

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



En el acto de investidura de:

- **MEDICO Y CIRUJANO**

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, JULIO 2005

## CONTENIDO

	Página
1. RESUMEN	1
2. ANALISIS DEL PROBLEMA	2
2.1 Antecedentes del problema	2
2.2 Definición del problema	3
2.3 Delimitación del problema	4
2.4 Planteamiento del problema	5
3. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	6
3.1 Magnitud	6
3.2 Trascendencia	6
3.3 Vulnerabilidad	6
4. REVISION TEORICA	7
4.1 Monografía del Departamento Huehuetenango	7
4.1.1 Datos de Huehuetenango	7
4.1.1.1 Topografía	8
4.1.1.2 Economía	8
4.1.1.3 Idioma	9
4.1.2 Municipio de Huehuetenango	9
4.1.3 Hospital de Huehuetenango “Dr. Jorge Vides Molina”	9
4.2 Sala situacional	9
4.2.1 Concepto	9
4.2.2 Objetivos	9
4.2.2.1 Objetivo General	9
4.2.2.2 Objetivo Específico	10
4.2.3 Propósito	10
4.2.4 Metodología	10
4.2.5 Productos de la sala situacional	11
4.3 Administración Hospitalaria	12
4.3.1 Definición	12
4.3.2 Funciones	12
4.3.3 Derechos y Responsabilidades de los Pacientes	13
4.3.4 Planificación y Programación de los Servicios de Salud	14
4.3.5 Estándares Mínimos obligatorios	14
4.3.5.1 Áreas técnicas y de apoyo	20
4.3.5.2 Estructura física y funcional	25
4.3.5.3 Instalaciones	26
4.3.6 Estándares no obligatorios	27
4.4 Situación de los hospitales públicos en América Latina	29
4.5 Hospitales en Guatemala	30
4.6 Morbilidad y Mortalidad intrahospitalaria	31
4.6.1 Infecciones adquiridas intrahospitalariamente	31
4.7 Análisis situacional	32
4.7.1 Análisis de contexto para la planificación estratégica	32
4.7.2 Análisis de contexto	33
4.7.3 Los Problemas de salud como punto de partida	33
4.7.4 Construcción de los problemas de salud colectiva	34
4.8 La situación de salud en la región de las Américas	34
4.8.1 Contexto demográfico	35
5. HIPOTESIS Y OBJETIVOS	36

5.1 Hipótesis	36
5.2 Objetivos	36
5.2.1 General	36
5.2.2 Específicos	36
<b>6. DISEÑO DEL ESTUDIO</b>	<b>37</b>
6.1 Tipo de Estudio	37
6.2 Unidad de Análisis	37
6.3 Población	37
6.4 Definición y Operacionalización de variables	37
6.5 Descripción de Técnicas y procedimientos	42
6.6 Aspectos éticos	42
6.7 Alcances y límites	42
6.8 Plan de Análisis	43
<b>7. PRESENTACION DE RESULTADOS</b>	<b>44</b>
7.1 Descripción general del hospital	44
7.1.1 Ubicación	44
7.1.2 Cobertura	44
7.1.3 Tipo de Hospital	44
7.2 Recursos	44
7.2.1 Recursos humanos	44
7.2.1.1 Organización funcional	45
7.2.2 Recursos físicos	45
7.2.2.1 Infraestructura	45
7.2.2.2 Control de residuos	46
7.2.2.3 Disponibilidad de agua	46
7.2.2.4 Disponibilidad de energía eléctrica	46
7.3 Producción de servicios	46
7.3.1 Distribución de la producción de servicios	47
7.3.2 Clasificación de Expedientes	47
7.3.3 Características demográficas	47
7.3.3.1 Sexo	47
7.3.3.2 Edad	47
7.3.3.3 Estado Civil	48
7.3.3.4 Ocupación	48
7.3.3.5 Etnia	54
7.3.3.6 Lugar de residencia por municipio	46
7.3.4 Gestión	49
7.3.4.1 Días cama ocupada	50
7.3.4.2 Días cama disponible	50
7.3.4.3 Promedio de días estancia	50
7.3.4.4 Giro de camas	50
7.3.5 Morbilidad	50
7.3.5.1 Morbilidad por departamentos	52
7.3.6 Mortalidad	55
7.3.7 Procedimientos	56
7.3.8 Complicaciones	56
7.3.9 Condición y tipo de egreso	56
<b>8. ANALISIS, DISCUSION E INTERPRETACION DE RESULTADOS</b>	<b>57</b>
<b>9. CONCLUSIONES</b>	<b>60</b>
<b>10 RECOMENDACIONES</b>	<b>61</b>
<b>11 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>62</b>
<b>12 ANEXOS</b>	<b>64</b>

## **CONTENIDO DE CUADROS**

	<b>Página</b>
1. Variables obtenidas de la hoja de Ingreso-egreso	38
2. Variables obtenidas de las entrevistas	41
3. Recursos humanos del Hospital Nacional de Huehuetenango “Dr. Jorge Vides Molina”.	44
4. Distribución del número de camas	46
5. Distribución de la producción de servicios	46
6. Clasificación de expedientes	47
7. Primeras causas de morbilidad general	51
8. Primeras causas de morbilidad en ginecoobstetricia	52
9. Primeras causas de morbilidad en Pediatría	52
10. Primeras causas de morbilidad en Cirugía	53
11. Primeras causas de morbilidad en Medicina Interna	54
12. Causas de Morbilidad en Traumatología	55
13. Primeras causas de mortalidad general	55
14. Procedimientos realizados en los diferentes servicios	56

## **CONTENIDO DE GRAFICAS**

	<b>Página</b>
1. Sala Situacional. Fase del proceso metodológico	11
2. Distribución de pacientes según el mes de ingreso	49
3. Relación de ingresos y camas por servicios	49

## **2. ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

### **2.1 Antecedentes del problema**

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

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

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

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

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

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

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

- ✓ Sala situacional existente, no actualizada, sin constancia estadística de análisis: Antigua Guatemala, Escuintla, Quetzaltenango<sup>1</sup> y Totonicapán (19.35%)
- ✓ Sala situacional existente, actualizada, con constancia estadística de análisis: Hospitales de Chimaltenango, Sayaxché Petén, San Marcos, Retalhuleu, Izabal, Zacapa, Huehuetenango<sup>2</sup>, Alta Verapaz, El Progreso, Santa Rosa y El Quiché<sup>3</sup> (48.39%)
- ✓ Sala situacional existente, no actualizada, con constancia estadística de análisis: Hospital de Sololá (3.22%)

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

## 2.2 Definición del problema

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

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

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

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

---

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

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

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

## **2.3 Delimitación del problema**

Este estudio se llevó a cabo dos Hospitales: Hospital Nacional de Huehuetenango “Dr. Jorge Vides Molina” y El Hospital Distrital de San Pedro Necta. Se incluyó a todos los pacientes egresados de los hospitales a estudio durante el año 2004. De acuerdo a los intereses del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y a la capacidad de estudiantes disponibles los hospitales que se incluyeron en el estudio son<sup>9</sup>:

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

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

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

## **2.4 Planteamiento del problema**

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

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

### **3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

#### **3.1 Magnitud**

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

Este estudio está dirigido a los Hospitales de Nacional de Huehuetenango “Dr. Jorge Vides Molina” y al Hospital Distrital de San Pedro Necta, pertenecientes al tercero y segundo nivel de atención respectivamente. Representando el 9.49% (15,793) de egresos en los 2 hospitales de estudio, de la totalidad de pacientes egresados de la red hospitalaria del país, del que son una totalidad aproximada de 166,426 pacientes egresados durante el año 2004.

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

#### **3.2 Trascendencia**

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

#### **3.3 Vulnerabilidad**

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

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



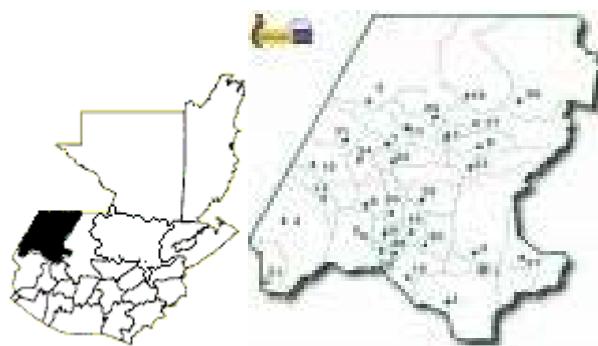
## **4. REVISION TEORICA Y DE REFERENCIA**

Guatemala esta dividida en ocho regiones, cada región abarca uno o más departamentos que poseen características geográficas, culturales y económicas parecidas. De la siguiente: Región I Metropolitana conformada por Guatemala. Región II Norte conformada por Baja Verapaz y Alta Verapaz. Región III Nor-oriente, El progreso, Izabal, Zacapa, Chiquimula. Región IV Sur-Oriente: Santa Rosa, Jalapa, Jutiapa. Región V Central: Sacatepequez, Chimaltenango, Escuintla. Región Sur-Occidente: Totonicapán, Quetzaltenango, Suchitepequez, Retalhuleu, San Marcos. Región VII Nor-Occidente: Huehuetenango, Quiché. Región VIII Petén.

### **4.1. MONOGRAFÍA DE HUEHUETENAGO**

#### **4.1.1 Departamento de Huehuetenango**

*Colinda al norte con México, al oeste con el departamento del Quiché; al sur con los de Totonicapán y San Marcos; al oeste con México.*



**Cabecera:** Huehuetenango

**Altura:** 1,902m SNM

**Extensión:** 7,403 Km<sup>2</sup>

**Coordenadas:** 15° 19' 18" Latitud 91° 28' 14" Longitud

**Población:** 929,418 habitantes

**El departamento de Huehuetenango posee 31 municipios:**

1. Huehuetenango
2. Chiantla
3. Malacatancito
4. Cuilco
5. Nentón
6. San Pedro Necta
7. Jacaltenano
8. Soloma
9. Ixtahuacán
10. Santa Bárbara
11. La Libertad
12. La Democracia
13. San Miguel Acatán
14. San Rafael La Independencia
15. Todos Santos Cuchumatán
16. San Juan Atitlán

17. Santa Eulalia
18. San Mateo Ixtatán
19. Colotenango
20. San Sebastián Huehuetenango
21. Tectitán
22. Concepción
23. San Juan Ixcoy
24. San Antonio Huista
25. San Sebastián
26. Coatán Barillas
27. Aguacatán
28. San Rafaél Petzal
29. San Gaspar Ixchil
30. Santiago Chimaltenango
31. Santa Ana Huita

#### **4.1.1.1 Topografía**

El territorio es montañoso, atravesado por un sistema orográfico cuyo eje es la sierra Madre, sus intrincadas ramificaciones hacen el suelo irregular, áspero, caprichoso con altísimas cumbres que se cubren a veces de escarcha en la estación fría, así como dilatadas llanuras y campiñas de templado, o ardoroso temperamento con profundos precipicios y angosturas, despeñaderos y barrancos, suaves colinas, vegas ricas y amenas praderías, caudalosos ríos, lagunas, bosques y selvas.

#### **4.1.1.2 Economía**

Huehuetenango tiene grandes depósitos de minerales útiles a la actividad humana. Los depósitos plomo-argentíferos son muy abundantes. Otros minerales abundantes son mercurio y cobre. Antes de la conquista existían explotaciones auríferas que fueron agotadas rápidamente.

Se cultivan Café, maíz, frutas y verduras de temporada, esta y la producción de metales son las más importantes fuentes de ingresos del departamento.

Antiguamente fue poblado el departamento por los mames, quienes fundaron los principales pueblos que son hoy Huehuetenango, Chintla y Todos Santos Cuchumatán. Debido a las luchas con los Quichés y sus aliados Cakchiqueles, los Mames fueron obligados a replegarse a los actuales departamentos de Huehuetenango y San Marcos. En la actual aldea de San Lorenzo, los españoles libraron la primera batalla contra los indios mames y su rey Caibil Balam, posteriormente fueron derrotados y pacificados por los monjes mercedarios, cléricos seculares y dominicos.

El territorio de Huehuetenango formaba parte de un solo cuerpo administrativo durante la colonia, junto a San Marcos y Totonicapán. A partir de 1866 la cabecera departamental ha sido Huehuetenango, salvo pocos años que pasó a ser Chiantla. La separación de los otros departamentos fue hecha debido a solicitud de la municipalidad de Huehuetenango al Jefe de Estado de Guatemala en acta del 27 de enero de 1826, lo cual no fue logrado debido a lo turbulento de la época. Al organizarse el estado de los Altos en 1838, se hace mención del departamento de Huehuetenango bajo el nombre de Güegüetenango.

Durante todos esos años continuó la confusión y Huehuetenango recibió indistintamente el nombre de departamento y distrito hasta que en decreto de 8 de

mayo de 1866 se acordó nominar departamentos a los territorios de: Huehuetenango, Petén, San Marcos, Izabal y Amatitlán. El decreto fue dado por el gobernante del país don Vicente Cerna.

#### 4.1.1.3 Idioma

Se hablan: el Mama, el Teco, el Akateko, el Chuj, el Popti' o Jakalteco, el q'anjob'al, y el español, que es la lengua predominante en el área.

### 4.1.2 Municipio de Huehuetenango

Esta ciudad es la cabecera departamental y municipal, otorgándosele el título de ciudad el 23 de noviembre de 1866, su extensión territorial de 189.53 kilómetros cuadrados, encontrándose a 260 kilómetros de la ciudad capital con un aproximado de 60,808 habitantes para el 2002.

