

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**“ANALISIS DE SITUACION HOSPITALARIA”
HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA
2004**

CARLOS ALBERTO RUIZ SETT
VIANKA ROZZINATH RECINOS ESPAÑA
PEDRO MAXIMILIANO ESTRADA MENDEZ

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, AGOSTO DE 2005

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

**“ANALISIS DE SITUACION HOSPITALARIA”
HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA
2004**

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

Por

**Carlos Alberto Ruiz Sett
Vianka Rozzinath Recinos España
Pedro Maximiliano Estrada Méndez**

Previo a obtener el titulo de

MÉDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Agosto DE 2005

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. ANÁLISIS DEL PROBLEMA	
3	
2.1 Antecedentes del problema	
3	
2.2 Definición del problema	4
2.3 Delimitación del problema	5
2.4 Planteamiento del problema	6
3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	
7	
3.1 Magnitud	7
3.2 Trascendencia	7
3.3 Vulnerabilidad	7
4. REVISIÓN TEÓRICA Y DE REFERENCIA	9
4.1 Monografía del departamento	9
4.1.1 Datos de Zacapa	9
4.1.2 División Administrativa Municipal	9
4.1.3 Topografía	10
4.1.4 Clima	10
4.1.5 Idioma	10
4.1.6 Información del Hospital	11
4.2 Sala situacional	12
4.2.1 Concepto	12
4.2.2 Objetivos	12
4.2.2.1 General	12
4.2.2.2 Específico	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 de Salud	16
4.3.5 Estándares mínimos obligatorios	16
4.3.5.1 Áreas técnicas y de apoyo	
	22
4.3.5.2 Estructura física y funcional	27
4.3.5.3. Instalaciones	28
4.3.6 Estándares no obligatorios	29
4.4. Situación de los Hospitales Públicos en América Latina	31
4.5 Hospitales en Guatemala	32
4.6. Morbilidad y mortalidad intrahospitalarias	32
4.6.1 infecciones adquiridas intrahospitalariamente	32
4.7. Análisis situacional	33

4.7.1 Análisis de contexto para la planificación estratégica	34
4.7..2 Análisis de contexto	35
4.7.3 Los problemas de salud como punto de partida para el análisis de contexto	35
4.7.4 Construcción de los problemas de salud colectiva	35
4.8. La situación de salud en la región de las américas	36
4.8.1 Contexto demográfico	37
5. OBJETIVOS E 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	46
6.6 Aspectos éticos de la investigación	46
6.7 Alcances y limitaciones	46
6.8 Plan de análisis, uso de programas y tratamiento estadístico de los datos	47
7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA	49
7.1 Descripción general	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
7.2.2.1Organizacion funcional del personal de prestación de servicios	51
7.2.2 Recursos Físicos	51
7.3. Producción de servicios	52
7.3.1 Distribución de la producción por servicio de encamamiento reportado en el año 2004	53
7.3.2 Clasificación de expedientes	53
7.3.3 Características demográficas	54
7.3.3.1 Sexo	54
7.3.3.2 Edad	54
7.3.3.3 Estado civil	55
7.3.3.4 Etnia y Ocupación	55
7.3.3.5 Lugar de residencia	55
7.3.4 Gestión hospitalaria	56
7.3.4.1 Distribución de pacientes según mes de ingreso durante el 2004	56
7.3.4.2 Promedio de días de estancia	57
7.3.4.3 Días cama disponible	57
7.3.4.4 Días cama ocupada	58
7..3.4.5 Índice Ocupacional	58
7.3.4.6 Giro o rotación de camas	58
7.3.5 Morbilidad	59
7.3.5.1 Principales causas de morbilidad general	59
7.3.5.2 Ginecoobstetricia	61

7.3.5.3 Pediatría	62
7.3.5.4 Cirugía	62
7.3.5.5 Medicina interna	63
7.3.5.6 Traumatología	64
7. 3.6 Mortalidad general	65
7.3.6.1Ginecoobstetricia	66
7.3.6.2Pediatría	66
7.3.6.3Cirugía	67
7.3.6.4Medicina Interna	67
7.3.7 Procedimientos realizados en el hospital	68
7.3.8. Complicaciones	68
7.3.9. Tipo y condiciones de egreso	68
8.ANALISIS, DISCUSION E INTERPRETACION DE RESULTADOS	69
9. CONCLUSIONES	75
10. RECOMENDACIONES	77
11. BIBLIOGRAFÍA	79
12. ANEXOS	81

CONTENIDO DE CUADROS

	Página
1. Variables obtenidas de la hoja de Ingreso-egreso	42
2. Variables obtenidas de las entrevistas	45
3. Recursos humanos del Hospital Regional deZacapa	50
4. Distribución del número de camas	52
5. Distribución de la producción de servicios	53
6. Clasificación de expedientes	54
7. Primeras causas de morbilidad general	59
8. Primeras causas de morbilidad en ginecoobstetricia	61
9. Primeras causas de morbilidad en Pediatría	62
10. Primeras causas de morbilidad en Cirugía	62
11. Primeras causas de morbilidad en Medicina Interna	63
12. Primeras causas de morbilidad en Traumatología	64
13. Primeras causas de mortalidad general	65
14. Causas de mortalidad en Ginecoobstetricia	66
15. Causas de mortalidad en Pediatría	66
16. Causas de mortalidad en Cirugía	67
17. Causas de mortalidad en Medicina Interna	67
19. Procedimientos realizados	68

CONTENIDO DE GRAFICAS

	Página
1. Sala Situacional. Fase del proceso metodológico	13
2. Distribución de pacientes según el mes de ingreso	56
3. Relación de ingresos y camas por servicios	57

1. RESUMEN

De los 43 hospitales que conforman la red hospitalaria de la República de Guatemala no todos cuentan con un análisis de la situación en salud, y donde si se realiza carecen 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.

Este estudio es de tipo analítico retrospectivo, y 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 serán el objeto del estudio. El objetivo es analizar la situación de salud de cada hospital que se incluye en el estudio. Para lograr esto se realizo una base de datos con la colaboración del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, en donde se ingresaron los datos de los diferentes hospitales, y se pueden comparar datos de las variables que se incluyen en el estudio (demográficas, morbi-mortalidad, recursos y cobertura de servicios de salud) y finalmente proveer información veraz, actualizada y oportuna al director del hospital.

Los datos se obtuvieron de la hoja de ingreso y egreso de los expedientes que fueron incluidos en el estudio al cumplir con los criterios de inclusión.

Según los datos proporcionados por el departamento de estadística se reportaron 12875 ingresos al hospital regional de zacapa, de los cuales se encontraban reportados en los libros de ingreso/egreso 12375, de estos se realizó una clasificación según los criterios del estudio. A partir de este punto nos referiremos únicamente a los 8121 casos incluidos en el estudio e ingresados a la base de datos.

Dentro de la morbilidad general, los partos con 1873 casos 22% ocupan la principal causa de consulta hospitalaria, seguido de 1004 pertenecientes al grupo de causas desconocidas o ilegibles, equivalente al 11.7% y las diarreas con 6% ocupando el tercer lugar de incidencia. Entre las principales causas de mortalidad general descritas durante el año 2004, figuran: infarto agudo del miocardio, neumonías, traumatismo, choque séptico, accidentes cerebro-vascular.

Al finalizar el estudio se puede lograr una mejor distribución de los recursos humanos y materiales, con el fin de mejorar la atención médica-asistencial

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. (2,14,7,6)

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

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

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

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

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

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

2.2 Definición del problema

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Delimitación del problema

Este estudio se llevó a cabo en varios hospitales de la República de Guatemala. Se incluirá 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 incluirán en el estudio son:

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

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

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 serán el objeto del estudio.

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

3.2 Trascendencia

Es importante remarcar que nuestro país carece de un análisis de situación hospitalaria que represente de manera global las necesidades reales en salud de la población; sabiendo que la identificación de las causas de los problemas de salud es el primer paso hacia su solución y prevención, se 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. REVISIÓN TEÓRICA Y DE REFERENCIA

4.1 Monografía del departamento

4.1.1 Datos de Zacapa

Cabecera: Zacapa

Altura: 185 m SNM

Extensión: 2,690 km²

Coordenadas: 14° 58´ 45´´ Latitud 89° 31´ 20´´ Longitud

Población: 188,319 habitantes

El Departamento de Zacapa se encuentra situado en la región III o región Nor-Oriente, su cabecera departamental es Zacapa, limita al Norte con los departamentos de Alta Verapaz e Izabal; al Sur con los departamentos de Chiquimula y Jalapa; al Este con el departamento de Izabal y la República de Honduras; y al Oeste con el departamento de El Progreso. Se ubica en la latitud 14° 58' 21" y longitud 89° 31' 42", y cuenta con una extensión territorial de 2,690 kilómetros cuadrados

Zacapa, se deriva de la voces náhuatl, ZACATL, que significa ZACATE O YERBA y APAN en el río, formado en vez de ATL, agua y pan "SOBRE EL RIO DEL ZACATE" O DE LA YERBA, aludiendo indudablemente al río grande de Zacapa.

La Historia de Zacapa, se inicia en tiempos de la colonia; durante este tiempo dependía de la provincia de Chiquimula que estuvo dividida en dos partidos o corregimientos que eran; uno, ZACAPA Y ACASAGUASTLAN, formado por los ocho pueblos y valles, situados en la parte occidental o el otro llamado Chiquimula, que comprendía los vendidos de la parte oriente.

En 1,825, Chiquimula se convirtió en Departamento, contando con siete municipios siendo Zacapa uno de ellos; debido a la extensión territorial de Chiquimula, la acción de las autoridades de este entonces determinaron que era muy difícil administrar un gran territorio y decidió dividir en el departamento en dos; el de Chiquimula propiamente y el de Zacapa, que tuvo como cabecera el mismo nombre; esta división se llevo a cabo por el Decreto No. 31 con fecha 10 de noviembre de 1871, del Presidente de la República General MIGUEL GARCIA GRANADOS.

