Informe de Gestión Año 2017



Datos Generales del Hospital

Nombre del Hospital: Hospital Nacional de Niños "Benjamín

Bloom"

Dirección: 27 calle Poniente entre Final 25 Avenida

Norte y Boulevard de Los Héroes, San

Salvador.

Teléfono: Dirección.: 2133-3222

Conmutador: 2225-4114 y 2133-3100

Fax: 2133-3223

E-mail: dirección.hnbb@hospitalbloom.gob.sv

planificacion@hospitalbloom.gob.sv



Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldán Director

Filosofía Institucional

Misión

Somos un Hospital público de referencia que brinda atención de salud a la población pediátrica, a través de servicios especializados, con recursos humanos multidisciplinarios, desarrollando una gestión basada en valores que garantizan la satisfacción del usuario.

Visión

Convertirnos en un Hospital público de referencia líder en atención especializada que brinde servicios médicos de avanzada a la población pediátrica, basada en la búsqueda permanente del crecimiento profesional y excelencia científica e investigativa, comprometidos con un sistema de valores que evidencie y garantice la satisfacción del usuario.

En cada niño se debería poner un cartel que diga: "Tratar con cuidado, que contiene sueños"



Nuestros Valores

Accesibilidad	Profesionalismo
Oportunidad	Trabajo en Equipo
Equidad	Eficiencia
Humanismo	Efectividad
Ética	Calidad

Comité Estratégico de Gestión

El Comité Estratégico de Gestión en el Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom", es una estructura gerencial estratégica, conformada por el Director, el Subdirector, los Jefes de División y algunas Unidades Asesoras, cuyo objetivo primordial es conformar un foro de discusión y análisis de aspectos estratégicos de la institución, para apoyar a la Dirección en el proceso de toma de decisiones, y desarrollar una gestión encaminada al logro de los objetivos y cumplimiento de la misión institucional.

Conformación de Comité Estratégico de Gestión

Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldán Director

Dr. Héctor Guillermo Lara Torres Sub director

Dr. Carlos Enrique Carmona Jefe División de Diagnóstico y Apoyo

Dr. Mario Gamero Rosales Jefe División Médica

Dr. Luis Enrique Meléndez Jefe División de Cirugía

Licda. Digna Emérita de Rosa Jefe División de Enfermería

Licda. Elizabeth Medina Jefe División Administrativa

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Jefe Unidad de Planificación

Dr. Saúl Noé Valdez Ávalos Jefe de Unidad de Desarrollo Profesional

Dr. Luis Ernesto Martínez Romero Jefe Unidad Organizativa de la Calidad

Dr. Carlos Enrique Mena Vásquez

Jefe de la Unidad de Epidemiología, Estadística e

Información en Salud

Objetivos del Hospital

Objetivo General

Establecer una administración hospitalaria eficiente que garantice un servicio de salud de calidad y fortalezca el desarrollo institucional.

Objetivos Específicos

- 1. Brindar atención médica especializada con apoyo en la investigación basada en evidencia, avance tecnológico y un sistema de valores, que garanticen la satisfacción del usuario.
- 2. Procurar la satisfacción del usuario externo a través de la asistencia médica adecuada y oportuna en cumplimiento de sus derechos y basado en el sistema de valores institucional.
- 3. Contar con una organización modernizada que promueva mayor eficiencia y eficacia en la gestión de los servicios de salud que brinda, basada en un sistema de valores y en constante búsqueda de la calidad.
- 4. Contar con los recursos financieros que respondan a la oferta de servicios, bajo una administración con transparencia y eficiencia, aplicando mecanismos de monitoreo y evaluación de acuerdo a los controles institucionales y los legalmente establecidos.
- 5. Lograr la eficiencia y eficacia del Recurso Humano, a través de la formación y desarrollo de sus capacidades, basado en un sistema de valores que garantice la búsqueda permanente de la excelencia.
- 6. Lograr que la infraestructura, tecnología de vanguardia, equipamiento e insumos, sean los requeridos para el desarrollo eficiente de la atención de tercer nivel.
- 7. Lograr la eficiencia institucional a través del ordenamiento lógico de los procesos que nos permitan optimizar los recursos y mejorar la calidad de atención.
- 8. Aplicar un sistema de control y seguimiento institucional que garantice el uso óptimo de los recursos en forma transparente y apoyada en la legislación y tecnología actualizada.

Funciones Primordiales

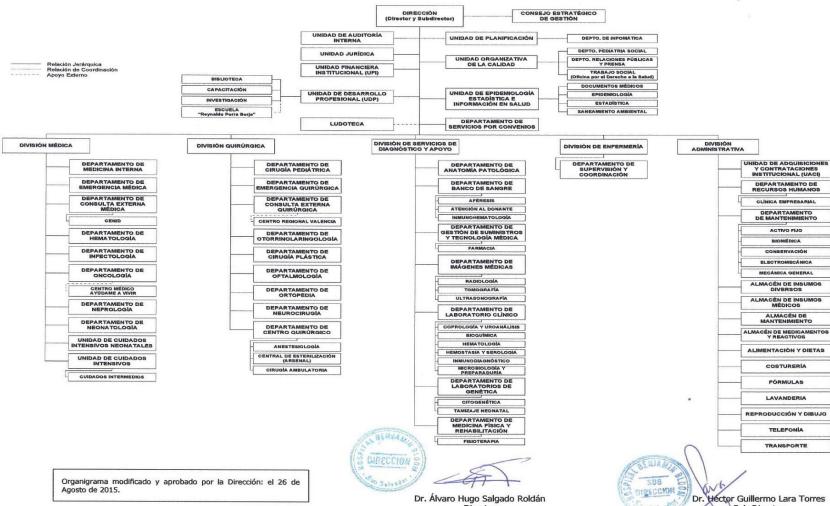
- 1. Proporcionar atención médica pediátrica especializada.
- 2. Promover el cumplimiento de las políticas, misión, objetivos y estrategias generales del Hospital, así como las normas que deberán aplicarse con base a la Reforma Nacional Integral de Salud.
- 3. Establecer mecanismos de control y evaluación de Políticas, Procesos y Procedimientos técnico -administrativos.
- 4. Planificar, Organizar, Dirigir, Coordinar y Evaluar las actividades generales del Hospital.
- 5. Establecer estrategias para la obtención de los recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos que la institución requiera para su funcionamiento.
- 6. Estructurar e integrar a través de la Unidad Organizativa de la Calidad, los comités que requiere la institución para cumplir con las funciones pertinentes.
- 7. Orientar y promover la educación e investigación en salud en beneficio de la población, a través de la Unidad de Desarrollo Profesional.
- 8. Impulsar programas y proyectos tendientes a mejorar la calidad del servicio.

