



Ministerio de Salud
Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL
2019

Fecha de Aprobación en el HNNBB:

31 de enero de 2019

Fecha de aprobación del Ministerio de Salud:

26 de febrero de 2019

FICHA CATALOGRÁFICA.

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de este documento, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”, puede ser consultada a través de: www.hospitalbloom.gob.sv

Edición y Distribución.

Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”

Final 25 ave. Norte y Boulevard de Los Héroes, San Salvador.

Teléfono: 2225- 4114 ó 2133-3100

Página oficial: www.hospitalbloom.gob.sv

[Plan Anual Operativo 2019](#)

Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”

San Salvador, El Salvador, C.A.

AUTORIDADES



Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldan
Director del HNNBB



Dr. Héctor Guillermo Lara Torres
Sub director



Vo. Bo. Dr. Luis Orestes Estrada Parada
Coordinador Nacional de Hospitales de Tercer Nivel
Viceministerio de Servicios de Salud

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

Nombre del Director: Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldán

Nombre del Sub Director: Dr. Héctor Guillermo Lara Torres

INDICE

	CONTENIDO	PAGINAS
I.	Introducción	5
II.	Características de Organización y Funcionamiento	6
	1. Misión del Hospital	6
	2. Visión Hospital	6
	3. Objetivos del Hospital	6
	4. Estructura Organizativa - Organigrama	8
III.	Diagnóstico Situacional	9
	1. Análisis de la Demanda de Salud	9
	A. Características de la Población	9
	a. Estructura y Pirámide Poblacional	12
	B. Situación de Salud	14
	a. Tendencias de la Producción Primaria	14
	b. Análisis de Morbilidad y Mortalidad	17
	c. Enfermedades Transmisibles	19
	d. Zoonosis	20
	e. Enfermedades Crónicas No Transmisibles	20
	f. Lesiones de Causa Externa	21
	g. Tiempos de Espera	21
	2. Análisis de la Oferta de Salud	23
	A. Capacidad Instalada	23
	B. Análisis de Capacidad Residual	25
	C. Recursos Humanos	27
	D. Equipamiento de los Servicios	28
	E. Condiciones de la Planta Física	29
	F. Sistemas Informáticos y Comunicaciones	32
	G. Camas Hospitalarias	33
	H. Oferta de Servicios	35
	I. Situación Financiera	36
	J. Gestión de la Calidad	37
	3. Análisis del Cumplimiento de Metas y PAOI 2018.	38
	4. Análisis de Resultados de los Indicadores 2018	43
	5. Identificación de Problemas y/o Necesidades	45
	a. Problemas de Demanda (Problemas Sanitarios)	45
	b. Problemas de Oferta	45
	c. Problemas de Gestión	45
	d. Análisis FODA	46
	e. Priorización de Problemas	48
IV.	Objetivos Generales del Plan Anual Operativo 2019	54
V.	Programación Operativa 2019	54
VI.	Programación de Actividades 2019	59
VII.	Programación de Resultados Esperados de los Indicadores 2019	69
VIII.	Posibles Obstáculos para alcanzar las Metas Esperadas	69

I. Introducción

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, cumpliendo con las disposiciones legales y normativas emanadas por el Ministerio de Salud, y apegados al Plan de Desarrollo del Gobierno, Plan Anual Operativos del MINSAL, la Planificación Estratégica Institucional, y atendiendo las recomendaciones de la Coordinación Nacional de Hospitales de Tercer Nivel, realiza y presenta su Plan Operativo Anual Institucional 2019 (POAI 2019).

El PAOI 2019, es un documento de gestión administrativa de corto plazo, en el cual se consolidan las actividades prioritarias de la institución, y que permite definir los resultados esperados y establecer las acciones que permitan alcanzar los objetivos institucionales, los cuales son evaluados a través de indicadores, que muestran el nivel de logro alcanzado por la institución. Además, es un instrumento en el cual se integran las acciones y tareas necesarias, que la Institución se compromete a ejecutar para cumplir las metas institucionales programadas, así como la oportunidad de su ejecución en el marco de los planes nacionales y compromisos del sector salud, bajo los lineamientos estratégicos establecidos en la Reforma de Salud, y que da respuesta a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

En la formulación se ha considerado orientar el proceso para el logro de las metas institucionales y ministeriales, bajo el amparo de la Reforma de Salud y los resultados esperados representan retos institucionales los cuales están adaptados a nuestra realidad hospitalaria, y que a través de evaluaciones posteriores posibilitará los reajustes, reprogramaciones que permitan cumplir con nuestros objetivos y actividades operativas.

Cabe destacar que la elaboración de este documento no hubiese sido posible, sin el apoyo de las autoridades, divisiones, unidades asesoras y otras dependencias quienes con entusiasmo y colaboración participativa han proporcionado los insumos, información, análisis y recomendaciones en el proceso de elaboración del documento.

II. Características de Organización y Funcionamiento ¹

1. Misión del HNNBB

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.

2. Visión del HNNBB

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.

3. Objetivos del Hospital

a. Objetivo General

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

b. Objetivos Específicos

1. Contar con una organización moderna 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.
2. 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.
3. Lograr que la infraestructura, tecnología de vanguardia, equipamiento e insumos, sean los requeridos para el desarrollo eficiente de la atención de tercer nivel
4. Brindar atención médica especializada con apoyo en la investigación basada en evidencia, avance tecnológico que garantice la satisfacción del usuario.
5. 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.
6. Lograr la eficiencia institucional a través del ordenamiento lógico de los procesos que nos permitan optimizar los recursos y mejorar la calidad de atención.
7. 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.
8. Colaborar para fortalecer el trabajo en RISS y la intersectorialidad con todas las organizaciones que intervienen en la prestación de los servicios de salud.

¹ El contenido de este Capítulo esta tomado del Manual de Organización Especifico del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

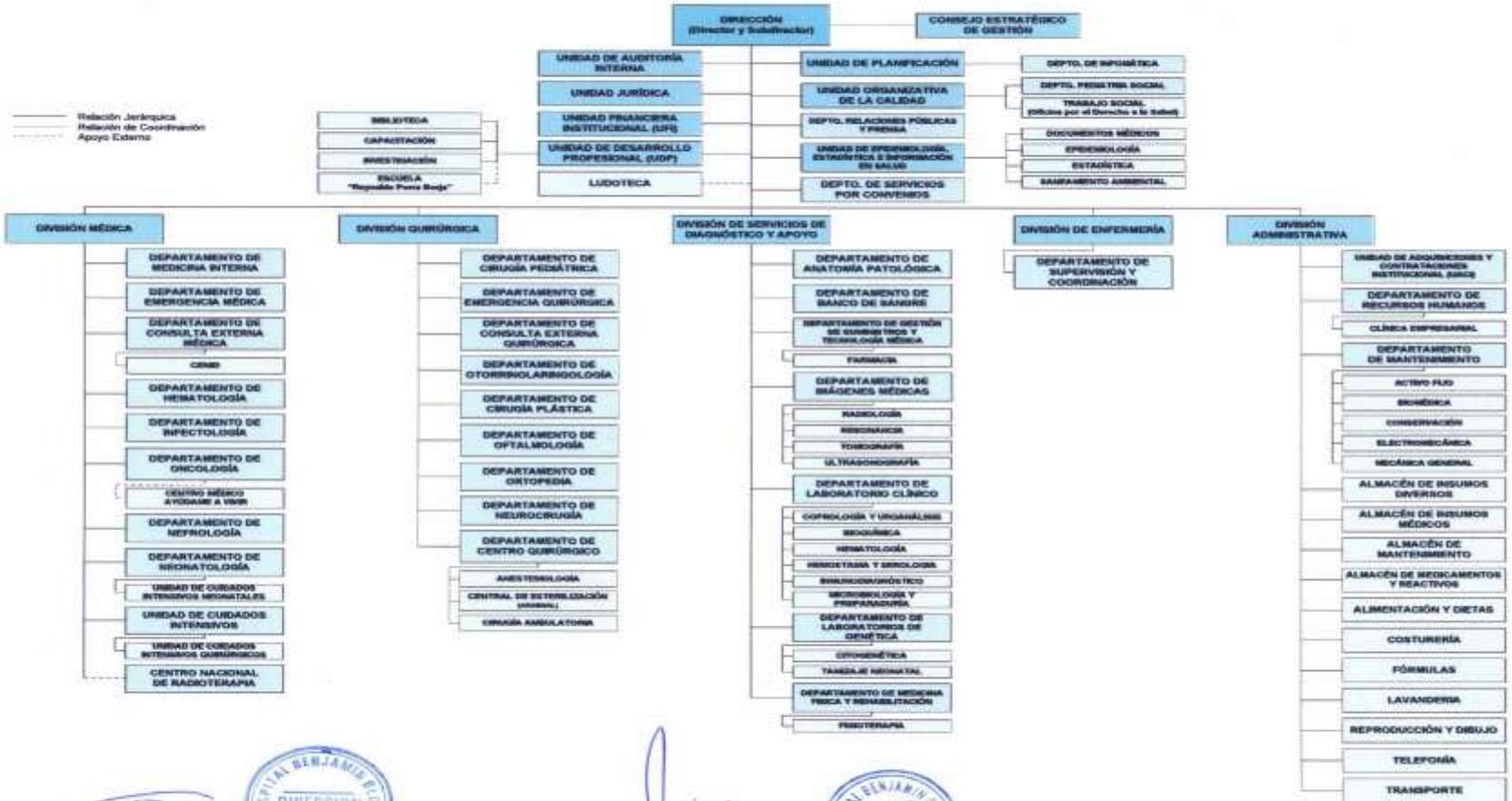
9. Aplicar un sistema de control y seguimiento institucional que garantice el uso óptimo de los recursos en forma transparente y apoyada en la legislación y tecnología actualizada.

4. Estructura Organizativa - Organigrama.

El Hospital depende jerárquicamente de la Coordinación Nacional de Hospitales de Tercer Nivel del Viceministerio de Servicios de Salud. Por aspectos propios de la institución, presenta una estructura organizativa, jerárquica que difiere del resto de hospitales. Los niveles que comprende son, un nivel Directriz (La Dirección), un nivel Asesor (Unidades Asesoras adscritas a la Dirección y el Comité Estratégico de Gestión), un nivel Táctico (Las Divisiones) y 3 niveles operativos organizados en Departamentos, Servicios/Secciones y Consultorios/Áreas (los dos últimos no está representados en este organigrama).

El Hospital Bloom está definido como un Centro de Referencia Nacional, con una oferta de servicios para un tercer nivel de atención. El sistema de gestión está basado en resultados, por lo que cuenta con un sistema robusto de información que le permite evaluar el desempeño de sus dependencias y/o centros de producción.

Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom" Organigrama 2019




Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldán
Director




Dr. Héctor Guillermo Lara Torres
Sub-Director



Organigrama modificado y aprobado por la Dirección:
31 de Enero de 2019

III. Diagnóstico Situacional

1. Análisis de la Demanda de Salud

A. Características de la Población

La población de nuestro hospital, tiene características propias que determinan las necesidades de atención, principalmente por la complejidad de las patologías de los pacientes que consultan, y que va de acuerdo a la oferta de servicios de la institución.

En el año 2018 los pacientes atendidos, estuvieron distribuidos de la forma siguiente:

Número de pacientes atendidos durante el año 2018.

En	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
10,604	11,076	10,577	10,549	10,406	8,800	9,498	8,320	6,662	6,871	6,533	n/d	99,896

De los 99,896 pacientes atendidos en el año, **32,093** consultaron por primera vez en el hospital, es decir fueron nuevos pacientes a los que se le apertura expediente.

En las tablas siguientes se observa la caracterización de forma general de la población atendida en el HNNBB, de enero a octubre del 2018, de acuerdo a su edad, sexo y procedencia. Para realizar esta caracterización se consideraron las dos áreas que son punto de entrada en la atención como son: Consulta Externa y Emergencia.

▪ Pacientes por Edad

PACIENTES POR EDAD						
Atención Ambulatoria Primera vez + Subsecuente a octubre de 2018						
EDAD	Consultas Externas		Consultas de Emergencia		Totales	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
MENOR 1 AÑO	12995	9	2682	14	15,677	9
1 A 4 AÑOS	39372	26	6858	36	46,230	28
5 A 9 AÑOS	50476	35	6349	33	56,825	35
10 A 14 AÑOS	33404	23	2799	15	36,203	22
15 A 19 AÑOS	9704	7	347	2	10,051	6
TOTAL	145,951	100	19.035	100	164,986	100

El cuadro anterior refleja que el 37% de las atenciones son realizadas a menores de 5 años, es decir es la morbilidad infantil y en segundo lugar la edad de 5 a 9 años (35%), esto refleja que debe revisarse la morbilidad a fin de determinar que se está atendiendo a fin de establecer las estrategias

para dar la importancia en la salud de niños menores de 10 años (72%), ya que es donde está concentrada la mayoría atención y las patologías de III nivel de atención; ya que las patologías en estos grupos etarios, se correlacionan con la mayor frecuencia de consulta de las mismas.

- **Pacientes por Sexo**

PACIENTES POR SEXO				
Atención Ambulatoria				
De enero a octubre de 2018				
SEXO	Consultas Externas		Consultas de Emergencia	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	80194	55	11000	58
FEMENINO	65757	45	8035	42
TOTAL	145951	100	19035	100

Al revisar la atención por sexo, se evidencia que tanto en la Emergencia como en la Consulta Externa, las atenciones al sexo masculino es un poco mayor que el sexo femenino en un promedio del 5% en consulta externa y un 8% en emergencia, es decir que las atenciones al sexo masculino representa un poco más del 50% de las atenciones.

- **Pacientes por procedencia**

PACIENTES POR PROCEDENCIA				
Atención Ambulatoria				
De enero a octubre de 2018				
SEXO	Consultas Externas		Consultas de Emergencia	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
URBANO	111692	77	15569	82
RURAL	34259	23	3466	18
TOTAL	145951	100	19035	100

Por la ubicación geográfica del hospital, provienen del área urbana, a Consulta Externa un 77%, y a Emergencia un 82%, lo cual evidencia que del área rural solo se atendió un 23% en la Consulta Externa y un 18% en Emergencia, estos datos deberán revisarse a fin de evaluar si responden al funcionamiento de la RISS y a la demanda de la población; por lo que a efecto de con otro elemento de análisis se presenta la distribución por departamento de procedencia, en el cuadro siguiente:

POR UBICACIÓN GEOGRAFICA (PRIMERA VEZ + SUBSECUENTE)				
De enero a octubre de 2018				
DEPARTAMENTO	Consultas Externas		Consultas de Emergencia	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
San Salvador	62,777	43	11,759	63
La Libertad	16,180	12	1,639	10
La Paz	10,588	7	1,229	6
Sonsonate	9,084	6	650	3
Cuscatlán	7,670	5	804	4
Santa Ana	6,684	5	389	2
Chalatenango	5,605	4	358	2
San Vicente	4,891	3	466	1
Cabañas	4,941	3	469	1
Usulután	4,752	3	345	2
San Miguel	4,389	3	294	2
Ahuachapán	3,928	3	262	2
La Unión	2,038	1	139	1
Morazán	1,366	1	122	1
Honduras	816	1	89	0
Guatemala	238	0	20	0
Nicaragua	0	0	1	0
Otros países	4	0	0	0
Total	145,951	100	19,035	100

El cuadro muestra que en la Consulta Externa, el 43% de los pacientes atendidos provienen del Departamento de San Salvador, el 12 % de la Libertad, y 7% de la Paz, una de las razones es por la cercanía, pero también porque un gran porcentaje de la población está radicada en estos departamentos. Por otra parte vemos que hay pacientes de todo el país e incluso de Honduras, Guatemala Nicaragua y otros países, aunque por supuesto el porcentaje de estos pacientes es menor.

Es importante mencionar que si bien es cierto, la mayoría de problemas de salud de la población infantil está en los primeros años de vida, hay una tendencia a considerar las enfermedades de tipo crónicas no transmisibles, que en el pasado eran más frecuentes en población arriba de los 45 años, actualmente es cada vez más frecuente hacer estos diagnósticos, debido a la transición epidemiológica y demográfica que el país está experimentando, y que impacta un segmento importante de la población en edades de 0 a 18 años de edad. Esto último tiene que ser objeto de un estudio más profundo y de largo alcance, porque si se analiza la pirámide poblacional se está estrechando en su base y ensanchando al medio de forma lenta pero progresiva, la epidemiología de las enfermedades tendrá por supuesto una variación similar.

Cabe destacar que se bien es cierto, se han alcanzado logros importantes en la mejora de la condición de salud de la población infantil, en donde se ha progresado en el control por ejemplo de la desnutrición, aparece ahora un rápido crecimiento del sobrepeso, la obesidad, dislipidemias y diversas enfermedades crónicas asociadas a ella, lo que representa una doble carga para los sistemas de salud y la economía en los países de la Región de América Latina, en la que El Salvador no escapa a ella.

a) Estructura y Pirámide Poblacional

Para establecer el dato de población en el Hospital se han considerado dos conceptos, uno es la población de responsabilidad y otro la población esperada del Hospital.

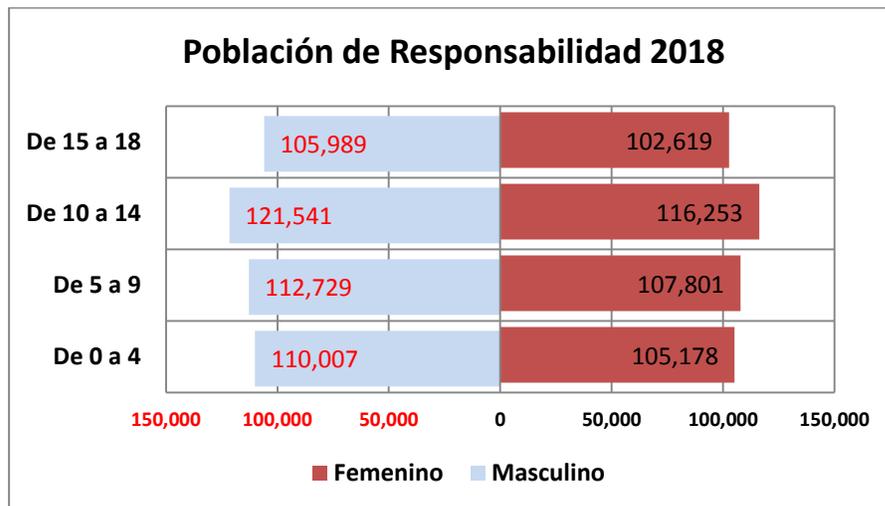
- **Población de Responsabilidad**

La población de responsabilidad se ha establecido tomando en cuenta el artículo 3 de la LEPINA y lineamientos de categorización de Hospitales (página 13), por lo que el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, cuenta con especialidades médicas y quirúrgicas destinadas a la atención de la población de cero a doce años. Cuando los pacientes adquieren una enfermedad crónica en la infancia, los programas asistenciales de algunas sub especialidades incluyen atención hasta los 18 años de edad.