4.1 .2 Division Administrativa Municipal

1. Zacapa
2. Estanzuela
3. Río Hondo
4. Gualán
5. Teculután
6. Cabañas
7. San Diego
8. La unión

9. Huité

10. Usumatlán

4.1.3 Topografía

El departamento es montañoso en su mitad septentrional, que es atravesada de oeste a este por la sierra de Las Minas. a parte sur del departamento cuenta en todas direcciones con pequeñas cadenas de montes y cerros aislados, separados por hondonadas más o menos profundas, mientras que la parte central lo forma el cauce del río Motagua, o sea un extenso valle longitudinal que, según la configuración topográfica, se estrecha o ensancha, dando origen a vegas muy fértiles, así como a llanuras tan grandes como los llanos de La Fragua, con cuya irrigación se está proporcionando un gran beneficio al departamento, ya que se producen magnificas cosechas de caña de azúcar, tomate, tabaco de buena calidad, además de otras siembras con que se ha estado experimentando.

4.1.4 Clima

El Clima del departamento es cálido seco. La agricultura se practica especialmente en la zonas regables o "Vegas". Los Productos de tierra fría son escasos y la mayor parte de la población se dedica a la ganadería. Los productos lácteos de Zacapa gozan de merecida fama en todo el país.

Los primeros habitantes de la región fueron los Chortis, casi extinguidos en la actualidad.

4.1.5 Idioma

Como efecto de la presencia de los españoles en la región oriental de Guatemala, durante los siglos XVII al XVIII, uno de los idiomas de origen maya, remanentes y aún vigente es el Chortí. Este surgió, debido a que en dicho lugar se formó la vía de comunicación más directa del reino de Guatemala, con la corona española y las demás regiones del istmo.

Los idiomas de origen maya son raramente utilizados en este departamento, pero se mantiene el Ch'orti', además, el español.

4.1.6 Información del Hospital

Departamento: Zacapa

Area de Salud: Zacapa

Hospital: Regional de Zacapa

Director Actual: Dr. Eduardo Luna Ordoñez

Jefe de Enfermería: Ines Venegas

Epidemiólogo: Dra. Roxana Carranza

Jefe de Estadística: Doris Hernández

Directores de área :

 Pediatria: Dr Armando Cordón

 Maternidad: Dr. Ednnio Lara

 Medicina Interna: Dr Hjalmer Juárez

 Cirugía: Dr Ricardo Duarte

Jefe de Recursos Humanos: Luis Herrate

¿Existe Comité de Vigilancia ? : Sí

¿Quiénes lo conforman ? Doctores pediatras, internistas, personal de laboratorio, enfermería, farmacia

¿Existe Sala situacional en el hospital? Si

¿Quién es el responsable de la Sala? Comité de Epidemiología

¿Hay constancia del análisis de la Sala? Cada semestre

¿Esta Actualizada? Si

¿Dónde esta localizada? Dirección de Epidemiología

¿Hay sala situacional por especialidad o es general? Ambas

¿Desde cuando la realizan? Hace 2 años

¿En qué se basan para realizarla? Estadística, F4, egresos, capacitación, guías.

4.2 Sala situacional

4.2.1 Concepto

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

4.2.2 Objetivos

4.2.2.1 General

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

4.2.2.2 Específicos

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

4.2.3 Propósito

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

4.2.4 Metodología

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

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

101. Definición de las necesidades en salud de la población: este proceso implica la interacción entre una entidad administrativa de salud y los diferentes grupos poblacionales susceptibles con el objetivo de caracterizar la estructura de sus necesidades y aplicar una metodología de priorización.

102. Definición de eficacia esperada de las Intervenciones: Basándose en la demanda y oferta existentes en salud, creando Programas de Salud Pública dirigidos hacia la satisfacción eficaz de las necesidades priorizadas.

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

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

GRÁFICA 1



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

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

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

4.3 Administración Hospitalaria

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

4.3.1 Definición

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

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

4.3.2 Funciones

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

- ✓ Atención médica continuada: concentrando una gran cantidad de recursos de diagnóstico y tratamiento, para reintegrar rápidamente al paciente a su medio.
- ✓ Atención médica integrada: constituyendo una estación intermedia dentro de una red de servicios de complejidad creciente.

- ✓ Atención médica integral: dado que la pertenencia del establecimiento a una red garantiza la disponibilidad de todos los recursos para resolver un caso.
- ✓ Área programática: el establecimiento tiene un área de influencia a la que brinda sus servicios y sobre cuya población deben evaluarse los resultados de sus acciones.
- ✓ Efectos de los programas de salud: el establecimiento también actúa ejecutando programas preventivos y de promoción de la salud, impulsados por la autoridad sanitaria. (12,13)

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

4.3.3 Derechos y Responsabilidades de los Pacientes

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 de el aislamiento y protección que se consideren necesarios para su seguridad personal.
- ✓ Identidad: tiene derecho de conocer la identidad y posición profesional de los individuos que le prestan servicios.
- ✓ Información: de obtener del profesional responsable de la coordinación de su tratamiento la información completa y actualizada del diagnóstico, su tratamiento o cualquier pronóstico de una manera comprensible para el paciente.
- ✓ Comunicación: acceso a personas ajenas al hospital a través de visitas de manera verbal y escrita.
- ✓ Consentimiento: de participar razonablemente informado, en las decisiones relacionadas con tratamiento de salud.
- ✓ Consultas: bajo petición y a su cuenta, de consultar con un especialista.
- ✓ Denegación del tratamiento: de rehusar tratamiento hasta donde lo permita la ley.

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 contó 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: amilasemia, bacterioscopia directa, coagulograma básico, colesterol, creatinina, creatinfosfoquinasa (CPK), reacción para Chagas, glucemia, grupo sanguíneo, hemograma, hepatograma, lactato deshidrogenasa, látex para artritis reumatoidea, orina completa, parasitológico de materias fecales, sangre oculta en materia fecal, triglicéridos, uremia, VDRL cualitativa, otros. Cuenta con técnico y/o bioquímico en guardia pasiva las 24 horas.

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

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

Nivel 4: Puede procesar: antígeno carcino-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 Radiofísica Sanitaria de la Jurisdicción correspondiente. Cuenta con equipo fijo de 100 mA, con dispositivos Potter Bucky sin seriógrafo.

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

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

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

H. Hemoterapia (13,10)

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

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

Nivel 2: Tiene un local exclusivo destinado a este fin, que cumple con las normas para servicio de Hemoterapia. El servicio está a cargo de un médicos especialista en Hemoterapia. Dichas normas indican que en toda unidad trasfusional deben realizarse

las siguientes pruebas serológicas: Agrupamientos, Du, genotipo, Sífilis (VDRL), Brucelosis (Huddlesson), Chagas (látex, fijación de complemento o hemoaglutinación), Antígeno de hepatitis, Be, hepatitis C, Detección de anticuerpos anti HIV.

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

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

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

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

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

I. Atención de nacimiento (10,13)

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

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

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

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

J. Área Quirúrgica (10,13)

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

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

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

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

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

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

K. Anestesiología (13,10)

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

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

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

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

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

L. Control de infecciones hospitalarias (13)

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

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

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

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

4.3.5.1 Áreas técnicas y de apoyo

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

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 (13,10)

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

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

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

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

C. Limpieza (13)

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

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

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

D. Esterilización (13,10)

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 (13,10)

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

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

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

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

Nivel 4: Cuenta con un Comité de Fármaco – Vigilancia

F. Enfermería (13,10)

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 (13,10)

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

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

local exclusivo para este fin. El registro de HC está organizado por doble entrada: por número de orden y por orden alfabético

Nivel 2: Existe supervisión de HC.

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

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

H. Estadísticas (13,10)

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 (13,10)

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 (13,10)

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 (13,10)

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 la áreas críticas .

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

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

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

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 los establecido por la oficina de ingeniería sanitaria de la región.

4.3.6 Estándares no obligatorios

A. Cuidados Críticos (13,10)

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

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

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

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 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 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 de la mortalidad asociada a IIH, sobre todo en aquellas infecciones que ponen en la vida del paciente, y que en orden de frecuencia son sepsis generalizadas, bronconeumonía y otras sepsis (infecciones del endocarditis bacteriana, etc.). (15)

La mayoría de las IIH son endémicas y se presentan continuamente en cierto de pacientes con ísticas individuales tales como la edad, alteraciones en su mecanismo de defensa, (por su enfermedad de base o por tratamientos con inmunosupresores o inmunodepresores), o 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 circunstanancias 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 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 anual de 5 a 10 billones de dólares , ocupando la tercera causa de 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 (9,5)

4.7.1 Análisis de contexto para la planificación estratégica

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

Este esfuerzo de análisis, constituye una primera aproximación al conocimiento de los principales problemas de salud de la población y su explicación y es la base para

continuar profundizando poco a poco (por aproximaciones sucesivas) en el conocimiento de la realidad y como ésta se expresa en la situación de salud de estratos específicos de la población. (10)

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

4.7.2 Análisis de contexto

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

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

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

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

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

4.7.4 Construcción de los problemas de salud colectiva

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

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

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

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

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

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

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

4.8. La situación de salud en la región de las américas

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

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

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

4.8.1 Contexto demográfico

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

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

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

5.1 Hipótesis

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

5.2 Objetivos

5.2.1 General

Analizar la situación de 17 hospitales de la república de Guatemala con base a información estandarizada de las variables demográficas, morbi-mortalidad recursos humanos, materiales, y cobertura, del total de pacientes egresados en el año 2004.