Estructura Organizativa



Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom" Organigrama Institucional





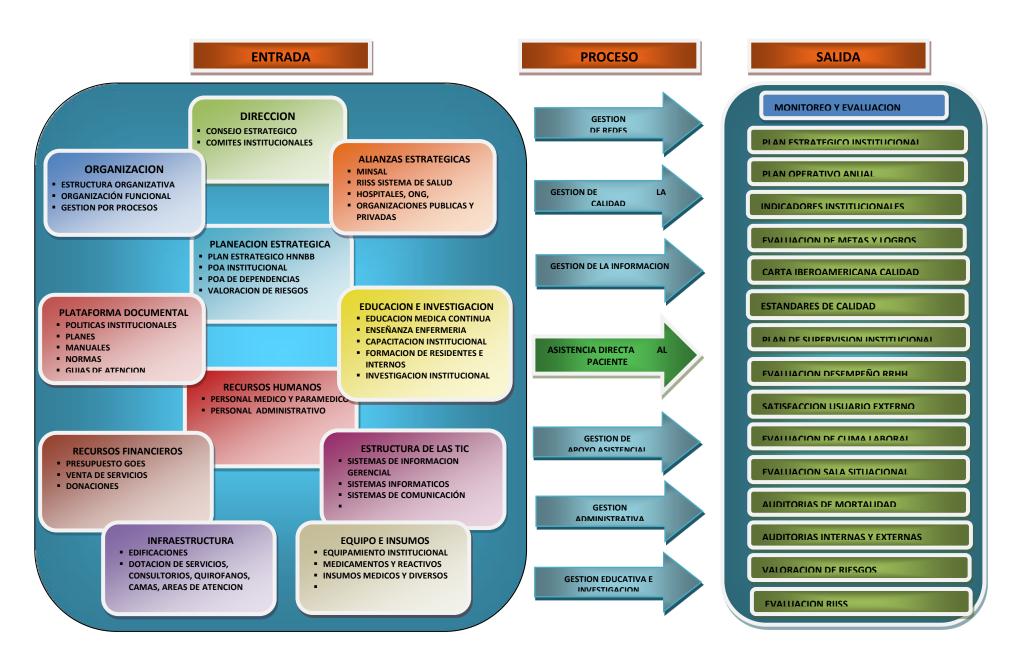
Director

Sub-Director



Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom" Sistema de Gestión HNNBB 2015-2019





Características de la Población Atendida

La población que atiende el Hospital, son pacientes pediátricos los cuales oscilan desde la edad neonatal hasta los 12 años de edad, sin embargo, debido a la necesidad de proporcionar continuidad y mejorar adherencia a ciertos tratamientos especializados, se proporciona atención a pacientes mayores de 12 años con patologías crónicas de difícil manejo, con el propósito de mantener o mejorar su calidad de vida y/o sobrevivencia.

Los servicios en salud, han sufrido variantes, debido a la transición del perfil epidemiológico y demográfico, lo cual ha impactado principalmente en la población pediátrica, principalmente en relación a patologías crónicas no transmisibles, por ejemplo pacientes con problemas renales y hematológicas, que requieren una mayor demanda de atención e insumos, así como patologías relacionadas con aspectos ambientales, y tomando en cuenta que el Hospital es el único centro de referencia infantil, la demanda de atención se vuelve cada vez mayor, aún de patologías que pudieran ser tratadas en otros centros de atención de la red.



A nivel de la región centroamericana, el Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom", es reconocido como un centro de atención pediátrica especializada y de referencia, situación que promueve migración de población usuaria de los servicios de salud tanto de los diversos departamento del país, así como de países centroamericanos vecinos entre los cuales se identifican a Honduras, Guatemala, Nicaragua, Belice y otros.

Estructura y Pirámide Poblacional

La población de responsabilidad del Hospital para el año 2018 se ha calculado en base al proceso proporcionado por la Dirección Regional de Salud, y en base a los datos del Censo de población de la Dirección General de Estadísticas y Censos y el proceso de cálculo de la población de responsabilidad.

Población de Responsabilidad 2018

Edades	Mas	culino	Femenino				
Eudues	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje			
0 a 4 años	110,007	12.5%	105,178	11.9%			
5 a 9 años	112,729	12.8%	107,801	12.2%			
10 a 14 años	121,541	13.8%	116,253	13.2%			
15 a 19 años	105,989	12.0%	102,619	11.6%			
Total	450,266	51.0%	431,851	49.0%			
Total General	882,117						

Fuente: SPME

La población que se ha establecido como población de responsabilidad del HNNBB para el año 2018 es de 882,117 de los cuales tal como se muestra en la tabla anterior el 51.00% es masculino y el 49.00% femenino, en este punto es conveniente recordar que el HNNBB, es un Hospital de Referencia Nacional y por tal motivo se dificulta establecer una población ya que se reciben pacientes de todo el país incluyendo pacientes pediátricos de otros países de Centroamérica.

Redes Integradas e Integrales de los Servicios de Salud (RIISS)

La Reforma de Salud en El Salvador, establece un marco de cambios del Sistema de Salud, cuyo propósito final es fortalecer e integrar todas las entidades del sector, en un medio propicio que promueva servicios de salud de calidad en la población, dentro de un contexto multisectorial, que privilegie la salud y la vida de las personas.



El Hospital Bloom, como parte de la Reforma de Salud, pretende privilegiar la atención de los más necesitados, en nuestro caso, los niños con problemas de salud de mayor complejidad a través de la interacción con las redes de salud.

Como parte de esta red de servicios de atención médica, nuestro hospital, toma el liderazgo en la atención pediátrica, y participa activamente con las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS), propiciando una coordinación efectiva con otras instituciones de la red, donde se evalúan e implementan actividades estratégicas conjuntas para mejorar la condición de salud de la población.

A partir de este trabajo conjunto, han surgido diferentes iniciativas de trabajo, las cuales se han logrado establecer de forma continua y sistemática, donde el personal hospitalario participa activamente de reuniones de trabajo, donde se analiza información estratégica y priorizada, monitoreando los resultados de la actividades de atención directa al paciente en los diferentes niveles de atención, para lograr un resultado integrado e integral de forma participativa.

Entre las actividades más importantes de las establecidas sistemáticamente en RIISS, tenemos las siguientes:

- Reuniones periódicas de Directores de Hospitales, coordinadas por la Dirección de Hospitales.
- Reuniones de la Dirección en la RIISS Nacional.
- Reunión de Epidemiólogos en SIBASI Centro y Región Metropolitana
- Referentes de Hospital en Comité de Referencia y Retorno Nacional.
- Vigilancia Centinela de los Establecimientos de Salud.
- Evaluación de la Mortalidad Materno Infantil.
- Comité de Lactancia Materna Nacional.
- Sala Situacional Ampliada de Región Metropolitana.
- Sala Situacional de SIBASI Centro.
- Evaluación de Coinfección VIH TB Nacional.
- Evaluaciones de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria.

Cada una de estas actividades, desarrolla un programa de reuniones periódicas, con el propósito de recolectar y consolidar información, para luego realizar un análisis causal y poder establecer estrategias efectivas, promoviendo un análisis integral del contexto de salud, desde una perspectiva de Sistema de Salud.

El resultado de estas actividades, va encaminado a mejorar sustancialmente la funcionabilidad operativa de la RIISS, lo que resulta en mejora de la calidad en la atención.

Entre los resultados más importantes que estas actividades tenemos:

- Evaluaciones integrales de los diferentes niveles de atención, a partir de las cuales surgieron planes de mejora en la atención.
- Análisis causal de la mortalidad, estableciendo estrategias para disminuir la misma.
- Mejor coordinación de la Referencia y Retorno de los pacientes entre los diferentes establecimientos.
- Mejor Traslados de Pacientes Críticos.
- Intercambio de recursos importantes como medicamentos, insumos y equipos.
- Formación de habilidades de Recurso Humano.

Muchas de estas actividades incluyen revisión y análisis de morbimortalidad, actividades educativas y de formación del recurso humano.

Dirección Estratégica

La Gestión Estratégica, es vital para cualquier institución, durante el año, se desarrollaron actividades de gerenciales de forma periódica, que sirvieron para tener una perspectiva holística de la institución.

Entre los aspectos más relevantes a considerar están: la Planificación Estratégica, la Dirección y Coordinación Institucional y por supuesto el Monitoreo y Evaluación Institucional.