### 4.1.3 Municipio de San Pedro Necta

Este municipio posee la categoría de pueblo en su área urbana, con una extensión territorial de 119 kilómetros cuadrados, encontrándose a una altura de 1,520 metros sobre el nivel del mar, por lo que su clima es frío.

Limita al norte con Santa Ana Huista, y Concepción; al este con Santiago Chimaltenango y San Rafael Petzal; al sur con Colotenango y San Idelfonso Ixtahuacán y al oeste con La Democracia y La Libertad, todos del departamento del Huehuetenango.

Su división Político-Administrativa está dada en 1 Pueblo, 11 aldeas y 24 caseríos. Su número de habitantes es de 20,386, siendo el dialecto indígena predominante el Mam.

Los servicios públicos con los que se cuenta en este municipio incluyen: Hospital Nacional Distrital San Pedro Necta, centros de salud, edificio para la Municipalidad, una iglesia católica, servicio de buses extraurbanos, hospedajes, escuelas y un instituto de educación media, energía eléctrica, agua potable, drenajes, correos, telégrafos y teléfono, edificio de mercado, radiodifusoras, agencias bancarias, tiendas y almacenes, etc.

Sus principales cultivos son cereales, caña de azúcar, café, banano y frutas de clima templado. Sus habitantes elaboran panela de buena calidad. De las artesanías fabricadas destacan los tejidos de lana, algodón, fabricación de tejas de barro, objetos de madera y metales.

### 4.1.4 Hospital Nacional de Huehuetenango “Dr. Jorge Vides Molina”

Se encuentra ubicado en la ciudad de Huehuetenango, hace 6 años atrás aproximadamente este se encontraba situado en el centro de la cabecera departamental, actualmente se encuentra en la zona 1 de la aldea las Lagunas en el kilómetro 265, constituye el hospital de referencia para los hospitales San Pedro Necta y Hospital de Cuilco.

#### **4.1.5 Hospital Distrital San Pedro Necta**

Se encuentra ubicado en el pueblo de San Pedro Necta, cabecera municipal de San Pedro Necta y constituye el hospital de referencia para los habitantes de los municipios de San Pedro Necta y Santiago Chimaltenango. Su actual director es el *Doctor Omar Dagoberto Villatoro Rodríguez*.

El hospital cuenta con Comité de Vigilancia Epidemiológica, no así con Médico Epidemiólogo.

La *Sala Situacional General Hospitalaria*, localizada en la dirección del hospital, se mantiene constantemente actualizada por el departamento de Recursos Humanos, se realiza en base a datos de producción y morbi-mortalidad; tiene la ayuda de del departamento de Archivo y Estadística.

Dentro del equipo administrativo del hospital se encuentran:

Jefe de archivo y estadística: María Díaz Franco

Jefe de Recursos Humanos: José Mendoza Chávez

Jefe de enfermería: María Gómez Chávez

### **4.2 Sala situacional**

#### **4.2.1 Concepto:**

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

#### **4.2.2 Objetivos:**

##### **4.2.2.1 General:**

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

#### **4.2.2.2 Específicos:**

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

#### **4.2.3 Propósito:**

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

#### **4.2.4 Metodología:**

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

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

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

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

**Gráfica 1**



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

- ✓ Fortalecer capacidad de anticipación
- ✓ Planificación estratégica de los Servicios Sociales y de Salud. (Necesidades)
- ✓ Intervenciones de alto rendimiento social (Costo/efectivas). Basadas en evidencias
- ✓ Programación interinstitucional e intersectorial
- ✓ Balance entre actividades preventivas y curativas
- ✓ Monitoreo y evaluación ligadas a las políticas, prioridades y compromisos de gestión
- ✓ Incrementar capacidad de negociación
- ✓ Trabajar con enfoque sistémico
- ✓ Racionalizar la inversión pública y privada
- ✓ Estimular la participación de la sociedad civil

#### 4.3 Administración hospitalaria

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

#### **4.3.1 Definición:**

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

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

#### **4.3.2 Funciones:**

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

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

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

#### **4.3.3 Derechos y Responsabilidades de los Pacientes:**

##### **A. Derechos de los Pacientes (13)**

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

##### **B. Responsabilidades de los Pacientes: (13)**

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

#### **4.3.4 Planificación y Programación de los Servicios de Salud**

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

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

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

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

#### **4.3.5 Estándares mínimos obligatorios**

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

##### **A. Organización de la Atención Médica**

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

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

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

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

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

**C. Derivaciones o Referencias: (10,13)**

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

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

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

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

**D. Consultorios Externos (10, 13)**

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

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

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

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

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

## E. Urgencias (10, 13)

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

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

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

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

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

## F. Laboratorios (10, 13)

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

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

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

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

## G. Diagnóstico por imágenes (10, 13)

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

Se consideran comprendidos bajo este título, los siguientes procedimientos:

- ✓ Radiológicos: convencionales, poli tomografías, por sustracción digital de imágenes, mamografía, tomografía axial computada (TAC), etc.
- ✓ Ultrasonográficos, ecografía mono y bidimensional, estudios por efectos doppler, etc

- ✓ Medicina Nuclear: centellografía a cabezal fijo (Cámara Gamma) o a cabezal móvil (Centellograma Lineal)
- ✓ Otros: Resonancia Magnética Nuclear (RMN), Termografía

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

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

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

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

## H. Hemoterapia (10, 13)

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **I. Atención de nacimiento (10, 13)**

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

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

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

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

#### **J. Área Quirúrgica (10, 13)**

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

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

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

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

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

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

#### K. Anestesiología (10, 13)

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

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

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

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

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

#### L. Control de infecciones hospitalarias (13)

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

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

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

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

#### **4.3.5.1 Áreas técnicas y de apoyo**

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

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

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

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

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

##### **B. Lavandería (10, 13)**

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

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

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

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

##### **C. Limpieza (13)**

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

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

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

#### **D. Esterilización (10, 13)**

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

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

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

Nivel 3: El personal cuenta con capacitación específica

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

#### **E. Dispensa de medicamentos (10, 13)**

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

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

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

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

Nivel 4: Cuenta con un Comité de Fármaco – Vigilancia

#### **F. Enfermería (10, 13)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Nivel 2:** Existe supervisión de HC.

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

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

## H. Estadísticas (10, 13)

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

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

Nivel 3: Las internaciones se hallan clasificadas por patologías.

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

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

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

## I. Gobierno hospitalario (13)

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

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

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

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

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

## **J. Administración (10, 13)**

**Nivel 1:** Existe un responsable del área administrativa. Hay registro de certificaciones del personal profesional- Cuenta con un manual de procedimientos administrativos y legajo de todos los agentes que incluye la certificación de capacitación.

El establecimiento cuenta con por lo menos una persona que tiene a su cargo la adquisición, distribución y control de los insumos y recursos materiales durables, los registros, liquidación de haberes y contralor de los recursos humanos, la administración de los recursos financieros, la facturación y cobranzas a entidades prestatarias y el control presupuestario general.

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

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

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

**Nivel 4:** Existe un sistema de control de gestión.

## **K. Seguridad e higiene laboral (10, 13)**

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

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

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

## **L. Seguridad General (10, 13)**

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

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

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

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

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

## **M. Garantía de calidad (13)**

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

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

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

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

### **4.3.5.2 Estructura física y funcional**

#### **A. Accesos (13)**

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

Nivel 2: Posee accesos diferenciados para vehículos y peatones

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

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

## B. Circulaciones (13)

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

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

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

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

### 4.3.5.3 Instalaciones

#### A. Sistema eléctrico (13)

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

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

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

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

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

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

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

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

#### C. Confort en la internación (13)

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

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

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

#### **4.3.6 Estándares no obligatorios**

##### **A. Cuidados Críticos (10, 13)**

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

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

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

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

##### **B. Neonatología (13)**

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

Nivel 2: cuenta con un sector destinado a la atención del recién nacido patológico que puede resolver los principales síndromes clínicos del recién nacido de mediano riesgo.

Posee equipos completos de : reanimación, exsanguíneo – transfusión, drenaje de neumotórax y canalización de la arteria umbilical. Cuenta con equipos de luminoterapia, respiradores mecánicos, monitor transcutáneo de oxígeno.

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

#### C. Medicina Nuclear (13)

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

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

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

#### D. Rehabilitación (13)

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

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

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

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

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

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

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

Nivel 2: existen normas y procedimientos escritos, revisados periódicamente

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

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

#### E. Biblioteca (13)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.5 Hospitales en Guatemala (12)

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

#### 4.6 Morbilidad y mortalidad intrahospitalarias.

##### 4.6.1 Infecciones adquiridas intrahospitalariamente.

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

Ningún hospital del mundo está exento de esta situación y, por supuesto, es mucho más seria en los países subdesarrollados. Son múltiples las vías por las cuales un paciente adquiere una infección intrahospitalaria, siendo una de las más frecuentes la transmisión, por vía directa o indirecta, a través de las manos y de materiales contaminados. Alrededor del 3 al 5 % de los pacientes que se infectan en el hospital fallecen por esta causa, por ello resulta necesario conocer el comportamiento de la

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

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

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

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

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

## 4.7 Análisis situacional

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

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

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

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

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

### 4.7.1 Análisis de contexto para la planificación estratégica

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

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

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

#### 4.7.2 Análisis de contexto

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

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

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

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

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

#### 4.7.4 Construcción de los problemas de salud colectiva

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.8 La situación de salud en la región de las Américas

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

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

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

#### 4.8.1 Contexto demográfico

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

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

## **5. Hipótesis y Objetivos**

### **5.1 Hipótesis**

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

### **5.2 Objetivos**

#### **5.2.1 General:**

Analizar la situación del Hospital Nacional de Huehuetenango “Dr. Jorge Vides Molina” y del Hospital Distrital San Pedro Necta con base a información estandarizada de las variables demográficas, morbi-mortalidad recursos humanos, materiales, y cobertura, del total de pacientes egresados en el año 2004.

#### **5.2.2 Específicos:**

5.2.2.1 Identificar los recursos y cobertura del Hospital Nacional de Huehuetenango “Dr. Jorge Vides Molina” y del Hospital Distrital de San Pedro Necta.

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

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



## **6. DISEÑO DEL ESTUDIO**

### **6.1 Tipo de estudio**

**Estudio descriptivo, retrospectivo**

### **6.2 Unidad de análisis**

Se analizaron los hospitales de: Nacional de Huehuetenango “Dr. Jorge Vides Molina” y Distrital de San Pedro Necta. La información necesaria para realizar dicho análisis se tomó de la hoja de ingreso/egreso del total de los egresos durante el año 2,004 de cada hospital además de entrevistas personales a director, administrador, jefa de enfermería.

### **6.3 Población**

Se tomaron todos los egresos de la población en general durante el año 2004. (Aproximadamente 15,793 egresos en los 2 hospitales de estudio).

### **6.4 Definición y operacionalización de variables**

(Ver cuadro 1)

**Cuadro 1**  
**Variables obtenidas de la hoja de Ingreso/egreso**

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



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



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

**Cuadro 2**  
**Variables obtenidas de las entrevistas**

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

**PRODUCCION DE SERVICIOS**

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

## **6.5 Descripción de técnicas y procedimientos**

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

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

## **6.6 Aspectos éticos de la investigación**

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

## **6.7 Alcances y limitaciones**

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

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

En el hospital regional de Cuiabá nos encontramos con la presencia de un único número de registro de historia clínica para varias personas que no necesariamente son de la misma familia, lo cual fue confuso y limitante ya que por características de la recolección de la información en la base de datos no era posible ingresar a todos los pacientes bajo el mismo número de historia clínica, por lo que hubo necesidad de descartar los otros expedientes, perdiéndose información.

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

Ausencia de registros médicos en el archivo.

Datos ilegibles dentro de la hoja de ingreso/egreso.

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

Los datos recolectados se procesaron por códigos en forma numérica de acuerdo a cada variable en una base de datos computarizada creada en Visual Basic y proporcionada por el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA). Luego se procedió a crear formatos de salida, cuadros y graficas de columnas, barras y otros, según ameritaron. Se trató estadísticamente los datos por medio de proporciones. La información obtenida e ingresada a la base de datos se encuentra a disposición del Sistema Gerencial de Atención en Salud del Ministerio de Salud pública y Asistencia Social.



## **Presentación de Resultados Del Hospital Nacional de Huehuetenango Dr. Jorge Vides Molina”**

Bairon Ottoniel Báten Sac  
Luis Estuardo Avila González

### **7.1. Descripción general del hospital**

#### **7.1.1. Ubicación**

El Hospital Nacional de Huehuetenango “Dr. Jorge Vides Molina” se encuentra ubicado en la zona 1 Aldea las Lagunas a 5 kilómetros de la cabecera departamental de Huehuetenango y a 265 kilómetros de la ciudad capital.(1)

#### **7.1.2. Cobertura**

Su área de cobertura está constituida por los 31 municipios del departamento de Huehuetenango. Constituye el Hospital de Referencia para los Hospitales Distritales de San Pedro Necta y Hospital de Cuilco. Con atención las 24 horas en emergencia y consulta externa de lunes a viernes de 7 a 15 horas

#### **7.1.3. Tipo de Hospital**

Es un hospital de Área, Departamental, del nivel III.