5.2.2 Específicos

- 5.2.2.1** Identificar los recursos y cobertura del Hospital Regional de Zacapa.
- 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 DE 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 de los registros médicos de cada hospital además de entrevistas personales a director, administrador, jefa de enfermería.

6.3 Población

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

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

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</u>	<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 período de tiempo	Indicadores de rendimiento hospitalario. construidos a partir del número de egresos, tipo y condiciones de egreso. camas y días de estancia.	GESTIÓN HOSPITALARIA	Razón	Número de egresos, días promedio de estancia, días cama disponible, días cama ocupada, índice ocupacional, giro o rotación de camas.
		<p style="text-align: center;">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 	PROCEDIMIENTOS	Nominal	Se tomaran los procedimientos registrados en la hoja de ingreso/egreso.
		Acciones médicas de diagnóstico y/o tratamiento realizadas a un paciente.	TIPO Y CONDICIONES DE EGRESO	Nominal	Condiciones: Vivo (curado, mejorado, no curado, mismo estado), Muerto (con autopsia, sin autopsia), No hay dato. Tipo: Alta voluntaria, indicación médica, referido a otro servicio de salud, referido a consulta externa, no hay dato.

CUADRO 2
Variables obtenidas de las entrevistas

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

6.5 Descripción de técnicas y procedimientos

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

Procedimiento: Se utilizó una hoja de recolección de datos y/o una base de datos computarizada, en la cual se incluyó las distintas variables a evaluar. Se hizo una entrevista al personal que labora en el hospital dependiendo la información requerida (datos de demografía, recursos, cobertura, morbilidad, mortalidad).

6.6 Aspectos éticos de la investigación

Se trata de un estudio no experimental, retrospectivo, del cual no se hizo mal uso ni se altero la información obtenida. En los casos en que sea necesario, se mantuvo 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. Consideramos que las limitantes para llevar a cabo este estudio fueron el subregistro de información (papelería extraviada, información no descrita), letra ilegible. Dentro de los criterios de exclusión podemos mencionar:

- a. Sobres sin expediente o expediente extraviado.
- b. Expedientes sin hoja de ingreso/egreso
- c. Hoja de ingreso/egreso que no tenga los datos de fecha de ingreso, servicio de destino y condiciones de ingreso (vivo o muerto).

En el análisis de la situación de salud del hospital Regional de Zacapa se encontraron algunas limitaciones que influyeron en la elaboración del estudio, tanto en la recolección de datos como tabulación de los mismos que a continuación se describen.

La recolección de datos se vio afectada por varios factores; la estructura del archivo dificulta el sacar los expedientes ya que la distancia entre los anaqueles es reducida, algunos se encuentran a una altura que se hace necesario utilizar escaleras para alcanzarlos, las que no se encuentran en buen estado. Por el número de expedientes que se maneja se encuentran áreas donde no hay espacio para colocar adecuadamente los expedientes lo que crea desorden que a la vez dificulta la extracción de estos.

El espacio reducido en el archivo más el clima del lugar hacen que algunos días la temperatura se eleve tanto que se pueden alcanzar los 40 grados centígrados, lo que hace dificultoso tanto la extracción de las papeletas como el clasificarlas y llenar las boletas.

En la tabulación de datos se encontraron algunas dificultades con el programa donde se ingresaban los datos lo que limitó la elaboración de este análisis de la situación de salud del hospital de Zacapa.

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

La información recaudada en la ficha de recolección de datos se procesó por códigos en forma numérica de acuerdo a cada variable en una base de datos computarizada proporcionada por el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA). Luego se procederá a tabular los datos en cuadros y gráficas de columnas, barras, diagrama de sectores, y otros, según ameriten. Se trató estadísticamente los datos por medio de proporciones, tasas y razones.

7. PRESENTACION DE RESULTADOS HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA

7.1 Descripción general

7.1.1 Ubicación

El departamento de Zacapa se encuentra ubicado a 147 km, en la región III o Nor-Oriente, su cabecera departamental es Zacapa, que limita al Norte con los departamentos De: Alta Verapaz e Izabal; al sur con los departamentos de Chiquimula y Jalapa; al este con el departamento de Izabal y la Republica de Honduras y al Oeste con el departamento de El Progreso.

Se ubica a una altura de 185mts. Sobre el nivel del mar contando con una extensión territorial de 2690km². Su población 188.319 hab.

Zacapa se deriva de las voces: nahuatl, "ZACATL". que significa zacate o hierba, y "APAN" en el río, "SOBRE EL RIO DEL ZACATE".

El Hospital regional de Zacapa fue fundado en el año:1959, se encuentra ubicado a 4 km. de la carretera interamericana.

7.1.2 Cobertura

El área de afluencia, en este centro es el nor-oriente del país que incluye los departamentos de Zacapa, Chiquimula, El progreso, e Izabal.

7.1.3 Tipo de hospital

El hospital de Zacapa es clasificado como hospital de región ya que tiene bajo su responsabilidad la atención de la referencia que procede de puestos, de salud, centros de salud tipo A y B y hospitales de distrito y área de una región de salud definida. Este tipo de hospital cuenta con una dotación de 150 a 300 camas desarrollan programas integrales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Cuenta con recurso humano capacitado a nivel profesional, técnico y operativo.

7.2 Recursos

7.2.1 Recursos humanos

En el hospital regional de Zacapa trabajan un total de 332 personas los cuales de encuentran distribuidos en tres categorías: prestación de servicios 187, personal de apoyo 96 y personal administrativo 49. Para mas detalle (ver cuadro 3)

**CUADRO 3
RECURSOS HUMANOS CON LOS QUE CUENTA EL HOSPITAL REGIONAL
DE ZACAPA.**

CATEGORIA	TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRESTACION DE SERVICIOS	MEDICOS ESPECIALISTAS	21	6,3
	MEDICOS RESIDENTES	37	11.1
	MEDICOS EXTERNOS	16	4.8
	ENFERMERAS PROFESIONALES	18	5.4
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	95	28.6
PERSONAL DE APOYO	TECNICOS DE LABORATORIO	10	3
	TECNICOS DE RAYOS X	5	1,5
	PERSONAL DE LIMPIEZA	26	7.8
	PERSONAL DE MANTENIMIENTO	8	2.4
	PERSONAL DE COCINA	24	7.2
	PERSONAL DE LAVANDERIA	13	3.9
	PERSONAL DE SEGURIDAD	0	0
	TRABAJADORAS SOCIALES	2	0,6
	PSICOLOGOS	1	0.3
	NUTRICIONISTAS	0	0
	COMITÉ DE INFECCIONES NOSOCOMIALES	7	2.1
	PERSONAL ADMINISTRATIVO	ADMINISTRACION	49
TOTAL		332	100

Fuente: Información proporcionada por Departamento de Personal , Hospital Regional de Zacapa.

7.2.1.1 Organización funcional del personal de prestación de servicios

Existe un horario establecido en el Hospital para los médicos, el cual consiste en iniciar labores a las 7:00 horas y concluyen a las 16:00 horas, horario en el cual inicia el turno el médico de guardia.

En el Hospital, turnan 3 médicos, de los cuales el especialista es el Ginecoobstetra y 2 médicos generales destinados para el resto de servicios a nivel hospital. El personal de enfermería está distribuido por 3 turnos.

7.2.2 Recursos Físicos

Este centro hospitalario cuenta con una infraestructura de dos niveles, en los cuales se encuentran albergados los distintos pacientes de las especialidades de ginecología, pediatría, Cirugía y Medicina interna, además de la Jefatura de área de Zacapa.

Cuenta además con una sala de emergencia, departamento de rayos x, laboratorio clínico, Sala De Operaciones, Sala de Partos, y servicios varios como lo son, el área de lavandería, cocina, epidemiología, archivo etc.

Cada uno de los servicios cuenta con área de encamamiento común, cuarto de shock, aislamiento, y clínica, a excepción de la pediatría, que cuenta con un servicio de neonatología, con 7 incubadoras, y un neonatólogo que se ocupa de esa área específicamente, siendo este el único en toda la región de Nor- Oriente.

El servicio de emergencia, cuenta con todos los servicios de especialidades, constituyendo un área común para todas aunque el área de la ginecoobstetricia se encuentra separada, teniendo 4 camillas a su disposición a comparación de la medicina y cirugía en la que cuenta con 2. Para pediatría se cuenta también con 2 camillas.

También se cuenta con el servicio de consulta externa, el cual forma parte de un centro de salud dentro de la misma institución, donde se ofrecen los servicios antes descritos.

Otro de los servicios con los que se cuenta en el hospital es el de sala de operaciones, el cual cuenta con 3 quirófanos, los cuales son compartidos por las diversas especialidades que hacen uso de las mismas, contando cada quirófano con todo lo necesario según las reglas de esterilización y asepsia, además de un vestuario adecuado que diferencia de las demás áreas. De los 3 quirófanos, solamente uno cuenta con el servicio de aire acondicionado, siendo este un factor determinante, ya que, es necesario para la circulación del aire y el ambiente del mismo por haber un calor permanente en esta área. Se cuenta con anestesiólogo de turno y técnicos de anestesia para los procedimientos.

En el Hospital Regional de Zacapa, se programa semanalmente una reunión por especialidades, en la cual se exponen casos interesantes y estadísticas mensuales que sirven para la elaboración de la sala situacional, por que en la misma también existe participación de las autoridades de la jefatura de área de la región.

Durante los turnos, además del equipo médico y enfermería, también se cuenta con los servicios de laboratorio, en el cual existe una persona de turno para poder satisfacer las

necesidades de la emergencia para las diversas especialidades principalmente, además de contar con el servicio de rayos X, que al igual que laboratorio clínico cuenta con un técnico de turno para brindar el servicio necesario.

El banco de sangre también es otro de los servicios con los que el hospital cuenta, únicamente que este cuenta con un horario de 7:00 a 4:00, delegando las responsabilidades al laboratorista clínico de turno para cualquier eventualidad.