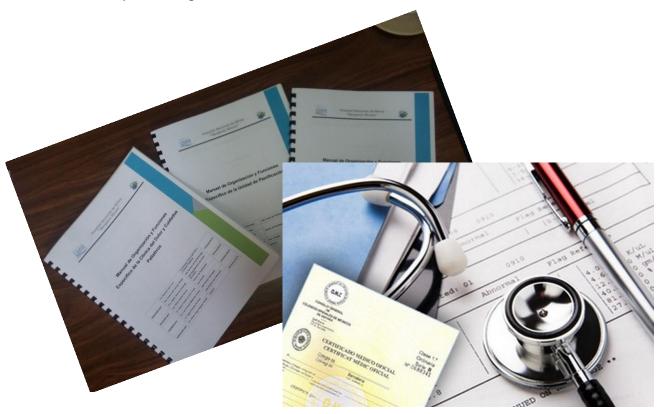
Para lograr dichos objetivos, se implementaron diversas reuniones para coordinar la organización y dirección institucional, tomando en consideración el enfoque al usuario. La organización está encaminada a trabajar en equipo y a la toma de decisiones basada en la evidencia. Para tal fin se implementaron las siguientes actividades:

- Reuniones de Consejo Estratégico de Gestión.
- Sala Situacional del Hospital.
- Elaboración, Monitoreo y Evaluación del Plan Anual Operativo Institucional.
- Reuniones de Entrega y Recepción de Turno Diaria.
- Reuniones para análisis de resultados institucionales: Informes Gerenciales,
 Producción e Indicadores Hospitalarios y de RIISS.
- Revisión de Documentos Normativos Institucionales y de Planificación Estratégica.
- Evaluación Financiera Institucional.
- Monitoreo y Evaluación de Proyectos Estratégicos.
- Evaluación de Morbimortalidad Institucional.

Normalización y Planificación Estratégica y Operativa

Durante el presente año, se continuó con el proceso de actualización de los documentos normativos estratégicos. Estos documentos sirven para planificar, dirigir y evaluar el trabajo institucional, entre los documentos elaborados más importantes, tenemos:

- Elaboración de PAO Institucional 2017 y Evaluación Trimestral del mismo.
- Elaboración de los POA 2017 de las Dependencias y su monitoreo trimestral.
- Evaluación de Valoración de Riesgo 2016 y Elaboración de las Valoraciones de Riesgo de las Dependencias 2017, con su Informe Final.
- Se continúa con el Proyecto de elaboración de Manuales de Procesos de las diferentes dependencias.
- Informe de Avance de Proyectos Institucionales.
- Elaboración de Informe de Gestión 2017.
- Informes Epidemiológicos Nacionales e Institucionales.



Recurso Humano y Desarrollo Profesional

El Recurso Humano, es el tesoro más valioso de una organización, por tanto debe considerarse siempre como un bien facilitador de todas las actividades institucionales. Por tanto requiere un énfasis especial del nivel directriz, para potenciar un desarrollo institucional sostenible. Las personas son los motores de la mejora de calidad en las mismas. En el sector salud, es mucho más importante, ya que los procesos esenciales están relacionados con la atención directa a las personas, es decir, el aspecto relacional es fundamental.

Totales								
Plazas según nombramiento	N° de Empleados	Plazas según nombramiento	N° de Horas					
Total 2017	1,341	1,393	10,008					
Total 2016	1,394	1,411	10,604					

La capacitación de personal, es una estrategia valiosa para las organizaciones, y en la cual se mejoran las competencias técnicas, aptitudinales y actitudinales del personal.

Las capacitaciones son múltiples y de índole multidisciplinarias, donde se utilizan capacitadores internos y externos, que mejoran el desarrollo profesional y humano de nuestro personal.

A continuación se presenta un consolidado de las actividades académicas desarrolladas en la gestión 2017

Años	Actividades Realizadas							
	Capacitaciones	Docencias	Educación en Salud					
2017	526	151	10,449					
2016	411	175	8,416					

Para el cumplimiento del plan de desarrollo del recurso humano, se ha proporcionado 526 actividades de capacitación, 151 actividades de docencia y 10,449 actividades de educación en salud.

Muchas de estas actividades van orientadas a mejorar el conocimiento y habilidades para la atención directa de pacientes, investigación clínica, administración, gestión por procesos y otros.

El bien más importante de cualquier organización es el recurso humano, por eso se apuesta a la formación constante personal, para tal estrategia durante el año 2017, un total de 5,724 personas han recibido capacitación, 2,473 personas han recibido docencia y 79,867 personas han recibido educación en salud.



Por otra parte, el personal del hospital ha impartido 10,449 actividades de orientación y educación a familiares y cuidadores de pacientes, actividades que ayudan a integrar al familiar y/o cuidador en ciclo de recuperación de la salud de los pacientes.

Tecnologías de Información y Comunicación

Infraestructura Informática

Se ha adquirido una infraestructura informática robusta (Red alámbrica e inalámbrica), entre lo más importante a destacar, podemos mencionar:

- Se ha logrado incrementar el parque de computadoras en diferentes unidades clínicas, así como el recambio de algunos equipos administrativos por obsolescencia del mismo.
- Se mantiene un soporte de internet empresarial por donaciones de empresas externas



Sistemas Informáticos

En relación a los sistemas informáticos, tenemos un sistema informático integrado y de gran robustez, cuyo objetivo primordial es optimizar los procesos institucionales, y mejorar la información institucional, tanto interna como integrada a los sistemas del MINSAL, una de las características más importantes es que todos los módulos institucionales están integrados entre sí, lo que nos da la perspectiva de poder cruzar variables. Se ha trabajado principalmente en mecanizar los procesos esenciales del hospital, es decir Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa, además de fortalecer otros sistemas de apoyo como Centro Quirúrgico, Farmacia, Almacenes etc.

En los últimos años, nos hemos enfocado en sentar las bases para tener una información más oportuna y de mejor calidad, para que las jefaturas de los servicios puedan tener a su alcance la información necesaria para poder administrar sus de pendencias de la mejor forma posible, basadas en información y evidencia medible. Por otra parte, se ha estado trabajando en el desarrollo de sistemas, que también apoyen la información requerida para la implementación de Presupuesto por Programas con enfoque a Resultados, que es un requerimiento establecido por el Ministerio de Hacienda para la programación Presupuestaria 2018.



Entre los principales logros tenemos los siguientes:

- Instalación y configuración de servidor de Windows Dominio, DNS, DHCP, AD.
- Capacitación del personal de Informática en MIKROTIK, Windows Server 2012, VMWinare alta disponibilidad de servidores, Antivirus Mcaffee Consola, Switch's Enterasys y DLINK y nuevo Firewalle Soniwalls.
- Implementación de cámaras de video vigilancia para ascensores, además intercomunicadores conectados a la planta VOS/IP para atender problemas de los ascensores al momento de quedar detenidos.
- Elaboración de Módulo de referencias telefónicas para la Emergencia y Elaboración módulo para solicitud de y programación de cirugías y quirófanos del Centro Quirúrgico.

Tele Comunicaciones

- Se le ha continuado con la migración de tecnología Análoga a Telefonía IP, ampliando de infraestructura de red para telefonía IP.
- Divulgación de Información Institucional en el Portal de Transparencia (Ley de Acceso a la Información Pública).
- El Hospital Bloom cuenta con página web www.hospitalbloom.gob.sv, donde el ciudadano puede accesar las noticias, conocer los procesos de atención, horarios, oferta de servicios, temas de interés, políticas, enlaces, etc. que el Hospital Bloom ofrece como plataforma de atención médico-hospitalaria.
- Redes sociales del Hospital Bloom: búsquenos en twiter como @hospitalbloom, en Facebook como Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom", y en YouTube como Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. La población puede hacer uso de las redes sociales para comunicarse con el Hospital Bloom, a fin de externar sus opiniones y/o necesidades sobre tópicos de interés de salud infantil o alguna otra inquietud, la cual será respondida por el equipo de Relaciones Públicas del Hospital, a la brevedad posible.
- A través del portal de transparencia www.salud.gob.sv; Transparencia, el ciudadano podrá conocer el quehacer institucional del Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom", en los procesos de adquisiciones, horarios, directorio, recursos, logros de la gestión, portafolio de servicios, avisos, noticias de interés, etc.