Población de Responsabilidad 2018

Edades	Masculino		Femenino	
	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 18 años	105,989	12.0%	102,619	11.6%
Total	450,266	51.0%	431,851	49.0%
Total General	882,117			

Fuente: SPME



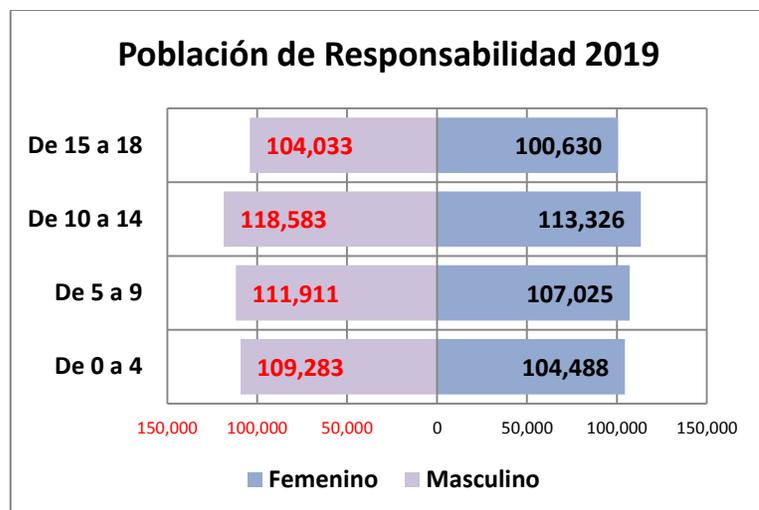
En el 2018, la población que se estableció como población de responsabilidad del HNNBB fue de 882,117 de los cuales tal como se muestra la próxima tabla, el 51 % es masculino y el 49 % femenino, en este punto es conveniente recordar que el HNNBB, es un Hospital de Referencia Nacional y por tal motivo se realiza un cálculo basado en la población hasta los 18 años.

- **Población de Responsabilidad Esperada para el 2019.**

Entenderemos por población esperada, la población potencial a atender, la cual se ha calculado de acuerdo a los pasos siguientes:

1. Se toman de base para el cálculo, los datos del Censo de Población, de la Dirección General de Estadística y Censo (DIGESTYC) 2015-2025, proporcionados por la Unidad de Estadística del MINSAL de cada año por edad.
2. Se toma el Total de personas en el rango de 0 a 18 años de país. Se agrupan los datos del país, en femenino y masculino, por rango de edad y el total de país.
3. De este total, se realiza una distribución en dos grandes bloques: personas de San Salvador y personas del resto de departamentos del país. (Según un estudio previo, el 70% de las consultas de pacientes en el hospital provienen de San Salvador y el 30% del resto del país). A partir de este dato, se toma el 70% de la población con procedencia San Salvador y el 30% de la población del resto de departamentos y luego se suman ambas cifras, considerando este resultado, como la población de responsabilidad esperada del hospital.
4. El resultado obtenido de los que se atenderá en el tercer nivel, se multiplica por la concentración de atenciones del tercer nivel y el resultado no da la población esperada del 2018.

POBLACION ESPERADA 2019			
RANGOS DE EDAD	Masculino	Femenino	Total
De 0 a 4	109,283	104,488	213,772
De 5 a 9	111,911	107,025	218,936
De 10 a 14	118,583	113,326	231,909
De 15 a 18	104,033	100,630	204,663
	443,810	425,469	869,280



B. Situación de Salud

a. Tendencias de Producción Primaria (Egresos, Consultas de Especialidades de Consulta Externa, Emergencia, Ingresos)

Tendencia de la Producción de Egresos

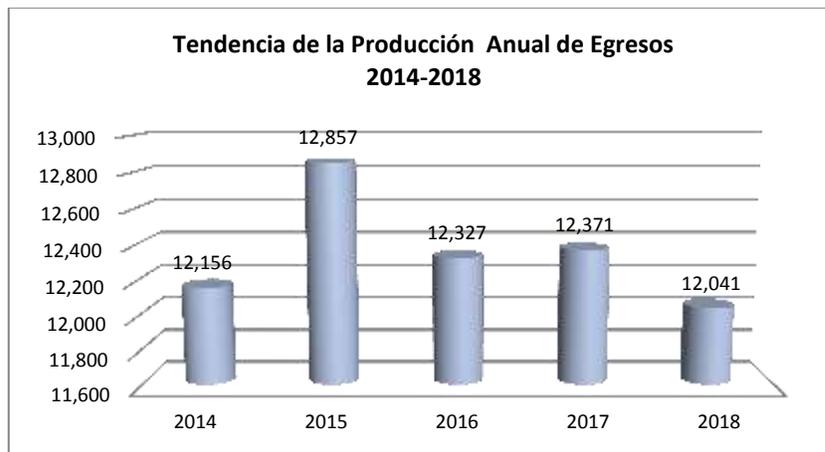
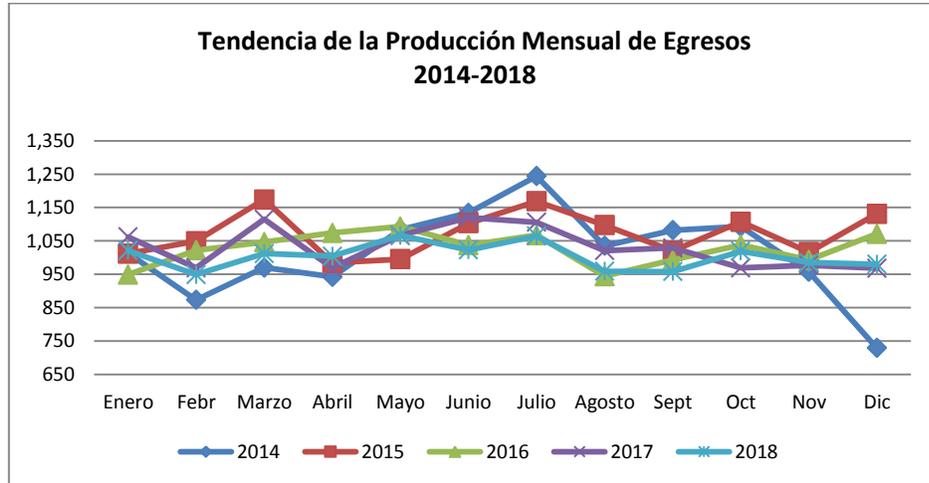
Tendencia de Producción de Egresos Anual 2014 - 2018													
	Enero	Febr	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
2014	1,013	873	970	942	1,084	1,134	1,244	1,035	1,082	1,093	957	729	12,156
2015	1,012	1,049	1,174	984	995	1,103	1,169	1,097	1,020	1,107	1,016	1,131	12,857
2016	949	1,022	1,046	1,074	1,093	1,037	1,067	944	993	1,038	993	1,071	12,327
2017	1,062	969	1,115	969	1,066	1,120	1,106	1,021	1,029	969	977	968	12,371
2018	1,021	949	1,012	1,004	1,066	1,023	1,065	959	958	1,019	985	980	12,041

Nota: La producción de noviembre y diciembre del 2018, son proyecciones estimadas, ya que no se cuenta con el dato estadístico oficial

La tendencia en la producción mensual de egresos hospitalarios del 2014 al 2018, muestra un dato promedio de 12,350 egresos, y como se puede observar hay una pequeña tendencia a la disminución en el 2018, sin embargo, al revisar la producción mensual, se puede observar que se dan algunas variaciones ciclicas, las cuales se pueden presentar considerando las condiciones, medio ambientales o epidemiológicas del momento.

En relación a la tendencia de los datos presentados del 2018, la producción real que se presente es hasta octubre del 2018, noviembre y diciembre son proyección, por lo que a fin de evaluar los

resultados se realiza la comparación a octubre, y se puede evidenciar que los datos presentan una tendencia similar la cual disminuye en los meses de febrero, agosto y septiembre del mismo año, pero si se compara con el resto de años, vemos que hay tendencia a la disminución, atribuida a que el segundo nivel no está refiriendo muchos pacientes, que antes refería al tercer nivel, ya que está sumiendo más pacientes propios de su nivel de atención.



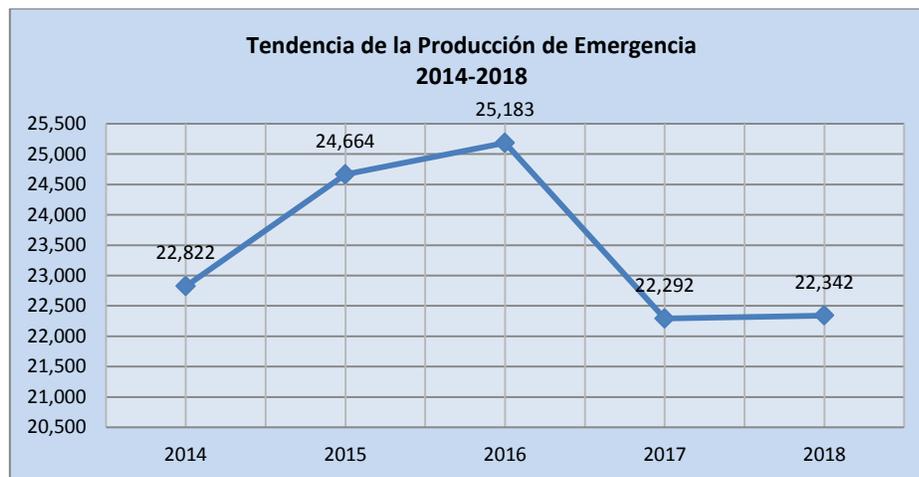
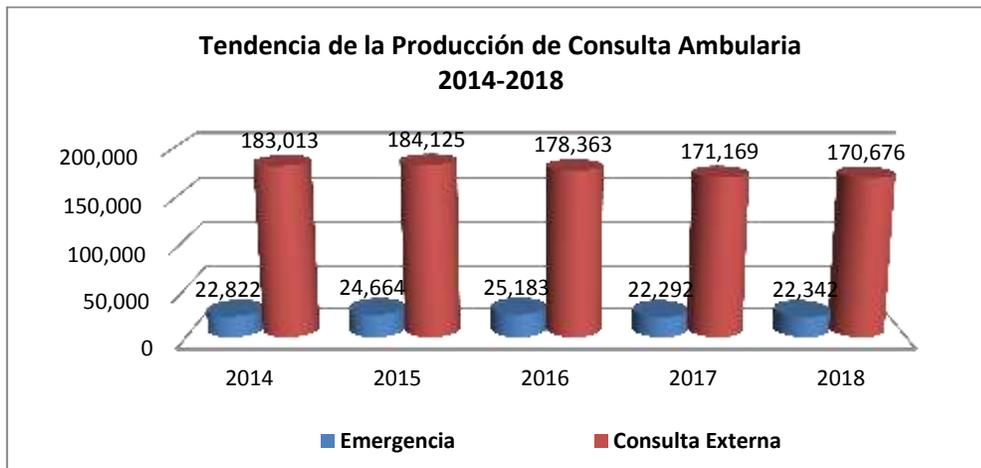
Tendencia de la Producción Ambulatoria

En la siguiente tabla y gráficos, se muestra la tendencia de la Producción Ambulatoria, es decir la Consultas proporcionadas en las unidades de Emergencia y las Consultas realizadas por las diferentes especialidades de la Consulta Externa desde el 2014 a octubre de 2018.

Años	Producción Ambulatoria		
	Emergencia	Consulta Externa	Total
2014	22,822	183,013	205,835
2015	24,664	184,125	208,789

Años	Producción Ambulatoria		
	Emergencia	Consulta Externa	Total
2016	25,183	178,363	203,546
2017	22,292	171,169	193,461
2018	22,342	170,676	193,018

Nota: La producción de noviembre y diciembre del 2018, son proyecciones estimadas, ya que no se cuenta con el dato estadístico oficial





Al analizar las tendencias se ha evidenciado una disminución en la producción de la Unidad de Emergencia en el 2017 y 2018, lo cual es lo esperado en función del trabajo realizado en el RISS

En relación a la producción de Consulta Externa, los datos muestran una disminución a partir del 2016, aunque estas no llegan al 5%, por lo que se puede concluir que la producción en términos generales en el periodo que se evalúa para realizar la proyección del 2019, se ha mantenido dentro de los márgenes esperados y si el resultado se compara con las metas establecidas, se evidencia que en términos generales se han cumplido.

b. Análisis de Morbilidad y Mortalidad

Un importante componente de la información en salud está representado por la estadística de egresos hospitalarios, la cual integra los principales datos que se recogen a través de hojas de egreso que son registrados por los médicos al final de un episodio de hospitalización en el sistema informático de hospitalización, y que son sometidos a un proceso de revisión, crítica, codificación, captura y procesamiento a fin de obtener información útil para la evaluación de la demanda de atención y, sobre todo, para apoyar la planeación y la toma de decisiones en los diferentes niveles operativos. La estadística de egresos hospitalarios tiene dos componentes fundamentales: la morbilidad, que comprende la totalidad de los casos atendidos en los hospitales en el periodo analizado, y la mortalidad, que constituye un subconjunto de la primeras y que se caracteriza por contener solamente aquellos casos en el motivo del egreso fue por defunción.

Entre ellas destacan la afección principal o motivo de atención hospitalaria y la causa básica de defunción cuando así ocurre, de acuerdo con la edad, sexo y días estancia, agrupados a lista básica de Clasificación Internacional de Enfermedades, lista abreviada, por capítulos y una selección de las principales causas de egreso y de defunción.

➤ Causas de Morbilidad por Egresos

Al revisar las primeras causas de egreso a octubre 2018, se puede evidenciar que la primera causa de egreso son las Enfermedades del Apéndice, las cuales representan el 10.2% de los egresos del Hospital, esto pacientes generalmente son apéndices complicados, que no se han podido manejar en otro nivel de atención, por diferentes motivos, por lo que se hace necesario realizar esfuerzos para ir fortaleciendo la red. En segundo lugar está la Leucemia Linfoblástica, que representa el 6.1%, lo cual demuestra que hay tendencia a atender patologías complicadas o crónicas, que le corresponden al

tercer nivel. En tercer lugar están las Neumonías, de las cuales un gran número de ellas son complicaciones de patologías que tienen como base como enfermedades cardíacas, cáncer, malformaciones congénitas etc. En cuarto lugar están los traumatismos intracraneales, luego las fracturas, las quemaduras y las malformaciones congénitas.

El resultado de la primera causa de egreso del Hospital es repetitivo año con año, lo que evidencia la necesidad de reforzar el II nivel de atención, para lograr mejorar la capacidad resolutive, por parte del Hospital se han hecho esfuerzos por descentralizar este tipo de casos, pero el obstáculo ha sido principalmente, la resolución en horas no hábiles de este tipo de patologías en los centro de atención del nivel inferior.

➤ **Análisis de la Mortalidad de Egresos Institucionales**

Al realizar una evaluación de las primeras causa de mortalidad por egreso se evidencia que en el año 2018 la primera causa de muerte son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, la cuales representan el 19% de las muertes, como segunda causa están las afecciones originadas en el periodo perinatal que representan el 18% y en tercer lugar las neumonías que son el 17%, en cuarto lugar están las Leucemias que representan el 9% de las muertes, luego están los tumores que representan el 6%, luego están las enfermedades del sistema genitourinario con un 3% y las del sistema nervioso con un 3% y las meningitis y enfermedades infecciosas, con un 2% respectivamente. Se puede evidenciar conforme a las causas de muerte que existe una tendencia a atender más patologías del tercer nivel, es decir de mayor complejidad.

Es importante destacar el perfil de la mortalidad del HNNBB, nos permite analizar con mayor profundidad las principales causas que generan la mortalidad hospitalaria, al realizar la evaluación por grupo de edad se puede determinar que son los niños menores de 5 años donde radica mayor mortalidad y de estos los menores de 1 año, y las patologías son las mismas que mencionamos anteriormente: malformaciones congénitas, afecciones originadas en el periodo perinatal, leucemias, neumonías y diarreas complicadas. La dificultad en cuanto a estas patologías radica, que las causas, tienen un substrato externo al hospital, sumamente complejo que depende de muchas determinantes sociales, en el cual el hospital es el eslabón final de una cadena de eventos. Más sin embargo se debe apostar por apoyar al trabajo en RIISS, para paliar de mejor manera los resultados de salud.

➤ **Informe Comparativo de Letalidad Hospitalaria**

La tasa de letalidad es la proporción de personas que mueren por una enfermedad entre los afectados por la misma en un periodo y área determinados. Es un indicador de la virulencia o de la gravedad de una enfermedad. La medida indica la importancia de la enfermedad en términos de su capacidad para producir la muerte. En el Hospital, la mayoría de patologías han tenido un incremento en la letalidad, generado principalmente según los clínicos por la mayor gravedad del paciente que consulta, esto de alguna manera debe corroborarse con un estudio de índice de gravedad al ingreso, que nos daría una mejor perspectiva del problema. Pero además de esto si eso se corrobora, hay que establecer estudios en el I y II nivel de atención y más allá si es posible, para determinar el verdadero origen de la mayor criticidad del paciente referido. El caso más llamativo es la letalidad de la neumonía, que del 2013 al 2015 se había duplicado y luego para el 2016, había tenido un incremento de 6 puntos porcentuales, lo que es en verdad alarmante. El otro caso similar es el de la diarrea, que de una letalidad de un 4% se ha triplicado, para el 2016. Por otra parte, la letalidad por leucemia y trauma craneoencefálico, se han logrado mantener en los límites.

➤ **Morbilidad de Consulta Externa**

Al analizar la morbilidad de Consulta Externa de enero a octubre del 2018, por capítulo y diagnóstico se evidencia que las principales causas de consulta de primera vez, son en primer lugar las enfermedades del Sistema digestivo, las cuales representan el 22.1% de las atenciones, y dentro de las cuales la patología más atendidas son las caries dentales; en segundo lugar están las enfermedades del Sistema Respiratorio que representan el 15%, en tercer lugar los Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos de laboratorio, no clasificados en otras, partes, el cual representa el 8.2% de las atenciones, luego están los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, que representan el 7.9%, luego los trastornos mentales y del comportamiento que son el 5.6%, y le siguen las enfermedades del Sistema Nervioso con un 5.2%. Al revisar todas las causas es evidente que hay dificultades en los registros al hora de establecer el diagnóstico, ya que muchos no denotan la complejidad de las atenciones, también se denota que en base a los altos volúmenes de producción, muchos de los pacientes atendidos deberían ser manejados en un segundo o primer nivel de atención, ya que al seguir atendiéndolos en el hospital, provoca tiempos de espera prolongados para la Consulta de Primera Vez.

Los consultorios con más atenciones son Pediatría General, Oftalmología, Cirugía General, Odontología, Otorrino, Endocrinología, Neurología y Oncología.

➤ **Primeras Causas de Atenciones de Emergencia**

En el caso de la consulta de emergencia a octubre del 2018 prevalecen los diagnósticos de las patologías quirúrgicas, entre las 10 primeras causas, representa el 97.3%; los diagnósticos más frecuentes son: traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo, Abdomen Agudo, las cuales representan el 63% de las atenciones y como segunda causas los dolores abdominales. Es de hacer notar que muchos son traumas menores, que podrían ser manejados perfectamente en un II nivel de atención, si existieran en esos establecimientos las condiciones necesarias para proporcionar la continuidad y cobertura suficiente.

