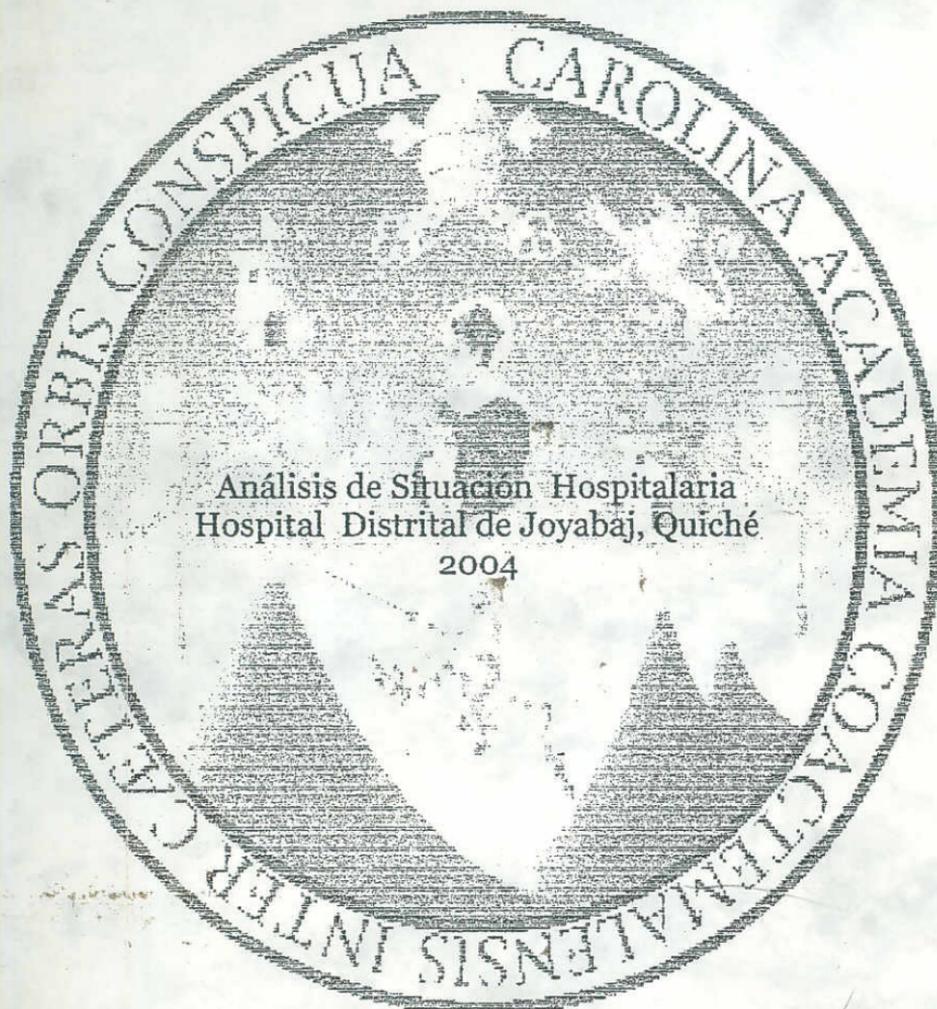


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**Análisis de Situación Hospitalaria  
Hospital Distrital de Joyabaj, Quiché  
2004**

**Victor Rolando Samayoa Morales**

**MÉDICO Y CIRUJANO**

Guatemala, agosto 2005

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

HACE CONSTAR

Que el Bachiller:

Victor Rolando Samayoa Morales

Carnet  
9513688

ha cumplido con los requisitos solicitados por esta Unidad Académica, previo a optar al título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura y habiendo presentado el trabajo de tesis titulado:

"Análisis de Situación Hospitalaria"  
Hospital Distrital de Joyabaj, Quiché  
agosto 2005

Trabajo asesorado por el Dr. Werner Hidalgo Figueroa y revisado por el Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas, quienes avalan y firman conformes, por lo que, se emite y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

Dado en la Ciudad de Guatemala, el uno de septiembre de dos mil cinco.

DR. CARLOS ALBERTO ALVARADO DUM  
DECANO



Guatemala, 1 de septiembre de 2005

Señor Bachiller:

Victor Rolando Samayoa Morales

Carnet  
9513688

Se le informa que su trabajo de tesis titulado

"Análisis de Situación Hospitalaria"  
Hospital Distrital de Joyabaj, Quiché  
agosto 2005

ha sido **REVISADO y CORREGIDO**, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse a su Examen General Público.

Sin otro particular me suscribo, atentamente,

"D Y ENSEÑADA A TODOS"

Dr. Edgar, Rodolfo de León Barillas  
Coordinador  
Unidad de Tesis



Guatemala, 1 de septiembre de 2005

Señores  
Unidad de Tesis  
Facultad de Ciencias Médicas  
Presente

Señores:

Se les informa que el Bachiller:

Victor Rolando Samayoa Morales

Carnet  
9513688

Han presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

**"Análisis de Situación Hospitalaria"**  
**Hospital Distrital de Joyabaj, Quiché**  
**agosto 2005**

Del cual, el autor, asesor y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Victor Rolando Samayoa Morales

ASESOR  
FIRMA Y SELLO



REVISOR:  
FIRMA Y SELLO  
REGISTRO DE PERSONAL



# CONTENIDO

	Página
1. RESUMEN	1
2. ANALISIS DEL PROBLEMA	3
2.1 Antecedentes del problema	3
2.2 Definición del problema	4
2.3 Delimitación del problema	4
2.4 Planteamiento del problema	6
3. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	7
3.1 Magnitud	7
3.2 Trascendencia	7
3.3 Vulnerabilidad	7
4. REVISION TEORICA	9
4.1 Monografía del Departamento de Quiché	9
4.1.1 Diagnóstico Departamental	9
4.1.1.2 Localización geográfica y extensión territorial	9
4.1.1.3 Límites	9
4.1.1.4 División político-administrativa	9
4.1.1.5 Fisiografía	10
4.1.1.6 Hidrografía	10
4.1.1.7 Demografía	10
4.1.1.8 Economía	11
4.1.1.9 Municipio de Joyabaj	12
4.2 Sala Situacional	12
4.2.1 Concepto	12
4.2.2 Objetivos	12
4.2.2.1 Objetivo General	12
4.2.2.2 Objetivo Especifico	12
4.2.3 Propósito	12
4.2.4 Metodología	13
4.2.5 Productos de la sala situacional	14
4.3 Administración Hospitalaria	14
4.3.1 Definición	14
4.3.2 Funciones	14
4.3.3 Derechos y Responsabilidades de los Pacientes	15
4.3.4 Planificación y Programación de los servicios	16
4.3.5 Estándares Mínimos obligatorios	16
4.3.5.1 Areas técnicas y de apoyo	22
4.3.5.2 Estructura física y funcional	28
4.3.5.3 Instalaciones	28
4.3.6 Estándares no obligatorios	29
4.4 Situación de los hospitales públicos en América Latina	31
4.5 Hospitales en Guatemala	32
4.6 Morbilidad y Mortalidad intrahospitalaria	33
4.6.1 Infecciones adquiridas intrahospitalariamente	33

4.7	Análisis situacional	34
4.7.1	Análisis de contexto para la planificación estratégica	34
4.7.2	Análisis de contexto	35
4.7.3	Los Problemas de salud como punto de partida	35
4.7.4	Construcción de los problemas de salud colectiva	35
4.8	La situación de salud en la región de las Américas	36
4.8.1	Contexto demográfico	37
5.	HIPOTESIS Y OBJETIVOS	39
5.1	Hipótesis	39
5.2	Objetivos	39
5.2.1	General	39
5.2.2	Específicos	39
6.	DISEÑO DEL ESTUDIO	41
6.1	Tipo de Estudio	41
6.2	Unidad de Análisis	41
6.3	Población	41
6.4	Definición y Operacionalización de variables	41
6.5	Descripción de Técnicas y procedimientos	47
6.6	Aspectos éticos	47
6.7	Alcances y límites	47
6.8	Plan de Análisis	48
7.	PRESENTACION DE RESULTADOS	49
7.1	Descripción general del hospital	49
7.1.1	Ubicación	49
7.1.2	Cobertura	49
7.1.3	Tipo de Hospital	49
7.2	Recursos	49
7.2.1	Recursos humanos	49
7.2.1.1	Organización funcional	50
7.2.2	Recursos físicos	51
7.3	Producción de servicios	51
7.3.1	Distribución de la producción de servicios	52
7.3.2	Clasificación de Expedientes	52
7.3.3	Características demográficas	53
7.3.3.1	Sexo	53
7.3.3.2	Edad	53
7.3.3.3	Estado Civil	53
7.3.3.4	Ocupación	53
7.3.3.5	Procedencia	53
7.3.3.6	Etnia	52
7.3.4	Gestión	54
7.3.5	Morbilidad	55
7.3.5.1	Morbilidad por departamentos	57
7.3.6	Mortalidad	60
7.3.6.1	Mortalidad general	61
7.3.7	Procedimientos	61
7.3.8	Complicaciones	62