Infraestructura y Equipamiento

En el año 2017, se finalizaron los varios proyectos de Construcción, Remodelación y Equipamiento entre estos los siguientes:

Logros en Infraestructura

	Descripción	Importancia	Fuente de Financiamiento	Costo
1	Remodelación de espacio para la apertura de la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos	Contar con espacio y optimización de recursos, en el manejo adecuado y oportuno de pacientes que reciben atención continua en su post quirúrgico inmediato.	Fundación Latidos de Esperanza, Rotary International y Otras Entidades nacionales e internacionales	\$200,000.00
		TOTAL		\$200,000.00

Logros en Equipamiento

	Descripción	Importancia	Fuente de Financiamiento	Costo
1	Proyecto Adquisición y Puesta en marcha de un Equipo de Climatización CHILLER en sustitución.	Sustitución de uno de los equipos de climatización central, que permite asegurar el suministro de climatización, para áreas críticas como Quirófanos, Unidades de Cuidados Intensivos, Arsenal, Patología, Alimentación, Formulas, etc., donde los pacientes por su condición crítica demandan mejoras en la calidad del suministro.	GOES	\$ 497,153.68
2	Proyecto Adquisición y Puesta en Marcha de dos Calderas en sustitución	Se sustituyen las dos calderas que por obsolescencia y vida útil dejan de funcionar. Con los nuevos equipos se asegura el suministro de vapor de mejor calidad en forma continua, para áreas que lo requieren como Alimentación, Arsenal, Fórmulas Lácteas, Lavandería, y otros, que son servicios de apoyo para la atención de pacientes.	GOES	\$202,580.00
3	Proyecto Adquisición y Puesta en Marcha de Generador de Aire Comprimido Médico en sustitución.	Mejora la calidad de aire médico, generando confianza en su pureza y coadyuvando esfuerzos en la mejora de la salud de pacientes en áreas como Anestesiología, Quirófanos y todos los servicios de Internación donde se requiera.	Fundación Benjamín Bloom	\$73,000.00
	i: LOGROS HNNBB 2017 PARA MINSAL F	TOTAL		\$772,733.68

FilePlani: LOGROS HNNBB 2017 PARA MINSAL FEBRERO 2018 (27022018

Además existe inversión en equipamiento para las diferentes áreas de atención, como son Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización, Quirófanos y otras áreas de atención especializada.

Gestión de la Calidad

Durante el 2016, se han desarrollado una serie de estrategias de gestión de la calidad, con el propósito de impulsar la mejora continua de la calidad en la atención institucional.

Entre las actividades más relevantes tenemos las siguientes:

I. Carta Iberoamericana de la Calidad

Por cuarto año consecutivo, se ha realizado la evaluación institucional, a través de la Carta Iberoamericana de la Calidad, este es un instrumento de autoevaluación, basado en el Modelo Iberoamericano de la Calidad, siendo además un marco de referencia que posibilita el desarrollo de procesos de reforma en la Administración Pública iberoamericana mediante el uso de técnicas y herramientas de gestión de calidad en el sector público.

Esta herramienta, es aprobada por la X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado, por países de Iberoamérica, realizada en El Salvador en junio de 2008.

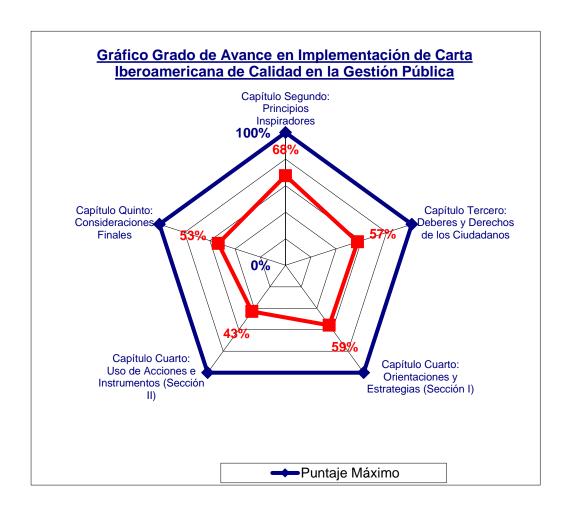
La Carta Iberoamericana tiene la siguiente estructura:

- El Capítulo Primero: Objetivos fundamentales de la Carta.
- El Capítulo Segundo: Principios inspiradores de una gestión pública de calidad.
- El Capítulo Tercero: Derechos y deberes de la ciudadanía para una gestión pública de calidad.
- El Capítulo Cuarto: Ejes y orientaciones estratégicas, y aplicación de diversas acciones e instrumentos para lograr una gestión pública de calidad centrada en la ciudadanía.
- El Capítulo Quinto: Consideraciones finales para la optimización en el desarrollo de las orientaciones, acciones e instrumentos de calidad propuestos.

Nuestro hospital, inicio la implementación a partir del año 2012 hasta la fecha, obteniendo la evaluación siguiente en el tiempo:

Años	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Puntaje alcanzado	413	313	374	414	440	426
Porcentaje de Implementación	50%	38%	46%	50%	54%	52%

Puntaje Máximo: 820 Puntos



En el gráfico de red anterior se observa los resultados de la autoevaluación del año 2017, donde observamos el avance en los diferentes capítulos

II. Estándares de Calidad

Nuestro hospital lleva un control mensual de los Estándares de Calidad establecidos por el MINSAL, para evaluar algunos indicadores de proceso de los centros hospitalarios.



Se han mantenido buenos resultados en la evaluación de los estándares de calidad

III. INFOCA

Se ayuda a los usuarios a resolver las dificultades que se tienen en el transcurso de las diferentes atenciones. Asimismo orienta a los usuarios sobre los servicios que el hospital proporciona y su ubicación. El Hospital mantiene señalización y nomenclatura interna a fin de orientar a los usuarios en los destinos de la atención Se cuenta con tres estaciones, una ubicada a la entrada principal de la entrada principal del edificio torre, en la entrada de la Unidad de Emergencia, y en nuevo edificio de Consulta Externa en el área del Anexo.

IV. ODS

la Oficina por el Derecho a la Salud, con el propósito de consolidar la norma de Atención de Quejas y Reclamaciones, donde se atienden en forma personalizada, las diferentes expresiones de insatisfacción y el usuario puede externar en papel impreso o verbal, y a discreción del usuario el anonimato, su comentario o solicitud de ayuda de un evento particular.

Bajo normativa se procesa la información y se le da seguimiento a fin de dar respuesta a los usuarios. Se mantiene un control escrito sobre las quejas y reclamaciones con el seguimiento y respuesta debida, y se comunica a los solicitantes respectivos.

El Hospital cuenta además con buzones, donde los usuarios del hospital pueden expresar su opiniones, quejas, recomendaciones o felicitaciones por el servicio prestado, estos buzones son abiertos por un representante del foro de la salud, en compañía de representantes del Comité de

Posteriormente, lo expresado por los usuarios es analizado conjuntamente y se le da el proceso correspondiente. Con esta estrategia se ha logrado mejorar la atención

V. Comités Institucionales

Otro de los componentes de la Gestión de la Calidad para nuestra institución, es el trabajo realizado con los diferentes Comités Institucionales, estos son equipos de mejora de condición permanente:

- 1. Comité de Salud y Seguridad Ocupacional
- 2. Comité de Mortalidad
- 3. Comité de Farmacoterapia
- 4. Comité de Auditoría del Desempeño Médico, Quirúrgico y de Enfermería
- 5. Comité de Evaluación Quirúrgica
- 6. Comité de Gestión Ambiental
- 7. Comité de Emergencia y Desastres
- 8. Comité de Referencia y Retorno
- 9. Comité de Ética de Investigación
- 10. Comité de Atención Integral del Adolescente
- 11. Comité de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria
- 12. Comité de Bioética
- 13. Comité de Medicina Transfusional
- 14. Comité de Lactancia Materna
- 15. Comité de Eficiencia Energética
- 16. Oficina por el Derecho a la Salud

VI. Proyectos de Mejora

Se ha realizado monitoreo de los proyectos en el año 2017, entre los principales se encuentran

- Abordaje a las determinantes del abandono terapéutico de pacientes pediátricos diagnosticados con cáncer en el Departamento de Oncología Pediátrica. (En Ejecución).
- Disminución de reingresos de pacientes con patología renal. (En Ejecución).
- Disminución de reingresos de pacientes con coagulopatias para administración de factores de coagulación. (Ejecución Parcial).
- Mejor adherencia del tratamiento antirretroviral en niños con VIH atendidos en el centro de excelencia para niños con inmunodeficiencia (CENID).
- Plan de intervención alimentaria nutricional para los pacientes de VIH.
- Implantación del Programa plan de vida en adolescentes que viven con VIH.
- Albergue hospitalario. Finalizado
- Disminución de tiempos de consulta por primera vez de las Especialidades Pediátricas. Consulta Externa (aún en fase de elaboración pero avanzada).

