



MINISTERIO  
DE SALUD



**Ministerio de Salud**  
**Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom**

**PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL**  
**2020**

**Fecha de Aprobación en el HNNBB: 27 de enero de 2020**

**Fecha de aprobación del Ministerio de Salud: 06 de febrero de 2020**

## **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](http://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](http://www.hospitalbloom.gob.sv)

Plan Anual Operativo 2020

Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”

San Salvador, El Salvador, C.A.

## AUTORIDADES



**Dr. Ángel Ernesto Alvarado**

**Director del HNNBB**



**Dr. Werner Heriberto Rosales**

**Sub director**



**Vo.Bo.**

**Dr. Karla Marina Díaz de Naves**

**Director General de Hospitales**

**Ministerio de Salud**

## DATOS GENERALES DEL HOSPITAL

<b>Nombre del Hospital:</b>	Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom"
<b>Dirección:</b>	27 calle Poniente entre Final 25 Avenida Norte y Boulevard de Los Héroes, San Salvador.
<b>Teléfono:</b>	Dirección.: 2133-3222 Conmutador: 2225-4114 y 2133-3100
<b>Fax:</b>	2133-3223
<b>E-mail:</b>	direccion.hnbb@hospitalbloom.gob.sv planificacion@hospitalbloom.gob.sv
<b>Nombre del Director:</b>	Dr. Angel Ernesto Alvarado
<b>Nombre del Sub Director:</b>	Dr. Werner Heriberto Rosales

## INDICE

	<b>CONTENIDO</b>	<b>PAGINAS</b>
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	7
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	22
	d. Zoonosis	23
	e. Enfermedades Crónicas No Transmisibles	23
	f. Lesiones de Causa Externa	26
	g. Tiempos de Espera	27
	2. Análisis de la Oferta de Salud	29
	A. Capacidad Instalada	29
	B. Análisis de Capacidad Residual	31
	C. Recursos Humanos	32
	D. Equipamiento de los Servicios	34
	E. Condiciones de la Planta Física e Infraestructura	34
	F. Sistemas Informáticos y Comunicaciones	37
	G. Camas Hospitalarias	39
	H. Oferta de Servicios	41
	I. Situación Financiera	41
	J. Gestión de la Calidad	43
	3. Análisis del Cumplimiento de Metas y PAOI 2019	44
	4. Análisis de Resultados de los Indicadores 2019	50
	5. Identificación de Problemas y/o Necesidades	52
	a. Problemas de Demanda (Problemas Sanitarios)	52
	b. Problemas de Oferta	52
	c. Problemas de Gestión	52
	d. Análisis FODA	53
	e. Priorización de Problemas	55
IV.	Objetivos Generales del Plan Anual Operativo 2020	59
V.	Valoración de Riesgos	60
VI.	Programación Operativa 2020	63
VII.	Programación de Actividades 2020	67
VIII.	Programación de Resultados Esperados de los Indicadores 2020	78
IX.	Posibles Obstáculos para alcanzar las Metas Esperadas	78

## I. Introducción

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, cumpliendo con las disposiciones legales y normativas emanadas del Ministerio de Salud y apegados al Plan de Desarrollo del Gobierno: Plan Cuscatlán, Lineamientos para la elaboración del POAI, Plan Estratégico Institucional y atendiendo las instrucciones y recomendaciones de la Dirección Nacional de Hospitales y Dirección de Planificación, realiza y presenta su Plan Operativo Anual Institucional 2020 (POAI 2020),

El PAOI 2020, es un documento de gestión administrativa de corto plazo, una herramienta que permite concretar y facilitar la implementación de las propuestas contenidas en los planes estratégicos y es importante para la gestión, porque permite y facilita la ejecución del plan, el seguimiento al cumplimiento de las actividades, la administración eficaz de los recursos y la adecuada ejecución del presupuesto.

El POAI es producto del análisis de un trabajo de equipo que involucra al nivel gerencial de cada Unidad Organizativa, en el cual se consolidan las actividades prioritarias de la institución, y que permite definir los resultados esperados y establecer las acciones para 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 el Plan Cuscatlán, 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, considerando la política presupuestaria y la evaluación de la calidad de los servicios, los aspectos relacionados a la agenda de desarrollo sostenible, el cumplimiento de la Ley del Medio Ambiente, de tal manera que se puedan alcanzar los resultados esperados, que aunque representan retos institucionales, están adaptados a nuestra realidad hospitalaria, para que a través de evaluaciones posteriores y posibles reajustes y/o reprogramaciones se logre realizar las actividades operativas y cumplir con los objetivos trazados.

Cabe destacar que la elaboración de este documento no hubiese sido posible, sin el apoyo de las autoridades y su Consejo Estratégico de Gestión, así como por la respuesta y colaboración de las dependencias, quienes con entusiasmo y participación activa han proporcionado los insumos, información, análisis y recomendaciones en el proceso de elaboración del documento.

## II. Características de Organización y Funcionamiento <sup>1</sup>

### 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.
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.

---

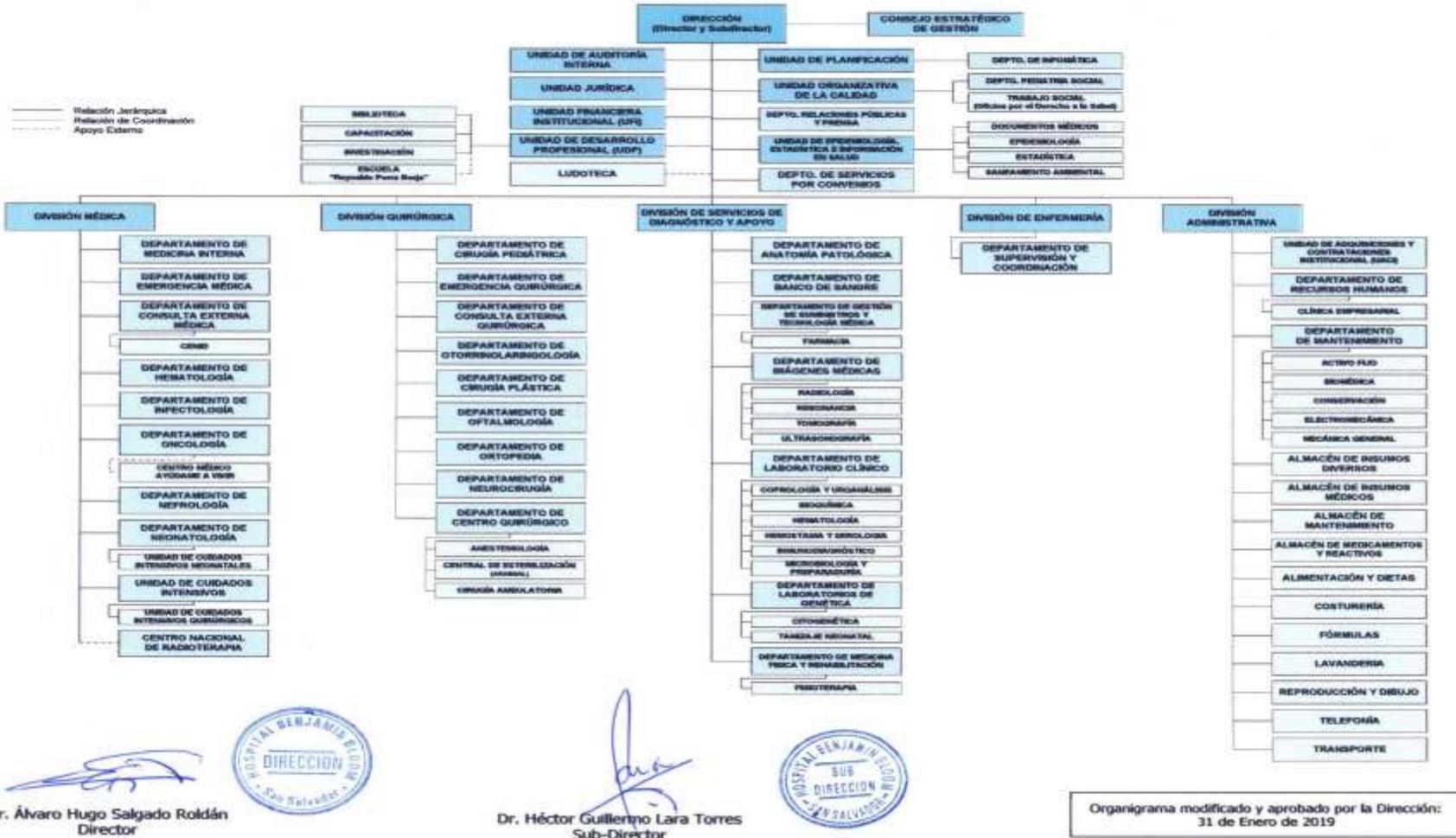
<sup>1</sup> El contenido de este Capítulo esta tomado del Manual de Organización Especifico del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

#### **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



### III. Diagnóstico Situacional

#### 1. Análisis de la Demanda de Salud

##### A. Características de la Población

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, es un hospital especializado del 3er nivel de atención, cuya oferta de servicios se concentra en atenciones de Medicina Interna (En este servicio se atienden las especialidades de Cardiología, Neurología, Endocrinología, Reumatología, Gastroenterología, y Neumología), Oncología, Hematología, Nefrología, Infectología, Neonatología; así también se cuenta con 6 servicios de especialidades quirúrgicas, en donde se atiende pacientes de cirugía General (Urología, Cirugía Neonatal, Cirugía Oncológica, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Mínima Invasiva, Cirugía Maxilofacial, Ortopedia, Neurocirugía, Cirugía Plástica y reconstructiva, Otorrinolaringología, Oftalmología)

Las atenciones en salud, se han ido reorientando, debido a la transición epidemiológica y demográfica, que el país está experimentando, y que impacta un segmento importante de la población concentrada en el segmento de 10 a 18 años de edad, lo que implica el incremento en la atención de patologías de tipo crónica no transmisibles, que en el pasado eran más frecuentes en población arriba de los 45 años.

Aun cuando 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 de la desnutrición, aparece ahora un rápido crecimiento del sobrepeso, la obesidad y diversas enfermedades crónicas asociadas a ella, lo que representa una doble carga para los sistemas de salud y la economía del país.

A nivel de la región centroamericana, el Hospital Benjamín Bloom, es reconocido como un centro de excelencia en la atención pediátrica especializada, situación que promueve migración de población usuaria de los servicios de salud de países centroamericanos, que son referidos a nuestro hospital, entre los cuales se identifica a Honduras, Guatemala, Nicaragua.

Es importante considerar que el Hospital no cuenta con una población fija de adscripción, hospital, ya que por ser el único Hospital pediátrico de Referencia Nacional, está destinado a atender toda la población del país, lo cual al evaluar el volumen los resultados denotan que la población atendida en emergencia, Hospitalización y consulta externa, sobrepasa la capacidad instalada, especialmente en cierta época del año, de ahí la importancia de realizar una adecuada referencia de pacientes, y sobre todo la coordinación con los establecimientos de salud del 1er y 2do nivel de atención, de modo que sean prioridad a aquellos pacientes con diagnósticos complejos.

Al revisar los datos de la población atendida, se puede evidenciar que la población atendida 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 2019 los pacientes atendidos, estuvieron distribuidos de la forma siguiente:

Número de pacientes atendidos durante el año 2019.

En	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
17,450	16,240	16,928	14,049	16,504	15,636	17,750	14,522	16,272	17,628	N/D	N/D	<b>162,979</b>

De los 169,979 pacientes atendidos en el año, 53,766 (33%) 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 2019, 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**

<b>PACIENTES POR EDAD</b>						
<b>Atención Ambulatoria Primera vez + Subsecuente a octubre de 2019</b>						
<b>EDAD</b>	<b>Consultas Externas</b>		<b>Consultas de Emergencia</b>		<b>Totales</b>	
	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MENOR 1 AÑO</b>	<b>12914</b>	<b>9</b>	<b>2656</b>	<b>14</b>	<b>15,570</b>	<b>10</b>
<b>1 A 4 AÑOS</b>	<b>38212</b>	<b>27</b>	<b>6451</b>	<b>35</b>	<b>44,663</b>	<b>27</b>
<b>5 A 9 AÑOS</b>	<b>50309</b>	<b>35</b>	<b>6327</b>	<b>34</b>	<b>56,636</b>	<b>35</b>
<b>10 A 14 AÑOS</b>	<b>33647</b>	<b>23</b>	<b>2878</b>	<b>15</b>	<b>36,525</b>	<b>22</b>
<b>15 A 19 AÑOS</b>	<b>9291</b>	<b>6</b>	<b>393</b>	<b>2</b>	<b>9,684</b>	<b>6</b>
<b>20 A 24</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>144,373</b>	<b>100</b>	<b>18706</b>	<b>100</b>	<b>163,079</b>	<b>100</b>

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%), para realizar una mejor caracterización de las atenciones debe revisarse la morbilidad y así determinar que es lo que está afectando a la población infantil y así poder establecer las acciones y estrategias que permitan prevenir y realizar con mejor calidad los servicios de salud a los niños menores de 10 años (72%), ya que es donde está concentrada la mayoría atención, habrá que diferenciar 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**

<b>PACIENTES POR SEXO</b>				
<b>Atención Ambulatoria De enero a octubre de 2019</b>				
<b>SEXO</b>	<b>Consultas Externas</b>		<b>Consultas de Emergencia</b>	
	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MASCULINO</b>	<b>79266</b>	<b>55</b>	<b>10646</b>	<b>57</b>
<b>FEMENINO</b>	<b>65081</b>	<b>45</b>	<b>7960</b>	<b>43</b>

<b>PACIENTES POR SEXO</b>				
<b>Atención Ambulatoria</b>				
<b>De enero a octubre de 2019</b>				
<b>SEXO</b>	<b>Consultas Externas</b>		<b>Consultas de Emergencia</b>	
	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
TOTAL	144347	100	18606	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 14% en emergencia, es decir que las atenciones al sexo masculino representa un poco más del 55% de las atenciones.

- **Pacientes por procedencia**

<b>PACIENTES POR PROCEDENCIA</b>				
<b>Atención Ambulatoria</b>				
<b>De enero a octubre de 2019</b>				
<b>SEXO</b>	<b>Consultas Externas</b>		<b>Consultas de Emergencia</b>	
	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
URBANO	100647	75	14445	78
RURAL	33200	25	4162	22
TOTAL	133847	100	18607	100

Por la ubicación geográfica del hospital, provienen del área urbana, a Consulta Externa un 75%, y a Emergencia un 78%, lo cual evidencia que del área rural solo se atendió un 25% en la Consulta Externa y un 22% 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 poder completar el análisis se revisó la distribución por departamento de procedencia, en el cuadro siguiente:

<b>POR UBICACIÓN GEOGRAFICA (PRIMERA VEZ + SUBSECUENTE)</b>				
<b>De enero a octubre de 2019</b>				
<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>Consultas Externas</b>		<b>Consultas de Emergencia</b>	
	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
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

POR UBICACIÓN GEOGRAFICA (PRIMERA VEZ + SUBSECUENTE) De enero a octubre de 2019				
DEPARTAMENTO	Consultas Externas		Consultas de Emergencia	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
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 44% de los pacientes atendidos provienen del Departamento de San Salvador, el 9 % 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 otros países como: Honduras, Guatemala Nicaragua y otros, de estos podemos evidenciar que los que más reciben atención son pacientes que vienen de Honduras.

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.

