



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**



MAESTRIA DE EPIDEMIOLOGIA 2,002 - 2,004.

Informe final para optar al grado de Maestría

**RUTA CRÍTICA DE LAS ÁREAS MATERNAS DE CUATRO
HOSPITALES DE HONDURAS, MAYO A JULIO DE 2004**

Presentada por: MD María Elena Guevara
Tutor: MSc. Pablo Antonio Cuadra Ayala
Master en Epidemiología

Ocotal Nueva Segovia, Agosto 2004

DECICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii

INDICE

	No. Pag.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACION	7
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
V. OBJETIVO	9
VI. MARCO DE REFERENCIA	10
VII. DISEÑO METODOLOGICO	26
VIII. RESULTADOS	34
IX. DISCUSION	40
X. CONCLUSIONES	45

XI.	RECOMENDACIONES	47
XII.	BIBLIOGRAFÍA	49
	ANEXOS	55

DEDICATORIA:

A Dios por iluminarme siempre en todo instante de mi vida y por haberme dado como madre a una mujer maravillosa que en todo momento supo guiar mis pasos.

A mi Madre Delmira Guevara (Q.D.D.G) por su esfuerzo y esmero de formarme por el camino del bien, por enseñarme a luchar, y no desvanecer cuando de alcanzar metas y objetivos se trata.

A mis hermanos por su apoyo incondicional que me brindaron en todo el proceso de mi vida, y especialmente en mi formación, a mis sobrinos tíos, primos compañeros de trabajo Maestros que de alguna u otra manera me ayudaron a culminar esta etapa mas de mi vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la sabiduría, y colmarme de paciencia para poder esperar y vencer todos los obstáculos y alcanzar la meta que me había trazado.

A todas las personas que con su sabiduría, aportación de sus valiosos comentarios, contribuciones y esfuerzo constante me apoyaron para hacer posible la culminación de mi tesis.

A los diferentes Maestros del C.I.E.S que participaron en el proceso de revisión de mi trabajo.

Al técnico en computación del Departamento de Salud Integral a la familia de la Secretaria de Salud Pablo Sevilla por su apoyo incondicional en capacitarme en Epi Info y colaboración en la construcción de la base de datos; a la Licenciada en enfermería Elida Rosa de Aguilar Técnico del Programa Nacional de Atención Integral a la mujer. por su apoyo incondicional en todas las fases del trabajo. A la Licenciada en enfermería Laura Martínez Cubas por su apoyo en la recolección de datos, A los directores de las Direcciones corporativas de los Hospitales estudiados, a los jefes de las unidades maternas por su anuencia a proporcionarme la información solicitada. A mis compañeros por su valioso apoyo y estímulo continuo para que pudiera seguir adelante cuando sentía que no iba alcanzar la meta propuesta. Con énfasis a mis compañero de viaje Dra. Reina Teresa Velásquez, Dra. Blanca Estela Reyes, Dra. Sandra Inés Ramírez y Dr. Omar Aceituno. A todos ellos muchas gracias.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la sabiduría, y colmarme de paciencia para poder esperar y vencer todos los obstáculos y alcanzar la meta que me había trazado.

A todas las personas que con su sabiduría, aportación de sus valiosos comentarios, contribuciones y esfuerzo constante me apoyaron para hacer posible la culminación de mi tesis.

A los diferentes Maestros del C.I.E.S que participaron en el proceso de revisión de mi trabajo.

Al técnico en computación del Departamento de Salud Integral a la familia de la Secretaria de Salud Pablo Sevilla por su apoyo incondicional en capacitarme en Epi Info y colaboración en la construcción de la base de datos; a la Licenciada en enfermería Elida Rosa de Aguilar Técnico del Programa Nacional de Atención Integral a la mujer. por su apoyo incondicional en todas las fases del trabajo. A la Licenciada en enfermería Laura Martínez Cubas por su apoyo en la recolección de datos, A los directores de las Direcciones corporativas de los Hospitales estudiados, a los jefes de las unidades maternas por su anuencia a proporcionarme la información solicitada. A mis compañeros por su valioso apoyo y estímulo continuo para que pudiera seguir adelante cuando sentía que no iba alcanzar la meta propuesta. Con énfasis a mis compañero de viaje Dra. Reina Teresa Velásquez, Dra. Blanca Estela Reyes, Dra. Sandra Inés Ramírez y Dr. Omar Aceituno. A todos ellos muchas gracias.

RESUMEN

El estudio fue una investigación evaluativa de estructura y proceso de las unidades operativas y funcionales relacionadas con la atención materna. El cual tuvo como finalidad conocer la situación de la ruta crítica de las áreas maternas de los 4 hospitales seccionados para este proceso. Teniendo como interrogantes específicas relacionadas con: organización de los servicios que influyen la ruta crítica en la atención materna de los cuatro hospitales mencionados; la disponibilidad cuantitativa y cualitativa de los recursos humanos involucrados en la atención materna de los mismos; la base tecnológica de soporte a la atención materna en los servicios de la ruta crítica de estos hospitales; el nivel de calidad con que se brindan los cuidados de atención en los servicios de la ruta crítica de los hospitales objeto del estudio.

Los hospitales en estudio fueron: Manuel de Jesús Subirana, Progreso, San Isidro y San Lorenzo.

Los principales resultados demostraron que se carecían de algunas características generales de los servicios maternos (Cuidados intensivos), así como algunos servicios básicos dos no tenían agua.

Respecto a la Organización de Servicios la investigación mostró que el que mejor cumple con esta condición es el hospital de Progreso, mientras que los hospitales de San Lorenzo y San Isidro son los que más carencia presentaron con relación a la misma.

En cuanto a Recursos Humanos se reflejó carencia de estos en los 4 hospitales. Esta condicionante es más acentuada en el Hospital Manuel de Jesús Subirana.

En relación con el soporte tecnológico mínimos necesarios en los hospitales se identificó carencia siendo estas más en mobiliario y equipo básico.

En materia de calidad técnica se observó que los que no están capacitados en protocolos de atención son médicos en servicio social, pese a que en ellos cae gran parte de la responsabilidad de atención sobretodo en las guardia.

Finalmente se detalla los resultados de los gráficos resumen de este estudio: medición de los bloques estructura y proceso por cada una de las unidades operativas implicadas con el área materna, donde se observo que el Hospital de San Lorenzo es el que mayores deficiencias reflejó oscilando con porcentajes entre 10 y 40%.

Seguidamente se describe el capítulo de discusión el cual hace referencia a los resultados encontrados por objetivos y se contrastan con la literatura consultada en marco teórico (estándares, y plano básico de las áreas maternas). Para tener un sustento de la situación referida en la literatura y la encontrada en el estudio.

I. INTRODUCCIÓN

Los Hospitales ámbito de este estudio se localizan en los departamentos de Yoro, Colón ubicados en la zona norte del país, y el departamento de Valle situado al sur del país. Estos departamento cuentan con poblaciones de: Yoro 494, 276, Colón 261,607 y Valle 158,179 habitantes respectivamente.

Ruta Crítica, es el conjunto de unidades operativas y funcionales que interactúan y se relacionan con el fin de mejorar la calidad de atención en el área materna.

La situación de los hospitales de la Secretaria de Salud tiene como problemas centrales la baja producción de servicios y la baja calidad en la atención.

Las principales limitantes encontradas en los hospitales de Honduras son:

no-definición del rol de los hospitales, carencia de un sistema estratégico de información, inadecuada estructura de gobierno y sus instrumentos de dirección y gestión con un proceso muy acentuado de centralización de toma de decisiones, inadecuada organización de los servicios clínicos, ausencia de sistemas gerenciales de identificación de beneficiarios, insuficiente suministro de insumos medico quirúrgicos, limitado desarrollo del personal, limitada planificación de la oferta tecnológica, sistemas inseguros para el control de desechos hospitalarios, deterioro y obsolescencia de los recursos físicos.¹

Ante esta situación se realizó un estudio que servirá de base para conocer la situación real de la ruta crítica materna de los hospitales.

Los hospitales están constituidos según nivel de complejidad:

Hospitales nacionales 6, regionales 7 y de área 15, en este grupo se encuentran los hospitales ámbito de este estudio:

Hospital Manuel de Jesús Subirana ubicado en la ciudad de Yoro (Regional No 3)

Hospital del Progreso ubicado en la ciudad el Progreso (Regional. No 3)

Hospital de San Lorenzo ubicado en el puerto de San Lorenzo (Regional No 4)

¹. Honduras: Secretaria de Salud. Estructura Organizativa y Funcional del Proyecto Reformas al Sector Salud. 2,002. p:24

Hospital de San Isidro ubicado en la ciudad de Tocoa. (Regional No 6)

Estos 4 hospitales en el proceso de referencia, por factores de capacidad resolutive y proximidad geográfica, cuentan con instituciones de mayor complejidad de índole regional y nacional ejerciendo una red de carácter histórico y tradicional en el abordaje de las diversas patologías, proceso que es necesario tecnificar.

Los resultados del estudio deben ser utilizados por la Secretaria de Salud y Las direcciones corporativas de los 4 hospitales, para gestionar proyectos dirigidos a mejorar las condiciones de los servicios de las áreas maternas, con relación a organización de servicios, equipamiento, asignación de recursos, así como la calidad técnica del mismo.

II. ANTECEDENTES

En 1990 la tasa de mortalidad materna en Honduras fue de 221x 100,00 nacidos vivos con tasas más elevadas en aquellos departamentos con condiciones socioeconómicas más deprimidas y con dificultades de acceso a los servicios básicos de salud (Gracias a Dios, Intibucá, La Paz, Lempira, Ocotepeque, Atlántida, Colón y Comayagua).¹

En respuesta a esta problemática la Secretaria de Salud ha desarrollado esfuerzos por enfrentar la epidemia silenciosa de mortalidad materna, ejecutando diversas acciones a favor de la salud de la mujer, en especial de su salud reproductiva:

Estructuración y mantenimiento de hogares maternos, clínicas materno infantiles, procesos de normatización, participación social, desarrollo comunitario en las áreas con mayores tasas de mortalidad materna.

Las cuales han contribuido a alcanzar diversas cobertura para el año 2001²

Atención prenatal institucional 82.6%, Atención institucional del parto 62%, Atención institucional del puerperio 38%, Uso de anticonceptivos 62%. (Ver Anexos # 2)

Entre las estrategias encaminadas a la mejoría de la calidad de atención, en 1990 la Secretaría de Salud, a través del Departamento Salud Materno Infantil, en el marco de la aplicación de las normas de atención integral a la mujer se encuentran:

la implementación el sistema informático perinatal (SIP) propuesto por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP/ OPS/ OMS) adaptados al país, normas de manejo de emergencias y patologías obstetricias, protocolos de atención del recién nacido, estrategias como ser capacitación de parteras tradicionales, creación de clínicas materno infantiles, hogares maternos, elaboración de políticas de salud sexual y reproductiva, campaña de información educación comunicación de la mujer, investigación sobre

¹ Meléndez, Jorge; Ochoa Vásquez, José C.; Villanueva, Yanira. Investigación sobre Mortalidad Materna y de Mujeres en edad Reproductiva en Honduras, 1,999. p: 28

² Corrales, Gustavo; et al. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar. 2001. p: 175-216.

mortalidad materna y de mujeres en edad reproductiva IMMÉR, creación del Programa nacional de atención integral al adolescente PAIA.

Aspectos relevantes del ámbito Hospitalario

La mayoría de los egresos hospitalarios en Honduras son producidos por hospitales públicos (80%) en el año 2,001 señalando con ello el poco acceso de la población hondureña a los servicios privados.³

La proporción de egresos hospitalarios en el grupo de 15 a 49 años, el 70% correspondió a partos en todas sus modalidades. En el primer quinquenio de la década del 90 la atención institucional del parto se incrementa de 14 a 18%, favoreciéndose la disminución de la mortalidad materna para ese quinquenio. En 1,990 la mortalidad materna tenía un predominio comunitario, pero en 1,996 cambia ese patrón teniendo predominio de la mortalidad materna hospitalaria.

En el ámbito hospitalario, la principal causa de muerte materna fue la infección puerperal con 30.4%, seguida de los trastornos hipertensivos. Juntas estas dos causas dan cuenta del 50% de las muertes maternas hospitalarias y la hemorragia de 15.2%.⁴

Los hospitales de la red hospitalaria de salud dieron respuesta en algún tiempo.

Sin embargo la misma tiene en promedio entre 10 y 30 años de antigüedad.

Los cuales fueron creados con poblaciones estimadas para ese período, no obstante la tasa de crecimiento anual de la población es de 2.2, factor que influye en que los servicios hospitalarios sean sometidos a una alta demanda. Resultando ser insuficientes para responder a la demanda generada por los factores mencionados: crecimiento poblacional, obsolescencia de la red hospitalaria, y capacidad de la infraestructura.

³ . HONDURAS: Secretaria de Salud. Salud en Cifras. 2,001. p :1

⁴ . Meléndez, Jorge; Ochoa Vásquez, José C.; Villanueva, Yanira. Investigación sobre Mortalidad Materna y de Mujeres en edad Reproductiva en Honduras, 1,999. p:23-48

Reflejándose como resultado limitación del acceso, deterioro en la calidad de atención, y saturación en los servicios de atención.

En estudio realizado en las unidades asistenciales de la secretaria de salud reflejan una serie de problemas en la calidad de atención y la gestión de la prestación de los servicios, entre los más relevantes se pueden referir: ⁵ largas listas de espera para la atención quirúrgica, largos tiempos de espera para la respuesta a la demanda de consulta externa, rechazo de usuarios, quejas de maltrato al paciente no resueltas, insuficiencia de medicamentos para la población demandante, congestionamiento de los servicios de obstetricia, insuficiencia estructural en los diferentes ambientes involucrados en el proceso de atención materno infantil, mortalidad evitable no cuantificada, análisis de mortalidad hospitalaria incompletos e insuficientes, insuficiencia de camas o cupos para atender la referencia de pacientes de un nivel a otro según capacidad resolutive, pacientes mal referidos o en el peor de los casos muerte durante su traslado.

Problemática Identificada:

Problemas en el flujo de pacientes particularmente en consulta externa y el servicio de urgencia, bajo rendimiento de las salas de operaciones, unidades asistenciales deshabilitada con escasez de recursos con la infraestructura deteriorada y el equipamiento obsoleto y en mal estado, carencia de mantenimiento preventivo para los equipos e instalaciones, Servicios de apoyo clínico. (laboratorio clínico, rayos x, etc.), deficiencias en oportunidad y calidad y en operaciones del equipo, carencia de personal calificado (médicos y enfermeras) en turnos nocturnos, carencia de estándares y planes de cuidados de enfermería para la atención del paciente en los diferentes servicios, carencia de planes, guías o protocolos de manejo para los pacientes, carencia de estándares de calidad en los servicios de apoyo y los procesos de atención, carencia de estructuras gerenciales para corregir los problemas de calidad identificados y limitaciones para la identificación y la

⁵ HONDURAS: Secretaria de Salud. Estructura Organizativa y Funcional del Proyecto Reformas al Sector Salud. 2,002. p: 24

resolución de problemas, la carencia de seguimientos y control por parte de las autoridades del hospital.⁶

Este estudio refleja un panorama de la problemática hospitalaria general de todos los hospitales de Honduras pero no refleja datos específicos por hospital; no existiendo estudio exclusivo que visualicen la problemática de la ruta materna.

⁶ HONDURAS: Secretaria de Salud. Estructura Organizativa y Funcional del Proyecto Reformas al Sector Salud. 2,002. p: 24

III. JUSTIFICACIÓN

Se realizó un estudio piloto de la ruta crítica materna, por que los principales resultados del estudio se socializaran con los encargados del Departamento de Salud Integral a la Familia, Programa de Atención Integral a la Mujer de la Secretaría de Salud, Direcciones corporativas de los hospitales involucrados. Contribuyendo al aporte de elementos fundamentales que sirvan de base para la búsqueda de intervenciones para mejorar la ruta crítica materna, al fomento de optimización de los recursos que permitan el aporte de soluciones reales en el área gerencial y asistencial en la ruta crítica materna siguiendo el enfoque de prioridades que en esta materia plantean las políticas sanitarias del país.

Para apoyar el fortalecimiento en las posibles alternativas de solución; tomando en cuenta los siguientes criterios

- A. Mejorar en la Asignación de Recursos Financieros
- B. Mejoramiento en la prestación de los servicios
- C. Extensión de La Cobertura de Servicios de Salud

Los resultados contribuían a la disminución de complicaciones obstétricas, la disminución institucional de la mortalidad materna, aumentará la rentabilidad social en beneficio.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la mayoría de estudios que se han realizado en las unidades asistenciales de la Secretaría de Salud se han identificado una serie de problemas en la calidad de la atención y la gestión de la prestación de los servicios.

Siendo esta situación la que lleva a plantear la siguiente interrogante:

¿Cómo es la situación actual de la ruta crítica de las áreas maternas de cuatro hospitales de Honduras en el periodo de mayo a junio del 2,004?

Las preguntas específicas son:

1. ¿Cómo influencia la organización de los servicios en la ruta crítica en la atención materna en los 4 hospitales de estudio?
2. ¿Cuál es la disponibilidad cuantitativa y cualitativa de los recursos humanos involucrados en la atención materna en los 4 hospitales involucrados en el estudio.?
3. ¿Cuál es la base tecnológica de soporte a la atención materna en los servicios de la ruta crítica de los 4 hospitales?
4. ¿Con que nivel de calidad se brindan los cuidados de atención en los servicios de la ruta crítica materna de los hospitales objetos de este estudio?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la situación de la ruta crítica de las áreas maternas en 4 hospitales de Honduras, basándose en los parámetros estándares indispensables usados por la Secretaria de Salud mayo-junio 2004.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir la organización de servicios hospitalarios en 4 hospitales de Honduras con relación con la ruta crítica de la atención materna.
2. Conocer la disponibilidad cuantitativa y cualitativa de los recursos humanos involucrados en la atención materna en los 4 hospitales involucrados en el estudio.
3. Identificar el soporte tecnológico básico necesario de las áreas maternas para la atención en los cuidados maternos.
4. Valorar la calidad técnica de atención al grupo materno, disponibilidad de protocolos de atención en los servicios involucrados y su aplicación por los prestadores de servicios.

VI. MARCO DE REFERENCIA

Las condiciones globales de salud y el acceso a los servicios han mejorado de manera continua. Sin embargo esta mejoría global no ha sido homogénea, ya que existen enormes diferenciales de salud y brechas de acceso a los servicios de salud entre países y grupos sociales al interior de los países. A estos problemas se suman nuevos obstáculos, relacionados con el acelerado crecimiento poblacional, de las mega ciudades y grandes cambios ambientales.

Es ampliamente reconocido que la salud es uno de los pilares del desarrollo humano y base fundamental para su sostenibilidad. Desde siempre el sector salud ha dedicado especial atención a la mujer, conciente de su determinante contribución tanto en el ámbito familiar como social y la mayor vulnerabilidad de su salud. El enfoque clásico tradicional ha sido desde una perspectiva del binomio madre-hijo /a reduciendo los riesgos a los que están expuestos. A pesar de los grandes logros alcanzados, expresados en la reducción de morbilidad y mortalidad, sabemos que estos no son suficientes.

La mortalidad materna debida a complicaciones del embarazo y el parto es innecesariamente alta y constituye una tragedia en algunos países de América Latina y el Caribe. Se calcula que la razón global de mortalidad materna en estos países es de 190 por 100,000 nacidos vivos. El embarazo y el parto no son enfermedades, pero las mujeres de América Latina y el Caribe todavía mueren de las mismas causas. Aunque la razón de mortalidad se ha estancado desde que la mortalidad sin riesgo se convirtió en un tema primordial a finales de los ochenta y principio de los noventa, la mortalidad materna es un tema de salud pública en el que se ha progresado poco en los últimos tiempos ¹

¹ Organización Panamericana de la Salud OPS/ Organización Mundial de la Salud OMS, Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y morbilidad Materna, 20037. p: 5-18

La realidad en muchos países de la región, es que prevalecen numerosas barreras de tipo económico, geográfico y cultural que impiden el acceso adecuado, oportuno y equitativo de las mujeres a servicios de salud con calidad, incluyendo la atención obstétrica esencial. Pese al compromiso consignado en diversos escenarios, subsiste una poderosa interrogante:

¿Por qué continúan muriendo y en muchos otros casos sufriendo las mujeres durante el proceso natural de su maternidad?

Con frecuencia, se suele atribuir el atraso en la reducción de las tasas de mortalidad materna a la menor inversión en el sector salud.