En relación a las Causas de Mortalidad en emergencia, la principal causa son las Enfermedades infecciosas intestinales y como segunda causa las Neumonías. En relación al resultado de los datos de mortalidad en emergencia la evaluación permite concluir que algunos de los pacientes, venían en un estado tan crítico, que vinieron a fallecer a la Emergencia, probablemente tendrían que haber sido transportados, solo si se lograba una estabilización previa al transporte, de hecho con los estudios comparativos con el transporte con el Sistema de Emergencias Médicas (SEM), podemos observar una mayor sobrevivencia al ser transportados adecuadamente.

c. Enfermedades Transmisibles

Las Enfermedades transmisibles incluyen la Infección por el VIH/sida, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), y las Hepatitis virales; la Tuberculosis; la Malaria y otras Enfermedades Transmitidas por Vectores; las Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonosis; y las Enfermedades prevenibles mediante vacunación.

En relación a las enfermedades transmisibles en el Hospital, para efectos de la planificación 2019, se revisaron los resultados de los años 2014, 2015, 2016 y a Octubre 2018, estos evidencian que las atenciones por Varicela, en el año 2015 en las edades de 1 a 9 años, es cuando más casos se han

dado, por otra parte, hay una tendencia a la baja en todas las edades y en todos los años. En relación a las Diarreas, se evidencia que en el año 2015 en las edades de 1 a 4 años es cuando más casos se han dado, de ahí se ve una tendencia a la baja en todas las edades y en todos los años. También se evaluaron las atenciones por Conjuntivitis bacteriana aguda, y se pudo constatar que en el año 2017 en las edades de 5 a 9 años es cuando más casos se han dado, de ahí se ve una tendencia al alza desde el 2014. En relación a las atenciones por Neumonía, se ve una tendencia a la baja en todas las edades hasta el 2016 con un alza significativa en 2017 también en menores de 1 año; en todos los años un predominio del sexo masculino.

d. Zoonosis

Las zoonosis constituyen un grupo de enfermedades de los animales que son transmitidas al hombre por contagio directo con el animal enfermo, a través de algún fluido corporal como orina o saliva, o mediante la presencia de algún intermediario como pueden ser los mosquitos u otros insectos. También pueden ser contraídas por consumo de alimentos de origen animal que no cuentan con los controles sanitarios correspondientes, o por consumo de frutas y verduras crudas mal lavadas.

En el Hospital las atenciones de Zoonosis son las Mordeduras por animal transmisor de Rabia, se analizaron por edad, sexo durante los años 2014, 2015, 2016, 2017 y a octubre 2018, y se evidencia que las atenciones por Mordidos por animal transmisor de Rabia, en todos los años predominan los niños de 5 a 9 años, en año 2017 hubo una baja, como todos los años el sexo masculino es el más afectado, esto está relacionado al patrón culturales.

e. Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Las enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Entre ellas destacan: las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma), la diabetes, en este año se incluirá la Obesidad y los Problemas Hematológicos, específicamente la Hemofilia, por los costos elevados que repercuten en la atención general.

Las enfermedades transmisibles atendidas en el Hospital, se analizaron para efectos de este diagnóstico los resultados de los años 2014, 2015, 2016, 2017 y a octubre de 2018, los resultados son:

- **Tumores:** En cuanto a las atenciones de Tumores (Neoplasias) con Diagnóstico de Primera Vez, el sexo femenino es el más afectado. Desde el año 2015 la tendencia de casos es a la baja como diagnóstico de primera vez. En cuanto a las atenciones de Tumores (neoplasias) con Diagnóstico de primera vez, los menores de 5 años son los más afectados.
- **Diabetes Mellitus:** En cuanto a las atenciones de Diabetes mellitus con Diagnóstico de primera vez, el sexo femenino es el más afectado y desde el año 2015 la tendencia es a la alta. En cuanto a las atenciones de Diabetes mellitus con Diagnóstico de primera vez, los más afectados son la edad de 10 a 14 años, desde 2015 la tendencia es a la baja.
- **Insuficiencia Renal:** En cuanto a las atenciones de Insuficiencia Renal con Diagnóstico de primera vez, el sexo masculino es el más afectado y desde el año 2015 la tendencia es a la baja. En cuanto a las

atenciones de Insuficiencia renal con Diagnostico de primera vez, los más afectados son menores de 5 años, también desde 2015 la tendencia es a la baja.

➤ **Obesidad**

En cuanto a las atenciones de Obesidad con Diagnostico de primera vez, los más afectados son de 5 a 14 años, también desde 2015 la tendencia se mantiene en esas edades.

➤ **Enfermedad Hipertensiva**

En cuanto a las atenciones de Enfermedad Hipertensiva con Diagnostico de Primera Vez, el sexo masculino es el más afectado y desde el año 2015 la tendencia es a la baja.

f. Informe de Resultados de Lesiones de Causa Externa

Las **lesiones de causa externa** son definidas como el daño o lesión en una persona en forma intencional o de manera no intencional. Esta lesión o daño puede originarse por un traumatismo, envenenamiento, agresión, accidentes, etc. puede ser mortal (lesión fatal) o no conducir a la muerte (lesión no fatal). Las Lesiones de Causa Externa registradas en el Hospital desde el 2014 a octubre de 2018, en general se dan principalmente en las edades de 0 a 9 años. El principal mecanismo de las lesiones son las caídas, luego los cortes o punzadas, golpes, quemaduras y accidentes de tránsito, no variando su posición en el ranking anual. La tendencia de las atenciones de las Lesiones de causa externa es a la baja y en los últimos 5 años se han hospitalizado el 8% del total de consultas, y en lo últimos 3 años un 6%. De los pacientes hospitalizados generalmente fallece el 1%, los cuales son casos que se presentan en condiciones críticas.

Años	Egresos por Lesiones	Fallecidos por lesiones
2014	2,210	22
2015	2,334	30
2016	2,456	26
2017	2,248	18
2018	1,881	21
Nota: Los datos 2018 son al mes de octubre		

g. Tiempos de Espera

Unos de los indicadores de al cuales se realiza monitoreo mensual en el hospital, es el Tiempo de Espera para las diferentes actividades hospitalarias, los cuales están está incluidos en los indicadores de gestión como de calidad. Se analizaran los cuadros siguientes:

➤ **Tiempo de Espera para Consulta Especializada de Primera Vez en la Consulta Externa**

Los tiempos de espera institucionales para Consulta de Primera Vez, incluyen la consulta de las especialidades médicas y quirúrgicas pediátricas, el resultado a septiembre de 2018, demuestra que se ha mantenido en un rango promedio de 66 días en días hábiles, por lo que se ha afectado el cumplimiento de la meta establecida para el Hospital, la cual se esperaba se redujera o mantuviera en 60 días, el resultado se ha venido experimentando desde el 2017, y de acuerdo a la evaluación realizada es producto de las ausencias de personal y de la reducción de horas médicos de algunas especialidades (renuncias, incapacidades entre otras).

Revisando los resultados por cada una de las especialidades, se puede concluir que hay oportunidades de mejora, por lo que se debe trabajar en los planes y/o estrategias que permitan disminuir los tiempos de espera, abordando temas como: la disminución del reciclaje de consultas subsecuentes, disminución de la atención de consultas que no son propias del III nivel de atención o descentralización de pacientes a otros niveles de atención, aplicación de guías o protocolos de manejo, coordinación con la RISS para el manejo de pacientes crónicos, etc.

➤ **Tiempo de Espera para Ingreso Hospitalario**

En la Emergencia se dan diferentes tiempos de espera, pero hay tres tiempos importantes a considerar: 1° el tiempo que transcurre para la atención de Triage o Selección, 2° Tiempo, el tiempo que va desde la selección hasta la atención de consulta en Emergencia y 3° Tiempo, el tiempo transcurrido desde que se indica el Ingreso hasta el Ingreso hospitalario.

Para evaluar la calidad de atención se ha estado dando seguimiento al Tiempo de Ingreso para Hospitalización, este tiempo, es transcurrido desde la indicación médica de ingreso hospitalario en el área de emergencia, hasta el momento de su ingreso, es el tercer tiempo de la atención en Emergencia.

El control mensual de los tiempos de espera para ingreso hospitalario, ha dado como resultado promedio a octubre de 2018, un tiempo de espera de 4.89 horas, este resultado se considera dentro del estándar normal del hospital, que es de 3 a 6 horas, tomando en cuenta los problemas cotidianos del hospital como: la verticalidad del edificio, la dificultad de los ascensores y la logística en la administración de las cama y la complejidad de los casos. Sin embargo, a efecto de mejorar este tiempo, se tendrá que evaluar la logística de la ruta del paciente, y establecer mecanismos de control que permitan supervisar la fluidez del proceso y diseñar herramientas informáticas que permitan un mejor control en la administración de las camas.

➤ **Tiempo de Espera para Cirugía**

El tiempo de espera para cirugía, es el tiempo establecido desde que se programa la cirugía hasta la fecha programada para la realización de la misma. En nuestro hospital se han venido realizando acciones para disminuir el tiempo llegándose a tener en el periodo de enero a septiembre de 2018, un promedio de 65, el cual en comparación del 2017, se ha reducido en un 18%, ya que los tiempos de espera promedio en este periodo en el 2017 era de 77 días, cabe aclarar que para mantener y/o mejorar los tiempos de espera es necesario que se amplíe la cobertura de atención de los quirófanos, pero esto se complica por la falta de personal de enfermería y de anestesia para atender, ya que este personal se ha visto disminuido por las jubilaciones, lo que dificulta el poder habilitar todas las salas de operaciones.

2. Análisis de la Oferta de Salud

A. Capacidad Instalada

➤ Camas

La Dotación de Camas durante los últimos años en el Hospital, se muestra en el cuadro siguiente:

CAMAS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Camas Censables	285	299	293	293	289	285	285	292	288	287	287	284
Camas No Censables	101	82	108	108	112	112	112	89	100	109	109	111
TOTAL CAMAS HOSPITALARIAS	386	381	401	401	401	397	397	381	388	396	396	395

En relación a las Camas Hospitalarias se puede observar lo siguiente:

- Existe una variación sustancial entre la dotación 2013 y 2014, este cambio se realizó al evaluar el funcionamiento de los servicios y los resultados de los índices de gestión y fue así que para el 2014 hubo una reducción de 16 camas hospitalarias, es decir que ya no eran 397, sino 381, lo cual implica el 4% de reducción. Esta reducción se debe a que al revisar todas las camas tanto ambulatorias como hospitalarias se evidencia que se estaban reportando como camas ambulatorias, los sillones que se ocupan en los servicios de hospital de día como Diálisis, Hemodiálisis, también camas ambulatorias como camas censables y para lograr un mejor ordenamiento en el uso de las camas se llegó a definir para el 2014 las camas de acuerdo a lo que se presenta en el cuadro.
- Existe variación de camas en relación del 2014 al 2015, esto fue producto de la evaluación de resultados que permitió el reordenamiento de camas que tenían vocación de día en Oncología y dado que las estancias eran más de 24 horas, se pasaron de ser camas ambulatorias a camas hospitalarias, además, se incrementó el número de camas en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Pero por otra parte hubo disminución de camas en varios servicios, producto del análisis de producción.
- Del 2015 al 2016, encontramos una mínima variación en Oncología, ya que se ha tenido que habilitar una cama en Oncología Ambulatoria II, es un servicio en el cual se atiende a pacientes que reciben atención de procedimientos, pero que, por su condición ameritan estar ingresados más de 24 horas.
- También se ha reestructurado las camas del Servicio de Cirugía Plástica, ya que de las camas habilitadas con el fin de mejorar la atención y reducir costos, se ha establecido procedimientos que se atenderán en hospital de día, por lo que de la asignación de camas se redujeron 2 de hospitalización, las cuales se les cambio la vocación a camas ambulatorias.
- En el caso de Neonatología, durante el 2015 debido a un brote de la bacteria boumani, se vio en la necesidad de reorganizar el servicio, ubicando las camas con una distancia mayor, lo que provoco una reducción de 2 camas hospitalarias, a pesar de una demanda incrementada de

pacientes, principalmente por la limitaciones de recurso humanos. Se esperaba que para el 2017, se pudiera nuevamente habilitar las dos camas de neonatología, así como incrementar otras de UCIN, dado que la demanda de atención de estos pacientes va aumento, más sin embargo no fue posible por falta de recurso humano.

- Del año 2016 al 2017 no se estima variación en las Camas Hospitalarias, ya que por la naturaleza del Hospital, se ha evidenciado que los ingresos se realizan en el servicio donde hay camas y que los pacientes reciban la mejor atención independientemente de la patología, ya que posteriormente al ingreso se realizan traslados internos a fin de que el paciente sea egresado del servicio que corresponde.

Comparación Capacidad Instalada 2017 y 2018

➤ Dotación de Camas

En relación al comparativo de camas del año 2017 al 2018, cuando se realizó la programación 2018 no se había realizado ajustes en las camas, pero al inicio del año, al evaluar los resultados se realizaron cambios, ajustándose la dotación, las cuales consistió en la reducción de 3 camas censables, dos del servicio de Cirugía Plástica y una de Oncología, quedando la capacidad instalada de Camas censables para el 2018 en 284 camas. Es importante mencionar que el Hospital realiza la revisión del uso de las camas hospitalarias, lo cual implica la revisión de camas destinadas para Hospitalización como para las Camas Ambulatorias, es decir aquellas utilizadas para pacientes con estancias de menos de 24 horas, esto con el objetivos de lograr no solo eficiencia en su uso, sino también, reducción de costos y mejora en la calidad de atención

En base al análisis de camas se ha definido que para el 2019, los cambios a realizar en las camas será en los servicios de Cirugía, que en función del análisis de los resultados en la producción y los indicadores, se reajustaran, realizando una reducción de 8 camas, 2 en cada uno de los servicios de Cirugía General, Neurocirugía, Oftalmología y Ortopedia, dicha reducción será un aumento en las camas no censables, lo cual permitirá rediseñar y ampliar la atención del Servicio de Cirugía Ambulatoria (hospital de día), en el cual se atenderá a pacientes de todas las especialidades quirúrgicas que requieran una intervención con estancia hospitalaria de menos de 24 horas.

➤ Dotación de Quirófanos

En relación a los quirófanos, el Hospital cuenta 11 quirófanos, distribuidos de la siguiente forma:

Existentes	Distribución de Quirófanos	Uso
6	Quirófanos de II Planta	Cirugía Electiva y Alternativo
1	Quirófano Torre de Cirugía Plástica	Cirugía Electiva
1	Quirófano de I Planta	Cirugía Emergencia
1*	Quirófano de I Planta	Alternativo
1*	Quirófano de I Planta	Alternativo
1*	Quirófano en UCIN	Alternativo
11	Totales	

Fuente. Información Proporcionada por el Centro Quirúrgico

* Quirófanos que no cuentan con el recurso para poder habilitarlos por lo que se consideran no funcionando, sin embargo, se utilizan alternativamente.

Los quirófanos tienen asignada una vocación específica, como se observa en la tabla anterior, sin embargo con el propósito de optimizar los mismos, en ocasiones, cuando hay emergencias o

eventualidades propias del quehacer hospitalario, se reasignan algunas operaciones en quirófanos con vocación diferente, con el propósito de atender oportunamente la emergencia suscitada.

La administración y manejo de quirófanos representa un reto, ya que el lograr su funcionamiento óptimo implica la realización de estrategias que permitan su aprovechamiento a pesar de las limitaciones de recurso humano. La situación es muy compleja, entre otras razones porque la demanda de horas sala es mayor que la oferta, es decir, que a pesar de tener quirófanos equipados, horas médicos cirujanos disponibles, tiempos de espera prolongados en algunas especialidades, no se dispone de horas quirófanos suficientes para cubrir esta demanda, por falta de personal de enfermería y anestesia y porque no existe capacidad resolutive en los otros establecimientos de la red para absorber la demanda de cirugías, que no corresponde al nivel de atención del Hospital.

Al realizar la comparación de la dotación de quirófanos 2017-2018, se evidencia que si bien es cierto se cuenta con quirófanos, estos no se pueden aprovechar al máximo por las limitaciones de recursos humanos para dar cobertura, habilitar todos los quirófanos y ampliar los horarios de atención.

Es importante mencionar que al hacer el análisis se revisa el número de horas quirófano disponibles y se relaciona con la demanda de horas quirófano por especialidad, de tal manera de definir la necesidad real, pero tomando en cuenta que por dificultades de recurso humanos y otras situaciones, las horas se han tenido que disminuir, lo cual afecta los tiempos de espera para la cirugía.

➤ **Dotación de Consultorios**

Actualmente el Hospital cuenta con una capacidad instalada para atención de consulta externa, que se considera adecuada, las instalaciones fueron construidas para proporcionar este servicio en instalaciones favorables para los pacientes, y en función de la demanda, las instalaciones fueron asignadas a las diferentes especialidades, quienes en función de las horas de utilización, llegan a definir los consultorios que disponen.

Los Consultorios de Emergencia están ubicados en el Edificio de la Torre y están disponibles las 24 horas del día. En relación a los consultorios para Consulta Externa incluyendo Odontología, desde el 2016 se trasladaron todas las especialidades a las instalaciones de la Consulta Externa del Edificio Anexo, donde para el 2016 se contaba con 57 consultorios, de estos se han destinado para las sub especialidades médicas 38 y para las quirúrgicas 19, de dichos consultorios asignados se habilitan para funcionamiento en función de las horas 34 consultorios, ya que de las especialidades médicas se utilizan un promedio de 6 horas por día y para sub especialidades quirúrgicas un promedio de 4 horas por día, habitualmente la ocupación se da en el transcurso de la mañana que es cuando está programado la mayoría del recurso médico,

B. Análisis de Capacidad Residual

La capacidad residual es una variable analizada a la luz de la capacidad instalada de consultorios, quirófanos y camas, al evaluar los datos 2017-2018, vemos los resultados siguientes:

➤ **Camas**

La capacidad residual de camas de los años 2017-2018, permite realizar el análisis y la estimación de camas con la que se contó por servicio para la atención de hospitalización, de tal manera que al evaluar los resultados se pueda definir el funcionamiento de las camas para la programación 2019. La evaluación de la capacidad residual de las camas en términos generales, permitió establecer que se ha mejorado la utilización de las camas en los servicios de medicina, sin embargo en los servicios de

Cirugía, se tiene capacidad residual, lo cual implica la toma de decisiones respecto a la distribución de la capacidad instalada.

Es importante hacer notar que los resultados también evidencian el manejo de la información que se construye y utiliza para poder realizar los análisis de dotación de camas; por lo que para lograr un mejor aprovechamiento de las camas es conveniente evaluar el funcionamiento de las diversas especialidades, así como la demanda de atención, los indicadores de estancia e incidencia de la morbilidad, a fin de poder establecer estrategias que permitan flexibilizar el uso de las camas, no en función del servicio sino del estado del paciente, la demanda de la especialidad y respetando la dotación institucional. También al revisar este dato se puede inferir que para mejorar la eficiencia en el uso de camas es necesario revisar periódicamente su uso, a fin de realizar ajustes e implementar estrategias y programas de mejoras en los servicios finales de atención, tales como llevar: realizar un registro adecuado y oportuno de la información, un mejor control de las patologías atendidas en cada servicio, evaluar la demanda de atención, evaluación del funcionamiento y viabilidad de la implementación de servicios de hospitalización de día y programas de atención ambulatoria en los cuales las camas a utilizar son no Censables, de tal manera que se pueda no solo mejorar sino también reducir costos en la atención.