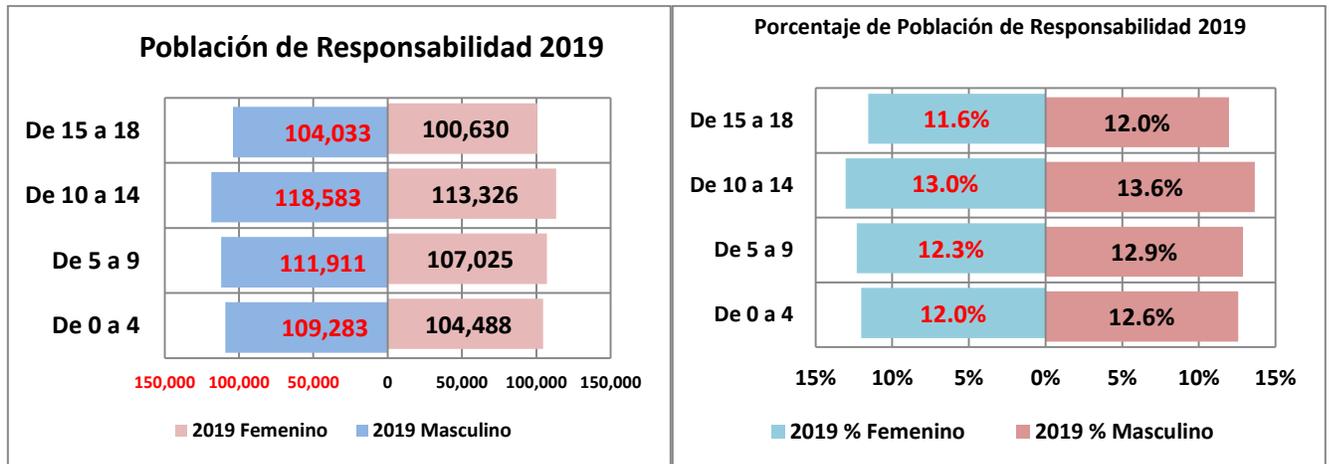
#### a) Estructura y Pirámide Poblacional

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, presta atención de la población de cero a doce años y a los pacientes con enfermedades crónicas conforme a los programas asistenciales de algunas sub especialidades se incluyen en la atención a los pacientes, hasta los 18 años de edad.

### Población de Responsabilidad 2019



Fuente: Unidad de Planificación del HNNBB, Datos Reportados al SPME

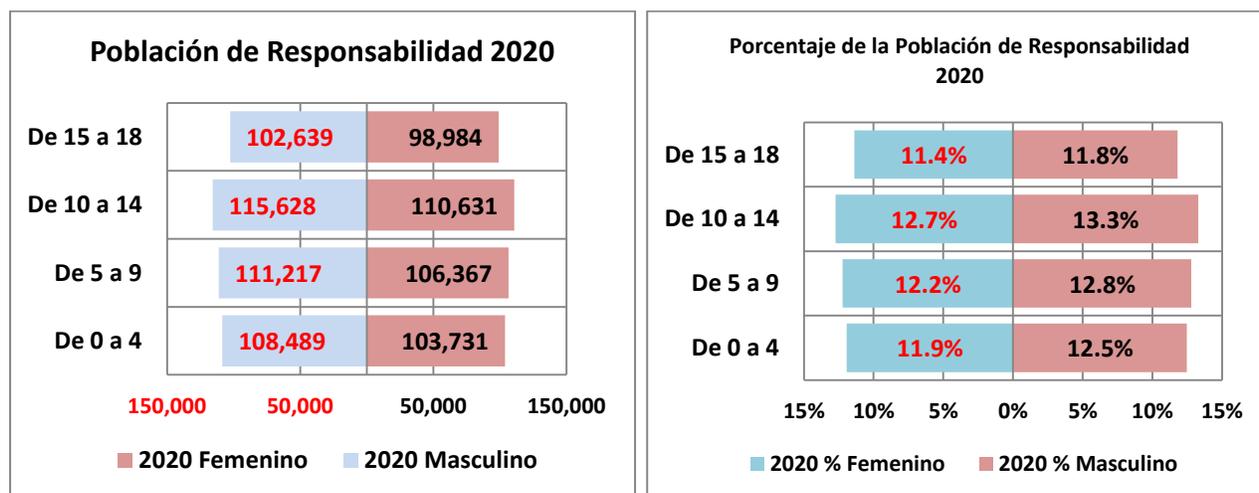
En el 2019, la población que se estableció como población de responsabilidad del HNNBB fue de 869,280 de los cuales tal como se muestra en la gráfica, el 51.1 % es masculino y el 48.9 % femenino, en este punto es conveniente recordar que el HNNBB, es un Hospital de Referencia Nacional y por tal motivo se realiza un cálculo basado en la población hasta los 18 años.

- **Población de Responsabilidad Esperada para el 2020.**

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.

La población esperada para el 2020 se muestra en el cuadro siguiente:



Fuente: Unidad de Planificación del HNNBB

Como se evidenci en la gráfica la población esperada para el 2020 es de 857,686, de las cuales se estima que 419,713 niñas lo cual representa el 48.9% y 419,713 niños que represente el 51.1%.

En términos generales al comparar el porcentaje de población del 2019 en relación al 2020 el porcentaje de población es el mismo, pero en los rangos de edad se pueden evidenciar variaciones, que aunque son mínimas, es necesario evaluarlas a fin de realizar una evaluación objetiva de la categorización de la población blanco del Hospital.

## B. Situación de Salud

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

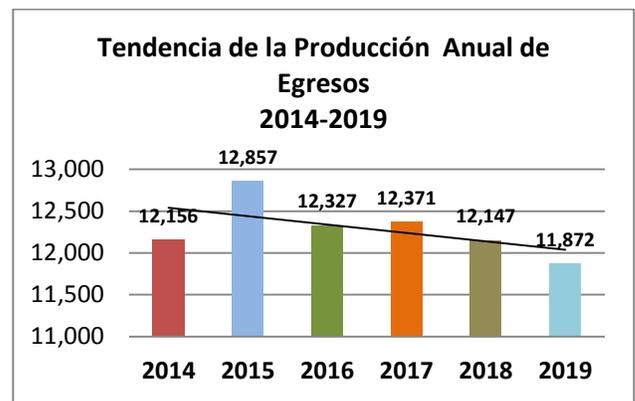
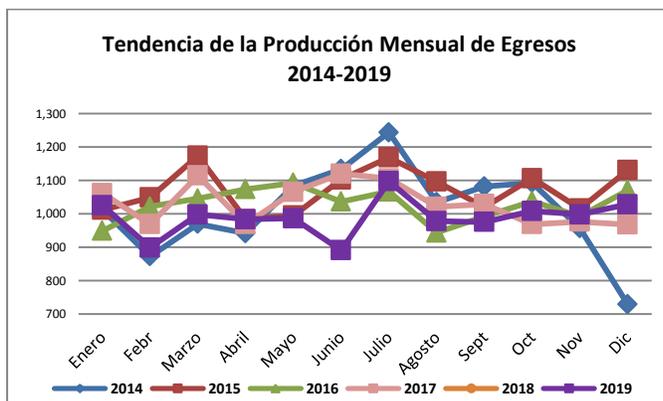
#### Tendencia de la Producción de Egresos

Tendencia de Producción de Egresos Anual 2013 - 2019													
	Enero	Febr	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
<b>2014</b>	1,013	873	970	942	1,084	1,134	1,244	1,035	1,082	1,093	957	729	12,156
<b>2015</b>	1,012	1,049	1,174	984	995	1,103	1,169	1,097	1,020	1,107	1,016	1,131	12,857
<b>2016</b>	949	1,022	1046	1,074	1,093	1,037	1,067	944	993	1,038	993	1,071	12,327
<b>2017</b>	1,062	969	1,115	969	1,066	1,120	1,106	1,021	1,029	969	977	968	12,371
<b>2018</b>	1,021	949	1,012	1,004	1,066	1,023	1,065	959	958	1,019	1,024	1,047	12,147
<b>2019</b>	1,026	899	998	984	987	891	1,098	978	976	1,009	998	1,029	11,872

**Nota:** Dado a que aún no se cuenta con el dato estadístico oficial de producción de Octubre, Noviembre y Diciembre del 2019, se ha proyectado la producción de estos meses en función del histórico realizado en los últimos tres años

La tendencia en la producción mensual de egresos hospitalarios del 2014 al 2019, muestra un dato promedio de 12,288 egresos, y como se puede observar a partir del 2016 hay una tendencia a la disminución, lo cual también esta en relación a la disminución de camas censables que se han venido realizando; 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 2019, la producción real que se presente es hasta septiembre 2019, octubre, noviembre y diciembre son proyección, por lo que a fin de evaluar los resultados se realiza la comparación, 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

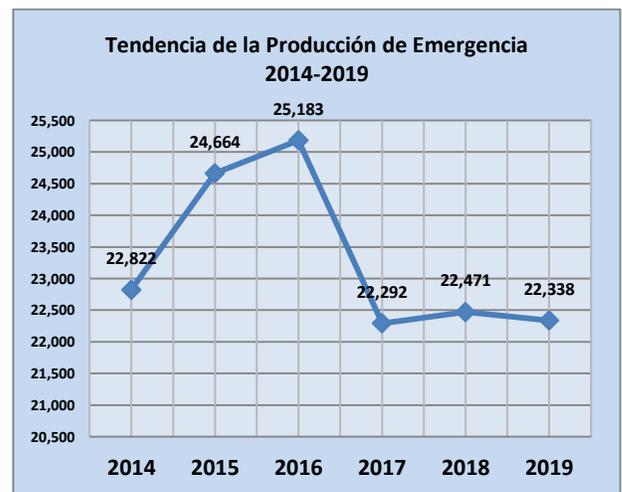
En la siguiente tabla y gráficos, se muestra la tendencia de la Producción Ambulatoria, es decir la Consultas proporcionadas en las unidades de Emergencia y las Consultas realizadas por las diferentes especialidades de la Consulta Externa desde el 2014 a octubre de 2019.

Años	Producción Ambulatoria		
	Emergencia	Consulta Externa	Total
2014	22,822	183,013	205,835
2015	24,664	184,125	208,789
2016	25,183	178,363	203,546
2017	22,292	171,169	193,461
2018	22,471	172,032	194,503
2019	22,338	171,463	193,801

**Nota:** La Producción de Octubre, Noviembre y Diciembre del 2019 es proyectada en función del promedio realizado a enero a septiembre 2019, porque no se cuenta con el datos estadístico oficial

Al analizar las tendencias se evidencia que del 2015 al 2016 se tuvo una disminución en la producción de emergencia del 8% y del 2016 al 2015 también una disminución del 2%. En el 2017 en relación al 2016 se aumentó en un 13% y del 2018 en relación al 2017 se aumentó en un 1%, la tendencia en relación al 2019 es similar al 2018. En general la tendencia es de mantenerse en el promedio de los últimos tres años, lo cual es lo esperado en función del trabajo realizado en coordinación con la RISS y en base a la capacidad instalada del Hospital.

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 2020, se ha mantenido dentro de los márgenes esperados, con una tendencia a la disminución, lo cual se ha visto afectado por la falta de recursos especializados para responder a la demanda creciente de algunas patologías y el ausentismo de pacientes; sin embargo, es importante mencionar que pese a la disminución el resultado de la producción comparado con las metas establecidas, evidencia un cumplimiento conforme a lo esperado.





### **b. Análisis de Morbilidad y Mortalidad**

Un importante componente de la información en salud está representado por la estadísticas, las cuales se registran en el Sistema de Información institucional a través de la información contenida en los registros de ingresos y egresos hospitalarios, los cuales integran los principales datos registrados por los médicos y personal responsable al final de un episodio 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 y gerenciales. Es importante mencionar 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**

En el cuadro siguiente se presentan las primeras 10 causas de egresos hospitalarios, en el cual se muestra que comparativamente y conforme a la clasificación de la lista internacional, las principales causas de morbilidad que se han atendido en el Hospital Bloom durante el período comprendido desde el 2014 al 2019, esto con el objetivo de evidenciar la tendencia en cuanto al perfil epidemiológico del Hospital y las variaciones que se puedan dar conforme a la demanda, el nivel de atención y la capacidad instalada del Hospital.

En el cuadro se puede evidenciar que la principal causas de atención a excepción del 2015, son las enfermedades del Apéndice; y también al analizar los resultados de las primeras causas de egreso a septiembre de 2019, se puede evidenciar que la primera causa de egreso sigue siendo 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 apoyar el trabajo de red y que se realicen por el ente normativo acciones que permitan su fortalecimiento y funcionamiento. Considerando que el resultado de la primera causa de egreso del Hospital es repetitivo año con año, se deben realizar acciones de coordinación y comunicación para hacer posible el fortalecimiento y reforzamiento del II nivel de atención, a fin de lograr mejorar la capacidad resolutive, cabe mencionar que 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.

En segundo lugar de las causa encontramos 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 cardiacas, cáncer, malformaciones congénitas etc. En cuarto lugar están los traumatismos intracraneales, luego las fracturas, las quemaduras y las malformaciones congénitas.

En términos generales se evidencia que el Hospital es Quirúrgico y de atención de patologías crónicas que requieren atención de calidad por la complejidad que presentan. También al analizar los resultados por edad se puede evidenciar que en los últimos tres años se ha tenido un incremento en la atención de pacientes adolescentes, lo cual implica una demanda creciente y mayor costo para el Hospital.