La mortalidad materna en el momento del parto en América Latina es 10 veces mayor que las registradas en Estados Unidos y Canadá.²

Esto se explica por la menor valoración social de las mujeres y su escaso poder para tomar decisiones frente a su sexualidad y reproducción. Y por su acceso desigual al empleo, educación y recursos; por su condición de pobreza, su estado físico debilitado por reiterados embarazos y mala nutrición; por las malas condiciones de higiene y salubridad en su entorno directo, es decir, una situación de extrema desventaja social.

Embarazos y Muertes Maternas

Cada minuto se embarazan 380 mujeres, y 190 de esas gestaciones son indeseadas y/o no planificadas. Por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, cada día mueren 1.600 mujeres, es decir, casi 600.000 al año. Y el 99% de esos decesos ocurre en países en desarrollo. En la mayoría de nuestros países, las complicaciones del embarazo y el parto son causa principal de defunción y discapacidad para mujeres de 15 a 49 años de edad. Solo en la región latinoamericana y caribeña mueren anualmente más de 25.000 mujeres por causas maternas.

² Organización Panamericana de la Salud OPS/ Organización Mundial de la Salud OMS, Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y morbilidad Materna, Washington, D.C. 20037.p:1-8

Por cada muerte durante el embarazo y el parto, se estima que ocurren de 30 a 100 casos de enfermedades o discapacidades maternas de diversa consideración. Hemorragias, infecciones, eclampsia, parto obstruido y las complicaciones del aborto inseguro constituyen las principales causas de muerte materna. En varios países de nuestra región, el aborto inseguro es una de las primeras causas.³

La mortalidad materna es equivalente a la punta de un iceberg en materia de negación de derechos porque, la mayoría de estas muertes son evitables.

Se ha aumentado considerablemente el conocimiento de las causas de la discapacidad y la muerte materna y de las intervenciones apropiadas en entornos de escasos recursos. La clave para la reducción de la mortalidad materna no reside exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general, sino también en ofrecer un tratamiento eficaz y accesible.

Las causas directamente obstétricas explican más del 70% de las muertes maternas. Estas causas incluyen hemorragias (25% de las muertes maternas), sepsis (15%), complicaciones por abortos(13%), eclampsia (12%) y parto obstruido(8%). Se estima que, por cada muerte materna en la región hay 135 enfermedades que pueden causar problemas de salud crónicos luego del embarazo y el parto, como prolapso uterino, fistulas, incontinencia o dolor durante la actividad sexual.⁴

³. OMS /OPS 2002. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe
camprsmiac@redsalud.tie.cl

⁴ Organización Panamericana de la Salud OPS /Organización Mundial de la Salud OMS, Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna, Washington, D.C. 20037. p:1-8

Las causas subyacentes de las muertes maternas evitables son muchas, pero hay tres causas principales que se destacan: falta de conciencia de las señales de peligro de una emergencia obstétrica, de parte de las mujeres y sus familias, falta de acceso a la atención especializada durante el nacimiento y el cuidado obstétrico esencial y una mala calidad del cuidado obstétrico.

La muerte como resultado de complicaciones obstétricas están relacionados directamente con la falta de acceso o la subutilización de los servicios de maternidad, que a menudo no son capaces de responder eficazmente a situaciones de emergencia y frecuentemente brindan un cuidado de mala calidad. La falta de acceso no se refiere exclusivamente al cuidado obstétrico básico, sino a un nivel más complejo del manejo de las complicaciones, donde la cirugía, la anestesia y la sangre puedan estar disponibles. Muchos países tienen mecanismos de referencia existentes o débiles, incluyendo el transporte de emergencia entre los centros de salud y los hospitales de distrito y de segundo nivel, que no funcionan como un sistema con niveles de complejidad interconectados.

La deficiente calidad de los servicios tiene que ver tanto con los contenidos del cuidado como los procesos reales involucrados en su aplicación. Así en la mayoría de los hospitales el personal que atiende el parto son estudiantes internos y auxiliares de enfermería y a menudo no tienen la suficiente preparación para reconocer y manejar emergencias obstétricas careciendo de las capacidades necesarias. La falta de suministros, equipos necesarios y la infraestructura obsoleta son barreras para brindar un cuidado de calidad adecuado.

Los resultados de investigaciones demuestran que determinadas intervenciones de salud pueden reducir la incidencia y la gravedad de las principales complicaciones asociadas con el embarazo, el parto, y el puerperio, tanto para las madres como para sus bebés. En la actualidad se están promoviendo enfoques más centrados en intervenciones eficaces en razón de costos, como los cuidados obstétricos esenciales, la asistencia del parto por

personal calificado, y el mejor acceso a los servicios de atención de salud materna de calidad.⁵

La mortalidad materna debida a complicaciones del embarazo y el parto es innecesariamente alta y aun constituye una tragedia en varios países de América Latina.

UNICEF señaló que “al menos 50 mil niños y niñas quedan huérfanos cada año en América Latina y el Caribe por muertes relacionadas con el embarazo y el parto”. Dando a conocer las siguientes cifras:

- 3.240.000 de las mujeres no tienen control del embarazo.
- 3.440.000 no recibe atención del parto en una institución de salud.
- 2.980.000 no tiene acceso a atención del parto por personal calificado.
- 25.000 mujeres mueren anualmente en la región por causas relacionadas con el embarazo y/o el parto.

Los Servicios de Salud

Entre el 20 y el 25 por ciento de la población de América Latina y el Caribe no tiene acceso permanente a los servicios de salud u otro tipo de medida de protección social, señala el informe de La Salud en las Américas 2002 de la OPS. En efecto, diversas investigaciones nacionales sobre la mortalidad materna han concluido que en la mayoría de los países de la región los servicios de salud no están preparados para resolver situaciones de urgencia y que la calidad de la atención es precaria y deficiente.

Lo que llama la atención es que en América Latina y el Caribe la mayoría de los partos, cerca del 75 por ciento, tiene lugar en centros asistenciales, como lo señaló en su informe La vigésima sexta Conferencia Sanitaria Panamericana. Pese a ello, agrega, “en 17 países la morbilidad y la mortalidad materna y Perinatal son mayores de lo previsto para la población en riesgo, de lo que se infiere una deficiente calidad de la atención de salud”.

6

⁵ Organización Panamericana de la Salud OPS/ Organización Mundial de la Salud OMS, Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y morbilidad Materna, Washington, D.C. 20037. p: 1-8)

⁶ Organización Panamericana de la Salud OPS/ Organización Mundial de la Salud OMS, Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y morbilidad Materna, Washington, D.C. 20037.p:1-8)

Esto indica que los servicios de salud no están suficientemente equipados o capacitados para abordar el problema.

Las estrategias aprobadas por esta conferencia, establecen que mejorar el sistema de salud es vital., las estrategias aprobadas incluyen garantizar la atención obstétrica esencial y la atención del parto por personal calificado, y financiar servicios de salud reproductiva dentro de la reforma del sector de la salud.

La iniciativa de “Reducir los Riesgos del Embarazo” propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para lograr la maternidad sin riesgo tiene como propósito ayudar a los países a fortalecer su sistema de salud, para combatir las causas principales de la mortalidad y morbilidad de la madre y el recién nacido. Requiriéndose para ello del mejoramiento de los servicios de salud, para la madre y el recién nacido asegurándoles el acceso a la atención calificada cuando la necesiten. Esta iniciativa hace referencia que por cada 500,000 habitantes debe existir un establecimiento de cuidados obstétrico esenciales (COE) ampliado y 4 establecimiento de cuidados obstétrico esenciales (COE) básicos. Los cuales deben brindar los servicios las 24 horas del día.

Durante el último decenio se han invertido más recursos en la atención prenatal que en el parto, la atención posparto inmediata y la atención esencial para el control de las complicaciones. Sin embargo la mayoría de las complicaciones y las defunciones ocurren durante el parto e inmediatamente después del mismo, o derivan de las complicaciones del aborto. Es por esta razón que la atención profesional del parto es el eje de los esfuerzos más exitosos para reducir las complicaciones y la muerte materna.

Otra dimensión de la inequidad de la atención de salud que interviene en la mortalidad materna es el acceso a la cesárea, operación que se infrutiliza o a la que se recurre en exceso en algunos de estos países.

La Organización Mundial de la Salud OMS recomienda una proporción general de 15% basándose en el número previsto de mujeres que tendrán que afrontar complicaciones

posiblemente letales durante el parto. La incidencia de las cesáreas en los países, puede servir como indicador del acceso de la atención obstétrica de calidad.

En algunos países de América Latina las tasas de cesáreas están aumentando y superan actualmente el 15% en zonas urbanas. Esta disparidad en el entorno urbano y el rural es especialmente importante de destacar, pues indica que las mujeres con complicaciones no tienen acceso a los servicios debido a barreras económicas o geográficas, o bien que los servicios de salud no están suficientemente equipados o capacitados para abordar la problemática.

Cabe mencionar que los partos son mucho más seguros con asistencia profesional y que cuando surge un problema grave, una embarazada debe tener acceso a un servicio de salud debidamente equipado. Debe establecerse un sistema para que se cuente con la infraestructura, equipo, personal capaz de tratar las complicaciones obstétricas y las urgencias garantizando su permanencia las 24 horas del día y la disponibilidad de los suministros necesarios. Para que puedan responder satisfactoriamente a la demanda generadas por la población.

La prestación de los servicios de salud materna eficaces requiere mejor infraestructura para que sea posible en los centros existentes ofrecer servicios obstétricos básicos y de urgencias. En la mayoría de los países, las mayores repercusiones pueden lograrse mediante intervenciones para mejorar los hospitales de distritos existentes.

Hay que identificar los obstáculos para lograr comprender la situación actual de los hospitales para dar respuesta a la problemática de la demanda generada.

Las urgencias maternas son sumamente difíciles de predecir, por lo cual todas las mujeres necesitan acceso a los cuidados obstétricos esenciales.

Pero como los hospitales y centros de salud públicos donde las mujeres son las principales usuarias han sufrido un deterioro lastimoso con la aplicación de las reformas de salud liberales y las políticas focales del Banco Mundial en toda Latinoamérica y el Caribe, es necesario presionar por políticas públicas que promuevan estas estrategias, ejerciendo un control social sobre el sistema de salud para monitorear y exigir la existencia de una atención integral de la salud reproductiva.

Contexto Nacional

Honduras tiene una extensión territorial de 112,492 Kms^a. Distribuidos geográficamente en 18 departamentos, cuenta con una población de 6,535.344 habitantes de los cuales el 0.6% son mujeres, y 49.4 son hombres concentrándose en áreas urbanas 48.19% y 51.81 en áreas rurales.⁷

La población hondureña se caracteriza por ser una población joven, ya que el 41.75% es menor de 15 años la mitad de la población es menor de 19 años. La existencia de un gran número de mujeres en edad reproductiva y el descenso de la tasa bruta de mortalidad, que paso de 6.4 para 1,993 a 5.2 por mil habitantes en el 2,001, constituyen los dos principales factores que afectan al crecimiento de la población.⁸

En relación a la situación de salud , el sistema de salud cuenta con 1,167 establecimientos de salud constituido por 28 hospitales, 3 clínicas periféricas de emergencia(clíper), 964 cesar (centro de salud rurales), 249 cesamos (centros de salud con medico y odontólogo) y 23 clínicas materno infantil, 4,100 camas censables, para un índice de 0.65 camas por mil habitantes.

⁷ HONDURAS: Secretaria de Salud. Salud en Cifras, 2001. p: 1

⁸ HONDURAS: Secretaria de Salud. Salud en Cifras, 2001. p: 1

En materia de los recursos humanos el sistema de salud cuenta con 1,722 médicos, 884 enfermeras profesionales, 5,322 auxiliares de enfermería, 151 odontólogos. El índice de medico por mil habitantes es de 2.72, el de enfermeras profesional es de 1.4 por mil habitantes y de auxiliares de enfermería es de 8.4 por mil habitantes.

Estando distribuidos en las 9 regiones que forman el sistema de salud las cuales a su vez se dividen en áreas y sectores estando comprendidas en los 18 departamentos de la manera siguiente:

Departamento de Francisco Morazán(Distrito Central) Región Metropolitana.

El Paraíso y parte de Francisco Morazán Región N° 1

Comayagua, Intibucá y La Paz Región N° 2

Cortes Santa Bárbara Yoro y 2 municipios del departamento de Lempira Región N° 3

Choluteca y Valle Región N° 4

Ocatepeque, Copán, Lempira y 2 municipios del departamento de Santa Bárbara
Región N° 5

Atlántida, Colón, Islas de la Bahía, y 3 municipios del departamento de Yoro Región
N° 6

Olancho Región N° 7

Gracias a Dios Región N° 8.

Según estudios realizados se han identificados la siguiente problemática:⁹

A nivel de la Secretaria de Salud:

- Falta de gestión y financiamiento para el funcionamiento de referencia / contrarreferencia de los pacientes que requieren continuidad de la atención de un nivel a otro.

⁹ Honduras: Secretaria de Salud. Estructura Organizativa y Funcional del Proyecto Reformas al Sector Salud. 2,002. p:24

- Sistema de abastecimiento y suministro de medicamentos obsoletos e ineficientes.
- Carencia de una política de recursos Humanos que garantice la disponibilidad de los recursos necesarios
- Falta de un sistema de seguimiento y control por parte de las autoridades del nivel central de la secretaria de salud.

Lo que ha traído como consecuencia, el deterioro de los recursos (infraestructura física, equipo médico sanitario y mobiliario) se encuentren en estado de obsolescencia y sean escasos e insuficientes.

Con el abordaje de esta problemática se mejora la eficiencia al atender un mayor número de partos institucionales generando una justificación alta, sustentados en el descenso de las complicaciones procurando una óptima y oportuna utilización del recurso tecnológico y humano existente.

En la Actualidad La Secretaría de Salud se plantea el desarrollo de propuestas, innovaciones y cambios organizacionales innovación de las formas de organización de los procesos de trabajo. Pretendiendo un enfoque metodológico efectivo para producir mejoras concretas en la calidad y la productividad de los servicios de salud, el mismo que consiste en el diseño de modelos eficaces para la desconcentración y descentralización, lo que permitirá avanzar en las políticas de transformación y reforma del sector salud, coadyuvando a cumplir los objetivos de reconstrucción y modernización del Estado Hondureño.

Así la Secretaria de Salud ha desarrollado normas mínimas indispensables (estándares) sobre Recursos Humanos, normas de atención y administrativas, estructura física e instalaciones, equipamiento, organización y funcionamiento de establecimientos.

Los cuales están clasificados como estándares indispensables; los cuales fueron tomados en cuenta para el desarrollo de los instrumentos de recolección de este estudio.

Con relación al estándar de Estructura describe lo siguiente: si el hospital dispone de los diferentes ambientes e instalaciones y si son funcionales:

emergencia, admisión, sala de labor, partos, quirófano, hospitalización, cuidados intensivos, farmacia, laboratorio, banco de sangre, rayos X, sistema de alcantarilla, pozo séptico, incinerador, disposición para desechos enterrados, disposición para desechos, recolección pública, energía eléctrica 24 horas, agua 24 horas.¹⁰

Al interior de los Servicios:

Emergencia:

Área de espera, área de admisión, estación de enfermería, área de observación, sala para examinar con privacidad visual y auditiva, servicios higiénicos, iluminación adecuada natural, iluminación adecuada artificial, puertas amplias que permitan acceso a camillas, silla de ruedas, equipos, lavamanos en área de enfermería/ observación.

Hospitalización de Gineco-obstetricia:

Área de internamiento, área de revisión, servicios sanitarios para pacientes, servicios sanitarios para personal, ventilación, iluminación natural, artificial, lavamanos para cada sala de internamiento/ área de revisión

Sala de Labor y Parto:

Área de labor, área de expulsivo, servicios sanitarios para pacientes y personal lavamanos, con surtidor para manejar con el codo o rodilla.

En reelección a Soporte Tecnológico (Equipo y Mobiliario) si se dispone, y hace referencia del estado en que se encuentra para los diferentes ambientes:

estación de enfermería:

¹⁰ HONDURAS: Secretaria de Salud. Normas Técnicas para Licenciamiento de Establecimientos de Salud Clasificación B y C. 2,002 p: 36-40, 41-43, 55-58, 63-66, 74- -77,88-90

teléfono y en área de admisión, sillas, basureros, reloj de pared, gabinete para medicamentos, mesa de preparación de medicamentos (observación), camillas de transporte sillas de rueda, camas en área de observación.

Equipo básico para todos los niveles:

Esfigmomanómetro, estetoscopio, estetoscopio de Pinard, fetoscopio, termómetro, pinza uterina tenáculo(acero inoxidable), pinza para torundas(acero inoxidable), tambores o casos para gasas, riñonera de acero inoxidable, bandeja de medicamentos, jeringas, agujas, mariposa y/o catéter, recipientes para disposición de agujas, atril, mascarilla de oxígeno. lámpara cuello flexible, camilla ginecológica, banco giratorio, grada, balanza de adultos, tallmetro, equipo para parto, guantes quirúrgicos, sonda vesical (foley), sueros, cintas para proteinuria, sábanas para camas, batas para pacientes, carro con rodos para medicamentos (con gavetas), porta expedientes, camas hospitalarias (área de internamiento), sillas, mesas de noche (área de internamiento), gradillas, silla de ruedas, mesa de mayo, anaquel o estante, balde de acero, carro de paro debidamente equipado, aspiración manual al vacío (adicional al instrumento básico para legrado), camas para labor, camillas de transporte, sillas de ruedas, patos, amniótomo, reloj de pared (área de expulsivo, anaquel o estante (en área de expulsivos), camilla de expulsivo (con movimiento a posición vertical, equipo de sutura perineal/ vaginal/ cervical, fórceps simpson, cinta umbilical y/o ganchos, equipo para insertar diu, pijamas para el personal, mascarillas, botas, gorros, sábanas para cama en labor, gasas estériles.

Recursos humanos el estándar descrito refiere que el hospital debería disponer como mínimo con:

- 1 médico general por turno
- 1 médico Gineco-obstetra en servicio durante los 3 turnos.
- 1 anestesiólogo por turno
- 1 enfermeras profesionales para poder cubrir los 3 turnos.
- 1 laboratorista por turno
- 1 técnico de rayos X por turno

- 24 auxiliares de enfermería para garantizar por lo menos 2 por turno en cada servicio.
- personal de limpieza (3) por turno
- otro personal administrativo de apoyo para garantizar coberturas las 24 horas del día.