VII. Evaluación de la Satisfacción del Usuario

Uno de los factores importantes a medir para garantizar la calidad de la atención es la satisfacción de los usuarios, la cual en el Hospital se ha definido que se realiza dicha medición una vez al año, con el objetivo de recoger insumos necesarios que permitan establecer estrategias de mejora y avanzar en la calidad de atención. Se realiza una encuesta de satisfacción, que va dirigida a determinar el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios asistenciales, durante el 2017 se realizaron 2 evaluaciones de satisfacción, con resultados mayores al 90% de satisfacción de la atención recibida



Jornadas Medico Quirúrgicas

El Hospital desarrolla desde hace ya varios años, diferentes jornadas medico quirúrgicas, con el objetivo de agilizar y mejorar la atención de los pacientes con patologías quirúrgicas de las distintas especialidades, para este objetivo tiene dos modalidades de jornadas:

Anualmente existe una programación de jornadas medico quirúrgicas en el hospital. Se tienen jornadas nacionales es decir con personal de nuestro hospital y además jornadas internacionales, en las cuales especialistas de diferentes países, comparten con nuestros especialistas conocimientos y nuevas técnicas quirúrgicas, beneficiando a los pacientes con patologías de gran complejidad, logrando una simbiosis entre los médicos nacionales e internacionales.

Especialidad de la Jornada	Número de Jornadas	Pacientes Operados
Jornada Internacional de Cirugía Plástica Pediátrica	3	45
Jornada Internacional de Otorrinolaringología	1	9
Jornada Internacional de Urología	1	14
Jornada Internacional de Cirugía Cardiovascular	3	41
Jornada Internacional de Ortopedia	2	40
Jornada Local de Cirugía Cardiovascular	3	15
Jornada Local De Oftalmología	1	37

Durante este año se realizaron, 10 Jornadas médico quirúrgicas internacionales y 2 local, que aportaron beneficios para 201 pacientes.

Monitoreo y Evaluación Institucional

El hospital de Niños Benjamín Bloom, ha construido un Sistema de Monitoreo y Evaluación institucional, a partir de una serie de herramientas, que le permiten verificar el cumplimiento de planes, metas, estándares y otros elementos necesarios para determinar el rumbo de la institución.

El cuadro siguiente muestra las herramientas anuales de evaluación más importantes

Sistema de Monitoreo y Evaluación Institucional								
Herramientas de Monitoreo y Evaluación	Periodo de							
nerramientas de Monitoreo y Evaluación	Evaluación							
Reuniones de Consejo Estratégico de Gestión	Quincenal							
Plan Operativo Anual Institucional	Trimestral							
Plan Operativo Anual de las Dependencias	Trimestral							
Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria	Mensual							
Evaluación de Metas de Producción	Mensual							
Evaluación de Estándares de la Calidad	Mensual							
Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	Anual							
Plan de Supervisión de Dependencias	Quincenal							
Evaluación de desempeño del RRHH	Semestral							
Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo	Mensual							
Sala Situacional	Quincenal							
Auditorias de Mortalidad y Morbilidad	Mensual							
Evaluación de Valoración de Riesgos	Anual							
Auditorías Internas	Según Programación							
Auditorías Externas MINSAL	A Demanda							
Entrega de Turno	Diario							
Informe de Gestión Institucional	Anual							
Otras Auditorías Externas (Corte de Cuentas, Hacienda, Medio Ambiente etc.)	Libre Demanda							



Sala Situacional

Esta es una herramienta de monitoreo estratégico, cuyo propósito es tener un foro de discusión flexible y sistemático que permita el análisis de la situación de salud de diferentes áreas hospitalarias de <u>facilitando la toma de decisiones</u>

.

Plan de Supervisión de las Dependencias





Supervisiones las Dependencias

Este monitoreo es realizado por miembros del Comité de Gestión Hospitalaria, y tiene varios propósitos de gran importancia, entre ellos acercar la alta gerencia con las dependencias, identificar conjuntamente áreas de mejora, establecer causalidades, identificar problemas que las dependencias no pueden resolver por sí solas, establecer acuerdos conjuntos y planes de mejora para solucionar las debilidades encontradas. Se utiliza, una herramienta de monitoreo de campo, el cual verifica el cumplimiento de algunos aspectos fundamentales de las dependencias, como son: Limpieza, Orden, Procesos, Normativas, Expediente Clínico, Información Estadística, Sistemas Informáticos, Plataforma Documental entre otros..

La Supervisión se realiza un día determinado, según una programación preestablecido, se verifican con evidencia los aspectos requeridos con una herramienta de verificación y se establecen los acuerdos. Se le da una puntuación según se la supervisión realizada, la cual se retorna a la jefatura de servicio respectiva, para que posteriormente presente a la Unidad Organizativa de la Calidad, el plan de mejora correspondiente, el cual se le dará seguimiento en el tiempo

Resultados Asistenciales

La Implementación de los diferentes sistemas informáticos, tanto ministeriales, como locales, han permitido al hospital lograr un gran avance en mejorar la captación, procesamiento y consolidación de la información operativa y gerencial, que apoya a los diferentes niveles, a retroalimentarse de la información que ellos mismos generan, para lograr mejorar la atención en nuestros pacientes.

Resultados de Hospitalización

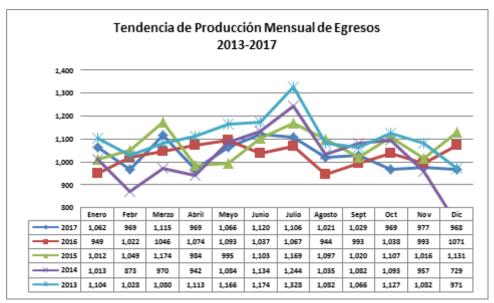
	Tendencia de Producción de Egresos Anuales 2013 - 2017												
Año s	Ene	Feb	Mrz	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
2017	1,062	969	1,115	969	1,066	1,120	1,106	1,021	1,029	969	998	969	12,371
2016	949	1,022	1.046	1,074	1,093	1,037	1,067	944	993	1,038	993	1,071	12,327
2015	1,012	1,049	1,174	984	995	1,103	1,169	1,097	1,020	1,107	1,016	1,131	12,857
2014	1,013	873	970	942	1,084	1,134	1,244	1,035	1,082	1,093	957	729	12,156
2013	1,104	1,028	1,080	1,113	1,166	1,174	1,328	1,082	1,066	1,127	1,082	971	13,371



Unidad de Epidemiologia, Estadística e Información en Salud

En relación a la producción de egresos presentados en el gráfico anterior, podemos apreciar que en términos generales, tenemos un total de egresos anuales de 12,371 pacientes, con un promedio de 1,030 egresos por mes.