2014	2015	2016	2017	2018	2019
Enfermedades del apéndice	Leucemia (C91-C95)	Enfermedades del apéndice	Enfermedades del apéndice	Enfermedades del apéndice	Enfermedades del apéndice
Leucemia (C91-C95)	Enfermedades del apéndice	Leucemia (C91-C95)	Leucemia (C91-C95)	Leucemia (C91-C95)	Leucemia (C91-C95)
Quemaduras y corrosiones	Neumonía	Neumonía	Neumonía	Neumonía	Neumonía
Otros traumatismos de regiones especificadas, de múltiples regiones del cuerpo	Quemaduras y corrosiones	Quemaduras y corrosiones	Traumatismo intracraneal	Fractura de otros huesos de los miembros	Fractura de otros huesos de los miembros
Neumonía	Otros traumatismos de regiones especificadas, de múltiples regiones del cuerpo	Traumatismo intracraneal	Otras anemias	Traumatismo intracraneal	Quemaduras y corrosiones
Traumatismo intracraneal	Fractura de otros huesos de los miembros	Otros traumatismos de regiones especificadas, de múltiples regiones del cuerpo	Quemaduras y corrosiones	Quemaduras y corrosiones	Otras enfermedades infecciosas intestinales

2014	2015	2016	2017	2018	2019
Otras enfermedades infecciosas intestinales	Otras enfermedades infecciosas intestinales	Otras anemias	Fractura de otros huesos de los miembros	Otras anemias	Afecciones hemorrágicas y otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos
Otras anemias	Otras anemias	Fractura de otros huesos de los miembros	Otras enfermedades infecciosas intestinales (A02,A04-A05,A07-A08)	Otros traumatismos de regiones especificadas, de múltiples regiones del cuerpo	Otros traumatismos de regiones especificadas, de múltiples regiones del cuerpo
Afecciones hemorrágicas y otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	Traumatismo intracraneal	Otras enfermedades infecciosas intestinales (A02,A04-A05,A07-A08)	Otros traumatismos de regiones especificadas, de múltiples regiones del cuerpo	Otras enfermedades infecciosas intestinales (A02,A04-A05,A07-A08)	Otras anemias
Fractura de otros huesos de los miembros	Otras enfermedades virales(A81,A87-A89,B03-B04,B07-B09,B25,B27-B34)	Afecciones hemorrágicas y otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	Afecciones hemorrágicas y otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Otras enfermedades virales(A81,A87-A89,B03-B04,B07-B09,B25,B27-B34)

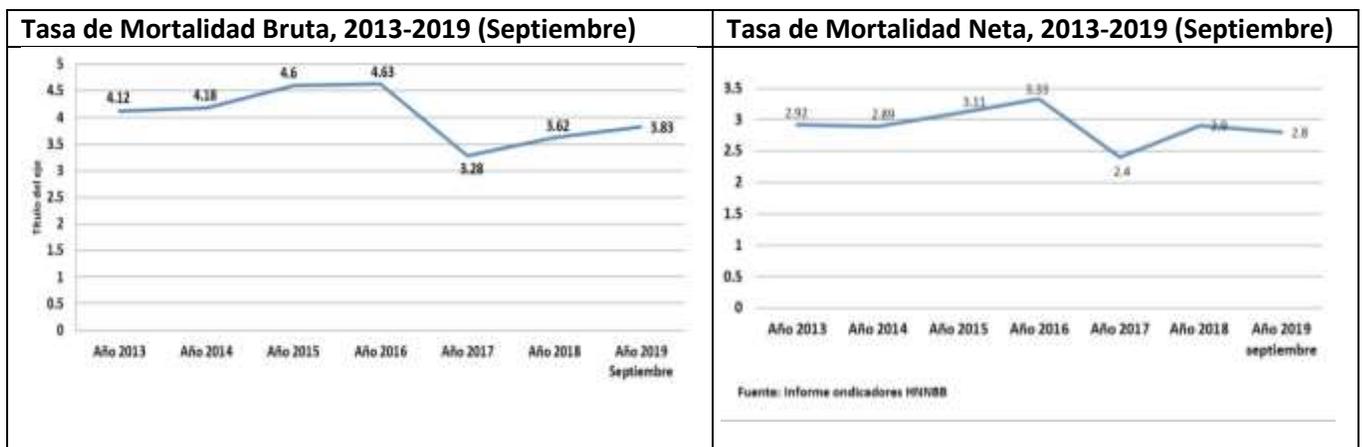
### ➤ Análisis de la Mortalidad de Egresos Institucionales

En el cuadro comparativo de los resultados de mortalidad se puede evidenciar que las primeras causas a diferencia del año 2019, han sido las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, las cuales a septiembre del año 2019 se evidencia que ha sido la segunda causa de muerte y representan generalmente el 19% de las muertes, como segunda y tercer causa de muerte se encuentran casi en un mismo porcentaje las neumonías y ciertas afecciones en el periodo perinatal, importante destacar que en el 2019, las neumonías se han ubicado como primera causa, , en cuarto lugar están las Leucemias y tumores que representan en porcentaje significativo en las causas de muerte, y luego están otras enfermedades infecciosas intestinales, enfermedades del sistema genitourinario, enfermedades del sistema nervioso y las meningitis. Al analizar los resultados en términos generales 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, sin embargo, se debe apostar por apoyar al trabajo en Redes, para paliar de mejor manera los resultados de salud.

2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Neumonía (J12-J18)					
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Neumonía (J12-J18)	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Neumonía (J12-J18)	Neumonía (J12-J18)	Neumonía (J12-J18)	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Neumonía (J12-J18)	Neumonía (J12-J18)	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
Otras enfermedades infecciosas intestinales	Otras enfermedades infecciosas intestinales	Leucemia (C91-C95)	Otras enfermedades infecciosas intestinales	Leucemia (C91-C95)	Leucemia (C91-C95)	Leucemia (C91-C95)
Leucemia (C91-C95)	Leucemia (C91-C95)	Otras enfermedades infecciosas intestinales	Leucemia (C91-C95)	Otras enfermedades infecciosas intestinales	Otras enfermedades infecciosas intestinales	Resto de tumores malignos

En relación a las tasas de mortalidad en el Hospital la tendencia es la mostrada en los gráficos siguientes; y en los cuales se evidencia que la mortalidad bruta ha oscilado durante el periodo evaluado ente 3.28 y 4.63, pudiendo observar que durante los tres últimos años la tasa mortalidad intrahospitalaria ha permanecido abajo del 4%. La mortalidad neta evidencia que durante el período evaluado el resultado está por arriba del estándar internacional que es del 2 %



### ➤ **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, el cual permitirá tener 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 para determinar el verdadero origen de lo crítico con que se presenta el paciente referido. Al revisar los resultados llama la atención 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 y se ha venido manifestando entre las primeras causas en los años siguientes, también se ha analizado la letalidad por leucemia y trauma craneoencefálico, las cuales se han logrado mantener en los límites y este año 2019, llama mucho la atención la letalidad por dengue.

### ➤ **Morbilidad de Consulta Externa**

Al analizar la morbilidad de Consulta Externa se ha considerado los resultados del 2018 comparado con los de 2019 a septiembre, según la lista internacional de morbilidad por sexo. El resultado muestra que dentro de las principales causas de consulta de primera vez, en primer lugar están otras enfermedades de nariz y senos paranasales, las cuales han tenido en relación al año 2018, una disminución del 19.3%, en segundo lugar encontramos Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte, con una disminución del 19.8%, en tercer lugar personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes, y en cuarto lugar otras enfermedades de la piel y del tejido sub cutáneo, luego están ciertos trastornos mentales y del comportamiento, luego el asma, enfermedades de las amígdalas y adenoides, luego la epilepsia. Es importante destacar que al revisar todas las causas se evidencia algunas desviaciones en los registros, el diagnóstico registrado no evidencia la complejidad de las atenciones brindadas. También se visualiza los altos volúmenes de producción, de los cuales muchos de los pacientes atendidos no corresponden al nivel de atención del Hospital y 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.

Del periodo evaluado se evidencia que los consultorios con más atenciones son Oftalmología, Pediatría General, Otorrino, Endocrinología, Alergología, Ortopedia y Oncología.

### ➤ **Primeras Causas de Atenciones de Emergencia**

En el caso de la consulta de emergencia a septiembre del 2018 prevalecen los diagnósticos de las patologías quirúrgicas, entre las 10 primeras causas, representa el 71% y solo los traumatismos el 52% y los cuales en relación al 2018 han experimentado una disminución del 27.1%

De los diagnósticos más frecuentes la primera causa de consulta de emergencia son los traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo, los cuales representan el 32%, y tienen una disminución en relación al año pasado de 18.1%, como segunda causas los dolores abdominales y pélvicos que representan el 15% con una disminución del 249%, como tercera causa los efectos de cuerpo extraño que penetra por un orificio natural, que son el 12% y han tenido un aumento del 4.1%, la cuarta causa son la Fiebres de origen

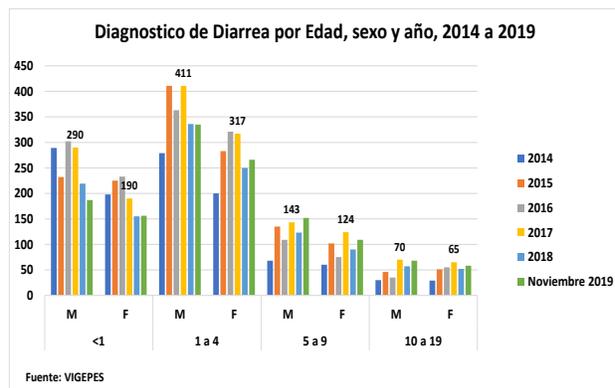
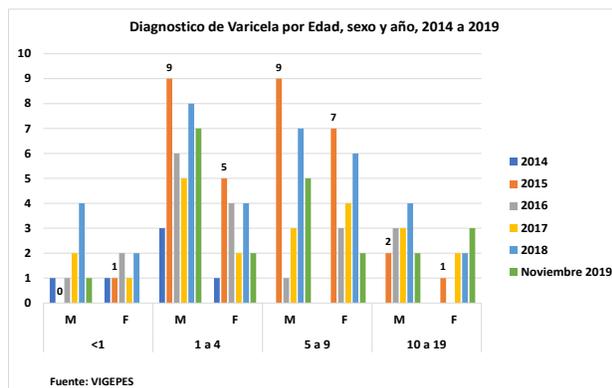
desconocido que tienen una disminución del 12.6%. Es de hacer notar que muchos de los diagnósticos quirúrgicos son traumas menores, que podrían ser manejados perfectamente en un II nivel de atención, si existieran en esos establecimientos las condiciones necesarias para proporcionar la continuidad y cobertura suficiente.

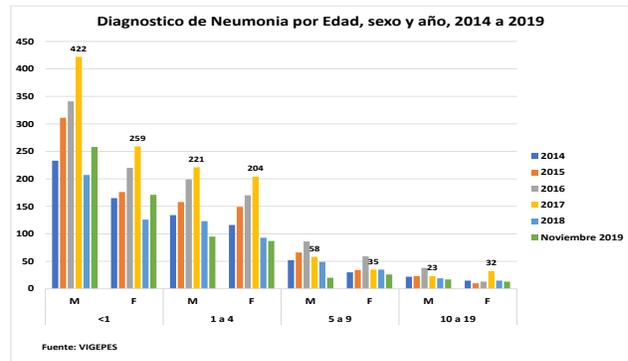
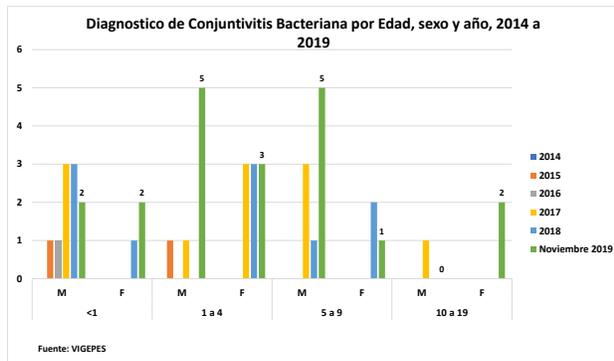
En relación a las Causas de Mortalidad en emergencia, la principal causa son las Neumonías, siguiendo muy de cerca ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, luego están las Enfermedades infecciosas y parasitarias, luego las malformaciones congénitas, luego los tumores malignos, luego la hepatitis viral, luego el resto de enfermedades del sistema digestivo y las leucemias. En relación al resultado de los datos de mortalidad en emergencia, la revisión y análisis de todos los resultados permiten inferir que algunos de los pacientes, al ingresar a la emergencia ya venían en un estado tan crítico y algunas veces sin pronóstico, por lo que vinieron a fallecer a la Emergencia, probablemente tendrían que haber sido previamente manejados transportados adecuadamente, ya que si solo se lograra una estabilización previa al transporte, se podrían mejorar los resultados, de hecho con los estudios comparativos con el transporte con el Sistema de Emergencias Médicas (SEM), se ha podido 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 2020, se revisaron los resultados de los años 2014, 2015, 2016, 2017, 2019 y a noviembre 2019, 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 2019 en las edades de 1 a 4 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 2017 y al baja en el 2018 con un aumento en el 2019, siendo la edad más afectada los menores de un año en todos los años, con predominio del sexo masculino. Comparando 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.

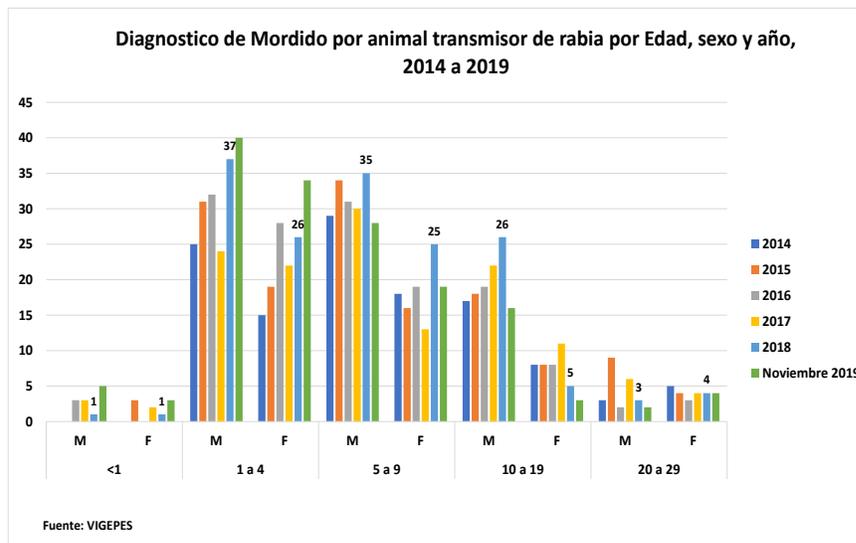




#### d. Zoonosis

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 de 2019, y se evidencia que las atenciones por Mordidos por animal transmisor de Rabia, en todos los años predominan los niños de 1 a 4 años, en año 2017 hubo una baja, como todos los años el sexo masculino es el más afectado, esto está relacionado al patrón culturales.



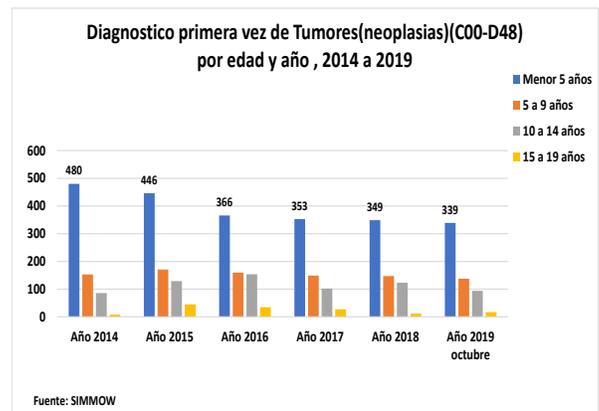
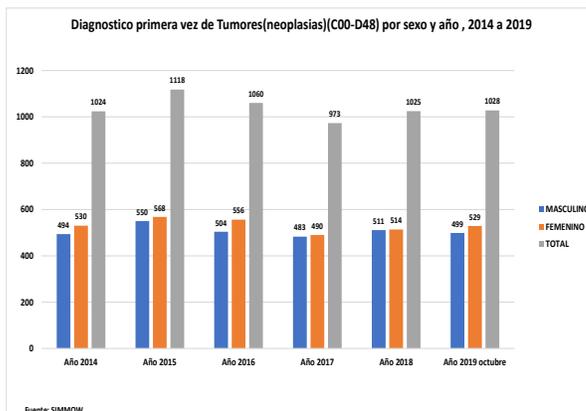
#### e. Enfermedades Crónicas No Transmisibles