### **7.2. Recursos**

#### **7.2.1. Humanos**

El total de trabajadores que se encuentran laborando en este hospital está constituido por 323 personas distribuidos en un 49.9% para la *prestación de servicios*, 34.93% como *personal de apoyo* y el 13% es *personal administrativo*. (ver cuadro 3)

#### **7.2.1.1.Organización Funcional del personal de Prestación de Servicios**

La totalidad de médicos especialistas son 22; del cual 18 de estos laboran cubriendo la consulta externa y el área de encamamiento y 4 médicos que turnan las 24 horas en la emergencia y por las noches cubre también encamamiento . Siete médicos en EPS de especialidades se encuentran uno en medicina interna, radiología, anestesia, ginecoobstetricia, traumatólogo, cirugía, pediatría laborando de lunes a viernes de 7 am a las 15 hrs.. Cuatro médicos internos estudiantes de la Universidad San Carlos de Quetzaltenango, que se distribuyen uno en cada especialidad y durante la noche cubren el encamamiento y la emergencia, solo un medico interno hace turno cada cuatro días.

Diez médicos externos que se dividen en cuatro grupos haciendo turnos cada cuatro días.

El personal de enfermería está organizado en 3 turnos cada día: En la mañana se encuentran 14 enfermeras graduadas y 28 auxiliares; por la tarde son 2 graduadas y 14 auxiliares y durante la noche 1 graduada y 14 auxiliares, para todos los servicios del hospital.

### Cuadro 3

#### Distribución de los Recursos Humanos Encontrados en el año 2004

Categoría de personal	Tipo de personal	Frecuencia	Porcentaje
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Médicos Especialistas	22	7.81
	Médicos en Ejercicio Profesional Supervisado de Especialidades	7	2.16
	Médicos Internos	4	1.24
	Médicos Externos	10	3.09
	Enfermeras Profesionales	23	7.12
	Enfermeras Auxiliares	92	28.48
PERSONAL DE APOYO	Técnicos de laboratorio	10	3.09
	Técnicos de radiología	5	1.54
	Técnicos de anestesia	6	1.86
	Técnicos informaticos	1	0.31
	Odontólogo	1	0.31
	Químico farmacéutico	1	0.31
	Nutricionista	1	0.31
	Trabajador Social	2	0.61
	Colaboradores del Comité de Infecciones Nosocomiales	3	0.92
	Limpieza	31	9.60
	Lavandería	12	3.71
	Mantenimiento	13	4.02
	Seguridad	9	2.78
PERSONAL ADMINISTRATIVO	Cocina	22	6.80
	Transporte	6	1.85
<b>TOTAL</b>		<b>323</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Instrumento de Recolección de Datos (Anexo No.3), proporcionado por el departamento de personal del Hospital Nacional de Huehuetenango.

#### 7.2.2. Recursos físicos

##### 7.2.2.1 Infraestructura

De acuerdo a la información proporcionada por el área de recursos humanos del hospital de Huehuetenango hay espacio físico de cuidados críticos tanto para adultos como para pediatría pero no cuenta con el equipo necesario para su funcionamiento, no hay área de neonatología, la unidad de laboratorio que trabaja las 24 hrs, al igual que el banco de sangre. La unidad de diagnóstico por imágenes que cuenta con equipo para rayos X y

ultrasonido únicamente.

Hay una farmacia que labora hasta que la consulta externa finalice; Una unidad de archivo formado por dos ambientes manejado por un sistema de dos últimos dígitos. Además cuenta con sala de partos, salas de operaciones, esterilización, cocina, lavandería, administración y biblioteca esto pudiéndose consultar a cualquier hora hábil.

#### 7.2.2.2 Control de residuos:

En el control de residuos, carecen de incineradores, contando con almacenamiento local de la basuras, cajas de bioseguridad y bolsas de color diferenciados así como la utilización de guantes por el personal de seguridad.

#### 7.2.2.3 Disponibilidad de agua:

La disponibilidad del agua la hace a través de pozos propios como de una cisterna propia continua.

#### 7.2.2.4 Disponibilidad de energía eléctrica:

El servicio eléctrico de las mismas se encuentra abastecido por la red de pública, y cuando este falta entra en funcionamiento la planta de emergencia.

**Cuadro 4**  
Distribución de camas disponibles por servicio durante  
el año 2004

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía	45	28.85
Medicina Interna	25	16.02
Pediatria	39	26.71
Gineco-obstetricia	37	23.72
Traumatología	10	6.41
<b>TOTAL</b>	<b>156</b>	<b>100.00</b>

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

### 7.3. Producción de Servicios

En las emergencias no se puede desglosar un porcentaje por cada área ya que esta fue dado en una totalidad. En las consultas externas la Pediatria contabiliza el 16.91%, la cirugía le corresponde el 13%, la gineco-obstetricia con el 11.89%, la Medicina Interna tiene el 10.41% y traumatología cuenta con el 7.86%. En los procedimientos quirúrgicos el departamento de gineco-obstetricia contabiliza el 55%, seguido de cirugía con 30% y pediatría con el 15%. (ver cuadro 5)

### 7.3.1 Distribución de la producción de servicios de encamamiento reportado para el año 2004

Durante el año 2004, el total de pacientes ingresos del área de pediatría reportó 3,282 que constituye el 25.36%, en el departamento de Gineco-obstetricia el total de pacientes ingresados fue de 5,863 que constituye el 45.33% siendo el mayor porcentaje del total; en Medicina Interna fue de 1,356 ingresos que equivale al 10.48%; Cirugía con 2,375 ingresos siendo el 18.36% y por ultimo Traumatología con 61 ingresos que es el 0.47%

**Cuadro 5**  
Distribución de la producción de servicios  
reportado durante el año 2004, por Área

Área	Frecuencia	Porcentaje
Emergencia	29,786	42.69
Consulta Externa	22,965	32.91
Procedimientos quirúrgicos	4,083	5.85
Encamamiento	12,937	18.55
<b>TOTAL</b>	<b>69,771</b>	<b>100</b>

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Nacional de Huehuetenango.

### 7.3.2 Clasificación de expedientes

Utilizando el instrumento “Consolidado de No de Expedientes” (anexo 1) se encontraron 12,937 ingresos/egresos incluidos en el listado de egresos del año 2004, proporcionado por el Departamento de Estadística de este Hospital, de los cuales se incluyeron 10,164 expedientes luego de aplicar los criterios de exclusión del estudio. Del total de expedientes 8.89% no se encontraron al momento de la visita, 3.02% carecían de hoja de admisión, 3.78% con ausencia de fecha de ingreso/egreso, 5.97% de expedientes que fueron excluidos por otras razones.

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

Categorías de inclusión/exclusión	Frecuencia	Porcentaje
Expediente no encontrado al momento de la visita	1,151	8.89
Expediente sin hoja de ingreso/egreso	391	3.02
Expediente sin fecha de ingreso o servicio destino o condición de egreso	459	3.78
Expediente excluido por otras razones	772	5.97
Expediente incluido dentro del estudio	10,164	79
<b>TOTAL</b>	<b>12,937</b>	<b>100</b>

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

### **7.3.3 Características Demográficas**

#### **7.3.3.1 Sexo:**

Según los datos obtenidos acorde al género de los pacientes egresados de esta unidad hospitalaria, de 10,164 pacientes, el 65.94% correspondió al sexo femenino, el 34.06% corresponde al sexo masculino.

#### **7.3.3.2 Edad:**

En relación a los grupos de edad, los resultados fueron los siguientes: menores de 1 mes (4.1%), de 1 – 2 meses (0.12%); 2 meses a 1 año (3.58%), 1 – 4 años (4.32%); 5 – 9 años (1.72%); 10 – 14 años (3.63 %), 15 – 19 años (12.92%); 20 – 24 años (32.71%); 25 – 39 años (22.84%); 40 – 49 años (3.63%); 50 – 59 años (3.47%); 60 – 64 años (1.36%); 65 – 69 años (0.93%) y mayores de 70 años (2.27%). El mayor porcentaje corresponde al grupo situado entre los 20 a 24 años de edad y el menor al comprendido entre 1 y 2 meses de edad con (0.12%).

#### **7.3.3.3 Estado civil:**

En relación al estado civil de los pacientes egresados en el año 2004, el predominante es el casado (34.4%); no hay datos (31.2%); unido (17.4%); soltero (14.96%); viudo (1.95); y divorciado (0.08%).

#### **7.3.3.4 Ocupación:**

Teniendo en cuenta la ocupación de los paciente egresados, el (44.86%) corresponde a las amas de casa; el (11.39%) no hay datos; el (8.5%) no aplica; (7.74%) son agricultores; y un (1.85%) son estudiantes.

#### **7.3.3.5 Etnia:**

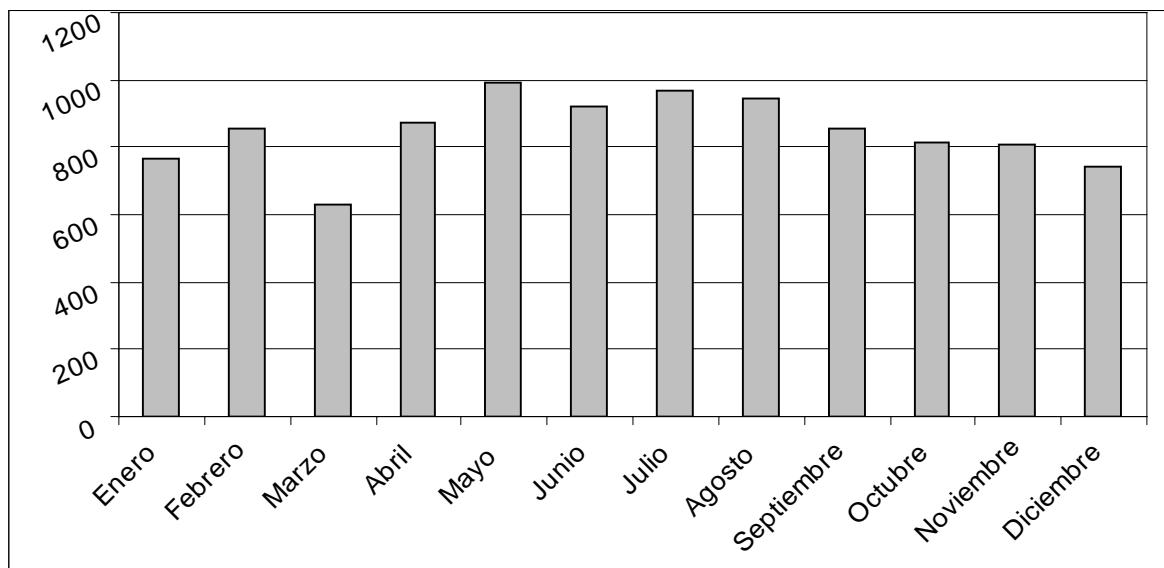
Esta característica no se proceso debido a la falta en la hoja de egreso y admisión.

#### **7.3.3.6 Lugar de residencia:**

Del total de pacientes egresados durante el año 2004, el (35.8%) reside en el municipio de Huehuetenango; el (17.52%) en el municipio de Chiantla; (6.51%) en La Democracia; (6.05%) en Cuilco; (5.50%) en Aguacatán; (4.59%) en Malacantancito; (4.10%) en La Libertad; (3.35%) en San Sebastián Huehuetenango; (3.08%) en Colotenango; el resto de pacientes residen en los restantes municipios de Huehuetenango y departamentos de la república de Guatemala. Un porcentaje reducido (3%) pertenece a Chiapas, México.

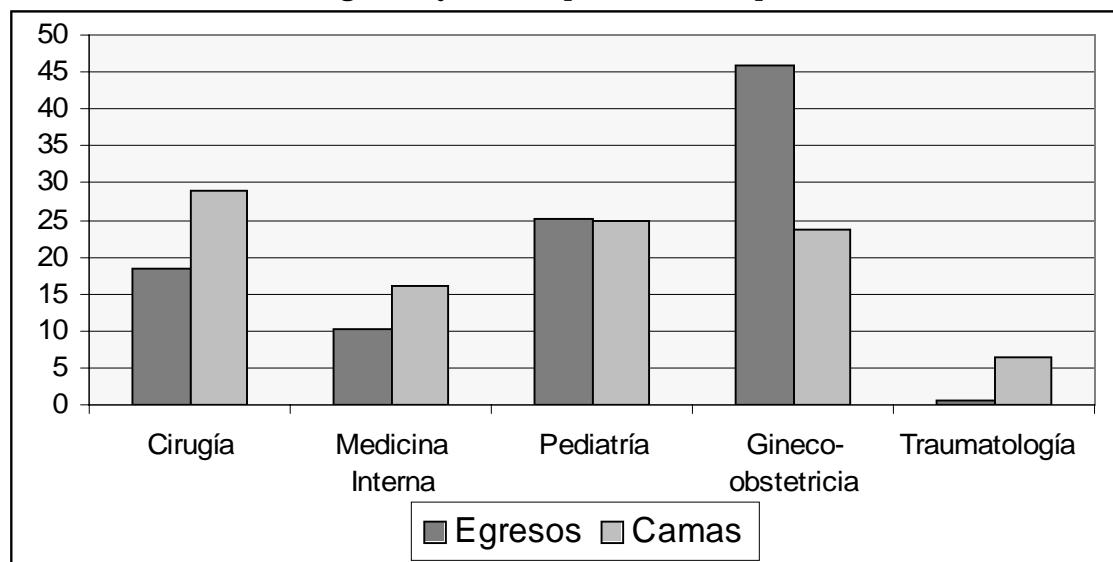
#### 7.3.4 Gestión

**Gráfica 2**  
Distribución de los Pacientes Según el mes de Egreso  
durante el año 2004



FUENTE: Instrumento de recolección de datos (anexo 2)

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



FUENTE: Instrumentos de recolección de datos (anexos 2 y 3).

