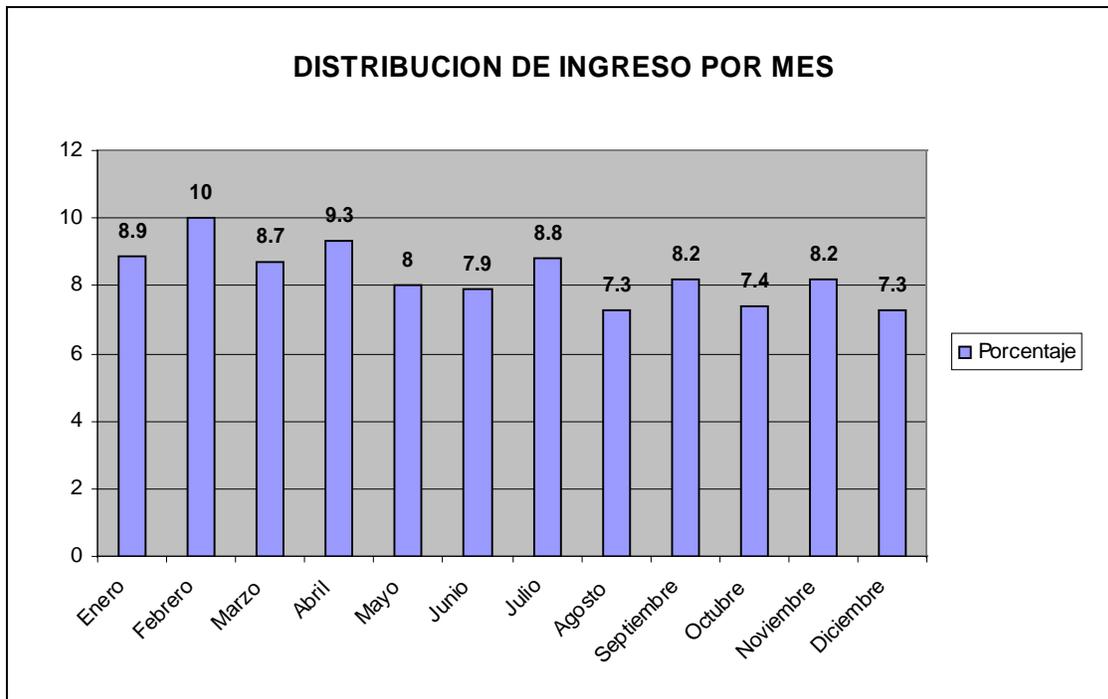
El municipio de Pasaco que pertenece al departamento de Jutiapa, fueron 94 pacientes (64.3%); y el resto de pacientes pertenecientes de Jutiapa fueron 70 pacientes (35.7%) que pertenecen al resto de municipios.

7.3.4. Gestión Hospitalaria:

Distribución de ingreso por mes:

La distribución de ingreso por mes durante el año 2,004 que se recabó en el estudio, se presentó de la siguiente manera: los tres meses que mayor porcentaje de ingresos presentó fueron enero, febrero y abril; y los tres meses que menor porcentaje de ingresos presentó fueron agosto, octubre y diciembre. El promedio de ingreso por mes fue de 733 pacientes. *Para más formación ver gráfica 2.*

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE INGRESO POR MES DURANTE EL AÑO 2,004



FUENTE: Departamento de Bio-estadística y entrevista realizada al director del Hospital de Escuintla.

Promedio días estancia:

Según los datos proporcionados por el departamento de Bio-estadística del Hospital de Escuintla el promedio general fue de 3.1 días durante el año 2,004. El promedio por servicio se distribuyó de la siguiente manera: Gineco-obstetricia 1.5 días, Pediatría 3.9 días, Cirugía 3.2 días, Medicina Interna 5 días, Traumatología 10.7 días y Cuidado Crítico 2.4 días.

Días cama disponible:

Según los datos proporcionados por el departamento de Bio-estadística del Hospital de Escuintla el promedio días cama disponible fue de 62,220 días durante el año 2,004. El promedio por servicio se distribuyó de la siguiente manera: Gineco-obstetricia 16,104 días, Pediatría 13,176 días, Cirugía 10,248 días, Medicina Interna 10,980 días, Traumatología 11,712 días y Cuidado Crítico 1,464 días.

Días cama ocupado total:

Según los datos proporcionados por el departamento de Bio-estadística del Hospital de Escuintla el promedio de días cama ocupado fue de 39,830 días durante el año 2,004. El promedio por servicio se distribuyó de la siguiente manera: Gineco-obstetricia 8,822 días, Pediatría 16,805 días, Cirugía 6,755 días, Medicina Interna 7,658 días, Traumatología 6,790 días y Cuidado Crítico 993 días.

Índice ocupacional:

Según los datos proporcionados por el departamento de Bio-estadística del Hospital de Escuintla el índice ocupacional fue de 64% durante el año 2,004. El porcentaje por servicio se distribuyó de la siguiente manera: Gineco-obstetricia 69.7%, Pediatría 72.2%, Cirugía 65.9%, Medicina Interna 69.7%, Traumatología 58.0% y Cuidado crítico 67.8%.

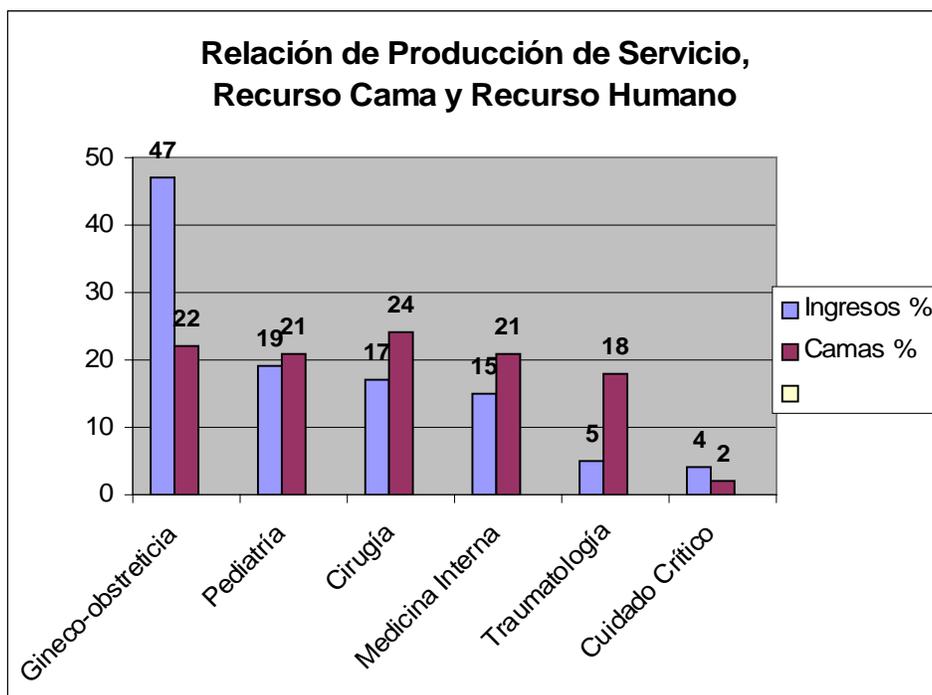
Giro cama:

Según los datos proporcionados por el departamento de Bio-estadística del Hospital de Escuintla el promedio de giro cama (rotación cama) fue de 75.2 pacientes durante el año 2,004. El promedio por servicio se distribuyó de la siguiente manera: Gineco-obstetricia 136.8 pacientes, Pediatría 133.4 pacientes, Cirugía 74.7 de pacientes, Medicina Interna 50.6 pacientes, Traumatología 19.9 pacientes y Cuidado Crítico 2.4 pacientes.

Relación de ingresos y cama por servicios.

De acuerdo a la información recabada, se observa que la distribución del recurso cama y recurso humano es acorde a la producción en la mayoría de los servicios, exceptuando en el servicio de la Traumatología. *Para más información ver gráfica 3.*

GRÁFICA 3
RELACIÓN DE INGRESOS, CAMA POR SERVICIOS
Y RECURSO HUMANO DURANTE EL AÑO 2,004



FUENTE: Departamento de Bio-estadística y entrevista realizada al director del Hospital de Escuintla.

7.3.5. Morbilidad General y por Servicio de Encamamiento:

Morbilidad General:

Las principales causas de morbilidad recabadas en el año 2,004, fueron: parto eutósico, causas de morbilidad desconocidas y no especificada, cesárea, neumonía y bronconeumonía, y aborto. *Para más información ver cuadro 7.*

CUADRO 7
MORBILIDAD GENERAL REPORTADA EN EL AÑO 2,004

| No. | Diagnostico | Frecuencia | Porcentaje |
|-----|---|------------|------------|
| 1 | *Parto Eutósico | 2,380 | 25.4 |
| 2 | **Causas de Morbilidad desconocidas y no especificada | 1,039 | 11.1 |
| 3 | Cesárea | 530 | 5.7 |
| 4 | Neumonía y bronconeumonía | 526 | 5.6 |
| 5 | Aborto | 476 | 5.1 |
| 6 | Diarreas | 430 | 4.5 |
| 7 | Fractura no especificada | 274 | 2.9 |
| 8 | Apendicitis aguda | 241 | 2.6 |
| 9 | Síndrome de dificultad | 217 | 2.3 |

| | respiratoria neonatal | | |
|----|-----------------------------|--------------|------------|
| 10 | Hernia inguinal | 208 | 2.2 |
| 11 | Convulsiones | 197 | 2.1 |
| 12 | Choque séptico | 190 | 2.0 |
| 13 | Trauma de cráneo | 185 | 2.0 |
| 14 | Asfixia neonatal | 172 | 1.8 |
| 15 | Ictericia Neonatal | 128 | 1.3 |
| 16 | Infección de vías urinarias | 105 | 1.1 |
| 17 | Amenaza de trabajo de parto | 105 | 1.1 |
| 18 | Sepsis Neonatal | 91 | 1.0 |
| 19 | Heridas por arma de fuego | 68 | 0.7 |
| 20 | Diabetes Mellitus | 68 | 0.7 |
| 21 | Heridas múltiples | 64 | 0.7 |
| 22 | Politraumatismo | 62 | 0.7 |
| 23 | Amenaza de aborto | 57 | 0.6 |
| 24 | Resto de causas | 1,553 | 16.6 |
| | Total | 9,366 | 100 |

FUENTE: Expedientes con egreso del año 2,004 del hospital Nacional de Escuintla incluidos en el estudio.