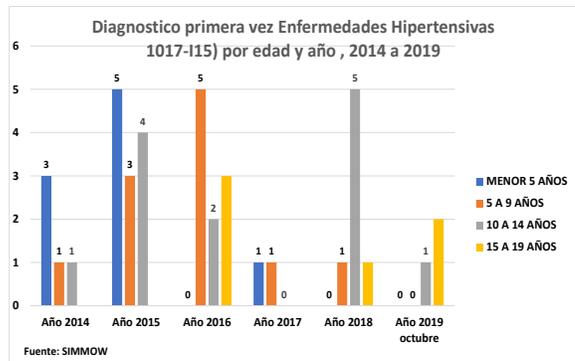
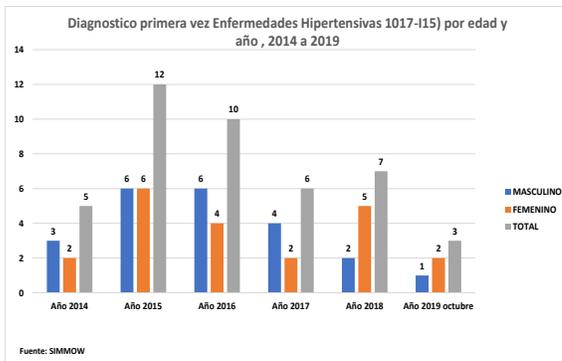
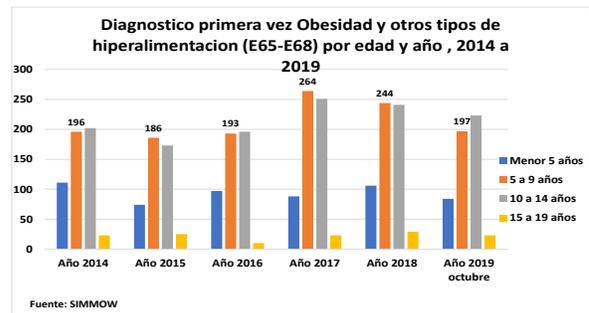
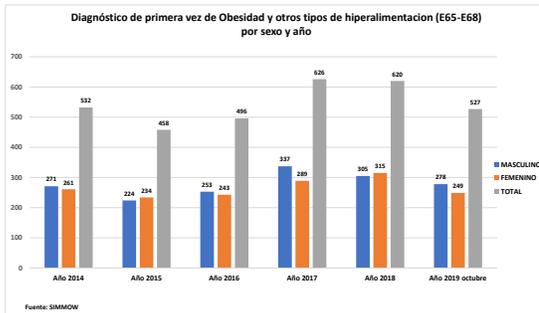
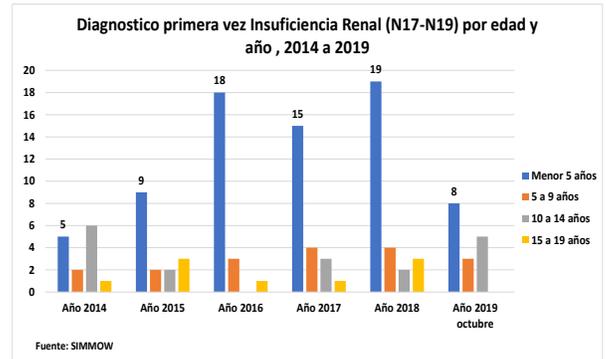
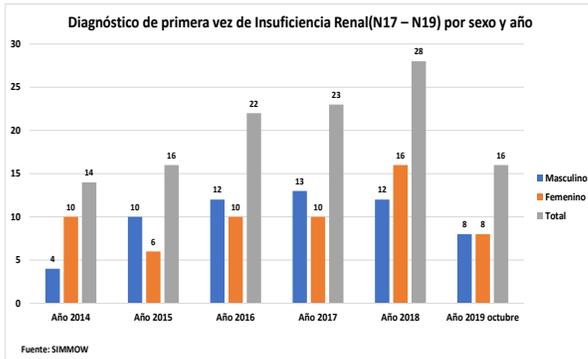
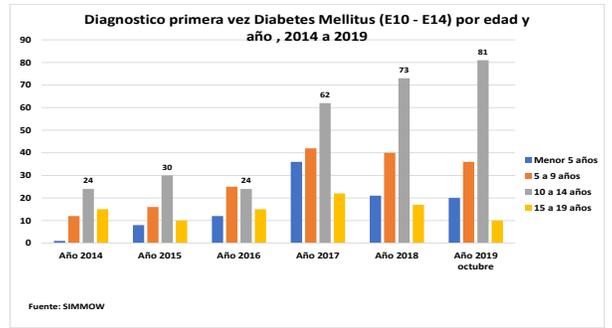
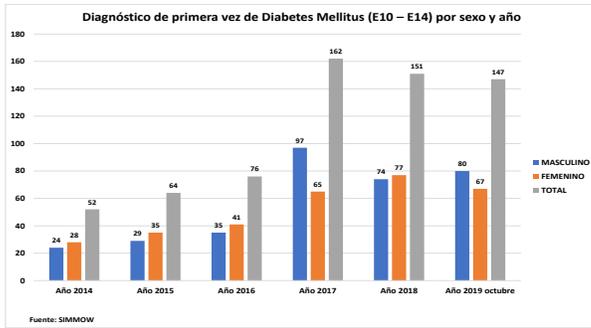
Las enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Entre ellas destacan: las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (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, 2018 y a octubre de 2019, los resultados son:

- **Tumores:** En cuanto a las atenciones de Tumores (Neoplasias) con Diagnostico 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 Diagnostico de primera vez, los menores de 5 años son los más afectados.
  
- **Diabetes Mellitus:** En cuanto a las atenciones de Diabetes mellitus con Diagnostico 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 Diagnostico de primera vez, los más afectados son la edad de 10 a 14 años, desde 2016 la tendencia es a la alza.
  
- **Insuficiencia Renal:** En cuanto a las atenciones de Insuficiencia Renal con Diagnostico 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 2017 la tendencia es a la baja.
  
- **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). El mecanismo de las lesiones son las caídas, luego los cortes o punzadas, golpes, quemaduras y accidentes de tránsito, no variando su posición o ranking anual. Las Lesiones de Causa Externa registradas en el Hospital desde el 2014 a octubre de 2019, en general se dan principalmente en las edades de 0 a 9 años. 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 7% del total de consultas, y en lo últimos 3 años un 5%. De los pacientes hospitalizados generalmente fallece el 1%, los cuales son casos que se presentan en condiciones críticas. Al comparar el 2018 en relación al 2019 se evidencia un descenso del 17% en los egresos y los fallecidos de igual manera han disminuido en un 35%.



PRINCIPALES CAUSAS DE LESIONES DE CAUSA EXTERNE EN EL HNNBB					
2014	2015	2016	2017	2018	2019
Caída	Caída	Caída	Caída	Caída	Caída
Corte/punzada	Corte/punzada	Corte/punzada	Golpeado por, contra	Corte/punzada	Corte/punzada
Golpeado por, contra	Golpeado por, contra	Golpeado por, contra	Quemadura/ Fuego	Golpeado por, contra	Golpeado por, contra
Quemadura/ Fuego	Quemadura/ Fuego	Quemadura/ Fuego	Accidentes transporte	Quemadura/ Fuego	Quemadura/ Fuego
Accidentes transporte	Accidentes transporte	Accidentes transporte	Corte/punzada	Accidentes transporte	Accidentes transporte



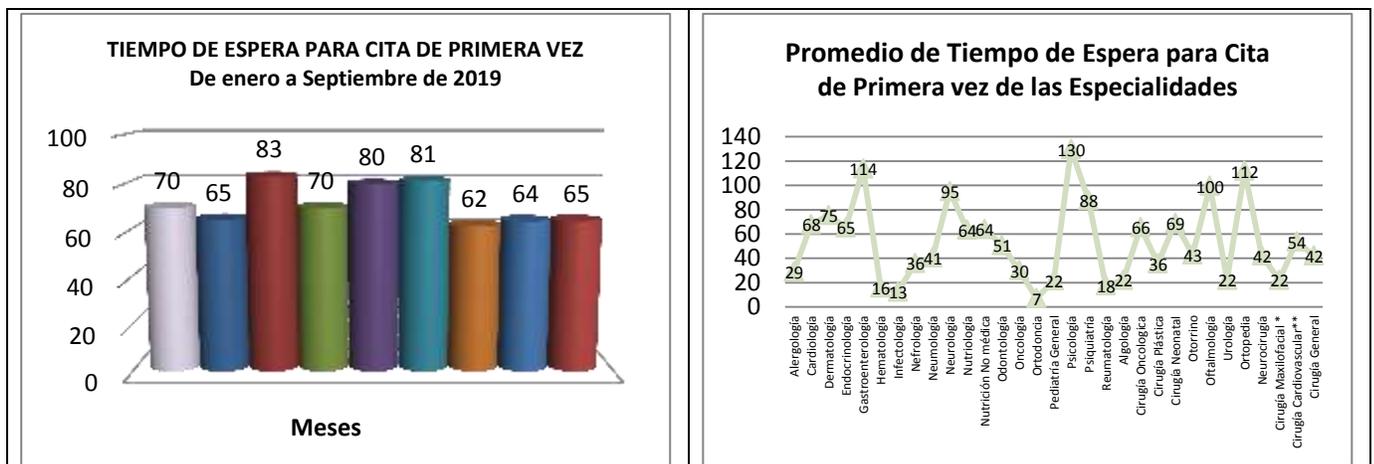
### g. Tiempos de Espera

Uno de los indicadores de los cuales se realiza monitoreo mensual en el hospital, es el Tiempo de Espera de algunas actividades hospitalarias, los cuales están incluidos en los indicadores de gestión y de calidad. Entre los tiempos de Espera evaluados mencionamos los siguientes resultados:

#### ➤ 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 2019, demuestra que se ha mantenido en un rango promedio de 72 días, lo cual significa que en comparación al 2018 se ha incrementado, porque estaba a 66 día, este resultado se ha afectado el cumplimiento de la meta establecida en POAI del Hospital, ya que se programó una reducción a 60 días, lo cual no fue posible porque el 2017 se ha venido observando un incremento que de acuerdo a la revisión y análisis de la información se pudo constatar que es producto de la reducción de horas médicos de algunas especialidades y de las ausencias de los pacientes y el personal y por renuncias e incapacidades.

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.

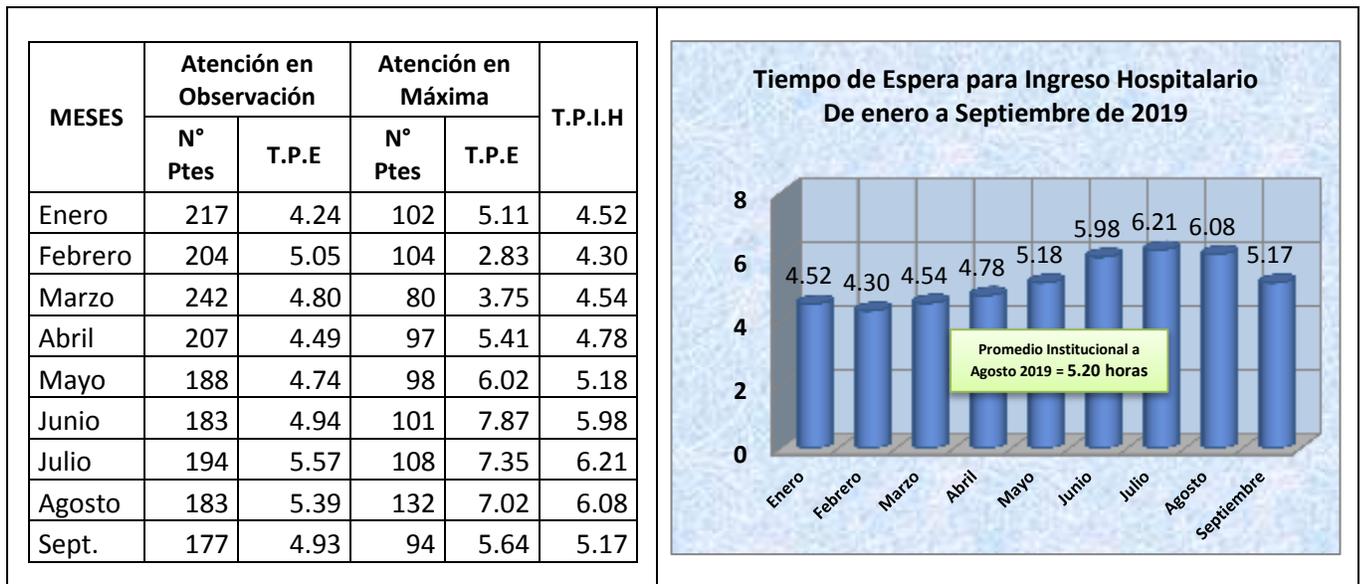


➤ **Tiempo de Espera para Ingreso Hospitalario**

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 en el servicio de Hospitalización.

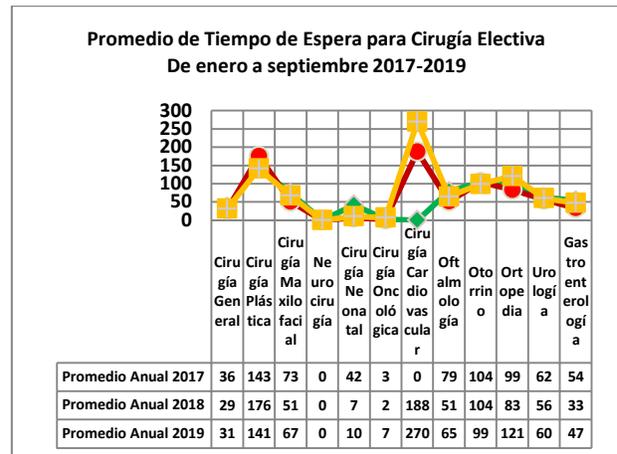
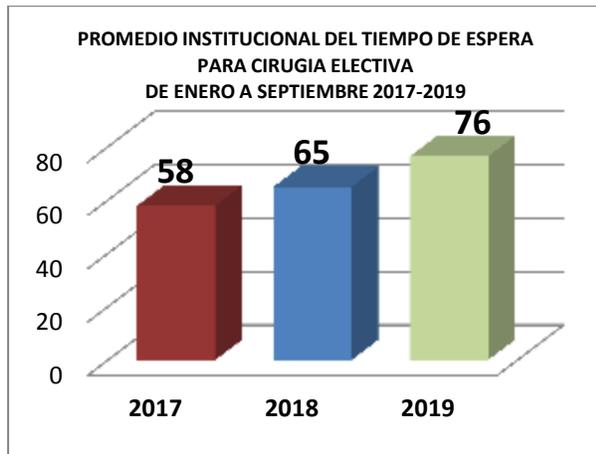
El control mensual de los tiempos de espera para ingreso hospitalario, ha dado como resultado promedio a octubre de 2018, un tiempo de espera de 4.89 horas, este resultado se considera dentro del estándar normal del hospital, que es de 3 a 6 horas, tomando en cuenta los problemas cotidianos del hospital 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 el hospital se han venido realizando acciones para disminuir el tiempo, sin embargo no se ha logrado, entre otras razones porque la limitada capacidad instalada de quirófanos, los cuales no se ha podido habilitar en su totalidad por falta de personal de anestesia y de enfermería, también la demanda de cirugías de emergencia y ambulatorias y los horarios de funcionamiento de quirófanos hacen difícil la reducción y es así que en el período evaluado podemos evidenciar un crecimiento creciente del tiempo promedio de espera en un 14.5%, ya que en el 2018 en comparación con el 2017 se incrementó en un 12% y del 2019 en relación al 2018 en un 17%.

El mantener o reducir los tiempos de espera para cirugía es necesario que se habiliten todas las salas de operaciones y se amplíe la cobertura de atención de los quirófanos, y que se evalúe las posibles alternativas para solventar las limitaciones de horarios y la falta de recursos humano de anestesia y enfermería que además se ha visto disminuido por las jubilaciones y las incapacidades producto del estrés y la carga laboral.