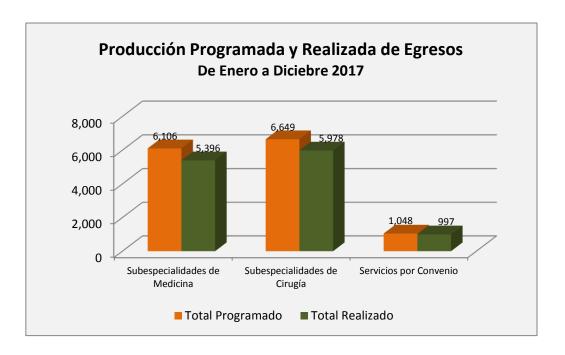
La tendencia de los egresos en el transcurso de los años a partir del 2013 ha sido a la disminución, con excepción del año 2015 que se incrementó por problemas epidémicos, y para el 2016 se observó nuevamente una disminución, no tan marcada como la que se estaba teniendo pero igualmente importante, en la relación 2016 y 2017, la tendencia es a mantener una meseta, es decir se ha mantenido la proporción de egresos hospitalarios.



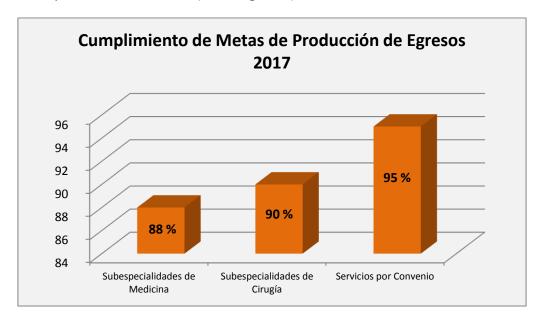
Podemos observar en el grafico anterior que las tendencias en cuanto a la producción de egresos por mes durante cada año, guarda una tendencia similar en todos los años, que por supuesto se relaciona con los perfiles de consulta a través de los años y estos perfiles se modifican por factores externos, como brotes, epidemias, cambios climáticos, estaciones etc.

Cumplimiento de Metas de Hospitalización por Especialidades Generales

La producción de egresos, es evaluada también a través del cumplimiento de metas por las dos grandes especialidades, Medicina Pediátrica y Cirugía Pediátrica.



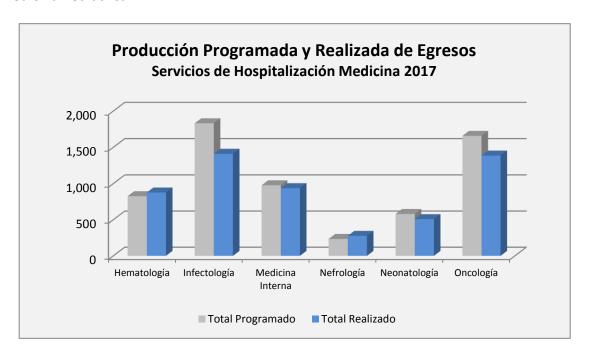
El número de egresos, es 582 egresos más en las especialidades quirúrgicas (5,978 egresos), que en las especialidades médicas (5,396 egresos).



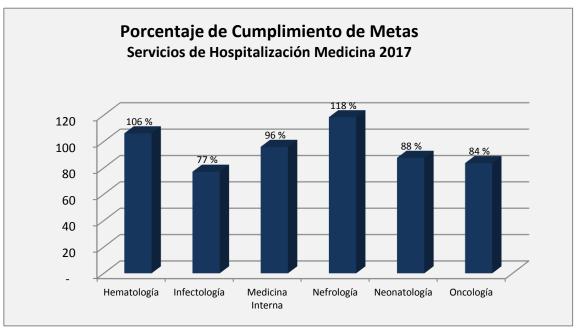
En relación al cumplimiento de las metas de egresos por especialidades generales, hay un promedio de cumplimiento arriba del 85% de la meta establecida, siendo casi similar en ambas especialidades, existiendo un cumplimiento levemente mayor los servicios de Cirugía.

Cumplimiento de Metas por Servicio

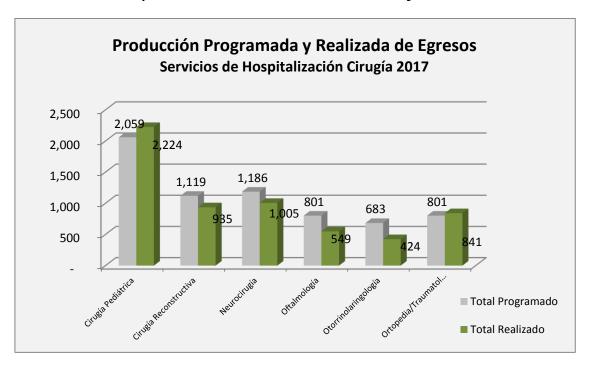
La próxima gráfica, muestra el cumplimiento de metas de los servicios de hospitalización de Medicina Pediátrica.



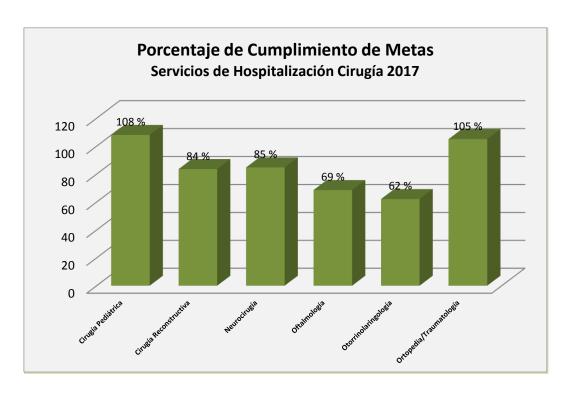
Medicina Interna y Oncología son los servicios que egresaron más pacientes 1,409 egresos y 1,385 respectivamente.



En relación al cumplimiento de metas por parte de los servicios de hospitalización de medicina pediátrica, todos los servicios cumplieron por arriba del 85% de cumplimiento de metas, que es el estándar establecido.



El grafico anterior, nos muestra a Cirugía Pediátrica y Neurocirugía son los que generaron más egresos, 2,224 y 1,005 egresos respectivamente.



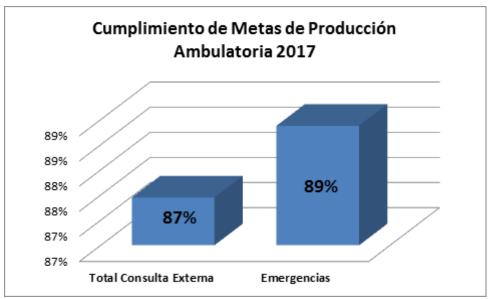
El grafico muestra que 3 de los servicios cumplieron con el estándar del 85% de cumplimiento de la meta programada.

Resultados de la Atención Ambulatoria

La producción ambulatoria, tienen varios componentes que considerar, entre los principales son la producción de Consulta Externa y la de Emergencia, el grafico siguiente muestra esa relación.



Observamos que existe una disminución de las consultas realizadas en relación a las programadas en la Consulta Externa, considerando como causal algunos elementos tales como, inasistencia del paciente a su consulta, ya sea por problemas del trabajo, factores económicos u otros, por inasistencia del médico por diferentes motivos, como enfermedad, atención de pacientes en otras áreas etc.



cumplimiento de las metas de producción ambulatoria, a pesar algunos de los factores descritos, podrían considerarse como satisfactorias, ya que están arriba de la meta establecida, es decir arriba del 85% de cumplimiento. Recordando que en el caso de las

Εl

Emergencias, están son solo un estimado, porque la atención es a libre demanda, y es más una proyección histórica.

