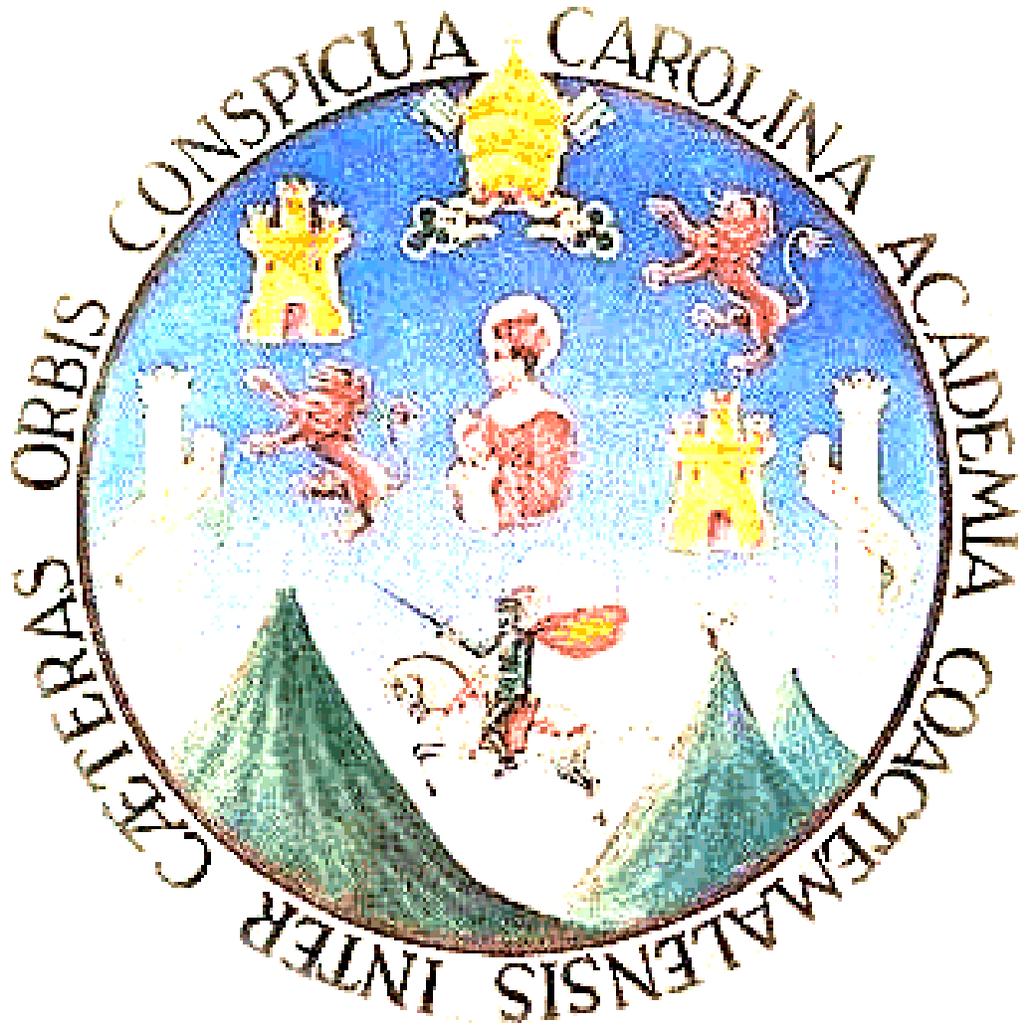


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“ANÁLISIS DE LA SITUACION HOSPITALARIA”
HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO
2004**



**JUAN CARLOS PONCE JARQUIN
ADOLFO FIGUEROA
ROBERTO ALEJANDRO VELA MOLLINEDO**

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, AGOSTO 2005

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**“ANALISIS DE LA SITUACION HOSPITALARIA”
HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO
2004**

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

Por

Juan Carlos Ponce Jarquín
Adolfo Figueroa
Roberto Alejandro Vela Mollinedo

Previo a obtener el titulo de

Médico y Cirujano

Guatemala, Agosto de 2004

**El autor es el único responsable de los
conceptos y opiniones expresados en el
contenido del trabajo de tesis.**

**Su aprobación de ninguna manera
implica responsabilidad para la
Universidad de San Carlos de
Guatemala.**

CONTENIDO

	Página
1. RESUMEN	1
2. ANALISIS DEL PROBLEMA	3
2.1 Antecedentes del problema	3
2.2 Definición del problema	4
2.3 Delimitación del problema	5
2.4 Planteamiento del problema	6
3. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	7
3.1 Magnitud	7
3.2 Trascendencia	7
3.3 Vulnerabilidad	7
4. REVISION TEORICA	9
4.1 Monografía del Departamento de Mazatenango	9
4.1.1 Monografía	10
4.1.2 Clima	10
4.1.3 Economía	10
4.1.4 Idioma	10
4.1.5 Información General del Hospital	11
4.2 Sala Situacional	12
4.2.1 Concepto	12
4.2.2 Objetivos	12
4.2.2.1 Objetivo General	12
4.2.2.2 Objetivo Especifico	12
4.2.3 Propósito	12
4.2.4 Metodología	13
4.2.5 Productos de la sala situacional	14
4.3 Administración Hospitalaria	14
4.3.1 Definición	14
4.3.2 Funciones	14
4.3.3 Derechos y Responsabilidades de los Pacientes	15
4.3.4 Planificación y Programación de los servicios	16
4.3.5 Estándares Mínimos obligatorios	16
4.3.5.1 Areas técnicas y de apoyo	22
4.3.5.2 Estructura física y funcional	28
4.3.5.3 Instalaciones	28
4.3.6 Estándares no obligatorios	29
4.4 Situación de los hospitales públicos en América Latina	32
4.5 Hospitales en Guatemala	33
4.6 Morbilidad y Mortalidad intrahospitalaria	33
4.6.1 Infecciones adquiridas intrahospitalariamente	33
4.7 Análisis situacional	34
4.7.1 Análisis de contexto para la planificación estratégica	35
4.7.2 Análisis de contexto	35

4.7.3	Los Problemas de salud como punto de partida	35
4.7.4	Construcción de los problemas de salud colectiva	36
4.8	La situación de salud en la región de las Américas	37
4.8.1	Contexto demográfico	37
5.	HIPOTESIS Y OBJETIVOS	39
5.1	Hipótesis	39
5.2	Objetivos	39
5.2.1	General	39
5.2.2	Específicos	39
6.	DISEÑO DEL ESTUDIO	41
6.1	Tipo de Estudio	41
6.2	Unidad de Análisis	41
6.3	Población	41
6.4	Definición y Operacionalización de variables	41
6.5	Descripción de Técnicas y procedimientos	47
6.6	Aspectos éticos	47
6.7	Alcances y límites	47
6.8	Plan de Análisis	47
7.	PRESENTACION DE RESULTADOS	49
7.1	Descripción general del hospital	49
7.1.1	Ubicación	49
7.1.2	Cobertura	49
7.1.3	Tipo de Hospital	49
7.2	Recursos	49
7.2.1	Recursos humanos	49
7.2.1.1	Organización funcional	50
7.2.2	Recursos físicos	51
7.2.2.1	Infraestructura	51
7.2.2.2	Control de residuos	51
7.2.2.3	Disponibilidad de agua	51
7.2.2.4	Disponibilidad de energía eléctrica	51
7.3	Producción de servicios	52
7.3.1	Distribución de la producción de servicios	53
7.3.2	Clasificación de Expedientes	53
7.3.3	Características demográficas	55
7.3.3.1	Sexo	55
7.3.3.2	Edad	55
7.3.3.3	Estado Civil	55
7.3.3.4	Ocupación	55
7.3.3.5	Etnia	55
7.3.3.6	Lugar de residencia por municipio	56
7.3.4	Gestión	57
7.3.4.1	Días cama ocupada	58
7.3.4.2	Días cama disponible	59
7.3.4.3	Promedio de días estancia	59
7.3.4.4	Giro de camas	59
7.3.5	Morbilidad	59
7.3.5.1	Morbilidad por departamentos	61
7.3.6	Mortalidad	66

7.3.6.1 Mortalidad general	66
7.3.7 Procedimientos	71
7.3.8 Complicaciones	72
7.3.9 Condición y tipo de egreso	72
8. ANALISIS, DISCUSION E INTERPRETACION DE RESULTADOS	75
9. CONCLUSIONES	81
10 RECOMENDACIONES	83
11 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	85
12 ANEXOS	87

CONTENIDO DE CUADROS

	Página
1. Variables obtenidas de la hoja de Ingreso-egreso	43
2. Variables obtenidas de las entrevistas	46
3. Recursos humanos del Hospital Nacional de Mazatenango.	50
4. Distribución del número de camas	52
5. Distribución de la producción de servicios	52
6. Clasificación de expedientes	54
7. Primeras causas de morbilidad general	60
8. Primeras causas de morbilidad en ginecoobstetricia	61
9. Primeras causas de morbilidad en Pediatría	62
10. Primeras causas de morbilidad en Cirugía	63
11. Primeras causas de morbilidad en Medicina Interna	64
12. Primeras causas de morbilidad en Traumatología	65
13. Causas de Morbilidad en otros servicios	66
14. Primeras causas de mortalidad general	67
15. Causas de mortalidad en Ginecoobstetricia	68
16. Causas de mortalidad en Pediatría	68
17. Causas de mortalidad en Cirugía	69
18. Causas de mortalidad en Medicina Interna	70
19. Causas de mortalidad en otros servicios	71
20. Procedimientos realizados en los diferentes servicios	72

CONTENIDO DE GRAFICAS

	Página
1. Sala Situacional. Fase del proceso metodológico	13
2. Distribución de pacientes según el mes de ingreso	58
3. Relación de ingresos y camas por servicios	59

2. RESUMEN:

En Guatemala , el ministerio de Salud Publica y Asistencia Social por medio de sus diferentes dependencias ha procurado la obtención de información pertinente y oportuna con respecto a las categorías demográficas, de morbi- mortalidad, recursos y producción de servicios hospitalarios en Guatemala, ya que en este país no se cuenta con un análisis de situación en salud , debido a la carencia de un formato que permita la estandarización de los datos requeridos para elaborar dicho análisis. El objetivo principal de esta investigación fue realizar un análisis de la situación hospitalaria del Hospital Nacional de Mazatenango , realizado en el mes de abril del año 2005, con base a información estandarizada de las variables demográficas, morbi-mortalidad recursos humanos, materiales, y cobertura, del total de pacientes egresados en el año 2004, por medio de recolección de los datos de la hoja de ingreso/egreso de este hospital y la creación de una base de datos para analizar la información. Este mismo estudio se llevó a cabo simultáneamente en 17 hospitales de la república de Guatemala, con la misma metodología, para obtener una mejor visión de la situación en salud hospitalaria a nivel nacional.

El departamento de estadística del Hospital Nacional de Mazatenango, Suchitepequez, reportó 11, 578 egresos, encontrándose 10,509 expedientes de los cuales el 50 % cumplió con lo criterios de inclusión.