## 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	2019
<b>Camas Censables</b>	285	299	293	293	289	285	285	292	288	287	287	284	276
<b>Camas No Censables</b>	101	82	108	108	112	112	112	89	100	109	109	111	119
<b>TOTAL CAMAS HOSPITALARIAS</b>	<b>386</b>	<b>381</b>	<b>401</b>	<b>401</b>	<b>401</b>	<b>397</b>	<b>397</b>	<b>381</b>	<b>388</b>	<b>396</b>	<b>396</b>	<b>395</b>	<b>395</b>

El Hospital anualmente realiza un análisis sobre el funcionamiento de las camas en relación a las patologías atendidas y el resultado de los indicadores de gestión, este análisis permite realizar los cambios pertinente para el mejor aprovechamiento de las camas en función de la demanda y los recursos disponibles, en el cuadro anterior se evidencia los diversos cambios que se han efectuado en la definición de la capacidad instalada de camas, las variaciones en número y la vocación de las mismas, ya que muchas de las censables se han asignado como no censables.

### Comparación Capacidad Instalada 2018 y 2019

#### ➤ Dotación de Camas

En relación al comparativo de camas del 2018-2019, cuando se realizó la programación 2019 se pudo constatar que los índices de ocupación de las camas quirúrgicas presentaban una disminución

significativa, por lo que se ajustaron las camas, realizando una disminución de la censables, y un aumento en las camas no censables, definiéndose que se ampliaría la atención del Hospital de día, es decir que las camas se habilitarían 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, para pacientes quirúrgicos ambulatorios de las especialidades de Cirugía General, Cirugía Plástica, Otorrino y Oftalmología.

Por tanto en base al análisis de camas se definió 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, y el rediseño y ampliación de 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.

Al realizar el análisis para la programación 2020, se ha evaluado la gestión y determinándose que ha existido una disminución en los índices de ocupación de las camas quirúrgicas, esto entre otras razones entre las cuales se puede mencionar la falta de horas quirófono habilitadas y limitado recursos humano de enfermería y anestesia, sin embargo, al evaluar los indicadores institucionalmente se puede determinar que los índices de ocupación de camas y los otros indicadores de gestión hospitalaria están dentro de los estándares y resultados esperados, lo cual significa que las camas han sido utilizadas para las patologías que se requiere independientemente de la especialidad de ingreso.

#### ➤ **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	Quirófono Torre de Cirugía Plástica	Cirugía Electiva
1	Quirófono de I Planta	Cirugía Emergencia
1*	Quirófono de I Planta	Alternativo
1*	Quirófono de I Planta	Alternativo
1*	Quirófono 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 2018-2019, 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 son 3 y 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 2019 se contaba con 53 consultorios, de dichos consultorios asignados se habilitan para funcionamiento 6 horas, habitualmente su 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 2018-2019, vemos los resultados siguientes:

#### ➤ **Camas**

La capacidad residual de camas de los años 2018-2019, 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 2020. La evaluación de la capacidad residual de las camas en términos generales, permitió establecer que se ha mejorado la utilización de las camas especialmente en los servicios de medicina, sin embargo en los servicios de Cirugía (oftalmología, otorrino y neurocirugía), se tiene capacidad residual, tanto en el 2018 como en el 2019, 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 2018 - 2019 muestra que en el 2018 se tenía un déficit residual de 1,146 cirugías, es decir que se produjo menos de lo esperado con los recursos disponibles. En el 2019, el resultado muestra una capacidad residual de 1,468. Estos resultados se establecen considerando los datos de producción migrados del simows al spme, los cuales varían en relación al dato registrado en sala de operaciones, el cual es mayor, por lo que se puede inferir que la tendencia es a reducir la capacidad residual, es decir a producir más de lo esperado, siempre que se cuente con los recursos de enfermería y anestesia para lograr una mayor utilización de los quirófanos y ampliar las horas de funcionamiento de los mismos.

➤ **Consultorios**

Los resultados de capacidad residual de consultorios 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, obliga a realizar este análisis construyendo información interna que permita evaluar objetivamente el resultado.

En términos generales 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 2018 en relación al 2019 podemos observar que existe capacidad residual, ya que tanto para el 2018 como para el 2019 se estimó que las horas consultorio utilizado por día serán de 241 en 53 consultorios habilitados, lo cual evidencia que se tiene una capacidad residual en el 2018 de 81,635 consultas y en el 2019 de 82,410, tomando en cuenta que se realizan 4 consultas por hora consultorio; esto 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 mismo en relación a las horas disponibles del recurso que los utiliza.

## **C. Recursos Humanos**

➤ **Caracterización del Recurso Humano del Hospital 2019**

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, en quien recae el cumplimiento de los objetivos y metas y por quien se deben realizar estrategias para 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:

Número de plazas: Médicos, Enfermería. Profesionales, de apoyo, Servicios Generales y administrativos, especificando plazas fijas, interinas y ad honorem, así como la especialidad médica acreditada y horas disponible.	N de Recursos	Forma de Contratación		
		Ley de Salario	Ad-Honorem	Interinas
Médicos	279	215	24	40
Enfermería	473	473		
Personal de Apoyo	317	317		
Servicios Generales y Administrativos	319	319		
Total	1,388			

Al revisar los datos del cuadro se puede determinar que de la plantilla de personal del Hospital el 87% del personal está asignado a las funciones asistenciales y el 23% a labores administrativas. La relación de médicos en relación a las enfermeras es 0.59. Es importante mencionar que de la plantilla de personal, 2 recursos están destacados en otros establecimientos, uno en el Ministerio de salud y otro en la Farmacia Central y los que participan del funcionamiento del Hospital tienen un promedio de ausentismo laboral del 5.3%.

#### ➤ **Desarrollo del Recurso Humano.**

El capital humano, es el recurso más importante de una organización, por lo que 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, en el primer semestre del 2019, ha sido de un 45%
- Que además de las capacitaciones se realizan otras actividades de Educación, como son Docencia y Educación en Salud.
- Se ha realizado el monitoreo de los accidentes laborales, identificándose que a septiembre del 2019 se han reportado 9 accidentes laborales.

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
- Un porcentaje significativo de personal con limitaciones de trabajo amparados en carta de Medicina del Trabajo
- 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.**

Con la renovación de equipos especialmente biomédicos impulsada en los últimos años, se estima que actualmente se tiene un 50% de equipo discontinuado y un 50% con tecnología actualizada. Actualmente se tienen un aproximado de 15 equipos biomédicos en espera de repuestos, algunos desde hace más de un año y con la finalización de la garantía del reciente equipamiento estamos teniendo problemas con la obtención de los repuestos, es de esperar que en el corto tiempo, la cantidad se incrementara.

#### **E. Condiciones de la Planta Física e Infraestructura.**

La pintura exterior del edificio torre fue renovada este año 2019 con el apoyo y financiamiento de la Fundación Benjamín Bloom, los daños en la estructura fueron reparados previamente mediante inyecciones epoxicas; la pintura exterior del resto de edificios no fue posible efectuarla dentro de este proyecto por limitaciones presupuestarias, por lo que quedaron pendientes para una próxima etapa. En este proyecto se incluyeron la impermeabilización de la losa de la azotea de la torre y la del nivel 3, lado oriente del edificio C contiguo al taller de Biomédica, con este trabajo se espera disminuir o eliminar las filtraciones de agua lluvia en el área del salón de usos múltiples y quirófanos. Es de señalar que la mayoría de las losas de concreto de los edificios del complejo hospitalario presentan filtraciones de agua lluvia, por lo que se necesita renovar la capa impermeabilizante, la cual se ha gestionado mediante solicitud de compra a través de la UACI, igualmente no ha procedido por las limitaciones presupuestarias. Este trabajo estaba incluido en el proyecto de pintura exterior. Para mitigar el problema, se han efectuado algunas aplicaciones de impermeabilizante en áreas muy puntuales para contener algunas de las filtraciones.

La pintura de áreas internas se efectúa parcialmente en base a requerimientos de los servicios y disponibilidad de materiales. Actualmente se está renovando la pintura en ambientes incluidos en los proyectos de remodelación en ejecución, emergencia, pasillos área de espera de RX, quirófanos del primero y segundo nivel, pequeña cirugía, área de espera del banco de sangre y toma de muestras, servicio de cirugía general y en servicios por convenio.

En el hospital anexo, como consecuencia del sismo ocurrido el día 30 de mayo de 2019, se produjeron algunos daños no estructurales en el edificio de la consulta externa; se solicitó una evaluación a la Unidad de Desarrollo de Infraestructura Sanitaria del MINSAL y presentaron a la dirección un informe indicando que los daños no constituyen una reducción de la capacidad resistente de la edificación, pero deben ser reparados. En el documento se dan recomendaciones para la reparación de los daños y efectuamos la gestión con la UACI del hospital y no obtuvimos respuesta. Así mismo, se solicitó se hiciera una evaluación de todos los edificios viejos del anexo para garantizar que no han sufrido daños por los terremotos y sismos fuertes ocurridos a lo largo del tiempo que pudieran poner en riesgo al personal y visitantes; presentaron un informe indicando que no se observan lesiones graves en la estructura resistente de los edificios; sin embargo por la época de construcción de los edificios es necesario planificar una revisión estructural completa de estos que incluya: levantamiento físico (arquitectura y especialidades), sondeos en el suelo, ensayos destructivos y no destructivos e identificación de refuerzos a los elementos estructurales a efecto de determinar la necesidad de reparación y/o reforzamiento estructural. Este trabajo deberá ejecutarse mediante una consultoría para que se haga de manera integral e ininterrumpida.

### **Pisos**

En el proyecto gestionado por el MINSAL, se están sustituyendo todas las losetas de piso de vinil deterioradas; así mismo los pisos de sépticos y baños en los proyectos de remodelación de los servicios antes mencionados.

### **Barandal Perimetral.**

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 por falta de asignación presupuestaria, por lo que nos limitamos a efectuar pequeñas reparaciones con materiales sobrantes de 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 o faltantes y obstruidos por desechos sólidos diversos que son depositados irresponsablemente en su interior generando mayor trabajo para nuestro personal y costos en materiales, que son adquiridos por fondo circulante.

### **Vapor.**

En general la red de vapor se encuentra funcionando adecuadamente, los desperfectos propios de su funcionamiento como fugas y trampas de vapor, son atendidos y corregidos oportunamente; las calderas y algunos equipos periféricos, fueron sustituidos recientemente y se encuentran en periodo de garantía, la que finaliza este mes de diciembre.

### **Agua potable.**

El sistema de bombeo se encuentra funcionando con fluctuaciones de presión; 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 paulatina de las tuberías de cobre por otro material. Es necesario renovar el sistema de control de las bombas de agua para mantener la presión estable y mejorar el consumo de energía.

El control de llenado de las cisternas de la torre se encuentra con fallas, desde hace varios años se ha gestionado un sistema automático de control sin resultados satisfactorios. 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 gestionó la compra durante varios años y tampoco fue 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, se evalúe la factibilidad de construcción de un pozo con su sistema de tratamiento, el cual nos daría autonomía en caso de desastres o falta prolongada 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 en proceso de ser recargados. Es necesario sustituir algunos dispositivos de control; 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 y no hubo resultados.

#### **Climatización.**

El año 2017 se sustituyó uno de los chiller, 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 por lo que se requieren sustitución.

Adicionalmente muchos de los equipos de aire acondicionado tipo central y mini split se encuentran obsoletos y es necesaria la sustitución.

#### **Energía eléctrica.**

El sistema eléctrico funciona confiablemente; el año 2014, después de los cambios de elementos de protección importantes en la subestación de la torre, quedaron pendientes algunos elementos de potencia igualmente importantes, los cuales todos los años hemos gestionado a compra y no se han adquirido, hasta el presente año que se autorizó la compra de las celdas con los interruptores de potencia y otras protecciones principales de la subestación eléctrica los cuales se espera sean suministrados e instalados por la empresa Siemens antes de finalizar el año.

Los generadores eléctricos 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; la garantía finaliza en el presente mes de diciembre.

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 presente año, efectuamos una revisión de la red de oxígeno, encontrando fugas ocasionadas por el uso en algunos tomas empotrados, las cuales fueron adquiridos y están en proceso de instalación.

El suministro de aire con los generadores de aire comprimido medico se encuentra limitado en su capacidad debido a fallas en los equipos y a deficiencias por ser equipos que ya superaron su vida útil. Los equipos generadores de aire comprimido industrial que se utilizan 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.

Actualmente se está trabajando en la ampliación de las redes de oxígeno y aire comprimido médico para aumentar el número de tomas empotrados para así, reducir la cantidad de cilindros en los servicios; en el caso del aire comprimido, no se tiene actualmente la capacidad instalada para suplir la futura demanda de la nueva ampliación.

#### **Sistema de drenaje 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 asignación de recursos.

### **F. Sistemas Informáticos y Comunicaciones.**

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

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

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 350 computadores, de las cuales 165 están ubicadas en el edificio Torre, 164 en el Anexo Hospitalario y 31 en el Centro de Radioterapia, En su

mayoría cuentan con su licenciamientos, así como los licenciamientos de software para servidores. Algunas estaciones de trabajo no poseen licencias ya que son obsoletas con Windows XP y Office 2007, para lo cual nos hemos visto obligados a cambiarlas a Windows 7 sin licencia por falta de soporte al sistema operativo y para evitar vulnerabilidad en la red, cabe mencionar que estos equipos están siendo gradualmente sustituidos por equipos nuevos con licencia, con forme se están dañando, ya que tienen más de 10 años de uso, el objetivo es lograr tener el 100% de toda la institución legalizada. Además, se cuenta con licencias de antivirus Mcaffee, software para el desarrollo de sistemas VISUAL NET, Base de datos SQLSERVER 2014, estaciones de trabajo con WINDOWS profesional 7, 8.1, 10; muchos de estos licenciamientos se han logrado a través de diversas gestiones realizadas por el Departamento de Informática en conjunto con Planificación y la Gerencia.

En cuanto a la infraestructura de red esta ha sido mejorada considerablemente, ya que se ha ordenados el rack principal de centro de datos, colocado gabinetes certificados a todos los Switch en la red y agregados nuevos puntos de red, en base a los proyectos de desarrollo; además se han adquirido switch's capa dos y tres para toda la red, los cuales permiten tener redes más estables; en la actualidad contamos con un 100% con red normalizada utilizando diferentes Vlan (Vos, Video, Datos) y redes por Edificio y niveles. También se cuenta con Servicio de Internet el cual es donado por tres proveedores de servicio, Infraestructura de Red Inalámbrica, video vigilancia.

En cuanto a los servidores se cuenta con servidores virtualizados en alta disponibilidad con VMWare, tres servidores físicos corriendo los servicios de (Dominio, DHCP, DNS, Active Directory, PRTG, Correo, Antivirus, Servidor de aplicaciones, Servidor de base de datos, Nube, una SAN(como parte de la solución); una NAS (Para respaldo de la información de sistemas y base de datos) estos servicios funcionan 7/24

Se cuenta con un Firewall para dar seguridad a la infraestructura de red perimetral, cerrando puertos y permitiendo únicamente lo que se requiere para el buen funcionamiento de los servicios Informáticos y limitando a los usuarios a cargar páginas no autorizadas o acceder sitios peligrosos.