Calidad Técnica:

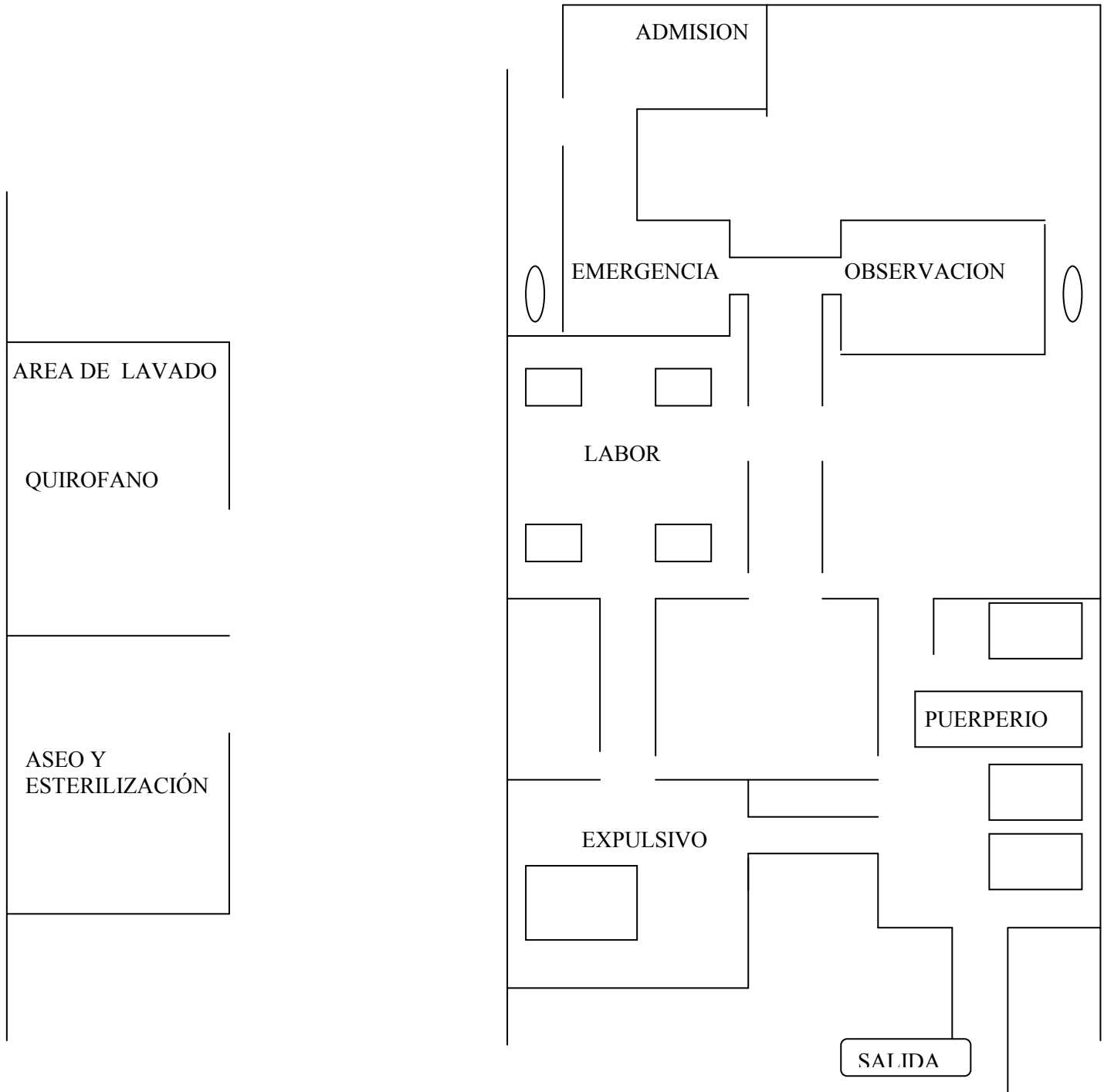
Este estándar hace una relación sobre el nivel de capacitación que tiene el recurso humano en protocolo de atención y manejo de pacientes en el bloque materno; así como la disponibilidad de un sistema de información, protocolos de atención en esta área y la existencia de un comité de mortalidad materna funcionando.¹¹

¹¹ Honduras: Secretaria de Salud. Normas Técnicas para Licenciamiento de Establecimientos de Salud Clasificación B y C. 2,002 p: 36-40, 41-43, 55-58, 63-66, 74- -77,88-90

Organización de Servicios:

según normativa de la Secretaría de Salud hace referencia al siguiente modelo ¹²

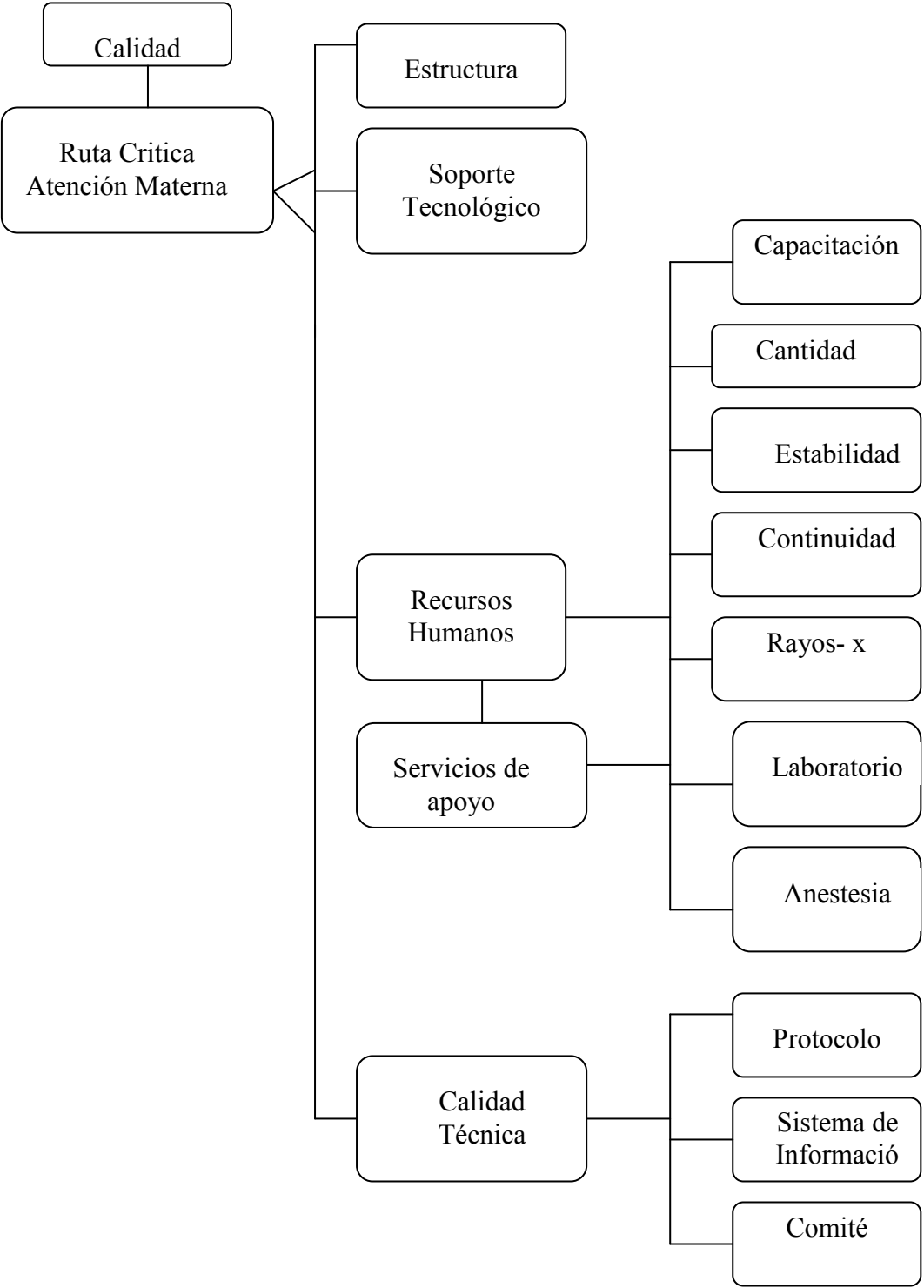
Plano Básico Propuesto para las Áreas Maternas:



¹² Ochoa Vásquez, José C.; Aguilar de López, Elida; Martínez Laura. Lineamientos Generales para la Sistematización del funcionamiento de Clínicas Maternas, 2,000. p: 23

para mejor comprensión del estudio se diseña el siguiente flujograma que demuestra los componentes a investigar.

Flujograma del la Ruta critica del área materna



Definiciones:

Ruta Crítica Materna:

Conjunto de unidades operativas y funcionales que interactúan y se relacionan con el fin de mejorar la calidad de atención en el área materna.

Organización de Servicios:

Modelo en que se relacionan estas unidades operativas involucradas con la atención materna.

Recursos Humanos:

Se refiere a la cantidad del Personal asignado a los hospitales según tipo de profesión, estabilidad, continuidad.

Soporte Tecnológico:

Es el Equipamiento básico necesario en cada una de las unidades operativas funcionales, necesario y adecuado para brindar atención en cuidados maternos.

Calidad Técnica:

Nivel de capacitación que tiene el recurso humano en protocolos de atención y manejo de pacientes en el bloque materno; así como la disponibilidad de un sistema de información de protocolos de atención en esta área y existencia de un comité de mortalidad materna funcionando.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

7.1 El estudio fue una investigación evaluativa de estructura y proceso de la ruta crítica de las unidades operativas y funcionales relacionadas con la atención materna.

7.2 La unidad de análisis: fue la ruta crítica de las áreas maternas de los cuatro hospitales seleccionados: Hospital San Lorenzo localizado en municipio de San Lorenzo en el departamento de Valle, hospital de Progreso, municipio del Progreso, departamento de Yoro; hospital San Isidro, municipio de Tocoa departamento de Colón y el hospital Manuel de Jesús Subirana, municipio de Yoro, departamento de Yoro.

7.3 Unidad de observación: Servicios de atención materna de cuatro hospitales.

7.4 Criterios de Selección de los hospitales:

Departamentos con incidencia de tasas de mortalidad materna: alta en Colón (174 x 100,000nv); mediana en Valle (102 x 100,000nv) y baja en Yoro (62 x 100,00nv); áreas de difícil acceso.

La población de mujeres en edad reproductiva en estos departamentos para el año 2,004 es: Colón 111,191 mujeres en edad reproductiva; pero de estas solamente 34,617 son de responsabilidad programática del hospital del municipio de San Isidro. El resto son atendidas por los hospitales de Trujillo del mismo departamento.

Valle 68,418 mujeres en edad reproductiva todas de responsabilidad programática de este hospital.

Yoro 211,895 son mujeres en edad reproductivas del departamento, siendo la responsabilidad programática del hospital Manuel de Jesús Subirana 98,731 MER y la del hospital de Progreso 75,288 MER el resto de la población es cubierta por el hospital de Olanchito.

Hospitales de área con característica similares en relación a los elementos de la ruta crítica para la atención materna.

Siendo de interés para desarrollar proyecto.

7.5 Criterios de exclusión

Debido a la característica de complejidad (Hospitales nacionales y regionales) se excluyeron del alcance de este estudio.

Apoyo de Agencias de cooperación externa.

Apoyo político de las autoridades de salud.

7.6 Fuente y Obtención de los datos

Por objetivos:

Ruta Crítica Materna y Organización de Servicios:

La fuente y obtención de la información primaria fue a través de las respuestas verbales 11 personas por hospital; se tomó en cuenta personal de las direcciones corporativas de los Hospitales (Director de cada hospital, total 4.), el personal operativo involucrados con la ruta crítica para la atención materna: Médicos, Enfermeras profesionales: Jefes de departamento de las diferentes unidades relacionadas con la atención materna, dos por cada unidad (emergencia, labor, parto, puerperio y quirófano) el instrumento de recolección de la información fue 1 por hospital, registrándose las respuestas del personal correspondiente al servicio o sala donde labora. Y la observación de las diferentes unidades operativas de la ruta crítica materna. (fuente secundaria) Para lo cual se utilizó el plano básico propuesto para las áreas maternas de acuerdo a la normativa de la Secretaria de Salud

(ver pag. # 17)

Recursos Humanos: La fuente y obtención de la información fue a través de las respuestas verbales del personal referido anteriormente, verificación a través de registros de inventarios del recurso humano de cada hospital, registros de contrato y manual de funciones.

Soporte Tecnológico: La fuente y obtención de la información fue a través de las respuestas verbales del personal ya mencionado,(fuente primaria) verificación a través de registros de inventarios de equipo en cada una de las unidades operativas de la ruta crítica materna.(fuente secundaria)

Calidad Técnica: La fuente y obtención de la información fue a través respuestas verbales del personal antes referido(fuente primaria) verificación a través de registros de capacitación, plan de capacitación, registros administrativos, existencia de normas y protocolos de manejo en la atención materna, sistema de información, registros de conformación de comité de mortalidad materna, actas de reunión del comité, actas de análisis de casos de mortalidad, y morbilidad materna, registros de supervisión. (fuente secundaria)

7.7 Técnicas e Instrumentos:

La recolección de la información fue obtenida a través de entrevista estructurada.

Se diseñaron y utilizaron los formularios siguientes:

- Encuestas de establecimientos de servicios de salud que brindan cuidados obstétricos de emergencia: la cual contó con 3 formularios dirigidos a los diferentes componentes.
- Formulario No 1: caracterización y clasificación de establecimientos según tipo de cuidados maternos.
- Formulario No 2: Disponibilidad y capacitación del personal de salud.
- Formulario No 3: Disponibilidad de infraestructura, mobiliario y equipo de los diferentes ambientes.

Previo a la recolección de la información se tuvo un período de validación de los instrumentos.

7.8 Procedimiento para la recolección de la información

El estudio se realizó en un período de 7 meses, partiendo de su planificación hasta el informe de resultados.

El proceso de recolección de la información se llevo acabo en 1mes abarcando desde la elaboración, validación revisión y organización de los instrumentos.

Recolección de datos: La realizaron la interesada de tesis con 2 recursos del programa de Atención Integral a la Mujer las cuales fueron capacitadas para la recolección de los datos.

Tabulación y análisis de datos:

La tabulación fue a través de sistema computarizado. El análisis de datos fue realizado por la interesada de tesis

7.9 Plan de tabulación:

Ruta crítica de las áreas maternas variable principal, dependiente, nominal

Teniendo como variables independientes por objetivos las siguientes:

Factores de estructura/ Organización de servicios(variable independiente) se cruzó con la ruta crítica de las áreas maternas (variable dependiente).

Recursos Humanos (variable independiente) se cruzó con la ruta crítica de las áreas maternas (variable dependiente).

Soporte Tecnológico (variable independiente) se cruzó con la ruta crítica de las áreas maternas (variable dependiente).

Calidad Técnica (variable independiente) se cruzó con la ruta crítica de las áreas maternas (variable dependiente).

Los resultados se presentaron en tablas resúmenes. (Ver anexos # 3)

a. Variables Identificadas por objetivos :

1. Ruta crítica de las áreas maternas: para el cumplimiento del objetivo específico que hacia referencia a la misma se describieron las siguientes variables:

- Características generales de los hospitales
(ambientes destinados a las diferentes unidades operativas)
- Servicios básicos que poseían
- Numero de camas que disponían

2. Organización de servicios: para su cumplimiento se investigó las siguientes variables utilizándose el plano básico propuesto para las áreas maternas
(ver Pag. 17)

3. Recursos Humanos: para su cumplimiento se investigó las siguientes variables:

- Tipo de profesión
- Total de personal del hospital
- Total del personal para la atención materna
- Condición del personal que brinda cuidados maternos
- Horarios de atención.

4. Soporte Tecnológico: su cumplimiento se hizo a través de la investigación de las variables:

- Áreas al interior de cada unidad operativa del área materna
- Disponibilidad
- Funcionalidad
- Mobiliario disponible en cada unidad operativa de las áreas maternas.
- Equipo básico para todas las unidades operativas de las áreas maternas

5. Calidad Técnica: las variables utilizadas para su cumplimiento fueron investigadas según tipo de profesión de los recursos:

- Temas de Capacitación
- Tiempo de capacitación
- Existencia de normas para la atención materna
- Verificación de las normas para la atención materna
- Uso de las normas para la atención materna
- Existencia y funcionalidad de comité de mortalidad materna, Sistema Informático Perinatal

b. Cuadros y Gráficos que se presentaron:

- Estructura de la ruta crítica de atención materna en los 4 hospitales estudiados
- Equipamiento básico según sala y hospital
- Recursos humanos por hospital según tipo de profesión, cantidad, continuidad, estabilidad en las unidades de la ruta crítica del área de atención materna. Y servicios de apoyo rayos x, laboratorio anestesia.
- Capacitación de los RR HH según tipo de profesión y tiempo de la última capacitación.

7.10 Procesamiento de la información:

a. Técnicas: Se revisaron a profundidad cada uno de los instrumentos utilizados para recolectar la información con el fin de comprobar que estuvieran completamente llenos y que la información de las respuestas estuviera acorde a las preguntas de los diferentes instrumentos utilizados en las entrevistas verificando que los criterios utilizados para el llenado fueron unificados por los integrantes del equipo investigador. Realizando la depuración de la información, con el propósito de complementar la que hiciera falta y despejar las dudas de las respuestas donde la

información no fuera comprensible. Seleccionando la información más relevante necesaria para el cumplimiento de los objetivos.

b. Métodos: Se construyeron bases de datos de Microsoft Excel y en Epi info versión 6 en la que se digitó la información recopilada para el procesamiento y análisis

7.11 Análisis de la información:

Se utilizaron escalas por repetición de respuestas de mayor a menor según el cargo desempeñado por las personas entrevistadas, tablas de ordenamiento de datos. Y se presentaron los hallazgos encontrados por cada uno de los hospitales en estudio. Se utilizaron la distribución de frecuencias para determinar los cumplimientos de las variables mencionadas y análisis de la ruta crítica del área materna. Para lo cual se agrupó la información de los diferentes instrumentos. Con el fin de poder medir 2 grandes bloques: Proceso, Estructura. Para lo cual se seleccionó la información afín con cada uno de estos bloques de los diferentes instrumentos; para facilitar su medición en estos bloques.

7.12 Operacionalización de variables(Ver anexos #3)

- Ruta Crítica
- Organización de Servicios
- Recursos Humanos
- Soporte Tecnológico
- Calidad Técnica

7.13 Trabajo de campo

Organización del estudio:

El desarrollo del estudio estuvo bajo la responsabilidad de la interesada de tesis Doctora María Elena Guevara; y contó con la colaboración de 2 personas que formaron el equipo de investigación las cuales se capacitaron para el llenado del instrumento de la investigación; con la asesoría técnica del personal del programa de Atención Integral a la Mujer, Departamento de desarrollo y servicios y el personal de los hospitales seleccionados de la Secretaría de Salud de Honduras, para el diseño y la validación de los instrumentos de recolección de la información.

Con un asesor de tesis nombrado por el Personal conductor del Centro de Investigación y Estudios de la Salud de la Universidad Nacional de Nicaragua quién brindó la asesoría final para la revisión de todo el proceso de investigación.

A. Plan de trabajo

El estudio se realizó en 7 meses, partiendo de su planificación hasta el informe de resultados.

En los meses de febrero a la primera quincena de marzo del 2,004 se realizó la fase explorativa, en la segunda quincena de marzo a la primera de abril se realizó la redacción del protocolo; En la segunda quincena de abril continuó con la fase de prueba o validación de instrumentos. De mayo a la primera quincena de junio del 2004 se recolectó la información.

En la segunda quincena de junio a la primera de julio se realizó la etapa de procesamiento y análisis estadístico.

En agosto del 2004 se finalizó con las etapas que corresponden a: discusión de resultados, redacción del informe final de la investigación y presentación del trabajo.

VIII. RESULTADOS

En los meses de mayo a junio del 2004 se realizó el estudio de la Ruta Crítica de las Áreas Maternas de Cuatro Hospitales de Honduras.

Los resultados obtenidos son el producto de la observación directa de las diferentes unidades operativas de los hospitales y entrevistas en conjunto de 44 personas (11 por hospital) los cuales conformaron personal de las direcciones corporativas, y los Jefes de sala de las unidades operativas que brindan atención materna; Médico /as Ginecólogos /as y /o enfermeras jefas de cada una de las unidades operativas de atención materna.

Así mismo se revisaron registros de inventarios de equipo en cada una de las unidades operativas de cada hospital, inventarios del personal registros de contratos, manual de funciones, registros de capacitación, registros de comité de mortalidad.

Situación de la ruta crítica de las áreas maternas; se estudiaron las características generales de los hospitales de las cuales se mencionaron: unidades operativas que poseían, Servicios básicos que disponían, número de camas que disponían. Para tener parámetro de medición se tomó de referencia el estándar de estructura de los hospitales normados por la Secretaria de Salud.

Para la construcción del cuadro de frecuencias de la situación revelada por la investigación se utilizaron algunos indicadores descritos a continuación: como positivo (X) la existencia de las características generales en los hospitales de estudio, y negativo (-) cuando no existían. Visualizado en tabla #1.

Los resultados reflejaron que los 4 hospitales estudiados contaban con servicios emergencia, labor, partos, hospitalización (puerperio), quirófano, rayos X, laboratorios, farmacia.

Además mostraron carencia todos de cuidados intensivos, incinerador, de igual forma los resultados revelaron que algunos de los hospitales carecían de cierta infraestructura necesaria para su funcionamiento adecuado.

Para los resultados de infraestructura básica se asignó el puntaje de acuerdo a lo normado en los estándares mínimos necesarios diseñados por la Secretaria de Salud que refiere la existencia de la misma. Si se cumplía con el estándar se le asignaba el 100% y si no poseían los servicios se les daba 0%.

En el caso de energía eléctrica y agua además de la existencia describe la disponibilidad de estos servicios las 24 horas del día. En este caso se valoró estos dos aspectos, para la disponibilidad se estableció una proporción en las horas si tenían disponibilidad las 24 horas se les asignaba el 100% si no se hacía la proporción tomando en cuenta el número de horas que disponían del servicio.

Los resultados demostraron carencias de servicios básicos de algunos de los hospitales estudiados, demostrando aspectos que son importantes de destacar: la falta de agua en 2 de los hospitales San Lorenzo y Yoro con carencia del servicio en un 70% y 50% respectivamente. (ver tabla N° 1,2, grafico #1 anexo #4)

Organización de servicios se investigó y observó la forma en que se relacionan e interactúan las unidades operativas involucradas en la atención materna para lo cual se tomó de referencia el plano básico propuesto para las áreas maternas diseñado en normas de funcionamiento de servicios maternos por la Secretaria de Salud (ver Pag. 17).