Se encontró que de los expedientes ingresados al estudio las personas que mas acuden a este centro son del sexo femenino en edades que comprenden de 20 a 39 años y el servicio de mayor demanda es el de Ginecología y Obstetricia . Las principales causas de morbilidad general fueron parto eutosico simple, parto por cesárea, síndrome diarreico agudo, aborto y fracturas. Tomando en cuenta que el parto eutosico simple y parto por cesárea no son causas de morbilidad pero fueron incluidas dentro de ésta ya que se reportan como tales al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (Ver cuadro 7).

Los beneficios que deja el estudio es tener una base estandarizada para el análisis de estudios posteriores y el crear estrategias para el ministerio de Salud Publica y asistencia social para mejorar la calidad de atención a los pacientes que acuden a este hospital

2. ANÁLISIS DEL PROBLEMA

2.1 Antecedentes del problema

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

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

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

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

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

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

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

- ✓ Sala situacional existente, actualizada, sin constancia estadística de análisis: Hospitales de Melchor de Mencos y San Benito Petén, Baja Verapaz (9.68%)
- ✓ Sala situacional existente, no actualizada, sin constancia estadística de análisis: Antigua Guatemala, Escuintla, Quetzaltenango¹ y Totonicapán (19.35%)
- ✓ Sala situacional existente, actualizada, con constancia estadística de análisis: Hospitales de Chimaltenango, Sayaxché Petén, San Marcos, Retalhuleu, Izabal, Zacapa, Huehuetenango², Alta Verapaz, El Progreso, Santa Rosa y El Quiché³ (48.39%)
- ✓ Sala situacional existente, no actualizada, con constancia estadística de análisis: Hospital de Sololá (3.22%)

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

2.2 Definición del problema

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

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

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

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 total.

Para cumplir este objetivo el MSPAS ha implementado normativos y lineamientos para la construcción de la sala situacional de cada uno de los servicios de la red hospitalaria nacional, sin embargo la información que se obtiene actualmente carece de estándares adecuados y en muchos casos no se cuenta con ella de manera oportuna para la realización del análisis de la situación hospitalaria y en base a este concentrar los recursos en las necesidades prioritarias para cada hospital.

2.3 Delimitación del problema

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

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

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

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

2.4 Planteamiento del problema

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

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

3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

3.1 Magnitud

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

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

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

3.2 Trascendencia

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

3.3 Vulnerabilidad

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

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

4. REVISION TEORICA Y DE REFERENCIA

4.1 MONOGRAFÍA DEL DEPARTAMENTO

Datos de Suchitépquez

Cabecera: Mazatenango

Altura: 371 m SNM

Extensión: 2,510 Km²

Coordenadas: 14° 32' 00" Latitud 91° 30' 10" Longitud

Población: 450,032 habitantes

Suchitepequez, departamento de Guatemala que por sus habitantes es descrito como "La Tierra del Venado"

El nombre de Suchitepequez, se deriva de la voz nahuatl Xochitepec, formada a su vez por Xochitl que significa flor, tepetl que significa cerro, montaña; y co que significa en, lo que podría traducirse como En el Cerro Florido o En el Cerro de las Flores.

El departamento de Suchitepequez, creado por decreto del 16 de octubre de 1877, es uno de los más importantes del país.

Antes de la llegada de los Españoles en 1524, Suchitepequez dependía del reino Quiché, y sus aborígenes en su mayoría aún hablan ese idioma.

Este departamento que actualmente forma parte de la llamada Costa Grande, fue donde se libraron las primeras batallas, cuando Pedro de Alvarado llegó procedente de Soconusco en Febrero de 1524.

El Departamento de Suchitepequez se encuentra situado en la región VI o región Sur Occidental, su cabecera departamental es Mazatenango, está a 371.13 metros sobre el nivel del mar y a una distancia de 165 kilómetros de la Ciudad Capital de Guatemala. Cuenta con una extensión territorial de 2,510 kilómetros cuadrados, con los siguientes límites departamentales: al Norte con Quetzaltenango, Sololá y Chimaltenango, al Sur con Océano Pacífico, al Este con Escuintla; y al Oeste Retalhuleu. Se ubica en la latitud 14° 32' 02" y longitud 91° 30' 12". Con un clima generalmente cálido, aunque el departamento posee una variedad de climas debido a su topografía, su suelo es naturalmente fértil, inmejorable para toda clase de cultivos.

El departamento de Suchitepéquez consta con 20 municipios que son:

1. Mazatenango
2. Cuyotenango
3. San Francisco Zapotitlán
4. San Bernardino
5. San José el Ídolo
6. Santo Domingo Suchitepéquez
7. San Lorenzo
8. Samayac
9. San Pablo Jocopilas
10. San Antonio Suchitepéquez
11. San Miguel Panán
12. San Gabriel
13. Chicacao
14. Santa Bárbara
15. San Juan Bautista
16. Santo Tomas La Unión
17. Zunilito
18. Pueblo Nuevo
19. Río Bravo
20. Patulul

4.1.2Clima

El clima es templado en las faldas de las montañas y cálido en el resto del departamento.

4.1.3Economía

La agricultura es la principal actividad económica. Se producen: algodón, caña de azúcar, café, frutas, tabaco, hule, cacao, etc. La ganadería también está bien desarrollada, contándose con innumerables haciendas y ganado de excelente calidad.

4.1.4Idioma

El idioma que predomina en este departamento es el K'iche', pero también se habla en Cachiquel y el Español.

4.1.5 Información del Hospital

Departamento: Suchitepequez

Area de Salud: Suchitepequez

Hospital: Nacional de Mazatenango, Suchitepequez

Director Actual: Dr. Alex Cruz.

Jefe de Enfermería: Marisela Santiago

Epidemiólogo: No hay

Jefe de Estadística: Anselmo Ramirez

Directores de área :

 Pediatria: Dr. Roberto Galvez

 Maternidad: Dra Barrundia

 Medicina Interna: Dr. Luis Ixcaj

 Cirugía: Dr. Julio Pérez/DR. Roberto Estrada

Jefe de Recursos Humanos: ¿?

¿Existe Comité de Vigilancia?: No

¿Quiénes lo conforman? No existe informacion

¿Existe Sala situacional en el hospital? Este año sera implementada

¿Quién es el responsable de la Sala? Director de el Hospital

¿Hay constancia del análisis de la Sala? Cuando sea establecida si lo habra

¿Esta Actualizada? Si estara actualizada

¿Dónde esta localizada? En el Salon de Conferencias

¿Hay sala situacional por especialidad o es general? Sera por especialidades

¿Desde cuando la realizan? Se implementara en 2005

¿En qué se basan para realizarla? Datos obtenidos de cada servicio

4.2 Sala situacional

4.2.1 Concepto:

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

4.2.2 Objetivos:

4.2.2.1 General:

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

4.2.2.2 Específicos:

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

4.2.3 Propósito:

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

4.2.4 Metodología:

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

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

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

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

Gráfica 1



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

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

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

4.3 Administración hospitalaria

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

4.3.1 Definición:

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

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

4.3.2 Funciones:

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

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

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

4.3.3 Derechos y Responsabilidades de los Pacientes:

A. Derechos de los Pacientes (13)

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

B. Responsabilidades de los Pacientes: (13)

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

4.3.4 Planificación y Programación de los Servicios de Salud

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

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

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

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

4.3.5 Estándares mínimos obligatorios

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

A. Organización de la Atención Médica

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

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

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

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

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

C. Derivaciones o Referencias: (10,13)

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

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

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

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

D. Consultorios Externos (10, 13)

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

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

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

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

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

E. Urgencias (10, 13)

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

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

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

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

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

F. Laboratorios (10, 13)

Nivel 1: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los siguientes análisis: amilasa, 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.

G. Diagnóstico por imágenes (10, 13)

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

Se consideran comprendidos bajo este título, los siguientes procedimientos:

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

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

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

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

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

H. Hemoterapia (10, 13)

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

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

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

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

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

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

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

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

I. Atención de nacimiento (10, 13)

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

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

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

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

J. Área Quirúrgica (10, 13)

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

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

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

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

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

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

K. Anestesiología (10, 13)

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

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

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

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

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

L. Control de infecciones hospitalarias (13)

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

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

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

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

4.3.5.1 Áreas técnicas y de apoyo

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

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

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

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

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

B. Lavandería (10, 13)

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

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

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

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

C. Limpieza (13)

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

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

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

D. Esterilización (10, 13)

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

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

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

Nivel 3: El personal cuenta con capacitación específica

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

E. Dispensa de medicamentos (10, 13)

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

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

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

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

Nivel 4: Cuenta con un Comité de Fármaco – Vigilancia

F. Enfermería (10, 13)

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

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

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

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

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

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

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

Tiene como finalidad mantener la integridad del conjunto de historias pertenecientes al hospital, mediante actividades desarrolladas según criterios especiales de conservación,

clasificación y control de la circulación de las historias clínicas y del necesario secreto en lo que respecta a su contenido.

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

Nivel 2: Existe supervisión de HC.

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

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

H. Estadísticas (10, 13)

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

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

Nivel 3: Las internaciones se hallan clasificadas por patologías.

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

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

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

I. Gobierno hospitalario (13)

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

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

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

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

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

J. Administración (10, 13)

Nivel 1: Existe un responsable del área administrativa. Hay registro de certificaciones del personal profesional- Cuenta con un manual de procedimientos administrativos y legajo de todos los agentes que incluye la certificación de capacitación. El establecimiento cuenta con por lo menos una persona que tiene a su cargo la adquisición, distribución y control de los insumos y recursos materiales durables, los registros, liquidación de haberes y contralor de los recursos humanos, la administración de los recursos financieros, la facturación y cobranzas a entidades prestatarias y el control presupuestario general.

Por lo menos el personal profesional, tiene registrados sus títulos habilitantes en dicha administración, lo cual se evidencia revisando los legajos de los profesionales que aparecen anunciados en las carteleras y, especialmente, los de guardia. Los procedimientos administrativos y los trámites de rutina se encuentran compendiados en un manual que registra los principales pasos de cada circuito. En dicho compendio deben figurar por lo menos los procedimientos relacionados con las funciones enunciadas más arriba. La totalidad del personal – profesional o no profesional – tiene legajo en la oficina destinada a este fin, donde se archivan las certificaciones de cursos de capacitación realizados con anterioridad o en servicio.

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

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

Nivel 4: Existe un sistema de control de gestión.

K. Seguridad e higiene laboral (10, 13)

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

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

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

L. Seguridad General (10, 13)

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

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

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

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

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

M. Garantía de calidad (13)

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

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

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

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

4.3.5.2 Estructura física y funcional

A. Accesos (13)

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

Nivel 2: Posee accesos diferenciados para vehículos y peatones

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

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

B. Circulaciones (13)

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

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

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

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

4.3.5.3 Instalaciones

A. Sistema eléctrico (13)

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

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

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

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

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

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

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

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

C. Confort en la internación (13)

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

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

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

4.3.6 Estándares no obligatorios

A. Cuidados Críticos (10, 13)

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

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

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

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

B. Neonatología (13)

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

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

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

C. Medicina Nuclear (13)

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

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

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

D. Rehabilitación (13)

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

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

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

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

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

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

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

Nivel 2: existen normas y procedimientos escritos, revisados periódicamente

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

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

E. Biblioteca (13)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

un mejoramiento en la gestión de los hospitales públicos y permitirá una mejor integración con el sector privado.