Se cuenta con SBDS de HILLSTONE caja inteligente para la seguridad interna de la red, quien aprende de los procesos de las estaciones de trabajo y servidores, para el monitoreo de toda la red, permitiéndonos conocer vulnerabilidades de las estaciones de trabajo, ataques desde adentro o afuera hacia nuestra red, recomendando acciones para mayor seguridad o mitigar amenazas detectadas. entrega Ip y de que partes del mundo intentan acceder a nuestra red mostrando gráficas, puertos, protocolos utilizados, nos proporciona los equipos que no cuentan con las actualizaciones de parches que son vulnerables para ataques de virus, malware, etc., todo en ambiente gráfico.

También el Departamento de informática en cuanto al desarrollo de los sistemas informáticos, 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:** Identificación de Pacientes, Triage, Registro diario de Consulta, Historia Clínica, Seguimiento en observación, Ingreso de Pacientes, Receta Electrónica

**Consulta Externa:** Citas, Registro diario de consulta, Receta Electrónica, Preingreso de pacientes

**Hospitalización:** Ruta de pacientes aceptación de ingresos, traslados, Egresos, Modulo de Hoja de defunción, Modulo de Hospitalización de Hematología, Prescripción Médica por Cama y Paciente, Modulo de Seguimiento de Hoja 12, Pedido Electrónico

**Centro Quirúrgico:** Hospital de día, Programación de cirugías, Imágenes Médicas, Despacho de Farmacia entre otros

Estadística: Modulo de Recodificación de diagnósticos, Migración de consulta, Seguimiento de Hoja 12, Modulo de Interconsulta y Procedimientos

Almacenes: Sistema de abastecimientos de Almacenes y bodegas para los cuatro almacenes con Máximos y Mínimos, alertas temprana vía correo y semáforo para evitar el desabastecimiento de medicamento e insumos.

Informática: Sistema de Ordenes de trabajo de Informática incluyendo activo fijo.

Todos estos módulos por supuesto han requerido esfuerzo en su creación y mantenimiento, así como actualizaciones y mejoras; se tienen en proceso, algunos desarrollos nuevos como módulo de producción por servicio, Modulo de Cumplimiento de Enfermería, Modulo de Indicadores Hospitalarios y de Calidad, Integración de sistema de información gerencial, rendimiento y costos, Modulo de vigilancia epidemiológica integrado, entre otros.

### **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:

<b>N° DE CAMAS CENSABLES</b>										
<b>Servicios de Hospitalización</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<b>Neonatología</b>	35	35	35	35	32	32	32	32	32	30
<b>Medicina Interna</b>	26	26	26	24	24	24	24	24	24	24
<b>Oncología</b>	24	24	24	42	42	43	43	42	42	42
<b>Infectología</b>	45	42	42	36	36	36	36	36	36	36
<b>Nefrología</b>	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
<b>Hematología</b>	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
<b>Cirugía General</b>	29	29	29	29	33	33	33	33	31	
<b>Cirugía Plástica</b>	21	20	20	20	20	18	18	16	16	
<b>Neurocirugía</b>	29	29	29	29	29	29	29	29	27	
<b>Otorrinolaringología</b>	11	7	7	6	6	6	6	6	6	
<b>Oftalmología</b>	7	11	11	9	9	9	9	9	7	
<b>Ortopedia</b>	23	23	23	23	18	18	18	18	16	
<b>Servicios por Contrato</b>	12	12	12	12	12	12	12	12	12	
<b>Total de camas de hospitalización</b>	<b>289</b>	<b>285</b>	<b>285</b>	<b>292</b>	<b>288</b>	<b>287</b>	<b>287</b>	<b>284</b>	<b>276</b>	

Fuente: Unidad de Planificación

<b>N° DE CAMAS NO CENSABLES</b>										
<b>Años</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<b>SERVICIOS DE APOYO CON CAMAS (De Tránsito)</b>										
<b>Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica</b>	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
<b>Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica (Antes Cuidados Intermedios)</b>	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
<b>Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal</b>	12	12	12	12	15	15	15	15	15	18
<b>Total de Camas de Servicios de Apoyo</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>40</b>
<b>SERVICIOS AMBULATORIOS-HOSPITAL DE DIA</b>										
<b>Diálisis</b>	13	13	13	8	8	8	8	8	8	8
<b>Diálisis Ambulatoria</b>						6	6	6	6	6
<b>Hemodiálisis</b>	4	4	4	1	7	8	8	8	8	8
<b>Nefrología Ambulatoria</b>					2	2	2	2	2	2
<b>Oncología Ambulatoria I</b>	18	18	18	16	16	16	16	16	15	18
<b>Oncología Ambulatoria II</b>	16	16	16							
<b>Hematología Ambulatoria</b>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
<b>Observación de Emergencia</b>	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
<b>Máxima Urgencia</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
<b>Oftalmología y ORL Ambulatoria</b>	4	4	4							
<b>Oftalmología Ambulatoria</b>	0	0	0	4	4	4	4	4	4	
<b>Otorrinolaringología Ambulatoria</b>	0	0	0	3	3	3	3	3	3	
<b>Cirugía Ambulatoria</b>	4	4	4	4	4	4	4	4	19	19
<b>Cirugía General Ambulatoria</b>										12
<b>Otorrinolaringología Ambulatoria</b>										3
<b>Oftalmología Ambulatoria</b>										4
<b>Observación de Servicios por Contrato</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
<b>Cirugía Plástica Ambulatoria</b>						2	2	4	4	4
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>55</b>	<b>63</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>74</b>	<b>82</b>	

<b>N° DE CAMAS NO CENSABLES</b>										
<b>Años</b>	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Total de camas No Censables</b>	<b>112</b>	<b>112</b>	<b>112</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>109</b>	<b>111</b>	<b>119</b>	
<b>TOTAL DE CAMAS HOSPITALARIAS</b>	<b>401</b>	<b>397</b>	<b>397</b>	<b>381</b>	<b>388</b>	<b>396</b>	<b>396</b>	<b>395</b>	<b>395</b>	

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](http://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	\$ 2,7139,801.00	\$ 2,7076,870.86	<b>99.8%</b>	\$ 1892,362.00	\$ 1,891,545.38	<b>100.0%</b>
2015	\$ 3,0005,310.00	\$ 2,9921,345.86	<b>99.7%</b>	\$ 1750,000.00	\$ 1,749,922.84	<b>100.0%</b>
2016	\$ 3,0580,626.00	\$ 3,0503,440.32	<b>99.7%</b>	\$ 1500,000.00	\$ 1,476,104.00	<b>98.4%</b>
2017	\$ 3,0856,544.00	\$ 3,0843,391.70	<b>100.0%</b>	\$ 2183,598.43	\$ 2,025,717.30	<b>92.8%</b>
2018	\$ 3,1321,205.00	\$ 3,1247,447.39	<b>99.8%</b>	\$ 1500,000.00	\$ 1,366,503.64	<b>91.1%</b>
2019	\$ 3,5360,275.00	\$ 3,2744,495.03	<b>99.8%</b>	\$ 2024,533.00	\$ 2,020,944.54	<b>99.97%</b>
2019	\$ 4,2363,170.00			\$ 1500,000.00		

Como se evidencia en el cuadro anterior la ejecución presupuestaria promedio ha sido del 2014-2019 ha sido del 98.6%; en relación a la asignación del presupuesto del fondo general, del 2015 al 2018 ha tenido un incremento promedio del 1%, del 2018 al 2019 fue del 11% y del 2019 al 2020 un incremento del **17%**; esto significa que a pesar de que las variaciones de la asignación presupuestarias año con año, muestran 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 y en el 2020 es donde se aplicará el escalafón conforme a la Ley del Escalón, 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 un promedio del 74% 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, hasta el 2018, son los siguientes:

Años	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Puntaje alcanzado	413	313	374	414	440	426	416
Porcentaje de Implementación	50%	38%	46%	50%	54%	52%	51%
<b>Puntaje Máximo: 820 Puntos</b>							

- 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.
- Coordinación de Comités y Comisiones de Trabajo 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, etc. También se ha creado comisiones de trabajo técnico operativos que dan seguimiento a procesos específicos asignados por la Dirección.

- 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 2019

Con el fin de realizar una programación adecuada se efectuó la revisión del cumplimiento del PAOI a septiembre de 2019, 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 2019.

#### Cumplimiento de Metas de Producción a septiembre de 2019

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 2019, son los siguientes:

##### ➤ Consulta Ambulatoria a septiembre de 2019

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Consultas Externa Médicas	134,614	111,769	83%
Consulta Externa Odontológica	7,580	9,416	124%
Otras Atenciones Consulta Externa	9,954	7,405	74%
<b>Total consulta Externa</b>	<b>152,148</b>	<b>128,590</b>	<b>85%</b>
Consulta de Emergencia Quirúrgica	8,991	9,013	100%
Consulta de Emergencia Médica	8,580	7,741	90%
<b>Total Consulta de Emergencias</b>	<b>17,571</b>	<b>16,754</b>	<b>95%</b>
<b>Total Consulta Ambulatoria</b>	<b>169,719</b>	<b>145,344</b>	<b>86%</b>

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 2019 ha sido del 83%, el resultado se ha visto afectado entre otras razones porque no se ha reportado la especialidad de fisioterapia, así como por las ausencias de pacientes y médicos. En las especialidades odontológicas el cumplimiento fue del 124%, lo cual implica que se debe realizar una revisión a fin de verificar el proceso de registro de la información, dado que el censo ha sufrido modificaciones requeridas por el programa. En otras atenciones de Consulta Externa, el cumplimiento del 74%, por lo que en promedio el resultado obtenido muestra un cumplimiento de la producción de consultas externas de un 86%, 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; esto es producto entre otras razones por las ausencias de pacientes, el ausentismo laboral, falta de recursos de apoyo, etc.

En relación al cumplimiento del Departamento de Emergencia, el cumplimiento ha sido del 95%, 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 a septiembre de 2019**

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Sub Especialidades de Medicina</b>	<b>4043</b>	<b>3814</b>	<b>94%</b>
Hematología Pediátrica	618	583	94%
Infectología Pediátrica	1129	1220	108%
Medicina Interna Pediátrica	644	501	78%
Nefrología Pediátrica	199	172	86%
Neonatología	400	416	104%
Oncología Pediátrica	1053	922	88%
<b>Sub Especialidades de Cirugía</b>	<b>4606</b>	<b>4234</b>	<b>92%</b>
Cirugía Pediátrica	1566	1664	106%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	623	706	113%
Neurocirugía Pediátrica	855	653	76%
Oftalmología Pediátrica	441	354	80%
Otorrinolaringología Pediátrica	495	260	53%
Ortopedia / Traumatología	626	597	95%
<b>Otros Egresos</b>	<b>792</b>	<b>789</b>	<b>100%</b>
Servicios por Contrato	792	789	100%
<b>Total de Egresos</b>	<b>9,441</b>	<b>8,837</b>	<b>94%</b>

Al revisar y analizar los resultados a septiembre del 2019, 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 2019 fue del 85% y se ha obtenido un resultado institucional del 94% de cumplimiento. Los servicios de especialidades médicas, muestran un cumplimiento promedio del 94%, 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 Medicina Interna, el cual se ve afectado porque por remodelación dejó de funcionar al 100% en el primer trimestre del año.

Con respecto a las Especialidades de Cirugía el resultado global es del 92%, 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 y Plástica y pacientes de

medicina que han sido atendidos en las especialidades quirúrgicas, en momento en los cuales a fin de dar cobertura se cubren y luego se trasladan al servicio que corresponde. Se debe realizar una debe realizar un análisis más exhaustivo para determinar el resultado de las servicios de Neurocirugía, Oftalmología y Otorrino.

Con respecto a las metas de Servicios por Contrato que son los pacientes atendidos de Bienestar Magisterial, el cumplimiento está al 100%.

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 morbimortalidad, 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**

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Electivas para Hospitalización	2,626	2,178	83%
Electivas Ambulatorias	1,199	1,210	101%
De Emergencia para Hospitalización	2,389	2,138	89%
De Emergencia Ambulatoria	135	93	69%
<b>Total de Cirugía Mayor</b>	<b>6,349</b>	<b>5,619</b>	<b>89%</b>

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 89%, 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 2020, se puedan superar otros obstáculos implementando el módulo de programación de cirugía desde la Consulta Externa, para poder 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**

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Medicina Crítica</b>			
<b>Unidad de Emergencia-Observación</b>			
Admisiones	10,003	11,589	116%

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Transferencias	5,800	4,782	82%
<b>Unidad de Máxima Urgencia</b>			
Admisiones	890	915	103%
Transferencias	770	818	106%
<b>Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios</b>			
Admisiones	806	1,179	146%
Transferencias	1,068	1,180	110%

En el caso de Medicina Crítica, las Unidades de Cuidados Intensivos, muestra un cumplimiento de la meta de transferencias del 110% en relación a las transferencias, el resultado muestra un porcentaje mayor a lo esperado porque al revisar las patologías atendidas aunque son de complejidad el manejo 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 116%, en relación a los pacientes admitidos en la observación, de los cuales se ingresan un 82%, 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 103% en relación a lo estimado lo cual se realizó en base a datos históricos con los cuales no se tenía un sub registro, lo cual evidencia que se ha venido mejorando en la calidad del dato.

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

Al revisar los porcentajes de cumplimiento de la 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 desde el 2017 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 escasos 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 2019, se evidencia varios servicios con un porcentaje de cumplimiento arriba del 100%; 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 un aumento en la producción de Resonancia Magnética, productos de acciones de mejora, lo cual ha permitido la reducción del tiempo de espera. En relación a los resultados de Farmacia se ha mejorado, implementando acciones y herramientas para la generación de información. Con respecto 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 113%, 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 235%. 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 95%, es decir que la producción de Mantenimiento preventivo se realizado conforme a lo planificado, a pesar de 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), sin embargo se ha visto afectado el mantenimiento correctivo, para lograr mejores resultados es necesario reforzar el áreas a fin de satisfacer la demanda de atención de órdenes, en las diferentes instalaciones del Hospital. En cuenta al servicio de Transporte el cumplimiento fue del 84%, lo cual dentro de lo esperado a

pesar de las fallas en los vehículos por la obsolescencia, 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 2019

Evaluación PAOI de Actividades 2019					
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 morbilidad institucional	31%	67%	67%	55%
2.1.	Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional	100%	100%	99%	100%
2.2	Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión Institucional y los tiempos de respuesta para la atención Asistencial	0%	0%	17%	6%
2.3.	Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios	100%	80%	80%	87%
3.1	Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales	100%	67%	100%	89%
4.1.	Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	100%	67%	67%	78%
5.1.	Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	61%	67%	71%	66%
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	72%	100	100%	91%
7.1	Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	-	-	-	-
8.1	Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa	100%	100%	100%	100%
<b>Total</b>		<b>74%</b>	<b>72%</b>	<b>78%</b>	<b>75%</b>

Fuente: Registros de Evaluación Realizado en 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 75%, 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 2019**

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 2018, 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 77 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 2019, muestran que el funcionamiento del Hospital ha sido eficiente, pues el índices de ocupación aunque no se ha logrado el estándar internacional que es del 85%, se ha obtenido un 81.97%, sin incluir a Neonatología, y si lo

evaluamos con la estancia que es del 7.40, y el intervalo de sustitución de 1.39 y un giro de 3.93, comparados con las patologías atendidas denotan la complejidad de los pacientes por lo que se aumentó la estancia.