Nota: El total de diagnósticos ingresados a la base de datos fue superior al número de expedientes revisados debido a los reingresos que ocurrieron durante el 2,004.

***Nota:** Se toman en cuenta entre las causas de morbilidad los partos eutócicos, ya que está se reporta al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como tal.

****Nota:** Las causas de morbilidad desconocidas y no especificadas se presentaron entre los 5 primeros diagnósticos en los servicios de: Gineco-obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía y Cuidado Crítico, esto debido a un alto porcentaje de expedientes de dichas especialidades sin diagnóstico de egreso o con letra ilegible.

Morbilidad servicio de Gineco-obstetricia:

Las principales causas de morbilidad recabadas en el servicio de Gineco-obstetricia en el año 2,004, fueron: parto eutócico, cesárea, aborto, causas de morbilidad desconocidas y no especificadas, y amenaza de trabajo de parto. *Para más información ver cuadro 8.*

CUADRO 8
PRINCIPALES CAUSAS MORBILIDAD
EN EL SERVICIO GINECOOBSTETRICIA EN EL AÑO 2,004

| No. | Diagnostico | Frecuencia | Porcentaje |
|-----|--|------------|------------|
| 1 | *Parto Eutósico | 2,380 | 58.9 |
| 2 | Cesárea | 530 | 13.1 |
| 3 | Aborto | 476 | 11.8 |
| 4 | **Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas | 259 | 6.4 |
| 5 | Amenaza de trabajo de parto | 105 | 2.6 |
| 6 | Resto de causas | 287 | 7.1 |
| | Total | 4,037 | 100 |

FUENTE: Expedientes con egreso del año 2,004 del hospital Nacional de Escuintla incluidos en el estudio.

* **Nota:** Se toman en cuenta entre las causas de morbilidad los partos eutósicos, ya que está se reporta al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como tal.

* **Nota:** Las causas de morbilidad desconocidas y no especificadas se presentaron entre los 5 primeros diagnósticos en el servicio de Gineco-obstetricia, esto debido a un alto porcentaje de expedientes de dichas especialidades sin diagnóstico de egreso o con letra ilegible.

Morbilidad servicio de Pediatría:

Las principales causas de morbilidad recabadas en el servicio de Pediatría en el año 2,004, fueron: neumonía y bronconeumonía, diarreas, síndrome de dificultad respiratoria, causas de morbilidad desconocida y no especificada, y choque séptico. *Para más información ver cuadro 9.*

CUADRO 9
PRINCIPALES CAUSAS MORBILIDAD
EN EL SERVICIO PEDIATRÍA EN EL AÑO 2,004

| No. | Diagnostico | Frecuencia | Porcentaje |
|-----|---|------------|------------|
| 1 | Neumonía y bronconeumonía | 374 | 17.2 |
| 2 | Diarreas | 371 | 17.0 |
| 3 | Síndrome de dificultad respiratoria neonatal | 217 | 10.0 |
| 4 | *Causas de morbilidad desconocida y no especificada | 188 | 8.6 |
| 5 | Choque séptico | 183 | 8.4 |
| 6 | Asfixia Neonatal | 172 | 7.9 |
| 7 | Convulsiones | 128 | 5.9 |
| 8 | Ictericia Neonatal | 128 | 5.9 |

| | | | |
|----|-----------------------------|-------|-----|
| 9 | Sepsis neonatal | 91 | 4.1 |
| 10 | Infección de vías urinarias | 74 | 3.4 |
| 11 | Deshidratación | 40 | 1.9 |
| 12 | Resto de causas | 209 | 9.6 |
| | Total | 2,175 | 100 |

FUENTE: Expedientes con egreso del año 2,004 del hospital Nacional de Escuintla incluidos en el estudio.

* **Nota:** Las causas de morbilidad desconocidas y no especificadas se presentaron entre los 5 primeros diagnósticos en el servicio de Pediatría, esto debido a un alto porcentaje de expedientes de dichas especialidades sin diagnóstico de egreso o con letra ilegible.

Morbilidad servicio de Cirugía:

Las principales causas de morbilidad recabadas en el servicio de Cirugía en el año 2,004, fueron: causas de morbilidad desconocida y no especificada, apendicitis aguda, trauma de cráneo, hernia inguinal y herida por arma de fuego. *Para más información ver cuadro 10.*

CUADRO 10
PRINCIPALES CAUSAS MORBILIDAD
EN EL SERVICIO CIRUGÍA EN EL AÑO 2,004

| No. | Diagnostico | Frecuencia | Porcentaje |
|-----|--|------------|------------|
| 1 | *Causas de morbilidad desconocidas y no especificada | 275 | 19.3 |
| 2 | Apendicitis aguda | 241 | 16.9 |
| 3 | Hernia Inguinal | 208 | 14.6 |
| 4 | Trauma de cráneo | 157 | 11.0 |
| 5 | Heridas por arma de fuego | 63 | 4.4 |
| 6 | Heridas múltiples | 57 | 4.1 |
| 7 | Politraumatismo | 53 | 3.7 |
| 8 | Celulitis de sitio no especificado | 47 | 3.3 |
| 9 | Colecistitis crónica | 39 | 2.8 |
| 10 | Quemaduras | 37 | 2.8 |
| 11 | Herida por arma blanca | 30 | 2.1 |
| 12 | Absceso cutáneo | 26 | 1.8 |
| 13 | Fimosis | 18 | 1.3 |
| 14 | Fractura no especificada | 18 | 1.3 |
| 15 | Pie diabético | 12 | 0.9 |
| 16 | Resto de causas | 143 | 10.0 |
| | Total | 1,424 | 100 |

FUENTE: Expedientes con egreso del año 2,004 del hospital Nacional de Escuintla incluidos en el estudio.

* **Nota:** Las causas de morbilidad desconocidas y no especificadas se presentaron entre los 5 primeros diagnósticos en el servicios de Cirugía, esto debido a un alto porcentaje de expedientes de dichas especialidades sin diagnóstico de egreso o con letra ilegible.

Morbilidad servicio de Medicina Interna:

Las principales causas de morbilidad recabadas en el servicio de Medicina Interna en el año 2,004, fueron: causas de morbilidad desconocida y no especificada, neumonía y bronconeumonía, diabetes mellitus, convulsiones y virus de inmunodeficiencia humana. *Para más información ver cuadro 11.*

CUADRO 11
PRINCIPALES CAUSAS MORBILIDAD
EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL AÑO 2,004

| No. | Diagnostico | Frecuencia | Porcentaje |
|-----|--|------------|------------|
| 1 | *Causas de morbilidad desconocidas y no especificada | 182 | 14.4 |
| 2 | Neumonía y bronconeumonía | 142 | 13.1 |
| 3 | Diabetes mellitus | 68 | 6.2 |
| 4 | Convulsiones | 63 | 6.0 |
| 5 | Virus Inmunodeficiencia Humana | 44 | 4.1 |
| 6 | Insuficiencia cardiaca congestiva | 36 | 3.4 |
| 7 | Hemorragia gastrointestinal | 33 | 3.1 |
| 8 | Diarreas | 31 | 2.9 |
| 9 | Hipertensión arterial | 31 | 2.9 |
| 10 | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 31 | 2.9 |
| 11 | Infección de vías urinarias | 31 | 2.9 |
| 12 | Estado asmático | 24 | 2.2 |
| 13 | Anemia | 24 | 2.2 |
| 14 | Accidente cerebrovascular | 24 | 2.2 |
| 15 | Enfermedad peptica | 24 | 2.2 |
| 16 | Cirrosis hepática | 24 | 2.2 |
| 17 | Tuberculosis pulmonar | 21 | 1.9 |
| 18 | Intoxicación por organofosforados | 14 | 1.3 |
| 19 | Insuficiencia renal crónica | 10 | 1.0 |
| 20 | Desnutrición proteico calórico | 8 | 0.8 |
| 21 | Intoxicación alcohólica | 8 | 0.8 |
| 22 | Síndrome de abandono | 7 | 0.7 |
| 23 | Insuficiencia renal aguda | 7 | 0.7 |
| 24 | Resto de causas | 198 | 19.7 |
| | Total | 1,085 | 100 |

FUENTE: Expedientes con egreso del año 2,004 del hospital Nacional de Escuintla incluidos en el estudio.

* **Nota:** Las causas de morbilidad desconocidas y no especificadas se presentaron entre los 5 primeros diagnósticos en el servicio de Medicina Interna, esto debido a

un alto porcentaje de expedientes de dichas especialidades sin diagnóstico de egreso o con letra ilegible.

Morbilidad servicio Traumatología:

Las principales causas de morbilidad que se presentaron en el servicio de Traumatología en el año 2004, fueron: fractura no especificada, causas de morbilidad desconocida y no especificada, fractura de columna lumbar y pelvis, trauma de cráneo y fractura de clavícula. *Para más información ver cuadro 12.*

**CUADRO 12
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
EN EL SERVICIO TRAUMATOLOGÍA EN EL AÑO 2,004**

| No. | Diagnostico | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|--|-------------------|-------------------|
| 1 | Fractura no especificada | 207 | 47.6 |
| 2 | *Causas de morbilidad desconocidas y no especificada | 90 | 20.6 |
| 3 | Fractura de columna lumbar y pelvis | 14 | 3.2 |
| 4 | Trauma de cráneo | 10 | 2.3 |
| 5 | Fractura de clavícula | 9 | 2.1 |
| 6 | Politraumatismo | 7 | 1.6 |
| 7 | Fractura de fémur | 6 | 1.4 |
| 8 | Fractura de rotula | 6 | 1.4 |
| 9 | Contusión de codo | 3 | 0.7 |
| 10 | Fractura de muñeca | 3 | 0.7 |
| 11 | Resto de causas | 82 | 18.8 |
| | Total | 436 | 100 |

FUENTE: Expedientes con egreso del año 2,004 del hospital Nacional de Escuintla incluidos en el estudio.