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

#### 7.3.4.1 Días cama ocupada:

Medicina Interna	7,458
Cirugía	9,199
Ginecoobstetricia	11,803
Pediatria	12,656
Traumatología	3,369
En General	44,485

#### 7.3.4.2 Días cama disponible:

Medicina Interna	9,125
Cirugía	16,425
Ginecoobstetricia	13,505
Pediatria	14,235
Traumatología	3,650
En General	56,940

#### 7.3.4.3 Promedio de días estancia

Medicina Interna	5
Cirugía	4
Ginecoobstetricia	2
Pediatria	5
Traumatología	4
En General	4

#### 7.3.4.4 Giro de camas

En General	70
------------	----

#### 7.3.5 Morbilidad

Las 5 principales causas de morbilidad general encontradas fueron: parto eutósico simple (18.27%), causas de morbilidad desconocidas o no especificadas (16.43%); parto por cesárea (7.4%), neumonías y bronconeumonías (4.71%); abortos (3.8%).(ver cuadro 7).

**Cuadro 7**  
Morbilidad General durante el año 2004

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1. Parto eutósico simple*	1,946	18.27
2. Causas de morbilidad desconocidas o no especificadas **	1,751	16.43
3. Cesárea	789	7.40
4. Neumonías y bronconeumonías	502	4.71
5. Abortos	405	3.8
6. Trauma Craneoencefálico	288	2.7
7. Apendicitis	276	2.59
8. Fracturas	275	2.58
9. Politraumatismo	236	2.21
10. Faringoamigdalitis	148	1.39
11. Hernias	133	1.25
12. Enfermedad de vías biliares	122	1.14
13. Hipertensión arterial	117	1.09
14. Hernias	141	1.32
15. Enfermedad péptica	121	1.14
16. Amenaza de abordo	116	1.09
17. Heridas diversas	102	0.96
18. Convulsiones	98	0.92
19. Diarreas	85	0.8
20. Falso trabajo de parto	77	0.72
21. Prematurez	97	0.91
22. Infección del tracto urinario	78	0.73
23. Diabetes	78	0.73
24. Luxaciones	70	0.66
25. Enfermedad inflamatoria pélvica	66	0.62
26. Asfixia perinatal	64	0.6
27. Quemaduras	61	0.57
28. Heridas por arma de fuego	61	0.57
29. Tumores	53	0.5
30. Enfermedad Pulmonar Obstructiva	41	0.38
31. Crónica		
32. Litiasis de Vías Urinarias	41	0.38
33. Leiomiomatosis uterina	32	0.30
34. Infección de Herida Operatoria	19	0.18
35. Resto de causas	2121	19.91
<b>TOTAL</b>	<b>10651</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento de recolección de datos (anexo 2)

\* El parto eutósico simple no es una enfermedad sin embargo en el Hospital Nacional de Huehuetenango lo consideran como causa de morbilidad.

\*\* Las causas de morbilidad no especificadas o desconocidas corresponden a aquellos expedientes que carecían de diagnóstico de egreso o que era ilegible.

### 7.3.5.1 Morbilidad por departamentos

Las 5 principales causas de morbilidad para el Departamento de Gineco-obstetricia incluyeron: parto eutósico simple (41.34%), cesárea (16.76%), causas de morbilidad desconocidas o no específicas (13.68%), abortos (7.56%), amenaza de aborto (2.852%) y resto de causas (17.81%).(ver cuadro 8)

**Cuadro 8**  
Morbilidad para el Departamento de Gineco-Obstetricia  
Durante el año 2004.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1. Parto eutósico simple*	1,946	41.34
2. Cesárea segmentaria transperitoneal**	789	16.76
3. Causas de morbilidad desconocidas o no específicas***	644	13.68
4. Aborto	356	7.56
5. Amenaza de aborto	134	2.85
6. Resto de causas	838	17.81
<b>TOTAL</b>	<b>4,707</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Instrumento de recolección de datos (anexo 2)

\* El parto eutósico simple no es una enfermedad, sin embargo en el Hospital Nacional de Huehuetenango lo consideran como causa de morbilidad.

\*\*Cesárea segmentaria transperitoneal es un procedimiento, pero en el Hospital es considerado como morbilidad.

\*\*\* Las causas de morbilidad no especificadas o desconocidas corresponden a aquellos expedientes que carecían de diagnóstico de egreso o que era ilegible.

Para el departamento de Pediatría, sus principales causas de morbilidad fueron: bronconeumonía (21.12%), morbilidad desconocida o no especificada (16.11%), sepsis (6.90%), diarreas (6.17%), infección respiratoria superior (5.37%). (ver cuadro 9)

**Cuadro 9**  
Morbilidad para el Departamento de Pediatría  
Durante el año 2004

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1. Bronconeumonía	582	21.12
2. Morbilidad desconocida o no especificada*	444	16.11
3. Sepsis	190	6.90
4. Síndrome Diarreico Agudo	170	6.17
5. Faringoamigdalitis	148	5.37
6. Ictericia	112	4.01
7. Prematurez	97	3.52
8. Síndrome Convulsivo	62	2.25
9. Infección del Tracto Urinario	38	1.38
10. Síndrome de dificultad respiratoria	37	1.34
11. Anomalías congénitas	35	1.27

12. Enfermedades de la Piel	33	1.20
13. Asfixia perinatal	32	1.16
14. Traumatismo	28	1.02
15. Síndrome aspiración de Meconio	26	0.94
16. Desnutrición	25	0.90
17. Enfermedades del Sistema Nervioso Central	25	0.90
18. Intoxicación alimentaria	24	0.87
19. Deshidratación	21	0.76
20. Quemaduras	20	0.72
21. Trauma craneoencefálico	19	0.69
22. Fracturas	18	0.65
23. Apendicitis	18	0.65
24. Resto de causas	551	20.00
<b>Totales</b>	<b>2,755</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento de recolección de datos (anexo 2)

\* Las causas de morbilidad no especificadas o desconocidas corresponden a aquellos expedientes que carecían de diagnóstico de egreso o que era ilegible.

Para el departamento de Cirugía las 5 principales causas de morbilidad fueron: desconocidas o no especificadas (18.5%), trauma craneoencefálico (13.84%), apendicitis aguda (13.26%), hernias (6.39%); y enfermedad de vías biliares (5.86%). (ver cuadro 10).

**Cuadro 10**  
**Morbilidad para el Departamento de Cirugía**  
**Durante el año 2004**

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1. Causas de morbilidad desconocidas o no especificadas	385	18.5
2. Trauma craneoencefálico	288	13.84
3. Apendicitis aguda	276	13.26
4. Hernias	133	6.39
5. Enfermedades de vías biliares	122	5.86
6. Politraumatismo	65	3.12
7. Infección del tracto urinario	62	2.98
8. Herida por arma de fuego	61	2.93
9. Dolor abdominal	49	2.35
10. Fracturas diversas	45	2.16
11. Quemaduras	32	1.50
12. Heridas por arma blanca	31	1.48
13. Celulitis	31	1.48
14. Heridas diversas	26	1.24
15. Abdomen agudo	25	1.20
16. Etilismo agudo	24	1.15
17. Hiperplasia prostática	10	0.48
18. Resto de causas	416	19.99
<b>TOTAL</b>	<b>2081</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento de recolección de datos (anexo 2)

Para el departamento de Medicina Interna, las principales causas de morbilidad corresponden a: morbilidad desconocida o no especificada (14.86%); hipertensión

arterial (9.10%); enfermedad péptica (8.25%); bronconeumonía (7%); infección del tracto urinario (6.07%).(ver cuadro 11)

**Cuadro 11**  
**Morbilidad en el Departamento de Medicina Interna**  
**Durante el año 2004**

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1. Morbilidad desconocida o no especificada	191	14.86
2. Hipertensión arterial	117	9.10
3. Enfermedad péptica	106	8.25
4. Bronconeumonías	90	7.00
5. Infección del tracto urinario	78	6.07
6. Diabetes mellitus	78	6.07
7. Síndrome diarreico agudo	66	5.14
8. Síndrome convulsivo	36	2.00
9. Parasitismo intestinal	30	2.33
10. Insuficiencia cardíaca congestiva	23	1.79
11. Fibrosis pulmonar	21	1.63
12. Síndrome de abstinencia alcohólica	19	1.48
13. Infección respiratoria superior	18	1.40
14. Asma	17	1.32
15. Enfermedad cerebrovascular	16	1.24
16. Colelitiasis	16	1.24
17. Insuficiencia renal crónica	13	1.01
18. Tuberculosis pulmonar	10	0.78
19. Ascitis	9	0.70
20. Cirrosis	8	0.62
21. Deshidratación	8	0.62
22. Fiebre Tifoidea	7	0.54
23. Anemia	5	0.40
24. Hipotiroidismo	5	0.40
25. Urticaria	4	0.31
26. Epistaxis	4	0.31
27. Cefalea	4	0.31
28. Insuficiencia renal aguda	3	0.23
29. Fiebre de etiología	3	0.23
30. Intoxicación alimenticia	2	0.16
31. Choque séptico	2	0.16
32. Varicela	2	0.16
33. Esclerosis múltiple	2	0.16
34. Leucemia linfoblástica aguda	2	0.16
35. Candidiasis de la vulva y vagina	2	0.16
36. Hipoglicemia	2	0.16
37. Trastorno de ansiedad	2	0.16
38. Meningitis	2	0.16
39. Embarazo	2	0.16
40. Neuralgia del trigémino	2	0.16
41. Desnutrición	1	0.08
42. Resto de causas	267	20.78
Total	1285	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos (anexo 2)

\* Las causas de morbilidad no especificadas o desconocidas corresponden a aquellos expedientes que carecían de diagnóstico de egreso o que era ilegible.

Para el departamento de Traumatología y Ortopedia, las principales causas de morbilidad corresponden a: fracturas (41.7%); causas de morbilidad desconocidas o no especificadas (33.9%), luxaciones (25%).

**Cuadro 12**  
**Morbilidad en traumatología.**  
**Durante el año 2004**

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1. Fracturas	230	41.70
2. Causas de morbilidad desconocidas o no especificadas	187	33.90
3. Luxaciones	25	4.53
4. Resto de Causas	113	19.87
<b>Total</b>	<b>552</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento de recolección de datos (anexo 2)

\* Las causas de morbilidad no especificadas o desconocidas corresponden a aquellos expedientes que carecían de diagnóstico de egreso o que era ilegible.

#### 7.3.6 Mortalidad

El total de pacientes fallecidos durante el año 2004 en el Hospital Nacional de Huehuetenango “Dr Jorge Vides Molina” fueron 101 casos, de los cuales 54.4% corresponden al departamento de Pediatría, 31.68% en el departamento de Medicina Interna, 10.91% en Cirugía, 3% en Gineco-obstetricia.

Las principales causas de mortalidad general en este Hospital para el año 2004 incluyeron: Sepsis neonatal (34.65%), bronconeumonías (18.81%); prematurez (15.84%); accidente cerebrovascular (12.87%); traumatismos (8.91%); choque hipovolémico (5%); asfixia perinatal (4%).

**Cuadro 13**  
**Mortalidad General durante año 2004**

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1. Sepsis Neonatal	35	34.65
2. Bronconeumonías	19	18.81
3. Prematurez	16	15.84
4. Accidente Cerebrovascular	13	12.87
5. Traumatismos	9	8.91
6. Choque Hipovolémico	5	5.00
7. Asfixia Perinatal	4	4.00
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento de recolección de datos (anexo 2)

#### 7.3.7 Procedimientos

Entre los 10 procedimientos más frecuentemente realizados en el Hospital Nacional de

Huehuetenango se observa que los principales son: el legrado intrauterino (14.32%), cesárea segmentaria transperitoneal (12.51%), episiotomías (6.53%), manipulación cerrada de fracturas (5.28%), apendicectomías (4.59%), laparotomía (1.72%), toma de biopsias (1.06%), hernioplastias (0.58), colocación de yesos (0.30%).

**Cuadro 14**  
Procedimientos realizados en pacientes egresados durante año 2004

PROCEDIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
1. Legrados intrauterinos	515	14.32
2. Cesárea segmentaria transperitoneal	455	12.51
3. Episiotomías	235	6.53
4. Manipulaciones cerradas	190	5.28
5. Apendicetomía	165	4.59
6. Laparotomía	62	1.72
7. Biopsias	38	1.06
8. Hernioplastias	21	0.58
9. Colocación de yeso	11	0.30
10. Resto de procedimientos	1904	52.95
<b>TOTAL</b>	<b>3596</b>	<b>100</b>

FUENTE: Datos obtenidos de fichas de recolección de datos.

### 7.3.8 Complicaciones

Se observa que el mayor número de complicaciones se presentaron en los pacientes del área de Gineco-Obstetricia siendo estas las rasgaduras perineales las más prevalentes (59%), le siguen las infecciones de herida operatoria (5.26%), y luego las anemias (2.63%).