7.3.9	Condición y tipo de egreso	62
8.	ANALISIS, DISCUSION E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	63
9.	CONCLUSIONES	67
10	RECOMENDACIONES	69
11	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	71
12	ANEXOS	73

### CONTENIDO DE CUADROS

	Página	
1.	Variables obtenidas de la hoja de Ingreso-egreso	42
2.	Variables obtenidas de las entrevistas	45
3.	Recursos humanos del Hospital Distrital de Joyabaj, quiché	50
4.	Distribución del número de camas	51
5.	Distribución de la producción de servicios	51
6.	Clasificación de expedientes	52
7.	Primeras causas de morbilidad general	56
8.	Primeras causas de morbilidad en ginecoobstetricia	57
9.	Primeras causas de morbilidad en Cirugía	58
10.	Primeras causas de morbilidad en Medicina Interna	59
11.	Primeras causas de morbilidad en Pediatría	60
12.	Primeras causas de mortalidad general	61
15	Procedimientos realizados en los diferentes servicios	61

### CONTENIDO DE GRAFICAS

	Página	
1.	Sala Situacional. Fase del proceso metodológico	13
2.	Distribución de pacientes según el mes de ingreso	54
3.	Relación de ingresos y camas por servicios	55



## **1. Resumen**

El análisis de la situación de salud en 17 hospitales de Guatemala, es un estudio analítico retrospectivo que se realizó con el objetivo de caracterizar, medir, e identificar variables demográficas, morbi-mortalidad, recursos y cobertura en estos centros asistenciales, esto con el fin de poder unificar criterios de información que pueda servir para la obtención de información veraz y actualizada.

Es importante mencionar que en la actualidad el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no cuenta con un análisis de la situación en salud en varios hospitales, esto debido principalmente a la falta de un formato que permita la estandarización de datos en función de las variables antes descritas.

En este sentido se realizó un análisis de la situación de Salud en el Hospital Distrital de Joyabaj, en donde se revisaron 1986 expedientes, de pacientes ingresados durante el año 2004, tomando como referencia la hoja de ingreso-egreso de cada paciente, a la vez que se investigo los recursos, físicos, humanos y de organización con que cuenta dicho hospital.

Se presentan dentro del contenido las características demográficas de los pacientes incluidos dentro del estudio, la producción de servicios, los recursos humanos, físicos y de organización con que cuenta el Hospital Distrital de Joyabaj, asimismo la morbi-mortalidad general, como por servicio, las complicaciones, el tipo y la condición de egreso de cada paciente. Este mismo estudio se llevó a cabo simultáneamente en 17 hospitales de la república de Guatemala, con la misma metodología, para obtener una visión mas amplia de la situación en salud hospitalaria a nivel nacional.

El presente estudio pretende entonces, crear un modelo de recabar información de una manera rápida, veraz y actualizada, que esperamos sirva a las instituciones públicas para formular gestiones en base a los recursos y cobertura real de nuestros hospitales públicos, esto con el fin último de beneficiar a la población guatemalteca.



## 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%)

<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

- 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.

## 2.3 Delimitación del problema

Este estudio se llevó a cabo en 17 hospitales de la República de Guatemala. Se incluyó a todos los pacientes egresados de los hospitales a estudio durante el año 2004. En el presente caso, la investigación se realizó únicamente en el Hospital Distrital de Joyabaj, Quiché. 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 los siguientes:

- **Región Norte:**

---

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.

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

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

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

## 2.4 Planteamiento del problema

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

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

### **3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

### 3.1 Magnitud

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

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

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

### 3.2 Trascendencia

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

### 3.3 Vulnerabilidad

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

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



## 4.REVISIÓN TEORICA Y DE REFERENCIA

### 4.1 Monografía del departamento de Quiché

#### 4.1.1 Diagnóstico departamental

##### 4.1.1. 2 Localización geográfica y extensión territorial

El departamento de Quiché se localiza en el Noroccidente del país y de acuerdo con la Ley de Preliminar de Regionalización<sup>5</sup>, pertenece a la Región VII Noroccidente; está ubicado en la latitud norte 15° 01' y longitud oeste de 91° 08' tiene una extensión territorial de 8,378 Kilómetros cuadrados, ocupando el cuarto lugar en el país con el 7.7 por ciento del territorio nacional.

Las condiciones climáticas son variadas debido a las diferencias de altitud, las que oscilan de 500 a 3,000 metros sobre el nivel del mar.

##### 4.1.1.3 Limites

Limita al Norte con la república de México, al Sur con los departamentos de Chimaltenango y Sololá; al Este con los departamentos de Alta y Baja Verapaz y al Oeste con los departamentos de Totonicapán y Huehuetenango.

Según el según XI Censo Nacional de Población, cuenta con una población de 655,510 habitantes, de los cuales se estima que el 84.8 por ciento reside en el área rural y el 83.4 por ciento pertenece al grupo étnico indígena, con una densidad poblacional de 78.24 habitantes por kilómetro cuadrado.

##### 4.1.1.4 División político administrativa.

El departamento de Quiché cuenta con los siguientes municipios:

Santa Cruz del Quiché	Joyabaj
Chinique	Nebaj
Zacualpa	San Andrés Sajcabajá
Chajul	Uspantán
Chichicastenango	Sacapulas
San Antonio Ilostenango	Bartolomé Jocotenango
San Pedro Jocopilas	Canillá
Cunén	Chicamán
San Juan Cotzal	Ixcán
Pachalum	Chiché

##### 4.1.1.5 Fisiografía

El departamento de Quiché se encuentra dividido en cuatro regiones fisiográficas:

- Altiplano Central: con una superficie de 3,351.2 Kilómetros cuadrados representa el 40 por ciento de la superficie total. Es un llano fuertemente ondulado, formado principalmente por ceniza volcánica pomácea.

- Cerros de calizas: compuesta por cerros con pendientes desde fuertemente onduladas a inclinadas, en ella predomina la textura de suelo "karst". Las altitudes varían desde 300 metros sobre el nivel del mar en la parte norte, hasta más de 2,400 metros sobre el nivel del mar en el sur, con una extensión de 3,099.90 Kilómetros cuadrados equivalente al 37 por ciento del área total del Quiché.
- Tierras Bajas de Petén Caribe: es una planicie ancha, compuesta de materiales sedimentarios; estos materiales son arcilla de caliza no consolidada, pero en Quiché son principalmente esquisto arcilloso. La elevación varía desde alrededor de 150 hasta 300 metros sobre el nivel del mar.
- Montañas Volcánicas: es una cadena de altas montañas que se extiende hacia el oeste desde el departamento de Chimaltenango, con altitudes que alcanzan los 2,400 metros sobre el nivel del mar y hay varios conos volcánicos, ninguno de ellos en Quiché.

#### 4.1.1.6 Hidrografía.

El departamento de Quiché ocupa el segundo lugar en el país en cuanto al número de fuentes energéticas de origen hídrico; el Plan Maestro de Electrificación del INDE, realizado en 1974, identificó los mayores proyectos hidroeléctricos (mayores de 10MW), en el departamento.

#### 4.1.1.7 Demografía

Para el departamento de Quiché, según el XI Censo Nacional, la población para el año 2002 era de 655,510 habitantes, ubicados en una extensión territorial de 8,378 Km<sup>2</sup>. La densidad poblacional es de 78 habitantes por Kilómetro cuadrado, muy por debajo de los 103 habitantes por Kilómetro cuadrado a nivel nacional. se estima que el 84.8 por ciento reside en el área rural y el 83.4 por ciento pertenece al grupo étnico indígena, con una densidad poblacional de 78.24 habitantes por kilómetro cuadrado

Con respecto al genero la población femenina representaba el 51.62 por ciento con 338,414 habitantes y la masculina el 48.38 por ciento con 317,096 habitantes; esta relación es muy similar a la registrada en el país, que era de 51.08 para el sexo femenino y 48.92 para el masculino .

De acuerdo con los grupos de edad la población de Quiché es predominantemente joven, puesto que el rango 0-17 años representaba el 55.25 por ciento y de 18 a 59 años el 39.61 por ciento, esto nos permite apreciar que la población menor de 60 años representaba el 94.86 por ciento. Lo anterior, evidencia la presión que ejerce la población joven por nuevos empleos, que en el departamento son limitados y que es una de las manifestaciones en los flujos migratorios.

#### 4.1.1.8 Economía

Según características económicas en el departamento de Quiche se menciona la economía informal, el cultivo, y la producción de textiles.