* **Nota:** Las causas de morbilidad desconocidas y no especificadas se presentaron entre los 5 primeros diagnósticos en el servicio de Traumatología, esto debido a un alto porcentaje de expedientes de dichas especialidades sin diagnóstico de egreso o con letra ilegible.

Morbilidad servicio de Cuidado Crítico:

Las principales causas de morbilidad que se presentaron en el servicio de Cuidado Crítico en el año 2,004 fueron: causas de morbilidad desconocida y no especificada, diarreas, fracturas, neumonía y bronconeumonía, y politraumatismo. *Para más información ver cuadro 13.*

CUADRO 13
PRINCIPALES CAUSAS MORBILIDAD
EN EL SERVICIO DE CUIDADO CRÍTICO EN EL AÑO 2,004

| No. | Diagnostico | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|---|-------------------|-------------------|
| 1 | *Causas de morbilidad desconocida y no especificada | 45 | 21.5 |
| 2 | Diarreas | 28 | 13.4 |
| 3 | Trauma de cráneo | 18 | 8.6 |
| 4 | Fractura | 11 | 5.3 |
| 5 | Neumonía y bronconeumonía | 10 | 4.8 |
| 6 | Politraumatismo | 9 | 4.3 |
| 7 | Choque séptico | 7 | 3.4 |
| 8 | Insuficiencia cardiaca congestiva | 7 | 3.4 |
| 9 | Enfermedad cerebrovascular | 7 | 3.4 |
| 10 | Convulsiones | 6 | 2.9 |
| 11 | Herida por arma de fuego | 5 | 2.4 |
| 12 | Diabetes mellitus | 5 | 2.4 |
| 13 | Hemorragia gastrointestinal | 4 | 1.9 |
| 14 | Tuberculosis pulmonar | 4 | 1.9 |
| 15 | Infarto agudo del miocardio | 2 | 1.0 |
| 16 | Resto de causas | 41 | 19.6 |
| | Total | 209 | 100 |

FUENTE: Expedientes con egreso del año 2,004 del hospital Nacional de Escuintla incluidos en el estudio.

* **Nota:** Las causas de morbilidad desconocidas y no especificadas se presentaron entre los 5 primeros diagnósticos en el servicio de Cuidado Crítico, esto debido a un alto porcentaje de expedientes de dichas especialidades sin diagnóstico de egreso o con letra ilegible.

7.3.6. Mortalidad:

Mortalidad general:

Las principales causas de mortalidad recabadas en el año 2,004, fueron: neumonía y bronconeumonía, hemorragia gastrointestinal, convulsiones, síndrome de dificultad respiratoria neonatal y paro cardiaco. *Para más información ver cuadro 14.*

CUADRO 14
MORTALIDAD GENERAL EN EL AÑO 2,004

| No. | Diagnostico | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|--|-------------------|-------------------|
| 1 | Neumonía y bronconeumonía | 5 | 11.4 |
| 2 | Hemorragia gastrointestinal | 4 | 9.1 |
| 3 | Síndrome de dificultad respiratoria neonatal | 3 | 6.8 |
| 4 | Convulsiones | 3 | 6.8 |
| 5 | Paro cardiaco | 3 | 6.8 |
| 6 | *Causas mal definidas y no especificadas de mortalidad | 3 | 6.8 |
| 7 | Trauma de cráneo | 2 | 4.5 |
| 8 | Diarreas | 2 | 4.5 |
| 9 | Encefalitis viral | 2 | 4.5 |
| 10 | Insuficiencia cardiaca congestiva | 2 | 4.5 |
| 11 | Choque hipovolemico | 2 | 4.5 |
| 12 | Diabetes Mellitus | 2 | 4.5 |
| 13 | Choque séptico | 1 | 2.3 |
| 14 | Síndrome inmunodeficiencia humana adquirida | 1 | 2.3 |
| 15 | Evento Cerebrovascular | 1 | 2.3 |
| 16 | Resto de causas | 8 | 18.4 |
| | Total | 44 | 100 |

FUENTE: Expedientes con egreso del año 2,004 del hospital Nacional de Escuintla incluidos en el estudio.

* **Nota:** Las causas de mortalidad desconocidas y no especificadas se presentaron entre los 5 primeros diagnósticos en las especialidades de: Pediatría, Medicina Interna, Traumatología y Cuidado Crítico, esto debido a un alto porcentaje de expedientes de dichas especialidades sin diagnóstico de egreso o con letra ilegible.

7.3.7. Procedimientos:

Los principales procedimientos realizados en el hospital durante el año 2,004, fueron: cesárea terapéutica, legrado intrauterino, apendicetomía, hernioplastía, entre otros. *Para más información ver cuadro 15.*

CUADRO 15
PRINCIPALES PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL AÑO 2,004

| No. | Procedimiento | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|-------------------------|-------------------|-------------------|
| 1 | Cesárea terapéutica | 79 | 35.8 |
| 2 | Legrado intrauterino | 54 | 24.5 |
| 3 | Apendicetomía | 31 | 14.0 |
| 4 | Hernioplastía | 17 | 7.7 |
| 5 | Resto de procedimientos | 40 | 18.0 |

| | | | |
|--|-------|-----|-----|
| | Total | 221 | 100 |
|--|-------|-----|-----|

FUENTE: Expedientes con egreso del año 2,004 del hospital Nacional de Escuintla incluidos en el estudio.

7.3.8. Complicaciones:

Nota: La hoja de ingreso/egreso del hospital nacional de Escuintla, no cuenta con un área determinada para el registro de estas, por lo que no es posible hacer una descripción de este apartado.

7.3.9. Condiciones de Egreso

La condición de egreso que se reportó en el Hospital Nacional de Escuintla se dividió en tres grandes grupos los cuales son: muerto 0.3%, condición de egreso no especificada 0.7% y vivo 99%.

Como se puede ver en la descripción anterior la condición de egreso no especificado ocupa el segundo lugar en cuanto a porcentaje y además no presentaba subdivisiones.

En cuanto a los egresados muertos, estos se subdividían de la siguiente manera: con necropsia 4.5%, no especificado 68.2% y sin necropsia 27.2%.

Los egresados vivos ocuparon el primer lugar en cuanto a porcentaje y se distribuyó de la siguiente manera: curado 0.14%, mejorado 19.9%, no especificado vivo 79.9% y no mejorado 0.02%.

8 ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

8.1 Recursos

8.1.1. Recursos humanos:

La distribución actual de médicos hospitalarios por cada 10,000 habitantes de varios países americanos. Estados Unidos posee la mayor cantidad de médicos por habitante (anexo 4), Guatemala actualmente posee la tercer parte de médicos en comparación con dicho país siendo así uno de los países con menor cantidad de médicos por habitante. Al evaluar la disposición de médicos del Hospital Nacional de Escuintla y su cobertura para dicho departamento, esta es de 0.6 X 10,000 habitantes (1 X 16,516 habitantes). Esto podría ocasionar una sobre carga de trabajo para los médicos, lo que conllevaría a una deficiencia en la atención médica prestada al paciente.

Los Estados Unidos presenta la más alta cantidad de personal de enfermería por habitante (anexo 5), la cual es 9 veces más alta a la presentada en México y al compararse con la presentada en los países de Centroamérica, específicamente en Guatemala esta es 27 veces mayor. En el hospital de Escuintla la cantidad de enfermeras para la población del departamento fue dos terceras partes de la presentada para el país. La cantidad de enfermeras en el Hospital Nacional de Escuintla comparado con los hospitales de países primer mundistas, como Estados Unidos, dista mucho de ser la ideal, ya que esto significa que cada dos enfermeras tendría que atender a cinco mil personas, lo que lleva a una sobrecarga de trabajo.

La relación para el Hospital Nacional de Escuintla entre enfermeras graduadas-auxiliares de enfermería es de 1-6 respectivamente, lo cual se encuentra por encima de lo establecido por la OMS el cual determina que la relación debe de ser de 1-4.

En el Hospital Nacional de Escuintla como se puede observar en la sección de descripción de datos (Cuadro 3), existe un sistema de apoyo que brinda servicios para realizar un diagnóstico oportuno y una terapéutica adecuada.

8.1.2. Recurso Físico:

En los Estados Unidos cuenta con la mayor cantidad de camas hospitalarias X 1,000 habitantes (anexo 6). Actualmente México y Guatemala poseen similar cantidad de camas hospitalarias por habitante, la cual es levemente superior a la del área centroamericana. En el departamento de Escuintla, el hospital dispone de una menor cantidad de camas hospitalarias por habitante en relación con lo presentado a nivel nacional. Esto podría llevar a un rápido desgaste del recurso cama, lo que limita en algún momento los servicios prestados por el hospital, lo cual reduce calidad de atención a la población.

Durante el año 2,004 se ingresó a los servicios de encamamiento a un total de 12,792 pacientes (cuadro 5), dando una relación de 71 pacientes egresados por cama. Comparándolo con el nivel nacional, la relación paciente egresado cama fue de 61 pacientes.⁶

No cuenta con la presencia de incinerador, según la respuesta a la entrevista realizada al Director de la institución; lo anterior podría ocasionar una mala disposición de los desechos hospitalarios, ya que esto ocasiona que el personal de la municipalidad mezcle desechos hospitalarios con desechos comunes, exponiendo a la comunidad a enfermedades contagiosas. Tampoco cuenta con botes de bioseguridad lo que con lleva a un mal manejo del material punzo cortante, lo que provocaría algún tipo de accidente laboral.

El abastecimiento de agua es de manera continua debido a que se obtiene de una cisterna propia y también cuenta con un convenio de distribución de agua de depósitos municipales de manera ininterrumpida. La disponibilidad de energía eléctrica se da por la red pública y a la vez cuenta con planta propia para abastecer dicho servicio cuando lo sea requerido, lo que permite que el suministro eléctrico a las distintas áreas del hospital sea de manera continua.

8.2 Producción

8.2.1. Producción por área y servicio:

La producción total durante el año 2,004 en el Hospital Nacional de Escuintla fue de 93,641 personas (cuadro 5), de las cuales, la mayor parte de pacientes consultaron al área de emergencia por razones que podrían ser la falta de educación generalizada en la población de las funciones que presta una emergencia. También por cuestiones personales no acuden a la consulta externa debido a que en este servicio es mayor el tiempo de espera de consulta.