➤ **Quirófanos**

La comparación de la capacidad residual del 2017 - 2018 muestra que en el 2017 se tenía un déficit residual de 1,254 cirugías, es decir que se produjo menos de lo esperado con los recursos disponibles. En el 2018, el resultado muestra una capacidad residual de 810, lo cual tomando en cuenta que el análisis se realizó con datos a migrados al SPME a septiembre, se puede inferir que la tendencia es a reducir la capacidad residual, es decir a producir más de lo esperado. Esto se debe a que las metas se han estimado considerando que el promedio de tiempo de cirugía es de 2.5 horas y que se utilizan 62 horas quirófanos por día, lo cual en función de la demanda y los recursos disponibles pueden variar entre otras razones también por las jornadas quirúrgicas.

➤ **Consultorios**

Los resultados del cuadro siguiente, muestran la relación entre la dotación de consultorios y horas de consulta con la producción realizada. Los datos de producción son migrados del SIMOW y los datos relacionados con los consultorios son digitados en el SPME, dado que no se ha realizado una asignación de consultorios y horas por cada especialidad, sino todos destinados al rubro de Pediatría, por la incongruencia en la codificación de la apertura programática del SIMOW en relación al SPME, se ha modificado el cuadro con el objetivo de evaluar y analizar el resultado.

En términos generales y tomando en cuenta los resultados y lo descrito, es evidente que existe capacidad residual, esto es porque aunque se cuente con los consultorios por especialidad, estos no están siendo utilizados, porque no se cuenta con algunas horas médicas necesarias para algunas especialidades de forma específica, además no se cuenta con los recursos humanos y de apoyo administrativo para la ampliación de horarios y mejorar la cobertura de atención. Al realizar la comparación de datos del 2017 en relación al 2018 podemos observar que existe capacidad residual, ya que en el 2017 se estimó que las horas consultorio utilizado por día serán de 5.4, en total las horas consultorio utilizadas fueron de 183.6, lo que dio como resultado, una capacidad residual de 25, 411 consultas que pudieron realizarse en dichos consultorios. En el 2018 se realizaron cambios en la dotación de consultorios, se consideraron todos los utilizados, aunque fuera por poco tiempo, se verificó el tiempo de utilización promedio y el resultado considerando que la producción esta al mes de producción están a octubre de 2018, es que hay 80,150 consultas que se pueden realizar en los consultorios, lo cual denota que a pesar de los ajustes realizados en las horas consultorio utilizados, es necesario establecer acciones que permitan un mejor aprovechamiento de los consultorios en relación a las horas disponibles del recurso que los utiliza.

C. Recursos Humanos

➤ Caracterización del Recurso Humano del Hospital 2018

Es importante denotar que la cantidad de producción está directamente relacionada con los factores de la misma, uno de ellos y el más importante es el recurso humano, mismo que en relación de las estrategias que la organización pueda tomar, radica en el cumplimiento de los objetivos de la misma y así lograr un mejor desempeño organizacional.

El Hospital para cumplir con su oferta de servicios, cuenta con una plantilla de personal, la cual está conformada con los recursos representados en cuadro siguiente:

CLASIFICACION DE RECURSOS HUMANOS (LEY DE SALARIOS Y GOES 2018)		
TIPO	PERSONAS	PLAZAS
MEDICO STAFF (especialistas)	198	213
ODONTOLOGO	8	8
OTROS PROFESIONALES	70	73
ENFERMERA GRADUADA	264	260
AUXILIAR DE ENFERMERIA	159	154
TECNICO CALIFICADO	175	169
TECNICO ADMINISTRATIVO	215	214
SERVICIOS GENERALES	182	166
APOYO COMUNITARIO	1	1
PRACTICANTES INTERNOS	40	40
MEDICOS RESIDENTES I, II, III	45	45
TOTAL	1,357	1,343

De la plantilla de personal, el 69% son mujeres y el 31% hombres, y de estos el 66% está asignado a las funciones asistenciales y el 34% a labores administrativas.

➤ Desarrollo del Recurso Humano.

El capital humano, es el recurso más importante de una organización. Partiendo de esta premisa, el desarrollo del recurso humano debería ser una de las actividades vitales a impulsar en la planificación estratégica. Hay dos aspectos fundamentales a considerar, primero el número de recursos humanos y segundo la calidad del recurso humano.

En relación al primer aspecto, el hospital tiene una planta de personal fija, los incrementos o disminuciones se dan en función de las renunciaciones y ocupación de plazas vacantes, no obstante, es importante reconocer que en los últimos dos años se han venido realizando acciones como: ordenamiento de plazas, algunas contrataciones nuevas tanto en plazas que quedan vacantes, como plazas reclasificadas.

Con respecto al segundo punto, para lograr la calificación del recurso humano, el Hospital cuenta en su Estructura Organizacional con el Departamento de Capacitación, el cual ha realizado acciones concretas para lograr mejorar la calidad del recurso humano del hospital.

Los esfuerzos realizados en gestión de recurso humano, se pueden identificar de acuerdo a los aspectos siguientes:

- Que al realizar el monitoreo y evaluación a través de la Matriz de Evaluación del Plan del MINSAL, se puede constatar que el cumplimiento del Plan de Formación y Educación Permanente Institucional, durante el 2018, ha sido del 98%, ya que se programó la realización de 571 eventos y se ejecutaron 557.
- Que además de las capacitaciones se realizan otras actividades de Educación, como son Docencia y Educación en Salud, las cuales superan las metas establecidas, ya que se programó realizar 155 actividades docentes y se realizaron 210, es decir un 35% más de lo programado. Asimismo, de actividades de educación en salud se esperaba realizar al menos de 5,988 eventos y se realizaron 8,597, es decir un 44% más de lo esperado.
- Se han desarrollado procedimientos que garantizan la masiva participación democrática y transparente de todos los empleados en la elección de sus representantes en comités y comisiones que establece la normativa legal vigente.
- Se ha realizado el monitoreo de los accidentes laborales, identificándose que el porcentaje de accidentes laborales es del 0.012%, resultado del reporte de 27 accidentes laborales, de los cuales 8 son en el Hospital y 19 accidentes en el trayecto.

A pesar de los esfuerzos, al evaluar la situación del recurso humano del Hospital es fácil concluir que existen necesidades de recursos en diversas áreas tanto de atención directa a pacientes como en otras áreas, entre otras razones, por las que se mencionan a continuación:

- Se cuenta con un porcentaje significativo de personal en edad de jubilación
- Un alto porcentaje del recurso se encuentra en edades de más de 40 años,
- Personal en situación de riesgo en salud
- Ausencias especialmente generadas por aspectos relacionados con la salud y personales, y dado que no se cuenta con personal de relevo ni para cubrir incapacidades se afecta el proceso de atención.
- Necesidad de tiempo para la formación permanente, que permita lograr la calificación y especialización.
- Necesidad de tiempo para promover la Investigación
- Ordenamiento de la carga laboral en todas las clases de recursos humanos.
- Limitaciones para la agilización en los procesos de contratación

En relación a la calidad del recurso humano, hay aspectos fundamentales a considerar, entre estos los problemas relacionados con el tema actitudinal, con el tema de valores y el tema de competencias entre otros, para todo esto es prioritario la implementación de una política de recursos humanos; es decir, estrategias y acciones que permitan el desarrollo del recurso humano y que involucren aspectos como: capacitación, formación, motivación, integración, adhesión institucional y reconocimiento, de tal manera que se logre incidir en la cultura organizacional para generar un cambio en el empleado y se logre contar con la participación activa y proactiva en los procesos y una identificación con el que hacer del Hospital.

Es esencial en relación a este rubro, establecer los perfiles de personal, para posteriormente hacer un inventario del mismo, e implementar actividades para disminuir la brecha encontrada.

D. Equipamiento de los Servicios.

Durante la gestión, se ha realizado una fuerte inversión en equipo médico, mucho de estos proporcionados por proyectos financiados por el Gobierno Central y gestionados por el MINSAL y la

Dirección de la institución, entre estos se puede mencionar la Construcción y equipamiento de la Consulta Externa, Construcción y equipamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Equipamiento de Sala de Operaciones, Remodelaciones de los Servicios de Hospitalización, Remodelación y equipamiento de Patología y otros.

Con la renovación de equipos especialmente biomédicos impulsada en los últimos años, se estima que actualmente se ha logrado un 50% en la actualización tecnológica de los equipos, y de forma progresiva se gestiona el recambio de equipo que va quedando en obsolescencia. Actualmente se tienen un aproximado de 30 equipos biomédicos en espera de repuestos, algunos desde hace más de un año y con la finalización de la garantía del reciente equipamiento es de esperar que cuando presenten fallas, la cantidad se incrementara.

E. Condiciones de la Planta Física e Infraestructura.

El Departamento de Mantenimiento en su informe anual explica que tienen un crecimiento constante en la demanda de trabajos por parte de los servicios, este incremento es ocasionado por el deterioro que han sufrido las instalaciones y equipos con el paso de los años, el mal uso de los usuarios internos y externos; así como debido a que la gran mayoría de estos equipos e instalaciones ya finalizaron su vida útil, siendo más notorio en los equipos considerados como de tipo “industrial” (sistemas de bombeo, aire acondicionado y refrigeración, generadores de aire comprimido, vacío médico, secador de ropa, cocina, etc.); así como también por la apertura de los servicios de atención de UCIN, Consulta externa, Cirugía Plástica, los cuales además de la infraestructura, contienen una gran cantidad de equipos y mobiliario. Adicionalmente, en el mes de abril del 2018, se comunicó que el recién creado Centro Nacional de Radioterapia (CNRT) fue asignado administrativamente al Hospital Bloom, por lo que en relación al mantenimiento se debe brindar el apoyo, sin definir el tipo y alcance del apoyo que se debe dar, solamente que a partir del 2019, el personal del CNRT será parte de la planilla del HBB y que el mantenimiento preventivo y correctivo de toda la infraestructura y equipos instalados serán responsabilidad del Departamento de Mantenimiento; esto dificulta mucha la situación del Departamento de Mantenimiento, ya que no se cuenta con los recursos humanos, ni el presupuesto para funcionamiento requerido en función de la demanda; sumando a esta situación se encuentra la falta de personal calificado, ya que desde hace cuatro años se viene afrontando las renuncias y retiros voluntario de varios técnicos; también en los primeros tres meses del 2018, se dio la renuncia de dos ingenieros del Departamento, uno de la sección Biomédica y otro de la sección electromecánica; sumado a esto, no se tienen las plazas de tres de los supervisores en las secciones de Mecánica General, Conservación y Electromecánica por lo que las funciones han sido asumidas ad honorem por técnicos de estas secciones, reduciendo aún más la disponibilidad de personal técnico operativo; para el caso de la sección electromecánica, se retiraron sucesivamente dos recursos que fungían como supervisor, por lo que hubo que recurrir a otro técnico operativo para las funciones, en la práctica, se han disminuido tres recursos operativos, por lo que al incapacitarse o estar de vacaciones uno de los técnicos, solo tenemos al técnico de turno y el supervisor para atender la demanda.

La falta de estos recursos operativos afecta la capacidad de respuesta para atender las solicitudes de trabajo requeridas por los servicios y lo más preocupante, a juzgar por la celeridad que se observa en los procesos de selección y contratación de las plazas, no se ve que haya diligencia e interés en recuperar las plazas faltantes, ya que después de varios años de gestionarlo, a la fecha no se tiene ningún nuevo recurso contratado.

Otra situación crítica es la falta de asignación presupuestaria adecuada; observando que durante varios años el presupuesto para mantenimiento no fue incrementado y para el año 2018, no hubo

asignación presupuestaria para la compra de herramientas, repuestos y accesorios, lo cual ha afectado la ejecución del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos y sistemas del hospital. La mayoría de los materiales y repuestos que utilizados en años recientes se han adquirido por fondo circulante, pero existe una gran cantidad de repuestos para equipos específicos y materiales para proyectos de mejora de la infraestructura que no se pueden comprar por este medio debido a su costo, se gestionan por libre gestión y no son adquiridos.

Por la falta de asignación presupuestaria, nuestro departamento se ha visto imposibilitado de ejecutar obras relevantes de mejora de la infraestructura y de mantenimiento mayor de equipos importantes para las actividades hospitalarias como son los interruptores principales de la subestación eléctrica de la torre, los sistemas de generación de aire comprimido y vacío médico, el barandal perimetral del complejo hospitalario de la torre.

Para el año 2019, a pesar de que el monto ha sido incrementado, con la asignación presupuestaria asignada no se alcanza a cubrir el 100% de las necesidades actuales.

Es importante mencionar que los equipos adquiridos en los proyectos de UCIN y Consulta Externa, y otros equipos de reciente adquisición, ya finalizaron sus periodos de garantía, por lo que debido a la falta de presupuesto para la adquisición de repuestos o reparación externa, están quedando fuera de servicio con el riesgo de que en el corto plazo sean descartados como chatarra, lo cual sería lamentable ya que son equipos de alta tecnología en cuya adquisición se invirtieron muchos recursos del estado.

En relación a las condiciones actuales de la planta física del Hospital, las condiciones son las que se mencionan a continuación:

Paredes

Después de la reconstrucción del hospital a raíz del terremoto del año 1986, la pintura exterior de los edificios no ha sido renovada, lo que ocasiona daños en las paredes al estar expuestas a los efectos del sol y la lluvia. La pintura interior en una buena parte se ha renovado de acuerdo a los requerimientos de los usuarios y al proyecto de remodelación de ambientes efectuado el año 2014. Como consecuencia de los terremotos ocurridos en el año 2001 los edificios del complejo del Hospital Bloom, sufrieron daños menores en sus paredes, la mayoría de estos daños fueron reparados, pero aún está pendiente de reparación las grietas en el nivel 11 y escaleras norte de la torre. La mayoría de las losas de concreto de los edificios del complejo hospitalario presentan filtraciones de aguas lluvias, es decir que se requiere impermeabilizar, las acciones para mitigar la problemática es la realización de pequeños parches muy puntuales para contener algunas filtraciones, pero es necesario invertir; por lo que se han realizado gestiones múltiples con diferentes empresas y organizaciones, pero no se han obtenido resultados positivos. Para este año se desarrollaran otras gestiones para tratar de resolver esta problemática.

Cielo Falso

Aproximadamente un 20% de las losetas de cielo falso de los edificios se encuentran con deterioro especialmente manchas ocasionadas por fugas de agua y otras deterioradas por su tiempo de uso. Permanentemente se efectúan trabajos de sustitución de losetas dañadas en ambientes y pasillos. Se realizado gestiones para desde el 2017 a fin de que se realice la sustitución completa.

Barandal Externo

El barandal exterior que rodea el hospital se encuentra deteriorado y para mantener las condiciones de seguridad del perímetro se requiere la sustitución o renovación de toda la estructura metálica. Este trabajo ya fue gestionado varias veces y no ha sido posible sustituirlo, se carece de asignación

presupuestaria, por lo que su mejora se limita a pequeñas reparaciones con materiales sobrantes o chatarra.

Instalaciones Sanitarias

Estas instalaciones sufren daños constantes ocasionados por los usuarios internos y externos, con mucha frecuencia los sanitarios se encuentran con sus accesorios quebrados y obstruidos por desechos sólidos que son depositados irresponsablemente en su interior, generando altos costos para el Hospital no solo por el gasto en los materiales e insumos requeridos (los cuales son adquiridos por el fondo circulante), sino también por las horas hombre invertidas, y las cuales son limitadas por la reducción del personal de mantenimiento.

Vapor.

En general la red de vapor está funcionando adecuadamente, los desperfectos propios de su funcionamiento como fugas y trampas de vapor, son atendidos y corregidos oportunamente. Una de las calderas y algunos equipos periféricos fueron sustituidos recientemente y se encuentran en período de garantía.

Agua potable.

El sistema de bombeo se encuentra funcionando, ocasionalmente se tienen fugas en la red de distribución, especialmente en las tuberías de cobre, las cuales se encuentran degradadas por el tiempo de uso. Para superar este problema, se continúa trabajando en la sustitución progresiva de las tuberías de cobre por otro material. El control de llenado de las cisternas de la torre se encuentra con fallas desde hace varios años, se gestionó un sistema automático de control sin resultado satisfactorio; igualmente se gestionó la automatización de las cisternas de la consulta externa y el edificio de cirugía plástica ya que con frecuencia el sistema de flotador falla, ocasionando rebalse; no hubo resultado satisfactorio. El sistema de filtros de arena se encuentra fuera de servicio por daños irreparables, por lo que el agua utilizada en el hospital no está siendo filtrada; se ha realizado la gestión por varios años, pero no ha sido posible su adquisición por falta de presupuesto. Es de señalar que la capacidad de las cisternas de la torre es insuficiente para atender la demanda por más de un día en caso de emergencia; por lo que es conveniente se gestione con el MINSAL o con el apoyo de ANDA, la construcción de un pozo, el cual nos daría autonomía en caso de falla en el suministro de ANDA.

Red Contra incendios

Los gabinetes contra incendios se encuentran completos con sus mangueras. Todos los extintores de incendios se encuentran recargados. La bomba que funciona con gasolina no funciona y es necesaria su sustitución para garantizar la seguridad en caso de incendios. Se hizo la gestión para su reparación y luego para la adquisición de una nueva, pero no hubo resultados.

Climatización.

En el año 2017 se sustituyó uno de los chillers, con lo cual se mejoró sensiblemente la climatización de áreas críticas; el otro chiller, se mantiene en reserva con su funcionamiento en un 75% de su capacidad. Las 15 manejadoras de aire del sistema central de climatización se encuentran funcionando con deficiencias, la empresa contratada efectuó trabajos que mejoraron su eficiencia en un buen porcentaje pero son equipos antiguos y obsoletos. Adicionalmente muchos de los equipos de aire acondicionado tipo central y mini split se encuentran obsoletos y es necesaria la sustitución.

Sistema Eléctrico.

El sistema eléctrico funciona confiablemente; el año 2014, después de los cambios de elementos de protección importantes en la subestación de la torre, se dejaron pendientes algunos elementos de

potencia igualmente importantes, los cuales a pesar de la gestiones realizadas aún no se han adquirido, entre estos se encuentra el interruptor principal de una de las sub estaciones de la torre, cuya falla puede provocar que no se pueda suministrar energía eléctrica a los edificios. Con la capacidad de las plantas de emergencia, al ser eliminado este equipo del proyecto de UCIN, la carga crítica de la UCIN tuvo que conectarse a los generadores existentes, por lo que la reserva se redujo sustancialmente, al punto que actualmente ya no es recomendable conectar más carga en este sistema y no se tiene capacidad para satisfacer requerimientos futuros de alimentación eléctrica de emergencia. Los generadores de emergencia están funcionando sin problemas y recibiendo el mantenimiento preventivo programado.