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

4.5 Hospitales en Guatemala (12)

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

4.6 Morbilidad y mortalidad intrahospitalarias.

4.6.1 Infecciones adquiridas intrahospitalariamente.

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

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

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

Su importancia reside en que aumentan de forma considerable la morbimortalidad, el coste y la estancia hospitalaria. Los microorganismos responsables de este tipo de

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

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

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

4.7 Análisis situacional

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

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

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

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

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

4.7.1 Análisis de contexto para la planificación estratégica

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

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

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

4.7.2 Análisis de contexto

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

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

Una de las principales dificultades metodológicas de las anteriores propuestas de Análisis de Situación de Salud, es que han enfatizado en la parte descriptiva de la información y no en el proceso de análisis e investigación como un todo. Por lo anterior, se obvia la comprensión del proceso de análisis e investigación como un proceso de conocimiento, que inicia con la construcción de un problema, el cual se va

caracterizando poco a poco hasta lograr dimensionarlo, a partir de sus factores determinantes. (5)

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

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

4.7.4 Construcción de los problemas de salud colectiva

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

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

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

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

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

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

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

4.8 La situación de salud en la región de las Américas

Durante la última década la situación de salud en las Américas ha seguido mejorando de manera continua. Esto responde a diversos factores sociales, 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 (1-4) documentan estas desigualdades. Este informe anual describe los esfuerzos realizados para mejorar conceptual, metodológica e instrumentalmente la información para el análisis de la situación de salud en la Región de las Américas. (5)

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

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

4.8.1 Contexto demográfico

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

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

año 2000 señala que la población rural representará el 24% del total, el 15% en el Cono Sur y el 52% en América Central. (9)

5.HIPOTESIS Y OBJETIVOS

5.1 Hipótesis

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

5.2 Objetivos

5.2.1 General:

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

5.2.2 Específicos:

5.2.2.1 Identificar los recursos y cobertura del Hospital Nacional de Mazatenango, Suchitepequez.

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

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

6. DISEÑO DEL ESTUDIO

6.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo, retrospectivo

6.2 Unidad de análisis

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

6.3 Población

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

6.4 Definición y operacionalización de variables (Ver cuadro 1)

Cuadro 1
VARIABLES OBTENIDAS DE LA HOJA DE INGRESO/EGRESO

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

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

<u>VARIA- BLE</u>	<u>DEFINICIÓN</u> C O N C E P T U A L	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>ESCALA DE MEDICIÓN</u>	<u>UNIDAD DE MEDICIÓN</u>
PRODUCCIÓN DE SERVICIOS	Rendimiento obtenido por medio de los recursos disponibles en un periodo de tiempo	<p>Indicadores de rendimiento hospitalario. contruidos 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.
		PROCEDI- MIENTOS	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

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

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

6.5 Descripción de técnicas y procedimientos

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

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

6.6 Aspectos éticos de la investigación

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

6.7 Alcances y limitaciones

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

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

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

Ausencia de registros médicos en el archivo.

Datos ilegibles dentro de la hoja de ingreso/egreso.

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

Los datos recolectados se procesaron por códigos en forma numérica de acuerdo a cada variable en una base de datos computarizada creada en Visual Basic y proporcionada por el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA). Luego se

procedió a crear formatos de salida, cuadros y graficas de columnas, barras y otros, según ameritaron. Se trató estadísticamente los datos por medio de proporciones. La información obtenida e ingresada a la base de datos se encuentra a disposición del Sistema Gerencial de Atención en Salud del Ministerio de Salud pública y Asistencia Social.

7. PRESENTACION DE RESULTADOS HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO, SUCHITEPEQUEZ

7.1 Descripción general del hospital

7.1.1 Ubicación

El Hospital Nacional de Mazatenango se encuentra en el departamento de Suchitepequez a 163 km ciudad capital, cuenta con los siguientes límites departamentales: al Norte con Quetzaltenango, Sololá y Chimaltenango, al Sur con Océano Pacífico, al Este con Escuintla; y al Oeste Retalhuleu.

7.1.2 Cobertura

El Hospital de Mazatenango cubre todos los municipios del departamento de Suchitepequez y algunos municipios de los departamentos de Solola, Retalhuleu y Escuintla.

7.1.3 Tipo de Hospital

El Hospital Nacional de Mazatenango se encuentra catalogado en la categoría de tercer nivel de atención.

7.2 Recursos

7.2.1 Recursos humanos

El Hospital se divide en 3 grandes rubros en cuanto a recursos humanos se refiere, prestación de servicios que incluye a médicos y enfermeras en un numero de 167 que representa el 60.94%, asimismo cuenta con personal de apoyo representado por personal de laboratorio, rayos X, lavandería, cocina, limpieza, mantenimiento, seguridad, trabajadoras sociales, psicólogo en un número de 79 que representa el 28.83% y para finalizar el personal administrativo que cuenta por el director, subdirector, secretarias en numero de 28 personas que representa el 10.21%, (*para mayor descripción ver cuadro 3*)

CUADRO 3

RECURSOS HUMANOS CON LOS QUE CUENTA EL HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO, SUCHITEPEQUEZ.

		f	%
Prestación de servicios	Médicos Especialistas	28	10.21
	Médicos residentes	4	1.45
	EPS hospitalarios	6	2.18
	Enfermeras profesionales	16	5.83
	Auxiliares de enfermería	111	40.51
	Enfermeras consulta externa	2	0.72
Personal de apoyo	Técnicos de laboratorio	10	3.64
	Técnicos de rayos X	8	2.91
	Personal de limpieza	25	9.12
	Personal de Mantenimiento	6	2.18
	Personal de cocina	14	5.1
	Personal de lavandería	5	1.82
	Personal de Seguridad	6	2.18
	Trabajadoras sociales	3	1.09
	Psicólogos	1	0.36
	Comité de infecciones nosocomiales	1	0.36
Personal Administrativo	Personal Administrativo en general	28	10.21
	TOTAL	274	100%

Fuente: Información proporcionada por Departamento de Personal y Jefatura de Enfermería, Hospital Nacional de Mazatenango, Suchitepequez.

7.2.1.1 Organización funcional del personal de prestación de servicios

El hospital cuenta con 28 médicos especialistas entre todas las especialidades. Se cuenta con 1 residente por especialidad, a la gineco-Obstetricia con 2 EPS hospitalario de especialidad, la cirugía con 2, Medicina Interna 1, Pediatría 2, con respecto al personal de enfermería se distribuye de la siguiente manera, para el servicio de Medicina de Hombres y Mujeres hay una enfermera graduada por las mañanas para ambos servicios, en las mañanas hay dos enfermeras auxiliares para ambos servicios; para los turnos de tarde y noche solamente se queda una enfermera auxiliar para ambos servicios; para el

servicio de Cirugía General existe una enfermera graduada por las mañanas y una enfermera auxiliar de mañana, y una enfermera para tarde y noche, para el servicio de gineco-obstetricia existen dos enfermeras profesionales para la mañana, y hay cuatro enfermeras auxiliares en la mañana, para los turnos de tarde y noche se quedan unicamente tres enfermeras auxiliares, para Labor y Partos hay una enfermera graduada de mañana y cuatro auxiliares, para los turnos de tarde y noche quedan cuatro enfermeras y una enfermera graduada. En el servicio de intensivo de adultos en la mañana hay una enfermera graduada y dos auxiliares de turno, esta misma cantidad de personal se mantiene durante la tarde y la noche, en el intensivo de pediatría existe una enfermera graduada y dos enfermeras auxiliares para los turnos de mañana, tarde y noche. En sala de operaciones por la mañana hay dos enfermeras graduadas y existen cuatro auxiliares o circulantes, para los turnos de tarde y noche quedan tres auxiliares-circulantes para cubrir el turno.

7.2.2 Recursos físicos:

7.2.2.1 Infraestructura

El Hospital cuenta con una emergencia general y con los cuatro encamamientos básicos, Gineco –Obstetricia, Pediatría, Cirugía y Medicina Interna asimismo con servicio de Traumatología y Ortopedia y Unidad de terapia Intensiva, sala de parto, 3 salas de operaciones donde se cuenta con equipo de esterilización, también cuenta con Laboratorio equipado , entre diagnostico por imagen cuenta con rayos X en la que se efectúan radiografías simples, equipo de ultrasonido, Banco de sangre, Farmacia interna, un archivo, Patronato, una cocina, una lavandería, y un área destinada al personal administrativo.

7.2.2.2 Control de residuos:

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

7.2.2.3 Disponibilidad de Agua:

Se abastece de agua, gracias a una cisterna continua.

7.2.2.4 Disponibilidad de energía eléctrica:

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

CUADRO 4

DISTRIBUCION DEL NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES POR SERVICIO DURANTE EL AÑO 2004

	f	%
Pediatría	22	17.32
Cirugía	23	18.11
Gineco - Obstetricia	34	26.77
Medicina Interna	21	16.53
Traumatología y Ortopedia	20	15.74
Intensivo	7	5.51
TOTAL	127	100%

Fuente: Información proporcionada por Departamento de Personal y Jefatura de Enfermería, Hospital Nacional de Mazatenango, Suchitepequez.

7.3 Producción de servicios

En la emergencia General se atendió a un total de 33,126 pacientes, de los cuales 11,578 ingresaron al los distintos servicios de Encamamiento, 3,906 ingresaron a Sala de Operaciones, por diversos procedimientos. En Consulta Externa evaluó 28,826 pacientes (ver cuadro 5)

CUADRO 5

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

	f	%
Emergencia	33,126	42.77
Consulta externa	28,826	37.22
Encamamiento	11,578	14.95
Sala de Operaciones	3,906	5.04
TOTAL	77,436	100%

Fuente: Información proporcionada por Departamento de Estadística y Jefatura de Enfermería, Hospital Nacional de Mazatenango, Suchitepequez.

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

Durante el año 2,004, el Departamento de Pediatría tuvo un total de 1,736 ingresos que representa el 15%, el Departamento de Ginecoobstetricia 5,300 que representa el 46.5%, Medicina Interna 1,700 que representa un 14.6%, Cirugía 1,507 representando a un 13%, Traumatología con 1,242 que representa un 10.72%

7.3.2 Clasificación de expedientes

Utilizando el Instrumento de recolección de datos (ver anexo 2) de este universo de 11.578 egresos reportados en el año 2004 , posteriormente a revisar los libros de egresos se pudieron obtener un total de 10,509 egresos en el año 2004, de estos se subdividen en cuatro rubros que se describen a continuación: A: si el expediente no se encuentra en su sitio en el momento de la visita, B: si el expediente no tiene hoja de ingreso o egreso, C: si la hoja de ingreso/egreso no tiene los datos de fecha de ingreso, servicio de destino, condiciones de egreso (vivo o muerto), D: si el expediente entró al estudio, los criterios de exclusión que se tomaron en cuenta fueron los 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 egreso vivo/ muerto.