La PEA es el grupo de población mayor de 7 años y más que trabaja o esta buscando trabajo. En otras palabras, es el conjunto de personas que suministran

mano de obra necesaria para la producción de bienes y servicios en el departamento y que contribuyen al funcionamiento de la economía. Para el departamento de Quiché según el XI Censo Nacional de Población en el año 2002 contaba con una PEA de 161,751 personas, que representan un 4.65 de la PEA del país. Los municipios que presentan los mayores niveles de PEA son en su orden, Chichicastenango, Ixcán y Santa Cruz del Quiché.

Con relación a la PEA por género, el 20.81 por ciento corresponde al sexo femenino, lo cual refleja una escasa participación de la mujer en las actividades productivas del departamento, situación que se manifiesta principalmente por la marginación y factores culturales que obligan a este sector a realizar principalmente actividades de hogar.

#### 4.1.1. 9 Municipio de Joyabaj

Municipio localizado a 52 kilómetros de la cabecera departamental, perteneciente al departamento de Quiché, y donde se ubica el Hospital Distrital de Joyabaj. Etimológicamente significa Lugar entre Piedras.

Consta con una extensión territorial de 304 Kilómetros cuadrados, y pertenecen a el 61 aldeas.

#### Aspectos Sociales

Según datos del IX Censo Nacional de Población, para el año 2003, la población total era de 52, 498 habitantes. La población rural era de 9, 752 y la población urbana de 42, 746 habitantes.

La población masculina reportada fue de 24, 985 mientras la población femenina fue de 27, 513. En relación a la población por grupo étnico se encontró que la población indígena contaba con 46, 912 personas y la población no indígena la conformaban un total de 5,588 personas.

Finalmente se reporto que la mayoría de la población en Joyabaj, es una población relativamente joven, ya que la mayoría de la población se ubica en el rango de los 18 a 59 años, con 20, 500 habitantes.

Con respecto a los niveles de pobreza por municipio, Joyabaj ocupa uno de los porcentajes mas altos en el departamento de Quiché, con un 84.44%. Ocupando un tercer lugar, seguido de Chiche y Patzité respectivamente.

#### Salud

Según la Secretaria de planificación SEGEPLAN y el Ministerio de Salud Pública el municipio de Joyabaj posee en infraestructura 1 Hospital Distrital y 3 puestos de Salud únicamente. Se reportan un total de 34 camas, de las cuales 24 están destinadas a la población adulta y 10 camas a la población infantil . El Hospital Distrital de Joyabaj, responde a las demandas de la población del municipio como de lugares circunvecinos, como Sacapulas, Zacualpa, Pachalum, santa Cruz entre otros.

## Educación

Según el Movimiento Nacional de Alfabetización (MONALFA) se reportó para el año 2000 el 71.6 % de analfabetismo para el municipio de Joyabaj.

## Vivienda

Según publicación de XI Censo de Población y VI de Habitación se reportó para el año 2003 un total de 58, 492 personas en el municipio de Joyabaj, con 12, 124 viviendas.

### **4.2 Sala situacional**

#### 4.2.1 Concepto:

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

#### 4.2.2 Objetivos:

##### 4.2.2.1 General:

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

##### 4.2.2.2 Específicos:

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

#### 4.2.3 Propósito:

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

#### 4.2.4 Metodología:

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

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

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

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

Gráfica 1



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

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

#### 4.3 Administración hospitalaria

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

##### 4.3.1 Definición:

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

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

##### 4.3.2 Funciones:

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

- Atención médica continua: concentrando una gran cantidad de recursos de diagnóstico y tratamiento, para reintegrar rápidamente al paciente a su medio.
- Atención médica integrada: constituyendo una estación intermedia dentro de una red de servicios de complejidad creciente.
- Atención médica integral: dado que la pertenencia del establecimiento a una red garantiza la disponibilidad de todos los recursos para resolver un caso.

- Área programática: el establecimiento tiene un área de influencia a la que brinda sus servicios y sobre cuya población deben evaluarse los resultados de sus acciones.
- Efectos de los programas de salud: el establecimiento también actúa ejecutando programas preventivos y de promoción de la salud, impulsados por la autoridad sanitaria. (12,13)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 4.3.5 Estándares mínimos obligatorios

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

#### 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)

## Continuidad de la Atención Médica (8,10)

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.

## Derivaciones o Referencias: (8,10)

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 resolutoria. 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 secretarias y enfermeras exclusivas para el horario de funcionamiento de los consultorios.

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

#### E. Urgencias (10, 13)

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

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

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

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

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

#### F. Laboratorios (10, 13)

Nivel 1: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los siguientes análisis: amilasemia, bacterioscopia directa, coagulograma básico, colesterol, creatinina, creatinfosfoquinasa (CPK), reacción para Chagas, glucemia, grupo sanguíneo, hemograma, hepatograma, lactato deshidrogenasa, látex para artritis reumatoidea,

orina completa, parasitológico de materias fecales, sangre oculta en materia fecal, triglicéridos, uremia, VDRL cualitativa, otros. Cuenta con técnico y/o bioquímico en guardia pasiva las 24 horas.

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

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

Nivel 4: Puede procesar: antígeno carcino-embriionario, estriol, foliculoestimulante, luteinizante, prolactina, tiroxina, triiodotironina, 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 radioscopia, Los estudios son interpretados por médicos especializados que intercambian opiniones con los médicos tratantes.

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

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

## H. Hemoterapia (10, 13)

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

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

Nivel 2: Tiene un local exclusivo destinado a este fin, que cumple con las normas para servicio de Hemoterapia. El servicio está a cargo de un médicos 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, B, 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 un acceso diferenciado. Cuenta con diagnóstico radiológico intra-operatorio. Los monitoreos intra-operatorios en pacientes con riesgo aumentado, son realizados por médicos especializados.

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

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

#### K. Anestesiología (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 anestesistas acuden a demanda de los cirujanos. Confeccionan protocolo anestésico.

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

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

Nivel 4: Las guardias son cubiertas en forma activa por anestesiólogos 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 barrido en seco, excepto casos especiales como consultorio y circulación pública.

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 internado sin horario restringido y lleva control de stock.

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

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

Nivel 4: Cuenta con un Comité de Fármaco – Vigilancia

#### F. Enfermería (10, 13)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nivel 2: Existe supervisión de HC.

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

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

#### H. Estadísticas (10, 13)

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

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

Nivel 3: Las internaciones se hallan clasificadas por patologías.

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

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

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

#### I. Gobierno hospitalario (13)

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

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

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

Nivel 3: La institución cuenta además con: Un consejo técnico médico, un consejo técnico – administrativo. Como elementos importantes de asesoramiento a la dirección / jefe médico y jefe administrativo, se elaboran estados financieros anuales

auditados por una empresa de reconocido prestigio u organismos públicos autorizados.

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

#### J. Administración (10, 13)

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

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

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

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

Nivel 4: Existe un sistema de control de gestión.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### M. Garantía de calidad (13)

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

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

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

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

#### 4.3.5.2 Estructura física y funcional

##### A. Accesos (13)

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

Nivel 2: Posee accesos diferenciados para vehículos y peatones

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

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

#### B. Circulaciones (13)

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

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

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

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

#### 4.3.5.3 Instalaciones

##### A. Sistema eléctrico (13)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.3.6 Estándares no obligatorios

##### A. Cuidados Críticos (10, 13)

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

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

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

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

##### B. Neonatología (13)

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

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

Nivel 3: Cuenta con una unidad diferenciada y organizada en forma semi autónoma, que actúa como servicio de referencia de los establecimientos de la zona. Tiene un área de recepción, sala de espera, estación de enfermería, locales para las incubadoras, local de descanso de los médicos, lugar de descanso de las madres,

depósito de insumos. Debe contar con laboratorio de análisis clínico, banco de sangre, servicios de radiología, equipo de cirugía pediátrica, medicina nuclear.

### C. Medicina Nuclear (13)

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

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

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

### D. Rehabilitación (13)

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

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

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

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

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

#### Servicio Social:

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 de 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), ó 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 (destruyentes y protectores) de la salud, que permite acercarse al conocimiento de los problemas y necesidades de salud de la población en un espacio y tiempo

determinado y orientar las acciones al mejoramiento de la calidad de atención intrahospitalaria. (9)

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

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

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

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

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

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

En ese ir y venir desde la observación empírica hacia y desde el marco teórico, van surgiendo los “juicios descriptivos” (el problema con sus características 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 más a la explicación del problema. (4)

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

Durante la última década la situación de salud en las Américas ha seguido mejorando de manera continua. Esto responde a diversos factores sociales, 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 Regional de Joyabaj, quiché, en 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 Distrital de Joyabaj, Quiché.

**5.2.2.2** Identificar las variables morbi-mortalidad y demográficos de los pacientes egresados durante el año 2004 del Hospital Distrital de Joyabaj, Quiché.

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



## **6. DISEÑO DEL ESTUDIO**

### **6.1 Tipo de estudio**

Estudio descriptivo, retrospectivo

### **6.2 Unidad de análisis**

Se analizó cada hospital incluido dentro del estudio (17 hospitales en total). La información necesaria para realizar dicho análisis se tomó de la hoja de ingreso/egreso del total de los egresos durante el año 2004 de cada hospital además de entrevistas personales a director, administrador, departamento de estadística, etc.