### 7.3.9 Tipo y Condición de Egreso

Según el tipo de egreso de los pacientes un 79.6% fue mejorado; un 3.53% curado; un 15% no especificado; un 1.53% no mejorado; un 2.04% fallecidos. Un 5.47% egreso de manera contraindicada.



## **8. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO “Dr. JORGE VIDES MOLINA”**

Bairon Ottoniel Báten Sac  
Luis Estuardo Avila González

El Hospital Nacional de Huehuetenango “Dr. Jorge Vides Molina”, es un centro asistencial de nivel III; ubicado en la cabecera departamental que a pesar de los esfuerzos para brindar los servicios básicos de salud, este carece de los recursos físicos como humanos necesarios para una atención oportuna.

Como Hospital de área es centro de referencia de puestos y centros de salud del departamento de Huehuetenango.

El Hospital Nacional cuenta con una infraestructura insuficiente, esto se pone en evidencia al observar la relación entre egresos y camas disponibles en las especialidades, tal es el caso de la Gineco-obstetricia; en dicha especialidad la relación es de 2 pacientes por cama (ver gráfica 3).

Existe un área de cuidado crítico la cual cuenta únicamente con el espacio físico, tanto en adulto como en pediatría, haciendo falta el equipo e insumos necesarios para su funcionamiento adecuado, además de que no se cuenta con área de neonatología, siendo este una gran desventaja ya que el 40% de las muertes neonatales son recién nacidos que llegan por ser prematuros o padecer alguna infección.

Entre los recursos físicos con que cuenta resaltan una disponibilidad de agua continua la cual se encuentra dada por una cisterna propia, con energía eléctrica proporcionada por la red pública y en tal caso este faltara entra en funcionamiento una planta propia, teniendo como desventaja la falta de un incinerador se recurre al uso de un almacenamiento local de basura dada por una empresa privada.

Al evaluar la información recolectadas mediante las boletas y la inspección de los expedientes respectivos durante el año 2004, se infiere diversas situaciones dentro del proceso salud-enfermedad en el Hospital Nacional de Huehuetenango. Existen algunas deficiencias en el registro de datos a la hora del ingreso ya que se carece de una casilla en la boleta de admisión para determinar el diagnóstico con el que el paciente llega y al momento de egresar el paciente, la ilegibilidad y/o carencia de diagnóstico de egreso, no nos permiten comparar la efectividad del tratamiento; también se da la misma situación en la condición de egreso del paciente, ya que un buen porcentaje de expedientes carecen de dicha situación.

El sexo que mayormente consulta a este centro asistencial es el femenino; y en su mayoría son amas de casa con un 44.86%, el grupo etáreo predominante es el comprendido entre las edades de los 20 a 24 años con un 32.71%. En relación al lugar de residencia, el 35.8% de pacientes que consultaron al Hospital Nacional de Huehuetenango procedían de la cabecera departamental; aunque también existió un número reducido de pacientes que consultaron de otras países vecinos, por ejemplos de

Chiapas, México. Estos pacientes consultaron en su mayoría a los servicios de gineco-obstetricia y pediatría. Algo importante es la inaccesibilidad para los habitantes de algunos municipios de Huehuetenango, ya que por la situación geográfica de los mismos, así como la escasez de transporte dificulta la asistencia a un servicio de salud.

En relación a la morbilidad presente durante el año 2004 en el Hospital Jorge Vides Molina, las especialidades con mayor número de ingresos/egresos fueron la Gineco-obstetricia y la Pediatría.

En el servicio de Gineco-obstetricia se reportaron un total de 41.34% partos eutósicos simples, 16.76% de cesáreas, 13.68% fueron causas no especificadas o desconocidas. Es importante resaltar que debido al analfabetismo, la falta de educación y la precocidad de las mujeres, se elevan estos indicadores, así como las complicaciones. Es interesante resaltar que muchas de las madres aun no alcanzaban los 15 años de edad. Aunque el parto eutósico simple no es una enfermedad es tomado como causa de morbilidad en esta institución hospitalaria.

La morbilidad evaluada en este centro asistencial, se encuentra íntimamente relacionada con los grupos más susceptibles (mujeres y niños), esto debido a factores externos y no modificables. En el servicio de pediatría durante el año del 2004 se encontró un alta prevalencia de bronconeumonías con un 21.12%, un 6.9% a sepsis neonatal; algo importante es que en algunos casos el diagnóstico de sepsis fue clínico sin efectuarse los procedimiento serológicos y de gabinete respectivos. Fue en la pediatría donde se encontró el mayor porcentaje de mortalidad.

En la especialidad de medicina interna, las enfermedades con factores de riesgo modificables se hacen presentes, por ejemplo: hipertensión arterial con un 9.10%, esto sin contar complicaciones de dichas entidades.

En la cirugía, se hacen presentes aquellos procesos agudos, los cuales necesitan atención inmediata, ya que pueden culminar en complicaciones serias, y es en esta especialidad en la que se hacen presentes diversos procedimientos para prevenir un mayor daño. En la cirugía debido a lo expuesto anteriormente predominan las causas no especificadas o desconocidas con un 18.5%, le sigue el trauma craneoencefálico con un 13.84%, luego le siguen aquellas entidades que requieren tratamiento quirúrgico ya sea de urgencia o ambulatorio como, apendicitis aguda y las hernias de distinta etiología.

En la traumatología predominan las fracturas con un 41.7%, fue en esta especialidad en donde hubo mayor ilegibilidad en los diagnósticos de egreso así como en los procedimientos.

Cuando existen procedimientos quirúrgicos así como complementarios , también hay complicaciones. En la gineco-obstetricia predominan las rasgaduras del canal del parto, así como las anemias secundarias a pérdidas hemáticas.

En relación a la mortalidad, la especialidad de pediatría presento el mayor número de defunciones, y la principal causa fue la sepsis neonatal; la cual tiene un mal pronóstico en nuestro medio al igual que la prematuridad, esto debido a la ausencia de un área de neonatología en dicho hospital.

La sala situacional tienen el fin de consolidar aquellos movimientos que se dan en un entorno, y de este modo estandarizar y crear políticas de salud para mejorar los servicios y atención básica a un determinado sector.

Los datos presentados en esta sala situacional en particular, permiten dirigir estrategias hacia los grupos más postergados, encaminando los servicios de salud para tomar medidas preventivas.

Las causas de mortalidad continúan siendo las mismas, prevaleciendo en los grupos más débiles, así como en la negligencia de los mismos pacientes en sí, debido en parte a factores no modificables como lo son la pobreza, factores hereditarios, orgánicos.

El proceso salud-enfermedad debe concebirse desde su realidad inherente para poder comprender el desarrollo y estructuración del mismo.



## **9. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DEL HOSPITAL DISTRITAL SAN PEDRO NECTA, HUEHUETENANGO**

José Luis Aguilar Arango

### **9.1 Descripción general del Hospital**

#### **9.1.1 Ubicación:**

El Hospital Distrital de San Pedro Necta se encuentra ubicado en el centro del pueblo, enfrente del parque central, a 315 kilómetros de la ciudad capital. El lugar que ocupa es inadecuado porque se encuentra en una vivienda familiar.

#### **9.1.2 Cobertura:**

El área de influencia de este hospital está constituida por los municipios de San Pedro Necta y Santiago Chimaltenango del departamento de Huehuetenango. Constituye un centro de referencia de los dos centros de salud y de puestos de salud de los dos municipios.

#### **9.1.3 Tipo de Hospital:**

Es un hospital distrital.

### **9.2 Recursos**

#### **9.2.1 Recursos Humanos:**

El total de personal laborando en este hospital está constituido por 82 personas distribuidos en un 35.36% para la *prestación de servicios*, 46.34% como *personal de apoyo* y el 18.30% es *personal administrativo*. (ver cuadro 15)

**Cuadro 15**  
**Distribución de los Recursos Humanos**  
**Encontrados en el año 2004**

Categoría de personal	Tipo de personal	Frecuencia	Porcentaje
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Médicos Especialistas	2	2.44
	Médicos en Ejercicio Profesional Supervisado de Especialidades	5	6.10
	Médicos Internos	0	0
	Médicos de la Cooperación cubana	2	2.44
	Enfermeras Profesionales	2	2.44
	Enfermeras Auxiliares	18	21.95
PERSONAL DE APOYO	Técnicos de laboratorio	7	8.54
	Técnicos de radiología	7	8.54
	Nutricionista	0	0
	Trabajador Social	0	0
	Colaboradores del Comité de Infecciones Nosocomiales	1	1.22
	Limpieza	8	9.76
	Lavandería	5	6.10
	Mantenimiento	2	2.44
	Seguridad	2	2.44
	Cocina	6	7.31
PERSONAL ADMINISTRATIVO		15	18.28
<b>TOTAL</b>		<b>82</b>	<b>100</b>

FUENTE: Información proporcionada por el departamento de personal del Hospital Distrital San Pedro Necta (Anexo No.3).

#### **9.2.1.1 Organización funcional de recursos humanos de prestación de servicios:**

Los médicos especialistas se encuentran distribuidos en 2 turnos para cubrir las 4 horas del día, de 8 a 12 horas y de 12 a 16 horas, encontrándose por la mañana 8 médicos que prestan servicio en consulta externa y encamamiento; por la tarde 8 médicos para los mismos servicios y por la noche 1 ó 2 médicos para todo el Hospital. Los médicos cubanos y los médicos de EPS de especialidades se encuentran trabajando 5 días a la semana en horario de oficina.

El personal de enfermería está organizado en 3 turnos cada día: durante la mañana se encuentran 2 enfermeras graduadas y 10 auxiliares; por la tarde son 1 graduada y 4 auxiliares durante la noche 1 graduada y 4 auxiliares, para todos los servicios del hospital.

El personal técnico de laboratorio labora en tres turnos, así: por la mañana 5 de ellos, por la tarde 1 y durante la noche 1.

Los técnicos de radiología labora en tres turnos, así: por la mañana 5 de ellos, por la tarde 1 y durante la noche 1.

### **9.2.2 Recursos Físicos**

**Cuadro 16**  
Distribución de Camas por Servicio para el año 2004

Especialidad	Número	Porcentaje
Cirugía	5	13.51
Medicina Interna	8	21.62
Pediatría	15	40.54
Gineco-obstetricia	9	24.33
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

FUENTE: Información proporcionada por el departamento administrativo del Hospital Distrital de San Pedro Necta.

Además cuenta con disponibilidad de agua por medio de la municipalidad y de una cisterna, ambas continuas. La energía eléctrica es generada por medio de la red pública y por una planta propia cuando falla la primera. El control de residuos se da por medio de un local de almacenamiento de basura por medio de bolsas de color diferenciado, así como la utilización de guantes por parte del personal de limpieza. No cuentan con incinerador ni cajas de bioseguridad.

### **9.3 Producción de Servicios**

**Cuadro 17**  
Distribución de la Producción de Servicios  
Reportado durante el año 2004, por Área

Área	Frecuencia	Porcentaje
Emergencia	6,655	26.40
Consulta Externa	14,487	57.47
Procedimientos quirúrgicos	1,041	4.30
Encamamiento	2,856	11.33
Cuidado crítico	168	0.50
<b>TOTAL</b>	<b>25,207</b>	<b>100</b>

FUENTE: Información proporcionada por el departamento de Estadística del Hospital Distrital San Pedro Necta.

### **9.3.1 Distribución de la producción de servicios de encamamiento reportado para el año 2004:**

El total de egresos durante el año 2004 fueron de 2,856 pacientes de los cuales 31 fueron egresados muertos. El porcentaje de encamamiento para el departamento de medicina interna fue de 19.43%, para el departamento de cirugía fue de 12.95%, para el departamento de pediatría fue de 26.19%, y para el departamento de gineco-obstetricia fue de 41.43%.

### **9.3.2 Clasificación de expedientes**

Utilizando el instrumento “Consolidado de No de Expedientes” (anexo 1) se encontraron 2,856 ingresos/egresos incluidos en el listado de egresos del año 2004, proporcionado por el Departamento de Estadística de este Hospital, de los cuales se incluyeron 2,428 expedientes luego de aplicar los criterios de exclusión del estudio. (ver cuadro 18)

**Cuadro 18**  
Clasificación de Expedientes Registrados según  
Criterios de Inclusión/Exclusión durante el año 2004

<i>Categorías de inclusión/exclusión</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Expediente no encontrado al momento de la visita	155	5.43
Expediente sin hoja de ingreso/egreso	9	0.32
Expediente sin fecha de ingreso o servicio destino o condición de egreso	22	0.77
Expediente excluido por otras razones	34	1.18
Expediente incluido dentro del estudio	2,636	92.30
<b>TOTAL</b>	<b>2,856</b>	<b>100</b>

FUENTE: Información proporcionada por el departamento de Estadística del Hospital Distrital San Pedro Necta y Consolidado de No de expedientes (anexo 1).

### **9.3.3 Características demográficas de los pacientes incluidos en el estudio**

De los pacientes incluidos en el estudio, el 34.41% corresponden al sexo masculino y 65.59% al sexo femenino del total de 2,636.