CUADRO 6

CLASIFICACION DE EXPEDIENTES REGISTRADOS SEGÚN CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSION DURANTE EL AÑO 2004.

	f	%
EXPEDIENTE NO ENCONTRADO EN EL MOMENTO DE LA VISITA	755	7.18
EXPEDIENTE SIN HOJA DE INGRESO/ EGRESO	15	0.14
EXPEDIENTE SIN FECHA DE INGRESO, SERVICIO DE DESTINO, CONDICION DE EGRESO (VIVO O MUERTO), DIAGNOSTICO DE EGRESO	4.488	42.65
CASO INCLUIDO DENTRO DEL ESTUDIO E INGRESADO A LA BASE DE DATOS	5251	50.00
TOTAL	10509	100

Fuente: Libro de Ingresos-Egresos, año 2004, Hospital Nacional de Mazatenango, Suchitepequez.

7.3.3 Características demográficas

7.3.3.1 Sexo:

Dentro de los datos obtenidos contamos con 3,540 de sexo femenino que representan el 75% y 1,166 de sexo masculino que representan al 24% del total de pacientes incluidos en el estudio distribuidos de la siguiente forma por servicios: Ginecoobstericia, 2,162 pacientes de sexo femenino representando al 61%; Pediatría con 156 pacientes de sexo femenino 4.40% y 191 de sexo masculino representando al 16.38% del total de pacientes; Cirugía con 248 de sexo femenino 7% y 389 de sexo masculino que representan al 30 % del total de pacientes; Medicina Interna con 388 de sexo femenino 11% y 140 de sexo masculino que representa al 12% del total de pacientes, en el servicio de traumatología con 81 de sexo femenino, que representa el 2 % de las mujeres y 184 de sexo masculino que representa un 15.7 % del total de pacientes, En otros servicios que incluye el servicio de Intensivo, 363 pacientes de sexo femenino, lo que representa al 10.25% y 88 de sexo masculino, lo que representa el 7.5 %.

7.3.3.2 Edad:

Dentro del estudio encontramos 183 pacientes menores de 1 mes (3.48%), 224 comprendidos entre las edades de mayores de 1 mes a menores de 1 año (4.26%), 271 pertenecen al grupo de edad de mayores de 1 año a menores de 5 años (5.16%), 214 mayores de 5 años a menores de 10 (4%), 226 mayores de 10 años a menores de 15 (4.30%), 825 mayores de 15 años y menores de 20 años (15.71%), 919 comprendidos en las edades de 20 a 24 años de edad (17.50%), 1,459 pertenecían al grupo de edad dentro de 25 a 39 años de edad (27%), 347 comprendidos entre 40 y 49 años de edad (6.60%), 216 comprendidos entre 50 y 59 años de edad (4%), 75 entre 60 y 69 años de edad (1.42%) y 192 mayores de 70 años (3.65%).

7.3.3.3 Estado civil:

1,559 personas se encontraban casadas (29%); 1,213 únicamente estaban unidas (23%); 765 eran solteros (15%); 1,656 expedientes no tenían dato (31%); 48 eran viudos (0.9%) y 10 estaban divorciados (0.1%).

7.3.3.4 Ocupación:

Dentro de las profesiones reportadas en las hojas de ingreso y egreso encontramos 3,253 personas que se dedican a oficios domésticos (62%), 1,062 expedientes sin datos (20%), 369 jornaleros (7.02%), 141 estudiantes (2.6%), y 426 con otras ocupaciones diferentes (9%).

7.3.3.5 Etnia:

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

7.3.3.6 Lugar de residencia por municipio

Con respecto a los municipios del departamento de Suchitepequez 1,670 pacientes eran procedentes del municipio de Mazatenango, 537 de Cuyotenango, 469 de San Antonio, 312 de Chicacao, 263 de Santo Domingo, 254 de San Francisco Zapotitlan, 226 de Samayac, 158 de San Bernardino, 148 de San Pablo Jocopilas, 123 de San Lorenzo, 96 de San Jose el Idolo, 82 de Zunilito, 71 de Patulul , 60 de San Gabriel, 58 de Santo Tomas la Union, 52 de San Miguel Panan, 42 de Rio Bravo, 35 de Pueblo Nuevo, 13 de Santa Barbara, 12 de San Juan Bautista, que representan al 89% de el total de pacientes incluidos en el estudio.

Con respecto al departamento de Solola ,173 pacientes eran de Solola, 49 de Nahuala, 33 de Santa Catarina Ixtahuacan, 3 de Santiago Atitlan, 1 de Santa María Visitación, que representan el 5 % de pacientes incluidos en el estudio.

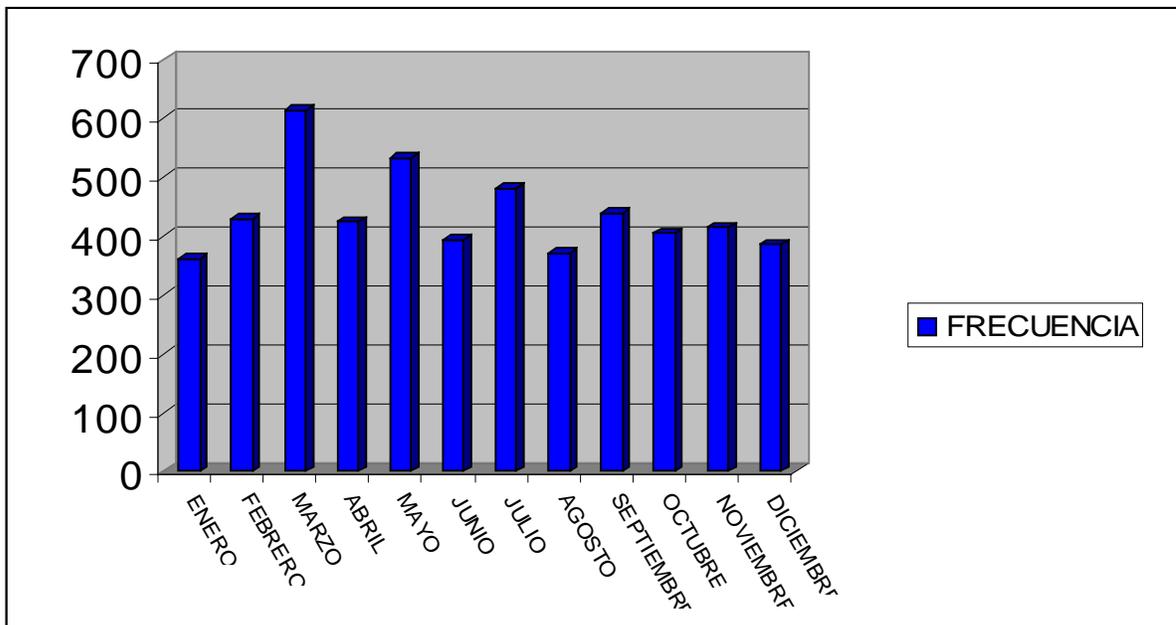
Con respecto al departamento de Retalhuleu , 99 pacientes provenian de Retalhuleu, Retalhuleu, 71 de San Andres Villa Seca, 2 de San Sebastián, 2 de Santa Cruz Mulua, 1 de San Felipe , que representan el 3% de los pacientes incluidos en el estudio

En relación a otros departamentos podemos mencionar que 65 pacientes provenian de la capital de Guatemala, 21 eran del departamento Escuintla , 13 de Quetzaltenango, que representan 1.8 %

7.3.4 Gestión

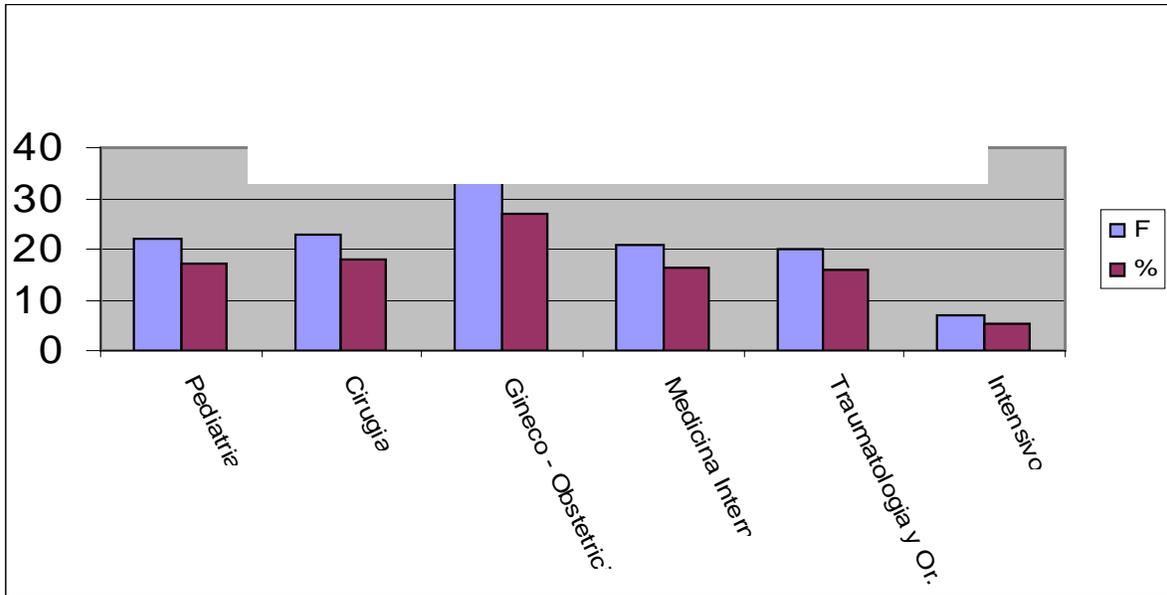
GRAFICA 2

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL MES DE INGRESO



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

**GRAFICA 3
RELACION DE INGRESOS Y CAMAS POR SERVICIOS, AÑO 2004**



Fuente: Información proporcionada por Departamento de Estadística y Jefatura de Enfermería, Hospital Nacional de Mazatenango, Suchitequez.

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

7.3.4.1 Días cama ocupada:

Ginecoobstetricia	5,804
Pediatría	1,208
Cirugía	2,692
Medicina Interna	2,470
Intensivo	2,543
Traumatología	1,025
En General	15,742

7.3.4.2 Días cama disponible:

Ginecoobstetricia	12,410
Pediatría	8,030
Cirugía	8,395
Medicina Interna	7,665
Traumatología	7,300
Intensivo	2,555
En General	46,355

7.3.4.3 Promedio de días estancia

Ginecoobstetricia	2
Pediatría	3
Cirugía	3
Medicina Interna	4
Traumatología	3
Intensivo	3
En General	20

7.3.4.4 Giro de camas

Ginecoobstetricia	158
Pediatría	79
Cirugía	66
Medicina Interna	81
Traumatología	62
En General	446

7.3.5 Morbilidad*

Dentro de Impresiones clínicas de ingresos al Hospital de Nacional de Mazatenango durante el año 2,004, se registran dentro del embarazo a termino 1509 con un 28.74%, Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas 1460 casos que representan el 27.80%, síndrome diarreico agudo con 308 casos (5.86%), dolor abdominal con 160 casos (3.09%), neumonía con 160 casos (3.09%), aborto incompleto con 154 casos (2.93%), fracturas con 132 casos (2.54%), amenaza de aborto con 75 casos (1.42%), apendicitis aguda con 59 casos (1.12%), colecistitis crónica calculosa con 49 casos (0.93%), politraumatismo con 46 casos (0.87%), hernias con 40 casos (0.76%), trauma craneoencefálico con 40 casos (0.76%), síndrome convulsivo con 32 casos (0.60%), celulitis con 30 casos (0.57%), fiebre con 28 casos (0.53%), resto de causas 929 (17.6%) para completar un 100%.