El porcentaje obtenido se obtuvo asignándoseles puntajes a las unidades operativas que cumplían el requisito del plano básico diseñado para el funcionamiento de las áreas maternas. Para lo cual se dividió 100 puntos que es la puntuación máxima entre las 6 unidades operativas involucradas en la atención materna que cumplieran con los requisitos del plano. Correspondiéndoles a 16 puntos a cada una de ellas. Se definieron indicadores: 0 cuando no existía el servicio exclusivo para las áreas maternas, X: cuando existían se relacionan e interactúan, -: cuando existían no se relacionaban e interactúan. ver tabla #3, sumando los puntos óptimos los cuales fueron sumados por las unidades que cumplían el requisito del plano(indicador X).

Encontrándose que el hospital de Progreso es el que tenía un mayor porcentaje de cumplimiento en un 83%, mientras que el hospital de San Lorenzo y San Isidro se observó una carencia de la misma en un 67% (ver tabla N° 3, anexo # 4 y 6).

Recursos Humanos para poder medir su cumplimiento se investigó las siguientes variables: tipo de profesión, total de personal del hospital, total del personal para la atención materna, condición del personal que brinda cuidados maternos, horarios de atención.

El estándar descrito en la normativa hace referencia de la existencia de 41 recursos mínimos necesarios diarios exclusivos para el área materna. Distribuidos entre médicos especialistas, médicos generales, licenciadas de enfermería, auxiliares de enfermería para cubrir las 24 horas al día. Sin embargo el mismo no describe si el soporte es demanda o población programática de los hospitales o necesidad de aseguramiento del recurso.

Para obtener la proporción de recursos humanos del hospital asignados a brindar cuidados maternos se dividió el total de personas que brindan cuidados maternos entre el total de recursos asignados al hospital y se multiplicó por 100.

Los resultados manifestaron carencia de los recursos humanos asignados en los 4 hospitales siendo más acentuada en el hospital Manuel de Jesús Subirana (Yoro) 74 recursos; la proporción de personas asignadas a los servicios de atención materna osciló entre 12.2% y 36.8% para los hospitales Manuel de Jesús Subirana (Yoro) y Progreso respectivamente. (ver tabla N° 4, anexo #3).

Cabe mencionar que en algunos hospitales se identificó la existencia de más personal que el referente al estándar (hospital de Progreso). Sin embargo es a expensas de auxiliares de enfermería no se cumplía la distribución del personal según tipo de profesión, como la descrita en el estándar.

En relación a las coberturas del médico especialista ninguno de los 4 tenía las 24 horas reflejándose que el hospital de Progreso es el que mayor coberturas alcanzó por este recurso

12 horas presenciales, los restantes jornada de seis horas; no se cumplió el estándar en su totalidad (en vista que define la cobertura para los 3 turnos).

Básicamente en los turnos vespertinos y nocturnos eran manejados por médicos generales y médicos en servicio social, en los 4 hospitales, en turnos C la cobertura del especialista es por llamado, observándose que los Hospitales San Isidro (Tocoa) y San Lorenzo tienen 20 y 15 días sin cobertura por este recurso.

Respecto al personal destinado a los servicios de apoyo solo el hospital de Progreso presentó descobertura en los turnos C y fines de semana, llama la atención que el hospital San Isidro (Tocoa) no presentó descobertura en los servicios de apoyo.

(ver tabla N° 5, anexo #4)

Soporte tecnológico básico necesario de las áreas maternas para la atención en los cuidados maternos. Para proveer facilidad en la medición de su cumplimiento se investigó las variables: Áreas al interior de cada unidad operativa disponibilidad y funcionalidad de las mismas. mobiliario disponible en cada una de ellas, equipo básico para todas las unidades operativas.

Para poder facilitar su análisis se agruparon las distintas sub variables en tres grades bloques: infraestructura, mobiliario, equipamiento básico por cada una de las unidades operativas.

Expresando carencias en estos tres bloques. Con infraestructura tienen que ver con espacio físico para áreas de observación de pacientes, áreas de admisión, estaciones de enfermería, salas para examinar a las pacientes con privacidad auditiva y visual, servicios sanitarios e iluminación adecuada.

Las carencias se observaron más en mobiliario y equipo básico, especialmente en salas de emergencias y hospitalización. La carencia de mobiliario fue principalmente de mesas de

preparación de medicamentos, gabinetes para medicamentos, reloj, teléfonos, camas lavamanos y servicios sanitarios.

Respecto al equipo básico las carencias principales fueron de estetoscopio, esfigmomanómetros, pinzas, carro de paro debidamente equipados, equipos de partos, camillas lámparas, balanzas guantes quirúrgicos, balanzas, bancos giratorios, mascarillas de oxígeno bandejas de medicamentos, cintas para proteinuria.

Los hospitales que más presentaron deficiencias o carencias en estos bloques fueron San Lorenzo y Manuel de Jesús Subirana (Yoro). Ver tabla # 6, gráficos 2 al 5 anexo #4, un mayor detalle se encuentra en el anexo #5

Las variables utilizadas para evaluar el cumplimiento de la calidad técnica fueron: tipo de profesión de los recursos, temas de capacitación, tiempo de capacitación, existencia de normas para la atención materna, verificación y uso de las de las mismas para la atención materna, existencia y funcionalidad de comité de mortalidad materna, Sistema Informático Perinatal.

En correlación con la capacitación en los protocolos de atención, según recursos y tiempo de última capacitación el estudio reveló lo siguientes: Los 4 hospitales contaban con algún personal capacitado en las normas de atención integral a la mujer y el protocolo de manejo de las emergencias obstétricas, especialmente los y las médicos generales y los y las gineco-obstetras. Llamando la atención que los médicos en servicios social no estaban capacitados, pese a que en ellos recae la responsabilidad de las atenciones especialmente las guardias.

En cuanto al Sistema Informático Perinatal los resultados mostraron que no se habían capacitado 3 Hospitales Manuel de Jesús Subirana, Progreso y San Isidro. Excepto el de San Lorenzo (G.O y Enfermera Profesional) Ver tabla N° 6. anexo # 4.

Con respecto a la existencia de los comités de mortalidad materna en los resultados se observó que 2 hospitales no existía Progreso y Manuel de Jesús Subirana de Yoro, y los otros 2 existía pero no funcionaba ver tabla N° 8 anexo # 4

De igual manera se observó en los resultados que en 3 de los hospitales estudiados no existía Sistema Informático Perinatal en su componente computarizado a excepción del hospital de San Lorenzo pero no se encontraba funcionando. Ver tabla N° 9 anexo # 4

Finalmente se agrupó la información de los diferentes instrumentos. Cuya finalidad fue poder medir 2 grandes bloques: Proceso, Estructura. Seleccionando la información afín con cada uno de estos bloques, de manera comparativa en los hospitales estudiados en cada una de sus unidades operativas, proporcionando facilidad en su medición para ello se utilizaron gráficos resumen.

Los resultados mostraron que el hospital de San Lorenzo es el que mayores deficiencias presentó oscilando con porcentajes entre 10 y 40% en todas sus unidades operativas en los 2 bloques (estructura y proceso), seguido por los hospitales de San Isidro fluctuando con porcentajes entre 40 y 60% en las unidades operativas involucradas con la atención materna en los componente agrupados, seguidos por el hospital de Manuel de Jesús Subirana con rangos de porcentajes entre 40 y 70% respectivamente para estos componentes.

El hospital de Progreso es el que mejores resultados presentó con porcentajes entre 60 y 80% a excepción de la sala de hospitalización de gineco obstetricia donde se observa porcentaje de 40% en proceso no así en estructura.60%. Ver gráficos anexos 7

IX. DISCUSIÓN

Los 4 hospitales estudiados contaban con características generales de los servicios maternos. Excepto todos carecían de cuidados intensivos, incinerador. Destacándose: la falta de agua las 24 horas en 2 de los hospitales San Lorenzo y Manuel de Jesús Subirana con carencia del servicio en un 70% y 50% respectivamente. Al contrastar los resultados encontrados con los parámetros establecidos en el estándar normado por la Secretaria de Salud se deduce que se cumplía parcialmente con los estándares mínimo necesario normado por la Secretaria de Salud, ya que el mismo hace referencia a la existencia de estructuras que los 4 hospitales carecían .

Al comparar los resultados con el parámetro definido en la norma del estándar descrito para esta área, se induce que no se cumplía el estándar en su totalidad ya que los resultados demostraron carencia en la disponibilidad de agua y algunos servicios como cuidados intensivos. Lo cual se constituye en obstáculo para brindar una atención de calidad. Según la literatura citada en marco conceptual hace referencia a que los servicios de salud materna eficaces requieren mejor la infraestructura para que sea posible en los centros existentes ofrecer servicios maternos básicos y de urgencias. Y las mayores beneficios podrían lograrse mediante intervenciones para mejorar los hospitales.

Los resultados de organización de servicios mostraron porcentajes importantes de carencia con relación a la misma. Al comparar con el plano básico de las áreas maternas propuesto por la normativa de la Secretaria de Salud (ver Pag. 17). Se encontró el hospital de Progreso tenía un mayor porcentaje de cumplimiento en un 83%, mientras que el hospital de San Lorenzo y San Isidro se observó una carencia de la misma en un 67%. Es de relevancia importante destacar algunos hallazgos encontrados al interior de los hospitales: unidades que no son exclusivas para el área materna especialmente emergencias, observación; y al interior de cada unidad operativa se encontró cierto nivel de deterioro, debilidades en cuanto su ubicación estratégica dentro del hospital y su nivel de proximidad que garantice

la oportunidad de la atención en situaciones críticas. Cabe hacer la aclaración que este aspecto es parte de la organización de los servicios. Pese a que esta normado por la Secretaria de Salud, ninguno lo cumplía en un 100%.

La proporción de recursos asignados reflejó carencia en los 4 hospitales siendo mas acentuada en el Hospital Manuel de Jesús Subirana (Yoro) 74 recursos; la proporción de personas asignadas a los servicios de atención materna osciló entre 12.2% y 36.8% para los hospitales Manuel de Jesús Subirana (Yoro) y Progreso respectivamente.

Si se compara con el estándar determinado para tal fin. Se deduce que no se cumplió el mismo en un 100%. El cual hace referencia al número de recursos según profesión para poder garantizar las coberturas las 24 horas del día (mínimo 41 recursos) por día solo para atender las áreas maternas distribuidos en las distintas unidades operativas.

Se aclara que el hospital de Progreso mostró un porcentaje del 100% pero cuando se correlaciona con el cuadro de coberturas según tipo de personal se observó que no se cumple con los requisitos del estándar. Ya que los resultados identificaron que no hay coberturas las 24 horas del día por algunos recursos. Siendo esta condicionante para no cumplir el estándar. Reforzada esta conjetura si se analiza la proporción del personal hospitalario asignados a los servicios de cuidados maternos es sustancialmente menor; si según datos estadísticos citados en la literatura de soporte de esta investigación una de las primeras causas de egresos hospitalarios es el parto y sus complicaciones en todas sus modalidades.

Por lo que los requerimientos de personal para la atención materna son mayores de las que actualmente cuentan. Aunado a esta conjetura sirve de soporte otras literaturas consultadas las cuales hace referencia a que la mayoría de las complicaciones y las defunciones ocurren durante el parto e inmediatamente después del mismo o derivan de las complicaciones del aborto.

Siendo esta la razón por la cual la atención profesional del parto es el eje de los esfuerzos más éxitos para reducir las complicaciones y muertes maternas. Situación que es posible si se dispone con el establecimiento de un sistema para que se cuente con la infraestructura, equipo, personal capaz de tratar las complicaciones obstétricas y las urgencias garantizando su permanencia las 24 horas del día y disponibilidad de los suministros necesarios.

Soporte tecnológico básico necesario de las áreas maternas. Se agruparon en tres grades bloques: infraestructura, mobiliario, equipamiento básico por cada una de las unidades operativas. Los resultados demostraron carencias en estos tres bloque;

Con infraestructura tenían que ver con espacio físico para áreas de observación de pacientes, áreas de admisión, estaciones de enfermería, salas para examinar a las pacientes con privacidad auditiva y visual, servicios sanitarios e iluminación adecuada.

Cabe mencionar que las carencias se observaron mas en mobiliario y equipo básico, especialmente en salas de emergencias y hospitalización.

La carencia de mobiliario se refirió principalmente a mesas de preparación de medicamento , gabinetes para medicamentos, reloj, teléfonos, camas lavamanos y servicios sanitarios. Respecto al equipo básico las carencias principales son de estetoscopios, esfigmomanómetros, pinzas, carro de paro debidamente equipados, equipos de partos, camillas lámparas, balanzas guantes quirúrgicos, balanzas, bancos giratorios, mascarillas de oxígeno bandejas de medicamentos, cintas para proteinuria.

Los hospitales que más presentaron deficiencias o carencias en estos bloques San Lorenzo y Manuel de Jesús Subirana. Cabe mencionar que los estándares establecidos hace referencia al equipamiento que debe existir y si funciona pero no así en relación con la cantidad necesaria de cada uno de ellos.

Esta situación dificulta establecer un parámetro en cuanto la cantidad existente y lo que es necesarios. Sin embargo si se correlaciona con la literatura citada anteriormente (causas de egresos hospitalarios) se considera que por el número egresos hospitalarios que tienen estos serian insuficiente.

Los 4 hospitales contaban con algún personal capacitado en las normas de atención integral a la mujer y el protocolo de manejo de las emergencias obstétricas, especialmente los y las médicos generales y los y las Gineco-Obstetras. Llama la atención que los médicos en servicios social no estaban capacitados, pese a que en ellos recae la responsabilidad de las atenciones especialmente los turno vespertinos y las guardias. Lo cual coincide con la referencia literaria la cual menciona que en la mayoría de los hospitales el personal que atiende el parto son estudiantes internos, y auxiliares de enfermería y a menudo no tienen la suficiente preparación para reconocer y manejar emergencias obstétricas careciendo de las capacidades necesarias.

En cuanto al Sistema Informático Perinatal no se habían capacitado 3 hospitales Manuel de Jesús Subirana, Progreso y San Isidro. A excepción de San Lorenzo (G.O y Enfermera Profesional). El sistema informático tiene dos componente el clínico y el computarizado, pese a que no habían sido capacitados, lo único que los cuatro hospitales hacen es llenar la historia clínica perinatal (instrumento del componente clínico), ninguno llena el partograma instrumento útil para detectar problemas en el progreso de la evolución del parto y toma de decisiones. Ninguno de los cuatro llevaba el componente computarizado lo cual es explicable en 3 de los hospitales porque no disponían de el. Sin embargo San Lorenzo lo tiene pero no lo usaban, ni analizaban la información.

Con respecto a la existencia de los comités de mortalidad materna se observó que 2 hospitales no existía Progreso y Manuel de Jesús Subirana de Yoro, y los otros 2 existe pero no funciona. Lo cual indica que los hospitales requieren organizar los comités de análisis de mortalidad para mejorar las condiciones que pueden evitar las condiciones de

muertes maternas, considerando que este tema debería ser objeto de análisis conjunto entre las autoridades hospitalarias y autoridades regionales. Si se compara los resultados con los estándares normados por la Secretaría de Salud tampoco se cumplía ya que se encontró que no se está capacitando a todo el personal involucrado con la atención directa de los cuidados maternos, ni tampoco se habían capacitado en SIP y los que se han capacitado tampoco lo están utilizando ni existían comités, y donde existía no funcionaba. Concluyendo que no se cumplió con los criterios para cumplimiento del estándar.

Para finalizar se agrupó la información de los diferentes instrumentos. Cuya intención fue poder medir 2 grandes bloques: Proceso, Estructura. Seleccionando la información afín con cada uno de estos bloques, de manera comparativa en los hospitales estudiados en cada una de sus unidades operativas, facilitando su medición. Observándose que el hospital de San Lorenzo es el que mayores deficiencias presentó oscilando con porcentajes entre 10 y 40% en todas sus unidades operativas, mientras el hospital de Progreso es el que mejores resultados presentó con porcentajes entre 60 y 80% y en proceso a excepción de la sala de hospitalización de gineco obstetricia donde se observa porcentaje de 40% en proceso no así en estructura.60%. Lo cual indica que ha tenido un crecimiento ordenado en su estructura y mejores directrices en cuanto a proceso. Consecuentemente la literatura citada en marco teórico cita a la iniciativa de “Reducir los riesgos en el embarazo” propuesta por OMS la cual tiene como propósito ayudar a los países a fortalecer su sistema de salud para combatir sus causas principales de mortalidad y morbilidad de la madre. La cual considera que mejorar el sistema de salud es vital. Y toma en cuenta estas 2 agrupaciones en todo los aspectos investigados en este estudio. Encontrando deficiencias o carencias citadas anteriormente.

X. CONCLUSIONES

1. Falta de un diseño e implementación de un plan de ordenamiento factible que garantice la disponibilidad de una ruta crítica adecuada para la atención materna que garantice los requerimientos esenciales.
2. Un aspecto de gran relevancia identificado en la ruta crítica materna es la no existencia en 3 hospitales de estructuras independientes para la atención quirúrgica gineco obstétrica, además de la ausencia de estructura exclusivas para el área de emergencia de la ruta crítica materna, existiendo la posibilidad de aumentar de forma considerable el factor de riesgo. En las salas de labor parto y puerperio, se encuentran deficiencias de carácter organizativo y funcional aspectos que generan flujos de contaminación e insuficiencia resolutive.
3. Las áreas de hospitalización de gineco y obstetricia, no se encuentran bien diferenciadas y presentan deterioros significativos en aspectos físicos así como insuficiencia y desorganización de los espacios previstos, aspectos que generan hacinamiento condición que probablemente influya en el aumento de la probabilidad de infecciones nosocomiales.
4. La falta de un diseño e implementación de un sistema dirigido a la dotación de tecnologías y reubicación de los Recursos Humanos garantizando la optimización del mismo.
5. En cuanto al Recurso Humano es deficiente ya que no ha existido un estudio de factibilidad de implementación de recurso humano multidisciplinario que garantice la permanencia del recurso calificado para la solución de posibles complicaciones en el área materna.

6. Los Recursos Humanos disponibles, este estudio concluye la existencia de una oferta insatisfecha de profesionales, hechos importante entre otros la ausencia de personal calificado en las áreas quirúrgicas de ginecoobstetricia, concretamente el proceso de referencia sobre el cual la institución está obligada a brindar esta atención por su nivel de complejidad, frente a las principales patologías inherentes al parto complicado, actividades que se ven suspendidas a partir de las 6 de la tarde, especialmente por la ausencia de personal calificado en las áreas quirúrgicas y de anestesiología, convirtiéndose la institución en un centro de atención primaria pues no tienen capacidad resolutive hasta el día siguiente.
7. Respecto a los aspectos de carácter tecnológicos se concluye que a nivel general no existe un plan de ordenamiento del desarrollo e implementación tecnológica en los hospitales, encontrándose deficiencias muy significativas, las cuales en el momento actual se traducen en que las instituciones no cumplen con los requerimientos esenciales, para el nivel de atención sobre el cual están clasificados.
8. Sobre la calidad técnica en la atención materna se identifican serias deficiencias, la no aplicación de los protocolos de atención en el manejo de las diferentes patologías. En vista que la problemática identificada se centra concretamente en el abordaje y manejo, pues la labor diagnóstica no presenta dificultad para el personal.

XI. RECOMENDACIONES

A nivel de la Secretaria de Salud y las Direcciones Corporativas de los Hospitales

1. En pro de optimizar los aspectos de la eficiencia, es posible implementar unos procesos parciales de rehabilitación y readecuación de infraestructuras a corto plazo, los que permitirán poder compensar en un porcentaje importante estas deficiencias de obsolescencia e insuficiencia identificadas, intentando poder aprovechar unos años mas las estructuras actuales.
2. Se recomienda la realización de un estudio de organización o readecuación del Recurso Humano, de tal manera que se pueda garantizar una oferta de Recursos Humano compensada ante una actual demanda insatisfecha de atención.
3. En relación al soporte tecnológico es necesario el diseño e implementación de un sistema dirigido a la dotación de tecnologías.

A nivel de la Secretaria de Salud: Departamentos de Regulación Licenciamiento y Acreditación de servicios, Garantía de calidad, Salud Integral a la Familia (Programa de atención Integral a la mujer) y Hospitales.

4. Se revise y actualice el estándar referente al número de equipos necesarios en los estándares normados la cual podría ser según producción generada, o según población programática.

A nivel de las Direcciones Corporativas de los Hospitales

5. En lo pertinente a Recursos Humanos, debe establecerse un sistema para que haya personal capacitado para dar respuesta a las emergencias y complicaciones obstétricas las 24 horas del día.

6. Se debe Conformar y reactivar los comités de mortalidad materna hospitalarias, y que no estudie solamente las muertes hospitalarias, sino que además coordinen con las autoridades regionales el análisis de las causas y la búsqueda de mecanismos para reducir la mortalidad materna.

7. Es necesario la Instalación y funcionalidad del sistema informático perinatal que les de información para toma de decisiones.