#### ➤ **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 de 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 de Infecciones promedio de 4.43, la cual está dentro de los estándares internacionales, este resultado se encuentra dentro de 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) Problemas de 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) Problemas de 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) Problemas de 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 la 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 laboral con deficiencias en algunas áreas
- Reuniones no planeadas causan el desplazamiento de lo estratégico por lo urgente
- Trabajo por Funciones y no por Gestión por Procesos

**d. Análisis FODA**  
**(Diagnóstico Institucional 2019)**

<b>Análisis Interno</b>	
<b>FORTALEZAS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recursos humanos profesionales, especializados y con alta capacidad técnica y humana.</li> <li>▪ Buen prestigio institucional con base a resultados.</li> <li>▪ Plataforma Documental Institucional</li> <li>▪ Desarrollo de sistema de auditoria de morbimortalidad infantil institucional e interinstitucional.</li> <li>▪ Desarrollo de jornadas médico quirúrgicas.</li> <li>▪ Tratamiento temprano con radioterapia para pacientes con patologías oncológicas</li> <li>▪ Oferta de Servicios especializados de tercer nivel.</li> <li>▪ Modernización de Comunicaciones a Tecnología IP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Equipo Biomédico de Alta Tecnología en UCIN, Quirófanos, UCI Quirúrgica, Consulta Externa</li> <li>▪ Sistemas Informáticos para el Proceso de Información.</li> <li>▪ Gestión continua de la calidad.</li> <li>▪ Tecnología avanzada en los servicios de apoyo diagnóstico.</li> <li>▪ Función como hospital escuela para el desarrollo profesional.</li> <li>▪ Alojamiento temporal para padres de pacientes.</li> <li>▪ Página Web institucional</li> </ul>
<b>DEBILIDADES</b>	
<p style="text-align: center;"><b>INFRAESTRUCTURA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Parqueos insuficientes y dificultad de acceso a las instalaciones hospitalarias por ventas ambulantes, vehículos y otros.</li> <li>▪ Dificultad para el traslado de pacientes,</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>GESTION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de responsabilidad de algunas jefaturas para asumir sus funciones.</li> <li>▪ Burocracia en procesos administrativos.</li> </ul>

<p>entre el Anexo y Torre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No hay un área habilitada para alimentación del personal.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>CAPITAL HUMANO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cultura organizacional débil con evasión de responsabilidad.</li> <li>▪ Desmotivación laboral en algunas áreas.</li> <li>▪ Remuneración y función no acorde al nombramiento de personal en algunos recursos.</li> <li>▪ Falta de actualización de normativas internas.</li> <li>▪ Desconocimiento y deficiente aplicación de las normativas</li> <li>▪ Gestión por Funciones y no por Procesos</li> <li>▪ Recurso humano insuficiente en ciertas áreas.</li> <li>▪ Deficiente Plan de Desarrollo de Recursos Humanos.</li> <li>▪ Recurso humano con enfermedades crónicas.</li> <li>▪ Carencia de médicos especialistas en algunas áreas específicas.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>INFORMACION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Retraso en la generación de información.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>ORGANIZACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inadecuado seguimiento, control y evaluaciones de planes operativos.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>PLATAFORMA DOCUMENTAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se cuenta con manuales de procesos y procedimientos.</li> <li>▪ Falta de actualización de Guías clínicas de atención.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deficiente seguimiento de planes de mejora en algunas áreas.</li> <li>▪ Falta de supervisión en la aplicación de la Política de Ahorro.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>DESARROLLO PROFESIONAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limitada producción de investigación científica.</li> <li>▪ Poca asistencia a actividades de capacitación.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>EQUIPO / INSUMOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Equipo con vida útil finalizada.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>ATENCION DIRECTA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tiempos de espera prolongados para la consulta de primera vez en algunas especialidades.</li> <li>▪ No hay servicio nocturno en Farmacia.</li> <li>▪ Estancias prolongadas por patologías crónicas</li> <li>▪ Sobredemanda de pacientes en relación a la capacidad instalada.</li> </ul>
--	--

<b>Análisis Externo</b>	
<b>OPORTUNIDADES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Convenios de Cooperación internacional e interinstitucional.</li> <li>▪ Responsabilidad social empresarial hacia la función del Hospital.</li> <li>▪ Compra de servicios de tecnología avanzada con equipo en comodato.</li> <li>▪ Lineamientos de RIIS para la desconcentración de pacientes.</li> <li>▪ Capacidad para generar nuevas alianzas estratégicas interinstitucionales para la prestación de servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adquisición de equipos médicos a través de préstamos internacionales.</li> <li>▪ Fortalecimiento de una cultura de gestión de la calidad.</li> <li>▪ Convenios para el desarrollo profesional según prioridades</li> </ul>

AMENAZAS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asignación Presupuestaria que no responden a las necesidades reales.</li> <li>▪ Señalamientos negativos a la institución por los medios de comunicación y redes sociales.</li> <li>▪ Requerimientos legales de tratamientos médicos no acordes con el presupuesto institucional.</li> <li>▪ Legislación burocrática.</li> <li>▪ Requerimiento frecuente de personal para actividades externas a la institución.</li> <li>▪ Reducción de número de plazas y procesos burocráticos para la contratación de nuevos recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumento de las enfermedades crónicas en la población pediátrica.</li> <li>▪ Epidemias de enfermedades emergentes.</li> <li>▪ Enfermedades epidemiológicas y ocupacionales que afectan al personal.</li> <li>▪ Contexto de Violencia en el país.</li> <li>▪ Vulnerabilidad medioambiental.</li> <li>▪ Referencia de pacientes de otros niveles de atención que no corresponden al III nivel.</li> </ul>

### e. 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	Aceptabilidad	
					(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	
	<b>a) Problemas en relación a la demanda</b>									
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
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

		Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad					
					Pertinencia	Economía	Recursos	Legalidad	Aceptabilidad	
					(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	
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>b) Problemas en relación a la Oferta</b>										
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
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 resolutoria 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

		Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad					
					Pertinencia	Economía	Recursos	Legalidad	Aceptabilidad	
					(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	
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
<b>c) En relación a la Gestión</b>										
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
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

		Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad					
					Pertinencia	Economía	Recursos	Legalidad	Aceptabilidad	
					(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	
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**

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

#### IV. Objetivos Generales del Plan Operativo Anual 2020

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, con transparencia, eficiencia y efectividad.

##### 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. Valoración de Riesgos 2019-2020

1. Proceso	2. Riesgos	3. Probabilidad de ocurrencia del riesgo F (Baja=1; Media=2 y Alta=3)	4. Magnitud del impacto del riesgo I (Leve=1; Moderado=2 y Severo=3)	5. Exposición al riesgo (F x I) Categoría	6. Acciones para control de riesgos	7. Responsables
Administración hospitalaria	Accidentes viales para pacientes y empleados, debido a la ubicación de ambos edificios	3	3	3	Gestionar la construcción de una pasarela que comunique ambos edificios	Director
	Dificultad de acceso a las instalaciones del hospital debido a ventas en las aceras y estacionamiento de vehículos	3	2	6	Gestionar con las instancias pertinentes el reordenamiento de los accesos al hospital	Jefe División Administrativa
					Optimización de los espacios disponibles para parqueos	Jefe División Administrativa
	Incremento del Gasto corriente, debido a la falta de aplicación de la Política de Ahorro	3	2	6	Gestionar una política de ahorro institucional	Subdirector
					Socializar una política de ahorro institucional	Jefe Unidad Jurídica
					Implementar una política de ahorro institucional	Jefes de dependencias
	Insatisfacción del personal debido a que no hay un área habilitada para alimentación	3	1	3	Habilitar un área adecuada para alimentación del personal	Jefe División Administrativa
					Ofertar las cafeterías del hospital para mejorar la calidad de los alimentos y garantizar un espacio adecuado para funcionamiento	Jefe División Administrativa
	Limitación en la adquisición de bienes y servicios debido a una asignación presupuestaria limitada	3	3	9	Realizar un análisis financiero institucional	Jefe UFI
					Realizar un análisis de los consumos de los insumos de todos los servicios	Jefes de Divisiones y Unidades adscritas a la Dirección
Establecer un plan de acción para la distribución y uso racional de los insumos					Jefes de Divisiones y Unidades adscritas a la Dirección	
Retraso en la atención, debido a la burocracia en procesos administrativos	2	2	4	Retomar el plan institucional para el Levantamiento de Procesos	Subdirector	
				Implementación de la Gestión por Procesos	Jefe UOC	
Atención Directa al Paciente	Atención deficiente debido a catástrofes secundarias a la vulnerabilidad medioambiental	1	3	3	Actualizar y socializar el Plan de Emergencia Institucional	Subdirector

1. Proceso	2. Riesgos	3. Probabilidad de ocurrencia del riesgo F (Baja=1; Media=2 y Alta=3)	4. Magnitud del impacto del riesgo I (Leve=1; Moderado=2 y Severo=3)	5. Exposición al riesgo (F x I) Categoría	6. Acciones para control de riesgos	7. Responsables
	Deficiencia en la atención del paciente debido a los tiempos prolongados de las citas de primera vez.	3	3	9	<p>Gestión para la contratación de médicos en las especialidades donde sea necesario.</p> <p>Redistribución de los tiempos por actividad del personal médico.</p> <p>Hacer efectivo el proceso de Referencia, Retorno e Interconsulta a la RIIS.</p> <p>Hacer efectivo el traslado de los pacientes mayores de 18 años a la RIIS.</p> <p>Fortalecer el área de Pediatría General para filtrar los pacientes de 3er nivel.</p> <p>Elaboración e implementación de un Plan de mejora sobre el censo de Consulta de Pediatría General.</p>	<p>Jefes de Consulta Externa Médica y Quirúrgica</p> <p>Jefes División Médica y Quirúrgica</p> <p>Jefes División Médica y Quirúrgica</p>
	Falta de cupo para pacientes con patologías agudas, debido a estancias prolongadas de pacientes con patologías crónicas	3	3	9	<p>Coordinar con la RIIS el retorno de los pacientes con patologías crónicas</p> <p>Establecer, implementar y dar seguimiento a un Plan para manejo domiciliario del paciente con enfermedades crónicas</p>	<p>Jefes División Médica y Quirúrgica</p> <p>Jefe División Médica</p>
	Falta de oportunidad en la atención debido a asistencia tardía del personal por contexto de violencia en el país	2	3	6	Flexibilidad en el establecimiento de horarios de trabajo	Jefes de Divisiones y Unidades adscritas a la Dirección
	Suspensión de los servicios por fallas de los equipos	3	3	9	<p>Elaborar un plan de renovación de equipo con vida útil finalizada</p> <p>Implementar y dar seguimiento al plan de renovación de equipo con vida útil finalizada</p>	<p>Subdirector</p> <p>Subdirector</p>
	Falta de uniformidad de la atención debido a falta de Guías Clínicas actualizadas y/o por falta de aplicación de las existentes	2	2	4	<p>Socialización de las Guías Clínicas existentes</p> <p>Actualización de Guías Clínicas</p>	<p>Jefes División Médica y Quirúrgica</p> <p>Jefes División Médica y Quirúrgica</p>

1. Proceso	2. Riesgos	3. Probabilidad de ocurrencia del riesgo F (Baja=1; Media=2 y Alta=3)	4. Magnitud del impacto del riesgo I (Leve=1; Moderado=2 y Severo=3)	5. Exposición al riesgo (F x I) Categoría	6. Acciones para control de riesgos	7. Responsables
Atención en Farmacia	Deficiencia en la calidad de atención del paciente atendido en Emergencia, debido a la falta de dispensación de medicamentos en horario nocturno	3	3	9	Gestión de contratación de personal para cobertura de horario nocturno	Jefe Servicio de Farmacia
Comunicación Institucional	Mala imagen institucional debido a señalamientos negativos en los medios de comunicación y redes sociales	1	3	3	Establecer e implementar un proceso de verificación de señalamientos y respuesta a los medios de comunicación y Redes Sociales	Subdirector
Desarrollo del Capital Humano	Deterioro del clima laboral por la cultura organizacional débil con evasión de responsabilidad existente	2	3	6	Elaborar y ejecutar un Plan de capacitación institucional sobre el contenido y aplicabilidad de las normas, reglamentos y leyes vigentes y aplicables al hospital	Jefe Unidad Jurídica
					Informar al personal la responsabilidad de mantener actualizados respecto a las leyes vigentes y sus reformas	Jefe Unidad Jurídica
					Fortalecer al equipo de supervisión con la participación de la Unidad Jurídica	Director
					Gestionar que los nombramientos del personal sean acordes a las funciones, analizando particularmente cada caso	Jefe Depto. Recursos Humanos
					Revisión del proceso de Selección y Contratación de Recursos Humanos	Director
					Elaboración del Plan Institucional de Desarrollo del Recurso Humano	Jefe Depto. Recursos Humanos
					Implementación del Plan Institucional de Desarrollo del Recursos Humano	Jefe Depto. Recursos Humanos
					Monitoreo y Evaluación del Plan Institucional de Desarrollo del Recursos Humano	Jefe Depto. Recursos Humanos
Optimización de las funciones del recurso humano con enfermedades crónicas	Jefes de Divisiones y Unidades adscritas a la Dirección					

1. Proceso	2. Riesgos	3. Probabilidad de ocurrencia del riesgo F (Baja=1; Media=2 y Alta=3)	4. Magnitud del impacto del riesgo I (Leve=1; Moderado=2 y Severo=3)	5. Exposición al riesgo (F x I) Categoría	6. Acciones para control de riesgos	7. Responsables
	Falta de desarrollo de las habilidades y destrezas individuales debido a la poca asistencia a actividades de capacitación	2	2	4	Desarrollar un plan de incentivos para fomentar la asistencia a las capacitaciones	Coordinador de Capacitación
					Mejorar el plan de capacitaciones institucional de acuerdo a las necesidades de la institución	Coordinador de Capacitación
Información Institucional	Falta de información oportuna para la toma de decisiones	2	2	4	Supervisar el proceso de entrega de la información	Subdirector
					Seguimiento de plan de sistematización institucional	Subdirector
Mejora continua de la Calidad	Dificultades en la toma de decisiones por la limitada producción de investigación científica institucional	2	2	4	Revisar el funcionamiento y organización de la sección de Investigación	Director
	Persistencia en las fallas detectadas por falta de elaboración y/o incumplimiento de los Planes de Mejora.	2	2	4	Establecer los mecanismos de incentivos para incrementar la producción de investigaciones	Coordinador de Investigación
Planeación institucional	Dificultades gerenciales en las dependencias debido a fallas en la elaboración y/o seguimiento del PAO	2	2	4	Sistematizar y fortalecer la elaboración y ejecución de los Planes de Mejora	Jefe UOC
					Capacitar a las jefaturas sobre herramientas administrativas gerenciales	Subdirector

## VI. Programación Operativa 2020

### 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 2019, 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 2020, 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 2020.