El servicio de Gineco-obstetricia fue el que mayor porcentaje de ingresos/egresos presentó al servicio de encamamiento, pero fue el que menor porcentaje presentó en número de consultas a la emergencia y el tercer porcentaje en la consulta externa. Lo que podría deberse a que en el área de la emergencia las pacientes que acuden a ella, la mayoría de estas pacientes ameritan ingreso al servicio de encamamiento; así como en el área de la consulta externa donde se ingresan pacientes para cirugía electivas y otros procedimientos.

El servicio de Medicina Interna fue el que mayor porcentaje presentó en las áreas de emergencia y consulta externa, pero fue el que menor porcentaje presentó en el servicio de encamamiento. Lo que podría deberse a que muchos pacientes que ingresan a la emergencia son estabilizados en esta área y se les refiere luego a la consulta externa, no ameritando así ingreso al servicio de encamamiento.

⁶ Datos obtenidos del documento producción hospitalaria 2,004 fuente Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social (MSPAS).

8.2.2. Características demográficas de los pacientes incluidos en el estudio:

El sexo predominante, fue el femenino con más del cincuenta por ciento de los pacientes ingresados a los servicios de encamamiento, lo cual era de esperarse, debido a que el servicio de Gineco-obstetricia fue el que mayor producción tuvo durante el año 2,004.

El grupo de edad que mayor porcentaje presentó fue el de 25 años a 59 años, esto puede deberse al rango de edades que se agrupan en el mismo es mayor al compararlo con los otros grupos etareos que se presentaron en las variables del estudio. El segundo grupo de edad que mayor número de pacientes presentó fue el comprendido entre 15 años a 19 años, siendo en su mayoría de sexo femenino, lo cual puede deberse a las pacientes que ingresan al servicio de Gineco-obstetricia. El tercer grupo que mayor porcentaje presentó fue el de 20 años a 24 años, donde el sexo femenino también es mayoría.

Según la distribución por estado civil, el que mayor porcentaje obtuvo fue el de no hay dato, esto pudo deberse a que en este reglón, se incluyen los pacientes menores de 12 años y los expedientes donde no existía el dato.

La ocupación más frecuente que se encontró en los datos del estudio, fue la de ama de casa con el cincuenta por ciento, lo cual podría deberse a que el sexo femenino fue el que mayor porcentaje de ingresos presentó durante el año 2,004.

La cobertura según los datos utilizados en el estudio fue la esperada por las autoridades de salud, ya que más del ochenta por ciento de la población que estuvo ingresada en los servicios de encamamiento pertenecieron al Departamento de Escuintla. Los municipios de Escuintla que tuvieron mayor porcentaje fueron: Escuintla, Santa Lucia Cotzumalguapa, Puerto de San José, Masagua y La Gomera.

Los municipios de Taxisco, Santa Rosa Lima y Guanagazapa que pertenecen al departamento de Santa Rosa, por comodidad de cercanía con el Hospital Nacional de Escuintla, acuden al mismo en vez de ir al que pertenece su cobertura. Esto también se observó con el municipio de Pasaco que pertenece al departamento de Jutiapa.

8.2.3 Gestión Hospitalaria:

Distribución de ingreso por mes

El promedio de ingreso por mes fue de 733 pacientes. El mes de febrero se observó un mayor número de ingresos teniendo el 10% de los mismos, lo que podría corresponder a la epidemia de rota virus que se presentó en el país durante el 2,004, la cual se presentó principalmente en el grupo etareo de 1-4 años. Por lo anterior se puede deducir que el mayor número de ingresos podría haber sido captado por la Pediatría. También se observó que los meses donde menor número de ingresos hubieron, fueron agosto y diciembre teniendo el 7.3% de los mismos, lo cual podría deberse, principalmente en el mes de diciembre, por las fiestas de fin de año.

Relación producción por servicio, promedio días cama y giro cama

La Gineco-obstetricia es el servicio que tiene mayor cantidad de egresos hospitalarios durante el año 2,004, comparado con el resto de servicios y el que mayor demanda de paciente giro cama tuvo, aunque el promedio de días cama ocupado fue que el menos presentó comparando con los de más servicios del hospital (anexo 7). El promedio de días cama esta entre los días promedio calculados por la OPS/OMS con datos del Hospital General San Juan de Dios que es de 1 a 5 días, ya que la mayoría de la morbilidad que ingresa al servicio no requiere de tratamientos prolongados.

El servicio de Pediatría fue el que presentó la segunda mayor demanda de paciente giro cama y también el que manejo la segunda cantidad más alta de egresos hospitalarios, pero el promedio de días cama ocupado estuvo entre el promedio general que presentó el hospital (anexo 7). Esto podría deberse a que el tratamiento de algunas de las patologías que ingresan a este servicio requieren únicamente de dos a tres días de tratamiento y observación, para luego seguir el tratamiento de manera ambulatoria.

El servicio de Cirugía tuvo mayor producción y por ende mayor paciente giro cama, pero manejo menos promedio días cama ocupado que la Medicina Interna (anexo 7), lo que podría deberse a que la mayoría de pacientes post operados permanece únicamente de 24 a 72hrs. dependiendo del procedimiento realizado. Esto se debe a los diferentes protocolos que se manejan para cada una de las operaciones que se realizan, ya que el riesgo de contraer una infección nosocomial es mayor en los pacientes post operados.

El servicio de Medicina Interna fue el cuarto que más producción tuvo, pero fue el segundo que mas promedio días cama ocupado tuvo (anexo 7), lo que podría deberse a que el tratamiento de las patologías que maneja este servicio en su mayoría requieren un de tratamiento crónico, como lo indica la OPS/OMS con datos del Hospital General San Juan de Dios que es de 5 a9 días.

El servicio de Traumatología fue el segundo que menor producción presentó y por ende el segundo que menor paciente giro cama presentó, pero fue el que mayor promedio días cama ocupado presentó comparándolo con el resto de servicios del Hospital (anexo 7). Esto podría deberse, según el Sub. Director del Hospital que comentó al momento de la entrevista, a que el tratamiento que requieren estos pacientes, llega a durar hasta casi 20 días dependiendo del tipo y de la localización de la fractura.

El servicio de Cuidado Crítico fue el que menor producción presentó, el que menos día cama ocupado y fue el segundo que menos promedio días estancia tuvo, comparado con el restos de servicios del Hospital (anexo 7).

Relación ingresos y cama por servicios

La distribución del recurso cama y del recurso humano (médico y paramédico) es el acorde a la producción de cada servicio, exceptuando en el servicio de Traumatología (gráfica 3).

El servicio de Gineco-obstetricia a pesar de ser el que mayor porcentaje de producción tuvo, cuenta con menos personal paramédico por turno en el servicio (14 personas), que el servicio de Pediatría que es el que cuenta con mayor número de personal paramédico por turno en el servicio (20 personas). Aunque el servicio de Gineco-obstetricia es el que cuenta con el mayor número de personal médico (4 médico especialistas y 4 médico generales) asignados a dicho servicio junto con el servicio de Cirugía (7 médico especialista y 1 médico general), comparando con los demás servicios del Hospital. Este servicio es con cuenta con el mayor recurso cama que tiene el hospital, por lo que su distribución de personal y camas es acorde al volumen de pacientes que maneja este servicio (gráfica 3).

El servicio de Pediatría es el que cuenta con mayor número de personal médico (3 médicos especialistas y 4 médicos generales) y personal paramédico (2 enfermeras graduadas y 18 auxiliares de enfermería) asignados a dicho servicio, el cual es proporcional a la producción que tuvo durante el año, así como el recurso cama (gráfica 3). Cabe resaltar que en el servicio de Pediatría se encuentra incluida la unidad de neonatología, por lo que el personal médico y paramédico se distribuye entre dicha unidad y la unidad de medicina pediátrica.

El servicio de Cirugía es el servicio que mayor equidad presentó entre la producción, recurso cama y recurso humano comparándolo con el resto de servicios (gráfica 3).

El porcentaje del recurso cama y del recurso humano con que cuenta el servicio de Medicina Interna fue superior al porcentaje de la producción que tuvo el servicio (gráfica 3), pero según las autoridades del hospital, es adecuado debido al promedio de días cama ocupado que presentan los pacientes de este servicio y a que el tratamiento que ameritan estos pacientes es más complejo. El servicio de Medicina Interna cuenta con un solo médico especialista, el cual también es el responsable del servicio de Cuidado Crítico. También cuenta con cinco médicos generales y con trece enfermeras entre graduadas y auxiliares.

El servicio de Traumatología fue el segundo que menos porcentaje de producción tuvo durante el 2,004, el cual es bastante menor comparado con el porcentaje del recurso cama y recurso humano con el que dispone (gráfica 3). Aunque es el servicio al igual que la Medicina Interna, con el menor número de personal médico, ya que únicamente cuenta con un especialista y cinco médico generales.

El servicio de Cuidado Crítico cuenta con el que menor número de personal cuenta comparado con el resto de los servicios del hospital (gráfica 3), ya que únicamente tiene 13 trabajadores que son entre enfermeras graduadas y auxiliares de enfermería por turno. Aunque este recurso sea mayor que la producción del servicio, según las autoridades del hospital, indican que es el adecuado debido a que

en este servicio la atención debe ser más personalizado por la gravedad de los pacientes.

8.2.4 Morbilidad por servicio de encamamiento

Morbilidad servicio de Gineco-obstetricia

En el Hospital Nacional de Escuintla el primer diagnóstico de importancia fue parto eutósico, el cual ocupó la mayor parte de casos de dicho hospital (cuadro 8), en comparación con los hospitales del departamento de Guatemala donde este diagnóstico ocupó el segundo lugar de importancia (anexo 8), con un porcentaje inferior a la cuarta parte de la demanda de dicha especialidad. Siendo la diferencia entre ambos departamentos mayor del 67% (3 veces mayor).