### **6.3 Población**

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

### **6.4 Definición y operacionalización de variables** (Ver cuadro 1)

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

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

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>ESCALA DE MEDICIÓN</u>	<u>UNIDAD DE MEDICIÓN</u>
MORBILIDAD	Magnitud con la que se presenta la enfermedad en una población en un momento determinado	Medida de frecuencia que expresa el volumen de casos mórbidos.	CASOS	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



VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
PRODUCCIÓN DE SERVICIOS	Rendimiento obtenido por medio de los recursos disponibles en un período de tiempo	Indicadores de rendimiento hospitalario. construidos a partir del número de egresos, tipo y condiciones de egreso. camas y días de estancia.	GESTIÓN HOSPITALARIA	Razón	Número de egresos, días promedio de estancia, días cama disponible, días cama ocupada, índice ocupacional, giro o rotación de camas.
		<b>Fórmulas:</b>	PROCEDIMIENTOS	Nominal	Se tomaran los procedimientos registrados en la hoja de ingreso / egreso.
		<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>	TIPO CONDICIONES DE EGRESO Y	Nominal	Condiciones: Vivo (curado, mejorado, no curado, Mismo estado), Muerto (con autopsias, sin autopsias) No hay dato. Tipo: Alta voluntaria, indicación médica, referido a otro servicio de salud, referido a consulta externa, no hay dato.

**Cuadro 2 Variables obtenidas en entrevista**

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

43



## 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 efectuó un estudio no experimental, retrospectivo, en el cual no se afectó a ningún paciente, ni entidad participante. Los consolidados mantienen la confidencialidad de los pacientes.

## 6.7 Alcances y Limitaciones

Consideramos que las limitantes que existieron para llevar a cabo dicho estudio fueron principalmente de tiempo y lugar, ya que hubo que trasladarse a residir temporalmente en dicho lugar para realizar dicho estudio, y respetar el horario para la utilización de archivo.

Se debe considerar también un pequeño porcentaje de subregistro en el que se incluye papelería extraviada, letra ilegible, ó expedientes que pertenecen a consulta externa. Los criterios de exclusión son los siguientes:

- a. Sobres sin expediente o expediente extraviado.
- b. Expedientes sin hoja de ingreso/egreso
- c. Hoja de ingreso/egreso sin de fecha de ingreso, servicio de destino y condiciones de ingreso (vivo o muerto).

Es importante mencionar que en el presente estudio no se tomaron en cuenta a los recién nacidos sanos que aparecieron en el libro de ingresos del Hospital Distrital de Joyabaj, esto hizo que se disminuyera significativamente el número total de expedientes ingresados a la base de datos. (462 Recién Nacidos).

Considero que estas limitaciones son mínimas y no representaron obstáculo para el desempeño del presente estudio.

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

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







## **7.PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

### 7.1 Descripción General del Hospital

#### 7.1.1 Ubicación

El hospital Distrital de Joyabaj, se localiza en el municipio de Joyabaj, departamento de Quiché en el Noroccidente del país y de acuerdo con la Ley de Preliminar de Regionalización 5, pertenece a la Región VII Noroccidente; Su distancia de la cabecera es de 52 kilómetros.

#### 7.1.2 Cobertura área de trabajo

Según misión y visión de las políticas del ministerio de salud publica se brinda atención en los servicios de medicina general, cirugía, maternidad, pediatría, consulta externa, emergencia a las 61 aldeas del municipio de Joyabaj como a lugares circunvecinos. En este sentido se atienden patologías de mediana complejidad, además de las acciones de recuperación, promoción, prevención y rehabilitación de la salud.

Los servicios de consulta externa se prestan en horas hábiles, las urgencias las 24 horas de los 364 días del año. En este sentido se atienden pacientes originarios de Joyabaj en su mayoría, pero también se incluyen Pachalum, Zacualpa, Santa Cruz, Sacapulas, entre los principales.

#### 7.1.3 Tipo de Hospital

El hospital de Joyabaj es un Hospital Distrital, y como tal esta ubicado a nivel de un distrito de salud y cuenta con un equipo multidisciplinario para desarrollar programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Es un centro de referencia de los puestos de salud de la misma jurisdicción.

### **7.2 Recursos**

#### 2.1.1 Recursos humanos.

Se describen el personal profesional, técnico y administrativo con que cuenta el hospital Distrital de Joyabay.

**Cuadro 3**  
**Distribución de los Recursos Humanos**  
**Durante el año 2004**

Categoría de personal	Tipo de personal	Numero
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Médicos Especialistas	04
	Médicos Internos	07
	Médicos Residentes	01
	Enfermeras Profesionales	04
	Enfermeras Auxiliares	25
	Técnicos de laboratorio	05
	Técnicos de radiología	04
PERSONAL DE APOYO	Nutricionista	01
	Trabajador Social	01
	Comité de Infecciones Nosocomiales	01
	Limpieza	12
	Lavandería	04
	Mantenimiento	04
	Seguridad	04
	Personal administrativo	15
	TOTAL	96

Fuente: Departamento de Estadística. Hospital Distrital de Joyabaj.

#### 7.2.1.1 Organización funcional

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, los médicos internos que son siete laboran en horas hábiles, con rotación para los turnos, de dos médicos por turno en los diferentes servicios con que cuenta el hospital. Se cuenta además con un médico residente.

El personal de enfermería está organizado en 3 turnos cada día: 4 enfermeras profesionales en horas hábiles, y 3 enfermera auxiliares durante los turnos, 2 de ellas en encamamiento y una en el servicio de emergencia. El personal técnico de laboratorio se organiza en 5 técnicos en horario de oficina y 1 queda de llamada durante el turno de noche. Los técnicos de radiología son 4 en total, 1 para cada día, quedando 1 de llamada para el turno de noche. Se debe también mencionar a la brigada de Médicos cubanos que laboran dentro del hospital, al momento de la visita no existía un dato exacto de cuantos médicos quedarían definitivamente cubriendo diferentes plazas, ya que se espera para este año a los Médicos EPS que realizaron sus estudios en Cuba.

### 7.2.2. Recursos Físicos

**Cuadro 4**  
**Distribución de Camas por Servicio durante el año 2004**

Especialidad	Número	Porcentaje
Cirugía	8	23.5
Medicina Interna	8	23.5
Pediatría	10	29.4
Gineco-obstetricia	8	23.5
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

FUENTE: Información proporcionada por el departamento de estadística del Hospital Distrital de Joyabaj.

En cuanto a los servicios básicos con que cuenta el Hospital se encontró que si existe 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. Se cuentan con cajas de bioseguridad en los diferentes servicios del hospital, pero no existe incinerador de basura.

### 7.3 Producción de Servicios

**Cuadro 5**  
**Distribución de la Producción de Servicios**  
**Por área durante el año 2004**

Área	Frecuencia	Porcentaje
Emergencia	10,124	37.1
Consulta Externa.	40, 03	14.6
1.Primeras Consultas		
2.Reconsultas	10,778	39.3
Procedimientos quirúrgicos	531	1.9
Encamamiento	1986	7.1
<b>TOTAL</b>	<b>27422</b>	<b>100</b>

Fuente: Departamento de Estadística Hospital Distrital de Joyabaj y expedientes revisados.

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

El total de egresos durante el año 2004 fueron de 1,986 pacientes, según criterios de inclusión y exclusión se revisaron 1014 expedientes que llenaban los requisitos pertinentes. La producción de servicios de encamamiento reporto para el departamento de Pediatría 824 pacientes, siendo un 41.4%, para el departamento de Ginecobstetricia en segundo lugar con 790 pacientes, lo cual representa un 40 %, para el departamento de Medicina Interna 212 pacientes esto representa el 10.6% . Finalmente el departamento de cirugía reporto 160 pacientes en servicio de encamamiento, correspondiendo a un 8.0%.

### 7.3.2 Clasificación de expedientes

Utilizando el instrumento “Consolidado de No. de Expedientes” (anexo 1) se encontraron 1986 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 1014 expedientes luego de aplicar los criterios de exclusión del estudio. (ver cuadro 6)

**Cuadro 6**  
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	198	9.1
Expediente sin hoja de ingreso/egreso	45	2.2
Expediente sin fecha de ingreso o servicio destino o condición de egreso vivo ó muerto	190	27.2
Expediente excluido por otras razones, se incluyen los recién nacidos	539	27.1
Expediente ingresados a la base de datos	1014	51.1
<b>TOTAL</b>	<b>1986</b>	<b>100</b>

FUENTE: Información proporcionada por el departamento de Estadística del Hospital Distrital de Joyabaj. Ver anexo No.3, y total de expedientes revisados.  
Se debe hacer mención que los recién nacidos sanos no fueron incluidos dentro del estudio, restándole un importante valor a los expedientes incluidos dentro del mismo.