Para todos los niveles

Elementos a fortalecer:

La optimización de los recursos físicos de la ruta crítica materna identificada

La organización de una oferta adecuada del Recurso Humano dentro del marco de implementación de un plan de mejoramiento continuo.

Implementación de recursos tecnológicos adecuados la reorganización estructural y funcional.

BIBLIOGRAFÍA

Corrales, Gustavo; et al. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar. ENESF-2001. Tegucigalpa, 2001. p:133-174, 175-216, 231-250

camprsmiac@redsalud.tie.cl

FNUAP/ONU. Honduras. EN: Estado de la población mundial. Honduras, 1996

FNUAP/ONU. Honduras. EN: Estado de la población mundial. Honduras, 1996

G.E. Alan Dever Epidemiología y Administración de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1,991

HONDURAS. Secretaria de Salud. Boletín de Información Estadísticas de Atención Hospitalaria en Salud Año 2001, Dirección de Planeamiento y Evaluación de la Gestión, Departamento de Estadísticas. Tegucigalpa,2001

HONDURAS. Secretaria de Salud. Boletín de Información Estadísticas de Atención Ambulatoria en Salud Año 2001, Dirección de Planeamiento y Evaluación de la Gestión, Departamento de Estadísticas. Tegucigalpa, 2001

HONDURAS. Secretaria de Salud. Datos Obtenidos en el Levantamiento de la Línea Base Yoro, Yoro, Honduras Centro América, Marzo del 2003.

Honduras: Secretaria de Salud. Estructura Organizativa y Funcional del Proyecto Reformas al Sector Salud. 2,002. p: 24)

HONDURAS. Secretaria de Salud. Evaluación de la Gestión Hospitalaria, Periodo 1,998-2001 Tegucigalpa, 2,001

HONDURAS. Secretaria de Salud. Evaluación Hospitalaria, Hospital San Lorenzo, San Lorenzo, Valle 2001.

HONDURAS. Secretaria de Salud. Evaluación Hospitalaria, Hospital Progreso, Progreso, Yoro 2001.

HONDURAS. Secretaria de Salud. Evaluación Hospitalaria, Hospital Tocoa, Tocoa, Colon 2001.

HONDURAS. Secretaria de Salud. Evaluación Hospitalaria, Hospital Yoro, Yoro, Yoro 2001.

HONDURAS. Secretaria de Salud. ¿Hospitales en Crisis? Un análisis de la Problemática Hospitalaria en Honduras, Tegucigalpa M.D.C., Honduras Centro América. 2,001

HONDURAS. Secretaria de Salud. I Encuentro Nacional de Intercambio sobre Experiencias en Garantía de Calidad para la Promoción de la Salud: “Expectativas hacia el Tercer Milenio. Tegucigalpa, M.D.C., 20-21 de Enero 2,000.

HONDURAS. Secretaria de Salud. Indicadores Básicos 2,001. Tegucigalpa, 2,001

HONDURAS. Secretaria de Salud, Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer, Secretaria de Salud, Honduras 1,999.

Honduras: Secretaria de Salud. Normas Técnicas para Licenciamiento de Establecimientos de Salud Clasificación B y C. 2,002 p: 36-40, 41-43, 55-58, 63-66, 74- -77,88-90)

HONDURAS. Secretaria de Salud. Política Nacional de la Mujer: Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades, 2,002-2,007.

HONDURAS. Secretaria de Salud. Políticas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva, Honduras Centro América Nov. 1,999.

HONDURAS. Secretaria de Salud. Políticas de Gobierno para el Sector Salud, 2,002-2,006.

HONDURAS: Secretaria de Salud. Salud en Cifras. Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión, Departamento de Estadísticas. Tegucigalpa,2001. p:1-3

HONDURAS. Secretaria de Salud. Plan Estratégico 2,002-2,006, Hospital San Lorenzo, San Lorenzo Valle. 2,001

HONDURAS. Secretaria de Salud. Plan Estratégico 2,002-2,006, Hospital el Progreso, Progreso Yoro.2,001

HONDURAS. Secretaria de Salud. Plan Estratégico 2,002-2,006, Hospital Tocoa, Tocoa Colon. 2,001.

HONDURAS. Secretaria de Salud Plan Estratégico 2,002-2,006, Hospital Yoro Yoro. 2,001.

HONDURAS. Secretaria de Salud. Plan Operativo Anual Presupuesto, Hospital San Lorenzo año 2,004, San Lorenzo Valle. 2,003

HONDURAS. Secretaria de Salud Plan Operativo Anual Presupuesto, Hospital Progreso año 2,004, Progreso Yoro. 2,003.

HONDURAS. Secretaria de Salud Plan Operativo Anual Presupuesto, Hospital Tocoa año 2,004, Tocoa Colon. 2,003.

HONDURAS. Secretaria de Salud. Plan Operativo Anual Presupuesto, Hospital Yoro año 2,004, Yoro, Yoro. 2,003.

Meléndez, Jorge; Ochoa Vásquez, José C.; Villanueva, Yanira. Investigación sobre Mortalidad Materna y de Mujeres en edad Reproductiva en Honduras, Honduras 1,999. p: 23-48,

Meléndez, Jorge; et, al. Normas de Manejo de Emergencias y Patologías Obstétricas para el Nivel Institucional, Honduras, 1999.

Naciones Unidas. Panorama económico de América Latina. Chile, 1995.

Ochoa Vásquez, José C.; Aguilar de López, Elida; Martínez Laura. Lineamientos Generales para la Sistematización del funcionamiento de Clínicas Maternas, 2,000. p: 23

Organización Panamericana de la Salud OPS/ Organización Mundial de la Salud OMS, Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y morbilidad Materna, Washington, D.C. 20037. P: iii, 1-18

Organización Panamericana de la Salud OPS/ Organización Mundial de la Salud OMS, Estadísticas de Salud de las Américas, Edición de 1,992, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C. 20037 EAU.

OPS/OMS. Estadísticas de salud en las Américas. Publicación científica No. 549. Washington, 1995.

Organización Panamericana de la Salud OPS/ Organización Mundial de la Salud OMS, Iniciativa “Reducir los Riesgos del Embarazo” Ginebra, Noviembre 2,002 p: xiii, 3, 8-9

Organización Panamericana de la Salud, La Salud en las Américas, Volumen I, Edición 1,998, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C. 20037 EUA.

Organización Panamericana de la Salud, La Salud en las Américas, Volumen II, Edición 1,998, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C. 20037 E.U.A. 1,998.

Organización Panamericana de la Salud, Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno infantil; Serie Paltex 2da edición, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1,999.

Organización Panamericana de la Salud OPS/ Organización Mundial de la Salud OMS, Marco Jurídico de la Maternidad Segura en 10 Países de América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C. 20037- 2895 E.U.A.

Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. 2,003

USAID/ADAI/IMPACT. Encuesta nacional de indicadores socioeconómicos 1993/1994. Honduras, 1994.

UNIS/SECPLAN, UNICEF, PNUD. Estudio de gasto social y su desagregación en educación y salud 1990/93. Honduras, 1995.

ANEXOS

ANEXO # 1 Instrumentos de colecta de datos

ENCUESTA DE ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD QUE BRINDAN CUIDADOS MATERNOS

FORMULARIO 1: Caracterización y clasificación de establecimientos según tipo de cuidados maternos.

NOMBRE INFORMANTE: _____ **CARGO:** _____
 Nombre del Hospital: _____ Código del establecimiento: /__ / __ / __ / __ /
 Fecha: /__ / __ / __ /

A. Características del hospital y servicios básicos que poseen (marque con X)

1	Emergencia: SI () NO()	2	Admisión : SI () NO()	3	Labor y Partos: SI () NO()
4	Quirófano: SI () NO()	5	Hospitalización: SI () NO()	6	Cuidados Intensivos: SI () NO()
7	Farmacia: SI () NO()	8	Laboratorio: SI () NO()	9	Banco de sangre: SI () NO()
10	Rayos X: SI () NO()	11	Sistema alcant. Si () NO()	12	Pozo séptico: SI () NO()
13	Incinerador: SI () NO()	14	Disposición para desechos Enterrados: SI () NO()	15	Disposición para desechos Recolección pública: SI () NO()
16	Energía eléctrica 24 hrs.: SI () NO()			17	Agua 24 horas: SI () NO()
18	No. De camas censables: _____		19	No. de camas no censables: _____	

Nombre del encuestador: _____

ENCUESTA DE ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD
QUE BRINDAN CUIDADOS MATERNOS

FORMULARIO 2: Disponibilidad de infraestructura, mobiliario y equipo

NOMBRE INFORMANTE: _____ CARGO: _____
 Nombre del Hospital: _____ Código del establecimiento: / __ / __ / __ / __ /
 Fecha: / __ / __ / __ /

SALA DE ADMISIÓN Y/O EMERGENCIA					
SERVICIO DE EMERGENCIA	DISPONIBLE		FUNCIONAL		COMENTARIOS
Infraestructura	SI	NO	SI	NO	
Área de espera					
Área de admisión					
Estación de Enfermería					
Área de observación					
Sala para examinar con privacidad visual y auditiva					
Servicios higiénicos					
Iluminación adecuada natural					
Iluminación adecuada artificial					
Puertas amplias que permitan acceso a camillas, silla de ruedas, equipos.					

SERVICIO DE EMERGENCIA	DISPONIBLE		FUNCIONAL		COMENTARIOS
	SI	NO	SI	NO	
Mobiliario y equipo					
Teléfono (área de admisión)					
Sillas (en estación de enfermería)					
Lavamanos (en área de enfermería)					
Basurero (en estación de enfermería)					
Reloj de pared (en estación de enfermería).					
Gabinete para medicamentos (en estación de enfermería)					
Mesa de preparación de medicamentos (en estación de enfermería)					
Camillas de transporte					
Sillas de rueda					
Camas (área de (área de observación)					
Mesa de preparación de medicamentos (área de observación)					
Lavamanos (área de observación)					
Servicios higiénicos (área de observación)					
Equipo básico para todos los niveles					
Esfigmomanómetro					
Estetoscopio					
Estetoscopio de Pinard					
Fetoscopio					
Termómetro					
Pinza uterina tenáculo (acero inoxidable)					
Pinza para torundas (acero inoxidable)					
Tambores o casos para gasas/otros materiales					
Riñonera de acero inoxidable					
Bandeja de medicamentos					

Atril					
Recipiente para disposición de aguja					
Carro de paro debidamente equipado.					
Mascarilla de oxígeno.					
Lámpara cuello flexible					
Camilla ginecológica					
Banco giratorio					
Grada					
Balanza de adultos					
Tallmetro					
Equipo para parto					
Guantes quirúrgicos					

FORMULARIO 3: Disponibilidad de infraestructura, mobiliario y equipos.

NOMBRE INFORMANTE: _____ CARGO: _____
 Nombre del Hospital: _____ Código del establecimiento: /__/_/__/_/____/
 Fecha: /__/_/____/

HOSPITALIZACION (PUERPERIO O SALA GENERAL)					
HOSPITALIZACION DE GINECO-OBSTETRICIA	DISPONIBLE		FUNCIONAL		COMENTARIOS
	SI	NO	SI	NO	
Infraestructura					
Estación de Enfermería					
Área de internamiento					
Área de revisión					
Servicios sanitarios para pacientes					
Servicios sanitarios para personal					
Ventilación					
Iluminación natural					
Iluminación artificial					
Lavamanos para cada sala de internamiento					
Mobiliario	DISPONIBLE		FUNCIONAL		COMENTARIOS
	SI	NO	SI	NO	
Estación de enfermería					
Teléfono (en estación de enfermería)					
Sillas (en estación de enfermería)					
Lavamanos (en área de enfermería)					

Basurero (en área de enfermería)					
Gabinete de medicamentos					
Carro con rodos para medicamentos (con gavetas)					
Porta expedientes (en estación de enfermería)					
Área de internamiento					
Lavamanos (área de internamiento)					
Basurero (área de internamiento)					
Camas hospitalarias (área de internamiento)					
Sillas (área de internamiento)					
Mesas de noche (área de internamiento)					
Gradillas (área de internamiento)					
Silla de ruedas (área de internamiento)					
Área de revisión					
Lavamanos (área de revisión)					
Camilla ginecológica (área de revisión)					
Banco giratorio (área de revisión)					
Grada					
Lámpara cuello flexible (área de revisión)					
Mesa de mayo (área de revisión)					
Anaquelel o estante (área de revisión)					
Balde de acero (área de revisión)					
Equipo básico para todos los niveles	DISPONIBLE	FUNCIONAL		COMENTARIOS	
		SI	NO		
Esfigmomanómetro					

Estetoscopio					
Termómetro					
Pinzas para torundas					
Tambores o casos para gasas/otros materiales					
Riñonera de acero inoxidable					
Bandeja de medicamentos					
Atril					
Carro de paro debidamente equipado.					
Mascarilla de oxígeno.					
Lámpara cuello flexible					
Aspiración Manual al vacío (Adicional al instrumento básico para legrado)					
Equipo de inserción de DIU					
Guantes quirúrgicos					
Cintas para proteinuria					
Espéculos					

FORMULARIO 4: Disponibilidad de infraestructura, mobiliario y equipos.

NOMBRE INFORMANTE: _____ CARGO: _____
 Nombre del Hospital: _____ Código del establecimiento: /__ / __ / __ / __ /
 Fecha: / __ / __ / __ /

SALA DE LABOR Y PARTO					
SALA DE LABOR Y PARTO	DISPONIBLE		FUNCIONAL		COMENTARIOS
	SI	NO	SI	NO	
Infraestructura					
Área de labor					
Área de Expulsivo					
Servicios sanitarios para pacientes					
Servicios sanitarios para personal					
Iluminación natural					
Iluminación artificial					
Mobiliario Área de labor	DISPONIBLE		FUNCIONAL		COMENTARIOS
	SI	NO	SI	NO	
Teléfono					
Lavamanos					
Basurero					
Gabinete para medicamentos					
Mesa de preparación de medicamentos					
Anaquele o estante (área de labor)					
Camas para labor					
Camillas de transporte					
Sillas de ruedas					
Patos					

Amniótomo					
Mobiliario Área de expulsivo					
Reloj de pared (área de expulsivo).					
Lavamanos, con surtidor para manejar con el codo o rodilla					
Basurero					
Gabinete para medicamentos					
Mesa de preparación de medicamentos					
Anaquele o estante (en área de expulsivos)					
Camilla de expulsivo (con movimiento a posición vertical)					
Banco giratorio					
Lámpara de cuello flexible					
Equipo para parto					
Equipo de sutura Perineal/Vaginal/Cervical					
Equipamiento básico para legrado uterino					
Fórceps Simpson					
Cinta umbilical y/o ganchos					
Equipo para insertar Diu					
DIU					
Baldes de acero inoxidable					

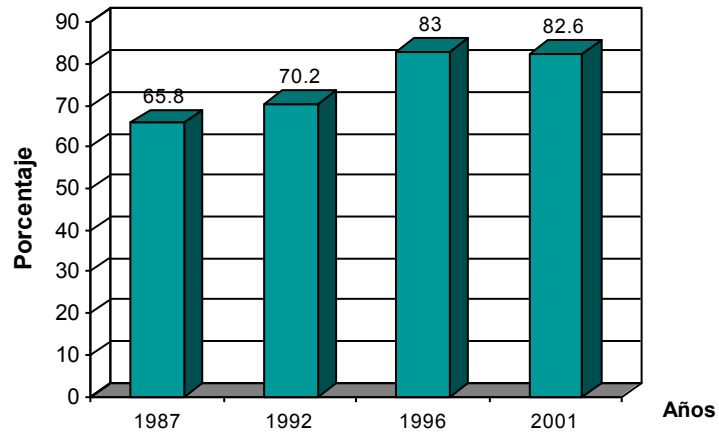
Nombre del encuestador: _____

- H. Existe en este el hospital comité de vigilancia de mortalidad materna SI () NO ()
1. Funciona este comité SI () NO ()
 2. Cada cuanto se reúnen: _____
 3. Cuando fue la última vez que se reunieron _____
 4. COMENTARIOS: (Anote las observaciones complementarias que considere necesario):
- I. Existe en este el hospital SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL (SIP) SI () NO ()
1. Funciona el SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL (SIP) SI () NO ()

Nombre del encuestador: _____

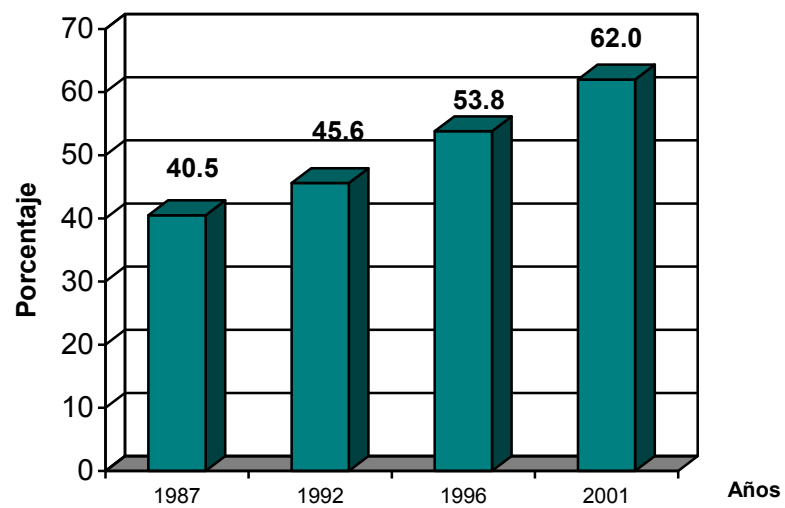
ANEXO # 2 Datos de coberturas alcanzados en algunos indicadores de atención de salud a la mujer. Honduras. Años 1,987 al 2,001.