En los hospitales del departamento de Guatemala el principal diagnóstico de morbilidad fue el parto distócico con el mayor porcentaje (anexo 8). En el hospital de Escuintla el segundo diagnóstico fue partos por cesárea (cuadro 8), y en comparación con los hospitales del departamento de Guatemala éste duplica el porcentaje de cesáreas realizadas. Al evaluar la relación parto/cesárea según OMS la cual debe de ser 20 a 1 (5%), esta es para el hospital de Escuintla es de 20 a 4.4 (22%), con lo cual el porcentaje de cesáreas es 17% más elevado de lo esperado, lo que eleva los costos esperados por el uso de antibióticos, banco de sangre y tiempo de hospitalización. También causa mayor recarga para el personal médico y paramédico implicado en dichos procedimientos, además de que se puede presentar el riesgo de diferentes complicaciones postoperatorias.

El aborto es una de las 5 principales causas de consulta y atención en ambos departamentos (anexo 8). Los abortos en el Hospital Nacional de Escuintla se encuentran con un valor de 14.3% en relación a todos los embarazos que se presentaron, lo cual es 0.7% por abajo del 15% de los abortos esperados según lo estimado por autores como Schwarcz lo cual indica que estos se presentan en proporciones fisiológicamente normales por factores tales como causas ovulares, maternas orgánicas, funcionales, inmunológicas, psicodinámicas, origen tóxico o carenciales y traumatismos físicos. Además esto puede indicar una baja incidencia de abortos provocados.

Al evaluar la amenaza de trabajo de parto, se encuentra que las proporciones en ambos departamentos son similares (anexo 8). Según los rangos establecidos por la Obstetricia de Shwarcz la cual es de 2 al 12% de todos los nacimientos según lo esperado, el Hospital Nacional de Escuintla se encuentra en dicho rango con un porcentaje de 3.5%, lo cual indica que las causas como la desnutrición, la infección, el embarazo múltiple, la ruptura prematura de membranas, la prematurez iatrogénica por inducción o cesárea anticipada, hipertensión, hidramnios, el esfuerzo físico y el stress psíquico, las alteraciones útero cervicales y algunos defectos congénitos no se están presentando en valores desproporcionados para la población femenina que consulta a dicho hospital departamental.

Morbilidad del servicio de Pediatría

De acuerdo a los principales diagnósticos reportados para el Hospital Nacional de Escuintla se presentaron las infecciones del tracto respiratorio como la neumonía y bronconeumonía en primer lugar (cuadro 9), lo que indica que este tipo de enfermedades siguen siendo una prioridad a nivel nacional. En el caso del porcentaje en el hospital fue dos veces mayor que lo reportado en los hospitales del departamento de Guatemala (anexo 9). Las neumonías en los niños presentan diferentes factores de origen y estos dependen de la edad en que se presentan la afección.

El síndrome diarreico agudo se presentó como la segunda causa en el Hospital Nacional de Escuintla (cuadro 9), y al compararse con la memoria de los hospitales del departamento de Guatemala 2,003 (anexo 9), esta se presentó como la cuarta causa de morbilidad. En este caso la diferencia entre los porcentajes de ambos departamentos es bastante significativa ya que esta fue tres veces mayor que la de los hospitales del departamento de Guatemala, lo que podría deberse principalmente a factores relacionados con la mala higiene personal y mala preparación de alimentos, y factores ambientales como la contaminación de los ríos que sirven como afluente de agua para la población de varios municipios.

El síndrome de dificultad respiratoria neonatal parece como la tercer causa de morbilidad que se recabó en el Hospital Nacional de Escuintla (cuadro 9), es importante señalar que en los hospitales del departamento de Guatemala esta no aparece entre las primeras cinco causas (anexo 9). Esta patología está altamente relacionada con la prematuridad, lo que se podría asociar a la alta incidencia que presenta la amenaza de trabajo de parto pretérmino dentro del servicio de Gineco-obstetricia dentro del hospital.

El choque séptico ocupa en el Hospital Nacional de Escuintla el quinto lugar de morbilidad (cuadro 9), esto llama la atención ya que al hacer comparación con los hospitales del departamento de Guatemala esta no forma parte de los 5 principales diagnósticos de morbilidad (anexo 9), esto podría verse asociado a causas infecciosas mal tratadas.

Morbilidad servicio Cirugía

En el Hospital Nacional de Escuintla, la especialidad de Cirugía presenta como principal morbilidad las causas de morbilidad desconocidas (cuadro 10).

Dentro de la morbilidad con diagnóstico especificado encontramos que la primera causa en el Hospital Nacional de Escuintla fue apendicitis (cuadro 10), que al igual que en los hospitales del departamento de Guatemala ocupa para dicha especialidad la causa más importante de tratamiento quirúrgico (anexo 10). En el caso de apendicitis esta tuvo un impacto porcentual similar a nivel de ambos departamentos.

Se puede observar también que entre las principales patologías quirúrgicas que atiende el servicio de Cirugía se encuentran las hernias inguinales (segundo lugar). Esta presenta una mayor tendencia en el Hospital Nacional de Escuintla que los hospitales del departamento de Guatemala (anexo 10). La alta frecuencia de estas es por el tipo de labores que un alto porcentaje de la población desarrolla a nivel del área rural en donde generalmente los trabajos son pesados e implican esfuerzos físicos exagerados.

En el Hospital Nacional de Escuintla las lesiones traumáticas principalmente por trauma craneoencefálico se presentan como una de las 5 principales causas con una frecuencia bastante elevada y esta es incluso mayor a la presentada en los hospitales del departamento de Guatemala (anexo 10). Esto podría darse al alto índice de accidentes automovilísticos que suceden en las carreteras del departamento, ya que, en las mismas hay un alto porcentaje de transporte pesado.

Es alarmante el alto porcentaje en que se presentaron las heridas por arma de fuego en el Hospital Nacional de Escuintla (cuadro 10), ya que hay estudios internacionales donde se reportan más de 30,000 ingresos anuales a la emergencia de Cirugía por heridas de arma de fuego, sean estas accidentales o como de asaltos. Un número casi 10 veces mayor se lesiona y requiere atención hospitalaria y quirúrgica. El abuso de sustancias tóxicas en particular alcohol también contribuye bastante a la frecuencia de estas lesiones.

Morbilidad servicio de Medicina Interna

Al analizar las 5 primeras causas de morbilidad presentes en el servicio de Medicina Interna en ambos departamentos, la proporción entre patologías crónicas degenerativas e infectocontagiosas es similar.

Es interesante el comportamiento de enfermedades infectocontagiosas como la neumonía y la bronconeumonía, la cual fue la segunda causa más frecuente en el Hospital Nacional de Escuintla (cuadro 11), comparado con los hospitales del departamento de Guatemala en donde esta no es una causa principal de morbilidad (anexo 11). Entre los factores que podría influenciar en la alta morbilidad son: las infecciones respiratorias virales, alcoholismo, el ingreso a hospitales, el tabaquismo, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad obstructiva crónica, los grupos de edad extrema (ancianos), los estados de debilidad, las enfermedades y los tratamientos inmunosupresores.

Aunque en los hospitales del departamento de Guatemala la diabetes mellitus se manifiesta como la causa principal de este grupo (anexo 11), en el Hospital Nacional de Escuintla esta ocupa el tercer lugar (cuadro 11). Esto podría deberse a cambios al estilo de vida y dieta que se presentan en la población lo que caracteriza a las ciudades con mayor urbanización. La organización mundial de la salud (WHO) ha realizado proyecciones en las cuales la prevalencia de diabetes será el doble en los siguientes 22 años. Actualmente se estima que 150 millones de personas sufren de este padecimiento y que para el año 2,025 se estima que 300 millones de personas la padecerán.⁷

⁷ The Handbook of diabetes mellitus and cardiovascular disease

Llama la atención la presencia de virus de inmunodeficiencia humana dentro de las primeras causas de morbilidad del Hospital Nacional de Escuintla (cuadro 11), ya que este comienza a presentar un comportamiento similar en esta enfermedad de tipo endémico al que se da en los hospitales del departamento de Guatemala (anexo 11), y es alarmante como esta enfermedad se va expandiendo, ya que actualmente se posiciona en varios departamentos del país como una de las primeras 5 causas de morbilidad y notificación obligatoria, además de que esta cubre cada vez más un alto porcentaje de la población que consulta.

Morbilidad servicio de Traumatología

Como se puede observar la mayor parte de las fracturas que se ingresan al servicio de Traumatología en el Hospital Nacional de Escuintla no especifican la región de la fractura (cuadro 12). Otro gran porcentaje lo representan las causas no especificadas, lo que altera la comparación con los hospitales del departamento de Guatemala (anexo12), lo cual no permite realizar un análisis.

Morbilidad servicio de Cuidado Crítico

Es evidente que más del 50% de los diagnósticos reportados en el servicio de Cuidado Crítico se consideran prevenibles y en esta clasificación llama la atención la alta incidencia de casos de diarrea como diagnóstico principal que fueron atendidos en dicho servicio, ya que esta es una patología que comúnmente es tratada en servicios que requieren menor complejidad de cuidado (anexo 13).

El diagnóstico de trauma craneoencefálico fue una de las principales causas de ingreso en el servicio de Cirugía (cuadro 10) y a la vez se presentó como uno de los principales diagnósticos de ingreso en el servicio de Cuidado Crítico (gráfica 7), lo cual evidencia la complejidad del tratamiento de este tipo de patología, y la severidad en las complicaciones que puede presentar, el cual se acompaña casi siempre de otra de las principales causas de ingreso en el Cuidado Crítico que fue es el politraumatismo, ya que esta es una lesión severa que casi siempre provoca daños a más de un sistema del organismo.

Como se puede observar la mayor parte de las fracturas que se ingresan al servicio de Cuidado Crítico no especifican la región de la fractura, lo cual no permite realizar un análisis.

Es interesante el comportamiento de enfermedades infectocontagiosas como la neumonía y la bronconeumonía, la cual fue la cuarta causa más frecuente en este servicio (gráfica 7). La mayoría de los casos que se presentaron podrían verse asociado a factores que complican el desarrollo de la patología ameritando un tratamiento que requiera monitorización y en algunos casos soporte ventilatorio, como lo serían: ingreso a hospitales, la insuficiencia cardiaca congestiva, la enfermedad obstructiva crónica, los grupos de edad extrema (ancianos), las enfermedades y los tratamientos inmunosupresores.