El personal administrativo de turno, se encarga del llenado inicial de la boleta de ingreso-egreso, siendo una persona la que realiza este trabajo, con turnos cada 4 días.

Existe un personal asignado para limpieza, el cual esta distribuido por áreas, trabajando también por turnos, principalmente en el área de la emergencia.

Se cuenta además con un área de recreación, la cual es importante para el desenvolvimiento físico y mental intrahospitalariamente de todos los pacientes en general.

Este centro, no cuenta con un incinerador para todos los residuos medicos, Se cuenta con una cisterna de agua para consumo interno, ya que no hay un suministro continuo por parte de la municipalidad a este centro.

El servicio de energía eléctrica es otro de los servicios con los que cuenta, y que además posee una planta propia aunque siempre hay un suministro continuo de luz por parte del servicio publico, servicio de ambulancia.

CUADRO 4 DISTRIBUCION DEL NUMERO DE CAMAS DISPONIBLE POR SERVICIO DURANTE EL AÑO 2004

SERVICIO	CAMAS	PORCENTAJE
GINECO-OBSTETRICIA	32	22,8
PEDIATRIA	39	27,8
CIRUGIA	22	15,7
MEDICINA INTERNA	32	22,8
TRAUMATOLOGIA	15	10,7
TOTAL	140	100

Fuente: Información proporcionada por Departamento de Personal , Hospital Regional de Zacapa.

7.3. Produccion de servicios

El Hospital Regional De Zacapa, ofrece servicio de consulta externa, de lunes a viernes de 7:00 a 13:00, contando con todas las especialidades. Además ofrece atención las 24 hrs. Con personal de turno , en las diferentes especialidades (ver cuadro 5).

CUADRO 5

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

AREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EMERGENCIA	41392	46,3
ENCAMAMIENTO	12875	14,4
CONSULTA EXTERNA	31297	35
SALA DE OPERACIONES	31297	4,3
TOTAL	89334	100

Fuente: Información proporcionada por Departamento de Personal , Hospital Regional de Zacapa.

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

Durante el año 2004, el departamento de pediatría tuvo un total de 3395 ingresos que representa el 27.4%, el departamento de ginecoobstetricia 4689 que representa el 37.8%, medicina interna 2339 que representa un 19.3%, cirugía 1666 representando a un 13.4% y traumatología 286 que representa un 2.1%.

7.3.2 Clasificación de expedientes

Según los datos proporcionados por el departamento de estadística se reportaron 12875 ingresos al hospital regional de zacapa, de los cuales se encontraban reportados en los libros de ingreso/egreso 12375, de estos se realizó una clasificación según los criterios del estudio (ver cuadro 6). A partir de este punto nos referiremos únicamente a los 8121 casos incluidos en el estudio e ingresados a la base de datos.

CUADRO 6

CLASIFICACION DE EXPEDIENTES REGISTRADOS SEGÚN CRITERIOS DE INCLUSION O EXCLUSION , DURANTE EL AÑO 2004.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXPEDIENTES NO ENCONTRADOS EN EL MOMENTO DE LA VISITA	792	6,4
EXPEDIENTES SIN HOJA DE INGRESO -EGRESO	9	0,07
EXPEDIENTES SIN FECHA DE EGRESO O SERVICIO DE DESTINO O CONDICION DE EGRESO (VIVO, MUERTO)	3293	26,6
CASOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO, INGRESADOS A LA BASE DE DATOS	8281	66,9
Total	12375	100

Fuente: Libro de Ingresos-Egresos, año 2004, Hospital Regional de Zacapa.

7.3.3 Características demográficas

7.3.3.1 Sexo

El sexo de los pacientes que fue incluido su expediente dentro del estudio, se encuentra distribuido de la siguiente manera: ginecoobstetricia 3043 femenino; pediatría 911 femenino y 1048 masculino; medicina interna 810 femenino y 509 masculino ;cirugía 612 femenino y 868 masculino; traumatología 188 femenino y 292 masculino. Para hacer un total de 5564 femenino y 2717 masculino.

7.3.3.2 Edad

Grupo atareó con mayor incidencia es el de 25-39 años con 1795 casos, seguido por el grupo de 20-24 años con 1203 casos y de 15-19 años 1076 casos , servicios en los cuales la mayor afluencia de personas a consulta fueron del departamento de ginecoobstetricia dentro de las edades comprendidas de 20 a 39 años.

En el departamento de pediatría, las edades de 1 a 4 años, reflejo mayor incidencia con 802 casos, seguido por 532 casos pertenecientes al grupo de 5 a 9 años.

7.3.3.3 Estado civil

El estado civil de los expedientes de pacientes que entraron al estudio esta distribuido de la siguiente forma 3120 no se encontró dato,1984 unidos, 1754 casados , 1328 solteros, 89 viudos , 6 divorciados para hacer un total de 8281.

7.3.3.4 Etnia y Ocupación

No se pudo establecer la ocupación ni la etnia de ninguno de los expedientes que ingresaron al estudio, porque en la hoja de ingreso-egreso no esta considerado ningún lugar para registrar esta información.

7.3.3.5 Lugar de residencia

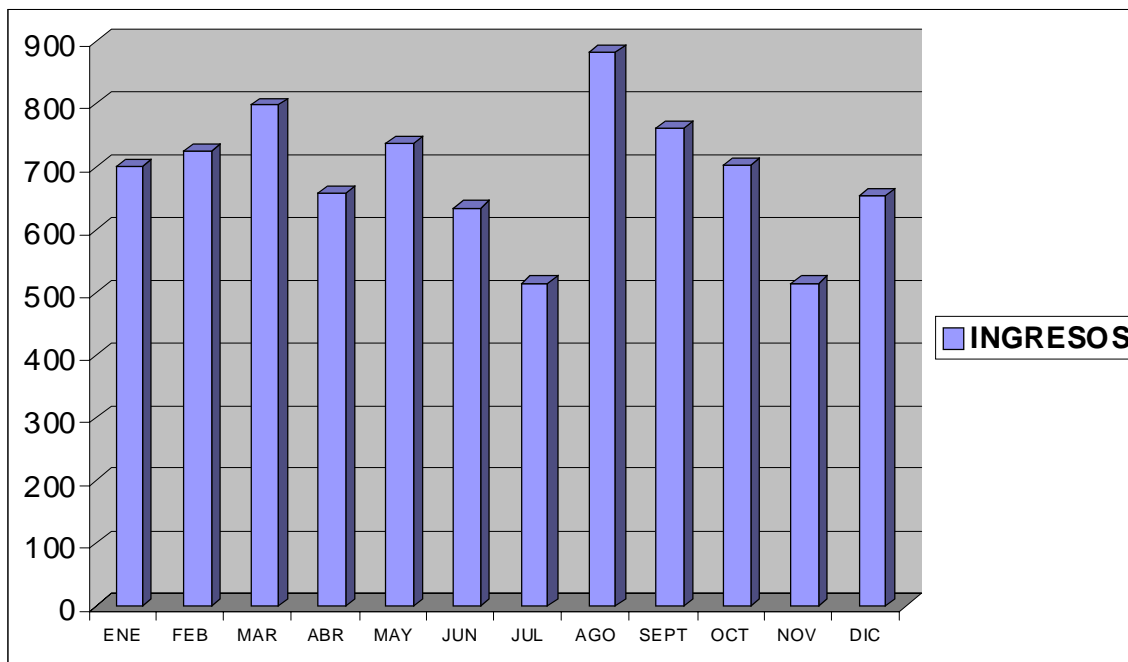
De los 8281 expedientes que se incluyeron en el estudio el lugar de residencia de los pacientes se encuentra distribuido de la siguiente manera: Zacapa, Zacapa 3542 42.7%; Zacapa, Gualan 957 11.5%; Zacapa, Río Hondo 599 7.2%; Zacapa, Teculután 520 6.2%; Zacapa, Estanzuela 349 4.1%; Zacapa, Usumatlán 335 4%; Zacapa, Cabañas 294 3.5%; Izabal, Los Amates 272 3.2%; Zacapa, La Unión 248 2.9 %; Izabal, Puerto Barrios 232 2.8%; Zacapa, Huite 230 2.7%; El progreso, Guastatoya 202 2.4 %; Chiquimula, Chiquimula 124 1.4 %; Zacapa, San Diego 97 1.17%; Izabal, Morales 51 0.6 %; El Progreso, San Agustín Acasaguastlán 25 0.3%; Jalapa, Jalapa 25 0.3%; Peten, Flores 24 0.28%; Guatemala, Guatemala 21 0.25%; y el resto de lugares 98 para hacer un total de 100%.