Porcentaje de cobertura de atención prenatal institucional



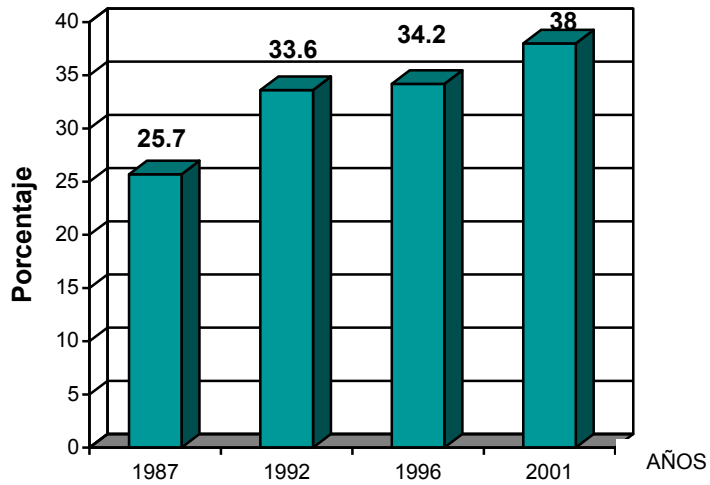
Fuente: Encuesta de Epidemiología y Salud Familiar, Honduras 2,001

Porcentaje de cobertura parto institucional



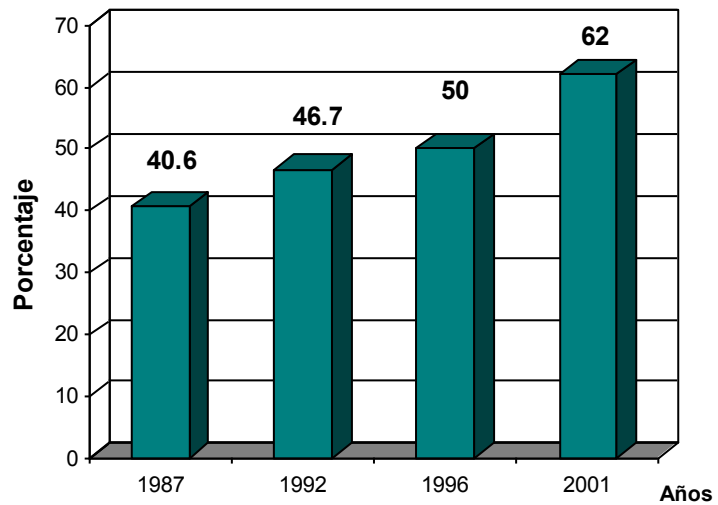
Fuente: Encuesta de Epidemiología y Salud Familiar, Honduras 2,001

Porcentaje de cobertura de Atención Institucional del puerperio



Fuente: Encuesta de Epidemiología y Salud Familiar, Honduras 2,001

Porcentajes de mujeres usando anticonceptivos



Fuente: Encuesta de Epidemiología y Salud Familiar, Honduras 2,001

ANEXOS # 3 Tabla de Operacionalización de variables

Variable	Definición de Variable	Indicador	Valor / Escala
Ruta Critica Materna	Conjunto de unidades operativas funcionales que interactúan y se relacionan, contando con el suficiente recurso(RRHH, Soporte tecnológico, y con calidad técnica)	<p>1.)% de unidades operativas organizadas y funcionando adecuadamente</p> <p>2.) % de recursos humanos calificados existentes en cada unidad para brindar atención en los cuidados maternos esenciales</p> <p>3.)% de unidades que cuentan con el soporte tecnológico necesario.</p> <p>4.) % de hospitales que cuentan con una calidad técnica en un grado suficiente</p>	<p>Adecuada Adecuada pero no lo suficiente Insuficiente</p> <p>Adecuada si cumple con los 4 indicadores y cada uno de ellos tenga un cumplimiento de 70% o más</p> <p>Adecuada pero no lo suficiente si cumple por lo menos con 3 indicadores y tienen un cumplimiento de un 50%.</p> <p>Inadecuada si cumple con 2 o menos de los indicadores y tienen un cumplimiento de menos del 50% cada uno de ellos.</p>
Organización de Servicios	Modo en que se relacionan, interactúan las unidades operativas y funcionales con el fin de brindar un mejor servicio en cuidados maternos esenciales	Número de unidades operativas funcionales que interactúan y se relacionan entre sí	<p>Adecuada Adecuada pero no lo suficiente Inadecuada</p> <p>Adecuada si todas las unidades operativas y funcionales están interactuando y relacionadas en un 100%</p> <p>Adecuada pero no lo suficiente cuando al menos un 50% de las</p>

			<p>unidades operativas funcionales están interactuando y funcionando</p> <p>Inadecuada cuando menos del 50% de las unidades operativas funcionales están interactuando y funcionando</p>
Recursos Humanos	<p>Personal que cuentan los hospitales según tipo de profesión, contratación, exclusividad, permanencia para la brindar atención en los cuidados maternos esenciales</p>	<p>1.)% de RRHH disponibles que dispone el hospital según tipo de profesión</p> <p>2.) % de RR HH según tipo de profesión en las unidades que brindan cuidados maternos esenciales</p> <p>3.) % de RR HH exclusivos para brindar atención en cuidados maternos esenciales según tipo de profesión</p> <p>4.) % de RR HH con contratación permanente, temporal y becados según tipo de profesión para brindar atención en cuidados maternos esenciales según tipo de profesión</p> <p>5.) % de RR HH según tipo de profesión que brindan</p>	<p>Suficientes</p> <p>Suficiente pero no adecuado</p> <p>Insuficientes</p> <p>Suficiente cuando hay cumplimiento de los 5 indicadores en un 80% por lo menos en cada uno de ellos</p> <p>Suficiente pero no adecuado cuando los indicadores se cumplen con 3 a 4 indicadores en un 50% en cada uno de ellos</p> <p>Insuficientes cuando los indicadores están presentes 3 0 menos y tienen cumplimiento de menos del 50% cada uno de ellos.</p>

		los servicios de cuidados maternos esenciales con coberturas las 24 horas.	
Soporte Técnico	Equipamiento básico necesario en cada una de las unidades operativas funcionales, necesario y adecuado para brindar atención en cuidados maternos esenciales	% de unidades que cuentan con el equipamiento básico necesario adecuado	Presente Presente pero no lo suficiente. Ausente Presente cuando el indicador se cumple en un 100% Presente pero no lo suficiente cuando el indicador se cumple en un 50 a un 75% Ausente cuando hay cumplimiento del indicador en menos del 50%.
Calidad Técnica	Nivel de capacitación que tiene el recurso humano en protocolo de atención y manejo de pacientes en el bloque materno; así como la disponibilidad de un sistema de información, protocolos de atención en esta área y la existencia de un comité de mortalidad materna funcionando.	1.) % de RR HH según tipo de profesión capacitado en las diferentes normas y protocolos de atención y manejo en el bloque materno. 2.) % de RR HH según tipo de profesión capacitados en el SIP 3.) % de hospitales que cuentan con SIP funcionando adecuadamente 4.) % de RR HH capacitados según tipo de profesión y tiempo de la última capacitación	Suficiente Suficiente pero no adecuadamente Insuficiente Suficiente cuando hay cumplimiento de todos los indicadores por lo menos en un 80% cada uno de ellos Suficiente pero no adecuadamente cuando hay cumplimiento de por lo menos 3 indicadores en un 75% cada uno de ellos Insuficiente cuando hay cumplimiento de

		5.) % de hospitales que cuentan con un comité de mortalidad materna funcionando.	3 o menos de los indicadores en un 50% o menos en cada uno de ellos.
--	--	--	--

ANEXO # 4 Tablas de resultados

Tabla N° 1 Características Generales de los Hospitales

Hospital	Emergencia	Labor	Partos	Admisión	Hospitalización (Puerperio)	Quirófano	Cuidados Intensivos
M.deJ. Subirana	X	X	X	-	X	X	-
Progreso	X	X	X	X	X	X	-
San Lorenzo	X	X	X	X	X	X	-
San Isidro	X	X	X	X	X	X	-

Fuente: Formulario N° 1 Caracterización y clasificación de establecimientos según tipo de cuidados maternos

X: Existencia

-: No existencia

Tabla N° 1 Características Generales de los Hospitales

Hospital	Rayos X	Laboratorio	Banco de sangre	Farmacia	Incinerador	Sistema alcantarilla	Pozo séptico
M.deJ. Subirana	X	X	-	X	-	X	-
Progreso	X	X	X	X	-	X	-
San Lorenzo	X	X	-	X	-	X	-
San Isidro	X	X	X	X	-	-	X

Fuente: Formulario N° 1 Caracterización y clasificación de establecimientos según tipo de cuidados maternos

X: Existencia
-: No existencia

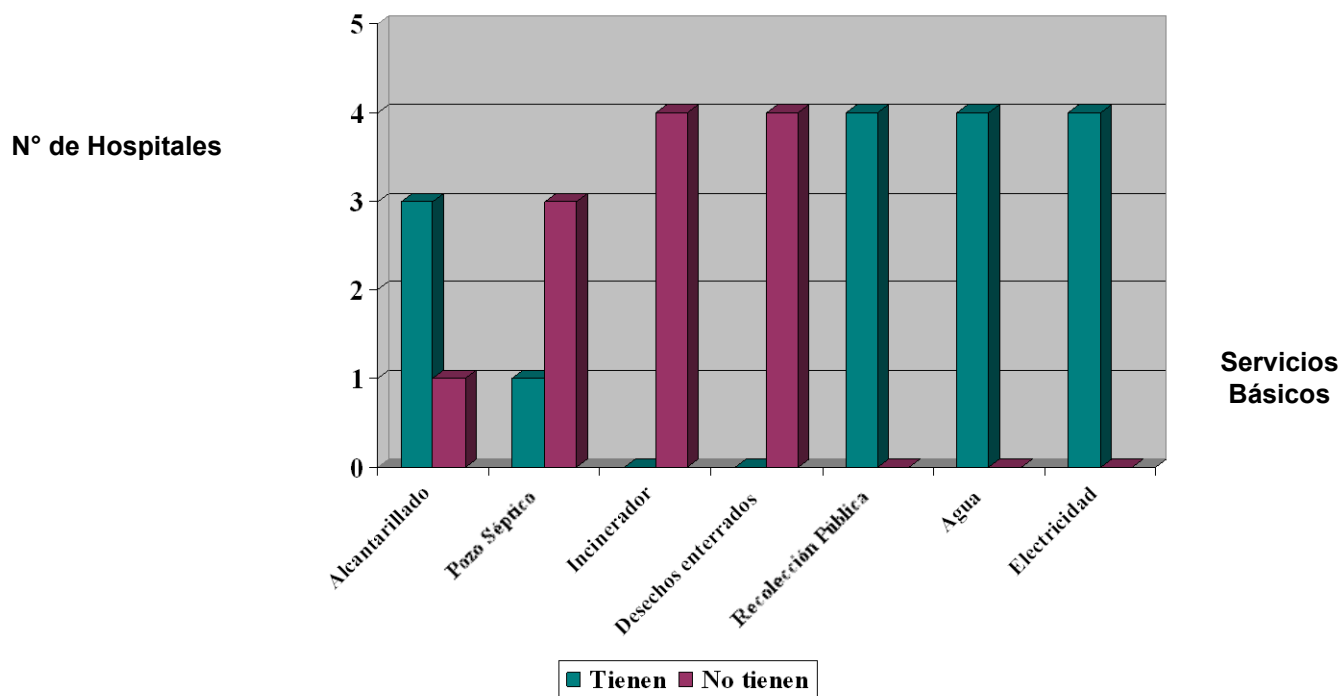
Tabla N° 2 Infraestructura Básica de los Hospitales

Hospital	Disposición para desechos Enterrados %	Disposición para desechos Recolección pública %	Energía eléctrica 24 hrs %	Agua 24 horas %	No. De camas censables %	No. de camas no censables %
M.deJ. Subirana	0	100	100	50	100	0
Progreso	0	100	100	100	87	13
San Lorenzo	0	100	100	70	83	17
San Isidro	0	100	100	100	89	11

Fuente: Formulario 1 Caracterización y clasificación de establecimientos según tipo de cuidados maternos

GRAFICO N° 1

CARENCIA DE SERVICIOS BASICOS EN LOS CUATRO HOSPITALES HONDURAS, 2004



Fuente: Tabla N° 2 Infraestructura Básica de los Hospitales

Tabla N° 3 Organización de Servicios. Encontrada en los 4 Hospitales estudiados según nivel de disposición de las unidades operativas.

Hospital	Admisión	Emergencia	Labor	Expulsivo Partos	Quirófano	Hospitalización (Puerperio)	Total %
M.deJ. Subirana	0	-	x	x	x	-	50
Progreso	X	x	x	x	x	-	83
San Lorenzo	0	-	x	x	-	-	33
San Isidro	-	-	x	x	-	-	33

Fuente: Diseño del plano básico para el funcionamiento de los servicios maternos

0 = No existe

X = Existen se relacionan e Interactúan

- = Existen no se relacionan e Interactúan

Tabla N°4 Recursos Humanos asignados al hospital y Recursos que brindan atención materna

Hospital	Total personal Hospital	Total personal que brinda Cuidados maternos	Proporción personal del hospital asignado a Cuid. Mat.
M.deJ. Subirana	74	9	12.2
Progreso	117	43	36.8
San Lorenzo	104	36	34.6
San Isidro	101	29	28.7

Fuente: Formulario 5: Disponibilidad y Capacitación del personal de Salud Pública

Incluyera a personal para la atención hospitalaria tales como médicos en servicio social, médicos generales, especialistas en Gineco-obstetricia, enfermeras profesionales y Auxiliares de enfermería.

Tabla N° 5 Coberturas en horas de los establecimientos con Cuidados maternos de emergencia según Hospital

Hospital	Cobertura presencial de GO y de todo el personal	Quienes manejan Turnos	Cobertura de G.O por llamada	Días sin Cobertura		
				De G.O	Técnico Anestesia	Técnico Laborat.
M.deJ. Subirana	GO 6 h	MSS	C	-	-	B,C
Progreso	GO 12h	MSS	C	-	C fs	Domingos
San Lorenzo	GO 6h	MG	C	15	-	B,C
San Isidro	GO 6h	MG	C	20	-	-

Fuente: Formulario 5: Disponibilidad y Capacitación del personal de Salud Pública

GO = gineco obstetra

MSS = Medico en servicio social

B, C = Turnos de coberturas

- = con coberturas

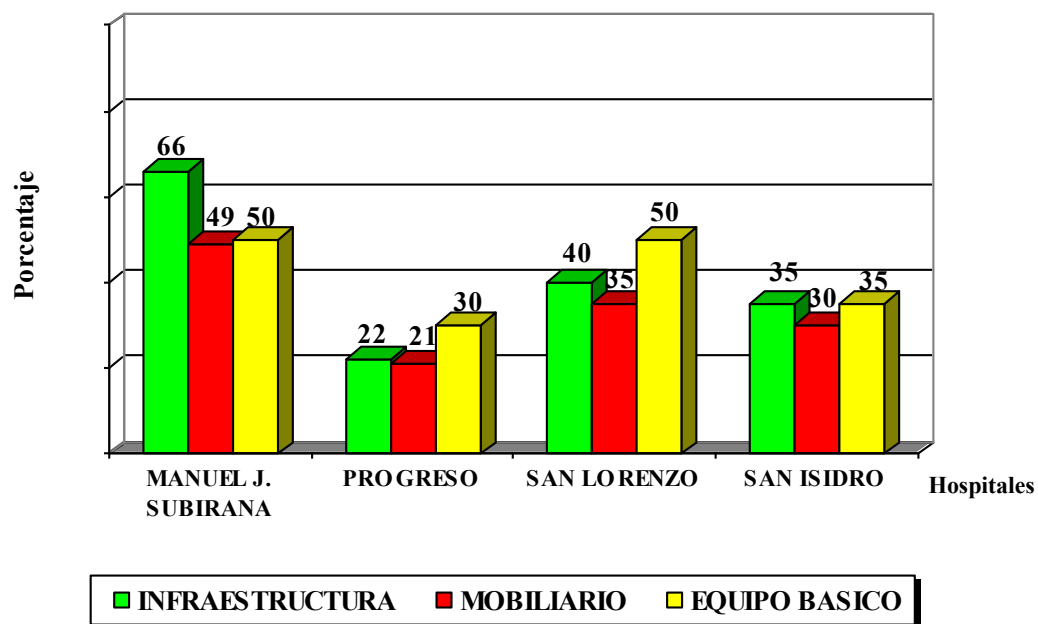
Tabla N° 6 Carencias encontradas en infraestructura, mobiliario y equipo básico según sala y hospital

Hospital	Sala de Emergencia			Labor y Partos			Quirófano			Hospitalización		
	I. E. %	Mb %	E.B %	I.E. %	Mb %	E.B. %	I.E. %	M.b %	E.B. %	I. E %	Mb %	E.B. %
M.deJ. Subirana	66	49	50	15	30	30	20	30	40	55	50	37
Progreso	22	21	30	17	20	10	10	10	20	22	40	21
San Lorenzo	40	35	50	20	40	54	30	35	50	12	66	35
San Isidro	35	30	35	15	35	24	20	20	30	17	45	20

Fuente: Formularios 2, 3, 4 Disponibilidad de infraestructura, mobiliario y equipo.

I. E. = Infraestructura
Mb. = Mobiliario
E. B. = Equipo básico

GRAFICO N° 2
CARENCIA ENCONTRADAS EN INFRAESTRUCTURA, MOBILIARIO
Y EQUIPO BASICO SEGÚN HOSPITAL.
SALA DE EMERGENCIA

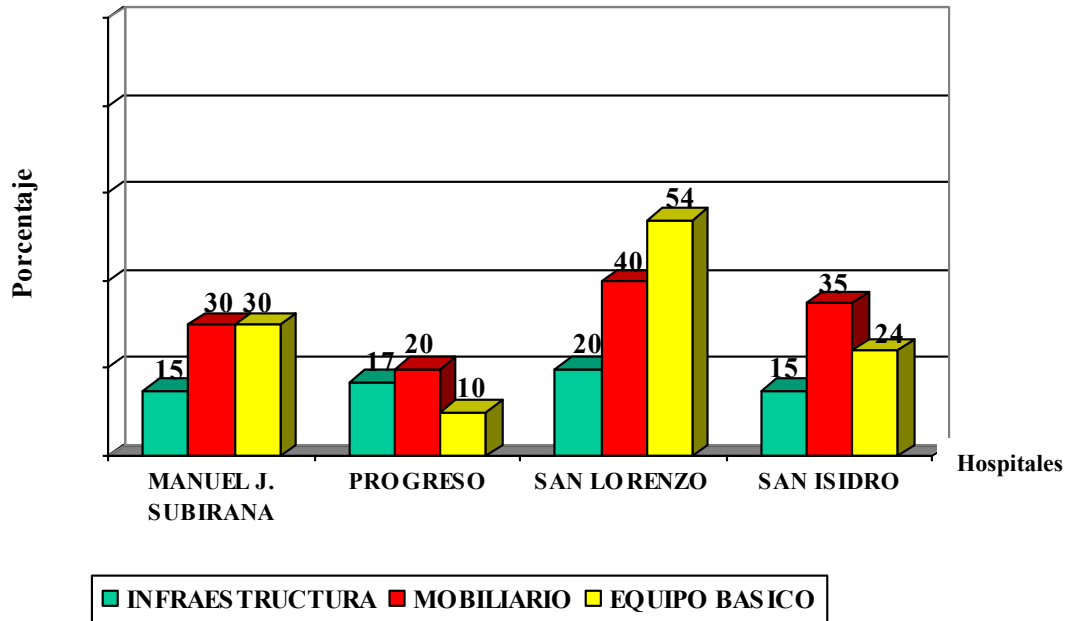


Fuente: Tabla N° 6 Carencias encontradas en infraestructura, mobiliario y equipo básico según sala y hospital

GRAFICO N° 3

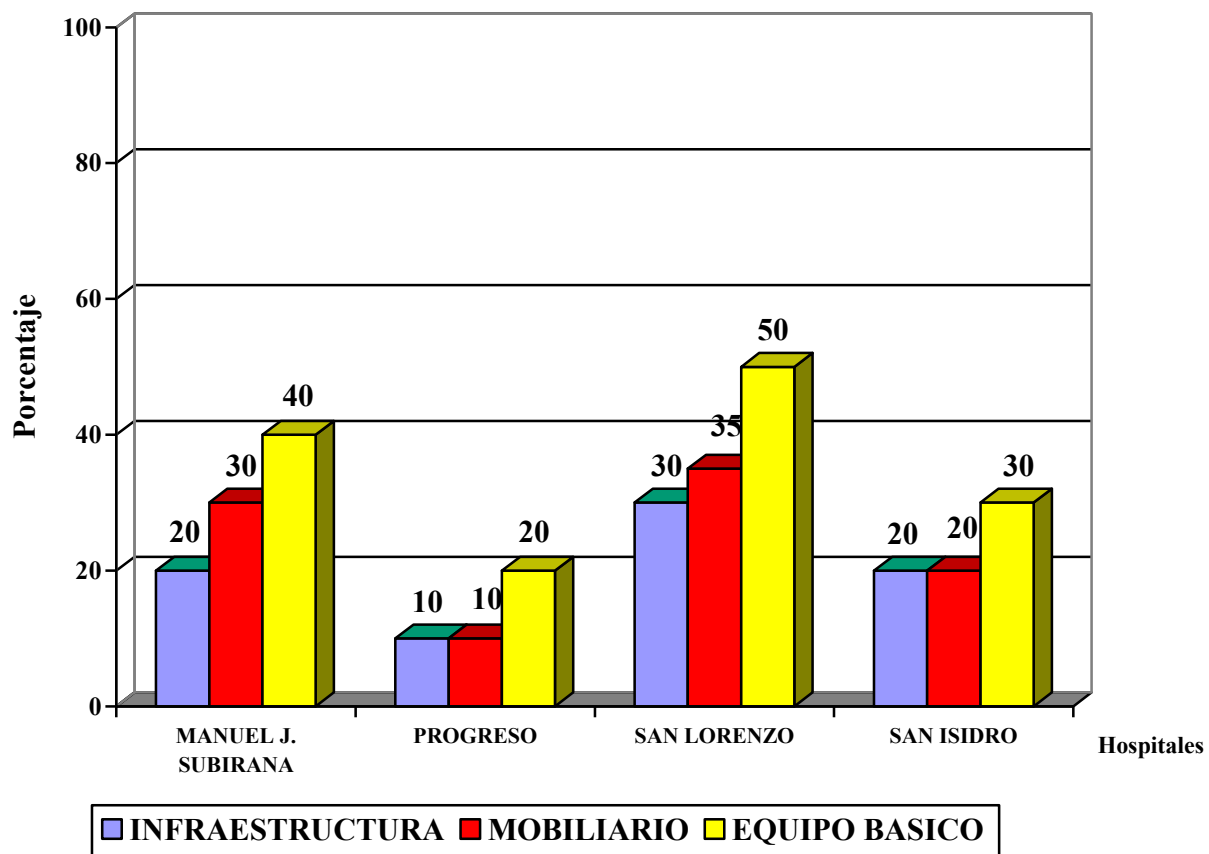
CARENCIA ENCONTRADAS EN INFRAESTRUCTURA, MOBILIARIO Y EQUIPO BASICO SEGÚN HOSPITAL.