8.2.5 Mortalidad

La tasa de mortalidad general en el año 2,004 presentada en el Hospital Nacional de Escuintla es de 0.8/1,000 habitantes, según los datos que se recabaron en el estudio.

En el Hospital Nacional de Escuintla el servicio que presentó mayor mortalidad fue la Medicina Interna tanto en la memoria del 2,003 y los datos recopilados del 2,004 en el estudio, pero al hacer la comparación se observó una disminución del 25% de las causas reportadas (anexo 14).

El servicio de Cuidado Crítico fue el segundo que presentó la mortalidad más elevada durante el año 2,004 en los datos recabados en el estudio, comparado con la memoria del 2,003 que no reportó ningún dato; con predominio de enfermedades infecciosas y de tipo crónico (anexo 14).

El servicio de la Pediatría fue el tercero que presentó mayor mortalidad durante el año 2,004 en los datos recabados en el estudio, al hacer la comparación con la memoria del 2,003, se observó un incremento del 4% de las causas reportadas (anexo 14).

También se observó que en el servicio de Traumatología hubo una disminución del 10% en la mortalidad del 2,004 reportada en el estudio comparado con lo que se reportó en la memoria del 2,003 (anexo 14).

No se recabó en el estudio ningún caso de mortalidad durante el año 2,004, en los servicios de Gineco-obstetricia y Cirugía (anexo 14).

Los servicios de Pediatría y Medicina Interna presentaron como principal diagnóstico de mortalidad la neumonía y bronconeumonía, esto tiene relación con la proyección que presentan las infecciones agudas, ya que estas son responsables de más de 4 millones de muertes a nivel mundial, siendo las neumonías responsables del 70% de las mismas.

En el servicio de Cuidado Crítico la causa que predominó fue la hemorragia gastrointestinal no especificando el origen de la misma, por lo que no se puede realizar un análisis detallado de la misma.

La causa de muerte neonatal se debió únicamente al síndrome de dificultad respiratoria, lo cual pudo estar vinculado a que estos pacientes hayan desarrollado hemorragia intraventricular⁸, lo que conllevó a la muerte del paciente.

8.2.6. Procedimientos:

Según los datos que se recabaron en el estudio, los procedimientos que mayor porcentaje presentaron son los que se realizaron en el servicio de Gineco-obstetricia como los son principalmente las cesáreas y los legrados intrauterino (cuadro 15).

⁸ Nelson, Tratado de Pediatría, Edición 16.

8.2.7. Complicaciones:

Nota: La hoja de ingreso/egreso del hospital nacional de Escuintla, no cuenta con un área determinada para el registro de estas, por lo que no es posible hacer un análisis de este apartado.

8.2.8. Condiciones de Egreso:

En la condición de egreso en la gran mayoría de los expedientes revisados solo se especifica si egreso vivo o muerto, sin especificar la condición de la misma.

9 CONCLUSIONES

1. El Hospital Nacional de Escuintla cuenta con un equipo multidisciplinario para desarrollar los programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Además cuenta con la infraestructura que debe tener un hospital de área brindando servicios ambulatorios, de urgencia y

encamamiento; teniendo como inconveniente la falta de un incinerador que permita dar un manejo adecuado a los desechos hospitalarios. Cuenta con recurso humano capacitado a nivel profesional, técnico y operativo el cual no es suficiente para brindar una atención adecuada a la población. El hospital sobrepasa la cobertura asignada, extendiendo la prestación de servicios a pobladores de municipios y comunidades pertenecientes a otros departamentos. Dentro de la morbilidad general existe predominio de las causas Gineco-obstétricas, seguidas de las causas infecciosas, debiéndose a que la mayor parte de pacientes que consultan a este hospital son mujeres y niños. En el año 2,004 no se presentó mortalidad materna y el resto de tasas están muy por debajo de las presentadas a nivel nacional.

2. El hospital cuenta con un total de 288 trabajadores. Esto se distribuyen de la siguiente manera: 179 corresponden al área de prestación de servicios en salud, 92 pertenecen al área de sistemas de apoyo y 17 al sistema administrativo y financiero. El hospital Nacional de Escuintla cuenta con áreas de encamamiento para los servicios de Gineco-obstetricia (44 camas), Pediatría (36 camas), Cirugía (28 camas), Medicina Interna (30 camas), Traumatología (32 camas) y Cuidado Crítico (4 camas); también cuenta con un área para consulta externa, sala de operaciones y emergencia. Existen servicios de apoyo como laboratorio, diagnóstico por imagen, banco de sangre, archivo, cocina, lavandería, admisión y biblioteca. La cobertura asignada del Hospital Nacional de Escuintla es de 594,578 personas y el área geográfica que abarca es de 4,384 Km². El 1.3% de la población total del departamento de Escuintla es la que acudió al Hospital Nacional de Escuintla. Siendo la distribución del lugar de procedencia de los pacientes ingresados en el hospital durante el año 2,004 se distribuyó de la siguiente forma: el departamento de Escuintla 7,833 pacientes, el departamento de Santa Rosa 622 pacientes, el departamento de Jutiapa 146 pacientes y el resto de departamentos 160 pacientes. La distribución por municipio del departamento de Escuintla fue para: Escuintla 4,986 pacientes, Santa Lucía Cotzumalguapa 782 pacientes, Puerto de San José 641, Masagua 429 pacientes y La Gomera 365 pacientes, y el resto de municipios sumaron un total de 630 pacientes.
3. Dentro de la morbilidad general existe predominio de las causas Gineco-obstétricas, seguidas de las causas infecciosas debiéndose a que la mayor parte de pacientes que consultan a este hospital son mujeres y niños. Vale la pena destacar que existe un mal llenado de las hojas de ingreso/egreso ya que un gran número de estas no contaba con diagnósticos o estos eran ilegibles. En el año 2,004 no se presentó mortalidad materna y el resto de tasas están muy por debajo de las presentadas a nivel nacional, la principal causa de mortalidad fue de tipo infectocontagiosa como lo es la neumonía y bronconeumonía, la segunda causa de mortalidad fue la hemorragia gastrointestinal, la tercer causa y principal en cuanto a la tasa neonatal fue el síndrome distres respiratorio, la cuarta y quinta causa de mortalidad fueron las convulsiones y los paro cardiaco respectivamente. En cuanto a las características demográficas que presentaron los pacientes egresados durante el 2,004 el sexo predominante fue el femenino. La edad predominante es la

comprendida entre 25 a 59 años. En relación al estado civil, la unión fue la que presentó mayor frecuencia entre los pacientes.

4. Con la creación de la base de datos se proporcionará información veraz, actualizada y oportuna la cual podrá ser consultada por los directores de cada centro hospitalario así como por personas interesadas para aplicar los resultados en investigaciones futuras.

10 RECOMENDACIONES

12. Adecuar según la población del departamento el número de médicos y paramédicos, para evitar la sobrecarga de trabajo.
13. Mejorar el llenado de las hojas de ingreso/egreso por parte del personal médico y paramédico para evitar pérdida de información valiosa. Dar seguimiento y mejorar los programas de control prenatal para evitar problemas perinatales y planificación familiar para espaciar los embarazos de mujeres en edad fértil; investigar el por qué la relación parto/cesárea se encuentra elevada; crear campañas de prevención para enfermedades como diabetes mellitus y virus de inmunodeficiencia humana; hacer campañas de concientización en la población para el desarme a nivel del departamento y campañas sobre la prevención de accidentes automovilísticos.
14. Hacer redistribución de las camas en base a los índices de producción presentados por los servicios durante el año.
15. Generalizar el uso de la base de datos entre los directores de los hospitales públicos del país para que de esta manera cuenten con información veraz y oportuna que les facilite la toma de decisiones.

12 ANEXOS

Anexo 1

Consolidado de No. Expedientes

| No. | No. HxCx | Nombre | Observaciones | | | | No. | No. HxCx | Nombre | Observaciones | | | |
|--------------|----------|--------|---------------|---|---|---|--------------|----------|--------|---------------|---|---|---|
| | | | A | B | C | D | | | | A | B | C | D |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | TOTAL | | | | | | |

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

de destino, condición de egreso (vivo o muerto), diagnóstico de egreso. **(Recordar lo especificado en hoja de procedimientos).** D. Caso incluido dentro del estudio e ingresado a la base de datos.

Anexo 2

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

| No. | INDICA-DOR | OPCIONES | CÓD. |
|-----------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------------|
| I. DATOS GENERALES | | | |
| 101 | Expediente | No. _____ | |
| 102 | Sexo | Masculino Femenino | 1 2 |
| 103 | Edad | Días _____ meses _____ años _____ No hay dato | 99 |
| 104 | Fecha de nacimiento | Día _____ Mes _____ Año _____ No hay dato | 99 |
| 105 | Estado civil | Soltero Casado Unido Divorciado Viudo No aplica No hay dato | 1 2 3 4 5 98 99 |
| 106 | Ocupación | No hay dato | 99 |
| 107 | Etnia | Ladino Maya Garifuna Xinca No hay dato | 1 2 3 4 99 |
| 108 | Lugar de residencia | Depto. _____ Municipio _____ | |
| II. DATOS DE INGRESO | | | |
| 201 | Fecha | Día _____ Mes _____ Año _____ No hay dato | 99 |
| 202 | Servicio de destino | Medicina Interna Cirugía Pediatria Gineco-obstetricia Ortopedia-Traumatología Intensivo SOP No hay dato | 1 2 3 4 5 6 7 99 |
| 203 | Primeras 3 impresiones clínicas | 1. _____ 2. _____ 3. _____ Ilegible No hay dato | R69X R69X |

| III. DATOS DE EGRESO | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--|--|
| 301 | Fecha | Día Mes Año No hay dato | 99 |
| 302 | Servicio de donde egresa | Medicina Interna Cirugía Pediatria Gineco-obstetricia Ortopedia-Traumatologia Intensivo SOP No aplica=No hay datos | 1 2 3 4 5 6 7 99 |
| 303 | Primeros 5 diagnósticos | 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ Ilegible o ausencia de dato Vivo Muerto | R69X R99X |
| 304 | Procedi-mientos | 1. _____ 2. _____ 3. _____ Ilegible No hay dato | 77 99 |
| 305 | Complica-ciones | 1. _____ 2. _____ 3. _____ Ilegible No hay dato | 77 99 |
| 306 | Condiciones | Vivo Curado Mejorado No curado Mismo estado Muerto Con autopsia Sin autopsia No hay dato | 1 2 3 4 5 6 7 8 99 |
| 307 | Tipo | Alta voluntaria (contraindicado, fugado) Indicación médica Referido a otro servicio de salud Referido a Consulta Externa No hay dato | 1 2 3 4 99 |