### 7.3.3 Características Demográficas de los Pacientes Incluidos en el Estudio

#### 7.3.3.1 Sexo

Según expediente de los pacientes se encontró que el sexo femenino fue el mayoritario con 668 pacientes representado un 65.4%, el sexo masculino con 346 pacientes representando un 34.6%.

### 7.3.3.2 Edad

En los grupos de edad se encontró en menores de 1 mes, sexo masculino 05, sexo femenino 01, de 1 a 2 meses 04 masculinos y 01 femenino, lo reportado en el rango de 2 meses a menores de 1 año, masculino 32, femenino 21. De 1 a 4 años, 75 masculinos y 60 femeninos, según rango de 5 a 9 años encontramos 18 masculinos y 17 femeninos. De 10 a 14 años 16 masculinos y 19 femeninos, en el rango de 15 a 19 años 21 masculinos y 113 femeninos, de 20 a 24 años 29 masculinos y 103 femeninos, de 25 a 39 años 57 masculinos y 252 femeninos, rango de 40 a 49 años 32 masculinos y 28 pacientes del sexo femenino, de 50 a 59 años, 16 masculinos y 18 femeninos, de 60 a 64 años 5 masculinos y 4 femeninos, de 65 a 69 años, 6 masculinos y 7 femeninos, finalmente en el rango de mayores de 70 años encontramos 30 masculinos y 24 femeninos.

### 7.3.3.3 Estado Civil

El estado civil de los pacientes correspondió a casados 42.4%, no hay dato 28.1%, unido 14%, soltero 13.3% y viudo 2.2% del total de pacientes incluidos dentro del estudio

### 7.3.3.4 Ocupación

La ocupación de los pacientes fue ama de casa 49.5%, sin dato 21.5% agricultor 12.8%, estudiantes 5.1% oficios domésticos 1.6%, otras ocupaciones 9.4%.

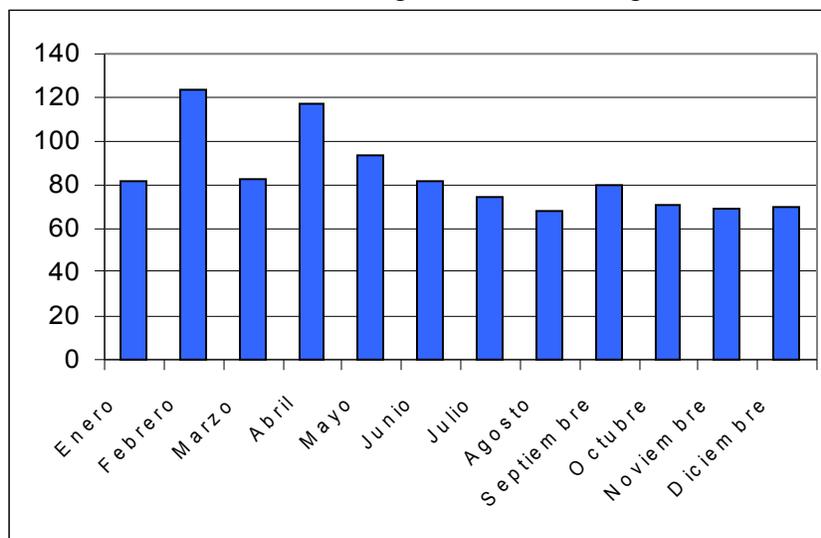
### 7.3.3.5 Procedencia

En cuanto al lugar de procedencia de los pacientes incluidos dentro del estudio Joyabaj ocupa el primer lugar con 588 pacientes lo cual representa un 58.0%. Zacualpa con 167 pacientes representando un 16.4%, Pachalum con 70 casos, representando un 6.9%, Santa Cruz con 60 ingresos para un 6.0%, Canilla 17 pacientes representando 1.6%, finalmente el resto de lugares con un valor de 112 representando un 11%.

### 7.3.4 Gestión

**Gráfica 2**

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



FUENTE: Información proporcionada por el departamento de Estadística del Hospital Distrital de Joyabaj y datos del SIGSA (anexo 2).

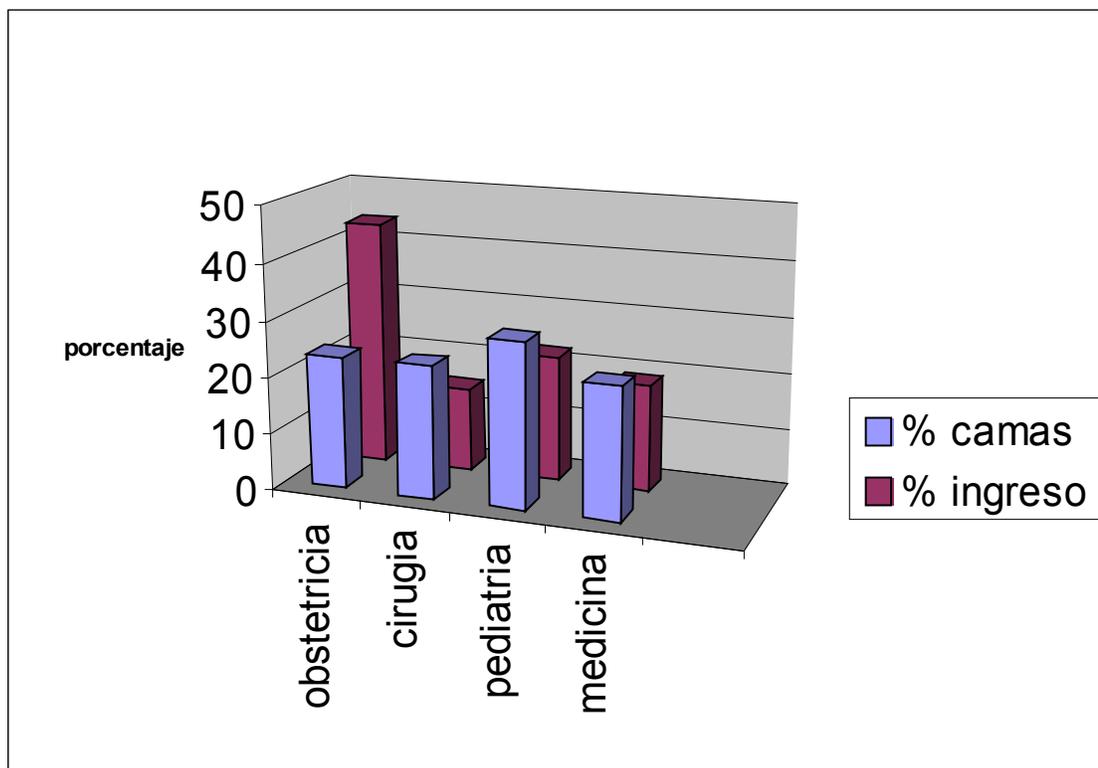
El rendimiento obtenido por medio de los recursos disponibles durante el año 2,004, de acuerdo a los indicadores de rendimiento hospitalario (promedio de días estancia, días cama disponible, días cama ocupada, índice ocupacional, giro de camas), contruidos a partir del número de egresos durante el año 2004 fue el siguiente:

Periodo de estancia en total fue de 04 días distribuidos así: Ginecobstetricia 2 días, pediatría también con 2 días, Cirugía 3 días, finalmente Medicina Interna con 9 días en total.

Los días de cama disponible fue de 12,240 días, los días cama ocupada fue de 4,085 días en total distribuidos de la siguiente manera medicina interna 1,821 días, ginecobstetricia 892 días, cirugía 704 días, pediatría con 668 días, La rotación de camas fue de 58.4 finalmente el índice ocupacional fue de 33.

**Gráfica 3**

**RELACION DE INGRESOS Y CAMAS POR SERVICIOS**



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

**7.3.5 Morbilidad**

Las 5 principales causas de morbilidad general encontradas fueron las desconocidas ó no específicas con 209 expedientes (Considerar un mal llenado de expediente ó letra ilegible) representando un 21.0%. Le sigue en orden los partos eutósicos con 191 pacientes representando un 18.8%, (Se debe mencionar que este diagnostico no representa en si una morbilidad, sin embargo aparece como tal en los expedientes revisados). Las neumonías y bronconeumonías con 81 pacientes, representando un 8.0%, en cuarto lugar encontramos las diarreas con 64 pacientes, esto es un 6.3% , el quinto lugar el dolor abdominal y pélvico con 20 casos con un 2.0%. En orden decreciente le sigue la hernia inguinal unilateral con 14 casos reportados para un 1.4%. El dolor abdominal superior también 14 casos con un 1.4%. Parto en presentación podálica 13 casos, para un 1.3%, infección del tracto urinario 12 pacientes para un 1.2%, amenaza de aborto 12 casos, 1.2%, el parto prematuro también con 12 casos con un 1.2%. La fibromatosis uterina 10 casos para un 0.9%, asimismo la retención placentaria, intoxicación por

organofosforados y las heridas por armas de fuego con los mismos valores. La Diabetes Mellitus con 8 casos para un 0.8%, al igual que la hipertensión esencial también con 8 casos para un 0.8%. Tuberculosis pulmonar y la insuficiencia cardiaca con 7 casos representados por un 0.7%. La desnutrición proteico-calórica con 6 casos, representando un 0.6%, el resto de causas con 266 casos para un 29.5%.