SALA DE LABOR Y PARTOS



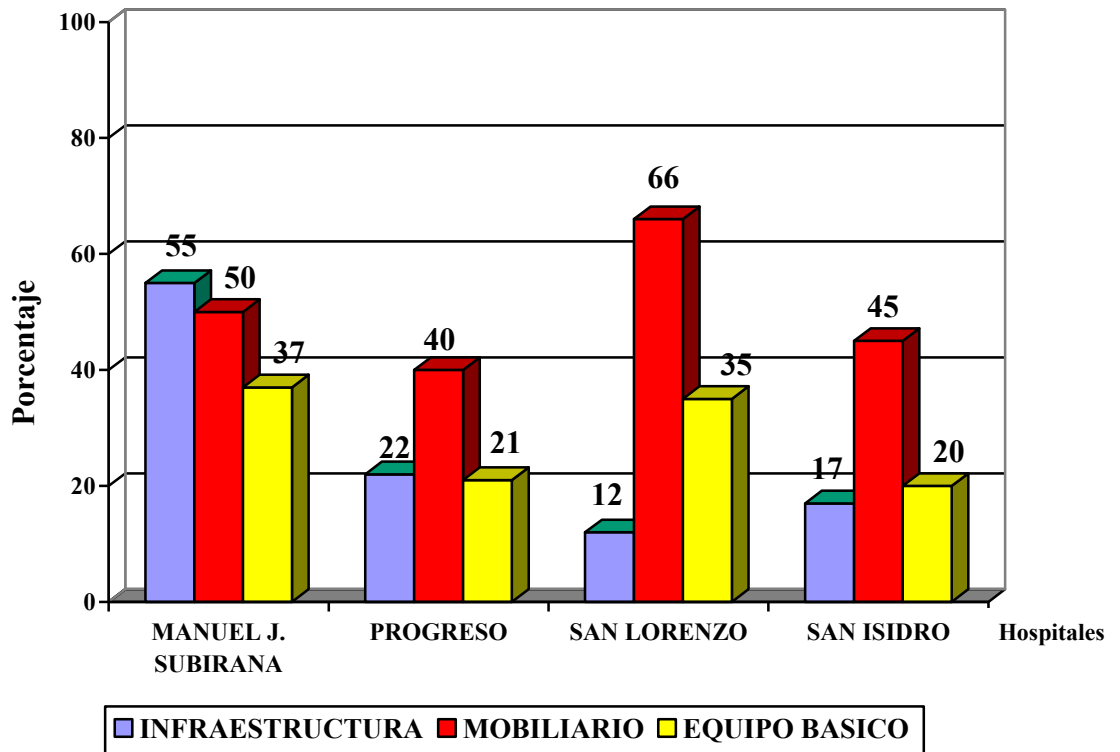
Fuente: Tabla N° 6 Carencias encontradas en infraestructura, mobiliario y equipo básico según sala y hospital

GRAFICO N° 4
CARENCIA ENCONTRADAS EN INFRAESTRUCTURA, MOBILIARIO Y
EQUIPO BASICO SEGÚN HOSPITAL.
QUIROFANO



Fuente: Tabla N° 6 Carencias encontradas en infraestructura, mobiliario y equipo básico según sala y hospital

GRAFICO N° 5
CARENCIA ENCONTRADAS EN INFRAESTRUCTURA,
MOBILIARIO Y EQUIPO BASICO SEGÚN HOSPITAL.
SALA DE HOSPITALIZACION



Fuente: Tabla N° 6 Carencia encontrada en infraestructura, mobiliario y equipo básico según sala y hospital

Tabla N° 7 Capacitación en protocolos de atención materna según hospital y Recurso y tiempo de la última capacitación

Hospital	Medico en S.S			Medico General			G.O			Enf.Prof.		
	Protoc	SIP	Tiemp. Ultima Capac.	Protoc	SIP	Tiemp. Ultima Capac	Protoc	SIP	Tiemp. Ultima Capac	Protoc	SIP	Tiemp. Ultima Capac
M.deJ. Subirana	-	-	-	X	-	2	X	-	2	X	-	2
Progreso	-	-	-	X	-	2	X	-	2	X	-	2
San Lorenzo	-	-	-	X	-	2	X	X	2	X	X	2
San Isidro	-	-	-	X	-	2	X	-	2	X	-	2

Fuente: Formulario 5: Disponibilidad y Capacitación del personal de Salud Publica

- = no está capacitado

X = si está capacitado

2 = entre 1 y 2 años de capacitación

Tabla N° 8 Comité de mortalidad materna de los hospitales

Hospital	Con Comité		Sin Comité
	Funcionando	Sin Funcionar	
M.deJ. Subirana			X
Progreso			X
San Lorenzo		X	
San Isidro		X	

Fuente: Formulario 5: Disponibilidad y Capacitación del personal de Salud Pública

Tabla N° 9 Existencia de Sistema Informático Perinatal en los hospitales estudiados

Hospital	Con Sistema Informático Perinatal		Sin Sistema Informático Perinatal
	Funcionando	Sin Funcionar	
M.deJ. Subirana			X
Progreso			X
San Lorenzo		X	
San Isidro			X

Fuente: Formulario 5: Disponibilidad y Capacitación del personal de Salud Pública

ANEXOS # 5 Descripción de la situación encontrada en cada una de las unidades operativas según hospital en relación a infraestructura, mobiliario y equipo básico

SALA DE ADMISIÓN

SERVICIO DE EMERGENCIA:

Infraestructura:

1. Área de admisión : no tiene el hospitales de Manuel de Jesús Subirana.
2. Estación de enfermería: no tiene el hospitales de Manuel de Jesús Subirana.
3. Área de observación : no tiene el hospitales de Manuel de Jesús Subirana.
4. Sala para examinar con privacidad visual y auditiva: no tiene los hospitales de Progreso, San Lorenzo, Manuel de Jesús Subirana.
5. Servicios Higiénicos: no tiene el hospital San Lorenzo.
6. Puertas Amplias que permitan acceso a camillas, sillas de ruedas: no tiene el hospital Manuel de Jesús Subirana.

Mobiliario

7. Teléfono (área de admisión) : no tiene los hospitales de Manuel de Jesús Subirana, Progreso.
8. Reloj de pared (en estación de enfermería): no tiene los hospitales Manuel de Jesús Subirana, San Lorenzo.
9. Gabinete para medicamento (en estación de enfermería): no tiene los hospitales de Manuel de Jesús Subirana, San Lorenzo.
10. Mesa de preparación de medicamentos (en estación de enfermería)no tienen: los hospitales Manuel de Jesús Subirana y San Lorenzo.
11. Camillas de transporte: no tienen el hospital de Progreso.

12. Mesa de preparación de medicamento (área de observación): no tienen los hospitales de Manuel de Jesús Subirana, San Isidro.
13. Servicios higiénicos (área de observación): no tiene los hospitales de San Isidro y San Lorenzo.

Equipo Básico para todos los niveles:

1. Esfigmomanómetro: no tienen los hospitales de San Lorenzo, Manuel de Jesús Subirana, San Isidro.
2. Estetoscopio: no tiene los hospitales de San Lorenzo, Manuel de Jesús Subirana, San Isidro.
3. Estetoscopio de Pinard: no tiene los hospitales de San Lorenzo, Manuel de Jesús Subirana, San Isidro.
4. Fetoscopio: no tiene los hospitales de Progreso y Tocoa.
5. Pinza Uterina tenaculo (acero Inoxidable): no tienen los hospitales de Progreso, San Lorenzo y Tocoa.
6. Pinza para Torundas (acero inoxidable): no tienen el hospital de Progreso.
7. Riñonera de acero inoxidable: No tiene el hospital de Manuel de Jesús Subirana.
8. Bandeja de Medicamento: No tiene el hospital de Manuel de Jesús Subirana.
9. Recipiente para disposición de agujas: no tiene el hospital de San Lorenzo.
10. Carro de paro debidamente equipado: no tiene ninguno.
11. Banco giratorio: no tiene los hospitales de San Lorenzo, San Isidro.
12. Grada: no tiene el hospital de San Lorenzo.
13. Balanza de adulto: no tiene el hospital de Manuel de Jesús Subirana.
14. Tallmetro: no tiene los hospitales de Manuel de Jesús Subirana, San Lorenzo.
15. Equipo para partos: tienen pero en escasa cantidad excepto el hospital de Progreso.
16. Cintas para Proteinuria: no tienen los hospitales de Progreso San Lorenzo.

HOSPITALIZACION (PUERPERIO)

HOSPITALIZACION DE GINECO – OBSTETRICIA

Infraestructura

1. Área de Revisión: no tienen el hospital de Progreso
2. Ventilación: no tienen los hospitales de Manuel de Jesús Subirana y San Lorenzo.
3. Iluminación natural: no tiene los hospitales de Manuel de Jesús Subirana y San Lorenzo.
4. Lavamanos: no tiene el hospital de San Lorenzo.

Mobiliario

Estación de enfermería

5. Teléfono (en Estación de Enfermería): no tiene los hospitales de Manuel de Jesús Subirana y San Isidro.
6. Lavamanos (en Estación de Enfermería): no tiene el hospital de Manuel de Jesús Subirana.
7. Basurero (en área de enfermería): no tiene el hospital de Manuel de Jesús Subirana.
8. Gabinete de medicamentos: no tiene el hospital de San Lorenzo.
9. Carro con rodos para medicamentos: no tienen los hospitales de Manuel de Jesús Subirana San Lorenzo.
10. Pota expedientes (en Estación de Enfermería): no tienen los hospitales de Manuel de Jesús Subirana , Progreso, San Lorenzo.

Área de Internamiento

11. Lavamanos (área de internamiento): no tienen el hospital de Manuel de Jesús Subirana.
12. Sillas (área de internamiento): no tienen los hospitales de Manuel de Jesús Subirana , San Isidro.
13. Mesas de noche (área de internamiento): no tienen el hospital de Manuel de Jesús Subirana.
14. Gradillas (área de internamiento): no tienen los hospitales de Manuel de Jesús Subirana, Progreso y San Isidro.
15. Sillas de Rueda (área de internamiento): no tienen el hospital de Manuel de Jesús Subirana y San Isidro.

Área de revisión: no tiene el hospital de progreso.

16. Lavamanos (área de revisión): no tiene el hospital de Manuel de Jesús Subirana.
17. Banco Giratorio (área de revisión): no tiene los hospitales de Manuel de Jesús Subirana, San Lorenzo y San Isidro.
18. Lámpara cuello flexible (área de revisión): no tiene el hospital de San Lorenzo.
19. Mesa de mayo (área de revisión): no tienen los hospitales de San Lorenzo y San Isidro.
20. Anaquel o estante (área de revisión): no tienen los hospitales de San Lorenzo y San Isidro.
21. Balde de acero: no tiene el hospital de Manuel de Jesús Subirana.

Equipo Básico para todos los niveles

22. Esfigmomanómetro: no tienen los hospitales de San Lorenzo, Manuel de Jesús Subirana y San Isidro.
Estetoscopio: no tiene los hospitales de San Lorenzo, Manuel de Jesús Subirana y San Isidro.
23. Bandeja de Medicamento: no tiene el Hospital de Manuel de Jesús Subirana.
24. Carro de paro debidamente equipado: no tiene ninguno.

25. Lámpara cuello flexible: no tienen los hospitales de Manuel de Jesús Subirana San Lorenzo.
26. Aspiración manual al vacío (adicional al instrumento básico para legrado) no tiene ninguno.
25. Equipo de inserción de DIU a excepción de el hospital de progreso ninguno tiene.

SALA DE LABOR Y PARTOS

Infraestructura

Todos disponen de las áreas de labor, expulsivos, servicios sanitarios para pacientes y personal iluminación natural y artificial.

Mobiliario Área de Labor

1. Teléfono: ninguno tiene.
2. Gabinete para medicamento: no tiene el hospital de Manuel de Jesús Subirana .
2. Mesa de preparación de medicamento: no tiene el hospital de Manuel de Jesús Subirana.
3. Camilla de transporte: no tiene el hospital de progreso.
4. Silla de rueda no tiene el hospital de San Lorenzo.
5. Amniótomo: no tiene los hospitales de Progreso y San Lorenzo.

Mobiliario Área de Expulsivo

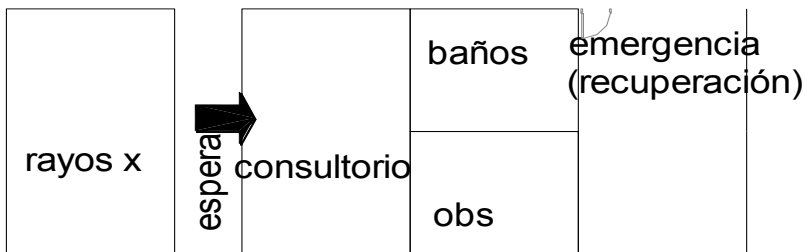
1. Lavamanos con surtidor para manejar con el codo o rodilla: no tiene el hospital de San Lorenzo.
2. Basurero: no tiene el hospital de San Lorenzo.
3. Mesa de preparación de medicamento: no tiene el hospital de Manuel de Jesús Subirana.
4. Anaquel o estante: no tiene los hospitales de Manuel de Jesús Subirana, San Lorenzo.
5. Camilla de expulsivos: (con movimiento a posición vertical) no tiene el hospital de San Lorenzo.
6. Lámpara de cuello flexible: no tiene los hospitales de Manuel de Jesús Subirana, Progreso y San Isidro.
7. Equipos para partos todos tienen pero en escasa cantidad (Promedio 8 Set)

8. Equipamiento básico para legrado uterino: a excepción del hospital de Progreso todos carecen de el.
9. Fórceps Simpson: no tiene el hospital de Tocoa.

ANEXO N° 6 Planos de los Hospitales por Servicios:

Hospital de Manuel de Jesús Subirana

Sala de Emergencia

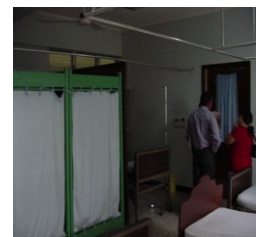
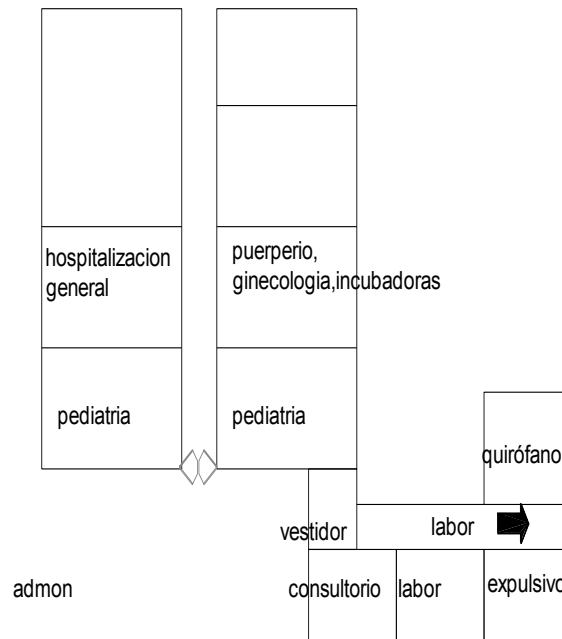


Hallazgos importantes

- Actualmente el área de emergencias es reducida
- no tiene área de espera
- no hay área específica de observación
- no hay baños para personal, pacientes, etc.
- no hay área para desinfección de pacientes,
- Revisión general de paredes, piso, ventilación
- Equipamiento total



Sala de Labor Parto y Puerperio:



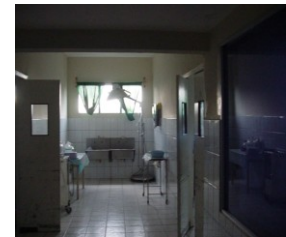
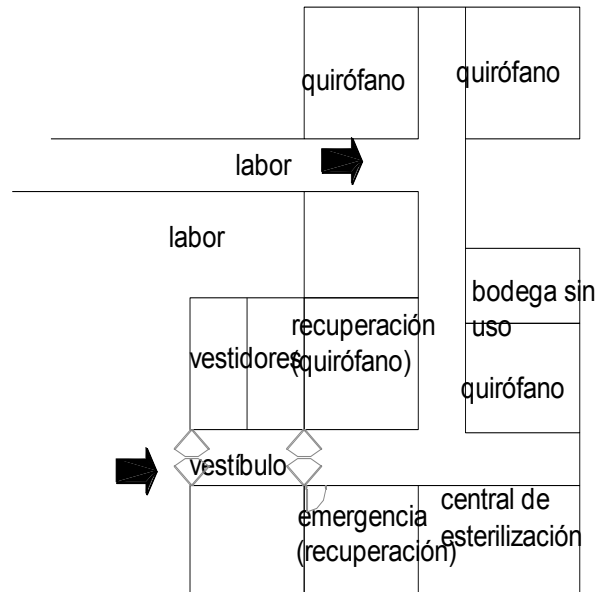
El área de labor y partos fue recientemente remodelada .

Sin embargo es necesario revisar los flujos de la paciente, la ubicación de un vestidor apropiado para personal

Se ampliaron además dos quirófanos que deben ser revisados principalmente en acabados y climatización. (Pisos, puertas, ventanas)

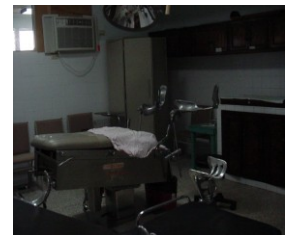


Quirófano:



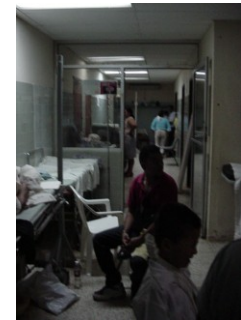
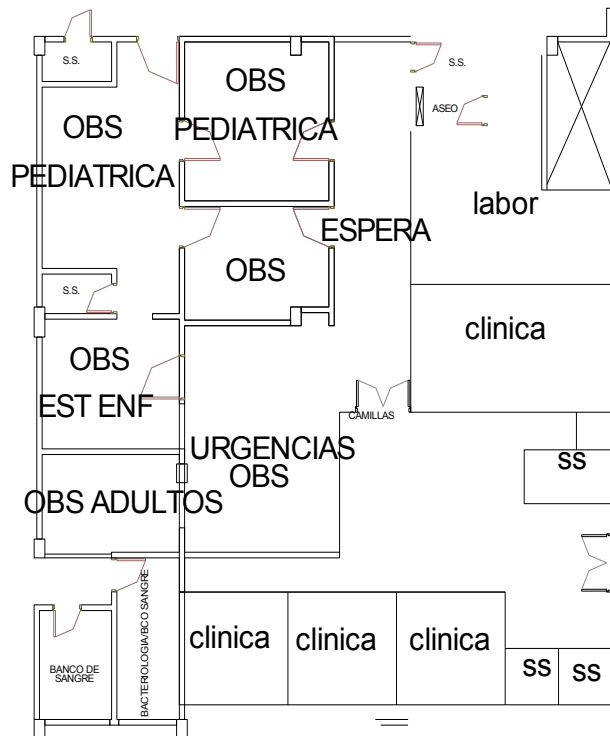
Hallazgos Importantes

- Hay cuatro quirófanos de los cuales sólo uno funciona, otro al 50%, y dos no funcionan
- Un quirófano está siendo utilizado para recuperación post-operatoria.
- No hay aseo, ni bodega de material
- Necesidad de equipamiento para complementar quirófanos
- Área de recuperación está siendo utilizada por emergencias.
- Equipamiento parcial



Hospital de Progreso

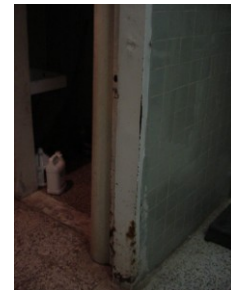
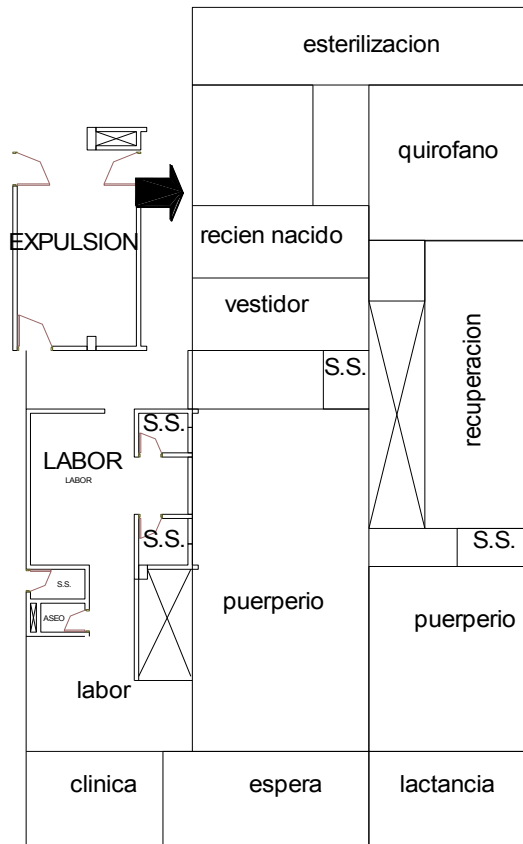
Sala de Emergencia



Hallazgos Importantes:

- Espacio físico insuficiente para el área de emergencia
- Falta área para procedimientos y curaciones
- Definir emergencia pediátrica y de adultos.
- Área de aislamiento
- Ampliación del número de baños para pacientes.
- Áreas de trabajo para personal.
- Control de acceso del paciente a observación.
- Equipamiento parcial.
- Ventilación deficiente.
- Equipamiento

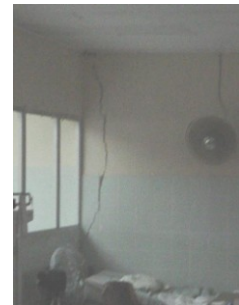
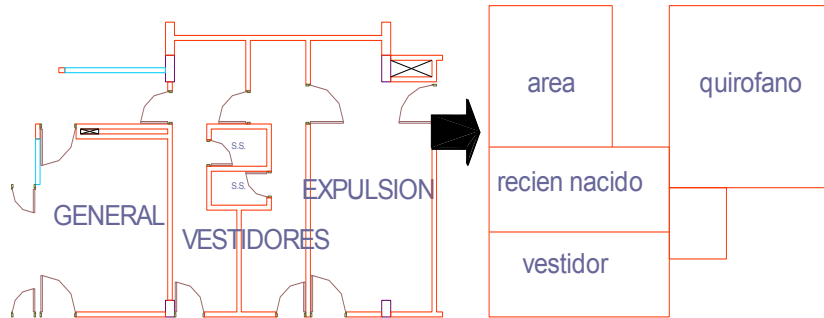
Salas de Labor parto y puerperio



Hallazgos importantes

- Rajaduras en pared, especialmente en juntas de unión.
- Poca ventilación en área de puerperio.
- Faltan vestidores para área quirúrgica.