7.3.4 Gestión hospitalaria

7.3.4.1 Distribución de pacientes según mes de ingreso durante el 2004

GRAFICA 2

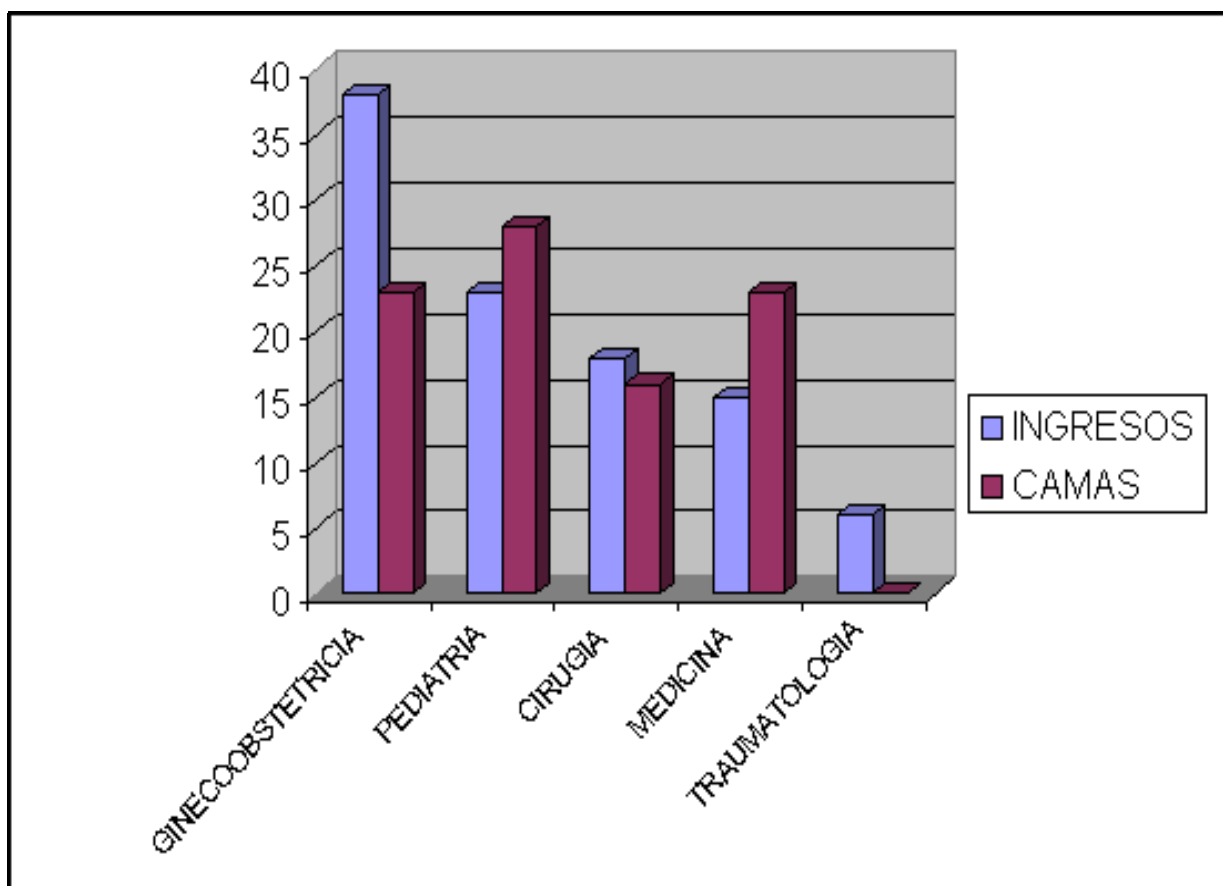
DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGÚN EL MES DE INGRESO



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

GRAFICA 3

RELACION DE INGRESOS Y CAMAS POR SERVICIOS



Fuente: Libro de Ingresos-Egresos, año 2004, Hospital Regional de Zacapa.

7.3.4.2 Promedio de días de estancia

El promedio de días estancia por especialidad es:

Pediatría 2

Cirugía 2

Ginecoobstetricia 1

Medicina 2

Traumatología 3

7.3.4.3 Días cama disponible

Los días cama disponible por especialidad se dieron los siguientes resultados:

Pediatría 14,235

Cirugía 8,030

Ginecoobstetricia 11,680

Medicina 11,680

Traumatología 5475

7.3.4.4 Días cama ocupada

La distribución de camas ocupadas según especialidad:

Ginecoobstetricia 5,616

Pediatría 4,474

Cirugía 3,067

Medicina 3,130

Traumatología 1,512

7.3.4.5 Índice Ocupacional

Ginecoobstetricia 0.48

Pediatría 0.31

Cirugía 0.38

Medicina 0.25

Traumatología 0.27

7.3.4.6 Giro o rotación de camas

Ginecoobstetricia 103

Pediatría 59

Cirugía 85

Medicina 48

Traumatología 33

7.3.5 Morbilidad

7.3.5.1 Principales causas de morbilidad general

La totalidad de la morbilidad general es de 8537 causas, dentro de las cuales los Partos con 1873 casos 22% ocupan la principal causa de consulta hospitalaria, seguido de 1004 pertenecientes al grupo de causas desconocidas o ilegibles, equivalente al 11.7% y las diarreas con 6% ocupando el tercer lugar de incidencia, siendo esta una enfermedad prevenible. Se describen a continuación los diagnósticos con mayor incidencia. (Ver cuadro 7)

CUADRO 7

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL DURANTE EL AÑO 2004

No.	DIAGNOSTICO	No. CASOS	PORCENTAJE
1.	+PARTOS	1873	22
2.	CAUSA DESCONOCIDA O NO ESPECIFICADA	1004	11.7
3.	DIARREAS	526	6
4.	+CESAREAS	524	6
5.	TRAUMATISMO	486	5.7
6.	NEUMONIA	440	5.1
7.	FRACTURA	380	4
8.	ABORTO	250	3
9.	APENDICITIS	213	3
10.	ASMA	165	2
11.	COLECISTITIS	143	2
12.	INFECCIONES RESPIRATORIAS SUPERIORES	124	1.4
13.	ENFERMEDAD PEPTICA	119	1.3
14.	DIABETES MELLITUS	119	1.3
15.	SINDROME CONVULSIVO	115	1.3
16.	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	110	1.2
17.	ENFERMEDADES DE LA PIEL	105	1.2
18.	HERNIA INGUINAL	95	1.1
19.	DESNUTRICION	83	1
20.	QUEMADURAS	75	1

21.	PARASITISMO INTESTINAL	69	0.8
22.	EMBARAZO CONFIRMADO	66	0.8
23.	ABSCESO CUTANEO	61	0.7
24.	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	61	0.7
25.	HIPERTENSION ARTERIAL	46	0.5
26.	CHOQUE SEPTICO	46	0.5
27.	ABDOMEN AGUDO	44	0.5
28.	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	41	0.5
29.	FALSO TRABAJO DE PARTO	40	0.5
30.	LUXACIONES	40	0.5
31.	CANCER CERVIX	37	0.43
32.	ANEMIA	35	0.4
33.	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL	29	0.33
34.	MIOMATOSIS	29	0.33
35.	INTOXICACIONES	28	0.32
36.	MALFORMACIONES CONGENITAS	27	0.31
37.	LITIASIS RENAL	27	0.31
38.	CIRROSIS	26	0.3
39.	TRASTORNOS DE ANSIEDAD	25	0.3
40.	ACCIDENTE OFIDICO	23	0.3
41.	AMENAZA DE ABORTO	23	0.3
42.	FIBROADENOMA	22	0.3
43.	HERIDA POR ARMA DE FUEGO	20	0.23
44.	DEHISCENCIA DE HERIDA	20	0.23
45.	COLON IRRITABLE	19	0.22
46.	DENGUE CLASICO	19	0.22
47.	BRONQUIOLITIS	19	0.22
48.	ENDOMETRIOSIS	19	0.22

49.	CUERPO EXTRAÑO	19	0.22
50.	DESHIDRATACION ELECTROLITICA	18	0.21
51.	HERIDA POR ARMA BLANCA	17	0.2
52.	HIPERTROFIA PROSTATICA	14	0.2
53.	MORDEDURA DE ANIMAL	13	0.15
54.	QUISTE OVARICO	13	0.15
55.	OTRAS CAUSAS	533	6.3
	TOTAL	8537	100

Fuente: Libro de Ingresos-Egresos, año 2004, Hospital Regional de Zacapa., Programa base de datos SIGSA.

+Parto y cesárea se toman como morbilidad, porque así lo reporta el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

7.3.5.2 Ginecoobstetricia

Las causas de morbilidad Ginecoobstetricas más frecuentes son Partos 61.3%, Abortos 8.9%, Cesareas 7.6% y como Causas desconocidas 6.8%. (Ver cuadro 8)

CUADRO 8

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

No.	Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
1.	+PARTOS	1961	61.3
2.	ABORTOS	285	8.9
3.	+CESAREAS	244	7.6
4.	CAUSA DESCONOCIDA O NO ESPECIFICADA	220	6.8
5.	ITU	33	1.0
6.	MULTIPARIDAD	30	0.9
7.	FIBROMATOSIS UTERINA	8	0.2
8.	RESTO DE CAUSAS	414	13.3
	TOTAL	3195	100

Fuente: Libro de Ingresos-Egresos, año 2004, Hospital Regional de Zacapa., Programa base de datos SIGSA.

+Parto y cesárea se toman como morbilidad, porque así lo reporta el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

7.3.5.3 Pediatría

La Morbilidad Pediátrica registra entre las causas más frecuentes a Neumonías 22.8%, Diarreas 22.5% y Causas desconocidas o ilegibles con 15.2 %. (Ver cuadro 9)

CUADRO 9

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

No.	DIAGNOSTICO	No. CASOS	PORCENTAJE
1	NEUMONIAS	450	22.8
2	DIARREAS	445	22.5
3	CAUSA DESCONOCIDA O NO ESPECIFICADA	300	15.21
4	ASMA	182	9.2
5	ANEMIA	46	2.33
6	DESNUTRICION	53	2.7
7	INFECCION DEL TRACTO URINARIO	60	3.4
8	CONVULSIONES	52	2.63
9	SEPSIS NEONATAL	37	1.87
10	DOLOR ABDOMINAL	126	6.4
11	ENFERMEDADES DE LA PIEL	61	3.1
12	RESTO DE CAUSAS	160	7.86
	TOTAL	1972	100

Fuente: Libro de Ingresos-Egresos, año 2004, Hospital Regional de Zacapa., Programa base de datos SIGSA.