Actividades	Total
<b>HOSPITALIZACION-EGRESOS</b>	<b>31,322</b>
<b>Sub Especialidades de Cirugía</b>	<b>6,128</b>
Cirugía Pediátrica	2,154
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	879
Neurocirugía Pediátrica	1,083
Oftalmología Pediátrica	496
Otorrinolaringología Pediátrica	679
Ortopedia / Traumatología	837
<b>Sub Especialidades de Pediatría</b>	<b>24,134</b>
Hematología Pediátrica	843
Infectología Pediátrica	1,246
Medicina Interna Pediátrica	855
Nefrología Pediátrica	246
Neonatología	504
Oncología Pediátrica	1,464
<b>Otros Egresos</b>	<b>1,060</b>
Servicios por Contrato	1,060
<b>Cirugía Mayor</b>	<b>11,864</b>
Electivas para Hospitalización	2,951
Electivas Ambulatorias	1,362
De Emergencia para Hospitalización	3,895
De Emergencia Ambulatoria	70
<b>Medicina Crítica</b>	
<b>Unidad de Emergencia</b>	
Admisiones	12,267
Transferencias	6,030
<b>Unidad de Máxima Urgencia</b>	
Admisiones	1,643
Transferencias	1,643
<b>Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios</b>	
Admisiones	1,743
Transferencias	1,701
<b>Consulta Externa</b>	<b>133,982</b>
<b>Sub especialidades Médicas-Quirúrgicas</b>	<b>64,171</b>
<b>Sub especialidades Médicas-Consultas</b>	
Alergología / Inmunología	9,985
Cardiología	11,040
CENID	2,880
Dermatología	5,954
Endocrinología	10,560
Fisiatría	540
Gastroenterología	5,760
Hematología	7,680
Infectología	766
Nefrología	4,994
Neumología	11,520
Neurología	9,600
Nutriología	0
Oncología	9,600
Pediatría General	12,480
Psiquiatría	8,446

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Reumatología	2,880
<b>Sub Especialidades de Cirugía-Consultas</b>	<b>64,171</b>
Anestesiología / Algodología	1,535
Cirugía General	8,834
Cirugía Cardiovascular	575
Cirugía Maxilofacial	1,726
Cirugía Neonatal	1,154
Cirugía Oncológica	286
Cirugía Plástica	5,424
Neurocirugía	4,606
Oftalmología	9,985
Ortopedia	10,846
Otorrinolaringología	13,440
Urología	5,760
<b>Consulta Externa Odontológica</b>	<b>10,703</b>
Odontológica de primera vez	1,070
Odontológica subsecuente	9,633
<b>Otras Atenciones Consulta Externa</b>	<b>59,108</b>
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	1,060
Clínica de Ulceras	40,000
Nutrición	4,608
Psicología	13,440
<b>Emergencias-Consultas</b>	<b>25,471</b>
Cirugía General	12,044
Pediatría Gral.	13,427
<b>LABORATORIO</b>	<b>798,864</b>
<b>Hematología</b>	<b>223,621</b>
Consulta Externa	64,356
Hospitalización	82,302
Emergencia	35,880
Referido / Otros	41,083
<b>Inmunología</b>	<b>64,385</b>
Consulta Externa	14,123
Hospitalización	8,621
Emergencia	3,684
Referido / Otros	37,957
<b>Bacteriología</b>	<b>57,419</b>
Consulta Externa	4,770
Hospitalización	35,057
Emergencia	17,592
<b>Parasitología</b>	<b>4,375</b>
Consulta Externa	517
Hospitalización	2,323
Emergencia	1,535
<b>Bioquímica</b>	<b>428,975</b>
Consulta Externa	81,900
Hospitalización	243,732
Emergencia	60,131
Referido / Otros	43,212
<b>Urianálisis</b>	<b>20,089</b>
Consulta Externa	7,686

<b>Actividades</b>	<b>Total</b>
Hospitalización	6,385
Emergencia	5,935
Referido / Otros	83
<b>Banco de Sangre</b>	<b>137,016</b>
Consulta Externa	49,919
Hospitalización	71,880
Emergencia	11,167
Referido / Otros	4,050
<b>TRATAMIENTO Y REHABILITACION</b>	
<b>Imagenología</b>	
Fluoroscopias	790
Radiografías	57,591
Ultrasonografías	7,043
Tomografía Axial Computarizada	4,524
Resonancias Magnéticas Nucleares	1,009
<b>Anatomía Patológica</b>	
Biopsias Otras partes del cuerpo	3,271
<b>Otros Procedimientos Diagnósticos</b>	
Ecocardiogramas	2,750
Electrocardiogramas	3,990
Electroencefalogramas	3,900
Endoscopias	180
<b>Tratamiento y Rehabilitación</b>	
Cirugía Menor	4,992
Diálisis Peritoneal	3,396
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	16,417
Hemodiálisis	5,124
Inhaloterapias	23,880
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	105,972
Recetas Dispensadas de Hospitalización	285,849
Terapias Respiratorias	205,160
<b>Trabajo Social</b>	
Casos Atendidos	56,348
<b>SERVICIOS GENERALES</b>	
<b>Alimentación y Dietas- Raciones servidas</b>	<b>200,652</b>
<b>Hospitalización</b>	
Cirugía	7,123
Pediatría	188,854
Otros (Convenios)	4,675
<b>Lavandería-Libras de ropa lavada</b>	<b>275,276</b>
<b>Hospitalización</b>	<b>190,744</b>
Cirugía	34,434
Pediatría	1,388,208
Neonatología	68,892
Otros (Convenios)	87,418
<b>Consulta Médica Especializada</b>	<b>48,108</b>
<b>Emergencias</b>	<b>36,424</b>
<b>Mantenimiento Preventivo- N° de Ordenes</b>	<b>1,677</b>
<b>Transporte-Kilómetros Recorridos</b>	<b>48,960</b>

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.

## VII. Programación de Actividades 2020

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	%	
<b>1</b>	<b>Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil</b>																
1.1.	<b>Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbimortalidad institucional</b>																
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 con apoyo del Comité de Mortalidad y Unidad de Epidemiología	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,	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	%	
	Epilepsia, Cáncer, Obesidad y Hemofilia)																
1.1.4	Continuar el Programa Trasplante Renales	4	N° de Trasplantes realizados	Registros Estadísticos de Producción	Depto. de Nefrología con el Apoyo de División Médica, Quirúrgica y de Enfermería	1			1			1			1		Falta de insumos y personal o incremento de actividades emergentes del personal responsable
<b>2</b>	<b>Objetivo: Mejorar el Desempeño Hospitalario</b>																
<b>2.1</b>	<b>Resultado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de Metas de Producción</b>																
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.
<b>2.2</b>	<b>Resultado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial</b>																

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 en Días	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	90	Tiempo de Espera en Días Hábiles	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
2.2.3	8	% de Supervisiones realizadas	Informes de Resultados de Supervisiones realizadas	Equipo de Supervisión Institucional	2			2			2			2			Actividades Emergentes
2.2.4	1	Documento Aprobado	Documento y Gestión realizada para la aprobación de la Propuesta	Jefe de División Quirúrgica y la Dirección							1						Actividades Emergentes
2.3	<b>Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios</b>																
2.3.1	4	Indice de uso por Servicio final	Informe de resultados de índice de uso, Informes de Producción Final y Distribuida	Jefe de División Diagnóstico	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	%	
	Farmacia																
2.3.2	Evaluar el proceso de construcción de información y rediseñar los informes para realizar el monitoreo del índice de uso de los servicios de Alimentación, Fórmulas, Lavandería, Mantenimiento y Transporte	5	N° de Proceso elaborados e Informes Rediseñados	Procesos elaborados e Informes rediseñados	Jefe de División Administrativa en coordinación con las Jefaturas de las dependencias	1			2			2					Falta de oportunidad en la generación de información
2.3.3	Monitoreo del Abastecimiento de Medicamentos	12	Porcentajes de Abastecimiento	Informe de monitoreo Presentados	Departamento de Gestión y Suministros de Tecnología Médica. Comité de Farmacoterapia y UACI	85%			85%			85%					Falta de oportunidad y control en el proceso de generación de información
2.3.4	Diseño, socialización e implementación del Programa de Optimización del uso de antibióticos	1	Programa Elaborado y socializado	Informes	Equipo PROA	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	%	
		85%	% de cumplimiento de los indicadores propuestos para el programa	Registro de monitoreo del cumplimiento de los Indicadores del PROA	Equipo PROA, con apoyo de División Médica				85%			85%			85%			Falta de información
<b>3</b>	<b>Objetivo: Elaborar y/o actualizar la Base documental Institucional</b>																	
3.1	<b>Resultado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional</b>																	
3.1.1	Implementación de la Gestión por Proceso	40%	% de Dependencias Capacitadas en Gestión por Procesos	Registro de Dependencias Capacitadas	Unidad Organizativa de la Calidad coordinación con Jefaturas y UDCAP	10%			10%			10%			10%			Participación activa de las unidades operativas
		20%	% de Procesos Documentados por Dependencia	Inventario de Procesos documentados	Jefaturas con el Apoyo de la Planificación				10%				10%					
3.1.2	Revisión y Actualización de Guías Terapéuticas seleccionadas por especialidad	50%	% de Guías elaboradas	Registro del Inventario de Guías Terapéuticas a actualizar y N° de Guías actualizadas	Jefaturas de Especialidades Médicas y Quirúrgicas y División Médica y Quirúrgica										50%			Falta de programación de tiempo para la realización de la actividad

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	<b>Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad</b>																
4.1	<b>Resultado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad</b>																
4.1.1	Evaluación de la Satisfacción de Atención del usuario externo	1	Informes con Resultados de la Evaluación	Informes de Evaluación de la Calidad de Atención Asistencial	Jefe de la UOC							1				La conformación del equipo de trabajo para realizar la gestión y evaluación	
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 Jefaturas y coordinadores de Hospitalización y Comités	1			1			1			1	Falta de Oportunidad en la entrega de Información	
4.1.3	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	50%	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica	Informe de Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	Dirección con el apoyo y coordinación de la Unidad Organizativa de la Calidad	50%										Trabajos y/o actividades Emergentes	
4.1.4	Reestructurar la Unidad de Investigación para fomentar la investigación con enfoque a los problemas sanitarios hospitalarios	1	Acuerdo de aprobación del Manual de Organización	Manual de Organización aprobado	Dirección				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	%	
4.1.5	85%	% de Cumplimiento de los indicadores definidos en el Plan	Informes presentados	Departamento de Pediatría Social				1						1			Trabajos y/o actividades Emergentes
4.1.6	1	Programa aprobado	Documento de aprobación	Relaciones Públicas				1				1					Contar con información adecuada y oportuna
4.1.7	85%	% de cumplimiento de los indicadores propuestos para el programa	Registro de monitoreo del cumplimiento de los Indicadores del programa	Relaciones Públicas con el Apoyo de las Divisiones										85%			Falta de información
<b>5</b>	<b>Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación, Monitoreo y Evaluación Institucional</b>																
5.1	<b>Resultado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias</b>																
5.1.1	4	Nº de Monitoreos	Informes de Respaldo en los Sistemas y Evidencia documental	Consejo Estratégico de Gestión	1			1				1			1		Contar con información adecuada y oportuna

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	%		
5.1.2	Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria definidos por el Ministerio de Salud	80%	% de indicadores que cumplen con el estándar definido	Informes mensual de Indicadores	Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo de la Unidad de Planificación y UEEIS	80%			80%			80%			80			Falta de Oportunidad en la entrega de Información
5.1.3	Evaluación de funcionamiento de la Sala Situacionales programadas	100%	% de cumplimiento de la Programación anual de Sala Situacional	Actas de reunión	Unidad de Epidemiología	100%			100%			100%			100%			Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
		100%	% de cumplimiento de acuerdos establecidos en las Sala Situacional	Informe de Acuerdos Cumplidos	Jefaturas designadas en acuerdos y Unidad de Epidemiología	100%			100%			100%			100%			Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
5.1.4	Evaluación de los resultados del Sistema PERC	2	N° de Evaluaciones	Resultados del Sistema y Acta de Reunión de Evaluación	Equipo de Trabajo de Costeo				1						1			Actividades Emergentes
5.1.5	Elaborar del Plan Estratégico Institucional 2019-2024	1	Documento Elaborado	Registro del Proceso de Elaboración	Dirección en coordinación con la Unidad de Planificación				1									Falta de Apoyo de las Autoridades
6	<b>Objetivo: Realizar acciones que permitan la Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales y que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente</b>																	
6.1.	<b>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</b>																	

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	%	
6.1.1	Monitoreo de la Valoración de Riesgos Institucional	50%	% de disminución de Riesgos	Informes de Resultados presentados por las Dependencias y el Informe de resultados de la Unidad de Auditoría Interna	Jefaturas y Auditoría Interna									50%		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	
6.2.	<b>Resultado: Realizar vigilancia de las condiciones ambientales para contribuir a la protección de la salud de la población y cuidado del medio ambiente</b>																
6.2.1	Realizar la vigilancia de la calidad del agua, conforme al estándar de calidad	12	N° supervisiones Realizadas	Registro de Información en Etab e Informe de Supervisión	Inspector de Saneamiento	3			3			3			3	Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten el desarrollo	
6.2.2	Monitoreo del proyecto de Reciclaje	4	Informe de Resultados	Registro de Cantidad de Papel Reciclado y Recibos de Ingreso por la Venta	Inspector de Saneamiento con el apoyo de las Jefaturas y el Comité de Gestión Ambiental	1			1			1			1	Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten el desarrollo	

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	%		
6.2.3	Monitoreo del cumplimiento del Plan de Manejo de Desechos Bio-infecciosos y Comunes	4	Informe de Resultado del estándar de calidad N° 23	Registro de acciones para cumplir con el Plan conforme al Reglamento Técnico del Manejo de desecho bioinfecciosos y actualización del estándar 23 en el ETAB	Inspector de Saneamiento con el apoyo de las Jefaturas	1			1			1			1			Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten el desarrollo
<b>7</b>	<b>Objetivo: Fortalecer el Recurso Humano</b>																	
7.1.	<b>Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano</b>																	
7.1.1	Monitoreo del Plan de Desarrollo del Recurso Humano 2019-2023	20%	% de Cumplimiento del Plan de Desarrollo de Recursos Humanos	Cumplimiento de la Programación y desarrollo del Plan	Departamento de Recursos Humanos							10%			10%			Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
7.1.2	Realizar la actualización del Inventario y Expediente Laboral del Recurso Humano	100%	% de Expediente Actualizados	Instrumento diseñado para la Actualización del Expediente y Expedientes actualizados	Departamento de Recursos Humanos con el apoyo de las Jefaturas y empleados del Hospital							50%			50%			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	%	
7.1.3	Elaborar el Plan de capacitación institucional 2020	1	Plan Aprobado	Registro del Proceso de Elaboración del Plan	Departamento de Capacitación con el apoyo de las jefaturas de cada dependencia	1											Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
7.1.4	Evaluar el Plan de Capacitación Institucional	80%	% de cumplimiento del Plan	Registros del Depto. de Capacitación	Unidad de Desarrollo profesional a través del Departamento de Capacitación en coordinación con las jefaturas de las dependencias	80%			80%			80%			80%		Participación activa de todas las jefaturas
<b>8</b>	<b>Objetivo: Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información</b>																
8.1.	<b>Resultado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa</b>																
8.1.1	Monitoreo de la generación oportuna de la Información Estadística de Producción	100%	% de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información	Informes de Control Estadísticos	Unidad de EEIS a través de Estadística con el apoyo de las Jefaturas cada dependencia	100%			100%			100%			100%		Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
8.1.2	Desarrollo e Implementación de Tecnología de Información	3	N° de Proyectos de Tecnologías de Información Implementados	Proyectos de Tecnologías de Información en producción	Dirección, a través del Depto. de Informática y Jefaturas involucradas				1			1			1		Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación

## VIII. Programación de Resultados Esperados de los Indicadores 2020

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
<b>Tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada (días)</b>	
Pediatría	50
<b>Cirugía electiva</b>	
Porcentaje de Cirugías electivas canceladas	6
Tiempo promedio de espera para cirugía electiva (Días)	90
<b>Porcentaje de infecciones nosocomiales</b>	
Porcentaje infecciones intrahospitalarias	4
<b>Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%)</b>	
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.

## IX. 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.