Dentro de los primeros diagnósticos de egreso de morbilidad se registra el Parto eutósico con 1,581 (31.14%) casos, Parto por cesarea con 485 casos (9.55%), Síndrome

diarreico agudo con 373 casos (7.34 %), Causas de morbilidad desconocida o no especificada con 320 casos (6.3%), aborto incompleto con 234 casos que representa 4.6%, continua fracturas con 209 casos (4.11%), trabajo de parto pretermino 147 casos (2.89%, Neumonías y bronconeumonias con 126 casos que proporciona 2.48%, le sigue apendicitis aguda con 125 casos (2.46%), colecistitis cronica calculosa (1.63%), hernias con 79 casos que representa 1.55%, trauma craneoencefalico con 70 casos (1.38%), Diabetes Mellitas con 62 casos (1.22%), Heridas 61 casos (1.2%), Síndrome convulsivo con 51 casos (1%), enfermedad peptica con 50 casos (0.98%), amenaza de aborto con 48 casos (0.94%) representando en total 83% completando con otras causas un 17.03 para completar un 100%, (Ver Cuadro7)

CUADRO 7

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL DURANTE EL AÑO 2004.

	DIAGNOSTICO	f	%
1	Parto Eutosico Simple	1581	31.14
2	Parto por cesárea	485	9.55
3	Síndrome diarreico agudo	373	7.34
4	Causas de morbilidad desconocida	320	6.3
5	Aborto	234	4.6
6	Fracturas	209	4.11
7	Trabajo de Parto pretermino	147	2.89
8	Neumonías y Bronconeumonias	126	2.48
9	Apendicitis aguda	125	2.46
10	Colecistitis crónica calculosa	83	1.63
11	Hernias	79	1.55
12	Trauma craneoencefálico	70	1.38
13	Diabetes Mellitus	62	1.22
14	Heridas	61	1.2
15	Síndrome convulsivo	51	1
16	Enfermedad peptica	50	0.98
17	Amenaza de Aborto	48	0.94
18	Otros	865	17.03
	TOTAL	5077	100

Para efectos de tabulación se tomó como diagnóstico la causa básica
Fuente: Base de Datos, SIGSA. Ingresos y Egresos Hospitalarios. 2004.

7.3.5.1 Morbilidad por departamentos

Dentro de las primeras causas de morbilidad en el Departamento de Ginecoobstetricia, se registraron 1,581 partos que representan un 59.3%, continua parto por cesarea con 485 casos (18.19%), aborto incompleto con 234 casos (8.77%) , causas de morbilidad desconocida o no especificada con 64 casos (11.32%) para completar un 88% le siguen otras causas con 11.32% para completar un 100%. (Ver cuadro 8).

CUADRO 8

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA DURANTE EL AÑO 2004.

	DIAGNOSTICO	f	%
1	Partos Eutotico simple	1581	59.3
2	Parto por cesárea	485	18.19
3	Aborto incompleto	234	8.77
4	Causas de morbilidad desconocida	64	2.4
5	Otros	302	11.32
	TOTAL	2666	100

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

Dentro de los casos registrados en el Departamento de Pediatría, se encontró en primer lugar síndrome diarreico agudo con 190 casos que representan un 45.89% le sigue neumonías y bronconeumonias con 64 casos (15.45%) , causas de morbilidad desconocidas o no especificadas con 20 casos (4.83%), infección del tracto urinario con 14 casos (3.38%) , sepsis con 12 casos (2.89%), desnutrición proteico - calorica con 11 casos (2.65%), fiebre de etiología con 7 casos (1.69%), síndrome convulsivo con 7 casos (1.69%), continua asfixia perinatal con 7 casos (1.69%), trauma craneoencefalico con 4 casos (0.98%), Resto de causas 78 casos (18.88%), haciendo un total de 414. (Ver Cuadro 9)

CUADRO 9

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DURANTE EL AÑO 2004.

	DIAGNOSTICO	f	%
1	Síndrome Diarreico agudo	190	45.89
2	Neumonía y Bronconeumonía	64	15.45
3	Causas de morbilidad desconocida	20	4.83
4	Infección del tracto urinario	14	3.38
5	Sepsis	12	2.89
6	Desnutrición Proteico-calórico	11	2.65
7	Fiebre de etiología	7	1.69
8	Síndrome convulsivo	7	1.69
9	Asfixia perinatal	7	1.69
10	Trauma craneoencefálico	4	0.96
	Otros	78	18.88
	TOTAL	414	100

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

Dentro de las primeras causas de morbilidad en el Departamento de Cirugía, se registraron 88 casos de apendicitis aguda (12.84%) le sigue hernias con 71 casos (10.36%), causas de morbilidad desconocidas o no especificadas con 69 casos ((10.07%), colecistitis crónica calculosa con 56 casos (8.17%), heridas con 52 casos (7.59%), trauma craneoencefálico con 44 casos (6.42%), abscesos con 35 casos (5.10%) , quemaduras con 34 casos (4.96%), celulitis con 33 casos (4.81%), politraumatismo con 18 casos (2.62%), dolor abdominal con 14 casos (2.04%), heridas por arma de fuego con 14 casos (2.04%), infección de herida operatoria con 9 casos (1.31%), úlceras en piel con 8 casos (1.16%), accidente ofídico con 8 casos (1.92%), Resto de causas 132 (19.27%), haciendo un total de 685 casos (100%). (Ver Cuadro 10).

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

		f	%
1	Apendicitis aguda	88	12.84
2	Hernias	71	10.36
3	Causas de morbilidad desconocida	69	10.07
4	Colecistitis crónica calculosa	56	8.17
5	Heridas	52	7.59
6	Trauma craneoencefálico	44	6.42
7	Abscesos	35	5.1
8	Quemaduras	34	4.96
9	Celulitis	33	4.81
10	Politraumatismo	18	2.62
11	Dolor abdominal	14	2.04
12	Herida por arma de fuego	14	2.04
13	Infección de herida operatoria	9	1.31
14	Ulceras en piel	8	1.16
15	Accidente ofídico	8	1.16
	Otros	132	19.27
	TOTAL	685	100

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

En el departamento de Medicina interna se registraron 618 casos en total de los cuales 71 casos correspondía a síndrome diarreico agudo que representan 11.48% del total , le sigue diabetes mellitus con 51 casos (8.25%), infección del tracto urinario con 51 casos (8.25%), causas de morbilidad desconocida o no especificada con 47 casos (7.60%), enfermedad peptica con 40 casos (6.47%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica con 31 casos (5.01%), neumonías y bronconeumonias con 29 casos (4.69%), hipertensión arterial con 21 casos (3.39%), cirrosis hepática con 21 casos (3.39%), colecistitis crónica con 16 casos (2.58%), enfermedades cardiovasculares con 14 casos (2.26%), síndrome convulsivo con 14 casos (2.26%), insuficiencia cardíaca congestiva con 10 casos (1.61%), hemorragia gastrointestinal con 9 casos (1.45%), asma con 9 casos (1.45%), intoxicación por organofosforados con 9 casos (1.45%), sida con 8 casos (1.29%), tuberculosis pulmonar con 8 casos (1.29%), etilismo agudo con 8 casos (1.29%), pielonofritis con 7 casos (1.13%), le sigue ansiedad con 6 casos (0.97%), desnutrición proteico –calórica del adulto con 5 casos (0.80%), evento cerebrovascular con 4 casos (0.64%), fiebre tifoidea con 3 casos (0.48%), pancreatitis con 2 casos (0.32%), hepatitis

“A” viral con 2 casos (0.32%) resto de causas 122 (20%) para completar 100%. (Ver Cuadro 11)

CUADRO 11

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DURANTE EL AÑO 2004

	DIAGNOSTICO	f	%
1	Síndrome diarreico agudo	71	11.48
2	Diabetes Mellitus	51	8.25
3	Infección del tracto urinario	51	8.25
4	Causas de morbilidad desconocida	47	7.6
5	Enfermedad peptica	40	6.47
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	31	5.01
7	Neumonías y Bronconeumonias	29	4.69
8	Hipertensión arterial	21	3.39
9	Cirrosis hepática	21	3.39
10	Colecistitis crónica	16	2.58
11	Enfermedades cardiovasculares	14	2.26
12	Síndrome convulsivo	14	2.26
13	Insuficiencia cardiaca congestiva	10	1.61
14	Hemorragia gastrointestinal	9	1.45
15	Asma	9	1.45
16	Intoxicación por órgano fosforados	9	1.45
17	SIDA	8	1.29
18	Tuberculosis pulmonar	8	1.29
19	Etilismo agudo	8	1.29
20	Pielonefritis	7	1.13
21	Ansiedad	6	0.97
22	Desnutrición proteico-calórico	5	0.8
23	Evento cerebro vascular	4	0.64
24	Fiebre tifoidea	3	0.48
25	Pancreatitis	2	0.32
26	Hepatitis viral tipo "A"	2	0.32
	Otros	122	20
	TOTAL	618	100

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

En el departamento de Traumatología se reporto en el estudio 114 casos de fracturas de sitio no especificado que representa un 42.06%, continua las causas de morbilidad desconocida o no especificada con 41 casos (15.2%), fracturas del miembro superior con 40 casos (14.76%), fracturas de miembro inferior con 16 casos (5.9%), luxaciones con 14 casos (5.16%), resto de causas 46 casos (17%) para completar un 100 %. (ver cuadro 12)

CUADRO 12

CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE TRAUMATOLOGIA DURANTE EL AÑO 2004.

	DIAGNOSTICO	f	%
1	Fracturas	114	42.06
2	Causas de morbilidad desconocida	41	15.2
3	Fractura de miembro superior	40	14.76
4	Fractura de miembro inferior	16	5.9
5	Luxación	14	5.16
	Otros	46	17
	TOTAL	271	100

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

En el departamento de otros , se ubica el departamento de Intensivo en el cual se reporto como primera causa de morbilidad síndrome diarreico agudo con 101 caso que representa el 23.87% le sigue neumonías y bronconeumonias con 45 casos (10.63%), causas de morbilidad desconocida o no especificada con 43% (10.16%) , choque séptico con 35 casos (8.27%), apendicitis aguda con 27 casos (6.38%), trauma craneoencefálico con 16 casos (3.18%), síndrome convulsivo con 15 casos (3.54%), síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido con 12 casos (2.83%), infección del tracto urinario con 11 casos (2.6%), parto por cesarea con 11 casos (2.6%), prematurez con 10 casos (2.36%), diabetes mellitus con 7 casos (1.28%) , dolor abdominal con 7 casos (1.28%), politraumatismo con 7 casos (1.28%) resto de causas 75 casos (17.19%) para completar 100%: (ver cuadro 13)

CUADRO 13

CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE OTROS* DURANTE EL AÑO 2004.