7.3.5.4 Cirugia

La morbilidad en el servicio de cirugía está determinada principalmente por Apendicitis que constituye la primera causa con 13.8%, seguido por causas desconocidas o ilegibles con 13.4%. a continuación de presentan de manera específica las principales causas de morbilidad. (Ver cuadro 10)

CUADRO 10

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

No.	DIAGNOSTICO	No. CASOS	PORCENTAJE
1	APENDICITIS	218	13.8
2	CAUSA DESCONOCIDA O NO ESPECIFICADA	211	13.4
3	HERIDA CORTOCONTUNDENTE	197	12.5
4	TRAUMA CRANEOENCEFALICO	120	7.6
5	HERNIA INGUINAL	94	5.9
6	COLECISTITIS CRONICA	98	6.2
7	ABSCEOS	54	3.4
8	QUEMADURAS	42	2.6
9	COLECISTITIS AGUDA	39	2.4
10	PIE DIABETICO	32	2
11	DOLOR ABDOMINAL	30	1.9
12	HERIDA POR ARMA DE FUEGO	27	1.7
13	CELULITIS	24	1.5

14	TRUMA DE ABDOMEN	13	0.8
15	AMPUTACION DE MANO	13	0.8
16	INFECCION DE HERIDA OPERATORIA	13	0.8
17	LABIO LEPORINO	12	0.7
18	TRAUMA DE TORAX	11	0.6
19	MORDEDURA POR ANIMALES TRANSMISORES DE RABIA	11	0.6
20	HIPERPLASIA DE PROSTATA	8	0.5
21	ULCERA EN MIEMBRO INFERIOR	8	0.5
22	CUERPO EXTRAÑO EN VIAS RESPIRATORIAS	7	0.4
23	HERNIA UMBILICAL	7	0.4
24	INSUFICIENCIA VENOSA	7	0.4
25	LITIASIS RENAL	7	0.4
26	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL	5	0.3
27	RESTO DE CAUSAS	264	17.9
TOTAL		1572	100

Fuente: Libro de Ingresos-Egresos, año 2004, Hospital Regional de Zacapa., Programa base de datos SIGSA.

7.3.5.5 Medicina interna

En el servicio de Medicina Interna las causas más frecuentes registradas en el año 2004 fueron en orden de incidencia, Enfermedad Péptica 10.3%, Diabetes Mellitas 10%, Infección Tracto urinario 9.9%, (ver cuadro 11)

CUADRO 11

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DURANTE EL AÑO 2004.

No.	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.	ENFERMEDAD PEPTICA	132	10.3
2.	DIABETES MELLITUS	128	10.0
3.	INFECCION TRACTO URINARIO	127	9.9
4.	CAUSA DESCONOCIDA O NO ESPECIFICADA	122	9.5
5.	CARDIOPATIAS	104	8.1
6.	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	64	5.2
7.	NEUMONIA	61	4.9
8.	EVENTO CEREBROVASCULAR	59	4.7
9.	HIPERTENSION ARTERIAL	52	4
10.	DOLOR ABDOMINAL	39	3
11.	CIRROSIS HEPATICA	33	2.6
12.	ASMA	30	2.3
13.	COLON IRRITABLE	29	2.2
14.	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	20	1.5
15.	CONVULSIONES	20	1.5
16.	RESTO DE CAUSAS	251	20
	TOTAL	1271	100

Fuente: Libro de Ingresos-Egresos, año 2004, Hospital Regional de Zacapa., Programa base de datos SIGSA.

7.3.5.6 Traumatología

Las 3 primeras causas de morbilidad en el Departamento de Traumatología son, fracturas de antebrazo con 123 casos, fractura de hombro con 85 casos y causas desconocidas o ilegibles con 83 casos. (Ver cuadro 12)

CUADRO 12

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

No.	DIAGNOSTICO	No. CASOS	PORCENTAJE
1	FRACTURA DE ANTEBRAZO	123	23.3
2	FRACTURA DE HOMBRO	85	16.1
3	CAUSA DESCONOCIDA O NO ESPECIFICADA	83	14.7
4	FRACTURA DE MUÑECA	36	6.8
5	FRCTURA DE FEMUR	28	5.3
6	FRACTURA DE CLAVICULA	27	5.1
7	FRACTURA DE HUMERO	20	3.7
8	FRACTURA DE TIBIA	18	3.4
9	FRACTURA DE CODO	17	3.2
10	FRACTURA DE ROTULA	7	1.3
11	FRACTURA DE CADERA	3	0.5
12	FRACTURA DE VERTEBRA		
13	LUMBAR	2	0.3
14	RESTO DE CAUSAS	78	16.3
TOTAL		527	100

Fuente: Libro de Ingresos-Egresos, año 2004, Hospital Regional de Zacapa., Programa base de datos SIGSA.

7. 3.6 Mortalidad general

Entre las principales causas de Mortalidad General descritas durante el año 2004, figuran: Infarto Agudo del Miocardio, Neumonías, Traumatismo, Choque Septico, Accidentes Cerebro-vascular siendo estas las más frecuentes. (Ver cuadro 13)

CUADRO 13

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL DURANTE EL 2004

No.	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	24	14
2.	NEUMONIA	23	13
4.	TRAUMATISMO	22	13
5.	CHOQUE SEPTICO	15	9
6.	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	12	7
7.	CAUSAS DESCONOCIDAS	9	5
8.	DIABETES MELLITUS	7	4
9.	RECIEN NACIDO PRETERMINO	5	3
10.	INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	5	3
11.	OBSTRUCCION INTESTINAL	5	3
12.	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL	4	2,3
13.	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	4	2,3
14.	CHOQUE HIPOVOLEMICO	4	2,3
15.	DESNUTRICION	3	1,6
16.	ASPIRACION DE MECONIO	3	1,6
17.	EMBOLIA PULMONAR	3	1,6
18.	INSUFICIENCIA HEPATICA	3	1,6
19.	SIDA	2	1,2
20.	CANCER DE MAMA	2	1,2
21.	DERRAME PLEURAL	2	1,2
22.	HERIDA POR ARMA DE FUEGO	2	1,2
23.	LEUCEMIA	2	1,2
24.	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	2	1,2
25.	DENGUE HEMORRAGICO	1	0,6
26.	CANCER DE PANCREAS	1	0,6
27.	CANCER OVARICO	1	0,6
28.	CANCER PULMONAR	1	0,6
29.	MENINGITIS	1	0,6
30.	CHOQUE CARDIOGENICO	1	0,6
31.	ACCIDENTE OFIDICO	1	0,6
32.	SINDROME DE DOWN	1	0,6
33.	SINDROME CONVULSIVO	1	0,6
	TOTAL	172	100

Fuente: Información proporcionada por Departamento de Personal , Hospital Regional de Zacapa.

7. 3.6 .1 Ginecoobstetricia

La unica causa de mortalidad en el departamento de ginecoobstetricia fue cancer ovarico.(ver cuadro 14)

CUADRO 14

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

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

*Muertes registradas en los expedientes incluidos dentro del estudio

7. 3.6 .2 Pediatría

Dentro de las primeras causas de mortalidad en el departamento de pediatría se encuentran neumonías 20 casos, choque séptico 15 casos y prematuridad 5 casos. (ver cuadro 15)

CUADRO 15

No.	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	CANCER OVARICO	1	100
TOTAL		1	100

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

No.	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	NEUMONÍAS	20	36.3
2	CHOQUE SEPTICO	15	27
	PREMATUREZ	5	9
4	CHOQUE HIPOVOLEMICO	3	5.4
5	ASPIRACION DE MECONIO	3	5.4
6	CAUSAS DESCONOCIDAS	3	5.4
7	DESNUTRICION	3	5.4
8	MENINGITIS	1	2
9	SINDROME CONVULSIVO	1	2
10	SINDROME DE DOWN	1	2
TOTAL		5	100

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

*Muertes registradas en los expedientes incluidos dentro del estudio

7. 3.6 .3 Cirugía

Las tres primeras causas de mortalidad en el departamento de cirugía se encuentran traumatismos 20 casos, obstrucción intestinal 5 casos y herida por arma de fuego 2 casos.(ver cuadro 16)

CUADRO 16

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

No.	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.	TRAUMATISMO	20	60.6
2.	OBSTRUCCION INTESTINAL	5	15
3.	HERIDA POR ARMA DE FUEGO	2	6
4.	CANCER DE MAMA	2	6
5.	CAUSAS DESCONICIDAS	2	6
6.	ACCIDENTE OFIDICO	1	3
7.	CANCER DE PANCREAS	1	3
TOTAL		8	100

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

*Muertes registradas en los expedientes incluidos dentro del estudio

7. 3.6 .4 Medicina interna

Las tres primeras causas de mortalidad en el departamento de medicina interna son: infarto agudo del miocardio 24 casos, accidente cerebrovascular 12 casos y diabetes mellitas (ver cuadro 17)

CUADRO 17

No.	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	24	28.50
2.	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	12	14.20
3.	DIABETES MELLITUS	7	8.3
4.	INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	5	5.9
5.	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL	4	4.7
6.	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	4	4.7
7.	INSUFICIENCIA HEPATICA	3	3.5
8.	ENVOLIA PULMONAR	3	3.5
9.	SIDA	2	2.3
10.	LEUCEMIA	2	2.3
11.	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	2	2.3
12.	RESTO DE CAUSAS	15	20
TOTAL		15	100

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

Fuente: Base de Datos, SIGSA. Ingresos y Egresos Hospitalarios. 2004.
 *Muertes registradas en los expedientes incluidos dentro del estudio

7.3.7 Procedimientos realizados en el hospital

Los procedimientos que se efectuaron en mayor proporción son Ginecoobstetricos entre los que se mencionan: partos, cesareas, legrados, ligadura de trompas.
 (Ver cuadro 18)

CUADRO 18
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DURANTE EL AÑO 2004

No.	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.	PARTOS	292	17
2.	CESAREAS	277	16,2
3.	LEGRADOS	195	11,4
4.	POMEROY	115	6,7
5.	APENDICECTOMIA	113	6,6
6.	EPISIOTOMIA	109	6,4
7.	HERNIOPLASTIA	74	4,3
8.	SUTURAS	62	3,6
9.	COLECISTECTOMIA	57	3,3
10.	HISTERECTOMIA	52	3
11.	MANIPULACION	35	2
12.	RESTO DE CAUSAS	329	19,5
13.	TOTAL	1710	100

Fuente: Libro de Ingresos-Egresos, año 2004, Hospital Regional de Zacapa., Programa base de datos SIGSA.