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

No.	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1	Causas de morbilidad desconocidas o no específicas	209	21.0
2	Parto eutósico	191	18.8
3	Neumonías y bronconeumonías	81	8.0
4	Diarreas	64	6.3
5	Dolor abdominal y pélvico	20	2.0
6	Hernia inguinal unilateral	14	1.4
7	Dolor abdominal localizado en la parte superior	14	1.4
8	Parto único presentación podálica	13	1.3
9	Infección del tracto urinario	12	1.2
10	Amenaza de aborto	12	1.2
11	Parto prematuro	12	1.2
12	Fibromatosis uterina	10	0.1
13	Retención de Placenta	09	0.9
14	Intox. Por Organofosforados	09	0.9
15	Heridas por arma de fuego	09	0.9
16	Diabetes Mellitus	08	0.8
17	Hipertensión esencial	08	0.8
18	Tuberculosis pulmonar	07	0.7
19	Insuf. Cardiaca Congestiva	07	0.7
20	Desnutrición Proteico calórica	06	0.6
21	Resto de causas	299	29.5
	TOTAL	1014	100

Fuente: Departamento de estadística y registro de expedientes Hospital Distrital de Joyabaj y base de datos SIGSA. (Anexo 2)

A continuación se presentan las principales causas de morbilidad por departamento. Se recuerda que se incluyen únicamente los expedientes incluidos dentro del estudio.

Para el Departamento de Ginec Obstetricia encontramos la siguiente morbilidad: Los partos eutósicos simples con 191 casos, representados por un 44.0%, a continuación morbilidad desconocida ó no especificada con 80 pacientes para un 18.3%, el parto único en presentación de nalgas ó podálica con 13 pacientes representados por un 3.0%, la amenaza de aborto con 12 casos para un 2.7%, el parto prematuro también con 12 casos para un 2.7% . Seguidamente el dolor pélvico con 11 casos para un 2.5%, la fibromatosis uterina con 10 casos para un 2.2%. Retención placentaria con 9 casos representados por un 2.0%, la infección del tracto urinario 7 casos para un 1.6%. Décima posición encontramos el parto complicado con 6 casos, siendo representado con un 1.4%, finalmente el resto de causas con 86 casos representadas con un 19.5%. Total de pacientes 437.

**Cuadro 8**  
Morbilidad para el Departamento de Ginec Obstetricia  
Durante el año 2004

No.	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1	Parto eutósico simple	191	44.0
2	Morbilidad desconocida ó no especificada	80	18.3
3	Parto único pres. nalgas o podálica	13	3.0
4	Amenaza de Aborto	12	2.7
5	Parto prematuro	12	2.7
6	Dolor pélvico	11	2.5
7	Fibromatosis	10	2.2
8	Retención placentaria	09	2.0
9	Infección del Tracto Urinario	07	1.6
10	Parto Complicado	06	1.4
11	Resto de Causas	86	19.5
	<b>Total</b>	<b>437</b>	<b>100</b>

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

Para el departamento de Cirugía las principales causas de morbilidad fueron las siguientes:

Morbilidad desconocida ó no especificada ocupo la primera posición con 50 casos para un 33.1%, seguidamente hernia inguinal unilateral 14 casos, representados por un 9.2% , al igual que el dolor abdominal y pélvico, considerar que este diagnostico pudo terminar en un procedimiento quirúrgico como apendicetomía, colecistectomía, laparotomía, etc.

Las heridas por proyectil de arma de fuego con 9 casos reportados para un 6%, al igual que la celulitis de otras partes del cuerpo con los mismo valores. Septicemia octava casilla 3 casos, con un 2%, de la misma manera el absceso de miembro inferior, celulitis en región de la cara y quemadura del tronco del cuerpo con 3 casos y un 2%. El resto de causas fue de 29, representado por un 19.2% , para un total de 151 casos en el departamento de cirugía.

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

No.	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1	Morbilidad desconocida ó no especificada	50	33.1
2	Hernia inguinal unilateral	14	9.2
3	Dolor abdominal y Pélvico	14	9.2
4	Dolor abdominal superior	11	7.2
5	Herida Por Proyectil Arma de Fuego	09	6.0
6	Colelitiasis	06	4.0
7	Celulitis otras partes del cuerpo	06	4.0
8	Septicemia	03	2.0
9	Absceso Miembro inferior	03	2.0
10	Celulitis región de la cara	03	2.0
11	Quemadura tronco del cuerpo	03	2.0
12	Resto de Causas	29	19.2
	Total	151	100

FUENTE: Información proporcionada por el departamento de Estadística de Hospital Distrital de Joyabaj y base de datos SIGSA (anexo 2).

El departamento de Medicina Interna presenta las principales causas de morbilidad registradas.

Morbilidad no especificada con 35 casos para un 18.1%, las diarreas hace su aparición en la segunda casilla con 25 casos para un 13.0%, a continuación las neumonías con 18 casos, para un 9.3%, diabetes mellitus con 10 casos, representada por un 5.2%, el accidente cerebrovascular con 9 casos reportados, para un 4.7%. Sexta casilla intoxicación por organofosforados y carbamatos con 9 casos, para un 4.7%, la tuberculosis pulmonar, insuficiencia cardiaca congestiva e infección del tracto urinario todos con 7 casos, para un 3.6%.

Décima casilla masa intraabdominal 5 casos representada por un 2.6%. Asma no especificada y anemia no especificada ambas con 5 casos cada una, representadas con un 2.6%, le continua nausea y vómitos con 4 casos, 2.1%, alcoholismo también con 4 casos, 2.1%, el síndrome convulsivo con 3 casos representado por un 1.6%, con los mismos valores la fiebre tifoidea. El resto de las causas fue de 37, para un total de 193 casos registrados para el Departamento de Medicina Interna.

**Cuadro 10**  
**Morbilidad en el Departamento de Medicina Interna**  
**Durante el año 2004**

No.	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1	Morbilidad no especificada	35	18.1
2	Diarreas	25	13.0
3	Neumonía	18	9.3
4	Diabetes Mellitus	10	5.2
5	Accidente Cerebro vascular	09	4.7
6	Intoxicación Por Organofosforados y Carbamatos	09	4.7
7	Tuberculosis Pulmonar	07	3.6
8	Insuficiencia Cardiaca Congestiva	07	3.6
9	Infección del Tracto Urinario	07	3.6
10	Masa Intraabdominal	05	2.6
11	Asma no especificada	05	2.6
12	Anemia no especificada	05	2.6
13	Nausea Y Vómitos	04	2.1
14	Alcoholismo	04	2.1
15	Síndrome Convulsivo	03	1.6
16	Fiebre Tifoidea	03	1.6
17	Resto de Causas	37	19.0
	Total	193	100

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

Finalmente el Departamento de Pediatría presenta también su cuadro de morbilidad. Aquí podemos observar a las neumonías en la primera casilla con 66 casos representados por un 29%, las diarreas con 49 casos, con un 21.6% Morbilidad desconocida ó no especificada con 44 casos para un 19.4%. Continúan en orden decreciente las infecciones respiratorias agudas con 6 casos para un 2.6%, desnutrición proteico-calórica también con 6 casos, 2.6%. A continuación el síndrome convulsivo 4 casos representado por un 1.8%, la infección del tracto urinario con 3 casos, representada por un 1.3%. El asma no especificada el resfriado común y el croup todas con 3 casos registrados, siendo representadas por un 1.3%. Finalmente el resto de las causas fue de 40, para un 17.6%, haciendo un total de 227 casos para el departamento de Pediatría.

**Cuadro 11**  
**Morbilidad en el Departamento de Pediatría**  
**Durante el año 2004**

No.	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1	Neumonías	66	29.0
2	Diarreas	49	21.6
3	Morbilidad Desconocida ó no Especificada	44	19.4
4	Inacciones Respiratorias agudas	06	2.6
5	Desnutrición Proteico-calórica	06	2.6
6	Síndrome Convulsivo	04	1.8
7	Infección del Tracto Urinario	03	1.3
8	Asma no Especificada	03	1.3
9	Resfriado Común	03	1.3
10	Croup	03	1.3
11	Resto De Causas	40	17.6
	<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>100</b>

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

### 7.3.6 Mortalidad

Se presenta a continuación la mortalidad registrada en el presente estudio. De los expedientes incluidos en el estudio se registraron 2 casos de fallecimiento, siendo la causa básica la hipertensión esencial 1 caso representado por un 50%, y un casos de laringitis obstructiva también un caso, lo cual representa también un 50%. Pertenecen al Departamento de Medicina Interna y al Departamento de Pediatría respectivamente.