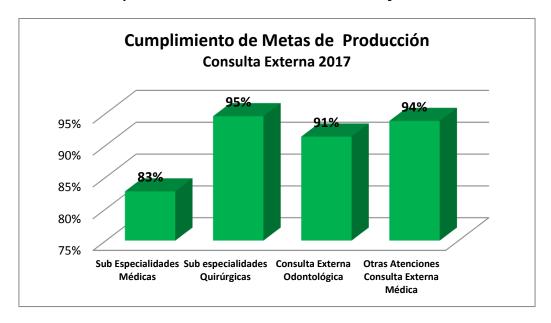
Resultados de Consulta Externa

La grafica siguiente, describe la tendencia de la producción de la Consulta Externa en los últimos 8 años, como podemos observar, existe una franca disminución de la producción que se evidencia principalmente entre el año 2012 y el 2013, esto debido a un fortalecimiento del I y II nivel de atención, que logro marcar esa tendencia.



Podemos observar una tendencia a disminución de la producción de la Consulta Externa, mucho más marcada de años 2015 al 2017. La tendencia permanente de descentralizar las atenciones que no corresponden a un tercer nivel, pueden ser la causa de esta disminución en forma progresiva, además de problemas

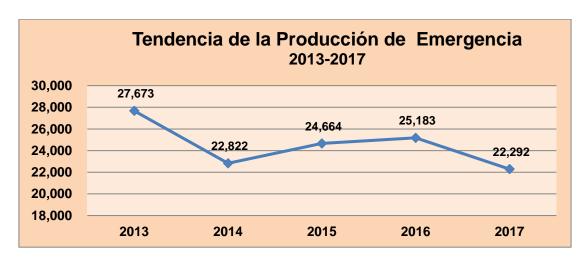




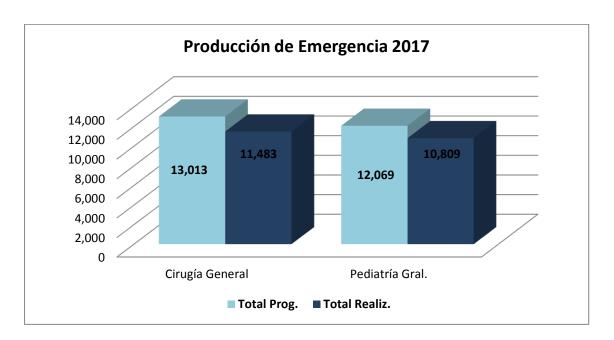
Este grafico nos muestra la relación de Meta con la Producción obtenida durante el 2017, diferenciada en los grandes grupos de consultas de las Especialidades de Medicina, Cirugía, Odontología y Otras Atenciones. En general existe un adecuado cumplimiento de las metas de la Consulta Externa, más sin embargo en este año, el porcentaje de cumplimiento de las subespecialidades medicas ha disminuido a un 83%, debido a algunas incapacidades largas de algunos médicos y la renuncia de otros, sin que se haya podido cubrir las plazas, pero principalmente, por la producción de Fisiatría, que a pesar que se ha dado la consulta, por aspectos administrativos no se ha reportado, lo que causa una dilución de la información global.

Por el contrario las Especialidades Quirúrgicas, Odontológicas y otras atenciones de la Consulta Externa se mantuvieron arriba del 90% de cumplimiento.

Resultados de la Atención en Emergencia



Esta grafica muestra la producción de 5 años de consultas en Emergencia, tanto médica como quirúrgica, donde se observa una tendencia a la disminución del 2013 al 2014, pero posteriormente, se dio un incremento de 2015 al 2016, pero que para el 2017, ha presentado de nuevo la tendencia a disminuir.



La producción de Emergencia en el año 2017 fue de 22,292 consultas, es decir un promedio de 1,857 consultas por mes. Levemente superior la consulta quirúrgica (11,483) que la pediátrica (10,809), esto solo nos muestra el perfil de la consulta. La tendencia se mantiene, aunque por análisis epidemiológicos, existe una tendencia a evaluar pacientes con mayor gravedad.

Indicadores Institucionales

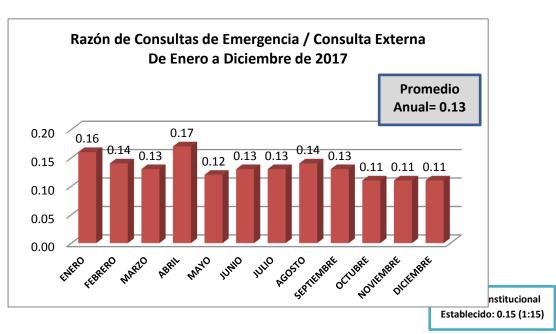
El Monitoreo y Evaluación Institucional, en general está fundamentado en los diferentes Indicadores de Gestión, hay una gran cantidad de indicadores, pero para consideración de este documento se presentan los más relevantes. La mayoría de estos indicadores, tiene como base de información para su cálculo, los sistemas informáticos hospitalarios, los cuales nos proporcionan una información específica y sumamente valiosa para la buena gestión hospitalaria.

Indicadores de Emergencia

Es importante mencionar que, la construcción de datos para los indicadores ha sido posible porque en la Emergencia, se cuenta con sistema informático el cual permite documentar las variables necesarias en el proceso de atención.

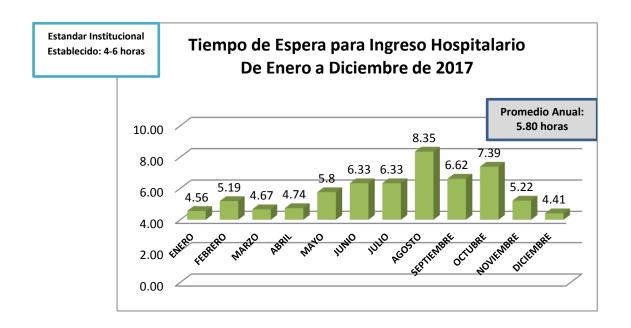
Relación de Consultas de Emergencia y Consulta Externa.

Dentro de estos indicadores esta la revisión de la razón de consultas de Emergencia en relación a las de Consulta Externa. El resultado del año 2017, está dentro del estándar establecido al interior del Hospital, que fue de **0.13**, lo cual significa que por cada consulta de Emergencia atendida se han realizado 13 consultas de Consulta Externa Especializada.



Tiempo de Espera para el Ingreso Hospitalario.

Otro de los indicadores de Emergencia es el Tiempo de Espera para ingreso hospitalario, el estándar de este indicador es de 4 a 6 horas y el resultado promedio anual obtenido en el Hospital es de **5.80 hrs.**, lo cual significa que está dentro del estándar establecido, aunque en el límite máximo superior.

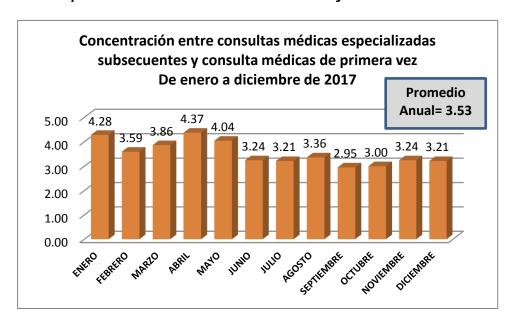


Indicadores de Consulta Externa

Para evaluar el funcionamiento de la Consulta Externa se han establecido los siguientes indicadores:

Concentración entre consultas médicas subsecuentes y de primera vez.

El promedio anual de consultas por consultorio en el Hospital ha sido de **3.523**, este resultado indica que se están atendiendo en promedio de 3 y medio de pacientes subsecuentes por uno de primera vez, y el estándar esta entre 2 y 4 pacientes. El resultado del Hospital es aceptable dado que los pacientes que se atienden en varias especialidades son pacientes crónicos que tienen una alta rotación de controles en contraposición a pacientes de algunas especialidades, en los cuales su padecimiento se resuelve rápidamente, y no necesitan mayor seguimiento, o son derivadas otro nivel de atención.