	DIAGNOSTICO	f	%
1	Síndrome diarreico agudo	101	23.87
2	Neumonías y Bronconeumonias	45	10.63
3	Causas de morbilidad desconocida	43	10.16
4	Choque séptico	35	8.27
5	Apendicitis Aguda	27	6.38
6	Trauma craneoencefálico	16	3.78
7	Síndrome convulsivo	15	3.54
8	Síndrome de dificultad respiratoria del Recién nacido	12	2.83
9	Infección del tracto urinario	11	2.6
10	Parto por cesárea	11	2.6
11	Prematurez	10	2.36
12	Diabetes Mellitas	8	1.46
13	Dolor abdominal	7	1.28
14	Politraumatismo	7	1.28
15	Otros	75	17.79
	TOTAL	423	100

*Otros incluye Intensivo y sala de operaciones

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

7.3.6 Mortalidad

7.3.6.1 Mortalidad general

En el estudio se reportan 173 muertes de las cuales 30 casos se produjeron por sepsis que representa el 17.34%, le sigue neumonías y bronconeumonias con 23 casos (13.29%), síndrome diarreico agudo con 16 casos (9.24%), causas de mortalidad desconocida con 13 casos (7.51%), enfermedades cardiovasculares con 13 casos (7.51%), prematurez con 12 casos (6.93%), evento cerebrovascular con 6 casos (3.46%), asfixia con 5 casos (2.89%), síndrome de aspiración meconial con 4 casos (2.31%), hemorragia gastrointestinal con 3 casos (1.73%), tuberculosis con 3 casos (1.73%), sida con 2 casos (1.15%), síndrome convulsivo con 2 casos (1.15%), intoxicación por plaguicidas con 2 casos (1.15%), meningitis con 2 casos (1.15%), insuficiencia respiratoria del adulto con 2 casos (1.15%), diabetes mellitus con 2 casos (1.15%) resto de causas con 33 casos (19.16%) para completar un total de 100 % (ver cuadro 14)

CUADRO 14

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL DURANTE EL AÑO 2004

	DIAGNOSTICOS	f	%
1	Sepsis	30	17.34
2	Neumonía y Bronconeumonía	23	13.29
3	Síndrome diarreico agudo	16	9.24
4	Mortalidad de causa desconocida	13	7.51
5	Enfermedades cardiovasculares	13	7.51
6	Prematurez	12	6.93
7	Evento cerebrovascular	6	3.46
8	Asfixia	5	2.89
9	Síndrome de aspiración meconial	4	2.31
10	Hemorragia gastrointestinal	3	1.73
11	Tuberculosis	3	1.73
12	SIDA	2	1.15
13	Síndrome convulsivo	2	1.15
14	Intoxicación por plaguicidas	2	1.15
15	Meningitis	2	1.15
16	Insuficiencia respiratoria del adulto	2	1.15
17	Diabetes Mellitus	2	1.15
	Otros	33	19.16
	TOTAL	173	100

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

*Muertes registradas en los expedientes incluidos dentro del estudio

En el departamento de Gineco- Obstetricia se reportaron 2 muertes por sepsis que representan el 50% de las causas, continua aborto con 2 casos (25%), paro cardiorrespiratorio (25%) , para completar la totalidad de los casos (ver cuadro 15)

CUADRO 15

CAUSAS DE MORTALIDAD* EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA DURANTE EL AÑO 2,004.

	DIAGNOSTICO	f	%
1	Sepsis	2	50
2	Aborto incompleto	1	25
3	Paro Cardiorespiratorio	1	25
	TOTAL	4	100

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

*Muertes registradas en los expedientes incluidos dentro del estudio

En el departamento de Pediatría se registraron 48 muertes de las cuales 18 se produjeron por sepsis representando un 37.5%, neumonías y bronconeumonias con 12 casos (25%), prematuridad con 6 casos (12.5%), síndrome diarreico agudo con 5 casos (10.41%), fiebre tifoidea con 1 caso (2.08%) resto de casos en número de 6 que representan 12.5% para completar 100 %

CUADRO 16

CAUSAS DE MORTALIDAD* EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DURANTE EL AÑO 2,004.

	DIAGNOSTICOS	f	%
1	Sepsis	18	37.5
2	Neumonias y Bronconeumonias	12	25
3	Prematuridad	6	12.5
4	Síndrome diarreico agudo	5	10.41
5	Fiebre tifoidea	1	2.08
6	Otros	6	12.5
	TOTAL	48	100

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

*Muertes registradas en los expedientes incluidos dentro del estudio

Dentro de las causas de mortalidad del departamento de Cirugía, se reportan 2 casos de sepsis con el 20%, causas de mortalidad desconocida o no especificada con 2 casos (20%), desnutrición proteico-calórica con 1 caso (10%), Síndrome de abandono con 1

caso (10%), Shock septico con 1 caso (10%), hemorragia gastrointestinal con 1 caso (10%), Ulcera en piel con 1 caso (10%) resto de casos 2 (20%) para completar un total del 100%

CUADRO 17

CAUSAS DE MORTALIDAD* EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DURANTE EL AÑO 2,004.

	DIAGNOSTICOS	f	%
1	Sepsis	2	20
2	Causas de mortalidad desconocidas	2	20
3	Desnutricion proteico -calorica	1	10
4	Sindrome de abandono	1	10
5	Shock septico	1	10
6	Hemorragia gastrointestinal	1	10
7	Ulcera en piel	1	10
	Otras	2	20
	TOTAL	11	100

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

*Muertes registradas en los expedientes incluidos dentro del estudio

Dentro de las causas de Mortalidad se registraron 55 casos de los cuales 8 corresponden a neumonías y bronconeumonias con un 14.54%, le sigue evento cerebrovascular con 7 casos (12.72%), enfermedades cardiovasculares con 5 casos (9.09%), insuficiencia cardiaca congestiva con 4 casos (7.27%), choque séptico con 3 casos (5.45%), hemorragia gastrointestinal con 3 casos (5.45%), tuberculosis pulmonar con 3 casos (5.45%), Síndrome convulsivo con 3 casos (5.45%), causas de mortalidad desconocidas o no especificadas 3 casos (5.45%), Síndrome diarreico agudo con 2 casos (3.63%), SIDA con 2 casos (3.63%), Diabetes Mellitus con 2 casos (3.63%), enfermedad obstructiva crónica con 2 casos (3.63%), y otras causas 8 casos (14.55%) para completar un 100%

CUADRO 18

CAUSAS DE MORTALIDAD* EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DURANTE EL AÑO 2,004.

	DIAGNOSTICOS	f	%
1	Neumonías y Bronconeumonias	8	14.54
2	Evento cerebro vascular	7	12.72
3	Enfermedades cardiovasculares	5	9.09
4	Insuficiencia cardiaca congestiva	4	7.27
5	Choque septico	3	5.45
6	Hemorragia gastrointestinal	3	5.45
7	Tuberculosis pulmonar	3	5.45
8	Sindrome Convulsivo	3	5.45
9	Causas de mortalidad desconocida	3	5.45
10	Sindrome diarreico agudo	2	3.63
11	SIDA	2	3.63
12	Diabetes Mellitus	2	3.63
13	Enfermedad Pulmonar obstructiva cronica	2	3.63
14	Otros	8	14.55
	TOTAL	55	100

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

*Muertes registradas en los expedientes incluidos dentro del estudio

Dentro de las causas de mortalidad de los servicios de Intensivo y Sala de operaciones se encuentra en primer lugar la sepsis con 12 casos que representa un 22.22%, le continua prematuridad con 8 casos (14.81%), causas de mortalidad desconocida o no especificada con 7 casos (12.96%), síndrome de aspiración meconial con 4 casos (7.40%), neumonías y bronconeumonias con 4 casos (7.40%), síndrome diarreico agudo con 2 casos (7.40%), meningitis con 2 casos (7.40%), intoxicación por plaguicidas con 2 casos (7.40%), asfixia perinatal con 2 casos (7.40%), infarto agudo del miocardio con 1 caso (1.85%), hipertensión arterial con 1 caso (1.85%), resto de causas 9 casos (16.66%) se completa la totalidad de las causas. (ver cuadro 19)

CUADRO 19

CAUSAS DE MORTALIDAD* EN OTROS SERVICIOS DURANTE EL AÑO 2,004.**

	DIAGNOSTICOS	f	%
1	Sepsis	12	22.22
2	Prematurez	8	14.81
3	Causas de mortalidad desconocida	7	12.96
4	Síndrome de aspiración meconial	4	7.4
5	Neumonías y Bronconeumonías	4	7.4
6	Síndrome diarreico agudo	2	3.7
7	Meningitis	2	3.7
8	Intoxicación por plaguicidas	2	3.7
9	Asfixia perinatal	2	3.7
10	Infarto agudo del miocardio	1	1.85
11	Hipertensión Arterial	1	1.85
12	Otros	9	16.66
	TOTAL	54	100

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

*Muertes registradas en los expedientes incluidos dentro del estudio

**Otros Servicios incluyen Sala de operaciones e Intensivo.

7.3.7 Procedimientos:

Se encontraron 1,280 procedimientos realizados en los diferentes servicios del hospital. De éstos 408 fueron cesareas que representan 31.87%, legrados instrumentales uterinos con 235 casos(18.35%), Pomeroy con 106 casos (8.28%), Apendicectomía con 102 casos (7.96%), Hernioplastia con 60 casos (4.68%), Manipulaciones de fracturas con 68 casos (5.15%), Colectomía con 39 casos (3.09%), Suturas con 34 casos (2.81%) resto de procedimientos con 228 (19.60%) para completar el 100%

CUADRO 20

PROCEDIMIENTOS* REALIZADOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DURANTE EL AÑO 2,004.

1	Cesarea	408	31.87
2	Legrado instrumental uterino	235	18.35
3	Pomeroy	106	8.28
4	Apendicectomia	102	7.96
5	Hernioplastia	60	4.68
6	Manipulaciones de fracturas	68	5.15
7	Colecistectomia	39	3.09
8	Suturas	34	2.81
9	Otros	228	19.6
	TOTAL	1280	100

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

* Basado en la descripción de la papeleta como procedimiento.

7.3.8 Complicaciones:

Dentro del estudio se encontraron como complicaciones 39 casos de deshidratación que representa el 35.45%, rasgaduras secundario a la atención del parto con 25 casos (22.70%), infección del tracto urinario con 4 casos (3.6%), infección de herida operatoria con 4 casos (3.6%), legrado instrumental uterino con 2 casos (1.8%), obito fetal con 2 casos (1.8%), atonia uterina con 2 casos (1.8%), sepsis con 2 casos (1.8%), bronconeumonía con 1 caso (0.9%), celulitis con 1 caso (0.9%), hemorragia con 1 caso (0.9%), resto de causas con un 22.7% para completar un 100%

7.3.9 Condición y tipo de egreso

Durante El año 2,004, dentro de los expedientes incluidos en el estudio (5,251), egresaron 173 pacientes fallecidos. A 9 especifica en la papeleta que no se les realizó necropsia 164 de ellos no se especificó su condición de egreso.

De los 5,078 pacientes egresados vivos, es de destacar que en la hoja de egreso no existe la condición en que egresa un paciente vivo, sino simplemente su destino por lo que 40 de ellos que representa el 0.46%, referido a consulta externa con 2,755 pacientes (54.25%), no especificado el estado de alta con 2239 pacientes (44%), y referido a otro servicio con 44 pacientes que representa el 0.86%.