En los grupos etáreos en menores de 1 mes, en sexo masculino 59 y sexo femenino 11; de 1 a 2 meses, en masculino 2 y femenino 1; de 2 meses a menores de 1 año, masculino 198 y femenino 121; de 1 a 4 años, masculino 104 y femenino 26; de 5 a 9 años, masculino 44 y femenino 31; de 10 a 14 años, masculino 44 y femenino 35; de 15 a 19 años, masculino 55 y femenino 299; de 20 a 24 años, masculino 50 y femenino 370; de 25 a 39 años, masculino 126 y femenino 553; de 40 a 49 años, masculino 62 y femenino 143; de 50 a 59 años, masculino 40 y femenino 62; de 60 a 64 años, masculino 27 y femenino 22; de 65 a 69 años, masculino 17 y femenino 18; y mayores de 70 años, masculino 50 y femenino 55; para un total de 2,636.

El estado civil de los pacientes correspondió a: casados 42.48%, no hay dato 28.12%, unido 13.89%, soltero 13.35% y viudo 2.17%, de los 2,636 pacientes.

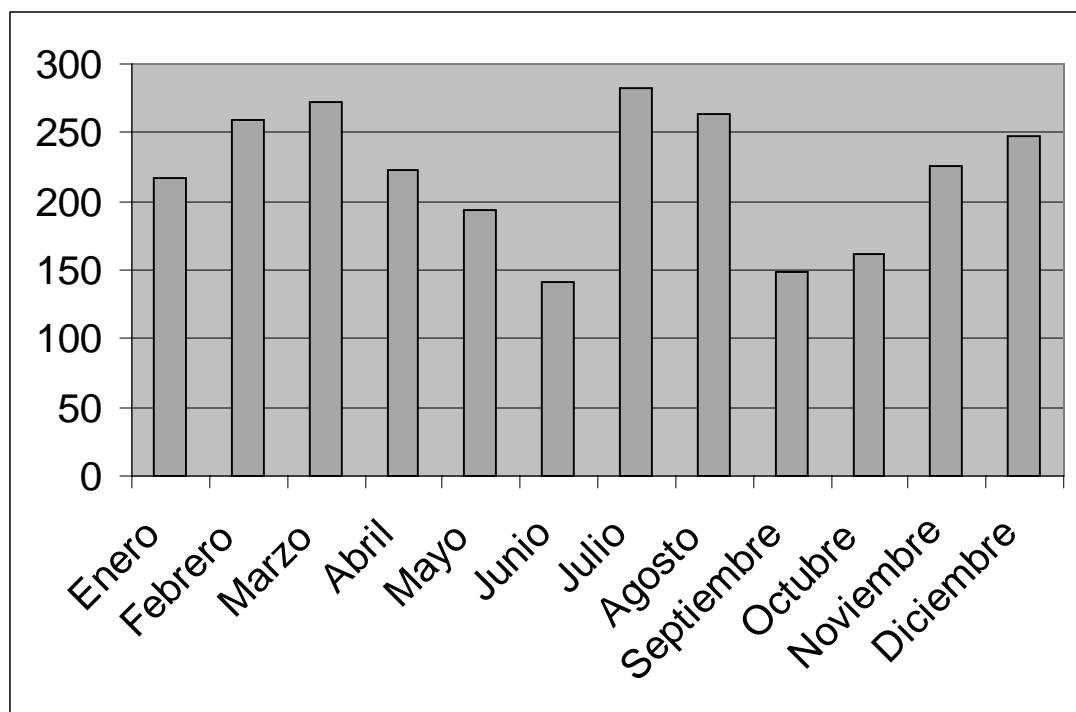
La ocupación de los pacientes se colocarán las 5 más frecuentes: ama de casa 49.53%, No hay dato 21.35%, agricultor 12.87%, estudiante 5.15% y oficios domésticos 1.63%.

El lugar de origen de los pacientes en su mayoría son de San Pedro Necta con 2,003; luego Santiago Chimaltenango con 448, Colotenango con 105, La Democracia con 31, Cuilco con 11, San Idelfonso Ixtahuacán con 9, Chiantla con 4, Huehuetenango con 3, Soloma con 3, La Libertad con 3, y otros 16 lugares para un total de 2,636.

### 9.3.4 Gestión

**Gráfica 4**

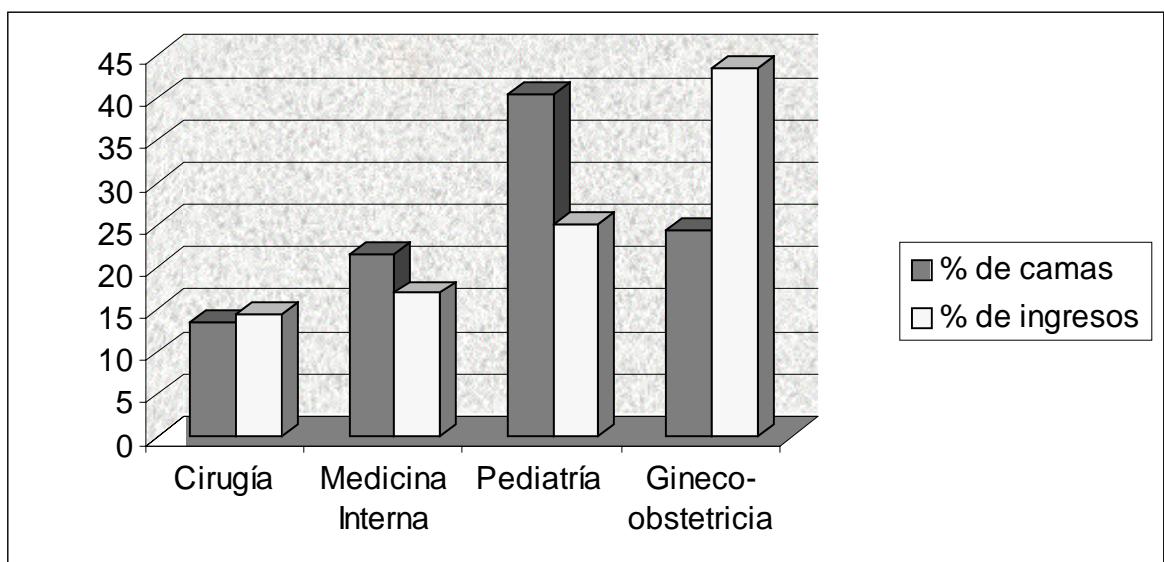
Distribución de los Pacientes Según el mes de Ingreso durante el año 2004.



FUENTE: Información proporcionada por el departamento de Estadística del Hospital Distrital San Pedro Necta y base de datos de SIGSA (anexo 2)

Además durante el período 2004, los días de estancia fue de 12, distribuidos así: Cirugía 3, Medicina Interna 3, Traumatología 3, Pediatría 2 y Gineco-obstetricia 1. Los días de cama disponible es de 13,505. Los días de cama ocupada fue de 7,218 distribuidos así: Gineco-obstetricia 2,163; Medicina Interna 1,729; Cirugía 1,192; Pediatría 2,134 y Traumatología 64. El índice de cama ocupa fue de 0.53. La rotación de cama fue de 71.

**Gráfica 5**  
Relación de Ingresos y Camas por Servicios para el año 2004.



FUENTE: Información proporcionada por los departamentos de Estadística y Administrativo del Hospital Distrital San Pedro Necta (anexos 2 y 3).

### **9.3.5 Morbilidad**

Las 5 principales causas de morbilidad general encontradas fueron: infección respiratoria aguda (18.82%), parto eutósico simple (17.91%), cesárea segmentaria transperitoneal (9.66%), parasitismo intestinal (6.05%), y síndrome diarreico agudo (5.88%). (ver cuadro 19). El número total de morbilidad 2,992 difiere del número total de expedientes ingresados a la base de datos que es de 2,636; esto es debido a que los pacientes presentaron en ocasiones más de una morbilidad. El parto eutósico simple lo consideran como morbilidad a pesar de no ser una enfermedad.

Dentro de las morbilidades colocadas como causa de morbilidad desconocidas o no específicas, se encuentran los diagnósticos no colocados o colocados con letra ilegible.

**Cuadro 19**  
**Morbilidad General durante el año 2004**

No.	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1	Infección respiratoria aguda	563	18.82
2	Parto Eutósico Simple	536	17.91
3	Cesárea segmentaria trasnperitoneal	289	9.66
4	Parasitismo Intestinal	181	6.05
5	Síndrome diarreico agudo	176	5.88
6	Causas de morbilidad desconocidas o no específicas	128	4.28
7	Neumonías y bronconeumonías	119	3.98
8	Aborto incompleto	117	3.91
9	Infección del tracto urinario	47	1.57
10	Enfermedad péptica	33	1.10
11	Hernias	33	1.10
12	Anemias	21	0.70
13	Sepsis del Recién Nacido	18	0.60
14	Trauma Cráneo Encefálico	18	0.60
15	Apendicitis aguda	17	0.57
16	Diabetes Mellitus	16	0.53
17	Retención de la placenta	16	0.53
18	Hemorragia vaginal no específica	16	0.53
19	Traumas	16	0.53
20	Cistocele	15	0.50
21	Falso trabajo de parto	11	0.37
22	Alcoholismo	10	0.34
23	Resto de causas	596	19.94
	<b>TOTAL</b>	<b>2,992</b>	<b>100</b>

FUENTE: Información proporcionada por el departamento de Estadística de Hospital Distrital San Pedro Necta y base de datos SIGSA (anexo 2)

Las 5 principales causas de morbilidad para el Departamento de Gineco-obstetricia incluyeron: parto eutósico simple (41.10%), parto por cesárea (22.16%), aborto incompleto (8.97%), causas de morbilidad desconocidas (2.91%) y retención de la placenta (1.23%). (ver cuadro 20)

Para el departamento de Pediatría, sus principales causas de morbilidad fueron: infección respiratoria aguda (39.79%), parasitismo intestinal (15.59%), síndrome diarreico agudo (13.18%), bronconeumonías (7.75%), sepsis del recién nacido (1.55%). (ver cuadro 21)

**Cuadro 20**  
**Morbilidad para el Departamento de Gineco-Obstetricia**  
**Durante el año 2004.**

No.	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1	Parto eutósico simple	536	41.10
2	Cesárea segmentaria transperitoneal	289	22.16
3	Aborto incompleto	117	8.97
4	Causas de morbilidad desconocidas o no específicas	38	2.91
5	Retención de la placenta	16	1.23
6	Hemorragia vaginal no específica	16	1.23
7	Cistocele	15	1.15
8	Falso trabajo de parto	11	0.84
9	Complicación puerperal	3	0.23
10	Placenta previa	2	0.15
11	Vómitos en el embarazo	2	0.15
12	Resto de causas	259	19.88
	TOTAL	1,304	100

FUENTE: Información proporcionada por el departamento de Estadística de Hospital Distrital San Pedro Necta y base de datos SIGSA (anexo 2)

**Cuadro 21**  
**Morbilidad para el Departamento de Pediatría**  
**Durante el año 2004**

No.	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1	Infección respiratoria aguda	462	39.79
2	Parasitismo Intestinal	181	15.59
3	Síndrome diarreico agudo	153	13.18
4	Bronconeumonías	90	7.75
5	Sepsis del Recién Nacido	18	1.55
6	Causas de morbilidad desconocidas o no específicas	18	1.55
7	Anemias	16	1.38
8	Resto de Causas	223	19.21
	TOTAL	1,161	100

FUENTE: Información proporcionada por el departamento de Estadística de Hospital Distrital San Pedro Necta y base de datos SIGSA (anexo 2)

Para el departamento de Cirugía las 5 principales causas de morbilidad fueron: causas de morbilidad desconocidas (22.94%), hernias (19.41%), trauma craneoencefálico (10.59%), apendicitis aguda (10.01%) y heridas por arma blanca (5.29%). (ver cuadro 22)

**Cuadro 22**  
**Morbilidad para el Departamento de Cirugía**  
**Durante el año 2004**

No.	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1	Causas de morbilidad desconocidas o no específicas	39	22.94
2	Hernias	33	19.41
3	Trauma Craneoencefálico	18	10.59
4	Apendicitis aguda	17	10.01
5	Abceso cutáneo	9	5.29
6	Herida por arma blanca	9	5.29
7	Mordedura de animal	6	3.53
8	Colecistitis	6	3.53
9	Resto de causas	33	19.41
	<b>TOTAL</b>	<b>170</b>	<b>100</b>

FUENTE: Información proporcionada por el departamento de Estadística de Hospital Distrital San Pedro Necta y base de datos SIGSA (anexo 2)

En el departamento de Medicina Interna sus principales causas de morbilidad fueron: infección respiratoria aguda (31.76%), infección del tracto urinario (11.64%), enfermedad péptica (10.38%), neumonías (9.12%) y síndrome diarreico agudo (7.23%). (ver cuadro 23)

**Cuadro 23**  
**Morbilidad en el Departamento de Medicina Interna**  
**Durante el año 2004**

No.	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1	Infección respiratoria aguda	101	31.76
2	Infección del tracto urinario	37	11.64
3	Enfermedad péptica	33	10.38
4	Neumonías	29	9.12
5	Síndrome diarreico agudo	23	7.23
6	Diabetes mellitus	16	5.03
7	Causas de morbilidad desconocidas o no específicas	12	3.77
8	Alcoholismo	10	3.14
9	Resto de Causas	57	17.93
	<b>TOTAL</b>	<b>318</b>	<b>100</b>

FUENTE: Información proporcionada por el departamento de Estadística de Hospital Distrital San Pedro Necta y base de datos SIGSA (anexo 2)

Las principales causas de morbilidad para el área de traumatología incluyen: causas de morbilidad desconocidas (53.85%), traumas y fracturas (41.03%), y luxaciones (5.12%). (ver cuadro 24)

**Cuadro 24**  
**Morbilidad en Traumatología**  
**Durante el año 2004**

No.	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1	Causas de morbilidad desconocidas o no específicas	21	53.85
2	Traumas y fracturas	16	41.03
3	Luxaciones	2	5.12
4	Resto de causas	0	0
	TOTAL	39	100

FUENTE: Información proporcionada por el departamento de Estadística de Hospital Distrital San Pedro Necta y base de datos SIGSA (anexo 2)

### 9.3.6 Mortalidad

El total de pacientes fallecidos durante el año 2004 en el Hospital Distrital San Pedro Necta fue de 31 casos, de los cuales 54.84% se registró en el departamento de medicina interna y el 41.94% en el departamento de pediatría. Dejando el 3.22% para el departamento de gineco-obstetricia.