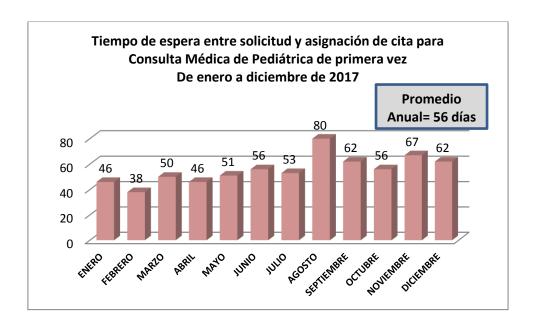
Promedio diario de consultas por consultorio

El valor establecido para este estándar por el MINSAL, es de 21-28 consultas por consultorio, el resultado promedio anual en nuestro Hospital ha sido de 21 consultas, es decir estamos en el rango esperado. Efectivamente en el Hospital, el promedio la ocupación de los consultorios ha sido de 5.8 horas, ya que no se cuentas con los recursos humanos necesarios para dar cobertura las 8 horas del día.



 Tiempo de Espera entre solicitud y asignación de citas para consultas médicas de primera vez.

El Tiempo de Espera anual resultante fue de **56** días, lo cual denota que el promedio institucional, está arriba del rango, por 6 días, ya que el estándar establecido es de 50 días. Es necesario al interior del Hospital, realizar una revisión de los tiempos de espera por especialidad, ya que las desviaciones encontradas requieren análisis más específico, para poder definir las acciones de mejora y dar respuesta a las necesidades los usuarios de cada especialidad.



Indicadores de Hospitalización

En general los indicadores de hospitalización muestran la eficiencia en el uso de las camas de internamiento, los índices principales que se evalúan son:

- Porcentaje de Ocupación.
- Giro de Cama
- Estancia Hospitalaria.
- Índice de Sustitución.

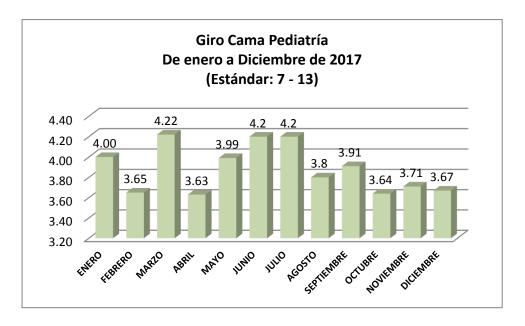
Cada uno de estos indicadores, tienen que analizarse integralmente y en relación a los resultados de los otros índices.



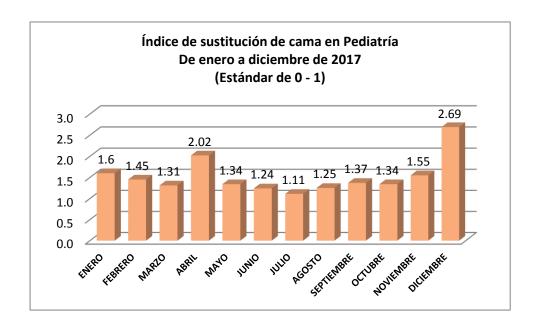
El grafico nos muestra el promedio de Días de Estancia Hospitalaria por mes, rango que oscila entre 6.7 y 10.8 días de estancia, con un promedio mensual de **7.6 días.** Este indicador está dentro del rango esperado, entre 7 y 9 días para un hospital de especialidades pediátricas.



Se nos muestra en el grafico anterior, que el Promedio Mensual del Porcentaje de Ocupación en el año es de **81%**. Este indicador está levemente por debajo del rango esperado, que es mayor de 85% de ocupación.



Con relación al Indicador de Hospitalización denominado Giro de Cama, tenemos un promedio mensual de 3.89 de Giro de Cama, que también se encuentra en los rangos históricos establecidos por el hospital.



En lo que respecta al índice de sustitución, el cual implica el tiempo promedio, en días o fracción de días, que dura desocupada una cama, entre un ingreso y otro. Es este caso está arriba del estándar que es 1, ya que se reporta un índice de 1.52 aproximadamente, es decir mayor de lo esperado.

Indicadores Quirúrgicos

La producción quirúrgica a pesar de que en algunos meses se vio afectada por desperfectos en el sistema de aire acondicionado, se ha alcanzado la meta establecida y estos resultados y la gestión del funcionamiento de la actividad quirúrgica han dado como resultado, los datos de los indicadores de cirugía que mostramos a continuación:

Actividad Quirúrgica 2017





Podemos observar que en general se ha cumplido un porcentaje significativo en cuanto a las metas programadas de cirugía, tanto las electivas ambulatorias, y las de emergencia para hospitalización y ambulatorias, tienen porcentajes de cumplimiento aceptables, mas sin

embargo se tiene un cumplimiento de un 73% de las Cirugías Electivas que requieren hospitalización, en este caso, el cumplimiento es muy bajo, y está relacionado precisamente a que durante este año, solo se está elaborando con 7 quirófanos, ya que los 4 restantes, no tienen personal de enfermería y anestesia, para poder cubrir su funcionamiento.

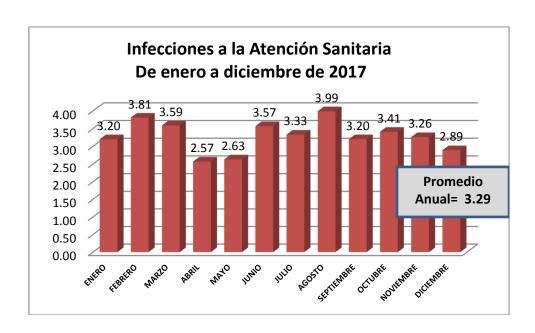
Indicadores Epidemiológicos

Se evidencia que las tasas promedios de Mortalidad Bruta y Neta se han mantenido en los últimos años con leve aumento, pero está en relación a la mayor gravedad y cronicidad de los pacientes referidos, mucha de la mortalidad está basada en pacientes menores de 1 año, pero principalmente en el periodo neonatal. Existe una relación directa con el incremento de pacientes prematuros y con malformaciones congénitas graves y sepsis, el poder lograr una reducción de este indicador, está supeditado al funcionamiento de la Red Hospitalaria del país.

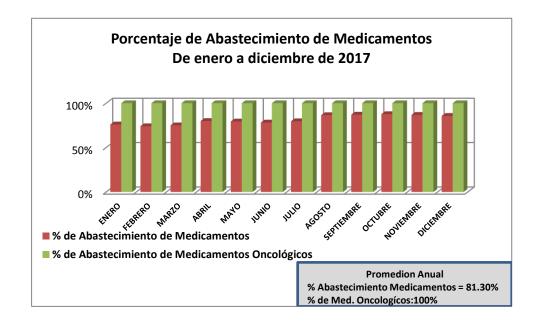




En general la mortalidad Bruta está por debajo de lo establecido que es de 4%, y nuestro promedio anda por 3.47%, pero la mortalidad neta, anda por 2.38%, cuando debería ser menor de 2%.



En cuanto a las infecciones de la atención sanitaria, se tiene un promedio anual de 3.29, un poco más alto de lo previsto, que fue de 3.



En el caso del abastecimiento de medicamentos en el año 2017, se mantuvo un porcentaje de abastecimiento del 81.3 % de los medicamentos en general y del 100% en el caso de los medicamentos oncológicos.

Dificultades en la Gestión

Los principales problemas de la gestión 2017, siguen siendo los siguientes:



- limitaciones Financieras
- Factores Actitudinales
- Sobredemanda de Servicios de Especialización con Elevado Costo.
- Incremento de Pacientes Crónicos

Nuestros Retos

- Lograr sostenibilidad financiera.
- Fortalecimiento de la cultura de la calidad y mejora continua.
- Fortalecer el proceso de integración con la RIISS (Redes integradas e integrales de los servicios de salud).
- Reducir el tiempo de espera de citas para la Consulta y Cirugías.
- Implementar políticas institucionales que nos permitan proporcionar atención médica eficiente.
- Lograr el abastecimiento oportuno de los insumos para la atención médica.
- Completar el proceso de descentralización de atenciones.