Elevadores

Todos los elevadores fueron sustituidos a finales del año 2016 y se encuentran en periodo de garantía y funcionando satisfactoriamente. Es de mencionar que con la asignación de personal para operar los equipos, el índice de fallas y daños ocasionados por los usuarios ha disminuido considerablemente.

Gases Médicos.

En el transcurso del año 2018, se ha efectuó la revisión de la red de oxígeno, encontrando fugas ocasionadas por el uso en 54 tomas empotrados y en algunas válvulas de control, las cuales fueron adquiridas e instaladas recientemente. El suministro de aire con los generadores de aire comprimido medico se mejoró con la donación de uno de los equipos por la Fundación Bloom. El generador de aire comprimido industrial que se utiliza para diversos equipos como lavandería y arsenal, se encuentran trabajando a su máxima capacidad y en caso de mayor necesidad no tenemos capacidad para suplir la demanda. En cuanto a los sistemas de vacío medico se encuentran funcionando con serias deficiencias, también ya cumplieron su vida útil por lo que se recomienda la sustitución o un overhaul completo para restablecer su pleno funcionamiento. Se han hecho las gestiones de compra correspondientes sin que a la fecha tengamos resultados.

Sistema de Aguas Negras.

El sistema de colectores de aguas negras de los edificios del hospital se encuentra funcionando; con frecuencia se presentan obstrucciones en las tuberías debido a que los usuarios internos y externos depositan desechos sólidos diversos en su interior. Los drenajes del servicio de alimentación y dietas con mucha frecuencia se obstruyen debido a la acumulación de grasas y desechos orgánicos afectando las labores del servicio; se requiere un tratamiento especial para la limpieza interna de algunos tramos de tubería; se ha gestionado y cotizado pero no se ha aprobado por falta de recursos financieros.

Software para Administración del Mantenimiento.

El programa de software para el control del mantenimiento preventivo (MPP) y correctivo (MC), se encuentra obsoleto y sin funcionar. Este software es muy importante para el trabajo de mantenimiento, ya que permitiría tener un control de los trabajos ejecutados, el establecimiento de costos reales, generación de informes de producción, etc. Actualmente el MINSAL está desarrollando un software que se espera sea proporcionado en el corto plazo. Es importante señalar que si se continúa con las limitaciones de recursos para inversión de equipos, los sistemas, instalaciones y equipos industriales continuaran deteriorándose paulatinamente hasta quedar fuera de servicio con el consiguiente impacto en las actividades hospitalarias, así mismo las nuevas instalaciones (UCIN, Consulta externa, Edificio de Cirugía plástica) que requieren mantenimiento y las cuales no podrán ser atendidas adecuadamente por nuestro departamento si no se cuenta con los recursos suficientes. Además, consideramos necesario se incremente el presupuesto destinado para el mantenimiento de

equipos e instalaciones del hospital y que se efectúen las gestiones para la renovación de los equipos y sistemas más importantes y que han finalizado su vida útil, así como para la reposición de las plazas.

F. Sistemas Informáticos y Comunicaciones.

Las condiciones actuales del Equipo Informático incluyendo redes y el número de equipos y estado de los mismos esta de la forma siguiente, con respecto a equipo informático en nuestro hospital, se incrementado considerable su número, gracias a los proyectos de remodelación y reconstrucción de áreas de atención especiales, que nos ha permitido incluir dentro de cada proyecto, la adquisición de equipos nuevos, actualmente se cuenta con un total de 329 computadores, de las cuales 165 están ubicadas en el edificio Torre y 164 en el Anexo Hospitalario, Todas ellas cuales cuentan con su licenciamientos, así como los licenciamientos de software para servidores y estaciones de trabajo logrando tener casi el 100% de toda la institución legalizada con relación a las licencias, incluyendo antivirus, software para el desarrollo de sistemas con las últimas versiones de SQLSERVER, VISUAL, NET, WINDOWS profesional 8.1 y antivirus Mcaffé. Muchos de estos licenciamientos se han logrado a través de diversas gestiones realizadas por el Departamento de Informática.

En cuanto a la infraestructura de red esta ha sido mejorada considerablemente, ya que se ha ordenados el rack principal de centro de datos y agregados nuevos puntos de red, en base a los proyectos de desarrollo, además se han adquirido switch's capa tres, los cuales permiten tener redes más estables ya que se ha reducido los switch's genéricos capa 1; en la actualidad contamos con un 70% con red normalizada a nivel capa 3. También se cuenta con servidores de correo, Infraestructura de Internet, Infraestructura de Res Inalámbrica, video vigilancia. En cuanto a los sistemas informáticos, se han elaborado en los últimos años, 34 módulos algunos aún no se han puesto en producción y otros están siendo utilizados en las áreas de atención como: Emergencia, Radiología, Consulta Externa, Centro Quirúrgico, Estadística y Documentos Médicos, Hospitalización. Todos estos módulos por supuesto han requerido esfuerzo en su creación y mantenimiento, así como actualizaciones.

G. Camas Hospitalarias (Dotación de Camas)

En relación a la dotación de camas, la definición de asignación de las camas se analiza a la luz de los resultados de la producción y el perfil epidemiológico del Hospital, en los últimos años la tendencia muestra que la estrategia es disminuir camas hospitalarias y aumentar las camas para manejos ambulatorios, con lo cual se persigue entre otros hacer más eficientes los servicios de internación y reducir los costos de operación.

En los últimos años, luego de realizar los análisis pertinentes, basados en la demanda atendida, las condiciones externas, el perfil epidemiológico, la producción de los servicios, y otros aspectos importantes en el funcionamiento hospitalario, se han realizado diversos cambios en la dotación de camas oficial, los cuales se muestran en los cuadros siguiente:

N° DE CAMAS CENSABLES								
Servicios de Hospitalización	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Neonatología	35	35	35	35	32	32	32	32
Medicina Interna	26	26	26	24	24	24	24	24
Oncología	24	24	24	42	42	43	43	42
Infectología	45	42	42	36	36	36	36	36
Nefrología	9	9	9	9	9	9	9	9
Hematología	18	18	18	18	18	18	18	18
Cirugía General	29	29	29	29	33	33	33	33
Cirugía Plástica	21	20	20	20	20	18	18	16
Neurocirugía	29	29	29	29	29	29	29	29
Otorrinolaringología	11	7	7	6	6	6	6	6
Oftalmología	7	11	11	9	9	9	9	9
Ortopedia	23	23	23	23	18	18	18	18
Servicios por Contrato	12	12	12	12	12	12	12	12
Total de camas de hospitalización	289	285	285	292	288	287	287	284

Fuente: Unidad de Planificación

N° DE CAMAS NO CENSABLES									
Años	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
SERVICIOS DE APOYO CON CAMAS (De Tránsito)									
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica	16	16	16	16	16	16	16	16	
Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica (Antes Cuidados Intermedios)	6	6	6	6	6	6	6	6	
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal	12	12	12	12	15	15	15	15	
Total de Camas de Servicios de Apoyo	34	34	34	34	37	37	37	37	
SERVICIOS AMBULATORIOS									
Diálisis	13	13	13	8	8	8	8	8	
Diálisis Ambulatoria						6	6	6	
Hemodiálisis	4	4	4	1	7	8	8	8	
Nefrología Ambulatoria					2	2	2	2	
Oncología Ambulatoria I	18	18	18	16	16	16	16	16	
Oncología Ambulatoria II	16	16	16	0	0	0	0	0	

N° DE CAMAS NO CENSABLES								
Años	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hematología Ambulatoria	2	2	2	2	2	2	2	2
Observación de Emergencia	7	7	7	7	7	7	7	7
Máxima Urgencia	5	5	5	5	5	5	5	5
Oftalmología y ORL Ambulatoria	4	4	4	0	0	0	0	0
Oftalmología Ambulatoria	0	0	0	4	4	4	4	4
Otorrinolaringología Ambulatoria	0	0	0	3	3	3	3	3
Cirugía Ambulatoria	4	4	4	4	4	4	4	4
Observación de Servicios por Contrato	5	5	5	5	5	5	5	5
Cirugía Plástica Ambulatoria						2	2	4
TOTAL	78	78	78	55	63	72	72	74
Total de camas No Censables	112	112	112	89	100	109	109	111

Fuente: Unidad de Planificación

En relación a las camas ambulatorias el manejo adecuado y esperado se ha visto afectado por la demanda, y es por eso que en algunas ocasiones se han tenido que utilizar como censables. El hospital a fin de eficientizar el uso de las camas, ha aplicado la estrategia de ampliar la dotación de camas de Hospital de Día, lo cual implica reducción de costos y mejores condiciones para la atención para el paciente. También es importante destacar, que aunque en los servicios de Hospital de Día, se definen la existencia de camas, en algunos servicios no se cuenta con dichas camas instaladas, sino que se atiende a los pacientes en canapés, sillones y otros, donde se proporciona la atención, ya que algunas veces no se cuenta con el espacio físico suficiente para poder ubicar camas.

H. Oferta de Servicios

La oferta o portafolio de servicios del Hospital es un documento oficial, el cual se revisa y actualiza año con año, la actual puede ser consultada en el portal de transparencia del Gobierno de El Salvador (transparencia.gob.sv); en la actualizada en el 2018, se ofrecen los servicios que a continuación se detallan:

- Servicios de Hospitalización
- Atenciones en Unidades de Cuidados Críticos
- Atención en Hospital de Día
- Atenciones en Emergencia
- Consultas Externa
- Procedimientos e Interconsultas
- Intervenciones Quirúrgicas
- Servicios de Apoyo Diagnostico y Terapéutico
- Laboratorio Clínico
- Laboratorio de Genética
- Radiología
- Ultrasonografía
- Tomografía
- Banco de Sangres
- Anatomía Patológica
- Neurofisiología

- Fisioterapia
- Terapia Respiratoria
- Audiología
- Electroencefalografía
- Electrocardiografía
- Ecocardiograma
- Farmacia
- Fisioterapia de Tórax y Rehabilitación pulmonar
- Pruebas de Alergia
- Nutrición Parenteral
- Servicios de Docencia

I. Situación Financiera

Los presupuestos que se proporcionan para el sector de salud en cualquier parte del mundo, siempre ha sido considerados como insuficientes para cubrir las múltiples necesidades que se tienen para proporcionar una atención con calidad, El Salvador no es la excepción, y se enfrenta a dicha realidad constantemente, y sumado a las condiciones políticas, sociales, económicas y ambientales, propias de un país en vías de desarrollo, en el cual se genera una demanda cada vez más creciente de la población que debe requiere los servicios de salud, con accesibilidad, oportunidad y calidad.

El Hospital aunque es una institución dependiente del MINSAL, tiene su propio presupuesto de funcionamiento, el cual en los últimos años ha sido el que se presenta en el cuadro siguiente:

Años	Fondo General			Fondos Propios		
	Asignado	Ejecutado	% de Ejecución	Asignado	Ejecutado	% de Ejecución
2014	\$ 27139,801.00	\$ 27076,870.86	99.8%	\$ 1892,362.00	\$ 1891,545.38	100.0%
2015	\$ 30005,310.00	\$ 29921,345.86	99.7%	\$ 1750,000.00	\$ 1749,922.84	100.0%
2016	\$ 30580,626.00	\$ 30503,440.32	99.7%	\$ 1500,000.00	\$ 1476,104.00	98.4%
2017	\$ 30856,544.00	\$ 30843,391.70	100.0%	\$ 2183,598.43	\$ 2025,717.30	92.8%
2018	\$ 31321,205.00	\$ 31247,447.39	99.8%	\$ 1500,000.00	\$ 1366,503.64	91.1%
2019	\$ 35360,275.00					

Como se evidencia en el cuadro anterior la asignación del presupuesto del fondo general, del 2014 al 2019 ha tenido un incremento promedio del 5%, y una ejecución del 99.8%; sin embargo, del 2016 al 2018, el incremento promedio fue del 1%; esto significa que a pesar que las variaciones de la asignación presupuestarias año con año, muestras un mínimo incremento, este no ha estado en concordancia con las necesidades reales del Hospital, y si se considera que el incremento ha sido destinado para cubrir los salarios por la aplicación y cumplimiento de la Ley del Escalafón, lo cual es más evidente en la asignación del presupuesto del 2019, en donde el incremento ha sido del 11%, por el ajuste en la aplicación de dicha Ley, por lo tanto se puede concluir que en términos reales el presupuesto para funcionamiento se ha disminuido y cada vez se vuelve más insuficiente, sin posibilidad de realizar proyectos de inversión y desarrollo.

La conclusión se puede sustentar al revisar los datos de distribución del gasto, por específico, en donde se evidencia que del presupuesto del Fondo General el 72% se ejecuta en Recursos humanos, de los cuales el 70% son salarios, el 9.71 en medicamentos, el 8.61% en insumos, el 6.3% en compra de bienes y servicios y 2.4% en servicios básicos, estos resultados cada año muestran cierto grado de disminución en relación al año anterior, esto porque el mayor porcentaje de la asignación presupuestaria es para el pago de recursos humanos y si a esto

agregamos que anualmente por ley debiera darse un incremento promedio del 7% como incremento salarial (ley del escalafón), el margen para costos directamente relacionados con la atención, será cada vez menor y si además, se considera el incremento en los bienes e insumos por la inflación y otras variables, la situación para el funcionamiento de vuelve más caótica, y su capacidad de respuesta se ve más limitada hasta para el pago de servicios básicos que cada vez van en aumento, además cada año se incrementan los servicios de vigilancia y limpieza. Por otra parte la tecnología médica y los insumos y medicamentos especializados, son de gran costo, hay especialidades tales como hematología, oncología, neonatología y nefrología, que por el tipo de tratamiento requerido consumen una gran parte del presupuesto y demandan insumos y medicamentos específicos con un costo mayor.

J. Gestión de la Calidad

El Hospital con la finalidad de cumplir con la misión ha incorporado en su Estructura de funcionamiento la Gestión de Calidad, la cual es realizada a través de la ejecución y el seguimiento de los procesos siguientes:

- La Medición de Estándares de Calidad: Este proceso es un requerimiento del ente rector y es de mucho beneficio para evaluar y analizar el funcionamiento de los procesos de atención hospitalario, realizando una medición mensual, se han establecido una serie de estándares de cumplimiento obligatorio, que determinan el puntaje el estándar, se realiza evaluaciones sistemáticas que ayudan a determinar brechas o áreas de mejora, para lo cual se implementan las respectivas acciones de mejoramiento.
- El Proceso de Supervisión Integral. Se ha establecido un Plan de Supervisión, para el cual se desarrolla una programación anual a las dependencias asistenciales, de apoyo y administrativas, este proceso tiene una ficha de valuación que se adecua de acuerdo a la funcionabilidad de las dependencias, evaluando rubros de limpieza, orden, procesos, gerencia, salas situacionales etc. A partir de la evaluación se asigna un puntaje y se determinan áreas a mejorar, posterior a lo cual las áreas desarrollan un Plan de Mejora para resolver los hallazgos encontrados.
- Implementación y monitoreo de la Carta Iberoamericana de la Calidad: A efecto de lograr mejoras constantes y garantizar la calidad en la gestión del Hospital, se realiza anualmente la evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad, en base a un proceso de análisis y evaluación participativa con todos los miembros del Consejo Estratégico de Gestión, quienes en base a la evidencia recabada, definen la calificación de cada uno de los capítulos que la conforman. Los resultados obtenidos desde el 2012, son los siguientes:

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						

- Evaluación de la Satisfacción del Usuario externo
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. En el 2018 no se realizó la evaluación, solamente se evaluó la satisfacción de los usuarios en función de las quejas atendidas y los resultados de los buzones de sugerencias.

- Coordinación de Comités Hospitalarios. Otra de las estrategias enfocadas a impulsar la cultura de calidad es el establecimiento de comités hospitalarios, los cuales se constituyen en equipos multidisciplinarios de forma permanente con funciones de monitoreo y evaluación de aspectos importantes para el desarrollo de la gestión del Hospital. Los comités Planifican, organizan, establecen lineamientos de trabajo para las dependencias del hospital, en aspectos puntuales como saneamiento ambiental, Infecciones de
- Desarrollo e implementación de Planes para la Mejora Continua de la Calidad. Con el fin de avanzar en la gestión de la calidad, se ha promovido el desarrollo e implementación de acciones y/o Planes de Mejora de tal manera que se logre eficiencia en los procesos y calidad en la atención.

3. Análisis del Cumplimiento de Metas de Producción y PAOI 2018

Con el fin de realizar una programación adecuada se efectuó la revisión del cumplimiento del PAOI a septiembre de 2018, el cual incluyó, la revisión y análisis del cumplimiento de las metas de producción y los resultados de la evaluación del PAOI de actividades al tercer trimestre del 2018.

Cumplimiento de Metas de Producción a septiembre de 2018

A efecto de realizar un seguimiento en el cumplimiento de las Metas de Producción, se ha establecido en el PAOI de actividades, la revisión trimestral de los resultados. Los resultados de enero a septiembre de 2018, son los siguientes:

➤ Consulta Externa

Al revisar el cumplimiento de la Consulta Ambulatoria, podemos constatar que la consulta de sub especialidades médicas el porcentaje promedio de cumplimiento a septiembre del 2018 ha sido del 80%, el resultado se ha visto afectado entre otras razones porque no se ha reportado por aspectos operativos que se están corrigiendo, durante todo el año la producción de la especialidad de fisioterapia y por renunciaciones de médicos. En las sub especialidades médico quirúrgicas el cumplimiento fue del 93%; en las especialidades odontológicas fue del 90% y en otras atenciones de Consulta Externa, fue del 91%; en promedio el resultado obtenido muestra un cumplimiento de la producción de consultas externas de un 85%, lo cual denota que se cumplió con la meta esperada, la cual fue del 85%, si consideramos que la meta introducida al SPME se calculó en base al 100% de horas asignadas a la consulta externa, podemos concluir que el resultado institucional obtenido es aceptable, sin embargo, es conveniente aclarar que al realizar la revisión del cumplimiento se puede evidenciar que el resultado global obtenido está supeditado al exceso de la producción de algunas especialidades, y la disminución en el cumplimiento de otras; lo cual se debe entre otras razones a la ausencia de pacientes, el ausentismo laboral, falta de recursos de apoyo, etc.

En relación al cumplimiento del Departamento de Emergencia, el cumplimiento ha sido del 98%, este dato de metas solo es un dato de referencia, es decir histórico, ya que su resultado se evalúa en función del perfil epidemiológico y bajo un análisis comparativo de datos de las atenciones realizadas, ya que la producción es por demanda.