7.3.8. Complicaciones

En las hojas de ingreso-egreso son pocos los datos que se encuentran reportados de complicaciones que presentaron los pacientes durante su estancia hospitalaria. Solo se cuenta con dato de seis complicaciones que a continuación se mencionan; anemia severa, deshidratación, infección de herida operatoria, preeclampsia, retención de hombros y un sufrimiento fetal agudo.

7.3.9. Tipo y condicion de egreso

El tipo de Egreso tiene una totalidad de 8121 casos, distribuyéndose en dos grandes categorías: Egresado Vivo equivalente al 97.9% con un total de el cual se subdivide en condición curado con 2588 casos 32%, mejorado 5021 casos 61.8 % , no especificado 227 casos 2.7% y no mejorado 113 casos 1.4%. Y Egresado Muerto con un 2.1% de los 172 casos registrados sin especificación de necropsia.

8. ANALISIS, DISCUSION E INTERPRETACION DE RESULTADOS

El Hospital Regional de Zacapa, ubicado a 4 km. de la carretera interamericana. Cuenta con una infraestructura de dos niveles, en los cuales se encuentran albergados los distintos pacientes de las especialidades de ginecología, pediatría, cirugía y medicina interna, además de la Jefatura de área de Zacapa. Cuenta además con salas de emergencia.

En el hospital regional de Zacapa trabajan un total de 316 personas los cuales de encuentran distribuidos en tres categorías: prestación de servicios 171, personal de apoyo 96 y personal administrativo 49. (ver tabla 1). Haciendo que cumpla hasta el nivel 4 de urgencias de los estándares mínimos obligatorios, esto significa que llena adecuadamente los niveles que se exigen para este apartado.

También dispone de los siguientes servicios departamento de rayos x, laboratorio clínico, banco de sangre, sala de operaciones, sala de partos, y servicios varios como lo son, el área de lavandería , cocina, epidemiología y archivo. En diagnostico por imágenes cumple hasta el nivel 3 ya que no se pueden efectuar estudios diagnósticos de alta complejidad como TAC Y RMN.

En laboratorio clínico cumple hasta nivel 2 por las características de los exámenes que puede procesar; tanto el laboratorio como la unidad de diagnostico por imágenes deberían cumplir con 4 estándares, y solamente tienen los requisitos para llegar hasta el nivel 2. Según los estándares mínimos obligatorios que se exigen a hemoterapia llega hasta un nivel 4, lo que indica que cumple con todos los niveles necesarios. El área de lavandería llena todos los niveles necesarios ya que cumple con las características mínimas que se exigen.

En la distribución de camas(ver grafica 3 y cuadro 4) se puede inferir que la pediatría es la especialidad que cuenta con mayor numero de camas asignadas, seguida de la medicina interna, ginecoobstetricia, cirugía y traumatología. Pero el numero de ingresos ha este servicios no es proporcional a la forma en que se encuentran distribuidas las camas ya que el área de ginecoobstetricia es el área que cuenta con mayor numero ingresos y es la pediatría la que cuenta con mayor numero de camas. La grafica tan bien

muestra que existe un elevado número de ingresos a los diferentes servicios de encamamiento, siendo insuficiente el número de camas para proporcionar una adecuada atención.

El servicio de consulta externa, el cual forma parte de un centro de salud dentro de la misma institución, donde se ofrecen los servicios de ginecoobstetricia , medicina interna, cirugía y pediatría ; por las características que presenta cumple hasta el nivel 4 de exigencia de los estándares mínimos obligatorios al igual que sala de operaciones cumple con los cuatro niveles necesarios que se requieren.

En lo que respecta a seguridad general cumple hasta el nivel 2 porque carece de personal de seguridad y de alarma general características que exige el nivel 3 y 4 respectivamente. En lo que respecta a limpieza si cumple con los niveles necesarios que se exigen llena hasta el nivel 3.

Es evidente que la totalidad de pacientes que consulta es de sexo femenino esto es debido a que la mayoría de pacientes que acuden al hospital acuden al servicio de ginecoobstetricia, lo que incrementa grandemente el numero de pacientes femeninos haciendo la diferencia en un total de 5564 femenino y 2717 masculino.

El estado civil al igual que otros datos no se encontraban adecuadamente llenados por lo que 3120 expedientes no se pudo establecer que estado civil, luego se pudo establecer que la mayoría de pacientes solamente se encontraban unidos (1984), seguido de las personas que están casadas(1754) , solteros (1328) , viudos (89) y divorciados (6).La hoja de ingreso-egreso no esta considerado ningún lugar para registrar etnia y ocupación esta información.

El lugar de residencia de las personas que consulta si se encuentra dentro del lugar de cobertura los tres primeros municipios que mayor consulta tienen son :42.7% zacapa, 11.5% Gualán y 7.2% Río Hondo.

En lo que respecta a morbilidad general la causa mas frecuente por la que se consulta ha este hospital son los partos con un total de 1873 casos que corresponde a el 22 %, llama la atención que dentro de la morbilidad general la segunda causa mas frecuente fue la de los expedientes que presentan causas desconocidas o no especificadas. Este es seguido por diarreas con un total de 526 casos que corresponde al 6% y la cuarta causa mas frecuente son las cesáreas. (ver cuadro 7).

Ya en el cuadro de morbilidad general se logra apreciar que es el departamento de ginecoobstetricia en el que mayor numero de pacientes son atendidos. En hecho que la segunda causa sea expedientes que no se pudo establecer el diagnostico indica que hay deficiencia en el llenado de la hoja de ingreso-egreso .

Dentro del departamento de ginecoobstetricia son los partos los que ocupan la primera causa de morbilidad con 1961 lo que corresponde a un 61.3 %, seguida de los abortos con 285 casos que corresponden ha un 8.9 % y la tercera causa son las cesáreas con 244 casos que hace un 7.6 % y como causas desconocidas 220 que hacen un 6.8%. (ver cuadro 8) Nuevamente se confirma que es este departamento el que mayor movimiento de pacientes tiene lo cual se pude confirmar en los cuadros de morbilidad y además en la grafica de ingresos.(Ver grafica 3)

La pediatría es el segundo departamento hospitalario que tiene una afluencia considerable a este centro, en el cual se obtuvieron los resultados que a continuación se mencionan (ver cuadro 9). Como causa principal, neumonía como la patología por la que consultan a este servicio. Cabe mencionar que al realizar la comparación con las memorias hospitalarias del departamento, sigue siendo esta la primera causa, ya que se obtuvo como resultado en el estudio un 22.8% que corresponden a 450 niños que acudieron al hospital por esta causa, que a la vez en el departamento según la memoria del año 2004, reportan un 13.31%. Al hacer la comparación con los hospitales capitalinos, también continúa con la misma tendencia en la patología y en sus porcentajes, los cuales se reflejan mediante el dato de un 9.07%, siendo la causa principal tanto en departamentos como a nivel nacional, según lo investigado.

Como segunda patología en este mismo servicio, se encuentran las diarreas. Al igual que las neumonías, las diarreas son, la segunda causa a nivel nacional que se observan en todos los estudios comparativos en los cuales hacemos mención, siendo el dato de nuestro estudio un 22.5% y corresponde a un total de 445 pacientes que consultaron por esta causa, dato que se refleja en los hospitales capitalinos, mostrando como resultado un 5.02%, que se ubican como segunda causa de morbilidad a nivel general en la pediatría. Esta patología, es una de las principales causas que han afectado por décadas al país, no solo en el área pediátrica, aunque, es la especialidad en la que si no se trata a tiempo, puede llegar a ser causa de mortalidad, como en casos al haber brotes, como rotavirus, al haber una pérdida excesiva de líquidos y electrolitos, que también es causa de morbilidad en nuestro estudio, si esta no se tratara a tiempo, siendo los infantes los más vulnerables.

La cuarta causa de morbilidad en el estudio, fue el asma, estudiada como enfermedad respiratoria con un 9.2% que corresponden a 182 pacientes que consultaron por esta causa. Muchas de las cuales se debieron a agentes externos desencadenantes, en niños que se encuentran en zonas montañosas principalmente.

En contraste con las patologías antes mencionadas, en esta se observó un giro inesperado ya al realizar la comparación, se puede observar que en los centros hospitalarios con que comparamos, se observa como enfermedades respiratorias en general, con un porcentaje que representa un 3.25%, siendo el más bajo de la tabla.

Es importante mencionar que en este servicio los expedientes que se clasificaron como causa desconocida o no especificada ocupan un tercer lugar con un 12.21% correspondiente a 300 casos. El resto de causas se muestran en el cuadro 9, siendo las que llaman la atención la anemia y la desnutrición que se observan seguidas, con un porcentaje similar, los pacientes que consultan de aldeas recónditas, donde el acceso a las mismas es difícil, por lo que se dificulta una mayor cobertura en salud, y un control para este tipo de población.

En el servicio de cirugía la primera causa son las apendicitis con un total de 218 diagnósticos de egreso por esta causa lo que equivale a un 13.8%, seguida de las causas desconocidas o no especificadas con 211 que hacen un 13.4% y el tercer lugar lo ocupan las heridas cortas contundentes que se lograron establecer 197 casos que representan un 7.6%. (ver cuadro 10) El hecho que las causas desconocidas o no especificadas sean las

que ocupan el tercer lugar hace ver que los datos no son adecuadamente llenados cuando un paciente egresa al igual que en los servicios anteriormente mencionados.