Quirófano



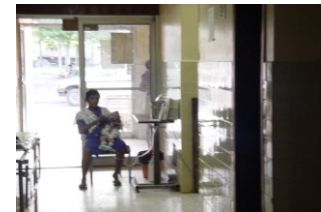
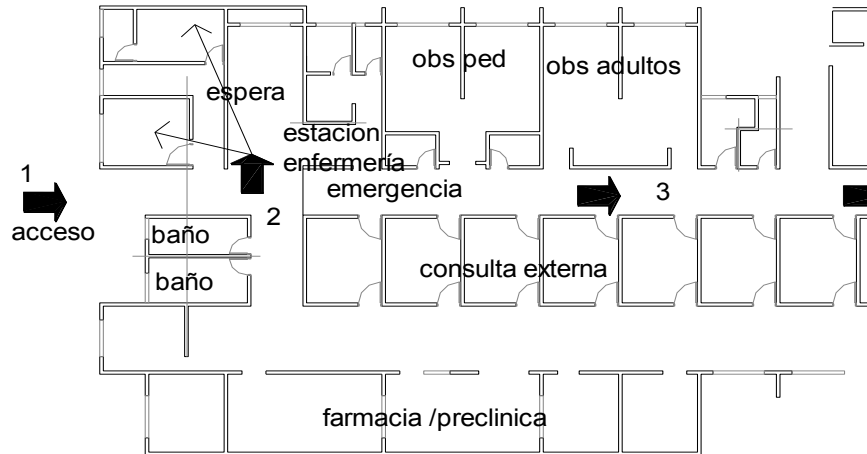
Hallazgos importantes:

- Quirófano exclusivo para área gineco obstétrica
- Juntas de unión de ampliación y edificio original en mal estado.
- Filtraciones de agua por el techo.
- Rajaduras en pared.



Hospital de San Lorenzo

Sala de Emergencia



Principales hallazgos identificados por la Unidad de Recursos Físicos

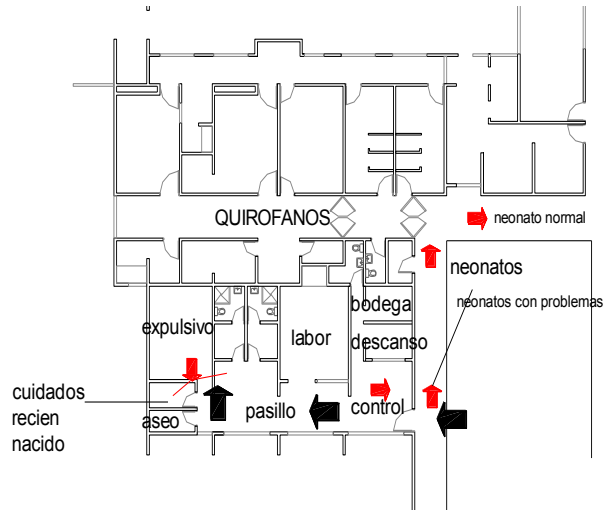
Flujo de la paciente obstétrica es el que se presenta en el diagrama,

1. Acceso
2. Revisión en consultorio
3. Si se va a internar camina por el pasillo de emergencias hasta labor y parto, si aún no esta lista no se admite.

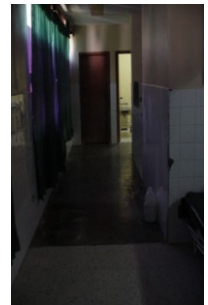
Interrelación de la paciente obstétrica con toda el área de emergencia general.



Salas Labor, parto y puerperio



HOSPITALIZACION GENERAL
puerperio



HOSPITALIZACION GENERAL

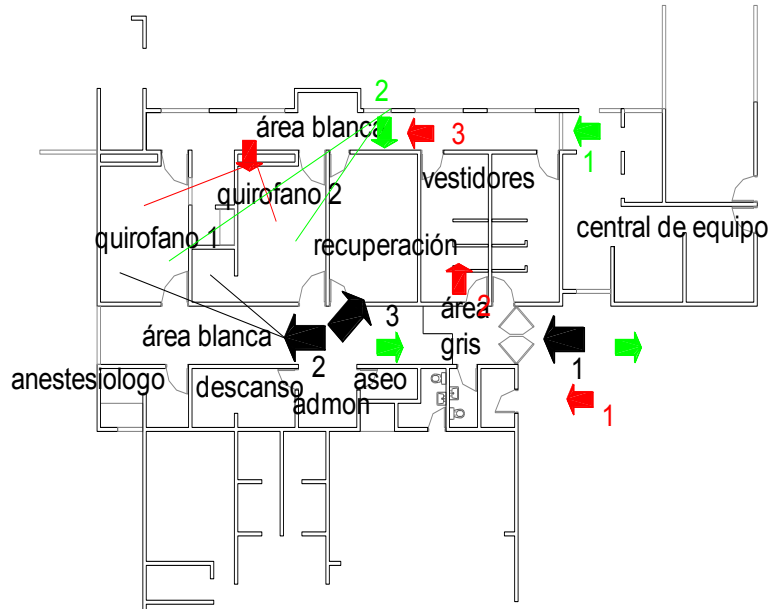


Hallazgos Importantes:

- Iluminación natural afectada por visibilidad exterior.
- Paredes dañadas sin esquinas, azulejo quebrado.
- Revisión general de cielo falso.
- Área de labor reducida
- Puerperio en ubicación no adecuada.
- No hay conexión directa a quirófanos.
- Reparación de pisos.
- Equipamiento tecnificado ante la demanda

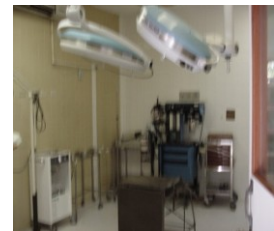


Quirófano:



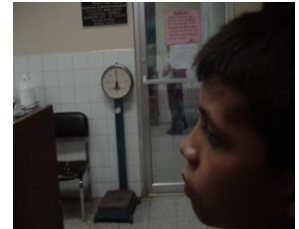
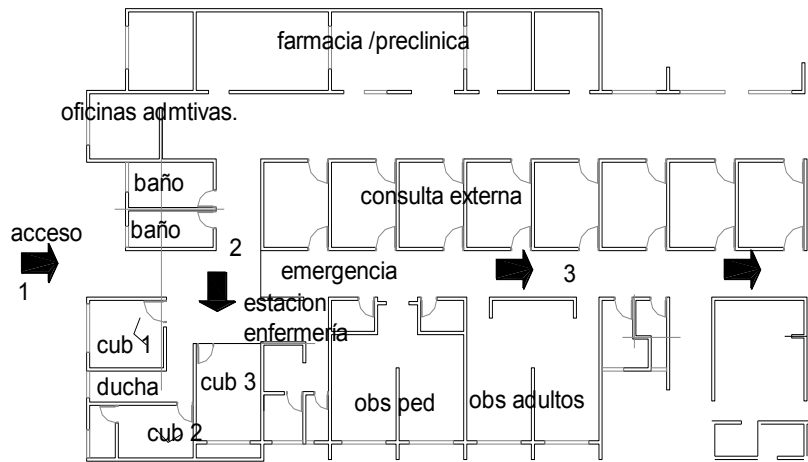
Principales Hallazgos Identificado :

- Pisos dañados en salas de quirófanos
- Cielos rasos dañados por filtraciones de humedad, en ciertas áreas
- Paredes con humedad
- Climatización no adecuada
- Diferenciación física de áreas grises y blancas no existente
- Área de aseo sin piletas
- Equipamiento a un 50% del requerimiento destacándose la ausencia de mesas de mayo.
- Mesas quirúrgicas adecuadas, maquinas de anestesia, lámpara cielítica etc.



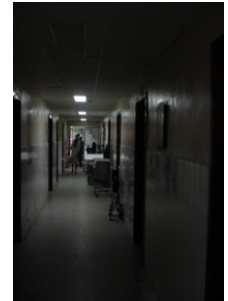
HOSPITAL San Isidro

Emergencia

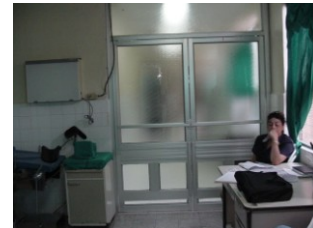
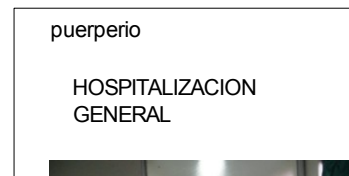
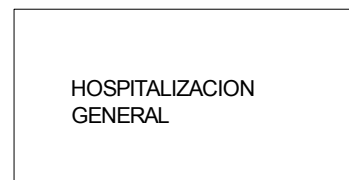
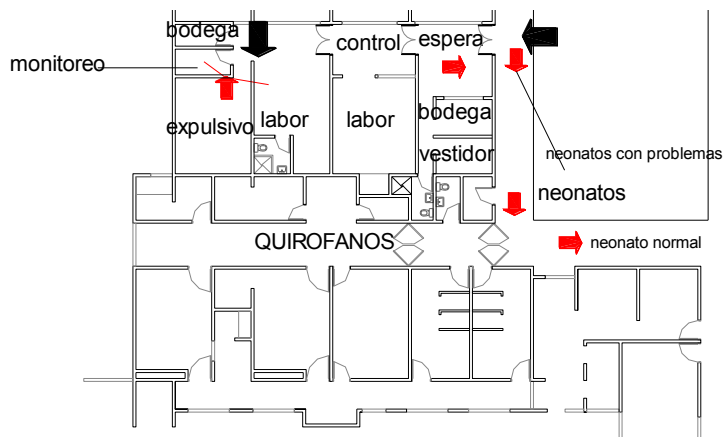


Hallazgos Importantes

- No existe área de espera, se crea congestionamiento en el acceso.
- Oficinas administrativas ubicadas en área de consulta externa.
- Equipamiento



Salas de Labor parto y puerperio



Hallazgos Importantes:

El estado interior ha sido remodelado recientemente aunque el acabado de piso no es el recomendado para ésta área.

falta de un área de puerperio, (para disminuir el riesgo de sepsis neonatal)

acceso directo a recuperación y quirófanos con todas las áreas auxiliares

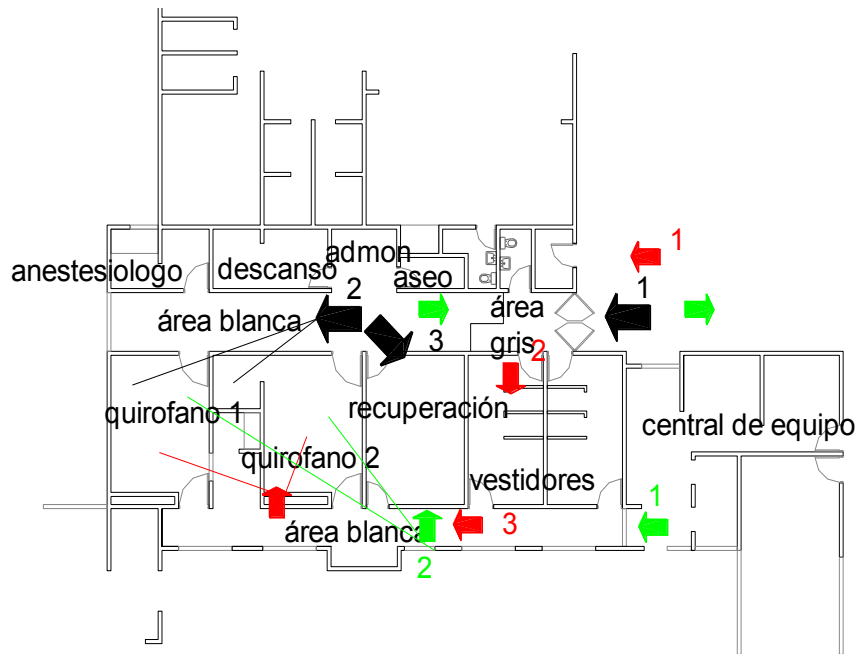
Ventilación defectuosa.

Deficiencias respecto a la comodidad del paciente especialmente en el área de labor.

Deficiencias de ubicación estratégica de la estación de enfermería para una mejor visualización y manejo de las pacientes.



Quirófanos



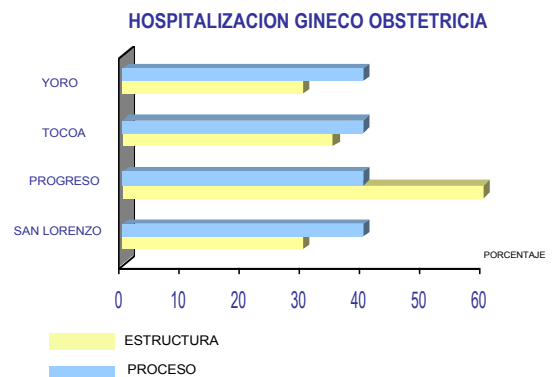
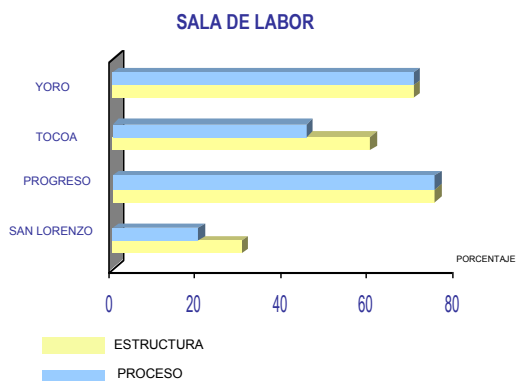
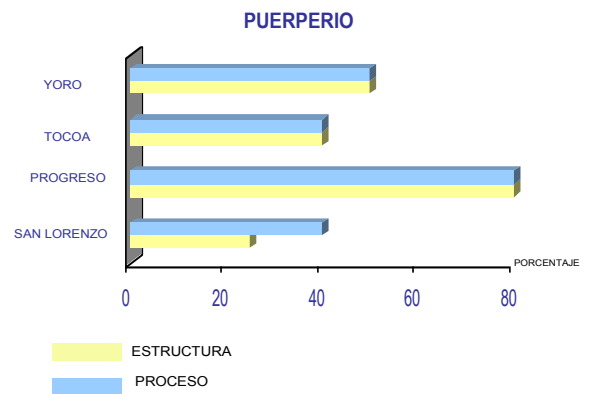
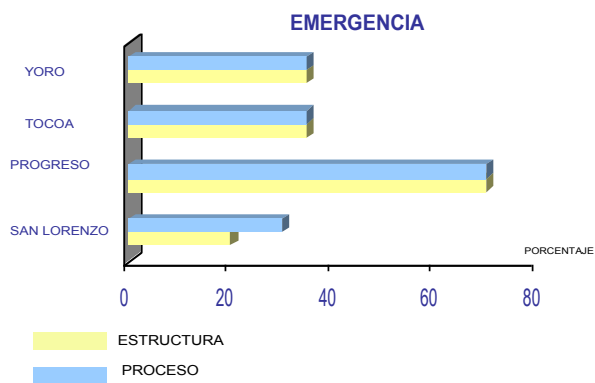
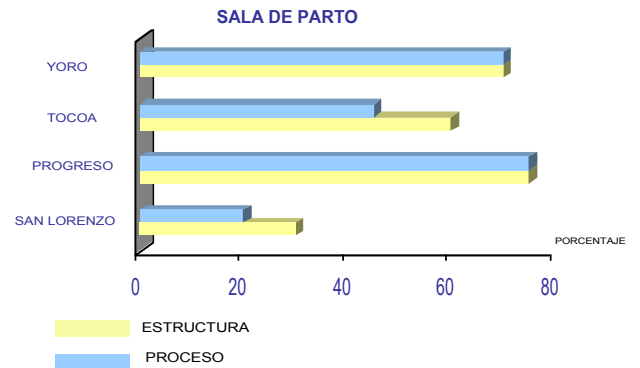
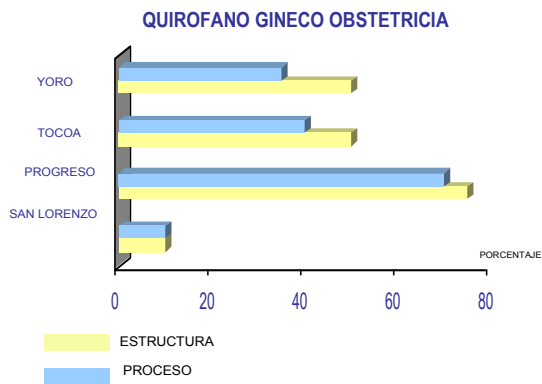
Hallazgos importantes:

- Área de aseó creada está teniendo otro uso.
- Falta de definición con cerramientos de las áreas grises y blancas.
- Mejorar el sistema de climatización.
- Cubrir necesidades de equipamiento



ANEXO N° 7

HALLAZGOS ENCONTRADOS EN ESTRUCTURA Y PROCESO SEGÚN LAS UNIDADES OPERATIVAS DE LAS AREAS MATERNAS Y HOSPITAL



ANEXO N° 8

GLOSARIO

Ruta Crítica Materna:

Es el conjunto de unidades operativas y funcionales que interactúan y se relacionan con el fin de mejorar la calidad de atención en el área materna.

Organización de Servicios:

Es la forma en que se relacionan estas unidades operativas involucradas con la atención materna.

Recursos Humanos:

Se refiere a la cantidad del personal asignado a los hospitales según tipo de profesión, estabilidad, continuidad.

Soporte Tecnológico:

Es el equipamiento básico necesario en cada una de las unidades operativas funcionales, necesario y adecuado para brindar atención en cuidados maternos.

Calidad Técnica:

Nivel de capacitación que tiene el recurso humano en protocolos de atención y manejo de pacientes en el bloque materno; así como la disponibilidad de un sistema de información de protocolos de atención en esta área y existencia de un comité de mortalidad materna funcionando.

Capacidad Resolutiva:

Es la oportunidad o suficiencia de proporcionar soluciones reales, satisfactorias, frente a una problemática existente.

Insuficiencia Resolutiva:

Es la falta, carencia o insuficiencia de aportar soluciones efectivas ante una situación determinada.

Estructura:

Conjunto de unidades operativas implicadas en el área materna fusionadas entre si e interrelacionadas, al igual que soporte tecnológico disponible por cada una de ellas.

Proceso:

Es el conjunto de acciones sucesivas designadas a medir esta constante relacionada con el área materna.

Optimización:

Es la utilización del recurso de manera racional, adecuada y oportunamente.

Para maximizar el rendimiento del mismo.