➤ **Hospitalización**

Al revisar y analizar los resultados a septiembre del 2018, se puede destacar lo siguiente:

En relación al cumplimiento de la producción de egresos hospitalarios se puede evidenciar que los resultados institucionales obtenidos están por arriba del resultado esperado, porque lo programado en el PAOI 2018 fue del 85% y se ha obtenido un resultado institucional del 95% de cumplimiento. Los servicios de especialidades médicas, muestran un cumplimiento promedio del 98%, en estos servicios muchos de los pacientes atendidos, son producto de la demanda generada de pacientes neonatales y de pacientes que se atienden en especialidades con patologías crónicas e enfermedades infecciosas. Es importante destacar que casi todos los servicios, está arriba de la meta esperada, excepto Oncología, el cual se ve afectado porque el mayor número de camas está asignado para pacientes de procedimientos, es decir de estancia de menor de 5 días, y los resultados obtenidos incluye el promedio de los dos servicios de la misma especialidad en uno de los cuales (Oncología 2), se manejan pacientes que con frecuencia presentan complicaciones, por la complejidad de las patologías, prolongando sus estancias, lo que disminuye la cantidad de egresos que podría obtenerse de dicho servicio.

Con respecto a las Especialidades de Cirugía el resultado global es del 94%, lo cual indica que está arriba de la meta programada, sin embargo, es necesario hacer notar que este resultado es producto del rebalse atendido en el servicio de Cirugía Pediátrica, Plástica y Ortopedia, en los cuales se han atendido pacientes que no corresponden a la especialidad, pero que a fin de dar cobertura se cubren y luego se trasladan al servicio que corresponde. Los servicios de Oftalmología y Otorrino presentan coberturas de metas debajo de lo definido.

Con respecto a las metas de Servicios por Contrato que son los pacientes atendidos de Bienestar Magisterial, el cumplimiento está al 82%, lo cual está debajo de lo esperado, pero como este es un resultado en función de la demanda, se considera aceptable.

Los que se reportan como egresos fallecidos que se detallan en Emergencia son pacientes que se admitieron en el establecimiento, pero que por su condición no pudieron ingresarse y murieron en la Emergencia.

Cabe destacar en la revisión de los datos Hospitalización que para evaluar el funcionamiento, más que el cumplimiento de la meta, es necesario evaluar además del cumplimiento de metas, los diferentes indicadores de gestión, el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados, y los resultados de morbilidad, complicaciones, satisfacción etc., de tal manera que se establezcan estrategias que permitan, la definición de metas y objetivos concretos en función de la calidad de atención y el uso racional y adecuado de los recursos para el logro de una gestión eficiente.

➤ **Cirugía Mayor**

Los datos de Cirugía son los captados en la hoja de Ingreso y Egreso, los cuales son ingresados al SIMOWS y migrados al SPME. Estos datos en términos generales evidencian un cumplimiento general de lo programado de un 107%, sin embargo, es importante aclarar que este resultado

requiere revisión, ya que para la estimación de las metas, se han considerado muchos aspectos y se han realizado cambios en función de la capacidad instalada y los resultados de la información obtenida del Sistema de Información del Centro Quirúrgico. Es importante destacar, que se ha avanzado en la mejora de los registros, pero aún existen factores que afectan el que se avance en el establecimiento de una meta en función de la demanda. Se espera que en el 2019, se puedan superar otros obstáculos y se pueda contar con una mejor información que permita realizar un mejor análisis de la producción quirúrgica y una meta apegada al funcionamiento y la demanda.

➤ **Medicina Crítica**

En el caso de Medicina Crítica, las Unidades de Cuidados Intensivos, muestra un cumplimiento de la meta de transferencias del 107%, lo cual es producto de las patologías atendidas y que ha permitido una reducción de la estancia promedio, y una ocupación mayor de las camas.

En relación a las atenciones de medicina crítica de emergencia se evidencia un cumplimiento del dato de referencia estimado como meta de un 119%, en relación a los pacientes admitidos en la observación, de los cuales se ingresan un 56%, que es el dato reflejado en el cumplimiento de la producción de transferencias. Con respecto a las atenciones de máxima urgencia, el cumplimiento ha sido del 67% en relación a lo estimado que fue arriba, esto se debe a que para la estimación de metas el dato de referencia no muestra un registro adecuado, sin embargo, se ha venido mejorando.

➤ **Servicios Diagnósticos de Laboratorio y Banco de Sangre**

Al revisar los porcentajes de cumplimiento de las metas de los servicios intermedios de laboratorio y banco de sangre, existen variaciones de cumplimiento en las diferentes secciones, pero dado que este es un servicio de apoyo que responde a la demanda de los servicios finales, el análisis en cuanto al cumplimiento debe ser más profundo, evaluando la producción más que en relación a la meta, con la disposición de recursos para poder realizar las pruebas y el índice de uso de pruebas en relación a los egresos y el día cama ocupada o en comparación con las guías de manejo de pacientes en función de la patología que se está tratando; por tal razón en el PAOI de actividades 2018, se definió como actividad la evaluación sobre el índice de uso de estos servicios en relación a los servicios de Hospitalización, los cuales se presentaron en reportes trimestrales durante el período de gestión. Es importante destacar que a fin de mejorar los resultados de la gestión en el Laboratorio se modificó el reporte de Control de Calidad, el cual en años anteriores se acumulaba en la producción de Emergencia, en el año 2018 se distribuyó de acuerdo a la producción en todas las áreas de Laboratorio por lo que no se alcanzaron a cumplir las metas. En el área de Inmunología también fue afectada por escases de insumos en varias pruebas a lo largo del año y en el Banco de Sangre se cumplió con las metas reportándose un ligero incremento en el consumo de hemocomponentes.

➤ **Servicios Diagnósticos Imagenología y Tratamiento**

En relación a los servicios diagnósticos, como imagenología, anatomía patológica y otros servicios diagnósticos, al igual que laboratorio se producen en función de la demanda de los servicios finales (hospitalización, consulta y emergencia) y el cumplimiento de la meta está sujeto a la disposición de recursos.

En los resultados a septiembre de 2018, hay servicios que están arriba del 100%; pero también, hay otros con cumplimiento bajos, lo cual implica que debe establecerse un proceso de revisión y análisis periódico participativo, en el cual los generadores de la información puedan identificar

las desviaciones y establecer acciones o planes de mejora, ya que es evidente que existen situaciones que necesitan planes de intervención a fin de garantizar las mejoras en la calidad.

Con relación a los resultados de Radiología, se evidencia una baja en la producción de Resonancia Magnética, esto es debido a daño en la antena, con lo que se realizan resonancias de SNC que representan el estudio de mayor demanda del área.

Los resultados de Farmacia son bajos, debido a que no se ha reportado su producción por no contar con suficiente recurso humano para cubrir sus áreas. Al presente está en proceso de actualizar la información.

Con respecto a la producción de anatomía patológica, se reporta baja producción por la no inclusión del reporte de los meses de julio y agosto por cambios en el formato de reporte, el cual se corrigió a partir del mes de septiembre. Al incluir la producción de estos meses el cumplimiento de la meta se incrementó al 93%.

En relación a la producción de Terapia Respiratoria, se deberá realizar ajustes en la Meta, ya que la estimación se realizó en base a un recurso y la producción reportada es de todos los recursos.

➤ **Servicios Generales**

Al revisar los resultados reportados en el SPME del cumplimiento de Metas de los Servicios generales, se puede concluir que se vuelve difícil el análisis y evaluación específica de los resultados, debido a que los datos se reportan agrupados y no reflejan la realidad institucional, porque por ejemplo en Alimentación y lavandería las metas estimadas para los servicios de Hospitalización son calculados por el mismo sistema SPME, y solamente toma en cuenta para establecer el factor, la producción y el indicador de estancia del año anterior de cada uno de los servicios de Hospitalización agrupados en rubros, para efectos de evaluar es necesario considerar cada uno de los servicios de Hospitalización, así como la producción que estos servicios dan a otros servicios del Hospital, como los servicios de Hospital de día que también tienen una demanda importante.

Sin embargo, con los datos reflejados se evidencia en el caso de Alimentación y Dietas el resultado de cumplimiento es del 94%, lo cual está adecuado, ya que el resultado responde a las variaciones en los días de estancia y a la producción de egresos.

En relación a los datos de lavandería se muestra un cumplimiento del 92%. Es importante mencionar que la producción de lavandería es superior a la reportada en el SPME, dado que este servicio produce también para los servicios complementario y en pequeñas proporciones en servicios administrativos, sin embargo, para efectos de evaluación en el SPME solo se reporta lo producido para los servicios finales y la meta es establecida al igual que alimentación en base a los egresos proyectado, lo cual es necesario revisar y ajustar a la realidad del hospital, donde se calculan las metas tomando en cuenta la demanda de los servicios y se comparan con la meta de producción en función del recurso humanos disponible y el estándar de tiempo que lleva el lavar un libra de ropa.

El cumplimiento de la Metas de Mantenimiento Preventivo obtenido ha sido del 68%, es decir que la producción de Mantenimiento preventivo ha sido inferior a lo esperado, esto se debe entre otras razones a la limitación del recurso humano (personal que se ha retirado de la institución y que no se ha recontratado nuevo personal para cubrir las plazas vacantes), y además porque se

ha dado respuesta más al mantenimiento correctivo que al preventivo, para lograr mejores resultados es necesario reforzar el áreas a fin de satisfacer la demanda de atención de órdenes de mantenimiento correctivo, y particularmente el preventivo, en las diferentes instalaciones del Hospital. En cuanto al servicio de Transporte el cumplimiento fue del 76%, lo cual está por debajo de la meta establecida del 85%; debido a que hay personal que renuncio y aún no ha sido contratado el recurso humano, además de algunas fallas en los vehículos por la obsolescencia de los mismo, lo que ha restado al cumplimiento de toda la demanda, aunque por supuesto, se prioriza el transporte de pacientes sobre el transporte de personal a actividades de tipo administrativo.

Cumplimiento de Actividades de Gestión Operativa 2018

Evaluación PAOI de Actividades 2018					
N°	Resultado esperado	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	Promedio
1.1.	Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbimortalidad institucional	49%	41%	36%	42%
2.1.	Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional	100%	100%	100%	100%
2.2	Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión Institucional y los tiempos de respuesta para la atención Asistencial	25%	33%	17%	25%
2.3.	Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios	75%	60%	80%	72%
3.1	Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales	0%	83%	100%	61%
4.1.	Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	100%	100%	67%	89%
5.1.	Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	77%	54%	46%	59%
6.1	Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente	69%	-	0%	35%
7.1	Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	-	100%	67%	84%
8.1	Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa	100%	100%	100%	100%
Total		66%	75%	61%	67%

Fuente: Registros de Evaluación de la Unidad de Planificación del HNNBB

En el cuadro anterior se presenta el resultado de la evaluación de la programación de actividades, como se puede corroborar en promedio al tercer trimestre se ha cumplido en un 67%, este resultado incluye actividades que no se han evaluado, y algunas reprogramadas para el 4° trimestre; esto significa que se no se ha podido cumplir con la meta del cumplimiento del PAOI de actividades, la cual se pretendía cumplir al menos en un 80%.

El cumplimiento de algunas actividades se ha visto afectado entre otras razones por carga de actividades emergentes que se tienen que cubrir tanto al interior del hospital, como por requerimientos del MINSAL. Sin embargo, es de hacer notar que a pesar de que no todo se ha cumplido, el porcentaje de cumplimiento alcanzado muestra el grado de esfuerzo y avance para cumplir con las actividades programadas de producción Hospitalaria y de Consulta Externa, las cuales están representadas en la actividad 2.1 y cuyo cumplimiento es del 100%, y la característica de flexibilidad que se le ha dado, para realizar el proceso de evaluación, ya que durante el proceso de evaluación trimestral se toman decisiones ya sea para eliminar, reajustar actividades y/o reprogramar el cumplimiento.

4. Análisis del Resultado de los Indicadores a Septiembre de 2018

El Monitoreo de los indicadores de gestión se realiza mensualmente y la gran mayoría están dentro de los resultados esperados; sin embargo, dentro del grupo existen algunos indicadores que presentan variaciones significativas especialmente al compararlos los resultados con años anteriores.

Los indicadores analizados en el Hospital son los requeridos por el MINSAL, en la base que se trabaja en EXCEL, dado que este grupo de indicadores incluye los reportados en el SPME, a excepción de la referencias y retornos, el cual el dato reflejado en el SPME muestra una mejora en relación a los datos del 2017, sin embargo, al interior del Hospital existen diferencias entre lo reportado en el SPME (lo cual es migrado de los Sistemas Estadísticos), en relación al dato de Emergencia, posiblemente entre otras razones por existe sub registro de la información, en los sistemas oficiales, o porque el registro se realiza sin tener claro los conceptos; al respecto se han estado realizando esfuerzos y acciones de mejora, con respecto a los otros indicadores, los resultados han sido los siguientes:

➤ Indicadores de Emergencia

El resultado de estos indicadores están dentro del resultado esperado, el indicador de tiempo de espera para ingreso hospitalario si bien no cumple con el estándar definido por el MINSAL, está dentro de lo definido del Hospital, especialmente por las condiciones de funcionamiento.

➤ Indicadores de Consulta Externa

En relación a los indicadores de consulta externa de los tres que se monitorean, dos están dentro del resultado esperado y acorde al estándar definido al MINSAL, es decir, que tanto la concentración de consultas como el promedio diario de consultas realizadas por consultorio están acordes a lo definido, a excepción del tiempo de espera entre solicitud de citas de primera vez, que conforme a lo definido por el MINSAL debe ser de 30 días o menos y conforme al Hospital de 60 días, y cuyo resultado a septiembre del 2018 tiene un promedio de 66 días, producto entre otras razones, por de la falta de recursos, ausencias de personal y pacientes.

➤ **Indicadores de Hospitalización**

Con respecto a los indicadores de Hospitalización, estos se analizan en el MINSAL, agrupados en Medicina, Ginecología, Cirugía, Pediatría y Neonatología; por lo que el Hospital solamente reporta Pediatría y Neonatología, sin embargo, la revisión y análisis se realiza por cada servicio y el promedio institucional, los cuales de enero septiembre 2018, muestran que el funcionamiento del Hospital ha estado debajo de lo esperado específicamente en relación al índice de ocupación el cual ha sido del 79.80%, esto es porque se ha incrementado la estancia de promedio 6.84, lo que ha dado como resultado un intervalo de sustitución de 1.72 y un giro de 3.54.

➤ **Indicadores de la Actividad Quirúrgica**

Los indicadores de la Actividad quirúrgica son nueve, de estos 6 tienen definido un estándar a nivel ministerial. Los resultados muestran que el Hospital está dentro de los resultados esperados, ya que tanto el porcentaje de cirugías realizadas, tanto mayores como ambulatoria, se han logrado realizar conforme a lo estándares, en una variación pequeña los otros estándares no se ha alcanzado como lo establece el MINSAL, pero se han realizado esfuerzos para que mejorar los resultados, alcanzando algunos logros como la reducción de los tiempos de espera para cirugía, y el porcentaje de cirugía suspendidas.

➤ **Indicadores de Abastecimiento**

En relación a los indicadores de abastecimiento, son dos: el abastecimiento de medicamentos del Hospital y el abastecimiento de medicamentos oncológicos, si bien el resultado de los indicadores muestra un resultado satisfactorio, no es suficiente para satisfacer las necesidades de la demanda, por lo que se ha evaluado la necesidad de establecer una medición que permita evaluar mejor este indicador. El porcentaje de abastecimiento de medicamentos es un indicador que tanto la meta como el resultado, están condicionada a la gestión ministerial y financiera, por lo que su cumplimiento no solo depende de la gestión del Hospital, pero que es necesario medir y evaluar mensualmente para realizar oportunamente las gestiones que sean necesarias.

➤ **Indicadores de Seguridad del Paciente**

Los indicadores de seguridad del pacientes son dos, uno es la tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria y el otro de infección en el sitio quirúrgico, los resultados del hospital muestran que se tiene una tasa promedio de 3.26, la cual está dentro de los estándares internacionales. El porcentaje de infecciones hospitalarias muestra un resultado acorde a lo esperado y es importante mencionar que para nuestro hospital, para obtener el resultado final del indicador, se han sumado las infecciones no solo de los servicios finales, sino también de las Unidades de Cuidados Intensivos. Para lograr impactar en este indicador en el Hospital, se realiza el monitoreo mensual a través de supervisiones y la identificación de las infecciones, así como el porcentaje de cumplimiento del apego en el lavado de manos.

➤ **Indicadores Epidemiológicos**

Los estándares epidemiológicos son 17, de los cuales 9 son atribuibles al Hospital, entre los cuales están los estándares de mortalidad bruta y neta, así como las mortalidad y letalidad de algunas causas. Estos indicadores son evaluados en función de la morbilidad atendida y los recursos disponibles para la atención.

Es importante mencionar que al interior del Hospital se realizan grandes esfuerzos para la construcción y monitoreo de las variables que permiten generar, tanto los indicadores requeridos en el SPME, como los indicadores de gestión requeridos por el MINSAL, y que son de vital importancia para el Hospital, ya que permite realizar mensualmente una evaluación de los

resultados y así poder establecer las medidas correctivas para retroalimentar y mejorar los procesos de gestión.