En el servicio de medicina interna, la enfermedad péptica fue la principal causa de morbilidad. Englobando en el mismo muchas de las patologías que son afines a la misma, con un 10.3% (ver cuadro 11), ubicándola, por encima de la diabetes mellitus, que es la causa principal de morbilidad a nivel de los hospitales con que se compara . Esta enfermedad se presenta principalmente en personas jóvenes, mujeres en su mayoría, y , sin dejar de mencionar al sexo masculino, jóvenes también, que también padecen de esta patología, principalmente por estrés, dieta, cigarrillo y alcohol entre otras causas.

Las causa de morbilidad motivo de ingresos hospitalarios, que prevalecen en la mayoría de centros hospitalarios son muy similares en lo que a incidencia se refiere, tomando como ejemplo, la Diabetes Mellitus, es una patología que al realizar la comparación con los hospitales nacionales (Roosevelt y San Juan De Dios), se observa una prevalencia, como segunda causa principal de consultas, teniendo un aproximado según datos del MSPAS en memorias de años anteriores un total de 482 casos con un porcentaje de 9.48%, que comparado con el estudio con un total de 128 casos con un 10% .Con lo anterior, se puede tener una idea de que la Diabetes Mellitus, es la causa principal de consulta de pacientes tanto en el interior como en la capital, tomando en cuenta que esta resulta ser una patología que tiene consigo, varias enfermedades agregadas, es decir, que las personas pueden consultar por otros problemas, que al ser evaluados, tienen como causa de base la D.M.

En el Hospital de Zacapa, las personas que por D.M. consultan, se debe a pie diabético, principalmente siendo ingresados a los servicios de medicina interna o cirugía según corresponda. La infección del tracto urinario en mujeres principalmente, es la tercera causa de morbilidad en el departamento de Zacapa, que ingresan al servicio de medicina interna nos muestra 127 de frecuencia haciendo 9.9 % según la morbilidad por departamento.

Lo anterior comparado con los Hospitales nacionales, muestra un cambio total, encontrándose en los hospitales nacionales una prevalencia de enfermos por VIH que, al igual que la D.M. cuenta con un sin numero de patologías que se incluyen como VIH, tuberculosis, diarreas, por nombrar algunas, que juntas como causas de la misma enfermedad es un dato muy alto en hospitales nacionales debido tanto al volumen de población aparentemente y la calidad de vida.

Una de las principales causas de consulta a este centro, es la de personas de la tercera edad, principalmente, debido al consumo de leña para cocinar los alimentos en ambientes encerrados, y por varios años de uso. Enfermedades de origen pulmonar como por ejemplo la neumonía y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, se encuentran por debajo de la diabetes con resultados de 4.9% y 5.5% respectivamente..

En el servicio de medicina interna existen varias personas que consultan por enfermedades cardiovasculares, siendo la insuficiencia cardiaca congestiva, cardiopatía isquemia, infartos, entre otros, siendo estas causas tanto de morbi-mortalidad en este

centro hospitalario (ver cuadro 11), siendo una de las causas por la que acude la población la hipertensión arterial. Esta enfermedad también es causa desencadenante de otro tipo de enfermedades, las cuales son causa de mortalidad, como ejemplo eventos cerebrovasculares .En contraste, al comparar la prevalencia de patologías los hospitales de referencia, se observa que a ese nivel, la morbilidad en este puesto la tiene la hemorragia gastrointestinal superior, debida a varias causas , principalmente a varices esofágicas, como consecuencia de alcoholismo crónico, según estudios.

En el servicio de traumatología la primera causa de morbilidad es la fractura de antebrazo con 123 casos 23.3 % , seguida de la fractura de hombro 85 casos 16.1 % y la tercera es la de causa desconocida o no especificada 83 14.7 %.
(ver cuadro 12)

Los procedimientos que se realizan en el Hospital no se registran adecuadamente esto se puede observar ya que no coinciden el numero de apendicetomías registradas con el numero de apendicitis que se encuentran en la morbilidad. De igual manera sucede con los partos, las cesáreas, hernió plastias y colecistectomias. Lo que indica que hay subregistro en estos datos, lo que impide tener una adecuada idea de los procedimientos que se realizan .

De las pocas complicaciones que se tiene dato reportado , la mayor parte de las mismas son en el departamento de gineco-obstetricia , solo se cuenta con dato de seis complicaciones.

9. CONCLUSIONES

1. El Hospital Regional de Zacapa es clasificado como hospital de región ya que tiene bajo su responsabilidad la atención de la referencia que procede de puestos, de salud, centros de salud tipo A y B y hospitales de distrito y área de una región de salud definida. Tiene una cobertura que corresponde al nor-oriental del país que incluye los departamentos de Zacapa, Chiquimula, El progreso, e Izabal; pero acuden pacientes de otros departamentos del país que no pertenecen a esta región. Actualmente no cuenta con todos los estándares mínimos obligatorios para un hospital del nivel 3 al que pertenece debido a que carece de recursos materiales como ventiladores mecánicos, un incinerador propio. En cuanto a recursos humanos no posee un porcentaje mayor de enfermeras profesionales con relación a enfermeras auxiliares. Durante el año 2004 la mayor cantidad de pacientes atendidos fueron de sexo femenino en edad fértil, y que la mayor parte pertenece al municipio de zacapa. Sus principales causas de morbilidad general fueron: partos, seguido de las causas desconocidas o ilegibles y las diarreas. Siendo las principales causas básicas de muerte infarto agudo del miocardio, neumonías, traumatismo, choque séptico y accidente cerebro-vascular.

2. El Hospital Regional de Zacapa cuenta con 58 médicos, 118 enfermeras, 96 trabajadores dentro del personal de apoyo y 49 en personal administrativo. Con respecto al recurso material cuenta con 140 camas distribuidas de la siguiente manera: el departamento de ginecoobstetricia con 32 camas, Pediatría con 39 camas, Cirugía con 22 camas, Medicina Interna con 32 camas y traumatología 15 camas. Posee laboratorio clínico, banco de sangre, diagnóstico por imágenes. No se cuenta con sala de cuidados intensivos ni recursos diagnósticos por imágenes como tomografía, ni exámenes de laboratorio como, gases arteriales, y otros, que son indispensables para un mejor manejo del paciente y esto hace que haya una menor cobertura en sus diagnósticos y tratamientos No posee incinerador. Se abastece de agua debido a una cisterna continua, cuenta con servicio de red pública de energía eléctrica y además planta propia para casos de emergencia.

3. Durante el año 2004 en el Hospital Regional de Zacapa, la mayoría de pacientes atendidos fueron de sexo femenino, quienes en su mayoría pertenecían al

departamento de ginecoobstetricia. El estado civil que predomino dentro de la población era unido . No se conoce la etnia ni la ocupación de los mismos ya que no existe un registro de la misma en la hoja de ingreso/egreso de este hospital.

4. La información obtenida a través de este estudio fue proporcionada a la directora y departamento de personal del Hospital Regional de Zacapa , con la finalidad de que cuenten con información veraz, actualizada y oportuna sobre la situación hospitalaria y puedan ejecutar gestiones que mejoren la situación en salud a nivel nacional.

10. RECOMENDACIONES

1. Proveer al Hospital Regional de zacapa, los recursos humanos y materiales necesarios para cumplir con los estándares mínimos obligatorios que debe tener un hospital regional , para podar prestar un adecuado servicio .
- 2.Evaluar periódicamente la relación de recursos y población demandante para determinar las necesidades primordiales , proveyendo de esta forma el recurso indispensable para un mejor servicio a la población de cobertura.
3. Promover mejoras en base a los requerimientos mínimos de un hospital regional , en cada uno de los diferentes servicios, principalmente al departamento de ginecoobstetricia, ya que es el servicio que cuenta con mayor demanda.
4. Que la información proporcionada a las autoridades del Hospital sea evaluada y tomada en cuenta en base a la sala situacional para distribuir adecuadamente los recursos humanos y materiales necesarios para satisfacer la demanda de servicio en salud, de una manera adecuada según las necesidades de la población que se encuentra dentro del área de cobertura.

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. ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD: ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLOGICAS Y PRACTICAS. (CD-ROM). La Biblioteca Virtual "La Practica Social de la Salud Publica". Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Medicas, Fase III. Guatemala, 2004
3. Borges, L.C. et.al. Evaluación de algunos indicadores del Programa Nacional para la Prevención y el Control de la Infección Intrahospitalaria. Revista Cubana de Medicina General Integral. Año 2000. Vol 16 (4). Pp 350-5
4. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS): Análisis de Situación Integral de Salud 2004 (en línea) disponible en: http://www.cendeiss.sa.cv/cursos/guía_nueve.pdf. 1 de marzo de 2005
5. Costa Rica. Ministerio de Salud: Análisis Sectorial de Salud Costa Rica 2002 (en línea) disponible en: <http://www.lachsr.org/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 Practica Social de la Salud Publica". Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Medicas, Fase III. Guatemala, 2004.
15. Varona, José Felipe. Infecciones intrahospitalaria España 2002 (en línea) disponible en: <http://www.msd.es/opencms/publicaciones/manuales/capitulo37>. 2 de Marzo de 2005.

12. 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 No. 1
Consolidado de No. 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						

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						

35					
36					
37					
38					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
	TOTAL				

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 No 2

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

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

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

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

Anexo No. 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

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

2. Físicos

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

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

3. Control de Residuos:

- Presencia de incinerador: si _____ no _____
302. Local de almacenamiento de basura: si _____ no _____
- i. Cajas de Bioseguridad si _____ no _____
- ii. Bolsas de Color diferenciado si _____ no _____
- iii. 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 _____