**Cuadro 12**

### Mortalidad General durante año 2004

No.	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1	Hipertensión esencial	01	50
2	Laringitis obstructiva croup	01	50
3	TOTAL	02	100

FUENTE: Información proporcionada por el departamento de Estadística de Hospital Distrital de Joyabaj y base de datos SIGSA (anexo 2).

#### 7.3.7 Procedimientos

Se presentan a continuación los procedimientos mas frecuentes realizados por de los diferentes servicios del Hospital Distrital de Joyabaj. Se debe considerar que varios pacientes pudieron tener uno o varios procedimientos, pero no aparecen en la hoja de ingreso ó son ilegibles. El legrado instrumental uterino en la primera casilla 68 casos, para un 41%, le sigue en orden decreciente la Cesárea Segmentaria Transperitoneal con 36 procedimientos para un 21.6%, hernioplastias con 20 procedimientos para un 12.0%, apendicetomías 15 procedimientos, representadas por un 9.0%, exploraciones pélvicas 11 casos representadas por un 6.6%, otros procedimientos 16 casos, para un 9.6%, total 166 procedimientos registrados dentro del estudio.

**Cuadro 13**  
**Procedimientos Realizados en Pacientes Egresados durante año 2004**

No.	PROCEDIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
1	Legrado instrumental uterino	68	41.0
2	Cesárea segmentaria transperitoneal	36	21.6
3	Hernioplastias	20	12.0
4	Apendicectomias	15	9.0
5	Exploración pélvica	11	6.6
	Otros	16	9.6
	TOTAL	166	100

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

### 7.3.8 Complicaciones

Por causas de llenado en los expedientes de los pacientes no se reportan complicaciones, únicamente se reporta una retención de placenta para el Departamento de Ginec Obstetricia.

### 7.3.9 Tipo y condición de egreso

De los 02 pacientes egresados muertos, no se especifica si se realizo procedimiento alguno. De los 1012 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 de los cuales el 19% fue por alta voluntaria, el 69% fue referido a otro centro asistencial y el 12% fue referido a consulta externa.

## **8. ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

El hospital Distrital de Joyabaj cumple con los objetivos del Ministerio de Salud Pública al desempeñarse eficientemente como Hospital Distrital y atender a la población que se le ha sido encomendada, a pesar de la carencia de recursos físicos, técnicos o de personal en algunas circunstancias. Con respecto a las condiciones físicas del Hospital, este posee las condiciones necesarias de un Hospital Distrital.

El abastecimiento de agua es proporcionado por una cisterna continua lo que representa una ventaja en caso de presentarse una crisis fuera del hospital, así mismo en el caso de la disponibilidad de la energía eléctrica que es obtenida de la red pública y a través de planta propia que se utiliza en casos de emergencia. Se encontró que no se existe con un incinerador propio. Se cumple con los estándares mínimos obligatorios en lo que respecta al sistema eléctrico así mismo de control de excretas, residuos y potabilidad de agua para un hospital Distrital. Asimismo se cuenta con área de acceso para vehículos de Emergencia, la señalización es adecuada, para proveer de información a los pacientes y visitantes. Existe facilidad de desplazamiento para los pacientes y visitantes en todas las áreas.

Con respecto a los estándares mínimos obligatorios de los Hospitales, se cumple con realizar sesiones por departamento, como a nivel de Dirección; la permanencia de médicos de turno las 24 horas del día en las 4 especialidades básicas. Se cuenta además con servicio de laboratorio las 24 horas del día, como para el servicio de radiología. El área quirúrgica se encuentra coordinada por un profesional y existe un área específica destinada para post-operados, el vestuario de sala se diferencia de las demás áreas. La farmacia tiene personal de atención las 24 horas, para pacientes internos y ambulatorios, El personal de enfermería, como personal medico registra la evolución del paciente en las fichas clínicas. Existe un expediente para pacientes internos y ambulatorios. El Hospital Distrital de Joyabaj cuenta con una estructura Administrativa y Financiera, además del personal de Vigilancia y mantenimiento.

En el cuadro No.1 se enumeran las variables obtenidas en la hoja de ingreso-egreso con las que se trabajó el presente estudio, y la clasificación que cada de una de ellas, esto con el fin de hacer mas representativo y profesional el estudio. Podemos observar que la mayoría de pacientes atendidos fueron del sexo femenino, casadas, amas de casa, comprendidas entre los 25 y 34 años y originarias del municipio de Joyabaj, principalmente. La etnia predominante fue la maya.

El cuadro No. 2 hace referencia a las variables obtenidas durante la entrevista, para poder tener una visión mas clara y objetiva del campo de estudio, al mismo

tiempo se pueden realizar comparaciones entre diferentes centros hospitalarios. Aquí se incluye la morbilidad y la mortalidad de los expedientes revisados.

Se pudo cumplir con los requisitos establecidos en las diferentes variables, asimismo se completaron todas y cada una de ellas.

El cuadro No. 3 representa los recursos humanos con que cuenta el Hospital Distrital de Joyabaj, en este sentido se puede observar la falta de personal que actualmente atraviesa el hospital, pero a la vez demuestra como se logro cumplir con la atención a todos los pacientes que consultaron en el año 2004. Se debe mencionar la incorporación de la Brigada de Médicos cubanos para este año, asimismo la incorporación de Médicos EPS guatemaltecos que realizaron sus estudios en ese país, y que vendrán a fortalecer el equipo medico y multidisciplinario con que cuenta el Hospital.

El cuadro No.4 nos ofrece un panorama de la distribución de numero de camas, en este sentido también se puede observar las limitaciones físicas y estructurales que tiene el hospital, para atender la demanda anual. Es importante entonces crear políticas destinadas al mejoramiento estructural y funcional del hospital para poder atender la demanda real con que cuenta el hospital. Esto principalmente en el servicio que presenta mayor demanda como es la Ginecobstetricia, en donde seria oportuno ampliar el numero de camas, para atender a la población materna que acude en busca de asistencia médica. (Gráfica No.2)

La distribución de la producción de servicios se enumera en el cuadro No.5, y se hace notar que cada servicio logro atender a toda la población que acudió en busca de asistencia médica. En este sentido se pone de manifiesto que el departamento de Ginecobstetricia posee la mayor afluencia de pacientes, y también se demuestra el interés en la población por tener un parto hospitalario, reduciendo entonces en alguna medida la mortalidad materna que aqueja a nuestro país.

El cuadro No. 6 demuestra las causas de morbilidad general que atendió el Hospital Distrital de Joyabaj durante el año 2004. En este sentido las causas desconocidas ó no especificas ocuparon el primer lugar, esto obedece a que la mayoría de las veces no se pudo establecer correctamente los diagnósticos ó eran ilegibles, representadas por un 20.6%. El parto eutósico simple ocupó la segunda casilla con 18.8.% Las neumonías representaron un 8 por ciento, las diarreas con un 6.3 % teniendo al dolor abdominal y pélvico un 2 %. Se pone de manifiesto entonces que las enfermedades prevenibles siguen aquejando a nuestra población como lo son las neumonías y las diarreas. Asimismo se observa que este hospital es eminentemente materno neonatal debido a la gran demanda que posee en este aspecto de la salud.

El cuadro No. 7 expone las principales causas de morbilidad para el Departamento de ginecología donde el parto eutósico ocupó el primer lugar con 43.21 Por ciento, le continúa las morbilidades desconocida ó no específica siendo representadas con un 18.1%, el parto único en presentación de nalgas ó podálica, con un 3%, la cuarta casilla la ocupó la amenaza de aborto con un 2.7%; al igual que el parto prematuro. Se demuestra entonces la gran demanda en atención del parto en un centro asistencial por parte de las mujeres en edad fértil.

Las principales causas de morbilidad para el Departamento de Pediatría se representan en el cuadro No.8. Aquí podemos observar a las neumonías ocupando el primer lugar, con un 29%, le siguen las diarreas con 22%, las causas no específicas con un 19.4%. En la cuarta casilla encontramos a las infecciones respiratorias agudas, vale la pena mencionar que este tipo de patología se puede resolver en el primer nivel de atención, dejando patologías más complejas para el nivel hospitalario. La quinta posición la ocupa la desnutrición proteico-calórica también con un 2.6%. Este cuadro nos demuestra que aun las enfermedades prevenibles continúan siendo endémicas en nuestra población infantil.