Anexo 3

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

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

A. RECURSOS

1. Humanos

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

2. Físicos

| | | | |
|-----|-----------------------------|----------|----------|
| 201 | Unidad de Cuidados Críticos | sí _____ | no _____ |
| 202 | Neonatología | sí _____ | no _____ |
| 203 | Laboratorio | sí _____ | no _____ |
| 204 | Diagnóstico por imágenes | sí _____ | no _____ |
| 205 | Banco de Sangre | sí _____ | no _____ |
| 206 | Farmacia | sí _____ | no _____ |
| 207 | Archivos | sí _____ | no _____ |
| 208 | Patronatos | sí _____ | no _____ |
| 209 | Sala de Partos | sí _____ | no _____ |
| 210 | Sala de Operaciones | sí _____ | no _____ |
| 211 | Esterilización | sí _____ | no _____ |
| 212 | Cocina | sí _____ | no _____ |
| 213 | Lavandería | sí _____ | no _____ |
| 214 | Administración | sí _____ | no _____ |
| 215 | Biblioteca | sí _____ | no _____ |
| 216 | Emergencia | | |

216.1 General _____
 216.2 Pediatría _____
 216.3 Gineco-obstetricia _____
 216.4 Medicina Interna _____
 216.5 Cirugía _____

217 Encamamiento

217.1 General _____
 217.2 Pediatría _____
 217.3 Gineco-obstetricia _____
 217.4 Medicina Interna _____
 217.5 Cirugía _____

3. Control de Residuos:

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

4. Disponibilidad de Agua

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

5. Disponibilidad de Energía Eléctrica

501. Red pública _____
 502. Planta Propia _____

B. PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

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 _____

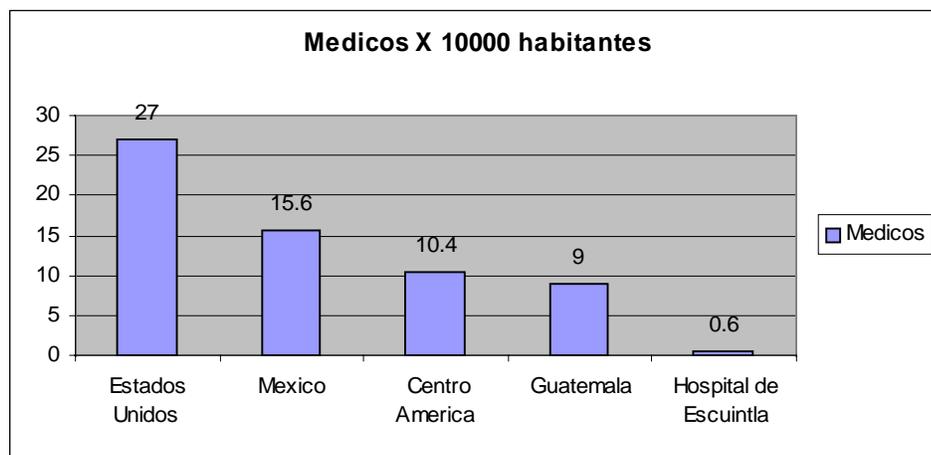
104.5 Cuidado crítico _____

2. Encamamiento

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

Anexo 4

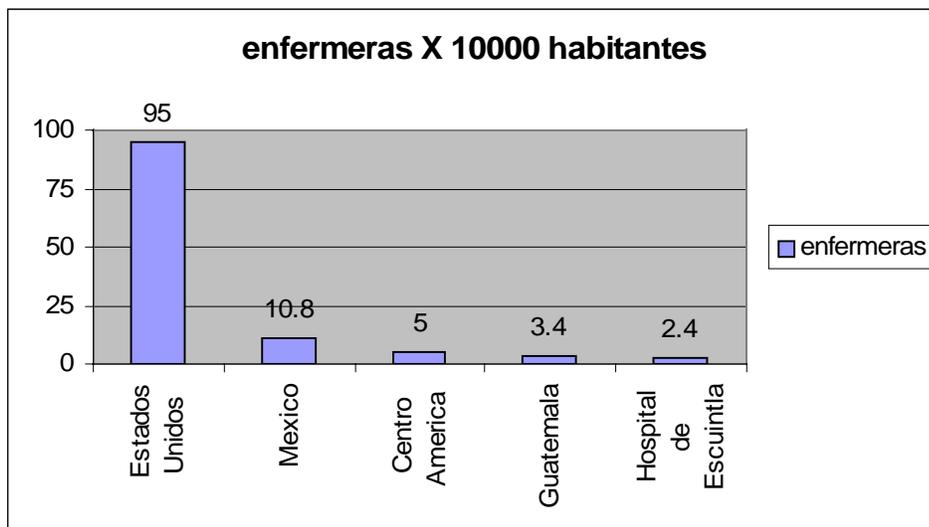
GRÁFICA 4
DISTRIBUCIÓN DE MEDICOS HOSPITALARIOS
POR CADA 10,000 HABITANTES PAÍSES AMERICANOS DURANTE
EL 2,004



FUENTE: Reportes de inequidades de recursos en salud (regiones de América Latina y El Caribe) OPS.

Anexo 5

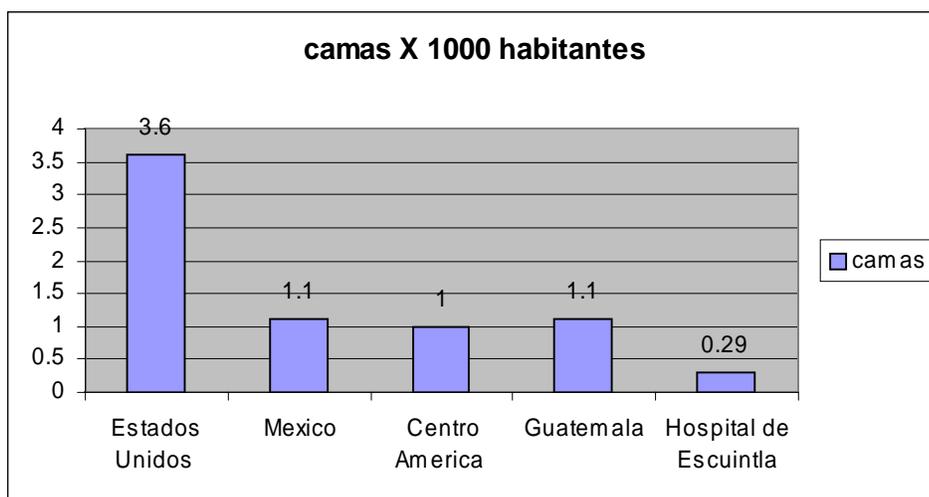
GRÁFICA 5
DISTRIBUCIÓN DE ENFERMERAS HOSPITALARIAS
POR CADA 10,000 HABITANTES DURANTE EL 2,004



FUENTE: Reportes de inequidades de recursos en salud (regiones de América Latina y El Caribe) OPS.

Anexo 6

**GRAFICA 6
DISTRIBUCIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS
POR CADA 10,000 HABITANTES DURANTE EL 2,004**



FUENTE: Reportes de inequidades de recursos en salud (regiones de América Latina y El Caribe) OPS.

Anexo 7

**CUADRO 16
ÍNDICES DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA AÑO 2,004**

| Índice Servicio | Total de egresos | Días cama ocupado | Promedio días cama |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Gineco-obstetricia | 6,018 | 8,822 | 1.5 |
| Pediatría | 2,529 | 9,805 | 3.9 |
| Cirugía | 2,901 | 6,755 | 3.2 |
| Medicina Interna | 1,517 | 7,658 | 5.0 |
| Traumatología | 637 | 6,790 | 10.7 |
| Cuidado Crítico | 416 | 993 | 2.4 |

FUENTE: Departamento de Bio-estadística y entrevista realizada al director del Hospital de Escuintla.

Anexo 8

CUADRO 17 CINCO CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DE LOS HOSPITALES DEL DEPARTAMENTO DE GUATEMALA AÑO 2,003 COMOPARADO CON EL HOSPITAL DE ESCUINTLA AÑO 2,004

| Hospitales del departamento de Guatemala | | Hospital de Escuintla | |
|---|-------|--|-------|
| Parto distócico | 33.0% | Parto | 58.9% |
| Parto eutósico simple | 19.2% | Cesáreas | 13.1% |
| Aborto incompleto | 13.7% | Aborto | 11.8% |
| Parto distócico con cesárea | 6.6% | Causa no especificada o mal definida | 6.4% |
| Amenaza de parto pretermino | 2.4% | Amenaza de trabajo de parto | 2.6% |
| Resto de causas | 25.1% | Resto de causas | 7.1% |

Fuente: Departamento de Guatemala Memoria del 2,003 y Expedientes con egreso en el año 2,004 Hospital de Escuintla.

Anexo 9

CUADRO 18

**CINCO CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL
SERVICIO DE PEDIATRIA DE LOS HOSPITALES
DEL DEPARTAMENTO DE GUATEMALA EN EL AÑO 2,003
COMPARADO CON EL HOSPITAL DE ESCUINTLA DURANTE EL AÑO 2,004**

| Hospitales del departamento de Guatemala | | Hospital de Escuintla | |
|---|------|--|-------|
| Neumonías | 9.1% | Bronconeumonías y neumonías | 17.2% |
| Resfriado común | 6.8% | Diarrea | 17.0% |
| Hiperreactividad bronquial | 6.7% | Síndrome de dificultad respiratoria neonatal | 10.0% |
| Síndrome diarreico agudo | 5.0% | Causas de morbilidad no especifica | 8.6% |
| Infección respiratoria | 3.2% | Choque séptico | 8.4% |

Fuente: Departamento de Guatemala Memoria del 2,003 y Expedientes con egreso en el año 2,004 Hospital de Escuintla.