Las principales causas de mortalidad general en este Hospital para el año 2004 incluyeron: neumonías y bronconeumonías (29.03%), síndrome diarreico agudo (12.90%), cirrosis hepática (12.90%), asfixia perinatal (12.90%) y evento cerebrovascular (6.45%). (ver cuadro 25)

**Cuadro 25**  
**Mortalidad General durante año 2004**

No.	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1	Neumonías y bronconeumonías	9	29.03
2	Síndrome diarreico agudo	4	12.90
3	Cirrosis hepática	4	12.90
4	Asfixia perinatal	4	12.90
5	Evento cerebrovascular	2	6.45
6	Trauma craneoencefálico	2	6.45
7	Choque séptico	2	6.45
8	Enfermedad cardiovascular	1	3.23
9	Aborto séptico	1	3.23
10	Meningoencefalitis	1	3.23
11	Intoxicación por plaguicidas	1	3.23
	TOTAL	31	100

FUENTE: Información proporcionada por el departamento de Estadística de Hospital Distrital San Pedro Necta y base de datos SIGSA (anexo 2)

### **9.3.7 Procedimientos**

Entre los 10 procedimientos más frecuentemente realizados en el Hospital Distrital San Pedro Necta, se observa que 5 de los mismos son del área de Gineco-bstetricia, siendo estos el legrado uterino instrumental (24.56%), la cesárea segmentaria transperitoneal (11.53%), pomeroy (8.53%) y la colporrafia (1.50%). Seguido de los procedimientos del área de Cirugía con herniplastía (8.27%), suturas (6.77%), apendicectomía (4.26%), exeresis (3.51%) y tenorrafia (1.50%). (ver cuadro 26)

**Cuadro 26**  
**Procedimientos Realizados en Pacientes Egresados durante año 2004**

No.	PROCEDIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
1	Legrado instrumental uterino	98	24.56
2	Episiotomía media lateral derecha	74	18.55
3	Cesárea segmentaria transperitoneal	46	11.53
4	Pomeroy	34	8.53
5	Herniplastías	33	8.27
6	Suturas	27	6.77
7	Apendicectomías	17	4.26
8	Exeresis	14	3.51
9	Colporrafia	6	1.50
10	Tenorrafia	6	1.50
11	Otros	44	11.02
	<b>TOTAL</b>	<b>399</b>	<b>100</b>

FUENTE: Información proporcionada por el departamento de Estadística de Hospital Distrital San Pedro Necta y base de datos SIGSA.

### **9.3.8 Complicaciones**

Se observa que el mayor número de complicaciones se presentaron en los pacientes del área de Obstetricia siendo estas las rasgaduras que estuvieron entre el grado I y el grado III con un total de 36 casos. Se produjo un caso de shock hipovolémico para el departamento de pediatría.

### **9.3.9 Tipo y condición de egreso**

De los 31 pacientes egresados muertos, no se especificó el tipo de procedimiento que se les realizó. De los 2,636 pacientes egresados el 84% fue de tipo mejorado, de donde el 92% fue por indicación médica y el 8 % referido a la consulta externa. El 16% de pacientes egresados fue no mejorado del cual el 22 % fue por alta voluntaria, el 66% fue referido a otro centro asistencial y el 22% referido a consulta externa.





## **10. ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE HOSPITAL DISTRITAL SAN PEDRO NECTA**

José Luis Aguilar Arango

El hospital de San Pedro Necta, posee la categoría de distrital. Un hospital de distrito cuenta con un equipo multidisciplinario para desarrollar programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Generalmente son dotados de 30 a 50 camas; atienden servicios ambulatorios, de urgencias y de cirugías. El hospital de San Pedro Necta cuenta con 31 camas, por lo que entra dentro del rango de los que debe tener un hospital distrital, y ofrece servicios ambulatorios, de urgencias y de cirugías. Además presta los servicios de consulta externa en horas hábiles, y las emergencias las 24 horas del día los 365 días del año. Y funciona como centro de referencia de los centros y puestos de salud de su área de influencia, que son los municipios de San Pedro Necta y Santiago Chimaltenango. Cuenta con 9 médicos, incluidos dos de la brigada cubana que proporcionan apoyo, además del personal de enfermería. Dentro de las carencias de personal de apoyo tenemos lo que es trabajador social, que es necesario para brindar ayuda a la población carente de recursos. También faltan psicólogo y nutricionista. Es importante la creación de la plaza de un psicólogo que venga ayudar al médico con la población en lo referente al plan educacional, que haga conciencia en la población que al cambiar rutinas de su vida y su familia tan sencillas pueden evitar muchas enfermedades. El nutricionista es importante, pero hay que hacer notar que es muy difícil hacer una dieta cuando la población es pobre y no tienen muchas opciones de alimentación.

El hospital se abastece de agua de la red pública así como de energía eléctrica pública, pero posee cisterna y planta propia de energía, para los casos de emergencia en los que hay escasez. Sus trabajadores de limpieza utilizan guantes y bolsas de colores para la basura, pero no se cuenta con incinerador lo que puede provocar problemas de contaminación y contagio de enfermedades, aunque el hospital tiene otras prioridades.

El hospital realiza por lo menos una vez a la semana reuniones donde se evalúan el funcionamiento de los servicios, sus mejoras y fallas, así como aquellos casos interesantes que sirven de retroalimentación al personal médico. En el hospital durante el año 2004 funcionó el servicio de recién nacidos, que se quitó a principio de este año, por la falta de pacientes, a pesar de esto es lamentable que ya no esté, principalmente dentro de una población que como todo el país depende en una 80% de las comadronas. No se cuenta con banco de sangre, por el costo del mantenimiento de la maquinaria, por lo que las personas en estado crítico y que necesitan transfusión se les refiere al Hospital Nacional de Huehuetenango a 1 hora en auto.

La distribución de camas está conforme la demanda de la población exige, teniendo que el área materno infantil cuenta con el 65% de camas, ya que de los pacientes que egresaron en el 2004, el 67.86% eran de esta área. Lo que se debe hacer es una redistribución de camas por servicios, porque según la gráfica 3 el % de ingresos a gineco-obstetricia superó el % de camas con que cuenta esta especialidad, mientras en lo que respecta a medicina interna y cirugía, nos damos cuenta que hay bastantes camas disponibles para pacientes. Durante el año 2004 el hospital recibió 6,655 pacientes en

emergencia lo que fue la mitad de lo que recibió en consulta externa 14,487, lo que da un promedio entre los dos servicios de 1,761.83 pacientes mensuales atendidos.

En las características demográficas tenemos que el 65.59% de los pacientes fueron del sexo femenino, esto es debido a que el sexo masculino, se preocupa más del trabajo, por la necesidad de llevar recursos económicos a su casa y descuida su salud, por lo que es necesario un plan de educación en salud a la población masculina para su mayor asistencia a la consulta externa del hospital o al centro de salud, pero también que el hospital y el centro de salud cree horarios disponibles para la población masculina. El 12.86% del total de pacientes son agricultores, que al terminar su labor al atardecer, se encuentran con que no hay consulta externa, por lo que las políticas del hospital deberían de concentrarse en apoyar al sexo masculino para asistir a consulta externa.

En la gráfica 2 podemos observar la relación en porcentaje del número de camas por el número de ingresos por especialidad, y nos damos cuenta que gineco-obstetricia es la especialidad que tiene mayor necesidad de camas, y no se da abasto, con más del 40% de ingresos del total y con una disponibilidad de camas de menos del 30 % del total. Por lo que habría de evaluar con las otras especialidades el otorgar camas a esta especialidad, como lo mencionamos anteriormente.

En la morbilidad general nos damos cuenta que las enfermedades más frecuentes son maternoinfantiles, pero hay que hacer notar, que se incluyen estados que no son considerados como enfermedades, como lo es el parto eutósico simple y la cesárea segmentaria transperitoneal, que están dentro de las primeras cinco causas. Estas estadísticas nos sirven al hospital para pedir en su presupuesto del año siguiente un aumento al área de maternoinfantil y poder mejorar sus servicios. Dentro de las diez primeras causas están las neumonías, diarreas, parasitismo e infecciones respiratorias agudas, los que nos indica que hay que tomar mayores medidas, que pueden incluir capacitar al personal de servicio de salud, especialmente a las enfermeras, para que puedan proporcionar un plan educacional a la población y evitar estas enfermedades y bajar costos al hospital. Dentro de las enfermedades más frecuentes de gineco-obstetricia tenemos aborto incompleto, retención de placenta y hemorragias vaginal inespecíficas, esto nos indica de la necesidad de tomar mayor participación en la capacitación de comadronas que atienden el 90% de partos, para evitar las infecciones puerperal que podría causar graves consecuencias, desde la esterilidad hasta la muerte materna. De las causas de morbilidad de pediatría ya mencionamos las principales en las causas generales. De las causas más frecuentes en cirugía tenemos las hernias, debido a que la población levanta mucha carga sin tomar las medidas preventivas, así como los trauma craneoencefálicos en su mayoría producidas por el alcoholismo. En la medicina interna tenemos enfermedades prevenibles con mayor educación como las neumonías y las infecciones respiratorias agudas, sin olvidar la enfermedad péptica y la infección del tracto urinario que se pueden evitar con buena alimentación.

En la mortalidad general observamos las consecuencias que se producen al no educar a nuestra población, con las dos más frecuentes que son enfermedades prevenibles como neumonía, bronconeumonía y diarreas; estas muertes no deberían de estar ocurriendo en un país que está en desarrollo, especialmente en el área de salud. Por lo que se debe educar por parte del personal médico y de enfermeras profesionales a técnicos en salud y enfermeros auxiliares que son los que más contacto tienen con la población de área rurales, para que ellos sean el enlace, ya que la población tiene a veces más confianza en

estas personas. Otro grupo a educar son las comadronas, porque se dio una muerte posparto por hemorragia no controlada, que fue notificada como aborto séptico, en este siglo no se pueden dar muertes maternas, y hay que profundizar en el tema.

En los procedimientos se observa la misma tendencia, los más frecuentes son para el departamento de Gineco-obstetricia, por lo que consume el mayor presupuesto del hospital, porque tenemos el legrado instrumental uterino, episiotomía media lateral derecha y cesárea segmentaria transperitoneal. Lo importante es que se comienza a hacer conciencia en las parejas sobre la importancia de la planificación familiar, ya que se práctica pomeroy.

La población no está acostumbrada a realizar los seguimientos de una enfermedad por la que se le da de alta, por lo que no regresa jamás, teniendo en algunos casos recaídas, como lo demuestra el 8% que fue referido a consulta externa del total de pacientes egresados en el año 2004. Aquí es importante la labor del médico y enfermera profesional para dejar citas a todos los pacientes egresados.



## **11. CONCLUSIONES DEL HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO**

**“Dr. JORGE VIDES MOLINA”**

10. El Hospital Nacional de Huehuetenango “Jorge Vides Molina”, perteneciente al nivel III de atención. A pesar del esfuerzo de los médicos es insuficiente los recursos humanos y físicos para brindar una atención inmediata a la población consultante. Dicha institución cuenta con las especialidades de Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Gineco-obstetricia y Traumatología, las cuales cuentan con consulta externa; además de las especialidades de Anestesiología, Radiología, las cuales complementan a las mencionadas, sin embargo debido a la alta demanda de pacientes existe un desequilibrio entre la relación médicos/población consultante y camas/ingresos. A pesar de que en el Hospital Nacional de Huehuetenango existe una sala situacional, existen deficiencias en el diagnóstico y uso de expedientes médicos, ya que un alto porcentaje de expedientes presentaron ausencia en el diagnóstico, así como legibilidad del mismo. Al hablar de cobertura está es insuficiente, ya que por la misma geografía del departamento hace inaccesible la consulta al servicio de salud especializado.
11. Los recursos humanos y físicos del Hospital Nacional de Huehuetenango son insuficiente para satisfacer las demandas de la población. Existen un total de 22 médicos y un total de 114 enfermeras. Este hecho dificulta el poder brindar una atención personalizada al paciente. En relación a los recursos físicos, existe un déficit de camas en algunas especialidades, tal es el caso de la Gineco-obstetricia; ya que el número de ingresos/egresos supera al número de camas existentes. Existe un espacio físico para área crítica, pero esta carece del equipo e insumos necesarios para su funcionamiento, además del personal médico especializado para manejo del mismo.
12. La principal causa de morbilidad general fue el parto eutósico simple con un 18.27% del total, que aunque no es una enfermedad en el Hospital Nacional de Huehuetenango es considerado como una morbilidad. Las causas desconocidas o no especificadas de morbilidad se hicieron presentes debido a la ausencia de diagnóstico de egreso así como a la ilegibilidad de los mismos, un 8.89% de los expedientes se encontraban ausentes durante el estudio. El sexo predominante en los expedientes revisados fue el femenino, con un 65.94%, esta situación se debe a las consultas al departamento de Gineco-obstetricia relacionadas con estado de gravidez. El grupo de edad predominante en el estudio fue el comprendido entre los 20 a 24 años. El estado civil que con mayor frecuencia se hizo presente fue el casado con un 34.4%. La ocupación predominante fue el de amas de casa con un 44.86%, lo cual se relaciona estrechamente con el alto porcentaje de egresos en la especialidad de Gineco-obstetricia, ya que esta fue la especialidad con mayor número de consultas. Del total de egresos un 35.8% residía en la cabecera departamental de Huehuetenango, este hecho es por la mayor accesibilidad de la población al servicio de salud. En relación a la morbilidad por especialidades, en el departamento de Gineco-obstetricia el parto eutósico simple ocupa el 18.27%, seguido de las causas de morbilidad desconocidas o no específicas con el 16.43%, predominaron las bronconeumonías

en el departamento de Pediatría; las causas desconocidas o no específicas en la Cirugía y en la Medicina Interna; las fracturas en la Traumatología. El mayor número de muertes se dieron en el departamento de Pediatría siendo la causa Sepsis neonatal con el 34.65%, seguido de bronconeumonías para Pediatría y Medicina Interna y en el tercer lugar las muertes neonatales - Prematurez - con el 15.84%; tanto el primero como la tercera causa de muertes se dan en el grupo neonatal, lo que evidencia lo necesario que se hace la creación un área de neonatología para cubrir esta población.