El cuadro No. 9 demuestra la principal morbilidad en el Departamento de Cirugía, aquí encontramos causas desconocidas con un 33%, la hernia inguinal con 9.2%, en tercera posición el dolor abdominal y pélvico también representado con 9.2%, en la cuarta casilla encontramos el dolor abdominal superior con 7.2%: Se debe mencionar que el dolor abdominal incluye varias patologías, y que este fue únicamente el diagnóstico de ingreso, pudiendo terminar en procedimientos quirúrgicos como apendicetomía, colecistectomía, etc. La quinta posición ocupada por heridas por proyectil de arma de fuego con un 6%, representando este último como la violencia esta ocupando las primeras causas de morbilidad en ese municipio.

Las principales causas de morbilidad para el Departamento de Medicina Interna fueron las no especificadas con un 18.1%, la segunda casilla las diarreas con un 13%, neumonías con un 9.3%, diabetes mellitus con un 5.2%, la quinta casilla ocupada por eventos cerebrovasculares representado por un 4.7%. Esto se detalla en el cuadro No. 10 Podemos observar entonces como aun no se ha logrado controlar enfermedades prevenibles, como las diarreas y neumonías a la vez que vemos el incremento de las enfermedades degenerativas en nuestra población rural. (Diabetes Mellitus y Accidentes cerebrovasculares).

La mortalidad general se describen en el cuadro No. 11, aquí la hipertensión ocupó un lugar, asimismo la laringitis obstructiva ó crup, cobrando víctimas en los extremos de la vida, cada una representada por un 50%.

Finalmente el cuadro No. 11 enumera los principales procedimientos realizados en el Hospital Distrital de Joyabaj, en este sentido se observa que la mayoría fueron realizados por el departamento de obstetricia, así encontramos el LIU con un 40.95 por ciento, seguido de las cesáreas con 21.85 por ciento, las hernioplastias en un tercer lugar, con el 12.04 por ciento.

Estos datos demuestran la confianza de la población en someterse a procedimientos quirúrgicos, cumpliendo entonces el hospital con la misión alcanzar a la población mas necesitada brindándole los servicios que su enfermedad amerite. Se pone también de manifiesto que el Hospital Distrital De Joyabaj cumple con las expectativas del Ministerio de Salud Publica al desempeñar adecuadamente su papel de Hospital Distrital.

## 10. CONCLUSIONES

4. El Hospital Nacional de Joyabaj es un Hospital de tipo Distrital con una cobertura hacia la región VII de la república de Guatemala, la principal cobertura la realiza en el municipio de Joyabaj, aunque se incluyen los municipios de Zacualpa, pachalum, canillá . Sus principales causas de morbilidad general fueron las desconocidas ó no especificadas (Considerar mal llenado ó letra ilegible). Parto eutósico simple, las neumonías, diarreas, el dolor abdominal y pélvico. La mortalidad reportada en el presente estudio fue la hipertensión esencial y laringitis obstructiva.
5. Según estándares mínimos obligatorios el Hospital Distrital de Joyabaj posee laboratorio clínico, diagnóstico por imágenes y farmacia interna los cuales ofrecen servicio las 24 horas del día, se abastece de agua debido a una cisterna continua, cuenta con servicio de red pública de energía eléctrica y planta propia para casos de emergencia. Posee 34 camas en total distribuidas así: 8 camas para Ginecobstetricia, 10 camas para Pediatría, 8 camas para Cirugía, y 8 camas para el departamento de Medicina Interna.

Los recursos humanos están distribuidos de la siguiente manera Médicos especialistas 4, Médicos Internos 7, residentes 1, enfermeras profesionales 4, enfermeras auxiliares 25, técnicos de laboratorio 5 , técnico de radiología 4, nutricionista y trabajador social 1 persona, cuenta además con un comité de infecciones nosocomiales. Personal de limpieza 12 personas, lavandería 4, mantenimiento 4 personas, seguridad 4 personas, personal administrativo 15 en total. Se menciona también la cooperación de la Brigada Medica Cubana dentro del Hospital, en las cuatro especialidades básicas. Actualmente en fase de organización.

6. Según características demográficas de los expedientes revisados, se encontró que durante el año 2004 la mayor proporción de pacientes atendidos fueron del sexo femenino, originarias de Joyabaj principalmente, comprendidas entre los 25 y 34 años de edad dedicadas principalmente a oficios domésticos. Con respecto al estado civil de la mayoría de los pacientes eran casadas, y la etnia predominante fue la maya.
7. La información recabada en el presente estudio fue proporcionada al Director del Hospital Distrital de Joyabaj, así como al Sistema Gerencial de Atención en Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, (SIGSA), con el objetivo de proporcionar información veraz y actualizada sobre el sistema de salud hospitalaria, y que sirva de base para ejecutar gestiones en beneficio de la población guatemalteca .



## **10.RECOMENDACIONES**

1. Continuar con el análisis situacional en los demás hospitales del país, con el objeto de establecer la situación real de nuestros hospitales a nivel nacional
2. Mejorar las fuentes de información de los ingresos y egresos de los pacientes en el Hospital Distrital de Joyabaj, con el fin de tener un control más exacto y mas accesible.
3. Proveer al Hospital Distrital de Joyabaj de los recursos necesarios oportunos para cumplir con los estándares mínimos obligatorios que requiere un Hospital Distrital, esto con el fin de mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de los Servicios de Salud.
4. Implementar la base de datos creada durante el presente estudio por el departamento de Estadística del Hospital Distrital de Joyabaj, y que así mismo se le de continuidad en los próximos años.
5. Formular políticas de salud en beneficio del Hospital Distrital de Joyabaj, en base a los recursos y la producción de servicios que actualmente mantiene.



## 11. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Batista Moliner, Dr. Ricardo; et al. Análisis de Situación de Salud: Algunas consideraciones metodológicas y prácticas. Guatemala, septiembre 1999.
2. [endeisss.sa.cv/cursos/guianueve.pdf](http://endeisss.sa.cv/cursos/guianueve.pdf).
3. Información obtenida vía telefónica de los distintos Hospitales en estudio. Marzo 2005.
4. [Lachsr.org/documents/analisisdesituaciónensaluddecostaricaparteIII-es.pdf](http://Lachsr.org/documents/analisisdesituaciónensaluddecostaricaparteIII-es.pdf).
5. MSPAS. Sala Situacional, Guatemala. 2001
6. MSPAS. Dirección General de Salud. UPS III. Guatemala, 2005.
7. MSPAS. Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica. Sistema Integrado de Atención en Salud, Guatemala, 2003.
8. Novaes, Humberto de Moraes. Estandares e indicadores para la acreditación de Hospitales en América Latina y El Caribe, una guía del Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud, Organización Panamericana de la Salud, Organización mundial de la Salud, 1994, Washington,109 p.
9. OMS/OPS. La Sala Situacional: la equidad y la reforma del Sector Salud. 2000
10. OPS. Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios. Sao Paulo. 1990. 636 páginas
11. OPS. Análisis de las Organizaciones de Salud. Madrid. OPS. Serie Paltex, 1987. páginas 7-19
12. Paganini JM, Capote R. Los Sistemas Locales de Salud. Washington, D.C. OPS. 1990. 742 páginas.

13. . Paganini JM, Moraes H. El Hospital Público, Tendencias y Perspectivas. Washington, D.C. OPS. 1994
14. Revista cubana de Medicina General Integral. Volumen 16. Lourdes Borges, Morbilidad intrahospitalaria Cuba 2000.
15. WWW.MSD.ES/OPENCMS/PUBLICACIONES/MANUALES/CAPITULO37  
Varona, José Felipe. Infecciones intrahospitalarias, España 2002.
16. www.PAHO.ORG/SPANISH/GUATEMALA.PDF. Políticas de salud en Guatemala 2002.
17. WWW.paho.org/spanish/sha/be.V21n4.pdf.

## 11. ANEXOS

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

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

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

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

**ANEXO 2**

**Instrumento de Recolección de Datos**

**ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA RED HOSPITALARIA**

No.	INDICA-DOR	OPCIONES	CÓD.
<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	Depto. _____ Municipio _____	
<b>II. DATOS DE INGRESO</b>			
201	<b>Fecha</b>	Día Mes Año No hay dato	99
202	<b>Servicio de destino</b>	Medicina Interna Cirugía Pediatria Gineco-obstetricia Ortopedia-Traumatología Intensivo SOP No hay dato	1 2 3 4 5 6 7 99

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

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

##### 2. Físicos

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

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

3. Control de Residuos:

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

4. Disponibilidad de Agua

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

5. Disponibilidad de Energía Eléctrica

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

B. PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

1. Total de pacientes atendidos

101. Pediatría

- 101.1 Emergencia \_\_\_\_\_
- 101.2 Encamamiento \_\_\_\_\_
- 101.3 Consulta externa \_\_\_\_\_
- 101.4 Sala de operaciones \_\_\_\_\_
- 101.5 Cuidado crítico \_\_\_\_\_

56102. 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

- 1. . camas Gineco-obstetricia \_\_\_\_\_
- 2. No. camas Pediatría \_\_\_\_\_
- 3. No. camas Cirugía \_\_\_\_\_
- 4. No. camas Medicina Interna \_\_\_\_\_