8. ANALISIS, DISCUSION E INTERPRETACION DE RESULTADOS

En el Hospital Nacional de Mazatenango, el número de personal médico no es suficiente para cubrir las demandas y producción del mismo, un ejemplo de ello lo constituye el servicio de Gineco – Obstetricia el cual con 3 especialistas cubre el triple de pacientes que el servicio de Medicina Interna estando en este último 4 especialistas, así mismo el personal de enfermería no es suficiente, ya que una misma enfermera profesional debe cubrir dos servicios y durante los turnos solo queda una auxiliar de enfermería para cada servicio, esto significa que hay 1 enfermera para 25 camas, de esta forma no se brinda la atención adecuada para cada paciente. Con respecto al personal de apoyo (rayos x y laboratorio) si es suficiente para satisfacer las demandas, pero, no cuenta con el equipo necesario para las mismas, ya que este se encuentra en deplorables condiciones y es muy antiguo con lo que se hace más lento el obtener la ayuda diagnóstica necesaria.

Las instalaciones de el Hospital son antiguas, a juzgar por el aspecto de estas no han recibido el mantenimiento necesario, las paredes están porosas, mal pintadas, las puertas no tienen cerradura, hay vidrios quebrados, no hay espacio o área recreacional, los servicios también están descuidados, las camas tampoco han recibido el mantenimiento respectivo, hay incluso camas que ya no tiene ningún funcionamiento, pero aun así, están de pie en el servicio. Los servicios sanitarios también se encuentran en muy malas condiciones generales, asociado a esto la falta de agua es un factor determinante en la limpieza, no solo de los servicios sanitarios, también en la limpieza de todo el hospital. Con todo lo anterior no es posible ofrecer una atención integral de calidad a los pacientes.

El intensivo de adultos no cumple con los requisitos mínimos de bioseguridad, lo cual conlleva un riesgoso aumento en las infecciones nosocomiales a nivel hospitalario.

El número de camas con las que cuenta cada servicio no es suficiente para satisfacer las demandas con las que cada servicio cuenta. En la gráfica número 3 se muestra que la producción de cada servicio es superior al número de cama asignadas, especialmente en los servicios de gineco-obstetricia y cirugía, dando como resultado una sobrepoblación de pacientes asignados, siempre, a el mismo número de médicos y enfermeras.

Respecto a la producción de servicios por especialidad, la gineco-obstetricia se ubica como la primera en demanda con un 46.57% después el servicio de pediatría con un 15 %, a continuación el servicio de cirugía con un 13% , lo cual coincide con las demandas de servicios por especialidad a nivel nacional. De esta forma es claro que la población materno infantil es la que más necesita atención en todos los niveles de atención de salud, y al mismo tiempo es el grupo poblacional que más en riesgo se encuentra de ser potencialmente dañado por enfermedades, que, en su mayoría, son de origen infeccioso y al mismo tiempo también son fáciles de prevenir.

Definitivamente para mejorar la atención en salud integral a los pacientes no solo basta con mejorar el equipo que se utiliza en diagnóstico, o contratar más personal y mejor calificado, o simplemente con remodelar todas las instalaciones, claro que todo esto es necesario y por supuesto que influye en el resultado final que es la preservación de la salud del paciente o el restablecimiento de la misma, es necesario hacer un análisis preciso y exhaustivo de las necesidades con las que cada hospital cuenta, de evaluar no solo los factores que pueden existir en contra, también es necesario evaluar las cosas buenas con las que cuenta, conocer la forma en que otros hospitales han tenido los

mismos problemas y conocer la forma en que los han solucionado, para poder tener un sistema de salud que cuente con los mejores estándares de calidad no solo en la capital, también a nivel nacional y poder así llevar una mejor atención integral de salud a cada habitante de el país.

Parte medular de el estudio fue la metodología del mismo, para lo cual, como se expresó anteriormente el 50% de las papeletas revisadas entró al estudio, la otra mitad de papeletas revisadas no fue ingresada a la base de datos debido a diferentes factores, a saber: 7.18 % no estaba físicamente en el archivo al momento de el estudio, esto debido a que al momento de efectuado el estudio, en el mes de abril, el archivo se encontraba en etapa de traslado y remodelación, al mismo tiempo que también existieron papeletas que al momento de el estudio se encontraban en consulta externa o bien estaba en algún servicio con paciente ingresado; 0.14 %no tenia hoja de ingreso o egreso, el cual era uno de los factores de exclusión en el estudio, 42.65 % la hoja de egreso no estaba correctamente llena, debido a que faltaba la fecha de ingreso, servicio destino, condición de egreso y diagnostico de egreso. (ver cuadro 6)

Todo lo anterior remarca la importancia de el correcto llenado en la papelería medica hospitalaria, porque esto refleja que un poco mas de la mitad de las hojas de ingreso/egreso están incorrectamente llenas, lo cual afecta directamente en las estadísticas de el hospital y del país. Es necesario señalar que la parte de las hojas de ingreso/egreso que se encuentra incorrectamente llena corresponde a datos que debe llenar el medico residente, la parte que debe llenar el personal de admisión del el hospital esta correctamente llena, esto indica la urgente necesidad de educar a los profesionales de la practica medica en cuanto al valor que tiene el correcto llenado de una hoja de ingreso/egreso, que no solo tiene importancia para la historia clínica de determinado paciente, al mismo tiempo es un instrumento para la recolección de información medica con carácter estadístico y epidemiológico de vital importancia, de tal manera que al mejorar el llenado de las mismas se pueda reducir, de forma significativa, el nivel de sub.-registro, que, en cuanto a información en salud se refiere, es elevado.

La forma de guardado de la papeleta medica en si es deficiente. Las hojas que conforman la papeleta están unidas por una grapa, es guardada en sobres de papel kraft, en estantes de madera. Sin embargo existen papeletas que aun no están guardadas en dicho sobre, y existen mas que están solo sobrepuestas en espera que les sea asignado un sobre. En estas condiciones la papeleta se ve deteriorada por la humedad, por el uso descuidado que se les da, por estar solo unidas por una grapa, esto ultimo sobre todo porque pueden desprenderse hojas y extraviarse.

El grupo, por genero, que mas consulta a el Hospital de Mazatenango, es el genero femenino, con un 67%, lo cual es consistente con el servicio que mas demanda tiene en dicho hospital, y a nivel nacional, la gineco-obstetricia. Así el sexo femenino y la población infantil en general son quienes mas acuden a solicitar los servicios médicos, que, en general es igual para todos los departamentos de al republica.

Por lo anterior, y porque son un grupo especialmente vulnerable a diferentes enfermedades de interés nacional, es necesario que tengan atención especializada y con buena calidad. La población masculina sigue siendo quien menos consulta en general a

los servicios de salud, y quienes consultan son los varones mayores de 60 años, que ya no constituyen fuerza laboral y productiva del país.

Específicamente el grupo de 25 a 39 años ocupa un 24.12% de la población total que acude al hospital y que representa a la población económicamente activa, seguido por menores de 12 años con 16.94% que corresponde a pacientes pediátricos.

En cuanto se refiere a el lugar de procedencia de las personas que consultan al hospital, el municipio de Mazatenango tiene 31.76% de la afluencia de personas, Cuyotenango con 10.23% y San Antonio Suchitepequez con un 8.93%, esto se debe a la cercanía de los municipios con el Hospital. Sin embargo cabe señalar que el hospital de Mazatenango también presta atención a departamentos como Solola y Retalhuleu, aun con mas afluencia que otros municipios de Suchitepequez.

La etnia no fue posible establecerla, porque en las hojas de ingreso/egreso no se cuenta con el apartado para poder establecer dicha información, pero, si se considera necesario e importante incluir dicho elemento para poder tener información mas especifica y así enfocar esfuerzos epidemiológicos de acuerdo a las necesidades de la población.

El análisis de la morbilidad general, es importante, porque ayuda a establece las enfermedades mas frecuentes en determinada población, en determinado momento, así mismo es base de investigación para poder determinar con mayor exactitud y buscar las causas que lleven a dicha población a tener determinada enfermedad. Se aprecia que el cuadro numero 7 muestra como la primera causa de ingreso hospitalario en general al parto eutósico simple con 31.14% de el total, al mismo tiempo el parto por cesárea tiene 9.55% del total, lo que denota que la demanda de servicios sigue siendo encabezada por el servicio de gineco-obstetricia. La tercera causa de enfermedades es el síndrome diarreico agudo, de origen infeccioso, el cual se convierte en la primera causa de ingresos hospitalarios en los servicios de pediatría y medicina interna. Es probable que el repunte de las enfermedades diarreicas se deba a una mala higiene en general o bien a las condiciones ambientales de Mazatenango, también puede verse influenciado por la falta de agua potable y en si por la falta de agua en general.

El cuadro 8 presenta la morbilidad que con mayor frecuencia se presenta en el servicio de gineco-obstetricia, es el parto eutósico simple, con un 59.3%, parto por cesárea 18.19%, la relación es de 3 a 1, lo cual discrepa con la relación que existe en Guatemala que es de 8 a 1. Esto refleja que la salud reproductiva a nivel nacional es deficiente, porque la gran mayoría de la población femenina esta incluida entre 13 y 25 años de edad, mujeres jóvenes, y aun así es la primera causas de visita e ingreso al hospital. La multiparidad también es un factor importante en cuanto a la reproducción y a la salud reproductiva de la mujer.

El aborto incompleto representa el 8.77%, que evidencia aun mas la falta de conocimiento y educación que en cuanto a salud reproductiva se refiere.

La población infantil se ve afectada por sobre todo con enfermedades infecciosas, de estas los problemas gastrointestinales se presentan con mayor frecuencia que los problemas pulmonares. En el cuadro 9, el síndrome diarreico agudo representa el

45.89% del total de los ingresos en el año 2004 a el servicio de pediatría, las neumonías y bronconeumonias representan un 15.45%, la infección urinaria también es importante destacar, con 3.38%.

Cabe destacar que un factor determinante y concomitante con estos problemas es la desnutrición que presentan los niños que las padecen, de esta forma están en un mayor riesgo que otros niños que si tienen una adecuada nutrición.

En el servicio de cirugía el dolor abdominal representa la principal causa de consulta, y de estos apendicitis aguda es la primera entidad con 12.84%, después 10.36% están las hernias, que en su mayoría fueron inguinales.

Los problemas en vesícula, colecistitis crónica calculosa con 8.1%, esta elevada demanda de atención quirúrgica hace ver la necesidad de mejorar la calidad, y de ser posible, el numero de quirófanos disponibles para el hospital, al mismo tiempo se hace evidente también la necesidad de mas personal para poder satisfacer las demandas de la población. Esto a la vez coincide con la morbilidad en dicho servicio en la capital de Guatemala siendo en este por año 24.191, (ver cuadro 10)

Respecto a la morbilidad en el Servicio de medicina Interna durante el año 2004, la principal causa de morbilidad que se presenta es el Síndrome diarreico agudo, con 11.48%, como se presenta en el cuadro 11; entonces los problemas gastrointestinales se convierten en la principal causas por enfermedad, de ingreso a un servicio, en la población adulta y en la población infantil, de nuevo la causa puede estar derivada de una mala purificación del agua, hasta malos hábitos de higiene, le sigue como causa importante de morbilidad Diabetes Mellitas con un 8.25% lo que denota la falta de una clínica de control del diabético .