5. Identificación de Problemas y/o Necesidades

En el Hospital como en cualquier establecimiento se enfrentan muchos problemas y necesidades entre los problemas y/o necesidades se encuentran:

- a) En relación a la demanda
 - Solicitud de atención de pacientes pediátricos que no corresponden a la oferta de servicios del III nivel de atención. (Pacientes de I y II nivel de atención).
 - Sobredemanda de atención para las Unidades de Cuidados Intensivos.
 - Pacientes con patologías con tratamientos con elevado costo: Pacientes Hemofílicos, Cirugía Cardiovascular, Insuficiencia Renal, Oncológicos, Pacientes con Malformaciones Complejas, Neonatos Prematuros etc.
 - Aumento de pacientes de estancia prolongada: prematuros, tumores, quemaduras, malformaciones congénitas etc.
 - Pacientes con tratamientos permanentes: VIH, Diabéticos, trasplantados etc.
 - Pacientes con mayor requerimiento de Cuidados Paliativos.
 - Pacientes que requieren rehabilitación Crónica.
 - Sobredemanda de pacientes referidos de otros hospitales.
 - Incremento de la población mayor de 12 años que requieren una atención especializada en enfermedades no transmisibles crónicas y degenerativas.
 - Prevalencia de morbi-mortalidad debido a lesiones de causa externa secundarias a la violencia, quemaduras, mordeduras por animales y enfermedades crónicas y agudas emergentes.
 - Sobre demanda de servicios de apoyo y diagnósticos.
 - Un gran número de pacientes con Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria

- b) En relación a la Oferta
 - Presupuesto limitado para dar respuesta a los problemas sanitarios identificados
 - Especialidades con requerimiento de expansión y con infraestructura limitada (pocas áreas de expansión).
 - Emergencia con limitadas áreas físicas de trabajo.
 - Recurso humano insuficiente en áreas específicas del hospital
 - Falta de actualización e implementación de guías de atención y/o protocolos de especialidades médicas.
 - Transporte de ambulancias insuficiente.
 - Limitada capacidad resolutive frente a la creciente demanda de pacientes de más de 12 años con patologías crónicas que requieren atención.
 - Dificultad con proveedores en suministrar insumos requeridos.
 - Déficit de Camas para Cuidados Intensivos

- c) En relación a la Gestión
 - Deficiente proceso de generación, procesamiento, divulgación y análisis de la información para la toma de decisiones

- Tiempo de Espera prolongados
- Poco interés del personal en la educación continua
- Inseguridad para el personal, ciudadanos y bienes hospitalarios
- Cultura organización débil con evasión de responsabilidad, desinterés y desmotivación laboral en algún personal hospitalario
- Deficiente trabajo en equipo
- Duplicidad en el llenado de formas administrativos
- Inadecuado seguimiento, control y evaluaciones de planes operativo
- Deficiente supervisión y control
- Deficiencia en el proceso de toma de decisiones basado en evidencia
- Dificultad en asumir los roles de autoridad y responsabilidad en algunas dependencias
- Deficiencia en el proceso de comunicación institucional
- Falta de integración de los procesos
- Falta de continuidad en le elaboración y seguimiento de planes de mejora
- Limitada producción de investigación científica
- Falta de actualización, desconocimiento y aplicación de normativas vigente para los procesos de gestión
- Clima laborar con deficiencias en algunas áreas
- Reuniones no planeadas cusan el desplazamiento de lo estratégico por lo urgente
- Trabajo por Funciones y no por Gestión por Procesos

Análisis FODA
(Auto evaluación Institucional)

Análisis Interno	
FORTALEZAS	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recursos humanos profesionales, especializados y con alta capacidad técnica y humana. ▪ Buen prestigio institucional en base a resultados. ▪ Reestructuración de la prestación de servicios de salud (RIIS). ▪ Actualización de Plataforma Documental Institucional ▪ Desarrollo de sistema de auditoria de morbimortalidad infantil institucional e interinstitucional. ▪ Desarrollo de jornadas medico quirúrgicas nacionales e internacionales. ▪ Alianzas Estratégicas para la prestación de servicios ▪ Amplia Oferta de Servicios especializados de tercer nivel. ▪ Modernización de Comunicaciones a Tecnología IP. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adquisición de equipamiento Biomédico de Alta Tecnología en UCIN, Quirófanos, UCI Quirúrgica, Consulta Externa ▪ Sistematización del Proceso de Recolección, Procesamiento y Retroalimentación de la Información. ▪ Gestión continua de la calidad, a través de la Unidad Organizativa de la Calidad. ▪ Mejor evidencia basada en información. ▪ Tecnología avanzada en servicios de apoyo diagnósticos.
DEBILIDADES	
<p style="text-align: center;">INFRAESTRUCTURA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuficientes áreas de descanso, mobiliario y sanitarios para los padres de los pacientes en hospitalización. ▪ Parqueos insuficientes. 	<p style="text-align: center;">GESTION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de responsabilidad de algunas jefaturas para asumir sus funciones. ▪ Deficiente supervisión y control de las tareas en algunas áreas.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espacio físico insuficiente para la atención de ciertas áreas. ▪ No hay área adecuada para procedimientos en hospitalización. ▪ Falta de áreas de traslado y estancia para discapacitados. ▪ Deterioro de pintura exterior. ▪ No hay un área habilitada para alimentación del personal. ▪ Separación física de edificación que dificultan movilización segura y oportuna. (Anexo Consulta Externa y Centro Nacional de Radioterapia). ▪ Dificultades de acceso y salidas de las instalaciones hospitalarias por ventas ambulantes, vehículos y otros. <p style="text-align: center;">RECURSO HUMANO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cultura organización débil con evasión de responsabilidad. ▪ Desmotivación laboral en algunas áreas. ▪ Remuneración y función no acorde al nombramiento de personal en algunos recursos. ▪ Falta de actualización de normativas internas. ▪ Desconocimiento y deficiente aplicación de las normativas ▪ Gestión por Funciones y no por Procesos ▪ Recurso humano insuficiente en ciertas áreas. ▪ Requerimiento frecuente de personal para actividades externas a la institución. ▪ Reducción de número de plazas y procesos burocráticos para la contratación de nuevo recursos. ▪ Deficiente Plan de Desarrollo de Recursos Humanos. <p style="text-align: center;">INFORMACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Retraso en la generación de información interna. ▪ Farmacia de Consulta Externa con problemas para generar información. <p style="text-align: center;">ORGANIZACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inadecuado seguimiento, control y evaluaciones de planes operativos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Burocracia en procesos administrativos. <p style="text-align: center;">DOCUMENTACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se cuenta con manuales de procesos y procedimientos. ▪ Existen guías de atención y/o protocolos para especialidades pendientes de divulgar y operativizar. <p style="text-align: center;">SEGUIMIENTO Y CONTROL</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Débil monitoreo y evaluación de los procesos y de los resultados, a nivel operativo. ▪ Deficiente seguimiento de planes de mejora en algunas áreas. <p style="text-align: center;">ENSEÑANZA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitada producción de investigación científica. ▪ Formación no basada en lineamientos institucionales. ▪ Pobre asistencia a actividades de capacitación. <p style="text-align: center;">EQUIPO / INSUMOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un porcentaje importante del equipo con obsolescencia. <p style="text-align: center;">FINANCIAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignación presupuestaria limitada para el mantenimiento de los servicios de atención. • Pobre implementación a nivel operativo de acciones de ahorro institucional. <p style="text-align: center;">ATENCION DIRECTA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiempos de espera prolongada para la consulta de primera vez en algunas especialidades. ▪ No hay farmacia nocturna. ▪ Referencia de pacientes de otros niveles de atención que no corresponden al III nivel de atención. ▪ Estancia prolongada por aumento de pacientes crónicos: recién nacidos, malformaciones, traumas etc. ▪ Sobredemanda de pacientes críticos en relación a la oferta.
---	--

Análisis Externo	
OPORTUNIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Convenios de Cooperación internacional e interinstitucional ▪ Sensibilidad Social de la población hacia la función del Hospital. ▪ La posibilidad de negociaciones de compra de servicios de tecnología avanzada en comodato. ▪ Desconcentración de pacientes mediante la RIIS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apertura para realizar gestiones para financiamiento. ▪ Nuevas Jornadas internacionales. ▪ Fortalecimiento de especialidades con apoyo externo. ▪ Adquisición de equipos médicos a través de préstamos internacionales. ▪ Implementación de una cultura de gestión de la calidad.
AMENAZAS	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presupuesto que no responden a las necesidades reales. ▪ Contexto político variable. ▪ Señalamientos negativos a la institución por los medios de comunicación. ▪ Requerimientos legales de tratamientos medico quirúrgicos no acordes con el presupuesto institucional. ▪ Legislación burocrática y caduca. ▪ Recurso humano con actividades y/o funciones fuera del Hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento de las atenciones por enfermedades crónicas en adolescentes. ▪ Enfermedades epidemias emergentes. ▪ Enfermedades epidemiológicas y ocupacionales que afectan al personal institucional. ▪ Demanda excesiva de solicitudes de información del MINSAL y otras instituciones. ▪ Contexto de Violencia en el país. ▪ Riesgos medio ambientales. ▪ Vulnerabilidad a los fenómenos naturales.

Priorización de Problemas

El método utilizado para la priorización de problemas del Hospital, es el de Hanlon, y en la tabla siguiente se mostrarán las calificaciones:

		Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad					
					Pertinencia	Economía	Recursos	Legalidad	Acceptabilidad	
					(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	
	a) Problemas en relación a la demanda									
1	Solicitud de atención de pacientes pediátricos que no corresponden a la oferta de servicios del III nivel de atención. (Pacientes de I y II nivel de atención).	10	10	1	1	1	1	1	1	20
2	Sobredemanda de atención para las Unidades de Cuidados Intensivos.	8	8	0.5	1	0	0	1	1	0

		Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad					
					Pertinencia	Economía	Recursos	Legalidad	Aceptabilidad	
					(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	
3	Pacientes con patologías con tratamientos con elevado costo: Pacientes Hemofílicos, Cirugía Cardiovascular, Insuficiencia Renal, Oncológicos, Pacientes con Malformaciones Complejas, Neonatos Prematuros etc.	10	10	0.5	1	1	1	1	1	10
4	Aumento de pacientes de estancia prolongada: prematuros, tumores, quemaduras, malformaciones congénitas, trauma, etc.	10	8	1	1	0	1	1	1	0
5	Pacientes con tratamientos permanentes: VIH, Diabéticos, trasplantados etc.	8	8	1	1	1	1	1	1	16
6	Pacientes con mayor requerimiento de Cuidados Paliativos.	8	8	1	1	1	1	1	1	16
7	Pacientes que requieren rehabilitación Crónica.	8	7	1	1	1	1	1	1	15
8	Sobredemanda de pacientes referidos de otros hospitales.	9	8	1	0	1	1	1	1	0
9	Incremento de la población mayor de 12 años que requieren una atención especializada en enfermedades no transmisibles crónicas y degenerativas.	9	8	1	1	1	1	1	1	17
10	Prevalencia de morbi-mortalidad debido a lesiones de causa externa secundarias a la violencia, quemaduras, mordeduras por animales y enfermedades crónicas y agudas emergentes.	8	8	1	1	1	1	1	1	16
11	Sobre demanda de servicios de apoyo y diagnósticos.	9	9	1.5	1	1	1	1	1	27
12	Un gran número de pacientes con Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria.	8	8	1.5	1	1	1	1	1	24
b) Problemas en relación a la Oferta										
13	Presupuesto limitado para dar respuesta a los problemas sanitarios identificados.	10	10	0.5	1	0	1	1	1	0
14	Especialidades con requerimiento de expansión y con infraestructura limitada (pocas áreas de expansión).	8	8	0.5	1	0	1	1	1	0
15	Emergencia con limitadas áreas físicas de trabajo.	8	8	0.5	1	0	1	1	1	0
16	Recurso humano insuficiente en áreas específicas del hospital.	10	10	1	1	1	1	1	1	20

		Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad					
					Pertinencia	Economía	Recursos	Legalidad	Acceptabilidad	
					(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	
17	Falta de actualización e implementación de guías de atención y/o protocolos de especialidades médicas.	10	10	1.5	1	1	1	1	1	30
18	Transporte de ambulancias insuficiente.	8	8	1	1	0	1	1	1	0
19	Limitada capacidad resolutive frente a la creciente demanda de pacientes de más de 12 años con patologías crónicas que requieren atención.	8	8	1	1	0	1	1	1	0
20	Déficit de camas Cuidados Intensivos	8	8	0.5	1	0	0	1	1	0
21	Falta de habilitación de quirófanos por déficit de personal e enfermería y anestesia	9	9	1	1	0	1	1	1	0
22	Dificultad con proveedores en suministrar insumos requeridos.	7	7	1	1	1	1	1	1	14
c) En relación a la Gestión										
23	Deficiente proceso de generación, procesamiento, divulgación y análisis de la información para la toma de decisiones	9	7	1.5	1	1	1	1	1	24
24	Tiempo de Espera prolongados	9	9	1.5	1	1	1	1	1	27
25	Poco interés del personal en la educación continua	10	9	1.5	1	1	1	1	1	28.5
26	Cultura organización débil con evasión de responsabilidad, desinterés y desmotivación laboral en algún personal hospitalario	10	10	1.5	1	1	1	1	1	30
27	Deficiente trabajo en equipo	10	10	1.5	1	1	1	1	1	30
28	Duplicidad en el llenado de formas administrativos	8	8	1.5	1	1	1	1	1	24
29	Inadecuado seguimiento, control y evaluaciones de planes operativo	8	8	1.5	1	1	1	1	1	24
30	Deficiente supervisión y control	7	7	1	1	1	1	1	1	14
31	Deficiencia en el proceso de toma de decisiones basado en evidencia	7	8	1	1	1	1	1	1	15

		Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad					
					Pertinencia	Economía	Recursos	Legalidad	Aceptabilidad	
					(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	
32	Dificultad en asumir los roles de autoridad y responsabilidad en algunas dependencias	7	7	1	1	1	1	1	1	14
33	Deficiencia en el proceso de comunicación institucional	8	8	1.5	1	1	1	1	1	24
34	Falta de integración de los procesos	10	10	1.5	1	1	1	1	1	30
35	Falta de Continuidad en la elaboración y seguimiento de planes de mejora									0
36	Limitada producción de investigación científica	8	7	1.5	1	1	1	1	1	22.5
37	Falta de actualización, desconocimiento y aplicación de normativas vigente para los procesos de gestión	6	7	1.5	1	1	1	1	1	19.5
38	Clima laboral con deficiencias en algunas áreas	10	10	1.5	1	1	1	1	1	30
39	Reuniones no planeadas causan el desplazamiento de lo estratégico por lo urgente	7	7	1	0	1	1	1	1	0
40	Trabajo por Funciones y no por Gestión por Procesos	10	10	1.5	1	1	1	1	1	30
41	Inseguridad para el personal, ciudadanos y bienes hospitalarios	7	6	1	0	1	1	1	1	0

La fórmula utilizada en la tabla es la siguiente.
(Magnitud+Severidad) x Efectividad x Factibilidad

Puntuación del Hanlon

Una vez introducidos los valores para cada una de las dimensiones, se calculará automáticamente el valor para cada problema

Para establecer la priorización se califica los problemas definidos en la Columna B, completando los valores de las dimensiones del Método Hanlon, siguiendo las instrucciones siguientes:

Magnitud

Número de personas afectadas. Definir cómo vamos a dar la puntuación entre 0 y 10 según la magnitud del problema: ¿Cuántas personas están afectadas? ¿Valoraremos de alguna forma si existe algún sector poblacional especialmente afectado?
Valoración del 0-10, siendo 0 poca magnitud y 10 mucha magnitud

Severidad

Podríamos utilizar datos objetivos de los sistemas de información (mortalidad, morbilidad, datos sobre conductas de salud) o pueden utilizarse datos subjetivos
Por ejemplo ¿De cuántas muertes prematuras estamos hablando? ¿Qué impacto en calidad de vida tiene a nivel individual, familiar, social?
¿Es este problema más importante entre determinados sectores de la población?
Valoración del 0 al 10, siendo 0 poca severidad y 10 mucha severidad

Efectividad

Se puntuaría la capacidad que tenemos de actuar sobre ese problema (si el problema es fácil o difícil de solucionar)
Valoración del 0,5 al 1,5, siendo 0,5 muy difícil la actuación y 1,5 muy fácil la actuación

Factibilidad

	Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad				
				Pertinencia	Economía	Recursos	Legalidad	Acceptabilidad
				(0-10)	(0-10)	(0.5-1,5)	(0-1)	(0-1)
Incluye varias dimensiones a las que se respondería Sí o No. Si se responde Sí se le otorga un 1 y si se responde No se otorga un 0 Esto quiere decir que si alguna de las dimensiones es negativa automáticamente (al multiplicar en la fórmula) el problema tiene mala priorización Pertinencia: ¿Es pertinente, es oportuna, es conveniente actuar sobre esto ahora mismo? Economía ¿Tenemos fondos para ello? Referencias El método de Hanlon para la determinación de prioridades. Zulema Josefina Fuentes Diagnóstico comunitario de la situación de salud. Rafael Borroto Chao y Margarita Liz Alvarez Guía para el diagnóstico local participativo de la Organización Panamericana de la Salud Elaboración: Unidad de Planificación del HNNBB								

Resultado de la Priorización de Problemas

N°	Problemas	Calificación
1	Falta de actualización e implementación de guías de atención y/o protocolos de especialidades medicas	30
2	Deficiente trabajo en equipo	30
3	Cultura organización débil con evasión de responsabilidad, desinterés y desmotivación laboral en algún personal hospitalario	30
4	Falta de integración de los procesos	30
5	Clima laboral con deficiencias en algunas áreas	30
6	Trabajo por funciones y no Gestión por Procesos	30
7	Poco interés del personal en la educación continua	28.5
8	Sobredemanda de servicios de apoyo y diagnósticos	27
9	Tiempo de Espera prolongados	27
10	Deficiencia en el proceso de comunicación institucional	24
11	Duplicidad en el llenado de formas administrativos	24
12	Inadecuado seguimiento, control y evaluaciones de planes operativo	24
13	Dificultad en asumir los roles de autoridad y responsabilidad en algunas dependencias	24
14	Deficiente proceso de generación, procesamiento, divulgación y análisis de la información para la toma de decisiones	24
15	Un gran número de pacientes con Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria.	24
16	Limitada producción de investigación científica	22.5
17	Recurso humano insuficiente en áreas específicas del hospital.	20

N°	Problemas	Calificación
18	Solicitud de atención de pacientes pediátricos que no corresponden a la oferta de servicios del III nivel de atención. (Pacientes de I y II nivel de atención).	20
19	Falta de actualización, desconocimiento y aplicación de normativas vigentes para los procesos de gestión	19.5
20	Incremento de la población mayor de 12 años que requieren una atención especializada en enfermedades no transmisibles crónicas y degenerativas.	17
21	Prevalencia de morbi-mortalidad debido a lesiones de causa externa secundarias a la violencia, quemaduras, mordeduras por animales y enfermedades crónicas y agudas emergentes.	16
22	Pacientes con tratamientos permanentes: VIH, Diabéticos, trasplantados etc.	16
23	Pacientes con mayor requerimiento de Cuidados Paliativos.	16
24	Pacientes que requieren rehabilitación permanente	15
25	Deficiencia en el proceso de toma de decisiones basado en evidencia	15
26	Deficiente supervisión y control	14
27	Dificultad con proveedores en suministrar insumos requeridos.	14
28	Deficiente supervisión y control	14
29	Pacientes con patologías con tratamientos con elevado costo: Pacientes Hemofílicos, Cirugía Cardiovascular, Insuficiencia Renal, Oncológicos, Pacientes con Malformaciones Complejas, Neonatos Prematuros etc.	10
30	Sobredemanda de atención para las Unidades de Cuidados Intensivos.	0
31	Aumento de pacientes de estancia prolongada: prematuros, tumores, quemaduras, malformaciones congénitas , trauma, etc.	0
32	Sobredemanda de pacientes referidos de otros hospitales.	0
33	Presupuesto limitado para dar respuesta a los problemas sanitarios identificados.	0
34	Especialidades con requerimiento de expansión y con infraestructura limitada (pocas áreas de expansión).	0
35	Emergencia con limitadas áreas físicas de trabajo.	0
36	Transporte de ambulancias insuficiente.	0
37	Limitada capacidad resolutive frente a la creciente demanda de pacientes de más de 12 años con patologías crónicas que requieren atención.	0
38	Déficit de camas Cuidados Intensivos	0
39	Falta de habilitación de quirófanos por déficit de personal e enfermería y anestesia	0
40	Reuniones no planeadas causan desplazamiento de lo estratégico por lo urgente	0
41	Inseguridad para el personal, ciudadanos y bienes	0

IV. Objetivos Generales del Plan Operativo Anual 2019

El Hospital de acuerdo a los lineamientos ministeriales y a fin de cumplir con sus funciones y lograr cumplir con la misión institucional, realiza anualmente el Plan y Programación Operativa, con el cual se pretende, lo siguiente:

Objetivo General:

Lograr el funcionamiento efectivo del Hospital, a través de un sistema de monitoreo y evaluación eficaz, sustentado en información oportuna y veraz, y regulado por los lineamientos institucionales y ministeriales, que permitan el cumplimiento de la programación operativa y el logro de la misión institucional.