13. La información obtenida en el presente estudio se fue presentado al director del Hospital Nacional de Huehuetenango y al Sistema Gerencial de Atención en Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dando a conocer información veraz y confiable y de esta manera generar políticas y reformar para mejorar el desempeño del sistema de salud.

## **12. CONCLUSIONES DEL HOSPITAL DISTRITAL SAN PEDRO NECTA**

1. El Hospital Distrital de San Pedro Necta se encuentra ubicado en una instalación no apta para su funcionamiento, ya que la instalación está construida para vivienda familiar. Pero sus recursos y cobertura le permiten considerarse como distrital. Posee las especialidades de Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría, Gineco-obstetricia y Traumatología. Cuenta con 37 camas, de las cuales 24 pertenecen al área de Materno-infantil, lo que demuestra cual es la población más necesitada. Posee además salas para cirugía, de consulta externa, de emergencia las 24 horas del día. Además posee cocina, lavandería y personal de limpieza. Tiene cobertura para los municipios de San Pedro Necta y Santiago Chimaltenango. Por la misma geografía del departamento de Huehuetenango, este hospital es incapaz de ampliar su cobertura a otros municipios, ya que el acceso es difícil para estos.
2. El Hospital Distrital de San Pedro Necta, cuenta con los recursos de médicos especialistas, médicos de ejercicios profesional supervisado de especialidad y enfermeras graduadas, repartidos en turnos con el propósito de cubrir las 24 horas del día en emergencia. Pero carece de trabajadora social, psicóloga y nutricionista; es importante contar con estos especialistas, por su labor que desempeñan en lo que es el plan educacional, y lograr con esto disminuir aquellas morbilidades y mortalidades que son prevenibles. En relación a los recursos físicos, existe un déficit de camas en algunas especialidades, tal es el caso de la Gineco-obstetricia; ya que el número de ingresos/egresos supera al número de camas existentes. Existía para el año 2004 el área de Recién Nacidos, pero por falta de pacientes este año fue removido. Por no contar con un área de cuidados críticos es necesario referir a los pacientes al Hospital Nacional de Huehuetenango.
3. La principal causa de morbilidad general fue la infección respiratoria aguda con un 18.82% del total. Las causas desconocidas o no especificadas de morbilidad se hicieron presentes debido a la ausencia de diagnóstico de egreso así como a la ilegibilidad de los mismos, un 4.28% de los expedientes se encontraban ausentes durante el estudio. El sexo predominante en los expedientes revisados fue el femenino, con un 65.59%, esta situación se debe a las consultas al departamento de Gineco-obstetricia relacionadas con estado de gravidez. El grupo de edad predominante en el estudio fue el comprendido entre los 20 a 24 años con 420 casos, de los cuales 370 mujeres. El estado civil que con mayor frecuencia se hizo presente fue el casado con un 42.48%. La ocupación predominante fue el de amas de casa con un 49.53%, lo cual se relaciona estrechamente con el alto porcentaje de egresos en la especialidad de Gineco-obstetricia, ya que esta fue la especialidad con mayor número de consultas. Del total de egresos un 35.8% residía en el municipio de San Pedro Necta, este hecho es por la mayor accesibilidad de la población al servicio de salud. En relación a la morbilidad por especialidades, en el departamento de Gineco-obstetricia el parto eutósico simple ocupa el 41.10%, predominaron las infecciones respiratorias agudas con un 39.79% en el departamento de Pediatría; las causas desconocidas o no específicas en la Cirugía y en la Medicina Interna las infecciones respiratorias agudas; las fracturas en la Traumatología fueron el segundo lugar después de las causas desconocidas. La

mayor causa de muerte fueron las neumonías y bronconeumonías con un total de 9 casos, seguidas de síndrome diarreico agudo y asfixia perinatal con 4 casos.

4. La información presentada en el siguiente estudio fue presentada al Sistema Gerencial en Atención en Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y al director del Hospital Distrital San Pedro Necta. Esperando que el formato sirva de modelo para la estandarización del flujo de información veraz y confiable.

### **13. RECOMENDACIONES DEL HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO “DR. JORGE VIDES MOLINA”**

1. Aumentar el numero de médicos especialistas en diferentes ramas, para que de esta manera poder satisfacer las demandas de la población.
2. Readecuar el recurso físico existente de acuerdo a las necesidades de la población demandante en las diferentes especialidades.
3. Proveer del equipo e insumos necesarios para poder hacer funcionar de manera eficiente las unidades de cuidado critico tanto en adultos como en pediatría (neonatología) y servicios necesitados
4. Mejorar la calidad de los diagnósticos, así como también el llenado adecuado y con letra legible cada una de las casillas de la hoja de ingreso y egreso.
5. Implementar la educación a los pacientes que llegan a consulta externa, especialmente al grupo en edad fértil para espaciar los embarazos y de otros procesos morbosos en el grupo pediátrico.
6. Difundir los resultados obtenidos en este informe con el fin de hacer conciencia a las autoridades de salud para tomar medidas y de esta manera contrarrestar las deficiencias existentes en los servicios de salud.



## **14 .RECOMENDACIONES DEL HOSPITAL DISTRITAL SAN PEDRO NECTA**

1. Es necesario la creación de plazas que puedan ocupar los puestos de trabajador social, nutricionista y psicólogo, para fortalecer al personal de servicio en el plan educacional a la población y disminuir las causas de morbi-mortalidad, especialmente en enfermedades prevenibles. Ya que el personal calificado no se da abasto y se ve obligado a dedicarse únicamente a la medicina preventiva. También es necesaria la creación de salidas de emergencias del hospital por cualquier eventualidad.
2. Fortalecer la capacitación a comadronas, para evitar enfermedades puerperal que puedan agravar la salud de la mujer.
3. Hacer una mejor distribución de camas por especialidades en el departamento de gineco-obstetricia, porque hay desigualdad con otras especialidades, que mantienen camas disponibles.
4. Unificar a nivel de la red hospitalaria una única hoja de ingreso/egreso que pueda facilitar el flujo de información, y así facilitar la construcción de estadísticas que sea de ayuda para todos los centros de salud.
5. Es necesario que el personal médico y de estadística complete correctamente todos los datos, especialmente escribir los diagnósticos con letra clara, ya que las enfermedades de causas desconocidas fueron, especialmente por letra ilegible.
6. Crear una red de computación entre todos los hospitales, para que el personal médico tenga acceso a los antecedentes médicos de un paciente originario de otro lugar.
7. Continuar con el Análisis de la Situación de Salud en los hospitales que no fueron incluidos en este estudio, para poder lograr unificar criterios de manejo de información.



## **1. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Acuña, María Cecilia: Exclusión protección social y derecho a la salud. (en línea) disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/exclus-derecho-salud-art-1aca.pdf>. 1 de Marzo de 2005.
2. Batista Moliner, Ricardo; et al. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD: ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLOGICAS Y PRACTICAS. (CD-ROM). La Biblioteca Virtual “La Práctica Social de la Salud Pública”. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Fase III. Guatemala, 2004.
3. Borges, L.C. et.al. Evaluación de algunos indicadores del Programa Nacional para la Prevención y el Control de la Infección Intrahospitalaria. Revista Cubana de Medicina General Integral. Año 2000. Vol 16 (4). Pp 350-5
4. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS): Análisis d Situación Integral de Salud 2004 (en línea) disponible en: [http://www.cendeisss.sa.cv./cursos/guía\\_nueve.pdf](http://www.cendeisss.sa.cv./cursos/guía_nueve.pdf). 1 de marzo de 2005.
5. Costa Rica. Ministerio de Salud: Análisis Sectorial de Salud Costa Rica 2002 (en línea) disponible en: <http://www.lachsr.org/documents/analisissectorialdesaluddecostaricaparteIII-ES.pdf>. 1 de Marzo de 2005.
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sala Situacional. Documento Base para su implementación y desarrollo. Guatemala: 2001. 111p. (Programa de Desarrollo Epidemiológico).
7. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica Guatemala: 2003 (en línea) disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/cms2/docs/epi/memoria%20vigenpi%202,003.pdf>. 2 de marzo de 2005.
8. Neuhauser, Duncan. Funcionamiento de las Organizaciones para la Administración de la Salud. En: Análisis de las Organizaciones de Salud. Madrid: OPS, 1987 (PP 7-19).
9. Organización Panamericana de la Salud: Indicadores de Salud: Elementos básicos para el análisis de Situación de Salud (en línea) disponible en: [http://www.paho.org/spanish/sha/be\\_v22n4-indicadores.htm](http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n4-indicadores.htm). 2 de Marzo de 2005.

10. Organización Panamericana de la salud. Manual de Organización y Procedimientos hospitalarios. Sao Paulo: OPS, 1990. 636p.
11. Paganini, J. M. Y R. Capote. Los sistemas locales de salud. Washington, D.C.: OPS, 1990. 742p.
12. Paganini, J. M. Y H. De Moraes. El Hospital Publico, tendencias y Perspectivas. Washington, D.C.: OPS, 1994. 320 p.
13. Paganini, J. M. Y H. De Moraes Noves. Estandares e Indicadores para la acreditacion de hospitales en America Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS, 1994. 109 p.
14. Terron, Lucia. Sala Situacional. (CD-ROM). La biblioteca Virtual "La Practica Social de la Salud Publica". Universidad de San Carlos, facultad de Ciencias Medicas, Fase III. Guatemala, 2004.
15. Varona, Jose Felipe. Infecciones intrahospitalaria España 2002 (en linea ) disponible en:  
<http://www.msd.es/opencms/publicaciones/manuales/capitulo37>. 2 de marzo de 2005.

## **16. ANEXOS**

- 16.1 Consolidado de expedientes**
- 16.2 Instrumento de recolección de datos de expedientes clínicos.**
- 16.3 Instrumento de recolección de datos, entrevista**
- 16.4 Hoja de ingreso y egreso**
  - 16.4.1 Hoja de ingreso y egreso Hospital Nacional de Huehuetenango.**
  - 16.4.2 Hoja de ingreso y egreso Hospital Distrital de San Pedro Necta.**



**ANEXO 1**  
**Consolidado de Expedientes**

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

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

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

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

## ANEXO 2

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

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

203	Primeras 3 impresiones clínicas	1. _____ 2. _____ 3. _____  Ilegible No hay dato	R69X R69X
-----	---------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------

### III. DATOS DE EGRESO

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

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

### **Anexo 3**

### **Instrumento de Recolección de Datos**

#### **ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA RED HOSPITALARIA**

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

#### **A. RECURSOS**

##### **1. Humanos**

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

##### **2. Físicos**

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

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

**3. Control de Residuos:**

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

**4. Disponibilidad de Agua**

1. Municipal Continua \_\_\_\_\_
2. Municipal Interrumpida \_\_\_\_\_
3. Cisterna Continua \_\_\_\_\_
4. Cisterna Interrumpida \_\_\_\_\_

**5. Disponibilidad de Energía Eléctrica**

501. Red pública \_\_\_\_\_
502. Planta Propia \_\_\_\_\_

**B. PRODUCCIÓN DE SERVICIOS**

**1. Total de pacientes atendidos**

- i. Pediatría
 

101.1 Emergencia	_____
101.2 Encamamiento	_____

101.3 Consulta externa	_____
101.4 Sala de operaciones	_____
101.5 Cuidado crítico	_____

## 102. Gineco-obstetricia

102.1 Emergencia	_____
102.2 Encamamiento	_____
102.3 Consulta externa	_____
102.4 Sala de operaciones	_____
102.5 Cuidado crítico	_____

## 103. Medicina Interna

103.1 Emergencia	_____
103.2 Encamamiento	_____
103.3 Consulta externa	_____
103.4 Sala de operaciones	_____
103.5 Cuidado crítico	_____

## 1. Cirugía

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

## 2. Encamamiento

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