Una de los servicios con mas afluencia al hospital es el de Traumatología con un 10.72%, de la producción total del hospital , la primera causa de morbilidad son las fracturas con 62.72 %, le sigue la luxaciones con una 14%, la traumatología ocupa a la vez un 5.25 % de las manipulaciones.(ver cuadro 12)

En el cuadro 13 se puede observar que la primera causa de ingreso al intensivo es el síndrome diarreico agudo con un 28.87% por sus complicaciones tales como deshidratación, hipovolemia e insuficiencia renal aguda, le siguen las neumonías con un 10.63 % especialmente en el recién nacido y en el otro extremo de la vida como lo son los ancianos mas propensos a este tipo de infecciones , como causa importante en este servicio esta el choque séptico también representado por estos dos grupos de edad los días estancia promedio es de 3 días .

De el total de expedientes que se reviso el 3.29% corresponde a la mortalidad de dicho hospital, teniendo como la primera causa de muerte la sepsis especialmente en el recién nacido es de hacer mención que muchos de esos están comprendidos en el rango de menores de un mes, y muchos de estos prematuros, con lo que es importante recalcar la importancia que tiene el control prenatal en las paciente de la gineco- obstetricia, le sigue como causa de morbilidad las neumonías con un 13.29 % y las diarreas con un 9.24% causas prevenibles como se ha mencionado anteriormente, en cuarto lugar las enfermedades cardiovasculares como la insuficiencia cardiaca y el infarto agudo del

miocardio, El servicio donde mas decesos existe es la unidad de intensivo que en el hospital de Mazatenango no cuenta con todo el equipo necesario , para proporcionar una atención adecuada en caso de urgencia , solo se cuenta con 2 ventiladores mecánicos, por turno solo cuenta con 2 enfermeras. (ver cuadro 14)

Los procedimientos mas comúnmente realizados como es de esperar están cesáreas con un 31.87 %, le sigue los legrados con un 18.35, y las operaciones esterilizantes de la mujer en un 8.28% , que va acorde con la morbilidad de dicho encajamiento y del Hospital en general. Las principales complicaciones que sufrieron los pacientes ya ingresados en el hospital nacional de Mazatenango fueron, deshidratación hidroelectrolitica en un 27.27%, rasgaduras en general 20.02% e infecciones urinarias en un 3.69%. (ver cuadro 20)

9. CONCLUSIONES

1. El Hospital Nacional de Mazatenango, Suchitepequez, cubre las áreas asignadas para su cobertura como lo es todo el departamento de Suchitepequez, municipios aledaños de Solola como lo es Nahuala, Santa Catarina Ixtahuacan, y Retalhuleu con sus municipios de San Andres Villa Seca , menos del 1% son pacientes de departamentos ajenos, Actualmente no cuenta con todos los estándares mínimos obligatorios para un hospital del nivel 3 al que pertenece debido a que carece de recursos materiales como un incinerador propio. En cuanto a recursos humanos no posee un porcentaje mayor de enfermeras profesionales con relación a enfermeras auxiliares. Con respecto a organización no existe un comité de infecciones nosocomiales y un comité de supervisión de historia clínica. Durante el año 2004 la mayor cantidad de pacientes atendidos fueron de sexo femenino en edad fértil, que se dedican en su mayoría a oficios domésticos y que la mayor parte reside en el municipio de Mazatenango, Suchitepequez. Sus principales causas de morbilidad general fueron: parto eutósico, parto por cesarea, síndrome diarreico agudo, aborto incompleto y fracturas. Siendo las principales causas básicas de muerte fue sepsis , Bronconeumonías y neumonías , síndrome diarreico agudo.
2. El Hospital Nacional de Mazatenango cuenta con 32 médicos, 129 enfermeras, 73 trabajadores dentro del personal de apoyo y 28 en personal administrativo. Con respecto al recurso material cuenta con 127 camas distribuidas de la siguiente manera: el departamento de ginecoobstetricia con 34 camas, Pediatría con 22 camas, Cirugía con 23 camas, Medicina Interna con 21 camas y el Intensivo con 7 camas. Posee laboratorio clínico, banco de sangre, diagnóstico por imágenes y farmacia interna los cuales ofrecen servicio las 24 horas del día. No posee incinerador, se abastece de agua debido a una cisterna continua, cuenta con servicio de red pública de energía eléctrica y planta propia para casos de emergencia.
3. Durante el año 2004 en el Hospital Nacional de Mazatenango, la mayor proporción de pacientes atendidos fueron de sexo femenino representando el 67%, quienes en su mayoría se encontraban en edad fértil, dedicadas principalmente a oficios domésticos. La mayor afluencia proviene de el municipio Mazatenango del departamento Suchitepequez; con respecto al estado civil la mayoría de pacientes se encontraban casados; no se conoce la etnia de los mismos ya que no existe un registro de la misma en la hoja de ingreso/egreso de este hospital. Las principales causas de morbilidad general atendidas fueron en orden de frecuencia: parto eutósico, parto por cesarea, síndrome diarreico agudo, aborto incompleto, fracturas, trabajo de parto pretermino, neumonías y bronconeumonías, apendicitis aguda, colecistitis crónica. La tasa de mortalidad intrahospitalaria fue de 3.2 por cada 100 pacientes ingresados. Siendo las principales causas básicas de muerte Sepsis, Bronconeumonía y neumonia, síndrome diarreico agudo, enfermedades cardiovasculares, prematuréz perteneciendo estas en su mayoría por el departamento de Medicina Interna.

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

10 RECOMENDACIONES

1. Readecuar el espacio físico existente tomando en cuenta la demanda que cubre cada servicio.
2. Distribuir a los médicos residentes y especialistas en base a las demandas de la población.
3. Mejorar la infraestructura de los encajamientos para aumentar la calidad de servicio prestado a la población.
4. Crear más quirófanos y mejorar los que ya se tienen, porque los procedimientos quirúrgicos ocupan un lugar prioritario en las necesidades de este hospital.
5. Fomentar la medicina preventiva en todos los niveles de atención, para crear un cambio en la conducta de las personas y mejorar su salud.
6. Estandarizar las salas situacionales para tener un enfoque más objetivo acerca de la morbi – mortalidad del país.
7. Fomentar la continuidad en el uso de la base de datos creada este año 2005.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acuña, María Cecilia: Exclusión protección social y derecho a la salud. (en línea) disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/exclus-derecho-salud-art-1aca.pdf>. 1 de Marzo de 2005.
2. Batista Moliner, Ricardo; et al. Análisis de la situación de salud: Algunas consideraciones metodológicas y prácticas. (CD-ROM). La Biblioteca Virtual "La Práctica Social de la Salud Pública". Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Fase III. Guatemala, 2004
3. Borges, L.C. et.al. Evaluación de algunos indicadores del Programa Nacional para la Prevención y el Control de la Infección Intrahospitalaria. Revista Cubana de Medicina General Integral. Año 2000. Vol 16 (4). Pp 350-5
4. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS): Análisis de Situación Integral de Salud 2004 (en línea) disponible en: http://www.cendeiss.sa.cv/cursos/guía_nueve.pdf. 1 de marzo de 2005
5. Costa Rica. Ministerio de Salud: Análisis Sectorial de Salud Costa Rica 2002 (en línea) disponible en: <http://www.lachsr.org/documents/analisissectorialdesaluddecostaricaparteIII-ES.pdf>. 1 de Marzo de 2005.
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sala Situacional. Documento Base para su implementación y desarrollo. Guatemala: 2001. 111 p. (Programa de Desarrollo Epidemiológico).
7. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica Guatemala: 2003 (en línea) disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/cms2/docs/epi/memoria%20vigenpi%202.003.pdf>. 2 de marzo de 2005
8. Neuhauser, Duncan. Funcionamiento de las Organizaciones para la Administración de la Salud. En: Análisis de las Organizaciones de Salud. Madrid: OPS, 1987 (pp 7-19).
9. Organización Panamericana de la Salud: Indicadores de Salud: Elementos básicos para el análisis de Situación de Salud (en línea) disponible en: http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n4-indicadores.htm. 2 de Marzo de 2005.

10. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Organización y Procedimientos hospitalarios. Sao Paulo: OPS, 1990. 636 p.
11. Paganini, J. M. Y R. Capote. Los Sistemas locales de Salud. Washington, D.C.: OPS, 1990. 742 p.
12. Paganini, J. M. Y H. de Moraes. El Hospital Público, Tendencias y Perspectivas. Washington, D. C.: OPS, 1994. 320 p.
13. Paganini, J. M. Y H. de Moraes Noves. Estándares e Indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS, 1994. 109 p.
14. Terrón, Lucia. Sala Situacional. (CD-ROM). La Biblioteca Virtual "La Práctica Social de la Salud Pública". Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 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.

11. ANEXOS

- 11.1 Consolidado de expedientes**
- 11.2 Instrumento de recolección de datos de expedientes clínicos.**
- 11.3 Instrumento de recolección de datos, entrevista**
- 11.4 Hoja de ingreso y egreso**

ANEXO 1 Consolidado de Expedientes

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

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

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

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

ANEXO 2

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

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

203	Primeras 3 impresiones clínicas	1. _____ 2. _____ 3. _____	Ilegible R69X No hay dato R69X
III. DATOS DE EGRESO			
301	Fecha	Día Mes Año No hay dato	99
302	Servicio de donde egresa	Medicina Interna Cirugía Pediatria Gineco-obstetricia Ortopedia-Traumatología Intensivo SOP No aplica=No hay datos	1 2 3 4 5 6 7 99
303	Primeros 5 diagnósticos	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ Ilegible o ausencia de dato	Vivo R69X Muerto R99X
304	Procedimientos	1. _____ 2. _____ 3. _____ Ilegible No hay dato	77 99
305	Complicaciones	1. _____ 2. _____ 3. _____ Ilegible No hay dato	77 99
306	Condiciones	Vivo Curado Mejorado No curado Mismo estado Muerto Con autopsia Sin autopsia No hay dato	1 2 3 4 5 6 7 8 99

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

Anexo 3

Instrumento de Recolección de Datos

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA RED HOSPITALARIA

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

A. RECURSOS

1. Humanos

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

2. Físicos

201	Unidad de Cuidados Críticos	sí _____	no _____
202	Neonatología	sí _____	no _____

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

3. Control de Residuos:

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

4. Disponibilidad de Agua

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

5. Disponibilidad de Energía Eléctrica

501. Red pública _____
502. Planta Propia _____

B. PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

1. Total de pacientes atendidos

101. Pediatría

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

102. Gineco-obstetricia
102.1 Emergencia _____
102.2 Encamamiento _____
102.3 Consulta externa _____
102.4 Sala de operaciones _____
102.5 Cuidado crítico _____

103. Medicina Interna
103.1 Emergencia _____
103.2 Encamamiento _____
103.3 Consulta externa _____
103.4 Sala de operaciones _____
103.5 Cuidado crítico _____

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

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