Objetivos Específicos:

1. Realizar esfuerzos para la reducción de la morbilidad infantil.
2. Realizar estrategias y acciones que contribuyan a mejorar el desempeño hospitalario.
3. Continuar con el proceso de elaboración y actualización de la base documental
4. Fortalecer el proceso de mejora continua de la Calidad
5. Fortalecer el proceso de Planificación, monitoreo y evaluación institucional
6. Realizar acciones que permitan la prevención y mitigación de riesgos institucionales y que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente.
7. Fomentar el Desarrollo del Recurso Humano
8. Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información
9. Mejorar la Infraestructura Hospitalaria

V. Programación Operativa 2019

Metas de Producción

En la programación operativa se incluyen las metas clasificadas en: Metas de Hospitalización, Metas de Consulta Ambulatoria, Metas de Atenciones en Servicios de Medicina Crítica, Metas de Cirugías, Metas de Servicios Diagnósticos y Tratamiento y Metas de los Servicios Generales. Después de revisar los resultados de la gestión 2018, y realizar los análisis de los aspectos relevantes de la gestión del Hospital, se define en el siguiente cuadro la Programación o estimación de Metas 2019, de la cuales se realizará el monitoreo mensual, tanto en los Sistemas Internos como en el SPME y además la verificación del cumplimiento de la Meta de los servicios finales (Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia), se incluirán en el PAOI de actividades 2019.

META PROGRAMADA 2019	
HOSPITALIZACION	
Sub Especialidades de Medicina	5,404
Hematología Pediátrica	826
Infectología Pediátrica	1,509
Medicina Interna Pediátrica	860
Nefrología Pediátrica	266
Neonatología	535
Oncología Pediátrica	1,408

META PROGRAMADA 2019	
Sub Especialidades de Cirugía	6,170
Cirugía Pediátrica	2,094
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	833
Ortopedia / Traumatología	837
Neurocirugía Pediátrica	1,143
Oftalmología Pediátrica	592
Otorrinolaringología Pediátrica	671
Otros Egresos	1059
Servicios por Contrato	1,059
Total de Egresos Hospitalarios	12,633
CIRUGIA MAYOR	
Cirugía Mayor	8,312
Electivas para Hospitalización	3,468
Electivas Ambulatorias	1,599
De Emergencia para Hospitalización	3,084
De Emergencia Ambulatoria	161
MEDICINA CRITICA	
Unidad de Emergencia (Observación)	
Admisiones	13,094
Transferencias	7,674
Unidad de Máxima Urgencia	
Admisiones	1,268
Transferencias	1,055
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios	
Admisiones	1,069
Transferencias	1,427
ATENCION DE CONSULTA AMBULATORIA	
Consulta Externa	
Sub Especialidades Médicas	121,398
Alergología / Inmunología	9,984
Cardiología	9,078
CENID	3,840
Dermatología	5,952
Endocrinología	10,176
Fisiatría	1,680
Gastroenterología	5,760
Hematología	7,680
Infectología	768
Nefrología	4,656

META PROGRAMADA 2019	
Neumología	10,560
Neurología	11,136
Nutriología	960
Oncología	9,600
Pediatría General	18,240
Psiquiatría	8,448
Reumatología	2,880
Sub especialidades Quirúrgicas	58,224
Anestesiología / Algodología	1,200
Cirugía Cardiovascular	336
Cirugía General	6,984
Cirugía Maxilofacial	1,152
Cirugía Neonatal	720
Cirugía Oncológica	384
Cirugía Plástica	5,088
Neurocirugía	4,992
Oftalmología	14,208
Ortopedia	5,376
Otorrinolaringología	10,944
Urología	6,840
Consulta Externa Odontológica	10,256
Odontológica de primera vez	2,564
Odontológica subsecuente	7,692
Otras Atenciones Consulta Externa Médica	13,273
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	5,305
Nutrición	4,608
Psicología	3,360
Total Consultas Externas	203,151
Emergencias	
Cirugía General	11,994
Pediatría Gral.	11,244
Total Consultas de Emergencia	23,238
SERVICIOS INTERMEDIOS DE TRATAMIENTO, DIAGNOSTICO Y APOYO	
Imagenología	
Radiografías	50,590
Ultrasonografías	7,780
Tomografía Axial Computarizada	3,898
Resonancias Magnéticas Nucleares	788
Anatomía Patológica	

META PROGRAMADA 2019	
Biopsias Otras partes del cuerpo	2,676
Otros Procedimientos Diagnósticos	
Ecocardiogramas	2,606
Electrocardiogramas	3,840
Electroencefalogramas	3,120
Tratamiento y Rehabilitación	
Cirugía Menor	5,476
Diálisis Peritoneal	3,360
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	20,372
Hemodiálisis	3,360
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	106,192
Recetas Dispensadas de Hospitalización	206,044
Terapias Respiratorias	8,880
Trabajo Social	
Casos Atendidos	56,348
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre	
Hematología	
Consulta Externa	55,442
Hospitalización	70,354
Emergencia	28,830
Inmunología	
Consulta Externa	11,300
Hospitalización	6,757
Emergencia	2,900
Bacteriología	
Consulta Externa	4,860
Hospitalización	32,156
Emergencia	14,677
Parasitología	
Consulta Externa	415
Hospitalización	2,123
Bioquímica	
Consulta Externa	67,949
Hospitalización	206,370
Emergencia	48,774
Urianálisis	
Consulta Externa	6,683
Hospitalización	6,086
Emergencia	4,777

META PROGRAMADA 2019	
Banco de Sangre	
Consulta Externa	45,857
Hospitalización	69,269
Emergencia	9,935
SERVICIOS GENERALES	
Alimentación y Dietas	
Hospitalización	
Pediatría	30,444
Lavandería	
Hospitalización	
Pediatría	217,100
Neonatología	77,548
Consulta	
Consulta Médica Especializada	1,467
Emergencias	
Emergencias	4,947
Mantenimiento Preventivo	
Números de Orden	1,661
Transporte	
Kilómetros Recorridos	48,960

Nota:

- Las Metas de Alimentación y Dietas y lavandería, son calculadas en el SPME, para los servicios finales de Hospitalización, por lo que las Metas al interior del Hospital son mayor del dato que se reporta en el cuadro
- Las Metas de Mantenimiento no incluye el mantenimiento correctivo, el cual es mayor en producción.
- Las Metas de Terapia Respiratoria solo son las que se realizan en la Consulta Ambulatoria

VI. Programación de Actividades 2019

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
1	Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil																
1.1.	Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbimortalidad institucional																
1.1.1	Monitoreo de la Mortalidad en menores de 5 años en los Servicios de Hospitalización de las Enfermedades de vigilancia del MINSAL (Diarrea, Neumonías, Inmaduridad, Asfixia del Nacimiento y sepsis)	80%	% de Auditorias de egresos de pacientes fallecidos	Informes de Auditoria de Mortalidad	Jefe de Servicios de Hospitalización en coordinación con el apoyo del Comité de Mortalidad	80%			80%			80%			80%		Que no se encuentre la evidencia documental en el Expediente Clínico.
1.1.2	Mejorar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	70%	% de adherencia de lavado de manos	Registros del Comité de IASS	Jefes de Servicio con el apoyo del Comité de Infecciones Asociadas a la atención sanitaria	70%			70%			70%			70%		Falta de insumos y personal o incremento de actividades emergentes del personal responsable
1.1.3	Monitoreo del Plan de atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles (Diabetes, Enfermedad Renal, Epilepsia, Cáncer, Obesidad y Hemofilia)	4	N° de Informes de monitoreo	Registros de Informe en Actas de Sala de Situacional (Registro de Presentación de Informe	Divisiones Médica y División de Enfermería	1			1			1			1		Actividades Emergentes

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
1.1.4	Implementación de tratamiento con radioterapia en personas con diagnóstico de cáncer que lo requieran	100%	% de cumplimiento de la programación de atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia	Registros de programación y Producción	Coordinador del Centro de Radioterapia	100			100			100			100			Que el Centro Nacional de Radioterapia funcione al 100%
1.1.5	Continuar el Programa Trasplante Renales	3	Nº de Trasplantes realizados	Registros Estadísticos de Producción	Depto. de Nefrología con el Apoyo de División Médica y Quirúrgica				1			1			1			
2	Objetivo: Mejorar el Desempeño Hospitalario																	
2.1	Resultado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de Metas de Producción																	
2.1.1	Lograr que las especialidades de Consulta Externa proporcionen la consulta de acuerdo a lo programado	85%	% de cumplimiento de la Meta	Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE	Jefes de Departamentos de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y Jefes de Especialidades	85%			85%			85%			85%			Inasistencia de pacientes y ausencias de personal de salud
2.1.2	Lograr el cumplimiento de la meta de producción de los servicios de Hospitalización	85%	% de cumplimiento de la Meta	Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE	Jefes de Servicios de Hospitalización	85%			85%			85%			85%			Que no se incrementen estancias, por IAAS, complicaciones, etc.
2.2	Resultado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial																	

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
2.2.1	60	Tiempo de Espera para la Consulta de Especialidades Médicas	Informe de Tiempo de Espera para cita de primera vez	Jefe de Depto. de Consulta Externa Médica	50			50			50			50			Adecuada Selección de pacientes Evitar consultas subsecuentes innecesarias
2.2.2	50	Tiempo de Espera para la Consulta Especializada de Cirugía	Informe de Tiempo de Espera	Jefe de Depto. de Consulta Externa Quirúrgica	50			50			50			50			Adecuada Selección de pacientes Evitar consultas subsecuentes innecesarias
2.2.3	90	Tiempo de Espera para la Programación de Cirugía Electiva	Informe de Tiempo de Espera	Jefes de División Quirúrgica, Centro Quirúrgico, Con Ext. Qx, Jefes de Especialidades	90			90			90			90			Adecuada Selección de pacientes Horas Quirófanos disponibles Personal de Enfermería y Anestesia adecuado a las necesidades
2.2.4	10	% de Supervisiones realizadas	Informes de Resultados de Supervisiones realizadas	Equipo de Supervisión Institucional	2			3			3			2			Actividades Emergentes
2.3	Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios																
2.3.1	4	Informes de Resultados por Servicio Final	Reportes de Producción final y Distribuida	Jefe de División Diagnóstico	1			1			1			1			Falta de oportunidad en la generación de información

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
2.3.2	Realizar el monitoreo del índice de uso de los servicios de Alimentación, Fórmulas, Lavandería , Mantenimiento y Transporte	4	N° de Informes Presentados	Reportes de Producción final y Distribuida	Jefe de División Administrativa	1			1			1			1			Falta de oportunidad en la generación de información
2.3.3	Monitoreo del Abastecimiento de Medicamentos	12	N° de Informes	Informe de monitoreo Presentados	Departamento de Gestión y Suministros de Tecnología Médica. Comité de Farmacoterapia y UACI	3			3			3			3			Falta de oportunidad y control en el proceso de generación de información
2.3.4	Realizar el monitoreo del cumplimiento de la Política de Ahorro	4	N° de Informes de Resultados del Monitoreo del Ahorro	Informe Presentado	Unidad Financiera Institucional	1			1			1			1			Falta de oportunidad en la generación de información
2.3.5	Monitoreo del Plan para el Uso Racional de antibióticos	4	Informes de Monitoreo y Evaluación del Plan de Uso Racional de Antibióticos	Informes	Comité Farmacoterapia	1			1			1			1			Incremento justificado en demanda
3	Objetivo: Elaborar y/o actualizar la Base documental Institucional																	
3.1	Resultado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional																	

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
3.1.1	Evaluar el Plan de Capacitación Institucional	2	N° de Informes de Resultados	Registros del Depto. de Capacitación	UDP				1						1			Participación activa de todas las jefaturas
3.1.2	Seguimiento de la Implementación de la Gestión por Proceso	4	N° de Informes de Avances de las Fases	Informes presentados	Unidad de Planificación y UOC	1			1			1			1			Participación activa de las unidades operativas Estamos supeditados a modelo de Casa Presidencial
3.1.3	Monitoreo de la implementación de Guías Terapéuticas seleccionadas: Cirugía General e Infectología	2	Informe de monitoreo	Informe de revisión de expedientes clínicos	Jefes de Especialidades Médicas y Quirúrgicas y División Médica y Quirúrgica				1						1			Falta de programación de tiempo para el proceso
4	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad																	
4.1	Resultado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad																	
4.1.1	Evaluación de la Satisfacción de Atención de los pacientes	2	Informes con Resultados de la Evaluación	Informes de Evaluación de la Calidad de Atención Asistencial	Jefe de la UOC y MINSAL				1						1			Conformación de Equipo de Auditoria de la Calidad de Atención Asistencial

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
4.1.2	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	4	Informes de Resultados de los estándares	Informes y Presentación	Unidad Organizativa de la Calidad con el Apoyo de la UEES y Divisiones Médica, Quirúrgica y de Enfermería	1			1			1			1			Falta de Oportunidad en la entrega de Información
4.1.3	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	1	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamericana de la Calidad	Informe de Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	Dirección con el apoyo y coordinación de la Unidad Organizativa de la Calidad	1												Trabajos y/o actividades Emergentes
4.1.4	Fortalecer la investigación institucional con enfoque a los problemas sanitarios hospitalarios	5	Numero de Estudios de Investigación realizados	Documentos entregados	UDP										5			La falta de programación de la disponibilidad del tiempo
4.1.5	Monitoreo de funcionamiento de los Comités	4	Nº de Informes de Monitoreo	Informes Presentados por los Comités a la UOC	UOC con apoyo de Dirección	1			1			1			1			Falta de Oportunidad en la entrega de Información
4.1.6	Implementación del Plan para la atención integral de personas afectadas por violencia en todas sus formas.	1	Informe de implementación del Plan	Informes presentados	Departamento de Pediatría Social con el Apoyo de la Unidad de Planificación				1						1			Trabajos y/o actividades Emergentes

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas	
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%		
5	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación, Monitoreo y Evaluación Institucional																	
5.1	Resultado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias																	
5.1.1	Monitoreo y Evaluación del Plan Anual Operativo Institucional	4	Nº de Monitoreos	Informes de Respaldo en los Sistemas y Evidencia documental	Dirección en Coordinación de la Unidad de Planificación	1			1			1			1			Contar con información adecuada y oportuna
5.1.2	Monitoreo del cumplimiento de la realización de Planes Anuales Operativos Específicos de las dependencias del Hospital	100%	% de Dependencias que cumplieron con las evaluaciones	Informe de Control de entregas	Jefes de División en coordinación con la Unidad de Planificación	100%			100%			100%			100%			Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
5.1.3	Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria	12	Nº de Informes de Indicadores	Informes mensual enviados al MINSAL	Unidad de EESIS y la Unidad de Planificación en coordinación con Comité Estratégico de Gestión	3			3			3			3			Falta de Oportunidad en la entrega de Información
5.1.4	Evaluación de la gestión de los Servicios Asistenciales en la Sala Situacional	8	Nº Evaluaciones realizadas	Actas de reunión	Jefes de UEEIS y Jefaturas de División y Servicios	2			2			2			2			Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
5.1.6	Evaluación de los resultados del Sistema PERC	2	Nº de Evaluaciones	Resultados del Sistema y Acta de Reunión de Evaluación	Equipo de Trabajo de Costeo				1						1			Actividades Emergentes

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
5.1.7	Elaborar el Plan Estratégico Institucional 2019-2024	1	Documento Elaborado	Registro del Proceso de Elaboración	Unidad de Planificación							1						Falta de Apoyo de las Autoridades
6	Objetivo: Realizar acciones que permitan la Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales y que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente																	
6.1.	Resultado: Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente																	
6.1.1	Monitoreo del proceso de Elaboración de Valoración de Riesgos	100%	% de Dependencias que cuentan con la Valoración de Riesgo	Informe Consolidado de Dependencias con Valoración de Riesgo	Jefes de División y Departamento en coordinación con la Unidad de Planificación	100%												Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
6.1.2	Realización de Simulacro de Emergencia	2	Informe de Simulacro Realizados	Informe del Simulacro	UOC a través del Comité de Emergencia y Desastres				1					1				Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
6.1.3	Desarrollo e Implementación del Plan de Reciclaje de Papel y Cartón	1	Plan Elaborado	Registro del Proceso de Elaboración	Comité de Gestión Ambiental				1									Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
		2	Informes de Ingresos y N° de Libras Recicladas	Registro de Cantidad de Papel Reciclado y Recibos de Ingreso por la Venta	Comité de Gestión Ambiental							1			1			Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
	4	Informe de Resultado	Registro de acciones para cumplir con el Plan y actualización del estándar 23	Inspector de Saneamiento	1			1			1			1			Que surjan contingencias oficiales que afecten la programación
7	Objetivo: Fortalecer el Recurso Humano																
7.1.	Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano																
7.1.1	2	Informes de Resultados	Cumplimiento de la Programación de Implementación del Plan	Departamento de Recursos Humanos				1						1			Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
7.1.2	1	Informe de Resultados del Diagnóstico	Respaldo Documental del Diagnóstico	Departamento de Recursos Humanos							1						Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
7.1.3	1	Curso gerencial realizado	Programación de capacitaciones Listas de Asistencia	UDP, Planificación, UOC							1						Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
8	Objetivo: Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información																
8.1.	Resultado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa																

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
8.2	Monitoreo de la generación de la Información Estadística	4	% de Dependencias que Cumplen oportunament e con la Información	Informes de Control Estadísticos	Unidad de EEIS	1			1			1			1			Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación

VII. Programación de Resultados Esperados de los Indicadores 2019

En la tabla adjunta se establecen las metas para los indicadores definidos en el SPME, los cuales se han establecido considerando la realidad del Hospital.

Indicadores de Gestión de Actividades Hospitalarias	Meta Programada 2018
Tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada (días)	
Pediatría	50
Cirugía electiva	
Porcentaje de Cirugías electivas canceladas	6
Tiempo promedio de espera para cirugía electiva (Días)	90
Porcentaje de infecciones nosocomiales	
Porcentaje infecciones intrahospitalarias	4
Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%)	
Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%)	85

Fuente: SPME

Es importante mencionar que además de los indicadores registrados en el SPME, en el Hospital también se está trabajando para dar seguimiento a los indicadores de gestión establecidos por el Ministerio de Salud, los cuales incluyen indicadores: de Emergencia, Consulta Externa, Hospitalización, de la Actividad Quirúrgica, abastecimiento, Seguridad del Paciente, e Indicadores Epidemiológicos, así como los indicadores de resultados en RIIS, atribuibles al Hospital.

VIII. Posibles Obstáculos para alcanzar las Metas Esperadas

De acuerdo a lo definido en el presente documento, se espera cumplir con lo programado, de tal manera que se logren los objetivos propuestos, para avanzar en el proceso de mejora continua de la calidad en la prestación de los servicios, y avanzar en el proceso de calificación y certificación del nivel atención en beneficio de los usuarios.

No obstante, es importante mencionar que dado los diversos factores condicionantes definidos, también existen otras variables que pueden afectar el cumplimiento de lo programado, entre las cuales se pueden mencionar las siguientes: Situaciones emergentes, Reducciones de labores, requerimientos adicionales a los establecidos ordinariamente en la gestión (Informes, implementación de programas no previstos entre otros), limitaciones por instrucciones Legales, limitaciones Presupuestarias y financieras, exceso en la Demanda y limitaciones de Personal.