Anexo 10

CUADRO 19
CINCO CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DE LOS
HOSPITALES DEL DEPARTAMENTO DE GUATEMALA EN EL AÑO 2,003
COMPARADO CON EL HOSPITAL DE ESCUINTLA DURANTE EL AÑO
2,004

| Hospitales del departamento Guatemala | | Hospital de Escuintla | |
|--|-------|---|-------|
| Apendicitis aguda | 18.0% | Causas de morbilidad desconocida o no especificadas | 19.3% |
| Hernia inguinal | 9.8% | Apendicitis aguda | 16.9% |
| Colecistitis crónica calculosa | 9.3% | Hernia Inguinal | 14.6% |
| Traumatismo craneoencefálico | 6.1% | Trauma craneoencefalico | 11.0% |
| traumatismo | 3.8% | Heridas por arma de fuego | 4.4% |

Fuente: Departamento de Guatemala Memoria del 2,003 y Expedientes con egreso en el año 2,004 Hospital de Escuintla.

Anexo 11

CUADRO 20
CINCO CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA DE LOS HOSPITALES DEL DEPARTAMENTO DE GUATEMALA
EN EL AÑO 2,003 COMPARADO CON EL HOSPITAL DE ESCUINTLA
DURANTE EL AÑO 2,004

| Hospitales del departamento de Guatemala | | Hospital de Escuintla | |
|---|------|--|-------|
| Diabetes Mellitus | 9.4% | Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas | 14.4% |
| Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) | 6.0% | Neumonía y bronconeumonía | 13.1% |
| pancreatitis | 5.3% | Diabetes mellitus | 6.2% |
| Hemorragia gastrointestinal | 4.7% | Convulsiones | 6.0% |
| Tuberculosis pulmonar | 4.3% | Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) | 4.1% |

Fuente: Departamento de Guatemala Memoria del 2,003 y Expedientes con egreso en el año 2,004 Hospital de Escuintla.

Anexo 12

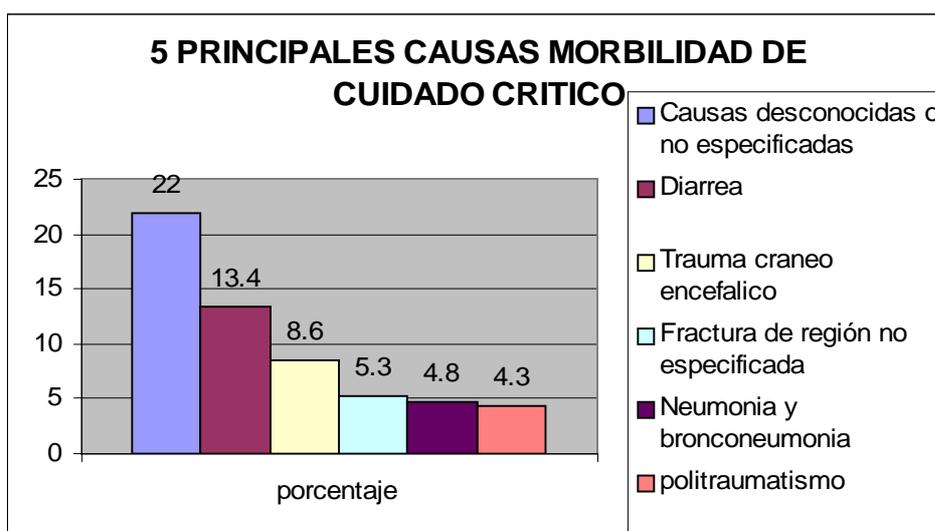
CUADRO 21
CINCO CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE
TRAUMATOLOGIA DE LOS HOSPITALES DEL DEPARTAMENTO DE
GUATEMALA EN EL AÑO 2,003 COMPARADO CON EL HOSPITAL DE
ESCUINTLA DURANTE EL AÑO 2,004

| Hospitales del departamento Guatemala | | Hospital de Escuintla | |
|---------------------------------------|-------|--|-------|
| Fracturas de miembro inferior | 38.7% | Fractura | 47.6% |
| Fractura de miembro superior | 18.0% | Causas de morbilidad desconocida y no especificada | 20.6% |
| Resto de causas | 43.2% | Fractura de columna lumbar y pelvis | 3.2% |
| | | Trauma de cráneo | 2.3% |
| | | Fractura de clavícula | 2.1% |

Fuente: Departamento de Guatemala Memoria del 2,003 y Expedientes con egreso en el año 2,004 Hospital de Escuintla.

Anexo 13

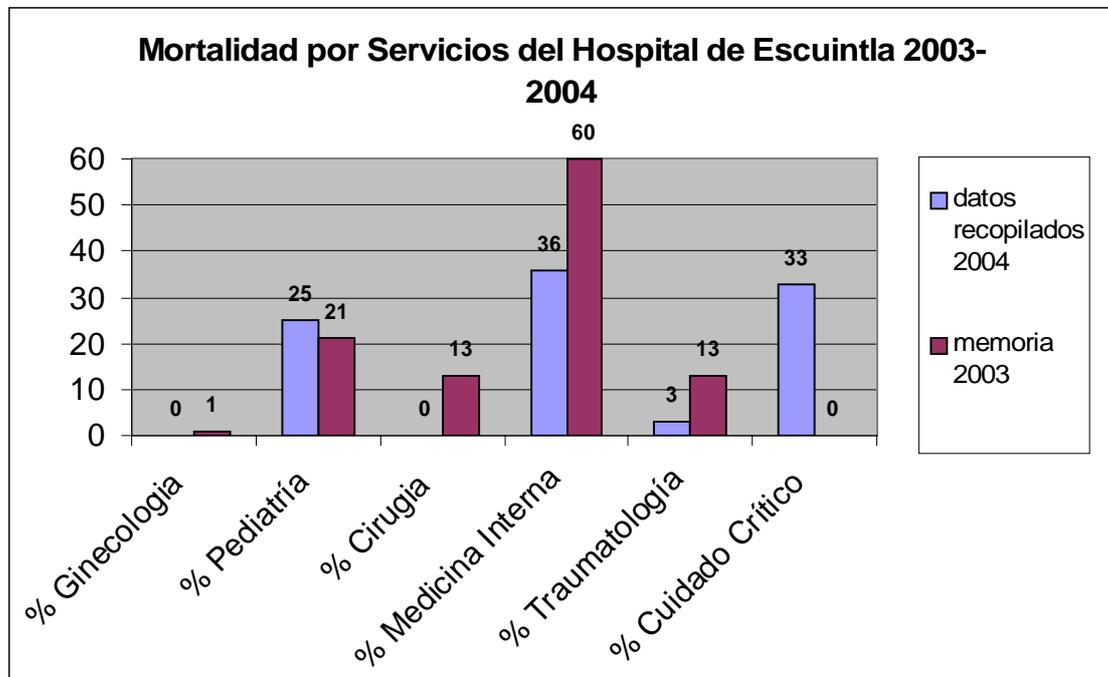
GRÁFICA 7
CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE CUIDADO CRÍTICO
DURANTE EL 2,004



FUENTE: Expedientes con egreso del año 2,004 del hospital Nacional de Escuintla incluidos en el estudio.

Anexo 14

GRÁFICA 8 MORTALIDAD POR SERVICIOS MEMORIA 2,003 - DATOS RECOPIADOS 2,004



FUENTE: Expedientes con egreso del año 2,004 del hospital Nacional de Escuintla incluidos en el estudio.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acuña, María Cecilia: Exclusión protección social y derecho a la salud, (en línea) disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/exclus: derecho: qrt-1aca.pdf>. 1 de Marzo de 2,005.
2. Batista Moliner, Ricardo; et al. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD: ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLOGICAS Y PRACTICAS. (CD-ROM). La Biblioteca Virtual "La Practica Social de la Salud Pública". Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Fase III. Guatemala, 2,004.
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 2,000. Vol 16 (4). Pp 350-5.
4. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS): Análisis de Situación Integral de Salud 2,004 (en línea) disponible en: http://www.cendeciss.sa.cr/cursos/guia_nuevo.pdf. 1 de marzo de 2,005.
5. Costa Rica. Ministerio de Salud: Análisis Sectorial de Salud Costa Rica 2,002 (en línea) disponible en: <http://www.laschsr.org/documents/analisissectorialdesaluddecostaricaparteIII ES.pdf>. 1 de Marzo de 2,005
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sala situacional.- Documento Base para su implementación y desarrollo. Guatemala: 2,001. 111 p. (Programa de Desarrollo Epidemiológico).
7. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica Guatemala 2,003 (en línea) disponible en: <http://www.Mspas.gob.gt/cms2/docs/epi/memoria%20vigienpi%202.003.pdf> 2 de Marzo de 2,005
8. Neuhauser, Duncan. Funcionamiento de las Organizaciones para la Administración de la Salud. En: Análisis de las Organizaciones de Salud. Madrid: OPS, 1987 (Pp 7-19).
9. Organización Panamericana de la Salud: Indicadores de Salud: Elementos básicos para el análisis de Situación de Salud (en línea) disponible en: <http://www.paho.org/spanish/sha/be v22n4-indicadores.htm> 2 de Marzo de 2,005.

10. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Organización y Procedimientos hospitalarios. Sao Paulo: OPS, 1990. 636 p.
11. Paganini, J. M. Y R. Capote. Los Sistemas locales de Salud. Washington, D.C.: OPS, 1990. 742 p.
12. Paganini, J. M. Y H. de Moraes. El Hospital Público, Tendencias y Perspectivas. Washington, D. C.: OPS, 1994. 320 p.
13. Paganini, J. M. Y H. de Moraes Noves. Estándares e Indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS, 1994. 109 p.
14. Terrón, Lucía. Sala Situacional. (CD-ROM). La Biblioteca Virtual "La Practica Social de la Salud Publica". Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Medicas, Fase III. Guatemala, 2004.
15. Varona, José Felipe. Infecciones intrahospitalaria España 2002 (en línea) disponible en:
<http://www.msd.es/opencms/publicaciones/manuales/capitulo37>.
2 de Marzo de 2005.

